

Penelitian

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP
MASYARAKAT TERHADAP PENCEGAHAN PENYAKIT
DEMAM BERDARAH DANGUE**



Disusun Oleh:

Reni Agustina Harahap, M.Kes

NIB/NIDN: 1100000124/2027088302

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UIN SUMATERA UTARA**

MEDAN 2018

TGL. TERIMA :
NO. INDUK :
ABAL :

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat, hidayah, dan karunia-Nya berupa rahmat iman dan kesehatan, sehingga dengan izin-Nya penulis dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Terhadap Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dangué.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan penelitian ini tidak terlepas dari dukungan dan kerjasama dari berbagai pihak, terutama sekali dukungan moril dan bimbingan yang sifatnya membangun, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini. Untuk itu, pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Rektor Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan, Prof. Dr. Saidurrahman, M.Ag yang telah memberikan kesempatan dan dukungan yang besar terhadap dosen untuk mengembangkan ilmu yang teritegrasni melalui kegiatan penelitian.

2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara, atas ijin dan dukungan untuk melaksanakan penelitian ini
3. Wakil Dekan 1 Dr. Nefi Darmayanti, M.Si berkat bimbingan dan dorongan hingga selesainya penelitian ini.
4. Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat yang selalu memberikan informasi dan dukungan kepada dosen di lingkungan prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat.
5. Ayah dan Ibu tercinta dan seluruh keluarga atas curahan semangat, dukungan, pengertian, pengorbanan, serta do'a yang telah diberikan sehingga penulis termotivasi untuk menyelesaikan penyusunan penelitian ini.
6. Teristimewa suami yang selalu menjadi motivasi hingga penelitian ini dapat terselesaikan.
7. Responden dan Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu namanya, atas bantuannya sehingga tulisan ini dapat terselesaikan.
8. Seluruh rekan dosen dan staff di FKM UINSU Medan.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih memiliki banyak kekurangan. Untuk itu kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan penelitian ini sangat penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap kiranya penelitian ini dapat bermanfaat .

Penulis

Reni Agustina Harahap

Medan, Juni 2018

Konsultan

Dr. Nefi Darmayanti, M.Si

NIP. 196311092001122001

REKOMENDASI

KATA PENGANTAR

Setelah membaca dan menelaah hasil penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Terhadap Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dangué” yang di lakukan oleh Reni Agustina Harahap, M.Kes maka saya berkesimpulan bahwa hasil penelitian ini dapat di terima sebagai karya tulis berupa hasil penelitian. Demikian rekomendasi diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat di pergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, Juni 2018

Konsultan

Dr. Nefi Darmayanti, M.Si

NIP. 196311092001122001

BAB II

TINJAUAN KEPUS

2.1. Pengertian Penyakit DBD	9
2.1.1. Epidemiologi Penyakit DBD	9
2.2. Manifestasi Klinis	16
2.3. Pencegahan dan Pem	19
2.5. Kerangka Konsep	24
2.6. Hipotesis	25

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian	26
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	26
3.3. Populasi dan Sampel	26
3.3.1. Populasi	26
3.3.2. Sampel	27
3.4. Metode Pengumpulan Data	27
3.4.1. Data Primer	27

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	31
REKOMENDASI	
DAFTAR ISI	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR LAMPIRAN	
ABSTRAK	
ABSTRACT	
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian	7
1.3.1. Tujuan Umum	7
1.3.2. Tujuan Khusus	7
1.4. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN	9
2.1. Pengertian Penyakit DBD	
2.1.1. Epidemiologi Penyakit DBD	9
2.2. Manifestasi Klinis	16
2.3. Pencegahan dan Pemberantasan DBD	19
2.5. Kerangka Konsep	24
2.6. Hipotesis	25
BAB III METODE PENELITIAN	26
3.1. Jenis Penelitian	26
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	26
3.3. Populasi dan Sampel	26
3.3.1. Populasi	26
3.3.2. Sampel	27
3.4. Metode Pengumpulan Data	27
3.4.1. Data Primer	27

3.4.2. Data Sekunder	27
----------------------	----

BAB IV HASIL PENELITIAN 31

- 4.1. Hasil Penelitian
 - 4.1.1. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan
 - 4.1.2. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan
 - 4.1.3. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan
 - 4.1.4. Distribusi Responden Berdasarkan Sikap
 - 4.1.5. Distribusi Responden Berdasarkan Pencegahan DBD
- 4.2. Analisis Bivariat
 - 4.2.1. Hubungan Pengetahuan Masyarakat Tentang Penyakit DBD Terhadap Peran Serta Masyarakat Dalam Pencegahan DBD
 - 4.2.2. Hubungan Sikap Masyarakat Tentang Penyakit DBD Terhadap Peran Serta Masyarakat Dalam Pencegahan DBD

BAB V PEMBAHASAN

- 5.1. Hubungan Pengetahuan Masyarakat Tentang Penyakit DBD Terhadap Peran Serta Masyarakat Dalam Pencegahan DBD
- 5.2. Hubungan Sikap Masyarakat Tentang Penyakit DBD Terhadap Peran Serta Masyarakat Dalam Pencegahan DBD

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

- 6.1 Kesimpulan 38
- 6.2 Saran 39

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
4.1.	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Di Wilayah Kerja Puskesmas Bagan Batu Tahun	
4.2.	Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Di Wilayah Kerja Puskesmas Bagan Batu Tahun 2017	
4.3.	Distribusi Responden Berdasarkan Pencegahan DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Bagan Batu Tahun 2017	
4.4.	Hubungan Pengetahuan Masyarakat Terhadap Peran Serta Masyarakat Dalam Pencegahan DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Bagan Batu Tahun 2017	
4.5.	Hubungan Sikap Masyarakat Terhadap Peran Serta Masyarakat Dalam Pencegahan DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Bagan Batu Tahun 2017	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pengetahuan responden kurang baik tentang penyakit DBD sebesar 71,4%, sebesar 50,0% sikap responden sedang tentang penyakit DBD, dan mayoritas pencegahan responden tentang penyakit DBD kurang baik sebesar 71,4%.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD terhadap peran serta masyarakat dalam pencegahan penyakit DBD p value = 0,00. Dan tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap masyarakat tentang penyakit DBD terhadap peran serta masyarakat dalam pencegahan penyakit DBD p value = 0,147.

Kata Kunci: Penyakit DBD, Pengetahuan, Sikap, Pencegahan

ABSTRAK

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan suatu penyakit menular berbahaya yang disebabkan oleh virus Dengue, ditandai oleh empat manifestasi klinis yaitu : demam tinggi, *Fenomena haemoragik*, *hepatomegali* dan kegagalan sirkulasi. Penderita DBD dapat mengalami *syok hypovolemik* yang diakibatkan oleh kebocoran plasma. Keadaan ini disebut *Sindrom Syok Dengue (DSS)* yang dapat menyebabkan kematian.

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik dengan desain penelitian *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bagan Batu Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir pada bulan November Tahun 2017. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh Kepala Keluarga (KK) yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Bagan Batu sebanyak 67 KK. Sampel pada penelitian ini ditentukan 10% yaitu 7 KK. Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap masyarakat.. Data yang diperoleh dianalisis secara univariat , sedangkan uji statistik yang digunakan adalah uji chi square.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pengetahuan responden kurang baik tentang penyakit DBD sebesar 71,4%, sebesar 50,0% sikap responden sedang tentang penyakit DBD, dan mayoritas pencegahan responden tentang penyakit DBD kurang baik sebesar 71,4% .

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD terhadap peran serta masyarakat dalam pencegahan penyakit DBD p value = 0,008. Dan tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap masyarakat tentang penyakit DBD terhadap peran serta masyarakat dalam pencegahan penyakit DBD p value = 0,147.

Kata Kunci: Penyakit DBD, Pengetahuan, Sikap, Pencegahan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan suatu penyakit menular berbahaya yang disebabkan oleh virus Dengue, ditandai oleh empat manifestasi klinis yaitu : demam tinggi, *Fenomena haemoragik*, *hepatomegali* dan kegagalan sirkulasi. Penderita DBD dapat mengalami *syok hypovolemik* yang diakibatkan oleh kebocoran plasma. Keadaan ini disebut *Sindrom Syok Dengue (DSS)* yang dapat menyebabkan kematian.

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Asia Tenggara pertama kali dilaporkan pada tahun 1953 di Manila, selanjutnya menyebar ke berbagai negara. Di Indonesia sendiri pertama kali ditemukan di Surabaya pada tahun 1968 akan tetapi konfirmasi virologis baru didapat pada tahun 1972. Pada tahun 1998 di Indonesia terjadi ledakan jumlah kasus DBD yaitu 72.133 orang, dengan jumlah kematian 1.414 orang. Pada tahun 1999 jumlah kasus menurun tajam sebesar 21.134 orang, namun tahun-tahun berikutnya jumlah kasus cenderung meningkat yaitu 33.443 (tahun 2000); 45.904 (tahun 2001); 40.377 (tahun 2002);

50.131 (tahun 2003) hal ini dikemukakan oleh Adimidjaja, T.K. (2004).

Kabupaten Rokan Hilir Tahun 2016 terdapat 171 kasus. Kasus DBD pada perempuan lebih banyak (99 kasus) di bandingkan dengan kasus DBD pada laki – laki (72 kasus). (Profil Dinas Kesehatan Rokan Hilir, 2016)

Penyebab utama kematian penderita DBD adalah renjatan dan perdarahan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Soedarmo 1988, bahwa penderita DBD yang mengalami renjatan 9,6% meninggal dunia, sedangkan penderita DBD yang tidak mengalami renjatan 1,3% meninggal dunia. Perdarahan yang terjadi pada penderita DBD disebabkan oleh peningkatan *permeabilitas vaskuler* yang mengarah pada kehilangan volume plasma dari *Kompartemen vaskuler*. Terjadinya rembesan plasma dalam jumlah yang banyak, sehingga dapat menyebabkan *Syok hypovolemik* yang apabila tidak dapat diatasi dapat menimbulkan anoksia jaringan, asidosis metabolik serta kematian.

Kematian pada penderita DBD yang disebabkan oleh terjadinya *Syok hypovolemik* dapat diatasi dengan penemuan dan penanganan syok secara dini, dengan cara melakukan resusitasi cairan dan larutan elektrolit secara adekuat dan

tepat. Resusitasi cairan dan larutan elektrolit secara dini dapat dilakukan oleh masyarakat dengan cara : memberikan banyak minum dengan larutan gula garam, the manis, sirup juice buah-buahan. Upaya ini sangat membantu *prognosis* penyakit kearah yang lebih baik. (world health organization 1999).

Penularan virus Dengue ke tubuh manusia adalah melalui gigitan nyamuk aedes agypti yang terinfeksi. Nyamuk Aedes aegypti ini hidup dan berkembang biak pada tempat – tempat penampungan air bersih yang tidak langsung berhubungan dengan tanah seperti : bak mandi/wc, minuman burung, air tandon, air tempayan/gentong, kaleng, ban bekas dan lain- lain. Distribusi nyamuk aedes aegypti dibatasi oleh ketinggian, biasanya nyamuk aedes agypti tidak ditemukan pada ketinggian diatas 1000 M diatas permukaan laut. Kepadatan nyamuk ini akan meningkat pada waktu musim hujan, dimana terdapat banyak genangan air bersih yang dapat menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk Aedes aegypti (WHO 2002).

Upaya pencegahan dan pemberantasan DBD merupakan tanggungjawab bersama antara pemerintah baik lintas sektor maupun lintas program dan masyarakat termasuk sektor swasta. Tugas dan tanggungjawab pemerintah dalam upaya pemberantasan DBD antara lain membuat kebijakan

dan rencana strategis penanggulangan penyakit DBD, mengembangkan teknologi pemberantasan, mengembangkan pedoman pemberantasan, memberikan pelatihan dan bantuan teknis, melakukan penyuluhan dan promosi kesehatan serta penggerakan masyarakat.

Masyarakat ikut berperan penting dalam upaya pemberantasan penyakit DBD. Sebagai contoh : peran masyarakat dalam kegiatan surveilans penyakit, yaitu masyarakat dapat mengenali secara dini tanda-tanda penyakit DBD yang menimpa salah satu keluarganya maupun tetangga mereka dan segera merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat. Sehingga bisa dilakukan penegakan diagnosa secara dini dan diberikan pertolongan dan pengobatan dini. Masyarakat juga diharapkan dapat melakukan pertolongan pertama kepada penderita DBD, misalnya cara mempertahankan volume cairan dalam pembuluh darah penderita sehingga dapat mengurangi angka kematian karena DBD. Selain itu yang terpenting adalah peran serta aktif masyarakat dalam upaya pemberantasan vektor untuk memutuskan mata rantai penularan penyakit DBD, sehingga dapat mencegah penyakit DBD di masa datang. Upaya yang dilakukan masyarakat untuk memberantas vektor antara lain berperan secara aktif sebagai pemantau jentik berkala dan

melakukan gerakan serentak Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN). (Depkes RI 2004).

Peran serta masyarakat yang lain berupa menghindari gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dengan cara : menggunakan kelambu waktu tidur, memasang kasa nyamuk, menyemprot dengan insektisida, dan memasang obat anti nyamuk baik bakar atau oles ke tubuh. (Depkes RI 2004).

Kabupaten Rokan Hilir berbagai gerakan yang pernah dilakukan Tenaga Kesehatan diwilayah kerja Puskesmas Bagan Batu khususnya bersama-sama masyarakat seperti gerakan jumat bersih (GJB), Penyemprotan dan Abatesasi secara serentak, melakukan penyuluhan dan pemeriksaan jentik dan pemberian bubuk abate, kampanye gerakan 3 M plus diantaranya menutup, mengubur, menguras tempat perkembang biakan nyamuk, serta membuang air di pot dan menghindari gantungan baju. yang dilakukan di setiap desa.

Hasil intervensi tentang pengetahuan dasar DBD (virus dengue,nyamuk, metode pengendalian dan pemberantasan terpadu) dan di daerah perlakuan menunjukkan adanya perubahan ke arah positif, hal ini dibuktikan dengan menurunnya larva index dan membaiknya aspek sikap dalam mengelola lingkungan.

Disimpulkan bahwa peran serta masyarakat dapat berpengaruh terhadap pencegahan dan penularan penyakit DBD (Hasyimi, Wiku, Adisasmito 1997).

Untuk melihat sejauh mana peran aktif masyarakat dalam pencegahan penyakit DBD seperti yang telah di promosikan oleh tenaga kesehatan diwilayah kerja Puskesmas Bagan Batu, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat terhadap pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue di wilayah kerja Puskesmas Bagan Batu Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir Tahun 2018.

1.2. Perumusan Masalah

Perumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap pencegahan penyakit Deman Berdarah Dengue di wilayah kerja Puskesmas Bagan Batu Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap pencegahan penyakit Demam Berdarah dengue di wilayah kerja Puskesmas Bagan Batu Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengetahuan masyarakat Kecamatan Bagan Sinembah terhadap pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue.
- b. Untuk mengetahui sikap masyarakat kecamatan Bagan Sinembah terhadap pencegahan penyakit Demam Berdarah dengue

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Peneliti Bagi Puskesmas

Sebagai bahan masukan bagi Puskesmas Bagan Batu Khususnya dalam mensosialisasikan tindakan yang perlu dilakukan untuk pencegahan demam berdarah dengue.

1.4.2 Manfaat Penelitian Bagi Peneliti

Sebagai bahan masukan / informasi bagi peneliti selanjutnya yang berkenaan dengan masalah pencegahan demam berdarah dengue (DBD).

Penyakit Demam Berdarah Dengue adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus Dengue, dengan manifestasi klinis berupa demam yang tinggi, eritema hemoragik, sering disertai oleh hepatomegali. (WHO 1999).

Menurut Depkes RI 2004 Penyakit DBD adalah Penyakit menular berbahaya yang disebabkan oleh virus dengue dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat oleh karena terjadi perdarahan dan shock. Penyakit DBD sering kali muncul sebagai wabah.

1.4.1 Epidemiologi penyakit Demam Berdarah Dengue

Epidemiologi penyakit DBD adalah ilmu yang mempelajari tentang penyebaran DBD, faktor-faktor yang mempengaruhi dalam masyarakat. Istilah *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* atau Demam Berdarah Dengue (DBD) di Asia Tenggara digunakan pertama kali di Filipina pada tahun 1953. pada waktu itu terdapatnya epidemic demam yang menyerang anak disertai manifestasi perdarahan dan renjatan.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. Pengertian Penyakit Demam Berdarah Dengue

Penyakit Demam Berdarah Dengue adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus Dengue, dengan manifestasi klinis utama demam yang tinggi, *Fenomena hemoragik*, sering disertai oleh *hepatomegali*. (WHO 1999).

Menurut Depkes RI 2004 Penyakit DBD adalah Penyakit menular berbahaya yang disebabkan oleh virus dengue dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat oleh karena terjadi perdarahan dan shock, penyakit DBD sering kali muncul sebagai wabah.

2.1.1 Epidemiologi penyakit Demam Berdarah Dengue

Epidemiologi penyakit DBD adalah ilmu yang mempelajari tentang penyebaran DBD, faktor-faktor yang mempengaruhi dalam masyarakat. Istilah *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) atau Demam Berdarah Dengue (DBD) di Asia Tenggara digunakan pertama kali di Filipina pada tahun 1953. pada waktu itu terdapatnya epidemic demam yang menyerang anak disertai manifestasi perdarahan dan renjatan.

Pada tahun 1958 meletus epedemi serupa di Bangkok sebanyak 2500 orang penderita dirawat dengan angka kematian 10 %. Tahun-tahun berikutnya DBD menyebar keseluruh Negara asia tenggara, di Indonesia sendiri pertama kali ditemukan di Surabaya pada tahun 1968.

Pada awalnya penyakit DBD merupakan penyakit perkotaan dan menyerang terutama anak-anak usia dibawah lima tahun. Namun dengan perkembangan waktu, penyakit ini kemudian tidak hanya berjangkit di daerah perkotaan, tetapi juga menyebar ke daerah pedesaan. Usia penderita juga cenderung bergeser menyerang usia dewasa.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi penyebaran dan penularan penyakit DBD, yaitu urbanisasi yang cepat, perkembangan pembangunan didaerah pedesaan, kurangnya persediaan air bersih, mudahnya transportasi yang menyebabkan mudahnya lalu lintas manusia antar daerah, adanya pemanasan global yang dapat mempengaruhi bionomic vektor *Aedes Aegypti*.

a. Virus

Sedang Virus Dengue merupakan virus RNA untai tunggal, genus flavivirus, terdiri dari 4 serotipe yaitu Den-1, 2, 3 dan 4. Struktur antigen ke-4 serotipe ini sangat mirip satu dengan yang lain, namun antibodi terhadap masing-masing serotipe

tidak dapat saling memberikan perlindungan silang. Variasi genetik yang berbeda pada ke-4 serotipe ini tidak hanya menyangkut antar serotipe, tetapi juga didalam serotipe itu sendiri tergantung waktu dan daerah penyebarannya. Pada masing-masing segmen codon, variasi diantara serotipe dapat mencapai 2,6 %- 11,0 % pada tingkat nukleotida dan 1,3% - 7,7 % untuk tingkat protein (Fu et al 1992 dalam Soedarmo,S,S,P 2005). Perbedaan urutan nukleotida ini ternyata menyebabkan variasi dalam sifat biologis dan antigenitasnya.

Flavivirus Virus Dengue yang genomnya mempunyai berat molekul 11 Kb tersusun dari protein struktural dan non-struktural. Protein struktural yang terdiri dari protein envelope (E), protein pre-membran (prM) dan protein core (C) merupakan 25% dari total protein, sedangkan protein non-struktural merupakan bagian yang terbesar (75%) terdiri dari NS-1, NS-5. Dalam merangsang pembentukan antibodi diantara protein struktural, urutan imunogenitas tertinggi adalah protein E, kemudian diikuti protein prM dan C. Sedangkan pada protein non-struktural yang paling berperan adalah protein NS-1. Virus Dengue merupakan bagian dari famili flaviviridae. Keempat serotype virus dengue (disebut DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4) yang dapat dibedakan

dengan metode serologi. Infeksi pada manusia oleh salah satu serotype menghasilkan imunitas sepanjang hidup terhadap infeksi ulang oleh serotype yang sama, tetapi hanya menjadi perlindungan sementara dan parsial terhadap serotype yang lain.

Virus – virus dengue menunjukkan banyak karakteristik yang sama dengan flavivirus lain, mempunyai genom RNA rantai tunggal yang dikelilingi oleh nukleokapsid ikosahedral dan terbungkus oleh selaput lipid. Virionnya mempunyai diameter kira-kira 50 nm. Genom flavivirus mempunyai panjang kira-kira 11 kb (kilobases), dan urutan genom lengkap dikenal untuk mengisolasi keempat serotipe, mengkode nukleokapsid atau protein inti (C), yang berkaitan dengan membrane (M), dan protein pembungkus (E) dan tujuh gen protein nonstructural (NS) domain-domain bertanggung jawab untuk netralisasi, fusi, dan interaksi dengan reseptor virus yang berhubungan dengan protein pembungkus.

b. Vektor

Nyamuk *aedes aegypti* mempunyai badan kecil, berwarna hitam dengan bintik-bintik putih. Hidup di dalam dan di sekitar rumah, nyamuk ini bersarang dan bertelur di genangan air jernih, bukan di got atau selokan kotor. Bahkan,

nyamuk ini sangat menyukai bak mandi, tempayan, vas bunga, tempat minum burung, perangkap semut dan lainnya. Kebiasaan lainnya adalah suka hinggap pada pakaian yang bergantung di kamar dan menggigit atau menghisap darah pada siang hari.

Dalam hidupnya, nyamuk ini mempunyai perilaku: mencari darah, istirahat dan berkembang-biak. Di saat setelah kawin, nyamuk betina memerlukan darah untuk bertelur. Untuk itulah, nyamuk betina akan menghisap darah manusia setiap 2-3 hari sekali, selama pagi sampai sore hari pada waktu-waktu tertentu seperti pukul 08.00-12.00 dan 15.00-17.00. Untuk mendapatkan cukup darah, nyamuk betina sering menggigit lebih dari satu orang. Nyamuk betina yang biasanya mencapai umur satu bulan ini mempunyai jarak terbang sekitar seratus meter. Setelah kenyang menghisap darah, nyamuk betina memerlukan istirahat 2-3 hari untuk mematangkan telur. Tempat istirahat yang disukainya adalah tempat-tempat lembab dan kurang terang, seperti kamar mandi, dapur, WC, baju yang digantung di dalam rumah, kelambu, tirai, tanaman hias di luar rumah.

Nyamuk akan bertelur dan berkembang biak di tempat penampungan air bersih, seperti tempat penampungan air untuk keperluan sehari-hari: bak mandi, WC, tempayan,

drum air, bak menara (tower air) yang tidak tertutup, sumur gali. Selain itu, wadah berisi air bersih atau air hujan: tempat minum burung, vas bunga, pot bunga, ban bekas, potongan bambu yang dapat menampung air, kaleng, botol, tempat pembuangan air di kulkas dan barang bekas lainnya yang dapat menampung air walau dengan volume kecil, juga menjadi tempat kesukaannya. Telur akan diletakkan dan menempel pada dinding penampungan air, sedikit di atas permukaan air. Setiap kali bertelur, nyamuk betina dapat mengeluarkan sekitar seratus butir telur dengan ukuran sekitar 0,7 milimeter perbutir. Di tempat kering (tanpa air), telur dapat bertahan sampai enam bulan. Telur akan menetas menjadi jentik setelah sekitar dua hari terendam air. Setelah 6-8 hari, jentik nyamuk akan tumbuh menjadi pupa nyamuk. Pupa nyamuk yang masih dapat aktif bergerak di dalam air tanpa makan, itu akan memunculkan nyamuk aedes aegypti baru setelah 1-2 hari.

Kalau dilihat dari siklusnya, nyamuk ini mempunyai fase menjadi telur, jentik, pupa dan nyamuk dewasa. Telur nyamuk ini tidak berpelampung, sehingga satu per satu akan menempel ke dinding. Jentik, berbentuk sifon dengan satu kumpulan rambut yang saat istirahatnya akan membentuk sudut dengan permukaan air. Pupa yang berbentuk terompet

panjang dan ramping, sebagian kecil tubuhnya kontak dengan permukaan air. Nyamuk dewasa dengan panjang 3–4 milimeter, mempunyai bintik hitam dan putih pada badan dan kepala serta ring putih di kakinya

Aedes aegypti adalah spesies nyamuk tropis dan subtropis yang ditemukan di bumi, biasanya antara garis lintang 35U dan 35S, distribusi *aedes aegypti* dibatasi oleh ketinggian. Ini biasanya tidak ditemukan diatas ketinggian 1000m diatas permukaan laut. *Aedes agypti* adalah salah satu vektor yang paling efisien untuk arbovirus, karena nyamuk ini sangat antropofilik dan hidup dekat manusia dan sering hidup di dalam rumah. Telur-telur *aedes agypti* dapat bertahan dalam waktu lama terhadap desikasi (pengawetan dengan pengeringan), kadang selama lebih dari satu tahun. (Depkes 2004).

c. Penjamu

Pada manusia masing-masing dari keempat serotype virus dengue mempunyai hubungan dengan DBD. Studi di Kuba dan Thailand telah menunjukkan hubungan yang tinggi secara konsisten antara infeksi DEN_2 dan DBD tetapi epidemic pada tahun 1976-1978 Indonesia, 1980-1982

Malaysia, dan 1989-1990 Tahiti, dan dari tahun 1983 seterusnya di Thailand, DEN_3 adalah serotype predominan yang ditemukan pada pasien dengan penyakit yang berat pada wabah tahun 1984 di Meksiko, 1986 Puerto Rico, dan tahun 1989 El Savador, DEN-4 paling sering diisolasi dari pasien DBD. Fase akut infeksi diikuti dengan inkubasi 3-14 hari, berlangsung kira-kira 5-7 hari dan diikuti dengan respon imun. Infeksi pertama menghasilkan imunitas sepanjang hidup terhadap serotype penginfeksi tetapi merupakan perlindungan sementara terhadap ketiga serotype lainnya, dan infeksi sekunder atau sekuensial mungkin terjadi setelah waktu singkat. Penularan virus dengue dari manusia terinfeksi ke nyamuk penggigit ditentukan oleh besarnya dan durasi viremia pada hospes manusia; individu dengan viremia tinggi memberikan dosis virus infeksius yang lebih tinggi ke nyamuk penggigit, biasanya menyebabkan presentase nyamuk penggigit yang terinfeksi menjadi lebih besar. Meskipun kadar virus yang sangat rendah dalam darah mungkin infeksius bagi beberapa nyamuk vector.

2.2 Manifestasi klinis

Kasus khas DBD ditandai oleh empat manifestasi klinis mayor yaitu : demam tinggi, *Fenomena hemoragis*,

dan sering *hepatomegali* dan kegagalan sirkulasi. Pada temuan laboratorium klinis ditemukan *trombositopenia* sedang sampai dengan nyata dengan *hemokonsentrasi* (peningkatan hematokrit) secara bersamaan. Selain itu juga dsitemukan isolasi virus dari sample serum atau autopsi. Semua tanda berikut ini harus ada untuk dinyatakan kedalam kasus DBD : demam tinggi atau riwayat demam akut, berlangsung 2-7 hari, kadang-kadang bifasik, kecendrungan perdarahan yang dibuktikan dengan satu hal berikut (*Tes tournikuet* positif, *petekie*, *ekimosis* atau *purpura*, perdarahan dari mukosa, perdarahan *Gastro intestinal*, tempat injeksi atau lokasi lain, *hematomeses* atau *melena*), *trombositopenia* (kurang dari 100.000 sel per mm³. Gejala lain adalah sakit kepala hebat, nyeri dibelakang mata, nyeri sendi.(DBD WHO edisi 2 2002).

Gejala penyakit Demam Berdarah Dengue biasanya dirasakan oleh penderita dalam waktu 7 hari setelah virus masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk berupa: panas tinggi yang mendadak 2-7 hari, sakit kepala, mual, nyeri ulu hati, tanda-tanda perdarahan seperti : bintik-bintik merah di kulit yang tidak hilang dengan penekanan, perdarahan dari hidung/mimisan, gusi berdarah, berak darah, muntah darah. Pada kasus berat, kesadaran penderita semakin menurun,

sesak nafas, tangan dan kaki berkeringat dingin. (Sulistyawati 2000)

Manifestasi klinis DBD sangat bervariasi, WHO (1999) membagi menjadi 4 derajat, yaitu derajat I: demam disertai gejala-gejala umum yang tidak khas dan manifestasi perdarahan spontan satu-satunya adalah uji tourniquet positif. Derajat II :Gejala-gejala derajat I, disertai gejala-gejala perdarahan kulit spontan atau manifestasi perdarahan yang lebih berat. Derajat III: didapatkan kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menyempit (< 20 mmHg), *hipotensi*, *sianosis* disekitar mulut, kulit dingin dan lembab, gelisah. Derajat IV : syok berat (*Profound shock*), nadi tidak dapat diraba dan tekanan darah tidak terukur.

Penyebab utama kematian penderita DBD adalah renjatan dan perdarahan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Soedarmo (2005), bahwa penderita DBD yang mengalami renjatan 9,6% meninggal dunia, sedangkan penderita DBD yang tidak mengalami renjatan 1,3% meninggal dunia. Perdarahan yang terjadi pada penderita DBD disebabkan oleh peningkatan permeabilitas vaskuler yang mengarah pada kehilangan volume plasma dari kompartemen vaskuler. Terjadinya rembesan plasma dalam jumlah yang banyak, sehingga dapat menyebabkan *syok*

hypovolemik yang apabila tidak dapat diatasi dapat menimbulkan anoksia jaringan, asidosis metabolik serta kematian.

Kematian pada penderita DBD yang disebabkan oleh terjadinya *Syok hypovolemik* dapat diatasi dengan penemuan dan penanganan syok secara dini, dengan cara melakukan resusitasi cairan dan larutan elektrolit secara adekuat dan tepat. Resusitasi cairan dan larutan elektrolit secara dini dapat dilakukan oleh masyarakat dengan cara : memberikan banyak minum dengan larutan gula garam, the manis, sirup juice buah-buahan. Upaya ini sangat membantu prognosis penyakit kearah yang lebih baik. (world healt organization 1999).

2.3 Pencegahan dan Pemberantasan DBD

Upaya pemberantasan penyakit DBD terdiri dari tiga hal penting yaitu : Peningkatan kegiatan surveilans penyakit dan surveilans vector, diagnosis dini dan pengobatan dini, peningkatan upaya pemberantasan vector penular penyakit DBD(Depkes 2004).

Strategi, kebijakan dan pokok-pokok kegiatan program pencegahan penyakit DBD yang dicanangkan oleh depkes RI yaitu:

1. Pemberdayaan Masyarakat



Meningkatnya peran aktif masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD merupakan kunci keberhasilan upaya pemberantasan penyakit DBD. Untuk mendorong meningkatnya peran aktif masyarakat, maka upaya-upaya KIE, sosial marketing, advokasi dan berbagai penyuluhan dilaksanakan secara intensif dan berkesinambungan melalui berbagai media massa dan sarana.

Peningkatan Kemitraan Berwawasan Bebas Penyakit DBD Peran sektor terkait sangat menentukan sekali dalam pemberantasan penyakit DBD. Oleh karena itu perlu dilakukan identifikasi stakeholder baik sebagai mitra maupun pelaku merupakan langkah awal dalam menggalang, meningkatkan dan mewujudkan kemitraan. Jejaring kemitraan dilaksanakan melalui pertemuan berkala guna memadukan berbagai sumber daya masing-masing mitra. Pertemuan berkala dilaksanakan mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan penilaian program.

2. Peningkatan Profesionalisme Pengelola Program

Pengetahuan mengenai bionomic vektor, virologi, faktor perubahan iklim, penatalaksanaan kasus harus dikuasai oleh pengelola program sebagai landasan dalam menyusun

program pemberantasan DBD, sehingga diperlukan adanya peningkatan SDM misal : pelatihan, sekolah dan sebagainya.

3. Desentralisasi

Optimalisasi pendelegasian wewenang pengelolaan program kepada kabupaten / kota.

4. Pembangunan Berwawasan Kesehatan Lingkungan

Lingkungan hidup yang sehat akan mengurangi angka kesakitan penyakit DBD, sehingga diperlukan adanya peningkatan mutu dari lingkungan itu sendiri melalui orientasi, advokasi, sosialisasi tentang pemberantasan penyakit DBD yang berwawasan lingkungan kepada semua pihak terkait.

5. Kebijakan pemerintah terkait dengan penyakit Demam

Berdarah Dengue adalah :

- a. Meningkatkan perilaku hidup sehat dan kemandirian terhadap P2 DBD
- b. Meningkatkan perlindungan kesehatan masyarakat terhadap penyakit DBD
- c. Meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi program P2 DBD
- d. Memantapkan kemitraan baik lintas sektor/program, LSM, organisasi profesional dan dunia usaha.

Pokok-pokok kegiatan yang di rencanakan oleh depkes RI untuk mengatasi KLB DBD adalah : melakukan surveilans epidemiologi dimana dilakukan kewaspadaan dini penyakit DBD melalui kegiatan penemuan dan pelaporan penderita baik dari RS, Puskemas, Pemantauan Jentik Berkala, Tatalaksana kasus, Pemberantasan vektor melalui program pemberantasan sarang nyamuk (PSN), Penanggulangan kejadian luar biasa (KLB), Penggerakan peran serta masyarakat, Pelatihan guna meningkatkan SDM yang profesional terhadap petugas kesehatan, petugas laboratorium, pelaksana program, petugas lapangan penyemprot, dokter puskesmas, dokter swasta, dan dokter RS, Promosi DBD yaitu melalui penyuluhan media massa, pengadaan leaflet, poster dan seminar. (Depkes 2004).

Pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah baik lintas sektoral maupun lintas program, dan masyarakat termasuk juga sektor swasta. Tugas dan tanggung jawab pemerintah dalam upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD antara lain membuat kebijakan dan rencana strategis penanggulangan penyakit DBD, mengembangkan teknologi pemberantasan, mengembangkan pedoman pemberantasan, memberikan pelatihan dan bantuan teknis,

melakukan penyuluhan dan promosi kesehatan serta penggerakan masyarakat.

Masyarakat dapat berperan dalam upaya pemberantasan penyakit DBD tersebut, misalnya peran masyarakat dalam kegiatan surveilans penyakit yaitu masyarakat dapat mengenali secara dini tanda-tanda penyakit DBD yang menimpa salah satu anggota keluarganya maupun tetangga mereka dan segera merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat, sehingga bisa dilakukan penegakan diagnosa secara dini dan diberikan pengobatan secara dini.

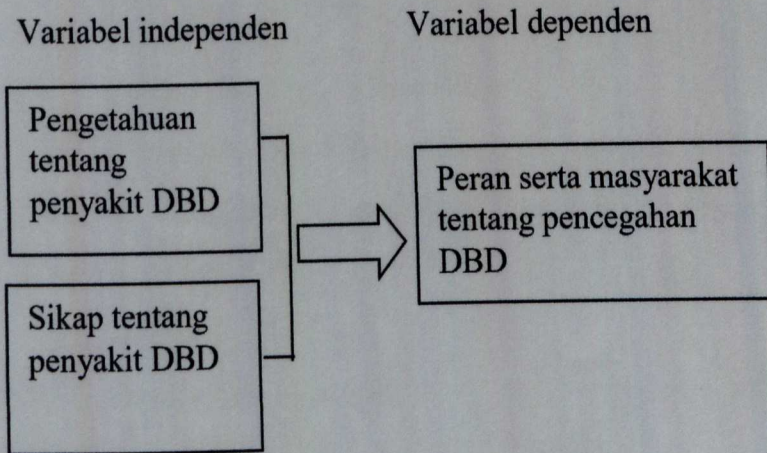
Pertolongan pertama yang dapat dilakukan di rumah sebelum dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan merupakan peran masyarakat dalam pengobatan dini penyakit DBD, misalnya : memberikan banyak minum dengan larutan gula garam, the manis, sirup juice buah-buahan, pemberian obat penurun panas seperti paracetamol.

Peran masyarakat yang sangat penting adalah dalam pemberantasan vektor untuk memutus mata rantai penularan penyakit DBD. Misalnya pemantauan jentik nyamuk secara berkala, pemberantasan sarang nyamuk, gerakan 3 M plus yaitu menguras tempat penampungan air minimal seminggu sekali, menutup rapat-rapat tempat penampungan air, mengubur barang-barang bekas yang dapat terisi air bila

hujan datang. Menaburi bubuk abate untuk membunuh jentik nyamuk aedes aegypti, memelihara ikan pemakan jentik misalnya ikan adu/ ikan cupang.

Peran serta masyarakat yang lain berupa menghindari gigitan nyamuk aedes aegypti dengan cara : menggunakan kelambu waktu tidur, memasang kasa nyamuk, menyemprot dengan insektisida, dan memasang obat anti nyamuk baik bakar atau oles ke tubuh.

2.4 Kerangka Konsep



Gambar.2.1. Kerangka Konsep Penelitian

2.5 Hipotesis

Terdapat hubungan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue dalam pencegahan Demam Berdarah dengue di Puskesmas Bagan Batu Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

... untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat tentang Demam Berdarah Dengue dalam pencegahan Demam Berdarah Dengue di wilayah kerja Puskesmas Bagan Batu Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir. Penelitian ini dilakukan bulan November 2018.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kepala keluarga (KK) yang berada di Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir dengan jumlah 67 KK.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik, untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat tentang Demam Berdarah Dengue dalam pencegahan Demam Berdarah Dengue di wilayah kerja Puskesmas Bagan Batu Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir Penelitian ini dilakukan bulan November 2018.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kepala keluarga (KK) yang berada di Kecamatan Badgan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir dengan jumlah 67 KK.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Jumlah sampel ditentukan dengan ketentuan bila jumlah populasi lebih dari 100 maka jumlah sampel yang diambil 10 % dari jumlah populasi maka sampel pada penelitian ini dengan 7 KK (Notoatmodjo, 2012).

3.4. Metode Pengumpulan Data

3.4.1 Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh peneliti dari survey langsung kelapangan dengan cara wawancara langsung kepada responden dengan menggunakan kuesiner yang tersedia. (Nursalam, 2008)

3.4.2 Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang didapatkan peneliti mengenai jumlah masyarakat melalui pencatatan dari Puskesmas Bagan Batu Kec. Bagan Sinembah Kab. Rokan Hilir, tahun 2017. (Nursalam, 2008).

3.5. Definisi Operasional

1. Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui dan kemampuan seseorang untuk mengingat dan memahami serta mengaplikasikan hasil peninderaan.
2. Sikap adalah Pandangan seseorang terhadap pencegahan Demam Berdarah.
3. Pencegahan Demam Berdarah adalah Penanganan atau peran serta masyarakat dalam mengatasi atau mencegah penyakit Demam Berdarah.

3.6. Aspek Pengukuran

1. Pengukuran Pengetahuan yaitu Responden yang menjawab benar diberi skor 1 dan untuk jawaban yang salah diberi skor 0. Selanjutnya tingkat pengetahuan respon diukur dengan menggunakan skala pengukuran sebagai berikut :
 - a. Nilai 0-3 : Pengetahuan Buruk
 - b. Nilai 4-7 : Pengetahuan Sedang
 - c. Nilai 8-10 : Pengetahuan Baik
2. Pengukuran Sikap yaitu Jika responden menjawab Tidak Setuju skor diberi 0, Jika responden menjawab kurang setuju diberi skor 1, jika responden menjawab setuju diberi skor 2 dan jika responden menjawab

sangat setuju diberi skor 3. Selanjutnya tingkat Sikap responden diukur dengan menggunakan skala pengukuran sebagai berikut :

- a. Nilai 0-10 : Sikap Buruk
- b. Nilai 11-20 : Sikap Sedang
- c. Nilai 21-30 : Sikap Baik

3. Pengukuran Pencegahan Yaitu Responden yang menjawab ya diberi skor 1 dan untuk menjawab yang tidak diberi skor 0. Selanjutnya tingkat pencegahan respon diukur dengan menggunakan skala pengukuran sebagai berikut :

- a) Nilai 0-3 : Pencegahan Buruk
- b) Nilai 4-7 : Pencegahan Sedang
- c) Nilai 8-10 : Pencegahan Baik

3.7. Analisa Data

Analisa data dilakukan dengan 2 langkah yaitu:

a. Univariat

Analisa yang dijabarkan dengan menjabarkan distribusi frekwensi Indenden untuk analisa ini semua variable dibuat dalam bentuk proporsi dengan skala ordinal.

b. Bivariat

Analisa yang digunakan untuk menguji hipotesis dengan menentukan hubungan variable bebas dan variable terikat melalui uji statistic chi square.

data ini digunakan sebagai hasil belajar. Analisis data dari tabel tersebut sebagai berikut:

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.1. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Irian Batu Tahun 2017

No	Pendidikan Ibu	Jumlah	%
1	SMP	2	28,6
2	SMA	4	57,1
3	Lulusan Tinggi	1	14,3
4	Jumlah	7	100,0

berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa pendidikan responden terbanyak adalah SMA yaitu 4 responden (57,1%).

BAB IV

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Dari pelaksanaan penelitian ini, di peroleh sejumlah data dari instrumen tes hasil belajar. Analisis data dari instrumen ini sebagai berikut:

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.1. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Bagan Batu Tahun 2017

No	Pendidikan Ibu	Jumlah	%
1	SMP	2	28,6
2	SMA	4	57,1
3	Perguruan Tinggi	1	14,3
Jumlah		7	100,0

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa pendidikan responden terbanyak adalah SMA yaitu 4 responden (57,1%).

4.1.2. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4.2. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Bagan Batu Tahun 2017

No	Pekerjaan Ibu	Jumlah	%
1	PNS	1	14,3
2	Petani	6	85,7
Jumlah		7	100,0

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa pekerjaan responden terbanyak adalah petani yaitu 6 responden (85,7%).

4.1.3. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan

Tabel 4.3. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan di Wilayah Kerja Puskesmas Bagan Batu Tahun 2017

No	Pengetahuan	Jumlah	%
1	Sedang	2	28,6
2	Kurang	5	71,4
Jumlah		7	100,0

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa mayoritas pengetahuan responden adalah kurang baik tentang penyakit DBD yaitu 5 responden (71,4%).

4.1.4. Distribusi Responden Berdasarkan Sikap

Tabel 4.4. Distribusi Responden Berdasarkan Sikap di Wilayah Kerja Puskesmas Bagan Batu Tahun 2017

No	Sikap	Jumlah	%
1	Sedang	4	57,1
2	Kurang	3	42,9
Jumlah		7	100,0

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa mayoritas sikap responden adalah sedang tentang penyakit DBD yaitu 4 responden (57,1%).

4.1.5. Distribusi Responden Berdasarkan Pencegahan

DBD

Tabel 4.5. Distribusi Responden Berdasarkan Pencegahan DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Bagan Batu Tahun 2017

No	Pencegahan DBD	Jumlah	%
1	Sedang	2	28,6
2	Kurang	5	71,4
Jumlah		7	100,0

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa mayoritas pencegahan responden tentang penyakit DBD masih kurang yaitu 5 responden (71,4%).

4.2. Hasil Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Demam berdarah merupakan masalah kesehatan masyarakat yang sampai saat ini masih menjadi permasalahan yang sangat sulit untuk diberantas. Banyak hal yang mendasari sulitnya pemberantasan demam berdarah di Indonesia, di antaranya kurang pengetahuan dan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat dan memperhatikan keadaan lingkungan sekitar sehingga banyak tempat perindukkan nyamuk.

Hal tersebut seperti terdapat dalam hasil penelitian dapat dilihat bahwa mayoritas pengetahuan responden adalah kurang baik tentang penyakit DBD yaitu 5 responden (71,4%). Selain itu dari 5 responden yang pengetahuannya

kurang tentang penyakit DBD, sebesar 100,0% masyarakat masih kurang berperan dalam pencegahan penyakit DBD.

Sedangkan Keterlibatan masyarakat dalam penanggulangan masalah demam berdarah dengue masih dirasakan kurang. Sedangkan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD seharusnya menjadi tanggung jawab bersama antara pemerintah dan semua elemen masyarakat itu sendiri.

Menurut Bloom, perilaku seseorang digolongkan dalam tiga ranah, yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor. Ranah kognitif berkaitan dengan pengetahuan, dimana pengetahuan sangat berpengaruh dalam membentuk tindakan seseorang. Ranah afektif berkaitan dengan sikap yang merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu objek. Ranah psikomotor berkaitan dengan tindakan yang merupakan aplikasi dari pengetahuan dan sikap terhadap suatu objek.

Pengetahuan tentang pencegahan penyakit DBD juga semakin baik dibandingkan masyarakat

Pengetahuan sedang dan peran masyarakat yang sedang dalam pencegahan penyakit DBD sebesar 100%. Sedangkan pengetahuan kurang dan peran masyarakat yang kurang dalam pencegahan penyakit DBD sebesar 100%. Hasil tersebut menggambarkan bahwa pengetahuan yang rendah cenderung menunjukkan kurangnya peran masyarakat dalam pencegahan DBD.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Rahmaditia (2011), yang membuktikan secara statistik ada hubungan pengetahuan tentang DBD dengan tindakan pencegahan penyakit DBD dengan nilai $p=0.046 < 0.05$.

Pendidikan responden terbanyak adalah SMA yaitu 4 responden (57,1%), 2 responden (28,6%) SMP dan hanya 1 responden (14,3%) yang perguruan tinggi.

Masyarakat dengan tingkat pendidikan menengah dan tinggi kemungkinan pengetahuannya tentang pencegahan penyakit DBD juga semakin baik dibandingkan masyarakat

yang berpendidikan rendah. Tetapi masyarakat yang berpendidikan menengah dalam penelitian ini mempunyai peran yang kurang dalam pencegahan penyakit DBD. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat kurang memahami tentang penyakit DBD sehingga perannya kurang dalam pencegahan penyakit DBD.

1. Mayoritas sikap responden adalah sangat tentang penyakit DBD yaitu 5 responden (71,4%).
2. Mayoritas sikap responden adalah sangat tentang penyakit DBD yaitu 4 responden (57,1%).
3. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD terhadap peran serta masyarakat dalam pencegahan DBD dengan nilai $p=0,008 < 0,05$.
4. Tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap masyarakat tentang penyakit DBD terhadap peran serta masyarakat dalam pencegahan DBD dengan nilai $p=0,147 > 0,05$.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

1. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas pengetahuan responden adalah kurang baik tentang penyakit DBD yaitu 5 responden (71,4%).
2. Mayoritas sikap responden adalah sedang tentang penyakit DBD yaitu 4 responden (57,1%).
3. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD terhadap peran serta masyarakat dalam pencegahan DBD dengan nilai $p=0.008 < 0.05$.
4. Tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap masyarakat tentang penyakit DBD terhadap peran serta masyarakat dalam pencegahan DBD dengan nilai $p=0.147 > 0.05$.

5.2. Saran

1. Bagi Masyarakat diharapkan upaya pencegahan demam berdarah dengue dimulai dari diri sendiri dan keluarga, dengan menjaga kebersihan lingkungan, membasmi sarang nyamuk, membaca literatur mengenai pencegahan DBD.
2. Bagi Puskesmas diharapkan dapat melakukan pendekatan kepada masyarakat dalam pencegahan DBD sehingga potensi pemberdayaan masyarakat dapat tergali lebih baik lagi.
3. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan lebih mendalam lagi untuk meneliti faktor-faktor lain yang berhubungan dengan peran serta masyarakat dalam pencegahan penyakit demam berdarah dengue.

DAFTAR PUSTAKA

Adimidjaja, T.K. 2004. **Demam Berdarah Dengue.**
Balitbangkes. Dibuka pada situs:
<http://www.Depkes.co.id>.

Anjani.S. 2001. **Pengembangan Model Peran Serta Masyarakat.** FK UNAIR
Dibuka pada situs :
<http://www.Depkes.co.id>

Bahtiar, Y., 2012. **Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Tokoh Masyarakat Dengan Perannya Dalam Pengenadalian Demam Berdarah Di Wilayah Puskesmas Kawalu Kota Tasikmalaya.** Jurnal: Aspirator Vol.4 No.2 Tahun 2012.

Depkes.RI. 2004. **Pedoman Penanggulangan KLB Demam Berdarah Dengue,** Jakarta

_____. 2005. **Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue Di Indonesia.** Jakarta: Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Hanasarianto.E. 2006. **Penyemprotan Bisa Berdampak Racun.,** Dibuka pada situs:
<http://www.Harianbatampos>

Juanita. 2003. **Pengaruh Krisis Ekonomi Terhadap Pelayanan Kesehatan dan Derajat Kesehatan.** FKM USU. Dibuka pada situs : <http://www.usu.ac.id/>
usu digital library.

Notoadmojo.S, 2010. **Metode Penelitian Kesehatan.**
Jakarta : Rineka Cipta

Notoadmojo. S, 2012. **Promosi Kesehatan dan Ilmu
Perilaku.** Jakarta :Rineka
Cipta

Nursalam. 2008. **Konsep dan Penerapan Metodologi
Penelitian Ilmu Keperawatan.** Jakarta. Salemba
Medika.

Rahmaditia, T., 2011. **Hubungan Pengetahuan Dan Sikap
Ibu Terhadap Tindakan Pencegahan Demam
Berdarah Dengue Pada Anak (Di Wilayah Kerja
Puskesmas Tlogosari Wetan Kota Semarang).** KTI.
Program Pendidikan Sarjana Kedokteran, FK UNDIP,
Semarang.

Soedarmono,S.S.P.2005. **Demam Berdarah Dengue pada
Anak.**UI Press Salemba

WHO.2002. **Demam Berdarah Dengue : Diagnosis,
Pengobatan, Pencegahan dan
Pengendalian/Organisasi Kesehatan Dunia** ed 2 : EGC.



Frequencies

	Statistics					
	Pendidikan KK	Pekerjaan KK	Pengetahuan KK	Sikap KK	Pencegahan DBD	
N	Valid 67	67	67	67	67	67
Missing	0	0	0	0	0	0
Minimum	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Maximum	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00

Frequency Table

	Pendidikan KK				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
SMP	12	17.9	17.9	17.9	17.9
SMA	46	68.7	68.7	68.7	86.6
Valid Perguruan Tinggi	9	13.4	13.4	13.4	100.0
Total	67	100.0	100.0	100.0	

Pekerjaan KK

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cummulative Percent
PNS	9	13.4	13.4	13.4
Petani	41	61.2	61.2	74.6
Wiraswasta	17	25.4	25.4	100.0
Total	67	100.0	100.0	

Pengetahuan KK

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cummulative Percent
Baik	8	11.9	11.9	11.9
Sedang	35	52.2	52.2	64.2
Kurang	24	35.8	35.8	100.0
Total	67	100.0	100.0	

Sikap KK

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	8	11.9	11.9	11.9
Sedang	36	53.7	53.7	65.7
Kurang	23	34.3	34.3	100.0
Total	67	100.0	100.0	

Pencegahan DBD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	8	11.9	11.9	11.9
Sedang	24	35.8	35.8	47.8
Kurang	35	52.2	52.2	100.0
Total	67	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan KK * Pencegahan DBD	67	100.0%	0	0.0%	67	100.0%
Sikap KK * Pencegahan DBD	67	100.0%	0	0.0%	67	100.0%

Pengetahuan KK * Pencegahan DBD

Crosstab

	Pencegahan DBD			Total
	Baik	Sedang	Kurang	
Baik	Count	8	0	8
	% within Pengetahuan KK	100.0%	0.0%	100.0%
	% within Pencegahan DBD	100.0%	0.0%	11.9%
Pengetahuan KK	% of Total	11.9%	0.0%	11.9%
	Count	0	13	22
	% within Pengetahuan KK	0.0%	37.1%	62.9%
Sedang	% within Pencegahan DBD	0.0%	54.2%	52.2%
	% of Total	0.0%	19.4%	52.2%
	Count	0	11	13
Kurang	Count	0	11	13
	% of Total	0.0%	19.4%	52.2%
	Count	0	11	24

	% within Pengetahuan KK	0.0%	45.8%	54.2%	100.0%
	% within Pencegahan DBD	0.0%	45.8%	37.1%	35.8%
	% of Total	0.0%	16.4%	19.4%	35.8%
	Count	8	24	35	67
	% within Pengetahuan KK	11.9%	35.8%	52.2%	100.0%
	% within Pencegahan DBD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	11.9%	35.8%	52.2%	100.0%
Total					

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67.506 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	49.453	4	.000
Linear-by-Linear Association	15.442	1	.000
N of Valid Cases	67		

a. 5 cells (55.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .96.

Sikap KK * Pencegahan DBD

Crosstab

	Pencegahan DBD			Total
	Baik	Sedang	Kurang	
Baik	Count	8	0	8
	% within Sikap KK	100.0%	0.0%	100.0%
	% within Pencegahan DBD	100.0%	0.0%	11.9%
	% of Total	11.9%	0.0%	11.9%
Sikap KK	Count	0	22	36
	% within Sikap KK	0.0%	61.1%	100.0%
	% within Pencegahan DBD	0.0%	91.7%	53.7%
	% of Total	0.0%	32.8%	53.7%
Sedang	Count	0	2	23
	% within Sikap KK	0.0%	8.7%	100.0%
	% within Pencegahan DBD	0.0%	8.3%	34.3%
	% of Total	0.0%	8.7%	34.3%
Kurang	Count	0	21	23
	% within Sikap KK	0.0%	91.3%	100.0%
	% within Pencegahan DBD	0.0%	60.0%	34.3%
	% of Total	0.0%	60.0%	34.3%

	% of Total	0.0%	3.0%	31.3%	34.3%
	Count	8	24	35	67
	% within Sikap KK	11.9%	35.8%	52.2%	100.0%
	% within Pencegahan DBD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Total	% of Total	11.9%	35.8%	52.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	85.144 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	67.033	4	.000
Linear-by-Linear Association	39.172	1	.000
N of Valid Cases	67		

a. 5 cells (.55.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .96.