

MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA
TENTANG PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)
DI RW 09 KEL. PANCORAN MAS, KOTA DEPOK**

LAPORAN PENELITIAN

Diajukan sebagai salah satu tugas akhir mata ajar Riset Keperawatan

SRI HERNI WIGIARTI

0706220303

KHAIRANI

0706255736



Tgl Menerima	: 29-06-09
Beli / Sumbangan	: Hadiah
Nomor Induk	: 1395
Klasifikasi	: LAP. Penelitian S...

209.4



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
MEI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Laporan penelitian ini adalah hasil karya kami, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah kami nyatakan dengan benar.

Nama : Sri Herni Wigiarti

NPM : 0706220303

Tanda Tangan:

Tanggal : 29 Mei 2009

Nama : Khairani

NPM : 0706255736

Tanda Tangan:

Tanggal : 29 Mei 2009

HALAMAN PENGESAHAN

Penelitian ini diajukan oleh :
Nama : Sri Herni Wigiarti
NPM : 0706220303
Nama : Khairani
NPM : 0706255736
Fakultas : Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul penelitian : Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di RW 09 Kel. Pancoran Mas, Kota Depok.

Telah melakukan penelitian dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memenuhi tugas akhir mata ajar riset keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

Pembimbing : Etty Rekawati, S.Kp., MKM
NIP. 132 048 278



Koordinator Riset : Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep
NIP. 132 161 165



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 28 Mei 2009

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, kami dapat menyelesaikan laporan penelitian ini. Penulisan laporan penelitian ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Kami menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan penelitian ini, sangatlah sulit bagi kami untuk menyelesaikan laporan penelitian ini. Oleh karena itu, kami mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Ibu Dewi Irawati, MA selaku Dekan FIK UI.
- (2) Ibu Hanny Handiyani, S.Kp., M. Kep. selaku Koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan;
- (3) Ibu Ety Rekawati S. Kp., MKM, selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan kami dalam penyusunan laporan penelitian ini;
- (4) Pihak perpustakaan yang telah membantu dalam menyediakan sumber-sumber rujukan untuk menyelesaikan proposal penelitian ini;
- (5) Ketua RW 09, Ketua RT 01 sampai dengan RT 06 dan warga Kelurahan Pancoran Mas yang telah banyak membantu usaha memperoleh data yang kami perlukan;
- (6) Keluarga kami, yaitu suami dan anak-anak tercinta yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moril; dan
- (7) Sahabat yang telah banyak membantu kami dalam menyelesaikan laporan penelitian ini.

Akhir kata, kami berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga laporan penelitian ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, Mei 2009

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Sri Herni Wigiarti
NPM : 0706220303
Nama : Khairani
NPM : 0706255736
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Laporan Penelitian

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas laporan penelitian kami yang berjudul: "Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Penyakit Demam Berdarah (DBD) di RW 09, Kel. Pancoran Mas, Kota Depok" beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir kami selama tetap mencantumkan nama kami sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak Cipta.

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sebenarnya

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 29 Mei 2009

Yang menyatakan

Peneliti 1



(Sri Herni Wigiarti)

Peneliti 2



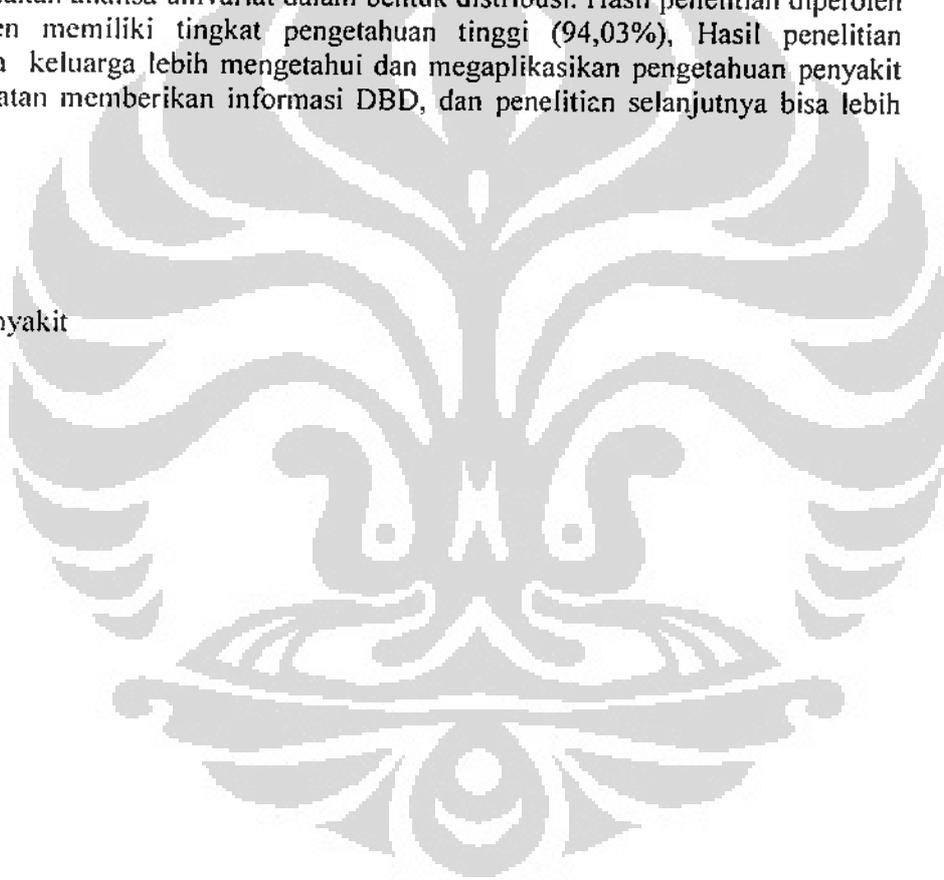
(Khairani)

ABSTRAK

Nama : Sri Herni Wigiarti dan Khairani
Program Studi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Penyakit Demam Berdarah (DBD) di RW 09, Kel. Pancoran Mas, Kota Depok

Laporan penelitian ini membahas kemampuan Mahasiswa Ilmu Keperawatan UI angkatan 2007 dalam meneliti gambaran tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di RW 09 Pancoran Mas, Depok. Desain penelitian ini deskriptif sederhana, menggunakan analisa univariat dalam bentuk distribusi. Hasil penelitian diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan tinggi (94,03%), Hasil penelitian menyarankan bahwa keluarga lebih mengetahui dan megaplikasikan pengetahuan penyakit DBD, tenaga kesehatan memberikan informasi DBD, dan penelitian selanjutnya bisa lebih dikembangkan lagi.

Kata kunci:
DBD, penelitian, penyakit

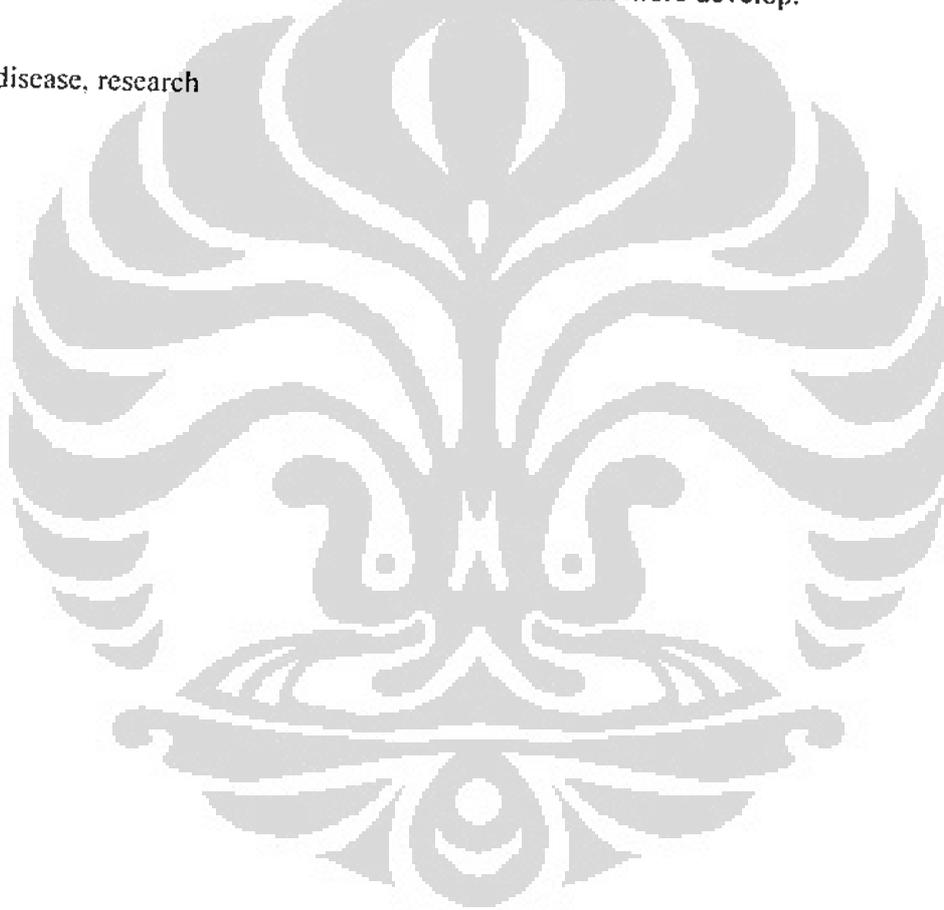


ABSTRACT

Name : Sri Hemi Wigiarti and Khairani
Study Proram : Faculty of nursing of Universitas Indonesia
Tittle : Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Penyakit Demam Berdarah (DBD) di RW 09, Kel. Pancoran Mas, Kota Depok

The report of this research gives description about the ability of the student of Faculty of Nursing at University of Indonesia , in analyzing the awareness and the level of knowledge among families on DHF disease. The research was conduct at sub district 09 Pancoran Mas, Depok. The research is made simple and descriptive, using univariat analysis in form of distribution. The research shows that majority of respondents have very sufficient knowledge (94,03%). It is suggested, that the family more know and aplicated knowledge DHF disease, care giver give information about DHF. and for the next research can more develop.

Key words: DHF, disease, research



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMANJUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
BAB II STUDI KEPUSTAKAAN.....	5
2.1 Teori Konsep Terkait.....	5
2.2 PenelitianTerkait.....	15
BAB III KERANGKA KERJA PENELITIA.....	16
3.1 Kerangka Konsep.....	16
3.2 Definisi Operasional.....	17
BAB IV METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN.....	18
4.1 Desain Penelitian.....	18
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	18
4.3 Populasi dan Sampel.....	18
4.4 Etika Penelitian.....	20
4.5 Alat dan Pengumpulan Data.....	20
4.6 Metode Pengumpulan Data.....	20
4.7 Pengolahan dan Analisa Data.....	21
4.8 Jadwal Kegiatan.....	23
BAB V HASIL PENELITIAN.....	24
BAB VI PEMBAHASAN.....	30
6.1 Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang DBD.....	30
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	32
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	33
7.1 Simpulan.....	33
7.2 Saran.....	33
DAFTAR PUSTAKA.....	34
DAFTAR LAMPIRAN.....	35
Lamp.1 Lembar Penjelasan Penelitian.....	35
Lamp.2 Lembar Persetujuan Penelitian.....	36
Lamp.3 Lembar Persetujuan Responden.....	37
Lamp.4 Kuesioner.....	38

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) atau sering disebut *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot, dan/atau nyeri sendi yang disertai lekopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan *diathesis hemoragik*. Pada DBD terjadi perembesan plasma yang ditandai oleh hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau peningkatan cairan di rongga tubuh. Sindrom renjatan *dengue* (*dengue shock syndrome*) adalah demam berdarah *dengue* yang ditandai oleh renjatan/syok (Suhendro, Hardiman et al., 2006). Penyakit DBD mempunyai banyak tanda dan gejala yang ditemukan pada penderita dan bila berlanjut akan menyebabkan syok. Penyakit DBD mempunyai banyak tanda dan gejala yang ditemukan pada penderita, bila berlanjut akan menyebabkan syok.

DBD ditemukan pertama kali di Indonesia yaitu di Surabaya pada tahun 1968, tetapi konfirmasi virologis baru didapat pada tahun 1972, sampai saat ini penyakit DBD telah menyebar ke seluruh wilayah Indonesia dan penderitanya cenderung meningkat secara sporadik dan selalu terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) setiap tahun. KLB terbesar terjadi pada tahun 1998, dengan *Incidence Rate* (IR) = 35,9 per 100.000 penduduk dan CFR = 2%. Pada tahun 1999 IR menurun tajam sebesar 10,17%, namun tahun berikutnya IR cenderung meningkat yaitu 15,99 (tahun 2000 = 21,66%, tahun 2001 = 19,24%, tahun 2002 = 23,87%, dan tahun 2003 = 23,87%). (<http://www.litbang.depkes.go.id>).

Tahun 1975 dan 1995, DBD terdeteksi keberadaannya di 102 negara di lima wilayah WHO yaitu : 20 negara di Afrika, 42 negara di Amerika, 7 negara di Asia Tenggara, 4 negara di Mediterania Timur dan 29 negara di Pasifik Barat. Kejadian penyakit ini pertumbuhannya semakin meningkat dalam beberapa dekade, kurang lebih terdapat 2,5 juta penduduk dari 25 negara beresiko terinfeksi virus DBD. Diperkirakan ada 50 juta orang terkena infeksi DBD setiap tahun (www.mediainquiris.who.int).

DEPKES RI (2007) menyebutkan bahwa total kasus DBD di seluruh Propinsi Indonesia sejak Januari sampai dengan 5 Maret 2004, sudah mencapai 26.015, dengan jumlah

kematian sebanyak 389 orang (CFR = 1,53 %). Kasus tertinggi terdapat di Propinsi DKI Jakarta (11.534 orang) sedangkan CFR tertinggi terdapat di propinsi NTT (3.96%). Bulan Januari sampai dengan tanggal 9 Februari 2009 terdapat 2.048 kasus dengan 27 orang meninggal dunia.

Data dari Dinkes Depok menyebutkan dari 1.635 adalah kasus DBD di Kota Depok tahun 2008, pada bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2008 dilaporkan enam orang meninggal dunia. Dari enam kecamatan yang ada di Depok wilayah endemis berada di Kecamatan Cimanggis, Sukmajaya, dan Pancoran Mas dengan jumlah tercatat 563 kasus, sedangkan di Kecamatan Beji tercatat 251 kasus, Kecamatan Limo 38 kasus dan Kecamatan Sawangan mencapai 22 kasus.

Kepala Bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Dinkes Depok Ibu Lies Karnawati, menyebutkan selama bulan Januari 2008 terjadi 26 kasus DBD di wilayah Depok, dengan perincian 10 kasus di Pancoran Mas, 6 kasus di Sukmajaya, 1 kasus di Beji, untuk Kecamatan Limo belum menerima laporan, namun meski terjadi puluhan kasus, belum masuk KLB. Pada tahun 2007 terdapat 379 kasus DBD, kasus baru bisa ditetapkan KLB setelah jumlah kasus meningkat tiga kali lipat dibanding bulan yang sama pada tahun sebelumnya.

Jumlah penderita DBD sampai saat ini masih banyak ditemukan di Indonesia setelah melihat data dari atas. Banyaknya kasus DBD disebabkan karena meningkatnya arus transportasi dan bertambahnya jumlah penduduk terutama di wilayah perkotaan yang mendorong terjadinya penyebaran penyakit ini. Kurangnya perhatian masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk, terdapatnya vektor nyamuk hampir di seluruh pelosok tanah air, adanya empat sel yang bersirkulasi sepanjang tahun dan datangnya musim hujan yang menyebabkan banyaknya genangan air juga dapat menimbulkan KLB.

Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Pengendalian nyamuk dapat dilakukan dengan menggunakan metoda yang tepat, yaitu secara: Lingkungan, yaitu suatu metoda yang digunakan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia, dan perbaikan desain rumah, sebagai contoh: menguras bak mandi/penampungan air sekurang-kurangnya seminggu sekali, mengganti/menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali, menutup dengan rapat tempat penampungan air, mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas di sekitar rumah dan lain sebagainya. Metoda kedua secara biologis yaitu pengendalian DBD dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang), dan bakteri (Bt.H-14).

Universitas Indonesia

Metoda yang ketiga secara kimia yaitu cara pengendalian ini antara lain dengan: pengasapan/*fogging* (dengan menggunakan *malathion* dan *fenthion*), berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu, dan memberikan obat abate (*temepos*) pada tempat-tempat penampungan air, seperti gentong air, vas bunga, kolam dan lain-lain.

Cara yang paling efektif dalam mencegah penyakit DBD adalah dengan mengkombinasikan cara-cara di atas, yang disebut dengan 3M Plus, yaitu menutup, menguras, menimbun, selain itu juga melakukan beberapa plus seperti memelihara ikan jentik, menabur larvasida, menggunakan kelambu pada waktu tidur, memasang kassa, menyemprot dengan insektisida, memasang obat nyamuk, memeriksa jentik berkala, dll sesuai dengan kondisi setempat (<http://www.litbang.depkes.go.id>). Istilah yang sudah komunikatif di masyarakat adalah program 3M, jadi diharapkan tenaga kesehatan maupun pemerintah mampu mensosialisasikan program 3M Plus.

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1998), maka keluarga mau menerima dan memperhatikan lingkungannya. Informasi masalah kesehatan khususnya tentang DBD yang meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, pengobatan dan pencegahan akan mempengaruhi tugas keluarga di bidang kesehatan, meliputi: mengenal masalah, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya (Friedman, 1981). Kelima tugas keluarga ini berperan penting untuk menuju keluarga yang sehat.

Tinggi rendahnya kesadaran keluarga tentang bahaya demam berdarah dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, misalnya kejelasan informasi yang didapat, baik dari tenaga kesehatan, informasi dari media cetak maupun media elektronik dan lain-lain.

1.2 Perumusan Masalah

Pengetahuan keluarga yang diperoleh tentang DBD meskipun sudah disosialisasikan baik melalui televisi, surat kabar, penyuluhan dari kader kesehatan, kasus ini masih tetap berkembang di Indonesia, khususnya di Kota Depok. Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana gambaran tingkat pengetahuan keluarga di RW 09, Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok mengenai penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD).

1.3 Tujuan Penelitian

a. Tujuan umum

Mengidentifikasi gambaran tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok.

b. Tujuan khusus

- 1) Teridentifikasinya gambaran data demografi keluarga di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok.
- 2) Teridentifikasinya gambaran tingkat pengetahuan tingkat keluarga tentang:
 - (a) Mengenal masalah kesehatan pada setiap anggotanya.
 - (b) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.
 - (c) Menberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
 - (d) Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
 - (e) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (Friedman, 1981).

1.4 Manfaat Penelitian

a. Bagi peneliti yang akan datang

Sebagai bahan masukan atau sumber data bagi peneliti berikutnya dan sebagai bahan pembandingan bagi yang berkepentingan untuk melanjutkan penelitian sejenis.

b. Bagi penerima pelayanan

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan kontribusi bagi keluarga tentang pengetahuan penyakit DBD

c. Bagi pemberi pelayanan

Diharapkan mampu memberikan pengetahuan tentang penyakit DBD.

d. Bagi peneliti sekarang

Berguna dalam mengembangkan pengetahuan tentang penyakit DBD.

BAB II STUDI KEPUSTAKAAN

2.1 Teori Konsep Terkait

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui berkenaan dengan hal/mata pelajaran (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 1990), sedangkan menurut Potter & Perry menyebutkan bahwa pengetahuan adalah informasi, dan pengalaman adalah proses kreatif untuk mempertahankan pengetahuan baru. Pengetahuan diperlukan di berbagai hal. Seseorang secara terus menerus mengambil dan memproses berbagai informasi untuk memahami pengalaman.

Benjamin Bloom (1987) mengatakan pengetahuan adalah kemampuan mengenal atau mengingat materi yang telah dipelajari mulai dari yang sederhana sampai pada yang sukar dan lebih ditekankan pada kemampuan mengingat yang lebih besar. Dalam proses belajar, kategori perilaku manusia diidentifikasi menjadi tiga domain, yaitu domain kognitif (*Knowledge*), domain efektif (*Attitude*), dan domain psikomotor (*Skill*), ketiga domain tersebut akan mempengaruhi proses belajar yang optimal.

Taksonomi Bloom pada domain kognitif meliputi: pengetahuan, pada tahapan ini seseorang mampu mengetahui, mendefinisikan, menguraikan, melukiskan dalam garis besar materi yang telah dipelajari. Tahap selanjutnya adalah pemahaman, pada tahapan ini seseorang mampu memahami, mampu menjelaskan tentang objek. Tahap ketiga adalah penerapan: mampu menerapkan, menggunakan materi yang dipelajari pada situasi atau kondisi yang nyata. Tahap keempat analisa: mampu menjabarkan materi suatu objek ke dalam komponen-komponen yang saling berkaitan dalam situasi yang terorganisasi. Tahap kelima adalah sintesa: mampu merumuskan sehingga diharapkan mampu menyusun suatu perencanaan dengan baik, dan tahap yang terakhir adalah evaluasi: mampu menilai sehingga diharapkan mampu menerapkannya.

Pengetahuan setelah didapat, diharapkan adanya suatu perubahan. Faktor-faktor yang mempengaruhi/mendukung perubahan adalah: perubahan dipandang sebagai sesuatu yang positif oleh target berubah, perubahan sesuai dengan nilai-nilai dan norma yang diyakini, perubahan yang sederhana dan konkrit, target berubah dilibatkan sejak fase awal, evaluasi dan antisipasi

permasalahan pada skala besar, pemimpin dan tokoh kelompok dilibatkan, komunikasi terbuka antara target berubah & inovator (*change agent*), evaluasi sebagai bagian dari proses berubah.

Respon terhadap perubahan adalah: menerima dan mendukung, tidak menerima - tidak mendukung, menolak untuk takut akan sesuatu yang tidak pasti (*loss of predictability*), takut akan kehilangan pengaruh, takut akan kehilangan ketrampilan, takut kehilangan *reward*, *benefit*, takut akan kehilangan respek, dukungan, kasih sayang, dan takut gagal.

b. Tingkat pengetahuan dalam domain kognitif

Pengetahuan dalam domain kognitif menurut Notoatmodjo (2003) mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam tingkatan ini adalah mengingat kembali terhadap suatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui yang dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya.

4) Analisis

Analisa atau kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis

Sintesa menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi

Kemampuan ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan austufikasi atau penalaran terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Tabel 2.1 Klasifikasi pengetahuan

Nilai	Tingkat Pengetahuan
Nilai jawaban benar 0-3	Rendah
Nilai jawaban benar 4-6	Sedang
Nilai jawaban benar 7-10	Tinggi

(a) Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah:

1) Umur

Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan di dalam penyelidikan epidemiologi. Angka – angka kesakitan maupun kematian hamper semua berhubungan dengan umur

2) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik, dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Biasanya lingkungan pendidikan dibedakan menjadi 3 yaitu pendidikan informal, pendidikan formal dan pendidikan non formal (Notoatmodjo, 2003).

3). Media informasi.

Merupakan alat untuk mendapatkan berbagai informasi guna menambah wawasan atau pengetahuan. Media tersebut dapat berupa televisi, majalah, poster, koran, brosur, leaflet, pendidikan kesehatan, surat kabar, internet, dari orang lain.

(b) Manfaat pengetahuan kesehatan

Untuk meningkatkan kesehatan serta pencegahan penyakit. Sehingga pendidikan kesehatan erat kaitannya dengan peningkatan kesehatan. Peningkatan kesehatan itu sendiri dapat di definisikan sebagai aktivitas dengan penekanan aspek positif, membantu individu untuk mengembangkan sumber – sumber yang akan mempertahankan atau meningkatkan kesejahteraan dan memperbaiki kualitas hidup (Suzanne, C Smeltzer & Brenda G. Bare, 2002)

c. Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1988). Sayekti (1994) mendefinisikan keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam suatu rumah tangga.

Menurut Robert Mac Iver dan Charles Horton, ciri-ciri keluarga adalah: keluarga merupakan hubungan perkawinan, keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara, keluarga mempunyai suatu sistem tata namatmasuk perhitungan garis keturunan, keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak, keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

Menurut Friedman terdapat lima tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga, memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat

membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda, mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga, mempertahankan hubungan timbale balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

d. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Demam Berdarah Dengue (DBD) atau sering disebut *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, yang mana menyebabkan gangguan pada pembuluh darah kapiler dan pada sistem pembekuan darah, sehingga mengakibatkan perdarahan, penyakit ini banyak ditemukan di daerah tropis seperti Asia Tenggara, India, Brazil, Amerika, termasuk di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan air laut. Sejak ditemukan pertama kali pada tahun 1968 sampai saat ini, seringkali menjadi penyebab kematian terutama pada anak, remaja dan dewasa. DBD telah menyebar ke hampir seluruh wilayah Indonesia dan penderitanya cenderung meningkat dari tahun ke tahun (Christantie Effendy, 1995). Indonesia belum bisa dikatakan bebas dari penyakit DBD.

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit demam akut yang disertai dengan adanya manifestasi perdarahan, yang bertendensi mengakibatkan renjatan yang dapat menyebabkan kematian (Arief Mansjoer & Suprohaita; 2000; 419). Kondisi pasien bila sudah terjadi perdarahan penanganannya lebih berat dan harus dilakukan perawatan secara *intensive*.

Meningkatnya jumlah kasus DBD serta bertambahnya wilayah yang terjangkit, disebabkan karena semakin baiknya sarana transportasi penduduk, adanya pemukiman baru, kurangnya perilaku masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk, terdapatnya vektor nyamuk hamper di seluruh pelosok tanah air serta adanya empat sel tipe virus yang bersirkulasi sepanjang tahun (<http://www.litbang.depkes.go.id>). Perilaku masyarakat kadang menambah perkembangan nyamuk *Aedes aegypti*.

1) Penyebab

Penyakit Demam Berdarah Dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* dengan tipe DEN 1, DEN 2, DEN 3, dan DEN 4. Virus tersebut termasuk dalam group B Arthropod Borne Viruses (arbovirus).

Keempat virus ini telah ditemukan di berbagai daerah di Indonesia antara lain Jakarta dan Yogyakarta. Virus yang banyak berkembang di masyarakat adalah virus dengue dengan tipe satu dan tiga (<http://www.litbang.depkes.go.id>).

2) Patofisiologi

Virus *dengue* masuk ke dalam tubuh manusia lewat gigitan nyamuk *aedes aegypti* atau *aedes albopictus*. Organ sasaran dari virus itu adalah organ hepar, nodus limfatikus, sumsum tulang serta paru-paru. Data dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa sel-sel monosit dan makrofag mempunyai peranan besar pada infeksi ini. Dalam peredaran darah, virus tersebut akan difagosit oleh sel-sel monosit.

Virus DEN mampu bertahan hidup dan mengadakan multifikasi dalam sel tersebut. Infeksi virus *dengue* dimulai dengan menempelnya virus genomnya masuk ke dalam sel dengan bantuan organel-organel sel, genom virus membentuk komponen-komponennya. Setelah komponen structural dirakit, virus dilepaskan dari dalam sel. Proses perkembangan virus DEN terjadi di sitoplasma sel (<http://www.infeksi.com/articles.php?ing>).

3) Manifestasi Klinis

a) Demam

Demam terjadi secara mendadak berlangsung selama 2 – 7 hari kemudian turun menuju suhu normal atau lebih rendah. Bersamaan dengan berlangsung demam, gejala – gejala klinik yang tidak spesifik misalnya anoreksia, nyeri punggung, nyeri tulang dan persediaan, nyeri kepala dan rasa lemah dapat menyertainya. (Soedarto, 1990 ; 39).

b) Perdarahan

Perdarahan biasanya terjadi pada hari ke 2 dan 3 dari demam dan umumnya terjadi pada kulit dan dapat berupa uji torniquet yang positif mudah terjadi perdarahan pada tempat fungsi vena, petekia dan purpura. (Soedarto, 1990 ; 39). Perdarahan ringan hingga sedang dapat terlihat pada saluran cerna bagian atas hingga menyebabkan haematemesis. (Nelson, 1993 ; 296). Perdarahan gastrointestinal biasanya didahului dengan nyeri perut yang hebat. (Ngastiyah, 1995 ; 349). Perdarahan disini terjadi akibat berkurangnya trombosit (trombositopeni) serta gangguan fungsi dari

trombosit sendiri akibat metamorfosis trombosit. Perdarahan dapat terjadi di semua organ yang berupa:

Uji tomiquet positif, ptekie, purpura, echymosis dan perdarahan konjungtiva, epistaksis dan perdarahan gusi, hematemesis, melena, hematuri.

c) **Hepatomegali**

Pada permulaan dari demam biasanya hati sudah teraba, meskipun pada anak yang kurang gizi hati juga sudah. Bila terjadi peningkatan dari hepatomegali dan hati teraba kenyal harus diperhatikan kemungkinan akan terjadi renjatan pada penderita . (Soederita, 1995 ; 39).

d) **Renjatan (Syok)**

Permulaan syok biasanya terjadi pada hari ke 3 sejak sakitnya penderita, dimulai dengan tanda – tanda kegagalan sirkulasi yaitu kulit lembab, dingin pada ujung hidung, jari tangan, jari kaki serta sianosis disekitar mulut. Bila syok terjadi pada masa demam maka biasanya menunjukkan prognosis yang buruk. (Soedarto ; 39). Yang dikenal dengan DSS , disebabkan oleh karena : Perdarahan dan kebocoran plasma didaerah intravaskuler melalui kapiler yang rusak. Sedangkan tanda-tanda syok adalah: Kulit dingin, lembab terutama pada ujung hidung, jari dan kaki gelisah dan sianosis disekitar mulut, nadi cepat, lemah , kecil sampai tidak teraba, tekanan darah menurun (tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang dari 80 mmHg),tekanan nadi menurun (sampai 20mmHg atau kurang).

Data lain yang menunjang adalah: Trombositopeni yaitu jumlah trombosit dibawah 150.000 /mm³ yang biasanya terjadi pada hari ke tiga sampai ke tujuh, hemokonsentrasi : meningkatnya nilai hematokrit merupakan indikator kemungkinan terjadinya syok.

Gejala-gejala lain : Anoreksi , mual muntah, sakit perut, diare atau konstipasi serta kejang, penurunan kesadaran.

4) **Komplikasi**

Komplikasi penyakit DBD adalah: Efusi pleura, kardiomegali, edema paru,gagal ginjal bila shock tidak teratasi.

5) Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan yang dilakukan adalah uji tourniquet, test laboratorium yang biasanya didapatkan hasil trombositopeni, hemoglobin meningkat $> 20\%$, hematokrit meningkat, hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan: hipoproteinemia, hiponatremia, hipokalemia, IgM hari ke-5 pada hemithorax kanan tetapi apabila terjadi pembesaran plasma hebat efusi pleura dijumpai pada kedua hemithorax.

6) Pengobatan

Pada dasarnya pengobatan pasien DBD bersifat simtomatis dan suportif (Ngastiyah, 12995 ; 344), DBD ringan tidak perlu dirawat, DBD sedang kadang – kadang tidak memerlukan perawatan, apabila orang tua dapat diikutsertakan dalam pengawasan penderita di rumah dengan kewaspadaan terjadinya syok yaitu perburukan gejala klinik pada hari 3-7 sakit (Purnawan dkk, 1995 ; 571). Indikasi rawat inap pada dugaan infeksi virus dengue (UPF IKA, 1994 ; 203) yaitu: Panas 1-2 hari disertai dehidrasi (karena panas, muntah, masukan kurang) atau kejang-kejang. Panas 3-5 hari disertai nyeri perut, pembesaran hati uji tourniquet positif/negatif, kesakitan, Hb dan Ht/PCV meningkat, Panas disertai perdarahan, Panas disertai renjatan. Sedangkan penatalaksanaan penyakit DBD menurut UPF IKA, 1994 ; 203 – 206 adalah pengobatan pada penderita DHF sebenarnya bersifat symptomatic dan suportif, pada anak yang hiperpireksia (suhu 40°C atau lebih) diberikan antipiretik dan kompres dingin atau alkohol 70%, kejang yang mungkin timbul diatasi dengan pemberian anti convulsan : anak > 1 tahun diberikan luminal 75 mg dan anak dibawah 1 th diberikan 50 mg IM. Bila dalam waktu 15 menit kejang tidak berhenti pemberian luminal diulang dengan dosis 3 mg/kg BB/hari atau anak umur > 1 th diberikan 50 mg sedang anak < 1 th diberikan 30 mg dengan memperhatikan adanya depresi fungsi vital (pernafasan dan jantung).

Pengobatan untuk Grade I dan II/tanpa renjatan

Hiperpireksia (suhu 40°C atau lebih) diatasi dengan antipiretika dan “*surface cooling*”. Antipiretik yang dapat diberikan ialah golongan asetaminofen,asetosal tidak boleh diberikan untuk umur 6 – 12 bulan : 60 mg / kaji, 4 kali sehari, umur 1 – 5 tahun : 50 – 100 mg, 4 sehari, umur 5 – 10 tahun

: 100 – 200 mg, 4 kali sehari, umur 10 tahun keatas : 250 mg, 4 kali sehari,terapi cairan.

Untuk terapi cairan yaitu menggunakan cairan ringer laktat dengan dosis 75 ml / kg BB / hari untuk anak dengan BB < 10 kg atau 50 ml / kg BB / hari untuk anak dengan BB < 10 10 kg bersama – sama di berikan minuman oralit, air buah susu secukupnya, untuk kasus yang menunjukkan gejala dehidrasi disarankan minum sebanyak – banyaknya dan sesering mungkin, apabila anak tidak suka minum sama sekali sebaiknya jumlah cairan infus yang harus diberikan sesuai dengan kebutuhan cairan penderita dalam kurun waktu 24 jam yang diestimasikan sebagai berikut: 100 ml/Kg BB/24 jam, untuk anak dengan BB < 25 Kg,75 ml/KgBB/24 jam, untuk anak dengan BB 26-30 kg, 60 ml/KgBB/24 jam, untuk anak dengan BB 31-40 kg, .50 ml/KgBB/24 jam, untuk anak dengan BB 41-50 kg, obat-obatan lain : antibiotika apabila ada infeksi lain, antipiretik untuk anti panas, darah 15 cc/kgBB/hari perdarahan hebat.

Pengobatan untuk Grade III/dengan Renjatan

Berikan infus Ringer Laktat 20 mL/KgBB/1 jam, apabila menunjukkan perbaikan (tensi terukur lebih dari 80 mmHg dan nadi teraba dengan frekuensi kurang dari 120/mnt dan akral hangat) lanjutkan dengan Ringer Laktat 10 mL/KgBB/1jam. Jika nadi dan tensi stabil lanjutkan infus tersebut dengan jumlah cairan dihitung berdasarkan kebutuhan cairan dalam kurun waktu 24 jam dikurangi cairan yang sudah masuk dibagi dengan sisa waktu (24 jam dikurangi waktu yang dipakai untuk mengatasi renjatan). Perhitungan kebutuhan cairan dalam 24 jm diperhitungkan sebagai beriku: 100 mL/Kg BB/24 jam untuk anak dengan BB < 25 Kg,75 mL/Kg BB/24 jam untuk anak dengan berat badan 26-30 Kg,60 mL/Kg BB/24 jam untuk anak dengan BB 31-40 Kg, 50 mL/Kg BB/24 jam untuk anak dengan BB 41-50 Kg, apabila satu jam setelah pemakaian cairan RL 20 mL/Kg BB/1 jam keadaan tensi masih terukur kurang dari 80 mmHg dan andi cepat lemah, akral dingin maka penderita tersebut memperoleh plasma atau plasma ekspander (dextran L atau yang lainnya) sebanyak 10 mL/ Kg BB/ 1 jam dan dapat diulang maksimal 30 mL/Kg BB dalam kurun waktu 24 jam. Jika keadaan umum membaik dilanjutkan cairan RL sebanyak kebutuhan cairan selama 24 jam

dikurangi cairan yang sudah masuk dibagi sisa waktu setelah dapat mengatasi renjatan, apabila satu jam setelah pemberian cairan Ringer Laktat 10 mL/Kg BB/ 1 jam keadaan tensi menurun lagi, tetapi masih terukur kurang 80 mmHg dan nadi cepat lemah, akral dingin maka penderita tersebut harus memperoleh plasma atau plasma ekspander (dextran L atau lainnya) sebanyak 10 ml/Kg BB/ 1 jam. Dan dapat diulang maksimal 30 mg/Kg BB dalam kurun waktu 24 jam.

7) Pencegahan

WHO menyebutkan bahwa sampai saat ini belum ditemukan vaksin yang dapat menangkal virus *dengue*. Satu-satunya pencegahan/pengendalian adalah dengan memerangi nyamuk yang berperan dalam penularan virus *dengue*. *Aedes Aegypti* berkembang biak terutama pada wadah/tempat seperti ember plastik, kaleng, ban mobil bekas dan tempat-tempat yang dapat menampung air hujan. Nyamuk menggigit pada siang hari, bersarang pada air yang bersih dan tergenang.

Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metoda yang tepat, yaitu dengan lingkungan yaitu metoda lingkungan digunakan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia, dan perbaikan desain rumah, sebagai contoh: menguras bak mandi/penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu, mengganti/menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali, menutup dengan rapat tempat penampungan air, mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas di sekitar rumah dan lain sebagainya. Pengendalian secara biologis yaitu antara lain dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang) dan bakteri (Bt. H-14), sedangkan metoda yang menggunakan kimia dengan pengasapan/*fogging* (dengan menggunakan *malathion* dan *fenthoin*), berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu, kemudian memberikan bubuk abate (*temepos*) pada tempat-tempat penampungan air seperti vas bunga, kolam dan lain-lain.

Cara yang paling efektif dalam mencegah penyakit DBD adalah dengan mengkombinasikan cara-cara di atas, yang disebut dengan 3M Plus, yaitu menutup, menguras, menimbun. Selain itu juga melakukan beberapa plus seperti memelihara ikan pemantik jentik, menabur larvasida, menggunakan kelambu pada waktu tidur, memasang kassa, menyemprot dengan insektisida, memasang obat nyamuk dll sesuai dengan kondisi setempat (<http://fkuii.org/tiki>).

2.2 Penelitian Terkait

Beberapa penelitian yang terkait antara lain:

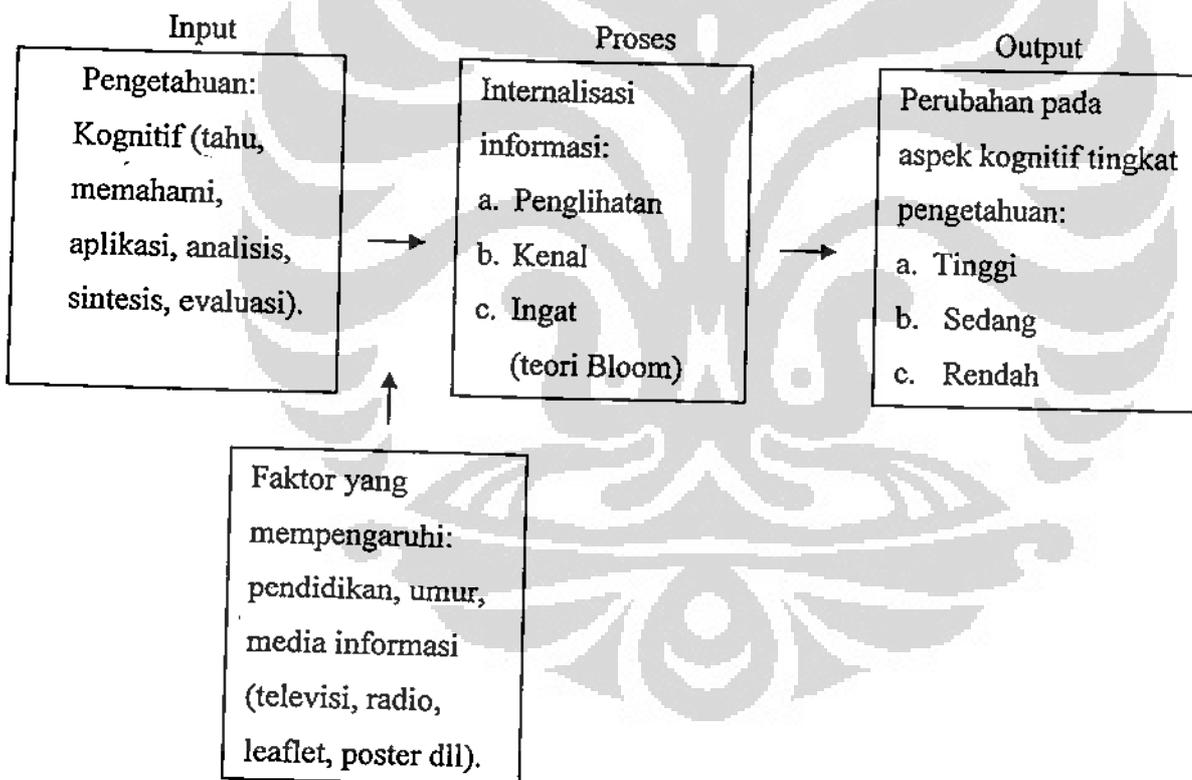
- a. Penelitian yang dilakukan oleh Pancaningrum dan Budi Waskito (2004) tentang gambaran tingkat pengetahuan keluarga tentang pencegahan DBD di RW 02 Kel. Pondok Cina, Kec. Beji, Kota Depok. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan keluargamengenai pencegahan DBD yaitu tingkat pengetahuan tinggi 93% dan tingkat pengetahuan rendah 7%.
- b. Penelitian lain yang dilakukan oleh Muthoharoh (2007) tentang gambaran tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit DBD di Rw 02, Kel. Cipete Utara, Kebayoran Baru, Jaksel tahun 2007. Hasil penelitian diperoleh bahwa tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit DBD tinggi 99,6%), sebanyak 84,7% mampu menjawab benar pertanyaan mengenai tanda dan gejala penyakit DBD, sebanyak 23,6% tidak mampu menjawab pertanyaan mengenai pengobatan penyakit DBD.

BAB III KERANGKA KERJA PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep menurut Patricia Ann et al dalam Buku Riset Keperawatan, berarti penggunaan satu atau beberapa konsep terkait yang mendasari masalah studi dan mendukung rasional (alasan) pelaksanaan studi. Jika satu konsep yang digunakan, pembahasan komponen ide di dalam konsep itulah yang menjadi dasar pembentukan kerangka konsep. Konsep tersebut juga harus dibahas dalam kaitannya dengan variabel yang diselidiki di dalam studi.

Berdasarkan landasan teoritis yang telah diuraikan di atas, maka kerangka konsep penelitian Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di RW 09, Kel. Pancoran Mas dapat digambarkan dalam bentuk skema seperti pada tabel berikut:



Keterangan: Area yang diteliti.

Kerangka konsep disusun berdasarkan teori sistem yang meliputi komponen *input* (masukan) dan *otput* (keluaran). *Input* dari penelitian ini adalah informasi tentang penyakit DBD meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, pengobatan, dan pencegahan melalui brosur, leaflet, poster, pendidikan kesehatan, surat kabar, internet, dari orang lain. Keluarga ini akan mengalami proses internalisasi dengan cara penginderaan, mengenal, mengingat informasi tersebut. Sebagai *output*, yaitu perubahan pada aspek kognitif tingkat pengetahuan yang dilihat dari rentang tingkat pengetahuan tinggi sampai tingkat pengetahuan tingkat rendah.

3.2. Definisi Operasional

a. Definisi operasional:

Kemampuan keluarga menginternalisasi informasi yang diperoleh tentang penyakit DBD meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, pengobatan, dan pencegahan.

b. Cara pengukuran:

Memberi kuisisioner kepada responden (keluarga) dan diminta untuk menjawab pada kolom yang tersedia dengan memberi tanda check list (✓).

c. Alat ukur:

Angket kuesioner.

d. Hasil ukur:

Gambaran tingkat pengetahuan dibagi menjadi tiga, yaitu: tingkat pengetahuan rendah tingkat pengetahuan sedang dan ptingkat pengetahuan tinggi.

e. Skala ukur:

Ordinal.

BAB IV

DESAIN DAN METODOLOGI PENELITIAN

Suatu penelitian diperlukan suatu metode penelitian yang akan digunakan agar terstruktur dan sistematis yang dibutuhkan dan menjawab pertanyaan penelitian yang telah dikemukakan. Pada bab ini akan dibahas tentang prosedur dalam melakukan penelitian.

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang timbul dalam proses penelitian (Burns & Grove, 1991 dikutip dari Nursalam, 2001). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan desain deskriptif sederhana yang bertujuan mendapatkan gambaran tentang pengetahuan keluarga mengenai penyakit DBD dengan cara mengajukan pertanyaan tertutup melalui kuesioner yang akan dijawab oleh keluarga atau penanggung jawab/kepala keluarga.

4.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di wilayah kerja RW 09, Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok. Alasan peneliti dalam menentukan lokasi tersebut karena wilayah Kelurahan Pancoran Mas mempunyai kasus penyakit DBD tertinggi di Depok. Penelitian dilaksanakan selama bulan April 2009.

4.3. Populasi dan Sampel

Populasi adalah seluruh objek penelitian yang sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan dalam penelitian (Polit, Beck dan Hungler, 2001).

Pada penelitian ini populasi yang ditentukan oleh peneliti adalah keluarga di RW 09 Kelurahan Pancoran Mas, Depok, sampel merupakan gambaran dari populasi

yang ditetapkan berdasarkan kriteria dan dihitung menggunakan rumus yang sesuai. Kriteria sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah:

1. Keluarga tetap di RW 09 Kelurahan Pancoran Mas, bukan status kontrak/kos.
2. Memiliki penanggung jawab keluarga.
3. Dapat membaca dan menulis.
4. Bersedia menjadi responden.

Sampel tersebut dipilih dengan menggunakan teknik *stratified random*.

Adapun jumlah sampel yang direncanakan berdasarkan populasi adalah:

Rumus:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = Konfiden Interval=90%=1,64

P = Estimasi proporsi populasi (0,6)

Q = 1-P (1-0,6)=0,4

d^2 = Presisi mutlak=10%=0,1

Maka $n = \frac{(1,64)^2 \cdot 0,6 \cdot 0,4}{0,1^2}$

$$n = \frac{0,645504}{0,01}$$

$$n = 64,5504$$

$$n = 64,5$$

n = 64,5 = 65 responden.

Untuk mengantisipasi adanya kemungkinan hilangnya atau ketidaklengkapan pengisian kuesioner maka penghitungan jumlah sampel ditambahkan 10% dari jumlah sampel yang telah ditentukan.

Rumus:

$$n_2 = n_1 + 10\% n_1$$

$$n_2 = 65 + 10\% \cdot 64,5$$

$$n_2 = 71 \text{ responden.}$$

4.4. Etika Penelitian

Etika penelitian adalah sekumpulan prinsip dan nilai yang merupakan peraturan tidak tertulis yang harus dipakai oleh peneliti. Etika penelitian ini bertujuan untuk menjamin kerahasiaan identitas responden melindungi dan menghormati hak responden, dengan digunakan pernyataan persetujuan mengikuti penelitian secara terlampir. Sebelum responden menandatangani format persetujuan secara sukarela dan tanpa paksaan, peneliti memberi penjelasan tentang tujuan dan kegunaan penelitian, menjelaskan bahwa penelitian tersebut tidak akan membahayakan responden. Selain itu responden juga diberi penjelasan tentang jaminan kerahasiaan data responden, di mana data-data responden yang diperoleh hanya akan digunakan untuk pengolahan data, apabila penelitian telah selesai, maka data tersebut dimusnahkan. Responden diberikan kesempatan bertanya jika ada hal yang dianggap belum jelas. Setelah responden menyatakan kesediaannya, peneliti memberikan surat persetujuan untuk ditandatangani (*Inform Consent*).

4.5. Alat dan Pengumpul Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini berupa data primer, yaitu pengumpulan data primer pada penelitian ini menggunakan metode wawancara langsung dengan responden dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini sebelumnya telah diuji coba pada sampel dengan karakteristik yang hampir sama dengan sampel dalam penelitian, kemudian diuji validitas dan realibilitas.

4.6. Metode pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di tempat penelitian dengan prosedur sebagai berikut:

Universitas Indonesia

- a. Setelah proposal disetujui oleh koordinator mata ajar dan dosen pembimbing, kemudian mengajukan surat permohonan izin pelaksanaan penelitian ke Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia.
- b. Menyerahkan surat izin pelaksanaan penelitian ke ketua RW 09 Kelurahan Pancoran Mas, Kota Depok.
- c. Menyeleksi calon responden yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan dengan menggunakan teknik stratified random sampling/acak stratifikasi yaitu suatu teknik pengambilan sampel dari populasi dimana populasinya dibagi terlebih dahulu menjadi kelompok yang relative homogen (stratum) untuk menjamin keterwakilan dari masing-masing stratum.
- d. Setelah responden sudah didapatkan, peneliti mengadakan pendekatan. Peneliti mendatangi satu persatu rumah responden serta memberi penjelasan kepada calon responden mengenai penelitian, kemudian calon responden dapat membaca lembar persetujuan kemudian menandatangani.
- e. Setelah ditandatangani, responden diberikan penjelasan tentang tata cara pengisian kuesioner dan diperbolehkan bertanya apabila ada pertanyaan yang kurang jelas.
- f. Peneliti memberi waktu 15 menit kepada responden untuk menjawab pertanyaan yang ada di kuesioner.
- g. Responden diharapkan menjawab semua pertanyaan, kemudian diserahkan kembali ke peneliti, peneliti memberikan souvenir dan mengucapkan terima kasih kepada responden
- h. Kuesioner yang telah diisi dikumpulkan dan kemudian diolah dan dianalisis.

4.7. Pengolahan dan Analisa Data

Setelah semua kuesioner terkumpul, peneliti memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner. Pengolahan data yang akan dilakukan pada prinsipnya melalui tahap-tahap sebagai berikut : *Editing*, tahap ini meneliti kelengkapan dan kekonsistenan jawaban dari setiap kuisioner yang telah terisi, tahap kedua adalah *coding*: data kuisioner diberikan kode dengan cara memberi kode pada kolom yang telah disediakan pada pertanyaan untuk memudahkan dalam pengolahan data, tahap ketiga yaitu *cleaning*: data yang telah *dientry* dicek kembali untuk memastikan

bahwa data telah bersih dari kesalahan, kemudian tahap *processing: entry* data pada program komputer, tahap yang terakhir adalah *analize cleaning*: kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dientry.

Langkah berikutnya setelah pengolahan data yaitu analisa data. Langkah-langkah perhitungan statistik yang dilakukan peneliti selama proses analisa data antara lain: memberi nomor urut pada setiap kuesioner yang telah memenuhi syarat dan memberi skor pada tiap-tiap poin pertanyaan tentang pengetahuan penyakit DBD yang ada pada kuesioner, lalu menjumlahkan total skor yang didapat tiap-tiap responden. Skor untuk masing-masing jawaban adalah menggunakan nilai jawaban yang benar yang dibagi menjadi tiga kategori yaitu: 0-6 (tingkat pengetahuan rendah), 7-13 (pengetahuan tingkat sedang), 14-20 (tingkat pengetahuan tinggi).

Untuk data demografi seperti umur, agama, jenis kelamin, pendidikan terakhir dan pekerjaan. Peneliti akan mengolah data tersebut menjadi bentuk proporsi dan persentase. Hasilnya akan disajikan dalam bentuk diagram.

Rumus yang digunakan:

$$p = f/n$$

$$P = p \times 100\%$$

Keterangan: P= Proporsi

p= Persentase

f= Frekuensi

n= Jumlah responden

4.8. Jadwal kegiatan

Tabel Lembaran jadwal kegiatan penelitian

No	Kegiatan	Pebruari				Maret				April				Mei			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Judul																
2.	Bab I																
3.	Bab II																
4.	Bab III																
5.	Bab IV																
6.	Pengesahan Proposal												24				
7.	Pengumpulan Data																
8.	Pengolahan Data																
9.	Penyerahan Laporan															22	

BAB V

HASIL PENELITIAN

Proses pengambilan dan pengumpulan data dilakukan pada tanggal 1 dan 2 Mei 2009 di wilayah RW 09 Kelurahan Pancoran Mas, Kota Depok. Penelitian dilakukan pada 71 responden di enam RT yang pengambilan sampelnya dengan teknik *stratified random sampling* dimana setiap kepala keluarga di RW 09 mempunyai kesempatan yang sama menjadi responden.

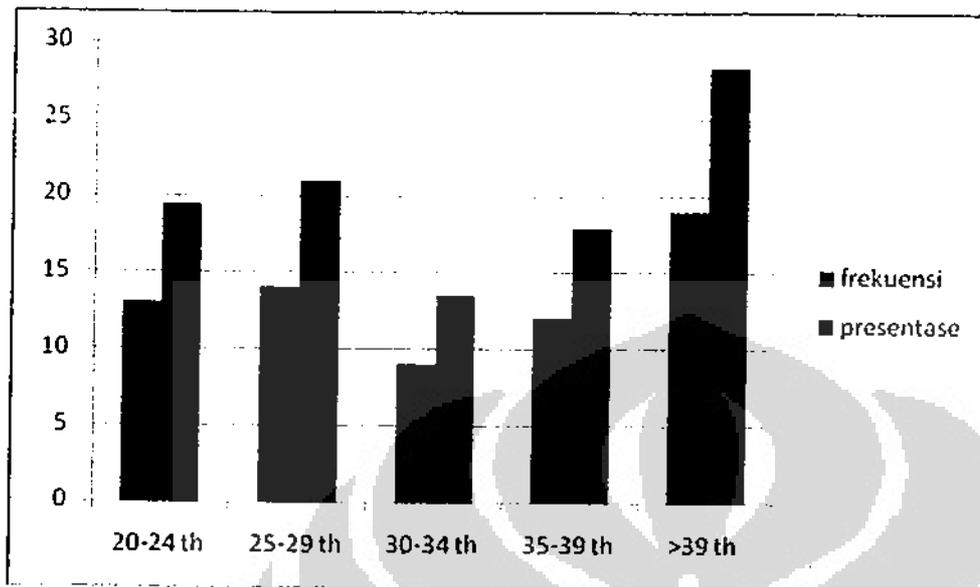
Pengumpulan data dilakukan dengan memberikan kuesioner kepada responden. Sebagian responden didampingi oleh peneliti selama 10 sampai 20 menit dengan alasan tidak mengerti maksud pertanyaan dari kuesioner. Selanjutnya data yang ada diseleksi dan editing untuk memeriksa kelengkapan data dan validitas data. Jumlah kuesioner yang dibagikan adalah 71 buah, tetapi pada saat diperiksa kembali, peneliti menemukan 4 kuesioner yang tidak diisi secara lengkap oleh responden, jadi jumlah responden yang akan diteliti adalah sebanyak 67 responden.

Data tersebut dibagi menjadi dua bagian, yaitu data demografi dan data tingkat pengetahuan. Data demografi yang diperoleh kemudian dianalisis dengan menggunakan tabulasi distribusi frekuensi dan dilakukan persentase, sedangkan untuk mengukur data tingkat pengetahuan, peneliti menggunakan nilai jawaban yang benar yang dibagi menjadi tiga kategori yaitu: 0-6 (tingkat pengetahuan rendah), 7-13 (pengetahuan tingkat sedang), 14-20 (tingkat pengetahuan tinggi). Hasil penelitian disajikan mulai dari data demografi dan data tingkat pengetahuan yang meliputi: usia, jenis kelamin, agama, suku bangsa, pendidikan.

A. Karakteristik umur

Umur responden berkisar antara umur 20-39 tahun keatas. Hasil penelitian berdasarkan umur, jumlah terbanyak adalah berumur lebih dari 39 tahun (28,36%) dan jumlah yang sedikit adalah berumur 30-34 tahun (13,43%), seperti yang terlihat pada diagram 1.

Diagram 1 Distribusi frekuensi responden menurut umur di RW 09 Pancoran Mas, Depok, dengan jumlah responden 67 orang, Mei 2009



B. Karakteristik jenis kelamin

Hasil penelitian berdasarkan jenis kelamin, semua responden adalah perempuan, seperti yang terlihat pada tabel 1 berikut ini.

Tabel 1. Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin di RW 09 Pancoran Mas, Depok, dengan jumlah responden 67 orang, Mei 2009

Jenis kelamin	Frekuensi	Persentase(%)
Perempuan	67	100
Laki-laki	-	-

C. Karakteristik agama

Hasil penelitian berdasarkan agama, semua responden adalah beragama Islam, seperti yang terlihat pada tabel 2 .

Tabel 2. Distribusi berdasarkan agama di RW 09 Pancoran Mas, Depok, dengan jumlah responden 67 orang, Mei 2009

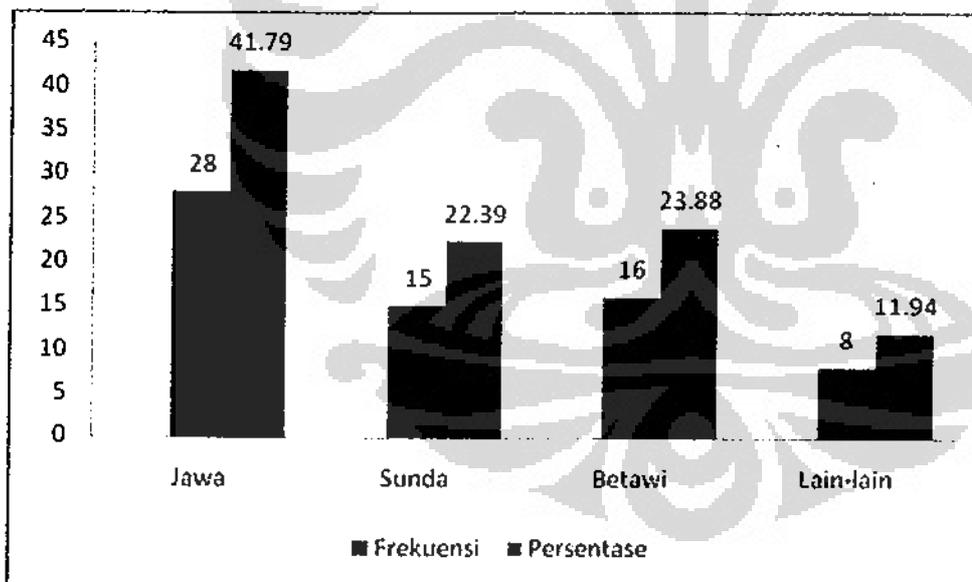
Agama	Frekuensi	Persentase(%)
Islam	67	100
Kristen	-	-
Hindu	-	-
Budha	-	-

D. Karakteristik suku bangsa

Hasil penelitian berdasarkan suku bangsa, jumlah terbanyak adalah berumur berasal dari suku Jawa berjumlah 28 responden (41,29%), sedangkan suku lain-lain (misal suku Batak dll) adalah 8 responden (11,94%).36% .

seperti yang terlihat pada diagram 2 berikut ini.

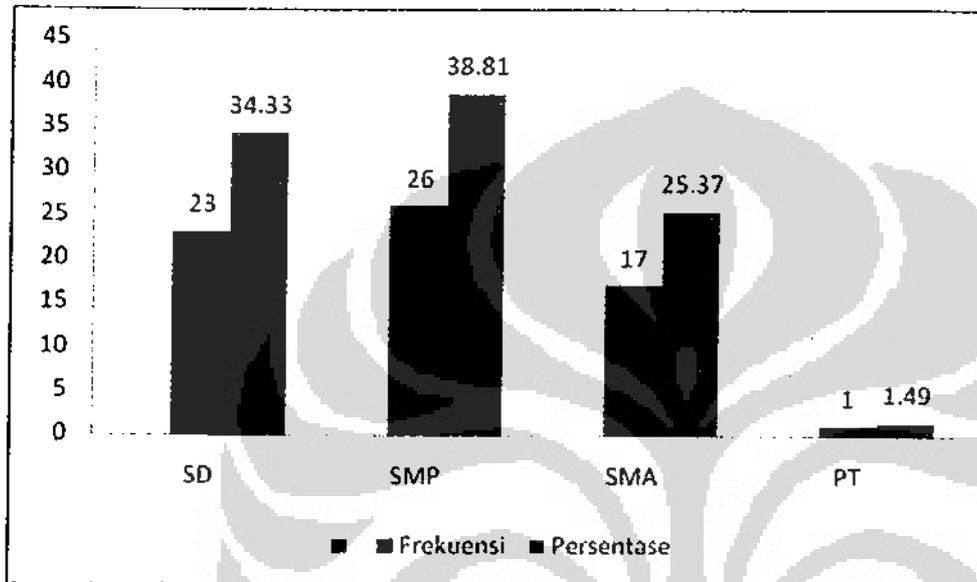
Diagram 2. Distribusi frekuensi responden menurut suku bangsa di RW 09 Pancoran Mas, Depok, dengan jumlah responden 67 orang, Mei 2009



E. Karakteristik pendidikan

Hasil penelitian berdasarkan pendidikan, jumlah terbanyak adalah SMP yaitu 26 responden (38,81%), dan hanya 1 responden yang berpendidikan perguruan tinggi (1,49%), seperti yang terlihat pada diagram 3 berikut ini.

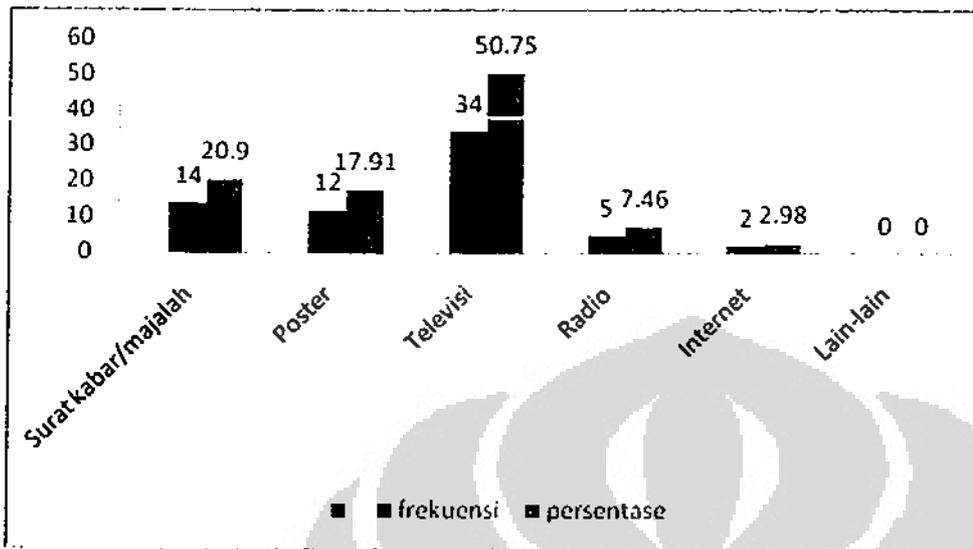
Diagram 3. Distribusi frekuensi responden menurut pendidikan di RW 09 Pancoran Mas, Depok, dengan jumlah responden 67 orang, Mei 2009



F. Karakteristik sumber informasi keluarga tentang Penyakit DBD

Hasil penelitian berdasarkan sumber informasi keluarga tentang penyakit DBD, sebagian besar sumber informasi adalah televisi sebanyak 50,75%) dan yang paling sedikit menggunakan sumber informasi dari internet sebanyak 2,98%, seperti yang terlihat pada diagram 4.

Diagram 4. Distrbusi frekuensi sumber informasi mengenai penyakit DBD di RW 09 Pancoran Mas, Depok, dengan jumlah responden 67 orang, Mei 2009



G. Karakteristik nilai responden

Hasil penelitian berdasarkan nilai responden tentang penyakit DBD, diperoleh hasil bahwa nilai yang diperoleh responden antara 11 - 20, 17 responden memperoleh nilai 18 dan 1 responden yang memperoleh nilai 20, dapat dilihat pada tabel 3.

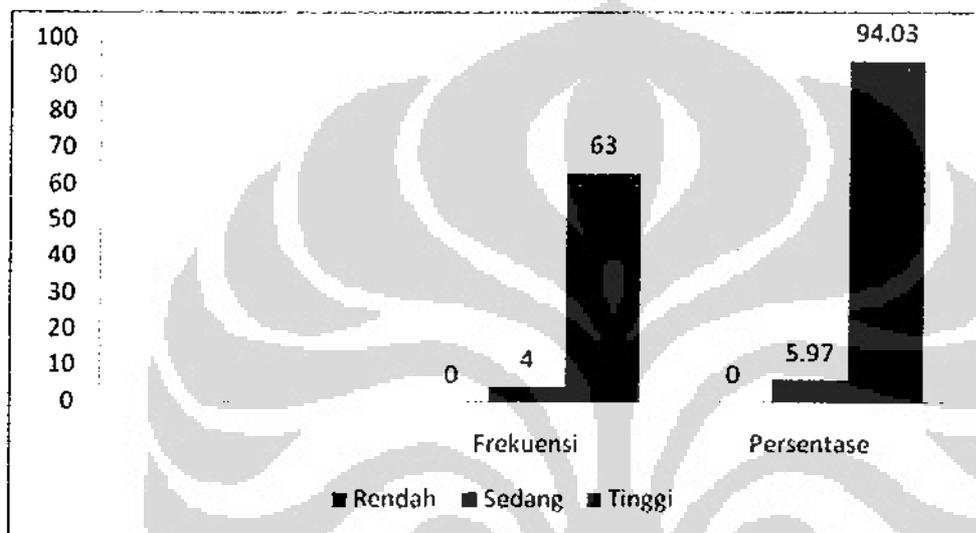
Tabel 3 Distribusi frekuensi nilai responden di RW 09 Pancoran Mas, Depok, dengan jumlah responden 67 orang

Nilai	Frekuensi	Persentase(%)
11	1	1,49
12	2	2,99
13	1	1,49
14	2	2,99
15	5	7,46
16	15	22,39
17	14	20,90
18	17	25,37
19	9	13,43
20	1	1,49
Total	67	100

H. Karakteristik tingkat pengetahuan keluarga

Hasil penelitian berdasarkan tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit DBD, diperoleh bahwa mayoritas tingkat pengetahuan responden adalah tinggi (94,03%), dan tidak ditemukan responden dengan tingkat pengetahuan rendah (0%), seperti yang terlihat pada diagram 5 berikut ini.

Diagram 5. Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan di RW 09 Pancoran Mas, Depok, dengan jumlah responden 67 orang, Mei 2009



BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit DBD

Menurut Taufik (2007), pengetahuan merupakan penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan lain sebagainya). Faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan adalah umur, intelegensi, lingkungan, sosial budaya, pendidikan, informasi dan pengalaman (Lukman, 2009).

Pengetahuan keluarga adalah semua informasi yang diperoleh keluarga mengenai penyakit DBD, yang meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, dan cara pencegahan.

Dari penelitian diperoleh tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit DBD di wilayah RW 09 kel. Pancoran Mas diperoleh hasil bahwa mayoritas tingkat pengetahuan responden adalah tinggi (94,03%), dan tidak ditemukan responden dengan tingkat pengetahuan rendah (0%). Hal tersebut menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan mahasiswa DBD cukup baik pada domain kognitif. Beragam tingkat pencapaian level domain kognitif pada setiap responden menandakan adanya upaya untuk mencapai pemahaman yang menyeluruh. Peningkatan level domain kognitif suatu kelompok terhadap masalah kesehatan dapat dilakukan oleh petugas kesehatan (perawat puskesmas) melalui penyelenggaraan penyuluhan dan publikasi melalui berbagai sumber media seperti poster, televisi, leaflet, penyuluhan kesehatan dan lain-lain.

Dari hasil penelitian Purwadi (2008) setelah dilakukan pendidikan kesehatan secara langsung maupun tidak langsung terhadap masyarakat dan memberdayakan masyarakat melalui pelatihan kader DBD serta upaya lainnya, hasil pelaksanaan menunjukkan terjadinya peningkatan pengetahuan, sikap dan ketrampilan para kader DBD dan menjalankan tugas dan fungsinya. Peningkatan pengetahuan kader DBD sebesar 31,55% dengan persentase self evaluasi sebesar 74% menunjukkan tingkat kemanfaatan yang tinggi bagi kader sebagai bagian di masyarakat. Persentase peningkatan tersebut menjelaskan efektifitas pelatihan DBD cukup baik sebagai langkah awal upaya pencegahan dan penanganan DBD. Menurut Artus (1995 dalam Oakley,2002) pelatihan bertujuan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan seseorang dalam menjalankan peran dan tugasnya seperti kader DBD, namun seringkali pelatihan menjadi kurang bermakna, ketika tidak diterapkan secara rutin dan berkesinambungan. Oleh karena itu perlu supervisi dan monitoring agar mencapai keberhasilan disamping memberi motivasi dan semangat bagi kader itu sendiri.

Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Muthoharoh (2007) didapatkan kesamaan hasil yaitu didapatkan keluarga mempunyai tingkat pengetahuan tinggi dalam memahami tentang penyakit DBD. Penyakit demam berdarah merupakan masalah aktual yang selalu muncul setiap tahun, terutama pada musim hujan, sehingga masyarakat mendapatkan intensitas yang lebih untuk terpapar dengan informasi mengenai masalah ini, dan semakin baiknya sarana komunikasi sebagai media informasi sehingga masyarakat dengan mudah dapat mengenali masalah ini, serta peran pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan yang telah mengupayakan berbagai kebijakan strategis melalui informasi pada berbagai media dalam rangka sosialisasi permasalahan yang termasuk dalam masalah nasional ini. Selain masalah di atas bertambahnya usia responden, maka semakin bertambah pula pengalaman yang dimiliki orang tersebut, misalnya untuk mengurangi demam yang tinggi pada penderita demam berdarah, maka

penderita tersebut dapat diberikan kompres air biasa di daerah kepala maupun ketiak.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Bloom, 1956), dalam arti lain dapat juga dikatakan tingginya dasar pengetahuan yang dimiliki keluarga tentang pencegahan DBD, dapat semakin tinggi pula kesadaran untuk berperan serta dalam mencegah DBD, dalam hal ini pemerintah berperan sebagai fasilitator dan motivator.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini belum sempurna, masih perlu perbaikan. Waktu melakukan penelitian, peneliti banyak mengalami keterbatasan yaitu:

1) Keterbatasan jumlah populasi dan sampel

Jumlah responden yang dijadikan sampel masih tergolong sedikit, mengingat penelitian yang dilakukan merupakan penelitian yang berbasis komunitas, sehingga belum dapat menilai gambaran tingkat pengetahuan di RW 09 kelurahan Pancoran Mas karena keterbatasan jumlah populasi dan sampel.

2) Keterbatasan instrumen penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan merupakan modifikasi dari instrumen baku, untuk uji validitasnya hanya menggunakan validitas isi saja, dan uji realibilitasnya hanya meminta pendapat responden mengenai penggunaan kata-kata yang ada di kuesioner.

BAB VII SIMPULAN DAN SARAN

7.1. Simpulan

Pengetahuan merupakan kemampuan mengenal atau mengingat materi yang telah dipelajari mulai dari yang sederhana sampai pada yang sukar dan lebih ditekankan pada kemampuan mengingat yang lebih besar. Pengetahuan merupakan hal yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku/tindakan seseorang (Bloom,1987).

Berdasarkan hasil penelitian, maka peneliti mengambil kesimpulan bahwa seratus persen responden beragama Islam, dan pendidikan mayoritas SMP 38,81%, sedangkan untuk tingkat pengetahuan responden mengenai penyakit DBD dapat disimpulkan bahwa keluarga di RW 09 Kelurahan Pancoran Mas, Kec Beji Kota Depok tahun 2009 memiliki tingkat pengetahuan tinggi (94,03%).

7.2. Saran

a. Penerima pelayanan

Masyarakat diharapkan mampu mengkaji kebutuhan mendapatkan informasi dan mengaplikasikan pengetahuan tersebut untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit DBD yang dapat dilakukan didalam keluarga.

b. Pemberi pelayanan kesehatan

Tenaga kesehatan, khususnya yang berbasis masyarakat diharapkan mampu memberikan informasi tentang penyakit DBD kepada keluarga sebagai dasar untuk memberikan tindakan pencegahan dan penanganan DBD di keluarga.

c. Penelitian

Penelitian berikutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini, dengan melakukan penelitian tentang hubungan tingkat pengetahuan dengan perilaku pencegahan DBD.

DAFTAR PUSTAKA

- Bloom. (1987). *Domain of learning*. Dalam Van Hoozer, et al., *The teaching process theory and practice nursing*. USA: Appleton Century Corfts
- Burns,s & Grove, S.Y. (1995). *The practice of nursing research*. Philadelphia: WB Saunders Company
- Dempsey. P.A & Arthur. (2002). *Nursing research: tex and workbook*. (Palupi. W, penerjemah) . Philadelphia: Lippincott. (Sumber asli diterbitkan 1996)
- Departemen Pendidikan Kesehatan. (2003). *Kamus besar bahasa indonesia*. Edisi 3. Jakarta: Balai Pustaka
- DHF/DBD. (2007). *DHF/DBD*. Diambil pada 2 april 2008 dari <http://www.infeksi.com/articles.php?lng=in&pg=53>
- Friedman, M. M. (1996). *Family nursing: theory and assesment*. Dalam Stan Hope. M & Lancaster, J. *Community health of aggregats families & individuals* (4th Ed) (463-471). USA: Mosby Yar Book
- Hendarwanto. (1996). *Demam dengue*. Dalam Noor, S. et al. *Ilmu Penyakit Dalam*. (417-426). Edisi 1. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Litbang Depkes (2008). *DBD*. Diambil pada Tanggal 20 Februari 2009 jam 17.00 WIB dari [http:// www.litbang.depkes.go.id](http://www.litbang.depkes.go.id)
- Luknis Sabri & Sutanto. P. H . (1999). *Modul biostat & statistik kesehatan*. FKMUI. Tidak diterbitkan
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku kesehatan*. Yogyakarta: Andi Ofiset
- Nursalam. (2001). *Pendekatan praktis metodologi riset keperawatan*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan*. Edisi 4. (Yasmin Asih Dkk, penerjemah). Jakarta:EGC. (Sumber asli diterbitkan 1997).
- Setiadi. (2008). *Konsep dan proses keperawatan keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Suprajitno. (2004). *Asuhan keperawatan keluarga aplikasi*. Dalam Praktik. Jakarta: EGC
- WHO. (2008). *DHF*. Diambil pada Tanggal 20 Februari 2009 jam 17.15 WIB dari <http://www.mediainquiris.who.int>
- Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman teknis penulisan tugas akhir mahasiswa universitas Indonesia*



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1262/PT02.H5.FIK/I/2009

15 April 2009

Lamp : -

Perihal : Permohonan Ijin Penelitian
& Pengambilan Data M.A Riset

Kepada Yth.
Kepala Kesbanglinmas
Di
Depok

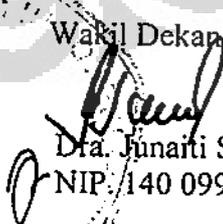
Dalam rangka mengimplementasikan mata ajar "Riset Keperawatan" bagi mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan-Universitas Indonesia (FIK-UI) :

No.	Nama Mahasiswa	NPM
1.	Khairani	0706255736
2.	Sri Herni Wigiarti	0706220303

Akan mengadakan praktek riset dengan judul: "Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) Di RW 09 Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok."

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa tersebut untuk melakukan penelitian di Kelurahan Pancoran Mas Depok.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan

Dra. Junarti Sahar., PhD
NIP. 140 099 515

Tembusan :

1. Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Dikmahalun FIK-UI
4. Dinas Kesehatan Depok
5. Kelurahan Pancoran Mas Depok
6. Koordinator M.A Riset Kep. FIK-UI
7. Peninggal

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth

Kepala Kelurahan RW 09

Pancoran Mas, Depok.

di tempat

Dalam rangka mengimplementasikan Mata Ajar “ Riset Keperawatan” mahasiswa Fakultas Keperawatan FIK UI:

1. Khairani dengan NPM 0706255736
2. Sri Herni Wigiarti dengan NPM 0706220303

akan mengadakan praktek riset dengan judul “Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Penyakit Demam Berdarah (DBD) di RW 09, Kel. Pancoran Mas, Kota Depok”.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa tersebut untuk mengadakan praktek riset di wilayah RW 09 Kelurahan Pancoran Mas.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, kami ucapkan terima kasih.

Tembusan:

1. Wadep Bidang Akademik FIK UI
2. Manajer Dikmahalum FIK UI
3. Kepala Program Studi SI FIK UI
4. Koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan

LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

Responden yang kami hormati,

Kami yang bertanda tangan di bawah ini

1. Nama : Khairani
NPM : 0706255736

Alamat : Jl. Nangka, Gang Pepaya RT 06 RW 15, Beji, Depok

2. Nama : Sri Hemi Wigiarti
NPM : 0706220303

Alamat : Perum Cipondoh Makmur Blok F II No 15 Tangerang

Adalah mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, akan melakukan penelitian tentang "Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Penyakit Demam Berdarah (DBD) di RW 09, Kel. Pancoran Mas, Kota Depok".

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana gambaran tingkat pengetahuan keluarga di RW 09 Kel. Pancoran Mas tentang penyakit DBD tahun 2009. Penelitian ini tidak akan merugikan responden, karena semua informasi akan dijamin kerahasiaannya. Bersama surat ini kami lampirkan surat persetujuan bila bersedia menjadi responden penelitian.

Besar harapan kami agar saudara bersedia menjadi responden dalam penelitian dan menjawab pertanyaan terkait penelitian yang akan dilakukan. Atas kesediaan dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Peneliti 1



Khairani

NPM: 0706255736

Peneliti 2



Sri Hemi Wigiarti

NPM: 0706220303

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk ikut berpartisipasi dalam pengumpulan data yang dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang bernama Khairani, NPM 0706255736 dan Sri HERNI Wigiarti, NPM 0706220303 tentang “Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Penyakit Demam Berdarah (DBD) di RW 09, Kel. Pancoran Mas, Kota Depok” . Saya mengetahui bahwa informasi yang saya berikan ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan ilmu keperawatan di Indonesia.

Depok, 2009

Responden

KUESIONER

No. Responden:

Tgl. Pengisian:

Petunjuk Pengisian

- Bacalah pertanyaan dengan teliti.
- Pada pertanyaan bagian A, berisi tentang data umum demografi diisi dan memberi tanda check list (✓) pada tempat yang disediakan.
- Pada pertanyaan bagian B, berilah tanda check list (✓) pada kolom yang sesuai dengan jawaban.
- Jika ingin mengganti jawaban, beri tanda silang (X) pada jawaban yang salah, kemudian beri tanda check list (✓) pada kolom yang sesuai dengan jawaban.

Contoh

NO	Pertanyaan	Betul	Salah
1	Penyakit DBD disebabkan oleh nyamuk <i>Dengue</i>	X	✓

(Lanjutan)

A. Data Keadaan Pasien

1. Usia Bapak/Ibu sekarang

- 20-24 tahun
- 25-29 tahun
- 30-34 tahun
- 35-39 tahun
- > 39 tahun

2. Jenis kelamin

- Laki-laki
- Perempuan

3. Agama

- Islam
- Kristen
- Budha
- Hindu

4. Status Perkawinan

- Kawin
- Tidak kawin
- Janda/Duda

5. Pendidikan Terakhir

- SD
- SMP/MTS
- SMA/M.A
- Akademi/Perguruan Tinggi

6. Pekerjaan

- Pegawai Negeri
- Pegawai Swasta
- Buruh
- Tani
- Tidak Bekerja

7. Suku Bangsa

- Jawa
- Sunda
- Betawi

(Lanjutan)

- () Lain-lain
- 8. Anda pernah mendapatkan informasi mengenai penyakit DBD dari
 - () Surat kabar/majalah
 - () Poster
 - () Televisi
 - () Radio
 - () Internet
 - () Lain-lain
- 9. Kode Responden (diisi oleh peneliti)

B. Pertanyaan

NO.	PERTANYAAN	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Demam berdarah adalah penyakit menular		
2.	Demam berdarah adalah penyakit keturunan		
3.	Penyakit DBD dapat mengakibatkan kematian		
4.	Demam berdarah adalah penyakit yang ditularkan melalui nyamuk Aedes Aegypti		
5.	Ciri-ciri nyamuk pembawa/penyebab Demam Berdarah adalah belang-belang hitam putih.		
6.	Sudah ditemukan obat dan vaksin untuk membasmi virus penyebab Demam Berdarah		
7.	Tempat perkembangbiakan nyamuk penyebab DBD adalah di tempat penampungan air didalam dan di luar lingkungan sekitar rumah.		
8.	Waktu yang disukai nyamuk penyebab Demam Berdarah untuk menggigit adalah pagi hari		

9.	Tanda dan gejala yang muncul pada penderita Demam Berdarah adalah panas mendadak lebih dari 1 hari, muka kemerahan, dan muncul bintik merah seperti digigit nyamuk		
10.	Penderita DBD sebaiknya diberi minum yang banyak		
11.	Lingkungan yang bersih dan sehat dapat mencegah penyakit DBD.		
12.	Membiarkan kaleng, botol, ban bekas di halaman rumah dapat menjadi tempat berkembang biak sarang nyamuk		
13.	Penyakit DBD hanya menyerang anak-anak		
14.	Bila ada anggota keluarga yang mengalami panas mendadak disertai muka kemerahan sebaiknya pastikan dulu sampai muncul mimisan sebagai tanda dan gejala penyakit demam berdarah, kemudian dibawa ke pelayanan kesehatan.		
15.	Cara pertolongan/perawatan pertama bila ada anggota keluarga yang panas mendadak sebelum dibawa ke pelayanan kesehatan adalah dengan segera memberi kompres dan memberi obat penurun panas(panadol, bodrexin, dll).		
16.	Beberapa cara untuk memberantas penyakit Demam Berdarah adalah dengan Abatisasi (pemberian cairan khusus ke tempat penampungan air), Fogging (pengasapan), dan pemberantasan sarang nyamuk dengan cara menguras secara rutin tempat penampungan air.		
17.	Untuk mencegah tertular penyakit Demam Berdarah saya lakukan fogging (pengasapan).		
18.	Kegiatan 3M (menguras, menutup dan mengubur tempat penampungan air di lingkungan rumah) adalah kegiatan pemberantasan penyakit Demam Berdarah yang paling baik.		
19.	Saya melakukan kegiatan 3M secara rutin dan teratur dirumah seminggu sekali		
20.	Bila dicurigai ada anggota keluarga yang menderita Demam Berdarah segera bawa ke tempat pelayanan kesehatan terdekat.		