



UNIVERSITAS INDONESIA

**TINGKAT PENGETAHUAN MURID MADRASAH TSANAWIYAH
NEGERI BAYAH MENGENAI PEMBERANTASAN SARANG
NYAMUK**

SKRIPSI

HARTANTO REZA GAZALI

0806315061

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UMUM**

JAKARTA

MEI 2011



UNIVERSITAS INDONESIA

**TINGKAT PENGETAHUAN MURID MADRASAH
TSANAWIYAH NEGERI BAYAH MENGENAI
PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana
kedokteran**

HARTANTO REZA GAZALI

0806315061

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Hartanto Reza Gazali

NPM : 0806315061

Tanda Tangan : 

Tanggal : 30 Mei 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Hartanto Reza Gazali

NPM : 0806315061

Program Skripsi : Pendidikan Dokter Umum

Judul Skripsi : Tingkat Pengetahuan Murid Madrasah Tsanawiyah Negeri
Bayah Mengenai Pemberantasan Sarang Nyamuk.

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 (Saleha)

Penguji : Dra. Beti Ernawati Dewi, PhD (Beti)

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 30 Mei 2011

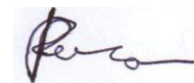
KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu wa ta'ala, 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, MSc sebagai Ketua Modul Riset FKUI yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian ini dan telah membimbing penulis dalam analisis penelitian ini;
3. Staf Departemen Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
4. Pemerintah Daerah Kecamatan Bayah Kabupaten Lebak Provinsi Banten yang telah mengizinkan penelitian ini dilakukan di wilayah Bayah;
5. Orangtua dan keluarga saya yang telah banyak memberikan dukungan moral maupun material;
6. Sahabat-sahabat saya, terutama teman sekelompok riset, yang telah banyak membantu pengerjaan skripsi ini; dan
7. Pihak-pihak lain yang membantu dalam menyelesaikan tugas ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini. Untuk itu penulis memohon maaf yang sebesar-besarnya. Akhir kata, penulis berharap semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, Mei 2011



Hartanto Reza Gazali

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA
ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Hartanto Reza Gazali
NPM : 0806315061
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:

”Tingkat Pengetahuan Murid Madrasah Tsanawiyah Negeri Bayah Mengenai Gejala DBD”.

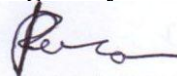
beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 30 Mei 2011

Yang menyatakan,



Hartanto Reza Gazali

ABSTRAK

Nama : Hartanto Reza Gazali
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul : Tingkat Pengetahuan Murid Madrasah Tsanawiyah Negeri Bayah Mengenai Pemberantasan Sarang Nyamuk.

Kecamatan Bayah merupakan wilayah endemis Demam Berdarah Dengue (DBD) dan sering mengalami kejadian luar biasa. Upaya paling efektif untuk menanggulangi DBD adalah pemberantasan sarang nyamuk (PSN) maka masyarakat perlu dibekali pengetahuan PSN melalui penyuluhan. Agar berhasil dengan baik penyuluhan diberikan sesuai tingkat pengetahuan dan karakteristik demografi masyarakat karena itu perlu dilakukan survei untuk mengetahui tingkat pengetahuan PSN dan karakteristik demografi mereka. Penelitian dilakukan pada murid Madrasah Tsanawiyah (MTs) Negeri Bayah dengan desain *cross sectional*. Data diambil pada tanggal 12-14 Agustus 2009 dengan memberikan kuesioner berisi pertanyaan yang berhubungan dengan PSN pada 107 murid yang dipilih secara acak. Hasil penelitian menunjukkan murid MTs yang memiliki tingkat pengetahuan baik adalah 25 orang (23%), cukup 54 orang (51%) dan kurang 28 orang (26%). Responden paling banyak berusia lebih dari 13 tahun yaitu 64%, kelas VII 51% dan 57% perempuan, mendapat informasi mengenai PSN dari 2 sumber 35% dan sumber informasi paling berkesan adalah media elektronik (60%). Uji *chi square* menunjukkan perbedaan bermakna antara pengetahuan PSN dengan jenis kelamin tetapi tidak berbeda bermakna dengan usia, sumber informasi dan tingkat pengetahuan. Disimpulkan tingkat pengetahuan mengenai PSN murid MTs tergolong rendah dan berhubungan dengan jenis kelamin tetapi tidak berhubungan dengan usia, sumber informasi dan tingkat pengetahuan.

Kata kunci: tingkat pengetahuan, murid MTs, pemberantasan sarang nyamuk

ABSTRACT

Name : Hartanto Reza Gazali
Study Program : General Medicine
Title : Knowledge Level of Madrasah Tsanawiyah Negeri Bayah
Student About Mosquito Breeding Control.

Bayah village is an endemic area of Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) where outbreak has been reported. Most effective effort to reduce DHF is mosquito breeding control (MBC) so it is necessary to give education to the community through health promotion. To get a good result, health promotion is given based on their knowledge level and its related factors thus a survey is needed to know their knowledge about MBC and demographic characteristics. This cross-sectional study was conducted in Madrasah Tsanawiyah (MTs) Negeri Bayah. The data was collected on August 12th-14th 2009 using questionnaire to 107 students randomly. The results showed students who have good knowledge were 25 people (23%), fair were 54 people (51%) and bad were 38 people (26%). Most respondents over the age of 13 years were 64%, seventh graders 51% and 57% girls, they get information about MBC from 2 sources 35% and the most impressive source is electronic media (60%). Chi-square test showed significant differences between MBC knowledge with sex but not significant with age, source of information and educational level. In conclusion, MTs students' knowledge level about PSN is bad and associated with sex but not associated with age, source of information and educational level.

Keywords: knowledge level, MTs students, mosquito breeding control

DAFTAR ISI

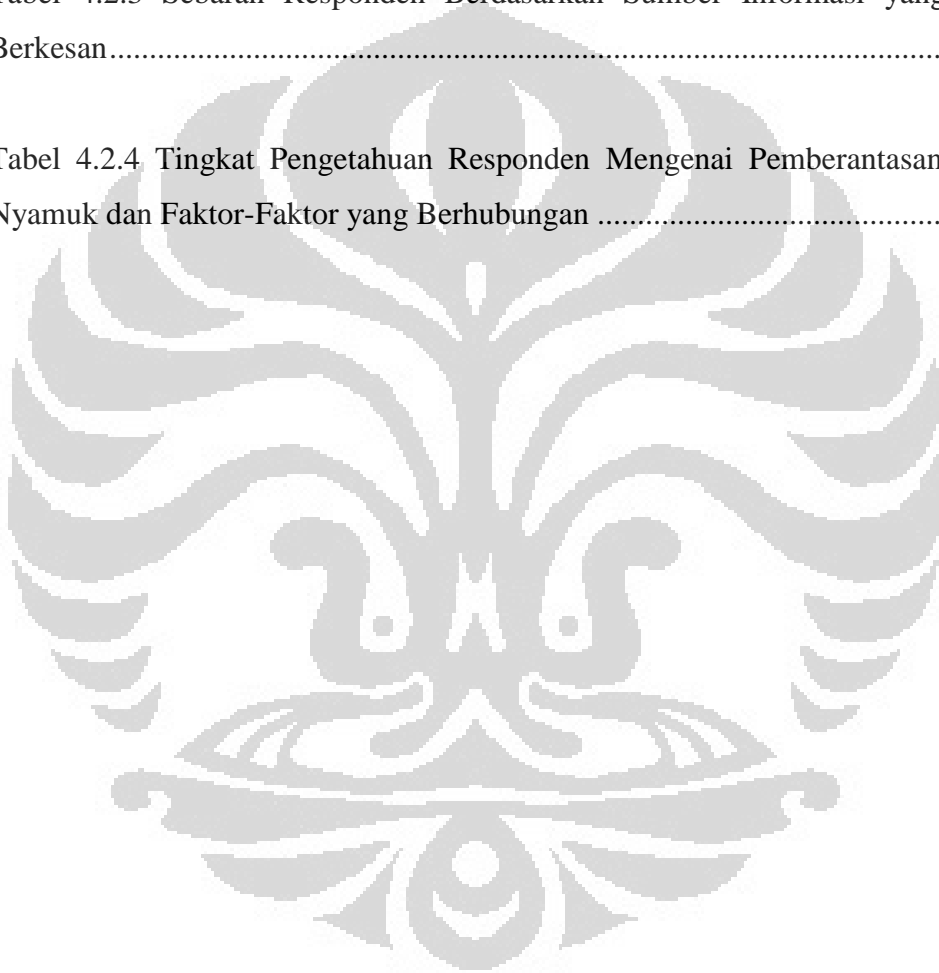
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL	x
1.PENDAHULUAN	1
2.TINJAUAN PUSTAKA	4
3.METODOLOGI	19
4.HASIL PENELITIAN	25
5.PEMBAHASAN	29
6.KESIMPULAN DAN SARAN	34
DAFTAR PUSTAKA	35
LAMPIRAN	38

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Telur <i>Ae. aegypti</i>	5
Gambar 2. Larva <i>Ae. aegypti</i>	5
Gambar 3. Pupa <i>Ae. aegypti</i>	6
Gambar 4. <i>Ae. aegypti</i> dewasa.....	6
Gambar 5. Siklus hidup <i>Ae. aegypti</i>	7
Gambar 6. Tempat Penampungan Air.....	8
Gambar 7. Kegiatan PSN Sederhana.....	11
Gambar 8. Kerangka konsep faktor yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan murid MTs mengenai Pemberantasan Sarang Nyamuk.....	18

DAFTAR TABEL

Tabel 4.2.1 Sebaran Responden Berdasarkan Usia, Kelas, dan Jenis Kelamin.....	26
Tabel 4.2.2 Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi	26
Tabel 4.2.3 Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi yang Paling Berkesan.....	27
Tabel 4.2.4 Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Sarang Nyamuk dan Faktor-Faktor yang Berhubungan	27



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Demam berdarah dengue (DBD) adalah penyakit infeksi yang disebabkan virus dengue dan ditularkan *Aedes aegypti*.¹⁻³ Profil endemisitas DBD di suatu daerah berbeda dengan daerah lainnya karena dipengaruhi faktor lingkungan, pola perilaku, dan imunitas hospes.²

Hingga kini, DBD masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia karena insidensinya yang tinggi dan penyebarannya di seluruh provinsi.^{1,3-5} Indonesia merupakan kontributor kasus DBD terbesar di Asia Tenggara. Pada tahun 2006, dilaporkan bahwa 57% kasus dan 70% kematian akibat DBD di Asia Tenggara berasal dari Indonesia. Pada tahun 2007 angka kejadian DBD meningkat di 10 provinsi yaitu Aceh, Sumatra Utara, Lampung, Kalimantan Barat, Gorontalo, Bali, Jawa Timur, Jawa Barat, Jakarta dan Banten.⁴

DBD sering menimbulkan kejadian luar biasa (KLB).⁴ Provinsi Banten merupakan salah satu provinsi yang mengalami KLB pada tahun 2007 dengan jumlah penderita sebanyak 862 orang dan 27 meninggal dunia. Salah satu dari 30 wilayah endemis di Banten, yaitu di Kecamatan Bayah merupakan kecamatan yang paling banyak terdapat penderita DBD yaitu 22 penderita dan 1 orang meninggal dunia. Pada tahun 2008, walau tidak terjadi KLB, jumlah penderita DBD di Kecamatan Bayah meningkat menjadi 25 penderita dan 2 orang meninggal dunia.⁶

Dalam upaya menurunkan jumlah penderita DBD, pemerintah daerah setempat melakukan pemberantasan vektor DBD dengan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) di lingkungan rumah mereka masing-masing. Upaya tersebut telah dilakukan, akan tetapi jumlah penderita DBD masih tetap tinggi. Hal tersebut mungkin disebabkan pengetahuan masyarakat tentang DBD masih kurang. Agar PSN berjalan rutin, serentak dan teratur perlu dilakukan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang DBD. Penyuluhan dapat diberikan kepada penduduk Kecamatan Bayah namun karena tingkat pendidikan

mereka rendah penyuluhan lebih mudah diberikan kepada anak-anak mereka yang merupakan murid sekolah menengah. Setelah penyuluhan, diharapkan murid akan menyampaikan penyuluhan yang didapat kepada keluarganya di rumah.⁶

Agar penyuluhan memberikan hasil yang baik, sebelum penyuluhan perlu diketahui tingkat pengetahuan dan karakteristik demografi murid. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui tingkat pengetahuan murid sekolah tentang vektor DBD, pemberantasan menggunakan insektisida, dan PSN serta karakteristik demografi mereka. Karena keterbatasan maka penelitian difokuskan pada tingkat pengetahuan mengenai PSN dan hubungannya dengan karakteristik demografi mereka.

1.2. Rumusan Masalah

1. Bagaimana tingkat pengetahuan murid sekolah mengenai PSN?
2. Bagaimana hubungan tingkat pengetahuan mengenai PSN dengan karakteristik demografi murid sekolah (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan sumber informasi)?

1.3. Hipotesis

Tingkat pengetahuan mengenai PSN berhubungan dengan karakteristik demografi murid sekolah.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuainya tingkat pengetahuan murid sekolah mengenai PSN dan faktor-faktor yang berhubungan.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Diketuainya sebaran karakteristik demografi murid sekolah (usia, jenis kelamin dan sumber informasi) di Kecamatan Bayah.
2. Diketuainya tingkat pengetahuan murid sekolah mengenai PSN.

3. Diketuinya hubungan tingkat pengetahuan murid sekolah mengenai PSN karakteristik demografi.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat Bagi Peneliti

1. Peneliti mendapatkan pengalaman di bidang penelitian.
2. Mengembangkan daya nalar, minat, dan kemampuan dalam bidang penelitian.

1.5.2. Manfaat Bagi Perguruan Tinggi

1. Realisasi tridarma perguruan tinggi dalam menjalankan fungsinya sebagai lembaga penyelenggara pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.
2. Turut berperan serta mewujudkan Universitas Indonesia sebagai *research university* dan visi FKUI tahun 2014 yaitu menjadi 80 fakultas kedokteran terbaik di dunia.
3. Meningkatkan kerjasama serta komunikasi antara mahasiswa dan staf pengajar FKUI.

1.5.3. Manfaat Bagi Masyarakat

1. Sekolah mendapat informasi mengenai tingkat pengetahuan mereka tentang PSN.
1. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai masukan untuk penyuluhan kesehatan kepada seluruh murid sekolah di Kecamatan Bayah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

3.1 Demam Berdarah Dengue

DBD adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dengan serotipe DEN 1, DEN 2, DEN 3 dan DEN 4. DBD ditularkan oleh *Ae. aegypti*. Manifestasi klinis DBD berupa demam, nyeri otot dan atau nyeri sendi yang disertai trombositopenia, ruam, limfadenopati, leukopenia dan diatesis hemoragik. Terjadi perembesan plasma pada penderita DBD. Hal tersebut ditandai oleh adanya peningkatan hematokrit (hemokonsentrasi) atau penumpukan cairan di rongga tubuh.¹⁻³

Faktor-faktor yang mempengaruhi penularan DBD antara lain¹:

1. Kepadatan penduduk. Penduduk yang padat lebih memudahkan terjadinya penularan DBD karena berkaitan dengan jarak terbang penularnya.
2. Golongan umur. Golongan umur berpengaruh terhadap peluang terjadinya penularan penyakit. Kelompok umur yang paling banyak terserang DBD adalah kelompok <15 tahun.
3. Mobilitas penduduk. Pergerakan penduduk yang tinggi memudahkan penularan dari suatu tempat ke tempat lain.
4. Kerentanan terhadap penyakit. Setiap individu punya kerentanan yang berbeda terhadap suatu penyakit..
5. Pendidikan. Pendidikan berhubungan dengan pengetahuan dan akan mempengaruhi cara berpikir dalam penerimaan penyuluhan dan cara pemberantasan yang dilakukan
6. Kualitas perumahan. Jarak antara rumah dengan rumah yang lain, pencahayaan, bentuk rumah, bahan bangunan, akan mempengaruhi penularan.

3.2 Vektor Demam Berdarah Dengue

2.2.1 Morfologi dan Siklus Hidup *Ae. aegypti*

2.2.1.1 Telur

Bentuk telur *Ae. aegypti* lonjong, berukuran kecil, berwarna hitam dengan berat 0,0113 mg. *Ae. aegypti* betina meletakkan telur pada tempat penampungan air (TPA) yang berisi air jernih dan terlindung dari cahaya matahari langsung. Telur diletakkan satu persatu pada permukaan yang lembab tepat di atas air dan akan menetas dalam waktu 1-2 hari setelah terendam air. Dalam keadaan kering telur dapat bertahan selama 6 bulan.⁷



Gambar 1. Telur *Ae. aegypti*⁸

2.2.1.2 Larva

Tubuh larva *Ae. aegypti* terdiri dari kepala, toraks, dan abdomen. Terdapat segmen anal dan sifon di ujung abdomen. Pergerakan larva *Ae. aegypti* sangat lincah dan sangat peka terhadap getaran dan cahaya.⁷



Gambar 2. Larva *Ae. aegypti*⁹

Larva *Ae. aegypti* disebut bottom feeder karena mengambil makanannya di dasar TPA dan bernapas dari udara. Kondisi yang sesuai untuk kehidupan larva *Ae.aegypti* adalah wadah yang mengandung air dengan pH 5,8-8,6 dan kadar garam 10-59,5 mg klor/liter.⁷

2.2.1.3 Pupa

Pupa terdiri dari sefalotoraks, abdomen, dan kaki pengayuh. Terdapat sepasang corong pernapasan pada sefalotoraks dengan bentuk segitiga.⁷



Gambar 3. Pupa *Ae. Aegypti*¹⁰

2.2.1.4 Nyamuk Dewasa

Anatomi nyamuk dewasa terdiri atas kepala, toraks dan abdomen. *Ae. aegypti* memiliki tanda khas di mesonotum (bagian dorsal toraks) berupa sepasang garis putih yang sejajar di tengah dan garis lengkung putih yang lebih tebal di sisinya. Tanda khas ini disebut *lyre*. Memiliki warna hitam pada probosis, sisik lebar berwarna putih pada skuletum dan abdomen berpita putih pada bagian basal serta ruas tarsus kaki belakang berpita putih.⁷

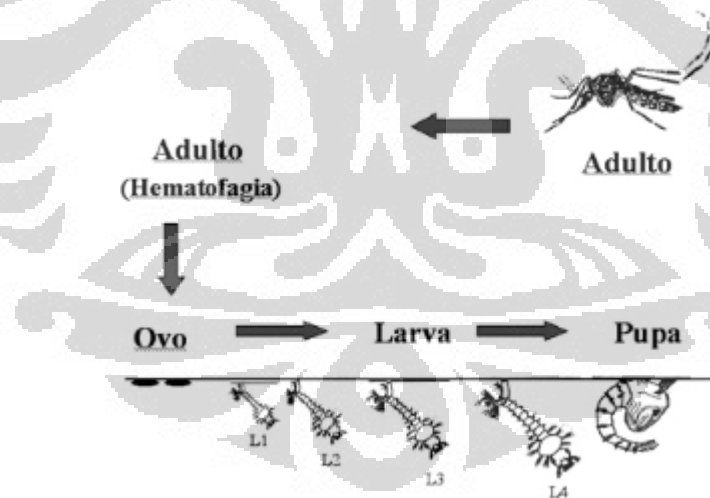


Gambar 4. *Ae. aegypti* dewasa¹¹

2.2.2 Siklus Hidup

Dalam kondisi optimum, perkembangan dari telur menjadi nyamuk dewasa membutuhkan waktu sekurang-kurangnya 9 hari. Proses penetasan telur menjadi larva membutuhkan waktu 1-2 hari. Larva akan berubah menjadi pupa dalam waktu 5-15 hari dan setelah 2 hari pupa akan berkembang menjadi nyamuk dewasa. Nyamuk dewasa yang baru saja keluar dari pupa akan beristirahat sementara waktu di kulit pupa sambil meregangkan sayap agar menjadi kaku dan kuat untuk terbang. *Ae. aegypti* betina mengisap darah manusia dan kawin 1-2 hari sesudah stadium pupa berakhir dengan waktu bertelur pada sore hari menjelang matahari terbenam. Setelah itu, nyamuk dewasa mati dalam 10 hari, tetapi cukup untuk inkubasi virus (3-10 hari) dan menyebarkannya.¹²

Setelah mengisap darah, *Ae. aegypti* hinggap (beristirahat) di tempat yang agak gelap dan lembab bisa di dalam rumah atau di luar rumah, berdekatan dengan tempat berkembangbiaknya. Tempat hinggap yang disenangi ialah benda-benda yang tergantung seperti: pakaian, kelambu, atau tumbuh-tumbuhan.¹²



Gambar 5. Siklus hidup nyamuk *Ae. Aegypti*¹³

2.2.3 Tempat Berkembang Biak

Tempat berkembangbiak *Ae. aegypti* dikelompokkan sebagai berikut^{3,12}:

1. TPA seperti: drum, tangki reservoir, tempayan, bak mandi/wc, ember dll.
2. Non TPA seperti: tempat minum burung, vas bunga, perangkap semut dan barang-barang bekas (ban, kaleng, botol, plastik, dll).

3. TPA alamiah seperti: lubang pohon, lubang batu, pelepah daun, tempurung kelapa, pelepah pisang, potongan bambu dll.



Gambar 6. Tempat penampungan air

Karakteristik TPA menentukan jumlah larva *Ae. aegypti* yang dapat berkembangbiak. Jumlah larva *Ae. aegypti* lebih banyak ditemukan pada TPA yang kasar, gelap dan mudah menyerap air. Pada TPA yang tidak tertutup, berukuran lebih besar dan berisi banyak air rapat juga ditemukan jumlah larva yang lebih banyak^{3,12}.

2.2.4 Penyebaran

Penyebaran *Ae. aegypti* melalui terbang secara aktif maupun terbang secara pasif. Kemampuan terbang aktif *Ae. aegypti* betina sejauh 40 meter – 100 meter, sedangkan terbang secara pasif dapat terjadi karena terbawa angin atau terbawa kendaraan. Dengan perpindahan secara pasif, nyamuk dapat berpindah ke tempat yang lebih jauh. Selain itu, kebiasaan menyimpan air bersih di dalam jerigen/kaleng yang diperdagangkan dari rumah ke rumah juga mempengaruhi penyebaran nyamuk.¹²

Lingkungan sekitar juga turut mempengaruhi keberadaan nyamuk. Kelembapan udara yang tinggi saat musim hujan menunjukkan peningkatan populasi nyamuk. Selain itu, pada musim hujan biasanya akan terjadi peningkatan jumlah TPA karena terisi air hujan. Peningkatan populasi nyamuk merupakan salah satu faktor yang menyebabkan peningkatan penularan DBD.¹²

3.3 Pemberantasan Vektor Demam Berdarah Dengue

2.3.1 Pemberantasan sebelum musim penularan

Pemberantasan sebelum musim penularan meliputi perlindungan perorangan, pemberantasan sarang nyamuk, dan pengasapan.¹⁴

a. Perlindungan perorangan

Perlindungan perorangan untuk mencegah gigitan *Ae.aegypti* bisa dilakukan dengan meniadakan sarang nyamuk di dalam rumah dengan memakai kelambu pada waktu tidur siang, memasang kasa di lubang ventilasi dan memakai penolak nyamuk (off, autan, sari pusa dll). Juga bisa dengan melakukan penyemprotan dengan obat yang dibeli di toko seperti: mortein, baygon, raid, hit dsb. Pasien DHF di rumah sakit juga perlu diberi kelambu.¹⁴

b. Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)

Penggerakan PSN adalah kunjungan ke rumah/tempat umum secara teratur sekurang-kurangnya setiap 3 bulan untuk melakukan penyuluhan dan pemeriksaan jentik. Kegiatan itu bertujuan untuk menyuluh dan memotivasi keluarga dan pengelola tempat umum untuk melakukan PSN secara terus menerus sehingga rumah dan tempat umum bebas dari jentik nyamuk *Ae. Aegypti*.¹⁵

Sebelum melakukan suatu kegiatan di masyarakat, tindakan yang pertama kali dilakukan adalah menghubungi pemuka setempat misalnya kepala desa, RW dan RT. Setelah itu diadakan penyuluhan kepada pemuka tersebut yang dilanjutkan dengan penyuluhan kepada masyarakat. Lebih baik lagi jika dilakukan penyuluhan keliling menggunakan megafon ke kampung-kampung. Tahap selanjutnya adalah mengumpulkan data, pemetaan lokasi, menyusun personalia pelaksana, dan menyiapkan alat.^{14,15}

Untuk mengumpulkan data dilakukan survei secara acak untuk mengetahui rata-rata *container* per rumah, volume *container* per rumah, jenis *container* dan data jumlah rumah serta penduduk yang akan dicakup. Wilayah yang akan dicakup agar dipetakan (terutama jalan/gang) agar

dapat dibagi menurut tenaga yang tersedia. Dalam peta tersebut dicantumkan pula lokasi kasus tersangka/pos laboratorium DBD/DSS. Dengan menghitung *out put* petugas 1 hari kerja dapat menyelesaikan 30 – 50 rumah, maka ditetapkan jumlah petugas yang diperlukan. Tiap 4–5 petugas agar dipimpin oleh seorang kepala regu. Sejumlah 2–3 regu dipimpin oleh seorang *supervisor*. Setiap regu/petugas yang telah ditetapkan harus diberi bagian wilayah tertentu secara jelas untuk memudahkan pelaksanaan dan pengawasan. Para petugas harus mendapat latihan dan praktek terlebih dahulu antara lain cara mengukur *container*, dosis temefos dalam air, cara mengisi formulir laporan, dll. Tiap petugas dilengkapi dengan tas/ransel, sarung tangan plastik/karet, sendok makan ukuran 10 gram, meteran panjang \pm 50 cm, kantong plastik, pensil dan formulir.¹⁵

Kegiatan-kegiatan PSN meliputi hal-hal berikut:¹⁵

- Menguras bak mandi/wc dan TPA lainnya secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali (perkembangan telur – larva – pupa – nyamuk kurang lebih 9 hari), secara teratur menggosok dinding bagian dalam dari bak mandi, dan semua tempat penyimpanan air untuk menyingkirkan telur nyamuk.
- Menutup rapat TPA (tempayan, drum, dll.) sehingga nyamuk tidak dapat masuk. Ternyata TPA tertutup lebih sering mengandung larva dibandingkan TPA yang terbuka karena penutupnya jarang terpasang dengan baik dan sering dibuka untuk mengambil air didalamnya. Tempayan dengan penutup yang longgar seperti itu lebih disukai nyamuk untuk tempat bertelur karena ruangan didalamnya lebih gelap daripada tempat air yang tidak tertutup sama sekali.
- Membersihkan halaman dari kaleng, botol, ban bekas, tempurung, dll, sehingga tidak menjadi sarang nyamuk.
- Mengganti air pada vas bunga dan tempat minum burung.
- Mencegah/mengeringkan air tergenang di atap atau talang
- Menutup lubang pohon atau bambu dengan tanah.
- Membubuhi garam dapur pada perangkap semut.

- Pembuangan secara baik kaleng, botol dan semua tempat yang mungkin menjadi tempat sarang nyamuk.
- Pendidikan kesehatan masyarakat.



Gambar 7. Kegiatan PSN sederhana¹⁷

Hasil pelaksanaan pergerakan PSN oleh masyarakat di RW/Desa/Lingkungan dipantau secara berjenjang oleh Pokja di tingkat Desa/Kelurahan, dan Kelompok Kerja Operasional/Pokjanal DBD tingkat Kecamatan, Kabupaten/Kotamadya Dati II, Propinsi Dati I dan Pusat.¹⁵

1. Pokja DBD Tingkat Desa/Kelurahan

- Setiap 3 bulan kader/warga masyarakat terlatih melakukan pemeriksaan jentik sekurang-kurangnya 30 rumah tiap RW/desa/lingkungan.
- Cara memilih 30 rumah dapat dilakukan dengan memilih 3 RT secara acak, lalu pada masing-masing RT yang terpilih diperiksa 10 rumah atau dipilih 2-3 rumah secara acak untuk semua RT.

- c. Pokja DBD mengolah hasil pemeriksaan jentik menjadi angka bebas jentik (ABJ) dan mengisikannya pada Formulir Laporan Pokja DBD.
- d. Hasil penggerakan PSN disampaikan pada pertemuan berkala Pokja DBD. ABJ RW/desa/lingkungan yang tidak meningkat atau masih tetap rendah, perlu dibahas masalah/kesulitan yang dihadapi dalam menggerakkan masyarakat dalam PSN serta cara mengatasinya.
- e. Laporan Pokja DBD disampaikan kepada Ketua Umum LKMD untuk dilaporkan ke Pemerintah Desa/kelurahan dengan tembusan kepada Tim Pembina LKMD Tingkat Kecamatan cq Pokjanal DBD Tingkat Kecamatan.

2. Pokjanal DBD Tingkat Kecamatan

Setiap 3 bulan petugas puskesmas melakukan pemeriksaan jentik di 100 rumah tiap desa/kelurahan secara acak dan semua tempat umum. Cara memilih sampel 100 rumah sebagai berikut :

- Dibuat daftar RT untuk tiap desa/kelurahan.
- Tiap RT dibuat nomor urut.
- Dipilih 10 RT sampel secara acak dari seluruh RT di wilayah desa/kelurahan
- Dibuat daftar nama Kepala Keluarga (KK) dari masing-masing RT sampel.
- Tiap KK/rumah diberi nomor urut.
- Dipilih 10 KK/rumah yang ada di tiap RT sampel secara acak

c. Pengasapan Masal

Pengasapan masal dilaksanakan 2 siklus di semua rumah terutama di kelurahan endemis tinggi, dan tempat umum di seluruh wilayah kota. Pengasapan dilakukan di dalam dan di sekitar rumah dengan menggunakan larutan malathion 4% (atau fenitrothion) dalam solar dengan dosis 438 ml/Ha.¹⁴

d. Pemberantasan Vektor di Desa/Kelurahan Rawan

Desa/kelurahan rawan adalah desa/kelurahan yang dalam 3 tahun terakhir yang terjangkit DBD, atau yang karena keadaan lingkungannya (antara lain karena penduduknya padat, mempunyai hubungan transportasi yang ramai dengan wilayah lain), mempunyai risiko untuk terjadi KLB. Kegiatan pemberantasan vektor DBD di daerah rawan DBD dilakukan sesuai dengan tingkat kerawanan suatu wilayah terhadap DBD.^{14,15} Tingkat kerawanan di suatu wilayah terhadap DBD adalah sebagai berikut¹⁵:

- Desa/kelurahan rawan I (*endemis*)
Desa/kelurahan yang dalam 3 tahun terakhir setiap tahunnya terjangkit DBD.
- Desa/kelurahan rawan II (*sporadis*)
Desa/kelurahan yang dalam 3 tahun terakhir terjangkit DBD tetapi tidak setiap tahun.
- Desa/kelurahan rawan III (*potensial*)
Desa/kelurahan yang dalam 3 tahun terakhir tidak pernah terjangkit DBD, tetapi penduduknya padat, mempunyai hubungan transportasi yang ramai dengan wilayah lain, dan jentik yang ditemukan lebih dari 5%.
- Desa/kelurahan “bebas”
Desa/kelurahan yang tidak pernah terjangkit DBD, dan ketinggiannya lebih dari 1000 m dari permukaan laut, atau yang ketinggiannya kurang dari 1000 m tetapi persentase rumah yang ditemukan jentik kurang dari 5%.

2.3.2 Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)

PJB adalah pemeriksaan TPA dan tempat perkembangbiakan nyamuk *Ae aegypti* untuk mengetahui adanya jentik nyamuk yang dilakukan di rumah dan tempat umum secara teratur sekurang-kurangnya tiap 3 bulan untuk mengetahui keadaan populasi jentik vektor DBD. Kegiatan ini dilakukan dengan mengunjungi rumah/tempat umum untuk memeriksa TPA dan tempat berkembangbiak *Ae.aegypti* serta memberikan penyuluhan tentang PSN kepada masyarakat/pengelola tempat umum. Dengan kunjungan yang berulang disertai

penyuluhan tersebut diharapkan masyarakat dapat termotivasi untuk melaksanakan PSN secara teratur. PJB di rumah-rumah dilakukan oleh kader atau tenaga pemeriksa jentik lain di RW/desa secara swadaya. Di desa rawan I dan rawan II pada setiap TPA yang ditemukan jentik dilakukan larvasidasi (larvasidasi selektif). PJB di tempat umum dilakukan oleh petugas kesehatan.^{14,15}

Pemantauan Hasil PJB

1. Pemantauan hasil pelaksanaan PJB dilakukan secara teratur sekurang-kurangnya tiap 3 bulan dengan menggunakan Indikator Angka Bebas Jentik (ABJ).
2. Hasil pemeriksaan PJB di RW/desa dipantau oleh Lurah/Kepala Desa secara teratur dengan melakukan pemeriksaan jentik pada kurang lebih 30 rumah yang dipilih secara acak di setiap RW/desa. Pemeriksaan jentik ini dilakukan oleh kader atau tenaga pemeriksa jentik lain di desa/kelurahan secara swadaya.
3. Hasil PJB tiap desa/kelurahan dipantau oleh Camat dengan menggunakan data hasil pemeriksaan jentik oleh Petugas Puskesmas di 100 rumah tiap desa/kelurahan yang dipilih secara acak.
4. Hasil pelaksanaan PJB dipantau secara berjenjang oleh Kepala Wilayah/Daerah Tingkat II, Gubernur Kepala Daerah Tingkat I dan Tingkat Pusat.

Larvasidasi

Larvasidasi adalah penggunaan larvisida temefos untuk memberantas larva *Ae.aegypti*. Temefos yang digunakan berbentuk butir pasir (*sand granules/SG*) dengan dosis 1 ppm artinya 1 bagian temefos dalam satu juta bagian air atau 1 gram temefos SG 1% per 10 liter air. Larvasidasi pada TPA mempunyai efek residu selama 2 – 3 bulan. Jadi bila dalam 1 tahun suatu daerah dilakukan 4 kali larvasidasi maka selama setahun populasi *Aedes* akan terkontrol dan dapat ditekan serendah-rendahnya. Setelah temefos SG 1% dimasukkan ke dalam air maka butiran akan jatuh sampai ke dasar dan racun aktifnya akan keluar dari

butiran tersebut lalu menempel pada pori-pori dinding *container* setinggi permukaan air. Sebagian racun tersebut masih tetap berada dalam air.^{14,15,16} Aplikasi temefos dilakukan sebagai berikut¹⁶ :

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

Cara melakukan larvasidasi

Mula-mula TPA yang akan dibubuhi temefos ditaksir volumenya dengan mengukur panjang x lebar x dalam menggunakan penggaris. Untuk TPA yang tidak berbentuk bak ditaksir dengan membandingkan jerigen, ember atau kaleng yang telah diketahui volumenya. Temefos yang diperlukan dihitung sbb:

- Satu gram temefos untuk 10 liter air. Jadi untuk tempayan yang volumenya 100 liter diperlukan temefos $100/10 \times 1 \text{ gram} = 10 \text{ gram}$
- Untuk menakar temefos digunakan sendok makan (1 sendok makan peres berisi 10 gram temefos)
- Bila temefos yang diperlukan kurang dari 10 gram, ambil 1 sendok makan peres dan tuangkan pada sehelai kertas, lalu temefos dibagi menjadi 2,3,4, dst sesuai dengan takaran yang diperlukan (menakar temefos tidak perlu tepat sekali). Selanjutnya masukkan temefos ke dalam TPA.

Penilaian

Tiap aplikasi harus disertai penilaian yang dapat mewakili penilaian suatu wilayah/kota. Apabila aplikasi temefos dilakukan bersama-sama penyemprotan maka penilaiannya dapat sekaligus bersama-sama penilaian penyemprotan tersebut. Khusus untuk aplikasi temefos penilaian cukup dari segi entomologi yaitu dengan menggunakan indeks larva dan *man biting rate*. Survei vektor dilakukan sbb:

1. Kurang dari satu minggu sebelum aplikasi dimulai sebagai data dasar

2. Kurang dari satu minggu setelah aplikasi I
3. Kurang dari satu minggu setelah aplikasi II

Catatan: untuk survei larva minimal 50 rumah dan survey nyamuk minimal 20 rumah

2.3.3 Penanggulangan fokus

Penanggulangan fokus meliputi kegiatan penelitian epidemiologi, penyuluhan kelompok dan pengasapan.^{14,15}

Penelitian epidemiologi dilakukan dengan cara pemeriksaan larva di rumah penderita (yang dirawat di RS/Puskesmas) dan rumah lain di sekitarnya. Jika penderita adalah murid sekolah pemeriksaan jentik juga dilaksanakan di sekolah dan bila perlu rumah-rumah di sekitar sekolah.^{14,15}

Penyuluhan kelompok diberikan kepada warga RT/RW tempat tinggal penderita oleh petugas Puskesmas atau kader. Penyuluhan kepada murid di sekolah dilakukan guru. Pada penyuluhan ini disampaikan hasil pemeriksaan larva dan masyarakat diminta untuk melaksanakan PSN.^{14,15}

Dalam kegiatan penanggulangan fokus, pengasapan dilakukan jika:

- *House Index* di lokasi tempat tinggal penderita $\geq 10\%$ atau jika ditemukan lebih dari 1 penderita di wilayah RW tersebut dalam kurun waktu 1 bulan, dilakukan pengasapan di seluruh wilayah RW tersebut.
- Di suatu wilayah RW terdapat 2 penderita atau lebih dengan jarak waktu kurang dari 4 minggu/1 bulan.
- Jika di suatu wilayah kelurahan dalam satu minggu terjadi peningkatan jumlah penderita 2 kali atau lebih dibandingkan dengan minggu sebelumnya, dilakukan pengasapan di semua wilayah RW yang terdapat penderita dalam minggu sebelumnya dan minggu sedang berjalan (2 minggu terakhir).
- Jika di suatu wilayah kelurahan dalam 1 bulan terdapat peningkatan jumlah penderita 2 kali atau lebih dibandingkan dengan bulan sebelumnya atau dibandingkan dengan bulan yang sama tahun sebelumnya, dilakukan pengasapan di wilayah RW yang ada penderita dalam bulan yang lalu dan bulan yang sedang berjalan.

- Jika di sekolah tempat penderita bersekolah ditemukan *Ae. aegypti*, dilakukan pengasapan di sekolah dan halamannya (bila perlu rumah-rumah di sekitarnya).
- Pengasapan dilakukan minimum 2 kali dengan jarak 10 hari di rumah penderita dan sekitarnya dengan jarak 100 meter sekeliling rumah penderita, di rumah sakit yang merawat penderita dan sekitarnya, di sekolah penderita dan sekitarnya, sekolah lain, pasar dan rumah sakit lain didekatnya.

2.4 Penanggulangan KLB/Wabah

Penanggulangan KLB/wabah dilaksanakan dengan cara pengasapan masal 2 siklus, larvasidasi masal dan penggerakan PSN di seluruh wilayah terjangkau. Penggerakan masyarakat untuk PSN juga dilaksanakan di wilayah/daerah sekitarnya yang mempunyai risiko penyebaran KLB atau wabah.^{14,15}

2.5 Penyuluhan kepada masyarakat

Penyuluhan perorangan dilakukan di rumah pada waktu pemeriksaan jentik berkala oleh petugas kesehatan atau petugas pemeriksa jentik dan di rumah sakit/Puskesmas/praktek dokter oleh dokter/perawat. Media yang digunakan adalah *leaflet, flip chart, slides, dll.*^{14,15}

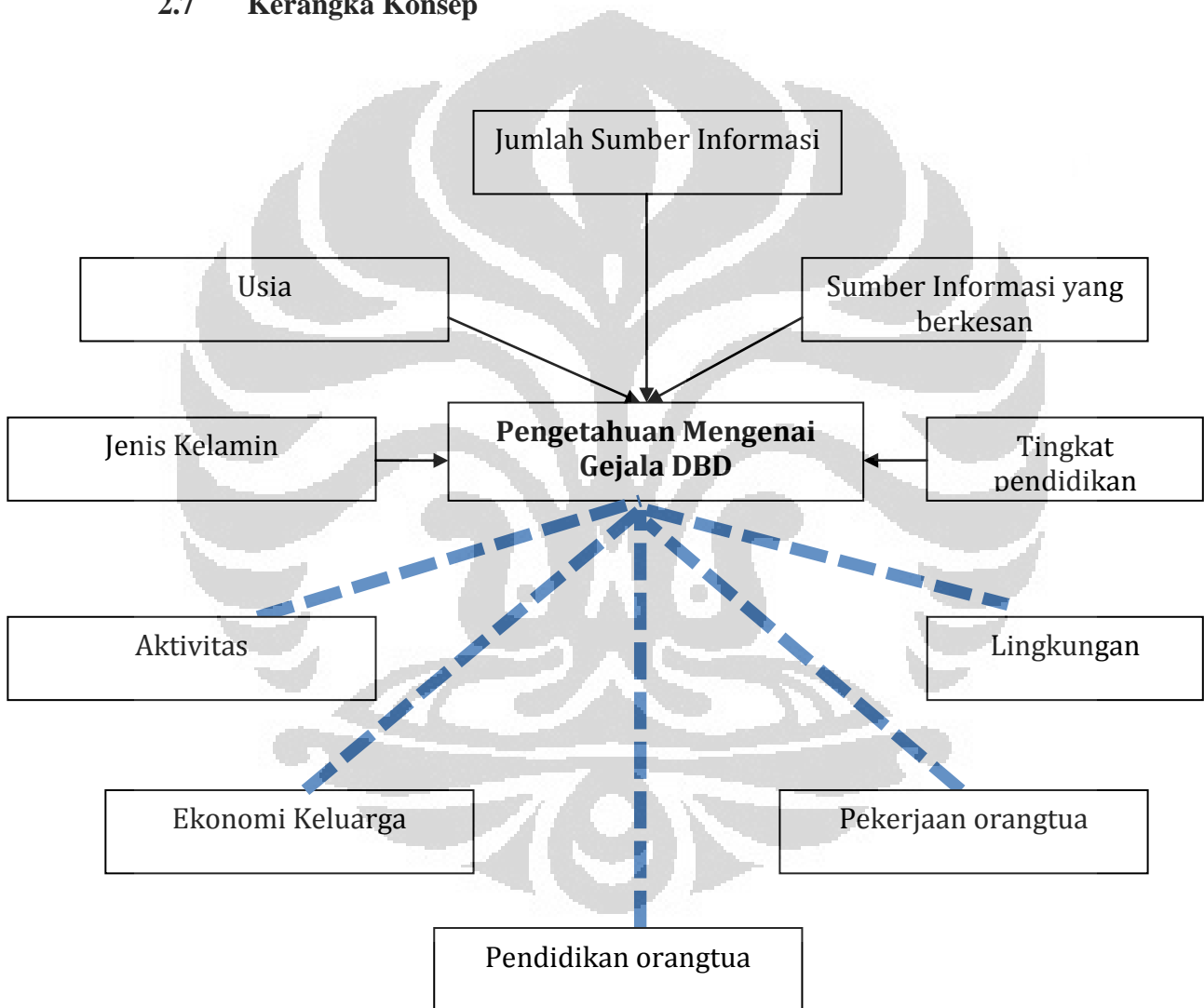
Penyuluhan kelompok dilakukan kepada warga di lokasi sekitar rumah penderita, pengunjung rumah sakit/puskesmas/posyandu, guru, pengelola tempat umum, dan organisasi sosial kemasyarakatan lainnya. Media yang digunakan *leaflet, flip chart, slides, dll.* Penyuluhan masal dilaksanakan melalui TV, radio atau media masa lainnya.^{14,15}

2.6 Evaluasi

Penilaian operasional dilaksanakan dengan membandingkan pencapaian target masing-masing kegiatan dengan yang direncanakan berdasarkan pelaporan untuk kegiatan pemberantasan sebelum musim penularan. Peninjauan di lapangan dilakukan untuk mengetahui kebenaran pelaksanaan kegiatan program.^{14,15}

Penilaian dampak dilakukan berdasarkan indikator HI dan tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat yang diperoleh melalui survei larva dan survei pengetahuan dan sikap masyarakat yang dilaksanakan setiap tahun, di wilayah/kota yang endemis. Selain itu dinilai *Incidence Rate* dan *Case Fatality Rate* selama setahun yang diperoleh dari pencatatan & pelaporan penderita yang dirawat di RS/puskesmas.¹⁴

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.14.1. Kerangka Konsep Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Pengetahuan Murid Sekolah Mengenai PSN

BAB III

METODOLOGI

3.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian survei dengan menggunakan desain *cross sectional* yaitu penelusuran dilakukan sesaat, artinya subjek diamati hanya satu kali dan tidak ada perlakuan terhadap responden.¹⁸

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada murid sekolah di Kecamatan Bayah yaitu di Madrasah Tsanawiyah Negeri (MTs) pada tanggal 12-14 Agustus 2009. Penelitian dilakukan di madrasah tersebut karena memiliki jumlah murid sekolah paling banyak.

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi Target

Populasi Target penelitian ini adalah murid MTs di Kecamatan Bayah.

3.3.2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dari penelitian ini adalah murid kelas 7-8 MTs Negeri Bayah Timur yang berada di lokasi penelitian pada saat pengambilan data.

3.3.3. Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini adalah populasi terjangkau yang tersaring dari kriteria inklusi dan eksklusi.

3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.4.1. Kriteria Inklusi

1. Murid MTs Bayah kelas 7-8 baik laki-laki maupun perempuan
2. Bertempat tinggal di Kecamatan Bayah
3. Berada di lokasi ketika penelitian dilakukan
4. Bersedia diwawancarai

3.4.2. Kriteria Eksklusi

Tidak mampu berkomunikasi

3.5. Kerangka Sampel

3.5.1. Besar Sampel.

Pada penelitian ini, digunakan rumus besar sampel untuk sampel tunggal untuk estimasi proporsi suatu populasi.

Rumus besar sampel:

$$n = \frac{Z\alpha^2 PQ}{d^2}$$

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

$$n = 97$$

Keterangan:

n : besar sampel yang diharapkan

Z α : defiat baku normal untuk α 5% = 1,96

P : proporsi tingkat pengetahuan yang baik mengenai DBD

Q : 1 – p, Proporsi subyek yang memiliki pengetahuan kurang mengenai DBD

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

Dari rumus tersebut didapat besar sampel yang dibutuhkan adalah 97 subyek. Dengan ditambah kemungkinan 10% *drop out*, maka besar sampel total menjadi 107 subyek.

3.5.2. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *simple random sampling* dengan bantuan tabel random. Sebanyak 107 siswa MTs kelas 7-8 akan menjadi responden penelitian.

3.6. Cara Kerja

3.6.1 Identifikasi Variabel

Variabel independen meliputi usia, jenis kelamin, dan sumber informasi DBD, sedangkan variabel dependen adalah tingkat pengetahuan responden mengenai PSN.

3.6.2 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Peneliti mendatangi sekolah responden untuk mengambil data penelitian. Peneliti menjelaskan tentang penelitian yang dilakukan. Setelah responden menyetujui secara lisan, dilakukan pengisian kuesioner. Peneliti memberikan pertanyaan mengenai PSN. Setelah semua pertanyaan dijawab oleh responden, peneliti memeriksa ulang kuesioner. Setelah itu, peneliti memberikan pembahasan untuk jawaban responden yang kurang tepat. Setelah wawancara selesai, peneliti memberikan souvenir sebagai tanda terima kasih kepada responden. Kuesioner yang telah terisi secara lengkap dikumpulkan oleh peneliti.

3.6.3 Analisis Data

1. Verifikasi Data

Verifikasi data dilakukan oleh peneliti yang melakukan wawancara. Data yang didapatkan dari pengisian kuesioner akan diperiksa kelengkapan dan kesesuaiannya segera setelah pengambilan data selesai dilakukan.

2. Entry Data

Setelah dipastikan lengkap dan sesuai, data yang diperoleh diklasifikasikan sesuai dengan skala pengukurannya masing-masing yaitu numerik, ordinal, dan nominal. Usia diklasifikasikan ke dalam skala numerik, riwayat demam berdarah pada keluarga, aktivitas, dan sumber informasi mengenai DBD diklasifikasikan ke dalam skala nominal. Sedangkan, akumulasi nilai pengetahuan responden tentang DBD akan diklasifikasikan ke dalam skala ordinal.

3. Uji statistik dilakukan dengan menggunakan program SPSS 13.0. Uji statistik terdiri dari 2 bagian yaitu :

- Analisis Univariat

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

- Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel

independen dengan variabel dependen menggunakan uji *chi-square*.

3.6.4 Penyajian Data

Data disajikan dalam bentuk tabel disertai dengan penjelasan yang bersifat deskriptif.

3.6.5 Pelaporan Data

Hasil penelitian akan dipaparkan dalam bentuk laporan penelitian dengan format skripsi yang baku ditentukan oleh Universitas Indonesia.

3.7 Etika Penelitian

Sebelum menjawab kuesioner responden diberikan penjelasan lisan mengenai penelitian ini. Data yang diperoleh dijaga kerahasiaannya. Responden berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah menyatakan setuju dilakukan wawancara terhadap responden.

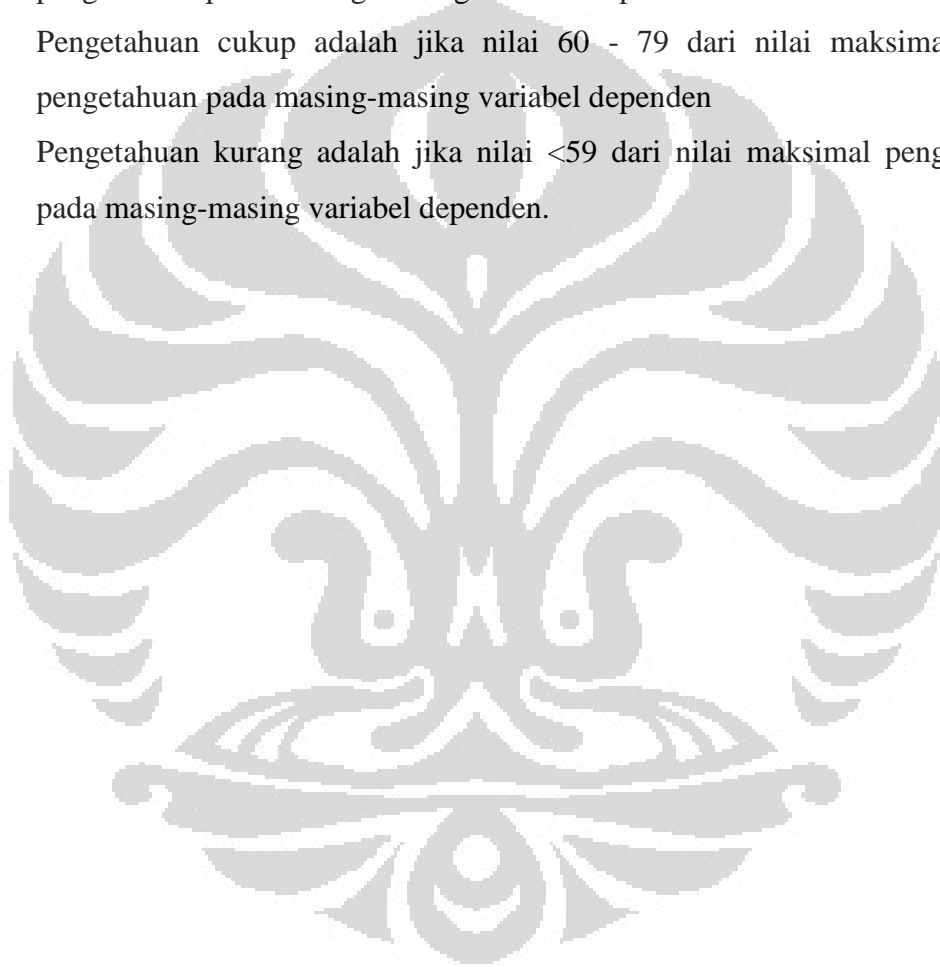
3.8. Batasan Operasional

3.8.1. Data Umum

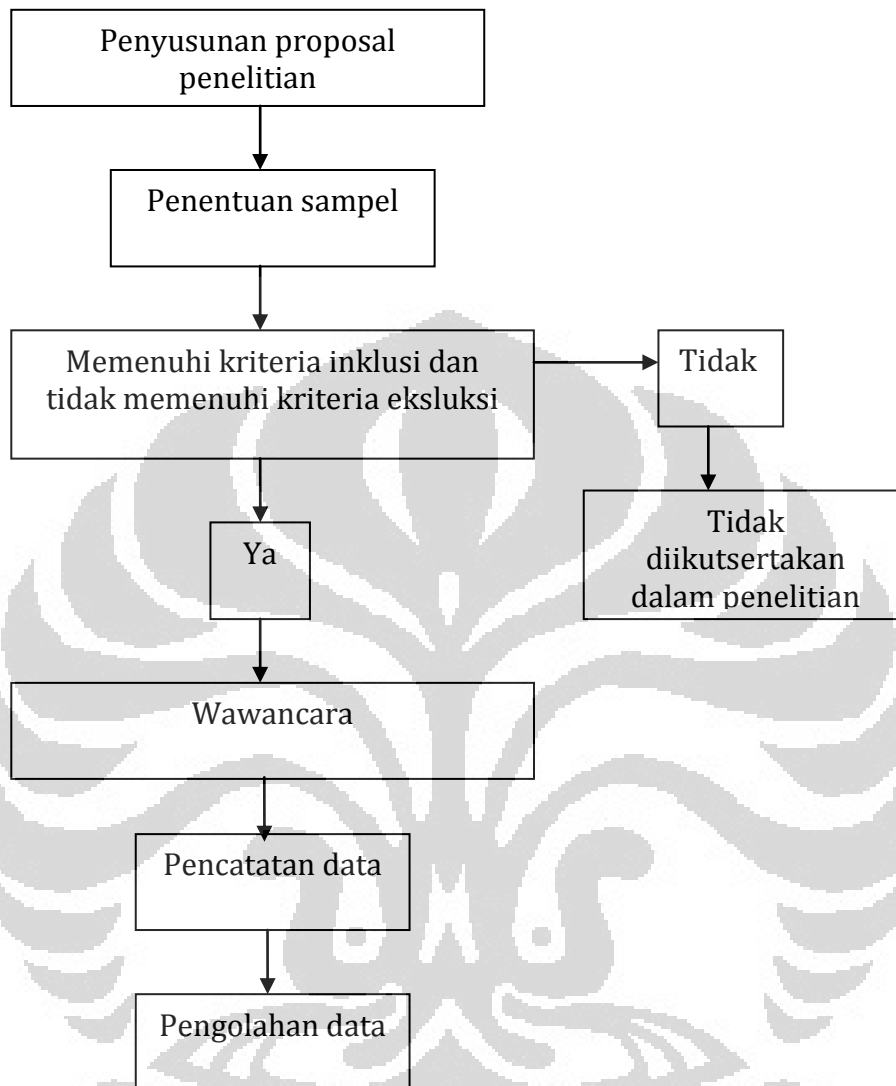
1. Responden adalah murid kelas 7-8 MTs Bayah yang terdaftar pada waktu dan tempat penelitian baik laki-laki maupun perempuan.
2. Usia responden adalah murid kelas 7-8 MTs Bayah yang berusia dibawah 13 tahun atau lebih atau sama dengan 13 tahun yang terdaftar pada waktu dan tempat penelitian
3. Sumber informasi adalah semua media yang digunakan oleh responden untuk mengetahui gejala DBD. Sumber informasi kemudian dikategorikan menjadi tidak pernah, dan pernah mendapat informasi. Bagi responden yang pernah mendapat informasi maka media informasi dikategorikan lagi menjadi petugas kesehatan, media cetak, media elektronik, kegiatan setempat, keluarga, tetangga, dan lain-lain. Sumber informasi media cetak dan elektronik dikelompokkan dalam jenis sumber informasi media, sementara sumber

informasi petugas kesehatan, kegiatan setempat, keluarga, tetangga dan lain-lain dikelompokkan menjadi sumber informasi non-media.

4. Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui responden mengenai gejala DBD. Data pengetahuan didapatkan melalui kuesioner dan diukur dari pertanyaan tersebut dengan pemberian nilai pada setiap jawaban. Pengetahuan dikategorikan dalam 3 kategori:
 - Pengetahuan baik adalah jika nilai ≥ 80 dari nilai maksimal setiap pengetahuan pada masing-masing variabel dependen.
 - Pengetahuan cukup adalah jika nilai 60 - 79 dari nilai maksimal setiap pengetahuan pada masing-masing variabel dependen
 - Pengetahuan kurang adalah jika nilai <59 dari nilai maksimal pengetahuan pada masing-masing variabel dependen.



3.9. Kerangka Alur Penelitian



BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 Data Umum

Wilayah Kecamatan Bayah yang sebagian besar ekosistem pantai membuat air di daerah tersebut bersifat payau. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, seperti minum dan memasak, masyarakat harus membeli air bersih dan menampungnya dalam tempat penampungan air. Karena harga beli air bersih yang mahal, maka tempat penampungan jarang dikuras. Tempat penampungan yang berisi air bersih tersebut merupakan tempat berkembang biak yang baik untuk *Ae. aegypti*. Selain itu, suhu di Kecamatan Bayah yang berkisar 24-35°C dengan kelembaban udara 65-95% merupakan iklim yang sesuai untuk kehidupan *Ae. aegypti*.

Penyebaran virus DBD di Kecamatan Bayah tergolong mudah seiring dengan mobilitas penduduk Bayah yang cukup tinggi karena terdapat tambang emas, tambang batu bara, dan tambang pasir di daerah tersebut.

Madrasah Tsanawiyah (MTs) memiliki murid terbanyak diantara sekolah lainnya di Kecamatan Bayah. Madrasah Tsanawiyah adalah institusi pendidikan Islam yang setara dengan sekolah menengah pertama. Visi MTs adalah menumbuhkan nuansa Islam, professional dalam pelayanan, berprestasi dalam semangat kerja sama dan dapat mengantar peserta didik untuk meraih puncak kemuliaan hidup dalam kebahagiaan masa depan yang dilandasi akhlakul karimah. Nuansa Islam pada visi tersebut memiliki hubungan tersendiri terhadap DBD. Islam mengajarkan bahwa “kebersihan sebagian dari iman; yang berarti setiap umat Islam dituntut untuk menjaga kebersihan baik diri sendiri maupun lingkungan. Dengan terjaganya kebersihan maka perkembangbiakan *Ae. Aegypti* sehingga DBD dapat dicegah.

Tercatat sebanyak 371 orang sebagai murid MTs dengan mayoritas murid berusia 12-14 tahun dan jumlah murid perempuan yang lebih banyak dari laki-laki (56% dan 44%). Terdapat 12 kelas dengan alokasi 4 kelas pada masing-masing tingkat (kelas). Di kelas VII terdapat 112 murid (43 laki-laki dan 69 perempuan),

di kelas VIII terdapat 132 murid (65 laki-laki dan 67 perempuan) dan di kelas IX terdapat 127 murid (56 laki-laki dan 71 perempuan).

Perilaku murid yang sering jajan makanan/minuman kemasan dan tidak tersedianya tempat sampah yang memadai membuat bungkus kemasan berserakan di sekitar lingkungan sekolah. Karena tidak ada petugas kebersihan yang mengangkut sampah-sampah tersebut ke tempat pembuangan sampah akhir maka bungkus kemasan tersebut akan terisi air saat hujan turun. Secara umum pengetahuan murid MTs mengenai pola hidup bersih sehat masih kurang.

4.2 Data Khusus

Tabel 4.2.1 Sebaran Responden Berdasarkan Usia, Kelas, dan Jenis Kelamin

Variabel	Kategori	Jumlah	%
Kelompok Usia	< 13 tahun	39	36
	≥ 13 tahun	68	64
Kelompok Kelas	Kelas VII	55	51
	Kelas VIII	52	49
Jenis Kelamin	Laki-laki	46	43
	Perempuan	61	57

Tabel 4.2.1 menunjukkan bahwa dari 107 responden, didapatkan responden paling banyak berusia lebih dari 13 tahun yaitu 64%, dengan murid kelas VII sebesar 51% dan 57% adalah perempuan.

Tabel 4.2.2 Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi

Jumlah Sumber Informasi	Jumlah	%
Tidak mendapat informasi	0	0
Hanya 1 sumber informasi	27	25
2 sumber informasi	37	35
3 sumber informasi	27	25
4 sumber informasi	9	8
5 sumber informasi	3	3
6 sumber informasi	4	4

Dari Tabel 4.2.2 dapat dilihat bahwa semua responden pernah mendapatkan informasi mengenai PSN. Responden terbanyak mendapatkan informasi mengenai PSN dari 2 sumber informasi yaitu sebesar 35%.

Tabel 4.2.3 Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi Paling Berkesan

Sumber Informasi Paling Berkesan	Jumlah	%
Petugas kesehatan	25	23
Media cetak	8	8
Media elektronik	64	60
Kegiatan setempat	0	0
Keluarga	10	9
Tetangga	0	0
Lain-lain	0	0

Tabel 4.2.3 menunjukkan sebesar 60% responden menyatakan sumber informasi dalam bentuk media elektronik adalah sumber informasi yang paling berkesan.

Tingkat pengetahuan responden yang tergolong baik sebanyak 25 (23%), cukup 54 orang (51%) dan kurang sebanyak 28 orang (26%).

Tabel 4.2.5 Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai PSN dan Faktor-Faktor yang Berhubungan

Variabel	Kategori	Tingkat Pengetahuan			p	Uji
		Baik	Cukup	Kurang		
Kelompok usia	<13 tahun	9	17	13	0,410	Chi-square
	≥13 tahun	16	37	15		
Jenis kelamin	Laki-laki	16	18	12	0,038	Chi-square
	Perempuan	9	36	16		
Jumlah sumber informasi	≤2 sumber	15	33	16	0,941	Chi-square
	>2 sumber	10	21	12		
Sumber informasi paling berkesan	Media	18	33	21	0,378	Chi-square
	Non-Media	7	21	7		
Kelas	Kelas VII	11	27	17	0,458	Chi-square
	Kelas VIII	14	27	11		

Pada tabel 4.2.5 diketahui bahwa uji *chi square* menunjukkan perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan mengenai PSN dengan jenis kelamin namun tidak berbeda bermakna dengan kelompok usia, jumlah sumber informasi, informasi paling berkesan dan tingkat pendidikan (kelas).

BAB V

PEMBAHASAN

Pengetahuan adalah hasil dari proses yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan (terutama melalui penglihatan dan pendengaran) terhadap obyek tertentu. Sebagian besar pengetahuan seseorang didapat melalui pendidikan, pengalaman orang lain, media massa, dan lingkungan. Pengetahuan merupakan faktor determinan dalam pembentukan sikap dan perilaku seseorang yang pada akhirnya akan menentukan tindakan orang tersebut.^{19,20}

Dalam hal ini pengetahuan menjadi faktor penting dalam tindakan PSN untuk mengatasi masalah DBD. Masyarakat harus memiliki pengetahuan dan meningkatkannya agar mereka dapat melakukan tindakan PSN dengan benar. Salah satu cara untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat adalah melalui penyuluhan. Benthem et al²¹ melaporkan bahwa seseorang yang memiliki pengetahuan mengenai DBD lebih sering melakukan upaya pencegahan termasuk PSN. Studi lain yang dilakukan oleh Kooenrad et al²² menyimpulkan bahwa pengetahuan seseorang memiliki hubungan langsung dengan perilaku PSN DBD.

Penelitian ini melakukan evaluasi tingkat pengetahuan murid MTs yang belum mendapatkan penyuluhan mengenai. Berdasarkan hasil penelitian 54 orang (51%) responden memiliki tingkat pengetahuan cukup dan hanya 25 orang (23%) responden yang tergolong baik. Dengan demikian perlu dilakukan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan murid MTs mengenai PSN. Seperti yang dinyatakan Montes et al²³ dalam studinya bahwa penyuluhan dapat meningkatkan pengetahuan murid sekolah di Puerto Rico. Selain itu, Sutrisno²⁴ mengatakan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan yang bermakna mengenai PSN pada murid SD Negeri Cemeng I Sambungmacan Sragen setelah dilakukan penyuluhan.

5.1 Pengetahuan Murid MTs Mengenai PSN dan hubungannya dengan Jenis Kelamin

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Benthem et al²¹ diketahui perempuan memiliki pengetahuan mengenai DBD lebih baik dibandingkan

dengan laki-laki dengan *odds ratio*/OR: 1.31, 95% dan *confidence interval*/CI: 1.03–1.67. Perempuan lebih banyak bersosialisasi, berinteraksi dan menggunakan media dalam kehidupan sehari-hari sehingga memiliki tingkat pengetahuan yang lebih tinggi. Pernyataan ini didukung oleh Lennon²⁵ yang melakukan penelitian pada salah satu universitas di Filipina. Dalam studinya Lennon²⁵ mendapatkan hampir semua responden laki-laki tidak dapat menyebutkan tindakan PSN DBD pada saat wawancara dilakukan.

Sesuai dengan kedua penelitian di atas. Pada penelitian ini didapatkan perbedaan bermakna ($p < 0,05$) antara pengetahuan murid MTs mengenai PSN dengan jenis kelamin. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan murid MTs mengenai PSN dengan jenis kelamin. Namun, penelitian ini tidak menganalisis lebih lanjut perbedaan pengetahuan mengenai PSN antara laki-laki dan perempuan.

5.2 Pengetahuan Responden Mengenai PSN dan Hubungannya dengan Kelompok Usia

Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh usia. Seiring dengan bertambahnya usia seseorang semakin banyak kesempatan belajar dan pengalaman yang didapat oleh orang tersebut maka akan bertambah pula pengetahuan yang dimilikinya.^{19,20} Benthem et al²¹ menyatakan bahwa tingkat pengetahuan mengenai DBD berhubungan dengan usia responden. Penelitian Bethem et al²¹ dilakukan pada dua kelompok usia yaitu kelompok usia 15-29 tahun dan kelompok usia lanjut.

Pada penelitian ini, tidak ditemukan perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan mengenai PSN dengan usia responden. Hal ini mungkin disebabkan selisih usia responden yang merupakan murid MTs hanya terpaut 1-2 tahun. Penelitian yang dilakukan Zikri²⁶ menyatakan bahwa tingkat pengetahuan tidak berhubungan dengan usia seseorang. Faktor pendidikan dan sosioekonomi lebih dominan terhadap tingkat pengetahuan seseorang. Syed et al²⁷ menyatakan kelompok sosioekonomi berhubungan dengan tingkat pengetahuan mengenai DBD. Kelompok sosioekonomi tinggi memiliki tingkat pengetahuan DBD dan melakukan tindakan pencegahan lebih baik dibandingkan dengan kelompok

sosioekonomi rendah.

5.3 Pengetahuan Responden Mengenai PSN dan Hubungannya dengan Jumlah Sumber Informasi

Informasi adalah sumber pengetahuan seseorang yang diterima melalui sistem indera manusia.^{19,20} Jumlah sumber informasi yang didapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Diharapkan dengan semakin banyak jumlah informasi, semakin tinggi tingkat pengetahuan orang tersebut. Sumber informasi yang banyak dan bervariasi akan membantu masyarakat menyimak, mengingat dan memahami materi penyuluhan sehingga mempermudah penerapannya dalam sehari-hari.

Penyuluhan yang terdiri atas berbagai media menunjukkan peningkatan pengetahuan yang bermakna. Di Puerto Rico penyuluhan DBD kepada anak-anak melalui pemberitaan televisi, poster, program pendidikan di sekolah dasar dan pra-sekolah serta pameran. Setelah dilakukan evaluasi oleh Winch et al²⁸, terdapat peningkatan kepedulian dan perubahan perilaku sebagai bentuk dari peningkatan pengetahuan anak-anak tersebut mengenai DBD. Penelitian dari Madeira et al²⁹ melaporkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan murid sekolah yang mengikuti program khusus yang terdiri atas tiga media mengenai DBD dengan kelompok kontrol setelah dua minggu. Murid-murid tertarik karena banyaknya media dan metode dalam memberikan penyuluhan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jumlah informasi dengan pengetahuan mengenai PSN ($p = 0,941$). Berdasarkan kedua penelitian di atas, hasil ini tidak sesuai. Hal ini disebabkan oleh media informasi yang diperoleh tidak menarik, sulit dipahami atau frekuensi yang tidak terus menerus. Penyuluhan kepada murid sekolah mengenai DBD sebaiknya diberikan dalam bentuk program khusus sehingga murid lebih tertarik dan memahami masalah DBD.

5.4 Hubungan Pengetahuan Responden Mengenai PSN dengan Sumber Informasi yang Paling Berkesan

Kesan adalah indikator keberhasilan penyampaian informasi dari

komunikator kepada komunikan. Informasi yang disampaikan melalui sumber informasi yang berkesan akan menciptakan pengetahuan yang bertahan lama. Penyampaian Informasi dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu : 1) Media, antara lain media cetak dan elektronik dan 2) Non-media, melalui kegiatan setempat, keluarga, atau tetangga. Penyampaian informasi mengenai DBD melalui media terutama media elektronik seperti televisi seharusnya lebih mudah diterima karena melibatkan lebih banyak sistem indera. Sementara informasi yang disampaikan melalui non-media kurang efektif karena tidak semua kegiatan setempat, keluarga atau tetangga memperbincangkan tentang DBD. Selain itu, melalui tenaga penyuluhan yang terlatih akan membuat penyampaian materi DBD lebih mudah dipahami.

Madeira et al²⁹ melaporkan bahwa kelompok murid yang mengikuti penyuluhan mengenai DBD yang terdiri atas presentasi, film dan praktikum serta mengisi *exercise book*, memiliki tingkat pengetahuan yang lebih tinggi secara bermakna ($p < 0,0001$). Studi yang dilakukan Khynn et al³⁰ dengan mengukur skor kuesioner menyatakan bahwa seseorang yang mendapatkan sumber informasi dari media baik cetak maupun elektronik memiliki tingkat pengetahuan yang lebih tinggi. Di Indonesia, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pulungan³¹, didapatkan hasil pengetahuan dokter kecil mengenai PSN DBD meningkat secara signifikan setelah diberikan penyuluhan melalui media cetak dan media elektronik.

Data khusus menunjukkan 68% murid MTs menyatakan sumber informasi yang paling berkesan adalah media cetak (koran, majalah, pamflet) dan media elektronik (televisi dan radio), sedangkan 32% murid MTs menyatakan yang paling berkesan adalah non-media (petugas kesehatan, kegiatan setempat dan keluarga). Akan tetapi, dari hasil uji analisis didapatkan perbedaan tersebut tidak bermakna ($p > 0,05$). Hal ini berbeda dengan ketiga penelitian di atas yang menunjukkan media elektronik lebih menarik. Dapat dinyatakan bahwa tingkat pengetahuan murid MTs mengenai PSN tidak berhubungan dengan sumber informasi paling berkesan sehingga semua sumber informasi dapat digunakan dalam memberikan penyuluhan. Dalam memberikan penyuluhan, baik melalui media ataupun non-media, materi penyuluhan harus dikemas semenarik mungkin

dan petugas kesehatan harus terlatih untuk berkomunikasi dengan peserta agar peserta penyuluhan lebih antusias.

5.5 Pengetahuan Responden Mengenai PSN dan Hubungannya dengan Tingkat Pendidikan Responden

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi tingkat pengetahuan orang tersebut. Hal ini disebabkan semakin banyak informasi yang mereka dapatkan seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan. Dari penelitian yang dilakukan oleh Koenraad et al²² menyatakan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan tingkat pengetahuan responden mengenai DBD. Studi yang dilakukan Krianto³² di SD Depok menyatakan tingkat pengetahuan mengenai DBD murid kelas III paling rendah dibandingkan dengan murid kelas IV, V dan VI.

Berbeda dengan kedua penelitian di atas. Pada penelitian ini didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan mengenai PSN dengan tingkat pendidikan (kelas) murid MTs. Maka tingkat pendidikan (kelas) murid MTs tidak berhubungan dengan tingkat pengetahuan mengenai PSN. Hal ini dikarenakan tingkat keterpaparan informasi mengenai DBD murid MTS kelas VII dan VIII yang sama besar.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

1. Tingkat pengetahuan murid MTs mengenai PSN masih tergolong kurang.
2. Tingkat pengetahuan murid MTs mengenai PSN berhubungan dengan jenis kelamin tetapi tidak berhubungan dengan usia, jumlah sumber informasi, sumber informasi paling berkesan tingkat pengetahuan.

6.2 Saran

1. Tingkat pengetahuan murid MTs mengenai DBD perlu ditingkatkan dengan memberikan penyuluhan.
2. Penyuluhan diberikan kepada semua murid dengan memperhatikan jenis kelamin.

DAFTAR PUSTAKA

1. Suhendro, Nainggolan L, Chen K, Pohan HT. Demam berdarah dengue. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S, penyunting. Dalam: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. 5th Ed. Pusat Penerbitan IPD FKUI Pusat: Jakarta; 2009. 2773-9.
2. Departemen Kesehatan RI. Survei entomologi demam berdarah dengue. Direktorat jenderal pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan: Jakarta; 2007.
3. Sungkar S. Demam berdarah dengue. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia; 2002. p 1-30.
4. World Health Organization. Dengue trend in Indonesia. Geneva: World Health Organization, 2007.
5. Kusriastuti R, Suroso T, Nalim S, Kusumadi W. "Together picket": community activities in dengue source reduction in Purwokerto city, Central Java, Indonesia. *Dengue Bulletin*. 2004; 28: 35-8.
6. Kwatrin E. Profil puskesmas Bayah. 2008.
7. Suroso T, editor. Pedoman survei entomologi demam berdarah dengue. Jakarta: Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2007.
8. http://www.hudsonregional.org/mosquito/images/aedes_aegypti_egg_larvae.jpg, diunduh pada 29 Mei 2011.
9. http://www.entnemdept.ufl.edu/creatures/aquatic/aedes_aegypti11.htm, diunduh pada 29 Mei 2011.
10. <http://www.arbovirus.health.nsw.gov.au/areas/arbovirus/mosquit/photos/mosquitphotos.htm>, diunduh pada 29 Mei 2011.
11. http://www.bg-sentinel.com/en/aedes_aegypti.html, diunduh pada 29 Mei 2011.
12. Depkes RI. Perilaku dan siklus hidup nyamuk *ae.aegypti* sangat penting diketahui dalam melakukan kegiatan PSN termasuk pemantauan larva secara berkala. *Bulletin Harian Depkes RI*; 2004.
13. <http://www.wuvcd.org/mosquito/lifecycle.gif>, diunduh pada 29 Mei 2011.

14. Subdin Kesehatan Masyarakat Kotamadya Jakarta Pusat. Pencegahan dan pemberantasan demam berdarah dengue di Indonesia. Jakarta: Depkes RI; 2005.
15. Kusriastuti R. Kebijakan penanggulangan demam berdarah dengue di Indonesia. Jakarta: Depkes RI; 2005.
16. Departemen Kesehatan RI. Petunjuk pelaksanaan larvasidasi masal. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman.
17. <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=336&sid=32>, diunduh pada 29 Mei 2011.
18. Ghazali MV, Sastromihardjo S, Sri RS, Soelaryo T, Pramulyo H. Studi *cross-sectional*. Sastroasmoro S, Ismael S, editor. Dalam: Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto; 2008. h. 112-27.
19. Notoadmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Citra; 2007. H. 133-51.
20. Wawan A dan Dewi M. Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
21. Benthem BHB, Khantikul N, Panart K, Kessels PJ, Somboon P, Oskam L. Knowledge and use of prevention measures related to dengue in northern Thailand. *Tropical Medicine and International Health*. 2002; 7: 993-9.
22. Koenraadt CJM, Tuiten W, Sithiprasasna R, Kijchalao U, Jones JW, Scott TW. Dengue knowledge and practices and their impact on *Aedes aegypti* populations in Kamphaeng Phet, Thailand. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 74(4), 2006, p. 692-700
23. Montes et al. Community-based dengue prevention programs in Honduras: impact on knowledge, behavior and residential mosquito infestation. *Am J Trop Med Hyg*. 2006; 64(2): 373-90.
24. Sutrisno. Pengaruh Pelatihan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Sikap Anak di SDN Cemeng I Sambungmacan Sragen Tahun 2005 [Skripsi]. Jawa Tengah: FKM UNDIP; 2005.

25. Lennon S. Dengue knowledge and practices of university students in Philipina. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 74(4), 2007, p. 669-700
26. Zikri A, Rivai A. Penurunan prevalensi penyakit cacing usus dan peningkatan pencapaian target pemetik teh di perkebunan teh x Jawa Barat. Denpasar: APOSHO annual meeting; 2005.
27. Syed M et al. Knowledge, attitude and practices regarding dengue fever among adults of high and low socioeconomic groups. *Journal of Pakistan Medical Association*. 2009. 60(3): 243-7.
28. Winch PJ, Leontsini EI, Rigau-Perez JG, Ruiz-Perez M, Clark GG, Gubler DJ. Community-based dengue prevention programs in Puerto Rico: impact on knowledge, behavior and residential mosquito infestation. *Am J Trop Med Hyg.* 2002; 67(4): 363-70.
29. Madeira NG, Macharelli CA, Pedras JF, Delfino MCN. Education in primary school as a strategy to control dengue. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2002; 35(3): 221-26.
30. Khynn TW, Sian ZN, Aye M. Community-based assessment of dengue-related knowledge among caregivers. *Dengue Bulletin*. 2004; 28: 189-95
31. Pulungan R. Pengaruh metode penyuluhan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap dokter kecil dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN-DBD) di kecamatan Helvetia tahun 2007 [tesis]. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2008
32. Krianto T. Tidak Semua Anak Sekolah Mengerti Demam Berdarah. *Makara, Kesehatan*. 2009; 13(2): 99-103.

KUESIONER PENELITIAN

PENGETAHUAN MASYARAKAT DI KECAMATAN BAYAH KABUPATEN LEBAK PROVINSI BANTEN

TENTANG DBD DAN FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

Saat ini kami dari Bagian Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, sedang melakukan penelitian mengenai pengetahuan masyarakat di kecamatan Bayah kabupaten Lebak Provinsi Banten tentang DBD 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 lingkailah jawaban berdasarkan pilihan jawaban. (Mohon dijawab **SEJUJUR-JUJURNYA DAN JANGAN ADA YANG DIKOSONGKAN. JAWABAN DAN IDENTITAS ANDA AKAN KAMI RAHASIAKAN**)

DATA PRIBADI

1. Nama :
2. Jenis Kelamin :
3. Usia (dalam tahun, sesuai KTP) :
4. Alamat (Jl, no.rumah, RT/RW, desa, kecamatan, kabupaten/kodya..... RT/RW Kelurahan Kecamatan.....
5. Telepon (jika ada) :
6. 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.
7. Pekerjaan :
 - a. Bekerja
 - b. Tidak bekerja
8. Aktivitas yang diikuti di lingkungan rumah:
 - a. Arisan
 - b. Pengajian
 - c. Penyuluhan
 - d. Lain-lain....
 - e. Tidak mengikuti kegiatan
9. Apakah pernah mendengar DBD (DBD)
 1. Tidak 2. Ya
10. 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
11. Sumber informasi yang paling berkesan

1. Petugas kesehatan (bidan, perawat, dokter)
2. Media cetak (koran, majalah)
3. Media elektronik (televisi, radio)
4. Kegiatan setempat (penyuluhan, arisan, pengajian)
5. Keluarga
6. Tetangga
7. Lain-lain
8. Tidak pernah mendapat informasi

PENGETAHUAN

Lingkarilah jawaban yang sesuai

1. Penyakit demam berdarah ditularkan oleh.....
 - a. nyamuk
 - b. kuman
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....
2. Nyamuk penular demam berdarah diberi nama.....
 - a. Nyamuk Aedes aegypti
 - b. Nyamuk Anopheles
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....
3. Apakah ciri-ciri nyamuk penular demam berdarah?
 - a. warna hitam bintik-bintik putih
 - b. warna coklat bintik-bintik putih
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....
4. Dimanakah biasanya nyamuk penular demam berdarah berkembang biak?
(jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. Container buatan (bak mandi, kaleng bekas, ban bekas dll)
 - b. Parit, got, comberan
 - c. Container alami (kelopak daun, bambu, batok kelapa dll)
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya.....
5. Kapan waktu nyamuk penular demam berdarah biasa menggigit orang?
 - a. Pagi dan sore
 - b. Siang dan malam
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....
6. Demam berdarah dapat memberikan gejala berupa..... (tanda dengan √)

	Disebutkan	Tidak disebutkan
Demam tinggi 2 – 7 hari		
Mimisan		
Bintik-bintik merah pada kulit		
Pegal linu		
Lemah lesu		
Lainnya.....		

7. Yang harus dilakukan oleh pasien demam tinggi: (jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. Minum obat penurun panas
 - b. Pergi ke dokter/puskesmas
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya...
8. pasien demam harus dirawat jika (jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. badan pucat dan berkeringat dingin
 - b. jumlah air kencing sangat sedikit
 - c. pasien mengantuk atau tidur terus
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya.....
9. Apa 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.....
10. Berapa kali kita harus menguras tempat penampungan air, seperti bak mandi, drum bekas yang berisi air?
 - a. paling sedikit seminggu sekali
 - b. paling sedikit dua minggu sekali
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....
11. Manakah dari pernyataan di bawah ini yang benar?
 - a. Menaburkan serbuk abate di tempat penampungan air dapat membunuh lava (bakal) nyamuk Aedes aegypti
 - b. Mnaburkan serbuk abate di tempat penampungan air dapat membunuh nyamuk dewasa Aedes aegypti
 - c. Tidak tahu
 - d. Lainnya.....

12. Cara memberantas nyamuk demam berdarah

	Benar	Salah
memakai kelambu pada waktu tidur		
memasang kasa di lubang ventilasi		
memakai penolak nyamuk (autan, sari puspa)		
melakukan penyemprotan dengan obat yang dibeli di toko (baygon, hit)		
Penyemprotan atau pengasapan		
Memelihara ikan di bak mandi, akuarium, dll		
Menanam tanaman penolak nyamuk		
Memelihara tanaman yang tidak rimbun		
Memberikan cahaya/penerangan yang cukup di kamar mandi dan tempat yang ada container		
Tidak memelihara tanaman yang dapat menampung air		
Lainnya.....		

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