

**GAMBARAN SIKAP MASYARAKAT DALAM PENCEGAHAN
PENYAKIT *DHF* (*DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER*) di RT 83
WILAYAH KERJA PUSKESMAS TEMUNDUNG**

KARYA TULIS ILMIAH



DI AJUKAN OLEH

MASNIATI ABDULLAH PUTRI

17111024160274

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

2018

**Gambaran Sikap Masyarakat Dalam Pencegahan Penyakit *DHF*
(*Dengue Haemorrhagic Fever*) di RT 83 Wilayah Kerja
PUSKESMAS Temindung**

KARYA TULIS ILMIAH

**Untuk Memenuhi Sebagai Syarat
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur**



DI AJUKAN OLEH

MASNIATI ABDULLAH PUTRI

17111024160274

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

Gambaran Sikap Masyarakat Dalam Pencegahan Penyakit *DHF* (*Dengue Haemorrhagic Fever*) Di RT 83 Wilayah Kerja Puskesmas Temindung

DI SUSUN OLEH

MASNIATI ABDULLAH PUTRI

17111024160274

Disetujui untuk diajukan

Pada tanggal, 25 Juli 2018

Pembimbing

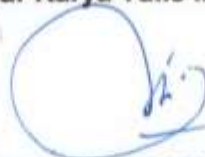


Ns. Joanggi W.H., M.Kep

NIDN. 1122018501

Mengetahui,

Koordinator Mata Ajar Karya Tulis Ilmiah Keperawatan



Rini Ernawati, S.Pd., M.Kes

NIDN. 1102096902

LEMBAR PENGESAHAN

Gambaran Sikap Masyarakat Dalam Pencegahan Penyakit *DHF* (*Dengue Haemorrhagic Fever*) Di RT 83 Wilayah Kerja Puskesmas Temindung

DISUSUN OLEH :

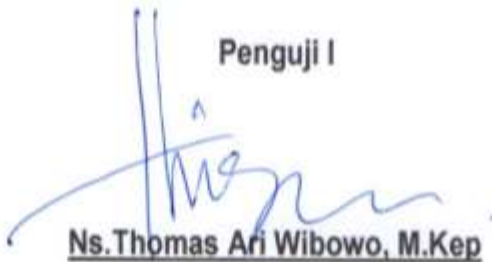
MASNIATI ABDULLAH PUTRI

17111024160274

Diresmikan dan diujikan

Pada tanggal, 25 Juli 2018

Penguji I



Ns. Thomas Ari Wibowo, M.Kep

NIDN.1104098701

Penguji II



Ns. Joanggi W. Harianto, M.Kep

NIDN.1122018501

Mengetahui,

***Ac* Ketua**

Program Studi Diploma III Keperawatan



Ns. Tri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat

NIDN.1105077501

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Nama : Masniati Abdullah Putri
NIM : 17111024160274
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Penelitian : Gambaran Sikap Masyarakat Dalam Pencegahan
Penyakit *DHF* (*Dengue Haemorrhagic Fever*) Di RT 83
Wilayah Kerja Puskesmas Temindung

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (Permendiknas No.17, Tahun 2010)

Samarinda, 25 Juli 2018

Mahasiswa



Masniati Abdullah Putri

NIM 17111024160274

Picture of Community Attitude in Preventing DHF Disease (Dengue Haemorrhagic Fever) in RT 83 Work Area of Temindung Community Health Center

Masniati Abdullah Putri¹, Joanggi W.H²

ABSTRACT

Background: Dengue is a viral disease that is transmitted by the most dangerous mosquitoes in the world. About 2.5-3 billion people living in tropical and subtropical countries are in danger of dengue infection. In 2017, starting from January to December the DHF (Dengue Haemorrhagic Fever) case is highest in the Pinang Village Kelurahan in 23 cases recorded in Temindung Health Center. In response to DHF (Dengue Haemorrhagic Fever) prevention measures, people rarely deplete water reservoirs and use drugs mosquitoes at night.

Objective: The main objective of this research is to know the description of public attitudes in prevention of DHF disease (Dengue Haemorrhagic Fever) in RT 83 of Temindung Health Center working area.

Method: This research type is Quantitative Simple Descriptive form with Simple Random Sampling. The number of samples taken by researchers are 101 people from the total population of 135. Questionnaire was used to collect the data. The data was analysed univariately.

Results: The results showed that from 101 respondents 59 respondents (58.4%) had a positive attitude toward the prevention of DHF disease (Dengue Haemorrhagic Fever) and 42 respondents (41.6%) had negative attitude.

Keywords: Community, Attitude, DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)

1. Students of Muhammadiyah University of East Kalimantan
2. Lecturer of Muhammadiyah University of East Kalimantan

Gambaran Sikap Masyarakat Dalam Pencegahan Penyakit *DHF* (*Dengue Haemorrhagic Fever*) di RT 83 Wilayah Kerja PUSKESMAS Temindung

Masniati Abdullah Putri¹, Joanggi W.H²

INTISARI

Latar Belakang : Dengue merupakan penyakit virus yang ditularkan oleh nyamuk yang paling berbahaya di dunia. Sekitar 2,5-3 milyar manusia yang hidup di negara tropis dan subtropis berada dalam keadaan terancam infeksi dengue. Pada tahun 2017 terhitung sejak bulan Januari hingga Desember kasus *DHF* (*Dengue Haemorrhagic Fever*) tertinggi di Kelurahan Sungai Pinang dalam yaitu sebesar 23 kasus yang terdata di Puskesmas Temindung. Dalam menyikapi tindakan pencegahan *DHF* (*Dengue Haemorrhagic Fever*) masyarakat jarang mengurus penampungan air dan menggunakan obat nyamuk pada malam hari.

Tujuan : Tujuan utama dari penelitian ini adalah mengetahui gambaran sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit *DHF* (*Dengue Haemorrhagic Fever*) di RT 83 wilayah kerja Puskesmas Temindung.

Metode : Jenis penelitian ini adalah Kuantitatif berbentuk Deskriptif Sederhana dengan Simple Random Sampling. Banyaknya sampel yang diambil peneliti sebanyak 101 masyarakat dari total populasi 135. Pengumpulan data dengan menggunakan lembar kuesioner. Analisa data dilakukan secara univariat.

Hasil : Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 101 responden sebanyak 59 responden (58,4%) memiliki sikap yang positif terhadap pencegahan penyakit *DHF* (*Dengue Haemorrhagic Fever*) dan 42 responden (41,6%) memiliki sikap negatif.

Kata kunci : Masyarakat, Sikap, *DHF* (*Dengue Haemorrhagic Fever*)

-
1. Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
 2. Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit berbasis lingkungan masih merupakan masalah kesehatan masyarakat sampai saat ini. Salah satu penyakit yang disebabkan oleh kondisi sanitasi lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan adalah demam berdarah *Dengue*. Penyakit demam berdarah *Dengue* pertama kali ditemukan di Manila (Filipina) pada tahun 1953, selanjutnya menyebar ke berbagai negara. Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, *World Health Organization* (WHO) mencatat Negara Indonesia sebagai Negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara (Achmadi, 2011).

Menurut WHO, dengue merupakan penyakit virus yang ditularkan oleh nyamuk yang paling berbahaya di dunia. Sekitar 2,5-3 milyar manusia yang hidup di negara tropis dan subtropis berada dalam keadaan terancam infeksi dengue. Setiap tahunnya sekitar 50-100 juta penderita demam berdarah dengue dilaporkan oleh WHO diseluruh dunia, dengan jumlah kematian sekitar 22.000 jiwa

terutama anak-anak. Pada masa 50 tahun terakhir, insiden dengue di seluruh dunia telah meningkat 30 kali. (Soedarto, 2012). Diperkirakan untuk Asia Tenggara terdapat 100 juta kasus demam dengue (DD) dan 500.000 kasus DHF yang merupakan perawatan di rumah sakit, dan 90% penderitanya adalah anak-anak yang berusia kurang dari 15 tahun dan jumlah kematian oleh penyakit DHF mencapai 5% dengan perkiraan 25.000 kematian setiap tahunnya (WHO, 2013)

Sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, World Health Organization (WHO) mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara. Di Indonesia, DBD pertama kali ditemukan di kota Surabaya pada tahun 1968, sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang meninggal dunia. Sejak saat itu, penyakit ini menyebar luas ke seluruh Indonesia (Depkes, 2010)

Angka kesakitan penderita DBD per 100.000 penduduk pada tahun 2010 adalah 34,3 sedangkan data tahun 2011 adalah 26,67. Data tahun 2010 adalah 65,70 dan data tahun 2011 menurun menjadi 26,67. Hal ini mungkin karena perubahan cuaca atau iklim walaupun tentu perubahan lain juga berperan. (Depkes RI, 2012)

Pada tahun 2013, jumlah penderita DBD yang dilaporkan sebanyak 112.511 kasus dengan jumlah kematian 871 orang (*Incidence Rate (IR)*) / angka kesakitan = 45,85 per 100.000 penduduk dan (*Case*

Fatality Rate (CFR)) / angka kematian = 0,77). Terjadi peningkatan jumlah kasus pada tahun 2013 dibandingkan 2012 yang sebesar 90.245 kasus dengan IR 37,27. Berdasarkan angka kesakitan demam berdarah pada tahun 2013 per 100.000 penduduk menurut provinsi, provinsi Kalimantan Timur (KalTim) berada pada peringkat keempat dengan presentase sebesar 92,73% setelah tiga provinsi berturut-turut Bali 168,48%, DKI Jakarta 104,4% dan DI Yogyakarta 95,99% (Kemenkes, 2014)

Kalimantan Timur adalah Provinsi yang terletak di bagian Timur dan terdiri dari Kabupaten/Kota Samarinda, Balikpapan, Penajam, Paser Utara, Paser, Kutai Kartanegara, Kutai Barat, Mahulu, Bontang, Kutai Timur dan Berau. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur pada tahun 2014 kasus Demam Berdarah di wilayah Kalimantan Timur sebanyak 6.709 kasus yang tercatat , Dengan jumlah kematian 54 kasus. Jumlah penderita DBD tertinggi pertama di Provinsi Kalimantan Timur yakni Kota Balikpapan dengan jumlah penderita sebanyak 2.176 kasus, terbesar kedua terdapat di Kota Samarinda dengan jumlah penderita sebanyak 1.686 kasus, terbesar ketiga terdapat di Kabupaten Kutai Kartanegara dengan jumlah penderita sebanyak 1.142 kasus, terbesar keempat terdapat di Kabupaten Kutai Barat dengan jumlah penderita sebanyak 678 kasus, terbesar kelima terdapat di Kabupaten Berau dengan jumlah penderita sebanyak

318 kasus, terbesar keenam terdapat di Kabupaten Kutai Timur dengan jumlah penderita sebanyak 221 kasus, terbesar ketujuh terdapat di Kota Bontang dengan jumlah penderita sebanyak 159 kasus, terbesar kedelapan terdapat di Kabupaten Paser dengan jumlah penderita sebanyak 129 kasus, terbesar kesembilan terdapat di Kabupaten Mahakam Ulu dengan jumlah penderita 101 kasus, dan terakhir terdapat di Kabupaten Penajam Paser Utara dengan jumlah penderita 99 kasus.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur pada tahun 2016 kasus Demam Berdarah di wilayah Kalimantan Timur sebanyak 10.878 kasus yang tercatat , Dengan jumlah kematian 103 kasus. Jumlah penderita DBD tertinggi pertama di Provinsi Kalimantan Timur yakni Kota Samarinda dengan jumlah penderita sebanyak 2.814 kasus, terbesar kedua terdapat di Kota Balikpapan dengan jumlah penderita sebanyak 2.508 kasus, terbesar ketiga terdapat di Kabupaten Kutai Kartanegara dengan jumlah penderita sebanyak 1.739 kasus, terbesar keempat terdapat di Kabupaten Kutai Kutai dengan jumlah penderita sebanyak 1.340 kasus, terbesar kelima terdapat di Kabupaten Paser dengan jumlah penderita sebanyak 578 kasus, terbesar keenam terdapat di Kota Bontang dengan jumlah penderita sebanyak 523 kasus, terbesar ketujuh terdapat di Kabupaten Kutai Barat dengan jumlah penderita sebanyak 452

kasus, terbesar kedelapan terdapat di Kabupaten Berau dengan jumlah penderita sebanyak 437 kasus, terbesar kesembilan terdapat di Kabupaten Penajam Paser Utara dengan jumlah penderita 420 kasus, dan terakhir terdapat di Kabupaten Mahakam Ulu dengan jumlah penderita 67 kasus.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Samarinda tahun 2015 angka penemuan kasus Demam Berdarah dengue sebanyak 1.541 kasus, dengan kematian sebanyak 9 kasus, untuk kasus paling banyak ditemukan di wilayah kecamatan Samarinda Kota dengan jumlah penderita sebanyak 267 kasus , menyusul kasus terbanyak kedua ditemukan di wilayah kecamatan Sungai Kunjang dengan jumlah penderita sebanyak 252 kasus, terbesar ketiga di wilayah Kecamatan Saarinda Ulu dengan jumlah penderita sebanyak 206 kasus, terbanyak keempat di wilayah Kecamatan Loa Janana Ilir dengan jumlah penderita sebanyak 200 kasus, terbesar kelima di wilayah Kecamatan Samarinda Seberang dengan jumlah penderita sebanyak 151 kasus, terbanyak keenam di wilayah Kecamatan Sungai Pinang dengan jumlah penderita sebanyak 150 kasus, terbanyak ketujuh di wilayah Kecamatan Samarinda Utara dengan jumlah penderita sebanyak 134 kasus, terbanyak kedelapan di wilayah Kecamatan Palaran dengan jumlah penderita sebanyak 89 kasus, terbanyak kesembilan di wilayah Kecamatan Sambutan dengan jumlah penderita sebanyak 53 kasus

dan terakhir di wilayah Kecamatan Samarinda Ilir dengan jumlah penderita sebanyak 24 kasus.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Temindung pada tahun 2015 sebesar 90 kasus dan tidak ada kasus kematian sedangkan pada tahun 2016 meningkat sebesar 203 kasus dan tidak ada jumlah kematian dari tiga kelurahan yaitu Kelurahan Sungai Pinang Dalam, Kelurahan Pelita dan Kelurahan Mugirejo, pada tahun 2017 terjadi pemindahan Kelurahan Pelita yang menjadi berada di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo sehingga pada tahun 2017 untuk kasus *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)* sebesar 36 kasus yang terdiri dari Kelurahan Sungai Pinang Dalam dan Kelurahan Mugirejo dan untuk jumlah kematian sebanyak 1 kasus. Dari 2 kelurahan yaitu Kelurahan Sungai Pinang Dalam dan Kelurahan Mugirejo. Dan data dari tahun 2017 dihitung sejak bulan januari hingga desember kasus Demam Berdarah Dengue tertinggi di Kelurahan Sungai Pinang Dalam yaitu sebesar 23 kasus yang terdata di Puskesmas Temindung.

Dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit menular telah mengalami peningkatan capaian walaupun penyakit infeksi menular masih tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang menonjol terutama TB, Malaria, HIV-AIDS, DBD, dan Diare. Angka kesakitan DBD masih tinggi, yaitu sebesar 65,57 per 100.000 penduduk pada tahun 2010, sedangkan angka

kematian dapat ditekan dibawah 1 %, yaitu 0,87%. (Aditama, 2011)

Penyakit DBD dapat bersifat fatal bila tidak segera ditangani dengan benar. Program promosi kesehatan yang selama ini dilakukan dengan menekankan pentingnya upaya masyarakat melakukan 3M masih perlu ditingkatkan secara intensif sehingga memungkinkan kewaspadaan dan deteksi dini terhadap penyakit ini menjadi lebih baik suatu Kejadian Luar Biasa (KLB) jika sudah terdapat 1 kasus penderita telah termasuk sebagai kasus KLB. Dari berbagai kegiatan yang dilaksanakan pemerintah dalam rangka pemberantasan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) melalui upaya-upaya pencegahan yang dilakukan secara berkelanjutan, seperti dengan cara melakukan pengasapan (foging) dan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan kegiatan 3M (menguras, menutup, mengubur). Namun hasilnya belum optimal bahkan masih dijumpai kejadian luar biasa (KLB) yang menelan korban jiwa. Hal ini tentu juga berkaitan erat dengan tingkat pengetahuan masyarakat tentang pencegahan DBD (Krianto, 2009).

Menurut (Anwar, 2000 dalam Sofian, 2009) bahwa faktor-faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya penyakit demam berdarah dengue antara lain tingkat pengetahuan tentang tanda dan gejala, cara penularan dan tingkat peningkatan kasus DBD dikarenakan pencegahan penyakit DBD, kebiasaan tidur siang,

kebiasaan menggantung pakaian, kebiasaan membersihkan tempat penampungan air, kebiasaan membersihkan halaman disekitar rumah yang terbuka dan tempat penampungan air didalam atau diluar rumah yang positif jentik. Semua faktor-faktor tersebut menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan kejadian DBD.

Tingginya kasus demam berdarah dengue sangat dipengaruhi oleh perilaku masyarakat. Perilaku yang tidak sehat memberi ruang leluasa perilaku pada nyamuk *Aedes aegypti* untuk hidup dan berkembang biak. Menurut Sebagian besar masyarakat yang telah mengetahui program pemberantasan nyamuk demam berdarah melalui program 3M (menguras, menutup dan mengubur), namun sebagian besar tidak banyak yang melaksanakannya, masyarakat lebih senang jika pemberantasan nyamuk demam berdarah dilakukan dengan cara yang langsung dapat dilihat yaitu dengan cara pengasapan (*fogging*) (Tatik, 2008 dalam (Limbong, 2012) .

Terdapat contoh di beberapa kota di Indonesia bahwa masih kurangnya pengetahuan dan dalam menyikapi untuk pencegahan *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)* seperti di Kabupaten Demak khususnya di Kecamatan Demak Kota, pemerintah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Demak telah melakukan berbagai upaya, antara lain melalui penyediaan dan peningkatan sarana-sarana

pelayanan kesehatan, melakukan pengasapan dan menggalakkan gerakan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui 3 M (menguras, menutup dan mengubur). Respon masyarakat yang kurang, keterbatasan pengetahuan dan informasi dalam pencegahan DHF, serta kegiatan-kegiatan pemerintah yang belum optimal sehingga menyebabkan kasus *DHF* di Kecamatan Demak Kota belum menurun. Fakta di masyarakat menunjukkan rendahnya kesadaran dan tanggung jawab untuk berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) serta banyaknya masyarakat yang merasa lebih percaya pada metode pemberantasan nyamuk dengan bahan kimia dibandingkan melakukan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) secara mandiri menyebabkan sulitnya membuat masyarakat peduli dan mau berusaha menjaga kebersihan lingkungan untuk pencegahan penyakit DBD. (Azam M, 2016)

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti kepada masyarakat yang berkunjung ke Puskesmas Temindung didapatkan hasil dua dari lima masyarakat mengatakan tidak mengetahui tentang pencegahan *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)* sedangkan tiga dari lima masyarakat mengetahui tentang pencegahan *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)*. Sedangkan dalam menyikapi untuk melakukan tindakan pencegahan tentang *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)* di dapatkan hasil dua dari lima

masyarakat jarang untuk membuang penampungan air sedangkan tiga dari lima masyarakat sering membuang penampungan air setiap tujuh hari sekali, tetapi kesemua lima masyarakat mengatakan menggunakan obat nyamuk listrik saat malam hari.

Berdasarkan masalah diatas, peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai “Gambaran Sikap Masyarakat Dalam Pencegahan Penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)* di RT 83 Wilayah Kerja Puskesmas Temindung “

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut : “ Bagaimana Gambaran Sikap Masyarakat Dalam Pencegahan Penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)* di RT 83 Wilayah Kerja Puskesmas Temindung ? “

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana Gambaran Sikap Masyarakat Dalam Pencegahan Penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)* di RT 83 Wilayah Kerja Puskesmas Temindung

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden (Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pekerjaan).

- b. Mengidentifikasi sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)*.

D. Manfaat Penelitian

Adapun hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat antara lain :

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan tambahan ilmu pengetahuan serta penelitian ini merupakan suatu pengalaman yang sangat berharga bagi peneliti sehingga diharapkan dapat berguna dan menjadi pemahaman tentang pentingnya akan kesehatan.

2. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai tambahan informasi mengenai cara pencegahan *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)*.

3. Bagi Institusi Kesehatan Puskesmas Teindung

Sebagai salah satu cara acuan bagi institusi kesehatan mengenai cara pencegahan *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)*.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi kepustakaan dan sumbangan ilmiah dalam memperbanyak khasanah ilmu pengetahuan serta merupakan acuan bagi penelitian berikutnya.

5. Bagi Peneliti Berikutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan informasi bagi keperluan penelitian selanjutnya mengenai pencegahan *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Sikap

a. Pengertian

Menurut Gordon Allport (1980) salah satu tokoh terkenal di bidang psikologi sosial dan psikologi kepribadian bahwa sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara tertentu. Dapat dikatakan bahwa kesiapan yang dimaksudkan merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respons.

Sedangkan menurut Notoatmodjo (2010) mendefinisikan pengertian sikap dengan sangat sederhana bahwa sikap itu suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek. Sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain.

Menurut Allport (1954) yang dikutip oleh Sarwono dan Meinaro (2009), bahwa sikap merupakan kesiapan mental,

yaitu proses yang berlangsung dalam diri seseorang, bersama dengan pengalaman individual masing-masing, mengarahkan dan menentukan respons terhadap berbagai objek dan situasi.

Sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, obyek atau issue. Jadi, dapat disimpulkan bahwa sikap adalah suatu proses penilaian yang dilakukan seseorang terhadap suatu objek atau situasi disertai adanya perasaan tertentu dan memberikan dasar kepada orang tersebut untuk membuat respons atau berperilaku dalam cara yang tertentu yang dipilihnya.

b. Komponen Pokok Sikap

Ada 3 komponen pokok tentang sikap yaitu : kepercayaan (keyakinan) ide dan konsep terhadap suatu obyek, kehidupan emosional dan evaluasi terhadap suatu obyek, kecenderungan untuk bertindak (*trend to be have*). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Menurut Azwar S, struktur sikap terdiri atas 3 komponen yang sangat menunjang yaitu :

1) Komponen kognitif

Komponen kognitif berisi persepsi dan kepercayaan yang dimiliki individu mengenai sesuatu. Seringkali komponen kognitif ini dapat disamakan dengan pandangan (opini).

2) Komponen afektif

Komponen afektif merupakan perasaan individu terhadap objek sikap dan menyangkut masalah emosi. Aspek emosional inilah biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin akan mengubah sikap seseorang.

3) Komponen konoatif

Komponen konoatif merupakan komponen perilaku yang cenderung untuk bertindak atau untuk bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu.

c. Tingkatan Sikap

Sikap terdiri dari beberapa tingkatan, yaitu :

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Terlepas dari hal tersebut pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subyek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengejek atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu

berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil resiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya resiko lain.

d. Sifat Sikap

Sikap dapat pula bersifat positif dan dapat pula bersifat negatif (Purwanto, 1998 dalam Wawan dan Dewi, 2010)

1) Sikap positif kecenderungan tindakan yang mendekati menyenangkan, mengharapkan obyek tertentu atau keadaan yang menunjukkan atau mempertahankan, menerima, mengakui, menyetujui serta melaksanakan norma-norma yang berlaku dimana individu itu berbeda. Sikap positif akan terlihat dari sikap masyarakat yang mendukung terhadap mendukung penerapan penggunaan obat pada lansia.

2) Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai obyek tertentu atau keadaan yang menunjukkan, memperlihatkan penolakan atau tidak menyetujui terhadap norma-norma yang berlaku dimana individu itu berbeda.

e. Ciri-ciri Sikap

Ciri-ciri sikap adalah (Purwanto, 1998 dalam Wawan dan Dewi, 2010)

- 1) Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungan dengan obyeknya. Sifat ini membedakannya dengan sifat motif-motif biogenis seperti lapar, haus, kebutuhan akan istirahat.
- 2) Sikap dapat berubah-ubah karena sikap itu sikap dapat dipelajari dan sifat dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang itu.
- 3) Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek dengan kata lain, sikap itu terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
- 4) Objek sikap itu merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan, sifat alamiah yang membedakan sikap dan kecakapan-kecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki orang.

f. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Sikap

Beberapa faktor yang ikut berperan dalam membentuk sikap antara lain :

1) Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Apakah penghayatan itu kemudian akan membentuk sikap positif ataukah negative, akan tergantung pada berbagai faktor lain.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain disekitar kita merupakan salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, seseorang yang tidak ingin kita kecewakan, atau seseorang yang berarti khusus bagi kita, akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu. Diantara orang yang biasanya dianggap penting bagi individu adalah orang tua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru, teman kerja, istri atau suami, dan lain-lain. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan

untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

3) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila kita hidup dalam budaya yang mempunyai norma longgar bagi pergaulan heteroseksual, sangat mungkin kita akan mempunyai sikap yang mendukung terhadap masalah kebebasan pergaulan heteroseksual. Apabila kita hidup dalam budaya sosial yang engutamakan kehidupan berkelompok, maka sangat mungkin kita akan mempunyai sikap negative terhadap kehidupan individualisme yang mengutamakan kepentingan perorangan.

4) Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Media massa membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Pesan-pesan sugesti yang dibawa oleh informasi tersebut, apabila cukup kuat, akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu system mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap diakrenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu.

6) Pengaruh faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustasi atau bentuk pengalihan mekanisme pertahanan ego.

g. Pembentukan Sikap

Sikap dibentuk melalui empat macam pembelajaran sebagai berikut :

1) Pengkodisian klasik (*classical conditioning*)

Proses pembelajaran dapat terjadi ketika suatu stimulus/ rangsangan selalu diikuti oleh stimulus/ rangsangan yang lain, sehingga rangsangan yang pertama menjadi suatu isyarat bagi rangsangan yang kedua.

2) Pengkodisian instrumental (*instumental conditioning*)

Proses pembelajaran terjadi ketika suatu perilaku mendatangkan hasil yang menyenangkan bagi seorang, maka perilaku tersebut akan diulangi kembali. Sebaiknya, bila perilaku mendatangkan hasil yang tidak menyenangkan bagi seseorang, maka perilaku tersebut tidak akan diulangi lagi atau dihindari.

3) Belajar melalui pengamatan

Proses pembelajaran dengan cara mengamati perilaku orang lain, kemudian dijadikan sebagai contoh untuk berperilaku serupa. Banyak perilaku yang dilakukan seseorang hanya karena mengamati perbuatan orang lain.

4) Perbandingan sosial (*sosial comparison*)

Proses pembelajaran dengan membandingkan orang lain untuk mengecek apakah pandangan kita mengenai sesuatu hal adalah benar atau salah disebut perbandingan sosial.

2. *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*

a. Definisi

Demam Dengue adalah demam akut yang disertai sakit kepala, nyeri otot, sendi, tulan, penurunan jumlah sel darah putih dan ruam-ruam. Demam Berdarah Dengue atau *Dengue*

Haemorrhagic Fever (DHF) adalah demam dengue disertai pembesaran hati dan manifestasi perdarahan. Pada keadaan yang parah bisa terjadi kegagalan sirkulasi darah dan pasien jatuh dalam syok hipovolemik akibat kebocoran plasma. Keadaan ini disebut *dengue shock syndrome (DSS)* (Mahdiana,2010)

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) atau yang dikenal dengan istilah demam berdarah dengue adalah penyakit demam akut yang dapat menimbulkan kematian dan disebabkan oleh virus dengue (Soedarto,2012) . Dengue ditularkan pada manusia oleh nyamuk *Aedes Aegypti* dan nyamuk *Aedes Albopictus*, bisa juga ditularkan oleh *Aedes Polynesiensis* dan beberapa jenis nyamuk lainnya yang aktif menghisap darah pada waktu siang hari. Sesudah darah yang terinfeksi terhisap nyamuk, virus memasuki kelenjar liur nyamuk (saliva glands) lalu berkembang biak menjadi infeksi dalam waktu 8 - 10 hari, yang disebut dengan masa inkubasi ekstrinsik (*extrinsic incubation period*).

Demam Berdarah Dengue (DBD atau *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* adalah suatu penyakit trombositopenia infeksius yang akut yang parah, sering bersifat fatal, penyakit febris yang disebabkan virus dengue. Pada DBD terjadi pembesaran plasma yang ditandai hemokonsentrasi

(peningkatan hemotokrit) atau penumpukan cairan tubuh, abnormalitas hemostasis, dan pada kasus yang parah terjadi suatu sindrom renjatan kehilangan protein masif *Dengue Shock Syndrome (DSS)*, yang dipikirkan sebagai suatu proses imunopatologik. (Suhendro,2006)

Demam berdarah dengue atau *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* adalah penyakit demam akut terutama menyerang pada anak-anak, dan saat ini cenderung polanya berubah ke orang dewasa. Gejala yang ditimbulkan dengan manifestasi perdarahan dan bertendensi menimbulkan syok yang dapat ditimbulkan kematian. (Depkes,2006)

Dari beberapa pengertian diatas, *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* atau Demam Berdarah Dengue adalah penyakit trombositopenia infeksius akut yang parah, sering bersifat fatal, penyakit febris yang disebabkan virus dengue yang ditulakan mlalui gigitan nyamuk aedes (*Aedes Aegypti* dan *Aedes Albocpictus*) yang ditandai hemokonsentrasi (peningkatan hemotokrit) atau penumpukan cairan tubuh, abnormalitas hemostasis, dan bertendensi menimbulkan syok yang dapat menimbulkan kematian. Penyakit tersebut sering menyerang anak-anak, namun saat ini cenderung banyak menular ke orang dewasa.

b. Klasifikasi *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*

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/berpergian ke daerah endemik Demam Berdarah .

b) Demam disertai 2 dari 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 >2cm

g) Kebaikan hematokrit seiring dengan penurunan trombosit yang cepat (laboratorium)

3) Dengan 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.

c. Penyebab *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)*

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) atau Demam Berdarah Dengue (DBD) disebabkan oleh virus dengue yang termasuk kelompok B Arthropoda virus (Arboviruses) yang sekarang dikenal sebagai genus Flavivirus, Famili Flaviviridae dan mempunyai 4 jenis serotipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. (Mahdiana,2010). Virus dengue ditularkan dari satu orang ke orang lain oleh nyamuk Aedes (Ae) dari subgenus stegomyia Ae. Aegypti merupakan vektor epidemik aplig penting. (Widyaastuti, 2005)

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. Gejala *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)*

Infeksi oleh virus dengue denan menimbulkan variabel gejala mulai sindroma virus nonspesifik sampai perdarahan

yang fatal. Gejala demam berdarah dengue tergantung pada umur penderita. Pada bayi dan anak-anak kecil biasanya berupa demam disertai ruam-ruam makulopapular. Pada anak-anak yang lebih besar dan orang dewasa, biasa dimulai dengan demam ringan atau demam tinggi ($>39^{\circ}\text{C}$) yang tiba-tiba berlangsung selama 2-7 hari, disertai sakit kepala hebat, nyeri dibelakang mata, nyeri sendi dan otot, muntah-muntah dan ruam-ruam.

Bintik-bintik pendarahan di faring dan konjungtiva. Penderita juga sering mengeluh nyeri menelan, tidak enak di ulu hati, nyeri di tulang rusuk kanan dan nyeri seluruh perut. Kadang-kadang demam mencapai $40-41^{\circ}\text{C}$ dan terjadi kejang demam pada bayi (Mahdiana,2010).

e. Cara Penularan *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)*

Terdapat 3 (tiga) faktor yang memegang peranan penularan infeksi virus dengue yaitu manusia, virus dan vektor perantara. Virus dengue ditularkan pada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*. Nyamuk tersebut dapat mengandung virus dengue pada saat menggigit manusia yang sedang mengalami viremia. Kemudian virus yang berada di kelenjar 8-10 hari sebelum dapat ditularkan kembali pada manusia pada saat gigitan berikutnya. Virus dalam tubuh nyamuk betina ditularkan kepada telurnya namun perannya dalam penularan virus tidak

penting. Sekali virus dapat masuk dan berkembang biak dalam tubuh nyamuk, nyamuk tersebut akan dapat menularkan virus selama hidupnya (infektif). (Depkes RI,2011).

f. Pencegahan *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)*

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, kelembapan, 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 kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) serta faktor pertambahan jumlah penduduk dan peningkatan mobilitas penduduk sejalan dengan kemajuan transportasi menyebabkan penyebaran virus DBF semakin mudah dan menyebar (Mc Michael,2006)

Pengembangan vaksin untuk dengue sangat sulit karena keempat jenis serotipe virus bisa mengakibatkan penyakit. Perlindungan terhadap suatu atau jenis serotipe ternyata meningkatkan resiko terjadinya penyakit yang serius. Sampai sekarang satu-satunya pencegahan atau pengendalian demam berdarah dengue adalah memerangi nyamuk yang mengakibatkan penularan. Oleh karena itu, pencegahan dan pengendalian dilakukan dengan beberapa (Aditama,2011) yaitu :

1) Kimiawi

Pengendalian vektor biologi menggunakan agent biologi seperti predator atau pemangsa, parasit, bakteri, sebagai musuh alami stadium pra-dewasa vektor DBD. Karena insektisida adalah racun, maka penggunaannya harus mempertimbangkan dampak terhadap lingkungan. Disamping itu penentuan jenis insektisida, dosis, dan metode aplikasi merupakan syarat yang penting untuk dipahami dalam kebijakan pengendalian atau pencegahan vektor.

2) Biologi

Pengendalian vektor biologi menggunakan agent biologi seperti predator atau pemangsa, parasit, bakteri, sebagai musuh alami stadium pra-dewasa vektor DBD. Jenis

predator yang digunakan adalah ikan pemakan jentik, seperti cupang, tampalo, gabus, guppy.

3) Manajemen Lingkungan

Lingkungan fisik seperti tipe-tipe pemukiman, sarana-prasarana penyediaan air, vegetasi dan musim sangat berpengaruh terhadap tersedianya habitat perkembangbiakan dan pertumbuhan vektor DBD. Nyamuk *aedes aegypti* sebagai nyamuk pemukiman mempunyai habitat utama dikontainer buatan yang berada didaerah pemukiman. Manajemen lingkungan adalah upaya pengelolaan lingkungan sehingga tidak kondusif sebagai habitat perkembangbiakan atau dikenal sebagai *source reduction* seperti 3M Plus (menguras, menutup, mengubur, dan plus : menyemprot, memelihara ikan predator, menabur lavarsida).

4) Fogging / pengasapan

Pemberantasan terhadap nyamuk dewasa dilakukan dengan cara penyemprotan (pengasapan/ pengabutan/ fogging) dengan insektisida, mengingat kebiasaan nyamuk senang dihinggap pada benda-benda bergantung, maka penyemprotan tidak dilakukan di dinding rumah seperti pemberantasan nyamuk penularan malaria.

Alat yang digunakan untuk penyemprotan adalah mesin fogging dan penyemprotan dengan cara pengasapan tidak mempunyai efek residu. Untuk membasmi 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-nyamuk yang lainnya akan mati, tetapi akan segera muncul nyamuk-nyamuk baru yang diantaranya akan menghisap darah penderita demam berdarah yang masih ada yang dapat menimbulkan terjadinya penularan kembali. Oleh karena itu dilakukan penyemprotan siklus kedua, penyemprotan yang kedua dilakukan 1 minggu sesudah penyemprotan yang pertama agar nyamuk yang baru infeksi tersebut akan terbasmi sebelum sempat menularkan pada orang lain. (Depkes RI, 2005).

5) Abatisasi (Penggunaan Abate)

Takaran penggunaan bubuk abate, untuk 10 liter air cukup dengan 1 gram bubuk abate. Contoh : untuk 10 liter air abate yang diperlukan = $(100/10) \times 1 \text{ gram} + 10 \text{ gram}$ abate untuk menakar abate digunakan sendok makan, satu sendok peres berisi 10 gram abate. Bila memerlukan ABATE kurang dari 10 gram, maka dapat dilakukan sebagai berikut :

- a) Ambil 1 sendok makan peres abate dan tuangkan pada selembar kertas.
- b) Lalu bagilah abatae menjadi 2,3 atau 4 bagian sesuai dengan tarakan yang dibutuhkan.

Setelah dibubuhkan abate, maka :

- a) Selama 3 bulan bubuk abate dalam air tersebut mampu membunuh jentik aedes aegypti.
- b) Selama 3 bulan bila tempat penampungan tersebut akan dibersihkan / diganti airnya, hendaknya jangan menyikat bagian dalam dinding tempat penampungan air tersebut.
- c) Air yang telah dibubuhi abate dengan takaran yang benar tidak membahayakan dan tetap aman bila air tersebut diminum.

Cara yang paling mudah dan efektif dalam mencegah penyakit DBD adalah dengan mengkombinasikan cara-cara di atas yang dikenal dengan istilah 3M Plus yaitu, menguras dan menyikat tempat penampungan air minimal seminggu sekali, menutup setelah menggunakannya serta mengubur barang bekas yang berpotensi sebagai tempat perinduan nyamuk. Selain itu, dapat dilakukan dengan melakukan tindakan plus seperti menggunakan kelambu saat tidur, memasang kasa, menggunakan obat nyamuk oles/ *repellant*,

memeriksa jentik nyamuk secara berkala serta tindakan lain yang sesuai dengan kondisi setempat.

g. Penanganan *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)*

Tidak ada pengobatan yang antiviral terhadap virus dengue. Pengobatan dilakukan secara suportif dengan tujuan penggantian cairan. Obat-obatan simtomatis diberikan untuk mengatasi demam, rasa nyeri, muntah dan mengaasi kejang yang terjadi. (Soedarto,2012)

1) Penanganan di rumah

Perawatan suportif yang bisa dilakukan selama dirumah adalah penggantian cairan dengan minum air yang banyak dan banyak istirahat ditempat tidur. Untuk mengatasi mual dan muntah yang terjadi pada penderita diberikan minum air hangat. Untuk demam pada penderita diberikan obat penurunan panas (paracetamol), dikompres dengan air hangat dan diberi minum air puih. Untuk sakit kepala pada penderita diberikan terpai napas dalam (tarik napas lewat hidung dan keluarkan lewat mulut secara perlahan), dan pengalihan perhatian seperti mendengarkan musik, menonton, membaca buku dll. Untuk penanganan saat kejang penderita ditempatkan pada tempat yang rata atau datar dan jauh dari benda-benda berbahaya yang dapat mencederai penderita, agar lidah tidak tergigit atau jatuh

kebelakang bisa digunakan sendokmakan yang dilapisi kain agar tidak mencederai penderita.

2) Penanganan di Unit Kesehatan

Penanganan DHF dengan terapi suportif ditujukan untuk mengatasi syok akibat hemokonsentrasi dan perdarahan. Pengawasan insentif atas anda-tanda vitak dilakukan pada masa krisis yaitu antara hari kedua sampai hari ketujuh dari demam dan berikan oba penurunan pans jika diperlukan (paracetamol). Untuk rehidrasi penderita harus banyak minu cairan dan jika dapat minum diberikan cairan intravenus atau elektrolit untuk mengatasi dehidrasidan mengoreksi gangguan keseimbangan elektrolit. Transfusi plasma atau trombosit diberikan jika angka trombosit kurang dari 20.000atau jika terjadi perdarahan berat. Jika terjadi melena, ang enunjukkan adanya pendarahan gastrointestinal diberikn transfusi trombosit atau sel darah merah. Terapi oksigen diberikan untuk meningkatkan oksigen darah yang rendah. Berikan ondansentro dengan resep dokter bila pendeita muntah.

h. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)*

1) Agent (penyebab)

Menurut Dinkes Jateng (2005), penyebab penyakit DBD ada 4 tipe (Tipe 1, 2, 3, dan 4), termasuk dalam group B *Antropod Borne Virus (Arbovirus)*. Dengue tipe 3 merupakan serotip virus yang dominan yang menyebabkan kasus yang berat. Penularan penyakit demam berdarah dengue umumnya ditularkan oleh *Aedes Aegypti* meskipun dapat juga ditularkan oleh *Aedes polynesiensis* dan beberapa spesies dari kompleks *Aedes scutellaris* juga dapat berperan sebagai vektor yang menstransmisikan virus dengue. (Djunaedi, 2006)

2) Host (penjamu)

a) Umur

Golongan umur akan mempengaruhi peluang terjadinya penularan penyakit. Lebih banyak golongan umur kurang dari 15 tahun berarti peluang untuk sakit DBD lebih besar. (Mahardika, 2009)

b) Jenis kelamin

Sejauh ini tidak ditemukan perbedaan kerentanan terhadap serangan DBD dikitikan dengan perbedaan jenis kelamin (*gender*). Di Philipina dilaporkan bahwa rasio antara jenis kelamin adalah 1:1. Demikian pula di Thailand dilaporkan tidak ditemukan perbedaan

kerentanan terhadap serangan DBD anantara anak laki-laki dan perempuan (Djunaedi,2006)

c) Faktor Internal Manusia (Perilaku Manusia)

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktifitas yang timbul karena adanya stimulus dan respon serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. (Sunaryo,2004). Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2007) perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku manusia merupakan salah satu faktor yang banyak memegang peranan dalam menentukan derajat kesehatan suatu masyarakat (Noor,2008).

3) *Environment* (Lingkungan)

a) Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik yang terkait adalah; macam tempat penampungan air (TPA) sebagai tempat perindukan nyamuk *Aedes Aegypti*. Macam tempat penampungan air ini dibedakan lagi berdasarkan bahan TPA (logam, plastik, porselin, fiberglass, semen, tembikar dan lain-lain), warna TPA (putih, hijau, coklat, dan lain-lain), volume TPA (kurang dari 50 lt, 51-100 lt, 101-200 lt dan lain-lain), penutup TPA (ada atau tidak ada),

pencahayaan pada TPA (terang atau gelap) dan sebagainya. (Mahardika,2009)

b) Lingkungan Biologi

Lingkungan biologi dapat berpengaruh terhadap kehidupan nyamuk yaitu banyaknya tanaman hias dan tanaman pekarangan dapat mempengaruhi kelembaban dan pencahayaan di dalam rumah dan halamannya. Adanya kelembaban yang tinggi dan kurangnya pencahayaan di dalam rumah merupakan tempat yang disenangi nyamuk untuk beristirahat. (Widya Hari Cahyanti,2006 dalam Mustazahit,2013)

c) Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial adalah lingkungan yang mencakup hubungan yang kompleks antara faktor-faktor dan kondisi-kondisi budaya, adat istiadat, kepercayaan, agama, kepadatan penduduk, mobilitas dan sebagainya. (Budioro,2001 dalam Mustazahit,2013)

Lingkungan sosial yaitu bentuk lain selain fisik dan biologis. Faktor lingkungan sosial yang berpengaruh terhadap kejadian DBD adalah kepadatan penduduk dan mobilitas. Kepadatan penduduk yang tinggi akan mempermudah terjadinya infeksi virus dengue, karena daerah yang berpenduduk padat akan meningkatkan

jumlah insiden kasus DBD tersebut. 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 (Sutayo,2005).

3. Masyarakat

a. Pengertian

Masyarakat atau komunitas adalah menunjuk pada bagian masyarakat yang bertempat tinggal di suatu wilayah (dalam arti geografi) dengan batas-batas tertentu, dimana yang menjadi dasarnya adalah adanya interaksi yang lebih besar dari anggota-anggotanya, dibandingkan dengan penduduk di luar batas wilayahnya. (Hikmat,2010)

b. Ciri-ciri masyarakat

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka dapat diambil kesimpulan bahwa masyarakat memiliki ciri-ciri sebagai berikut (Hurairah, 2011)

1) Ada interaksi antara sesama anggota masyarakat

Di dalam masyarakat terjadi dapat interaksi sosial yang merupakan hubungan sosial yang dinamis yang menyangkut

hubungan antara persesorangan dengan kelompok. Untuk terjadinya interaksi sosial tersebut harus memiliki ada 2b syarat yaitu kontak sosial dan komunikasi.

2) Menempati wilayah dengan batas-batas tertentu

Suatu kelompok masyarakat menempati suatu wilayah tertentu menurut suatu keadaan geografis sebagai tempat tinggal komunitasnya, baik dalam ruang lingkup yang kecil RT/ RW, Desa, Kelurahan, Kecamatan, Kabupaten, Provinsi, dan bahkan Negara.

3) Saling tergantung satu dengan yang lainnya

Anggota masyarakat yang hidup pada suatu wilayah tertentu saling tergantung satu dengan yang lainnya dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Tiap-tiap anggota masyarakat mempunyai keterampilan sesuai dengan kemampuan dan profesi masing-masing. Mereka hidup saling melengkapi, saling memenuhi agar tetap berhasil dalam kehidupannya.

4) Memiliki adat istiadat tertentu/ kebudayaan

Adat istiadat dan kebudayaan diciptakan untuk mengatur tatanan kehidupan bermasyarakat, yang mencakup bidang yang sangat luas diantara tata cara berinteraksi antara kelompok-kelompok yang ada di masyarakat, apakah itu

dalam perkawinan, kesenian, mata pencaharian, sistem kekerabatan dan sebagainya.

c. Ciri-ciri masyarakat sehat

Peningkatan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat ciri-cirinya adalah (Hikmat, 2010) :

- 1) Mengatasi masalah kesehatan secara sederhana melalui upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan terutama untuk ibu dan anak.
- 2) Peningkatan upaya untuk kesehatan lingkungan terutama penyediaan sanitasi dasar yang dapat dikembangkan dan dimanfaatkan oleh masyarakat untuk meningkatkan mutu lingkungan hidup.
- 3) Peningkatan status gizi masyarakat berkaitan dengan peningkatan dari status sosial ekonomi masyarakat.
- 4) Penurunan dari angka kesakitan dan kematian dan berbagai sebab dan penyakit.

d. Masalah-masalah kesehatan masyarakat di Indonesia

- 1) Jenis masalah
 - a) Tingginya angka pertumbuhan penduduk
 - b) Tingginya kematian ibu dan anak
 - c) Tingginya angka kesakitan dan kematian karena penyakit menular dan penyakit tidak menular
 - d) Masalah kesehatan lingkungan :

- (1) Keadaan lingkungan fisik dan biologis yang belum memadai
- (2) Sarana air bersih dan fasilitas kesehatan yang belum merata
- (3) Pembinaan pada program-program peningkatan kesehatan lingkungan belum berjalan seperti yang diharapkan.

2) Penyebab masalah

a) Faktor sosial ekonomi

Tingkat pendidikan yang masih rendah, tingkat penghasilan yang rendah dan kurangnya kesadaran, tingkat penghasilan yang rendah dan kurangnya kesadaran pemeliharaan kesehatan.

b) Gaya hidup dan perilaku masyarakat

Banyak kebiasaan masyarakat yang merugikan kesehatan dan adat istiadat yang tidak menunjang peningkatan kesehatan.

c) Lingkungan masyarakat

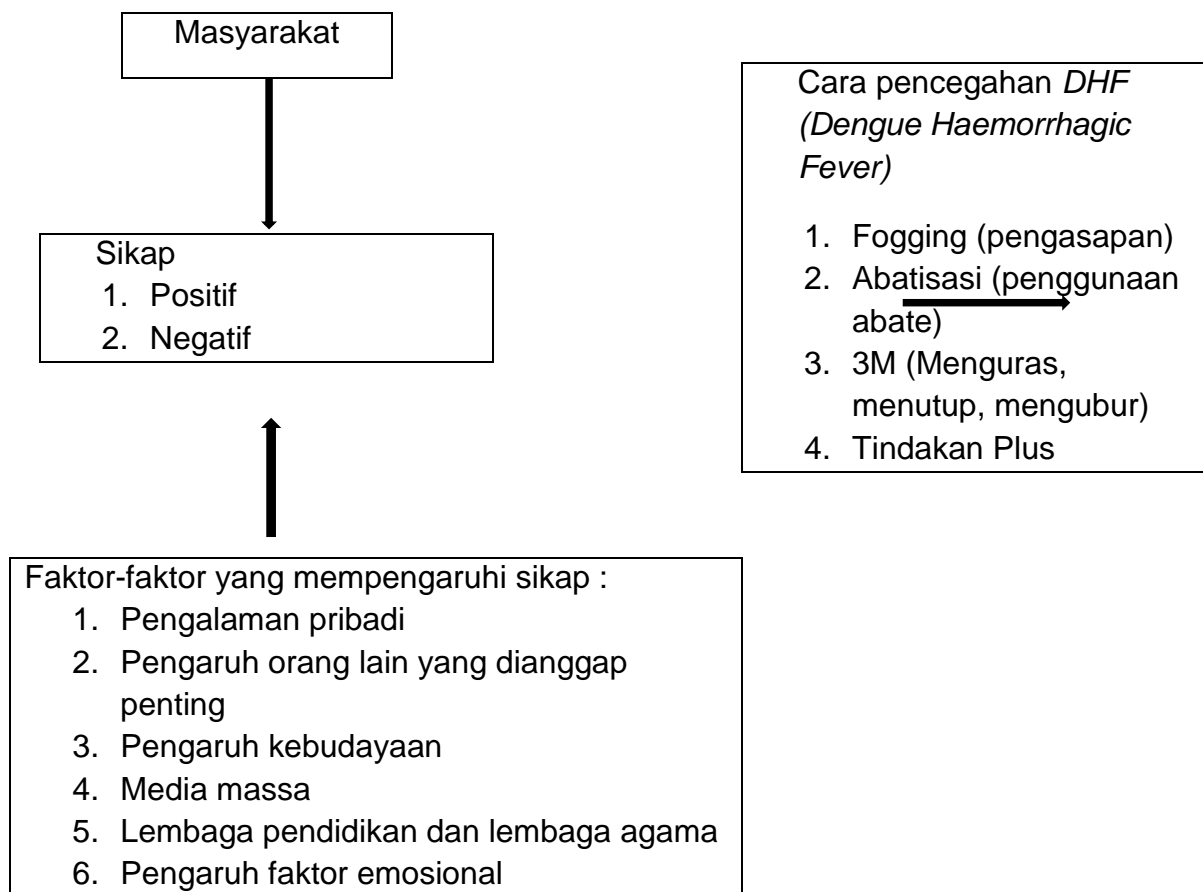
Kurangnya peran serta masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan, dan kurangnya tanggung jawab masyarakat dalam bidang kesehatan.

d) Sistem pelayanan kesehatan

Cakupan pelayanan kesehatan yang belum menyeluruh,
dan upaya pelayanan kesehatan yang berorientasi kuratif
(Hikmat,2010).

B. Kerangka Teori

Teori terdiri dari kesatuan konsep dan pernyataan yang sesuai dengan menyajikan suatu fenomena serta dapat digunakan untuk menjabarkan, menjelaskan, dan memprediksikan, atau mengambil suatu kejadian. (Nursalam, 2011). Kerangka teori dalam penelitian ini adalah :

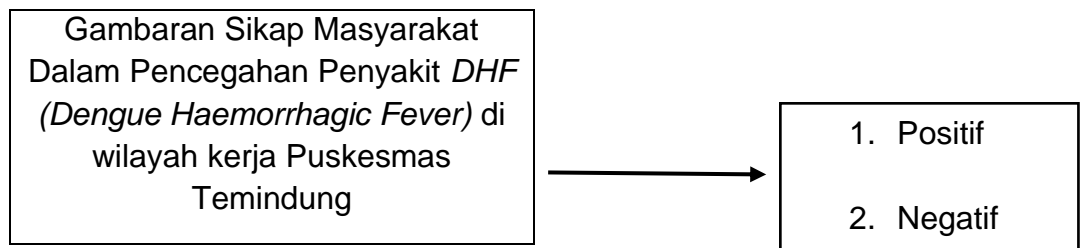


Bagian 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Hikmat (2010), Notoatmodjo (2010), Soedarto (2012), Aditama (2011)

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dari visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep lainnya atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti. (Notoadmodjo, 2012). Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah :



Bagian 2.2 Kerangka Konsep

D. Pertanyaan Penelitian

“ Bagaimana sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit *DHF* (*Dengue Haemorrhagic Fever*) di RT 83 wilayah kerja Puskesmas Temindung ? “

BAB III METEDOLOGI PENELITIAN

| | |
|--------------------------------------|----|
| A. Rancangan Penelitian..... | 44 |
| B. Populasi dan Sampel..... | 45 |
| C. Waktu dan Tempat Penelitian..... | 47 |
| D. Definisi Operasional..... | 48 |
| E. Instrumen Penelitian..... | 50 |
| F. Uji Validitas dan Realibitas..... | 52 |
| G. Uji Normalitas Data..... | 54 |
| H. Teknik Pengumpulan Data..... | 55 |
| I. Analisa Data..... | 56 |
| J. Etika Penelitian..... | 58 |
| K. Jalannya Penelitian..... | 59 |

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

| | |
|--|----|
| A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 64 |
| B. Hasil Penelitian..... | 66 |
| C. Pembahasan..... | 70 |
| D. Keterbatasan Penelitian..... | 78 |

SILAKAM KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UMKT

Tabel 3.3 Jalannya Penelitian

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mayoritas responden berjenis perempuan, anak-anak berusia >12-21 tahun beresiko terkena penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)*. Tingkat pendidikan terbanyak adalah Sarjana berjumlah 34 responden, dan untuk pekerjaan terbanyak adalah Ibu Rumah Tangga berjumlah 33 responden.
2. Sebagian besar masyarakat di RT 83 wilayah kerja Puskesmas Temindung memiliki sikap positif mengenai pencegahan penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)* sehingga diharapkan dapat melakukan tindakan pencegahan penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)*.
3. Sebagian besar masyarakat di RT 83 wilayah kerja Puskesmas Temindung memiliki sikap negatif mengenai pencegahan penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)* sehingga diharapkan sebagian masyarakat yang memiliki sikap negatif dapat mau berubah menjadi sikap positif sehingga dapat melakukan tindakan pencegahan penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)*.

B. Saran

1. Bagi Puskesmas Temindung

Diharapkan dapat memberikan informasi yang jelas kepada masyarakat di RT 83 mengenai tindakan pencegahan penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)*.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diajukan sebagai acuan untuk mengembangkan kurikulum pendidikan, sebagai bahan diskusi dan sumber referensi dalam memberikan bimbingan sebagai tindakan pencegahan kepada masyarakat dalam penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)*.

3. Bagi Masyarakat di RT 83 Wilayah Kerja Puskesmas Temindung

Diharapkan kepada masyarakat dapat memberikan ilmu dan informasi dalam pencegahan penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)* dan sebagai wadah untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)*.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian mengenai perilaku masyarakat dalam pencegahan penyakit *DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)*.

DAFTAR PUSTAKA

Achmadi. (2011). *Dasar-dasar Penyakit Berbasis Lingkungan*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.

Aditama, T. (2011). *Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Arikunto. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

Azam M, A. M. (2016). ANALISIS KEBUTUHAN DAN PERANCANGAN “RONDA JENTIK” SEBAGAI MODEL PEMBERDAYAAN. *Unnes Journal of Public Health*, 295-296.

Azwar. (2002). *Sikap Manusia. Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Off Set.

Bahtiar, y (2012). *HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TOKOH MASYARAKAT DENGAN PERANNYA DALAM PENGENDALIAN DEMAM BERDARAH DI WILAYAH PUSKESMAS KAWALU KOTA TASIKMALAYA*. Loka Litbang P2B2 Ciamis

Cahyo, K. (2006). *Kajian Faktor- faktor Perilaku Dalam Keluarga yang Mempengaruhi Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Meteseh*. Semarang: Media Litbang Kesehatan.

Depkes, RI. (2005). *Pedoman Pelaksanaan Klinik Sanitasi untuk Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Depkes, RI. (2006). *Informasi Umum Demam Berdarah Dengue. Ditjen PP dan PL*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Depkes, RI. (2007). *Informasi Umum Demam Berdarah Dengue Ditjen PP dan PL*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Depkes, RI. (2008). *Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Ditjen PP & PL.

Depkes, RI. (2010). *Penyelidikan Epidemiologis Penanggulangan Fokus dan Penanggulangan Vektor Pada Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Dinas Kesehatan, Kota Samarinda. (2015). *Data Demam Berdarah Dengue (DBD)*. Samarinda: Dinas Kesehatan Kota Samarinda.

Dinas Kesehatan, Provinsi Kalimantan Timur. (2016). *Profil Kesehatan Kabupaten/Kota*. Kalimantan Timur: Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur.

Djunaedi. (2006). *Demam Berdarah Dengue (DBD) Epidemiologi, Immunopatologi, Patogenesis, Diagnosa dan Penatalaksanaannya*. Malang: UMM Press.

Hidayat, A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Hikmat, H. (2010). *Strategi Pemberdayaan Masyarakat*. Bandung: Humaniora Utama Press, Cet, ke 5 2010.

Ipa, Lasut, Yuliasih, dan Delia (2009). *Gambaran Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Masyarakat Serta Hubungannya Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kecamatan Pangandaran Kabupaten Ciamis*. Vol. 1 No. 1. Aspirator

Kemenkes. (2014). *Profil Data Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Krianto. (2009). *Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)*. Jakarta: EGC.

Limbong, U. B. (2012). *Survey Kepadatan Jentik Aedes Aegypti di Kabupaten Minahasa Utara*. Minahasa.

Mahdiana. (2010). *Mengenal, Mencegah, dan Mengobati Penularan Penyakit Dari Infeksi*. Yogyakarta: Citra Pustaka.

Notoatmodjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan. Edisi Revisi Cetakan Kedua*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan. Aplikasi dalam Praktik Keperawatan*.

Profil Data Kesehatan Indonesia Tahun 2013. (2014). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Sarwono, d. (2009). *Psikologi Sosial*. Jakarta: Salemba Humanika.

Soedarto. (2012). *Demam Berdarah Dengue (Dengue Haemorrhagic Fever)*. Jakarta: Sagung Seto.

Sugiono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Cetakan Ke-17*. Bandung: Alfabeta.

Suhendro, d. (2006). *Demam Berdarah Dengue dalam Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FKUI.

Waris dan Yuana (2013). *Pengetahuan dan perilaku masyarakat terhadap Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Batulicin Kabupaten Tanah Bumbu Provinsi Kalimantan Selatan*. Vol. 4, No. 3. Jurnal Buski

Wawan. (2010). *Teori Dan Pengukuran Pengetahuan Sikap Dan Perilaku Manusia*. Jakarta: Nuha Medika.

Wenur, dkk (2016). *Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) Terhadap Sikap Masyarakat Di Kelurahan Bitung Timur Wilayah Kerja Puskesmas Bitung Barat Kota Bitung*. Buletin Sariputra.

WHO. (2009). *Dengue: guideline for diagnosis, treatment, prevention and control*. Geneva: WHO Press.

WHO. (2013). *A Prevention and Control of Dengue and DHF*. WHO Regional Public. SEARO nd MOH p.70.