



UNIVERSITAS INDONESIA

**TINGKAT PENGETAHUAN SANTRI YANG TELAH
MENDAPAT PENYULUHAN MENGENAI PERTOLONGAN
PERTAMA DBD DI PESANTREN X KECAMATAN BAYAH
PROVINSI BANTEN**

SKRIPSI

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

**AMELIA
0806323731**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UMUM
JAKARTA
JUNI 2011**



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Amelia
NPM : 0806323731
Program Studi : Pendidikan Dokter
Judul Skripsi : Tingkat Pengetahuan Santri yang Telah Mendapat
Penyuluhan Mengenai Pertolongan Pertama DBD
di Pesantren X, Kecamatan Bayah, Provinsi Banten

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. dr. Saleha Sungkar, DAP&E, MS (*Saleha*)
Penguji : Dra. Beti Ernawati Dewi, Ph.D (*Beti*)

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 21 Juni 2011

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kepada Tuhan Yesus Kristus sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan untuk mendapatkan gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Dengan selesainya skripsi ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada Prof. dr. Saleha Sungkar, DAP&E, MS selaku pembimbing penulis dalam menyelesaikan skripsi ini, DR. dr. Saptawati Bardosono, MSc selaku Ketua modul Riset, keluarga dan teman-teman yang telah membantu serta mendukung baik secara material maupun moril.

Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 21 Juni 2011

Penulis



Amelia

ABSTRAK

Nama : Amelia
Program Studi : Pendidikan Dokter
Judul Tugas Akhir : Tingkat Pengetahuan Santri yang Telah Mendapat Penyuluhan Mengenai Pertolongan Pertama DBD di Pesantren X, Kecamatan Bayah, Provinsi Banten

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Untuk mencegah kematian, penderita DBD perlu mendapat pertolongan pertama dengan segera. Agar dapat memberikan pertolongan, masyarakat perlu diberikan pengetahuan dengan penyuluhan kesehatan setelah itu dievaluasi. DBD dapat menginfeksi semua umur tetapi lebih banyak menginfeksi anak-anak. Karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan murid sekolah mengenai pertolongan pertama DBD yang diwakili oleh santri. Penelitian dilakukan di pesantren X, Kecamatan Bayah, Provinsi Banten dengan desain *cross sectional*. Data diambil pada tanggal 16-18 Oktober 2009 dengan mewawancarai semua santri yang berada di lokasi menggunakan kuesioner. Data dianalisis dengan uji *chi-square*. Hasilnya 60% responden perempuan, 32,6% memperoleh informasi dari dua sumber, 45,7% memilih petugas kesehatan sebagai sumber informasi DBD paling berkesan dan 81,9% responden tidak memiliki riwayat DBD. Sebanyak 8 orang (8,4%) memiliki tingkat pengetahuan baik, 18 orang (18,9%) cukup, dan 69 orang (72,6%) kurang. Berdasarkan uji *chi-square*, tidak terdapat perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan santri mengenai pertolongan pertama DBD dengan jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi paling berkesan, dan riwayat DBD. Disimpulkan tingkat pengetahuan santri setelah mendapat penyuluhan mengenai pertolongan pertama tergolong kurang dan tidak berhubungan dengan jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi paling berkesan, dan riwayat DBD.

Kata kunci: Demam Berdarah Dengue, pengetahuan, pertolongan pertama

ABSTRACT

Nama : Amelia
Study Program : General Medical Doctor Program
Title : The Knowledge Level about First Aid of Dengue Hemorrhagic fever among Students after Health Promotion at Pesantren X, Bayah Subdistrict, Banten Province

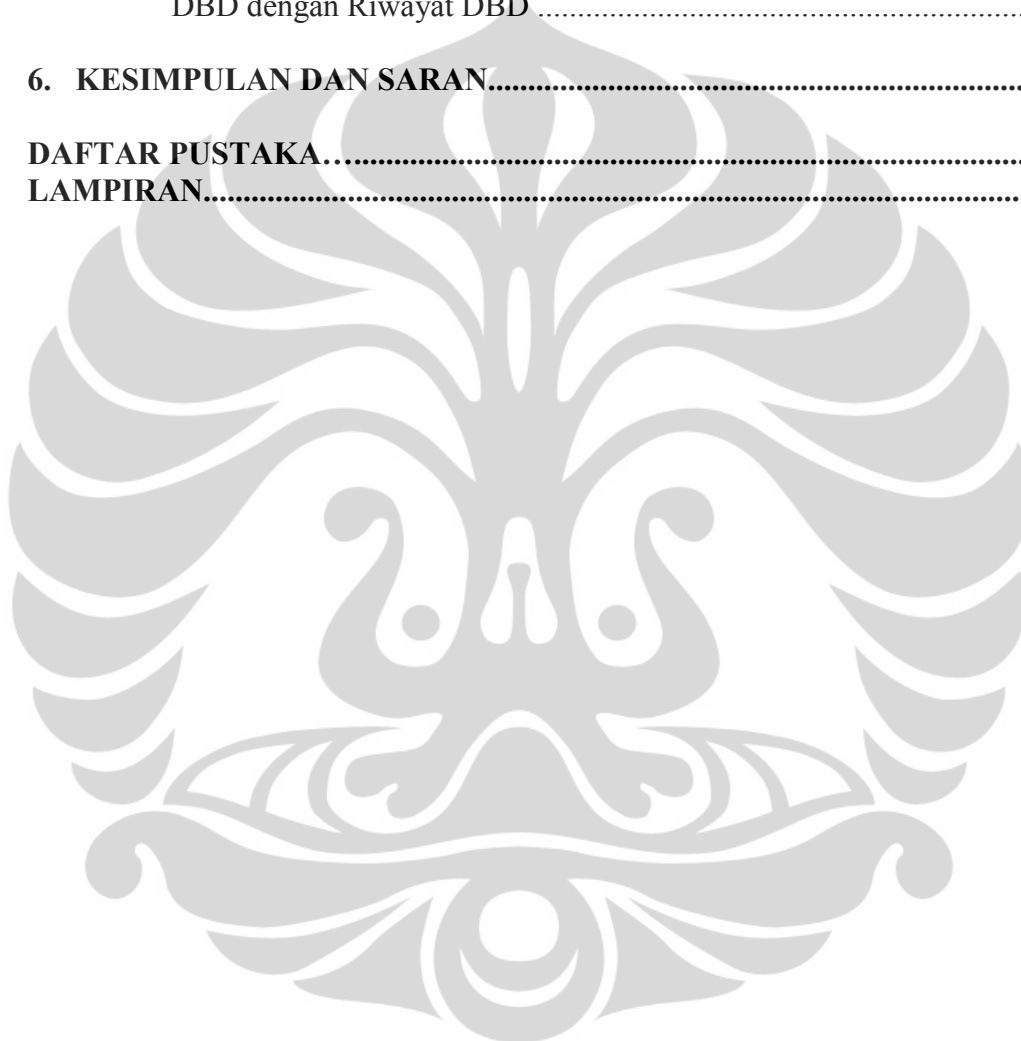
Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) can cause mortality. To prevent mortality, DHF patient needs immediate first aid. In order to be able to give the first aid, people need to be educated through health promotion and evaluated afterwards. DHF can infect all ages but more in kids. Thus this study is conducted to know students' knowledge level about DHF first aid, represented by santri. This cross-sectional study was conducted at Pesantren X, Bayah Subdistrict, Banten Province. Data was acquired on October 16-18 2009 by interviewing all santri who were at the venue using questionnaires. Data was analyzed with chi-square tests. The result 60% of respondents were female, 32,6% got information about DHF from two sources, 45,7% chose health officers as the most impressive source, and 81,9% of respondents didn't have DHF history. Eight respondents (8,4%) have good knowledge about DHF, 18 respondents (18,9%) fair and 69 respondents (72,6%) poor. Chi-square test showed no association between students' knowledge level about DHF first aid with gender, number of information sources, the most impressive source, and DHF history. In conclusion, students' knowledge level about DHF first aid is poor and unassociated with gender, amount of information sources, the most impressive source, and DHF history.

Keywords: Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), knowledge, first aid

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
UCAPAN TERIMA KASIH.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Hipotesis.....	2
1.4 Tujuan Penelitian.....	3
1.5 Manfaat Penelitian.....	3
1.6 Kerangka Konsep.....	4
2. LANDASAN TEORI.....	5
2.1 Demam Berdarah Dengue.....	5
2.2 Vektor Demam Berdarah Dengue.....	6
2.3 Mekanisme Penularan DBD.....	8
2.4 Patogenesis.....	8
2.5 Tanda dan Gejala.....	9
2.6 Diagnosis.....	9
2.7 Pertolongan Pertama.....	10
2.8 Tingkat Pengetahuan.....	12
3. METODE PENELITIAN.....	14
3.1 Desain Penelitian.....	14
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	14
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	14
3.4 Subjek Penelitian.....	14
3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	14
3.6 Kerangka Sampel.....	15
3.7 Identifikasi Variabel.....	15
3.8 Pengumpulan Data dan Manajemen Penelitian.....	15
3.9 Pengolahan Data.....	16
3.10 Batasan Operasional.....	16
3.11 Etika Penelitian.....	17

4. HASIL PENELITIAN.....	18
5. PEMBAHASAN.....	23
5.1 Hubungan Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama DBD dengan Jenis Kelamin.....	23
5.2 Hubungan Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama DBD dengan Jumlah Sumber Informasi	23
5.3 Hubungan Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama DBD dengan Sumber Informasi yang Paling Berkesan	24
5.4 Hubungan Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama DBD dengan Riwayat DBD	25
6. KESIMPULAN DAN SARAN.....	26
DAFTAR PUSTAKA.....	28
LAMPIRAN.....	31



DAFTAR TABEL

Tabel 4.2.1 Sebaran Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Dan Usia, dan Riwayat DBD	19
Tabel 4.2.2 Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi Yang Didapat	20
Tabel 4.2.3 Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi Yang Paling Berkesan	20
Tabel 4.2.4 Karakteristik Riwayat DBD Pada Responden	21
Tabel 4.2.5 Sebaran Responden Berdasarkan Nilai Pengetahuan Tentang Pertolongan Pertama DBD	21
Tabel 4.2.6 Tingkat Pengetahuan Santri Mengenai Pertolongan Pertama DBD dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan	22

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Penelitian.....	31
Lampiran 2 Tabel Rekapitulasi Jawaban Kuesioner	
Lampiran 3 Hasil Uji Statistik.....	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) ialah penyakit demam akut yang disebabkan oleh infeksi virus dengue dan ditularkan melalui gigitan *Aedes sp.*, dengan spesies tersering *Aedes aegypti* dan sebagian kecil *Aedes albopictus*.^{1,2} Penyakit tersebut banyak ditemukan di negara tropis, seperti India, Brazil, dan Asia Tenggara, termasuk Indonesia.²

Indonesia termasuk ke dalam kategori A dalam stratifikasi DBD oleh *World Health Organization* (WHO) karena tingginya angka kematian dan perawatan rumah sakit akibat DBD.³ Pada tahun 2008, terdapat 953 penderita meninggal dari total penderita sebanyak 117 830 penderita. (*case fatality rate*/CFR 0,81). Angka tersebut meningkat pada bulan Januari - Oktober 2009, di mana terdapat 1013 penderita meninggal dari total penderita sebanyak 121 423 orang (CFR 0,83).

DBD terdapat di seluruh provinsi Indonesia namun paling banyak terdapat di Provinsi Aceh, Sumatra Utara, Lampung, Kalimantan Barat, Gorontalo, Bali, Jawa Timur, Jawa Barat, Jakarta dan Banten.³ Banten merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang mengalami kejadian luar biasa DBD pada tahun 2007 dengan jumlah penderita 862 orang dan 27 orang meninggal. Di Kabupaten Lebak, tercatat 249 kasus dengan 7 kematian. Pada salah satu kecamatan di Lebak, yaitu Kecamatan Bayah, terdapat 22 orang penderita dengan 1 orang meninggal pada tahun 2007.⁵ Angka ini meningkat pada tahun 2008 menjadi 25 orang penderita dengan 2 orang meninggal.⁶

DBD merupakan penyakit yang dapat mengakibatkan kematian. Hal tersebut dapat terjadi karena apabila sudah mencapai tahap berat, atau masuk ke tahap *Dengue Shock Syndrome*, DBD dapat menimbulkan perdarahan, tekanan darah turun mendadak, renjatan, dan akhirnya kematian. Kegagalan sirkulasi tersebut disebabkan adanya peningkatan permeabilitas pembuluh kapiler yang menyebabkan terjadinya kebocoran cairan plasma ke

ekstravaskular. Keadaan itu diikuti oleh menurunnya sitoplasma, meningkatnya hematokrit, dan trombositopenia. Oleh sebab itu, pertolongan pertama merupakan hal yang sangat penting dan perlu diketahui masyarakat agar keadaan penderita tidak menjadi semakin parah dan kematian dapat dicegah.⁷

Untuk itulah penyuluhan mengenai pertolongan terhadap DBD perlu diberikan kepada masyarakat kecamatan Bayah. Penyuluhan ini lebih mudah diberikan kepada anak-anak yang memiliki edukasi lebih tinggi dibanding masyarakat yang umumnya tergolong kurang mampu dan kurang teredukasi. Oleh karena itu, dalam penelitian ini penyuluhan diberikan kepada murid sekolah yaitu di pesantren X di mana pesantren tersebut merupakan sekolah sekaligus tempat tinggal murid setara SMP dan SMA. Para murid juga diberikan *leaflet* dan *booklet* mengenai DBD agar dapat dipelajari di rumah. Selang satu bulan kemudian, diadakan evaluasi terhadap tingkat pengetahuan murid, apakah sudah berkembang dan mencapai kategori baik yang telah ditetapkan.

Tingkat pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor seperti karakteristik demografis yang meliputi jenis kelamin, usia, aktivitas sehari-hari, sumber informasi, dan riwayat DBD itu sendiri. Pada umumnya, perempuan memiliki pengetahuan yang lebih luas daripada laki-laki karena intensitas berinteraksi dengan lingkungan sekitar yang lebih tinggi. Faktor usia pun berpengaruh; semakin tua usia seseorang tingkat pengetahuannya akan semakin tinggi pula, mengingat pengalaman hidupnya yang juga semakin banyak. Selain itu, pengetahuan juga dapat diperluas dengan semakin banyaknya aktivitas yang dilakukan serta informasi yang diperoleh. Riwayat menderita DBD juga akan memperluas pengetahuan seseorang, khususnya mengenai DBD. Berdasarkan hal-hal inilah, evaluasi tingkat pengetahuan murid setelah mendapat penyuluhan mengenai pertolongan DBD dilakukan dengan memperhatikan karakteristik demografis.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana tingkat pengetahuan santri di Pesantren X mengenai pertolongan pertama DBD setelah diberikan penyuluhan?
2. Bagaimana karakteristik santri di Pesantren X?
3. Apakah terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan santri mengenai pertolongan pertama DBD dan karakteristik santri di Pesantren X?

1.3 Hipotesis

Tingkat pengetahuan santri di Pesantren X mengenai pertolongan pertama DBD berhubungan dengan karakteristik santri (jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi paling berkesan, dan riwayat DBD).

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui tingkat pengetahuan santri mengenai pertolongan pertama DBD di Pesantren X setelah mendapat penyuluhan DBD dan hubungannya dengan karakteristik santri.

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Mengetahui karakteristik demografi santri di Pesantren X yaitu jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi paling berkesan, dan riwayat DBD
2. Mengetahui tingkat pengetahuan santri tentang pertolongan DBD setelah mendapat penyuluhan DBD
3. Mengetahui tingkat pengetahuan tentang pertolongan DBD setelah mendapat penyuluhan DBD

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat Bagi Peneliti

1. Memperoleh pengalaman dan pengetahuan dalam melaksanakan penelitian

2. Meningkatkan kreativitas, daya nalar, cara pandang, dan minat dalam bidang penelitian
3. Melatih dan menerapkan komunikasi efektif dengan kelompok masyarakat

1.5.2. Manfaat Bagi Perguruan Tinggi

1. Mengamalkan Tri Dharma Perguruan Tinggi dalam melaksanakan fungsi perguruan tinggi sebagai lembaga penyelenggara pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat
2. Turut berperan serta dalam rangka mewujudkan Visi FKUI 2014 sebagai universitas riset terkemuka di Asia Pasifik dan 80 terbaik di dunia
3. Meningkatkan kerjasama yang harmonis serta komunikasi antara mahasiswa dan staf pengajar FKUI

1.5.3. Manfaat Bagi Masyarakat

1. Masyarakat mendapat informasi mengenai tingkat pengetahuan santri tentang DBD
2. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai masukan untuk Dinas Kesehatan

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Demam Berdarah Dengue

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh infeksi 4 serotipe virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk betina *Aedes sp.* Penyakit ini memiliki manifestasi berupa perdarahan, hepatomegali, dan dan tanda kegagalan sirkulasi sampai timbulnya renjatan sebagai akibat dari kebocoran plasma yang dapat menyebabkan kematian.⁵ DBD pertama kali ditemukan di Surabaya pada tahun 1968, namun konfirmasi virologis baru didapatkan pada tahun 1972, dan sejak saat itu telah menyebar ke seluruh daerah di Indonesia dan mengalami peningkatan setiap tahunnya.⁶ DBD telah menjadi masalah kesehatan bukan hanya di Indonesia tetapi di juga di negara lain di Asia Tenggara. Selama tiga sampai lima tahun terakhir jumlah kasus DBD telah meningkat sehingga Asia Tenggara menjadi wilayah hiperendemis.³

Virus dengue paling sering ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan pada sebagian kecil kasus oleh *Aedes albopictus*, di mana keduanya terdapat di seluruh pelosok Indonesia, kecuali pada daerah yang memiliki ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut. Virus dengue termasuk kelompok B Arthropod Borne Virus (Arbovirus) yang sekarang dikenal sebagai genus Flavivirus, famili Flaviviridae, dan mempunyai 4 jenis serotipe, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Serotipe-serotipe ini sangat mirip secara antigenik satu dengan yang lain, tetapi tidak dapat menghasilkan proteksi silang yang lengkap setelah terinfeksi oleh salah satunya. Keempat serotipe virus dapat ditemukan di berbagai daerah di Indonesia, namun serotipe DEN-3 adalah yang paling sering ditemukan dan diperkirakan menunjukkan manifestasi klinik yang berat.⁹

Terjadinya DBD dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dapat dijelaskan melalui segitiga epidemiologik, berupa: agen yang meliputi virus dengue, *host* yang meliputi umur, jenis kelamin, nutrisi, populasi, mobilitas penduduk, dan lingkungan yang meliputi letak geografis dan musim.⁷ Berbagai faktor kependudukan juga berpengaruh pada peningkatan dan penyebaran kasus DBD,

seperti: pertumbuhan penduduk yang tinggi, urbanisasi yang tidak terencana dan tidak terkendali, tidak efektifnya kontrol vektor nyamuk yang efektif di daerah endemis, dan peningkatan sarana transportasi.³

Penyakit DBD diklasifikasikan menjadi empat tingkat keparahan, di mana derajat 3 dan 4 masuk ke dalam kategori *Dengue Shock Syndrome*.⁷

1. Derajat 1: demam disertai gejala tidak khas dan satu-satunya manifestasi perdarahan adalah uji torniquet.
2. Derajat 2: seperti derajat 1, disertai perdarahan spontan di kulit dan peredaran lain.
3. Derajat 3: didapatkan kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun (20 mmHg atau kurang) atau hipotensi, sianosis di sekitar mulut kulit dingin dan lembab, tampak gelisah.
4. Derajat 4: syok berat, nadi tidak dapat diraba dan tekanan darah tidak terukur.

2.2 Vektor Demam Berdarah Dengue

2.2.1 Karakteristik

Nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, sebagai vektor utama DBD, termasuk dalam Genus *Aedes* dari Famili *Culicidae*. Keduanya sangat mirip secara morfologinya, namun terdapat perbedaan pada strip putih yang terdapat pada skutumnya. Pada *Aedes aegypti*, skutum berwarna hitam memiliki dua garis putih sejajar di bagian dorsal tengah yang diapit oleh dua garis lengkung putih. Sedangkan, *Aedes albopictus* hanya memiliki satu garis putih tebal di bagian dorsalnya.¹⁰

2.2.2 Siklus Hidup Vektor

Nyamuk *Aedes aegypti* meletakkan telurnya pada permukaan air bersih. Telur berbentuk bulat panjang hitam. Kemudian, dalam satu sampai dua hari telur akan menetas menjadi larva. Terdapat empat tingkat perkembangan larva yang disebut instar. Dibutuhkan waktu lima hingga lima belas hari pertumbuhan instar

1 menuju instar 4. Setelah mencapai instar 4, larva berubah menjadi pupa, di mana larva memasuki masa dorman. Periode pupa ini bertahan selama dua hari sebelum menjadi nyamuk dewasa. Apabila keadaan lingkungan optimum dan mendukung, perkembangan dari telur menjadi nyamuk dewasa membutuhkan tujuh sampai delapan hari, namun apabila tidak maka akan membutuhkan waktu lebih lama. Setelah melewati waktu itu maka pupa membuka dan melepaskan kulitnya kemudian imago keluar, lalu beristirahat di kulit pupa dan selama itu sayap meregang menjadi kaku sehingga nyamuk dapat terbang. Nyamuk betina yang sudah dewasa siap menghisap darah dan kawin sehari atau dua hari sesudah keluar dari pupa.^{11,12}

Nyamuk yang pertama keluar adalah nyamuk jantan yang sudah siap berkopulasi, sedangkan nyamuk betina keluar belakangan. Kemudian nyamuk jantan tidak pergi jauh sambil menunggu nyamuk betina untuk berkopulasi. Sesudah kopulasi, nyamuk betina menghisap darah yang diperlukan untuk pembentukan telur. Diperlukan tiga sampai empat hari untuk menyelesaikan tahap perkembangan, mulai dari menghisap darah sampai telur dikeluarkan. Rentang waktu ini disebut satu siklus gonotropik (*gonotropic cycle*). Nyamuk betina bertelur pada sore hari dan siap menghisap darah lagi setelahnya. Biasanya nyamuk betina akan mati dalam sepuluh hari, tetapi waktu tersebut sudah cukup untuk inkubasi virus (3-10 hari) dan penyebaran virus.^{10,12}

2.2.3 Tempat Berkembang Biak *Aedes sp.*

Nyamuk *Aedes* hidup di dua tempat, pada fase pradewasa hidup di akuatik sementara pada fase dewasa hidup di daratan. Habitat kedua spesies *Aedes* agak berbeda, di mana *Aedes aegypti* lebih suka tinggal di tempat penampungan air (TPA) di dalam rumah, sementara *Aedes albopictus* lebih menyukai pohon, hutan, atau kebun. TPA yang disenangi oleh nyamuk *Aedes aegypti* adalah yang berisi air jernih seperti bak mandi, vas bunga, tempayan, drum, dan tangki air.¹¹

Nyamuk *Aedes aegypti* akan bertelur pada dinding vertikal bagian dalam dari tempat-tempat penampungan air sedikit di bagian atas permukaan air.

Nyamuk ini tidak suka tempat yang terkena sinar matahari langsung dan tidak dapat hidup pada tempat yang berhubungan langsung dengan tanah. Jumlah larva *Aedes aegypti* dalam tempat berkembangbiaknya dipengaruhi oleh kemampuan TPA menyerap air, warna TPA, dan kasar-halusnya TPA. Jumlah telur yang diletakkan akan lebih banyak pada TPA yang mudah menyerap air, gelap, dan kasar, dan sebaliknya. Selain itu, jumlah larva juga dipengaruhi oleh ukuran TPA dan volume air di dalamnya. Semakin besar TPA dan semakin besar volumenya, jumlah larvanya juga akan semakin banyak.¹²

2.2.4 Faktor Lingkungan yang Memengaruhi Perkembangan Vektor

Faktor lingkungan, baik biotik maupun abiotik berpengaruh terhadap kehidupan vektor. Faktor abiotik meliputi curah hujan, temperatur, dan evaporasi dapat memengaruhi kegagalan perkembangan dari telur, larva, dan pupa menjadi imago. Demikian pula halnya dengan faktor biotik seperti predator, kompetitor, maupun parasit yang terdapat di dalam TPA tempat nyamuk meletakkan telurnya. Kandungan dalam air juga berpengaruh, seperti bahan organik, mikroba, dan serangga air. Faktor suhu dan curah hujan berhubungan dengan evaporasi dan suhu mikro di dalam kontainer. Pada musim hujan, nyamuk betina memperoleh habitat air jernih yang sangat luas untuk meletakkan telurnya. Setiap benda berlekuk akan potensial sebagai penampung air jernih. Selain itu, cuaca yang mendukung juga merangsang naluri nyamuk untuk bertelur. Suhu optimal untuk perkembangan larva adalah 25'-27'C, di mana memerlukan waktu enam sampai delapan hari. Jika di luar itu, larva akan berkembang dengan lebih lama. Larva akan mati pada suhu di bawah 10'C dan di atas 40'C. Makanan larva juga berpengaruh, di mana di alam adalah mikroorganisme yang terdapat pada tempat berkembangbiaknya seperti alga, bakteri, protozoa, dan spora jamur. Makanan larva harus mengandung zat gizi yang esensial seperti protein, lipid, karbohidrat, vitamin B kompleks, dan elektrolit.^{10,12}

2.3 Mekanisme Penularan DBD

Seseorang yang terdapat virus dengue dalam darahnya merupakan penular DBD. Virus dengue akan beredar dalam darah selama 4-7 hari mulai 1-2 hari sebelum demam. Bila nyamuk penular menggigit penderita DBD, virus dalam darah akan ikut terhisap dan masuk ke dalam lambung nyamuk, selanjutnya virus akan bereplikasi dan tersebar di jaringan tubuh nyamuk termasuk kelenjar liurnya. Kurang lebih satu minggu kemudian, nyamuk akan siap menularkan virus tersebut kepada orang lain. Jadi, nyamuk *Aedes aegypti* yang telah menghisap virus dengue akan terus menjadi penular DBD karena nyamuk akan mengeluarkan liur melalui alat tusuknya setiap kali sebelum menghisap darah agar darah tidak membeku. Bersamaan dengan itu, virus pun berpindah ke penderita yang baru.⁹

2.4 Patogenesis

Dalam menjelaskan patogenesis infeksi dengue, terdapat dua teori yang dianut, yaitu hipotesis infeksi sekunder (*secondary heterologous infection theory*) dan hipotesis *immune enhancement*. Menurut hipotesis infeksi sekunder, respon antibodi anamnestic pasien akan terpicu sebagai akibat infeksi sekunder oleh tipe virus dengue yang berbeda. Hal ini akan menyebabkan proliferasi dan transformasi limfosit dan menghasilkan titer tinggi IgG antidengue. Karena bertempat di limfosit, proliferasi limfosit juga menyebabkan tingginya angka replikasi virus dengue, sehingga terbentuklah kompleks virus-antibodi yang selanjutnya mengaktivasi sistem komplemen. Pelepasan C3a dan C5a menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah dan merembesnya cairan ke ekstrasvaskular. Hal ini dibuktikan dengan adanya peningkatan kadar hematokrit, penurunan natrium dan terdapatnya cairan dalam rongga serosa.

Hipotesis *immune enhancement* menjelaskan menyatakan secara tidak langsung bahwa mereka yang terkena infeksi kedua oleh virus heterolog mempunyai risiko berat yang lebih besar untuk menderita DBD berat. Antibodi heterolog yang telah ada akan mengenali virus lain kemudian membentuk

kompleks antigen-antibodi yang berikatan dengan Fc reseptor dari membran leukosit terutama makrofag. Sebagai tanggapan dari proses ini, akan terjadi sekresi mediator vasoaktif yang kemudian menyebabkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah, sehingga mengakibatkan keadaan hipovolemia dan syok.^{3,13}

2.5 Tanda dan Gejala

Penyakit DBD diawali dengan demam tinggi (38-40°C) mendadak selama dua sampai tujuh hari, kontinyu, bifasik, naik-turun tidak mempan dengan antipiretik. Pada hari ketiga mulai terjadi penurunan suhu namun perlu hati-hati karena dapat merupakan tanda awal syok. Fase kritis ialah hari ketiga hingga kelima. Demam tinggi diikuti gejala-gejala tidak spesifik seperti anoreksia (hilangnya selera makan), lemah, mual, muntah, sakit perut, diare dan sakit kepala, serta rasa sakit pada otot dan persendian.^{9,14}

Terdapat manifestasi perdarahan berupa uji Tourniquet positif yang menandakan fragilitas kapiler meningkat. Uji Tourniquet dikatakan positif apabila terdapat > 10 petekie dalam diameter 2,8 cm (1 inci persegi) di lengan bawah bagian volar termasuk fossa cubiti, petekie (bintik merah pada kulit), purpura (perdarahan kecil di dalam kulit), ekimosis, perdarahan konjungtiva (perdarahan pada mata), epistaksis (perdarahan hidung), perdarahan gusi, hematemesis (muntah darah), melena (BAB darah), dan hematuri (adanya darah dalam urin), serta perdarahan pada hidung dan gusi.¹⁴

Selain itu terdapat gejala klinis lain berupa hepatomegali. Pembesaran hati ini umumnya bervariasi, mulai dari hanya sekedar dapat diraba sampai 2-4 cm dibawah lengkungan iga. Terdapat pula adanya kegagalan sirkulasi berupa renjatan pada saat demam tinggi yaitu antara hari 3-7 mulai sakit. Renjatan terjadi karena perdarahan atau kebocoran plasma ke daerah ekstrasvaskular melalui kapiler yang rusak.. Hal ini ditandai dengan nadi cepat dan lemah serta penurunan tekanan nadi (≤ 20 mmHg), hipotensi (sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang), akral dingin, kulit lembab, dan pasien tampak gelisah.^{9,14}

2.6 Diagnosis

Berdasarkan kriteria WHO, seseorang dikatakan terkena DBD apabila memenuhi semua syarat berupa:

1. Demam atau riwayat demam akut, antara 2-7 hari biasanya bifasik
2. Terdapat minimal 1 manifestasi perdarahan berikut: uji bendung positif; petekie, ekimosis, atau purpura; perdarahan mukosa; hematemesis dan melena
3. Trombositopenia (jumlah trombosit $<100.000/ \text{ml}$)
4. Terdapat minimal 1 tanda kebocoran plasma sbb:
 - a. Peningkatan hematokrit $>20\%$ dibandingkan standar sesuai umur dan jenis kelamin
 - b. Penurunan hematokrit $>20\%$ setelah mendapat terapi cairan, dibandingkan dengan nilai hematokrit sebelumnya
 - c. Tanda kebocoran plasma seperti: efusi pleura, asites, hipoproteinemia, hiponatremi

Untuk penyakit ini, diperlukan juga beberapa pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan laboratorium meliputi kadar hemoglobin, kadar hematokrit, jumlah trombosit, dan hapusan darah tepi diperlukan untuk melihat adanya limfositosis relatif disertai gambaran limfosit plasma biru (sejak hari ketiga). Trombositopenia umumnya dijumpai pada hari ketiga hingga kedelapan sejak timbulnya demam. Hemokonsentrasi dapat mulai dijumpai mulai hari ketiga demam. Pada DBD yang disertai manifestasi perdarahan atau kecurigaan terjadinya gangguan koagulasi, dapat dilakukan pemeriksaan hemostasis (PT, APTT, Fibrinogen, D-Dimer, atau FDP). Pemeriksaan lain yang dapat dikerjakan adalah albumin, SGOT/SGPT, ureum/ kreatinin.³

2.7 Pertolongan Pertama

Untuk mengurangi kematian akibat DBD diperlukan diagnosis penyakit sesegera mungkin, tatalaksana, dan rujuk bila perlu. Kebanyakan pasien dengue

sembuh tanpa perlu dibawa ke rumah sakit, namun beberapa lainnya dapat berkembang menjadi parah. Prinsip triase yang sederhana dan efektif serta keputusan penanganan di tahap primer dan sekunder dapat mengidentifikasi risiko yang akan terjadi nantinya. Fokus pertolongan pertama pada penderita penyakit DBD adalah mengatasi kehilangan cairan plasma akibat peningkatan permeabilitas kapiler dan perdarahan, serta mencegah atau mengatasi keadaan syok/presyok.¹⁶ Pertolongan pada pasien DBD dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu A, B, dan C.

Kelompok A merupakan pasien yang dapat dirawat di rumah. Kelompok ini mencakup pasien yang masih dapat meminum cairan dalam jumlah yang cukup dan berkemih setidaknya setiap enam jam, dan tidak terdapat gejala peringatan. Yang perlu dilakukan adalah memberikan asupan oral rehydration solution (ORS), jus buah, dan cairan lain yang mengandung elektrolit dan gula untuk menggantikan kehilangan akibat demam dan muntah. Selain itu, dapat pula diberikan parasetamol untuk demam tinggi apabila pasien merasa tidak nyaman. Jarak pemberian parasetamol harus di atas 6 jam. Jangan berikan asam asetilsalisilat (aspirin), ibuprofen, atau obat anti inflamatori non-steroid (OAINS) karena akan memicu gastritis atau perdarahan. Pasien harus segera dibawa ke rumah sakit apabila tidak terjadi perkembangan, keadaan memburuk walaupun suhu menurun, nyeri abdomen berat, muntah menetap, letargi, iritabilitas, perdarahan, tidak berkemih selama lebih dari 4-6 jam.¹⁷

Kelompok B adalah pasien yang seharusnya dirujuk ke rumah sakit. Kelompok ini mencakup pasien dengan gejala peringatan (perdarahan, muntah, nyeri abdomen berat, kejang, pucat, ekstremitas dingin, kesulitan bernapas), atau faktor risiko penyulit (seperti kehamilan, bayi, usia tua, obesitas, diabetes mellitus, gagal ginjal, penyakit hemolitik kronik), atau dengan lingkungan sosial tertentu (seperti tinggal sendiri, tinggal jauh dari fasilitas kesehatan, dll). Jika pasien mengalami dengue dengan gejala peringatan, maka harus dilakukan beberapa hal berikut. Pasien harus mencapai nilai hematokrit normal sebelum menjalani terapi cairan. Betikan cairan isotonic seperti salin 0,9%, ringer laktat,

cairan Hartmann. Mulai dengan 5-7 ml/kg/jam selama 1-2 jam, lalu kurangi menjadi 3-5 ml/kg/jam selama 204 jam, kemudian kurangi menjadi 2-3 ml/kg/jam atau kurang. Nilai kembali status klinis dan hematokrit. Apabila hematokrit tetap sama, lanjutkan dengan tingkat yang sama (2-3 ml/kg/hari) selama 2-4 jam. Jika tanda vital memburuk dan hematokrit meningkat dengan cepat, tingkatkan level menjadi 5-10 ml/kg/jam. selama 1-2 jam. Berikan volume cairan intravena minimal yang diperlukan untuk mempertahankan perfusi yang baik dan pengeluaran urin sekitar 0,5 ml/kg/jam. Cairan intravena biasanya hanya diperlukan selama 24-48 jam. Jika pasien mengalami dengue tanpa gejala peringatan, maka yang harus dilakukan adalah memberikan cairan oral. Jika tidak bisa oral, berikan intravena 0,9% salin atau ringer laktat dengan atau tanpa dekstrosa. Untuk pasien obesitas, gunakan berat badan ideal untuk penghitungan. Selain itu pasien harus dimonitor pola suhu tubuh, keluar dan masuk cairan, pengeluaran urin, gejala peringatan, hematokrit, trombosit, dan sel darah putih.¹⁷

Kelompok C adalah pasien yang memerlukan penanganan darurat, yakni apabila mengalami kebocoran plasma berat hingga syok dengue dan/atau akumulasi cairan, perdarahan berat, atau kerusakan organ berat (hati, ginjal, ensefalitis, dll). Pasien dengan dengue berat harus dirujuk ke rumah sakit dengan akses ke fasilitas perawatan intensif dan transfusi darah. Resusitasi cairan intravena sangat esensial. Larutan kristaloid harus isotonik dan volumenya cukup untuk mempertahankan sirkulasi efektif selama kebocoran plasma. Kebocoran plasma harus segera digantikan dengan larutan kristaloid isotonik, atau pada kasus syok hipotensif dengan larutan koloid. Penggantian kehilangan plasma harus dilakukan terus menerus untuk mempertahankan sirkulasi efektif selama 24-48 jam. Transfusi darah hanya diberikan pada kasus/suspek perdarahan. Tujuan dari resusitasi adalah meningkatkan sirkulasi sentral dan perifer (mengurangi takikardia, meningkatkan tekanan darah, volume denyut, ekstremitas hangat dan merah muda, capillary refill time <2 detik), dan meningkatkan perfusi organ akhir, pengeluaran urin >0,5 ml/kg/jam, menurunkan asidosis metabolik.¹⁷

2.8 Pengetahuan

2.8.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui atau kepandaian.¹⁸ Manusia terpicu oleh perasaan ingin tahu sehingga menggunakan akal budi dan pikirannya untuk mencari tahu, dan akhirnya akan menghasilkan pengetahuan.¹⁹ Pengetahuan akan mendasari tingkah laku manusia.²⁰

Jadi, pengetahuan tentang DBD adalah segala sesuatu yang diketahui seseorang mengenai DBD, meliputi gejala klinis, pertolongan, vektor, pemberantasan sarang nyamuk, dan pemberantasan DBD dengan insektisida.

2.8.2 Tingkat Pengetahuan dalam Domain Kognitif

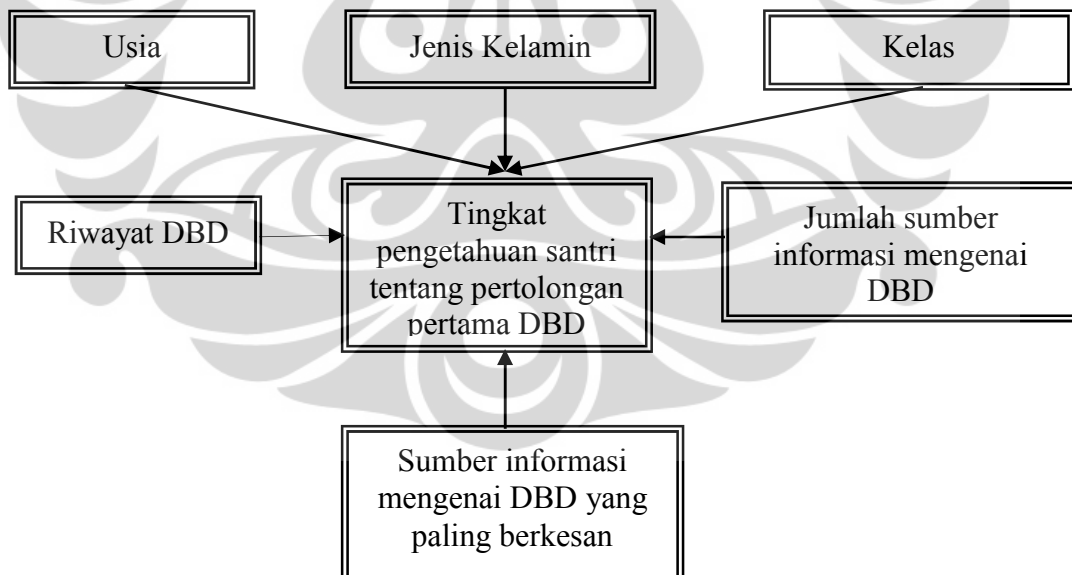
Berikut ini adalah tingkat pengetahuan yang berkaitan dengan sifat intelektual (cara berpikir, berinteraksi, analisis, memecahkan masalah, dll): 1) mengetahui, yaitu kemampuan mengumpulkan informasi apa adanya, seperti kemampuan mengenali atau mengingat kembali informasi yang pernah diperoleh (*recall of facts*), 2) memahami, yaitu tingkat di mana tercapai pengertian mengenai informasi yang sudah dikenali, seperti kemampuan menerjemahkan, menginterpretasi, menafsirkan, meramalkan, dan mengeksplorasi, 3) menerapkan, yaitu kemampuan untuk menerapkan informasi yang sudah dimengerti ke dalam situasi dan kondisi yang sesuai, 4) analisis, yaitu kemampuan untuk menguraikan informasi-informasi menjadi rincian yang terdiri dari unsur-unsur yang berhubungan satu sama lain dalam bentuk susunan berarti, 5) sintesis, yaitu kemampuan untuk menyusun kembali informasi-informasi menjadi suatu keseluruhan yang mengandung arti tertentu, 6) evaluasi, yaitu kemampuan untuk membandingkan suatu informasi dengan informasi setara lainnya, sehingga diperoleh kesan yang lengkap dan menyeluruh mengenai informasi yang sedang dinilai.²⁰

2.8.3 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan melalui wawancara atau kuesioner yang berisi pertanyaan mengenai informasi yang diketahui subjek penelitian atau responden. Berdasarkan jenisnya, pertanyaan dapat dibagi menjadi dua, yaitu pertanyaan subjektif, yang penilaiannya melibatkan faktor subjektif penilai sehingga nilainya akan berbeda antar penilai dan dari suatu waktu ke waktu lainnya (misalnya: jenis pertanyaan *essay*), dan pertanyaan objektif, yang jawabannya dapat dinilai secara pasti oleh penilai (misalnya: pertanyaan pilihan ganda, benar-salah, dan menjodohkan).²¹

Dari kedua jenis pertanyaan tersebut, pertanyaan objektif, khususnya pertanyaan pilihan ganda, cenderung lebih disukai dalam mengukur tingkat pengetahuan karena lebih mudah disesuaikan dengan pengetahuan yang akan diukur serta proses penilaiannya yang lebih cepat.²¹

2.9 Kerangka Konsep



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian survei yang bersifat analitik observasional dengan menggunakan metode pendekatan *cross sectional*.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Pengambilan data dilaksanakan di Pesantren X, Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten pada tanggal 16 - 18 Oktober 2009. Daerah Bayah dipilih karena pada survey bulan Desember tahun 2008 didapatkan angka kepadatan vektor DBD di daerah ini termasuk ke dalam kategori *high transmissions*. Selain itu, daerah ini setiap tahunnya mengalami kenaikan jumlah penderita DBD.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Target

Populasi pada penelitian ini adalah santri yang tinggal di Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten.

3.3.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau penelitian ini adalah santri yang tinggal di Pesantren X, Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten.

3.4 Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini ialah santri Madrasah Tsanawiyah di Pesantren X, Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten yang berada di lokasi pada waktu pengambilan data.

3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi penelitian ini adalah terdaftar sebagai santri di pesantren X

dan berada di lokasi pada saat pengambilan data dilakukan. Sedangkan kriteria eksklusi penelitian ini adalah tidak bersedia diwawancara.

3.6 Kerangka Sampel

3.6.1 Besar Sampel

Semua santri yang berada di Pesantren X pada saat pengambilan data dijadikan sampel penelitian (*total sampling*).

3.6.2 Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan mewawancarai santri dengan bantuan kuesioner.

3.7 Identifikasi Variabel

Variabel dependen: tingkat pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama DBD.

Variabel independen: karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, kelas, jumlah sumber informasi mengenai DBD, sumber informasi mengenai DBD yang paling berkesan dan riwayat menderita DBD.

3.8 Pengumpulan Data dan Manajemen Penelitian

Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner. Peneliti mendatangi Pesantren Daal el-Kutub untuk melakukan pengumpulan data lalu memberikan penjelasan kepada responden mengenai penelitian yang akan dilakukan dan meminta persetujuan responden untuk diwawancarai. Setelah responden menyetujui, barulah dilakukan wawancara dengan responden. Kuesioner diisi oleh peneliti berdasarkan jawaban yang diberikan oleh responden (*guided questionnaire*). Kuesioner yang telah lengkap diperiksa kembali oleh peneliti. Setelah wawancara selesai dan kuesioner lengkap, peneliti memberikan souvenir kepada responden sebagai ucapan terima kasih.

3.9 Pengolahan Data

3.9.1 Verifikasi data

Verifikasi data dilakukan oleh peneliti dengan cara mengecek kelengkapan dan kesesuaian data segera setelah pengisian kuesioner selesai.

3.9.2 Melakukan pemasukan data

Data yang telah diverifikasi diklarifikasikan sesuai dengan skala pengukurannya, yaitu numerik (usia), ordinal (kelas, tingkat pengetahuan responden mengenai DBD) dan skala nominal (jenis kelamin, jumlah sumber informasi mengenai DBD, sumber informasi mengenai DBD paling berkesan, dan riwayat DBD).

3.9.3 Analisis data

Analisis yang dilakukan yaitu statistik deskriptif untuk mendeskripsikan karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, kelas, jumlah sumber informasi mengenai DBD, sumber informasi mengenai DBD yang paling berkesan dan riwayat menderita DBD. Selain statistik deskriptif, data diolah dengan analisis bivariat. Analisis ini digunakan untuk melihat hubungan antara variabel bebas dan terikat. Uji *chi square* digunakan jika data memenuhi syarat, yaitu mempunyai nilai *expected* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Jika data tidak memenuhi syarat, digunakan uji statistik *Kolmogorov Smirnov*. Hal tersebut bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara karakteristik responden dengan tingkat pengetahuan mengenai DBD.

3.10 Batasan Operasional

3.10.1 Data Umum

1. Responden adalah santri Pesantren X tingkat Madrasah Tsanawiyah bertempat tinggal dan berada di lokasi penelitian ketika penelitian dilakukan.
2. Usia adalah usia responden pada saat penelitian dilakukan, berupa selisih dari tanggal wawancara dengan tanggal lahir yang didapat dari hasil wawancara.
3. Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal dari institusi (Pesantren X) yang

sedang dijalani pada saat diwawancarai. Tingkat pendidikan dari responden adalah Madrasah Tsanawiyah.

4. Sumber informasi mengenai pertolongan DBD adalah semua media yang digunakan oleh responden untuk mengetahui tentang pertolongan DBD. Sumber informasi dikategorikan menjadi petugas kesehatan, media cetak, media elektronik, kegiatan setempat, keluarga, tetangga, dan lain-lain.
5. Jumlah sumber informasi mengenai DBD adalah jumlah dari kategori sumber informasi mengenai DBD.
6. Sumber informasi paling berkesan mengenai DBD adalah sumber informasi mengenai DBD yang paling menarik menurut pendapat santri.
7. Riwayat DBD adalah kejadian DBD pada responden atau anggota keluarga inti responden sebelum pengambilan data.

3.10.2 Data Khusus

Tingkat pengetahuan adalah segala informasi yang diketahui oleh responden tentang pertolongan DBD. Data pengetahuan didapatkan melalui kuesioner dan diukur dari pertanyaan tersebut dengan pemberian nilai pada setiap jawaban. Pengetahuan dikategorikan dalam 3 kategori, yaitu:

1. Pengetahuan kurang adalah jika nilai $< 60\%$
2. Pengetahuan cukup adalah jika nilai $60-79\%$
3. Pengetahuan baik adalah jika nilai $\geq 80\%$

3.11 Etika Penelitian

Responden diberikan penjelasan singkat tentang penelitian yang dilakukan. Setelah itu, responden diminta persetujuannya untuk mengikuti penelitian. Seluruh data dan informasi dari responden akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk tujuan penelitian. Responden berhak menolak untuk mengikuti penelitian ini.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1. Data umum

Pondok Pesantren Modern X merupakan sebuah lembaga yang memadukan pendidikan Agama Islam dengan umum dan mencetak kader umat yang berwawssan keikhlasan dan ukhuwah islamiyah yang mempunyai iman dan takwa serta ikut membangun pemerintah dalam mencerdaskan anak-anak bangsa yang merupakan tujuan pendidikan nasional. Pesantren yang memiliki luas tanah sebesar 40.000m² ini yang digunakan untuk gedung (1 802 m²), lapangan (162 m²), halaman (500 m²), kebun (342 m²), dan lain-lain (37 194 m²).

Komposisi penduduk Kecamatan Bayah cukup beragam, meliputi kategori muda yakni kelompok usia 0-14 tahun sebesar 12.641 (33,4%), 15-59 tahun yang merupakan kelompok terbanyak sebesar 22.614 (59,8%), dan kelompok usia lebih dari 60 tahun sebesar 2.573 (6,8%).

Tingkat kemiskinan penduduk Kecamatan Bayah dapat kita lihat dari terdapatnya 3 472 kepala keluarga yang termasuk kategori miskin dan jumlah penduduk miskin sebesar 12 158 orang (32,1% dari jumlah penduduk). Mata pencaharian utama penduduk Bayah adalah dari sektor rumah tangga, yaitu sebanyak 8.829 orang (22,98%). Pekerjaan lainnya adalah petani, nelayan, pedagang, dan pegawai negeri. Sebanyak 18% penduduk, yakni 7.133 orang, masih tidak memiliki pekerjaan.

Kualitas sumber daya manusia di Kecamatan Bayah juga masih tergolong rendah. Hal ini dapat kita lihat dari sebaran penduduk berdasarkan tingkat pendidikan, yaitu lulusan perguruan tinggi hanya 1,6% (rendah), mayoritas penduduk yakni sebesar 44,4% hanya menyelesaikan tingkat sekolah dasar, dan bahkan 26,6% lainnya tidak atau belum lulus sekolah dasar.

4.2. Data khusus

Tabel 4.2.1. Sebaran Karakteristik Demografi Responden

Variabel	Kategori	Jumlah	%
Jenis kelamin	Laki-laki	38	40
	Perempuan	57	60
Tingkat pendidikan	Kelas 1 MTs	30	32,6
	Kelas 2 MTs	31	33,7
	Kelas 3 MTs	31	33,7
Usia	11 tahun	3	3,3
	12 tahun	24	26,1
	13 tahun	37	40,2
	14 tahun	17	18,5
	15 tahun	6	6,5
	16 tahun	2	2,2
	17 tahun	3	3,3
Riwayat DBD	Ya	17	17,9
	Tidak	78	82,1
Tingkat Pengetahuan	Baik	34	35,8
	Cukup	31	32,6
	Kurang	30	31,6

Pada Tabel 4.2.1 dapat dilihat bahwa 60% responden adalah santri perempuan. Tingkat pendidikan responden cukup merata. Usia responden berkisar dari 11 hingga 17 tahun dengan yang terbanyak adalah usia 13 tahun (40,2%). Sebagian besar responden yaitu sebesar 82,1% tidak memiliki riwayat sakit DBD. Responden memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 34 orang (35,8%), cukup 31 orang (32,6%), dan kurang 30 orang (31,6%).

Pada penelitian ini, responden adalah para santri madrasah tsanawiyah yang tersebar dari usia 11 hingga 17 tahun. Seharusnya para santri madrasah tsanawiyah, yang setara dengan SMP, berusia 11-14 tahun, namun, didapatkan pula usia yang biasanya tidak terdapat dalam kelompok usia setingkat SMP, yaitu

usia 15-17 tahun (12%). Hal tersebut dikarenakan keadaan ekonomi yang rendah sehingga tidak memungkinkan untuk langsung ke madrasah tsanawiyah setelah tamat sekolah dasar.

Tabel 4.2.2 Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi

Jumlah sumber informasi	Jumlah	%
Tidak mendapat informasi	-	-
1 jenis sumber	14	14,7
2 jenis sumber	36	37,9
3 jenis sumber	23	24,2
4 jenis sumber	12	12,6
5 jenis sumber	3	3,2

Pada tabel 4.2.2 diketahui bahwa responden paling banyak mendapatkan informasi dari dua sumber, yaitu sebanyak 32,6%.

Tabel 4.2.3. Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi Paling Berkesan

Sumber informasi paling berkesan	Jumlah	%
Petugas kesehatan	43	45,3
Media elektronik	34	35,8
Keluarga	11	11,6
Kegiatan setempat	4	4,2
Media cetak	3	3,2
Tetangga	-	-

Dari tabel 4.2.3 diketahui bahwa sebagian besar reponden, yaitu 45,3%, menyatakan sumber informasi paling berkesan adalah petugas kesehatan.

Tabel 4.2.4. Karakteristik Riwayat DBD Pada Responden

Variabel	Kategori	Jumlah	%
Penderita DBD	Responden sendiri	6	35,3
	Ayah	0	0
	Ibu	0	0
	Kakak/adik laki-laki	7	41,2
	Kakak/adik perempuan	4	23,5
Waktu sakit DBD	Dalam tahun ini	2	11,8
	Satu tahun lalu	8	47,1
	Dua tahun lalu	4	23,5
	Lebih dari dua tahun lalu	3	17,6

Sebanyak 17 responden menyatakan memiliki riwayat DBD. Penderitanya adalah responden sendiri, kakak/adik laki-laki, dan kakak/adik perempuan, dengan yang terbanyak adalah kakak/adik laki-laki (41,2%). Ayah dan ibu responden tidak diketahui menderita DBD (Tabel 4.2.4). Waktu sakit DBD terbanyak adalah pada satu tahun lalu (47,1%).

Tabel 4.2.5. Tingkat Pengetahuan Santri Mengenai Pertolongan Pertama DBD Dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan

Variabel	Kategori	Tingkat Pengetahuan			p	Uji
		Baik	Cukup	Kurang		
Jenis Kelamin	Laki-laki	11	12	15	0,350	<i>chi-square</i>
	Perempuan	23	19	15		
Jumlah Sumber Informasi	Kurang dari tiga	14	17	19	0,199	<i>chi-square</i>
	Tiga atau lebih	20	14	11		
Sumber Informasi Paling Berkesan	Petugas kesehatan	17	17	9	0,118	<i>chi-square</i>
	Selain petugas kesehatan	17	14	21		
Riwayat DBD	Pernah	6	8	3	0,273	<i>chi-square</i>
	Tidak Pernah	28	23	27		

Pada uji chi square didapatkan $p > 0,05$ yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan santri mengenai pertolongan pertama dengan jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi paling berkesan, maupun riwayat DBD. Hal tersebut berarti, tingkat pengetahuan tidak berhubungan dengan karakteristik demografi santri.

BAB V

DISKUSI

Bayah merupakan wilayah endemis DBD dan tidak sedikit angka kematian yang disebabkan penyakit ini. Oleh karena itulah, pengetahuan mengenai pertolongan pertama DBD sangat diperlukan untuk dapat mencegah terjadinya kematian akibat DBD. Hasil penelitian Sakti²² menunjukkan bahwa pengetahuan santri tentang pertolongan pertama DBD sebelum mendapat penyuluhan tergolong baik, namun perlu dilakukan penyuluhan agar semua santri memiliki tingkat pengetahuan yang baik mengenai pertolongan pertama DBD. Penyuluhan dilakukan pada bulan Agustus 2009 oleh sejumlah mahasiswa FKUI tingkat II. Materi penyuluhan diberikan dalam kelompok-kelompok kecil menggunakan media *leaflet* dan *booklet* dari Departemen Kesehatan yang menjelaskan mengenai vektor, pencegahan, dan pertolongan pertama DBD.

Setelah mendapatkan penyuluhan, tingkat pengetahuan santri mengenai pertolongan DBD tetap tergolong baik. Akan tetapi, hasil tersebut masih belum mencapai kriteria yang diinginkan, yaitu $\geq 80\%$. Selain itu, masih terdapat 31,6% responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang buruk. Hal tersebut disebabkan secara umum, sebagian besar penduduk Bayah tergolong miskin sehingga masalah pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari lebih menjadi fokus utama dibandingkan masalah kesehatan. Karena itulah, informasi mengenai pertolongan pertama DBD dirasakan belum menjadi perhatian masyarakat. Sumber informasi yang ada pun biasanya lebih menekankan pada pencegahan DBD dibandingkan dengan pertolongan pertama DBD.

5.1. Hubungan Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama DBD dengan Jenis Kelamin

Pada umumnya, perempuan lebih banyak berkomunikasi dan berinteraksi sehingga mendapatkan informasi dan memiliki pengetahuan lebih banyak dibandingkan laki-laki, namun pada penelitian ini tingkat pengetahuan mengenai pertolongan pertama DBD tidak berhubungan dengan jenis kelamin. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Setiawan²³ yang mengatakan bahwa tidak

terdapat perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama DBD dengan jenis kelamin. Hal tersebut disebabkan baik santri laki-laki maupun perempuan tinggal di lingkungan yang sama sehingga memiliki kesempatan berinteraksi yang sama. Selain itu, Pesantren X memberikan pendidikan yang sama kepada semua santri baik laki-laki maupun perempuan. Oleh karena penyuluhan atau promosi kesehatan harus dilakukan terhadap semua santri tanpa memperhatikan jenis kelamin.

5.2. Hubungan Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama DBD dengan Jumlah Sumber Informasi

Media informasi dalam perkembangan kesehatan sangat berperan dalam memberikan informasi dan menumbuhkan kesadaran bagi individu dan masyarakat. Semakin banyak sumber informasi yang diperoleh, seharusnya pengetahuan yang dimiliki responden juga akan bertambah. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, tidak terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama DBD dengan jumlah sumber informasi ($p > 0,05$). Ini berarti pada populasi ini tingkat pengetahuan tidak berhubungan dengan jumlah sumber informasi yang didapat responden. Hal tersebut tidak sesuai dengan Novianti²⁴ yang menyatakan bahwa banyaknya sumber informasi yang digunakan mempunyai hubungan dengan pengetahuan. Hal tersebut dapat terjadi karena kualitas memegang peranan yang lebih penting daripada kuantitas. Cara menyampaikan dan bahasa yang digunakan sangat berpengaruh terhadap penerimaan responden akan materi penyuluhan. Selain itu, isi dari penyuluhan juga perlu menjadi perhatian, yakni menjelaskan akan pertolongan pertama DBD dan tidak hanya menekankan pada pencegahan DBD.

5.3. Hubungan Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama DBD dengan Sumber Informasi Paling Berkesan

Sumber informasi mengenai pertolongan pertama DBD yang paling berkesan bagi santri adalah petugas kesehatan. Para dokter dan mantri yang membaktikan diri di pesantren tersebut sebagai bentuk pengabdian agama menjamin adanya pendidikan kesehatan bagi para santri. Kehadiran para petugas

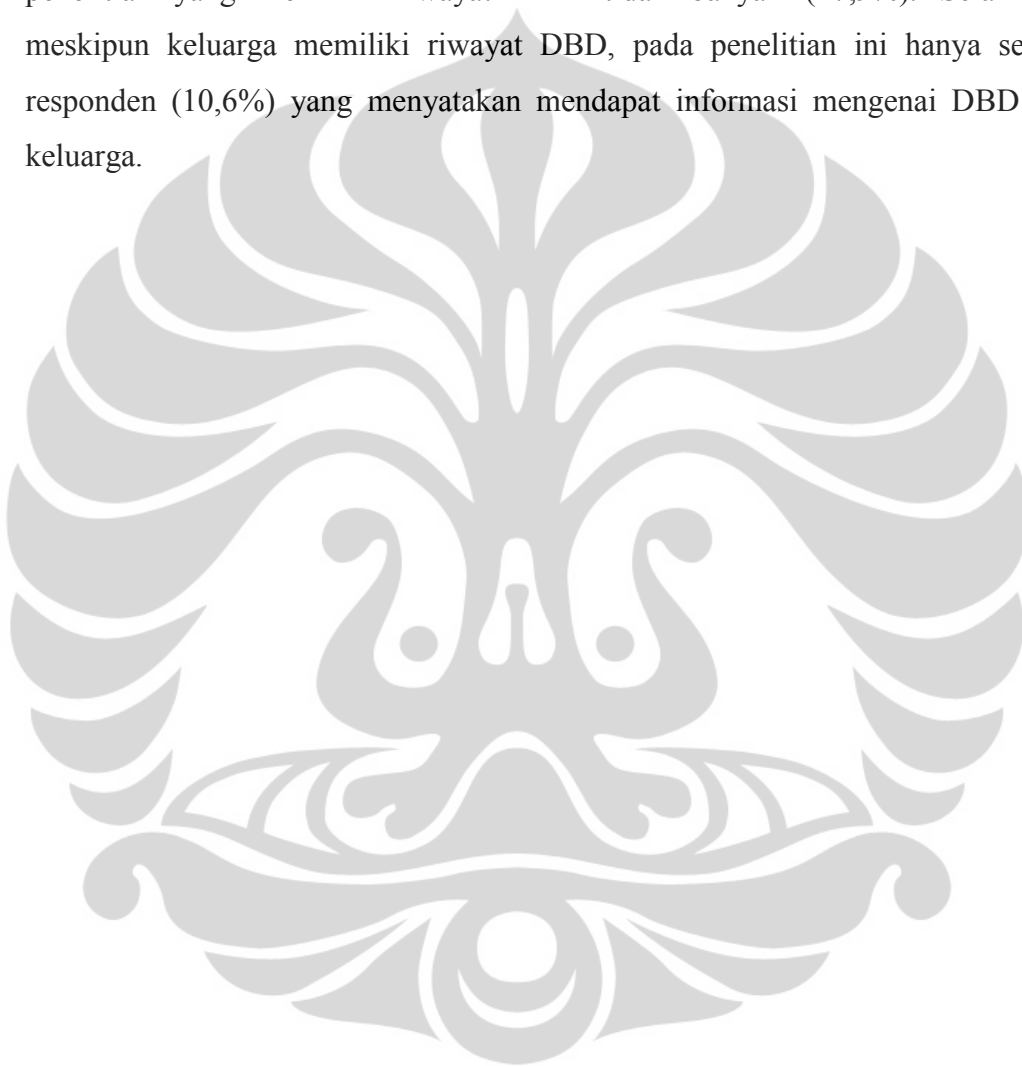
kesehatan seperti dokter dan mantri secara langsung akan lebih menarik dan berkesan bagi para santri. Selain itu, penelitian Novianti²⁴ mengatakan bahwa televisi merupakan media yang dapat meningkatkan efektivitas pengajaran sebesar 25 hingga 50% dan penelitian Zikri²⁵ mengatakan bahwa iklan DBD di televisi adalah pendidikan kesehatan bagi masyarakat. Namun, dari hasil penelitian kita dapat melihat bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama DBD dan sumber informasi paling berkesan. Hal itu berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan mengenai pertolongan pertama DBD dengan sumber informasi paling berkesan. Baik informasi yang berasal dari media maupun non-media tidak memberikan perbedaan terhadap pengetahuan responden. Yang perlu diperhatikan adalah kualitas yang ditingkatkan dan disesuaikan dengan kebutuhan responden serta informasi yang dikemas secara menarik.

Informasi dari sumber lainnya yaitu kegiatan setempat, keluarga, dan lain-lain sedikit jumlahnya karena para santri lebih banyak menghabiskan waktu di pesantren dan menjalankan kegiatan intrakurikuler sehingga jarang sekali ada waktu untuk menjalankan kegiatan yang berkaitan dengan masyarakat. Lokasi pesantren yang terletak di tengah sawah dan cukup jauh dari rumah penduduk membuat santri hampir tidak pernah berinteraksi dengan tetangga. Selain itu, para santri juga sangat jarang kembali ke kampung halaman sehingga informasi dari keluarga sangatlah sedikit.

5.4. Hubungan Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan Pertama DBD dengan Riwayat DBD

Perilaku sakit (*illness behaviour*) adalah kemampuan seorang individu untuk mengidentifikasi penyakit, mengetahui penyebab penyakit, dan berusaha mencegah terjadinya penyakit.²⁶ Oleh karena itu, pada penelitian ini diharapkan penduduk yang memiliki pengalaman mengenai DBD baik riwayat pribadi maupun riwayat keluarga akan meningkatkan pengetahuan mengenai pertolongan pertama pada DBD. Akan tetapi, didapatkan bahwa proporsi tingkat pengetahuan responden tentang pertolongan pertama DBD tersebar secara cukup merata baik pada responden yang memiliki atau tidak memiliki riwayat DBD. Dari hasil

analisis data, didapatkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama DBD dengan pengalaman terkena DBD. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa kedua hal tersebut tidak berhubungan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Diba²⁷ yang mengatakan tidak terdapat hubungan antara pengetahuan masyarakat mengenai pertolongan pertama DBD dengan riwayat DBD. Temuan ini mungkin disebabkan karena sampel penelitian yang memiliki riwayat DBD tidak banyak (17,9%). Selain itu, meskipun keluarga memiliki riwayat DBD, pada penelitian ini hanya sedikit responden (10,6%) yang menyatakan mendapat informasi mengenai DBD dari keluarga.



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian, 60% responden perempuan, 37,9% memperoleh informasi dari dua sumber, 45,3% memilih petugas kesehatan sebagai sumber informasi DBD paling berkesan dan 82,1% responden tidak memiliki riwayat DBD.
2. Tingkat pengetahuan santri di Pesantren X mengenai pertolongan DBD tergolong baik, yaitu sebanyak 35,8%, namun persebaran tingkat pengetahuan masih cukup merata.
3. Tingkat pengetahuan santri di X mengenai pertolongan pertama DBD tidak berhubungan dengan jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi paling berkesan, dan riwayat DBD.

6.2. Saran

1. Tingkat pengetahuan santri perlu lebih ditingkatkan dengan lebih sering memberikan penyuluhan kepada semua warga mengenai pertolongan pertama DBD.
2. Penyuluhan diberikan kepada semua santri tanpa memperhatikan karakteristik demografi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Krisna, Isminah, Wulandari L. Demam Berdarah Dengue. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan; 2004.
2. Anonim. Penyakit Demam Berdarah Dengue. 2008 [dikutip 26 April 2011]. Diunduh dari: http://www.garutkab.go.id/download_files/article/DBD.pdf
3. Chen K, Pohan HT, Sinto R. Diagnosis dan terapi cairan pada demam berdarah dengue. 2009 [diakses pada 26 April 2011, pk. 18.32]. Diunduh dari: http://www.dexa-medica.com/images/publication_upload090324152955001237863562medicinus_maret-mei_2009.pdf
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Waspada Demam Berdarah Dengue. 2009 [dikutip 26 April 2011]. Diunduh dari: <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/439-waspada-demam-berdarah-dengue.html>
5. Profil Puskesmas Bayah tahun 2007. 2007. p. 32-43
6. Profil Puskesmas Bayah tahun 2008. 2008. p. 24-34
7. Anonim. Demam berdarah dengue (Definisi). [dikutip 30 Agustus 2010]. Diunduh dari: <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/104/jtptunimus-gdl-kikiyulian-5167-3-babii.pdf>
8. Wulandari L, Isminah, Kristina. Demam berdarah dengue. Diunduh dari: <http://www.litbang.depkes.go.id/maskes/052004/demamberdarah1.htm>
9. Wati WE. Beberapa faktor yang berhubungan dengan kejadian demam berdarah dengue (DBD) di Kelurahan Ploso Kecamatan Pacitan tahun 2009. 2009 [dikutip 27 April 2011]. Diunduh dari: <http://etd.eprints.ums.ac.id/5966/1/J410050022.PDF>
10. Supartha IW. Pengendalian Terpadu Vektor Virus Demam Berdarah Dengue, *Aedes aegypti* (Linn.) dan *Aedes albopictus* (Skuse)(Diptera: Culicidae). Denpasar: Universitas Udayana; 2008

11. Web Medical Sites. *Aedes Aegypti* Mosquito. 2010 [dikutip 26 April 2011].
Diunduh dari: <http://medicsites.com/aedes-aegypti-mosquito.html>
12. Sungkar S. Demam berdarah dengue. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia; 2002
13. Suhendro, Nainggolan L, Chen K, Pohan HT. Demam berdarah dengue.
Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S, editor.
Buku ajar ilmu penyakit dalam. Jilid III. Edisi IV. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam; 2007
14. Siregar FA. Epidemiologi dan pemberantasan demam berdarah dengue (DBD) di Indonesia. 2009 [dikutip 29 Agustus 2010]. Diunduh dari:
<http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-fazidah3.pdf>
15. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Tata laksana DBD. 2009 [dikutip 26 April 2011]. Diunduh dari: <http://www.depkes.go.id/downloads/Tata%20Laksana%20DBD.pdf>
16. Suzanne M Shepherd. Dengue fever. eMedicine. 2009 [dikutip 27 April 2011]. Diunduh dari: <http://emedicine.medscape.com/article/215840-overview>.
17. World Health Organization. Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention, and control. 2009 [dikutip 17 Juni 2011]. Diunduh dari:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547871_eng.pdf.
18. Tim Penyusun Kamus Pusat Bahasa. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Edisi ke-3. Jakarta: Balai Pustaka; 2005
19. Universitas Gajah Mada. Bab 1: Ilmu, Filsafat, dan Teologi [arsip terdapat di internet]. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada; 2009 [dikutip 2009 September 27]. Diunduh dari :
www.te.ugm.ac.id/.../Bab%201.%20Ilmu,%20filsafat%20dan%20teologi.doc.
20. Kurniasih DL. Analisis faktor-faktor perilaku pasien terhadap hak untuk mendapatkan informasi di bangsal mawar I RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 2008 [arsip terdapat di internet]. Surakarta; 2008 [dikutip 2009 September 27]. Diunduh dari :
<http://etd.eprints.ums.ac.id/4010/2/J410060057.pdf>.

21. Azwar S. Sikap manusia: teori dan pengukurannya. Edisi ke-2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2003.
22. Setiawan DR. Pengetahuan warga kecamatan bayah provinsi banten mengenai gejala dan pertolongan pertama DBD tahun 2010 [skripsi]. Jakarta: FKUI; 2010.
23. 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
24. 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
25. Diba SF. Pengetahuan masyarakat mengenai pertolongan pertama pada demam berdarah dengue di desa Bayah Timur Provinsi Banten [skripsi]. Jakarta: FKUI; 2010
26. Anonim. Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Asuhan Keperawatan DBD.

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

PENGETAHUAN MASYARAKAT DI DESA BAYAH TIMUR, PROPINSI BANTEN TENTANG DEMAM BERDARAH DENGUE DAN FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

Saat ini kami dari Bagian Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, sedang melakukan penelitian mengenai pengetahuan masyarakat di Desa Bayah Timur, Propinsi Banten 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 lingkarihlah jawaban berdasarkan pilihan jawaban. (Mohon dijawab **SEJUJUR-JUJURNYA DAN JANGAN ADA YANG DIKOSONGKAN. JAWABAN DAN IDENTITAS ANDA AKAN KAMI RAHASIAKAN**)

DATA PRIBADI

1. Jenis kelamin : laki-laki / perempuan
2. Usia (dalam tahun, sesuai KTP) :
3. 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.
4. Pekerjaan :
- a. Bekerja
- b. Tidak bekerja
5. Aktivitas yang diikuti di lingkungan rumah:
- a. Arisan
- b. Pengajian
- c. Penyuluhan
- d. Lain-lain....
- e. Tidak mengikuti kegiatan
6. Apakah pernah mendengar demam berdarah dengue (DBD)
1. Tidak 2. Ya
7. 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
8. Sumber informasi yang paling berkesan (**hanya 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

PENGETAHUAN

Lingkarilah jawaban yang sesuai

Gejala

1. Demam berdarah dapat memberikan gejala berupa.....
 - a. Demam tinggi mendadak
 - b. Mimisan
 - c. Bintik-bintik merah pada kulit
 - d. Mual dan muntah
 - e. Lemah lesu
 - f. Lainnya.....
2. 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...
3. Setelah pemeriksaan darah, perlu dicurigai demam berdarah dengue, jika....
 - a. Trombosit turun
 - b. Tombosit naik
 - c. Tidak tahu
 - d. Lainnya....

Pertolongan pertama

4. 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.....

5. 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.....
6. Pertolongan pertama pada penderita demam berdarah adalah..... boleh lebih dari satu jawaban)
 - a. Banyak minum
 - b. Kompres air es
 - c. Minum antibiotik
 - d. Tidak tahu
 - e. Lainnya.....

Vektor

7. Penyakit demam berdarah ditularkan oleh.....
 - b. Nyamuk
 - c. Kuman
 - d. Tidak tahu
 - e. Lainnya.....
8. Penyebab demam berdarah adalah.....
 - a. Virus
 - b. Kuman
 - c. Nyamuk
 - d. Tidak tahu
 - e. Lainnya.....
9. Nyamuk penular demam berdarah senang beristirahat di.....
 - a. Dekat cahaya lampu
 - b. Pakaian yang tergantung
 - c. Kolong tempat tidur
 - d. Tidak tahu

- e. Lainnya.....
10. Apakah ciri-ciri nyamuk penular demam berdarah?
- a. Warna hitam bintik-bintik putih
 - b. Warna coklat bintik-bintik putih
 - c. Tidak tahu
 - d. Lainnya.....
11. 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.....
12. Kapan waktu nyamuk penular demam berdarah biasa menggigit orang?
- a. Sepanjang siang
 - b. Sepanjang malam
 - c. Tidak tahu
 - d. Lainnya.....

PSN

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. Seminggu sekali
 - b. Dua minggu sekali

- c. Satu bulan sekali
 - d. Tidak tahu
 - e. Lainnya.....
15. Bagaimanakah cara menguras bak mandi yang benar untuk memberantas jentik *Ae. aegypti*? (boleh lebih dari satu jawaban)
- a. Menggosok dinding dalam bak mandi
 - b. Mengganti air saja
 - c. Memberikan antiseptik pada air bak
 - d. Tidak tahu
 - e. Lainnya....
16. Jika bak mandi telah dikuras secara rutin seminggu sekali, apakah masih perlu menaburkan serbuk pemberantas jentik?
- a. Tidak perlu
 - b. Perlu
 - c. Tidak tahu

Pemberantasan vektor dengan insektisida

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.....
- a. memakai penolak nyamuk (autan, lavender, soffel)
 - b. melakukan penyemprotan dengan obat yang dibeli di toko (baygon, hit)
 - c. memasang obat nyamuk bakar
 - d. 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.

