

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN WARGA  
TENTANG DEMAM BERDARAH DENGAN PEMILIHAN  
CARA PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH  
DI DESA MARGAHAYU KECAMATAN LOA KULU**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai persyaratan untuk  
Memperoleh gelar Sarjana Keperawatan



**DIAJUKAN OLEH**

**M. ZUMAIL AKHYAR  
NIM.1211308230581**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA**

**2013**

## ABSTRACT

### The Correlation of Citizens' Knowledge about Dengue Fever with Election Means of Prevention of Dengue Fever At Margahayu Village Sub District Loa Kulu

Zumaidil Akhyar, Ghozali.MH.M.Kes,Ns. Enok Sureskiarti, S.Kep.<sup>2</sup>

**Background:** Dengue fever is a dangerous and potentially deadly disease. Within the last 3 years at the Margahayu village sub district Loa Kulu there were 22 cases of dengue fever and larvae – free numbers are low (54%). Election means of dengue fever prevention plays an important role in the response.

**Objective:** the purpose of this study is determine the correlation between citizens knowledge about dengue fever with election means of prevention of dengue fever at Margahayu village sub district Loa Kulu.

**Methods:** this study is correlational descriptive with a cross sectional design. The population of this research are representatives of the family who has been exposed to dengue fever and representatives of the family with positive dengue larvae. The sampling of this research used the purposive sampling method with the total sample of 115 people. The research instrument used questionnaire . The collected data was analyzed by using univariat analysis technique (frequency distribution) and bivariat analysis technique with chi square test.

**Results of the study:** it was obtained that there is a significant correlation between citizens' knowledge about dengue fever ( $p\text{-value}=0,006$ ) with election means of prevention of dengue fever.

**Conclusions:** it has been identified that the citizens characteristics are majority of them are at the age of 36-45 years old (43,5%), educated at the primary schools (55,7%), and farmers (69,5%). Majority of the citizen, have middle level of knowledge (54,8%). Majority of the respondent choose fogging (53,9%). It was identified that there is a significant correlation between citizens knowledge with election means of prevention dengue fever.

Keywords: knowledge, attitudes, infants' immunization status

---

<sup>1</sup>Undergraduate students of Nursing Program STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup>STIKES Muhammadiyah Samarinda

## INTISARI

### Hubungan antara Pengetahuan Warga tentang Demam Berdarah dengan Pemilihan Cara Pencegahan Demam Berdarah di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu

Zumaidil Akhyar, Ghozali.MH.M.Kes,Ns. Enok Sureskiarti, S.Kep.<sup>2</sup>

**Latar Belakang:** Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit berbahaya dan berpotensi mematikan. Dalam kurun waktu 3 tahun terakhir di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu terdapat 22 kasus DBD dan angka bebas jentik yang rendah (54%). Pemilihan cara pencegahan DBD berperan penting dalam penanggulangan DBD.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui *hubungan antara pengetahuan warga tentang DBD dengan pemilihan cara pencegahan DBD di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu*.

**Metode:** penelitian ini adalah deskriptif korelasional dengan rancangan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah wakil dari kepala keluarga yang anggotanya pernah kena DBD dan wakil kepala keluarga dengan jentik DBD positif. Pengambilan sampel pada penelitian ini dengan metode *probability sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 115 orang. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Data yang terkumpul dianalisis dengan teknik analisa univariat (distribusi frekuensi) dan teknik analisa bivariat dengan uji *chi square*.

**Hasil Penelitian:** didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan warga tentang Demam Berdarah (p-value=0,006) dengan pemilihan cara pencegahan DBD.

**Kesimpulan:** telah teridentifikasi *responden* yaitu mayoritas responden berumur 36 - 45 tahun (43,5%), berpendidikan SD (55,7%), berkeja sebagai petani (69,5%). Mayoritas responden berpengetahuan sedang (54,8%) dan mayoritas responden memilih cara pencegahan DBD dengan cara fogging (53,9%). Teridentifikasi ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan warga tentang DBD dan pemilihan cara pencegahan DBD.

Kata kunci: pengetahuan, pemilihan cara pencegahan DBD

---

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup> STIKES Muhammadiyah Samarinda

### BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian .....	39
B. Populasi Dan Sampel .....	40
C. Waktu Dan Tempat Penelitian.....	43
D. Definisi Operasional .....	43
E. Instrumen Penelitian .....	44
F. Uji Validitas Dan Reliabelitas .....	46
G. Teknik Pengumpulan Data .....	48
H. Teknik Analisa Data .....	49
I. Etika Penelitian .....	50
J. Jalannya Penelitian .....	51
K. Jadwal Penelitian .....	53

### BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Tempat Penelitian .....	54
B. Hasil Penelitian .....	55
C. Pembahasan .....	60
D. Keterbatasan Penelitian .....	66

**SILAKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UMKT**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Sistem Kesehatan Nasional menyebutkan pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi - tingginya dapat terwujud (Depkes, 2009). Salah satu upaya yang dilakukan adalah melalui puskesmas dengan 6 kegiatan pokok puskesmas yaitu : Upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya perbaikan gizi, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, upaya kesehatan ibu, anak, dan KB, dan upaya pengobatan dasar (Kepmenkes no 128 tahun 2004).

Salah satu kegiatan Pemberantasan penyakit menular adalah penanggulangan dan pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue. Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah salah satu penyakit yang menjadi masalah kesehatan utama masyarakat internasional dan merupakan jenis penyakit yang berpotensi mematikan (Depkes, 2004).

DBD adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus yang termasuk kedalam genus *Flavivirus*, *family flaviviridae* yang ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes betina* yang terinfeksi virus dengue. ada 4 jenis tipe dari virus dengue yaitu Denv-1, Denv-2, Denv-3, dan Denv-4 (WHO, 2009).

DBD pertama kali ditemukan pada tahun 1953 oleh Quintos dan menjadi wabah di Filipina dan Thailand. Pada tahun 1970, sembilan Negara telah mengalami epidemik DBD, kasus ini telah meningkat empat kali lipat pada tahun 1995. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan mungkin ada 50 juta infeksi dengue diseluruh dunia setiap tahun (WHO, 2012). Pada tahun 2010 Indonesia menempati urutan tertinggi kasus DBD di Asean dengan jumlah kasus 156.086 kasus dan kematian 1.358 jiwa (Ana, 2011).

Di Indonesia DBD pertama kali ditemukan pada tahun 1968 di Surabaya dengan jumlah kasus sebanyak 58 orang terinfeksi 24 diantaranya meninggal dunia (angka kematian 41,3 %), Jakarta tahun 1969, Bandung dan Yogyakarta 1972, lalu meluas di luar Jawa dan akhirnya sampai di Kalimantan Timur pada tahun 1980. Hingga tahun 2009 Kalimantan Timur masuk dalam 5 Propinsi dengan angka insiden DBD tertinggi dengan jumlah kasus 18.459 kasus. Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan melaporkan kasus DBD tahun 2011 menurun dengan jumlah kasus 49.486 kasus dengan jumlah kematian 403 jiwa (Kemkes RI, 2011) pemanasan global dan perubahan lingkungan merupakan variabel utama penyebab meluasnya kasus DBD diberbagai belahan dunia (e.g Achmadi,2008 : Mc Michael, 2008).

Di kabupaten Kutai Kartanegara jumlah penderita DBD tahun 2010 sebanyak 692 kasus dengan 6 orang meninggal, lalu pada tahun 2011 turun dengan 210 kasus dengan 1 orang meninggal dunia, dan pada tahun 2012 kasus DBD naik lagi dengan jumlah 375 kasus dengan 4 orang meninggal dunia. Beberapa hal yang membuat DBD menyebar dengan cepat di kabupaten

Kukar antara lain : 1) Letak geografis yang diapit oleh 3 daerah endemis DBD yaitu Samarinda, Balikpapan, dan Bontang. 2) Meningkatnya mobilitas penduduk ke dan dari wilayah endemis DBD. 3) Topografis yang bersifat tropis yang menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk DBD. Dan 4) Kurangnya kesadaran masyarakat dalam melakukan upaya pemberantasan sarang nyamuk (Seksi P2 Dinkes Kukar).

Karena DBD merupakan penyakit yang berpotensi menyebabkan kematian dan Kejadian Luar Biasa (KLB) maka perlu perhatian khusus dalam pencegahan dan penanggulangannya. Data yang diperoleh peneliti dari studi pendahuluan di Puskesmas Loa Kulu sendiri dalam 3 tahun terakhir selalu terdapat warga yang menderita DBD, tahun 2010 sebanyak 67 kasus, tahun 2011 sebanyak 28 kasus, dan pada tahun 2012 dengan jumlah 33 kasus dengan 2 orang meninggal dunia, salah satu korban meninggal berasal dari Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu. Untuk jumlah kasus DBD di Desa Margahayu dalam tiga tahun terakhir adalah 22 kasus dengan angka bebas jentik 54% dari 300 tempat tinggal (Profil Puskesmas Loa Kulu).

Dari studi

pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 20 Agustus tahun 2013 di kantor Desa Margahayu didapat data sebagai berikut. Desa Margahayu merupakan salah satu desa yang ada di wilayah kerja puskesmas Loa Kulu dengan luas wilayah 62,50 KM<sup>2</sup> dan terdiri dari 26 RT, 4 RW, dan terdiri dari 841 kepala keluarga dan total jumlah penduduk sebanyak 3.368 jiwa. Dari 841 kepala keluarga 219 (26%) diantaranya termasuk dalam keluarga miskin. Sedangkan tingkat pendidikan warga Desa Margahayu yaitu : 721 orang (21,4%) tidak pernah atau belum sekolah, 937 orang (27,8%) belum atau tidak tamat SD, 715 orang (21,2%) tamat SD, 488 orang

(14,5%) tamat SMP, 348 orang (10,3%) tamat SMU, 104 orang (3,1%) tamat D3, dan 55 orang (1,6%) tamat perguruan tinggi. Batas Desa Margahayu yaitu : sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Kota Bangun, sebelah selatan berbatasan dengan Desa Sungai Payang, sebelah Barat dengan Desa Jonggon Jaya dan sebelah timur dengan Desa Sungai Payang.

Di Desa Margahayu bila ada warga yang menderita DBD maka sebagian besar warga meminta dilakukan pengasapan (*Fogging*) kepada pihak puskesmas karena warga beranggapan jika dilakukan pengasapan maka tempat mereka akan aman dari DBD. Adapun beberapa cara yang dilakukan oleh seksi pemberantasan penyakit menular di puskesmas Loa Kulu antara lain : 1) Memberikan himbauan kepada seluruh masyarakat yang ada di wilayah kerja puskesmas Loa Kulu untuk memperhatikan kebersihan lingkungan terutama dimusim penghujan guna mencegah berkembang biaknya nyamuk DBD melalui gotong royong dan gerakan 3 M (menguras tempat air, menutup tempat air, dan mengubur barang bekas) untuk memberantas sarang nyamuk. 2) Melakukan penyelidikan epidemiologi di wilayah kerja puskesmas Loa Kulu terutama daerah endemis DBD untuk mencegah terjadinya tambahan kasus dan KLB. 3) Melakukan penyuluhan tentang DBD kepada seluruh masyarakat baik dengan penyebaran panflet ataupun penyuluhan dari puskesmas. 4) Memberikan bubuk abate secara gratis kepada masyarakat untuk membunuh jentik nyamuk DBD. 5) Melakukan kegiatan *Fogging* (pengasapan) di daerah yang terjadi kasus DBD untuk mencegah penyebaran penyakit.

Dalam melakukan kegiatan *Fogging* petugas puskesmas mengacu kepada aturan yang diberikan oleh Dinas Kesehatan



Kabupaten Kukar dengan nomor surat 440.000/067/TU/2007 tentang persyaratan fogging yaitu : 1) Hasil Penyelidikan Epidemiologi positif artinya ada penderita DBD yang positif dengan hasil laboratorium dan ada 3 orang penderita sakit panas di sekitar tempat penderita. 2) Pemeriksaan jentik positif artinya periksalah 20 rumah disekitar penderita terdapat jentik lebih dari 5 rumah. 3) Ada penderita DBD yang meninggal. 4) Daerah baru yang sebelumnya tidak pernah terjadi kasus DBD. 5) Terjadi peningkatan kasus dalam kelipatan dua kali lipat dalam seminggu. 6) Areal fogging hanya 100 meter dari fokus yaitu kekiri, kekanan, muka, dan belakang (luas 4 Ha). 7) Dilaksanakan 2 kali dengan jarak satu minggu.

Dari beberapa cara yang ditempuh untuk penanggulangan dan pencegahan DBD, pemberantasan sarang nyamuk dengan gerakan 3 M adalah cara yang dianggap paling efektif dalam penanggulangan DBD karena memiliki keuntungan sebagai berikut : 1) Efektif membunuh jentik nyamuk DBD tanpa memerlukan biaya. 2) Tidak membuat polusi udara seperti fogging. 3) Dapat dilakukan setiap orang 4) Tidak memerlukan waktu lama.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan antara pengetahuan warga tentang Demam Berdarah dengan pemilihan cara pencegahan Demam Berdarah di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah adakah hubungan antara pengetahuan warga tentang Demam

Berdarah dengan pemilihan cara pencegahan Demam Berdarah di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu ?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan warga tentang DBD dengan pemilihan cara pencegahan DBD di Desa Margahayu kecamatan Loa Kulu.

#### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi:

- a. Karakteristik warga di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu.
- b. Pengetahuan warga tentang DBD di Desa Margahayu kecamatan Loa Kulu.
- c. Pemilihan cara pencegahan DBD di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu.
- d. Hubungan Antara pengetahuan warga tentang Demam Berdarah dengan pemilihan cara pencegahan Demam Berdarah di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Bagi Pihak Puskesmas

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam rangka untuk menurunkan jumlah kasus DBD khususnya di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu melalui peningkatan pengetahuan warga tentang cara pencegahan DBD yang tepat dan baik. sehingga nantinya warga mengetahui cara yang efektif dalam pencegahan DBD.

## 2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan bagi institusi pendidikan dalam mengembangkan informasi tentang cara pencegahan DBD.

## 3. Bagi Peneliti

Sebagai wawasan baru dan meningkatkan pengetahuan dalam melakukan penelitian di bidang pemberantasan penyakit menular khususnya tentang cara pencegahan DBD serta mendorong peneliti lain untuk terus mengembangkan diri melalui penelitian lainnya yang sejenis.

## 4. Bagi Warga

Sebagai bahan masukan untuk meningkatkan pengetahuan Warga khususnya di Desa Margahayu tentang Pencegahan DBD

## E. Keaslian Penelitian

Penelitian ini berisi hubungan antara pengetahuan warga tentang DBD dengan pemilihan cara pencegahan DBD di Desa Margahayu. Adapun beberapa penelitian yang memiliki perbedaan dengan penelitian ini antara lain :

1. Penelitian Herlina Susmaneli (2011) yang berjudul “ Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD di RSUD kabupaten Rokan Ulu ”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD di RSUD Rokan Ulu. Jenis penelitiannya adalah kuantitatif dengan *analitik observasional* dengan desain *case control*. Jumlah sampel yang digunakan sebanyak 400 sampel terdiri dari 200 sampel penderita DBD dan 200 sampel bukan penderita DBD. Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada rancangan

penelitian, dan sampel penelitian. Rancangan penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional* dengan metode *simple random sampling*. Pada penelitian ini sampelnya adalah kepala keluarga yang anggota keluarganya pernah menderita DBD dan kepala keluarga yang jentik DBD nya positif.

2. Penelitian Wahyu Mahardika (2009) dengan judul “ Hubungan antara perilaku kesehatan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di wilayah kerja puskesmas Cepiring kecamatan Cepiring kabupaten Kendal tahun 2009 “. Penelitian ini bertujuan mengetahui perilaku kesehatan apa saja yang berhubungan dengan DBD di wilayah kerja puskesmas Cepiring. Jenis rancangan penelitian ini adalah *survey analitik* dengan menggunakan pendekatan *case control*. Populasi yang digunakan adalah penderita DBD dan bukan penderita DBD. Jumlah sampel sebanyak 40 sampel dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Untuk analisis data menggunakan uji statistik *Chi-Square* dan penentuan *odds ratio*. Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada rancangan penelitian dan sampel penelitian. Pada penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional* dan menggunakan teknik *simple random sampling*. penelitian ini sampelnya adalah kepala keluarga yang anggotanya pernah menderita DBD dan yang jentiknya positif.
3. Penelitian Yanyan Bahtiar (2012) yang berjudul “ Hubungan pengetahuan dan sikap tokoh masyarakat dengan perannya dalam pengendalian Demam Berdarah di wilayah kerja puskesmas Kawalu kota Tasikmalaya “. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tokoh masyarakat dengan

perannya dalam pengendalian Demam Berdarah di wilayah kerja puskesmas Kawalu kota Tasikmalaya. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* dengan populasi penelitian seluruh tokoh masyarakat dengan jumlah sampel sebanyak 68 dengan cara *purposive*. Sedangkan analisis menggunakan *chi-square*. Perbedaan dengan penelitian ini terletak pada cara pengambilan sampel dan populasi. Pada penelitian ini menggunakan *simple random sampling*. Populasi penelitian ini adalah kepala keluarga yang anggotanya pernah menderita DBD dan kepala keluarga dengan jentik DBD positif.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Telaah Pustaka

##### e. Demam Berdarah (DBD)

###### a. Sejarah Penyakit Demam Berdarah (DBD) di Indonesia

Penyakit Demam Berdarah (DBD) pertama kali ditemukan di Indonesia pada tahun 1968 di Surabaya dengan jumlah penderita 58 orang, lalu Jakarta tahun 1969, Bandung dan Yogyakarta tahun 1972, lalu meluas diluar Jawa hingga sampai di Kalimantan Timur pada tahun 1980 (Ditjen PP dan PL Depkes, 2009).

###### b. Pengertian Demam Berdarah (DBD)

Penyakit Demam Berdarah (DBD) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus yang termasuk kedalam genus *Flavivirus*, family *flaviviridae* yang ditularkan kemanusia melalui gigitan nyamuk *Aedes betina* yang terinfeksi virus dengue dengan gejala klinis demam mendadak tanpa sebab disertai adanya bintik merah (*petechiae*) yang dapat mengakibatkan kematian jika tidak cepat diatasi. Penyakit DBD yaitu penyakit yang ditandai dengan :

- 1) Demam tinggi mendadak tanpa sebab yang jelas dan berlangsung terus 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).
  - 4) *Hemokonsentrasi* (peningkatan hematokrit > 20 %).
  - 5) Disertai atau tanpa pembesaran hati (*hepatomegali*).
- (Depkes, 2007).

### c. Penyebab

Penyebab penyakit DBD adalah Virus dengue dari genus *Flavivirus, family flaviviridae*. Ada 4 jenis tipe *serotype* yaitu :

- 1) Virus Dengue 1
- 2) Virus Dengue 2
- 3) Virus Dengue 3
- 4) Virus Dengue 4

Virus dengue yang sering menyerang di Indonesia adalah virus dengue 3, namun sesuai dengan perkembangan jaman virus dengue tipe 1, 2 dan 4 juga mulai menjadi penyebab DBD di Indonesia (Depkes, 2007).

### d. Ciri Nyamuk DBD

Adapun ciri nyamuk DBD adalah sebagai berikut :

- 1) Sifat nyamuk *Aedes aegypty* (Chemika, 2004)
  - a) Berwarna hitam dan loreng putih pada seluruh tubuhnya.

- b) Berkembang biak di tempat penampungan air dan barang – barang yang memungkinkan tergenang air seperti bak mandi, tempayan, tempat minum burung, vas bunga, kaleng bekas, ban bekas, dan sebagainya.
- c) Tidak bisa berkembang biak di selokan atau kolam air yang langsung berhubungan dengan tanah.
- d) Biasanya menggigit pada pagi hari sampai sore hari
- e) Mempunyai kemampuan terbang aktif hingga 100 meter, sedangkan pasif tidak terbatas.

2) Sifat jentik nyamuk DBD (Chemika, 2004)

- a) Ukuran 0,5 – 1 cm
- b) Selalu bergerak aktif dalam air.
- c) Gerakannya selalu berulang dari bawah ke atas permukaan air untuk bernafas, lalu kembali ke bawah dan seterusnya.
- d) Pada waktu istirahat, posisi hampir tegak lurus dengan permukaan air.

3) Sifat telur nyamuk DBD (Chemika, 2004)

- a) Ukurannya sangat kecil : 0,7 mm
- b) Warna hitam.
- c) Tahan hingga 6 bulan pada tempat kering

**e. Klasifikasi kasus dan Berat Penyakit**



WHO pada tahun 2009 sudah membuat panduan tentang DBD berdasar klasifikasi kasus dan berat penyakit. Klasifikasi kasus yang disepakati sekarang adalah :

- 1) Dengue tanpa tanda bahaya (*Dengue without warning signs*). dengan ciri :
  - a) Bertempat tinggal di/bepergian kedaerah endemik Demam Berdarah.
  - b) Demam disertai 2 hal berikut :
    - 1). Mual, muntah
    - 2). Ruam
    - 3). Sakit dan nyeri
    - 4). Uji *tourniquet positif*
    - 5). Lekopenia
- 2) Dengue dengan tanda bahaya (*Dengue with warning signs*)
  - a) Nyeri perut
  - b) Muntah berkepanjangan
  - c) Terdapat akumulasi cairan
  - d) Perdarahan mukosa
  - e) Letargi, lemas
  - f) Pembesaran hati > 2 cm
  - g) Kenaikan hematokrit seiring dengan penurunan trombosit yang cepat (laboratorium)
- 3) Dengue berat (*Severe dengue*):

- a) Kebocoran plasma berat yang dapat menyebabkan syok (DSS)  
 ,akumulasi cairan dengan distress pernafasan
- b) Perdarahan hebat,sesuai pertimbangan klinis
- c) Gangguan organ berat, hepar, gangguan kesadaran, gangguan jantung ,dan organ lain.

#### **f. Patogenesis dan Patofisiologi**

Patogenesis DBD masih belum jelas. Berdasar data epidemiologi dianut 2 hipotesa yang sering dijadikan rujukan untuk menerangkannya. Kedua teori itu adalah *the secondary heterotypic antibody dependent enchancement of a dengue virus infection*. Virus dengue masuk kedalam tubuh inang kemudian mencapai sel target yaitu makrofag. Sebelum mencapai sel target maka respon immune non spesifik dan spesifik tubuh akan berusaha menghalanginya. Aktifitas komplemen pada infeksi virus dengue diketahui meningkat seperti C3a dan C5a. mediator ini menyebabkan terjadinya kenaikan permeabilitas kapiler, celah endotel melebar lagi. Akibat kejadian ini maka terjadi ekstravasasi cairan dari intravaskuler ke ekstra vaskuler dan menyebabkan terjadinya kebocoran plasma seperti hemokonsentrasi ,hipoproteinemia, efusi fleura, asites, penebalan dinding vesica fellea dan syok hipovolemik.

Kenaikan permeabilitas kapiler ini berimbas pada terjadinya hemokonsentrasi, tekanan nadi menurun dan tanda syok lainnya merupakan salah satu patofisiologi yang terjadi pada DBD.

## **g. Gambaran Klinis**

Gambaran klinis penderita DBD terdiri atas 3 fase (WHO, 2009)

yaitu :

### **1). Fase febris**

Demam mendadak tinggi tanpa sebab 2 – 7 hari, disertai muka kemerahan, eritema kulit, nyeri seluruh tubuh, mialgia, artralgia dan sakit kepala. Pada beberapa kasus ditemukan nyeri tenggorok, infeksi faring, dan konjungtiva, anoreksia, mual dan muntah. Pada fase ini dapat pula ditemukan tanda ptikiae, perdarahan mukosa, walaupun jarang dapat pula terjadi perdarahan servikum dan perdarahan gastrointestinal.

### **2). Fase kritis**

Terjadi pada hari ke 3 – 7 sakit dan ditandai dengan penurunan suhu tubuh disertai kenaikan permeabilitas kapiler dan timbulnya kebocoran plasma yang biasanya berlangsung selama 24 – 48 jam. Kebocoran plasma sering didahului oleh leukopeni progresif disertai penurunan hitung trombosit. Pada fase ini bisa terjadi syok (DSS).

### **3). Fase pemulihan**

Bila fase kritis bisa dilewati maka terjadi pengembalian cairan dari ekstrasvaskuler ke intravaskuler secara perlahan pada 48 - 72 jam setelahnya. Keadaan umum penderita membaik, nafsu makan pulih kembali, hemodinamik stabil dan diuresis membaik.

## h. Penatalaksanaan dan pengobatan

Saat ini sedang dibuat vaksin untuk DBD. mungkin sekitar akhir tahun 2013 vaksin sudah bisa beredar. Untuk pengobatan awal bila terjadi gejala DBD yaitu antara lain : beri minum sesering mungkin, beri kompres air hangat, beri obat penurun panas dan segera bawa ke rumah sakit untuk pertolongan selanjutnya. Pada tahun 2007 Depkes membuat pedoman untuk tatalaksana penderita DBD di Puskesmas yang di bagi menjadi 3 tatalaksana yaitu :

### 1) Tata laksana DBD pada anak

Pertama tama tentukan dahulu :

A. Adakah tanda kedaruratan, yaitu tanda syok (gelisah, nafas cepat, bibir biru, tangan dan kaki dingin, kulit lembab) muntah terus menerus, kejang, kesadaran menurun, muntah darah, tinja darah, maka pasien harus dirujuk/dirawat.

B. Apabila tidak dijumpai tanda kedaruratan periksa uji *tourniquet* dan trombosit

1). Bila uji *tourniquet* positif dan hitung trombosit  $< 100.000/l$

Penderita dirawat atau dirujuk.

2). Bila negatif maka penderita boleh pulang dengan pesan

Dibawa kembali setiap hari sampai suhu turun. pasien dianjurkan banyak minum, seperti air teh, susu, oralit, jus buah dan lainnya.

berikan anti piretik golongan paracetamol, jangan golongan salisilat.

bila selama pulang demam tidak turun pada sakit hari ke tiga,

evaluasi tanda klinis seperti adakah syok yaitu anak gelisah, ujung kaki dan tangan dingin, sakit perut, tinja hitam, kencing kurang dan bila perlu cek Hb, Ht, dan Trombosit. apabila terdapat tanda syok atau terdapat peningkatan hematokrit dan penurunan trombosit segera rujuk.

2) Tata laksana DBD pada dewasa.

Pasien yang dicurigai DBD dengan hasil laboratorium negatif diperbolehkan pulang dengan anjuran kembali kontrol dalam 24 jam berikutnya atau jika keadaan pasien memburuk segera dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat. Sedangkan pada kasus yang mencurigakan sebaiknya pasien dirawat dan diobservasi dengan anjuran minum yang banyak dan diberikan infuse Ringer laktat sebanyak 500 cc dalam 4 jam, setelah itu dilakukan uji ulang Hb, Ht, dan trombosit. pasien dirujuk bila didapat hasil laboratorium :

- a) Hb, Ht dalam batas normal dengan jumlah trombosit  $< 100.000/l$  atau
- b) Hb, Ht yang meningkat dengan jumlah trombosit  $< 150.000/l$

3) Tata laksana DBD dengan Syok (DSS)

- a) Segera beri infuse ringer laktat atau NaCl 0,9 %, 10 -20 ml/kgBB secepatnya ( dengan bolus diberikan selama 30 menit) dan oksigen 2 – 4 ml/menit. Untuk DSS berat diberikan ringer laktat 20 ml/kgBB bersama koloid . bila syok mulai teratasi jumlah cairan dikurangi menjadi 10 ml/kgBB/jam.
- b) Untuk perawatan lebih lanjut sebaiknya penderita dirujuk.

## **i. Pencegahan DBD**

Sejak ditemukan pada tahun 1968 DBD terus meningkat dan menyebar diseluruh Indonesia. Menurut Depkes (2008) Peningkatan dan penyebaran kasus DBD kemungkinan disebabkan oleh :

- 1) Mobilitas penduduk yang tinggi
- 2) Perkembangan wilayah perkotaan
- 3) Perubahan iklim
- 4) Perubahan kepadatan penduduk
- 5) Faktor lain

Perubahan iklim menyebabkan perubahan curah hujan, suhu, kelembaban, arah udara hingga berefek terhadap ekosistem daratan dan lautan serta berpengaruh terhadap kesehatan terutama perkembangan vektor penyakit seperti nyamuk aedes. Selain itu faktor perilaku dan partisipasi masyarakat yang kurang dalam kekuatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) serta faktor pertambahan jumlah penduduk dan peningkatan mobilitas penduduk sejalan dengan kemajuan transportasi menyebabkan penyebaran virus DBD semakin mudah dan menyebar (Mc Michael ,2006).

KLB DBD dapat dihindari jika system kewaspadaan dini (SKD) dan pengendalian vektor dilakukan dengan baik, terpadu, dan berkesinambungan. Pengendalian vektor melalui surveilans vektor diatur dalam kepmenkes no 581 tahun 1992 bahwa kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dilakukan secara periodik oleh masyarakat yang dikoordinir oleh RT/RW dalam bentuk PSN dengan pesan inti 3M Plus. Keberhasilan kegiatan ini

dapat diukur dengan angka bebas jentik (ABJ). jika ABJ lebih atau sama dengan 95 % diharapkan penularan DBD dapat dicegah.

Ada beberapa teori yang digunakan dalam pencegahan dan pengendalian penyakit DBD antara lain :

1) Metode Combi ( *communication for behavioral impact* )

Teori ini dikenalkan pada tahun 2004 dan mulai digunakan Pada tahun 2008 di 5 kota yaitu Jakarta selatan, Bandung, Tangerang, Semarang, dan Surabaya. kegiatan PSN dengan metode combi menjadi salah satu andalan P2DBD untuk masa datang. Tahun 2009 survei combi ABJ dilaksanakan dikota Bogor, Bekasi, Depok, Batam, dan Mataram.

2) Manajemn DBD berbasis wilayah atau gerakan berantas DBD sampai tuntas (getas DBD) atau disebut juga cara Achmadi (2008)

Merupakan pencegahan DBD berbasis wilayah yang merupakan usaha paripurna terintegrasi anantara manajemen kasus DBD sebagai sumber penularan serta pengendalian faktor resiko penularan DBD pada suatu wilayah RT, RW atau Desa. Komponen Manajemen DBD berbasis wilayah atau getas DBD terdiri dari 3 kegiatan yang dilaksanakan secara simultan dan paripurna, yaitu :

- a) Pencarian dan pengobatan kasus secara pro aktif
- b) Gerakan lingkungan bersih
- c) Penggalangan masyarakat untuk melakukan getas DBD.

Menurut Depkes (2004), pencegahan DBD sangat tergantung pada pengendalian Vektor, dengan menggunakan beberapa metode pengendalian vektor yaitu :

1) Manajemen lingkungan

Upaya pengelolaan lingkungan untuk mengurangi bahkan menghilangkan habitat nyamuk vektor sehingga akan mengurangi kepadatan populasi. Manajemen lingkungan hanya akan berhasil dengan baik kalau dilakukan oleh masyarakat, lintas sektor, para pemegang kebijakan dan lembaga swadaya masyarakat melalui program kemitraan .

2) Pengendalian biologis

Pengendalian secara biologis merupakan upaya pemanfaatan agent biologi untuk pengendalian vektor DBD. Beberapa agen biologis yang sudah digunakan dan terbukti mampu mengendalikan populasi larva DBD adalah predator seperti ikan pemakan jentik (ikan cupang). Untuk agen biologis yang sudah dibuat secara komersial dan digunakan untuk larvadisasi dan efektif untuk pengendalian larva vektor adalah kelompok bakteri. Dua spesies bakteri yang sporanya mengandung endotoksin dan mampu membunuh larva adalah *bacillus thuringiensis serotype* H-14 dan *B.spaericus*

3) Pengendalian kimiawi

Penggunaan insektisida dalam pengendalian vektor DBD bagaikan pisau bermata dua yaitu bisa menguntungkan juga bisa merugikan. Penggunaan insektisida yang tepat sasaran ,tepat ukuran, tepat waktu



dan cakupan akan mampu mengendalikan vektor . ada 2 cara pengendalian kimiawi yaitu

- a) Penggunaan bubuk abate untuk membunuh jentik DBD
- b) Pengasapan (*fogging*) untuk membunuh nyamuk dewasa.

#### 4) Partisipasi masyarakat.

Partisipasi masyarakat merupakan proses panjang dan memerlukan ketekunan, kesabaran, dan upaya dalam memberikan pemahaman dan motivasi kepada individu, kelompok, masyarakat, bahkan pejabat secara berkesinambungan. program yang melibatkan masyarakat adalah mengajak masyarakat mau dan mampu melakukan 3 M plus atau PSN dilingkungan mereka dan ini adalah cara terbaik dan efisien dalam pengendalian vektor DBD.

#### 5) Perlindungan individu

Guna melindungi individu dari resiko penularan DBD dapat dilakukan secara individu dengan menggunakan *repellent*. Menggunakan pakaian yang mengurangi gigitan nyamuk. Baju lengan panjang dan celana panjang bisa mengurangi kontak dengan nyamuk meskipun sementara. Bisa juga dengan memasang kelambu pada waktu tidur dan kasa anti nyamuk.

Insektisida seperti semprotan aerosol, dan *repellent* : obat nyamuk bakar, *vaporize mats*, dan *repellent* oles anti nyamuk bisa digunakan individu.

## 6) Peraturan perundangan

Peraturan perundangan diperlukan untuk memberikan payung hukum dan melindungi masyarakat dari resiko penularan DBD. Hal ini mengingat pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu seperti yang diamanatkan UUD 1945 dan dipertegas dalam pasal 28 bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia dan dinyatakan juga bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat.

## f. Pengetahuan

### a. Pengertian

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang ada dikepala kita.

Kita dapat mengetahui sesuatu berdasarkan pengalaman yang kita

Miliki. Selain pengalaman , kita juga menjadi tahu karena kita

diberitahu oleh orang lain. Pengetahuan juga didapatkan dari tradisi

(Prasetyo, 2007). Pengetahuan (Knowledge) adalah suatu proses

dengan menggunakan panca indera yang dilakukan seseorang terhadap

suatu objek tertentu dapat menghasilkan pengetahuan dan keterampilan

(Hidayat, 2007).

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmodjo, 2005). Pengetahuan yang lebih menekankan pengamatan dan pengalaman inderawi dikenal sebagai pengetahuan empiris atau pengetahuan *aposteriori*. Pengetahuan ini bisa didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. Pengetahuan empiris tersebut juga dapat berkembang menjadi pengetahuan deskriptif bila seseorang dapat melukiskan dan menggambarkan segala ciri, sifat dan gejala yang ada pada obyek empiris tersebut. Pengetahuan tentang keadaan sehat dan sakit adalah pengalaman seseorang tentang keadaannya yang menyebabkan seseorang tersebut bertindak untuk mengatasi masalah sakitnya dan bertindak untuk mempertahankan kesehatannya (Notoatmodjo, 2005).

## **b. Tingkatan Pengetahuan**

Notoatmodjo, (2005) menyebutkan bahwa pengetahuan merupakan domain penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Enam tingkatan pengetahuan yaitu :

### 1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat

kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari yang di pelajari atau rangsangan yang diterima.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan dan menyimpulkan obyek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi sebenarnya.

4) Analisa (*analysis*)

Analisa adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan materi suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*syntesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, atau menyusun formula baru.

Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi itu berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau pembenaran terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada.

### **c. Proses Terjadinya Pengetahuan**

- 1). *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih dahulu terhadap stimulus (obyek).
- 2). *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau obyek tersebut, disini sikap subyek sudah mulai timbul.
- 3). *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah jauh lebih baik lagi.
- 4). *Total* dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- 5). *Adaption*, dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

### **d. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan untuk berperilaku. Ada tiga faktor yang mempengaruhi pengetahuan:

- 1). Faktor predisposisi
  - a). Umur

Umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun, semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja (Notoatmodjo, 2005). Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan didalam penyelidikan-penyelidikan epidemiologi. Angka-angka kesakitan maupun kematian didalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur.

b). Pendidikan

Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal yang terakhir berdasarkan penggolongan data atau tingkat terakhir yang diakui pemerintah. Tingkat pendidikan dikelompokkan berdasarkan kategori tinggi bila tamat akademi dan perguruan tinggi, sedang bila tamat SMP dan SMA, tingkat menengah dan pendidikan rendah bila tamat SD atau tidak sekolah.

Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya, pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang harus diperkenalkan. Depkes RI (2003) membagi pendidikan dalam beberapa kategori, yaitu:

- (1). Berpendidikan rendah, apabila tidak pernah sekolah dan pendidikan terakhir hanya tamat SD.

- (2). Berpendidikan sedang, apabila pendidikan yang ditempuh sampai tamat SMU.
- (3). Berpendidikan tinggi, apabila pendidikan yang ditempuh sampai dengan perguruan tinggi.

Pendidikan harus ada pada setiap proses kehidupan manusia, pada hakikatnya manusia-manusia itu mempunyai sikap ketergantungan satu sama lain, saling memberi bantuan, tolong-menolong yang bukan hanya suatu perubahan yakni perubahan tingkah laku individu maupun masyarakat, sehubungan dengan hal itu maka tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku dari yang merugikan atau tidak sesuai dengan norma kesehatan ke arah tingkah laku yang menguntungkan kesehatan atau norma yang sesuai dengan kesehatan.

c). Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik. Pepatah tersebut dapat diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadipun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan.

d). Pekerjaan

Notoatmodjo (2005) mengatakan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu, bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga. Pekerjaan adalah suatu

kegiatan yang dilakukan untuk menafkahi diri dan keluarganya dimana pekerjaan tersebut tidak ada yang mengatur dan dia bebas karena tidak ada etika yang mengatur.

### Faktor Pendukung

#### a). Informasi

Informasi adalah penerangan, pemberitahuan, kabar atau berita tentang suatu keseluruhan makna yang menunjang amanat. Informasi memberikan pengaruh kepada seseorang meskipun orang tersebut mempunyai tingkat pendidikan rendah tetapi jika ia mendapatkan Informasi yang baik dari berbagai media, maka hal ini dapat meningkatkan pengetahuan orang tersebut.

#### b). Lingkungan

Lingkungan adalah seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok. Lingkungan memberikan pengaruh sosial pertama bagi seseorang untuk dapat mempelajari yang baik dan buruk.

#### **e. Cara mengukur tingkat pengetahuan**

Pengetahuan dapat diukur dan dibagi menjadi 3 kategori (Arikunto, 2006), yaitu :

- 1). Tinggi dengan nilai 75 - 100 %



2). Sedang dengan nilai 56 - 74 %

3). Rendah jika dibawah 56 %

## **B. Penelitian Terkait**

Penelitian ini berupa hubungan antara pengetahuan warga tentang DBD dengan pemilihan cara pencegahan DBD di desa Margahayu.

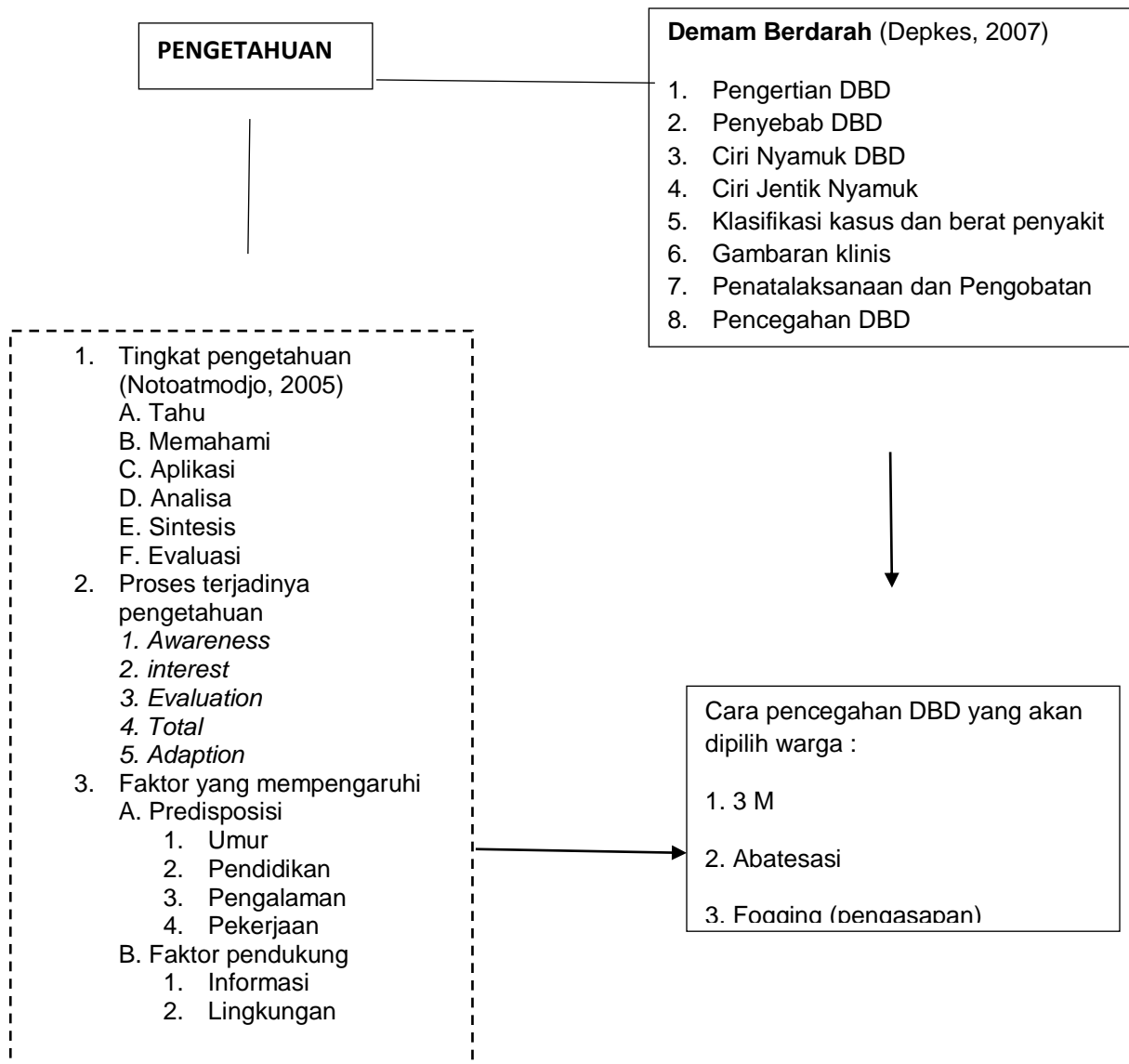
Adapun beberapa penelitian yang memiliki keterkaitan dengan penelitian ini antara lain :

1. Penelitian Herlina Susmaneli (2011) yang berjudul “ Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD di RSUD kabupaten Rokan Ulu ”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD di RSUD Rokan Ulu. Hasil penelitian bivariat menunjukkan hasil variabel yang berhubungan dengan kejadian DBD adalah tempat penampungan air OR = 3,768 (95% CI 2,492 - 5,699), ketersediaan tutup penampung air OR = 2,452 (95% CI 1,640 - 3,668), frekuensi menguras penampungan air OR = 2,452 (95% CI 1,778 - 3,989), kepadatan tempat tinggal OR = 3,331 (95% CI 2,207 - 5,027), dan umur OR = 2,824 (95% CI 1,877 - 4,251). Faktor yang paling berperan dalam DBD adalah kepadatan tempat tinggal.
2. Penelitian Wahyu Mahardika (2009) dengan judul “ Hubungan antara perilaku kesehatan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di wilayah kerja puskesmas Cepiring kecamatan Cepiring kabupaten Kendal tahun 2009 “. Penelitian ini bertujuan mengetahui perilaku kesehatan apa saja yang berhubungan dengan DBD di wilayah kerja puskesmas Cepiring. Hasil penelitian

Wahyu Mahardika adalah didapat faktor yang bermakna yaitu : membersihkan tempat penampungan air ( $p\ value = 0,044$ ,  $OR = 2,513$ ), menutup tempat penampungan air ( $p\ value = 0,002$ ,  $OR = 4,333$ ), menguras tempat penampungan air ( $p\ value = 0,004$ ,  $OR = 3,857$ ), mengubur barang bekas ( $p\ value = 0,014$ ,  $OR = 2,538$ ), menggantung pakaian ( $p\ value = 0,001$ ,  $OR = 4,896$ ), dan memakai lotion anti nyamuk ( $p\ value = 0,002$   $OR = 6,000$ ).

3. Penelitian Yanyan Bahtiar (2012) yang berjudul “ Hubungan pengetahuan dan sikap tokoh masyarakat dengan perannya dalam pengendalian Demam Berdarah di wilayah kerja puskesmas Kawalu kota Tasikmalaya “. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tokoh masyarakat dengan perannya dalam pengendalian Demam Berdarah di wilayah kerja puskesmas Kawalu kota Tasikmalaya. Hasil dari penelitiannya adalah tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan peran tokoh masyarakat dalam pengendalian DBD ( $p = 0,578$ ), begitu juga dengan sikap ( $p = 0,177$ ). Peran dan sikap masyarakat yang tidak didasari oleh pengetahuan dan sikap yang positif ataupun sikap positif dan tahu saja belum dicerminkan dalam perannya pada pengendalian DBD mungkin saja menjadi salah satu penyebab sulitnya menanggulangi masalah DBD. Petugas kesehatan terutama petugas puskesmas diharapkan dapat melakukan pendekatan dan kajian lapangan secara lebih mendalam sehingga masyarakat lebih berperan secara nyata dalam pengendalian DBD.

### C. Kerangka Teori Penelitian

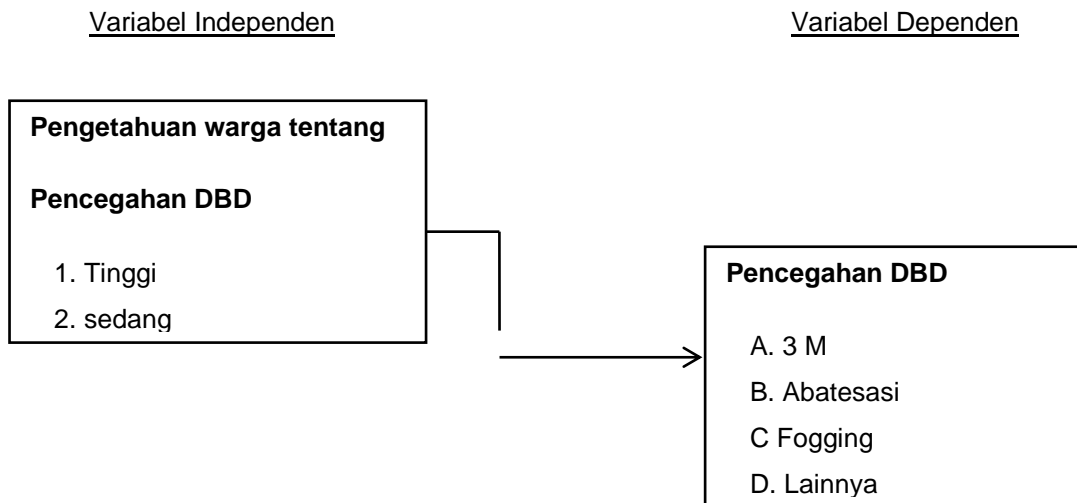


Keterangan :

- Hubungan       $\longrightarrow$
- Tidak Diteliti       $\text{---}$
- Diteliti       $\square$

Gambar 2.1 Kerangka teori proposal hubungan antara pengetahuan Warga tentang DBD dengan pemilihan cara pencegahan DBD di desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara

#### D. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2. Kerangka konsep penelitian hubungan antara pengetahuan warga tentang DBD dengan pemilihan cara pencegahan DBD di desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara.

#### E. Hipotesa Penelitian

Hipotesa adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian.

Setiap hipotesa terdiri dari suatu unit atau bagian dari permasalahan (Nursalam, 2008). Berdasarkan kerangka konsep penelitian diatas, maka hipotesa penelitian ini adalah :

Ha : ada hubungan antara pengetahuan warga tentang DBD dengan pemilihan cara pencegahan DBD di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara.

Ho : tidak ada hubungan antara pengetahuan warga tentang DBD dengan pemilihan cara pencegahan DBD di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### C. Kesimpulan

Adapun kesimpulan yang dapat diambil oleh peneliti adalah sebagai berikut:

- Karakteristik kepala keluarga di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu yaitu mayoritas responden adalah kelompok umur 36 -45 tahun yaitu 50 orang (43,5%); mayoritas responden berpendidikan SD sebanyak 64 orang (55,7%) dan mayoritas responden bekerja sebagai petani sebanyak 80 orang (69,5%)..
- Pengetahuan kepala keluarga tentang Demam Berdarah di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu yaitu mayoritas responden berpengetahuan sedang sebanyak 63 orang (54,8%).
- Sebagian besar kepala keluarga di Desa Margahayu memilih pencegahan Demam Berdarah dengan cara fogging, yaitu sebanyak 62 orang (53,9%).
- Ada hubungan antara pengetahuan warga tentang DBD dengan pemilihan cara pencegahan DBD di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu dengan p-value = 0,006 ( $p < 0,05$ ) dan nilai uji Chi – Square Test hasil ( $\chi^2$ ) sebesar 14.608 > dari nilai Chi – Square tabel 9,49

## D. Saran-Saran

### g. Bagi responden

1. Dapat meningkatkan pengetahuannya tentang DBD melalui bertanya langsung kepada petugas kesehatan atau mencari informasi tentang DBD.
2. Melibatkan keluarga dan warga sekitar untuk mencegah DBD agar kasus Demam Berdarah di Desa Margahayu dapat diturunkan.

### h. Bagi petugas puskesmas .

- 6). Memperhatikan faktor pengetahuan warga tentang DBD dan cara pencegahan DBD yang dipilih warga yang dapat mempengaruhi angka kejadian DBD.
- 7). Perlunya peningkatan pengetahuan warga berupa pemberian penyuluhan tentang DBD, penjelasan langsung kepada warga, maupun penyebaran informasi menggunakan leaflet, spanduk atau media elektronik.
- 8). Diharapkan dapat memotivasi warga untuk rutin melakukan kegiatan yang bisa mencegah dan menurunkan angka kejadian Demam Berdarah.
- 9). Melibatkan anak sekolah terutama di tingkat Sekolah Dasar melalui penugasan untuk mencari jentik nyamuk dan melaporkan hasil kegiatannya kepada guru yang selanjutnya berkoordinasi dengan petugas puskesmas.

### i. Bagi Dinas Kesehatan

Dapat menekan angka kejadian Demam Berdarah di Desa Margahayu melalui penyebarluasan informasi tentang cara pencegahan DBD yang tepat .

### j. Bagi institusi pendidikan

- e) Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi atau sumber informasi untuk penelitian berikutnya dengan sebagai bahan bacaan serta sebagai bahan masukkan dalam kegiatan proses belajar.
  - f) Sebagai pengembangan dan evaluasi baik dalam isi maupun metode yang digunakan dalam penelitian ini.
- k. Bagi peneliti selanjutnya
- Disarankan peneliti berikutnya melakukan penelitian sejenis dengan metode multivariat dan sampel yang lebih besar lagi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi. (2008). *Manajemen penyakit berbasis wilayah*. UI press, Jakarta.
- Arikunto. S. (2006). *Prosedur Penelitian , Suatu Pendekatan praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes . (2004). *Demam Berdarah Dengue*. Jakarta : Depkes.
- Brataco Chemika. (2004). *Tanda Dan Gejala DBD*. Jakarta.
- Depkes. (2007). *Pedoman pengobatan dasar di Puskesmas 2007*. Jakarta: Depkes
- Dinkes Kukar. Data penderita DBD Kabupaten Kukar tahun 2010, 2011, dan 2012. Tanggarong
- Direktorat Jenderal P2LP Depkes RI. (2009). *Informasi Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*. Jakarta: Depkes
- Herlina Susmaneli (2011). *Faktor - faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD di RSUD Kabupaten Rokan Ulu*. Jurnal Kesehatan Komunitas, 1, (3), 149
- Kepmenkes No.128 tahun 2004. *Kebijakan Dasar Puskesmas*. Jakarta: Menkes.
- Kemenkes RI. (2009). *Database kasus DBD di Indonesia tahun 1968-2009*. Jakarta: Depkes
- Notoatmodjo. (2005). *Promosi kesehatan teori dan aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Pusat Data Surveilans dan Epidemiologi. (2010). *Jendela Epidemiologi*. Jakarta : Menkes
- Puskesmas Loa Kulu. (2012). *Profil Puskesmas Loa Kulu tahun 2012*.

Riduan. (2010). *Belajar mudah penelitian untuk guru, karyawan dan peneliti muda*. Bandung: Alfabeta

Riyanto. (2011). *Aplikasi metodologi penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Sugiyono. (2010). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta

Wahyu Mahardika (2009). *Hubungan antara perilaku kesehatan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di wilayah kerja puskesmas Cepiring Kecamatan Cepiring Kabupaten Kendal tahun 2009*. Universitas Negeri Semarang.

WHO. (2009). *Dengue Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control*. New Edition. Geneva

Yanyan Bahtiar (2012). *Hubungan pengetahuan dan sikap tokoh masyarakat dengan perannya dalam pengendalian DBD di wilayah puskesmas Kawalu Kota Tasikmalaya*. Aspirator, 4, (2), 73-84

\_\_\_\_\_. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.