



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU RESPONDEN
DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD)
DI KECAMATAN BEBESAN KABUPATEN ACEH TENGAH
TAHUN 2012**

SKRIPSI

**DERMALA SARI
1006819094**

**PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KEBIDANAN KOMUNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU RESPONDEN DENGAN
KEJADIAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD)
DI KECAMATAN BEBESAN KABUPATEN ACEH TENGAH
TAHUN 2012**

SKRIPSI

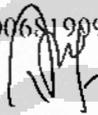
**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**OLEH
DERMALA SARI
1006819094**

**PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KEBIDANAN KOMUNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Dermala Sari
NPM : 1006819094
Tanda Tangan : 
Tanggal : 5 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Dermala Sari

NPM : 1006819094

Program studi : Kebidanan Komunitas

Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan Dan Perilaku Responden Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Pada Program Studi Kebidanan Komunitas , Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Sri Tjahyani Budi Utami, drg M.Kes (.....)

Penguji : Prof. Dr.dr.I Made Djaya, SKM, M.sc (.....)

Penguji : Rina F. Bahar, SKM, M.Kes (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 5 Juli 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Dermala Sari
NPM : 1006819094
Mahasisiwi Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2010/2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi/tesis/disertasi*) saya yang berjudul : Hubungan Pengetahuan Dan Perilaku Responden Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2012

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang Telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 5 Juli 2012

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Skripsi dengan judul Hubungan Pengetahuan Dan Perilaku Responden Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2012 dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Dalam penulisan Skripsi ini penulis banyak menerima bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Sri Tjahyani Budi Utami, drg M.Kes selaku Pembimbing Akademik yang telah meluangkan waktu ditengah kesibukannya untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penulisan skripsi ini.
2. Prof. Dr.dr.I Made Djaya, SKM,M.sc sebagai penguji I yang telah banyak memberikan bimbingan, masukan dan saran dalam penyusunan Skripsi ini.
3. Ibu Rina,F. Bahar selaku penguji II yang telah banyak memberikan masukan dan saran dalam penyusunan skripsi ini.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tengah yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengadakan penelitian.
5. Kepala Puskesmas Bebesen, Kabupaten Aceh Tengah yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengadakan penelitian.
6. *My Lovely family in Takengon* ,Ayahanda Isa Umar (almarhum) dan Ibunda Nurhayati (almarhumah), yang selalu menginspirasi semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini.
7. Suami dan Anak-anakku tersayang (Dimas dan Akmal, you are the best, jadilah anak yang selalu belajar mencintai Allah dan rasul) yang telah dengan sepenuh hati memberikan dukungan terbesar dan semangat sehingga bunda dapat menyelesaikan Skripsi ini.

8. Seluruh rekan-rekan di Kebidanan Komunitas angkatan III yang telah ikut memberikan bantuan sehingga Skripsi ini dapat diselesaikan, khususnya buat Ance Papua, Beb Pandeglang, Duwi dan April Madiun, kebersamaan kita ga akan terlupakan.
9. Special thanks buat teman-teman terkasih, kelas A dari Sabang sampe Merauke , dari abjad A sampai E, semua, maaf terkadang aku sering ngomel, hanya untuk sesuatu yang kecil.

Selanjutnya dengan lapang dada dan tangan terbuka penulis menerima saran dan kritikan yang bersifat membangun sehingga Skripsi yang sederhana ini dapat bermanfaat bagi yang memerlukannya. Amin ya Rabbal 'Alamin...

Depok , 5 juli 2012

Penulis

DERMALASARI

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN ILMIAH

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

Nama : Dermala Sari
NPM : 1006819094
Program Study : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi
Tahun Akademik : 2010/2012

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Nonklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : **Hubungan Pengetahuan Dan Perilaku Responden Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2012**

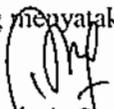
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti nonklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media /formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 5 Juli 2012

Yang menyatakan


(Dermala Sari)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Dermala Sari
NPM : 1006819094
Program Study : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2010/2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

Hubungan Pengetahuan Dan Perilaku Responden Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2012

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian pernyataan ini saya buat sebenar-benarnya.

Depok, 5 Juli 2012



(Dermala Sari)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dermala Sari
Tempat tanggal lahir : Banda Aceh, 23 Maret 1975
Jenis Kelamin : perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jalan Yos Sudarso, Ir. Attaubah Rw 6, Desa Bl.Kolak II
Takengon, Aceh Tengah
Email : akmalmaulana202@yahoo.com

Riwayat pendidikan :

| | |
|--|-----------|
| SD Negeri 1 Takengon | 1981-1987 |
| SMP Negeri 1 Takengon | 1987-1990 |
| SPK Depkes Meulaboh | 1990-1993 |
| D1 Kebidanan Depkes Meulaboh | 1993-1994 |
| D3 Kebidanan Muhammadiyah Banda Aceh | 2006-2008 |
| S1 (Ekt) Kebidanan Komunitas FKM UI Depok Jawa Barat | 2010-2012 |

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT PEMINATAN
KEBIDANAN KOMUNITAS**

Skripsi, Juli 2012

Dermala Sari

Hubungan Pengetahuan Dan Perilaku Responden Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2012

ABSTRAK

Sampai saat ini penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Kabupaten Aceh Tengah memiliki IR yang lebih tinggi dari pada IR nasional, yaitu sebesar 72,9/100.000 penduduk sedangkan IR nasional tahun 2010 hanya sebesar 55/100.000 penduduk. Dari 14 kecamatan, Kecamatan Bebesen termasuk daerah dengan kasus paling tinggi di wilayah kerja Kabupaten Aceh Tengah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor apa yang paling beresiko dengan kejadian demam berdarah *dengue* di wilayah tersebut. Jenis penelitian ini adalah diskriptip Kuantitatif dengan menggunakan metode survei dan wawancara dengan pendekatan *case control*. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 112 KK yang terdiri dari 56 kelompok kasus dan 56 kelompok control. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Total sampling* pada kelompok kasus dan *Simple Random Sampling* pada kelompok kontrol.

Hasil penelitian menunjukkan variable yang paling beresiko adalah penggunaan kelambu (OR=150,124) dan pelaksanaan PSN (OR=144,706). Pemerintah dan masyarakat harus bekerja sama dan lebih aktif agar bisa menurunkan angka kejadian DBD.

Kata kunci : Kejadian DBD, kelambu dan pelaksanaan PSN

Depok, Juli 2012

FACULTY OF PUBLIC HEALTH UNIVERSITY OF INDONESIA
GRADUATE PUBLIC HEALTH PROGRAM
SPECIALISATION in MIDWIFE COMMUNITY

Thesis, Juli 2012

Dermala Sari

The Relation Of Knowledge And Behavior Of Responder With Case of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) In Bebesen District Centre of Aceh The year 2012

ABSTRACT

Till now disease Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) still be one of health problem of public in Indonesia. Middle Aceh Sub-Province has higher level IR from at national IR, that is 72,9/100000 residents while national IR of the year 2010 only 55/100000 residents. Out of 14 districts, District of Bebesen is including area with highest case in job (activity region District Aceh Tengah). This research aim to know factor what which most ices with case of Dengue Hemorrhagic Fever in the region. This research type is diskriptif Kuantitatif by using survey method and interview with approach of case control. Sample in this research 112 KK. consisted of 56 Group of case and 56 group of control. Sampling technique applies Total Sampling at group of case and Simple Random Sampling at group of control.

Result of research shows variable which most ice is mosquito net usage (OR=150,124) and execution PSN (OR=144,706). The Government and public must cooperate and more actively that can reduce case number DHF.

Keyword : Case DBD, mosquito net and execution PSN

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|---------|
| Pernyataan Orisinalitas | iii |
| Halaman Pengesahan | iv |
| Surat Pernyataan | v |
| Kata Pengantar | vi |
| Abstrak | xi |
| Daftar Isi | xiii |
| Daftar Istilah/singkatan | xvii |
| Daftar Tabel | xviii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 3 |
| 1.3 Pertanyaan penelitian..... | 3 |
| 1.4 Tujuan Penelitian..... | 4 |
| 1.4.1 Tujuan Umum..... | 4 |
| 1.4.2 Tujuan Khusus..... | 4 |
| 1.5 Manfaat Penelitian..... | 4 |
| 1.6 Ruang Lingkup Penelitian..... | 5 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA. | |
| 2.1 Penyakit Demam Berdarah..... | 6 |
| 2.1.1. Defenisi | 6 |
| 2.1.2 Etiologi DBD..... | 7 |
| 2.1.3 Vektor Demam Berdarah (DBD)..... | 7 |
| 2.1.4 Bionomik Vektor..... | 8 |

| | |
|---|----|
| 1. Kesenangan tempat perindukan nyamuk (<i>Breeding places</i>)..... | 8 |
| 2. Kesenangan nyamuk menggigit/mendapat makanan (<i>Feeding Places</i>)..... | 8 |
| 3. Kesenangan nyamuk istirahat (<i>Resting Places</i>). | 8 |
| 4. Lingkungan Biologik..... | 9 |
| 5. Lingkungan fisik..... | 9 |
| 2.1.5 Epidemiologi Penyakit DBD..... | 11 |
| 2.1.6 Tanda dan Gejala Penyakit DBD..... | 15 |
| 2.1.7 Penularan Penyakit DBD..... | 16 |
| 2.2. Cara-Cara Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit DBD | |
| A. Pemberantasan Nyamuk dewasa..... | 18 |
| B. Pemberantasan Jentik..... | 19 |
| 1. Fisik..... | 19 |
| 2. Kimia..... | 20 |
| 3. Biologi | 21 |
| 2.3. Konsep Perilaku..... | 21 |
| 2.3.1 Perilaku | 21 |
| 2.3.2 Pengetahuan (<i>Knowledge</i>)..... | 22 |
| 2.3.3 Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian DBD.. | 25 |

BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFENISI

| | |
|--------------------------|----|
| 3.1 Kerangka Teori..... | 28 |
| 3.2 Kerangka Konsep..... | 29 |
| 3.3 hipotesis..... | 29 |

| | | |
|---------------|---|-----------|
| 3.4 | Defenisi Operasional..... | 30 |
| BAB 1V | METODE PENELITIAN..... | 32 |
| 4.1 | Desain Penelitian..... | 32 |
| 4.2 | Waktu dan Lokasi Penelitian..... | 32 |
| 4.3 | Populasi dan Sampel..... | 32 |
| 4.3.1 | Populasi | 32 |
| 4.3.2 | Sampel..... | 32 |
| 4.4 | Metode Pengumpulan Data | 33 |
| 4.4.1 | Sumber Data..... | 33 |
| 4.5 | Pengolahan Data..... | 34 |
| 4.6 | Analisis Data..... | 34 |
| 4.6.1 | Analisa Univariat..... | 34 |
| 4.6.2. | Analisa Bivariat..... | 34 |
| 4.6.3. | Analisa Multivariat..... | 35 |
| BAB V | HASIL PENELITIAN..... | 36 |
| 5.1 | Gambaran Umum Wilayah Penelitian..... | 36 |
| 5.1.1 | Keadaan Topografi..... | 36 |
| 5.1.2 | Karakteristik Demografi Puskesmas Bebesen..... | 37 |
| 5.1.3 | Fasilitas kesehatan..... | 38 |
| 5.1.4 | Gambaran Umum sector Ekonomi..... | 41 |
| 5.2 | Hasil Analisa Univariat..... | 41 |
| 5.2.1. | Pengetahuan Responden Tentang DBD..... | 41 |
| 5.2.2 | Kebiasaan Menggantung Pakaian..... | 42 |
| 5.2.3 | Kebiasaan Menggunakan Kelambu..... | 42 |
| 5.2.4 | Kebiasaan menggunakan lotion/ obat nyamuk | 43 |
| 5.2.5 | Pelaksanaan PSN..... | 43 |
| 5.3 | Hasil Bivariat | 44 |
| 5.3.1 | Hubungan antara pengetahuan masyarakat tentang DBD dengan kejadian DBD | 44 |

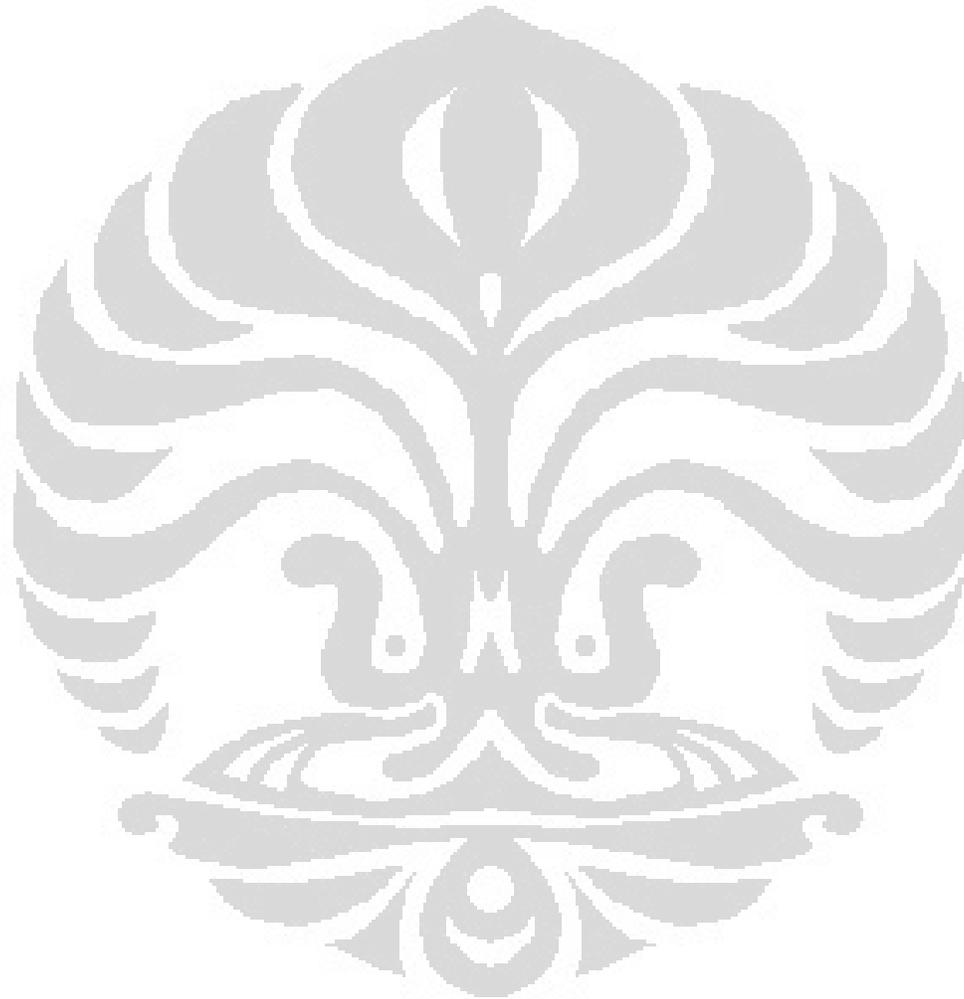
| | | |
|---------------|--|----|
| 5.3.2 | Hubungan antara menggantung pakaian bekas Pakai dengan kejadian DBD | 45 |
| 5.3.3. | Hubungan antara penggunaan kelambu dengan kejadian DBD | 46 |
| 5.3.4 | Hubungan antara penggunaan lotion anti nyamuk dengan kejadian DBD | 47 |
| 5.3.5 | Hubungan antara pelaksanaan PSN dengan kejadian DBD | 48 |
| 5.4 | Hasil Multivariat..... | 49 |
| 5.4.1 | faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian DBD | |
| 5.4.1 | seleksi Bivariat..... | 49 |
| 1.4.1. | pemodelan Multivariat..... | 49 |
| 1.4.1.1. | Analisis Multivariat tanpa kebiasaan menggunakan lotion anti nyamuk..... | 50 |
| 1.4.1.2 | Analisis Multivariat tanpa Pengetahuan.. | 51 |
| 1.4.2 | pemodelan terakhir..... | 52 |
| BAB VI | PEMBAHASAN | |
| 6.1. | Keterbatasan Penelitian | 53 |
| 6.2 | kejadian DBD..... | 53 |
| 6.3 | Hubungan Pengetahuan KK tentang DBD dengan kejadian DBD..... | 54 |
| 6.4 | Hubungan Menggantung Pakaian Bekas Pakai Dengan Kejadian DBD..... | 56 |
| 6.5 | Hubungan antara penggunaan kelambu KK dengan kejadian DBD..... | 57 |
| 6.6 | Hubungan Penggunaan Lotion Dengan Kejadian DBD.... | 59 |
| 6.7 | Hubungan antara pelaksanaan PSN dengan kejadian DBD.. | 60 |

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

| | | |
|-----|-----------------|----|
| 7.1 | Kesimpulan..... | 63 |
| 7.2 | Saran..... | 64 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Halaman

| | | |
|------------|---|----|
| Tabel 1.1 | Distribusi Frekuensi Penduduk Berdasarkan Kelompok Umur di Kecamatan Bebesen Tahun 2010..... | 37 |
| Tabel 1.2 | Distribusi Frekuensi Penduduk Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kecamatan Bebesen Tahun 2010..... | 38 |
| Tabel 1.3 | Fasilitas Kesehatan Di Puskesmas Bebesen Tahun 2010..... | 39 |
| Tabel 1.4 | Keadaan Tenaga Di Puskesmas Bebesen Tahun 2010..... | 39 |
| Tabel 1.5 | pencapaian Program Puskesmas Bebesen Tahun 2010..... | 40 |
| Tabel 1.6 | Kategori pengetahuan tentang DBD Di Kecamatan Bebesen Tahun 2010..... | 41 |
| Tabel 1.8 | Kategori Menggantungkan Pakaian Bekas Pakai Di Kecamatan Bebesen Tahun 2010..... | 42 |
| Tabel 1.9 | Kategori Penggunaan Kelambu Di Kecamatan Bebesen Tahun 2010..... | 42 |
| Tabel 1.10 | Kategori Penggunaan Lotion/Obat Nyamuk Bakar di Kecamatan Bebesen Tahun 2010..... | 43 |
| tabel 1.11 | Kategori Pelaksanaan PSN di kecamatan Bebesen Tahun 2010..... | 43 |

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabel 2.1 | Pengetahuan Masyarakat Tentang DBD Dengan Kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Tahun 2010..... | 44 |
| Tabel 2.2 | Menggantung Pakaian Bekas Pakai Dengan Kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Tahun 2010..... | 45 |
| Tabel 2.3 | Penggunaan Kelambu Dengan Kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Tahun 2010..... | 46 |
| Tabel 2.4 | Penggunaan Lotion Dengan Kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Tahun 2010..... | 47 |
| Tabel 2.5 | Pelaksanaan PSN Dengan Kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Tahun 2010..... | 48 |
| Tabel 3.1 | seleksi Bivariat..... | 49 |
| Tabel 3.2 | Hasil Pemodelan Multivariat..... | 49 |
| Tabel 3.3 | Hasil Pemodelan Multivariat Tanpa Kebiasaan Menggunakan Lotion Anti Nyamuk..... | 50 |
| Tabel 3.4 | Perubahan Nilai OR Tanpa Lotion Anti Nyamuk..... | 50 |
| Tabel 3.5 | Hasil Pemodelan Multivariat Tanpa Pengetahuan..... | 51 |
| Tabel 3.6 | Perubahan Nilai OR Tanpa Pengetahuan..... | 51 |
| Tabel 3.7 | Model Akhir Analisis Multi Variat..... | 52 |

Daftar Istilah/singkatan



| | |
|-----------|--|
| ABJ | : Angka Bebas Jentik |
| Bti | : <i>Bacillus thuringiensis var israeliensis</i> |
| CFR | : <i>Case Fatality Rate</i> |
| DBD | : Demam Berdarah <i>Dengue</i> |
| DD | : Demam <i>Dengue</i> |
| DHF | : <i>Dengue Hemorrhagic Fever</i> |
| Dinkes | : Dinas Kesehatan |
| IR | : <i>Insidence Rate</i> |
| JUMANTIK | : Juru Pemantau Jentik |
| KLB | : Kejadian Luar Biasa |
| KK | : Kepala Keluarga |
| P2M | : Pemberantasan Penyakit Menular |
| P2PL | : Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan |
| PSN | : Pemberantasan Sarang Nyamuk |
| RISKESDAS | : Riset Kesehatan Dasar |
| TPA | : Tempat Penampungan Air |
| 3M | : Menguras, Menutup dan Mengubur |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan salah satu penyakit menular yang mengakibatkan kematian yang cepat bagi penderitanya dan sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB)/Wabah. Di Asia Tenggara dimulai dengan laporan kasus Quintos (1954) tentang epidemic suatu penyakit dengan gejala-gejala panas, perdarahan akut dan shock di Filipina. Kemudian berbagai Negeri melaporkan pula epidemic dari pada penyakit yang hampir sama yakni Thailand 1958, Vietnam Utara 1958, Singapura 1960, Laos 1962, India 1963 (Lim 1965, Dirjen PPM & PLP Depkes RI, Tata Laksana Demam Dengue, 1999 dalam Setiawan, 2002 : 1).

Penyakit DBD di Indonesia pertama kali terjadi di Surabaya pada tahun 1968 dan di Jakarta dilaporkan pada tahun 1969. Pada tahun 1994 kasus DBD menyebar ke 27 provinsi di Indonesia. Sejak tahun 1968 angka kesakitan kasus DBD di Indonesia terus meningkat, tahun 1968 jumlah kasus DBD sebanyak 53 orang (*Incidence Rate/IR* 0.05/100.000 penduduk) meninggal 24 orang (42,8%). Pada tahun 1988 terjadi peningkatan kasus sebanyak 47.573 orang (*IR* 27,09/100.000 penduduk) dengan kematian 1.527 orang (3,2%) (Hadinegoro dan Satari, 2002). Jumlah kasus DBD cenderung menunjukkan peningkatan baik dalam jumlah maupun luas wilayah yang terjangkit, dan secara sporadis selalu terjadi KLB. KLB terbesar terjadi pada tahun 1988 dengan *IR* 27,09/100.000 penduduk, tahun 1998 dengan *IR* 35,19/100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate* (CFR) 2 %, pada tahun 1999 *IR* menurun sebesar 10,17/100.000 penduduk (tahun 2002), 23,87/100.000 penduduk (tahun 2003) (Kusriastusi, 2005).

Dalam kurun 3 tahun belakang ini, kasus DBD di Indonesia mengalami kenaikan yang signifikan (2008-2010), jumlah kasus tahun 2008 terdapat 137.469 kasus (*IR* 59,02), 1.187 meninggal, (CFR 0,86) lalu meningkat menjadi 154.855 kasus (*IR* 66,48), meninggal 1.384 kasus (CFR 0,89) pada tahun 2009, dan

155.777 kasus (IR 65,57) dengan jumlah meninggal 1.358 (CFR 0,87) pada tahun 2010 (Depkes,RI 2011)

Provinsi Aceh memiliki 21 Kabupaten/kota. Berdasarkan data Riskesdas provinsi Aceh 2007 , sampai saat ini, DBD merupakan penyakit tular vector yang menjadi prioritas dalam program pengendalian penyakit menular, baik di Indonesia maupun di dunia. Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, DBD klinis dapat dideteksi di hampir semua Kabupaten/Kota di provinsi Aceh (rentang prevalensi 0,0-4,5%).

Dalam kasus DBD Provinsi Aceh menyumbang 2.436 kasus pada tahun 2008 (IR 54,76) dengan kasus meninggal sebanyak 32 orang (CFR 1,31) , lalu pada tahun 2009 kasus menurun menjadi 1.573 kasus (IR 35,36) yang meninggal sebanyak 20 penderita (CFR 1,27) namun meningkat kembali pada tahun 2010 menjadi 2.573 kasus (IR 60,70), jumlah penderita yang meninggal sebanyak 15 kasus (CFR 0.92) (Profil Dinkes Provinsi Aceh 2011) .

Di Takengon (Aceh Tengah) pada tahun 2008 terdapat 3 kasus kemudian pada tahun 2009 sebesar 43 kasus dengan Insiden Rate 23,19/100.000 penduduk dan di tahun 2010 meningkat menjadi 128 kasus dengan Insiden Rate 72,9/100.000 penduduk. Dari 13 kecamatan yang ada di Aceh Tengah 4 kecamatan merupakan daerah endemis DBD (Profil Dinkes Aceh Tengah 2010). Kecamatan Lut Tawar/Kota 16 kasus di tahun 2009 menjadi 45 kasus di tahun 2010, kecamatan Bebesen dari 14 kasus menjadi 56 kasus di tahun 2010, kecamatan Kebayakan dari 8 kasus menjadi 15 kasus di tahun 2010 , kecamatan Pegasing 1 kasus manjadi 4 kasus pada tahun 2010.

Berdasarkan data di atas penyebaran kasus DBD /kecamatan dari Dinas Kesehatan Aceh Tengah selama 3 tahun terakhir jumlah kasus DBD di Puskesmas Bebesen terus mengalami peningkatan, mulai dari tahun 2008 ditemukan 2 kasus, tahun 2009 ditemukan sebanyak 14 kasus, tahun 2010 sebanyak 56 kasus. Hal ini disebabkan karena terdapatnya sumber perindukan nyamuk *Aedes agepty* di daerah perkotaan dan tingginya tingkat mobilitas penduduk ke daerah, lingkungan sekitar rumah yang dekat dengan kebun, masyarakat masih terlihat membuang sampah sembarangan, peran serta masyarakat dalam pelaksanaan 3M Plus kurang berjalan, kurangnya penyuluhan

tentang DBD. Sehingga dapat digambarkan bahwa perilaku masyarakat Kecamatan Bebesen khususnya kepala keluarga kurang memperhatikan kebersihan lingkungan dan belum melakukan pencegahan serta pemberantasan sarang nyamuk (PSN-DBD) dengan mengendalikan nyamuk vektor *Aedes aegypti*.

1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang diatas menunjukkan bahwa kasus DBD di Kabupaten Aceh Tengah memiliki Insiden Rate yang lebih tinggi dari pada Insiden Rate nasional, yaitu sebesar 72,9/100.000 penduduk sedangkan IR nasional tahun 2010 hanya sebesar 55/100.000 penduduk.

Penelitian dilaksanakan di wilayah Puskesmas Bebesen karena daerah ini memiliki angka kesakitan DBD tertinggi yaitu 56 kasus pada tahun 2010 dibandingkan dengan 13 Puskesmas lainnya yang ada di Kabupaten Aceh Tengah serta belum adanya penelitian tentang hal ini, maka penulis tertarik untuk mengadakan penelitian tentang Kejadian DBD di di daerah tersebut.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Adakah hubungan antara pengetahuan responden tentang DBD dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012?
2. Adakah hubungan antara kebiasaan menggantung pakaian dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012?
3. Adakah hubungan antara kebiasaan penggunaan kelambu dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012?
4. Adakah hubungan antara kebiasaan memakai lotion anti nyamuk dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012?
5. Adakah hubungan antara pelaksanaan PSN dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012?

6. Menganalisis faktor manakah yang paling beresiko mempengaruhi kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan pengetahuan dan perilaku responden (kebiasaan menggantung pakaian, penggunaan kelambu, penggunaan lotion anti nyamuk, pelaksanaan PSN) dengan kejadian DBD di wilayah kerja Kecamatan Bebesen .

1.4.2 Tujuan Khusus.

1. Mengetahui hubungan pengetahuan responden dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012
2. Mengetahui hubungan antara kebiasaan menggantung pakaian responden dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012
3. Mengetahui hubungan antara kebiasaan penggunaan kelambu responden dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012
4. Mengetahui hubungan antara kebiasaan penggunaan lotion anti nyamuk/obat anti nyamuk responden dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012
5. Mengetahui hubungan antara pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) responden dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012
6. Mengetahui faktor manakah yang paling beresiko mempengaruhi kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012?

1.5 Manfaat Penelitian.

- a. Memberikan informasi dan rekomendasi kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tengah mengenai gambaran beberapa factor lingkungan dan perilaku yang dapat mempengaruhi peningkatan kejadian kasus DBD di kecamatan Bebesen, sehingga dapat dipakai sebagai acuan dalam perencanaan pengendalian penyakit yang bersifat promotif dan preventif dimasa yang akan datang.
- b. Memberikan informasi dan pengetahuan pada masyarakat dan pihak-pihak yang memerlukan hasil penelitian ini guna menunjang kegiatan bagi pihak yang memerlukan.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk meneliti hubungan antara pengetahuan dan perilaku responden yang meliputi kebiasaan menggantung pakaian bekas pakai, penggunaan kelambu, penggunaan lotion anti nyamuk, pelaksanaan PSN dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012. Penelitian dilakukan pada bulan April tahun 2012.

Jenis penelitian ini menggunakan metode Deskriptif kuantitatif (quisioner/wawancara). Sampel dalam penelitian ini sebanyak 56 KK kasus, yaitu keluarga dimana salah satu anggota keluarganya pernah terkena/ didiagnosa DBD oleh dokter atau pemeriksaan laboratorium dan 56 KK control (yang tidak terkena DBD), semua berjumlah 112 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Total Sampling* pada kelompok kasus dan *simple random sampling* pada kelompok kontrol. Mewakili Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara. Kelemahan metode ini adalah hasil penelitiannya tidak dapat digeneralisir begitu saja untuk dapat mewakili semua kelurahan/desa di kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah dan cara ini sebenarnya belum dapat memberikan validitas dan Reabilitas yang tinggi karena kemungkinan akan terjadi kesulitan dalam mengingat kembali kesalahan responden dan kesulitan dalam menghitung standar kesalahannya (Singarimbun & Effendi,1989 : 166)

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Demam Berdarah

2.1.1 Defenisi

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah penyakit yang ditandai dengan : (1) demam tinggi mendadak, tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus menerus selama 2-7 hari; (2) Manifestasi perdarahan (petekie, purpura, perdarahan konjungtiva, epistaksis, ekimosis, perdarahan mukosa, perdarahan gusi, hematemesis, melena, hematuri) termasuk uji Tourniquet (Rumple Leede) positif; (3) Trombositopeni, (jumlah Trombosit $<100.000/\mu\text{l}$); (4) Hemokonsentrasi (peningkatan Hematokrit $\geq 20\%$; dan (5) disertai dengan atau tanpa pembesaran hati (hepatomegali). (Depkes RI, 2005).

Penyakit DBD atau DHF ialah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Kedua jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan air laut (Kristina *et al*, 2004).

Demam *Dengue* (DD) adalah penyakit febris-virus akut, seringkali ditandai dengan sakit kepala, nyeri tulang atau sendi dan otot, ruam, dan leukopenia sebagai gejalanya. Demam berdarah *dengue* (*Dengue Haemorrhagic Fever/DHF*) ditandai dengan empat gejala klinis utama: demam tinggi, fenomena hemoragi, sering dengan hepatomegali dan pada kasus berat disertai tanda – tanda kegagalan sirkulasi. Pasien ini dapat mengalami syok yang diakibatkan oleh kebocoran plasma. Syok ini disebut *Sindrom Syock Dengue* (DSS) dan sering berakibat fatal.

DBD pada umumnya menyerang anak-anak, tetapi dalam dekade terakhir ini terlihat adanya kecenderungan kenaikan proporsi pada kelompok umur dewasa. (Depkes RI, 2005).

2.1.2 Etiologi DBD

Penyebab Demam *Dengue* (DD) dan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah Arthropod borne virus, family Flaviviridae, genus flavivirus. Virus berukuran kecil (50 nm) ini memiliki single Standard RNA. Virion-nya terdiri dari nucleocapsid dengan bentuk kubus simetris dan terbungkus dalam amplop lipoprotein. Genemo (rangkain kromoson) virus Dengue berukuran panjang sekitar 11.000 dan terbentuk dari tiga gen protein Struktural yaitu nucleocapsid atau protein core(C), membrane-associated protein (M) dan suatu protein envelope (E)serta gen protein non structural (NS). (Direktorat Jenderal Pengendalian penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011).

Terdapat empat serotype virus yang disebut DEN-1, DEN-2, DEN-3 DAN DEN-4. Ke empat serotipe virus ini telah ditemukan di berbagai wilayah Indonesia. Hasil penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa Dengue-3 sangat berkaitan dengan kasus DBD berat dan merupakan serotype yang paling luas distribusinya disusul oleh Dengue-2, Dengue-1 dan Dengue-4.

Terinfeksi seseorang dengan salah satu serotype tersebut diatas, akan menyebabkan kekebalan seumur hidup terhadap serotype virus yang bersangkutan, namun tidak pada serotype yang lain. Walau keempat serotype virus tersebut mempunyai daya antigenitas yang sama namun mereka berbeda dalam menimbulkan proteksi silang, meski baru beberapa bulan terjadi infeksi dengan salah satu dari mereka.

2.1.3 Vektor Demam Berdarah (DBD)

Ada beberapa vector penyakit DBD, yakni *Aedes Aegypti*, *Aedes Albopictus*, *Aedes Scutellaris* dan *Aedes Polynesiensis*. Setiap spesies ini mempunyai distribusi geografisnya masing-masing. *Aedes Aegypti* merupakan vector epidemis yang paling efisien dalam penyebaran virus *Dengue*. Di Indonesia selain vector jenis *Aedes Aegypti*, jenis *Aedes Albopictus* dan *Aedes Scutellaris* dapat hidup, berkembang biak dan dapat menularkan virus *Dengue*. Karakteristik nyamuk *Aedes* adalah pada badan dan tungkai kaki nyamuk terdapat warna belang hitam dan putih. Nyamuk *Aedes Aegypti* lebih suka berada di dalam

rumah dan hinggap dipakaian berwarna gelap yang tergantung, sedangkan nyamuk *Aedes Albopictus* lebih sering dijumpai di kebun-kebun.

2.1.4 Bionomik Vektor

Bionomik vektor meliputi kesenangan tempat perindukan nyamuk, kesenangan nyamuk menggigit dan kesenangan nyamuk istirahat.

1. Kesenangan tempat perindukan nyamuk (*Breeding places*)

Tempat perindukan nyamuk biasanya berupa genangan air yang tertampung disuatu tempat atau bejana. Nyamuk *Aedes* tidak dapat berkembang-biak digenangan air yang langsung bersentuhan dengan tanah.

Macam-macam tempat penampungan air:

- a. Tempat penampungan air (TPA), untuk keperluan sehari-hari seperti: drum, bak mandi/WC, tempayan, ember dan lain-lain
- b. Tempat penampungan air bukan untuk keperluan sehari-hari seperti: tempat minuman burung, vas bunga, ban bekas, kaleng bekas, botol bekas dan lain-lain
- c. Tempat penampungan air alamiah seperti: lubang pohon, lubang batu, pelepah daun, tempurung kelapa, pelepah pisang, potongan bambu dan lain-lain (Depkes RI, 1992).

2. Kesenangan nyamuk menggigit/mendapat makanan (*Feeding Places*)

Nyamuk betina biasa mencari mangsanya pada siang hari. Aktivitas menggigit biasanya mulai pagi sampai petang hari, dengan puncak aktivitasnya antara pukul 09.00-10.00 dan 16.00-17.00. Berbeda dengan nyamuk yang lainnya, *Aedes Aegypti* mempunyai kebiasaan menghisap darah berulang kali (*multiple bites*) dalam satu siklus gonotropik untuk memenuhi lambungnya dengan darah

3. Kesenangan nyamuk istirahat (*Resting Places*)

Nyamuk *Aedes* hinggap (beristirahat) di dalam atau kadang di luar rumah berdekatan dengan tempat perkembangbiakannya, biasanya

ditempat yang agak gelap dan lembab. Di tempat-tempat tersebut nyamuk menunggu proses pematangan telur. Setelah beristirahat dan proses pematangan telur selesai, nyamuk betina akan meletakkan telurnya didinding tempat perkembangbiakannya, sedikit di atas permukaan air. Pada umumnya telur akan menetas menjadi jentik dalam waktu ± 2 hari setelah telur terendam air. Setiap kali bertelur nyamuk betina dapat mengeluarkan telur sebanyak 100 butir. Telur tersebut dapat bertahan sampai berbulan-bulan bila berada di tempat kering dengan suhu -2°C sampai 42°C , dan bila di tempat tersebut tergenang air atau kelembabannya tinggi maka telur dapat menetas lebih cepat (Depkes RI, 2005).

4. Lingkungan Biologik

Pertumbuhan larva dari instar ke instar dipengaruhi oleh air yang ada di dalam kontainer, pada kontainer dengan air yang lama biasanya terdapat kuman patogen atau parasit yang akan mempengaruhi pertumbuhan larva tersebut. Adanya infeksi pathogen dan parasit pada larva akan mengurangi jumlah larva yang hidup untuk menjadi nyamuk dewasa, masa pertumbuhan larva biasa menjadi lebih lama dan umur nyamuk dewasa yang berasal dari larva yang terinfeksi patogen atau parasit biasanya lebih pendek.

5. Lingkungan fisik

Lingkungan fisik yang mempengaruhi kehidupan nyamuk *Aedes aegypti* antara lain jarak antar rumah, macam kontainer, suhu udara, curah hujan, pengaruh angin dan kelembaban.

a) Jarak antar rumah.

Jarak antar rumah mempengaruhi penyebaran nyamuk dari satu rumah ke rumah yang lain. Semakin dekat jarak antar rumah semakin mudah nyamuk menyebar ke rumah yang lain.

b) Suhu udara

Suhu udara merupakan salah satu faktor lingkungan yang mempengaruhi kehidupan *Aedes aegypti*. Nyamuk *Aedes* akan meletakkan

telurnya pada temperatur udara sekitar 20oC – 30oC. Telur yang diletakkan dalam air akan menetas pada 1 sampai 3 hari pada suhu 30°C, tetapi pada suhu udara 16°C dibutuhkan waktu selama 7 hari. Nyamuk dapat hidup pada suhu rendah tetapi proses metabolisme menurun atau bahkan berhenti apabila suhu turun sampai dibawah suhu kritis. Pada suhu lebih tinggi dari 35°C juga mengalami perubahan dalam arti lebih lambatnya proses-proses fisiologi, rata-rata suhu optimum untuk pertumbuhan nyamuk adalah 25-27°C. Pertumbuhan nyamuk akan terhenti sama sekali pada suhu kurang dari 10oC atau lebih dari 40oC.

Kecepatan perkembangan nyamuk tergantung dari kecepatan proses metabolisme yang sebagian diatur oleh suhu. Karenanya kejadian-kejadian biologis tertentu seperti: lamanya pradewasa, kecepatan pencernaan darah yang dihisap dan pematangan indung telur dan frekuensi mengambil makanan atau menggigit berbeda-beda menurut suhu, demikian pula lamanya perjalanan virus di dalam tubuh nyamuk.

c) Kelembaban Udara

Kelembaban udara adalah banyaknya uap air yang terkandung dalam udara yang biasanya dinyatakan dalam persen. Dalam kehidupan nyamuk kelembaban udara mempengaruhi kebiasaan meletakkan telurnya. Hal ini berkaitan dengan nyamuk atau serangga pada umumnya bahwa kehidupannya ditentukan oleh faktor kelembaban.

Sistem pernafasan nyamuk *Aedes Aegypti* yaitu dengan menggunakan pipa-pipa udara yang disebut *trachea*, dengan lubang pada dinding tubuh nyamuk yang disebut *spiracle*. Adanya spirakel yang terbuka lebar tanpa ada mekanisme pengaturannya, maka pada kelembaban rendah akan menyebabkan penguapan air dalam tubuh nyamuk, dan salah satu musuh nyamuk dewasa adalah penguapan. Pada kelembaban kurang dari 60% umur nyamuk akan menjadi pendek, tidak bisa menjadi vektor karena tidak cukup waktu untuk perpidahan virus dari lambung ke kelenjar ludah.

d) Intensitas Cahaya

Cahaya merupakan faktor utama yang mempengaruhi nyamuk beristirahat pada suatu tempat intensitas cahaya yang rendah dan kelembaban yang tinggi merupakan kondisi yang baik bagi nyamuk. Intensitas cahaya merupakan faktor terbesar yang mempengaruhi aktivitas terbang nyamuk, nyamuk terbang apabila intensitas cahaya rendah (<20 Ft-cd). Larva dari nyamuk *Aedes Aegypti* dapat bertahan lebih baik diruangan dalam kontainer yang gelap dan juga menarik nyamuk betina untuk meletakkan telurnya. Dalam bejana yang intensitas cahaya rendah atau gelap rata-rata berisi larva lebih banyak dari bejana yang intensitas cahayanya besar atau terang

e) Pengaruh Hujan

Hujan akan mempengaruhi kelembaban udara dan menambah jumlah tempat perindukan nyamuk alamiah. Perindukan nyamuk alamiah di luar rumah selain sampah-sampah kering seperti botol bekas, kaleng-kaleng, juga potongan bambu sebagai pagar sering dijumpai di rumah-rumah penduduk serta daun-daunan yang memungkinkan menampung air hujan merupakan tempat perindukan yang baik untuk bertelurnya *Aedes aegypti*.

f) Pengaruh Angin

Secara tidak langsung angin akan mempengaruhi evaporasi atau penguapan air dan suhu udara atau konveksi. Angin berpengaruh terhadap jarak terbang nyamuk.

Kecepatan angin kurang dari 8,05 km/jam tidak mempengaruhi aktivitas nyamuk, dan aktivitas nyamuk akan terpengaruh oleh angin pada kecepatan mencapai 8,05 km/jam (2,2 meter/detik) atau lebih.

2.1.5 Epidemiologi Penyakit DBD

Timbulnya suatu penyakit dapat diterangkan melalui konsep segitiga epidemiologik, yaitu adanya agen (agent), host dan lingkungan (environment). Perubahan dari sector lingkungan akan mempengaruhi host, sehingga akan timbul penyakit secara individu maupun keseluruhan populasi yang mengalami

perubahan tersebut. Demikian pula dengan kejadian penyakit DBD yang berhubungan dengan lingkungan.

Pada prinsipnya kejadian penyakit ini digambarkan sebagai segitiga epidemiologi penyebab penyakit yaitu penjamu, agent dan lingkungan. Komponen untuk terjadinya penyakit yaitu :

1. Agent (virus dengue)

Agen penyebab penyakit DBD berupa virus dengue dari Genus *Flavivirus* (*Arbovirus* Grup B) salah satu Genus *Familia Togaviradae*. Dikenal ada empat serotipe virus dengue yaitu Den-1, Den-2, Den-3 dan Den-4.

Virus dengue ini memiliki masa inkubasi yang tidak terlalu lama yaitu antara 3-7 hari, virus akan terdapat di dalam tubuh manusia. Dalam masa tersebut penderita merupakan sumber penular penyakit DBD.

a . Morfologi

Tahapan *Aedes Aegypti* sebagai berikut:

- Telur : berwarna hitam dengan ukuran 0,80 mm, berbentuk oval yang mengapung satu persatu paa permukaan air jernih atau menempel di dinding tempat penampungan air. Telur dapat bertahan sampai ± 6 bulan di tempat yang kering.
- Jentik : ada 4 tingkat (instar) jentik/larva sesuai dengan pertumbuhan larva tersebut, yaitu
 - 1) Instar I : berukuran paling kecil, yaitu 1-2 mm
 - 2) Instar II : 2,5-3,8 mm
 - 3) Instar III : \geq sedikit dari larva instar II
 - 4) Instar IV : berukuran paling besar 5 mm
- Pupa : berbentuk seperti 'koma'. Bentuknya lebih besar namun lebih ramping bila dibanding dengan rata-rata pupa nyamuk lain
- Nyamuk dewasa : berukuran lebih kecil dibanding rata-rata nyamuk lainnya, berwarna dasar hitam dengan bintik-bintik putih pada bagian badan dan kaki. Yang menjadi vektor DBD adalah

nyamuk *Aedes Aegypti* betina, . bedanya dengan nyamuk jantan adalah antena pada jantan lebih lebat dibanding yang betina.

- Siklus hidup nyamuk *Aedes Aegypti* sama dengan jenis nyamuk lainnya, yaitu : telur (yang umumnya akan menetas \pm 2 hari setelah terendam air) - jentik/larva (6-8 hari) lalu stadium pupa/kepompong berlangsung antara 2-4 hari. Pertumbuhan dari telur menjadi nyamuk dewasa selama 9-10 hari. Usia nyamuk betina bisa sampai 2-3 bulan.

b. Ciri-ciri Nyamuk *Aedes Aegypti*

Menurut Nadezul (2007), nyamuk *Aedes Aegypti* telah lama diketahui sebagai vektor utama dalam penyebaran penyakit DBD, adapun ciri-cirinya adalah sebagai berikut:

1. Badan kecil berwarna hitam dengan bintik-bintik putih pada badan dan kaki.
2. Jarak terbang nyamuk sekitar 100 meter.
3. Umur nyamuk betina dapat mencapai sekitar 1 bulan.
4. Menghisap darah pada pagi hari sekitar pukul 09.00-10.00 dan sore hari pukul 16.00-17.00.
5. Nyamuk betina menghisap darah untuk pematangan sel telur, sedangkan nyamuk jantan memakan sari-sari tumbuhan.
6. Hidup di genangan air bersih bukan di got atau comberan.
7. Di dalam rumah dapat hidup di bak mandi, tempayan, vas bunga, dan tempat air minum burung.
8. Di luar rumah dapat hidup di tampungan air yang ada di dalam drum, dan ban bekas.

2. Host

Host adalah manusia yang peka terhadap infeksi virus *dengue*.

Beberapa faktor yang mempengaruhi manusia adalah:

a. Umur

Umur adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kepekaan terhadap infeksi virus *dengue*. Semua golongan umur dapat terserang virus *dengue*,

meskipun baru berumur beberapa hari setelah lahir. Saat pertama kali terjadi epidemi dengue di Gorontalo kebanyakan anak-anak berumur 1-5 tahun. Di Indonesia, Filipina dan Malaysia pada awal tahun terjadi epidemi DBD penyakit yang disebabkan oleh virus dengue tersebut menyerang terutama pada anak-anak berumur antara 5-9 tahun, dan selama tahun 1968-1973 kurang lebih 95% kasus DBD menyerang anak-anak di bawah 15 tahun.

b. Jenis kelamin

Sejauh ini tidak ditemukan perbedaan kerentanan terhadap serangan DBD dikaitkan dengan perbedaan jenis kelamin (gender). Di Philippines dilaporkan bahwa rasio antar jenis kelamin adalah 1:1. Di Thailand tidak ditemukan perbedaan kerentanan terhadap serangan DBD antara laki-laki dan perempuan, meskipun ditemukan angka kematian yang lebih tinggi pada anak perempuan namun perbedaan angka tersebut tidak signifikan. Singapura menyatakan bahwa insiden DBD pada anak laki-laki lebih besar dari pada anak perempuan.

c. Nutrisi

Teori nutrisi mempengaruhi derajat berat ringan penyakit dan ada hubungannya dengan teori imunologi, bahwa pada gizi yang baik mempengaruhi peningkatan antibodi dan karena ada reaksi antigen dan antibodi yang cukup baik, maka terjadi infeksi virus dengue yang berat.

d. Kualitas Perumahan

Jarak antara rumah, pencahayaan, bentuk rumah, bahan bangunan rumah akan dapat mempengaruhi penularan penyakit DBD.

e. Mobilitas penduduk

Mobilitas penduduk memegang peranan penting pada transmisi penularan infeksi virus dengue. Salah satu faktor yang mempengaruhi penyebaran epidemi dari Queensland ke New South Wales pada tahun 1942 adalah perpindahan personil militer dan angkatan udara, karena jalur transportasi yang dilewati merupakan jalur penyebaran virus *Dengue* (Sutaryo, 2005).

f. Perilaku hidup bersih dan sehat

Bila orang senang dan rajin terhadap kebersihan lingkungannya serta cepat tanggap terhadap masalah DBD, maka resiko tertular penyakit ini dapat berkurang.

g. pendidikan

Tingkat Pendidikan seseorang akan mempengaruhi cara berfikirnya dalam menerima materi penyuluhan tentang cara pemberantasan penyakit DBD yang akan dilaksanakan.

h. Suku Bangsa

Adat kebiasaan dengan latar belakang kebudayaan masyarakat yang beraneka ragam mempunyai pengaruh terhadap penularan suatu jenis penyakit.

3. Lingkungan (*environment*)

Lingkungan yang mempengaruhi timbulnya penyakit dengue adalah yang bukan bagian dari agent maupun penjamu, tetapi mampu menginteraksikan agent penjamu. Dalam penelitian ini yang berperan sebagai lingkungan meliputi lingkungan fisik (jarak rumah, tata rumah, kelembaban rumah, TPA, iklim). Lingkungan biologi (tanaman hias, tumbuhan), indeks jentik

2.1.6 Tanda dan Gejala Penyakit DBD

Diagnosa penyakit DBD dapat dilihat berdasarkan kriteria diagnose klinis dan laboratoris. Berikut ini tanda dan gejala penyakit DBD yang dapat dilihat dari penderita kasus DBD dengan diagnosa klinis dan laboratoris :

1. Diagnosa Klinis

- a. Demam tinggi mendadak 2 sampai 7 hari ($38 - 40^{\circ} \text{C}$).
- b. Manifestasi perdarahan dengan bentuk: uji Tourniquet positif , Petekie (bintik merah pada kulit), Purpura(pendarahan kecil di dalam kulit), Ekimosis, Perdarahan konjungtiva (pendarahan pada mata), Epistaksis

(pendarahan hidung), Perdarahan gusi, Hematemesis (muntah darah), Melena (BAB darah) dan Hematuri (adanya darah dalam urin).

- c. Perdarahan pada hidung dan gusi.
- d. Rasa sakit pada otot dan persendian, timbul bintik-bintik merah pada kulit akibat pecahnya pembuluh darah.
- e. Pembesaran hati (hepatomegali).
- f. Renjatan (syok), tekanan nadi menurun menjadi 20 mmHg atau kurang, tekanan sistolik sampai 80 mmHg atau lebih rendah.
- g. Gejala klinik lainnya yang sering menyertai yaitu anoreksia (hilangnya selera makan), lemah, mual, muntah, sakit perut, diare dan sakit kepala.

2. Diagnosa Laboratoris

- a. Trombositopeni pada hari ke-3 sampai ke-7 ditemukan penurunan trombosit hingga 100.000 /mmHg.
- b. Hemokonsentrasi, meningkatnya hematokrit sebanyak 20% atau lebih (Depkes RI, 2005).

2.1.7 Penularan Penyakit DBD

Penularan penyakit DBD memiliki tiga faktor yang memegang peranan pada penularan infeksi virus, yaitu manusia, virus dan vektor perantara (Hadinegoro et al, 2001). Lebih jelasnya Depkes RI, 2005 menjelaskan mekanisme penularan penyakit DBD dan tempat potensial penularannya.

1. Mekanisme Penularan DBD

Seseorang yang di dalam darahnya mengandung virus dengue merupakan sumber penular DBD. Virus dengue berada dalam darah selama 4-7 hari mulai 1-2 hari sebelum demam. Bila penderita DBD digigit nyamuk penular, maka virus dalam darah akan ikut terhisap masuk ke dalam lambung nyamuk. Selanjutnya virus akan memperbanyak diri dan tersebar di berbagai jaringan tubuh nyamuk, termasuk di dalam kelenjar liurnya. Kira-kira 1 minggu setelah menghisap darah penderita, nyamuk tersebut siap untuk menularkan kepada orang lain (masa inkubasi ekstrinsik). Virus ini akan berada dalam tubuh nyamuk sepanjang

hidupnya. Oleh karena itu, nyamuk *Aedes Aegypti* yang telah menghisap virus *Dengue* menjadi penular sepanjang hidupnya. Penularan ini terjadi karena setiap kali nyamuk menusuk (menggigit), sebelumnya menghisap darah akan mengeluarkan air liur melalui alat tusuknya (proboscis), agar darah yang dihisap tidak membeku. Bersamaan air liur tersebut virus *Dengue* dipindahkan dari nyamuk ke orang lain.

2. Tempat potensial bagi penularan DBD

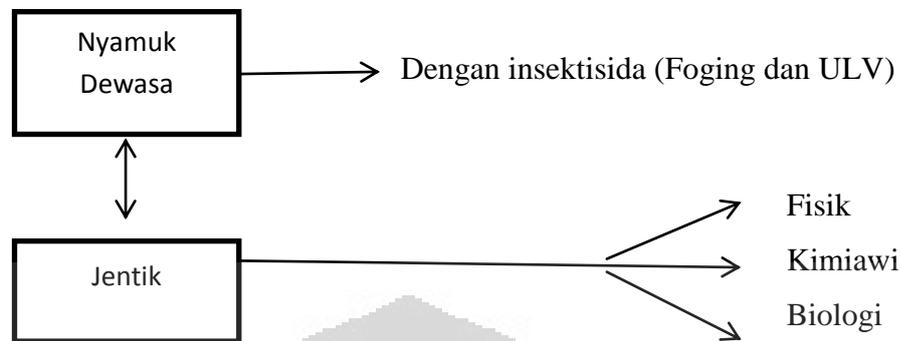
Penularan DBD dapat terjadi di semua tempat yang terdapat nyamuk penularnya. Oleh karena itu tempat yang potensial untuk terjadi penularan DBD adalah:

- a. Wilayah yang banyak kasus DBD (rawan/endemis).
- b. Tempat-tempat umum yang menjadi tempat berkumpulnya orang-orang yang datang dari berbagai wilayah sehingga kemungkinan terjadinya pertukaran beberapa tipe virus *Dengue* yang cukup besar seperti: sekolah, RS/Puskesmas dan sarana pelayanan kesehatan lainnya, tempat umum lainnya (hotel, pertokoan, pasar, restoran, tempat ibadah dan lain-lain).
- c. Pemukiman baru di pinggir kota, penduduk pada lokasi ini umumnya berasal dari berbagai wilayah maka ada kemungkinan diantaranya terdapat penderita yang membawa tipe virus *Dengue* yang berbeda dari masing-masing lokasi .

2.2 Cara-Cara Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit DBD

Hingga saat ini pemberantasan nyamuk *Aedes Aegypti* merupakan cara utama yang dilakukan untuk memberantas DBD, karena vaksin untuk mencegah dan obat untuk membasmi virusnya belum tersedia. Metode yang dipakai dalam pemberantasan penyakit DBD saat ini adalah dengan metode Fogging, Abatisasi dan PSN-DBD (Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah).

Bagan 1. Cara Pemberantasan DBD



A. Pemberantasan Nyamuk dewasa

Pemberantasan nyamuk dewasa dilakukan dengan cara penyemprotan (pengasapan/pengabutan=fogging) dengan insektisida. Mengingat kebiasaan nyamuk senang hidup pada benda-benda bergantungan, maka penyemprotan tidak dilakukan di dinding rumah seperti pada pemberantasan pada nyamuk penular malaria. Insektisida yang dapat digunakan antara lain insektisida golongan:

- Organophosphate, misalnya malation
- Pyrethroid sintetic, misalnya lambda sihalotrin, cypermetrin, alfamethrin
- Carbamat

Alat yang digunakan untuk menyemprot adalah mesin Fof atau mesin ULV dan penyemprotan dengan cara pengasapan tidak mempunyai efek residu. Untuk membatasi penularan virus Dengue penyemprotan dilakukan dua siklus dengan interval 1 minggu. Pada penyemprotan siklus pertama, semua nyamuk yang mengandung virus *Dengue* (nyamuk infeksi) dan nyamuk yang lainnya akan mati. Namun akan segera muncul nyamuk-nyamuk baru yang diantaranya akan menghisap darah penderita *viremia* yang masih ada yang dapat menimbulkan terjadinya penularan kembali. Oleh karenanya harus dilakukan penyemprotan siklus kedua. Siklus ini untuk mencegah nyamuk baru terbasmi sebelum sempat menularkannya pada orang lain.

Tindakan fogging akan membasmi nyamuk dalam waktu singkat, namun tidak membuat jentik mati, karenanya harus dilakukan pemberantasan jentik agar populasinya bisa ditekan serendah-rendahnya. Dengan demikian penderita DBD (orang dengan *viremia*) tidak dapat menularkannya pada orang lain.

B. Pemberantasan Jentik.

Pemberantasan sarang nyamuk dikenal dengan istilah PSN-DBD yang dilakukan dengan cara:

1. Fisik

Cara ini dikenal dengan kegiatan "3M", yaitu: Menguras (dan menyikat) bak mandi, bak WC, dan lain-lain; Menutup tempat penampungan air rumah tangga (tempayan, drum, dan lain-lain); dan Mengubur barang-barang bekas (seperti kaleng, ban, dan lain-lain). Pengurasan tempat-tempat penampungan air perlu dilakukan secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali agar nyamuk tidak dapat berkembang-biak di tempat itu. Pada saat ini pengendalian vector DBD yang paling efisien dan efektif adalah dengan cara ini (PSN-DBD) yaitu dengan memutus rantai penularan melalui pemberantasan sarang nyamuk Demam Berdarah *Dengue* dalam kegiatan 3M PLUS. Untuk mendapat hasil yang diharapkan, kegiatan 3M PLUS ini harus dilaksanakan secara luas/ serempak dan terus-menerus/berkesinambungan.

- Tujuan dari PSN adalah : mengendalikan populasi nyamuk *Aedes Aegypti*, sehingga penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi.
- Sasaran dari PSN adalah : semua tempat perkembang biakan nyamuk penular, seperti TPA untuk keperluan sehari-hari, TPA bukan untuk keperluan sehari-hari, dan tempat penampungan air alamiah
- Keberhasilan kegiatan DBD dapat diukur dengan Angka Bebas Jentik (ABJ), bila ABJ lebih atau sama dengan 95% diharapkan penularan DB dapat dicegah atau dikurangi
- Cara PSN-DBD yang dilakukan dengan cara '3M PLUS', 3M yang dimaksud yaitu:

- ✓ Mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat-tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali
 - ✓ Memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar/rusak
 - ✓ Menutup lubang-lubang pada bambu/pohon dan lain-lain(dengan tanah, dan lain-lain)
 - ✓ Memasang kawat kasa
 - ✓ Menghindari kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar
 - ✓ Mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai
 - ✓ Menggunakan kelambu
 - ✓ Memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk
 - ✓ Cara-cara spesifik lainnya sesuai daerah masing-masing.
- Keseluruhan cara tersebut dikenal dengan istilah 3M PLUS
- pelaksanaan
 - 1) di rumah : dilaksanakan oleh anggota keluarga
 - 2) tempat-tempat umum : dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan atau pengelola tempat-tempat umum.

2. Kimia

Cara memberantas jentik *Aedes Aegypti* dengan menggunakan insektisida pembasmi jentik (larvasida) ini antara lain dikenal dengan istilah larvasidasi. Larvasida yang biasa digunakan antara lain adalah temephos. Formulasi temephos yang digunakan adalah granules (sandgranules). Dosis yang digunakan 1 ppm atau 10 gram (± 1 sendok makan rata) untuk tiap 100 liter air. Larvasida dengan temephos ini mempunyai efek residu 3 bulan

3. Biologi

Pemberantasan jentik nyamuk *Aedes aegypti* secara biologi dapat dilakukan dengan memelihara ikan pemakan jentik (ikan kepala timah, ikan gupi, ikan cupang atau tempalo, dan lain-lain). Dapat juga digunakan *Bacillus thuringiensis var israeliensis* (Bti).

2.3 Konsep Perilaku

2.3.1 Perilaku

Yang disebut dengan perilaku manusia adalah semua aktivitas atau kegiatan manusia yang sangat kompleks, baik yang dapat kita amati secara langsung maupun tidak dapat diamati oleh orang lain. Menurut Skinner, 1938 (Notoatmodjo, 2003) perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit dan semua faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan tersebut, seperti kondisi lingkungan, makanan atau minuman yang ia konsumsi, juga pelayanan kesehatan. Oleh karena itu perilaku kesehatan pada garis besarnya dikelompokkan menjadi dua, yakni:

1. Perilaku orang yang sehat agar selalu sehat dan meningkat. Perilaku ini disebut perilaku sehat karena mencakup perilaku-perilaku yang bisa mencegah atau menghindari penyakit yang bisa menjadi masalah bagi kesehatan dan perilaku yang dapat meningkatkan kesehatannya. Maka dalam perilaku kesehatan yang berkaitan dengan DBD adalah menghindari gigitan nyamuk baik dengan menggunakan lotion anti nyamuk, menggunakan kelambu dan melakukan 3M (menguras, menutup dan mengubur) dengan benar. Meningkatkan kesehatan mereka dengan perilaku gizi seimbang agar stamina tetap terjaga.
2. Perilaku orang yang sakit atau yang telah terkena masalah kesehatan agar terbebas dari penyakit yang ia derita. Ini disebut pencarian pelayanan kesehatan. Pada penderita DBD, ia akan berupaya untuk sembuh. Tempat pencarian kesembuhan bisa saja ke fasilitas pelayanan kesehatan tradisional maupun modern atau professional.

Mengadaptasi dari klasifikasi perilaku kesehatan menurut Becker, 1979 (Notoatmodjo, 2003), sehubungan dengan penatalaksanaan penyakit DBD, yaitu :

- a. Perilaku sehat, adalah perilaku-perilaku yang berhubungan dengan usaha atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku ini mencakup:

- Menguras dan menyikat TPA minimal seminggu sekali, menutup rapat TPA dan mengubur barang-barang bekas yang dapat menjadi tempat perindukan nyamuk.
 - Makan dengan menu seimbang agar dapat meningkatkan daya tahan tubuhnya.
 - Olahraga rutin dan istirahat yang cukup
- b. Perilaku sakit adalah respon atau tindakan seseorang yang terkena masalah kesehatan untuk mencari penyembuhan. Baik itu mengabaikan sakitnya, melakukan penyembuhan sendiri atau mencari pengobatan untuk menyembuhkan sakitnya.
- c. Perilaku peran orang sakit yaitu :
- Tindakan untuk memperoleh kesembuhan
 - Mengenal/mengetahui sarana pelayanan yang layak untuk pengobatan penyakitnya.
 - Melakukan kewajibannya sebagai pasien agar mempercepat proses penyembuhannya
 - Tidak melakukan sesuatu yang mengakibatkan kerugian bagi proses penyembuhan itu sendiri

2.3.2 Pengetahuan (Knowledge)

Hasil dari penginderaan adalah pengetahuan, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui seluruh panca indra manusia namun sebagian besar melalui indera penglihatan dan indera pendengaran. Pengetahuan merupakan domain yang paling penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Dari pengalaman dan penelitian, terbukti bahwa perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan bertahan lebih lama daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Penelitian Rogers, 1974 (Notoatmodjo, 2003 : 121) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu:

1. *Awareness* (Kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus/objek terlebih dahulu.
2. *Interest*, yaitu orang yang mulai merasa tertarik terhadap stimulus/objek tertentu. Pada tahap ini sikap subjek sudah mulai timbul.
3. *Evaluation* (Menimbang-nimbang) terhadap untung-ruginya stimulus tersebut terhadap dirinya. Sikap subjek terhadap stimulus sudah mulai timbul.
4. *Trial* (Mencoba), subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus/ mencoba perilaku baru.
5. *Adopsi* (menerima dan mengambil), pada tahap ini subjek telah berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun pengetahuan seseorang terhadap sesuatu objek mempunyai intensitas atau tahap yang berbeda-beda. Yang secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yakni :

a. Tahu (*Know*)

Tahu yang diartikan sebagai mengingat sesuatu yang pernah ia pelajari. Recall adalah mengingat kembali suatu yang spesifik dari suatu objek yang pernah ia pelajari atau rangsangan yang pernah ia terima. Oleh sebab itu 'tahu' merupakan tingkat pengetahuan terendah. Untuk mengetahui seberapa besar pengetahuannya dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan seperti : apa penyebab Demam Berdarah *Dengue*, bagaimana cara melakukan PSN (pemberantasan sarang nyamuk) gejala-gejala DBD, dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*) :

Memahami suatu objek bukan hanya menyebutkan tetapi dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang ia ketahui tersebut. Ia dapat menjelaskan mengapa ia harus melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN), mengapa penderita TB tidak boleh membuang ludah sembarangan, dan lain sebagainya.

c. Aplikasi (*Application*):

Disebut aplikasi bila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan prinsip yang ia ketahui pada kondisi lain. Mengaplikasikan pengetahuannya secara *riil*.

d. Analisis (*analysis*)

Dapat membedakan untung atau rugi, menjabarkan kenapa itu untung atau rugi, bisa mencari hubungan antara komponen-komponen yang ada dalam suatu masalah adalah kemampuan seseorang menganalisa.

e. Sintesis (*synthesis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menyusun formulasi baru dari formula-formula yang telah ada. Misalnya mengungkapkan dengan kalimat-kalimat sendiri kesimpulan dari suatu artikel yang ia pernah baca.

f. Evaluation (*evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap sesuatu objek dengan berdasarkan teori yang telah ditentukan.

Menurut Notoatmodjo (2003) pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara dan angket/kuisisioner yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari responden.

Dalam Health Belief Model yang merupakan penjabaran dari model sosio psikologis, berdasarkan pada kenyataannya problem-problem kesehatan yang ada biasanya ditandai oleh kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan yang diselenggarakan oleh provider kesehatan. Menurut Becker, 1974 (Lisdahayati, 2003) ada 4 (empat) variable dalam Health Belief Model yang mempengaruhi individu untuk melaksanakan tindakan untuk mencegah atau mengobati penyakit yang dideritanya, yaitu :

1. *Perceived Susceptibility* (kerentanan yang dirasakan)

Seseorang akan melakukan tindakan pencegahan atau pengobatan terhadap suatu penyakit bila dia dan keluarganya merasa rentan terhadap penyakit tersebut.

2. *Perceived Seriousness* (Keseriusan yang dirasakan)

Keseriusan suatu penyakit terhadap individu, keluarga dan masyarakat, mendorong seseorang untuk melaksanakan tindakan pencarian pengobatan atau pencegahan terhadap penyakit tertentu.

3. *Perceived Benefit and Barriers* (Manfaat dan Rintangannya yang dirasakan)

Seseorang akan melaksanakan suatu tindakan, bila dia merasa rentan terhadap suatu penyakit yang dianggapnya serius dan tindakan tersebut tergantung kepada manfaat serta rintangan yang dirasakan. Pada umumnya manfaat yang dirasakan lebih menentukan seseorang dalam pengambilan keputusan untuk bertindak dibandingkan dengan rintangan yang ditemukan.

4. *Cues To Action* (Isyarat atau Tanda)

Isyarat-isyarat yang merupakan faktor eksternal, diperlukan untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan serta keuntungan dari suatu tindakan seperti pesan melalui media massa atau nasehat dan anjuran teman atau anggota keluarga lainnya.

2.3.3 Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian DBD

Hasil penelitian Widia Eka Wati (2007) tentang analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD di Kelurahan Ploso Kecamatan Pacitan menyatakan bahwa Ada hubungan antara keberadaan jentik *Aedes aegypti* pada kontainer, kebiasaan menggantung pakaian, ketersediaan tutup pada container, frekuensi pengurusan container, pengetahuan responden tentang DBD dengan kejadian DBD berhubungan dengan kejadian DBD, kegiatan 3M plus harus lebih diintensifkan secara mandiri agar dapat mengurangi keberadaan jentik, masyarakat juga harus merubah kebiasaan menggantung pakaian dengan maksud untuk menekan penularan penyakit DBD.

Menurut hasil penelitian Anton Sitio (2008) tentang hubungan perilaku tentang PSN dan kebiasaan keluarga dengan kejadian DBD di Kecamatan Medan menyatakan bahwa kebiasaan menggunakan anti nyamuk di siang hari dan

kebiasaan menggantung pakaian bekas pakai ada hubungannya dengan kejadian DBD.

Menurut hasil penelitian Widyana (1998), faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kejadian DBD adalah:

1. Kebiasaan menggantung pakaian

Kebiasaan menggantung pakaian di dalam rumah merupakan indikasi menjadi kesenangan beristirahat nyamuk *Aedes aegypti*. Kegiatan PSN dan 3M ditambahkan dengan cara menghindari kebiasaan menggantung pakaian di dalam kamar merupakan kegiatan yang mesti dilakukan untuk mengendalikan populasi nyamuk *Aedes aegypti*, sehingga penularan penyakit DBD dapat dicegah dan dikurangi.

2. Siklus pengurasan TPA ≥ 1 minggu sekali.

Salah satu kegiatan yang dianjurkan dalam pelaksanaan PSN adalah pengurasan TPA sekurang-kurangnya dalam frekuensi 1 minggu sekali

3. TPA yang berjentik, halaman yang tidak bersih dan anak dengan golongan umur 5-9 tahun rentan terkena penyakit DBD.

Hasil penelitian Nugroho (1999) faktor-faktor yang mempengaruhi penyebaran virus dengue antara lain:

1. Kepadatan nyamuk

Kepadatan nyamuk merupakan faktor risiko terjadinya penularan DBD. Semakin tinggi kepadatan nyamuk *Aedes aegypti*, semakin tinggi pula risiko masyarakat untuk tertular penyakit DBD. Hal ini berarti apabila di suatu daerah yang kepadatan *Aedes aegypti* tinggi terdapat seorang penderita DBD, maka masyarakat sekitar penderita tersebut berisiko untuk tertular. Kepadatan nyamuk dipengaruhi oleh adanya kontainer baik itu berupa bak mandi, tempayan, vas bunga, kaleng bekas yang digunakan sebagai tempat perindukan nyamuk. Agar kontainer tidak menjadi tempat

perindukan nyamuk maka harus di kuras satu minggu satu kali secara teratur dan mengubur barang bekas.

2. Kepadatan rumah

Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan nyamuk yang jarak terbangnya pendek (100 meter). Oleh karena itu nyamuk tersebut bersifat domestik. Apabila rumah penduduk saling berdekatan maka nyamuk dapat dengan mudah berpindah dari satu rumah ke rumah lainnya. Apabila penghuni salah satu rumah ada yang terkena DBD, maka virus tersebut dapat ditularkan kepada tetangganya.

3. Kepadatan hunian rumah

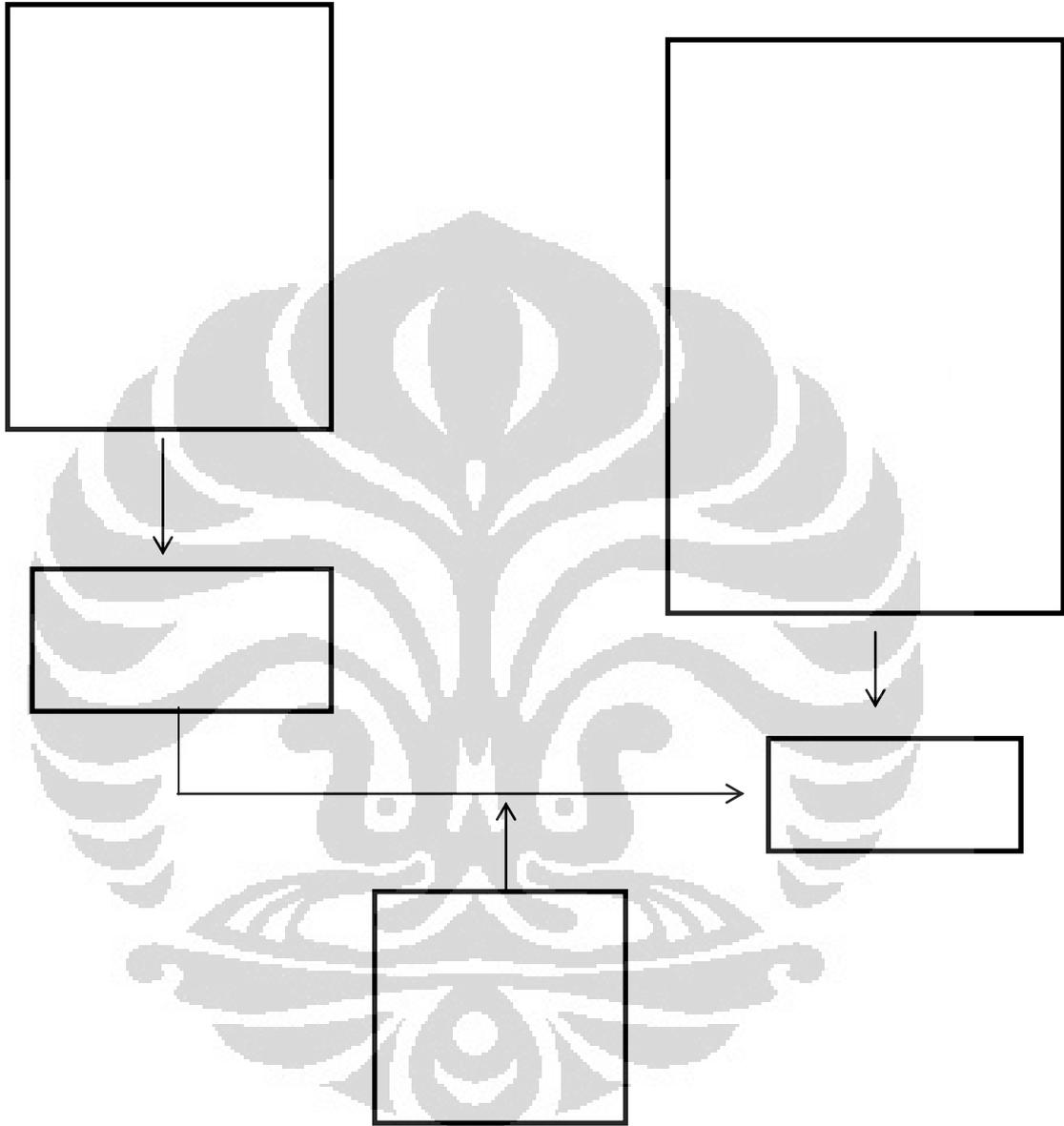
Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan nyamuk yang sangat aktif mencari makan, nyamuk tersebut dapat menggigit banyak orang dalam waktu yang pendek. Oleh karena itu bila dalam satu rumah ada penghuni yang menderita DBD maka penghuni lain mempunyai risiko untuk tertular penyakit DBD.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan di Kendal Semarang tentang hubungan antara perilaku kesehatan dengan kejadian DBD tahun 2009, peneliti menyimpulkan bahwa kejadian DBD dipengaruhi oleh (1) membersihkan tempat penampungan air, menutup tempat penampungan air, menguras tempat penampungan air, mengubur barang-barang bekas, membuang sampah pada tempatnya dan membakarnya, menggantung pakaian, dan memakai lotion anti nyamuk. (2) agar lebih memperhatikan perilaku kesehatan atau kebiasaan sehari-hari karena merupakan pengaruh penting dalam penularan dan penyebaran penyakit DBD (Wahyu Mahardika, 2009).

KERANGKA TEORI

Gambar 3.1

Kerangka teori



Mengadaptasi dari Teori Garden

Kejadian DBD yang disebabkan oleh adanya virus *Dengue* dalam nyamuk *Aedes aegypti*, tidak hanya didukung oleh Lingkungan namun juga karena perilaku individu dalam mencegah gigitan nyamuk.

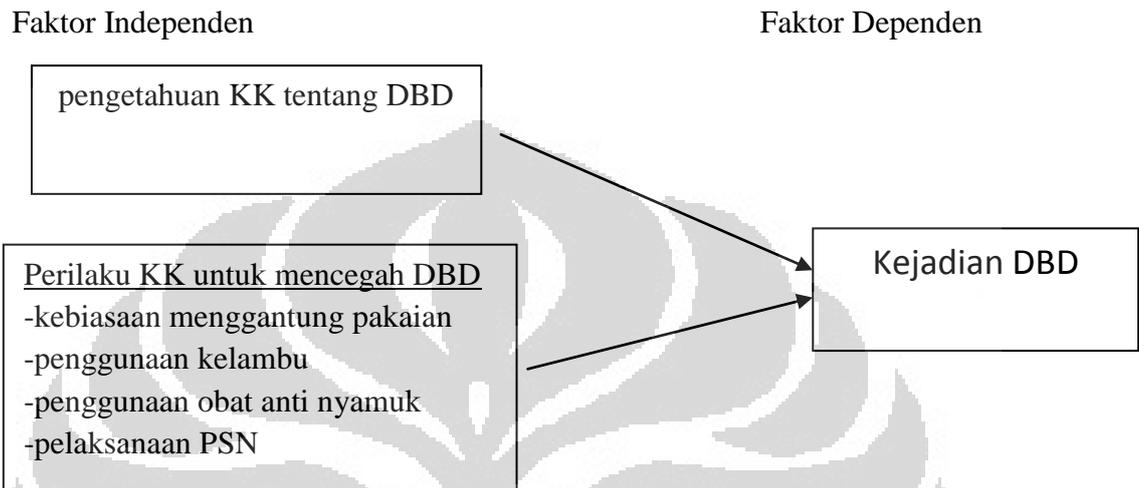
Dalam pemberantasan nyamuk, program yang dilaksanakan adalah dengan membunuh nyamuk dewasa (PE,FF, PJB) dan memberantas jentik Nyamuk (PSN-DBD).

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFENISI OPERASIONAL

Gambar 3.2

KERANGKA KONSEP



Pengetahuan dan perilaku yg dimiliki KK mempengaruhi Kejadian DBD

3.3 Hipotesis

- 3.3.1 Ada hubungan antara pengetahuan responden tentang DBD dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah
- 3.3.2 Ada hubungan antara kebiasaan menggantung pakaian dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah
- 3.3.3 Ada hubungan antara kebiasaan penggunaan kelambu dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah
- 3.3.4 Ada hubungan antara kebiasaan memakai lotion anti nyamuk dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah
- 3.3.5 Ada hubungan antara pelaksanaan PSN dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah

Defenisi Operasional

| Variabel | Defenisi operasional | Cara dan alat ukur | Hasil ukur | Skala ukur |
|---|--|--------------------------|---|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Dependen Kejadian DBD | Kejadian penyakit DBD berdasarkan diagnosa dokter atau laboratorium | -Wawancara dan kuesioner | 1. Sakit 2. Tidak sakit | Nominal |
| Independen a. . pengetahuan KK tentang DBD | semua hal yang diketahui KK tentang penyakit DBD, tanda, gejala, pencegahan dan pelaksanaan 3M | Wawancara dan kuesioner | 0.Kurang baik (jika nilai rata-rata <50% dari 10 pertanyaan) 1. Baik (jika nilai rata-rata > 50% dari 10 pertanyaan) | Ordinal Ordinal |
| b. Kebiasaan menggantung pakaian bekas pakai | kebiasaan anggota keluarga menggantung pakaian bekas pakai di dalam rumah(bukan dalam almari). | Wawancara dan kuesioner | Ya=1 Tidak = 0 | Ordinal |
| c. penggunaan kelambu | Kebiasaan anggota keluarga dalam menggunakan kelambu pada saat tidur | Wawancara dan kuesioner | Ya = 1 tidak =0 | Ordinal |

| | | | | |
|---|---|----------------------------|--|---------|
| d. penggunaan/ pemakaian obat anti nyamuk | kebiasaan anggota keluarga memakai obat anti nyamuk | Wawancara dan kuesioner | Ya = 1 tidak = 0 | Ordinal |
| e. perilaku PSN | kegiatan memberantas telur, jentik dan kepompong nyamuk penular DBD (<i>Aedes aegypti</i>) di tempat tempat perkembang-biakannya. Tujuannya adalah mengendalikan populasi nyamuk, sehingga penularan DBD dapat dicegah dan dikurangi. | Wawancara dan kuesioner | Baik =1(menguras & menyikat TPA min 1x seminggu, menutup TPA, mengubur barang bekas) Tidak baik= 0 (Tidak melakukan salah 1 kegiatan PSN DBD/3M) | Ordinal |

BAB 1V METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini bersifat Deskriptif Kuantitatif yang menggunakan metode *case kontrol* yang bertujuan untuk mengetahui gambaran tentang kejadian yang berhubungan dengan demam berdarah *dengue* (DBD), yang meliputi pengetahuan KK tentang DBD, perilaku keluarga (menggantung pakaian, menggunakan kelambu, menggunakan obat nyamuk lotion / bakar atau elektrik), pelaksanaan PSN (menguras, menutup, dan mengubur) dengan tujuan menilai pengaruh variabel bebas dengan kejadian DBD pada keluarga penderita dengan cara membandingkan sekelompok keluarga orang berpenyakit (kasus) dan sekelompok keluarga /orang yang tidak berpenyakit (kontrol) .

4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan april 2012 diwilayah Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah, provinsi Aceh

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah mencakup semua KK yang ada di wilayah Kecamatan Bebesen yang salah satu anggota keluarganya pernah di diagnose DBD oleh dokter atau pemeriksaan laboratorium yang terdiri dari 112 KK, yaitu 56 KK kelompok kasus , dan 56 KK kelompok kontrol yang tidak terkena DBD dan tinggal di wilayah Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah.

4.3.2 Sampel

Sampel penelitian untuk kelompok kasus adalah keluarga yang salah satu anggotanya ada yang menderita demam berdarah melalui diagnosa dokter atau pemeriksaan laboratorium berjumlah 56 KK. Teknik pengambilan sampel pada kelompok kasus adalah dengan teknik *total sampling*.

Sampel untuk kelompok pembandingan atau kontrol adalah keluarga yang anggotanya tidak/belum pernah ada yang menderita kasus DBD dengan jumlah yang sama dengan kelompok kasus yaitu 56 KK. Teknik pengambilan sampel pada kelompok kontrol adalah dengan tehnik penentuan sampel berdasarkan secara *simple random sampling*. Dengan kriteria yang tinggal berdekatan dengan kelompok kasus dan tinggal didi daerah yang sama. Total sampel adalah 112 sampel

4.4 Metode Pengumpulan Data

4.4.1 Sumber Data

a. Data Primer

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah Data Primer yang diperoleh dengan menyebarkan kuisioner pada 112 KK, yang merupakan instrument dan di gunakan dalam mengumpulkan data yang berisi pertanyaan-pertanyaan mengenai variable pengetahuan dan perilaku KK tentang penyakit DBD.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari Puskesmas Bebesen maupun data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tengah (Takengon).

Dari data yang terkumpul, dilakukan pengecekan isian kuisioner dan pemberian kode-kode yang sesuai dengan klasifikasi yang diinginkan dalam penelitian. Langkah selanjutnya dilakukan proses pengolahan data dengan cara mengentri dan mengolah data dari isian kuisioner ke dalam program computer.

Pembersihan data dengan menghilangkan missing data. Dalam analisis merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di entry. Adapun langkah-langkah yang dilakukan peneliti setelah kuisioner dilakukan adalah sebagai berikut :

4.5 Pengolahan Data

Data yang terkumpul selanjutnya diolah melalui beberapa tahapan sebagai berikut :

a. Coding

Pada tahap ini dilakukan pengklasifikasian dan pemberi kode pada setiap data yang ada. Pemberian kode sebagai acuan dilakukan sebelum penelitian.

b. Editing

Tahap ini dilakukan dengan pemeriksaan setiap kuesioner yang telah diterima kembali serta cara dan kelengkapan pengisian kuesioner.

c. Entry Data

Pada tahap ini data yang telah diedit dimasukkan kedalam computer untuk diolah.

d. Cleaning Data

Tahap ini dilakukan untuk memastikan bahwa data yang telah terkumpul sudah siap untuk diolah.

4.6 Analisis Data

4.6.1 Analisa Univariat

Tujuan analisis ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variable yang diteliti. Analisis ini untuk melihat distribusi frekuensi dan gambaran deskripsi dari semua variable yang diteliti dan kemudian disajikan dalam bentuk table dan narasi.

4.6.2. Analisa Bivariat

Tujuan analisis ini adalah untuk melihat hubungan antara variable Independen dengan variabe Dependen. Dilihat adanya perbedaan proporsi, kemudian dilakukan uji Chi-Square (X^2).

4.6.3. Analisa Multivariat

Tujuan analisis ini adalah untuk menentukan faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap kejadian DBD dengan melihat hubungan beberapa variabel independen yang diteliti (faktor pengetahuan dan perilaku) dengan satu variabel dependen (kejadian DBD) pada saat yang bersamaan. Karena variabel dependen dan independen penelitian ini termasuk kedalam data katagorik maka analisis yang digunakan yaitu uji regresi logistik ganda model prediksi yaitu memperkirakan variabel dependen dengan menggunakan informasi yang ada pada beberapa variabel independen. (Hastono, 2008)

Langkah analisis multivariat adalah :

1. Dilakukan seleksi bivariat pada masing-masing variabel independen dengan variabel dependen, dimana jika hasil bivariat menghasilkan p value $<0,25$ maka variabel tersebut masuk kedalam tahap multivariat selanjutnya.
2. Pemodelan multivariat yaitu dengan melakukan analisis terhadap variabel yang lulus seleksi bivariat, jika dari hasil analisis menghasilkan nilai p value $<0,05$ maka variabel tersebut dipertahankan sebaliknya jika nilai p value $>0,05$ maka variabel tersebut akan dikeluarkan satu persatu mulai dari variabel yang memiliki nilai P value yang paling besar
3. Langkah analisis multivariat terakhir dilakukan dengan melihat perubahan pada OR variabel yang dikeluarkan, jika menyebabkan perubahan OR $>10\%$ pada variabel lainnya maka variabel tersebut dimasukkan kembali kedalam analisis. Selanjutnya dilihat variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap kejadian DBD.

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian

5.1.1 Keadaan Topografi



Daerah Kabupaten Aceh Tengah merupakan salah satu kabupaten yang terletak di tengah Provinsi Aceh dengan luas wilayah 4.318,39 km², terletak antara 4,1033° sampai 5,5750° Lintang Utara dan 95,1540° sampai 97,2025⁰ Bujur Timur dengan ketinggian bervariasi antara 2000 meter sampai dengan 2.600 meter di atas permukaan laut.

Kabupaten Aceh Tengah memiliki iklim tropis, di mana musim kemarau biasanya jatuh pada Bulan Januari sampai dengan Juli, Musim hujan berlangsung dari Bulan Agustus sampai Bulan Desember. Rata-rata curah hujan berkisar antara 1.082 sampai dengan 2.409 Milimeter per tahun dengan jumlah hari hujan antara 113 sampai dengan 160 hari per tahun (*sumber data: BPS*). Suhu udara maksimum rata – rata adalah 26⁰ C dan minimum 15⁰ C. Keadaan udara tidak terlalu lembab dengan rata – rata kelembaban nisbi 80 %.

Adapun batas-batas wilayah Kabupaten Aceh Tengah adalah :

- Utara : Kabupaten Bener Meriah dan Kabupaten Bireuen
- Selatan : Kabupaten Nagan Raya dan Kabupaten Gayo Lues
- Timur : Kabupaten Aceh Timur
- Barat : Kabupaten Pidie dan Kabupaten Aceh Barat

Kabupaten Aceh Tengah memiliki topografi wilayah yang bervariasi, mulai dari datar, lembah, bergelombang, berbukit sampai bergunung dengan kemiringan permukaan tanah mulai dari landai sampai curam. Kabupaten Aceh Tengah memiliki 14 kecamatan dengan jumlah desa sebanyak 295 desa.

5.1.2 Karakteristik Demografi

Menurut Profil Puskesmas Bebesen tahun 2010, jumlah penduduk Kecamatan Bebesen tahun 2010 adalah 34.342 jiwa dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 17.066 jiwa (49,7) dan perempuan sebanyak 17276 (50,3%). Tingkat kepadatan penduduknya rata-rata 727.24 jiwa/Km² yang merupakan tingkat kepadatan penduduk tertinggi di Kabupaten Aceh Tengah. Kepala keluarga (KK) yang ada di Kecamatan Bebesen berjumlah 9.284 KK.

TABEL 1.1.
DISTRIBUSI FREKUENSI PENDUDUK MENURUT KELOMPOK UMUR
DI KECAMATAN BEBESEN TAHUN 2010

| Golongan Umur | Laki-laki | Perempuan | Jumlah |
|---------------|-----------|-----------|--------|
| (1) | (2) | (3) | (4) |
| 0 – 4 | 1907 | 1811 | 3718 |
| 5 – 9 | 1826 | 1828 | 3654 |
| 10 – 14 | 1758 | 1845 | 3603 |
| 15 – 19 | 1711 | 1971 | 3682 |
| 20 – 24 | 1592 | 1761 | 3353 |
| 25 – 29 | 1619 | 1520 | 3139 |
| 30 – 34 | 1444 | 1407 | 2851 |
| 35 – 39 | 1383 | 1306 | 2689 |
| 40 – 44 | 1202 | 1108 | 2310 |

| | | | |
|---------------|--------------|--------------|--------------|
| 45 – 49 | 904 | 853 | 1757 |
| 50 – 54 | 656 | 560 | 1216 |
| 55 – 59 | 382 | 438 | 820 |
| 60 – 64 | 267 | 337 | 604 |
| 65 – 69 | 218 | 210 | 428 |
| 70 – 74 | 113 | 118 | 231 |
| 75 + | 84 | 203 | 287 |
| Jumlah | 17066 | 17276 | 34342 |

Sumber: Profil Dinkes A.Tengah thn 2010

Dari tabel 1.1 diatas dapat diketahui bahwa kelompok umur yang paling banyak adalah kelompok 0-4 tahun yaitu sebanyak 3.718 jiwa, dan yang paling sedikit di kelompok umur 70-74 tahun, yaitu sebanyak 231 jiwa

TABEL 1.2.
DISTRIBUSI FREKUENSI PENDUDUK MENURUT TINGKAT PENDIDIKAN DI KECAMATAN BEBESAN TAHUN 2010

| Tingkat Pendidikan | Jumlah | Persentasi |
|------------------------------|--------|------------|
| Tidak Tamat SD/Tidak Sekolah | 7.675 | 24,7%, |
| Tamat SD | 8.189 | 25,5%, |
| Tamat SLTP | 8.003 | 25,3% |
| Tamat SLTA | 4.545 | 15,7%, |
| Tamat D3 | 1.507 | 4,5 %, |
| S1 | 1.438 | 4,3% |

Sumber: Profil Dinkes A.Tengah thn 2010

5.1.3 Fasilitas Kesehatan

Puskesmas Bebesen merupakan Puskesmas yang ada di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah Provinsi Aceh, didirikan pada tahun 1976 dan direnovasi pada tahun 1999. Fasilitas kesehatan yang ada di Kecamatan Bebesen adalah 1 Puskesmas, 2 unit Puskesmas keliling, 2 buah Puskesmas Pembantu dan Polindes (yang layak huni 8 Polindes, yang tidak layak huni 2 Polindes)

TABEL 1.3.
FASILITAS KESEHATAN DI KECAMATAN BEBESAN TAHUN 2010

| Fasilitas Kesehatan | Jumlah |
|------------------------|--------|
| Puskemas Non Perawatan | 1 |
| Puskesmas keliling | 1 |
| Rumah Sakit Swasta | 1 |
| Polindes | 10 |
| Puskesmas Pembantu | 2 |

Sumber: Profil Dinkes A.Tengah thn 2010

Tabel 1.4
Kedaaan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Bebesen Kecamatan Bebesen Tahun 2010

| No | Jenis Tenaga | Yang Ada | Keterangan |
|----|------------------------|----------|---------------------------|
| 1 | Dokter Umum | 1 | Termasuk Kepala Puskesmas |
| 2 | Dokter Gigi | 1 | |
| 3 | Sarjana Kesehatan Masy | 1 | |
| 4 | Bidan | 55 | termasuk bidan desa |
| 5 | Perawat | 26 | |
| 6 | Perawat Gigi | 2 | |
| 7 | Apoteker | 2 | |
| 8 | Analisis | 2 | |
| 9 | Tenaga Gizi | 2 | |
| 10 | Sanitarian | 3 | |

Sumber: Profil Dinkes A.Tengah thn 2010

Tabel 1.5
Pencapaian Program Puskesmas di Kecamatan Bebesen Tahun 2010

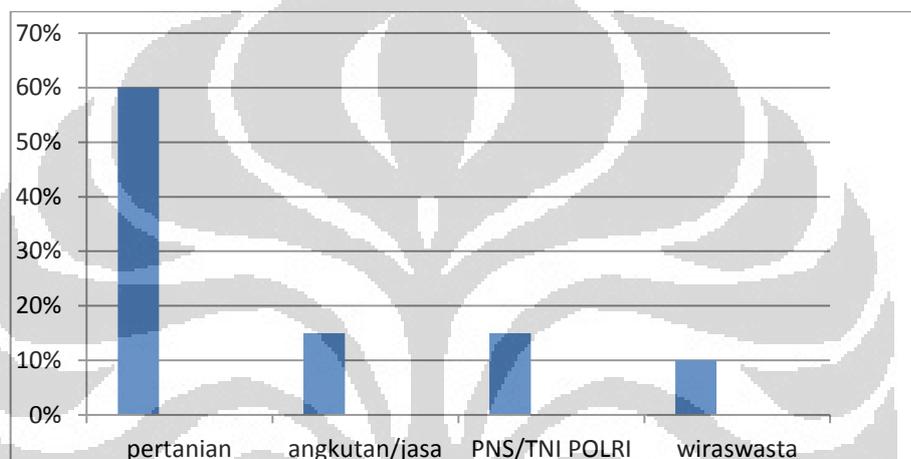
| No | Indicator | Target | Pencapaian |
|---|----------------------------------|--------|----------------|
| KIA/KB | | | |
| 1 | K1 | 95% | 90,9% |
| 2 | K4 | 95% | 88,4% |
| 3 | KN1 | 95% | 88,4% |
| 4 | KN3 | 95% | 84,4% |
| 5 | Persalinan ditolong Nakes | 95% | 90,89% |
| 6 | Pemberian Fe | 80% | 78,9% |
| GIZI | | | |
| 7 | Vit A | 100% | 25% |
| 8 | D/S | 80% | 47,7% |
| 9 | N/D | 80% | 69,2% |
| 10 | BGM | ≤ 15% | 2% |
| P2M (IMUNISASI & PENYAKIT MENULAR) | | | |
| 11 | Campak | 90 | 91,8% |
| 12 | Cakupan suspek TB Paru | 40 | 8 orang |
| 13 | BTA + | 40 | 8 orang |
| 14 | Penderita DBD yg ditangani | 100 | 100% |
| 15 | Angka kematian DBD | <1 | Nihil |
| 16 | Penderita malaria yang ditangani | - | 19 orang |
| KESLING | | | |
| 17 | Rumah Sehat | 85 | 81,1% |
| 18 | Penduduk Yg Memanfaatkan Jamban | 88 | 60,2% |
| 19 | Rumah Yang Mempunyai SPAL | 85 | 67,7% |
| 20 | Angka bebas jentik | 95 | 85,44% |
| 21 | Rumah Tangga ber-PHBS | | Tidak ada data |
| 22 | Sumber air minum/air bersih | | Tidak ada data |
| PROMKES | | | |
| 23 | Desa Siaga | 80% | 77,78% |
| 24 | Posyandu Purnama | 40% | 71,43% |
| 25 | Posyandu Mandiri | ≥ 2% | 3,57% |

Sumber: Profil Dinkes A.Tengah thn 2010

5.1.4 Gambaran Umum Sektor Ekonomi

Secara Umum mayoritas mata pencaharian pokok dari penduduk Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah adalah pada sektor pertanian dan perkebunan sebesar 60% , sektor perdagangan dan jasa 15%, sedangkan yang paling kecil adalah wiraswasta sebesar 10%, yang dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

Grafik 1.1
Persentase Sektor Ekonomi Penduduk Puskesmas Bebesen
Kecamatan Bies Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2010



Sumber: Profil Puskesmas Bebesen thn 2010

5.2 Hasil Univariat

5.2.1 Pengetahuan Responden Tentang DBD

Table 1.6
Kategori Pengetahuan Tentang DBD di Kecamatan Bebesen
Tahun 2012

| Pengetahuan KK tentang DBD | Frekuensi | Percent |
|----------------------------|-----------|---------|
| Kurang baik | 41 | 36,6% |
| Baik | 71 | 63,4% |
| Total | 112 | 100% |

Dari table 1.6 diketahui dari 112 KK yang berpengetahuan baik tentang DBD sebanyak 71 orang (63,4%) dan yang berpengetahuan kurang baik sebanyak 41 orang (36,6%).

5.2.2 Kebiasaan Menggantungkan Pakaian

Tabel 1.7
Kategori Menggantungkan Pakaian Bekas Pakai
Di Kecamatan Bebesen Tahun 2012

| Menggantung pakaian bekas pakai | Frekuensi | Persen |
|---------------------------------|-----------|--------|
| ya | 102 | 91,1 |
| tidak | 10 | 8,9 |
| Total | 112 | 100,0 |

Dari table 1.7 diatas diketahui bahwa dari 112 KK yang mempunyai kebiasaan menggantung pakaian bekas pakai yaitu sebanyak 102 KK (91,1%) dan yang tidak sebanyak 10 KK (8,9%).

5.2.3 Kebiasaan Menggunakan Kelambu

Tabel 1.8
Kategori penggunaan kelambu Di Kecamatan Bebesen Tahun 2012

| Menggunakan kelambu | Frekuensi | Persen |
|---------------------|-----------|--------|
| ya | 65 | 58,0 |
| tidak | 47 | 42,0 |
| Total | 112 | 100,0 |

Dari tabel 1.8 dapat diketahui bahwa dari 112 KK yang menggunakan kelambu yaitu sebanyak 65 KK (58 %) dan yang tidak menggunakan sebanyak 47 KK (42 %).

5.2.4 Kebiasaan menggunakan lotion/ obat nyamuk bakar

Table 1.9
Kategori Penggunaan Lotion Di Kecamatan Bebesen Tahun 2012

| Menggunakan lotion anti nyamuk | Frekuensi | Persen |
|--------------------------------|-----------|--------|
| ya | 19 | 17% |
| tidak | 93 | 83% |
| Total | 112 | 100 |

Dari tabel 1.9 dapat diketahui bahwa dari 112 KK yang menggunakan lotion/ obat nyamuk bakar yaitu hanya sebanyak 19 KK (17 %) dan yang tidak menggunakan sebanyak 93 KK (83 %).

5.2.5 Pelaksanaan PSN

Tabel 1.10
Kategori pelaksanaan PSN Di Kecamatan Bebesen Tahun 2012

| Pelaksanaan PSN | Frekuensi | Persen |
|-----------------|-----------|--------|
| kurang baik | 54 | 48,2% |
| baik | 58 | 51,8% |
| Total | 112 | 100% |

Dari tabel 1.10 dapat diketahui bahwa dari 112 KK yang melaksanakan PSN yang kurang baik yaitu sebanyak 54 responden (48,2%) dan yang melaksanakan PSN dengan baik sebanyak 58 responden (51,8%).

5.3 Hubungan Bivariat

5.3.1 Hubungan Antara Pengetahuan Responden Tentang DBD Dengan Kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Aceh Tengah Tahun 2012

Pada variable pengetahuan yang dianalisis adalah pengetahuan responden tentang DBD, yaitu tentang tempat perindukan nyamuk, kebiasaan menggigit, siapa dan di mana saja nyamuk mudah berkembang, yang dapat dilihat dari tabel 2.1. di bawah ini

Table 2.1
Pengetahuan Masyarakat Tentang DBD Dengan Kejadian DBD
Di Kecamatan Bebesen Tahun 2012

| Pengetahuan KK | Kejadian DBD | | Jumlah | Nilai P | Nilai OR CI 95% |
|-------------------|--------------|------------|------------|------------|---------------------------|
| | ya | tidak | | | |
| Kurang Baik | 30 (73,2%) | 11(26,8%) | 41(36,6%) | 0,001 | 4,720 2,032-10,965 |
| Baik | 26 (36,6%) | 45 (63,4%) | 71 (63,4%) | | |
| Jumlah | 56 (50,0%) | 56 (50,0%) | 112 (100%) | | |

Hasil analisis berdasarkan pengetahuan dengan kejadian DBD menunjukkan bahwa terdapat 30 responden berpengetahuan kurang baik (73,2%) terkena DBD. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,001$ ($p < 0,05$) dengan nilai $OR= 4,720$ (CI : 2,032-10,965) maka dapat disimpulkan ada perbedaan antara pengetahuan responden dengan kejadian DBD, dimana responden yang mempunyai pengetahuan kurang baik berpeluang 5 (4,7) kali untuk terkena DBD dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan baik.

5.3.2 Hubungan Antara Kebiasaan Menggantungkan Pakaian Bekas Pakai Dengan Kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Aceh Tengah Tahun 2012

Pada variable kebiasaan menggantung pakaian yang dinilai adalah kebiasaan masyarakat menyimpan pakaian bekas pakai bukan dalam almari, yang bisa menjadi tempat peristirahatan nyamuk, hal ini dapat dilihat dari tabel 2.2 di bawah ini

Tabel 2.2
Menggantung Pakaian Bekas Pakai Dengan Kejadian DBD
Di Kecamatan Bebesen Tahun 2012

| Menggantung pakaian bekas pakai | Kejadian DBD | | Jumlah | Nilai P | Nilai OR CI 95% |
|---------------------------------|--------------|------------|-----------|---------|--------------------|
| | ya | tidak | | | |
| Ya | 51 (50%) | 51 (50%) | 102(91%) | 1 | 1 |
| Tidak | 5 (50%) | 5(50%) | 11(9%) | | 0,273-3,665 |
| Jumlah | 56 (50,0%) | 56 (50,0%) | 112(100%) | | |

Hasil analisis dari tabel 2.2 berdasarkan perilaku menggantung pakaian dengan kejadian DBD menunjukkan bahwa terdapat 51 responden yang mempunyai kebiasaan menggantung pakaian (50%) terkena DBD Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1$ ($p > 0,05$) dengan nilai $OR=1$ (CI : 0,273-3,665), maka disimpulkan tidak ada perbedaan.

5.3.3 Hubungan Antara Penggunaan Kelambu Masyarakat Dengan Kejadian DBD Di Kecamatan Bebesen Aceh Tengah Tahun 2012

Pada variable penggunaan kelambu yang diteliti adalah upaya masyarakat dalam menghindari gigitan nyamuk, yang dapat dilihat dari tabel 2.3 dibawah ini

Tabel 2.3
Penggunaan Kelambu Dengan Kejadian DBD
Di Kecamatan Bebesen Tahun 2012

| Menggunakan kelambu | Kejadian DBD | | Jumlah | Nilai P | Nilai OR CI 95% |
|---------------------|--------------|------------|------------|---------|---------------------------|
| | ya | tidak | | | |
| Tidak | 45 (95,7%) | 2 (4,3%) | 47 (42%) | 0,001 | 110,455 23,264-524,431 |
| Ya | 11 (16,9%) | 54 (83,1%) | 65 (58%) | | |
| Jumlah | 56 (50,0%) | 56 (50,0%) | 112 (100%) | | |

Hasil analisis dari tabel 2.3 berdasarkan perilaku menggunakan kelambu dengan kejadian DBD menunjukkan bahwa terdapat 45 responden yang tidak mempunyai kebiasaan menggunakan kelambu (95,7%) terkena DBD. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,001$ ($p < 0,05$) dengan nilai $OR=110$ (CI : 23,264-524,431) maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan antara kebiasaan menggunakan kelambu dengan kejadian DBD, dimana responden yang tidak mempunyai kebiasaan menggunakan kelambu berpeluang 110 kali untuk terkena DBD dibandingkan dengan responden yang mempunyai kebiasaan menggunakan kelambu

5.3.4 Hubungan antara penggunaan lotion anti nyamuk dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Aceh Tengah tahun 2012

Pada variable penggunaan lotion anti nyamuk yang di analisis adalah cara pencegahan yang dilakukan masyarakat untuk melindungi anggota keluarganya dari gigitan nyamuk, baik itu berupa lotion, obat nyamuk bakar atau obat anti nyamuk listrik atau yang lainnya, yang dapat dilihat dari hasil tabel 2.3. di bawah ini

Tabel 2.4
Penggunaan Lotion Dengan Kejadian DBD
Di Kecamatan Bebesen Tahun 2012

| Menggunakan lotion anti nyamuk | Kejadian DBD | | Jumlah | Nilai P | Nilai OR CI 95% |
|--------------------------------|--------------|------------|------------|---------|----------------------|
| | ya | tidak | | | |
| Tidak | 49 (52,7%) | 44 (47,3%) | 93 (83%) | 0,314 | 1,909 0,690-5,279 |
| Ya | 7 (36,8%) | 12 (63,2%) | 19(17%) | | |
| Jumlah | 56 (50,0%) | 56 (50,0%) | 112 (100%) | | |

Hasil analisis dari tabel 2.4 berdasarkan perilaku menggunakan lotion anti nyamuk dengan kejadian DBD menunjukkan bahwa terdapat 49 responden yang tidak mempunyai kebiasaan menggunakan lotion anti nyamuk (52,7%) terkena DBD. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,314$ ($p > 0,05$) dengan nilai $OR=1,9$ (CI : 0,690-5,279) maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara kebiasaan menggunakan lotion anti nyamuk dengan kejadian DBD.

5.3.5 Hubungan antara pelaksanaan PSN Masyarakat dengan kejadian DBD di Kecamatan Bebesen Aceh Tengah tahun 2012

Pada Variable pelaksanaan PSN masyarakat yang di analisa adalah bagaimana masyarakat melaksanakan PSN, mulai dari pengurusan dan frekuensi pengurusan TPA, menutup tempat penyimpanan air dan mengubur barang bekas yang bisa menjadi tempat perindukan nyamuk, hal ini tergambar dari tabel 2.5 di bawah ini

Tabel 2.5
Pelaksanaan PSN Dengan Kejadian DBD
Di Kecamatan Bebesen Tahun 2012

| Pelaksanaan PSN | Kejadian DBD | | Jumlah | Nilai P | Nilai OR CI 95% |
|-----------------|--------------|-----------|------------|---------|---------------------------|
| | ya | tidak | | | |
| Kurang baik | 50 (92,6%) | 4 (7,4%) | 54(48,2%) | 0,000 | 108,333 28,842-406,907 |
| Baik | 6 (10,3%) | 52(89,7%) | 58(51,8%) | | |
| Jumlah | 56 (50,0%) | 56(50,0%) | 112 (100%) | | |

Hasil analisis dari tabel 2.5 berdasarkan pelaksanaan PSN dengan kejadian DBD menunjukkan bahwa terdapat 50 responden yang tidak melaksanakan PSN dengan baik (92,6%) terkena DBD. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,001$ ($p < 0,05$) dengan nilai $OR=108$ (CI : 28,842-406,907) maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan antara pelaksanaan PSN dengan kejadian DBD, dimana responden yang tidak melaksanakan PSN dengan baik berpeluang 108 kali untuk terkena DBD dibandingkan dengan responden yang melaksanakan PSN dengan baik.

5.4 Faktor yang Paling Berpengaruh Terhadap Kejadian DBD

5.4.1 Seleksi Bivariat

Hasil analisis seleksi bivariat masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.1
Seleksi Bivariat

| Variabel | P value |
|---|--------------|
| Pengetahuan responden | 0,000 |
| Kebiasaan menggantung pakaian bekas pakai | 1 |
| Kebiasaan menggunakan kelambu | 0,000 |
| Kebiasaan menggunakan lotion anti nyamuk | 0,208 |
| Pelaksanaan PSN | 0,000 |

Berdasarkan hasil analisis seleksi bivariat terhadap semua variabel yang menghasilkan P value <0,25 masuk kedalam pemodelan multivariat selanjutnya, variabel yang masuk diantaranya adalah pengetahuan responden, kebiasaan menggunakan kelambu, kebiasaan menggunakan lotion anti nyamuk, dan pelaksanaan PSN.

1.4.1 Pemodelan Multivariat

Hasil analisis pemodelan multivariat terhadap pengetahuan responden, kebiasaan menggunakan kelambu, kebiasaan menggunakan lotion anti nyamuk, dan pelaksanaan PSN dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.2
Hasil Pemodelan Multivariat

| Variabel | Nilai P | Exp(B) | 95,0% C.I.for EXP(B) | |
|-------------------------|-------------|--------------|----------------------|---------------|
| | | Upper | Lower | Upper |
| Pengetahuan resp | ,578 | 1,767 | ,237 | 13,169 |
| kelambu | ,000 | 144,122 | 12,194 | 1703,340 |
| lotion | ,802 | ,765 | ,095 | 6,183 |
| PlaksanaanPSN | ,000 | 142,878 | 14,980 | 1362,767 |
| Constant | ,000 | ,002 | | |

Berdasarkan hasil analisis terdapat dua variabel yang memiliki nilai p value $>0,05$ yaitu pengetahuan responden dan kebiasaan menggunakan lotion anti nyamuk, sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan dari model mulai dari variabel yang memiliki nilai p value yang paling besar.

1.4.1.1 Analisis Multivariat Tanpa Variabel Kebiasaan Menggunakan Lotion Anti nyamuk

Hasil pemodelan multivariat menunjukkan bahwa variabel yang paling besar nilai p valuenya adalah kebiasaan menggunakan lotion anti nyamuk maka variabel ini dikeluarkan. Hasil analisis setelah kebiasaan menggunakan lotion anti nyamuk dikeluarkan dapat dilihat pada tabel dibawah Ini :

Tabel 3.3
Hasil Pemodelan Multivariat Tanpa Variabel Kebiasaan Menggunakan Lotion Anti Nyamuk

| Variabel | Nilai P | Exp(B) | 95,0% C.I.for EXP(B) | |
|-----------------------------|--------------|------------------|----------------------|--------------------|
| | | | Lower | Upper |
| Pengetahuan respond kelambu | ,593 ,000 | 1,726 145,358 | ,234 12,261 | 12,755 1723,207 |
| Plaksanaan PSN | ,000 | 140,688 | 14,861 | 1331,860 |
| Constant | ,000 | ,002 | | |

Setelah variabel kebiasaan Menggunakan Lotion Anti Nyamuk dikeluarkan dari model, menyebabkan terjadinya perubahan nilai OR pada masing-masing variabel yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.4
Perubahan Nilai OR Tanpa Variabel kebiasaan Menggunakan Lotion Anti Nyamuk

| Variabel | OR penggunaan lotion Ada | OR Lotion Tidak Ada | Perubahan OR |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------|--------------|
| Pengetahuan respond kelambu | 1,767 144,122 | 1,726 145,358 | 2,32 0,86 |
| Plaksanaan PSN constan | 142,878 ,002 | 140,688 | 1,53 |

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perubahan nilai OR >10% pada variabel lainnya, sehingga variabel kebiasaan Menggunakan Lotion Anti Nyamuk tetap dikeluarkan dari model.

1.4.1.2 Analisis Multivariat Tanpa Variabel Pengetahuan

Variabel selanjutnya yang dikeluarkan yaitu variabel pengetahuan. Hasil analisis multivariat tanpa variabel pengetahuan dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.5
Hasil Pemodelan Multivariat Tanpa Pengetahuan

| Variabel | Nilai P | Exp(B) | 95,0% C.I.for EXP(B) | |
|----------------|---------|---------|----------------------|----------|
| | | | Lower | Upper |
| kelambu | ,000 | 150,124 | 12,884 | 1749,247 |
| Plaksanaan PSN | ,000 | 144,706 | 15,425 | 1357,532 |
| Constant | ,000 | ,003 | | |

Setelah variabel kebiasaan pengetahuan dikeluarkan dari model, menyebabkan terjadinya perubahan nilai OR pada masing-masing variabel yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.6
Perubahan Nilai OR Tanpa Variabel pengetahuan

| Variabel | OR penggunaan | OR pengetahuan | Perubahan OR |
|---------------------|-----------------|----------------|--------------|
| | pengetahuan Ada | Tidak Ada | |
| Pengetahuan respond | 1,767 | | |
| kelambu | 144,122 | 150,124 | 0,86 |
| Plaksanaan PSN | 142,878 | 144,706 | 1,53 |

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa variabel riwayat pengetahuan dikeluarkan dari model, setelah variabel riwayat pengetahuan dikeluarkan tidak ada perubahan OR >10% pada variabel yang lain, sehingga variabel riwayat pengetahuan tidak dimasukkan kembali kedalam model.

1.4.2 Pemodelan Terakhir

Pemodelan akhir dari analisis multivariat dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.7
Model Akhir Analisis Multivariat

| Variabel | Nilai P | Exp(B) | CI 95% |
|-------------------------------|---------|---------|-----------------|
| Kebiasaan menggunakan kelambu | 0,000 | 150,124 | 12,884-1749,247 |
| Pelaksanaan PSN | 0,000 | 144,706 | 15,425-1357,532 |

Berdasarkan hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel yang mempunyai hubungan bermakna dengan kejadian DBD adalah variable kebiasaan menggunakan kelambu dan pelaksanaan PSN. Hasil analisis dapat diketahui bahwa variabel yang paling besar pengaruhnya adalah variabel kebiasaan menggunakan kelambu, yang dapat dilihat dari nilai Odds Ratio (OR) yang paling besar diantara variabel lainnya yaitu 150,124 artinya responden yang tidak menggunakan kelambu kemungkinan akan menderita DBD 150,124 kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang menggunakan kelambu setelah dilakukan pengontrolan terhadap variable kebiasaan menggunakan lotion, pengetahuan responden tentang DBD, dan pelaksanaan PSN secara bersamaan.

BAB VI

PEMBAHASAN

Pembahasan pada penelitian ini meliputi karakteristik KK yaitu pengetahuan KK tentang DBD, perilaku KK dalam menggantung pakaian bekas pakai, penggunaan lotion anti nyamuk, penggunaan kelambu, pelaksanaan PSN dan hubungan 2 variabel yang diasumsikan mempunyai hubungan.

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dapat menimbulkan bias informasi yaitu berupa *recall bias* dimana responden tidak dapat menjawab dengan tepat pertanyaan yang diajukan karena responden harus mengingat kembali apa yang sudah lampau. Selain itu dapat terjadi *interviewer bias* (bias pewawancara) karena adanya subyektifitas atau sugesti pewawancara dalam proses pengumpulan data. Informasi yang dihasilkan juga dipengaruhi oleh kejujuran dari responden, kurangnya kemampuan pewawancara menjalin kepercayaan dengan responden membuat jawaban yang diberikan tidak sesuai dengan yang diharapkan.

Kendala lain yang juga ditemukan saat penelitian adalah karena mayoritas mata pencaharian responden pegawai negeri dan petani maka pada saat akan meneliti, responden yang terpilih mewakili menjadi sampel penelitian tidak berada ditempat.

6.2 Kejadian DBD.

Dalam penelitian ini responden yang ditetapkan menderita DBD jika dinyatakan positif berdasarkan diagnosa dokter atau tes laboratorium. Dari hasil analisis diperoleh angka kejadian DBD di wilayah Kerja Puskesmas Bebesen yaitu sebanyak 56 orang. Hal ini berhubungan dengan beberapa faktor diantaranya faktor yang berkaitan dengan pengetahuan, faktor perilaku keluarga seperti kebiasaan menggantung pakaian bekas pakai, menggunakan kelambu, penggunaan lotion anti nyamuk dan pelaksanaan PSN.

6.3 Hubungan Pengetahuan KK tentang DBD Dengan Kejadian DBD

Dari hasil penelitian, diperoleh gambaran pengetahuan KK tentang DBD bahwa terdapat 30 responden berpengetahuan kurang baik (73,2%) terkena DBD dan 26 responden berpengetahuan baik (36,6%) terkena DBD. Bila dilihat dari hasil persentase, KK yang pengetahuan DBDnya baik, persentasenya lebih sedikit terkena DBD dari pada yang berpengetahuan kurang baik, ini menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan KK dengan kejadian DBD. Dengan nilai OR 4,7 yang berarti KK yang berpengetahuan kurang baik tentang DBD berpotensi mempunyai resiko 4,7 kali terkena DBD dari pada yang berpengetahuan baik.

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dari apa yang diketahui manusia melalui penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan tersebut sebagian besar melalui indera pendengaran dan penglihatan. Mengadaptasi dari pendapat Rogers, 1974 (notoatmodjo, 2003 : 121). Pengetahuan KK tentang DBD dapat diperoleh dari kabar berita tentang DBD yang tersiar di berbagai media massa atau penyuluhan petugas kesehatan. Media juga berperan penting dalam penyampaian informasi dan pengetahuan serta punya potensi untuk mempengaruhi perilaku masyarakat.

Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner, maka perilaku kesehatan adalah respon seseorang yang berkaitan dengan sehat sakit, dalam kejadian DBD, seseorang baru akan melaksanakan PSN-3M bila ia atau keluarganya beresiko terkena DBD, bila ia masih merasa aman, ia tidak merasa perlu untuk melakukannya.

Begitu juga dalam melakukan tindakan, dalam Health Belief Model yang merupakan penjabaran dari model sosio psikologis, berdasarkan pada kenyataannya problem-problem kesehatan yang ada biasanya ditandai oleh kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan yang diselenggarakan oleh provider kesehatan. Orang tersebut akan melakukan tindakan bila ia atau keluarganya merasa akan terkena penyakit tersebut, jadi bila dia tidak merasa terancam, ia cukup tahu saja tanpa melakukan aksi apapun untuk melakukan pencegahan penyakit tersebut. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh

Widia Ekawati tentang Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Di Kelurahan Ploso Kecamatan Pacitan Tahun 2009, FIK Universitas Muhammadiyah Surakarta dan Wirawan Sakti tentang gambaran perilaku PSN-DBD KK di Kecamatan Curug Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2004, FKM UI dan, yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dan kejadian DBD.

Yang dimaksud dengan pengetahuan tentang penyakit Demam Berdarah adalah segala sesuatu yang diketahui seseorang tentang penyakit DBD. Seperti hewan apa yang menularkan penyakit DBD, ciri-ciri dari penular penyakit/nyamuk *Aedes Aegypti*, kapan saja ia menggigit, dimana ia berkembang biak, bagaimana pencegahannya dan lain sebagainya yang berhubungan dengan penyakit DBD.

Penyakit DBD atau DHF ialah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Kedua jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan air laut (Kristina *et al*, 2004).

Kabupaten Aceh Tengah terletak di dataran tinggi yaitu 2000 meter di atas permukaan laut. Hal ini membuat penduduk yang ada di wilayah tersebut merasa tidak takut akan terkena penyakit DBD. Karena menurut teori atau informasi yang mereka dapatkan bahwa penular penyakit DBD (nyamuk *Aedes Aegypti*) tidak akan bisa hidup dan berkembang biak di wilayah Aceh Tengah. Apalagi ketika di Provinsi Aceh penyakit DBD sudah mulai berjangkit namun Aceh Tengah tidak terjangkit DBD, sehingga masyarakat merasa 'aman'. Namun mereka tidak mengetahui bahwa dengan adanya perubahan iklim, mobilisasi penduduk yang tinggi dan hal-hal lain yang memudahkan Agent mudah berkembang biak, penyakit DBD bisa menyerang dimana saja dan kapan saja.

Disini peranan tenaga kesehatan amatlah penting karena tenaga kesehatan dapat memberikan pengetahuan kesehatan khususnya DBD yang bertujuan agar KK yang tidak tahu menjadi tahu dan tidak mampu menjadi mampu mengatasi masalah kesehatan diri dan keluarganya. Karena pendidikan dan pengetahuan kesehatan

merupakan *behavioral investmen* artinya tidak serta merta dapat merubah perilaku seseorang tetapi dapat merubah perilaku dalam jangka waktu yang lama maka perlu dilakukan pendidikan kesehatan yang berkelanjutan. (Notoatmodjo, 2007)

Peran pemerintah setempat juga dibutuhkan untuk meningkatkan tingkat pengetahuan yaitu dengan program penyuluhan baik melalui media elektronik ataupun media cetak tentang sosialisasi program Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) sehingga diharapkan masyarakat ikut berperan aktif didalamnya. Penyuluhan tidak hanya dilakukan didalam gedung, tapi juga diluar gedung, baik di pengajian-pengajian, di Posyandu, di tempat-tempat umum (TPU) seperti pasar, terminal dan sekolah sehingga diharapkan angka kejadian demam berdarah bisa diturunkan.

Kerja sama lintas sektoral juga dibutuhkan, seperti membuat Gebrakan DBD, gerakan jum'at bersih atau desa bebas DBD. Karena dalam meningkatkan peran serta masyarakat tidak bisa dilakukan bila tidak ada dukungan dari pemerintah setempat. Meningkatkan kesadaran masyarakat sebaiknya dari pengetahuan masyarakat, namun terkadang masyarakat baru beraksi bila dipaksa, dan diharapkan gerakan-gerakan tersebut membuat masyarakat memahami pentingnya menjaga kesehatan.

6.4 Hubungan Menggantung Pakaian Bekas Pakai Dengan Kejadian DBD

Dari hasil penelitian, diperoleh gambaran perilaku KK dalam menggantung pakaian bekas pakai pada kelompok yang biasa menggantung pakaian sebanyak 51 orang (50%) terkena DBD dan pada kelompok tidak biasa menggantung pakaian sebanyak 5 orang (50%). Bila dilihat dari hasil persentase diatas tidak ada perbedaan antara yang kedua kelompok tersebut, ini menunjukkan tidak adanya hubungan antara perilaku menggantung pakaian bekas pakai dengan kejadian DBD.

Kesenangan tempat nyamuk beristirahat adalah ditempat yang gelap dan lembab, di tempat-tempat tersebut nyamuk menunggu proses pematangan telur. (Depkes RI, 2005) salah satunya di tempat menggantung baju bekas pakai, karena intensitas cahaya yang rendah dan kelembaban yang tinggi merupakan kondisi yang

baik bagi nyamuk untuk beristirahat. Intensitas cahaya dan kelembaban udara mempengaruhi aktifitas terbang nyamuk dan kebiasaan meletakkan telurnya. Penelitian Ini berbeda dengan hasil penelitian Widyana dan Widia Eka Wati di Ploso bahwa kebiasaan menggantung baju bekas pakai berhubungan dengan kejadian DBD

Masyarakat di wilayah Kecamatan Bebesen mempunyai kebiasaan menggantung pakaian bekas pakai di dalam kamar (tidak di dalam lemari) karena kemudahan untuk dipakai lagi keesokan harinya, seperti seragam sekolah anak, pakaian dinas yang masih layak dipakai keesokan harinya. Jika pun mereka punya lemari untuk tempat menyimpan pakaian bekas, mereka jarang menggantungnya didalam lemari karena tidak ingin baju yang masih bersih terkena bau yang kurang sedap dari baju bekas pakai. Jika dianjurkan untuk menghindari kebiasaan menggantung pakaian di ruang tidur atau menggantungnya diruang lain, masyarakat juga jarang yang bisa melakukannya karena rumah yang mereka huni tidak punya kamar lain yang bisa digunakan untuk menggantung pakaian mereka. Umumnya tempat tinggal yang dihuni hanya mempunyai 1 ruang kamar tamu, 1 ruang keluarga, 1-3 kamar tidur , 1 kamar mandi dan dapur, hal tersebut membuat mereka mempunyai kebiasaan menggantung pakaian didalam kamar tidur. Jika keluarga hanya memiliki 1 kamar tidur, maka seluruh pakaian bekas pakai ditumpuk dalam kamar tidur tersebut.

Intervensi untuk mengurangi kebiasaan menggantung pakaian dapat dilakukan dengan menyimpan/melipat pakaian bekas pakai dalam kotak/box. Sebelumnya pakaian dijemur dahulu sehingga baunya tidak melekat dibaju, kemudian ditutup rapat sehingga nyamuk tidak hinggap/beristirahat di tempat tersebut.

6.5 Hubungan antara penggunaan kelambu KK dengan kejadian DBD

Dari hasil penelitian, diperoleh gambaran perilaku KK yang Menggunakan Kelambu terdapat 45 responden yang tidak mempunyai kebiasaan menggunakan kelambu (95,7%) terkena DBD dan 11 responden mempunyai kebiasaan menggunakan kelambu (16,9%) terkena DBD. Hasil uji statistik diperoleh nilai

$p=0,001$ ($p < 0,05$). Dari persentase di atas terlihat adanya perbedaan yang jelas antara kelompok kasus dan kelompok kontrol dalam hal kebiasaan penggunaan kelambu, ini menunjukkan adanya hubungan antara menggunakan kelambu dengan kejadian DBD. Dengan nilai $OR=110$ yang berarti KK yang tidak menggunakan kelambu 110 kali lebih beresiko terkena DBD dari pada yang menggunakan kelambu. Dalam penelitian ini, penggunaan kelambu adalah hal yang paling besar kaitannya dengan kejadian DBD.

Menggunakan kelambu adalah salah satu cara yang efektif dan aman untuk menghindari gigitan nyamuk, baik kelambu yang berinsektisida maupun tidak (DEPKES RI 2005).

Penggunaan kelambu baru banyak digunakan setelah program pembagian kelambu untuk pemberantasan malaria digalakkan. Masyarakat merasa lebih nyaman tidur dengan kelambu karena mendapatkannya dengan gratis dan bisa terhindar dari gigitan nyamuk. Namun di beberapa daerah, kelambu tidak digunakan dengan semestinya, mereka menggunakan untuk menjaring ikan (karena lebih mudah mendapatkan ikan dari pada dengan memancing atau menjala, yang perlu waktu dan kesabaran yang lebih, walau mereka tahu menggunakan kelambu untuk menangkap ikan juga menyebabkan ikan-ikan yang kecil juga terbunuh), pembatas lahan/pagar (agar hewan ternak tidak masuk ke halaman), atau tidak menggunakannya sama sekali karena takut bayi/balita mereka iseng menghisap kelambu.

Intervensi agar masyarakat mau menggunakan kelambu adalah dengan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang fungsi kelambu secara benar. Masyarakat bisa menggunakan kelambu bukan hanya untuk mencegah DBD tetapi juga untuk mencegah gigitan nyamuk lain termasuk Malaria. Penyalahgunaan penggunaan kelambu bisa menyebabkan ekosistem di lingkungan menjadi terganggu. Penyuluhan dari tenaga kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dengan mengawasi penggunaan kelambu bisa dilakukan agar masyarakat menggunakan kelambu sebagaimana mestinya.

6.6 Hubungan Penggunaan Lotion Dengan Kejadian DBD

Dari hasil penelitian, diperoleh gambaran perilaku KK terdapat 49 responden yang tidak mempunyai kebiasaan menggunakan lotion anti nyamuk (52,7%) terkena DBD dan 7 responden mempunyai kebiasaan menggunakan lotion anti nyamuk (36,8%) terkena DBD. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,314$ ($p > 0,05$) dengan nilai $OR=1,9$. Bila dilihat dari hasil persentase di atas tidak ada perbedaan mencolok antara kelompok kasus dan kelompok kontrol, ini menunjukkan tidak adanya hubungan antara KK yang menggunakan Lotion dan KK yang tidak menggunakan lotion dengan kejadian DBD. Nilai $OR : 1,9$ yang berarti bahwa yang tidak menggunakan lotion anti nyamuk beresiko 1,9 kali lebih besar terkena DBD.

Selain memberantas sarang nyamuk, cara agar tidak terkena penyakit DBD adalah menghindari gigitan nyamuk, memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk yaitu menggunakan obat anti nyamuk, baik yang berupa Lotion atau nyamuk bakar/ elektrik. (DEPKES RI, 2011)

Penggunaan Lotion yang masih sedikit karena penduduk merasa enggan mengeluarkan dana lebih untuk membeli lotion, jika mereka ingin memakai biasanya jika mereka tidak menginap di rumah, hal itu pun terkadang tidak mereka lakukan karena mereka merasa lotion punya efek yang tidak bagus bila sering terpajan dikulit mereka. Membuat mereka harus selalu mencuci tangan bila hendak ngemil atau makan-makanan ringan. Mereka jarang mengetahui penggunaan daun-daun alami seperti bunga lavender, sereh dan lain-lain yang juga bisa digunakan agar tubuh mereka tidak terkena gigitan nyamuk. Pada pemakaian nyamuk bakar jarang digunakan karena sering menyebabkan batuk yang berkepanjangan pada pengguna, biasanya obat nyamuk bakar digunakan hanya 1-2 jam sesudah magrib, hanya untuk mengusir 'sementara' nyamuk-nyamuk yang ada. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Anton Sitio yang mengatakan bahwa penggunaan lotion anti nyamuk berhubungan dengan kejadian DBD di kota Medan.

Intervensi yang dapat diberikan agar masyarakat mau mencegah gigitan nyamuk dengan menggunakan lotion anti nyamuk/nyamuk bakar adalah menanam halaman di sekitar rumah dengan tumbuh-tumbuhan yang baunya tidak disukai oleh nyamuk. Seperti Bunga Lavender, batang Serei, Geranium, Rosemary dan Zodia. Bunga Lavender dan Rosemary bisa langsung digunakan dengan menggosok-gosokkan di kulit sehingga nyamuk enggan mendekat. Serei dan Geranium bila bergesekkan akan mengeluarkan bau yang tidak disukai nyamuk.

6.7 Hubungan antara pelaksanaan PSN KK dengan kejadian DBD

Dari hasil penelitian, diperoleh gambaran pelaksanaan PSN KK terdapat 50 responden yang tidak melaksanakan PSN dengan baik (92,6%) terkena DBD dan 6 responden mempunyai kebiasaan melaksanakan PSN dengan baik (10,3%) terkena DBD. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,000$ ($p < 0,05$) dengan nilai $OR=108$. Dari persentase di atas terlihat adanya perbedaan yang mencolok antara yang melaksanakan PSN dengan baik dengan yang tidak melaksanakannya dengan baik. Ini menunjukkan adanya hubungan yang erat antara pelaksanaan PSN dengan kejadian DBD. Dari nilai $OR=108$ yang berarti bahwa yang tidak melaksanakan PSN dengan baik 108 lebih beresiko terkena DBD dari pada yang melaksanakan PSN dengan baik.

Perilaku dalam penelitian ini adalah tindakan KK yang berhubungan dengan PSN-DBD, melalui pelaksanaan 3M (menguras, menutup tempat penampungan air bersih serta mengubur barang bekas yang dapat menjadi tempat perindukan nyamuk) atau reaksi KK berupa alasan tidak dilaksanakannya kegiatan pencegahan DBD. Menurut Robert Y.Kwick, 1974 (Notoatmodjo, 2003 : 123). Tindakan adalah suatu perbuatan organisme yang dapat diamati dan dapat dipelajari. Dalam hal ini cara yang terbaik untuk mendapatkan informasi tentang perilaku PSN-DBD yang telah dilakukan KK adalah dengan mengadakan observasi langsung, akan tetapi cara ini membutuhkan waktu yang lama dan biaya yang besar, oleh sebab itu penelitian ini hanya dilakukan melalui pengukuran perilaku dengan menggunakan kuisioner.

Pemahaman akan pengurasan tempat penampungan air (yang selanjutnya disebut TPA) masih diartikan hanya menguras saja, tanpa menyikat dinding-dinding TPA. Pada dasarnya penduduk yang melakukan pengurasan kontainer/ /TPA sudah cukup baik, namun masyarakat terkadang baru melakukan pengurasan lebih dari 7 hari/seminggu, sementara diketahui bahwa daur hidup nyamuk dari telur sampai menjadi nyamuk adalah 9-10 hari (DEPKES, 2011). Bila melakukan pengurasan (dan penyikatan kontainer lebih dari 1minggu) artinya telur nyamuk sudah menjadi nyamuk dewasa. Pengurasan kontainer terkadang baru dilakukan bila kontainer kelihatan kotor. Hal ini juga disebabkan karena ketersediaan air bersih yang berasal dari pipa terkadang tidak lancar, karena itu kontainer baru dikuras lagi setelah lebih dari 1 minggu. Kini ditempat yang sulit mendapatkan air dari ledeng, keluarga telah banyak mendapatkan air dari sumur pompa, sehingga mereka rajin melakukan pengurasan kontainer sebelum 1 minggu.

Pada pelaksanaan menutup kontainer biasanya selalu dilakukan karena masyarakat tidak mau ada hewan lain yang masuk ke dalam tempayan, kotoran hewan atau debu masuk ke dalam penyimpanan air bersih tersebut. Nyamuk *Aedes* akan hinggap disana. Kontainer adalah tempat berkembang biak yang baik bagi nyamuk *Aedes aegypti*, sehingga bila tidak menyediakan tutup akan memudahkan nyamuk berkembangbiak.

Dalam hal mengubur barang bekas yang bisa menjadi tempat penampungan air masyarakat sudah melakukannya, terkadang mereka memang tidak mengubur tapi membuang sampah pada tempat penampungan sampah. Walau terkadang petugas kebersihan baru datang 2-3 hari sekali. Penelitian ini sama dengan hasil penelitian Wirawan Sakti yang berjudul Gambaran Perilaku PSN-DBD KK di Kecamatan Curug Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2004, Widia Eka Wati dan Widyana. Pelaksanaan 3M harus dilakukan terus menerus dan konsisten, agar bisa memutuskan rantai perkembangbiakan nyamuk bisa diwujudkan.

Mengadaptasi dari teori *Healt Belief Models*, seseorang akan melakukan perilaku PSN-DBD sebagai upaya pencegahan terhadap penyakit DBD apabila ia

merasa ada manfaat dari perilaku PSN-DBD tersebut, lebih baik atau mudah dari pada ia harus mengeluarkan biaya apabila ia terkena DBD.

Intervensi yang dapat diberikan agar pelaksanaan PSN-DBD dapat dilakukan dengan baik adalah dengan penyuluhan dan meningkatkan peran serta masyarakat. Penyuluhan yang terjadwal dari tenaga kesehatan dan Instansi terkait sangat diperlukan agar masyarakat memahami pentingnya PSN-DBD. Mengaktifkan kader Jumantik dengan pemberian Reward pada kader yang aktif akan memacu masyarakat lebih aktif dalam melaksanakan tugasnya.

Kerja sama dengan instansi terkait juga di butuhkan agar ketersediaan air bersih yang selalu dibutuhkan masyarakat tersedia. Hemat pemakaian air, menjaga sumber air bersih dan kondisi lingkungan akan memudahkan ketersediaan air bersih selalu ada. Dengan adanya air bersih, TPA bisa dibersihkan sesuai anjuran yaitu minimal seminggu sekali agar dapat memutuskan daur hidup nyamuk.

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bebesen Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2012 tentang hubungan pengetahuan dan perilaku responden dengan kejadian demam berdarah *dengue* di kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah tahun 2012, dapat diambil kesimpulan bahwa :

1. Berdasarkan faktor pengetahuan diperoleh persentase KK dengan pengetahuan kurang baik yaitu sebesar 36,6% , sedangkan persentase ibu dengan pengetahuan baik yaitu sebesar 63,4%.
2. Berdasarkan faktor perilaku kebiasaan menggantung pakaian bekas pakai dan tidak menggantung pakaian bekas pakai diperoleh persentase yang sama, yaitu sebesar 50%. Kebiasaan menggunakan kelambu diperoleh persentase 58% menggunakan Lotion anti nyamuk hanya sebesar 17%, dan yang melaksanakan PSN dengan baik sebesar 58%.
3. Terdapat tiga variabel yang mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian DBD yaitu pengetahuan, kebiasaan menggunakan kelambu dan pelaksanaan PSN
4. Faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian DBD adalah penggunaan kelambu dengan nilai OR 150,124 yang artinya KK yang tidak menggunakan kelambu beresiko 150,124 kali lebih beresiko untuk menderita DBD, dan yang tidak melaksanakan PSN dengan baik dengan nilai OR 144,706 yang artinya KK yang tidak melaksanakan PSN dengan baik lebih beresiko 144 kali terkena DBD.

7.2 SARAN

7.2.1 Bagi pemerintah

1. Bagi Instansi terkait agar dapat membuat strategi untuk mengurangi kejadian penyakit DBD dengan cara melakukan pendekatan faktor resiko khususnya yang berkaitan dengan kebijakan kejadian penyakit DBD
2. Meningkatkan pengetahuan masyarakat dengan mengadakan penyuluhan yang terjadwal, tidak hanya didalam gedung tapi juga diluar gedung (posyandu, TPU, sekolah-sekolah, pasar, dll) tentang penularan dan pencegahan penyakit DBD juga tentang penggunaan kelambu yang benar.
3. Kerja sama lintas sektoral perlu dikembangkan, dukungan TOMA, TOGA dan aparaturnya pemerintah sangat diperlukan, sehingga penurunan angka kejadian DBD bisa dicapai
4. Pemerintah setempat dapat mensosialisasikan program PSN-DBD/3M PLUS dan cara penggunaan kelambu yang benar, sehingga kondisi lingkungan tetap terjaga.
5. Mengaktifkan kembali posyandu dan kader-kader kesehatan agar senantiasa berperan serta untuk mencegah dan menanggulangi kejadian DBD, memberikan *reward* pada kader/posyandu/desa yang aktif sehingga menjadi motifasi agar lebih aktif lagi.
6. Instansi terkait agar memperhatikan ketersediaan air bersih, sehingga pelaksanaan PSN bisa dilaksanakan dengan baik.

7.2.2 Bagi Masyarakat

1. Mau menerima informasi dalam rangka mengembangkan diri untuk mencegah dan menanggulangi penyakit DBD
2. Segera membawa anggota keluarganya ke pelayanan kesehatan jika mengalami gejala DBD.
3. Agar dapat menggunakan kelambu sesuai fungsinya
4. Dapat menanam tanaman-tanaman yang bisa menghalau nyamuk di pekarangan/pot dekat rumah.

5. Meningkatkan kepedulian terhadap kondisi lingkungan sehingga dapat membuat lingkungan yang sehat secara bertahap
6. Meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat terutama dalam mencegah terjadinya penyakit DBD



PEMERINTAH KABUPATEN ACEH TENGAH

DINAS KESEHATAN

Jln. Abdul Wahab No. 151 Kebayakan

Telepon (0643) 21286 - 21803 Takengon

Takengon, 21 April 2012

Nomor : 800.2/840/Dinkes/2012
Lampiran : -
Perihal : **Ijin Penelitian dan Menggunakan Data**

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

Menindak lanjuti surat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Nomor. 3480/H2.F10/PPM.00.00/2012, tanggal 09 April 2012, perihal Ijin Penelitian dan Menggunakan Data, untuk penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia sbb :

Nama : **DERMALA SARI**
NPM : 1006819094
Thn. Angkatan : 2010/2011
Peminatan : Bidan Komunitas
Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Responden dengan Kejadian Demam Berdarah DENGUE (DBD) Di Kecamatan Bebesen Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2012

Untuk maksud tersebut pada prinsipnya kami tidak berkeberatan memberikan izin penelitian dan menggunakan data sesuai dengan maksud dan tujuan penelitian untuk penulisan skripsi, dengan harapan bahwa pihak fakultas kesehatan masyarakat atau mahasiswa tersebut nantinya dapat memberikan 1 (satu) eks skripsi kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tengah c/q. Bidang PSDMK.

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN ACEH TENGAH



al **dr. SUKRI MAHA**
NIP. 19650818 200112 1 001
SP. No. Peg. 875.1/20/SP/2010
Tanggal : 03 Desember 2010

Hubungan pengetahuan..., Dermalma Sari, FKM UI, 2012

Tembusan :

1. Bupati Aceh Tengah di Takengon
2. Ketua DPRD Aceh Tengah di Takengon

DAFTAR PUSTAKA

Ariawan, Iwan, 1998

Besar Dan Model Sampel Pada Penelitian Kesehatan, Modul Jurusan Bio Statistika Dan Kependudukan, FKM-UI, Depok

Anton Sitio, 2008

Sarang Nyamuk Dan Kebiasaan Keluarga Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* Di Kecamatan Medan Perjuangan Kota Medan Tahun 2008. Skripsi Universitas Diponegoro, Semarang,

Besral, 2010

Pengolahan Dan Analisis Data-1 Menggunakan SPSS, FKM-UI

Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tengah, 2010

Profil Kesehatan Kabupaten Aceh Tengah, 2010

Dinata, Agus

Dengue Demam Berdarah, Suatu Pandangan Perihal Penanggulangannya

Departemen Kesehatan RI , Dirjen Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan, 2005

Pencegahan Dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue Di Indonesia

Direktorat Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang, Dirjen Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan Ri, Tahun 2008

Modul Pelatihan Bagi Pelatih Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) DBD Dengan Pendekatan Komunikasi Perubahan Perilaku/KPP

Harmendo, 2008

Faktor Risiko Kejadian Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kenanga Kecamatan Sungailiat Kabupaten Bangka, 2008. Skripsi, Semarang : Undip

<http://www.docstoc.com/docs/26767551/Hubungan-iklim-dengan-kejadian-penyakit-demam-berdarah-dengue-%28DBD>

<http://gudangmakalah.blogspot.com/2010/08/skripsi-hubungan-faktor-iklim-dan-angka.html>

<http://adln.lib.unair.ac.id/files/disk1/291/gdlhub-gdl-s1-2011-maslukhasi-14512-fkm301-k.pdf>

journal.ui.ac.id/upload/artikel/644-1303-1-SM.pdf

http://www.metrotvnews.com/read/news/2012/04/05/87553/Lima-Tanaman-Pengusir-Nyamuk/6_tgl_8-7_2012

Syafrudin, Ayi Diah Damayanti & Dalmaifanis

Himpunan Penyuluhan Kesehatan, Pada Remaja, Keluarga, Lansia Dan Masyarakat.

Slamet, Juli Sumirat 1994

Kesehatan Lingkungan, UGM Press

Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam Tahun 2007(Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI Tahun 2009

Notoatmodjo, Sokidjo, 1993

Pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku kesehatan, Andi offiset, Yogyakarta.....2003

Pendidikan dan perilaku kesehatan, rhineka cipta, Jakarta

Notoatmodjo, soekidjo dan sarwono, solita, 1985

Pengantar ilmu perilaku, BPKM FKM-UI, Jakarta

Ilmu kesehatan masyarakat : teori dan aplikasi

Puskesmas Bebesen, Kecamatan Bebesen, Kabupaten Aceh Tengah

Profil Puskesmas Bebesen, tahun 2010

- Priyo Hastono, Sutanto & Luknis Sabri
Statistic Kesehatan Tahun 2008
- Priyo Hartono, Sutanto, 2001
Analisis Data Kesehatan, FKM-UI 2008
- Poorwo Soedarmo, Sumarmo & Tjokronegoro, Arjatmo 1985
Demam Berdarah Dengue, Sepuluh Tahun Penelitian Pada Anak di Jakarta,
penerbit FK-UI
- Rangga, Putra, 2010. Evaluasi Pencapaian Program Pemberantasan Penyakit Demam
Berdarah Dengue (DBD) Di Dinas Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2005-
2009. Skripsi, Depok :FKM UI
- Slamet, Soemirat, J. (2009). *Kesehatan lingkungan*. Yogyakarta: Gadjah Mada
University Press.
- Soedarto. (1995). *Penyakit - penyakit infeksi di Indonesia*. Jakarta: Widya Merdeka.
- Sucipto, Dani, C. (2011). *Vektor penyakit tropis*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Widoyono. (2008). *Penyakit tropis : epidemiologi, penularan, pencegahan dan
pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dirjen Pengendalian Penyakit Dan
Penyehatan Lingkungan, 2011
Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue
- Wirawan Sakti, 2005. Gambaran Perilaku PSN-DBD Kepala Keluarga Di Kecamatan
Rejang Lebong Tahun 2004, Skripsi Depok : FKM-UI
- Widia Eka Wati, 2009. Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian
Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Di Kelurahan Ploso Kecamatan Pacitan
Tahun 2009, Skripsi Universitas Muhammadiyah Surakarta
- WHO, 1997. Dengue Haemorrhagic Fever : Diagnostic, Treatment, Prevention And
Control. 2nd ed. Geneva

pengetahuanresp

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | tidak tahu | 41 | 36,6 | 36,6 | 36,6 |
| | tahu | 71 | 63,4 | 63,4 | 100,0 |
| | Total | 112 | 100,0 | 100,0 | |

menggantung pakaian bekas pakai

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ya | 102 | 91,1 | 91,1 | 91,1 |
| | tidak | 10 | 8,9 | 8,9 | 100,0 |
| | Total | 112 | 100,0 | 100,0 | |

penggunaan kelambu

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | tidak | 47 | 42,0 | 42,0 | 42,0 |
| | ya | 65 | 58,0 | 58,0 | 100,0 |
| | Total | 112 | 100,0 | 100,0 | |

penggunaan lotion

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | tidak | 93 | 83,0 | 83,0 | 83,0 |
| | ya | 19 | 17,0 | 17,0 | 100,0 |
| | Total | 112 | 100,0 | 100,0 | |

pelaksanaan PSN

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | kurang baik | 54 | 48,2 | 48,2 | 48,2 |
| | baik | 58 | 51,8 | 51,8 | 100,0 |
| | Total | 112 | 100,0 | 100,0 | |

1. Crosstab Pengetahuan

| | | | kejadian DBD | | Total |
|-----------------|------------|--------------------------|--------------|-------|--------|
| | | | ya | tidak | ya |
| pengetahuanresp | tidak tahu | Count | 30 | 11 | 41 |
| | | % within pengetahuanresp | 73,2% | 26,8% | 100,0% |
| | tahu | Count | 26 | 45 | 71 |
| | | % within pengetahuanresp | 36,6% | 63,4% | 100,0% |
| Total | | Count | 56 | 56 | 112 |
| | | % within pengetahuanresp | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 13,889(b) | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction(a) | 12,466 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 14,298 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 13,765 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 112 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,50.

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|-------|-------------------------|--------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for pengetahuanresp (tidak tahu / tahu) | 4,720 | 2,032 | 10,965 |
| For cohort kejadian DBD = ya | 1,998 | 1,397 | 2,858 |
| For cohort kejadian DBD = tidak | ,423 | ,248 | ,723 |
| N of Valid Cases | 112 | | |

2. Menggantungkan pakaian bekas pakai

| | | | kejadian DBD | | Total |
|---------------------------------|--|--|--------------|-------|--------|
| | | | ya | tidak | ya |
| menggantung pakaian bekas pakai | ya | Count | 51 | 51 | 102 |
| | | % within menggantung pakaian bekas pakai | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | tidak | Count | 5 | 5 | 10 |
| | | % within menggantung pakaian bekas pakai | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| Total | Count | | 56 | 56 | 112 |
| | % within menggantung pakaian bekas pakai | | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,000(b) | 1 | 1,000 | | |
| Continuity Correction(a) | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Likelihood Ratio | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1,000 | ,629 |
| Linear-by-Linear Association | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| N of Valid Cases | 112 | | | | |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---|-------|-------------------------|-------|
| | Lower | Upper | Lower |
| Odds Ratio for menggantung pakaian bekas pakai (ya / tidak) | 1,000 | ,273 | 3,665 |
| For cohort kejadian DBD = ya | 1,000 | ,522 | 1,915 |
| For cohort kejadian DBD = tidak | 1,000 | ,522 | 1,915 |
| N of Valid Cases | 112 | | |

3. Menggunakan kelambu Crosstab

| | | | kejadian DBD | | Total |
|--------------------|-------|-----------------------------|--------------|-------|--------|
| | | | ya | tidak | ya |
| penggunaan kelambu | tidak | Count | 45 | 2 | 47 |
| | | % within penggunaan kelambu | 95,7% | 4,3% | 100,0% |
| | ya | Count | 11 | 54 | 65 |
| | | % within penggunaan kelambu | 16,9% | 83,1% | 100,0% |
| Total | | Count | 56 | 56 | 112 |
| | | % within penggunaan kelambu | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 67,787(b) | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction(a) | 64,670 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 79,617 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 67,181 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 112 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,50.

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|---------|-------------------------|---------|
| | Lower | Upper | Lower |
| Odds Ratio for penggunaan kelambu (tidak / ya) | 110,455 | 23,264 | 524,431 |
| For cohort kejadian DBD = ya | 5,658 | 3,290 | 9,728 |
| For cohort kejadian DBD = tidak | ,051 | ,013 | ,200 |
| N of Valid Cases | 112 | | |

4. Menggunakan lotion

Crosstab

| | | | kejadian DBD | | Total |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|-------|--------|
| | | | ya | tidak | ya |
| penggunaan lotion | tidak | Count | 49 | 44 | 93 |
| | | % within penggunaan lotion | 52,7% | 47,3% | 100,0% |
| | ya | Count | 7 | 12 | 19 |
| | | % within penggunaan lotion | 36,8% | 63,2% | 100,0% |
| Total | Count | | 56 | 56 | 112 |
| | % within penggunaan lotion | | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,585(b) | 1 | ,208 | | |
| Continuity Correction(a) | 1,014 | 1 | ,314 | | |
| Likelihood Ratio | 1,600 | 1 | ,206 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,314 | ,157 |
| Linear-by-Linear Association | 1,570 | 1 | ,210 | | |
| N of Valid Cases | 112 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,50.

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---|-------|-------------------------|-------|
| | Lower | Upper | Lower |
| Odds Ratio for penggunaan lotion (tidak / ya) | 1,909 | ,690 | 5,279 |
| For cohort kejadian DBD = ya | 1,430 | ,770 | 2,657 |
| For cohort kejadian DBD = tidak | ,749 | ,500 | 1,123 |
| N of Valid Cases | 112 | | |

5. Pelaksanaan PSN

Crosstab

Crosstab

| | | | pelaksanaan PSN | | Total |
|--------------|-------|-----------------------|-----------------|-------|--------|
| | | | kurang baik | baik | |
| kejadian DBD | ya | Count | 50 | 6 | 56 |
| | | % within kejadian DBD | 89,3% | 10,7% | 100,0% |
| | tidak | Count | 4 | 52 | 56 |
| | | % within kejadian DBD | 7,1% | 92,9% | 100,0% |
| Total | | Count | 54 | 58 | 112 |
| | | % within kejadian DBD | 48,2% | 51,8% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 75,668 ^b | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^a | 72,414 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 88,166 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 74,992 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 112 | | | | |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,00.

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|---------|-------------------------|---------|
| | Lower | Upper | Lower |
| Odds Ratio for kejadian DBD (ya / tidak) | 108,333 | 28,842 | 406,907 |
| For cohort pelaksanaan PSN = kurang baik | 12,500 | 4,841 | 32,279 |
| For cohort pelaksanaan PSN = baik | ,115 | ,054 | ,247 |
| N of Valid Cases | 112 | | |

A. SELEKSI BIVARIAT

1. Pengetahuan responden

Omnibus Tests of Model Coefficients

| | | Chi-square | df | Sig. |
|--------|-------|------------|----|------|
| Step 1 | Step | 14,298 | 1 | ,000 |
| | Block | 14,298 | 1 | ,000 |
| | Model | 14,298 | 1 | ,000 |

Variables in the Equation

| | | B | | Wald | | Sig. | Exp(B) | | 95,0% C.I. for | |
|-----------|------------------|--------|-------|--------|-------|------|--------|-------|----------------|-------|
| | | Lower | Upper | Lower | Upper | | Lower | Upper | Lower | Upper |
| Step 1(a) | Pengetahuan resp | 1,552 | ,430 | 13,023 | 1 | ,000 | 4,720 | 2,032 | 10,965 | |
| | Constant | -1,003 | ,352 | 8,102 | 1 | ,004 | ,367 | | | |

a Variable(s) entered on step 1: pengetahuanresp.

2. menggantung pakaian

Omnibus Tests of Model Coefficients

| | | Chi-square | df | Sig. |
|-----------|-------|------------|----|-------|
| Step 1(a) | Step | ,000 | 1 | 1,000 |
| | Block | ,000 | 1 | 1,000 |
| | Model | ,000 | 1 | 1,000 |

a A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Variables in the Equation

| | | B | | Wald | | Sig. | Exp(B) | | 95,0% C.I. for EXP(B) | |
|-----------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-----------------------|-------|
| | | Lower | Upper | Lower | Upper | | Lower | Upper | Lower | Upper |
| Step 1(a) | pakaian | ,000 | ,663 | ,000 | 1 | 1,000 | 1,000 | ,273 | 3,665 | |
| | Constant | ,000 | ,198 | ,000 | 1 | 1,000 | 1,000 | | | |

a Variable(s) entered on step 1: pakaian.

3. penggunaan kelambu

Omnibus Tests of Model Coefficients

| | | Chi-square | df | Sig. |
|--------|-------|------------|----|------|
| Step 1 | Step | 79,617 | 1 | ,000 |
| | Block | 79,617 | 1 | ,000 |
| | Model | 79,617 | 1 | ,000 |

Variables in the Equation

| | | B | | S.E. | | Wald | | df | | Sig. | | Exp(B) | | 95,0% C.I. for EXP(B) | |
|-----------|----------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|--------|---------|-------|-----------------------|--|
| | | Lower | Upper | Lower | Upper | Lower | Upper | Lower | Upper | Lower | Upper | Lower | Upper | | |
| Step 1(a) | kelambu | 4,705 | ,795 | 35,040 | | 1 | | ,000 | | 110,455 | 23,264 | 524,431 | | | |
| | Constant | -3,114 | ,723 | 18,563 | | 1 | | ,000 | | ,044 | | | | | |

a Variable(s) entered on step 1: kelambu.

4. penggunaan lotion

Omnibus Tests of Model Coefficients

| | | Chi-square | df | Sig. |
|--------|-------|------------|----|------|
| Step 1 | Step | 1,600 | 1 | ,206 |
| | Block | 1,600 | 1 | ,206 |
| | Model | 1,600 | 1 | ,206 |

Variables in the Equation

| | | B | | S.E. | | Wald | | df | | Sig. | | Exp(B) | | 95,0% C.I. for EXP(B) | |
|-----------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-----------------------|--|
| | | Lower | Upper | Lower | Upper | | |
| Step 1(a) | lotion | ,647 | ,519 | 1,552 | | 1 | | ,213 | | 1,909 | ,690 | 5,279 | | | |
| | Constant | -,108 | ,208 | ,269 | | 1 | | ,604 | | ,898 | | | | | |

a Variable(s) entered on step 1: lotion.

5. pelaksanaan PSN

Omnibus Tests of Model Coefficients

| | | Chi-square | df | Sig. |
|--------|-------|------------|----|------|
| Step 1 | Step | 88,166 | 1 | ,000 |
| | Block | 88,166 | 1 | ,000 |
| | Model | 88,166 | 1 | ,000 |

Variables in the Equation

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% C.I. for EXP(B) | |
|-------------------------|--------|------|--------|----|------|---------|-----------------------|---------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1(a) PlaksanaanPSN | 4,685 | ,675 | 48,149 | 1 | ,000 | 108,333 | 28,84 | 406,907 |
| Constant | -2,526 | ,520 | 23,627 | 1 | ,000 | ,080 | 2 | |

a Variable(s) entered on step 1: PlaksanaanPSN.

B. PEMODELAN MULTIVARIAT

1. Analisis multivariat variabel seleksi bivariate

Variables in the Equation

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% C.I. for EXP(B) | |
|---------------------------|--------|-------|--------|----|------|---------|-----------------------|----------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1(a) pengetahuanresp | ,599 | 1,026 | ,341 | 1 | ,559 | 1,820 | ,244 | 13,599 |
| pakaian | ,618 | 1,386 | ,199 | 1 | ,656 | 1,855 | ,123 | 28,076 |
| kelambu | 5,013 | 1,272 | 15,532 | 1 | ,000 | 150,424 | 12,430 | 1820,322 |
| lotion | -,440 | 1,136 | ,150 | 1 | ,698 | ,644 | ,069 | 5,972 |
| Pelaksanaan PSN | 5,017 | 1,167 | 18,465 | 1 | ,000 | 150,885 | 15,309 | 1487,124 |
| Constant | -6,406 | 1,609 | 15,851 | 1 | ,000 | ,002 | | |

a Variable(s) entered on step 1: pengetahuanresp, pakaian, kelambu, lotion, PSN.

2. Analisis multivariat tanpa variabel pakaian

Variables in the Equation

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% C.I. for EXP(B) | |
|---------------------------|--------|-------|--------|----|------|---------|-----------------------|----------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1(a) pengetahuanresp | ,569 | 1,025 | ,309 | 1 | ,578 | 1,767 | ,237 | 13,169 |
| kelambu | 4,971 | 1,260 | 15,561 | 1 | ,000 | 144,122 | 12,194 | 1703,340 |
| lotion | -,268 | 1,066 | ,063 | 1 | ,802 | ,765 | ,095 | 6,183 |
| PelaksanaanPSN | 4,962 | 1,151 | 18,595 | 1 | ,000 | 142,878 | 14,980 | 1362,767 |
| Constant | -6,288 | 1,571 | 16,028 | 1 | ,000 | ,002 | | |

a Variable(s) entered on step 1: pengetahuanresp, kelambu, lotion, PSN

3. Analisis multivariat tanpa variabel lotion

Variables in the Equation

| | B | S.E. | | Wald | | df | Sig. | Exp(B) | | 95,0% C.I. for EXP(B) | |
|---------------------------|--------|-------|-------|-------|--------|----|------|--------|---------|-----------------------|----------|
| | | Lower | Upper | Lower | Upper | | | Lower | Upper | Lower | Upper |
| Step 1(a) pengetahuanresp | ,546 | | 1,021 | | ,286 | 1 | ,593 | | 1,726 | ,234 | 12,755 |
| kelambu | 4,979 | | 1,262 | | 15,576 | 1 | ,000 | | 145,358 | 12,261 | 1723,207 |
| PelaksanaanPSN | 4,947 | | 1,147 | | 18,603 | 1 | ,000 | | 140,688 | 14,861 | 1331,860 |
| Constant | -6,331 | | 1,569 | | 16,287 | 1 | ,000 | | ,002 | | |

a Variable(s) entered on step 1: pengetahuanresp, kelambu, pelaksanaan PSN

4. Analisis multivariat tanpa variabel pengetahuan

Variables in the Equation

| | B | S.E. | | Wald | | df | Sig. | Exp(B) | | 95,0% C.I. for EXP(B) | |
|-------------------|--------|-------|-------|-------|--------|----|------|--------|---------|-----------------------|----------|
| | | Lower | Upper | Lower | Upper | | | Lower | Upper | Lower | Upper |
| Step 1(a) kelambu | 5,011 | | 1,253 | | 16,001 | 1 | ,000 | | 150,124 | 12,884 | 1749,247 |
| Pelaksanaan PSN | 4,975 | | 1,142 | | 18,968 | 1 | ,000 | | 144,706 | 15,425 | 1357,532 |
| Constant | -5,964 | | 1,343 | | 19,712 | 1 | ,000 | | ,003 | | |

a Variable(s) entered on step 1: kelambu, Pelaksanaan PSN

C. MODEL AKHIR MULTIVARIAT

| | B | S.E. | | Wald | | df | Sig. | Exp(B) | | 95,0% C.I. for EXP(B) | |
|-------------------|--------|-------|-------|-------|--------|----|------|--------|---------|-----------------------|----------|
| | | Lower | Upper | Lower | Upper | | | Lower | Upper | Lower | Upper |
| Step 1(a) kelambu | 5,011 | | 1,253 | | 16,001 | 1 | ,000 | | 150,124 | 12,884 | 1749,247 |
| Pelaksanaan PSN | 4,975 | | 1,142 | | 18,968 | 1 | ,000 | | 144,706 | 15,425 | 1357,532 |
| Constant | -5,964 | | 1,343 | | 19,712 | 1 | ,000 | | ,003 | | |

a Variable(s) entered on step 1: kelambu, Pelaksanaan PSN