



UNIVERSITAS INDONESIA



**PENGETAHUAN MASYARAKAT MENGENAI
PERTOLONGAN PERTAMA PADA
DEMAM BERDARAH DENGUE
DI DESA BAYAH TIMUR PROVINSI BANTEN**

SKRIPSI

**SONYA FARAH DIBA
0806318971**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UMUM
JAKARTA
OKTOBER 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGETAHUAN MASYARAKAT MENGENAI
PERTOLONGAN PERTAMA PADA
DEMAM BERDARAH DENGUE
DI DESA BAYAH TIMUR PROVINSI BANTEN**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran

**SONYA FARAH DIBA
0806318971**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UMUM
JAKARTA
OKTOBER 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGETAHUAN MASYARAKAT MENGENAI
PERTOLONGAN PERTAMA PADA
DEMAM BERDARAH DENGUE
DI DESA BAYAH TIMUR PROVINSI BANTEN**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran

**SONYA FARAH DIBA
0806318971**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UMUM
JAKARTA
OKTOBER 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Sonya Farah Diba

NPM : 0806318971

Tanda Tangan : 

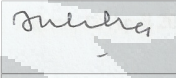
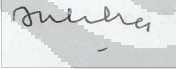
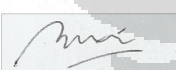
Tanggal : 20 Oktober 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Sonya Farah Diba
NPM : 0806318971
Program Skripsi : Pendidikan Dokter Umum
Judul Skripsi : Pengetahuan Masyarakat Mengenai Pertolongan Pertama
pada Demam Berdarah Dengue di Desa Bayah Timur Provinsi
Banten

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. dr. Saleha Sungkar, DAP&E, MS ()
Penguji : Prof. dr. Saleha Sungkar, DAP&E, MS ()
Penguji : Dra. Beti Ernawati, Phd ()

Ditetapkan di : Jakarta
Tanggal : 20 Oktober 2010

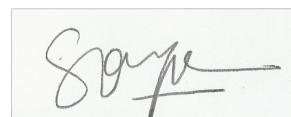
KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penyusunan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana kedokteran pada Program Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. dr. Saleha Sungkar, DAP&E, MS sebagai dosen pembimbing yang telah membimbing penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Dr. dr. Saptawati Bardosono, MS sebagai Ketua Modul Riset FKUI yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian ini dan telah membimbing penulis dalam analisis penelitian ini.
3. dr. Herqutanto MPH., MARS yang telah membimbing penulis dalam menganalisis data penelitian.
4. Pemerintah Daerah Desa Bayah Timur Provinsi Banten yang telah bersedia disurvei.

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 20 Oktober 2010



Sonya Farah Diba

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

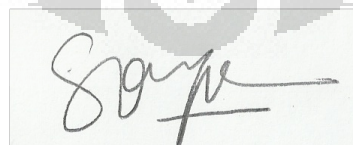
Nama : Sonya Farah Diba
NPM : 0806318971
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Fakultas : Kedokteran
Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: ” Pengetahuan Masyarakat Mengenai Pertolongan Pertama pada Demam Berdarah Dengue di Desa Bayah Timur Provinsi Banten” beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelolah dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 20 Oktober 2010

Yang menyatakan,



Sonya Farah Diba

ABSTRAK

Nama : Sonya Farah Diba
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul : Pengetahuan Masyarakat Mengenai Pertolongan Pertama pada Demam Berdarah Dengue di Desa Bayah Timur Provinsi Banten

Pada tahun 2007, sebelas provinsi di Indonesia mengalami kejadian luar biasa (KLB) DBD antara lain di Kabupaten Lebak, Provinsi Banten. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan di Desa Bayah Timur, Kabupaten Lebak dengan tujuan mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pertolongan pertama pada DBD. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Pengambilan data dilakukan secara *random* terhadap penduduk berusia 18-65 tahun pada tanggal 16-18 Oktober 2009 dengan wawancara dan kuesioner. Data diolah dengan SPSS 11.5 dan dianalisis dengan uji Kolmogorov-Smirnov. Hasilnya menunjukkan 91 responden memiliki tingkat pengetahuan kurang (85,8%). Responden paling banyak berusia 18-34 tahun yaitu 48 orang (45,3%), tingkat pendidikan rendah 68 orang (64,2%), jenis kelamin perempuan 89 orang (84,0%), aktivitas pengajian 43 orang (40,6%), dan tidak memiliki pengalaman menderita DBD 89 orang (84,0%). Sebanyak 30 orang (28,3%) mendapat informasi mengenai DBD dari 2 sumber informasi. Sumber informasi paling berkesan adalah televisi (65,1%) dan petugas kesehatan (15,1%). Pada uji Kolmogorov-Smirnov tidak terdapat perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pertolongan pertama pada DBD di Desa Bayah Timur dengan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, aktivitas, pengalaman menderita DBD, jumlah sumber informasi, dan sumber informasi yang paling berkesan. Disimpulkan pengetahuan masyarakat mengenai pertolongan pertama pada DBD kurang dan tidak berhubungan dengan karakteristik responden.

Kata kunci: demam berdarah dengue, pertolongan pertama, pengetahuan pertolongan pertama pada DBD.

ABSTRACT

Name : Sonya Farah Diba
Study Program : General Medical Doctor Program
Title : The Knowledge of Bayah Timur Village Banten Province Resident's
About First Aid of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)

In 2007, 11 provinces in Indonesia experienced outbreaks of DHF. One of the area was the Lebak district, Banten province. Therefore, this research was conducted in Bayah Timur Village, Lebak district with the aim of knowing the level of villagers' knowledge about the first aid for DHF. This research used cross-sectional design. Data were taken randomly from respondents aged 18-65 years old on October 16-18th 2009 through interview and questionnaire. The data were processed using SPSS 11.5 program, then analyzed by Kolmogorov-Smirnov. The results show that 91 respondents had low level of knowledge (85,8%). Most respondents are aged between 18-34 years old, 48 people (45,3%), 68 have low education (64,2%), 89 female (84,0%), and recitation activity 43 people (40,6%). Eighty-nine people had no experience with DHF. There are 30 respondents who got information about DHF from 2 sources (28,3%). The most attracting source of information is television (65,1%) and then the health workers (15,1%). Kolmogorov-Smirnov test shows no significant correlation between the knowledge level of fist aid on DHF with age, education, sex, activities, experience on DHF, source of information, and the most attracting source of information. It was concluded that the community's knowledge about first aid of DHF was low and has no association with respondents' characteristics.

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

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	v
ABSTRAK.....	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR SINGKATAN	x
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Rumusan Masalah	2
1.3. Hipotesis	2
1.4. Tujuan Penelitian.....	3
1.5. Manfaat Penelitian.....	3
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Demam Berdarah Dengue.....	5
2.2 Vektor Demam Berdarah Dengue	6
2.2.1 Karakteristik	6
2.2.2 Siklus Hidup	6
2.2.3 Perilaku Nyamuk Dewasa.....	8
2.2.4 Mekanisme Penularan Virus.....	9
2.2.5 Habitat <i>Aedes sp.</i>	10
2.2.6 Faktor Lingkungan yang Mempengaruhi Vektor.....	11
2.3 Gejala Klinis.....	11
2.4 Patofisiologi dan Patogenesis.....	12
2.5 Diagnosis DBD	13
2.6 Pertolongan Pertama pada DBD	14
2.7 Pencegahan DBD	15
2.8 Pengetahuan	16
2.9 Kerangka Konsep.....	17
3. METODE PENELITIAN.....	18
3.1. Desain Penelitian	18
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	18
3.3. Populasi Penelitian	18
3.4. Sampel dan Cara Pemilihan Sampel.....	18
3.5. Estimasi Besar Sampel	18
3.6. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	19
3.7. Identifikasi Variabel	19
3.8. Teknik Pengambilan Sampel.....	20
3.9. Pengumpulan Data dan Manajemen Penelitian.....	20

3.10. Pengolahan Data	20
3.11. Analisis Data	20
3.12. Batasan Operasional	21
4. HASIL PENELITIAN	
4.1. Data Umum.....	23
4.2. Data Khusus.....	24
5. DISKUSI.....	
5.1. Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Usia.....	28
5.2. Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Jenis Kelamin.....	29
5.3. Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Tingkat Pendidikan.....	29
5.4. Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Aktivitas Setempat.....	30
5.5. Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Jumlah Sumber Informasi.....	30
5.6. Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Sumber Informasi yang Paling Berkesan.....	31
5.7. Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Pengalaman Menderita DBD.....	31
6. KESIMPULAN DAN SARAN.....	
6.1. Kesimpulan	32
6.2. Saran	32
DAFTAR PUSTAKA.....	33

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Siklus hidup nyamuk <i>Ae. aegypti</i>	8
--	---

DAFTAR TABEL

Tabel 4.2.1 Sebaran Responden Berdasarkan Kelompok Usia, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Aktivitas dan Pengalaman Menderita DBD.....	25
Tabel 4.2.2 Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi.....	26
Tabel 4.2.3 Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi Paling Berkesan..	26
Tabel 4.2.4 Sebaran Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD.....	26
Tabel 4.2.5 Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan pertama pada DBD dan Faktor-Faktor yang Berhubungan.....	27

DAFTAR SINGKATAN

DAF	: <i>Antibody Dependent Enhancement</i>
DBD	: Demam Berdarah Dengue
FKUI	: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
IL	: Interleukin
KLB	: Kejadian Luar Biasa
PAF	: <i>Platelet Activating Factor</i>
PSN	: Pemberantasan Sarang Nyamuk
SPSS	: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TNF	: <i>Tumor Necrosis Factor</i>
TPA	: Tempat Penampungan Air
WHO	: <i>World Health Organisation</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes sp.*¹ Seluruh wilayah Indonesia mempunyai risiko untuk terjangkit DBD karena baik virus maupun vektor DBD terdapat di seluruh wilayah kecuali wilayah yang ketinggiannya di atas 1000 m.²

Pada tahun 2005, Indonesia menjadi negara yang memiliki penderita DBD terbanyak di Asia Tenggara yaitu 53%. Tahun 2006, terjadi peningkatan insidens DBD di provinsi Aceh, Sumatra Utara, Lampung, Kalimantan Barat, Gorontalo, Bali, Jawa Timur, Jawa Barat, Jakarta, dan Banten.³ Total kasus DBD di Indonesia pada tahun itu sebanyak 113 640 penderita dengan jumlah kematian sebanyak 1184 orang.⁴ Pada tahun 2007, sebelas provinsi mengalami kejadian luar biasa (KLB) DBD yaitu Jawa Barat, Sumatra Selatan, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Jawa Timur, Yogyakarta dan Banten. Pada tahun 2007, Provinsi Banten mengalami KLB DBD dengan jumlah penderita 862 orang dan 27 diantaranya meninggal dunia dan sebanyak 30 desa di Banten menjadi wilayah endemis.⁵ Pada tahun 2008, di Kabupaten Lebak, Provinsi Banten sebanyak 249 orang menderita DBD dan 7 diantaranya meninggal termasuk Kecamatan Bayah dengan 25 kasus DBD dengan 2 meninggal.⁶

DBD harus diwaspadai dengan mengenali gejala-gejalanya agar pertolongan pertama dapat diberikan dengan cepat dan tepat untuk mencegah kegagalan sirkulasi. Kegagalan sirkulasi tersebut terjadi karena virus dengue menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya sitoplasma, trombositopenia, dan meningkatnya hematokrit. Meningkatnya permeabilitas dinding pembuluh darah mengakibatkan kebocoran plasma ke ekstrasvaskular dan meningkatnya hematokrit.⁷ Selain, demam tinggi yang timbul pada penderita DBD dapat menyebabkan dehidrasi. Oleh karena itu pertolongan yang diberikan pada penderita DBD adalah banyak

minum cairan misalnya air putih atau air yang dibubuhi garam oralit, air teh, susu, air kelapa, rebusan air beras merah atau cairan lainnya. Untuk mengatasi demam diberikan kompres hangat dan parasetamol.² Dengan pertolongan tersebut diharapkan keadaan penderita tidak menjadi parah dan kematian dapat dicegah.

Berdasarkan uraian di atas, masyarakat perlu dibekali dengan pengetahuan mengenai pertolongan pertama pada DBD dengan cara memberikan penyuluhan kesehatan. Untuk mengetahui materi penyuluhan apa yang harus diberikan kepada masyarakat dan bagaimana karakteristik mereka, maka perlu dilakukan survei terlebih dahulu mengenai tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pertolongan pertama pada DBD.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana sebaran karakteristik masyarakat Bayah Timur berdasarkan usia, tingkat pendidikan, aktivitas, jenis kelamin, pengalaman menderita DBD, dan sumber informasi?
2. Bagaimana tingkat pengetahuan masyarakat Bayah Timur mengenai pertolongan pertama pada DBD?
3. Bagaimana hubungan antara tingkat pengetahuan masyarakat Bayah Timur mengenai pertolongan pertama pada DBD dengan karakteristik masyarakat Bayah Timur?

1.3 Hipotesis

- 1 Tingkat pengetahuan masyarakat Bayah Timur mengenai pertolongan pertama pada DBD tergolong rendah.
- 2 Tingkat pengetahuan masyarakat Bayah Timur mengenai pertolongan pertama pada DBD berhubungan dengan karakteristik masyarakat Bayah Timur.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pertolongan pertama dan faktor yang berhubungan untuk menurunkan mortalitas DBD di Bayah Timur.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1 Diketuainya sebaran karakteristik masyarakat Bayah Timur berdasarkan usia, tingkat pendidikan, aktivitas, jenis kelamin, pengalaman menderita DBD, dan sumber informasi.
- 2 Diketuainya tingkat pengetahuan masyarakat Bayah Timur mengenai pertolongan pertama pada DBD.
- 3 Diketuainya hubungan antara tingkat pengetahuan masyarakat Bayah Timur mengenai pertolongan pertama pada DBD dengan karakteristik masyarakat Bayah.

3.4 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Bagi Peneliti

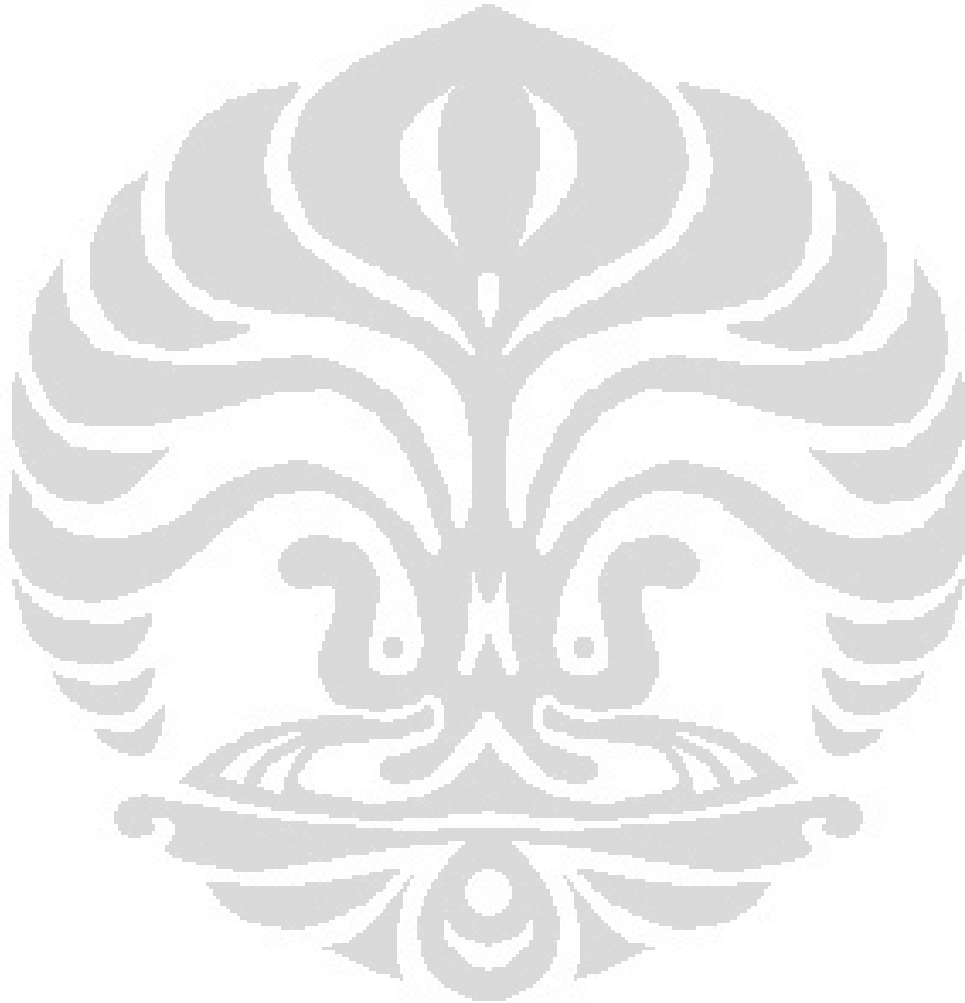
1. Melatih mahasiswa agar memiliki pengalaman berinteraksi langsung dengan masyarakat.
2. Melatih kerjasama tim.

1.5.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi

1. Merealisasikan tridarma perguruan tinggi dalam melaksanakan fungsinya sebagai lembaga penyelenggara pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.
2. Mendukung peran Universitas Indonesia dalam menuju universitas riset dan teknologi serta mewujudkan Visi FKUI 2010.
3. Meningkatkan komunikasi antar mahasiswa dan juga terhadap staf pengajar FKUI.

1.5.3 Manfaat Bagi Masyarakat

1. Masyarakat mendapat informasi mengenai tingkat pengetahuan mereka tentang pertolongan pertama pada DBD.
2. Hasil penelitian dapat dijadikan masukan untuk menentukan materi apa yang tepat saat memberikan penyuluhan mengenai DBD pada masyarakat Bayah timur.



BAB II

Tinjauan Pustaka

2.1 Demam Berdarah Dengue (DBD)

DBD adalah penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus Dengue, terutama menyerang anak-anak dengan ciri-ciri demam mendadak dengan manifestasi perdarahan dan memungkinkan terjadinya syok dan kematian. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes sp.* DBD dapat menyerang seluruh usia tetapi dalam dekade terakhir terjadi peningkatan jumlah penderita DBD dari golongan usia dewasa.² Di Indonesia, DBD pertama kali ditemukan di Surabaya pada tahun 1968, tetapi berdasarkan konfirmasi virologis dipastikan pada tahun 1972. Sejak kasus pertama ditemukan, jumlah penderita dan wilayah terjangkit DBD semakin meningkat setiap tahunnya secara sporadis dan selalu terjadi KLB tiap tahun.⁸

DBD disebabkan oleh virus dengue yang termasuk kelompok B *Arthropod Borne Virus (Arboviruses)* sekarang dikenal dalam genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*. Virus dengue mempunyai 4 jenis serotipe, yaitu: DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi terhadap serotipe yang bersangkutan, tetapi antibodi tidak terbentuk baik untuk serotipe lainnya sehingga tidak dapat memberikan perlindungan seutuhnya. Seseorang yang tinggal di daerah endemis dapat terinfeksi 3 atau 4 serotipe. Di Indonesia, serotipe DEN-3 merupakan serotipe dominan dan menimbulkan manifestasi klinik yang berat.⁹

Faktor yang mempengaruhi terjadinya DBD, adalah:¹⁰

- a. Faktor inang (*host*), yaitu kerentanan dan imunitasnya terhadap penyakit,
- b. Faktor lingkungan (*environment*), yaitu kondisi geografi (ketinggian dari permukaan laut, curah hujan, angin, kelembaban, musim), kondisi demografi (kepadatan, mobilitas, perilaku, adat istiadat, sosial ekonomi penduduk),
- c. Jenis dan kepadatan nyamuk sebagai vektor penular penyakit tersebut.

Pola infeksi dengue dipengaruhi oleh iklim, suhu dan kelembapan udara.

Pada suhu panas (28° - 32° C) dengan kelembapan tinggi, nyamuk *Aedes sp.* akan tetap bertahan hidup dalam jangka waktu yang lama.

2.2 Vektor Demam Berdarah

2.2.1 Karakteristik

Terdapat dua jenis nyamuk *Aedes sp.* yang menjadi vektor utama virus DBD yaitu *Ae. aegypti* dan *Ae. Albopictus*. Kedua spesies ini berasal dari genus *Aedes* dan famili *Culicidae*. Kedua nyamuk tersebut sangat mirip tetapi dapat dibedakan dari strip putih yang terdapat pada bagian skutumnya. Skutum *Ae. aegypti* berwarna hitam dengan dua strip putih sejajar di bagian dorsal tengah yang diapit oleh dua garis lengkung berwarna putih. Sementara skutum *Ae. albopictus* yang juga berwarna hitam hanya berisi satu garis putih tebal di bagian dorsalnya.¹⁰

2.2.2 Siklus Hidup Vektor

Nyamuk *Aedes sp.* Mengalami metamorphosis sempurna, yaitu: telur, larva, pupa, dan nyamuk. Stadium telur, larva, dan pupa hidup di dalam air. Pada umumnya telur akan menjadi larva dalam waktu kurang lebih dua hari setelah telur terendam di air. Stadium larva biasanya selama 6-8 hari dan stadium pupa selama 2-4 hari. Pertumbuhan dari telur menjadi nyamuk dewasa memerlukan waktu 9-10 hari.¹¹

1. Telur

Telur *Aedes sp.* berbentuk pancung, panjangnya 0,6 mm dengan berat 0,013 mg, pada awalnya berwarna putih dan kemudian menjadi hitam. Telur diletakkan 1-2 cm di permukaan air secara terpisah supaya mudah menyebar dan berkembang dalam media air. Media air yang digunakan adalah air bersih dan tidak mengalir serta terlindung dari cahaya matahari langsung dan juga tidak berisi spesies lain sebelumnya. Telur akan menjadi larva setelah sekitar 2 hari. Telur dapat bertahan sampai 6 bulan di tempat kering.^{10,12}

2. Larva

Larva *Aedes sp.* terdiri atas kepala, toraks, dan abdomen. Segmen anal dan sifon pada bagian ujung abdomen digunakan untuk mengambil oksigen. Larva nyamuk hidup di air dan stadium hidupnya terdiri atas empat instar yaitu :¹¹

1. Instar I : berukuran paling kecil, yaitu 1-2mm
2. Instar II : 2,5-3,8mm
3. Instar III : lebih besar sedikit dari larva instar II
4. Instar IV : berukuran paling besar 5mm

Pada kondisi optimal, waktu yang diperlukan dari telur menetas hingga menjadi nyamuk dewasa adalah 7 hari, termasuk 2 hari masa pupa. Hal itu tergantung dari keadaan lingkungan seperti suhu air, persediaan makanan, dan kepadatan larva dalam sebuah kontainer. Pada suhu yang rendah dan kurangnya persediaan makanan akan memperlambat perkembangan larva sehingga diperlukan waktu beberapa minggu. Larva hidup dengan mengambil makanan di dasar tempat penampungan air (TPA) dan kembali ke permukaan air untuk mengambil oksigen dengan menggunakan sifon. Setelah keempat instar dilalui kemudian berubah menjadi pupa.¹⁰⁻¹²

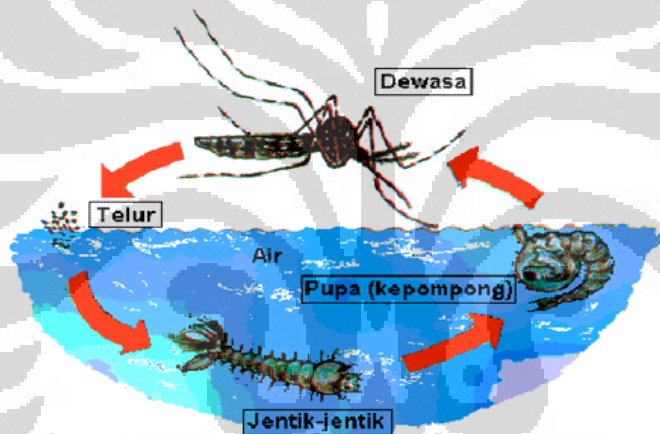
3. Pupa

Pupa terdiri atas sefalotoraks, abdomen, dan kaki pengayuh. Pupa merupakan fase inaktif, hidup di lingkungan air, tidak membutuhkan makanan tetapi membutuhkan oksigen untuk bernapas sehingga letak pupa di dekat permukaan air. Corong pernapasan terletak di sefalotoraks yang berbentuk segitiga. Fase pupa bergantung pada suhu air dan sepsies nyamuk, lamanya sekitar satu hari sampai beberapa minggu. Setelah fase pupa selesai, kulit pupa akan terlepas kemudian keluarlah imago ke permukaan air yang dalam waktu singkat akan siap terbang.^{10,12}

4. Nyamuk Dewasa

Nyamuk dewasa terdiri atas kepala, toraks, dan abdomen. Bagian dorsal toraks terdapat *lyre*, yaitu sepasang garis putih yang sejajar di tengah dan garis lengkung putih yang lebih tebal di sisinya. Ketika menetas, nyamuk yang pertama kali kelar adalah nyamuk jantan baru kemudian nyamuk betina. Nyamuk dewasa melakukan kopulasi dan dapat hidup sekitar 10 hari.^{10,12}

Telur diletakkan oleh nyamuk betina di dinding TPA bersih, telur akan berubah menjadi larva dalam waktu dua hari, 6-8 hari kemudian akan berubah menjadi pupa, dan akhirnya akan menjadi nyamuk dewasa dalam waktu 1-2 hari. Perkembangan dari telur hingga menjadi nyamuk dewasa memerlukan waktu kira-kira 9 hari. Setelah kopulasi nyamuk betina menghisap darah selama 3 hari untuk persiapan bertelur. Setelah kenyang menghisap darah, nyamuk betina beristirahat selama 2-3 hari lalu siap bertelur dan dapat menghasilkan 100 butir sekali bertelur. *Aedes sp.* Mempunyai kemampuan untuk menularkan virus kepada keturunannya secara *transovarial*, sehingga nantinya keturunannya akan menjadi nyamuk dewasa infeksius yang dapat menularkan virus DBD pada manusia.^{10,12}



Gambar 1. Siklus hidup Nyamuk *Ae. aegypti*

2.2.3 Perilaku Nyamuk Dewasa

Ae. aegypti dewasa berukuran lebih kecil jika dibandingkan dengan rata-rata nyamuk lain. Nyamuk tersebut mempunyai dasar hitam dengan bintik - bintik putih pada bagian badan, kaki, dan sayapnya. *Ae. aegypti* jantan mengisap cairan tumbuhan atau sari bunga untuk keperluan hidupnya, sedangkan yang betina mengisap darah. Nyamuk betina lebih menyukai darah manusia dibanding darah binatang.² Setelah kawin, nyamuk betina butuh darah untuk bertelur. Darah manusia dihisap setiap 2-3 hari sekali dan biasanya dilakukan pada pagi dan sore hari. Waktu yang paling

disenangi nyamuk adalah pagi hari pukul 8.00-12.00 dan sore hari pukul 15.00-17.00. Untuk mendapatkan darah yang cukup, nyamuk betina sering menggigit lebih dari satu orang (*intermittent feeder*) sehingga dapat menginfeksi lebih dari satu orang pada satu lingkungan. Perilaku ini sangat meningkatkan efektifitas penularan pada masa KLB atau wabah DBD. Jarak terbang nyamuk betina yaitu sekitar 100 meter dan umurnya dapat mencapai satu bulan. Sedangkan nyamuk jantan umurnya lebih pendek dibanding dengan nyamuk betina. Setelah kenyang menghisap darah, nyamuk betina perlu istirahat selama 2-3 hari untuk mematangkan telur-telurnya. Tempat beristirahat yang disukai oleh nyamuk, yaitu :^{13,14}

1. Tempat-tempat yang lembab dan kurang cahaya, seperti : kamar mandi, dapur, dan WC.
2. Di dalam rumah, seperti : kelambu, baju yang digantung, dan tirai.
3. Di luar rumah, seperti : tanaman hias di halaman rumah.

Setelah itu, nyamuk *Aedes sp.* bertelur dan berkembang biak di tempat penampungan air bersih, yaitu:¹⁴

1. TPA untuk keperluan sehari-hari, seperti : bak mandi, WC, tempayan, drum air, bak menara (tower air) yang tidak tertutup sumur gali.
2. Wadah berisi air bersih dan air hujan, seperti tempat minum burung, pot bunga, ban bekas, kaleng-kaleng, botol, tempat pembuangan kulkas, dan lain-lain

2.2.4 Mekanisme Penularan Virus DBD

Virus DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes sp.* sebagai vektornya. Nyamuk mendapat virus dengue pada waktu menggigit dan menghisap darah orang yang sakit DBD atau tidak sakit tetapi di dalam darahnya terdapat virus dengue. Virus ditularkan melalui air liurnya yang mengandung virus dengue saat menggigit dan menghisap darah manusia, yang kemudian air liurnya masuk dan menyebarkan virus di aliran darah manusia yang akan menjadi sakit setelah melalui masa inkubasi selama 4-6 hari. Jika penderita digigit nyamuk penular, maka virus akan memperbanyak diri dan tersebar diberbagai jaringan tubuh nyamuk termasuk di dalam kelenjar liurnya. Kira-kira 1 minggu setelah menghisap darah penderita,

nyamuk siap untuk menularkan kepada orang lain (masa inkubasi ekstrinsik). Setelah itu, nyamuk tersebut telah menjadi infeksi, dan dapat menularkan virus DBD melalui air liurnya setiap kali menghisap darah manusia. Virus akan tetap berada dalam tubuh nyamuk sepanjang hidupnya. Oleh karena itu, nyamuk yang telah menghisap virus dengue akan menjadi penular DBD selama hidupnya.² Penularan virus DBD juga dipengaruhi oleh :¹⁰

- a. Pendidikan, mempengaruhi cara berpikir dalam penerimaan, penyuluhan, pencegahan, dan pemberantasan demam berdarah
- b. Kerentanan terhadap penyakit, semakin rentan maka semakin mudah terjangkit demam berdarah
- c. Perilaku, sifat malas membersihkan, kotor dan cuek terhadap lingkungan memudahkan terjangkitnya demam berdarah
- d. Kepadatan penduduk memudahkan terjadinya penularan DBD
- e. Mobilitas penduduk sebagai sarana transportasi dari penularan demam berdarah dari satu tempat ke tempat yang lain.
- f. Kualitas perumahan, jarak satu rumah ke rumah lainnya, kebersihan, pencahayaan, bahan bangunan akan mempengaruhi penularan demam berdarah.

Penularan DBD dapat terjadi di semua tempat yang terdapat nyamuk penular. Beberapa tempat yang potensial terjadinya penularan yaitu:²

1. Wilayah yang banyak kasus DBD (endemis).
2. Tempat-tempat umum yang sering menjadi pertemuan orang dari berbagai wilayah sehingga memungkinkan pertukaran virus, misalnya: sekolah, rumah sakit, hotel, pertokoan, pasar, restoran, dan tempat ibadah.
3. Pemukiman baru di pinggir kota yang menjadi tempat pertemuan penduduk dari berbagai wilayah yang mungkin ada pembawa virus dengue dengan tipe yang berbeda-beda.

2.2.5 Habitat *Aedes sp*

Ae. aegypti memiliki habitat yang berbeda dengan *Ae. albopictus*. *Ae. aegypti* lebih menyukai hidup di dalam rumah, sedangkan *Ae. albopictus* lebih menyukai

hidup di luar rumah. *Ae. aegypti* lebih menyukai tempat yang gelap dan lembab untuk beristirahat.¹⁰

2.2.6 Faktor Lingkungan yang Mempengaruhi Kehidupan Vektor

Faktor lingkungan seperti curah hujan, suhu, dan evaporasi sangat berpengaruh terhadap kehidupan vektor karena dapat mengganggu proses perubahan telur, larva, atau pupa menjadi nyamuk dewasa. Keberadaan predator parasit dan kompetitor yang ada di habitat yang sama dengan telur juga mempengaruhi keberhasilan menjadi nyamuk dewasa. Selain itu, bentuk, ukuran, dan letak *container* akan mempengaruhi kualitas kehidupan nyamuk.¹⁰

Faktor lain yang berpengaruh adalah suhu dan curah hujan. Suhu berpengaruh terhadap aktivitas makan serta laju pertumbuhan dari telur menjadi nyamuk dewasa. Curah hujan berhubungan dengan peningkatan jumlah nyamuk penyebab DBD. Pada saat musim hujan, air tergenang diberbagai tempat sehingga nyamuk betina memiliki tempat luas untuk meletakkan telur-telurnya. Suhu yang lebih rendah juga menyebabkan adanya naluri nyamuk betina untuk bertelur sehingga pada musim hujan, terjadi peningkatan drastis *Ae. Aegypti* dan kasus DBD.¹⁰

2.3 Gejala Klinis DBD

DBD didahului oleh demam tinggi mendadak terus-menerus berlangsung 2 - 7 hari, kemudian turun secara cepat. Demam tinggi mendadak disertai gejala klinis yang tidak spesifik seperti: anoreksia lemas, nyeri pada tulang, sendi, punggung, dan kepala. Perdarahan terjadi pada semua organ umumnya timbul 2-3 hari setelah demam karena terjadinya trombositopenia. Bentuk perdarahan dapat berupa petekie, purpura, ekimosis, perdarahan konjungtiva, perdarahan dari hidung (mimisan atau epistaksis), perdarahan gusi, muntah darah, buang air besar berdarah, atau kencing berdarah. Pembesaran hati dapat diraba pada permulaan demam. Pembesaran hati mungkin berkaitan dengan *strain* serotipe virus dengue.

Renjatan dapat terjadi pada saat demam tinggi yaitu antara hari 3-7 mulai sakit. Renjatan terjadi karena perdarahan atau kebocoran plasma ke daerah ekstrasvaskuler melalui kapilar yang rusak. Tanda-tanda perdarahan adalah:

1. Kulit teraba dingin pada ujung hidung, jari, dan kaki.
2. Nadi cepat, lemah, kecil sampai tidak teraba.
3. Tekanan nadi menurun (menjadi 20 mmHg atau kurang)
4. Tekanan darah menurun (tekanan sistolik menurun sampai 80 mmhg atau kurang). Renjatan yang terjadi pada saat demam biasanya lebih buruk.

Gejala lainnya yang dapat menyertai adalah anoreksia, mual, muntah, lemah, sakit perut, diare, konstipasi, dan kejang.²

2.4 Patofisiologi dan Patogenesis

Respons imun yang berperan dalam patogenesis DBD yaitu:⁷

1. Respon humoral berupa pembentukan antibodi yang berperan dalam proses netralisasi virus, sitolisis yang dimediasi komplemen, dan sitotoksitas yang dimediasi antibodi. Antibodi terhadap virus dengue berperan dalam mempercepat replikasi virus pada monosit dan makrofag. Teori ini disebut dengan hipotesis ini disebut *antibody dependent enhancement* (ADE).
2. Limfosit T baik T-*helper* (CD4) dan T-sitotoksik (CD8) berperan dalam respon imun seluler terhadap virus dengue. Diferensiasi T helper yaitu TH1 akan memproduksi interferon gamma, IL-2, dan limfokin, sedangkan TH2 memproduksi IL-4, IL-5, IL-6, dan IL-10.
3. Monosit dan makrofag berperan dalam fagositosis virus dengan opsonisasi antibodi, namun proses fagositosis ini menyebabkan peningkatan replikasi virus dan sekresi sitokin oleh makrofag.
4. Aktivasi komplemen oleh kompleks imun menyebabkan terbentuknya C3a dan C5a.

Pada tahun 1973 terdapat hipotesis *secondary infection* yang menyatakan bahwa DBD terjadi bila seseorang terinfeksi ulang virus dengue dengan tipe yang berbeda. Re-infeksi menyebabkan reaksi amnestik antibodi sehingga mengakibatkan

konsentrasi kompleks imun yang tinggi. Pada tahun 1994 teori tersebut disempurnakan dan dijelaskan bahwa limfokin dan interferon gamma akan mengaktifasi monosit sehingga disekresi berbagai mediator inflamasi seperti TNF- α , IL-1, PAF (*platelet activating factor*), IL-6, dan histamin yang mengakibatkan disfungsi sel endotel dan kebocoran plasma. Peningkatan C3a dan C5a terjadi melalui aktivasi oleh kompleks virus-antibodi yang juga mengakibatkan kebocoran plasma.⁷

Beratnya DBD disebabkan oleh tingginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya sitoplasma, trombositopenia, dan meningkatnya hematokrit.^{7,15} Meningkatnya permeabilitas dinding pembuluh darah mengakibatkan kebocoran plasma ke ekstravaskular dan meningkatnya hematokrit. Trombositopenia terjadi karena agregasi trombosit sebagai tanggapan antibodi terhadap virus dengue. Nilai trombosit akan turun drastis di bawah normal (100.000/ uL) pada masa demam dan akan meningkat cepat pada masa penyembuhan.^{4,9}

2.5 Diagnosis DBD

Pemeriksaan darah rutin dilakukan untuk memeriksa kadar Hb, Ht, jumlah trombosit, dan hapusan darah tepi untuk melihat limfositosis relatif disertai gambaran limfosit plasma biru. Diagnosis penyakit DBD ditegakkan jika ditemukan:^{2,7}

1. Asintomatik atau dapat berupa demam yang tidak khas. Pada umumnya pasien mengalami fase demam selama 2-7 hari yang diikuti fase kritis selama 2-3 hari. Pada fase kritis, pasien sudah tidak demam tetapi mempunyai risiko untuk terjadi syok jika tidak mendapat pengobatan adekuat.
2. Manifestasi perdarahan, misalnya petekie, ekimosis, purpura, perdarahan mukosa, hematemesis, atau melena.
3. Trombositopenia yaitu jumlah trombosit di bawah 100.000/mm³, biasanya ditemukan antara hari ke 3-7 sakit.
4. Tanda-tanda kebocoran plasma (minimal satu), yaitu:
 - a. Kenaikan Ht > 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, atau hipoproteinemia.

Klasifikasi penyakit DBD berdasarkan WHO 1975:²

- a. Derajat I (ringan), demam mendadak 2 – 7 hari disertai gejala klinis lain, dengan manifestasi perdarahan dengan uji torniquet positif
- b. Derajat II (sedang), penderita dengan gejala sama, sedikit lebih berat karena ditemukan perdarahan spontan kulit dan perdarahan lain.
- c. Derajat III (berat), penderita dengan gejala syok/kegagalan sirkulasi yaitu nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menyempit (< 20 mmhg) atau hipotensi disertai kulit dingin, lembab dan penderita menjadi gelisah.
- d. Derajat IV (berat), penderita syok berat dengan tensi yang tidak dapat diukur dan nadi yang tidak dapat diraba.

2.6 Pertolongan Pertama pada DBD

Berdasarkan pedoman Depkes RI, pertolongan terhadap penderita DBD yaitu memberikan terapi cairan (kristaloid maupun koloid), terapi simtomatik untuk menghilangkan gejala dan terapi komplikasi seperti perdarahan saluran cerna, kegagalan sirkulasi, koagulasi intravaskular diseminata, dan gagal napas.¹⁶

Pertolongan pertama bersifat suportif dengan mengatasi kehilangan cairan plasma akibat peningkatan permeabilitas kapiler dan akibat perdarahan. Pasien pun harus istirahat total selama terjadinya masa demam. Hal yang dapat dilakukan keluarga pasien atau orang disekitarnya sebagai pertolongan pertama terhadap DBD adalah:²

- a. Memberikan banyak minum, seperti: air masak yang dibubuhi garam oralit, susu, air kelapa/air teh, rebusan air beras merah.
- b. Bila suhu $> 38,5$ derajat Celsius, beri parasetamol dan kompres hangat.
- c. Demam tinggi, anoreksia, dan muntah dapat menyebabkan dehidrasi, sehingga dibutuhkan pemberian cairan secara oral, dengan ketentuan:
 - Pada 4-6 jam pertama diberikan air putih sebanyak 50 ml/kg BB.
 - Setelah itu, beri minum banyak 1-2 liter/hari atau 1 sendok makan tiap 5 menit secara rutin. Jenis minuman: air putih, teh manis, sirup, jus buah, susu, dan oralit.

- d. Bila kejang beri obat anti konvulsan.
- e. Monitor suhu, jumlah trombosit dan hematokrit sampai fase konvalesen.

Dasar terapi DBD adalah pemberian cairan ganti secara adekuat. Pada penderita, penggantian plasma secara efektif dilakukan dengan memberikan cairan yang mengandung elektrolit, ekspander plasma dan/atau plasma akan memberikan hasil yang baik. Penatalaksanaan DBD bersifat suportif. Hemokonsentrasi mencerminkan derajat kebocoran plasma yang muncul terlebih dahulu dibandingkan dengan perubahan vital secara klinis (hipotensi, penurunan tekanan nadi), sedangkan turunnya nilai trombosit biasanya mendahului kenaikan nilai hematokrit. Penderita DBD harus diperiksa nilai hematokrit dan trombositnya setiap hari mulai hari ke-3 sakit sampai 1-2 hari setelah demam menjadi normal. Pemeriksaan ini akan menentukan perlu atau tidaknya penderita dirawat dan/atau mendapat pemberian cairan intravena.^{17,18} Untuk dewasa, ada lima protokol panduan tatalaksana DBD, yaitu:¹⁹

1. Penanganan *suspect* DBD dewasa tanpa syok
2. pemberian cairan *suspect* DBD dewasa di ruang rawat
3. penatalaksanaan DBD dengan peningkatan Ht >20%
4. penatalaksanaan perdarahan spontan pada DBD dewasa, dan
5. tatalaksana sindroma syok Dengue pada dewasa.

2.7 Pencegahan DBD

Obat dan vaksin pencegah DBD sampai saat ini belum tersedia, maka upaya pemberantasan dititikberatkan pada pemberantasan vektor (*Aedes sp*). Upaya yang dapat dilakukan dengan 3 aspek, yaitu:^{2,11}

- a. Lingkungan
 1. Pemberantasan sarang nyamuk (PSN), yaitu memberantas habitat jentik melalui 3M plus, yaitu menguras dan menyikat bak mandi, menutup rapat TPA (tempayan, drum, dll), dan mengubur barang bekas (kaleng, ban, dll).
 2. Pengelolaan sampah padat
 3. Pengubahan desain rumah.

b. Kimiawi

1. Pengasapan/*fogging* insektisida, berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu.
2. Larvasidasi, yaitu memberikan bubuk temefos pada TPA seperti, gentong air, vas bunga, kolam, dan lain-lain.

c. Biologis

1. Cara biologi dilakukan dengan memelihara ikan pemakan jentik (ikan kepala timah, ikan gupi, ikan cupang) dan dapat juga menggunakan bakteri (*Bacillus turingiensis israelensis* serotip H 14).

2.8 Pengetahuan

Pengetahuan adalah segala hal yang diketahui manusia untuk memahami objek yang dihadapi atau hasil usaha manusia dalam memahami suatu objek.²⁰ Tujuan manusia memiliki pengetahuan adalah memenuhi kebutuhan hidup, memahami arti kehidupan dan mencapai tujuan hidup. Pengetahuan yang dimiliki seseorang akan menentukan perilaku seseorang dalam kehidupannya. Menurut Rogers,²⁰ terdapat proses yang terjadi sebelum seseorang mengaplikasikan pengetahuan yang didapat yaitu:

- a. *Awareness* (kesadaran), yaitu saat seseorang menyadari sebuah stimulus (objek).
- b. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut, sehingga sikap subjek mulai muncul.
- c. *Evaluation* (menimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
- d. *Trial*, yaitu saat seseorang mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- e. *Adaption*, yaitu saat seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap terhadap stimulus.

Sumber pengetahuan adalah:

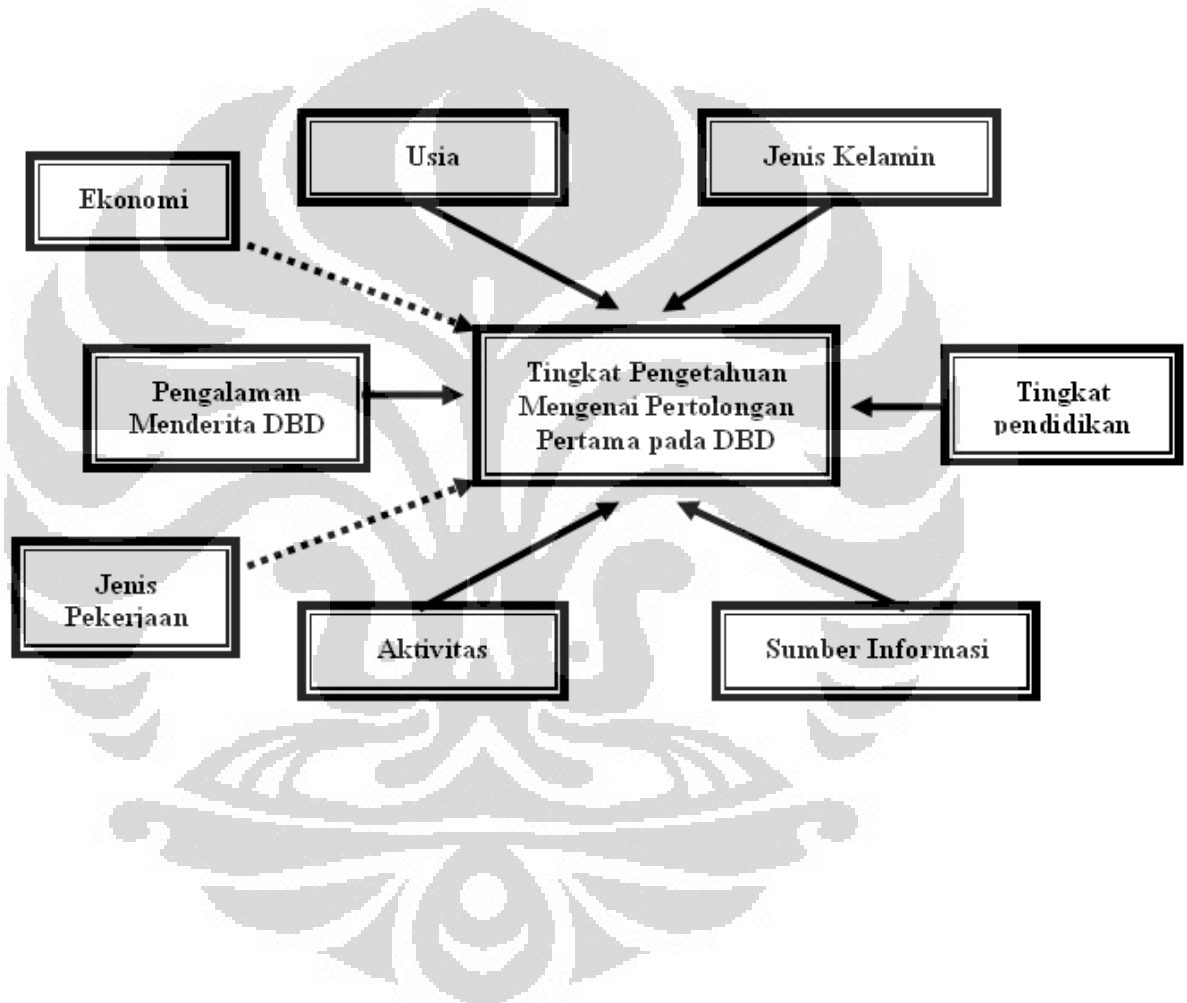
- a. Rasionalisme

Sumber pengetahuan berasal dari akal (rasio) dan bersifat apriori, yaitu tanpa pengalaman.

b. Empirisme

Sumber pengetahuan berasal dari pengalaman yang menjadi sumber pengetahuan.

2.9 Kerangka Konsep



BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* yaitu penelusuran data dilakukan pada suatu waktu tanpa memberikan intervensi pada responden.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Pengambilan data dilaksanakan di Desa Bayah Timur, Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten pada tanggal 16 - 18 Oktober 2009.

3.3 Populasi Penelitian

3.3.1 Populasi Target

Populasi target pada penelitian ini adalah masyarakat di Desa Bayah Timur.

3.3.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah masyarakat Desa Bayah Timur yang berada di tempat saat pengambilan data.

3.4 Sampel dan Cara Pemilihan Sampel

Semua subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi diambil sebagai sampel penelitian dengan cara *random sampling*.

3.5 Estimasi Besar Sampel

Rumus yang digunakan untuk pengambilan sampel adalah:

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{L^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,1^2}$$

$$n = 96,04$$

Keterangan:

n : besar sampel yang diharapkan

z α : defiat baku normal untuk α (1,96)

p: proporsi tingkat pengetahuan yang baik mengenai DBD

q: 1 - p

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

Maka besar total sampel sementara adalah 96. Untuk mengantisipasi kemungkinan sampel yang *drop out* maka dilakukan penghitungan kembali dengan mempergunakan rumus:

$$n_2 = n_1 \times 10\%$$

$$n_2 = 96 \times 10\%$$

$$n_2 = 9,6$$

$$n_3 = n_1 + n_2$$

$$n_3 = 96 + 10$$

$$n_3 = 106$$

Maka total sampel pada penelitian ini adalah 106 orang.

3.6 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.6.1 Kriteria Inklusi

1. Masyarakat dewasa yang tinggal di Desa Bayah Timur
2. Berjenis kelamin laki – laki dan perempuan
3. Berusia diantara 18 sampai dengan 65 tahun
4. Sehat secara mental dan dapat berkomunikasi dengan baik

3.6.2 Kriteria Eksklusi

1. Tidak bersedia di wawancara

3.7 Identifikasi Variabel

1. Variabel bebas: usia, tingkat pendidikan, aktivitas, jenis kelamin, pengalaman menderita DBD, dan sumber informasi.
2. Variabel terikat: pertolongan pertama pada DBD.

3.8 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang dipakai adalah *simple random sampling*. Kepala Keluarga (KK) di Desa Bayah Timur, Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten di-*random* menggunakan tabel *random*. Dari randomisasi tersebut diambil 106 KK yang menjadi responden penelitian, baik laki-laki ataupun perempuan. Selanjutnya responden akan diwawancara oleh peneliti dengan bantuan kuesioner.

3.9 Pengumpulan Data dan Manajemen Penelitian

Penelitian ini menggunakan data primer yang berasal dari kuesioner melalui wawancara dengan responden yang berisi pertanyaan mengenai pertolongan pertama pada DBD.

Pengambilan data dilakukan secara langsung tanpa memberitahu responden terlebih dahulu dengan tujuan agar data yang diperoleh valid dan tepat. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dibantu petugas Puskesmas.

3.10 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan menggunakan program SPSS 11.5. Melalui program ini, dilakukan proses *editing*, *coding*, *data entry*, dan perekaman data lalu dilakukan verifikasi data.

3.11 Analisis Data

3.11.1 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan analisis setiap *variable* yang dinyatakan dengan sebaran frekuensi, baik secara angka – angka mutlak maupun secara persentase disertai dengan penjelasan kualitatif.

3.11.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat menggunakan tabel silang untuk menganalisis perbedaan atau hubungan antara 2 variabel. Untuk menguji ada tidaknya perbedaan atau

hubungan antara variable independen dan variable dependen digunakan tabel analisis *chi square*. Jika tidak memenuhi syarat uji *chi square*, maka dilakukan uji Kolmogorov-Smirnov.

3.12 Batasan Operasional

3.12.1 Data Umum

1. Responden

Responden adalah masyarakat dewasa yang berumur 18-65 tahun, baik laki-laki maupun perempuan yang bertempat tinggal dan berada di lokasi penelitian pada saat penelitian dilakukan.

2. Usia

Usia adalah usia responden, yang berdasarkan pada ulang tahun terakhir, pada saat penelitian dilaksanakan. Data usia diperoleh dari hasil wawancara dengan responden. Data tersebut diklasifikasikan sebagai berikut:

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

3. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu tingkatan pendidikan formal yang telah dilaksanakan oleh responden sampai tuntas, sehingga ia menerima ijazah atau surat tanda kelulusan. Pendidikan akan dikelompokkan sebagai berikut :

- a. Pendidikan rendah adalah tidak bersekolah, tidak lulus SD atau sederajat, lulus SD atau sederajat, dan lulus SMP atau sederajat.
- b. Pendidikan sedang adalah lulus SMA atau sederajat.
- c. Pendidikan tinggi adalah tamat perguruan tinggi atau sederajat.

4. Sumber Informasi

Sumber informasi adalah segala media yang digunakan oleh responden untuk mengetahui pertolongan pertama DBD. Sumber informasi diklasifikasikan menjadi:

- a. Tidak pernah mendapat informasi
- b. Pernah mendapat informasi.

Untuk responden yang mendapat informasi, media informasi yang didapat dikelompokkan menjadi:

- a. Petugas kesehatan.
- b. Media cetak.
- c. Media elektronik.
- d. Kegiatan setempat.
- e. Keluarga.
- f. Tetangga.
- g. dan lain-lain.

5. Aktivitas

Aktivitas adalah kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat di Desa Bayah Timur, yang dapat menjadi sumber informasi DBD.

6. Pengalaman menderita DBD

Pengalaman menderita DBD adalah pengalaman responden atau keluarga dari responden yang pernah menderita DBD.

3.12.2 Data Khusus

Pengetahuan adalah segala hal yang diketahui responden tentang pertolongan pertama pada DBD. Data didapat dari kuesioner dan diukur dari nilai yang diberikan pada setiap jawaban. Tingkat pengetahuan dibagi tiga yaitu:

1. Pengetahuan baik jika nilai $\geq 80\%$
2. Pengetahuan cukup jika nilai $60 - 79\%$
3. Pengetahuan kurang jika nilai $\leq 59\%$

BAB IV

Hasil Penelitian

4.1 Data Umum

Kecamatan Bayah terletak di wilayah selatan Kabupaten Lebak dengan jarak 140 km dari Ibukota Kabupaten. Di bagian utara Kecamatan Bayah berbatasan dengan Kecamatan Cibeber, di bagian selatan berbatasan dengan Kecamatan Panggarangan, di bagian selatan berbatasan dengan Samudera Indonesia, dan di bagian timur berbatasan dengan Kecamatan Cilograng.

Kecamatan Bayah memiliki luas sebesar 15 643 Ha dengan kondisi tanah perbukitan dan sebagian lahan kehutanan, perkebunan, tambang batubara, dan tambang pasir. Kondisi lingkungan di Bayah berupa lahan sawah, *lagoon*, kolam bekas galian pasir, dan batu bara. Semak dan rumput masih banyak terdapat di sekitar rumah penduduk dan kandang kerbau peliharaan penduduk setempat.

Kepadatan penduduk Kecamatan Bayah adalah 2,5/km. Berdasarkan data kependudukan Puskesmas Bayah, terdapat tiga katagori penduduk di Kecamatan Bayah berdasarkan usia, yaitu usia 0-14 tahun sebanyak 12 641 (33,4%), usia 15-59 tahun sebanyak 22 614 (59,8%), dan usia lebih dari 60 tahun sebanyak 2 573 (6,8%).

Kepala keluarga kategori miskin Kecamatan Bayah berjumlah 3 472 KK. Sebanyak 32,14% dari seluruh penduduk Kecamatan Bayah merupakan penduduk miskin dengan jumlah 12 158 orang.

Kualitas sumber daya manusia Kecamatan bayah tergolong rendah karena 44,45% dari total penduduk Kecamatan bayah hanya sampai tamat pendidikan sekolah dasar dan lulusan perguruan tinggi hanya 1,57%. Sebanyak 27,55% lainnya tidak atau belum lulus sekolah dasar.

4.2 Data Khusus

Dari survey yang dilakukan di Desa Bayah Timur, Kecamatan Bayah, berhasil didapatkan responden sebanyak 106 orang. Jumlah responden tersebut telah mencukupi kriteria minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini.

Tabel 4.2.1 Sebaran Responden Berdasarkan Kelompok Usia, Tingkat Pendidikan, Aktivitas, Jenis Kelamin, dan Pengalaman Menderita DBD.

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
Kelompok Usia	≤34 tahun	48	45,3
	34-49 tahun	42	39,6
	50-65 tahun	16	15,1
Tingkat Pendidikan	Rendah	68	64,2
	Sedang	29	27,4
	Tinggi	9	8,5
Aktivitas	Arisan	10	9,4
	Pengajian	43	40,6
	Arisan dan Pengajian	19	17,9
	Tidak mengikuti kegiatan	13	12,3
	Lain-lain	21	19,8
Jenis Kelamin	Perempuan	89	84,0
	Laki-laki	17	16,0
Pengalaman Menderita DBD	Ya	17	16,0
	Tidak	89	84,0

Pada Tabel 4.2.1 tampak bahwa sebaran responden terbanyak berusia 18-34 tahun (45,3%), dan tingkat pendidikannya rendah (64,2%). Aktivitas yang paling banyak diikuti oleh responden adalah pengajian (40,6%). Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (84%). Jumlah responden yang memiliki pengalaman menderita DBD sebanyak 17 orang (16%).

Tabel 4.2.2 Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi

Jumlah Sumber Informasi	Jumlah	Persentase
Tidak mendapat informasi	9	8,5
Hanya 1 sumber informasi	24	22,6
2 sumber informasi	30	28,3
3 sumber informasi	26	24,5
4 sumber informasi	12	11,3
5 sumber informasi	4	3,8
>5 sumber informasi	1	0,9

Dari Tabel 4.2.2 diketahui bahwa responden paling banyak mendapat informasi mengenai DBD dari dua sumber informasi (28,3%).

Tabel 4.2.3 Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi Paling Berkesan

Sumber Informasi Paling Berkesan	Jumlah	Persentase
Petugas kesehatan	16	15,1
Media cetak	1	0,9
Media elektronik	69	65,1
Kegiatan setempat	3	2,8
Keluarga	1	0,9
Tetangga	3	2,8
Lain-lain	4	3,8
Tidak pernah mendapat informasi	9	8,5

Pada Tabel 4.2.3 diketahui bahwa 69 orang (65,1%) menyatakan sumber informasi yang paling berkesan didapat dari media elektronik yaitu televisi.

Tabel 4.2.4 Sebaran Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Pertolongan pertama pada DBD

Tingkat Pengetahuan Pertolongan pertama Pada DBD	Jumlah	%
Baik	2	1,9
Cukup	13	12,3
Kurang	91	85,8

Dari Tabel 4.2.4 tampak bahwa sebagian besar responden (85,8%) memiliki pengetahuan yang kurang mengenai pertolongan pertama pada DBD.

Tabel 4.2.5 Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan pertama DBD dan Faktor-Faktor yang Berhubungan

Variabel	Kategori	Tingkat Pengetahuan			P	Uji
		Baik	Cukup	Kurang		
Kelompok	≤ 34 tahun	2	6	40	1.000	KS
Usia	35-49 ^a tahun	0	3	39		
	50-65 ^b tahun	0	4	12		
Jenis Kelamin	Perempuan	1	12	76	1.000	KS
	Laki-laki	1	1	15		
Tingkat Pendidikan	Tinggi ^d	1	1	7	1.000	KS
	Sedang ^c	1	3	25		
	Rendah	0	9	59		
Aktivitas Setempat	Mengikuti kegiatan	2	12	79	1.000	KS
	Tidak mengikuti kegiatan	0	1	12		
Jumlah Sumber Informasi	< 3 sumber informasi	1	10	78	1.000	KS
	≥ 3 sumber informasi	1	2	13		
Sumber Informasi Paling Berkesan	Non media	0	7	29	0.998	KS
	Media	2	6	62		
Pengalaman menderit DBD	Ya	0	4	13	0.994	KS
	Tidak	2	9	78		

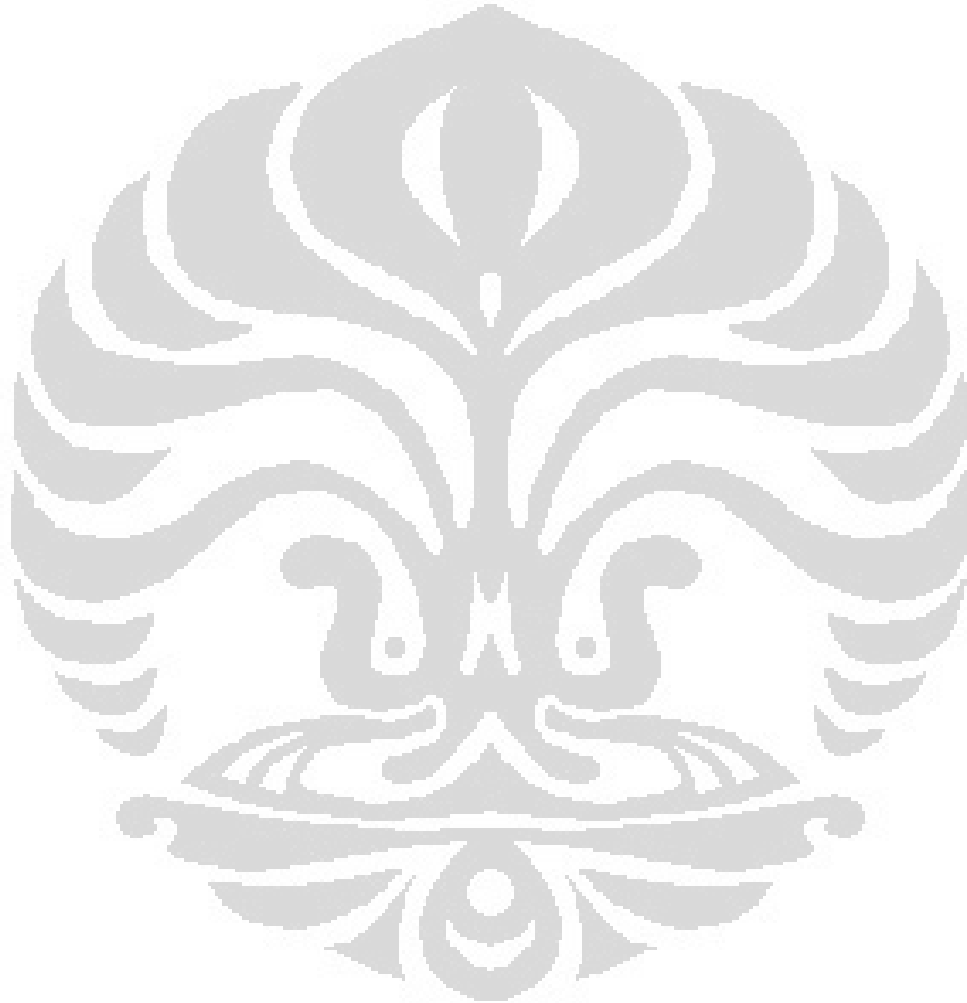
Keterangan:

a dan b digabung untuk keperluan analisis

c dan d digabung untuk keperluan analisis

KS adalah Komogorov-Smirnov

Pada Tabel 4.2.5 tampak bahwa tingkat pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama pada DBD tidak berbeda bermakna dengan karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, aktivitas, jumlah sumber informasi, sumber informasi yang paling berkesan, dan pengalaman menderita DBD. Hal tersebut menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat Bayah mengenai pertolongan pertama pada DBD tidak berhubungan dengan karakteristik mereka.



BAB V

DISKUSI

Untuk melakukan intervensi di suatu populasi perlu diketahui tingkat pengetahuan populasi tersebut agar intervensi yang diberikan sesuai dengan tingkat pengetahuan dan karakteristik mereka; demikian juga di Kecamatan Bayah.

Pengetahuan mengenai pertolongan pertama pada DBD sangat penting bagi penduduk Bayah mengingat daerah tersebut merupakan wilayah endemis. Pada kenyataannya, hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan penduduk Desa Bayah Timur mengenai pertolongan pertama pada DBD termasuk kategori kurang (85,8%). Hal tersebut disebabkan tingkat pendidikan sebagian besar penduduk Desa Bayah Timur tergolong rendah. Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan seseorang kurang memiliki rasa keingintahuan akan sesuatu hal sehingga penduduk Desa Bayah Timur kurang mencari pengetahuan tentang DBD. Hal itu dapat terlihat dari sumber informasi mengenai DBD umumnya diperoleh secara pasif dari media elektronik yaitu televisi. Sementara itu, materi yang diberikan melalui televisi umumnya mengenai PSN dan sangat jarang mengenai pertolongan pertama pada DBD.

Penyebab lain rendahnya tingkat pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama pada DBD adalah sebagian besar penduduk Desa Bayah Timur termasuk kategori miskin. Dengan demikian, masalah kesehatan kurang menjadi perhatian utama karena mereka lebih terfokus untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

5.1 Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Usia

Pada umumnya semakin bertambah usia seseorang semakin bertambah juga pengetahuannya, namun hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan penduduk Desa Bayah Timur mengenai pertolongan pertama pada DBD tidak berhubungan dengan usia. Hal itu disebabkan penduduk Desa Bayah Timur tidak

meningkatkan pengetahuan karena sibuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Hasil penelitian ini sesuai dengan laporan Zikri yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan DBD dengan usia ibu rumah tangga di Kelurahan Pengadegan.²¹

Hasil penelitian ini berbeda dengan survei Persatuan Guru Republik Indonesia (PGRI) yang menyatakan bahwa seseorang dengan usia muda, lebih tinggi rasa ingin tahunya mengenai sesuatu, dan lebih mudah dalam menyerap informasi.²²

5.2 Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Jenis Kelamin

Pada umumnya perempuan lebih banyak berbicara, bertukar pikiran, dan menggunakan media informasi perihal masalah kesehatan.²³ Oleh karena itu, pada penelitian ini diharapkan perempuan akan memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai pertolongan pertama pada DBD. Pada kenyataannya, hasil penelitian menunjukkan tingkat pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama pada DBD tidak berhubungan dengan jenis kelamin. Hal tersebut disebabkan sebagian besar penduduk Desa Bayah Timur yang menjadi responden berjenis kelamin perempuan karena survei dilakukan pada pagi hari saat penduduk laki-laki sedang bekerja sehingga pada penelitian ini sulit tingkat pengetahuan penduduk Desa Bayah Timur sulit dihubungkan dengan jenis kelamin.

5.3 Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Tingkat Pendidikan

Seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih besar kepeduliannya terhadap masalah kesehatan karena mereka akan lebih mudah memahami dan mengolah informasi yang mereka dapatkan,^{24,25} namun pada penelitian ini tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan seseorang dengan pengetahuan mengenai pertolongan pertama pada DBD. Pada saat survei dilakukan, penduduk Desa Bayah Timur yang menjadi responden didominasi oleh penduduk berpendidikan rendah, mereka tidak terbiasa menerima, memahami, dan mengolah informasi baru

untuk diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari. Sementara itu, penduduk yang berpendidikan tinggi hanya sebagian kecil yaitu berjumlah 9 orang.

5.4 Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Aktivitas Setempat

Sebelumnya diharapkan bahwa penduduk yang memiliki aktivitas di sekitar lingkungan akan mempunyai tingkat pengetahuan mengenai pertolongan pertama pada DBD yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak mengikuti aktivitas. Dengan mengikuti aktivitas penduduk dapat saling bertukar informasi sehingga dapat meningkatkan pengetahuan mereka. Pada kenyataannya, hasil penelitian ini menunjukkan tingkat pengetahuan mengenai pertolongan pertama pada DBD tidak berhubungan dengan aktivitas setempat. Hal itu disebabkan aktivitas yang diikuti oleh sebagian besar responden adalah pengajian (40,6%) yang tidak menyediakan informasi mengenai pertolongan pertama pada DBD.

5.5 Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Jumlah Sumber Informasi

Dewasa ini, media informasi sangat banyak dan mudah dijangkau masyarakat sehingga makin memudahkan masyarakat untuk mendapatkan informasi.²¹ Oleh karena itu, diharapkan akan terdapat hubungan antara jumlah sumber informasi yang diperoleh penduduk Desa Bayah Timur dengan pengetahuan pertolongan pertama pada DBD.

Dari penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar penduduk mendapat informasi lebih dari satu sumber tetapi jumlah informasi tersebut tidak berhubungan dengan pengetahuan mengenai pertolongan pertama pada DBD. Hal itu membuktikan bahwa kuantitas sumber informasi bukan merupakan faktor yang akan mempengaruhi pengetahuan penduduk Bayah. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Setiawan²⁶ yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai pertolongan pertama pada DBD dengan jumlah sumber informasi.

5.6 Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan Pertama pada DBD dengan Sumber Informasi yang Paling Berkesan

Televisi merupakan sumber informasi yang paling berkesan karena setiap orang dari berbagai golongan dapat melihat dan mendengar informasi secara langsung.²⁷ Selain itu, televisi merupakan media informasi audio visual yang efektif dan dapat meningkatkan efisiensi pengajaran sebesar 25% - 50%.²⁸

Pada penelitian ini didapatkan bahwa sumber informasi yang paling berkesan menurut responden adalah televisi tetapi pada uji Kolmogorov-Smirnov tidak didapat hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai pertolongan pertama pada DBD dengan televisi. Hal itu disebabkan televisi jarang memberikan penyuluhan DBD khususnya pertolongan pertama dan lebih sering menyampaikan tentang PSN.

5.7 Hubungan Tingkat Pengetahuan Penduduk Mengenai Pertolongan pertama DBD dengan Pengalaman Menderita DBD

Perilaku sakit (*illness behaviour*) adalah kemampuan seorang individu untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatan yang ada pada dirinya. Kemampuan tersebut dapat berupa identifikasi penyakit, mengetahui penyebab penyakit, dan usaha mencegah terjadinya penyakit.²⁹ 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. Pada kenyataannya, hasil penelitian ini menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara pengalaman menderita DBD dengan pengetahuan mengenai pertolongan pertama pada DBD. Hal tersebut disebabkan, sebagian besar penduduk tidak memiliki pengalaman menderita DBD (84%) sedangkan penduduk yang pernah menderita DBD tidak memiliki pengetahuan mengenai pertolongan pertama pada DBD yang baik. Oleh karena itu, sulit ditentukan hubungan antara kedua hal tersebut.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Karakteristik responden paling banyak berusia di bawah 34 tahun (45,3%), berpendidikan rendah (64,2%), berjenis kelamin perempuan (84%), aktivitas yang paling sering diikuti adalah pengajian (40,6%), sumber informasi diperoleh paling banyak dari 2 sumber (28,3%) dengan media elektronik yang paling berkesan (65,1%), dan sebagian besar responden tidak memiliki pengalaman menderita DBD (84,0%).
2. Tingkat pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama DBD tergolong kurang (85,8%).
3. Tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan responden mengenai pertolongan pertama DBD dengan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, aktivitas, jumlah sumber informasi, sumber informasi yang paling berkesan, dan pengalaman menderita DBD.

6.2 Saran

1. Tingkat pengetahuan penduduk Bayah mengenai pertolongan pertama pada DBD perlu ditingkatkan dengan memberikan penyuluhan kepada semua warga.
2. Penyuluhan harus dalam bentuk yang mudah agar dapat dipahami penduduk Bayah mengingat pendidikan yang rendah sehingga dapat diaplikasikan ke dalam kehidupan sehari-hari.
3. Perlu dilakukan penelitian mengenai frekuensi kegiatan dan kehadiran warga dalam penyuluhan DBD untuk mencapai sasaran penyuluhan.

DAFTAR PUSTAKA

1. 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>
2. 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>
3. Thongrungrat S, Jirakanjanakit N, Apiwatnasorn C, Prummongkol S, Samung Y. Comparative susceptibility to oral infection with dengue virus among local strains of *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) J. Vector Ecol. 2003;28:166-170.
4. Kusriastuti R. Kebijakan penanggulangan demam berdarah dengue di Indonesia. Jakarta: Departemen kesehatan Republik Indonesia; 2005.
5. Susanto CE. Penderita DBD hingga akhir 2007 bisa lampau 125 ribu. 2007 [dikutip 29 Agustus 2010]. Diunduh dari: http://www.litbang.depkes.go.id/aktual/dbd/dbd_120407.htm
6. Profil Puskesmas Bayah tahun 2007. 2007; p32-43.
7. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata S, Setiati S. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi ke-5 jilid 3. 2009. p2773. Interna publishing: Jakarta.
8. Wulandari L, Isminah, Kristina. Demam berdarah dengue. Diunduh dari: <http://www.litbang.depkes.go.id/maskes/052004/demamberdarah1.htm>
9. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Tata laksana DBD. 2009 [dikutip 1 September 2010]. Diunduh dari: <http://www.depkes.go.id/downloads/Tata%20Laksana%20DBD.pdf>
10. Supartha IW. Pengendalian terpadu vektor virus demam berdarah dengue, *Aedes aegypti* (Linn.) dan *Aedes albopictus* (Skuse)(Diptera: Culicidae). 2009 [dikutip 25 September 2009]. Diunduh dari: <http://dies.unud.ac.id/wp-content/uploads/2008/09/makalah-supartha-baru.pdf>

11. Anonim. Faktor-faktor yang berhubungan dengan keberadaan jentik *Aedes aegypti* di RW IV Desa Ketitang Kecamatan Nogosari Kabupaten Boyolali. 2009.
12. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue (PSN DBD) oleh juru pemantau jentik (jumantik). Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2004.
13. Anonim. Perilaku dan siklus hidup nyamuk *Aedes aegypti* sangat penting diketahui dalam mengetahui kegiatan PSN termasuk pemantauan larva secara berkala. Buletin Harian Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2004.
14. Tim Penanggulangn DBD Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Perilaku dan siklus hidup nyamuk *Aedes aegypti* sangat penting diketahui dalam melakukan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk termasuk pemantauan jentik berkala. 2009 [dikutip 2 September 2010]. Diunduh dari: <http://www.depkes.go.id/downloads/Bulletin%20Harian%2010032004.pdf>
15. Shepherd SM, Hinfey PB. Dengue fever. 2006 [dikutip 1 September 2010]. Diunduh dari: <http://www.emedicine.com/med/topic528.htm>
16. Nainggolan L. Upaya-upaya mengatasi demam berdarah. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam RSCM/FKUI Divisi Penyakit Tropik dan Infeksi; 2007
17. Sungkar S. Demam berdarah dengue. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia; 2002. p 1-30.
18. Subdin Kesehatan Masyarakat Kotamadya Jakarta Pusat. Pencegahan dan pemberantasan demam berdarah dengue di Indonesia. Jakarta: Depkes RI; 2005.
19. Dengue Study Group. Demam berdarah di Indonesia. Jakarta: FKUI; 2009.
20. Surajiyo. Epistemologi dalam ilmu filsafat suatu pengantar. Bandung: Penerbit Bumi Aksara; 2005.
21. 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.
22. Survei Persatuan Guru Republik Indonesia. Hubungan antara karakteristik masyarakat dengan rasa ingin tahu mengenai hal baru. [dikutip 21 Januari 2010]. Diunduh dari: www.binaputera.org/artikel/artikel.php?aid=318
 23. The Royal London Hospital. Survey on the relation between characteristics of the people with influenza awareness level. Diunduh dari: http://www.ssffmp.or.id/berita/21124/Wanita_Lebih_Tanggap_Hindari_Flu
 24. Sarwono, Solita W. Psikologi remaja. Jakarta: Rajawali Pers; 1991
 25. Fitrajaya D. Pengetahuan dan sikap masyarakat Kelurahan Tanjung Hulu terhadap pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue (PSN-DBD) di Kota Pontianak tahun 2000 [skripsi]. Jakarta: FKMUI; 2002.
 26. Setiawan DR. Pengetahuan warga kecamatan bayah provinsi banten mengenai gejala dan pertolongan pertama DBD tahun 2010 [skripsi]. Jakarta: FKUI; 2010.
 27. Mercy L. Peran sumber informasi terhadap pengetahuan yang benar tentang cara menghindari HIV/AIDS pada perempuan usia 15-49 tahun [skripsi]. Jakarta: FKMUI; 2000.
 28. 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
 29. Anonim. Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Asuhan Keperawatan DBD.

Lampiran 1. Koesioner 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.

