



UNIVERSITAS INDONESIA

**TINGKAT PENGETAHUAN MURID MADRASAH
TSANAWIYAH NEGERI BAYAH TENTANG
PEMBERANTASAN
VEKTOR DBD SETELAH MENDAPAT
PENYULUHAN**

SKRIPSI

**ANNDREA ILHAM KURNIAWAN
0806320446**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**TINGKAT PENGETAHUAN MURID MADRASAH
TSANAWIYAH NEGERI BAYAH TENTANG
PEMBERANTASAN
VEKTOR DBD SETELAH MENDAPAT
PENYULUHAN**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran

**ANNDREA ILHAM KURNIAWAN
0806320446**

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Anndrea Ilham Kurniawan

NPM : 0806320446

Tanda tangan : 

Tanggal : 22 Oktober

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Anndrea Ilham Kurniawan
NPM : 0806320446
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul Skripsi : Tingkat Pengetahuan Murid Madrasah Tsanawiyah
Negeri Bayah tentang Pemberantasan Vektor DBD
setelah Mendapat Penyuluhan

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, Sp. ParK
(*Saleha*)

Penguji 1 : Prof. dr. Saleha Sungkar, MS, DAP & E, Sp. ParK
(*Saleha*)

Penguji : dra. Beti Ernawati Dewi, Phd
(*Beti*)

Ditetapkan di : Jakarta
Tanggal : 22 Oktober 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan karunia-Nya saya 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 Prof. dr. Saleha Sungkar, DAP&E, MS, yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini. Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Dr. dr. Saptawati Bardosono, MS, sebagai Ketua Modul Riset FKUI yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian ini. Tidak lupa, saya mengucapkan terima kasih kepada seluruh Staf Departemen Parasitologi FKUI serta pengurus kecamatan, staf kesehatan, dan warga kecamatan Bayah yang telah banyak membantu dalam penelitian ini. Saya juga mengucapkan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada orang tua dan keluarga yang senantiasa memberikan dukungan material dan moral. Akhirnya, tidak lupa saya mengucapkan terima kasih kepada sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan skripsi ini.

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

Jakarta, Oktober 2010

Anndrea Ilham K

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Anndrea Ilham Kurniawan

NPM : 08063204446

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 tentang Pemberantasan Vektor DBD setelah Mendapat Penyuluhan” beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelolah dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : Oktober 2010

Yang menyatakan,



Anndrea Ilham Kurniawan

ABSTRAK

Nama : Anndrea Ilham Kurniawan
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul : Tingkat Pengetahuan Murid Madrasah Tsanawiyah Negeri Bayah tentang Pemberantasan Vektor DBD setelah Mendapat Penyuluhan

Keberhasilan pemberantasan vektor demam berdarah dengue (DBD) menggunakan insektisida berhubungan dengan tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pemberantasan vektor. Oleh karena itu masyarakat perlu mendapat penyuluhan kemudian dievaluasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan murid Madrasah Tsanawiyah Negeri (MTs) Bayah mengenai pemberantasan vektor DBD. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Data diambil pada tanggal 16 - 18 Oktober 2009 dengan mewawancara 107 murid MTs yang telah mendapat penyuluhan satu bulan sebelum survei. Hasilnya menunjukkan murid yang mempunyai tingkat pengetahuan baik adalah 14 orang (13,5%), cukup 40 (38,5%) dan tingkat pengetahuan kurang 30 orang (48,1%). Responden perempuan lebih banyak (58,7%) daripada laki-laki (41,3%). Sebagian besar responden menyatakan tidak pernah menderita DBD (89,4%). Responden paling banyak mendapat informasi mengenai DBD dari 2 dan 3 sumber informasi (masing masing 28,8%). Sumber informasi mengenai DBD yang paling berkesan didapat dari petugas kesehatan (59,6%). Pada uji *chi-square* tidak terdapat perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan mengenai pemberantasan vektor DBD dengan jenis kelamin ($p= 0,427$), jumlah sumber informasi ($p=0,079$), sumber informasi yang paling berkesan ($p=0,751$). Uji kolmogorov-smirnov menunjukkan tidak terdapat perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan dengan pengalaman menderita DBD ($p=0,539$). Disimpulkan tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pemberantasan vektor DBD tergolong kurang dan tingkat pengetahuan murid MTs tidak berhubungan dengan karakteristik mereka.

Kata kunci: demam berdarah dengue, pemberantasan vektor, *Ae. aegypti*, pengetahuan.

ABSTRACT

Name : Anndrea Ilham Kurniawan
Study Program : General Medicine
Title : The Knowledge level of Students of Islamic Junior High School Bayah about Vector Control of Dengue Hemorrhagic Fever after Health Education

The success of dengue hemorrhagic fever (DHF) vector control using insecticide is influenced by the people's knowledge. The objective of this study was to identify the knowledge level about vector control at Islamic Junior High School students. This cross sectional study was performed on October 16th-18th 2009 by interviewing 107 students who were chosen using random sampling technique. The results showed that the number of students with good knowledge level were 14 people (13,5%), while fair and bad knowledge were 40 (38,5%) and 30 (48,1%) people. The number of female students (58,7%) more than male students (41,3%). Most of the students got information about DHF from 2 or 3 sources. The most impressive source was health workers (59,6%). The chi square test showed there were no significant difference between the knowledge level of vector control with sex ($p= 0,427$), the number of information sources ($p= 0,079$), and the most impressive source of information ($p= 0,751$). Kolmogorov-Smirnov test showed there were no significant difference with family history of DHF ($p= 0,539$). The conclusion of this study was the knowledge level of the students about vector control was fair and had no association with student's characteristics.

Keywords: dengue hemorrhagic fever, vector control, *Ae. aegypti*, knowledge

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
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
1.PENDAHULUAN.....	1
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
2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1. DBD	5
2.2. Epidemiologi.....	5
2.3. Klasifikasi DBD	5
2.4. Patogenesis.....	6
2.5. Diagnosis DBD	6
2.6. Tatalaksana	7
2.7. Pencegahan	8
2.7.1. Pengamatan dan penatalaksanaan penderita	8
2.7.2. Pemberantasan Vektor	8
2.7.3. Penyuluhan kepada masyarakat	16
2.7.4. Evaluasi.....	17
2.8. Faktor-faktor yang berhubungan dalam penularan DBD.....	17
2.9. Kerangka Konsep.....	18
3. METODE PENELITIAN	19
3.1. Desain Penelitian	19
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	19
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian	19
3.3.1. Populasi Target.....	19
3.3.2. Populasi Terjangkau.....	19
3.3.3. Sampel Penelitian.....	19
3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	19

3.4.1. Kriteria Inklusi	19
3.4.2. Kriteria Eksklusi	20
3.5. Kerangka Sampel	20
3.5.1. Besar Sampel	20
3.5.2. Teknik Pengambilan Sampel	21
3.6. Cara Kerja	21
3.6.1. Alokasi Subyek	21
3.6.2. Pengukuran	21
3.7. Kerangka Alur Penelitian	22
3.8. Identifikasi Variabel	22
3.9. Pengumpulan Data dan Manajemen Penelitian	22
3.10. Pengolahan data	23
3.11. Analisis Data	
3.11.1. Analisis Univariat	23
3.11.2. Analisis Bivariat	23
3.12. Batasan Operasional	23
3.12.1. Data Umum	23
3.12.2. Data Khusus	24
3.13. Sarana kegiatan	25
3.13.1. Tim Peneliti	25
3.13.2. Fasilitas	25
4. HASIL PENELITIAN	26
4.1. Data Umum	26
4.1. Data Khusus	26
5. DISKUSI	30
5.1. Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD dan Hubungannya dengan Jenis Kelamin	31
5.2. Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD dan Hubungannya dengan Pengalaman Menderita DBD	31
5.3. Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD dan Hubungannya dengan Jumlah Sumber Informasi	32
5.4. Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD dan Hubungannya dengan Sumber Informasi Paling Berkesan	32
6. KESIMPULAN DAN SARAN	34
6.1. Kesimpulan	34
6.2. Saran	34
DAFTAR PUSTAKA	35
Lampiran 1. Tabel SPSS	37
Lampiran 2. Lembar Kuisisioner	42

DAFTAR TABEL

Tabel 4.2.1	Sebaran Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Pengalaman Menderita DBD.....	27
Tabel 4.2..2	Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi.....	27
Tabel 4.2.3	Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi Paling Berkesan	27
Tabel 4.2.4	Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBDDBD.....	28
Tabel 4.2.5	Total Skor Berdasarkan Tiap Pertanyaan Kuesioner.....	28
Tabel 4.2.6	Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD dan Faktor-Faktor yang Berhubungan.....	29

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

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi yang disebabkan virus dan ditularkan oleh nyamuk. Dalam DBD ada tiga komponen yang berperan yaitu virus dengue, nyamuk *Aedes aegypti*, dan manusia sebagai pejamu (*host*). Ketiga komponen tersebut dipengaruhi oleh faktor lingkungan biologik, lingkungan fisik, dan imunitas hospes. Pola perilaku dan status ekologi ketiga kelompok organisme tersebut saling berkaitan sehingga menyebabkan profil endemi yang berbeda pada setiap lokasi berikut perkembangan tahunannya.¹

DBD merupakan masalah kesehatan masyarakat di negara tropis. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 50 juta orang terinfeksi DBD setiap tahunnya. Di Indonesia, insidens DBD semakin meningkat dan penyebarannya semakin luas dan merupakan kontributor terbesar kasus DBD di Asia Tenggara, dengan 10 517 kasus serta 182 meninggal dunia (*Case fatality rate*, CFR 1.73%) pada tahun 2005. Pada tahun 2006 Indonesia melaporkan 57% dan hampir 70% kematian akibat DBD di Asia Tenggara. Dilaporkan pula 10 provinsi mengalami kenaikan angka insidens DBD antara lain Provinsi Banten.

Pada tahun 2007 Provinsi Banten menjadi salah satu provinsi yang mengalami kejadian luar biasa (KLB) DBD. Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Banten, pada tahun 2007 penderita di Banten mencapai 862 orang, 27 meninggal.² Salah satu wilayahnya, yaitu di Kecamatan Bayah terdapat 22 penderita dengan satu orang meninggal dunia. Pada tahun 2008, walau tidak terjadi KLB, insidens DBD di Kecamatan Bayah meningkat menjadi 25 orang dan 2 orang meninggal dunia.² Oleh karena itu, pemerintah daerah setempat telah berupaya untuk melakukan pemberantasan vektor DBD dengan cara *fogging* dan larvasidasi menggunakan insektisida. Upaya tersebut belum berhasil menurunkan jumlah penderita DBD karena biayanya mahal. Selain itu *fogging* hanya dilakukan di luar rumah penduduk karena penduduk menolak rumahnya disemprot dengan alasan lantai menjadi licin, berbau tidak sedap dan khawatir mencemari lingkungan. *Fogging* yang hanya dilakukan di luar rumah hanya membunuh *Ae. aegypti* yang

berada di luar rumah dan tidak membunuh yang berada di dalam rumah sedangkan aktivitas dan tempat istirahat utama *Ae. aegypti* terutama di dalam rumah. Selain itu, banyak penduduk yang menolak larvasida untuk dimasukkan ke tempat penampungan air karena menyebabkan air menjadi kotor.

Agar masyarakat memahami pentingnya upaya pemberantasan vektor dan bersedia melakukannya, mereka perlu diberikan pengetahuan dengan cara penyuluhan.

Salah satu unsur dalam masyarakat yang turut berperan dalam keterkaitannya dengan DBD adalah murid sekolah. Oleh karena itu perlu diberikan penyuluhan pada murid sekolah dengan harapan jika mereka mempunyai pengetahuan mengenai vektor DBD dan pemberantasannya, mereka akan turut membantu menjaga kebersihan sekolahnya dan menyampaikan pengetahuan yang didapat kepada keluarganya. Setelah penyuluhan, tingkat pengetahuan murid sekolah perlu dievaluasi.

Madrasah Tsanawiyah Negeri Bayah (MTs) adalah sekolah yang telah mendapat penyuluhan mengenai DBD, namun tingkat pengetahuan yang telah diperoleh belum dievaluasi. Sehubungan dengan hal tersebut akan dilakukan survei untuk mengetahui tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pemberantasan vektor DBD.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pemberantasan vektor DBD setelah mendapat penyuluhan?
2. Bagaimana sebaran karakteristik murid MTs berdasarkan jenis kelamin, sumber informasi dan pengalaman menderita DBD?
3. Bagaimana tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pemberantasan vektor DBD dan hubungannya dengan karakteristik mereka?

1.3 Hipotesis

1. Tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pemberantasan vektor DBD setelah mendapat penyuluhan tergolong baik.

2. Tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pemberantasan vektor DBD berhubungan dengan jenis kelamin, sumber informasi dan pengalaman menderita DBD.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuainya tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pemberantasan vektor DBD dalam upaya membantu pemberantasan DBD.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya sebaran karakteristik murid MTs (usia, jenis kelamin, dan sumber informasi).
2. Diketuainya tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pemberantasan vektor DBD.
3. Diketuainya hubungan tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pemberantasan vektor DBD dengan karakteristik mereka.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Bagi Peneliti

1. Peneliti mendapatkan pengalaman belajar dan pengetahuan dalam melakukan penelitian.
2. Peneliti dapat melatih kemampuan berkomunikasi dengan masyarakat.

1.5.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi

1. Mendukung 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. Masyarakat mengetahui tingkat pengetahuan mereka tentang pemberantasan vektor DBD.
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk penyuluhan kesehatan pada murid sekolah di Kecamatan Bayah.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 DBD

DBD disebabkan oleh virus Dengue dengan tipe DEN 1, DEN 2, DEN 3 dan DEN 4 yang termasuk dalam *group B Arthropod borne viruses* (arboviruses). Keempat tipe virus tersebut telah ditemukan di berbagai daerah di Indonesia. Virus yang banyak berkembang di masyarakat adalah tipe DEN 1, dan DEN 3. Penularan terjadi melalui gigitan *Ae. aegypti* yang membawa virus dari penderita DBD lainnya.³

Orang yang berisiko terkena DBD adalah anak-anak yang berusia di bawah 15 tahun, namun kini terjadi pergeseran dan DBD dapat menyerang semua kelompok usia. DBD sering terjadi di daerah tropis, dan muncul pada musim penghujan. Virus itu muncul akibat pengaruh musim/alam serta perilaku manusia.³

2.2 Epidemiologi

DBD di Asia pertama kali ditemukan di Manila pada tahun 1953 sedangkan di Indonesia pertama kali ditemukan di Surabaya dan Jakarta dengan jumlah kematian 24 pada tahun 1968, akan tetapi konfirmasi virologis baru didapat pada tahun 1972. Sejak itu penyakit tersebut menyebar ke berbagai daerah dan saat ini telah tersebar keluruh wilayah Indonesia.

2.3 Klasifikasi DBD

Menurut WHO, diagnosis DBD secara klinis diklasifikasikan menjadi:^{3,4}

- a. Derajat 1 (ringan): Demam mendadak disertai gejala tidak spesifik, terjadi manifestasi perdarahan ringan yaitu tes tourniquet yang positif
- b. Derajat 2 (sedang): Muncul gejala pada derajat 1 namun lebih berat, karena ditemukan manifestasi perdarahan yang spontan pada kulit serta perdarahan lain yaitu epistaksis, perdarahan gusi, hematemetis dan/atau melena

- c. Derajat 3: kegagalan sirkulasi ditandai oleh denyut nadi yang cepat dan lemah, hipotensi, suhu tubuh yang rendah, kulit lembab dan penderita gelisah.
- d. Derajat 4: syok berat dengan nadi yang tidak teraba dan tekanan darah tidak dapat diperiksa.

2.4. Patogenesis

Respons imun yang berperan dalam patogenesis DBD adalah:³

- a. Respon humoral berupa pembentukan antibodi yang berperan dalam netralisasi virus. Antibodi terhadap virus dengue berperan dalam mempercepat replikasi virus pada monosit dan makrofag.
- b. Limfosit T, baik T helper dan T sitotoksik berperan dalam respon imun seluler terhadap virus dengue.
- c. Monosit dan makrofag berperan dalam fagositosis dalam fagositosis virus dengan opsonisasi antibodi, namun proses ini meningkatkan replikasi virus.
- d. Selain itu aktivasi komplemen oleh kompleks imun ini menyebabkan terbentuknya C3a dan C5a.

Trombositopenia pada infeksi dengue terjadi melalui mekanisme supresi sumsum tulang dan destruksi dan pemendekan masa hidup trombosit. Kadar trombopoietin pada saat terjadi trombositopenia justru menunjukkan kenaikan, hal itu menunjukkan terjadinya stimulasi trombopoiesis sebagai mekanisme kompensasi terhadap trombositopenia. Koagulopati terjadi sebagai akibat interaksi virus dengan endotel menyebabkan disfungsi endotel. Berbagai penelitian menunjukkan terjadinya koagulopati konsumtif pada DBD stadium III dan IV. Aktivasi koagulasi ini terjadi melalui mekanisme aktivasi jalur intrinsik.³

2.5 Diagnosis DBD

Masa inkubasi dalam tubuh manusia sekitar 4-6 hari (rentang 3-14 hari), timbul gejala prodromal yang tidak khas seperti: nyeri kepala, nyeri tulang belakang dan perasaan lelah. Diagnosis DBD ditegakkan bila semua hal di bawah ini dipenuhi:³

- a. demam atau riwayat demam akut, antara 2-7 hari, biasanya bifasik
- b. terdapat minimal satu dari manifestasi perdarahan berikut:
 - uji bendung positif
 - Petekie, ekimosis atau purpura
 - Perdarahan mukosa (tersering epistaksis atau perdarahan gusi), atau perdarahan dari tempat lain
 - Hematemesis atau melena
- c. trombositopenia (jumlah trombosit $<100.000/\mu\text{l}$).
- d. terdapat minimal satu tanda-tanda *plasma leakage* (kebocoran plasma) sebagai berikut:
 - Peningkatan hematokrit $>20\%$ dibandingkan standar sesuai dengan umur dan jenis kelamin.
 - Penurunan hematokrit $>20\%$ setelah mendapat terapi cairan, dibandingkan dengan nilai hematokrit sebelumnya.
 - Tanda kebocoran plasma seperti: efusi pleura, asites atau hipoproteinemia.

2.6 Penatalaksanaan

Tidak ada terapi yang spesifik untuk demam dengue, namun prinsip utama adalah terapi suportif. Dengan terapi suportif yang adekuat, angka kematian dapat diturunkan hingga kurang dari 1%. Hal yang paling utama dalam penanganan pasien DBD adalah pemeliharaan volume cairan sirkulasi. Jika asupan oral tidak dapat dipertahankan, maka dibutuhkan suplemen cairan melalui intravena untuk mencegah dehidrasi dan hemokonsentrasi secara bermakna.³

2.7. Pencegahan

2.7.1 Pengamatan dan penatalaksanaan penderita^{5,6}

Setiap penderita/tersangka DBD yang dirawat di rumah sakit/Puskesmas dilaporkan secepatnya ke Dinas Kesehatan Dati II dan diambil spesimen darahnya untuk pemeriksaan serologi di Balai Laboratorium Kesehatan. Penatalaksanaan penderita dilakukan dengan cara rawat jalan dan rawat inap sesuai dengan prosedur diagnosis, pengobatan/perawatan dan sistem rujukan yang berlaku.

2.7.2 Pemberantasan Vektor^{5,6}

2.7.2.1 Pemberantasan sebelum musim penularan

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

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 puspa 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.

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*

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 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 ± 50 cm, kantong plastik, pensil dan formulir.

Kegiatan-kegiatan PSN meliputi hal-hal berikut:¹⁷

- 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.

Hasil pelaksanaan penggerakan 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.⁸

1. Pokja DBD Tingkat Desa/Kelurahan

- a. Setiap 3 bulan kader/warga masyarakat terlatih melakukan pemeriksaan jentik sekurang-kurangnya 30 rumah tiap RW/desa/lingkungan.
- b. 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 Pokjanel DBD Tingkat Kecamatan.

2. Pokjanel 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.

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. Tingkat kerawanan di suatu wilayah terhadap DBD adalah sebagai berikut:

- Desa/kelurahan rawan I (*endemis*)
Desa/kelurahan yang dalam 3 tahun terakhir setiap tahunnya terjangkau DBD.
- Desa/kelurahan rawan II (*sporadis*)
Desa/kelurahan yang dalam 3 tahun terakhir terjangkau DBD tetapi tidak setiap tahun.
- Desa/kelurahan rawan III (*potensial*)
Desa/kelurahan yang dalam 3 tahun terakhir tidak pernah terjangkau 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 terjangkau 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%.

2.7.2.2 Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)^{5,6}

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.

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^{5,6,7}

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.^{5,6} Aplikasi temefos dilakukan sebagai berikut :

1. Aplikasi I dilakukan 2 bulan sebelum musim penularan yang tinggi di suatu daerah atau pada daerah yang belum pernah terjangkit 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

2.7.2.3 Penanggulangan fokus

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.

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.

2.7.2.4 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.^{5,6}

2.7.3 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.^{5,6}

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.^{5,6}

2.7.4 Evaluasi

Penilaian operasional dilaksanakan dengan membandingkan pencapaian target masing-masing kegiatan dengan yang direncanakan berdasarkan pelaporan untuk kegiatan pemberantasan sebelum musim penularan.

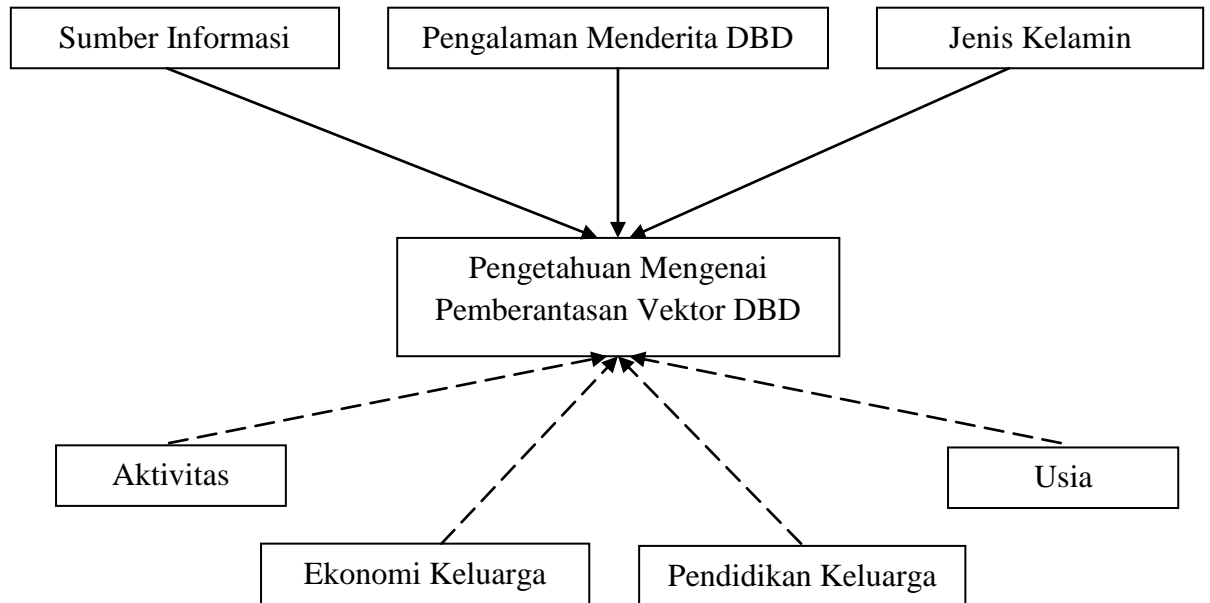
Peninjauan di lapangan dilakukan untuk mengetahui kebenaran pelaksanaan kegiatan program.^{5,6}

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.

2.8. Faktor-faktor yang berhubungan dalam penularan DBD:

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

2.9 Kerangka Konsep



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan metode *cross-sectional*. yaitu penelusuran yang dilakukan sesaat, artinya subjek diamati hanya satu kali dan tidak ada perlakuan terhadap responden.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Pengambilan data dilakukan di Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten sedangkan pengolahan data dilakukan di Jakarta. Alasan peneliti memilih tempat pengambilan data di Bayah karena Bayah merupakan daerah endemik demam berdarah dengue (DBD). Pengambilan data dilaksanakan selama tiga hari, yaitu mulai tanggal 16 – 18 Oktober 2009.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Target

Populasi target dari penelitian ini adalah seluruh murid Sekolah Menengah Pertama (SMP) / MTs di Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten.

3.3.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dari penelitian ini adalah murid MTs Negeri Bayah Timur, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten pada 16 – 18 Oktober 2009.

3.3.3 Sampel Penelitian

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

3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.4.1 Kriteria Inklusi

- a. Murid MTs Bayah yang terdaftar pada tanggal 16 – 18 oktober 2009 baik laki-laki maupun perempuan
- b. Hadir saat penyuluhan DBD 1 bulan sebelumnya
- c. Bertempat tinggal dan terdaftar sebagai warga Bayah
- d. Berada di lokasi penelitian ketika penelitian dilakukan
- e. 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. Untuk memperkirakan besar sampel diperlukan informasi utama, yaitu :

Proporsi tingkat pengetahuan yang baik mengenai DBD, P

(ditetapkan 50% karena tidak ada data sebelumnya)

Tingkat ketepatan absolut yang dikehendaki, d

(ditetapkan sebesar 10 % oleh peneliti)

Tingkat kemaknaan, α

(ditetapkan sebesar 5 % oleh peneliti) → untuk nilai α sebesar 5 % nilai

Z_{α} (derajat kesalahan) = 1,96

Proporsi subyek yang memiliki pengetahuan kurang mengenai DBD Q=
1-P

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 adanya 10% *dropped out*, maka besar sampel total menjadi 107 subyek.

3.5.2. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah teknik *simple random sampling* dengan bantuan tabel angka random. Sebanyak 107 murid MTs yang terpilih, seluruhnya secara langsung akan menjadi responden penelitian. Pada pelaksanaannya, responden akan menjawab langsung pertanyaan kuesioner kepada peneliti.

3.6 Cara Kerja

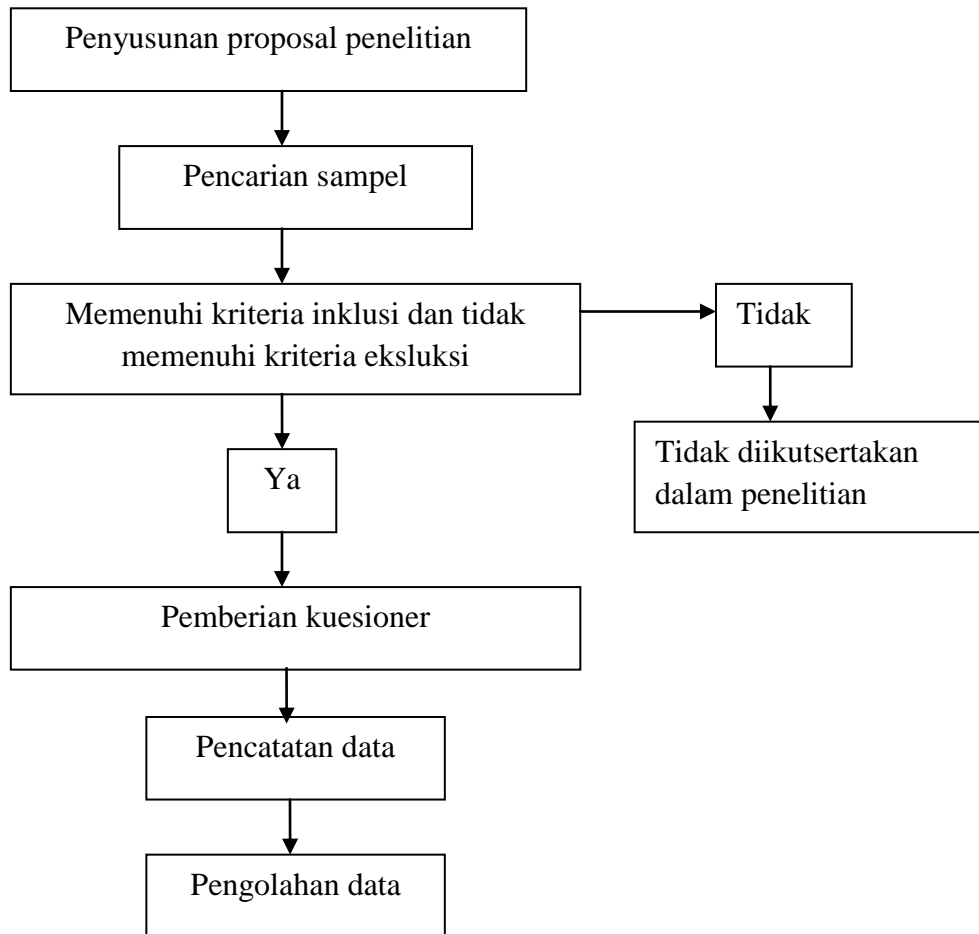
3.6.1 Alokasi Subyek

Subyek adalah murid MTs Bayah baik laki – laki maupun perempuan yang terdaftar pada 16 -18 Oktober tahun 2009 yang akan dipilih dengan cara *probability sampling* yaitu menggunakan *simple random sampling*. Data mengenai siapa saja yang terdaftar di sekolah tersebut didapat dari database sekolah

3.6.2 Pengukuran

1. Menentukan populasi target dan populasi terjangkau dari penelitian.
2. Menentukan sampel penelitian yang diperoleh dari populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi. Penentuan sample penelitian sebesar 107 subyek dilakukan menggunakan *simple random sampling* dengan bantuan tabel angka random.
3. Memberikan lembar persetujuan untuk diwawancarai.
4. Mengumpulkan data melalui pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner. Pengisian kuesioner akan didampingi oleh peneliti.
5. Mengolah data penelitian yang didapat secara statistik untuk mengetahui apakah terdapat hubungan bermakna atau tidak dalam penelitian ini.
6. Membuat kesimpulan penelitian

3.7 Alur Penelitian



3.8 Identifikasi Variabel

Variabel bebas :Jenis Kelamin, Pengalaman menderita DBD, Jumlah Sumber Informasi, Sumber Informasi yang Paling Berkesan,

Variabel tergantung :Tingkat Pengetahuan Mengenai pemberantasan vektor DBD

Variabel perancu : Aktivitas, Usia, Ekonomi Keluarga, Pendidikan Orang Tua

3.9 Pengumpulan Data dan Manajemen Penelitian

Data untuk penelitian ini merupakan data primer yang dikumpulkan atau didapatkan dengan cara mengajukan kuesioner kepada seluruh responden.

Setelah pembuatan kuesioner selesai, langkah selanjutnya adalah melakukan uji validitas. Uji tersebut dilakukan untuk mengetahui apakah setiap

pertanyaan sudah dimengerti responden, urutan pertanyaan dalam kuesioner apakah sudah sesuai dengan jawaban responden dan memperkirakan durasi wawancara tidak terlalu lama.

Pengambilan data responden dilakukan secara langsung tanpa pemberitahuan terlebih dahulu kepada masyarakat di lokasi penelitian, sehingga validitas dan reabilitas responden dapat dipertanggungjawabkan. Pelaksanaan pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan oleh peneliti dibantu kader dari kelurahan.

3.10 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan melalui proses *editing*, pengkodean, data *entry*, dan perekaman data menggunakan program SPSS 17.0. Setelah itu dilakukan verifikasi data

.

3.11 Analisis Data

3.11.1 Analisis Univariat

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

3.11.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Dalam penelitian ini dilakukan analisis data menggunakan *chi-square* dan *kolmogorov smirnov*.

3.12 Batasan Operasional

3.12.1. Data Umum

1. Responden adalah murid MTs Bayah yang terdaftar pada waktu dan tempat penelitian baik laki-laki maupun perempuan.
2. 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.

3. Riwayat sakit DBD adalah pernahkah responden atau keluarga responden mengalami sakit DBD. Riwayat sakit DBD dapat membuat responden tahu bagaimana gejala DBD.

3.8.2. Data Khusus

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:

1. Pengetahuan baik adalah jika nilai responden memenuhi 80% dari nilai maksimal setiap pengetahuan pada masing-masing variabel dependen.
2. Pengetahuan cukup adalah jika nilai responden memenuhi 60 – 79% dari nilai maksimal setiap pengetahuan pada masing-masing variabel dependen
3. Pengetahuan kurang adalah jika nilai responden memenuhi <59% dari nilai maksimal pengetahuan pada masing-masing variabel dependen.

Penyuluhan yang dilakukan satu bulan sebelum penelitian adalah penyuluhan yang dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tingkat II. Materi penyuluhan berupa vektor dan pemberantasannya, pencegahan, gejala serta pertolongan pertama DBD. Murid madrasah menjawab pertanyaan dalam kuesioner yang diberikan pewawancara. Setelah dijawab, pewawancara membahas jawaban yang benar dari kuesioner dalam bentuk penyampaian lisan sehingga diharapkan murid madrasah mengerti.

3.13 Sarana Kegiatan

3.13.1 Tim Peneliti

Penelitian dilakukan oleh mahasiswa tingkat II Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia beserta satu orang pembimbing, yaitu:

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

Peneliti : Ahmad Fadhlán

Anndrea Ilham Kurniawan

Dimas Putra Asmoro

Elfikri Asril

M. Arvianda Kevin

3.13.2 Fasilitas

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

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1 Data Umum

Kecamatan Bayah berada 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 Cilograng.⁹

MTs Negeri Bayah Timur merupakan sebuah MTs yang terletak di Kecamatan Bayah, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten. Jumlah murid yang terdaftar di Madrasah Tsanawiyah Negeri Bayah adalah 371 orang. Didapatkan mayoritas sebaran umur berada pada rentang 12-14 tahun.

Jumlah murid perempuan (55,8%) lebih banyak dari jumlah murid laki-laki (44,2%). Jumlah kelas pada Madrasah Tsanawiyah Negeri Bayah adalah 12 kelas, masing-masing 4 kelas pada tiap tingkatannya. Pada kelas VII jumlah murid adalah 112 orang, dengan jumlah murid laki-laki 43 orang dan murid perempuan 69 orang. Pada kelas VIII jumlah murid adalah 132 orang, dengan jumlah murid laki-laki 65 orang dan murid perempuan 67 orang. Sedangkan pada kelas IX jumlah murid adalah 127 orang, dengan jumlah murid laki-laki 56 orang dan murid perempuan 71 orang.

4.2 Data Khusus

Survei dilakukan terhadap 107 responden, namun responden yang datanya dapat dianalisis adalah 104 orang. Jumlah tersebut sudah mencukupi kriteria minimal yang diperlukan dalam penelitian ini yaitu 97 responden. Sebaran responden berdasarkan usia didapatkan 50 orang (48,1%) responden berusia kurang dari 12 tahun, sedangkan 54 orang (51,9 %) responden berusia lebih dari 12 tahun.

Tabel 4.2.1 Sebaran Responden Berdasarkan Jenis kelamin dan Pengalaman Menderita DBD

Variabel	Kategori	Jumlah (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	43 (41,3)
	Perempuan	61 (58,7)
Pengalaman Menderita DBD	Pernah	11 (10,6)
	Tidak Pernah	93 (89,4)

Pada Tabel 4.2.1 tampak bahwa responden perempuan lebih banyak (58,7%) daripada laki-laki (41,3%) Pada sebaran responden berdasarkan pengalaman menderita DBD, sebagian besar responden menyatakan tidak pernah menderita DBD (89,4%).

Tabel 4.2.2 Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Sumber Informasi

Jumlah Sumber Informasi	Jumlah (%)
Tidak mendapat informasi	0 (0)
Hanya 1 sumber informasi	15 (14,4)
2 sumber informasi	30 (28,8)
3 sumber informasi	30 (28,8)
4 sumber informasi	20 (19,2)
5 sumber informasi	3 (2,9)
6 sumber informasi	6 (5,8)

Dari Tabel 4.2.2 diketahui bahwa responden paling banyak mendapat informasi mengenai DBD dari dua dan tiga sumber informasi (masing masing 28,8%). Tidak ada responden yang tidak mendapat informasi mengenai DBD.

Tabel 4.2.3 Sebaran Responden Berdasarkan Sumber Informasi Paling Berkesan

Sumber Informasi Paling Berkesan	Jumlah (%)
Petugas kesehatan	62 (59,6)
Media cetak	4 (3,8)
Media elektronik	32 (30,8)
Kegiatan setempat	0 (0)
Keluarga	3 (2,9)
Tetangga	3 (2,9)
Lain-lain	0 (0)
Tidak pernah mendapat informasi	0 (0)

Pada Tabel 4.2.3 tampak bahwa sumber informasi mengenai DBD yang paling berkesan didapat dari petugas kesehatan(59,6%). Tidak ada responden yang menyatakan kegiatan setempat sebagai sumber informasi paling berkesan.

Tabel 4.2.4 Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden
Mengenai Pemberantasan Vektor DBD

Tingkat Pengetahuan	Jumlah(%)
Baik	14 (13,5)
Cukup	40 (38,5)
Kurang	50 (48,1)

Dari Tabel 4.2.4 terlihat bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang kurang mengenai pemberantasan vektor DBD, yaitu sebesar 48,1%.

Tabel 4.2.5 Total Skor Berdasarkan Tiap Pertanyaan Kuesioner

Pertanyaan	Skor (%)	Skor Maks
1. Jentik nyamuk penular demam berdarah dapat diberantas dengan..	360 (69,2)	520
2. Tindakan yang dapat mencegah gigitan nyamuk adalah....	323 (62,1)	520
3. Kapan seharusnya dilakukan pengasapan (<i>fogging</i>)?	110 (21,2)	520
4. Bagaimana pengasapan (<i>fogging</i>) yang benar?	361 (69,4)	520

Dari Tabel 4.2.5 dapat dilihat bahwa pertanyaan ke empat mengenai cara pengasapan (*fogging*) yang benar, merupakan pertanyaan yang paling banyak dijawab dengan benar(69,4%). Sementara itu, pertanyaan ke tiga mengenai waktu pengasapan (*fogging*) adalah pertanyaan yang paling sedikit dijawab dengan benar (21,2%).

Tabel 4.2.6 Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan Vektor DBD dan Faktor-Faktor yang Berhubungan

Variabel	Kategori	Tingkat Pengetahuan			p	Uji
		Baik	Cukup	Kurang		
Jenis Kelamin	Laki-laki	8 (18,6%)	16 (37,2%)	19 (44,1%)	0,427	<i>Chi-square</i>
	Perempuan	6 (9,83%)	24 (39,3%)	31 (50,8%)		
Jumlah Sumber Informasi	≤ 3 sumber informasi	12 (16%)	24 (32%)	39 (52%)	0,079	<i>Chi-square</i>
	> 3 sumber informasi	2 (6,9%)	16 (55,2%)	11 (37,9%)		
Sumber Informasi yang Paling Berkesan	Media (cetak, elektronik)	6 (16,7%)	14 (38,9%)	16 (44,4%)	0,751	<i>Chi-square</i>
	Non-media (petugas kesehatan, keluarga, tetangga)	8 (11,8%)	26 (38,2%)	34 (50%)		
Pengalaman Menderita DBD	Pernah Menderita DBD	4 (36,4%)	3 (27,3%)	4 (36,4%)	0,539	Kolmogorov-smirnov
	Tidak Pernah Menderita DBD	10 (10,8%)	37 (39,8%)	46 (49,5%)		

Tabel 4.2.6 menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan responden mengenai pemberantasan vektor DBD dengan jenis kelamin, jumlah sumber informasi, serta sumber informasi yang paling berkesan. Tingkat pengetahuan responden mengenai pemberantasan vektor DBD dengan pengalaman menderita DBD juga tidak terdapat perbedaan bermakna.

BAB 5

DISKUSI

Penyuluhan kesehatan bertujuan untuk memberikan/meningkatkan pengetahuan seseorang maupun masyarakat, dalam hal ini pengetahuan mengenai vektor DBD dan pembertantasannya. Dengan pengetahuan yang dimilikinya diharapkan masyarakat memahami pentingnya upaya pemberantasan vektor untuk mencegah dan memberantas DBD.

Pada penelitian ini penyuluhan mengenai pemberantasan vektor dilakukan pada murid sekolah di Kecamatan Bayah yaitu MTs yang telah mendapat penyuluhan DBD khususnya pemberantasan vektor, satu bulan sebelum survei. Hasil yang didapat menunjukkan sebagian besar murid memiliki tingkat yang kurang mengenai pemberantasan vektor dan hanya 13,5% yang tergolong baik. Hasil penelitian ini berbeda dengan Sutrisno¹⁰ yang melaporkan bahwa terdapat peningkatan sikap dan pengetahuan yang signifikan terhadap PSN pada murid SD Negeri Cemeng I Sambungmacan Sragen setelah dilakukan penyuluhan. Pada penelitian yang dilakukan oleh Koenraad et al.¹¹ didapatkan hasil bahwa tingkat pengetahuan mengenai DBD berbanding lurus terhadap pencegahan DBD.

Salah satu hal yang menyebabkan pengetahuan murid MTs tergolong kurang adalah penyuluhan dilakukan hanya sekali yaitu satu bulan sebelum survei. Hal tersebut menyebabkan murid MTs lupa akan materi penyuluhan yang diberikan. Kemungkinan lainnya adalah materi yang disampaikan kurang dimengerti oleh murid karena penyuluhan diberikan oleh mahasiswa yang belum berpengalaman.

Berdasarkan hasil di atas, untuk mendapat hasil penyuluhan yang baik hendaknya penyuluhan dilakukan terus menerus secara berkala. Amri et al.¹² melaporkan penyuluhan yang dilakukan setiap bulan selama tiga bulan berturut-turut dapat meningkatkan pengetahuan pekerja perkebunan dan menurunkan prevalensi cacangan pada pekerja tersebut.

Penyuluhan sebaiknya disajikan dalam berbagai bentuk dan dikemas dengan baik agar mudah dimengerti. Pasaribu¹³ melaporkan bahwa penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah tanya jawab memiliki pengaruh yang lebih baik dari metode buku dalam meningkatkan tingkat pengetahuan.

5.1 Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan vektor DBD dan Hubungannya dengan Jenis Kelamin

Secara umum, diketahui perempuan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan laki-laki karena perempuan lebih banyak berbicara, bertukar pikiran, dan lebih banyak menggunakan media informasi. Hal tersebut sesuai dengan yang dikemukakan oleh Benthem et al¹⁴ yang menyatakan perempuan memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai DBD (OR 1,31; 95% CI: 1.03–1,67).

Pada penelitian ini ternyata tidak terdapat perbedaan bermakna pada tingkat pengetahuan mengenai pemberantasan vektor DBD antara murid laki-laki dan perempuan (uji *chi-square*; $p > 0,05$). Hal itu berarti jenis kelamin tidak berhubungan dengan tingkat pengetahuan mengenai pemberantasan vektor DBD. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Beckett et al¹⁵ di Jakarta pada tahun 2000 yang menyatakan tingkat pengetahuan mengenai DBD tidak berhubungan dengan jenis kelamin. Sehubungan dengan hal tersebut dalam melakukan promosi kesehatan, sebaiknya dilakukan secara menyeluruh tanpa membedakan jenis kelamin.

5.2 Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan vektor DBD dan Hubungannya dengan Pengalaman Menderita DBD

Secara umum, semakin sering seseorang mengalami/melakukan sesuatu maka ia akan semakin mengerti akan hal tersebut. Penelitian yang dilakukan oleh Kittigul et al.¹⁶ melaporkan bahwa ibu yang anaknya pernah menderita DBD punya pengetahuan yang lebih baik mengenai DBD dibanding ibu yang anaknya tidak pernah menderita DBD.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara pengalaman menderita DBD dengan pengetahuan mengenai pemberantasan vektor DBD (uji kolmogorov-smirnov: $p > 0,05$). Oleh karena itu dalam melakukan penyuluhan sebaiknya dilakukan secara menyeluruh tanpa melihat apakah responden pernah menderita DBD atau tidak. Selain itu, edukasi hendaknya diberikan petugas kesehatan kepada pasien yang sedang mengalami penyakit DBD, dengan harapan pasien tersebut mempunyai pengetahuan yang baik

mengenai DBD dan dapat mencegah terjadinya penyakit DBD baik pada keluarganya maupun pada dirinya sendiri.

5.3 Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan vektor DBD dan Hubungannya dengan Jumlah Sumber Informasi

Informasi adalah sumber dari pengetahuan. Semakin banyak jumlah informasi, semakin tinggi pula tingkat pengetahuan yang dipunyai. Hal itu didukung oleh Dian¹⁷ yang menyatakan bahwa banyaknya sumber informasi yang diterima berbanding lurus dengan pengetahuan yang dimiliki.

Pada penelitian ini, dari hasil uji *chi-square* tidak didapatkan perbedaan bermakna ($p > 0,05$) antara banyaknya sumber informasi dengan pengetahuan pemberantasan vektor DBD. Dengan tidak terdapatnya perbedaan bermakna antara jumlah sumber informasi dan pengetahuan responden mengenai pemberantasan vektor DBD, dapat disimpulkan bahwa jumlah sumber informasi tidak berhubungan terhadap pengetahuan mengenai pemberantasan vektor DBD.

5.4 Pengetahuan Responden Mengenai Pemberantasan vektor DBD dan Sumber Informasi yang Paling Berkesan

Penyampaian informasi dikatakan berhasil jika informasi tersebut dapat menimbulkan kesan bagi yang menerima informasi. Informasi yang diberikan dapat disampaikan dalam berbagai media dan berbagai cara. Perbedaan media dan cara menyampaikan tersebut dapat menimbulkan kesan yang berbeda pula pada orang yang menerima informasi. Hasil penelitian yang dilakukan Denayora,¹⁸ menyatakan terdapat perbedaan bermakna antara variabel sosialisasi (komunikator, pesan dan media) dengan tingkat pengetahuan. Selain itu, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pulungan¹⁹, didapatkan hasil bahwa penyuluhan dengan menggunakan metode ceramah dan film lebih bermakna dalam meningkatkan pengetahuan dokter kecil tentang PSN-DBD dibandingkan penyuluhan dengan menggunakan metode ceramah dan pamflet

Hasil penelitian ini menunjukkan 65,4% responden menyatakan sumber informasi yang paling berkesan adalah sumber non-media seperti tetangga dan petugas kesehatan, sedangkan 34,6% responden menyatakan yang paling berkesan

adalah media (elektronik dan cetak). Meskipun demikian, dari uji *chi-square* didapatkan $p > 0,05$ yang berarti perbedaan tersebut tidak bermakna. Hal tersebut menunjukkan tingkat pengetahuan mengenai pemberantasan vektor DBD tidak berhubungan dengan sumber informasi yang paling berkesan. Dengan demikian, semua media informasi dapat digunakan dalam memberikan penyuluhan kesehatan.

Dalam memberikan penyuluhan, materi penyuluhan harus dikemas dalam bentuk yang menarik agar mudah dipahami. Petugas kesehatan juga harus bersifat komunikatif agar murid yang menerima penyuluhan lebih antusias.

Dari segi media elektronik, sebenarnya televisi merupakan media yang baik untuk melakukan penyuluhan. Siaran televisi dapat menayangkan film mengenai iklan layanan masyarakat tentang DBD secara menarik, lengkap dan mudah dipahami.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Karakteristik responden paling banyak perempuan. Sebagian besar responden tidak pernah menderita DBD. Responden paling banyak menerima 2 dan 3 sumber informasi. Petugas kesehatan adalah sumber informasi berkesan yang paling banyak dipilih responden.
2. Tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pemberantasan vektor DBD tergolong kurang.
3. Tingkat pengetahuan murid MTs mengenai pemberantasan vektor DBD tidak berhubungan dengan jenis kelamin, riwayat menderita DBD dan sumber informasi

6.2 Saran

1. Tingkat pengetahuan murid perlu ditingkatkan dengan memberikan penyuluhan yang menarik dan mudah dimengerti. Pemberi penyuluhan dapat menggunakan cara yang lebih interaktif seperti melalui permainan atau kuis.
2. Tingkat pengetahuan dapat ditingkatkan dengan memberikan penyuluhan secara rutin tanpa memperhatikan kelompok usia, jenis kelamin dan jenis sumber informasi yang akan diberikan.
3. Materi penyuluhan dapat ditekankan pada poin-poin mengenai waktu dan kondisi yang tepat untuk melakukan *fogging*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kusriastuti R. Kebijakan penanggulangan DBD di Indonesia. Jakarta: Depkes RI; 2005.
2. Profil Puskesmas Bayah tahun 2008. 2008; p24-34.
3. Sudoyo, Aru W, et al. eds. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. 4th Ed. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen IPD FKUI. 2006; 3: 1709-1713.
4. World Health Organization. Dengue hemorrhagic fever: diagnosis, treatment, prevention and control. Geneva: The Organization; 1997
5. 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
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Petunjuk pelaksanaan
7. Departemen Kesehatan RI. Petunjuk pelaksanaan larvasidasi masal. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman
8. Departemen kesehatan. Petunjuk teknis penggerakan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) demam berdarah dengue. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman
9. Kwatrin E. Profil Puskesmas Bayah tahun 2007
10. 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.
11. Koenraad 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, pp. 692-700

12. Amri Z, Rivai A. Penurunan prevalensi penyakit cacing usus dan peningkatan pencapaian target pemetik teh di perkebunan teh x Jawa Barat. 21 APOSHO annual meeting and conference; 7 September 2005: Denpasar
13. Pasaribu HER. Perbandingan Penyuluhan Kesehatan Metode Ceramah Tanya Jawab Dengan Penyuluhan Kesehatan Menggunakan Buku Kecacingan Dalam Mencegah Reinfeksi *Ascaris lumbricoides* Pada Anak Sekolah Dasar[Tesis] Semarang: Program Pascasarjana Ilmu Biomedik UNDIP; 2005
14. Benthem BHBV, Khantikul N, Panart K, Kessels JP, Somboon P, Oskam L. Knowledge and use of prevention measures related to dengue in northern Thailand. *Tropical Medicine and International Health*. Volume 7 no 11 pp 993–1000 November 2002.
15. Beckett CG, Kosasih H, Tan R, Widjaja S, Listianingsih E, Ma'roef C, Wuryadi S, Alisjahbana B, Rudiman I, Mcardle JI, Porter Kr. Enhancing Knowledge And Awareness Of Dengue During A Prospective Study Of Dengue Fever. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. Volume 35 no. 3 pp 614-7 September 2004.
16. Kittigul K, Suankeow K, Sujirat, D, Yoksan S. Dengue hemorrhagic fever: knowledge, attitude and practice in ang thong province, Thailand *Southeast Asian j trop med public health*. Vol 34 No. 2 June 2003.
17. Dian RR. Hubungan karakteristik, status sosial ekonomi responden dan sumber informasi dengan pengetahuan dan sikap mengenai HIV/AIDS pada siswa SMUN 41 Jakarta Utara tahun 2002 [skripsi]. Jakarta: FKMUI; 2002
18. Denayora YR. Pengaruh Sosialisasi Tata Cara Contreng Terhadap Tingkat Pengetahuan Pemilih Pemula pada Mahasiswa Baru Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Indonesia [skripsi]. Jakarta: FISIP UI; 2009
19. Pulungan R. Pengaruh Metode Penyuluhan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Dokter Kecil Dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Helvetia Tahun 2007[Tesis]Sumatera Utara: Sekolah Pasca Sarjana USU; 2008.

Lampiran 1. Tabel SPSS

Frequency Table

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	43	41.3	41.3	41.3
Perempuan	61	58.7	58.7	100.0
Total	104	100.0	100.0	

Pernahkah Sakit DBD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	11	10.6	10.6	10.6
Tidak	93	89.4	89.4	100.0
Total	104	100.0	100.0	

Frekuensi Jenis Informasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	15	14.4	14.4	14.4
2.00	30	28.8	28.8	43.3
3.00	30	28.8	28.8	72.1
4.00	20	19.2	19.2	91.3
5.00	3	2.9	2.9	94.2
6.00	6	5.8	5.8	100.0
Total	104	100.0	100.0	

Sumber Informasi Paling Berkesan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Petugas Kesehatan	62	59.6	59.6	59.6
Media Cetak	4	3.8	3.8	63.5
Media Elektronik	32	30.8	30.8	94.2
Keluarga	3	2.9	2.9	97.1
Tetangga	3	2.9	2.9	100.0
Total	104	100.0	100.0	

(Lanjutan)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Interpretasi Skor Pemberantasan vektor * Jenis Kelamin	104	100.0%	0	.0%	104	100.0%
Interpretasi Skor Pemberantasan vektor * Frekuensi Jenis Info Fix	104	100.0%	0	.0%	104	100.0%
Interpretasi Skor Pemberantasan vektor * Pernahkah Sakit DBD	104	100.0%	0	.0%	104	100.0%
Interpretasi Skor Pemberantasan vektor * Sumber Berkesan Gabungan	104	100.0%	0	.0%	104	100.0%

Interpretasi Skor Pemberantasan vektor * Jenis Kelamin Crosstab

Count

		Jenis Kelamin		Total
		Laki-laki	Perempuan	
Interpretasi Skor Pemberantasan vektor	Pengetahuan Baik (>=16)	8	6	14
	Pengetahuan Sedang (12-15)	16	24	40
	Pengetahuan Buruk (<12)	19	31	50
Total		43	61	104

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.701 ^a	2	.427
Likelihood Ratio	1.675	2	.433
Linear-by-Linear Association	1.196	1	.274
N of Valid Cases	104		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.79.

(Lanjutan)

Interpretasi Skor Pemberantasan vektor * Frekuensi Jenis Info Fix

Crosstab

Count

		Frekuensi Jenis Info Fix		Total
		Mendapat Informasi <= 3 Jenis	Mendapat Informasi >= 4 Jenis	
Interpretasi Skor Pemberantasan vektor	Pengetahuan Baik (>=16)	12	2	14
	Pengetahuan Sedang (12-15)	24	16	40
	Pengetahuan Buruk (<12)	39	11	50
Total		75	29	104

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.068 ^a	2	.079
Likelihood Ratio	5.092	2	.078
Linear-by-Linear Association	.103	1	.748
N of Valid Cases	104		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.90.

Interpretasi Skor Pemberantasan vektor * Pernahkah Sakit DBD

Crosstab

Count

		Pernahkah Sakit DBD		Total
		Ya	Tidak	
Interpretasi Skor Pemberantasan vektor	Pengetahuan Baik (>=16)	4	10	14
	Pengetahuan Sedang (12-15)	3	37	40
	Pengetahuan Buruk (<12)	4	46	50
Total		11	93	104

(Lanjutan)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.544 ^a	2	.063
Likelihood Ratio	4.277	2	.118
Linear-by-Linear Association	2.946	1	.086
N of Valid Cases	104		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.48.

Interpretasi Skor Pemberantasan vektor * Sumber Berkesan Gabungan

Crosstab

Count

		Sumber Berkesan Gabungan		Total
		Sumber Informasi Media	Sumber Informasi Non-Media	
Interpretasi Skor Pemberantasan vektor	Pengetahuan Baik (>=16)	6	8	14
	Pengetahuan Sedang (12-15)	14	26	40
	Pengetahuan Buruk (<12)	16	34	50
Total		36	68	104

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.574 ^a	2	.751
Likelihood Ratio	.563	2	.755
Linear-by-Linear Association	.514	1	.473
N of Valid Cases	104		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.85.

(Lanjutan)

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Frequencies

	Pernah kah Sakit DBD	N
Interpretasi Skor Pemberantasan vektor	Ya	11
	Tidak	93
	Total	104

Test Statistics^a

	Interpretasi Skor Pemberantasan vektor
Most Extreme Differences Absolute	.256
Positive	.000
Negative	-.256
Kolmogorov-Smirnov Z	.803
Asymp. Sig. (2-tailed)	.539

a. Grouping Variable: Pernahkah Sakit DBD

Lampiran 2. Kuesioner

Isi dan lingkariilah jawaban berdasarkan pilihan jawaban. (mohon dijawab sejujur-jujurnya dan jangan ada yang dikosongkan. Jawaban dan identitas anda akan kami rahasiakan)

DATA PRIBADI

1. Jenis kelamin: laki/perempuan
2. Usia:
3. Kelas berapa:

4. Sumber informasi tentang DBD (boleh lebih dari satu jawaban)
 - a. Petugas kesehatan (bidan, perawat, dokter)
 - b. Media cetak (koran, majalah)
 - c. Media elektronik (televisi, radio)
 - d. Kegiatan setempat (penyuluhan, arisan, pengajian)
 - e. Keluarga
 - f. Tetangga
 - g. Lain-lain
 - h. Tidak pernah mendapat informasi

5. Sumber informasi yang paling berkesan: **hanya satu jawaban**
 - a. Petugas kesehatan (bidan, perawat, dokter)
 - b. Media cetak (koran, majalah)
 - c. Media elektronik (televisi, radio)
 - d. Kegiatan setempat (penyuluhan, arisan, pengajian)
 - e. Keluarga
 - f. Tetangga
 - g. Lain-lain
 - h. Tidak pernah mendapat informasi

(Lanjutan)

Lingkarilah jawaban yang sesuai

1. Penyakit demam berdarah ditularkan oleh.....
 - a. nyamuk
 - b. kuman
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....
2. Penyebab demam berdarah adalah.....
 - a. virus
 - b. kuman
 - c. nyamuk
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya....
3. Nyamuk penular demam berdarah senang beristirahat di.....
 - a. dekat cahaya lampu
 - b. pakaian yang tergantung
 - c. kolong tempat tidur
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya.....
4. Apakah ciri-ciri nyamuk penular demam berdarah?
 - a. warna hitam bintik-bintik putih
 - b. warna coklat bintik-bintik putih
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....
5. Dimanakah biasanya nyamuk penular demam berdarah berkembang biak?
(jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. bak mandi
 - b. kaleng bekas
 - c. comberan
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya.....
6. Kapan waktu nyamuk penular demam berdarah biasa menggigit orang?
 - a. Sepanjang siang
 - b. Sepanjang malam
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya.....
7. Demam berdarah dapat memberikan gejala berupa.....
 - a. demam tinggi mendadak
 - b. Mimisan
 - c. Bintik-bintik merah pada kulit
 - d. Mual dan muntah
 - e. Lemah lesu
 - f. Lainnya.....

(Lanjutan)

8. Bagaimanakah pola demam pada penyakit demam berdarah dengue?

- a. seperti pelana kuda
 - b. demam tinggi yang menetap lebih dari tiga hari
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya...
9. Jika pasien demam tinggi, tindakan yang harus dilakukan adalah..... (jawaban boleh lebih dari 1)
- a. minum obat penurun panas
 - b. pergi ke dokter/puskesmas
 - c. pergi ke orang pintar/ustadz/haji
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya.....
10. Pasien demam harus dibawa ke rumah sakit jika... (jawaban boleh lebih dari 1)
- a. demam tidak turun lebih dari tiga hari
 - b. berkeringat dingin
 - c. pasien mengantuk atau tidur terus
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya.....
11. Setelah pemeriksaan darah, perlu dicurigai demam berdarah dengue, jika....
- a. trombosit turun
 - b. trombosit naik
 - c. tidak tahu
 - d. lainnya....
12. Pertolongan pertama pada penderita demam berdarah adalah.....(boleh lebih dari satu jawaban)
- a. banyak minum
 - b. kompres air
 - c. minum antibiotik
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya.....
13. Apakah yang dimaksud dengan gerakan 3M? (jawaban boleh lebih dari 1)
- a. menguras bak mandi
 - b. menutup tempat penampungan air
 - c. mengubur barang bekas
 - d. memasak air yang akan diminum
 - e. tidak tahu
 - f. lainnya.....
14. Berapa kali kita harus menguras tempat penampungan air, seperti bak mandi/drum yang berisi air?
- a. seminggu sekali
 - b. dua minggu sekali
 - c. satu bulan sekali
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya....

(Lanjutan)

15. Bagaimanakah cara menguras bak mandi yang benar untuk memberantas jentik *Aedes aegypti*? (boleh lebih dari satu jawaban)
 - a. menggosok dinding dalam bak mandi
 - b. mengganti air saja
 - c. memberikan antiseptik pada air bak
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya....
16. jika bak mandi telah dikuras secara rutin seminggu sekali, apakah masih perlu menaburkan serbuk pemberantas jentik?
 - a. tidak perlu
 - b. perlu
 - c. tidak tahu
17. Jentik nyamuk penular demam berdarah dapat diberantas dengan.. (jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. serbuk abate
 - b. tidak tahu
 - c. lainnya....
18. Tindakan yang dapat mencegah gigitan nyamuk adalah..... (centang pilihan anda)
 - a. memakai penolak nyamuk (autan, lavender, soffel)
 - b. melakukan penyemprotan dengan obat yang dibeli di toko (baygon, hit)
 - c. memasang obat nyamuk bakar
 - d. lainnya.....
19. Kapan seharusnya dilakukan pengasapan (*fogging*)....
 - a. jika ada yang terkena demam berdarah dengue di lingkungan rumah
 - b. berkala 1 bulan sekali
 - c. berkala 1 minggu sekali
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya....
20. Bagaimana pengasapan (*fogging*) yang benar? (jawaban boleh lebih dari 1)
 - a. di dalam rumah
 - b. di halaman rumah
 - c. di jalan/gang
 - d. tidak tahu
 - e. lainnya....