



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGETAHUAN WARGA KECAMATAN BAYAH, PROVINSI BANTEN  
MENGENAI PEMBERANTASAN VEKTOR DBD MENGGUNAKAN  
INSEKTISIDA  
DAN FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN**

**SKRIPSI**

**GHANY HENDRA WIJAYA**

**0806451385**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UMUM**

**JAKARTA**

**MEI 2010**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGETAHUAN WARGA KECAMATAN BAYAH, PROVINSI BANTEN  
MENGENAI PEMBERANTASAN VEKTOR DBD MENGGUNAKAN  
INSEKTISIDA  
DAN FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran

**GHANY HENDRA WIJAYA**

**0806451385**

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

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

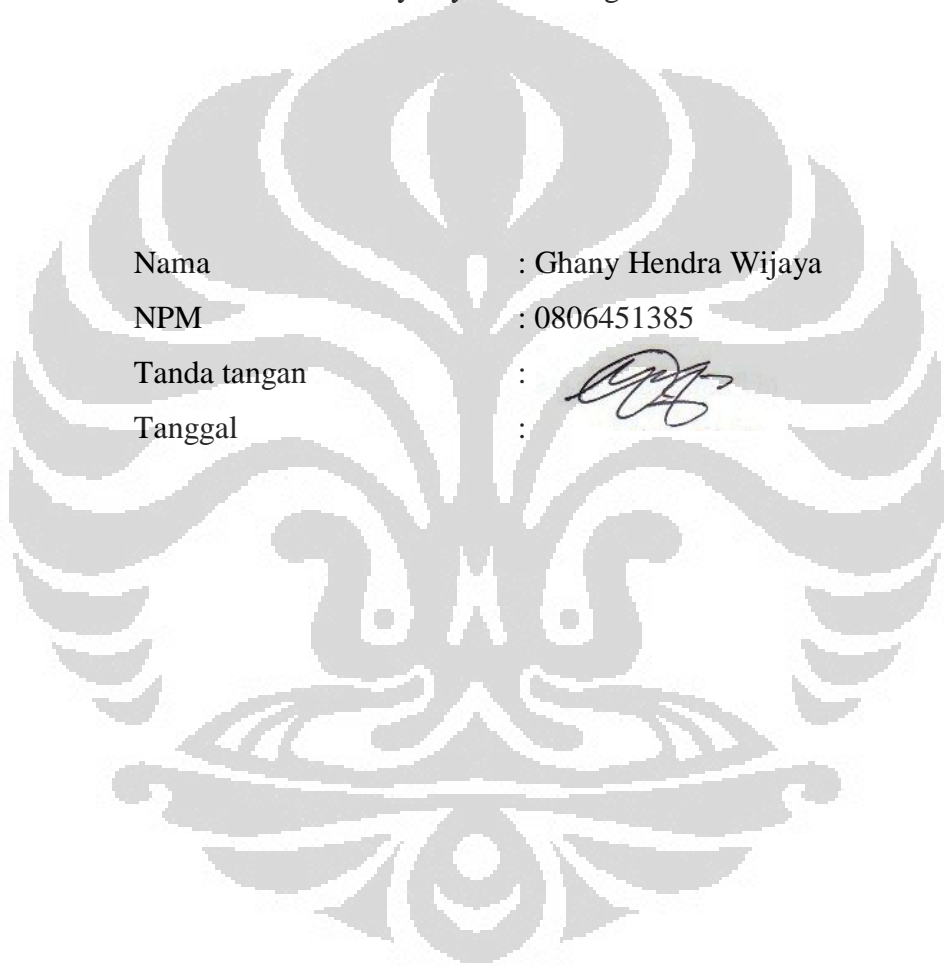
Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Ghany Hendra Wijaya

NPM : 0806451385

Tanda tangan : 

Tanggal :



## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Ghany Hendra Wijaya  
NPM : 0806451385  
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum  
Judul Skripsi : Pengetahuan Warga Mengenai Pemberantasan Vektor DBD menggunakan insektisida dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Di Kecamatan Bayah 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, MS, DAP & E (Saleha)

Penguji : Prof. dr. Saleha Sungkar, MS, DAP & E (Saleha)

Penguji : Prof. Dr. dr. Sri Bakti Subakir, MS (Sri Bakti)

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 7 MEI 2010

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah. Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena atas berkat dan karunia-Nya lah penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan sebaik-baiknya. Adapun penyusunan skripsi ini dilakukan agar dapat memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana kedokteran pada Program Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa, tanpa saran dan kritik serta bantuan dari beberapa pihak, penulis tidak dapat menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. dr. Saleha Sungkar, MS, DAP & E, yang telah membimbing penyusunan 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 FKUI yang telah membantu mempersiapkan, melakukan, dan mensupervisi penelitian ini
4. Seluruh pengurus kecamatan, staf kesehatan, dan warga kecamatan Bayah yang terlibat dalam penelitian ini
5. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan dukungan baik secara moral maupun material.

Penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kesalahan dalam menulis. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu khususnya pendidikan.

Jakarta, April 2010



Ghany Hendra Wijaya

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

---

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

Nama : Ghany Hendra Wijaya  
NPM : 0806451385  
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 Warga Mengenai Pemberantasan menggunakan insektisida dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Di Kecamatan Bayah Provinsi Banten” beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, 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 : April 2010

Yang menyatakan,



Ghany Hendra Wijaya

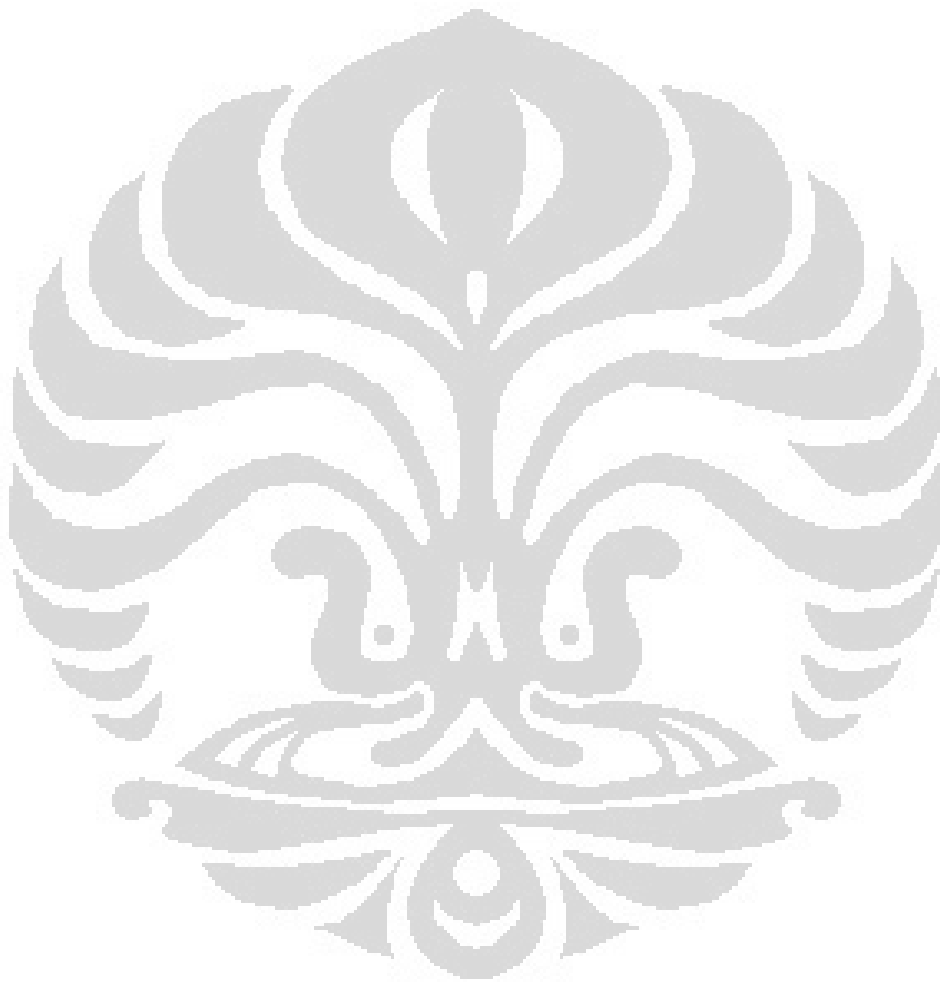
## ABSTRAK

Nama : Ghany Hendra Wijaya  
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum  
Judul : Pengetahuan Warga Mengenai Pemberantasan Vektor DBD  
menggunakan insektisida dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan  
Di Kecamatan Bayah Provinsi Banten

Salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia adalah Demam Berdarah Dengue (DBD) dan tempat yang tersering terkena penyakit ini, salah satunya adalah di daerah Kecamatan Bayah. Untuk menanggulangi serta memberantas penyakit DBD, diperlukan data dasar yaitu pengetahuan dasar warga. Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan warga mengenai pemberantasan DBD menggunakan insektisida di kecamatan Bayah. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*; dengan menggunakan metode wawancara mengisi kuisioner berisi pertanyaan yang berhubungan dengan pengetahuan mengenai pemberantasan DBD menggunakan insektisida. Data diambil pada tanggal 12 - 14 Agustus 2009 dan diolah dengan uji *chi square*. Hasil dari penelitian ini menunjukkan warga yang mempunyai tingkat pengetahuan baik adalah 10 orang (9,4%), cukup 27 (25,5%) dan tingkat pengetahuan kurang 69 orang (65,1%). Kelompok usia 18-34 tahun sebanyak 45 orang (42,5%), kelompok usia 35-50 tahun sebanyak 39 orang (36,8%), dan kelompok usia > 50 tahun sebanyak 22 orang (20,8%). Warga yang mempunyai tingkat pendidikan yang rendah yaitu sebanyak 68 orang (64,2%) dan tidak bekerja sebanyak 63 orang (59,4%). Kebanyakan dari warga berjenis kelamin perempuan 83 orang (72,3%) . Sebagian besar warga hanya mendapatkan informasi dari 1 sumber (43%) dan sumber informasi yang paling berkesan adalah media elektronik (48,1%). Dari uji *chi square* tidak terdapat perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan mengenai pemberantasan menggunakan insektisida dengan usia dan tingkat pendidikan. Tingkat pengetahuan mengenai pemberantasan menggunakan insektisida dengan jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi yang paling berkesan, dan status pekerjaan tidak

terdapat perbedaan bermakna. Disimpulkan tingkat pengetahuan warga mengenai cara pencegahan dan pemberantasan DBD sangat kurang dengan adanya pengaruh yang signifikan dari faktor usia dan tingkat pendidikan.

Kata kunci: Demam berdarah dengue, pemberantasan sarang nyamuk, insektisida.





## ABSTRACT

Name : Ghany Hendra Wijaya  
Study Program : General Medicine  
Title : People Knowledge on Combating dengue vectors using insecticides and Related Factors in Sub Bayah Banten

One of the public health problem in Indonesia is Dengue Hemorrhagic Fever (DHF). With one of the area is Bayah District. In order to combat and eradicate dengue, the basic data about basic knowledge of people are needed. Therefore this study aims to determine the level of people knowledge about dengue eradication using insecticides in district Bayah. This study uses cross sectional design. The data collected by interviewing people to fill the questionnaire contains questions related to knowledge about dengue eradication using insecticides. Data was taken on 12 to 14 August 2009 and processed by chi square test. Results from this study showed that subjects have a good knowledge level is 10 people (9.4%), fair 27 (25.5%) and poor knowledge level about 69 people (65.1%). With the age group 18-34 year were 45 men (42.5%), age group 35-50 years were 39 men (36.8%), and the age group > 50 years were 22 men (20.8%). Residents who have a low education level is 68 people (64.2%) and not working is 63 people (59.4%). Most of the research subjects are female gender with 83 people (72.3%). Most of people only get the information from 1 source of information (43%) and the most memorable one was the electronic media (48.1%). From the chi square test there was no significant association between the level of knowledge about the eradication using insecticides with age and education level. And there was no significant difference between the level of knowledge about the eradication using insecticides with gender, number of sources of information, the most memorable source of information, and employment status. Inferred that people knowledge level about how to prevent and eradicate dengue is less with the existence of significant influence of age and education level.

Keywords: dengue fever, mosquito eradication, insecticides.

## DAFTAR ISI

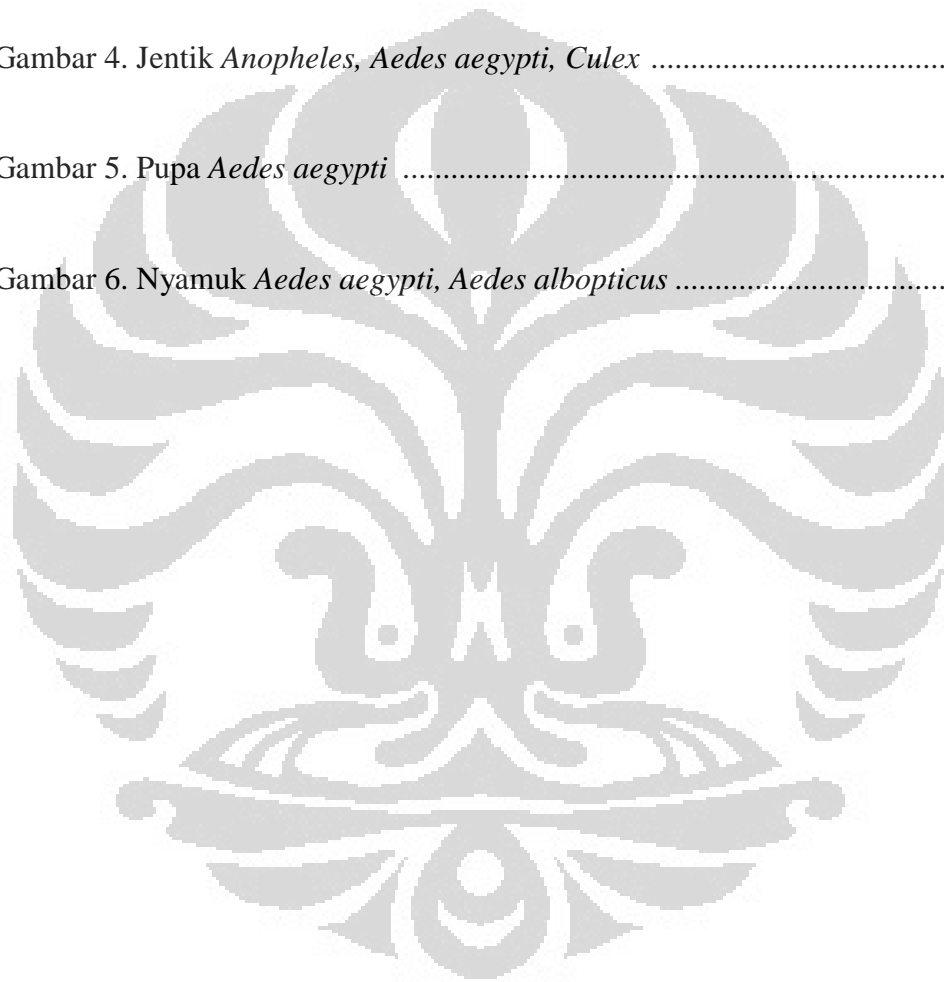
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS .....	v
ABSTRAK.....	vi
<i>ABSTRACT</i> .....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN .....	xv
<b>1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang Masalah .....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	2
1.3. Hipotesis .....	2
1.4. Tujuan Penelitian .....	3
1.4.1. Tujuan Umum .....	3
1.4.2. Tujuan Khusus .....	3
1.5. Manfaat Penelitian.....	3
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
2.1. Definisi Penyakit DBD .....	5
2.2. Penyebab DBD .....	5
2.3. Siklus Hidup DBD .....	5
2.4. Mekanisme Penularan DBD .....	7
2.5. Identifikasi Nyamuk <i>Aedes Aegypti</i> .....	7
2.6. Tempat Berkembang Biak .....	10

2.7. Demam Dengue .....	12
2.8. Pemberantasan DBD.....	13
2.9. Kerangka Konsep.....	21
<b>3. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>22</b>
3.1. Desain Penelitian .....	22
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	22
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	22
3.3.1. Populasi Target .....	22
3.3.2. Populasi Terjangkau.....	22
3.3.3. Subjek Penelitian .....	22
3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi .....	22
3.4.1. Kriteria Inklusi .....	23
3.4.2. Kriteria Eksklusi .....	23
3.5. Kerangka Sampel.....	23
3.5.1. Besar Sampel .....	23
3.5.2. Teknik Pengambilan Sampel .....	24
3.6. Identifikasi Variabel .....	24
3.7. Pengumpulan Data dan Manajemen Penelitian .....	24
3.8. Pengolahan Data .....	24
3.9. Analisis Data .....	24
3.9.1. Analisis Univariat .....	24
3.9.2. Analisis Bivariat .....	25
3.10. Batasan Operasional.....	25
3.10.1. Data Umum.....	25
3.10.2. Data Khusus.....	26
3.11. Sarana Kegiatan .....	26
3.11.1. Tim Peneliti .....	26
3.11.2. Fasilitas .....	27
<b>4. HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>28</b>

4.1. Data Umum.....	28
4.2. Data Khusus .....	28
<b>5. DISKUSI .....</b>	<b>34</b>
5.1. Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vector DBD Menggunakan Insektisida dan Faktor-faktor yang Berhubungan .....	34
5.2. Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vector DBD Menggunakan Insektisida dan Faktor Usia .....	34
5.3. Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vector DBD Menggunakan Insektisida dan Faktor Jenis Kelamin .....	35
5.4. Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vector DBD Menggunakan Insektisida dan Faktor Jumlah Sumber Informasi.....	35
5.5. Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vector DBD Menggunakan Insektisida dan Faktor Sumber Informasi yang Paling Berkesan.....	36
5.6. Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vector DBD Menggunakan Insektisida dan Faktor Tingkat Pendidikan.....	37
5.7. Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vector DBD Menggunakan Insektisida dan Faktor Pekerjaan .....	37
<b>6. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>39</b>
6.1. Kesimpulan .....	39
6.2. Saran .....	39
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>40</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Siklus Hidup <i>Aedes Aegypti</i> .....	6
Gambar 2. Mekanisme penyebaran.....	7
Gambar 3. Telur <i>Aedes Aegypti</i> .....	8
Gambar 4. Jentik <i>Anopheles, Aedes aegypti, Culex</i> .....	8
Gambar 5. Pupa <i>Aedes aegypti</i> .....	9
Gambar 6. Nyamuk <i>Aedes aegypti, Aedes albopictus</i> .....	10

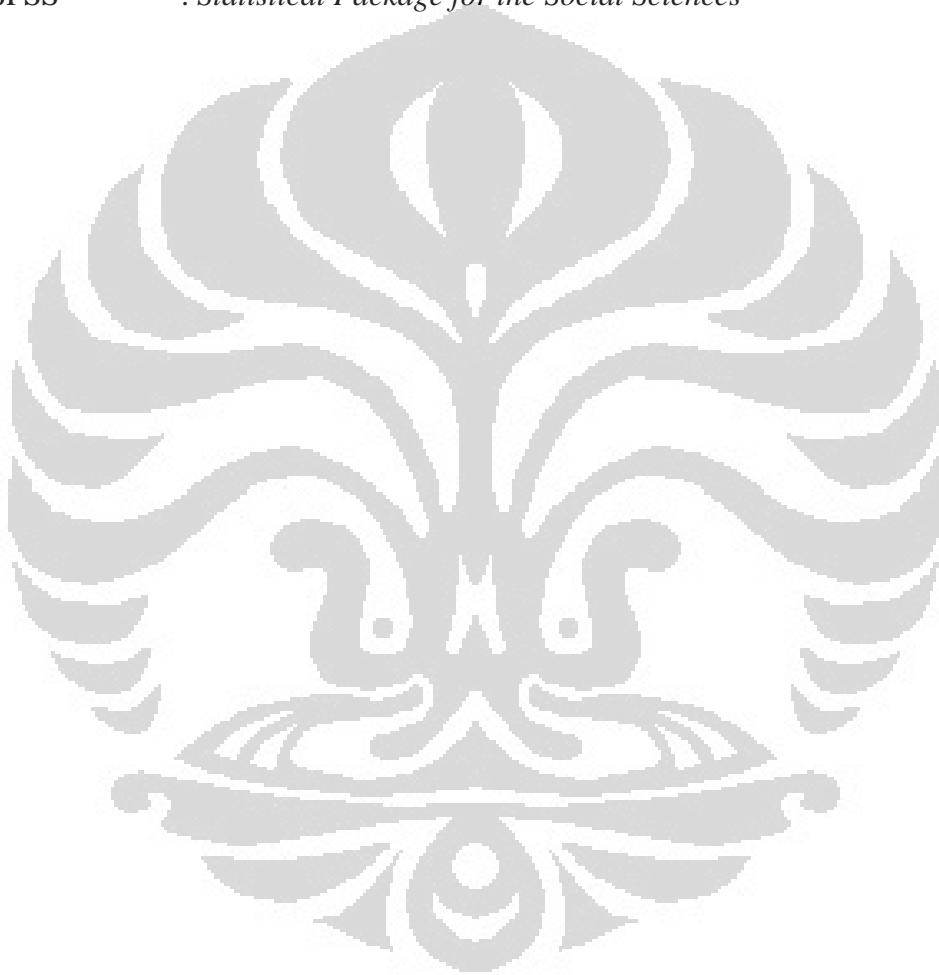


## DAFTAR TABEL

Tabel 4.2.1 Sebaran Responden Berdasarkan Usia, Pekerjaan, Pendidikan, dan Jenis Kelamin.....	29
Tabel 4.2.2 Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi .....	30
Tabel 4.2.3 Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi Paling Berkesan.....	30
Tabel 4.2.4 Sebaran Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Pemberantasan Vektor DBD menggunakan insektisida dan Faktor –faktor yang Berhubungan.....	31
Tabel 4.2.5 Hubungan Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan menggunakan Vektor DBD menggunakan insektisida dan Karakteristik Masyarakat.....	32

## DAFTAR SINGKATAN

FKUI	: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
CFR	: <i>Case Fatality Rate</i>
DBD	: Demam Berdarah Dengue
KLB	: Kejadian Luar Biasa
PSN	: Pemberantasan Sarang Nyamuk
SPSS	: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

Penyakit demam berdarah dengue (DBD) adalah penyakit menular berbahaya yang disebabkan oleh virus Dengue dan dapat menimbulkan kematian dalam waktu singkat oleh karena terjadinya perdarahan dan shock. Penyakit DBD sering kali muncul sebagai wabah.<sup>1</sup>

Di Asia Tenggara, penyakit ini pertama kali dilaporkan pada tahun 1953 di Manila, selanjutnya menyebar ke berbagai negara. Pada awalnya penyakit DBD ini merupakan penyakit perkotaan dan menyerang terutama anak-anak usia di bawah 5 tahun. Namun, dengan perkembangan waktu penyakit ini kemudian tidak hanya berjangkit di daerah perkotaan, tetapi juga menyebar ke daerah pedesaan. Usia penderita juga cenderung bergeser menyerang usia dewasa. Cara penularan penyakit DBD adalah melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* yang menggigit penderita DBD kemudian ditularkan kepada orang sehat.<sup>2</sup>

DBD merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Pada tahun 2005, Indonesia merupakan negara dengan penderita DBD terbesar (53%) di Asia Tenggara (SEAR) dengan jumlah penderita 95 270 dan 1298 meninggal (*case fatality rate/CFR* 1,4%). Pada tahun 2006, sebanyak 57% penderita DBD dan 70% kematian akibat DBD di Asia Tenggara berasal dari Indonesia. Jumlah penderita DBD terus meningkat setiap tahun. Propinsi yang mengalami peningkatan adalah Aceh, Sumatra utara, Lampung, Kalimantan Barat, Gorontalo, Bali, Jawa Timur, Jawa Barat, Jakarta dan Banten.<sup>2</sup>

Pada tahun 2007, Provinsi Banten mengalami kejadian luar biasa (KLB) DBD dengan jumlah penderita 862 orang dan 27 penderita meninggal dunia.<sup>3</sup> Kecamatan Bayah adalah salah satu daerah di Provinsi Banten yang dinyatakan endemik dan mengalami KLB DBD dengan jumlah penderita sebanyak 22 orang dan 1 orang meninggal. Pada tahun 2008, jumlah penderita meningkat menjadi 25 orang dan 2 orang meninggal.<sup>4</sup>

Berdasarkan data di atas, Pemda Bayah dan Puskesmas Bayah telah melakukan upaya pemberantasan DBD dengan melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN). Warga juga dihimbau untuk melakukan PSN di lingkungan



rumahnya masing-masing.<sup>3-5</sup> Meskipun demikian, jumlah penderita DBD masih tetap tinggi. Hal tersebut mungkin disebabkan masyarakat belum melakukan PSN secara rutin, teratur, dan serentak karena tingkat pengetahuan mengenai DBD masih rendah. Sehubungan hal tersebut perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat mengenai gejala, pertolongan pertama, dan pemberantasan vektor. Jika tingkat pengetahuan masyarakat telah diketahui maka dapat diberikan penyuluhan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan mereka. Dengan penyuluhan tersebut diharapkan masyarakat dapat melakukan PSN dengan benar.

Berdasarkan keterangan diatas, perlu dilakukan penelitian mengenai tingkat pengetahuan masyarakat tentang DBD yang dilanjutkan dengan penyuluhan mengenai gejala DBD, pertolongan pertama, pemberantasan vector. Karena keterbatasan penelitian, kegiatan ini di fokuskan pada tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pemberantasan vector menggunakan insektisida dan hubungannya dengan karakteristik masyarakat.

## **1.2 Rumusan Masalah**

1. Bagaimana tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pemberantasan vector menggunakan insektisida?
2. Bagaimana sebaran karakteristik masyarakat berdasarkan usia, jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi yang paling berkesan, tingkat pendidikan, status pekerjaan?
3. Bagaimana hubungan tingkat pengetahuan mengenai pemberantasan menggunakan insektisida dengan usia, jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi yang paling berkesan, tingkat pendidikan, status pekerjaan?

## **1.3 Hipotesis**

1. Tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pemberantasan vector menggunakan insektisida tergolong kurang.

2. Tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pemberantasan menggunakan insektisida berhubungan dengan usia, jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi yang paling berkesan, tingkat pendidikan, status pekerjaan.

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Diketuainya tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pemberantasan vector menggunakan insektisida dalam upaya membantu pemberantasan DBD di Kecamatan Bayah.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Diketuainya sebaran karakteristik masyarakat (usia, jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi yang paling berkesan, tingkat pendidikan, status pekerjaan di Kecamatan Bayah.
2. Diketuainya tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pemberantasan vector menggunakan insektisida.
3. Diketuainya hubungan tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pemberantasan vector menggunakan insektisida dengan usia, jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi yang paling berkesan, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Manfaat Bagi Peneliti**

1. Peneliti mendapatkan pengalaman belajar dan pengetahuan dalam melakukan penelitian.
2. Penelitian ini merupakan media penerapan ilmu yang telah diperoleh peneliti selama pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) dalam bidang parasitologi dan ilmu kedokteran komunitas.
3. Peneliti dapat melatih kemampuan berkomunikasi dengan masyarakat.

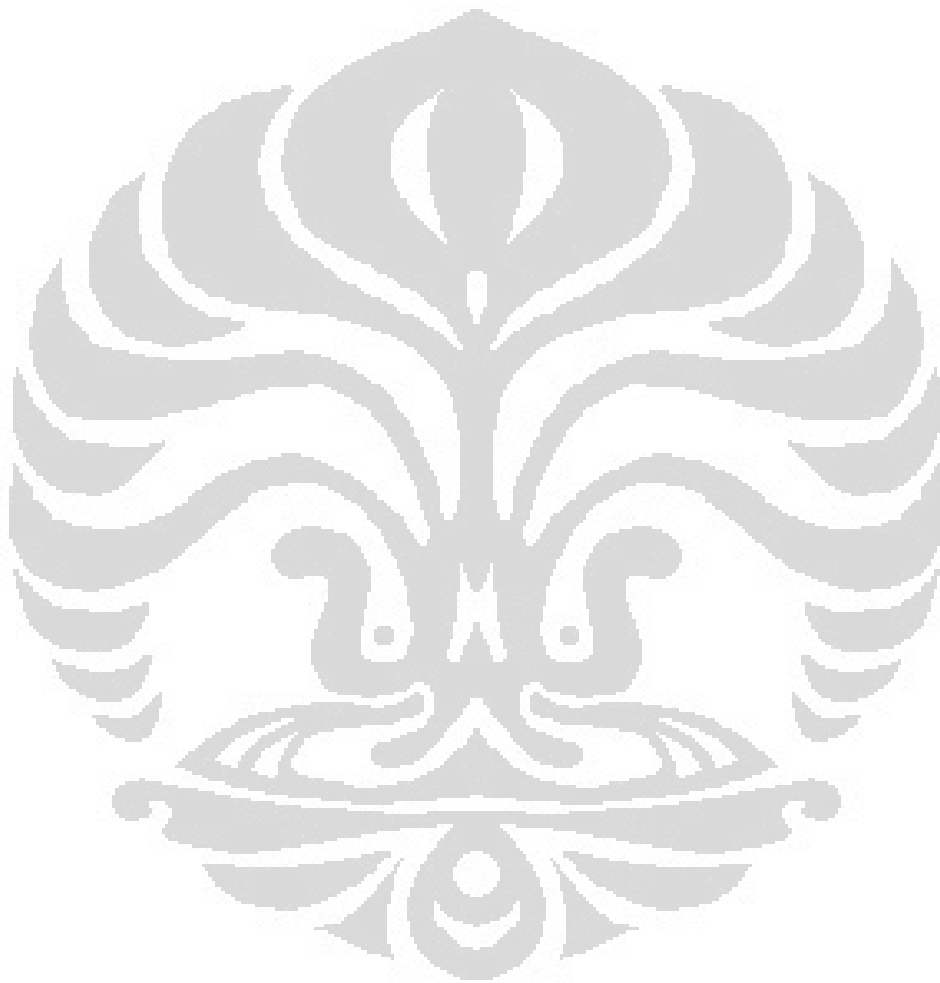
### **1.5.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi**

1. Realisasi tridarma perguruan tinggi dalam menjalankan fungsinya sebagai lembaga penyelenggara pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.

2. Mewujudkan Universitas Indonesia sebagai *research university* dan visi misi FKUI tahun 2014 sebagai salah satu fakultas kedokteran terkemuka di Asia Pasifik dalam bidang riset dan pengabdian masyarakat.

### **1.5.3 Manfaat Bagi Masyarakat**

1. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk penyuluhan kesehatan masyarakat di Kecamatan Bayah.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Definisi Penyakit DBD**

Demam dengue adalah demam virus akut yang disertai sakit kepala, nyeri otot, sendi dan tulang, penurunan jumlah sel darah putih dan ruam-ruam. Demam berdarah dengue/dengue hemorrhagic fever (DHF) adalah demam dengue yang disertai pembesaran hati dan manifestasi perdarahan. Pada keadaan yang parah bisa terjadi kegagalan sirkulasi darah dan pasien jatuh dalam syok hipovolemik akibat kebocoran plasma. Keadaan ini disebut dengue shock syndrome (DSS).<sup>6</sup>

#### **2.2 Penyebab DBD**

Demam dengue dan DHF disebabkan oleh salah satu dari 4 serotipe virus yang berbeda antigen. Virus ini adalah kelompok Flavivirus dan serotipenya adalah DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Infeksi oleh salah satu jenis serotipe ini akan memberikan kekebalan seumur hidup tetapi tidak menimbulkan kekebalan terhadap serotipe yang lain. Sehingga seseorang yang hidup di daerah endemis DHF dapat mengalami infeksi sebanyak 4 kali seumur hidupnya. Dengue adalah penyakit daerah tropis dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk ini adalah nyamuk rumah yang menggigit pada siang hari. Faktor resiko penting pada DHF adalah serotipe virus, dan faktor penderita seperti umur, status imunitas, dan predisposisi genetik.<sup>7</sup>

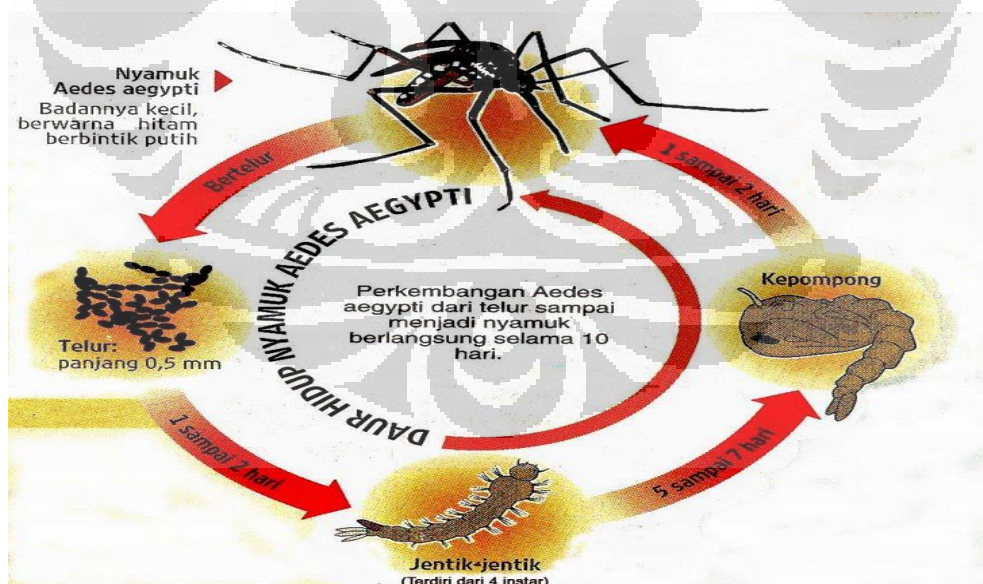
#### **2.3 Siklus Hidup DBD<sup>6</sup>**

Setelah nyamuk betina meletakkan telurnya pada dinding tempat air, telur akan menetas menjadi larva dalam waktu 1-2 hari, selanjutnya larva akan berubah menjadi pupa dalam waktu 5-15 hari. Stadium pupa biasanya berlangsung 2 hari. Dalam suasana optimum, perkembangan dari telur sampai dewasa memerlukan waktu sekurang-kurangnya 9 hari. Setelah keluar dari pupa nyamuk istirahat di kulit pupa untuk sementara waktu. Pada saat itu sayap meregang menjadi kaku dan kuat sehingga nyamuk mampu terbang untuk mengisap darah. Nyamuk betina yang telah dewasa siap untuk mengisap darah manusia dan kawin sehari atau dua

hari sesudah keluar dari pupa.

Pupa jantan menetas lebih dahulu dari pupa betina. Nyamuk jantan tidak pergi jauh dari tempat perindukan karena menunggu nyamuk betina menetas dan siap berkopulasi. Sesudah kopulasi *Ae. aegypti* mengisap darah yang diperlukannya untuk pembentukan telur. Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan perkembangan telur, mulai dari nyamuk mengisap darah sampai telur dikeluarkan, biasanya bervariasi antara 3-4 hari. Jangka waktu tersebut disebut satu siklus gonotropik (*gonotropic cycle*). Jumlah telur yang dikeluarkan oleh nyamuk betina kurang lebih 150 butir.

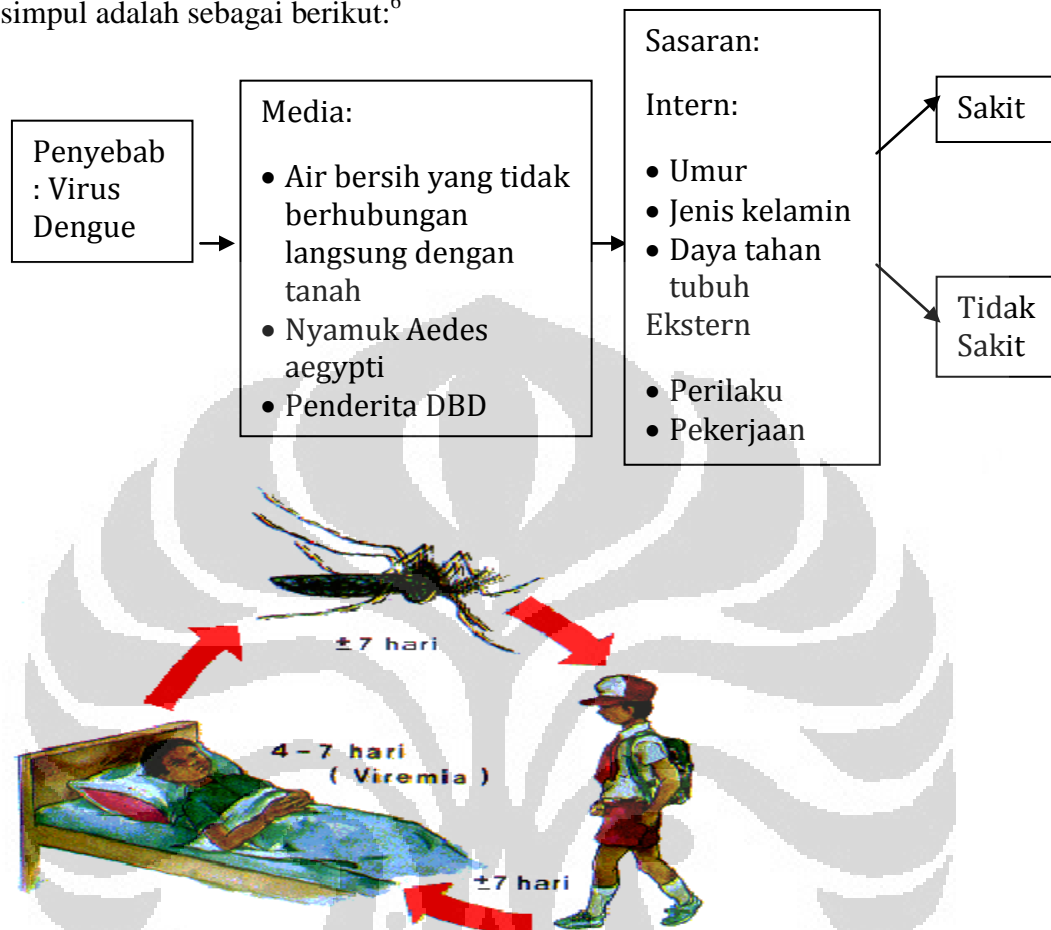
*Ae. aegypti* biasanya bertelur pada sore hari menjelang matahari terbenam. Setelah bertelur, nyamuk betina siap mengisap darah lagi. Bila nyamuk terganggu pada waktu mengisap darah, nyamuk akan menggigit kembali orang yang sama atau lainnya sehingga virus dipindahkan dengan cepat kepada beberapa orang. Umumnya nyamuk betina akan mati dalam 10 hari, tetapi masa tersebut cukup bagi nyamuk untuk inkubasi virus (3-10 hari) dan menyebarkan virus.



Gambar 1. Siklus hidup *Aedes aegypti*<sup>14</sup>

## 2.4 Mekanisme Penularan

Mekanisme sakit dan tidak sakit demam berdarah berdasarkan teori simpul adalah sebagai berikut:<sup>6</sup>



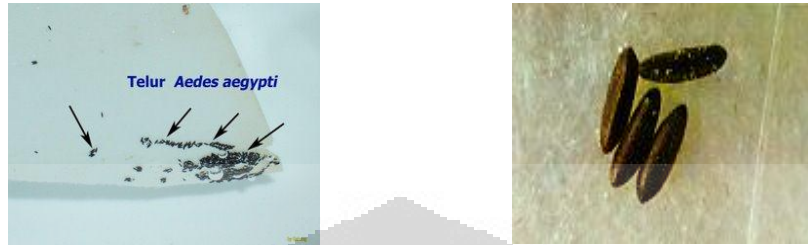
Gambar 2. Mekanisme penyebaran<sup>14</sup>

## 2.5 Identifikasi Nyamuk *Aedes Aegypti*

### 1. *Telur*

Telur *Ae. aegypti* berbentuk lonjong seperti torpedo; panjangnya 0.6 mm dan beratnya 0.0113 mg (Gambar 2). Pada waktu diletakkan telur berwarna putih, 15 menit kemudian telur menjadi abu-abu dan setelah 40 menit menjadi hitam. Di bawah mikroskop *compound* permukaan telur tampak seperti sarang tawon. Telur diletakkan satu persatu di dinding tempat penampungan air (TPA) 1-2 cm di atas permukaan air. Air di dalam tempat tersebut adalah air jernih dan terlindung dari cahaya matahari langsung. Tempat air di dalam rumah lebih disukai dari pada di luar

rumah, dan tempat air yang lebih dekat rumah lebih disukai dari pada yang lebih jauh dari rumah. Telur dapat bertahan sampai 6 bulan.<sup>6</sup>



Gambar 3. Telur *Ae. Aegypti*<sup>15</sup>

## 2. Larva

Larva *Ae. aegypti* terdiri atas kepala, toraks dan abdomen. Pada ujung abdomen terdapat segmen anal dan sifon. Larva instar IV mempunyai tanda-tanda khas yaitu pelana yang terbuka pada segmen anal, sepasang bulu sifon pada sifon dan gigi sisir yang berduri lateral pada segmen abdomen ke-7 (Gambar 3). Larva *Ae. aegypti* bergerak sangat lincah dan sangat sensitif terhadap rangsang getaran dan cahaya. Bila ada rangsangan, larva segera menyelam selama beberapa detik kemudian muncul kembali ke permukaan air. Larva mengambil makanannya di dasar tempat penampungan air sehingga disebut pemakan makanan di dasar (*bottom feeder*). Pada saat larva mengambil oksigen dari udara, larva menempatkan sifonnya di atas permukaan air sehingga abdomennya terlihat menggantung pada permukaan air.<sup>6</sup>



Gambar 4. Jentik *Aedes*, *Anopheles*, dan *Culex* <sup>16</sup>

### 3. Pupa

Pupa terdiri atas sefalotoraks, abdomen dan kaki pengayuh. Sefalotoraks mempunyai sepasang corong pernapasan yang berbentuk segitiga. Di bagian distal abdomen ditemukan sepasang kaki pengayuh yang lurus dan runcing. Jika terganggu pupa akan bergerak cepat untuk menyelam selama beberapa detik kemudian muncul kembali ke permukaan air.<sup>6</sup>



Gambar 5. Pupa *Ae. Aegypti* <sup>16</sup>

### 4. Nyamuk dewasa

Bagian tubuh nyamuk dewasa terdiri atas kepala, toraks dan abdomen. Tanda-tanda khas *Ae. aegypti* berupa gambaran *lyre* di bagian dorsal toraks (*mesonotum*) yaitu sepasang garis putih yang sejajar di tengah dan garis lengkung putih yang lebih tebal di sisinya. Probosis berwarna hitam, skutelum bersisik lebar berwarna putih dan abdomen berpita putih pada bagian basal. Ruas tarsus kaki belakang berpita putih.<sup>6</sup>





Gambar 6. Nyamuk *Ae. aegypti*, dan *Ae. Albopictus*<sup>16</sup>

## 2.6 Tempat Berkembang Biak

Tempat bertelur *Ae. aegypti* adalah dinding vertikal bagian dalam dari tempat-tempat yang berisi air sedikit di bagian atas permukaan air.<sup>8</sup>

Tempat perindukan *Ae. aegypti* berupa genangan-genangan air yang tertampung di suatu wadah yang biasa disebut kontainer. *Ae. aegypti* menyukai tempat perindukan yang tidak terkena sinar matahari langsung dan tidak dapat hidup pada tempat perindukan yang berhubungan langsung dengan tanah.<sup>9,10</sup>

Tempat berkembangbiak *Ae. aegypti* dapat dikelompokkan sebagai berikut:<sup>15</sup>

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

3. Tempat Penampungan Air buatan alam (alamiah/natural) seperti: lubang pohon, lubang batu, pelepah daun, tempurung kelapa, pelepah pisang, potongan bambu dll.

Keberadaan *Ae. aegypti* di suatu tempat berhubungan dengan kebutuhan manusia untuk menampung air. Pada suatu daerah dengan sistem penyediaan air pipa yang baik, populasi *Ae. aegypti* lebih rendah karena masyarakat tidak perlu menampung air. Sebaliknya pada daerah di mana tidak tersedia air pipa maka populasi *Ae. aegypti* lebih tinggi karena masyarakat harus mempunyai persediaan air. Di daerah dimana air sumurnya asin atau dengan persediaan air minum tidak teratur penduduk menyimpan air hujan di dalam drum yang dapat berisi 200 liter air. Nyamuk yang berasal dari drum itu banyak sekali karena ukurannya cukup besar dan air cukup lama berada di dalamnya.

Pada suatu daerah dengan sistem penyediaan air yang baik ternyata masih banyak orang yang menggunakan bak mandi untuk menampung air. Hal itu disebabkan kebiasaan masyarakat terutama masyarakat Asia yang lebih senang mandi dengan menggunakan gayung daripada *shower*. Air di dalam tempayan dan bak mandi selalu digunakan tetapi biasanya tidak sampai habis sehingga larva tetap berada di tempat tersebut. Selain itu bila ada gerakan, larva akan bergerak ke bawah sehingga tidak terbuang pada saat air diambil.<sup>12</sup>

Jumlah larva *Ae. aegypti* di dalam tempat berkembang biak dipengaruhi oleh kasar-halusnya dinding TPA, warna TPA dan kemampuan TPA menyerap air. Pada TPA yang kasar, gelap dan mudah menyerap air, jumlah telur yang diletakkan lebih banyak sehingga larva yang terbentuk juga lebih banyak. Sebaliknya, pada TPA yang licin, berwarna terang dan tidak menyerap air jumlah larva yang diletakkan lebih sedikit sehingga larva yang terbentuk juga sedikit. TPA yang tidak tertutup rapat lebih sering mengandung larva dibanding tempat air yang terbuka karena ruangan di dalamnya lebih gelap sehingga lebih disukai nyamuk betina.

Jumlah larva *Ae. aegypti* juga dipengaruhi oleh ukuran TPA dan jumlah air yang terdapat di dalamnya. TPA yang besar dan banyak berisi air lebih banyak mengandung larva bila dibandingkan TPA yang kecil dan jumlah airnya sedikit.

Pada TPA yang berisi air dengan tinggi permukaan air 2.5 cm, 5 cm dan 7.5 cm, ternyata 60% telur diletakkan pada wadah dengan permukaan air tertinggi.

## 2.7 Demam Dengue

Masa tunas berkisar 3-15 hari, umumnya 5-8 hari. Permulaan penyakit biasanya mendadak. Gejala prodroma meliputi nyeri kepala, nyeri berbagai bagian tubuh, anoreksi, rasa menggigil, dan malaise. Pada umumnya ditemukan sindrom trias, yaitu demam tinggi, nyeri pada anggota badan, dan timbul ruam (*rash*). Ruam biasanya timbul 6-12 jam sebelum suhu naik pertama kali, yaitu pada hari ke-3 sampai hari ke-5 dan biasanya berlangsung selama 3-4 hari. Ruam bersifat makulopapular yang menghilang pada tekanan. Ruam mula-mula dilihat di dada, tubuh serta abdomen, dan menyebar ke anggota gerak muka.

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

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

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

Komplikasi demam dengue walaupun jarang dilaporkan ialah orkhitis atau ovaritis, keratitis, dan retinitis. Berbagai kelainan neurologis dilaporkan,

diantaranya penurunan kesadaran, paralisis sensorium yang bersifat sementara, meningismus, dan ensefalopati.

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

## 2.8 Pemberantasan DBD

### 1. Pemberantasan Vektor DBD<sup>13</sup>

#### a. Pemberantasan sebelum musim penularan

- *Perlindungan perseorangan*

Perlindungan perseorangan untuk mencegah gigitan *Ae. aegypti* bisa dilakukan dengan meniadakan sarang nyamuk di dalam rumah dengan memakai kelambu pada waktu tidur siang, memasang kasadi lubang ventilasi dan memakai penolak nyamuk. Juga bisa dengan melakukan penyemprotan dengan obat yang dibeli di toko. Pasien DBD di rumah sakit juga perlu diberi kelambu.

- *Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)*

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

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

Untuk mengumpulkan data dilakukan survai secara acak untuk mengetahui rata-rata kontainer per rumah, volume kontainer per rumah, jenis kontainer 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 yang ada.

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 kontainer, dosis abate dalam air, cara mengisi formulir laporan, dll. Tiap petugas dilengkapi dengan tas/ransel, sarung tangan plastik/karet, sendok makan ukuran 10 gram, meteran panjang  $\pm$  50 cm, kantong plastik, pensil dan formulir.

Kegiatan PSN meliputi:

- Menguras bak mandi/WC dan tempat penampungan air lainnya sekurang-kurangnya seminggu sekali (perkembangan telur – larva – pupa – nyamuk kurang lebih 9 hari) Secara teratur menggosok dinding bagian dalam dari bak mandi, dan semua tempat penyimpanan air untuk menyingkirkan telur nyamuk.
- 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 pekarangan/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.

i. *Pengasapan masal*

Pengasapan masal dilaksanakan 2 siklus di semua rumah terutama di kelurahan endemis tinggi dan tempat umum (sekolah, RS, Puskesmas) di seluruh wilayah kota.

ii. *Pemberantasan vektor di Desa/Kelurahan Rawan*

Desa/kelurahan rawan adalah desa/kelurahan yang dalam 3 tahun 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. Tingkat kerawanan desa di suatu wilayah terhadap DBD adalah sebagai berikut:

1. Desa/kelurahan rawan I (*endemis*)

Desa/kelurahan yang dalam 3 tahun terakhir, setiap tahunnya terjangkit DBD.

2. Desa/kelurahan rawan II (*sporadis*)

Desa/kelurahan yang dalam 3 tahun terakhir terjangkit DBD tetapi tidak setiap tahun.

3. 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%.

#### 4. 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%.

#### **b. Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)**

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

#### ***Abatisasi***

Abatisasi merupakan sebuah prosedur memberantas larva *Ae. aegypti* dengan menggunakan larvasida temefos (Abate). Temefos berbentuk butir pasir (*sand granules/SG*) dengan dosis 1 ppm (1 gram temefos SG 1% per 10 liter air). Efek residu apabila telah dilakukan abatisasi yaitu sekitar 2 – 3 bulan. Apabila dalam setahun suatu daerah dilakukan 4 kali abatisasi, maka selama setahun populasi *Aedes* akan terkontrol dan dapat ditekan seminimal mungkin.

Setelah Abate SG 1% dimasukkan ke dalam air, racun aktifnya akan keluar dari butiran tersebut lalu menempel pada pori-pori dinding

*container*. Sebagian racun tersebut masih tetap berada dalam air. Aplikasi Abate dilakukan sebagai berikut:

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

a. Penanggulangan fokus

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

Penelitian epidemiologi dilakukan melalui pemeriksaan larva di rumah penderita (yang dirawat di RS/Puskesmas) dan rumah lain di sekitarnya. Jika penderita adalah murid sekolah, pelaksanaan pemeriksaan jentik harus dilakukan di sekolah atau rumah-rumah sekitar sekolah.

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

Pengasapan dilakukan jika:

1. *House Index* di lokasi tempat tinggal penderita lebih besar dari 10% atau jika ditemukan lebih dari 1 penderita di wilayah RW tersebut dalam kurun waktu 1 bulan.
2. RW yang terdapat 2 penderita atau lebih dengan jarak waktu kurang dari 4 minggu/1 bulan.
3. Terjadi peningkatan jumlah penderita 2 kali atau lebih dibandingkan dengan minggu sebelumnya di suatu kelurahan, pengasapan dilakukan untuk semua wilayah RW yang terdapat penderita dalam minggu sebelumnya dan minggu sedang berjalan (2 minggu terakhir).



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

b. Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB)/ wabah

Penanggulangan ini dilakukan dengan cara pengasapan masal 2 siklus, abatisasi 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.

2. Penyuluhan kepada masyarakat

Penyuluhan perorangan dilakukan ketika pemeriksaan jentik di rumah-rumah secara berkala oleh petugas kesehatan atau petugas pemeriksa jentik dan di rumah sakit/Puskesmas/praktek dokter oleh dokter/perawat. *Leaflet, flip chart, slides*, dll akan digunakan dalam media penyebaran informasi ini.

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

3. Evaluasi

Penilaian operasional dilakukan dengan membandingkan pencapaian target parameter setiap kegiatan dengan yang direncanakan berdasarkan pelaporan untuk kegiatan pemberantasan sebelum musim penularan.

Peninjauan di lapangan dilakukan untuk mengetahui kebenaran pelaksanaan kegiatan program.

Penilaian dampak dilakukan berdasarkan Indikator HI dan tingkat pengetahuan & sikap masyarakat yang diperoleh melalui survei larva dan survei pengetahuan dan sikap masyarakat yang dilaksanakan setiap tahun, di wilayah/kota yang endemis. Selain itu dinilai *Incidence Rate* dan *Case Fatality Rate* selama setahun yang diperoleh dari pencatatan & pelaporan penderita yang dirawat di RS/Puskesmas.<sup>11,12</sup>

### c. Penanggulangan fokus<sup>11,12</sup>

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

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

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

Pengasapan dilakukan jika:

- *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.
- 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).

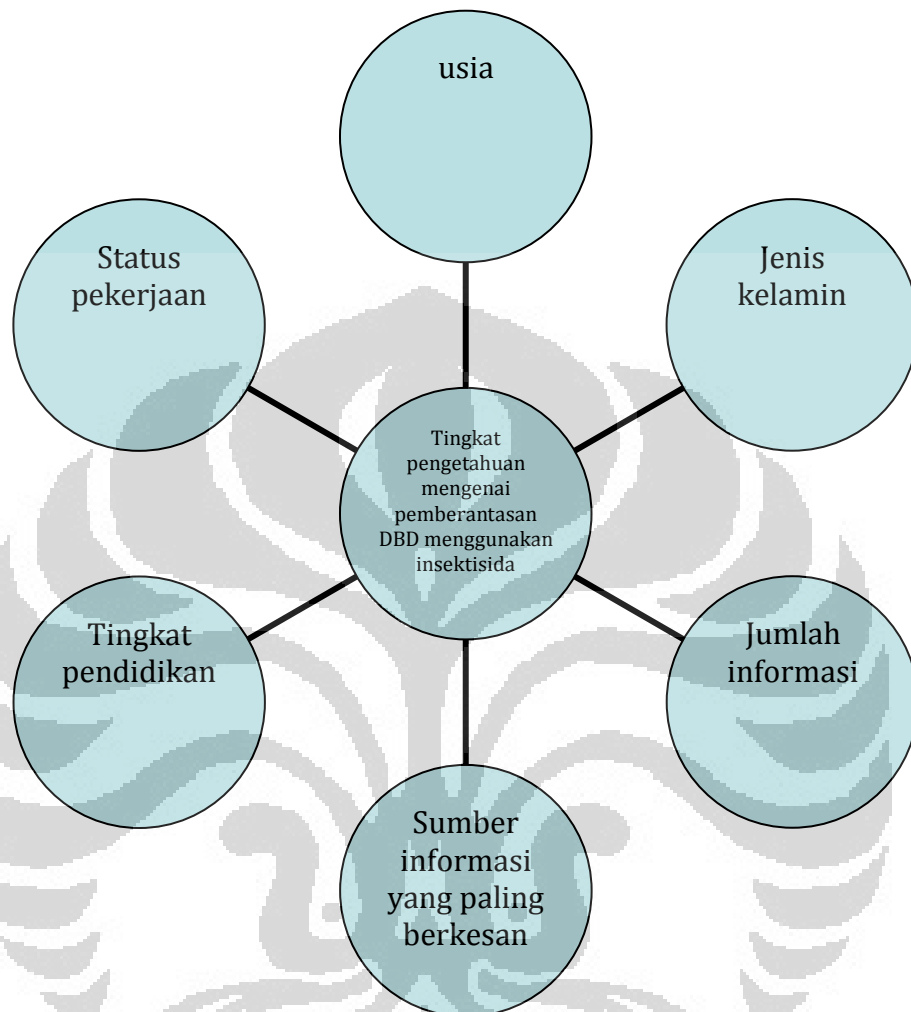
- Di suatu wilayah kelurahan dalam 1 bulan terdapat peningkatan jumlah penderita 2 kali atau lebih dibandingkan dengan bulan sebelumnya atau dibandingkan dengan bulan yang sama tahun sebelumnya, dilakukan pengasapan di wilayah RW yang ada penderita dalam bulan yang lalu dan bulan yang sedang berjalan.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

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

#### **d. Penanggulangan KLB/Wabah**

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

**Kerangka Konsep Pengetahuan tentang DBD dan Faktor-Faktor yang berhubungan**



**Diagram Kerangka Konsep**

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

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

#### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Pengambilan data dilaksanakan di desa Ciwaru, Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten pada tanggal 12 - 14 Agustus 2009. Daerah Bayah dipilih karena pada tahun 2007, daerah ini mengalami KLB dan termasuk daerah yang endemis DBD. Selain itu, jumlah penderita DBD di Bayah terus meningkat setiap tahun sehingga peneliti ingin mengetahui lebih lanjut mengenai hubungan antara pengetahuan warga mengenai pemberantasan vector DBD menggunakan insektisida.

#### **3.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **3.3.1 Populasi Target**

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

##### **3.3.2 Populasi Terjangkau**

Populasi terjangkau penelitian ini adalah semua masyarakat yang tinggal di Desa Ciwaru, Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten pada tanggal 12-14 Agustus 2009.

##### **3.3.3 Subjek Penelitian**

Subjek penelitian ini ialah orang dewasa yang berumur 18-65 tahun yang bertempat tinggal di Kecamatan Bayah, Desa Ciwaru, Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten pada tanggal 12-14 Agustus 2009.

#### **3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi**

### 3.4.1 Kriteria Inklusi

1. Semua masyarakat kecamatan Bayah berumur 18-65 tahun yang ada di tempat pada saat pengambilan data
2. Tercatat dalam daftar penduduk sebagai warga Desa Ciwaru, Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten
3. Bersedia diwawancara

### 3.4.2 Kriteria Eksklusi

1. Tidak mampu berkomunikasi

## 3.5 Kerangka Sampel

### 3.5.1 Besar Sampel

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

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

Keterangan:

n: besar sampel yang diharapkan

Z  $\alpha$ : defiat baku normal untuk  $\alpha$  (1,96)

p: proporsi tingkat pengetahuan yang baik mengenai DBD

q: 1 - p

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

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

### 3.5.2 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah teknik *simple random sampling* berdasarkan jumlah kepala keluarga di Desa Ciwaru, Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten Dipilih 106 KK secara acak dengan mendatangi rumah warga satu per satu. Masing-masing satu orang dewasa laki-laki atau perempuan dari 106 KK yang terpilih secara langsung akan menjadi responden penelitian. Pada pelaksanaannya, responden akan menjawab langsung pertanyaan kuesioner dari peneliti.

### 3.6 Identifikasi Variabel

Variabel bebas : Jenis kelamin, kelompok usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, jumlah sumber informasi, dan sumber informasi yang paling berkesan.

Variabel tergantung : Tingkat pengetahuan mengenai pemberantasan vector DBD menggunakan insektisida.

### 3.7 Pengumpulan Data dan Manajemen Penelitian

Data untuk penelitian ini merupakan data primer yang didapatkan dengan cara mewawancarai masyarakat dengan bantuan kuesioner yang berisi pertanyaan yang berhubungan dengan pengetahuan masyarakat mengenai Pemberantasan menggunakan insektisida.

Pengambilan data dilakukan secara langsung tanpa pemberitahuan terlebih dahulu kepada masyarakat sehingga validitas dan reliabilitas responden dapat dipertanggungjawabkan.

### 3.8 Pengolahan Data

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

### 3.9 Analisis Data

#### 3.9.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk melihat penyajian distribusi

frekuensi dari analisis distribusi variabel dependen dan variabel independen.

### 3.9.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Jika kelompok data mempunyai nilai *expected* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel, digunakan uji *chi square*. Apabila syarat tersebut tidak dipenuhi, uji statistik yang digunakan adalah Kolmogorov-Smirnov.

## 3.10 Batasan Operasional

### 3.10.1 Data Umum

#### 1. Responden

Responden adalah orang dewasa baik laki-laki maupun perempuan, berumur 18-65 tahun, bertempat tinggal dan berada di lokasi penelitian ketika penelitian dilakukan.

#### 2. Usia

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

- a. Usia  $\leq 34$  tahun
- b. Usia 35-49 tahun
- c. Usia  $\geq 50$  tahun

#### 3. Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal dari institusi yang pernah dicapai responden sampai ia mendapat ijazah atau surat tanda lulus. Pendidikan dibagi menjadi 3 tingkatan, sebagai berikut:

- a. Pendidikan rendah adalah tidak sekolah, tidak lulus SD atau yang sederajat, lulus SD atau yang sederajat, dan lulus SLTP atau sederajat.
- b. Pendidikan sedang adalah lulus SMU atau sederajat.
- c. Pendidikan tinggi adalah tamat Perguruan Tinggi atau yang sederajat.

#### 4. Pekerjaan adalah mata pencaharian utama dari responden yang memberikan penghasilan bagi kehidupannya. Data pekerjaan didapatkan melalui



wawancara dengan responden. Pekerjaan dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu bekerja dan tidak bekerja.

5. Sumber informasi adalah semua media yang digunakan oleh responden untuk mengetahui pemberantasan Pemberantasan menggunakan insektisida. 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

### **3.10.2 Data Khusus**

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui responden mengenai pemberantasan menggunakan insektisida. Data pengetahuan didapatkan melalui kuesioner dan diukur dari pertanyaan tersebut dengan pemberian nilai pada setiap jawaban. Pengetahuan dikategorikan dalam 3 kategori, yaitu:

1. Pengetahuan baik adalah jika nilai  $\geq 80\%$  dari nilai maksimal setiap pengetahuan pada masing-masing variabel dependen.
2. Pengetahuan cukup adalah jika nilai  $\geq 60\% - \leq 79\%$  dari nilai maksimal setiap pengetahuan pada masing-masing variabel dependen
3. Pengetahuan kurang adalah jika nilai  $< 50\%$  dari nilai maksimal pengetahuan pada masing-masing variabel dependen

## **3.11 Sarana Kegiatan**

### **3.11.1 Tim Peneliti**

Penelitian dilakukan oleh mahasiswa tingkat II FKUI beserta satu orang pembimbing, yaitu:

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

Peneliti : Aulia Zesario

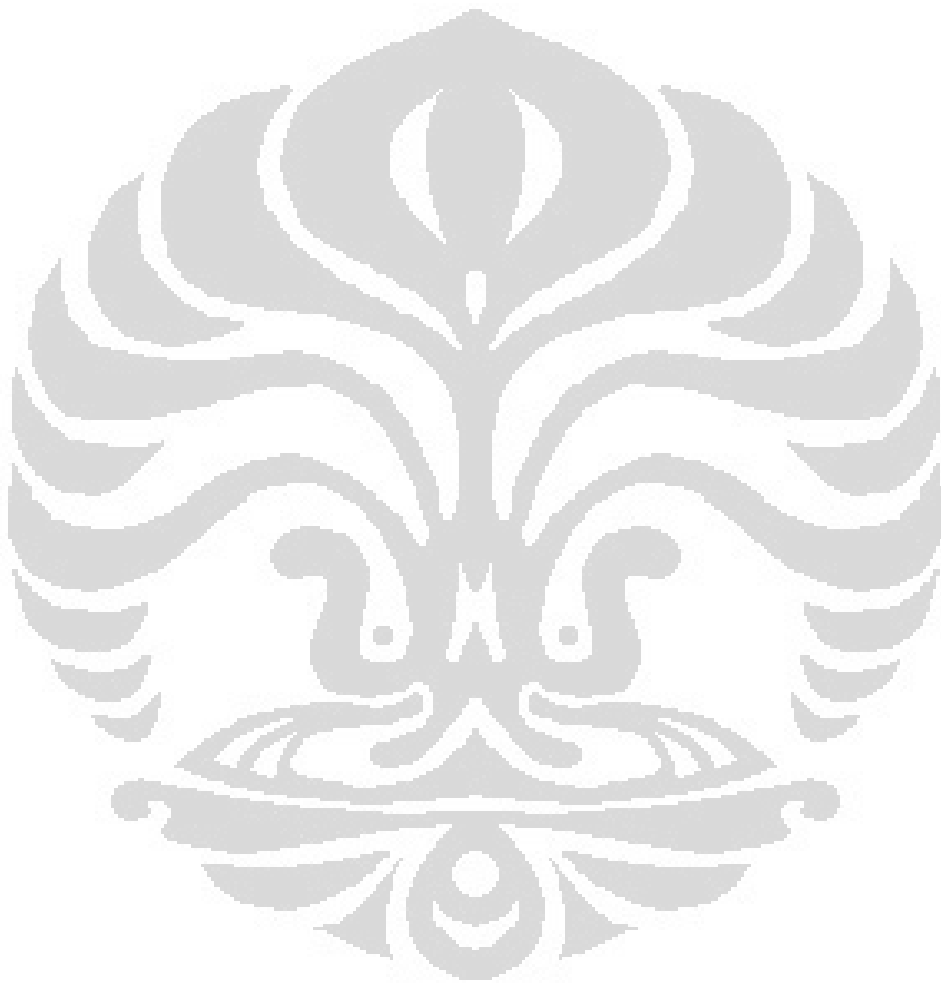
Dimas Rahman Setiawan

Ghany Hendra Wijaya

Hilman Zulkifli Amin

### 3.11.2 Fasilitas

Fasilitas yang digunakan dalam penelitian ini berupa lembar kuesioner, komputer beserta printer, alat tulis, alat komunikasi, alat transportasi dan lain-lain.



## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **4.1 Data Umum**

Masyarakat kecamatan Bayah terdiri atas beberapa kategori berdasarkan usia, yaitu kategori usia muda, dengan rentang usia antara 0-14 tahun, berjumlah 12 641 (33,4%); kelompok usia lansia (lebih dari 60 tahun) sebanyak 2 573 (6,8%); dan kelompok usia 15-59 tahun yang mendominasi dengan jumlah 22 614 (59,8%).<sup>3-4</sup>

Kecamatan Bayah terletak di daerah selatan Kabupaten Lebak dengan jarak 140 Km dari Ibukota Kabupaten. Luas daerah sebesar 15 643 Ha dengan kondisi tanah perbukitan dan sebagian lahan kehutanan dan perkebunan. Di sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Cibeber, di bagian selatan dengan Kecamatan Panggarangan, di bagian selatan dengan Samudera Indonesia, dan di bagian timur berbatasan dengan Kecamatan Ciligrang.<sup>3-4</sup>

Kepadatan penduduk Kecamatan Bayah adalah 2,5/km. Penduduknya terdiri atas beberapa kategori berdasarkan usia, yaitu kategori usia muda, dengan rentang usia antara 0-14 tahun, berjumlah 12 641 (33,4%); kelompok usia lansia (lebih dari 60 tahun) sebanyak 2 573 (6,8%); dan kelompok usia 15-59 tahun yang mendominasi dengan jumlah 22 614 (59,8%).<sup>3-4</sup>

Kepala keluarga kategori miskin Kecamatan Bayah berjumlah 3 472 KK, dengan jumlah total penduduk miskin sebesar 12 158 orang atau 32,1% dari seluruh jumlah penduduk. Sebaran penduduk berdasarkan tingkat pendidikan: lulusan perguruan tinggi rendah (1,6 %), mayoritas penduduk (44,4%) hanya menyelesaikan tingkat pendidikan sekolah dasar, dan 27,6% lainnya bahkan tidak atau belum lulus sekolah dasar. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa kualitas sumber daya manusia (SDM) di Kecamatan Bayah masih rendah.<sup>3-4</sup>

#### **4.2 Data Khusus**

Survei dilakukan dengan teknik Simple Random Sampling. Berdasarkan survei yang dilakukan di Desa Ciwaru, Kecamatan Bayah, didapatkan jumlah

responden sebanyak 106 orang. Jumlah tersebut sudah mencukupi kriteria minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini yaitu 96 orang.

Tabel 4.2.1 Sebaran Responden Berdasarkan Usia, Pekerjaan, dan Pendidikan

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
Kelompok Usia	18-34 tahun	45	42,5
	35-50 tahun	39	36,8
	>50 tahun	22	20,8
Tingkat Pendidikan	Rendah	68	64,2
	Sedang	30	28,3
	Tinggi	8	7,5
Pekerjaan	Bekerja	43	40,6
	Tidak Bekerja	63	59,4
Jenis Kelamin	Laki-laki	23	27,7
	Perempuan	83	72,3

Pada Tabel 4.2.1 tampak bahwa responden terbanyak berusia 18-34 tahun (42,5%), 64,2% responden berpendidikan rendah, dan 59,4% responden tidak bekerja. Sebaran responden jenis kelamin dengan responden laki-laki sebesar 27,7% sedangkan wanita sebesar 72,3%

Tabel 4.2.2 Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi

<b>Jumlah Sumber Informasi</b>	<b>Jumlah</b>	<b>%</b>
Tidak mendapat informasi	0	0
Hanya 1 sumber informasi	43	40,6
2 sumber informasi	31	29,2
3 sumber informasi	24	22,6
4 sumber informasi	6	5,7
5 sumber informasi	1	,9
6 sumber informasi	1	,9

Dari Tabel 4.2.2 semua responden pernah mendapat informasi DBD dan responden yang paling banyak mendapat informasi mengenai DBD berasal satu sumber informasi (40,6%).

Tabel 4.2.3 Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi Paling Berkesan

<b>Sumber Informasi Paling Berkesan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>%</b>
Petugas kesehatan	15	14,2
Media cetak	2	1,9
Media elektronik	51	48,1
Kegiatan setempat	1	0,9
Keluarga	1	0,9
Tetangga	30	28,3
Lain-lain	6	5,7

Pada Tabel 4.2.3 tampak bahwa 48,1% responden menyatakan sumber informasi mengenai DBD yang paling berkesan didapat dari media elektronik dan paling sedikit dari kegiatan setempat dan dari keluarga sendiri.

Tabel 4.2.4 Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD Menggunakan Insektisida Faktor-Faktor yang Berhubungan

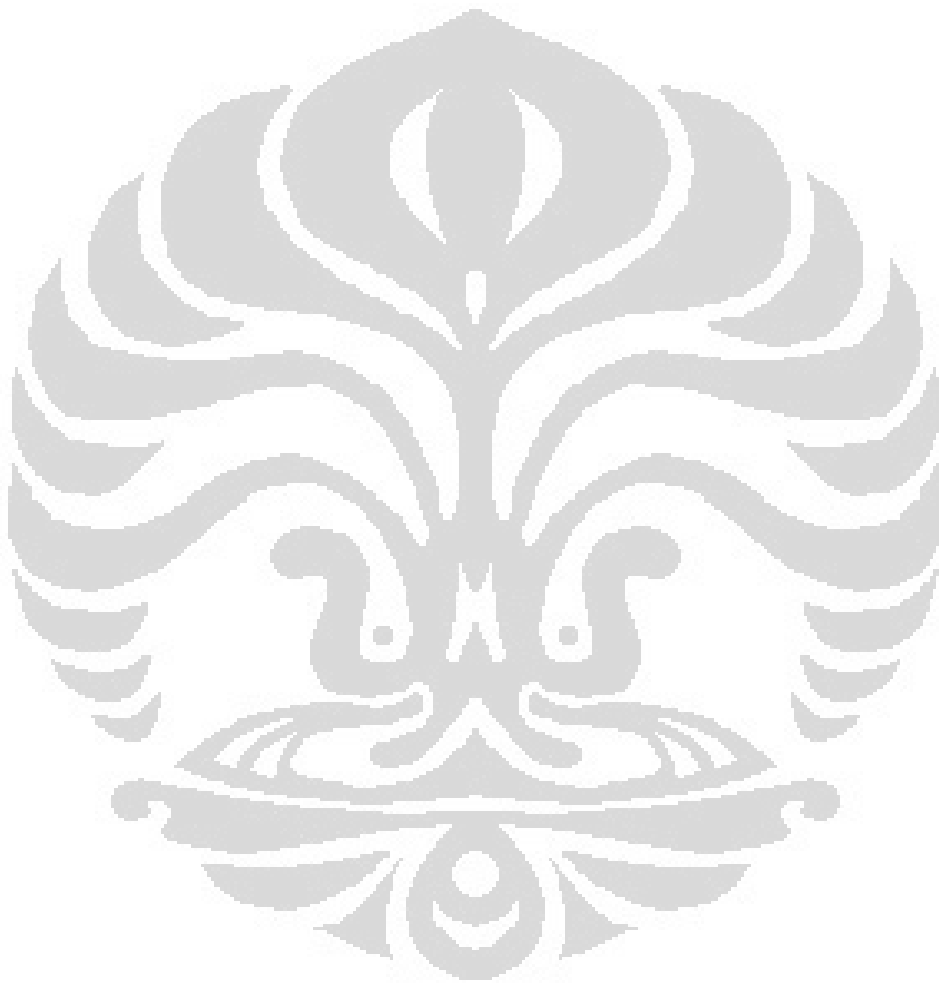
<b>Tingkat Pengetahuan pemberantasan nyamuk DBD</b>	<b>Jumlah</b>	<b>%</b>
Baik	48	45,3
Cukup	13	12,3
Kurang	45	42,5
Total	106	100,0

Pada Tabel 4.2.4 diketahui bahwa tingkat pengetahuan responden mengenai pemberantasan vector DBD menggunakan insektisida cukup seimbang antara kategori baik dan kurang, yaitu masing-masing sebesar 45,3% dan 42,5%.

Tabel 4.2.5 Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD Menggunakan Insektisida Faktor-Faktor yang Berhubungan

Variabel	Kategori	Tingkat Pengetahuan			P	Uji
		Baik	Cukup	Kurang		
Kelompok Usia	18-34 tahun	7	17	21	0,621	Chi-square
	35-50 tahun	4	5	30		
	>50 tahun	1	4	17		
Jenis Kelamin	Laki-laki	10	3	10	0,979	Chi-square
	Perempuan	38	10	35		
Jumlah Sumber Informasi	Mendapat kurang dari 3 sumber informasi	28	9	24	0,587	Chi-square
	Mendapat 3 atau lebih sumber informasi	20	4	21		
Sumber Informasi yang Paling Berkesan	Media	27	7	19	0,384	Chi-square
	Non-Media	21	6	26		
Tingkat Pendidikan	Rendah	6	12	50	0,224	Chi-square
	Sedang	4	11	15		
	Tinggi	2	3	3		
Pekerjaan	Bekerja	15	8	20	0,112	Chi-square
	Tidak Bekerja	33	5	25		

Dari Tabel 4.2.5 didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara kelompok usia, jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi yang paling berkesan, tingkat pendidikan, dan pekerjaan dengan tingkat pengetahuan responden mengenai pemberantasan vector DBD menggunakan insektisida dan factor-faktor yang berhubungan ( $p= 0,05$ ).





## **BAB V**

### **DISKUSI**

#### **5.1 Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vector DBD Menggunakan Insektisida dan Faktor- Faktor yang Berhubungan**

Dari penelitian didapatkan sebuah hasil bahwa jumlah responden, yaitu sebesar 48 responden (45,3%) memiliki pengetahuan yang baik mengenai cara pencegahan dan pemberantasan DBD. Namun didapatkan juga sebuah hasil bahwa jumlah responden , yaitu sebesar 45 responden (42,5%) memiliki pengetahuan yang kurang mengenai cara pemberantasan vector DBD menggunakan insektisida dan factor-faktor yang berhubungan. Hal ini mungkin disebabkan karena sebagian responden mendapatkan informasi dari berbagai media dan adapula sebagian responden yang tidak mendapatkan informasi mengenai pemberantasan vector DBD menggunakan insektisida.

#### **5.2 Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vector DBD Menggunakan Insektisida dengan Kelompok Usia**

Pada uji Chi-Square, tidak terdapat perbedaan bermakna ( $p > 0,05$ ) antara tingkat pengetahuan mengenai pemberantasan vector DBD menggunakan insektisida dengan kelompok usia responden. Hal ini berarti bahwa pada populasi ini, tingkat pengetahuan yang kurang mengenai pemberantasan menggunakan insektisida tidak berhubungan dengan kelompok usia.

Pada penelitian ini, sebagian besar responden berada pada usia produktif yaitu 18-34 tahun, yang berjumlah 45 orang dimana pada usia produktif seseorang dapat menerima dan mengolah informasi baru serta melakukan berbagai pekerjaan dengan lebih baik. Saat bekerja, responden dapat bertukar informasi mengenai berbagai macam hal dengan orang lain, termasuk cara pemberantasan vector DBD menggunakan insektisida.

### **5.3 Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD menggunakan insektisida dengan Jenis Kelamin**

Pada uji Chi-Square, tidak terdapat perbedaan bermakna ( $p > 0,05$ ) antara tingkat pengetahuan mengenai pemberantasan vektor DBD menggunakan insektisida dengan jenis kelamin responden. Hal tersebut berarti, tidak terdapat hubungan antara kurangnya pengetahuan responden mengenai pencegahan dan pemberantasan kimia dengan jenis kelamin responden.

Sebelumnya ada dugaan bahwa wanita lebih memiliki pengetahuan mengenai cara pemberantasan menggunakan insektisida dari pada laki-laki karena wanita lebih banyak berinteraksi di rumah dan mendapat informasi dari media elektronik seperti TV atau radio. Namun, ternyata setelah melakukan penelitian, ternyata tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai pemberantasan menggunakan insektisida dengan jenis kelamin responden. Sebagai upaya peningkatan pengetahuan responden mengenai cara pencegahan ini, perlu dilakukan penyuluhan dan iklan-iklan yang menarik bagi siapa saja, tanpa mempertimbangkan sasaran penyuluhan hanya untuk jenis kelamin tertentu.

### **5.4 Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD menggunakan insektisida dengan Jumlah Sumber Informasi**

Analisis dengan menggunakan uji Chi-Square menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna ( $p > 0,05$ ) antara tingkat pengetahuan responden mengenai pencegahan dan pemberantasan Kimia dengan faktor jumlah sumber informasi. Beberapa responden bahkan mendapat lebih dari tiga sumber informasi mengenai DBD. Hal ini menunjukkan bahwa informasi mengenai DBD sudah diterima di daerah yang cukup jauh dari kota.

Letak yang cukup jauh dari kota menyebabkan jumlah informasi yang di terima oleh masyarakat, tidak maksimal dan kurang memadai. Selain itu, dari media elektronik seperti TV dan radio selama ini masih kurang menginformasikan mengenai cara pencegahan dan pemberantasan DBD. Agar masyarakat dapat memahami akan pentingnya sebuah pengetahuan mengenai cara pencegahan dan pemberantasan kimia pada penyakit DBD, perlu ditingkatkan kualitas dan

kuantitas informasi mengenai cara pencegahan dan penanganan DBD baik berupa media seperti TV, Koran, dan radio maupun non media serta tindakan pro aktif pemerintah dalam mencari informasi terbaru dan melakukan penyuluhan-penyuluhan mengenai pemberantasan dan pencegahan DBD.

### **5.5 Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD menggunakan insektisida dengan Sumber Informasi yang Paling Berkesan**

Analisis dengan menggunakan uji Chi-Square menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna atau tidak ada hubungan ( $p > 0,05$ ) antara tingkat pengetahuan responden mengenai pencegahan dan pemberantasan Kimia dan faktor sumber informasi yang paling berkesan. Didapatkan nilai  $p = 0,384$  (berbeda bermakna jika  $p < 0,05$ ).

Dari data yang didapat, 50,94 % responden mempunyai pengetahuan yang baik terhadap sumber informasi yang paling berkesan yang berasal dari sumber media baik itu TV, koran, maupun radio dan hanya 35,84 % dari responden yang mempunyai pengetahuan yang kurang mengenai sumber informasi yang paling berkesan dari sumber media tersebut. Sedangkan pengetahuan yang berasal dari non media, baik itu petugas kesehatan, keluarga, dan tetangga, terdapat 39,62 % dari responden yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai pencegahan dan pemberantasan secara kimia pada penyakit DBD dan 49 % dari responden yang memiliki pengetahuan kurang. Hal ini dapat disimpulkan bahwa masyarakat lebih menyukai informasi yang berasal dari sumber media daripada non media.

Melalui media seperti TV, radio, dan koran, masyarakat hanya dapat mengakses informasi mengenai DBD ketika iklan diputarkan. Maka dari itu, kuantitas iklan-iklan mengenai DBD yang diputarkan di TV atau radio harus ditingkatkan, begitu juga berita-berita mengenai DBD yang dicetak di koran. Sumber informasi lainnya yang paling berkesan adalah berasal dari non-media seperti petugas kesehatan, keluarga, dan tetangga. Kelebihan dari sumber informasi yang berasal dari non-media adalah, warga dapat berinteraksi langsung dengan narasumber dan dapat menanyakan hal-hal yang kurang dimengerti. Oleh karena itu, petugas kesehatan harus sangat kompeten dalam menghadapi

pertanyaan warga. Tidak hanya petugas kesehatan saja, tetapi publikasi dan isi dari acara penyuluhan harus ditingkatkan, agar keluarga dan tetangga para warga dapat ikut berdiskusi dan bertukar informasi mengenai cara pencegahan dan pemberantasan DBD.

### **5.6 Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD menggunakan insektisida dengan Tingkat Pendidikan**

Analisis dengan menggunakan Chi-Square menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat pengetahuan responden mengenai pemberantasan menggunakan insektisida dan faktor tingkat pendidikan ( $p > 0,05$ ). Didapatkan nilai  $p = 0,224$

Meskipun hasil penelitian yang didapatkan mengatakan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan responden mengenai pemberantasan menggunakan insektisida, tingkat pendidikan sangat berpengaruh besar terhadap kepedulian seseorang akan pentingnya kesehatan. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan Sarwono bahwa ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi jauh lebih peduli akan kesehatannya dibandingkan dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Oleh karena itu, peningkatan pendidikan perlu dilakukan agar masyarakat semakin banyak yang tahu mengenai cara pemberantasan menggunakan insektisida.

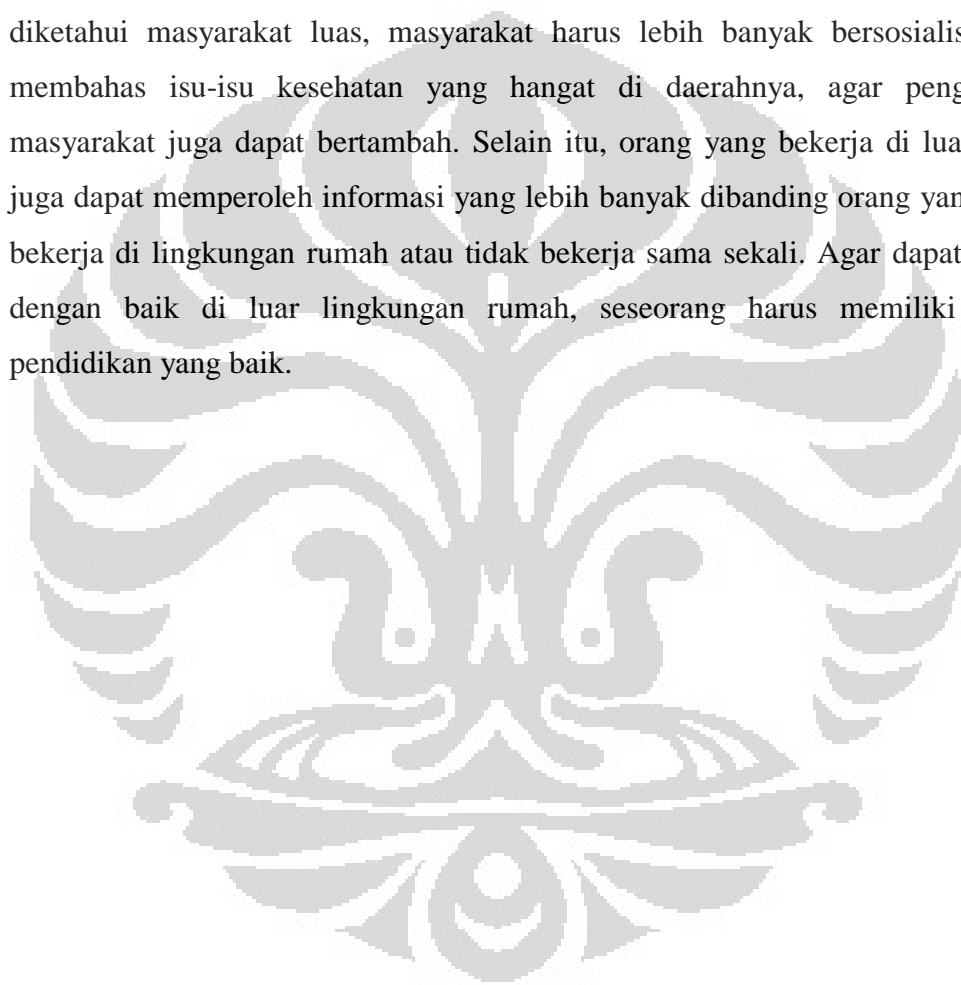
### **5.7 Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD menggunakan insektisida dengan Pekerjaan**

Uji analisis Chi-Square menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna ( $p > 0,05$ ) antara tingkat pengetahuan responden mengenai pemberantasan menggunakan insektisida dengan faktor pekerjaan, apakah responden itu bekerja atau tidak.

Hasil yang tidak bermakna ini dapat disebabkan karena jenis pekerjaan yang dilakukan responden umumnya pekerjaan-pekerjaan yang dapat dilakukan di lingkungan rumah seperti membuka usaha warung kelontong sehingga kesempatan untuk menerima informasi-informasi baru dan wadah untuk

bersosialisasi lebih sempit karena warga yang mengunjungi hanya warga di daerah sekitar rumah. Selain itu, pekerjaan lain yang dilakukan responden, seperti nelayan dan pedagang sayuran, tidak memaksa responden untuk mencari lebih lanjut mengenai pemberantasan menggunakan insektisida. Menurut Fitrajaya<sup>5</sup>, sumber informasi baru akan banyak diperoleh orang yang bekerja dibanding orang yang tidak bekerja.

Untuk penanganan agar pemberantasan menggunakan insektisida dapat diketahui masyarakat luas, masyarakat harus lebih banyak bersosialisasi dan membahas isu-isu kesehatan yang hangat di daerahnya, agar pengetahuan masyarakat juga dapat bertambah. Selain itu, orang yang bekerja di luar rumah juga dapat memperoleh informasi yang lebih banyak dibanding orang yang hanya bekerja di lingkungan rumah atau tidak bekerja sama sekali. Agar dapat bekerja dengan baik di luar lingkungan rumah, seseorang harus memiliki tingkat pendidikan yang baik.



## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Kesimpulan**

1. Tingkat pengetahuan masyarakat tergolong baik.
2. Tidak terdapat hubungan antara usia, jenis kelamin, jumlah sumber informasi, sumber informasi yang paling berkesan, tingkat pendidikan, dan pekerjaan dengan tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pemberantasan vector DBD menggunakan insektisida

#### **6.2 Saran**

1. Tingkat pengetahuan masyarakat perlu dipertahankan dengan memberikan penyuluhan secara rutin tanpa memperhatikan kelompok usia, jenis kelamin dan jenis sumber informasi yang akan diberikan.
2. Memberikan usul kepada Pemda agar penyuluhan diberikan secara rutin melalui media elektronik

## DAFTAR PUSTAKA

- <sup>1</sup>. <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews> [diunduh pada 22 April 2010 pukul 12.20 WIB].
- <sup>2</sup>. Trend dengue in Indonesia. Geneva: World Health Organization; 2007.
- <sup>3</sup>. Profil Puskesmas Bayah tahun 2007. 2007; p32-43.
- <sup>4</sup>. Profil Puskesmas Bayah tahun 2008. 2008; p24-34.
- <sup>5</sup>. 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
- <sup>6</sup>. Departemen Kesehatan RI. Perilaku dan siklus hidup nyamuk *Ae.aegypti* sangat penting diketahui dalam melakukan kegiatan PSN termasuk pemantauan larva secara berkala. Buletin Harian; 2004.
- <sup>7</sup>. [http://medicastore.com/penyakit/47/Demam\\_Berdarah\\_Dengue.html](http://medicastore.com/penyakit/47/Demam_Berdarah_Dengue.html)[diunduh pada 22 April 2010 pukul 12.20 WIB].
- <sup>8</sup>. Sungkar S, Widodo AD, Suartanu N. Evaluasi program pemberantasan demam berdarah dengue di Kecamatan Pademangan Jakarta Utara. Maj Kedokt Indon 2006;56: 108-12.
- <sup>9</sup>. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Petunjuk pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue (PSN DBD) oleh juru pemantau jentik (jumantik). Jakarta: Dep Kes RI; 2004.
- <sup>10</sup>. Hadinegoro SR, Soegijanto S, Wuryadi S, Suroso T. Tatalaksana demam berdarah dengue. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 1999.
- <sup>11</sup>. 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
- <sup>12</sup>. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Petunjuk pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue (PSN DBD) oleh juru pemantau jentik (jumantik). Jakarta: Dep Kes RI; 2004.

<sup>13</sup>. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Pencegahan dan pemberantasan demam berdarah dengue di Indonesia. Jakarta: Dep Kes RI; 2005.

<sup>14</sup>. <http://www.penyebaran.gif> [diunduh pada tanggal 22 April 2010 pukul 21.00 WIB]

<sup>15</sup>. National Institute of Communicable Diseases. Investigation & control of outbreaks dengue fever & dengue haemorrhagic fever. Ministry of Health and Family Welfare (GOI). Dengue Bull 2001; 2:84–92

<sup>16</sup>. Sungkar S. Pemberantasan demam berdarah: Sebuah tantangan yang harus dijawab. Disampaikan dalam pidato pengukuhan guru besar tetap FKUI. 2007.

