

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINDAKAN IBU
TERHADAP PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE
DI KELURAHAN JATI BARU
PADANG**

Skripsi

**Diajukan ke Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
Sebagai Penentuan Salah Satu Syarat untuk
Mendapatkan Gelar Sarjana Kedokteran**

Oleh
MERI PONDA SARI
BP. 03120050



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG**

2007

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINDAKAN IBU
TERHADAP PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE
DI KELURAHAN JATI BARU
PADANG**

Skripsi

**Diajukan ke Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
Sebagai Pemenuhan Salah Satu Syarat untuk
Mendapatkan Gelar Sarjana Kedokteran**



Oleh
MERI PONDA SARI
BP. 03120050

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG
2007**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINDAKAN IBU
TERHADAP PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI
KELURAHAN JATI BARU PADANG**

SKRIPSI

Oleh :

MERI PONDA SARI

03 120 050

**Telah disetujui oleh pembimbing skripsi Fakultas Kedokteran Universitas
Andalas**

Pembimbing Skripsi :

NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
Drs. Adrial, M.Kes	Pembimbing I	
Dr. Firdawati, M.Kes	Pembimbing II	

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINDAKAN IBU
TERHADAP PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI
KELURAHAN JATI BARU PADANG**

SKRIPSI

Oleh :

MERI PONDA SARI

03 120 050

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang pada Tanggal 22 Agustus
2007

NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
DR.Dr. H. Hafni Bachtiar, MPH	Ketua	
Dra.Hj Nuzulia Irawati, MS	Anggota I	

ABSTRACT

SEVERAL FACTORS RELATED TO THE ACTION SHOULD BE CARRIED OUT BY THE MOTHER AS TO PREVENT DENGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF) IN JATI BARU PADANG

By
Meri Ponda Sari

Dengue hemorrhagic fever is a major public health problem in Indonesia because of its high prevalence and wide spread. All sorts of reasons related to this points is the community itself in treating their circles, in this case about their environment. How has it come about in Jati Baru district guided us to the fact that DHF patients grows rapidly time after time. This examination is simply directed to let us know deeply about the prevention due to DHF in Jati Baru district, Padang.

This research uses cross sectional analytic design study which collected forty five sample if the respondents. It applies multistage simple random sampling as well as questionnaire for the instrument. The analytic data is just simply come forward in distribution and cross table format.

The research shows several analytic product. The amount of the well-educated respondents is 89% and the poor-educated respondents is 11%. The prosperous respondents is 60%. The well-knowledge respondents is around 55%, and the other side is takes 45%. The good reacted respondents is 53,33%, and the other side 46,67%. The well-prevented respondents is 42%, and 58% comes from the other opposites. This bivariate information statistically conducts us to the fact that there is a relation within social economic, knowledge, and the attitude itself in preventing DHF. Meanwhile there is no relation between education of the respondents with DHF prevention.

DHF eradication requires to effort the handling disease with the territorial law, community participation, and cross program efforts coordinated by the head of the area.

ABSTRAK

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINDAKAN IBU TERHADAP PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI KELURAHAN JATI BARU PADANG

Oleh :
Meri Ponda Sari

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah kesehatan di Indonesia, karena prevalensinya yang tinggi dan penyebaran semakin luas. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa sebab, diantaranya tindakan masyarakat terutama menyangkut lingkungan sekelilingnya. Kejadian DBD di Kelurahan Jati Baru menunjukkan kecenderungan peningkatan jumlah penderita. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan tindakan Ibu terhadap pencegahan DBD di Kelurahan Jati Baru Padang.

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional analytic study* dengan jumlah sampel 45 responden. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *multi stage simple random sampling* dan menggunakan kuesioner sebagai instrumen. Analisis data disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan tabel silang.

Hasil penelitian diketahui bahwa responden dengan tingkat pendidikan tinggi sebesar 89 %. Responden yang tidak miskin sebesar 60 %. Tingkat pengetahuan yang baik 67 % dan yang kurang 33 %. Sikap responden yang positif sebesar 62 % dan negatif 38 %. Sedangkan responden yang mempunyai tindakan pencegahan baik sebanyak 42 % dan yang kurang 58 %. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara status ekonomi, pengetahuan dan sikap responden dengan tindakan pencegahan DBD. Sedangkan tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan tindakan pencegahan DBD.

Perlu upaya penanggulangan penyakit melalui penyuluhan, peningkatan peran serta masyarakat, dan kerjasama Pemerintah Daerah untuk melakukan tindakan pencegahan DBD.

PENGANTAR

Assalamu 'alaikum wa Rahmatullahi wa Barakaatuh.

Segenap limpahan syukur dan pujian tercurah hanya pada Rabb yang Maha Rahman dan Rahim untuk segala kasih dan hidayah-Nya hingga dengan izin serta pertolongan-Nya penulis mampu menyelesaikan penulisan skripsi yang berjudul "Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Tindakan Ibu Terhadap Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Jati Baru Padang", sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran Universitas Andalas Padang.

Sungguh bukan hal yang mudah bagi penulis untuk menuntaskan penulisan skripsi ini tanpa bantuan, dorongan, petunjuk dan doa dari berbagai pihak. Melalui coretan singkat ini penulis hendak mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Drs. Adrial, M.Kes sebagai pembimbing I dan ibu Dr. Firdawati, M.Kes, sebagai pembimbing II untuk segala perhatian, bimbingan serta saran-saran dan masukan selama penelitian dan penulisan skripsi ini.
2. Bapak DR.Dr.H.Hafni Bachtiar, MPH dan Ibu Dra. Hj. Nuzulia Irawati,MS sebagai tim penguji skripsi yang telah memberikan banyak saran dan perbaikan demi kesempurnaan skripsi ini.
3. Bapak Dekan dan seluruh jajaran beserta staf pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang atas semua petunjuk dan arahan selama masa pendidikan.

4. Bapak Dr.H. Yorva Sayoeti, Sp.A (K) sebagai pembimbing akademik yang telah meluangkan banyak waktunya dalam membantu penulis selama masa pendidikan .
5. Teristimewa kepada Papa dan Mama tersayang, untuk sejagad cinta kasih yang tiada berhingga, doa-doa serta dorongan semangat yang tanpa henti. Dan atas semua petuah serta nasehat, semoga ananda sanggup menjadi anak yang sholehah, mampu memberikan kebahagiaan dan kebanggaan. Amin.
6. Vivi (My lovely), Olis (My Hero), Vananda (My Loph) atas semua dukungan, dorongan doa, semangat serta wejangan meski kadang dengan beragam wujud dan bermacam ekspresi.
7. Teman-temanku Debie, Mayang, Ria, Diqa, Astria atas semua humornya selama ini yang telah mencerahkan kehidupan penulis, yang selalu menempati bilik-bilik khusus dalam hati ini, atas semua bantuan, doa, semangat untuk terus maju.
8. Sobatku Dona, Anen, Vivi yang telah setia menjadi teman dalam suka dan duka selama ini.

Hanya Allah-lah yang bisa membalas segala bantuan yang telah diberikan pada penulis dengan balasan yang terbaik Penulis amat sadar skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Namun terlepas dari itu semua tersimpan harap semoga skripsi ini dapat mendatangkan manfaat untuk kita semua. Amin.

Padang, Agustus 2007

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRACT

ABSTRAK

PENGESAHAN

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR LAMPIRAN	v
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Definisi DBD	6
2.2 Faktor Penyebab Penyakit	
2.2.1 Penyebab DBD	6
2.2.2 Vektor DBD dan Lingkungannya	7
2.2.4 Hospes DBD dan Lingkungannya	8
2.3 Epidemiologi	9
2.4 Gambaran Klinis dan Diagnostik	10

2.5 Pencegahan.....	10
2.5.1 Terhadap Vektor	13
2.5.2 Mencegah Terjadi Kontak Langsung dengan Nyamuk	16
2.5.3 Penyuluhan	17
2.6 Konsep Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan	
2.6.1 Konsep Pengetahuan	18
2.6.2 Konsep Sikap	19
2.6.3 Konsep Tindakan	21
2.7 Masalah Sosial Ekonomi Yang Berhubungan Dengan DBD	
2.7.1 Faktor Pendidikan	22
2.7.2 Faktor Ekonomi.....	23

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

PENELITIAN	24
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	24
3.2 Hipotesis Penelitian.....	24

BAB 4 METODE PENELITIAN..... 25

4.1 Desain Penelitian	25
4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian.....	25
4.3 Populasi dan Sampel.....	25
4.4 Pengumpulan Data.....	27
4.5 Variabel dan Pengukuran.....	27
4.6 Instrumen Penelitian.....	27
4.7 Pengolahan dan Analisis Data.....	27

	4.8 Definisi Operasional	28
BAB 5	HASIL PENELITIAN	30
	5.1 Analisis Situasi.....	30
	5.2 Hasil Penelitian	30
	5.2.1 Analisis Univariat	31
	5.2.2. Analisis Bivariat.....	32
BAB 6	PEMBAHASAN	35
	6.1 Tingkat Pendidikan, Status Ekonomi, Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Pencegahan DBD.....	35
	6.2 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Pencegahan DBD.....	37
	6.2.1 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Tindakan Pencegahan DBD	37
	6.2.2 Hubungan Status Ekonomi dengan Tindakan Pencegahan DBD	38
	6.2.3 Hubungan Pengetahuan dengan Tindakan Pencegahan DBD	39
	6.2.4 Hubungan Sikap dengan Tindakan Pencegahan DBD	40
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN	42
	7.1 Kesimpulan	42
	7.2 Saran.....	43

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel

5.1 : Distribusi Ibu-Ibu Rumah Tangga di Kelurahan Jati Baru Berdasarkan Tingkat Pendidikan	31
5.2 : Distribusi Ibu-Ibu Ruamh Tangga Di Kelurahan Jati Baru Berdasarkan Status ekonomi.....	31
5.3 : Distribusi Pengetahuan Ibu-Ibu Rumah Tangga Mengenai DBD di Kelurahan Jati Baru	31
5.4 : Distribusi Sikap Ibu-Ibu Rumah Tangga Mengenai DBD di Kelurahan Jati Baru.....	32
5.5 : Distribusi Tindakan Ibu-Ibu Rumah Tangga Terhadap Pencegahan DBD Di kelurahan Jati Baru	32
5.6 : Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Tindakan Pencegahan DBD	32
5.7 : Hubungan Antara Status Ekonomi dengan Tindakan Pencegahan DBD	33
5.8 : Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Tindakan Pencegahan DBD	33
5.9 : Hubungan Antara Sikap Dengan Tindakan Pencegahan DBD.....	34

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 : Data Kasus DBD per Kelurahan Di Kecamatan Padang Timur Kota Padang Tahun 2003-2006
- Lampiran 3 : Analisis Statistik Perhitungan Uji Statistik Chi Square
- Lampiran 4 : Master Tabel
- Lampiran 5 : Surat Izin Penelitian dari Kesbang Linmas Kota Padang
- Lampiran 6 : Surat Izin Penelitian dari Lurah Jati Baru Padang
- Lampiran 7 : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam berdarah Dengue adalah salah satu dari banyak penyakit yang disebabkan oleh virus, ditandai dengan demam dan disertai dengan perdarahan. Sejak tiga dekade terakhir penyakit ini begitu terkenal di beberapa negara Asia Tenggara dan Amerika Selatan, karena tanpa dapat diterangkan telah terjadi perubahan dalam manifestasi kliniknya. Bila sebelumnya DBD yang disertai renjatan di Filipina tahun 1953 penyakit ini kemudian menjadi penyakit yang ditakuti karena banyak menimbulkan kematian (Nathin, 1991).

Demam Berdarah Dengue merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia karena prevalensinya yang tinggi dan penyebarannya semakin luas (Suroso, 1990). Letusan DBD pertama kali di Indonesia terjadi tahun 1968, kemudian jumlah penderita semakin meningkat dan penyebarannya pun semakin luas seiring meningkatnya penyebaran penduduk dan transportasi yang semakin lancar. Pada Januari hingga Maret 2004 Kejadian Luar Biasa DBD di Indonesia telah menimbulkan 39.938 kasus dengan 498 kematian atau Case Fatality Rate (CFR) 1,3 %. Dibandingkan KLB 1997 dengan CFR 2,2 % dan tahun 1998 dengan CFR 1,9 %, KLB tahun 2004 terjadi penurunan CFR (Cussi *dkk*, 2005; Santoso, 2004)

Kota Padang dengan jumlah penduduk sebanyak 767.770 jiwa pada tahun 2003, merupakan daerah dengan angka kesakitan DBD tertinggi dibandingkan dengan daerah lain di Sumatera Barat. Menurut Dinas Kesehatan Sumatera Barat

pada tahun 2003 dilaporkan sebanyak 306 dari 351 orang penderita DBD, berasal dari kota Padang. Data di Dinas Kesehatan Kota Padang juga melaporkan sebanyak 554 orang penderita DBD pada tahun 2002, dengan jumlah kematian 11 orang (CFR 1,98 %). Tahun 2003 dilaporkan sebanyak 306 orang penderita DBD dengan jumlah kematian 3 orang (CFR 0,98 %). Tahun 2004 dilaporkan sebanyak 513 orang penderita DBD dengan jumlah kematian 7 orang (CFR 1,36 %). Pada tahun 2005 terjadi peningkatan yang sangat tajam dari penderita DBD di kota Padang, yaitu sebanyak 1087 orang penderita. Pada tahun 2006 penderita DBD di Kota Padang sebanyak 760 orang penderita.

Kelurahan Jati Baru adalah salah satu daerah endemis DBD di kota Padang. Menurut Dinas Kesehatan Kota Padang pada tahun 2003 tercatat sebanyak 12 kasus DBD, tahun 2004 dilaporkan sebanyak 13 kasus DBD, sedangkan tahun 2005 tercatat 16 kasus DBD, tahun 2006 tercatat 17 kasus DBD. Kelurahan Jati Baru merupakan salah satu daerah di wilayah kerja puskesmas Andalas yang memiliki tingkat kerawanan tinggi terhadap DBD dengan angka bebas jentik di Kelurahan Jati baru (ABJ) pada tahun 2000 ditemukan 94, 6%. Tahun 2003 ditemukan ABJ 78, 2% dan pada tahun 2004 ditemukan 88%. (Puskesmas Andalas, 2004)

Penyakit DBD disebabkan oleh virus Dengue yang disebarkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor utamanya, yang mempunyai tempat istirahat dan aktivitas di dalam rumah (*in door*), disamping *Aedes albopictus* sebagai vektor potensial dengan tempat istirahat dan aktivitas di luar rumah (*out door*). Secara sengaja atau tidak, tempat perindukan nyamuk ini telah dibuat oleh manusia sendiri berupa tempayan, bak mandi, drum, genangan air yang tidak

berhubungan langsung dengan tanah seperti ban bekas, kaleng bekas yang berisi air hujan, tempat minum burung, vas bunga dan aki bekas (Sugito, 1989). Dari berbagai tempat perindukan ini, bak mandi merupakan tempat penampungan air (TPA) yang paling banyak mengandung larva karena volumenya lebih besar dibanding tempat lain (Suroso, 1990).

Kepadatan populasi *Aedes aegypti* sangat tergantung dari pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat dalam menjaga kebersihan tempat penampungan air dan sampah yang dapat menampung air (Ahmad, 1997). Pencegahan penyakit DBD dipengaruhi oleh pengetahuan masyarakat, terutama ibu rumah tangga karena ibu-ibu inilah yang bertanggungjawab dalam mengurus masalah rumah tangga, termasuk masalah kebersihan rumah, pengadaan air bersih, menyapu halaman dan mencuci alat perlengkapan rumah tangga. Dalam hal ini pengetahuan tentang pencegahan penyakit DBD (Ahmad, 1997).

Beberapa hasil penelitian menyimpulkan bahwa kejadian DBD terjadi karena tingginya angka kepadatan vektor DBD di daerah tersebut, sehingga dengan menurunkan angka kepadatan nyamuk *Ae. aegypti* akan berdampak positif dalam menurunkan angka kejadian DBD (Rezeki, 2005). Dengan tingginya insiden penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Andalas, maka perlu usaha pencegahan terhadap penyakit ini. Salah satu upaya pencegahan tersebut adalah dengan pemberantasan sarang nyamuk *Aedes* yang menjadi perantaranya dengan tidak menyediakan tempat perkembangbiakannya yang berupa tempat lembab dan air (Soeparmanto, 2002).

Kelurahan Jati Baru memiliki wilayah seluas 140 ha, terdiri dari 10 RW yang terdiri dari 1381 KK. Di kelurahan ini, rumah penduduknya saling

berdekatan antara satu rumah dengan rumah yang lainnya, sehingga dengan jarak terbang vektor 40-100 m, memudahkan terjadinya penularan DBD. Sebagian besar wilayah ini ditempati oleh anak-anak kos, yang biasanya pulang ke kampung setiap minggunya, sehingga menguras bak mandi dan tempat penampungan air lainnya rata-rata tidak mereka lakukan. Dilihat dari keadaan lingkungannya, ibu-ibu di Jati Baru gemar memelihara tanaman hias, sehingga lingkungan sekitar rumah menjadi lembab.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti ingin mengetahui faktor-faktor apa yang berhubungan dengan tindakan ibu terhadap demam berdarah dengue di kelurahan Jati Baru Padang.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan tindakan ibu terhadap pencegahan demam berdarah dengue di kelurahan Jati Baru Padang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi tingkat pendidikan ibu di kelurahan Jati Baru
2. Mengetahui distribusi status ekonomi ibu di Kelurahan Jati Baru
3. Mengetahui distribusi pengetahuan ibu mengenai DBD di kelurahan Jati Baru
4. Mengetahui distribusi sikap ibu mengenai DBD di kelurahan Jati Baru

5. Mengetahui distribusi tindakan ibu mengenai pencegahan DBD di kelurahan Jati Baru
6. Mengetahui hubungan tingkat pendidikan dengan tindakan ibu terhadap pencegahan DBD
7. Mengetahui hubungan status ekonomi dengan tindakan ibu terhadap pencegahan DBD.
8. Mengetahui hubungan pengetahuan dengan tindakan ibu terhadap pencegahan DBD.
9. Mengetahui hubungan sikap dengan tindakan ibu terhadap pencegahan DBD

1.4 Manfaat Penelitian.

Dengan mengetahui tindakan ibu rumah tangga mengenai pencegahan demam berdarah dengue, diharapkan memberikan manfaat seperti :

1. Bagi instansi yang berwenang memberikan informasi yang baru tentang tindakan ibu rumah tangga Kelurahan Jati Baru khususnya dan di Kotamadya Padang umumnya, sehingga memberi masukan dalam pengambilan tindakan untuk mengurangi kejadian demam berdarah dengue.
2. Bagi institusi pendidikan memberikan informasi terbaru tentang tindakan ibu rumah tangga di Kelurahan Jati Baru khususnya, dan di Kotamadya Padang umumnya mengenai pencegahan DBD, sehingga diharapkan timbulnya suatu informasi baru untuk menanggulangi masalah DBD

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi DBD.

Demam berdarah dengue adalah penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes*, terutama menyerang anak-anak dengan ciri-ciri demam tinggi mendadak, manifestasi perdarahan dan bertendensi menimbulkan syok dengue(SSD) yaitu DBD yang disertai oleh syok (renjatan) akibat kehilangan plasma.(Syoeib, dkk 1982).

2.2 Faktor Penyebab Penyakit**2.2.1 Penyebab DBD**

Penyebab dari penyakit DBD adalah virus dengue anggota dari genus *Flavi virus* (*Arbo virus* grup B) salah satu genus *Familia Togaviridas*. *Arbovirus* artinya penyakit yang disebabkan oleh virus dan ditularkan oleh *artropoda*. Virus dengue tergolong RNA. Virus yang mempunyai diameter 17-25 nm, dapat berkembang biak di dalam tubuh beberapa spesies nyamuk, darah manusia dan kultur jaringan (Harsono, 1992).

Sebagian besar virus itu berada dalam kelenjar liur nyamuk. Waktu nyamuk menggigit orang lain, maka setelah alat tusuk nyamuk (probosis) menemukan kapiler darah, sebelum darah orang itu diisap, terlebih dahulu dikeluarkan air liur dari kelenjar liurnya agar darah yang diisap tidak membeku (Rezeki, dkk 2005).

2.2.2 Vektor DBD dan Lingkungannya

Virus dengue sebagai agen penyebab demam berdarah memerlukan masa inkubasi umumnya selama 4-7 hari (Chin, 2000). Virus dengue dibawa oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* sebagai vektor ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk tersebut (Kapita Selektta, 2001). Nyamuk *A.aegypti* dewasa secara umum ditandai oleh garis-garis putih keperakan dan hitam berselang seling yang arahnya longitudinal di daerah *scutum* (pertemuan kedua sayap) dan transversal pada daerah abdomen. Probosis (lidah) bersisik hitam dan palpi (alat peraba/antena) pendek dengan ujung hitam bersisik putih perak. Femurnya bersisik putih sedangkan tibianya hitam. Sayapnya juga berbintik lurik berwarna gelap dan terang (Harsono, 1992).

Nyamuk betina meletakkan telurnya di atas permukaan air dalam keadaan menempel pada dinding tempat perindukannya, rata-rata 100 butir telur tiap kali bertelur. Pertumbuhan dari telur menetas menjadi larva kemudian mengadakan pengelupasan kulit menjadi pupa dan akhirnya menjadi dewasa memerlukan waktu kira-kira 9 hari. Dalam tempo 1-2 hari nyamuk yang baru menetas ini akan menggigit (mengisap darah) manusia dan siap untuk melakukan perkawinan dengan nyamuk jantan, kemudian beristirahat sambil menunggu proses pematangan telurnya. Siklus ini berulang setiap 3-4 hari (Depkes RI 1992).

Biasanya nyamuk betina mencari mangsanya pada siang hari. Aktivitas menggigit biasanya mulai pagi sampai petang hari dengan dua puncak aktivitas antara pukul 08.00-10.00 dan 15.00-17.00 WIB. Tidak seperti nyamuk lain, *Aedes aegypti* mempunyai kebiasaan mengisap darah berulang kali (*multiple bites*) dalam satu siklus gonotropiknya. Dengan demikian nyamuk ini sangat efektif

sebagai penular penyakit. Kemampuan terbang nyamuk ini 40-100 m. Setelah mengisap darah sambil menunggu proses pematangan telurnya, nyamuk ini hinggap pada tempat yang agak lembab dan gelap serta benda-benda yang tergantung seperti pakaian, kelambu, atau tumbuhan dekat tempat perkembangbiakannya (Hendorwanto, 2004 dan Depkes RI, 1992).

2.2.3 Hospes DBD dan Lingkungannya

Seseorang yang di dalam darahnya mengandung virus dengue merupakan sumber penularan penyakit DBD (Syoeib dkk 1982). Menurut teori infeksi sekunder, seseorang dapat terserang DBD jika mendapat infeksi ulangan dengan virus dengue yang berlainan dengan infeksi sebelumnya. Penularan DBD dapat terjadi di semua tempat yang terdapat nyamuk penularnya. Tempat yang potensial untuk terjadi penularan DBD adalah wilayah yang banyak kasus DBD (rawan/endemis), sekolah, RS/puskesmas, hotel, pasar, restoran, tempat ibadah, pemukiman baru di pinggir kota (Depkes RI 1992).

Penyebaran habitat nyamuk *Aedes aegypti* disebabkan meningkatnya mobilitas penduduk dan transportasi dari satu daerah ke daerah lain serta adanya perubahan lingkungan misalnya banyaknya tanaman yang ditebang sehingga suhu udara menjadi tinggi dan penduduk menjadi padat sehingga keadaan tersebut sesuai dengan habitat nyamuk *Aedes aegypti*. Investasi larva aedes tampaknya berhubungan dengan faktor-faktor ekologis seperti tipe rumah dan tempat penampungan air di dalam rumah (Hasyimi dkk, 1997).

2.3 Epidemiologi

Epidemi Dengue dilaporkan pertama kali di Batavia oleh David Blyon pada tahun 1779, sedangkan DBD mula-mula dikemukakan oleh Quintos dkk di Manila pada tahun 1954 (Depkes RI 1995). Di Indonesia penyakit tersebut baru ditemukan pada tahun 1968 di kota Jakarta dan Surabaya dengan jumlah penderita 58 orang, meninggal sebanyak 24 orang. Dalam tahun 1986 dilaporkan jumlah penderita mencapai 16.421 orang dengan kematian 600 orang berasal dari 23 propinsi. Tahun 1984 DBD tersebar di seluruh propinsi Indonesia kecuali Timor-Timur baru tahun 1993 dengan ditemukannya kasus DBD di Dili pada bulan Maret 1993 (Samsi dkk, 1990, dan Soroso, 1991).

KLB terbesar terjadi pada tahun 1998 dengan *Insidence Rate (IR)* 35,19 per 100.000 penduduk dengan *Case Fatality Rate(CFR)* 2 %. Pada tahun 1999 IR menurun tajam sebesar 10,17 %, namun tahun-tahun berikutnya IR cenderung meningkat 15,99 % tahun 2000; 21,66 % tahun 2001 ;19,24 % pada tahun 2002 dan 23,87% pada tahun 2003 (Kristina, 2004).

Peningkatan insiden DBD tampaknya terjadi setiap kurang lebih 5 tahun. Kenaikan tersebut dapat disebabkan oleh penurunan kekebalan setiap 5 tahun, akibat mutasi virus setiap 5 tahun sehingga muncul strain baru yang virulen, atau karena peningkatan laporan (*Surveillance*) (Hadi, 2004).

Dari data-data penderita klinis DBD yang dilaporkan di Indonesia diperoleh bahwa musim penularan DBD pada umumnya terjadi pada musim hujan karena populasi vektor penyakit ini meningkat pada musim hujan akibat bertambah banyaknya sarang nyamuk di luar rumah sebagai akibat sanitasi lingkungan yang kurang bersih (kaleng bekas, botol pecah, tempurung kelapa, dan

sebagainya) terisi air sehingga dapat digunakan untuk tempat perkembangbiakan nyamuk ini (Sutrisno A, 1991).

2.4 Gambaran Klinis Dan Diagnostik

Pada umumnya, kasus DBD ditandai dengan adanya demam tinggi, fenomena perdarahan, hepatomegali, dan seringkali disertai dengan kegagalan sirkulasi. Trombositopenia ringan atau sedang yang disertai dengan hemokonsentrasi merupakan hasil laboratorium yang penting. Perubahan patofisiologis utama menentukan derajat penyakit DBD dan membedakannya dari Demam Dengue yaitu adanya hemostasis yang abnormal dan kebocoran plasma yang diperlihatkan sebagai trombositopenia dan meningkatnya hematokrit (WHO, 2003).

2.5 Pencegahan

Pemberantasan nyamuk penular DBD ditujukan untuk membasmi penularan penyakit dan mencegah terjadinya kejadian luar biasa (KLB) DBD. Seperti diketahui cara untuk mencegah/memberantas penyakit DBD adalah dengan memutuskan rantai penularan yaitu memberantas/menurunkan populasi nyamuk penularnya. Diharapkan bahwa dengan menurunnya populasi nyamuk *Aedes aegypti* penularan akan berkurang sehingga kasus yang terjadipun akan berkurang (Samsi dkk, 1990).

Mengingat sampai saat ini tidak ditemukan vaksin demam berdarah, sehingga upaya pemberantasan lebih dititikberatkan kepada pemberantasan nyamuk penularnya dalam hal ini *Aedes spp* (Hadi, 2004). Selama jentik yang ada

di tempat-tempat perindukan tidak diberantas setiap hari, akan muncul nyamuk-nyamuk baru yang menetas dan penularan penyakit akan terulang kembali (Rezeki, 2005).

Upaya pemberantasan DBD lebih ditekankan pada upaya preventif, yaitu melaksanakan penyemprotan massal sebelum musim penularan penyakit di desa/kelurahan endemis DBD. Strategi ini diperkuat dengan menggalakkan pembinaan peran serta masyarakat dalam kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN), melaksanakan penanggulangan fokus di rumah penderita dan di sekitar tempat tinggal penderita guna mencegah terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB), dan melaksanakan penyuluhan kepada masyarakat melalui berbagai media (Saleha, 2005). Pergerakan PSN perlu lebih digalakkan dan dilaksanakan tidak hanya mendadak pada saat terjadi peningkatan penderita DBD saja, namun sebaiknya dilakukan berkala 3 bulan sekali. (Hasyimi *dkk*, 1994).

Untuk mengurangi kecenderungan penyebarluasan wilayah terjangkau DBD, mengurangi kecenderungan peningkatan jumlah penderita dan mengusahakan agar angka kematian tidak melebihi 3% maka pemerintah terus menyempurnakan program pemberantasan DBD. Strategi pemberantasan DBD lebih ditekankan pada upaya preventif, yaitu melaksanakan penyemprotan massal sebelum musim penularan penyakit di desa/kelurahan endemis DBD yang merupakan pusat penyebaran penyakit ke wilayah lainnya. Strategi itu juga didukung dengan menggalakkan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), penanggulangan fokus di rumah penderita dan di sekitar tempat tinggal penderita guna mencegah terjadinya KLB, dan melaksanakan penyuluhan kepada

masyarakat melalui berbagai media. Peran dokter dan petugas kesehatan lainnya juga turut mendukung usaha penanggulangan DBD (Saleha, 2005).

Program pemberantasan penyakit DBD di berbagai negara pada umumnya belum berhasil, terutama karena masih tergantung pada penyemprotan dengan insektisida untuk membunuh nyamuk dewasa. Untuk mencapai kelestarian program pemberantasan vektor DBD sangat penting untuk memusatkan perhatian pada pembersihan sumber jentik dan harus bekerja sama dengan sektor non-kesehatan seperti organisasi non-pemerintahan, organisasi swasta dan kelompok masyarakat, untuk memastikan pemahaman dan keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaannya. Akan tetapi partisipasi aktif masyarakat masih rendah, padahal partisipasi tersebut merupakan kunci keberhasilan pencegahan/pemberantasan DBD (Samsi, 1990).

Pelaksanaan pencegahan DBD sangat dipengaruhi oleh perilaku masyarakat. Perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman dan interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan ini sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Sarwono, 1993).

Penelitian Leshmana dkk mengenai pengetahuan masyarakat di kelurahan Penjaringan mengenai DBD didapatkan hasil pengetahuan masyarakat masih rendah (Padmusutra, 1993). Sedang penelitian M. Hasyimi dkk di Kecamatan Pulö Gadung Jakarta Timur diketahui bahwa peran serta masyarakat dalam pencegahan DBD sangat kurang (Hasyimi dkk, 1997).

Haluni Achmad telah melakukan penelitian di Kelurahan Karang Repek Kecamatan Wonosari Kab. Gunung Kidul, dimana variabel yang sangat berpengaruh terhadap partisipasi ibu rumah tangga dalam pemberantasan sarang nyamuk DBD adalah pengetahuan ibu rumah tangga tentang penyakit DBD (Achmad, 1997). Pengetahuan, sikap dan kebiasaan masyarakat merupakan faktor resiko yang erat kaitannya dengan kejadian DBD di Kab. Bantul (Widyana 1998). Untuk itu perlu diterapkan pendekatan yang terpadu terhadap pengendalian nyamuk dengan menggunakan semua metode yang tepat (lingkungan, biologi dan kimiawi) (WHO, 2003).

2.5.1 Terhadap Vektor

1. Pengelolaan Lingkungan

Meliputi berbagai perubahan yang menyangkut upaya pencegahan atau mengurangi perkembangbiakan vektor sehingga mengurangi kontak antara vektor dengan manusia. WHO (1982) telah mendefinisikan tiga jenis pengelolaan lingkungan :

1. Mengubah lingkungan : perubahan fisik habitat vektor, bertahan lama
2. Pemanfaatan lingkungan : melakukan perubahan sementara pada perindukan vektor yang meliputi pengelolaan wadah yang "penting" dan "tidak penting" ;dan pengelolaan atau menghilangkan tempat perkembangbiakan "alami".
3. Mengupayakan perubahan perilaku dan tempat tinggal manusia : sebagai usaha untuk mengurangi kontak antara manusia-vektor .

Metode lingkungan untuk mengendalikan vektor serta mengurangi kontak dengan manusia adalah dengan melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan buatan manusia dan perbaikan desain rumah. Metode pengelolaan lingkungan utama yang digunakan untuk mengendalikan nyamuk *Aedes aegypti* adalah :

1. Perbaikan saluran air

Harus diperhatikan kondisi penyimpanan air pada berbagai jenis wadah karena hal tersebut dapat meningkatkan perkembangbiakan *Aedes*. Kebanyakan wadah tersebut besar dan berat (contohnya tangki penyimpanan) dan sulit untuk dibersihkan.-

2. Talang air atau sumber air bawah tanah anti nyamuk.

Perindukan jentik *Ae.aegypti* termasuk di talang air /tangki air bawah tanah bangunan dari batu (masonry), saluran pipa air, maka strukturnya harus dibuat anti nyamuk. Bangunan dari batu untuk tutup pintu air dan meteran air juga harus dilengkapi dengan lubang pengering sebagai bagian dari tindakan pencegahan.

3. Mengeringkan instalasi penampungan air.

Genangan air /kebocoran di ruang berdinding batu, pipa penyaluran , kotak keran hidran, dll akan menampung air dan menjadi tempat perindukan jentik *Ae.aegypti* bila tidak dirawat.

4. Tempat penampungan air di lingkungan rumah tangga

Wadah penampungan air harus ditutup dengan penutup yang rapat atau kasa. Setelah air digunakan harus dijaga agar wadah tetap tertutup.

5. Jambangan/vas bunga dan perangkap semut

Semuanya harus dilubangi sebagai lubang pengeringan. Sebagai alternatif, untuk bunga segar dapat diberi campuran pasir dan air. Bunga harus dibuang setiap minggu dan vas digosok dan dibersihkan sebelum digunakan kembali. Perangkap semut untuk melindungi rak penyimpanan makanan dapat dibubuhi garam atau minyak.

6. Pembuangan Sampah Padat dan Ban Bekas.

Sampah padat, kering seperti kaleng, botol, ember dll harus dikubur di dalam tanah. Sampah tanaman (tempurung kelapa, kulit ari coklat) harus dimusnahkan segera. Perlengkapan rumah dan alat berkebun harus disimpan terbalik untuk mencegah tertampungnya air hujan. Ban mobil bekas merupakan tempat berkembangbiakan utama *Aedes* di perkotaan. Penyimpanan ban harus selalu ditutup untuk mencegah tertampungnya air hujan.

7. Mengisi Lubang Pagar

Pagar dan pembatas pagar yang terbuat dari tanaman berlubang seperti bambu harus dipotong pada ruasnya dan pagar beton harus dipenuhi dengan pasir untuk mengurangi perindukan *Aedes* (WHO, 2003).

2. Pengendalian Biologis

Penerapan pengendalian biologis yang ditujukan langsung terhadap jentik vektor dengue di Asia Tenggara hanya terbatas pada operasi berskala kecil. Pengendalian populasi jentik melalui predator alamiah misalnya ikan pemakan jentik *Poecilia reticulata*. Penelitian Ambar Sutrisno menunjukkan bahwa dengan memelihara ikan jenis apa saja, larva nyamuk akan berkurang dan kasus DBD menurun (Sutrisno, 1991).

3. Pengendalian Kimiawi

Menggunakan insektisida pembasmi jentik (larvasida) yaitu Abatisasi. Larvasida yang biasa digunakan adalah butiran *temephos* (abate 1%), dimasukkan ke dalam wadah dengan sendok plastik untuk mengatur dosis 1 ppm. Dosis ini telah terbukti efektif selama 8-12 minggu, khususnya di dalam gentong tanah liat, dengan pola pemakaian air normal (WHO, 2003).

Penyemprotan meliputi penggunaan butiran kecil ke udara untuk membunuh nyamuk dewasa. *Swing fog* (alat semprot jinjing) dapat direkomendasikan apabila wilayah yang dikerjakan tidak terlalu luas, di wilayah perumahan padat, bangunan bertingkat tinggi, saluran tertutup, gudang dan tempat penyimpanan, saluran tertutup, tangki pembuangan, dan dasar bangunan (WHO, 2003).

2.5.2 Mencegah Terjadi Kontak Langsung dengan Nyamuk.

Sampai saat ini pengobatan terhadap penyakit virus DBD hanya bersifat simptomatis. Vaksin sebagai pencegahan juga belum ada sehingga usaha terbaik adalah melakukan pencegahan sedini mungkin. Upaya pencegahan yang paling efektif dan efisien adalah pemberantasan sarang nyamuk (PSN) karena cara kimiawi memerlukan biaya yang sangat besar dan dampaknya tidak lama serta efek samping terhadap lingkungan (Samsi, 1990). Menurut WHO (2003), hal dibawah ini dapat dilakukan untuk melindungi diri dari nyamuk *Aedes sp*:

1. Pakaian pelindung

Pakaian dapat mengurangi resiko gigitan nyamuk bila pakaian cukup tebal dan longgar, lengan panjang dan celana panjang dengan kaos kaki yang

merupakan daerah gigitan nyamuk. Anak sekolah seharusnya mengenakan pakaian semacam itu.

2. Obat nyamuk semprot, bakar, mats electric, Obat oles(repellent)

Produk insektisida rumah tangga digunakan sebagai alat perlindungan diri terhadap nyamuk. Obat oles anti nyamuk diklasifikasikan menjadi dua; penangkal alami (minyak murni dari tanaman seperti; minyak serai, minyak sitrun), dan penangkal kimiawi(bahan seperti DEET/N-Diethyl-m-Toluamide).

3. Tirai dan kelambu nyamuk yang dicelup larutan insektisida.

Tirai yang telah dicelupkan ke larutan insektisida mempunyai manfaat yang terbatas dalam program pemberantasan dengue karena spesies vektor menggigit pada siang hari.Namun dapat digunakan untuk melindungi bayi dan pekerja malam (WHO, 2003).

2.5.3 Penyuluhan

Penyuluhan perlu diberikan kepada penduduk ditempat-tempat yang diduga rawan untuk berkembang biaknya nyamuk sedini mungkin bahkan sebelum terjadi wabah. Penyuluhan lebih ditingkatkan pada masyarakat umum terutama keluarga dan masyarakat sekolah. Survey yang dilakukan oleh Kandeptes Ujung Pandang tahun 1994, dimana pengetahuan guru UKS tentang DBD menjadi semakin baik setelah dilakukan penyuluhan pencegahan DBD bagi guru UKS sekolah dasar dengan diskusi kelompok dan simulasi sebelumnya pengetahuan mereka masih kurang dari 50 % (Purjonto 1997) .Penyuluhan intensif melalui berbagai media seperti TV, radio, surat kabar, dan lain-lain,

penyuluhan kelompok maupun penyuluhan tatap muka oleh kader-kader di desa termasuk kader dasawisma, tokoh-tokoh masyarakat dan agama (Rezeki, 2005) .

2.6 Konsep Pengetahuan, Sikap dan Tindakan

2.6.1 Konsep Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil “tahu” setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek oleh pancaindera. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan bersifat langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang berperilaku baru, terjadi proses yang berurutan, yakni :

1. Kesadaran (*Awareness*)
2. Merasa tertarik (*Interest*)
3. Menimbang-nimbang (*Evaluation*)
4. Melakukan percobaan (*Trial*)
5. Penerimaan (*Adoption*)

Apabila adopsi perilaku baru melalui proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bertahan lama (*long lasting*). Pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkat, yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan dan penginterpretasi suatu materi yang diketahui secara benar.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi (Notoatmodjo S, 2003).

2.6.2 Konsep Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap yang positif terhadap suatu nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam bentuk yang nyata.

Robert Kwick (1974) menyatakan sikap adalah hanya suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu objek. Newcomb menyatakan sikap adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

Menurut Allport (1974), sikap yang utuh terdiri dari tiga komponen pokok, yaitu :

1. Kepercayaan (*keyakinan*), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
3. Kecenderungan untuk bertindak.

Tingkatan sikap terdiri dari :

1. Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3. Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggungjawab (*Responsible*)

Bertanggungjawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi (Notoatmodjo S, 2003).

2.6.3 Konsep Tindakan

Tindakan merupakan wujud dari sikap yang nyata. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor-faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan.

Tindakan mempunyai beberapa tingkat, yaitu:

1. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek pertama.

2. Respons Terpimpin (*Guided Response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

3. Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

4. Adopsi (*Adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik (Notoatmojo, 2003).

2.7 Masalah Sosial Dan Ekonomi Yang Berhubungan Dengan DBD

Pengalaman menunjukkan bahwa upaya pemberantasan vektor DBD akan berhasil bila tingkat perkembangan sosial dan ekonomi masyarakat dapat mendukung. Kegagalan dalam mencapai atau mempertahankan upaya

pemberantasan tidak hanya dipengaruhi oleh tingginya derajat penularan, tetapi juga oleh perubahan lingkungan yang terjadi selama kegiatan pemberantasan berlangsung. (Sukana, 1993).

2.7.1 Faktor Pendidikan.

Tujuan pendidikan adalah untuk mengubah perilaku individu, kelompok dan masyarakat menuju hal-hal yang positif secara terencana melalui proses belajar. Perubahan perilaku mencakup tiga ranah perilaku, yakni pengetahuan, sikap, dan keterampilan melalui proses pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 1993).

Makin tinggi pendidikan seseorang, maka makin tinggi pula pemahaman seseorang tentang pencegahan dan pengobatan penyakit (Syaflimaidisi, 2003). Pendidikan merupakan faktor penentu dalam mengubah pengetahuan dan sikap seseorang. Masyarakat yang mempunyai tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah untuk diberi penyuluhan/ pengarahan, bimbingan dan pembinaan (Ahmad, 1994).

Pembangunan di bidang pendidikan meningkatkan pengetahuan dan pemahaman terhadap kesehatan. Konsep sehat dan sakit menjadi mantap yang mempengaruhi persepsi / pandangan cara hidup dan upaya seseorang untuk dapat meningkatkan derajat kesehatannya. Dengan demikian pemberantasan *Aedes* dirasakan sebagai suatu kebutuhan yang dilestarikan hasilnya sehingga upaya untuk menyetatkan diri dan lingkungannya akan mereka laksanakan secara spontan. Hal ini akan menjadi suatu kebiasaan, sikap dan perilaku seseorang untuk hidup sehat. (Sukana, 1993).

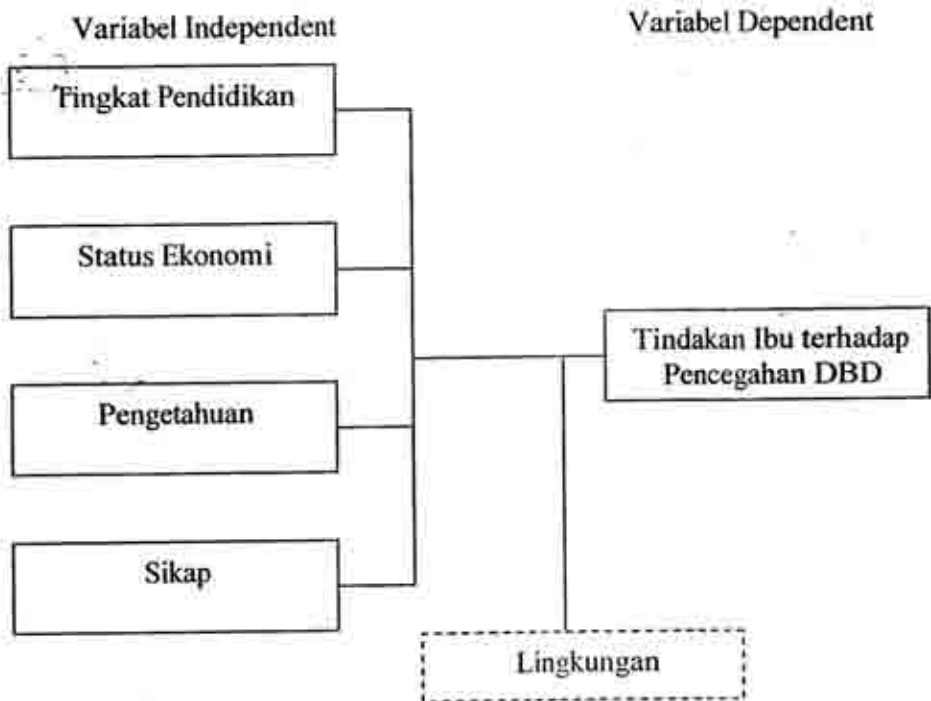
Pendidikan kesehatan mempunyai peranan yang penting dalam mengubah perilaku masyarakat agar searah dengan tujuan pelaksanaan PSN DBD, sehingga menimbulkan perilaku positif dari masyarakat terhadap program pemberantasan sarang nyamuk yang bersifat non insektisida yang efektif yaitu dengan melakukan pembersihan sarang nyamuk (Izar, 2001). Menurut Mandriwati dari hasil penelitian peningkatan peran serta keluarga dalam PSN DBD di Denpasar pendidikan yang tinggi hasil pelaksanaan PSN baik, sedangkan pendidikan rendah hasil pelaksanaan PSN DBD kurang baik (Mandriwati, 2001).

2.7.2 Faktor Ekonomi

Faktor ekonomi merupakan faktor yang juga ikut menentukan timbulnya DBD, sebagai contoh di daerah yang sulit akan air, dimana untuk kebutuhan hidup sehari-hari air harus dibeli, maka pekerjaan untuk menguras bak mandi, tempayan seminggu sekali sangat memberatkan kehidupan mereka. (Sukana, 1993). Ekonomi merupakan suatu indikator keberhasilan keluarga. Apabila tingkat keluarga sudah baik, masyarakat cenderung untuk memperhatikan kesehatan dirinya maupun keluarga dirinya maupun keluarga agar tidak sakit. Apabila tingkat ekonomi kurang memadai masyarakat cenderung untuk memperhatikan kebutuhan sehari-hari untuk bertahan hidup dan sering mengabaikan kesehatan. Menurut Mandriwati dalam penelitian meningkatkan peran serta masyarakat dalam PSN DBD di Denpasar, ekonomi keluarga berpengaruh terhadap upaya pelaksanaan PSN DBD (Mandriwati, 2001).

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan :

- : Variabel yang diteliti
- : Variabel yang tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

- 3.2.1. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan tindakan pencegahan terhadap DBD.
- 3.2.2. Ada hubungan antara status ekonomi dengan tindakan pencegahan DBD.
- 3.2.3. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan pencegahan DBD.
- 3.2.4. Ada hubungan antara sikap dengan tindakan pencegahan DBD.

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan jenis *Cross Sectional Analytic Study*.

4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 2006 sampai Agustus 2007 dan berlokasi di Kelurahan Jati Baru Padang.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah semua ibu rumah tangga yang berada dan bertempat tinggal di Kelurahan Jati Baru Padang.

4.3.2 Sampel

Sampel yang diambil dengan derajat kepercayaan 90% dan penyimpangan perkiraan sama dengan 10% dari populasi yang sebenarnya, maka jumlah sampel diambil berdasarkan rumus berikut :

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times P \times Q}{d^2}$$

n = Jumlah sampel

d = presisi = 0,1

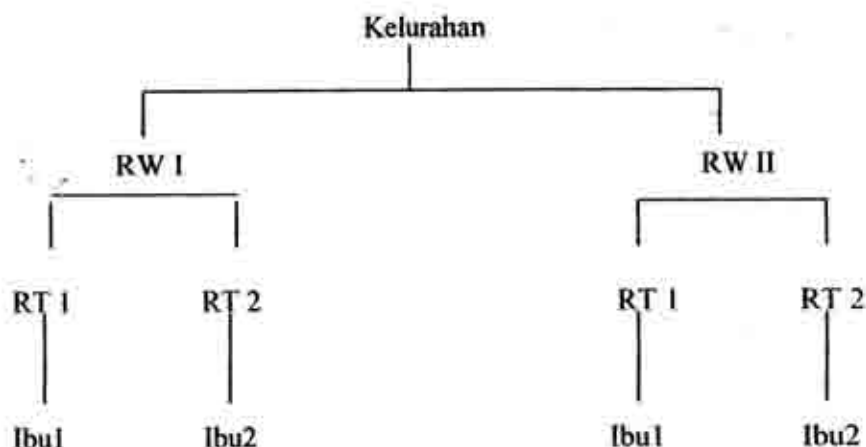
Z α = Deviat baku alpha

Q = 1-P

P = Proporsi partisipasi keluarga dalam pemberantasan sarang nyamuk

DBD 17, 5% = 0,18

Dari hasil perhitungan didapat sampel sebesar 45 orang, dengan menggunakan perkiraan penambahan sampel $\pm 10\%$. Pengambilan sampel dilakukan secara *Multi Stage simple random sampling*, dimana sampel diambil secara bertahap. Tahap pertama diambil 2 sampel secara acak sederhana pada tingkat RW, tahap kedua diambil dari masing-masing RW terpilih 3 sampel RT secara acak sederhana, tahap ketiga diambil sejumlah KK dari RT terpilih secara acak sederhana.



Kriteria sampel :

1. Kriteria inklusi : Ibu-ibu rumah tangga yang berada dan bertempat tinggal di Kelurahan Jati Baru.
2. Kriteria eklusi :
 - a. Responden tidak bersedia diwawancarai.
 - b. Responden tidak berada di rumah dalam 2 kali kunjungan
 - c. Responden tidak mampu berkomunikasi karena sakit, bisu atau tuli.
 - d. Responden berjumlah lebih dari satu orang dalam satu rumah.

4.4 Pengumpulan Data

Data primer : diperoleh dengan menggunakan kuesioner terhadap responden

Data sekunder : diperoleh dari Puskesmas Andalas Padang, Lurah Jati Baru Padang.

4.5 Variabel dan Pengukuran

Variabel	Skala	Pengukuran	Kategori
1. Dependent a. Tindakan Ibu terhadap pencegahan DBD	Ordinal	Kuesioner, no 31 - 38	Baik Kurang
2. Independent a. Status ekonomi	Ordinal	Standar nasional yang dikeluarkan BPS 2003	Miskin Tidak miskin
b. Tingkat pendidikan Ibu	Ordinal	Kuesioner, no 2	Tinggi Rendah
c. Pengetahuan Ibu mengenai DBD	Ordinal	Kuesioner, no 7 - 21	Baik Kurang
d. Sikap Ibu mengenai DBD	Ordinal	Kuesioner, no 22 - 30	Positif Negatif

4.6 Instrumen Penelitian

Alat yang digunakan dalam pengumpulan data primer adalah kuesioner.

4.7 Pengolahan dan Analisis Data

Data yang terkumpul diolah secara manual dengan metode tabulasi. Sedangkan analisis data dilakukan secara deskriptif menggunakan tabel frekuensi yang disusun berdasarkan hasil kuesioner dan untuk melihat hubungan antara variabel terikat dengan satu variabel bebas dengan jenis data ordinal, maka dilakukan pengujian statistik Chi-square, dengan derajat bermakna bila χ^2 hitung lebih besar dari χ^2 tabel.

Rumus statistik yang dipakai :

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

χ^2 = Chi-square yang dicari \gg

O = Hasil Observasi

E = Nilai yang diharapkan

Namun jika nilai $E < 5$, maka digunakan koreksi Yates dengan rumus :

$$\chi_c^2 = \sum \frac{(O-E-\frac{1}{2})^2}{E} \quad (\text{Eko Budiarto, 2002}).$$

3.8 Definisi Operasional

3.8.1. Pengetahuan

Pengetahuan baik formal maupun informal tentang penyakit DBD, pencegahan DBD. Pengetahuan dinilai dari lima belas pertanyaan, setiap jawaban yang benar diberi nilai satu, sedangkan jawaban yang salah diberi nilai nol. Hasil ukur baik adalah jika skor total besar dari rata-rata. Nilai kurang adalah jika skor total kecil atau sama dengan rata-rata.

3.8.2. Sikap

Sikap merupakan sikap ibu rumah tangga terhadap pencegahan DBD. Setiap jawaban diberi nilai. Sikap diukur dari pernyataan dari sikap yang terdiri dari lima pernyataan positif (+), dan 4 pernyataan negatif (-) dengan skala Likert. Untuk setiap pernyataan sikap positif (+) : sangat setuju (SS) diberi nilai 5, setuju (S) diberi nilai 4, ragu-ragu (RR) diberi nilai 3, tidak setuju (TS) diberi nilai 2, dan sangat tidak setuju (STS) diberi nilai 1. Dan untuk pernyataan sikap negatif (-) : sangat setuju (SS) diberi nilai 1, setuju (S) diberi nilai 2, ragu-ragu

(RR) diberi nilai 3, tidak setuju (TS) diberi nilai 4, dan sangat tidak setuju (STS) diberi nilai 5. Hasil ukur positif jika skor total besar dari rata-rata, dan negatif jika skor total kecil atau sama dengan rata-rata.

3.8.3. Tindakan

Tindakan merupakan tindakan ibu rumah tangga terhadap pencegahan DBD. Tindakan dinilai dari delapan pertanyaan. Setiap jawaban dengan tindakan yang benar diberi nilai satu dan untuk tindakan yang salah diberi nilai nol. Hasil ukur baik jika skor total besar dari rata-rata. Nilai kurang jika skor total kecil atau sama dengan rata-rata.

3.8.4. Ibu rumah tangga

Wanita yang mempunyai suami dan anak.

3.8.5. Pendidikan

Tingkat pendidikan dibagi dua :

- i. Tinggi : PT, SMA dan sederajatnya.
- ii. Rendah : SMP, SD dan sederajatnya, tidak sekolah.

3.8.6. Pendapatan

adalah rata-rata pendapatan perorangan perbulan menurut standar nasional yang dikeluarkan oleh Biro Pusat Statistik tahun 2003 untuk daerah perkotaan di Sumatera Barat :

- i. Tidak miskin : \geq Rp. 163.038,- / orang / bulan
- ii. Miskin : $<$ Rp. 163.038,- / orang / bulan

HASIL PENELITIAN**5.1 Analisis Situasi**

Kelurahan Jati Baru adalah salah satu dari 10 kelurahan yang ada di Kecamatan Padang Timur. Kelurahan ini memiliki luas wilayah 140 ha dan berada pada ketinggian 8 meter dari permukaan laut. Kelurahan Jati Baru didiami oleh 6.561 jiwa penduduk, terdiri dari 10 Rukun Warga (RW), dan 33 Rukun Tetangga (RT) dengan 1.381 Kepala Keluarga.

Dalam upaya pencegahan DBD di Kelurahan Jati Baru ini telah banyak usaha yang dilakukan yaitu penyuluhan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah oleh petugas Puskesmas, abatisasi serta fogging. Kendala yang sering ditemui dalam pembagian bubuk abatisasi adalah masih banyak masyarakat yang tidak mau memasukkan bubuk abate ke dalam bak mandi. Karena mereka beranggapan bubuk abate tersebut terbuat dari bahan kimia yang dapat merusak kesehatan. Usaha penyuluhan juga belum mencapai sasaran keseluruhan penduduk karena baru dilakukan di tingkat Puskesmas dan Posyandu. Fogging yang dilakukan di Kelurahan Jati Baru adalah fogging fokus yang dilakukan apabila ditemukan penderita yang positif mengidap penyakit DBD.

5.2 Hasil Penelitian

Telah dilakukan pengumpulan data pada tanggal 15 sampai 16 Juli 2007 terhadap ibu rumah tangga di Kelurahan Jati Baru Kecamatan Padang Timur Kota

Padang melalui kuesioner dari 45 orang sampel. Pengolahan data kuesioner ditampilkan pada tabel-tabel berikut :

5.2.1. Analisis Univariat

Tabel 5.1. Distribusi Tingkat Pendidikan Ibu-Ibu Rumah Tangga di Kelurahan Jati Baru

Tingkat Pendidikan	n	%
Tinggi	40	89
Rendah	5	11
Jumlah	45	100

Pada tabel 5.1 terlihat bahwa sebagian besar responden (89%) dengan tingkat pendidikan yang tinggi.

Tabel 5.2 Distribusi Status Ekonomi Ibu-Ibu Rumah Tangga di Kelurahan Jati Baru.

Status Ekonomi	n	%
Tidak Miskin	27	60
Miskin	18	40
Jumlah	45	100

Dari tabel 5.2 terlihat bahwa pada umumnya responden status ekonomi responden tidak miskin (60%).

Tabel 5.3. Distribusi Tingkat Pengetahuan Ibu-Ibu Rumah Tangga Mengenai DBD di Kelurahan Jati Baru .

Tingkat Pengetahuan	n	%
Baik	25	55
Kurang	20	45
Jumlah	45	100

Dari tabel 5.3 terlihat bahwa lebih dari separuh responden mempunyai pengetahuan yang baik mengenai DBD (55%).

Tabel 5.4. Distribusi Sikap Ibu-Ibu Rumah Tangga Mengenai DBD di Kelurahan Jati Baru .

Sikap	n	%
Positif	24	53,33
Negatif	21	46,67
Jumlah	45	100

Dari tabel 5.4 terlihat bahwa lebih dari separuh responden mempunyai sikap yang positif mengenai DBD (53,33%).

Tabel 5.5. Distribusi Tindakan Ibu-Ibu Rumah Tangga Terhadap Pencegahan DBD di Kelurahan Jati Baru .

Tindakan	n	%
Baik	19	42
Kurang	26	58
Jumlah	45	100

Dari tabel 5.5 terlihat bahwa lebih dari separuh responden masih mempunyai tindakan yang kurang terhadap pencegahan DBD (58%).

5.2.2 . Analisis Bivariat

Tabel 5.6 Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Tindakan Pencegahan DBD

Tingkat Pendidikan	Tindakan Pencegahan DBD				Total	
	Baik		Kurang		n	%
	n	%	n	%		
Tinggi	18	45	22	55	40	100
Rendah	1	20	4	80	5	100
Jumlah	19		26		45	

$$X^2 = 2,388$$

$$df = 1$$

Dari tabel 5.6 menunjukkan adanya kecenderungan responden yang berpendidikan tinggi memiliki tindakan yang baik (45%) terhadap pencegahan DBD bila dibandingkan dengan responden dengan tingkat pendidikan rendah (20%). Dari uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan tindakan pencegahan DBD.

Tabel 5.7 Hubungan antara Status ekonomi dengan Tindakan Pencegahan DBD

Status Ekonomi	Tindakan Pencegahan DBD				Total	
	Baik		Kurang		n	%
	n	%	n	%		
Tidak Miskin	17	63	10	37	27	100
Miskin	2	12	16	88	28	100
Jumlah	19		26		45	

$$X^2 = 11,9$$

$$df = 1$$

Dari data tabel 5.7 menunjukkan adanya kecenderungan bahwa responden yang tidak miskin memiliki tindakan pencegahan DBD yang baik (63%) dibandingkan dengan responden yang miskin (12%). Dari uji statistik didapatkan hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan tindakan responden terhadap pencegahan DBD.

Tabel 5.8 Hubungan antara Pengetahuan dengan Tindakan Pencegahan DBD

Pengetahuan	Tindakan Pencegahan DBD				Total	
	Baik		Kurang		n	%
	n	%	n	%		
Baik	15	60	10	40	25	100
Kurang	4	25	16	75	20	100
Jumlah	19		26		45	

$$X^2 = 7,27$$

$$df = 1$$

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Tingkat Pendidikan, Status Ekonomi, Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Pencegahan DBD

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Kelurahan Jati Baru terhadap 45 orang responden, didapatkan tingkat pendidikan responden lebih banyak berpendidikan tinggi (89%). Hasil ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Widyana (1997) di Kabupaten Bantul yang mendapatkan bahwa 87% dari responden berpendidikan rendah. Hal ini diasumsikan Kelurahan Jati Baru berada di daerah perkotaan, sehingga masyarakatnya mengenyam pendidikan yang lebih tinggi dari masyarakat di Kabupaten Bantul.

Pada umumnya status sosial ekonomi responden yakni tidak miskin (60%). Hasil penelitian ini sama dengan Noviana (2001) di Kelurahan Andalas yang mendapatkan bahwa 64% responden dengan status ekonomi tidak miskin.

Dilihat dari segi pengetahuan, lebih dari separuh responden di Kelurahan Jati Baru ini mempunyai pengetahuan yang baik mengenai penyakit DBD (55%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Holani Achmad (1992) di Wonosari yang mendapatkan pengetahuan yang baik (50%) tentang DBD. Hal ini dapat dikaitkan dengan tingginya pendidikan sebagian besar ibu-ibu rumah tangga di Kelurahan Jati Baru. Pendidikan yang tinggi melatarbelakangi penduduk untuk bisa mengetahui tentang DBD.

Lebih dari separuh responden sudah mengetahui pengertian dari DBD, penyebab penyakit, nyamuk penular. Umumnya responden belum mengetahui

dengan benar penyebab atau faktor yang menyebabkan timbulnya penyakit demam berdarah. Mereka beranggapan bahwa penyebab penyakit demam berdarah dengue adalah nyamuk. Responden umumnya juga belum mengetahui dengan benar bagaimana siklus hidup nyamuk, kapan nyamuk beraktivitas menghisap darah manusia. Begitu pula mengenai konsep pemberantasan sarang nyamuk atau tempat berkembangbiaknya nyamuk belum diketahui dengan baik. Kurang efektifnya penyuluhan menyebabkan sebagian besar masyarakat kurang informasi untuk mengetahui manfaat pemberantasan (Kasnodihardjo, 1994). Hal ini dapat diketahui dengan sebagian besar responden tidak mengetahui tujuan pengasapan (fogging), abatisasi, dan PSN DBD.

Dari segi sikap, lebih dari separuh ibu-ibu rumah tangga di Kelurahan Jati Baru mempunyai sikap yang positif (53,33%). Dan ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Sumengen Kasnodihardjo (1994), dimana 71% ibu-ibu rumah tangga di Sukabumi menunjukkan sikap positif terhadap pencegahan penyakit DBD. Sikap dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu pengalaman pribadi, interaksi sosial, pengaruh orang lain yang dianggap penting, kebudayaan, informasi serta faktor emosional (Notoatmodjo, 2003). Hasil ini mungkin dipengaruhi oleh tingkat pendidikan responden yang tinggi sehingga mereka bisa bersikap dengan dasar pengetahuan yang baik.

Lebih dari separuh ibu-ibu rumah tangga di Kelurahan Jati Baru masih kurang tindakannya dalam pencegahan DBD (58%). Angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan dengan penelitian Sumengen Kasnodihardjo (1994) di Sukabumi (46%). Hal ini mungkin dipengaruhi oleh perbedaan sosial budaya responden dari kedua tempat penelitian. Responden pada umumnya masih belum melakukan

tindakan penting seperti menguras bak mandi, dan tempat penampungan air, membersihkan halaman, tanaman hias, mengubur kaleng bekas dan lain-lain yang berhubungan dengan tindakan pencegahan penyakit DBD.

Tindakan penting ini belum dilakukan sehingga dengan sendirinya mendukung penyebaran penyakit demam berdarah dan kurang mendukung upaya pemberantasan penyakit tersebut. Munculnya perilaku karena adanya perkembangan yang dialami seseorang, diperoleh melalui proses pendidikan maupun pengalaman merupakan bagian yang sangat penting dalam terbentuknya tindakan masyarakat dalam terbentuknya tindakan masyarakat terhadap upaya pencegahan DBD (Azrul, 1983).

6.2 Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Tindakan Pencegahan DBD

6.2.1 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Tindakan Pencegahan DBD

Persentase ibu rumah tangga yang melaksanakan tindakan pencegahan DBD dengan baik ditemukan pada responden dengan pendidikan tinggi sekitar 45%, dibandingkan dengan responden dengan pendidikan rendah hanya 20%. Sehingga dapat dilihat bahwa sebagian besar responden dengan pendidikan tinggi masih kurang tindakannya dalam pencegahan DBD (55%). Dari uji statistik tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan tindakan pencegahan DBD. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Chrisni Utami, dkk di Semarang (1994) yang mendapatkan tingkat pendidikan kurang berpengaruh terhadap kejadian DBD.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan Susi (1999) yang mengatakan bahwa pendidikan mempunyai hubungan yang bermakna

dengan tindakan pencegahan penyakit DBD. Menurut Sarwono, pendidikan akan mempengaruhi pola pikir seseorang sehingga lebih cepat dan lebih mudah untuk menerima suatu ide baru. Diasumsikan seseorang yang mempunyai pendidikan tinggi akan mempunyai pengetahuan yang tinggi pula terhadap demam berdarah yang akan berpengaruh positif dalam perilakunya.

Dengan tingginya tingkat pendidikan seseorang, tidak selalu menyebabkan timbulnya suatu tindakan pencegahan DBD, jika tidak diiringi dengan kepekaan dan kepedulian seseorang akan pentingnya tindakan pencegahan DBD. Ibu-ibu di Jati Baru lebih dari separuhnya bekerja di luar rumah. Seseorang yang bekerja terus menerus untuk mencukupi kebutuhan keluarga akan mengenyampingkan tindakan untuk hidup sehat, salah satunya tindakan pencegahan DBD yang disebabkan oleh padatnya aktivitas yang dia lakukan di luar rumah.

6.2.2 Hubungan Status Ekonomi dengan Tindakan Pencegahan DBD

Diketahui persentase ibu rumah tangga berdasarkan tingkat ekonomi didapatkan tindakan yang baik terhadap pencegahan DBD lebih tinggi pada ibu rumah tangga dengan status ekonomi tidak miskin (63%), dibandingkan dengan yang miskin (12%). Ekonomi merupakan suatu indikator keberhasilan keluarga, apabila tingkat ekonomi keluarga tidak miskin masyarakat cenderung memperhatikan kesehatan dirinya maupun keluarga agar tidak sakit. Apabila tingkat ekonomi kurang masyarakat cenderung memperhatikan kebutuhan sehari-hari untuk bertahan hidup dan sering mengabaikan kesehatan.

Perbedaan berdasarkan tingkat ekonomi bermakna secara statistik artinya ibu rumah tangga yang ekonomi tidak miskin cenderung untuk melaksanakan

pencegahan DBD. Penelitian ini sama dengan Mandriwati (2001) di Denpasar, tingkat ekonomi mempunyai peranan penting dalam pelaksanaan PSN DBD dan berpengaruh terhadap upaya pelaksanaan PSN DBD. Apabila tingkat ekonomi baik, maka pelaksanaan DBD akan baik pula.

Ekonomi masyarakat di Kelurahan Jati Baru juga dapat dilihat dari tipe rumah, dimana tipe rumah menengah ke atas cenderung untuk memiliki bak mandi yang terbuat dari keramik, dibandingkan dengan tipe rumah menengah ke bawah (miskin) memiliki bak mandi yang terbuat dari semen. Jumlah larva *Ae. aegypti* di dalam tempat berkembangbiak dipengaruhi oleh kasar-halusnya dinding TPA, warna TPA, dan kemampuan TPA menyerap air. Pada TPA yang kasar, gelap dan mudah menyerap air, jumlah telur yang diletakkan lebih banyak sehingga larva yang terbentuk juga lebih banyak. Sebaliknya, pada TPA yang licin, berwarna terang tidak menyerap air, jumlah larva yang diletakkan lebih sedikit sehingga larva yang terbentuk juga sedikit (Saleha, 2005).

6.2.3 Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Tindakan Pencegahan DBD

Dari tabel hubungan pengetahuan dengan tindakan pencegahan DBD diperoleh bahwa responden yang lebih banyak melakukan tindakan pencegahan yang baik adalah responden dengan pengetahuan yang baik terhadap penyakit demam berdarah (60%) bila dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan kurang (25%). Artinya, semakin baik tingkat pengetahuan seseorang, maka semakin baik pula tindakan pencegahan DBD.

Pranoto dan Amirul Munif (1999) melalui penelitiannya di Batam mendapatkan bahwa kaitan tempat perindukan vektor dengan pengetahuan dan

sikap perilaku masyarakat memegang peranan penting dalam pencegahan demam berdarah, melalui cara pengendalian vektor. Pengetahuan sangat penting di dalam bertindak. Pengetahuan yang ada pada seseorang akan memberi corak pada perbuatan atau tingkah laku seseorang. Seseorang yang mempunyai pengetahuan yang baik akan cenderung bertindak lebih baik, sedangkan bagi mereka yang berpengetahuan kurang baik cenderung untuk tidak bertindak (Green, 1980).

Hal ini diperkuat oleh penelitian Izar di Purwokerto (2001), dimana pengetahuan yang baik hasil pelaksanaan PSN DBD akan baik. Holani Achmad (1992) pada penelitiannya di Kecamatan Wonosari Kabupaten Gunung Kidul mengatakan bahwa variabel yang mempengaruhi partisipasi ibu rumah tangga terhadap pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk cukup bermakna adalah pengetahuan ibu rumah tangga.

Dari hasil analisis pengetahuan dengan tindakan pencegahan DBD diperoleh bahwa responden dengan pengetahuan baik masih kurang tindakannya dalam pencegahan DBD, yakni sebesar 40%. Pengetahuan ibu rumah tangga tentang penyakit DBD sangat berperan dalam menunjang pencegahan DBD. Namun pengetahuan yang tinggi saja tidak menjamin sepenuhnya akan selalu melakukan tindakan pencegahan DBD jika tidak diiringi dengan kesadaran akan pentingnya pencegahan DBD.

6.2.3 Hubungan Sikap dengan Tindakan Pencegahan DBD

Persentase ibu rumah tangga yang melaksanakan tindakan pencegahan DBD dengan baik lebih tinggi pada responden yang menunjukkan sikap positif (81%) dibandingkan dengan responden yang menunjukkan sikap negatif (8,33%).

Perbedaan pelaksanaan tindakan pencegahan DBD berdasarkan sikap bermakna secara statistik, artinya ibu rumah tangga yang bersikap positif cenderung untuk melaksanakan pencegahan DBD, sementara yang bersikap negatif cenderung untuk tidak melaksanakan pencegahan DBD.

Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Izar di (2001) di Purwokerto, yang mengatakan bahwa responden yang mempunyai sikap positif terhadap penyakit DBD mempunyai tindakan pemberantasan yang baik pula. Sikap menggambarkan suka atau tidak terhadap suatu objek. Sikap juga merupakan kesediaan dan kesiapan seseorang untuk melakukan tindakan. Sikap yang positif dalam upaya pencegahan DBD ditunjukkan dengan adanya kesediaan dan kesiapan untuk melaksanakan pencegahan DBD.

Sikap masyarakat yang kurang mendukung dalam pemberantasan vektor merupakan resiko penyebab terjadinya penyakit DBD (Imari, 2003). Penyakit DBD berkaitan erat dengan faktor lingkungan hidup dan sikap serta perilaku utama menyangkut lingkungan hidup sekelilingnya (Samsi, 2000).

Dari hasil penelitian diketahui tingginya kasus DBD di kelurahan Jati Baru dilihat dari sikap ibu rumah tangga yang hanya sebatas menerima, merespon dan menghargai, belum tentu termasuk dalam tingkat bertanggung jawab atas sesuatu yang telah dipilih dan dikerjakan oleh ibu rumah tangga sehingga kasus DBD tinggi di kelurahan Jati Baru. Pengetahuan, sikap dan kebiasaan masyarakat merupakan faktor resiko yang erat kaitannya dengan kejadian demam berdarah (Widyana, 1998).

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 . Kesimpulan

Dari penelitian yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Sebagian besar ibu rumah tangga di Kelurahan Jati Baru berpendidikan tinggi .
2. Pada umumnya ibu rumah tangga di Kelurahan Jati Baru tidak miskin.
3. Lebih dari separuh ibu rumah tangga di Kelurahan Jati Baru mempunyai tingkat pengetahuan pencegahan DBD yang baik.
4. Lebih dari separuh ibu rumah tangga di Kelurahan Jati Baru menunjukkan sikap yang positif terhadap DBD
5. Tindakan ibu rumah tangga di Keluraahn Jati Baru masih kurang tindakannya terhadap pencegahan DBD, terutama dalam hal membersihkan tempat perindukan nyamuk penular, dan habitatnya.
6. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan tindakan pencegahan DBD.
7. Terdapat hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan tindakan pencegahan DBD.
8. Terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan tindakan pencegahan DBD.
9. Terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan tindakan pencegahan DBD.

7.2 Saran

1. Meningkatkan tingkat pengetahuan masyarakat melalui upaya penyuluhan kesehatan tentang DBD, dengan penekanan pengertian mengenai transmisi nyamuk penular dan cara pemberantasan penyakit yang dikemas dalam bentuk acara-acara hiburan dalam kelompok, perorangan, maupun melalui media massa.
2. Meningkatkan peran serta masyarakat melalui pemberantasan sarang nyamuk "3M plus", serta dengan kegiatan seperti gotong royong setiap hari Minggu, gerakan Jumat bersih yang dilakukan setiap hari Jumat, maupun dengan lomba rumah bersih dengan tujuan menjaga kebersihan lingkungan masyarakat agar terhindar dari nyamuk *Aedes aegypti*.
3. Membina kerjasama Lintas Sektoral dengan pihak Pemerintah Daerah, Rumah sakit Umum/Swasta dalam hal pelaporan kesakitan dan kematian serta penanggulangan KLB DBD.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad H. *Demam Berdarah Dengue Epidemiologi dan Pemberantasan di Indonesia*. Direktorat Jenderal PPM dan PLP, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 1986.
- *Variabel yang Mempengaruhi Partisipasi Ibu-Ibu Rumah Tangga dalam Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk*. Cermin Dunia Kedokteran no. 119. Jakarta, 1997.
- Azrul, A., *Pengantar Perilaku Kesehatan*, PT Sastra Budaya, 1983
- Chin, J, MD, MPH American Public Health Association, *Control of Communicable Disease Manual*, Washington DC, 2000.
- Chrisni, Utami, dkk, *Beberapa Faktor Resiko yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue*. Medika, No 3 Tahun 1995.
- Cussi L S, Saleha S. *Upaya Mengatasi Faktor-Faktor Penghambat Pemberantasan DBD*. Majalah Kedokteran Indonesia, 55: 11: 686-690, 2005
- Data Sub Direktorat Arbovirolosis, Direktorat P2B2, Direktorat Jenderal PPMPL, 17 Maret 2004.
- Departemen Kesehatan RI. *Pokok-pokok Kegiatan dan Pengelolaan Gerakan PSN -DBD*, Direktorat Jenderal PPM dan PLP, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 1995.
- Departemen Kesehatan RI. *Petunjuk Teknis Pemberantasan Nyamuk Penular Penyakit DBD*. Direktorat Jenderal PPM dan PLP, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 1992.
- Dinas Kesehatan Kota Padang. *Laporan Perkembangan Penyakit DBD dari Tahun 2003-2006*. Padang, 2007.
- Hadi SRA, Yunarti. *Pengamatan Entomologi Daerah Endemis dan Non Endemis DBD di Kabupaten Groban Jawa Tengah*. Jurnal Kedokteran Yarsi; 95:52-58, 2004.
- Harsono FXR. *Penemuan dan Pengobatan Penderita DBD di Puskesmas*. Medika no 18 vol 5, Jakarta, 1992. Hal 60-8.
- Hasyimi M., Adisasmito, BBW. *Dampak Peran serta Masyarakat dalam Pencegahan DBD terhadap Kepadatan Vektor di Kecamatan Pulau*

Gadung Jakarta Timur. Cermin dunia Kedokteran no.119, Jakarta, 1997. Hal 13-5.

Hendorwanto. Dengue. Dalam : Soeparman, ed. *Ilmu Penyakit Dalam jilid I Edisi Ke 4, Jakarta. UI Press, 2004. Hal 417-426.*

Izar.A, Ali, *Partisipasi Masyarakat dalam PSN DBD di Purwokerto, Media Komunikasi Pokjanal dan Pokja DBD, No.5, 2001.*

Kasnodiardjo, S, *Aspek Perilaku dalam Kaitannya dengan Penyakit demam Berdarah di Kodya Sukabumi, Cermin Dunia Kedokteran No. 92, 1994.*

Kristina, Isminah, dkk, *Demam Berdarah Dengue, Balitbangkes, 2004*

Mandriwati, *Peningkatan Peran serta Keluarga dalam Penanggulangan DBD di Desa Tegal Kerta Denpasar Barat, Bina DIK Nakes Media Informasi dan Edukasi no.38, Januari 2001*

Mansjoer Arif, dkk.*Kapita Selekta Kedokteran. Jilid I Edisi Ke 3, Media Aesculapius ;FKUI, Jakarta, 2001. Hal 428-433.*

Nathin MA, Harun SR. *Penatalaksanaan Demam Berdarah. Majalah Dokter Keluarga no.8, Jakarta, September, 1991. Hal 20-23.*

Notoatmodjo S. *Konsep Prilaku dan Prilaku Kesehatan. Dalam Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Prilaku Kesehatan. Yogyakarta: Andi Offset, 2003.*

Padmasutra L, Anggraini I, dkk. *Pengetahuan Masyarakat di Kelurahan Penjaringan Mengenai DBD dan Partisipasi dalam Pencegahan. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia no 6, Jakarta, 1993. Hal 325-332.*

Pranoto, Amirul Munif, *Kaitan Tempat Perindukan Vektor Dengan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Terhadap penyakit DBD Di Kodya Batam. Jakarta, 1999.*

Purjanto. *Penyuluhan Pencegahan DBD Bagi Guru UKS Sekolah Dasar dengan Diskusi Kelompok dan Simulasi. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia no 2, Jakarta, 1997. Hal 77-87.*

Rezeki S, dkk. *Demam Berdarah Dengue Naskah Lengkap. FKUI, Jakarta, 2005*

Saleha Sungkar. *Bionomik Ae.aegypti, Vektor Demam Berdarah Dengue. Majalah Kedokteran Indonesia, Jakarta, 2005. 55 (4) :384-389*

Saleha Sungkar. *Pemberantasan Vektor Demam Berdarah Dengue. Majalah Kedokteran Indonesia, Jakarta, 2005.55 (5) : 407-411.*

- Samsi KT, Susanto I. *DBD di Bagian Ilmu Kesehatan Anak RS Sumber Waras*. Cermin Dunia Kedokteran no 61, Jakarta, 1990. Hal 3-6.
- Samsi K. *Demam Berdarah Dengue*, Ebers Papyrus, 2000;7:164-5.
- Santoso Soeroso. *Demam Berdarah Dengue dan Peran Serta Masyarakat*. Majalah Medicinal, Jakarta, 2004. 4 (5) : 3-4.
- Sastroasmoro, S. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta, 2002.
- Sugito. *Aspek Entomologi DBD. Semiloka Berbagai Aspek DBD dan Penanggulangannya*. UI. Depok, Bogor, 1989.
- Sukana, B, *Pemberantasan Vektor DBD di Indonesia*, Media Litbangkes vol.III No. 01/1993.
- Suroso T. *Development of DHF control Policy in Indonesia from 1968 to 2000*. Jakarta : Depkes RI, 2000.
- Suroso T. *Epidemiologi Dengue*. Majalah Dokter Keluarga. No 8. Jakarta, September, 1990. Hal 9-13.
- Sutrisno A. *Pengalaman Melaksanakan Pemberantasan Penyakit DBD dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk dan Ikanisasi di Kecamatan Kemlagi*. Medika, 1991.5.402-6.
- Suwasono H. *Berbagai Cara Pemberantasan Larva Ae.aegypti*. Majalah Cermin Dunia Kedokteran, Jakarta, 1997. 119: 32-34.
- Syocib AA, dkk. *Kejadian Dengue Haemorrhagic Fever Selama 3 Tahun Terakhir (Januari 1969-Desember 1981) di Bagian Ilmu Kesehatan Anak RSUP Dr. M Djamil Padang*. Disampaikan pada Simposium Kegawatan pada Anak Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang, 1982.
- WHO. *Demam Berdarah Dengue, Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan dan Pengendalian*. Jakarta, 2003.
- Widyana. *Faktor-faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian DBD di Kabupaten Bantul*. Jurnal Epidemiologi Indonesia vol 2 ed: Jakarat, 1998. Hal 7-10.

Lampiran 1

Kuesioner penelitian

Faktor-faktor yang berhubungan dengan tindakan ibu terhadap Pencegahan DBD di Kelurahan Jati Baru Padang.

Responden adalah ibu rumahtangga

Nomor responden :

Nama :

I. Karakteristik ibu

1. Umur : th
2. Pendidikan terakhir : SD SMP SMA Akademi/PT
3. Pekerjaan utama Ibu :
4. Pekerjaan utama Suami :
5. Pendapatan keluarga sebulan :
6. Jumlah tanggungan keluarga sebulan :

II. Pengetahuan

7. Apakah yang dimaksud dengan demam berdarah dengue?:
a. Penyakit yang ditularkan oleh nyamuk penular DBD
b. Demam menggigil
c. Demam biasa
8. Kelompok umur berapa beresiko tinggi terhadap terjadinya DBD?
a. Anak balita
b. Anak sekolah
c. Dewasa
d. Tidak tahu
9. Menurut ibu cara penularan penyakit DBD adalah:
a. Dari lalat ke nyamuk
b. Dari orang ke orang
c. Dari nyamuk ke orang
d. Tidak tahu
10. Apakah ibu tahu nyamuk apa penular DBD?
a. Anopheles
b. Aedes
c. Culex
d. Tidak tahu
11. Bagaimana siklus nyamuk demam berdarah?:
a. Telur-nyamuk-jentik
b. Jentik-nyamuk-telur
c. Telur-jentik-pupa-nyamuk
12. Apa ciri-ciri nyamuk penular DBD?
a. seperti nyamuk biasa.
b. Badan kecil, belang-belang putih pada badan, sayap, kaki
c. Tidak tahu
13. Kapan nyamuk penular DBD biasa mengisap darah manusia?
a. Setiap waktu
b. Malam hari
c. Pagi dan sore
d. tidak tahu
14. Dimana tempat nyamuk dewasa biasa hidup?
a. di dalam rumah, dan sekitar rumah.
b. semak-semak
c. rawa-rawa
d. tidak tahu
15. Dimana tempat nyamuk berkembang biak?
a. di air kotor / selokan
b. bak mandi, tempayan, kaleng bekas, dan ban bekas.
c. air tergenang di atas tanah
d. sungai

16. Menurut ibu berapa kali menguras bak mandi dan penampungan air?
- Satu kali seminggu
 - satu kali dua minggu
 - satu kali sebulan
 - tidak tahu
17. Apa yang ibu ketahui tentang fogging/penyemprotan?
- obat yang digunakan untuk membunuh jentik nyamuk
 - penyemprotan untuk membunuh nyamuk dewasa
 - tidak tahu
18. Apa yang ibu ketahui tentang abatisasi(pemberian bubuk abate)?
- obat yang digunakan untuk membunuh jentik nyamuk
 - penyemprotan untuk nyamuk dewasa
 - tidak tahu
19. Apa yang ibu ketahui tentang PSN3M?
- penyemprotan nyamuk oleh petugas
 - menguras bak mandi, menutup tempat penampungan air, mengubur barang bekas.
 - hanya sebuah iklan di televisise.
 - tidak tahu.
20. Apa tujuan dari PSN DBD?
- untuk menghilangkan tempat perindukan nyamuk.
 - untuk memberantas nyamuk dewasa.
 - tidak tahu.
21. Menurut ibu apakah pemberantasan sarang nyamuk penting untuk dilaksanakan terus-menerus?
- Ya.
 - Tidak

III. Sikap

Pernyataan Sikap	SS	S	RR	TS	STS
22. Bagaimana menurut ibu bila dilakukan penyemprotan /fogging ke rumah-rumah					
23. Bagaimana menurut ibu bila diajak untuk mendatangi tempat penyuluhan tentang DBD					
24. Bagaimana menurut ibu bila tempat penampungan air dan bak mandi diberi abate					
25. Bagaimana menurut ibu bila melakukan penguburan barang-barang bekas yang menjadi tempat berkembang jentik nyamuk					
26. Bagaimana menurut ibu bila membiarkan pakaian bergelantungan					
27. Bagaimana menurut ibu bila diajak bergotong royong membersihkan lingkungan untuk mencegah penyakit DBD					
28. Bagaimana menurut ibu bila menutup rumah bila ada penyemprotan oleh petugas kesehatan					
29. Bagaimana menurut ibu bila tidak mengganti minuman burung atau vas bunga setiap minggu					
30. Bagaimana menurut ibu bahwa tidak perlu membersihkan kolong tempat tidur dan					

tumpukan barang-barang bekas untuk mencegah penyakit DBD					
----------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

IV. Tindakan

31. Berapa kali ibu menguras bak mandi?
- Satu kali seminggu.
 - Satu kali dua minggu
 - Satu kali sebulan
 - Satu kali dua bulan.
32. Berapa kali ibu menguras tempat penampungan air?
- Satu kali seminggu
 - Satu kali dua minggu.
 - Satu kali sebulan .
 - Satu kali dua bulan.
33. Apa yang ibu lakukan untuk menghindari gigitan nyamuk?
- Memakai obat nyamuk bakar, semprot, lotion atau listrik
 - Memakai kelambu.
 - Tidak memakai apa-apa.

Pernyataan Tindakan	Ya	Tidak
34. Pekarangan rumah bersih dari kaleng dan ban bekas yang dapat menampung air		
35. Menutup tempat penampungan air		
36. Mengubur kaleng bekas		
37. Memasang kawat nyamuk		
38. Melipat kain yang tergantung		

Lampiran 2

Data Kasus DBD per Kelurahan di Kecamatan Padang Timur
Kota Padang Tahun 2003-2006

No.	Kelurahan	Tahun 2003		Tahun 2004		Tahun 2005		Tahun 2006	
		P	M	P	M	P	M	P	M
1.	Sawah	3	0	4	0	24	0	1	0
2.	Jati Baru	12	0	13	0	16	0	17	0
3.	Jati -	11	0	8	0	23	1	11	0
4.	Sawah Timur	4	0	6	.	15	0	12	0
5.	Simpang Haru	2	0	1	0	10	0	4	0
6.	Kubu Marapalam	6	0	8	0	10	1	12	0
7.	Andalas	2	0	12	1	16	0	16	0
8.	Kubu Dalam Parak Karakah	5	0	6	0	11	0	16	0
9.	Ganting Timur	5	0	1	0	9	0	5	0
10	Ganting Parak Gadang	6	0	6	0	17	0	4	0
Jumlah		56	0	65	1	151	2	98	0

Lampiran 3
 Analisis statistik
 Perhitungan Uji statistik Chi Square

Tabel 5.6

O	E	(O-E)	(O-E) ²	(O-E) ² /E
18	16,89	1,11	1,2321	0,07
22	23,11	-1,11	1,2321	0,05
1	2,11	-1,11	1,2321	0,55
4	2,89	1,11	1,2321	0,43

Karena salah satu nilai sel (E_b) kurang dari 5 maka digunakan koreksi Yates sebagai berikut :

$(O - E - 1/2)^2$	$\frac{(O - E - 1/2)^2}{E}$
0,3721	0,022
0,3721	0,176
0,3721	0,016
0,3721	0,129
χ^2	0,343

- $H_0 : p_1 = p_2$
 $H_a : p_1 \neq p_2$
- $\alpha = 0,1$
- Daerah kritis penolakan H_0 , jika $\chi^2 \geq 2,71$
- Kesimpulan : χ^2 hitung < χ^2 tabel
 H_0 diterima dimana tidak terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan tindakan pencegahan DBD.

Tabel 5.7

O	E	(O-E)	(O-E) ²	(O-E) ² /E
17	11,4	5,6	31,36	2,75
10	15,6	-5,6	31,36	2,01
2	7,6	-5,6	31,36	4,13
16	10,4	5,6	31,36	3,02

$$\chi^2 = 11,91$$

- Ho : $p_1 = p_2$
Ha : $p_1 \neq p_2$
- $\alpha = 0,1$
- Daerah kritis penolakan Ho, jika $x^2 \geq 2,71$
- Kesimpulan : x^2 hitung $> x^2$ tabel
Ha diterima dimana terdapat hubungan bermakna antara status ekonomi dengan tindakan pencegahan DBD.

Tabel 5.8

O	E	(O-E)	(O-E) ²	(O-E) ² /E
15	10,56	4,44	19,71	1,87
10	14,44	-4,44	19,71	1,36
4	8,44	-4,44	19,71	2,33
16	11,56	4,44	19,71	1,71

$$X^2 = 7,27$$

- Ho : $p_1 = p_2$
Ha : $p_1 \neq p_2$
- $\alpha = 0,1$
- Daerah kritis penolakan Ho, jika $x^2 \geq 2,71$
- Kesimpulan : x^2 hitung $> x^2$ tabel
Ha diterima dimana terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan dengan tindakan pencegahan DBD.

Tabel 5.9

O	E	(O-E)	(O-E) ²	(O-E) ² /E
17	8,87	8,13	66,61	7,45
4	12,13	-8,13	66,61	5,45
2	10,13	-8,13	66,61	6,53
22	13,87	8,13	66,61	4,77

$$X^2 = 24,2$$

- Ho : $p_1 = p_2$
Ha : $p_1 \neq p_2$
- $\alpha = 0,1$
- Daerah kritis penolakan Ho, jika $x^2 \geq 2,71$
- Kesimpulan : x^2 hitung $> x^2$ tabel
Ha diterima dimana terdapat hubungan bermakna antara sikap dengan tindakan pencegahan DBD.

No	Nama	Pendidikan	KTG	Status Ekonomi	Pengetahuan																Skor KTG	Sikap										Skor KTG	Tindakan								Skor KTG							
					P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22		P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32		P33	P34	P35	P36	P37	P38										
36	Jamilar	SMP	R	M	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	5	K	4	1	2	3	2	4	1	1	2	20	N	0	0	2	1	0	0	0	1	4	K
37	Rafna K.	Akademi	T	M	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	9	B	4	1	3	3	3	4	1	3	2	23	N	0	0	1	1	1	1	0	0	4	K	
38	Kartini	SMA	T	M	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	7	K	4	2	2	2	2	4	2	3	2	23	N	0	0	2	1	0	0	1	1	5	K					
39	Deimawati	SD	R	M	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	11	B	4	2	2	2	4	4	1	1	1	20	P	1	1	2	0	1	0	0	1	6	B		
40	Ernita	SMA	T	M	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	10	B	4	2	4	3	4	4	2	2	4	29	P	0	0	2	1	0	0	0	1	4	K					
41	Aslina D	SMA	T	TM	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	4	K	4	2	4	3	4	4	2	3	3	29	P	0	0	2	1	1	1	1	1	7	B					
42	Artini	SMA	T	M	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	12	B	4	4	4	5	4	4	4	2	5	36	P	1	1	2	1	1	1	1	1	9	B						
43	Zulestri	Akademi	T	TM	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	11	B	4	3	3	4	4	2	2	3	2	27	P	0	0	2	1	0	1	1	0	5	K					
44	Samarita	PT	T	TM	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	10	B	4	4	4	4	4	2	2	4	4	32	P	1	1	2	1	1	0	1	1	8	B					
45	Darmawati	SMA	T	TM	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	10	B	4	4	4	4	4	2	2	4	4	32	P	1	1	2	1	1	0	1	1	8	B					

Keterangan :

T : tinggi

R : rendah

TM : tidak miskin

M : miskin

B : baik

K : kurang

P : positif

N : negatif



PEMERINTAH KOTA PADANG
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan : Prof. H.M Yamin SH No.70 Telp. 0751 39439 Padang. kode pos 25111

REKOMENDASI

Nomor : 070. 08/14/ Kesbang.Pol/ 2007

Walikota Padang setelah membaca dan mempelajari :

- a. Surat dari Pembantu Dekan I Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Nomor 1452/J.16.2/PP/ 2007 tanggal 5 Maret 2007
- b. Surat Pernyataan Penanggung Jawab Penelitian Ybs tanggal 2 Mei 2007

Dengan ini memberikan persetujuan dan tidak keberatan diadakan Penelitian/ Survey/ Pemetaan/ PKL di Kota Padang yang diadakan oleh :

Nama	: MERI PONDA SARI
Tempat/ Tanggal Lahir	: Padang, 1 April 1984
Pekerjaan	: Mahasiswa
Alamat di Padang	: Komplek Ganda pernai D/2 Parak Karakah Padang
Maksud Penelitian	: Pengumpulan Data Skripsi
Waktu/ Lama Penelitian	: 3 (tiga) Bulan
Judul Penelitian/ Survey/PKL	: Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Tindakan Ibu Terhadap Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Jati Baru Padang

Lokasi/ tempat Penelitian/Survey/PKL : - Camat Padang Timur
 - Kel. Jati Baru
 - Puskesmas Andalas

Anggota Rombongan : --

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak dibenarkan menyimpang dari kerangka dan maksud penelitian.
2. Sambil menunjukkan Surat keterangan Rekomendasi ini supaya melaporkan kepada Kepala Dinas/ Badan/Instansi/Kantor/Bagian/ Camat dan Penguasa dimana Sdr. Melakukan Penelitian/ Survey/PKL serta melaporkan diri sebelum meninggalkan daerah penelitian.
3. Mematuhi segala peraturan yang ada dan adat istiadat serta kebiasaan masyarakat setempat.
4. Selesai penelitian harus melaporkan hasilnya kepada Walikota Padang Cq. Kepala Kantor Kesbang dan Politik.
5. Bila terjadi penyimpangan atas ketentuan di atas, maka Surat Keterangan/ Rekomendasi ini akan ditinjau kembali.

Padang, Mei 2007


 KEPALA KANTOR KESBANG DAN POLITIK
 KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 SURYA BUDHI, SH
 Kepala Pok. I, N.P. 050/047513

Diteruskan kepada Yth.:

1. Camat Padang Timur
2. Kepala Puskesmas Andalas
3. Lurah Jati Baru
4. Pembantu Dekan I Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
5. Yang Bersangkutan



PEMERINTAH KOTA PADANG
KECAMATAN PADANG TIMUR
KELURAHAN JATI BARU

Jl. Palupuh No. 5 A Telp. (0751) 36982

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 070.II. 93 /JB-2007

Yang bertanda tangan dibawah ini Lurah Jati Baru Kecamatan Padang Timur Kota Padang berdasarkan Rekomendasi Kepala Kantor Kesatuan Dan Politik Kota Padang No.070.08/14/Kesbang.Pol/2007 tanggal Mei 2007 kepada :

Nama : MERI PONDA SARI
Tempat/Tgl.lahir : Padang/1 April 1984
Pekerjaan : Mahasiswa
Lama penelitian : 3 (tiga) bulan
Judul Penelitian : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Ibu Terhadap Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Jati Baru Kec.Padang Timur
Lokasi/Tempat Penelitian/Survey/PKL : Rumah ke rumah dilingkungan RT/RW se Kelurahan Jati Baru
Anggota Rombongan : -

Untuk mengadakan penelitian sebagaimana tersebut diatas sepanjang tidak menyimpang dari ketentuan serta judul penelitian.

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Meri Ponda Sari

No.BP : 03 120 050

Tempat Tanggal Lahir : Padang, 14 Agustus 1984

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Jl. Adinegoro Komp.Jihad D/18 Padang

Nama Orangtua

 Ayah : Drs. Hasponizar, M.Pd

 Ibu : Fauziah, Z

Alamat Orangtua : Jl. Adinegoro Komp.Jihad D/18 Padang

Riwayat Pendidikan : TK Dharmawanita IKIP Padang (1990-1991)

SD Negeri No.16 ATT Padang (1991-1997)

SMP Negeri No. 7 Padang (1997-2000)

SMA Negeri No.2 Padang (2000-2003)

Fakultas Kedokteran UNAND (2003- Sekarang)