

**PERBEDAAN FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI DAERAH  
ENDEMIS DAN NON ENDEMIS DBD**

Skripsi

Diajukan ke Fakultas Kedokteran Universitas Andalas sebagai pemenuhan  
syarat untuk melaksanakan penelitian skripsi Sarjana Kedokteran

Oleh

**NERWIYENI**  
**BP. 83120002**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG**

**2007**

**PERBEDAAN FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI DAERAH ENDEMIS  
DAN NON ENDEMIS DBD**

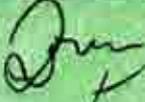
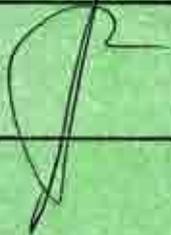
**Skripsi**

**Oleh :**

**NURWIYENI  
03 120 002**

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

**Pembimbing Skripsi**

<b>Nama</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Tanda Tangan</b>
<b>Drs. Adrial, M.Kes</b>	<b>Pembimbing 1</b>	
<b>dr. Andani Eka Putra</b>	<b>Pembimbing 2</b>	

**PERBEDAAN FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI DAERAH ENDEMIS  
DAN NON ENDEMIS DBD**

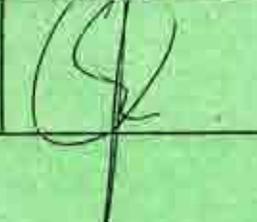
Skripsi

Oleh :

**NURWIYENI**  
03 120 002

Telah dipertahankan di depan tim penguji skripsi Fakultas Kedokteran Universitas  
Andalas pada tanggal 30 Agustus 2007

**Tim Penguji Skripsi**

<b>Nama</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Tanda Tangan</b>
dr. Nurhayati, M.Biomed	Ketua	
Dr. dr. Rizanda Machmud, M.Kes	Anggota	
Dra.Hj. Elmatris, MS	Anggota	

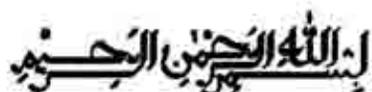
# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

*"... Allah akan meninggikan orang – Orang yang beriman  
diantaramu dan orang yang diberi ilmu pengetahuan  
beberapa derajat..."  
( Q. S. Al Mujadalah )*

*Hari ini dengan izin Allah  
Akhirnya ku raih setitik keberhasilan  
Ku gapai sepenggal asa  
Secercah harapan telah terwujud*

*Tiada kata yang dapat terucap sebagai rasa terimakasihku  
Kepada Papa & Ibu tercinta, adikku Insan, & Ilham  
Atas do'a dan kasih sayang yang senantiasa mengalir,  
Pengorbanan yang penuh keikhlasan  
Dorongan dan semangat yang tiada percuma  
Hingga ku raih semua ini  
Aku bangga menjadi bagian dari keluarga  
Yang begitu menyayangi, mengasihi, dan mencintaiku  
Terimalah karya kecil ini sebagai tanda baktiku  
(Yeni)*

## KATA PENGANTAR



Assalamualaikum wr.wb

Puji dan syukur penulis haturkan ke hadirat Allah SWT karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Perbedaan Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Daerah Endemis dan Non Endemis DBD”. Shalawat dan salam penulis haturkan kepada suri tauladan kita, Nabi Muhamad SAW yang telah membawa ilmu pengetahuan kepada kita semua. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk menempuh ujian akhir Sarjana Kedokteran (S Ked) pada Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang. Sehubungan dengan itu, penulis ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.
2. Seluruh staf pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang yang telah sabar mendidik penulis selama pendidikan di Fakultas Kedokteran ini.
3. Drs. Adrial, M.Kes selaku pembimbing I yang telah membimbing penulis dengan sabar,memberi saran dan masukan yang banyak membantu penulis dalam menyelesaikan penulisan skripsi ini.
4. Dr.Andani Eka Putra selaku pembimbing II yang telah menyempatkan waktu membimbing penulis, memberi saran dan masukan dalam menyelesaikan penulisan skripsi ini.
5. Dr. Nurhayati,M.Biomed , DR.Dr. Rizanda Machmud, M.Kes , Dra. Hj. Elmatris.MS selaku dosen penguji skripsi.
6. Dr. Zulkarnain Edward, MS.PhD selaku pembimbing akademik yang telah banyak memberi bimbingan, saran, dan nasehat kepada penulis dalam menjalani pendidikan di Fakultas Kedokteran ini.
7. Bapak dan Ibu-ibu pegawai dan staf bagian akademik Fakultas Kedokteran Unand Padang yang telah membantu peneliti dalam penelitian ini.
8. Papa, Ibu, dan adikku yang selalu sabar memberi nasehat. Terima kasih atas semua kasih sayang, perhatian, dorongan, doa, semangat dan saran selama ini.

9. Ilham yang telah memberikan dorongan, doa, perhatian dan semangat kepada penulis.
10. Aci, Indah, Eka, Feni, Rendy, Yevi, Dian, Danny yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini dan bersama-sama melewati hari-hari penuh sukacita.
11. Debie, Meri, Irma, Fenny yang telah banyak memberi masukan pada penulis.
12. Andriany dan Vivi yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi.
13. Semua teman-teman angkatan 2003 yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terimakasih atas kerjasama dan bantuan yang telah diberikan selama ini.

Semoga semua bimbingan, bantuan dan amal kebaikan yang telah diberikan mendapatkan imbalan dari Allah SWT.

Dengan keterbatasan ilmu dan pengetahuan yang dimiliki, penulis menyadari bahwa tulisan ini memiliki banyak kekurangan. Akhirnya penulis berharap agar skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.

Padang, Agustus 2007

Penulis

## ABSTRACT

### DIFFERENCE OF RELATED FACTORS TO THE NUMBER OF DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER IN ENDEMIC AND UNENDEMIC AREA

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) is a health problem in Indonesia since it has high prevalence and widespread all over Indonesia. This prevalence is related to several factors, such as the vector index and community's way of action due to their close environment. The number of DHF case in Padang Timur subdistrict tends to be high. The objective of this study is to investigate related factors to the number of DHF case in endemic and unendemic area.

This study was conducted in *cross sectional study* design with 80 samples of respondent. The sampling technique was *multistage simple random sampling* and it used list of question as data instrument. The analysis was formed into table of frequency and cross table.

The results show us that the percentage of high educated people in Jati Baru is 57,5%, the low economic people (poor) is 65%, housewife women is 62,5%, well knowledgeable people is 60%, positive attitude people is 100%, good measure people is 57,5% and HI=30%, CI=8,16%,BI=30. Whereas in Ganting Parak Gadang, the percentage of high educated people is 65%, low economic people (poor) is 60%, housewife women is 77,5%, well knowledgeable people is 77,5%, positive attitude people is 100%, good measure people is 87,5% and HI=7,5%,CI=1,58%,BI=7,5. Bivariate analysis conclude that there is no difference of economic level in both endemic and unendemic area. Whereas there is a difference in knowledge, attitude, measure of housewife women in mosquito nest combating action, and the number of *Aedes* larvae positive house in both of the area.

The overcoming of the disease is needed through the informing action, improving the role of community, and the cooperation of local government to hold the prevention of DHF.

Key word : DHF, endemic area

## ABSTRAK

### PERBEDAAN FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI DAERAH ENDEMIS DAN NON ENDEMIS DBD

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah kesehatan di Indonesia, karena prevalensinya yang tinggi dan penyebaran yang semakin luas. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya tindakan masyarakat terutama menyangkut lingkungan sekelilingnya serta tingkat kepadatan vektornya. Kejadian DBD di Kecamatan Padang Timur menunjukkan kecenderungan peningkatan jumlah penderita. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di daerah endemis dan non endemis DBD.

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional study* dengan jumlah sampel 80 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 di Kelurahan Jati Baru memiliki tingkat pendidikan tinggi 57,5%, tingkat ekonomi miskin 65%, bekerja sebagai ibu rumah tangga 62,5%, tingkat pengetahuan baik 60%, sikap positif 100%, tindakan yang baik 57,5%, dan HI=30%, CI=8,16%, BI=30. Kelurahan Ganting Parak Gadang terdapat 65% responden dengan tingkat pendidikan tinggi, tingkat ekonomi miskin 60%, bekerja sebagai ibu rumah tangga 77,5%, tingkat pengetahuan baik 77,5%, sikap positif 100%, tindakan yang baik 87,5%, dan HI=7,5%, CI=1,58%, BI=7,5. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan status ekonomi dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis. Sedangkan tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan ibu rumah tangga dalam PSN DBD serta jumlah rumah yang positif larva *Aedes, spp* terdapat perbedaan antara daerah endemis dan non endemis.

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

Kata kunci : DBD, endemis

# DAFTAR ISI

Halaman

Persetujuan	
Pengesahan	
Kata Pengantar	
ABSTRACT	
ABSTRAK	
Daftar Isi .....	i
Daftar Gambar.....	iv
Daftar Tabel .....	vi
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
2.1 Morfologi.....	7
2.1.1 Telur.....	7
2.1.2 Larva .....	8
2.1.3 Pupa .....	8
2.1.4 Nyamuk Dewasa.....	9
2.2 Siklus Hidup <i>Aedes spp</i> .....	10
2.3 Perilaku Nyamuk .....	11
2.4 Peranan <i>Aedes spp.</i> Dalam Dunia Kedokteran dan Cara Penularan DBD.....	14
2.4.1 Peranan <i>Aedes spp</i> dalam Dunia Kedokteran .....	14
2.4.2 Cara Penularan DBD.....	14
2.5 Manifestasi Klinis Demam Berdarah.....	16
2.6 Indikator Kepadatan Vektor .....	17

2.7	Epidemiologi.....	19
2.8	Penanggulangan DBD.....	22
2.9	Konsep Pengetahuan, Sikap dan Tindakan .....	28
2.9.1	Konsep Pengetahuan .....	28
2.9.2	Konsep Sikap .....	30
2.9.3	Konsep Tindakan.....	32
2.10	Masalah Sosial dan Ekonomi yang Berhubungan Dengan DBD	33
2.10.1	Faktor Pendidikan.....	33
2.10.2	Faktor Ekonomi.....	34
<b>BAB 3.</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b>	<b>36</b>
3.1	Kerangka Konseptual .....	36
3.2	Hipotesis Penelitian.....	36
<b>BAB 4.</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>38</b>
4.1	Desain Penelitian .....	38
4.2	Waktu dan Tempat Penelitian .....	38
4.3	Populasi dan Sampel .....	38
4.3.1	Populasi.....	38
4.3.2	Sampel .....	38
4.3.3	Besar Sampel.....	38
4.4	Teknik Pengambilan Sampel.....	39
4.5	Kriteria Sampel .....	40
4.5.1	Kriteria Inklusi Sampel.....	40
4.5.2	Kriteria Eksklusi Sampel .....	40
4.6	Alat dan Bahan yang Digunakan .....	40
4.6.1	Alat yang digunakan.....	40
4.6.2	Bahan yang digunakan.....	40
4.7	Teknik Pengumpulan Data .....	41
4.7.1	Data Primer .....	41
4.7.2	Data Sekunder .....	42
4.8	Pengolahan dan Analisis Data .....	42
4.8.1	Pengolahan Data.....	42
4.8.2	Analisis Data.....	42

4.9	Definisi Operasional.....	43
<b>BAB 5.</b>	<b>HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>46</b>
5.1	Indikator Kepadatan Larva <i>Aedes, spp</i> .....	47
5.2	Analisis Data.....	48
5.2.1	Analisis Univariat.....	48
5.2.2	Analisis Bivariat.....	54
<b>BAB 6.</b>	<b>PEMBAHASAN.....</b>	<b>58</b>
6.1	Gambaran Kepadatan Vektor Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis) .....	58
6.2	Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis) .....	58
6.3	Status Ekonomi, Pengetahuan, Sikap, Tindakan, dan Kepadatan Larva <i>Aedes, spp</i> Vektor Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis) .....	60
<b>BAB 7.</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>63</b>
7.1	Kesimpulan.....	63
7.2	Saran.....	63
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		
<b>LAMPIRAN</b>		

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 Telur <i>Aedes spp</i> .....	7
Gambar 2.2 Larva <i>Aedes aegypti</i> .....	8
Gambar 2.3 Larva <i>Aedes albopictus</i> .....	8
Gambar 2.4 Pupa <i>Aedes aegypti</i> .....	9
Gambar 2.5 Nyamuk Dewasa <i>Aedes aegypti</i> dan <i>Aedes albopictus</i> ...	9
Gambar 2.6 Daur hidup <i>Aedes aegypti</i> .....	11
Gambar 5.1 Distribusi Status Ekonomi Responden Dalam Pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru dan Kelurahan Ganting Parak Gadang.....	49
Gambar 5.2 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis) ....	49
Gambar 5.3 Distribusi Sikap Responden Dalam Pelaksanaan PSN DBD di kelurahan Jati baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).....	51
Gambar 5.4 Distribusi Tindakan Responden Dalam Pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang.....	51
Gambar 5.5 Distribusi Rumah yang Positif Dengan Larva <i>Aedes,spp</i> di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).....	52

<b>Gambar 5.6</b>	<b>Distribusi Tingkat Pendidikan Responden di Kelurahan</b>	
	<b>Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang</b>	
	<b>(non endemis).....</b>	<b>53</b>
<b>Gambar 5.7</b>	<b>Distribusi Pekerjaan Responden Di Kelurahan Jati Baru</b>	
	<b>(endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang</b>	
	<b>(non endemis).....</b>	<b>53</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi Kepadatan <i>Aedes, spp</i> di Kelurahan Jati Baru dan Kelurahan Ganting Parak Gadang Pada Bulan Juli 2007.....	47
Tabel 5.2	Distribusi Tempat Perindukan Larva <i>Aedes, spp</i> di Kelurahan Jati Baru dan Kelurahan Ganting Parak Gadang	48
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Pertanyaan Tentang Pengetahuan Demam Berdarah Dengue .....	50
Tabel 5.4	Status Ekonomi Responden Dalam Pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).....	54
Tabel 5.5	Pengetahuan Responden Dalam Pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis) .....	55
Tabel 5.6	Sikap Responden Dalam Pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).....	55
Tabel 5.7	Tindakan Responden Dalam Pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).....	56
Tabel 5.8	Rumah yang Positif Dengan Larva <i>Aedes, spp</i> di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).....	57



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue dan penyebarannya terjadi melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. DBD ditemukan di daerah tropik dan subtropik, mengenai 50-100 juta orang per tahun. Lebih dari dua per lima populasi dunia tinggal di daerah yang beresiko tinggi infeksi DBD. Di Asia Tenggara angka kematian mencapai 5 % dengan jumlah kematian mencapai 25.000 per tahun. (Cussi, *dtk.*, 2005; WHO, 2003)

Penyakit Demam Berdarah Dengue sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Sejak pertama kali dilaporkan pada tahun 1968 di Surabaya, penyakit ini telah menyebar dengan cepat ke berbagai kota besar di Jawa dan luar Jawa. Hal ini disebabkan oleh makin meningkatnya jumlah penduduk dan mobilitas penduduk yang cepat sesuai dengan meningkatnya arus transportasi. (Djelantik et al, 1999)

Epidemi pertama di luar Jawa dilaporkan pada tahun 1972 di Sumatera Barat dan Lampung, disusul oleh Riau, Sulawesi Utara dan Bali (1973). Pada tahun 1974, epidemi dilaporkan di Kalimantan Selatan dan Nusa Tenggara Barat. Pada tahun 1994 DBD telah menyebar ke seluruh propinsi di Indonesia. Pada saat ini DBD sudah endemis di banyak kota besar, bahkan sejak tahun 1975 penyakit ini telah terjangkit di daerah pedesaan. (Sumarmo, 1999)

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. Tahun 2006 tercatat 760 kasus DBD.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Padang, kasus DBD di Kecamatan Padang Timur pada tahun 2003 sebanyak 56 orang. Tahun 2004 terdapat 66 orang penderita DBD. Tahun 2005 dilaporkan sebanyak 153 orang penderita DBD. Tahun 2006 terdapat 98 kasus DBD.

Kecamatan Padang Timur terdiri dari 10 kelurahan, salah satu daerah endemis DBD adalah Kelurahan Jati Baru. Angka Bebas Jentik (ABJ) untuk Kelurahan Jati Baru adalah pada tahun 2000 ditemukan 94, 6%, tahun 2003 ditemukan ABJ 78, 2% dan pada tahun 2004 ditemukan 88%. Walaupun demikian kasus DBD masih tinggi di Kelurahan Jati Baru. Untuk mengantisipasi terjadinya kasus penyakit Demam Berdarah Dengue tersebut, Puskesmas Andalas telah menjalankan program yang telah dicanangkan oleh Pemerintah untuk menangani masalah tersebut. Kegiatannya difokuskan pada kelurahan-kelurahan yang endemis DBD.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Sumbar, tercatat 1322 kasus DBD pada semester I tahun 2007 ini dimana Kota Padang menempati posisi tertinggi dengan 1192 kasus diantaranya terjadi di Kota Padang dengan korban jiwa sebanyak 12 orang. Di Kota Padang ada 8 daerah yang menjadi daerah endemis DBD, yaitu Kuranji, Andalas, Ulak Karang Selatan, Lubuk Buaya, Korong Gadang, Parupuk Tabing, Nanggalo, dan Jati.

Suatu daerah dikatakan endemis apabila dalam 3 tahun terakhir, setiap tahunnya terdapat penderita DBD, atau yang karena keadaan lingkungannya (antara lain karena penduduknya yang padat, mempunyai hubungan transportasi yang ramai dengan wilayah lain), sehingga mempunyai resiko yang tinggi terjadinya KLB. (Depkes RI, 2005)

Faktor-faktor yang mempengaruhi derajat penularan virus dengue adalah tergantung kepada kepadatan nyamuk vektornya, mobilitas penduduk, kepadatan penduduk, dan tingkat suseptibilitas penduduk. Mobilitas penduduk sangat berperan sekali dalam hal penularan virus dengue karena jarak terbang nyamuk vektornya sangat terbatas sekali. (Hoedojo, 1993)

Kepadatan populasi *Aedes aegypti* ini tergantung dari pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan, khususnya kebersihan tempat penampungan air dan sampah yang dapat menampung air. Dari beberapa hasil penelitian diketahui bahwa wabah DBD terjadi karena meningkatnya angka kepadatan vektor DBD ( $HI > 10\%$ ) di daerah tersebut, sehingga dengan menurunkan angka kepadatan nyamuk *Ae. aegypti* akan berdampak positif dalam menurunkan angka kejadian DBD. (Rezeki, dkk, 2001)

Sampai saat ini belum ditemukan obat (vaksin) yang dapat membunuh virus dengue, oleh sebab itu dalam penanggulangan DBD lebih ditekankan terhadap pembasmian dan pemberantasan nyamuk vektornya, yaitu *Aedes spp.* Pemberantasan vektor dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti pemberantasan secara biologi (hayati), kimia ataupun dengan Pembersihan Sarang Nyamuk (PSN). PSN adalah suatu cara yang paling mudah dan murah. (Hoedoyo, 1993)

Dengan meningkatnya insiden terjangkitnya penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Andalas, maka perlu usaha pencegahan terhadap penyakit ini. Salah satu upaya pencegahan tersebut adalah dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk yang umumnya dilakukan masyarakat. Keberhasilan usaha pencegahan sangat tergantung pada peran aktif dan pengetahuan, sikap serta tindakan ibu rumah tangga terhadap pencegahan timbulnya penyakit ini. Pada umumnya yang bertanggungjawab mengenai masalah rumah tangga termasuk masalah kebersihan lingkungan adalah kaum ibu.

Peneliti mencoba melakukan penelitian ini guna mengetahui perbedaan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di daerah endemis dan non endemis DBD.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Permasalahan yang akan dibahas dalam skripsi ini adalah mengenai beberapa faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan PSN DBD di daerah endemis dan non endemis DBD. Pembahasannya dibatasi terhadap beberapa masalah saja, yaitu :

1. Bagaimana sebaran ibu rumah tangga berdasarkan tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan dalam pelaksanaan PSN DBD di daerah endemis dan non endemis DBD.
2. Bagaimana kepadatan vektor DBD di daerah endemis dan non endemis DBD.
3. Apakah terdapat perbedaan status ekonomi ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis DBD.
4. Apakah terdapat perbedaan tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD di daerah endemis dan non endemis DBD.
5. Apakah terdapat perbedaan sikap ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD di daerah endemis dan non endemis DBD.
6. Apakah terdapat perbedaan tindakan ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD di daerah endemis dan non endemis DBD.
7. Apakah terdapat perbedaan kepadatan vektor DBD di daerah endemis dan non endemis DBD.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan umum**

Secara umum penelitian ini dilakukan untuk mempelajari beberapa faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan PSN DBD di daerah endemis dan non endemis DBD.

#### **1.3.2 Tujuan khusus**

- a. Mengetahui kepadatan larva *Aedes*, spp (HI, CI, dan BI) serta jenis *Aedes*, spp.

- b. Mengetahui sebaran ibu rumah tangga berdasarkan tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dalam pelaksanaan PSN DBD di daerah endemis dan non endemis DBD.
- c. Mengetahui perbedaan status ekonomi ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis DBD.
- d. Mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis DBD.
- e. Mengetahui perbedaan sikap ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis DBD.
- f. Mengetahui perbedaan tindakan ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis DBD.
- g. Mengetahui perbedaan kepadatan vektor DBD antara daerah endemis dan non endemis DBD.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat yang dapat diambil dari penelitian ini adalah :

- a. Untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan bahan kajian ilmiah bagi akademis Perguruan Tinggi.
- b. Dapat memberi masukan bagi instansi yang berwenang dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit menular di Kota Padang dalam mengambil kebijaksanaan untuk menanggulangi kasus DBD di Kota Padang.
- c. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam membantu pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Demam Berdarah Dengue adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue dan disebarkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti*. Penyakit ini dapat menyerang anak-anak dan dewasa. Virus dengue dipindahkan dari satu orang ke orang lain bersama liur nyamuk sewaktu nyamuk mengisap darah. Virus itu akan berada dalam sirkulasi darah (viremia) selama 4-7 hari. (Depkes RI, 1997)

#### 2.1 Morfologi

##### 2.1.1 Telur

Telur *Ae.aegypti* berbentuk lonjong seperti torpedo. Pada waktu meletakkan telur berwarna putih, 15 menit kemudian telur menjadi abu-abu dan setelah 40 menit menjadi hitam. Di bawah mikroskop *compound* permukaan telur tampak seperti sarang tawon. Telur diletakkan satu persatu di dinding tempat penampungan air (TPA) 1-2 cm di atas permukaan air. Air di dalam tempat tersebut adalah air jernih dan terlindung dari cahaya matahari langsung. Tempat air di dalam rumah lebih disukai dari pada di luar rumah, dan tempat air yang lebih dekat rumah lebih disukai dari pada yang lebih jauh dari rumah. Telur dapat bertahan sampai 6 bulan. (Salcha, 2005)



Gambar 2.1. Telur *Aedes spp*

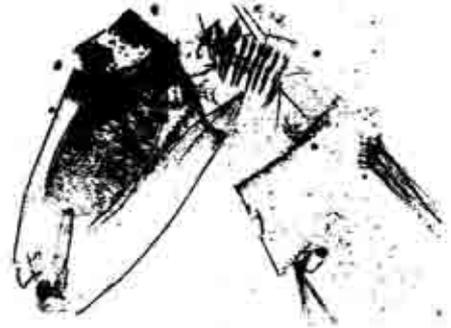
(Sumber : Darwanto, Prianto, Tjahaya, 2004)

### 2.1.2 Larva

Larva *Ae.aegypti* terdiri atas kepala, toraks, dan abdomen. Pada ujung abdomen terdapat segmen anal dan sifon. Larva *Ae.aegypti* mempunyai pelana yang terbuka dan gigi sisir yang berduri lateral. Larva *Ae.aegypti* bergerak sangat lincah dan sangat sensitif terhadap rangsang getaran dan cahaya. Bila ada rangsangan, larva segera menyelam selama beberapa detik kemudian muncul kembali ke permukaan air. Larva mengambil makanannya di dasar tempat penampungan air sehingga disebut pemakan makanan di dasar (*bottom feeder*). Pada saat larva mengambil oksigen dari udara, larva menempatkan sifonnya di atas permukaan air sehingga abdomennya terlihat menggantung pada permukaan air. (Saleha, 2005)



Gambar 2.2. Larva *Aedes aegypti*



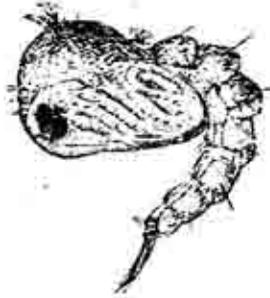
Gambar 2.3 Larva *Aedes Albopictus*

(Sumber : Darwanto, Prianto, Tjahaya, 2004)

### 2.1.3 Pupa

Pupa terdiri atas sefalotoraks, abdomen, dan kaki pengayuh. Sefalotoraks mempunyai sepasang corong pernapasan yang berbentuk segitiga. Pada bagian distal abdomen ditemukan sepasang kaki pengayuh yang lurus dan runcing. Jika

terganggu, pupa akan bergerak cepat untuk menyelam selama beberapa detik kemudian muncul kembali ke permukaan air. (Saleha, 2005)

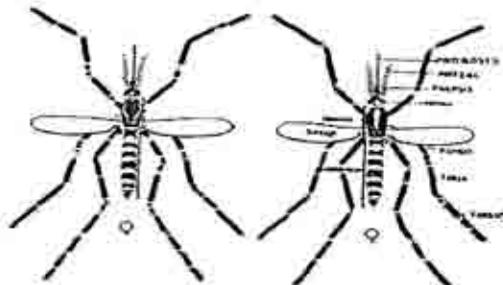


Gambar 2.4. Pupa *Aedes aegypti*

(Sumber : Chandler & Read, 1960)

#### 2.1.4 Nyamuk Dewasa

Bagian tubuh nyamuk dewasa terdiri atas kepala, toraks, dan abdomen. Tanda khas *Ae.aegypti* berupa gambaran *lyre* pada bagian dorsal toraks (*mesonotum*) yaitu sepasang garis putih yang sejajar di tengah dan garis lengkung putih yang lebih tebal tiap sisinya. Probosis berwarna hitam, skuletum bersisik lebar berwarna putih dan abdomen berpita putih pada bagian basal. Ruas kaki belakang berpita putih. (Saleha, 2005)



Gambar 2.5. Nyamuk Dewasa *Aedes aegypti* & *Aedes albopictus*

(Sumber : Saleha, 2005)

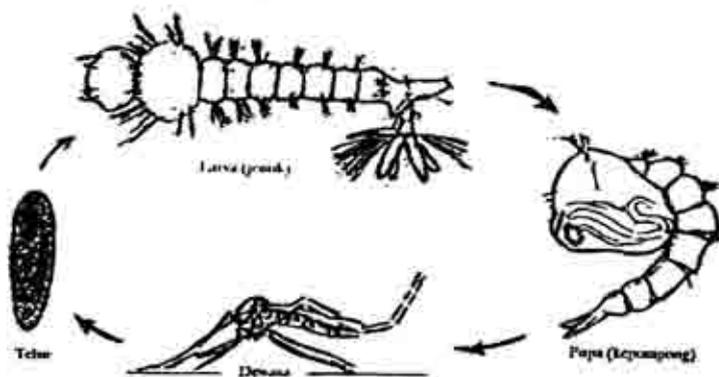
## 2.2 Siklus Hidup *Aedes spp*

*Aedes spp.* memiliki siklus hidup yang sempurna (metamorfosis sempurna) yaitu dari telur-larva-pupa-dewasa. Lama pertumbuhan dari telur menjadi dewasa kira-kira membutuhkan waktu 9 hari. Perkembangan hidup *Aedes* menjadi dewasa membutuhkan waktu lebih kurang 10 – 12 hari. Stadium pra dewasa (telur-larva-pupa) hidup dalam air, sedangkan stadium dewasa hidup di darat atau udara. Telur diletakkan satu persatu dalam tempat perindukan. Dalam waktu 1 atau 2 hari telur menetas menjadi larva yang disebut larva *instar* 1 kemudian berkembang menjadi larva *instar* 2,3 dan 4. Larva *instar* 4 memiliki tanda khas yaitu pelana terbuka pada segmen anal, sepanjang bulu sifon, dan pakten. Setiap pergantian *instar* ditandai dengan pengelupasan kulit yang disebut *ekdisis*. Dalam keadaan optimal maka perkembangan larva sekitar 6-8 hari dan pupa 2-4 hari. Pupa tidak makan tapi masih butuh oksigen yang diambil melalui lubang pernafasan. (Chandler, *et.al*, 1960)

Nyamuk betina yang telah dewasa siap untuk mengisap darah manusia dan kawin sehari atau dua hari sesudah keluar dari pupa. *Ae.aegypti* mengisap darah yang diperlukannya untuk pembentukan telur. Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan perkembangan telur, mulai dari nyamuk mengisap darah sampai telur dikeluarkan, bervariasi antara 3-4 hari. Jangka waktu tersebut disebut satu siklus gonotropik (*gonotropic cycle*). (Saleha, 2005)

Nyamuk *Ae.aegypti* yang mengandung virus dengue akan tetap infeksi seumur hidupnya. (Christopher SR, 1960)

*Aedes spp.* biasanya bertelur pada sore hari menjelang matahari terbenam. Setelah bertelur, nyamuk betina siap mengisap darah lagi. Bila nyamuk terganggu waktu mengisap darah, nyamuk akan menggigit lagi orang yang sama atau lainnya sehingga virus dengan cepat dipindahkan kepada beberapa orang. Umumnya nyamuk betina akan mati dalam 10 hari, tetapi masa itu cukup bagi nyamuk untuk inkubasi virus (3-10 hari) dan menyebarkan virus (Saleha, 2005).



Gambar 2.6. Daur Hidup *Aedes aegypti*

(Sumber : Saleha, 2005)

### 2.3 Perilaku Nyamuk

*Aedes spp.* aktif menghisap darah pada siang hari dengan dua puncak aktifitas yaitu setelah matahari terbit (08.00 – 10.00) dan sebelum matahari terbenam (15.00 – 17.00). Puncak menggigit nyamuk *Ae. aegypti* tergantung pada musim dan lokasi. Apabila aktifitas menggigit terganggu maka *Ae. aegypti*

menggigit orang lebih dari satu sehingga ada beberapa anggota keluarga yang terinfeksi dalam waktu 24 jam. Pada umumnya *Ae. aegypti* tidak menggigit pada malam hari tapi mungkin akan menggigit dalam ruangan yang terang pada malam hari. *Ae. albopictus* mempunyai kecenderungan untuk menggigit binatang dari pada *Ae. aegypti* (Saleha, 2005).

Tempat istirahat nyamuk *Aedes spp.* berupa semak-semak, atau tanaman rendah termasuk rumput-rumputan yang terdapat di halaman, kebun, pekarangan rumah, benda yang tergantung di dalam rumah seperti pakaian, sarung, kopiah dan juga pada perabotan rumah tangga yang terletak di tempat yang gelap, lembab atau berbau (Hasyimi, dkk., 1997). Daya penarik jarak jauh bagi nyamuk bisa disebabkan perangsangan bau dari zat-zat yang dikeluarkan makhluk hidup, teristimewa CO<sub>2</sub> dan beberapa asam amino, dan lokasi yang dekat pada suhu hangat dan kelembaban (Brown, 1979).

Tempat perindukan *Ae. aegypti* adalah TPA yang mengandung air jernih atau air yang sedikit terkontaminasi seperti bak mandi, drum, tangki air, tempayan, vas bunga, perangkap semut, dan tempat minuman burung. *Ae. aegypti* menyukai tempat perindukan yang tidak terkena sinar matahari langsung dan tidak dapat hidup pada tempat perindukan yang berhubungan langsung dengan tanah. Dari berbagai tempat perindukan, bak mandi merupakan TPA yang paling banyak mengandung larva karena volumenya lebih besar dari tempayan dan drum. (Saleha, 2005)

Berdasarkan tempat perkembangbiakannya, *Ae. aegypti* dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1. TPA untuk keperluan sehari-hari, seperti tangki air, drum, tempayan, bak mandi, ember dan lain-lain.
2. TPA bukan untuk keperluan sehari-hari, seperti jambangan bunga, tempat minum burung, perangkap semut, barang-barang bekas yang dapat menampung air seperti ban, kaleng, botol plastik dsb.
3. TPA alamiah seperti lobang di pohon atau batu, potongan bambu atau pagar bambu, tempurung kelapa, pelepah daun dan lain-lain.

Jumlah larva *Ae. aegypti* di dalam tempat berkembang biak 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 diletakan lebih banyak sehingga larva juga lebih banyak. TPA yang tidak tertutup rapat lebih sering mengandung larva dibanding tempat air yang terbuka karena ruangan di dalamnya lebih gelap sehingga lebih disukai nyamuk betina (Saleha, 2005).

*Ae. albopictus* sendiri dapat berkembang biak pada tempat perindukan yang alamiah seperti lobang di pohon, tunggul bambu atau ketiak daun di hutan dan wadah lingkungan buatan di perkotaan. Karena adanya tempat perindukan yang hampir sama antara *Ae. aegypti* dan *Ae. albopictus* sehingga akan terdapat larva keduanya secara bersama-sama. Kemampuan terbang dari *Aedes spp.* dapat mencapai 2 km walau pada umumnya jarak terbangnya adalah  $\pm$  40 m. Tidak seperti *Ae. aegypti*, telur *Ae. albopictus* dapat bertahan pada suhu yang sangat dingin (Soegeng,2005).

## 2.4 Peranan *Aedes spp* dalam Dunia Kedokteran dan Cara Penularan DBD

### 2.4.1 Peranan *Aedes spp* dalam Dunia Kedokteran

*Aedes spp.* memiliki peran yang amat penting dalam dunia kedokteran karena dapat menularkan penyakit-penyakit infeksi yang berbahaya. *Aedes spp.* berperan sebagai vektor penyakit demam berdarah yang disebabkan oleh virus dengue, selain itu juga merupakan vektor *yellow fever* yang dapat menyebabkan penyakit *Chikungunya*. Pada penyakit DBD *Ae. aegypti* berperan sebagai vektor utama sedangkan *Ae. albopictus* berperan sebagai vektor potensial. (Wuryadi, 1994).

### 2.4.2 Cara Penularan DBD

Virus dengue termasuk family *flaviviridae*, genus *flavivirus* (Arbovirus group B). Arbovirus adalah singkatan dari Arthropod Borne Viruses artinya virus yang ditularkan melalui gigitan arthropoda. Virus dengue tergolong RNA-virus, berbentuk batang, diameter 17-25 nm, bersifat termolabil dan stabil pada suhu 70°C. Virus dalam darah penderita yang disimpan dalam temperatur 5°C masih dapat menularkan penyakit untuk beberapa minggu. (Hendarwanto, 2002 ; Hasan R, Alatas H, 1991 ; Sumarmo, 1993)

Ada 4 serotype Dengue yaitu D1, D2, D3 dan D4. Keempat serotype ini telah ditemukan pada pasien-pasien di Indonesia. D3 merupakan serotype yang paling banyak beredar. (Soegijanto S, 2004)

Penderita penyakit demam berdarah, dalam darahnya mengandung virus dengue (*viremia*). Virus ini sudah ada dalam darah selama 1-2 hari sebelum terjadi

demam dan berada dalam darah selama 4–7 hari (masa inkubasi instrinsik). Dalam masa inilah penderita sebagai sumber penularan, bila penderita digigit nyamuk *Ae. aegypti* maka virus tadi ikut terhisap kedalam lambung nyamuk. Kemudian virus memperbanyak diri dalam tubuh nyamuk (masa inkubasi ekstrinsik) dan tersebar di berbagai jaringan dalam kelenjar air liur nyamuk, 3-10 hari siap menularkan pada orang lain yang tergigit. Pada saat itu nyamuk menggigit / menusuk, bersama air liurnya virus dipindahkan kepada orang lain. Nyamuk yang mengandung virus akan bersifat infeksiif seumur hidupnya. (Sumarmo, 1993)

Virus dengue menginfeksi manusia, primata yang lebih rendah, dan nyamuk. Penularan virus dengue terjadi dengan beberapa cara, yaitu : transmisi vertikal dalam tubuh nyamuk, virus ditularkan melalui telurnya, kontak seksual antara nyamuk dan melalui gigitan nyamuk pada manusia. Nyamuk betina dewasa biasanya akan terinfeksi virus apabila dia menghisap darah seseorang yang dalam fase demam akut. Setelah melalui periode inkubasi ekstrinsik selam 8 – 10 hari maka kelenjar ludah nyamuk akan terinfeksi. Bila nyamuk itu menggigit orang maka cairan ludahnya akan masuk kedalam tubuh orang tersebut. Virus dengue ditularkan melalui gigitan nyamuk dari manusia ke manusia lainnya. Virus memasuki tubuh manusia dengan menembus kulit manusia akan menjadi sumber penularan apabila dalam tubuhnya terdapat virus. (Kristina, dkk., 2004).

Dengue tidak di transmisikan melalui kontak antara manusia, virus tidak bisa menyebabkan infeksi melalui kulit utuh maupun kulit yang rusak (Shattuck, 1951).

Menurut WHO siklus penularan demam berdarah itu meliputi :

- a. Vektor adalah *Ae. aegypti* dan spesies *Aedes* yang lainnya.

- b. Periode inkubasi ekstrinsik selama 8-10 hari.
- c. Infeksi virus dengue pada manusia dari gigitan nyamuk.
- d. Inkubasi instrinsik selama 3-10 hari (rata-rata 4-6 hari)
- e. Viremia tampak sebelum awal munculnya gejala dan berlangsung selama kurang lebih lima hari pada awal timbulnya penyakit.
- f. Pola penularan vertikal kemungkinan merupakan hal yang penting bagi virus untuk mempertahankan hidup namun tidak ada siklus KLB (Kejadian Luas Biasa) atau wabah.

## 2.5 Manifestasi Klinis Demam Berdarah

Bentuk reaksi yang terjadi pada satu individu adalah berbeda antara satu dengan yang lainnya, perbedaan ini akan memanifestasikan gejala klinis dan perjalanan-perjalanan penyakit. Pada prinsipnya bentuk reaksi tubuh manusia terhadap virus dengue adalah sebagai berikut :

- 1. Pada reaksi pertama : terjadi netralisasi virus dan disusul dengan mengendapkan bentuk netralisasi virus pada pembuluh darah kecil dikulit berupa gejala ruam (*rash*).
- 2. Pada reaksi kedua : terjadi gangguan fungsi pembekuan darah sebagai akibat dari penurunan jumlah dan kualitas komponen-komponen beku darah yang menimbulkan manifestasi perdarahan.
- 3. Pada reaksi ketiga : terjadi kebocoran pada pembuluh darah yang mengakibatkan keluarnya komponen plasma darah dari pembuluh menuju rongga perut berupa gejala asites dan rongga pleura berupa gejala efusi pleura. Apabila tubuh manusia mengalami reaksi 1 dan 2 saja, disebut Demam

Dengue dan apabila ia mengalami reaksi ketiga, disebut Demam Berdarah Dengue (DBD) (Widodo, 2005).

Gejala klinis DBD amat bervariasi, dari yang ringan sampai yang berat. Pada pemeriksaan fisik akan ditemui suhu yang meningkat secara tiba-tiba, disertai keluhan sakit kepala, nyeri otot yang hebat, nyeri tulang, mual kadang-kadang muntah-muntah dan batuk ringan. Sakit kepala dapat menyeluruh atau berpusat pada daerah supra orbital atau retro orbital. *Eksantema* dapat ditemukan pada gejala awal demam yang terlihat jelas pada muka dan dada, dan akan menghilang pada suhu kembali normal. Kadang-kadang ditemukan pembesaran limpa, manifestasi perdarahan seperti ekimosis, purpura, hematemesis, melena dan epitaksis merupakan suatu hal yang penting dan dapat ditemukan. Pembesaran dan nyeri tekan pada hati dapat ditemukan tetapi tidak ada tanda ikterus. (Suroso, *dkk.*, 1999).

## 2.6 Indikator kepadatan vektor

Karena praktis, survei larva merupakan indikator yang paling sering dipakai dibandingkan survei telur atau survei nyamuk dewasa. WHO (2003) menetapkan ada tiga indeks yang biasa dipakai untuk memonitor tingkat kepadatan nyamuk *Aedes spp.* antara lain :

1. Angka rumah (*House Index*) yaitu persentase rumah yang positif dengan larva *Aedes*.
2. Angka wadah (*Container Index*) yaitu persentase wadah atau tempat perindukan yang positif dengan larva *Aedes*.

3. Angka Breteau (*Breteau Index*) yaitu jumlah wadah atau tempat perindukan yang positif dengan larva *Aedes* yang ditemukan dalam 100 rumah yang diperiksa.

Angka Breteau merupakan indikator terbaik untuk menyatakan kepadatan dan penyebaran larva, sedangkan angka rumah menunjukkan luas penyebaran nyamuk dalam suatu wilayah. (Saleha, 2005)

Selain mengumpulkan larva, kepadatan *Aedes spp* dapat juga diketahui dengan mengetahui *Landing rate per man hour* nyamuk betina dewasa yaitu jumlah nyamuk betina yang hinggap perjam perorang. (Suroso T et al, 1996)

Hal-hal yang dapat mempengaruhi kepadatan larva *Aedes spp.* diantaranya adalah musim, ketinggian suatu daerah dari permukaan laut. Ketika musim hujan kepadatan vektor akan meningkat dan menurun pada musim kemarau. *Ae. aegypti* tidak akan ditemukan di daerah dengan ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut. Ini berkaitan erat dengan suhu dan kelembaban. Selain itu mobilisasi, transportasi penduduk serta kepadatan penduduk yang meningkat juga mempengaruhi kepadatan larva (Mintarsih, *dkk.*, 1996).

Kepadatan *Aedes spp.* juga dipengaruhi oleh keadaan fisik tempat penampungan air, yang meliputi kasar halusnya dinding TPA (Tempat Penampungan Air), warna TPA, ukuran TPA dan jumlah air yang terdapat di dalamnya. TPA yang berwarna yang berwarna gelap akan memberikan rasa tenang dan aman pada waktu bertelur, sehingga telur yang diletakkan lebih banyak dan larva yang terbentuk juga lebih banyak, begitu pula dengan TPA yang banyak airnya. Pada *Ae. albopictus* terdapat beberapa persamaan terhadap perlakuan

warna yaitu : warna hitam yang paling banyak memberi perangkap yang mengandung telur, disusul merah, sedangkan hijau dan kuning hanya sedikit memberikan perangkap yang berisi telur (Sukana, 1993).

## 2.7 Epidemiologi

Epidemi Dengue dilaporkan pertama kali oleh David Bylon pada tahun 1779, sedangkan DBD mula-mula dikemukakan oleh Quintos dan kawan-kawan di Manila pada anak-anak pada tahun 1954. Demam Berdarah Dengue di Indonesia, pertama kali dicurigai berjangkit di Surabaya pada tahun 1968, tetapi kepastian virologik baru diperoleh pada tahun 1970. (Hendarwanto, 1996)

Epidemi pertama di luar Jawa dilaporkan pada tahun 1972 di Sumatera Barat dan Lampung, disusul oleh Riau, Sulawesi Utara dan Bali (1973). Pada tahun 1974, epidemi dilaporkan di Kalimantan Selatan dan Nusa Tenggara Barat. Pada tahun 1994 DBD telah menyebar ke seluruh propinsi di Indonesia. (Sumarmo, 1999)

Wabah DBD sejak 1968 cenderung meningkat dan tempat penyebarannya pun semakin luas. Sejak tahun 1973 demam berdarah menjadi masalah kesehatan bagi masyarakat. Hal ini terjadi karena virus penular maupun vektor tersebar luas di seluruh pelosok tanah air dan terus ada sepanjang tahun dengan peningkatan kepadatan populasi di musim hujan. Jumlah kasus dari tahun ke tahun memperlihatkan pola kenaikan 5 tahunan, dimulai dari tahun 1968, 1973, 1983 dan tahun 1988 dengan sekitar 50.000 kasus. Kenaikan tersebut dapat disebabkan oleh penurunan kekebalan setiap 5 tahun, akibat mutasi virus setiap 5 tahun

Dilaporkan dari berbagai kepustakaan, angka kejadian DBD terutama meninggi pada musim hujan. Laporan angka kejadian tertinggi di Indonesia pada bulan Oktober sampai April (Suroso T, Bang YH, 1985). Kasus DBD cenderung meningkat pada musim hujan, disebabkan :

1. Perubahan musim mempengaruhi frekuensi gigitan nyamuk; karena pengaruh musim hujan, puncak gigitan terjadi pada siang dan sore hari.
2. Perubahan musim mempengaruhi manusia sendiri dalam sikapnya terhadap gigitan nyamuk, misalnya dengan lebih banyak berdiam di rumah selama musim hujan. (Hendarwanto, 1987)

Daerah yang sering terjangkit DBD pada umumnya adalah daerah perkotaan yang padat penduduknya. Hal ini disebabkan tata letak bangunan perumahan yang saling berdekatan dan bahkan hampir saling menyatu, sehingga memudahkan terjadinya penularan. Hal ini sangat membantu vektor nyamuk DBD (*Ae. aegypti*) untuk menularkan virus dengue dalam perilakunya mencari sumber darah, mengingat jarak terbangnya yang relatif pendek yaitu 40-100m. (Achmad H, 1997)

*Ae. albopictus* memiliki korelasi yang kuat dengan makin luasnya pertamanan. Hal ini dapat dimengerti bahwa tanaman adalah tempat perindukan alami spesies ini. Tumbuhan akan menghasilkan keteduhan dan iklim mikro yang cenderung memberikan kelembaban yang memadai sedangkan tumbuhan rendah akan memberikan kemudahan untuk tempat istirahat, sehingga kepadatan *Ae. albopictus* akan lebih tinggi pada daerah tumbuhan hijau gelap dibandingkan dengan yang lebih terang (Sukana, 1993).

## 2.8 Penanggulangan DBD

Pengamatan vektor DBD yang ditujukan kepada *Ae.aegypti* yang merupakan vektor utama, disamping *Ae. Albopictus* sebagai vektor potensial. Data yang harus dipantau secara terus-menerus adalah distribusi kepadatan vektor DBD. Pengamatan vektor DBD bertujuan untuk menentukan dengan tepat daerah dengan kepadatan vektor tinggi yang digolongkan dengan daerah beresiko tinggi terhadap penyakit DBD. Tujuan lain adalah untuk melihat fluktuasi kepadatan vektor sehingga perhatian dan usaha-usaha pemberantasan dapat dilakukan pada saat yang tepat. Akhirnya dengan melakukan pemantauan secara terus menerus dapat diramalkan secara tepat kapan saat terjadinya wabah, sehingga usaha pencegahan dapat dilakukan pada saat yang tepat. (Nurhayati, 1999)

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).

Kegiatan PSN meliputi :

1. Menguras bak mandi/WC dan TPA lainnya secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali, menggosok dinding bagian dalam bak mandi dan semua tempat penyimpanan air untuk menyingkirkan telur nyamuk.
2. Menutup rapat TPA (tempayan, drum, dan lain-lain) sehingga nyamuk tak dapat masuk.
3. Membersihkan halaman dari kaleng, botol, ban bekas, tempurung dan lain-lain, sehingga tidak menjadi sarang nyamuk.
4. Mengganti air vas bunga dan air minum burung.
5. Mencegah/mengeringkan air tergenang di atap atau talang.
6. Menutup lubang pohon atau bambu dengan tanah.
7. Membubuhi garam dapur pada perangkap semut.
8. Pendidikan kesehatan masyarakat.

Usaha pencegahan dilakukan dengan memutus rantai penularan berdasarkan siklus hidup dari virus DBD, yaitu :

1. Menghilangkan sumber penularan dengan melenyapkan virus dengue yang terdapat dalam darah penderita. Hal ini belum dapat dilakukan karena antivirus yang belum ditemukan.
2. Memberikan kekebalan pada orang sehat sehingga tak jatuh sakit walaupun digigit nyamuk *Aedes spp.* yang mengandung virus dengue. Hal ini tidak dapat dilakukan, karena sampai saat ini belum ditemukan vaksin yang efektif.

Berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan KepMenKes No. 581a/1992 tentang pemberantasan penyakit DBD, maka upaya pemberantasan ini dilaksanakan oleh pemerintah dan masyarakat yang dapat meliputi suatu wilayah secara keseluruhan. Dengan prioritas pada wilayah yang cenderung endemis DBD (Hadi, *dkk.*, 2004).

## 1. Strategi

Strategi pemberantasan dengue meliputi:

- a. Kewaspadaan dini guna mencegah kejadian luar biasa dengan kegiatan PSN sekurangnya 3 bulan sekali.
- b. Pemberantasan vektor yang meliputi :
  - 1). Penyemprotan (*Fogging*) pada daerah yang ditemui kasus DBD.
  - 2). Penyuluhan terhadap masyarakat dengan berbagai sarana yang ada.
  - 3). Abatisasi efektif dan selektif.
  - 4). Kerja bakti gerakan 3M, yaitu : Menguras TPA secara teratur ; Menutup TPA ; Mengubur barang bekas (Suwasono, 1997).

## 2. Teknis Pemberantasan

Menurut WHO ada beberapa cara dalam pemberantasan nyamuk *Aedes spp.*, yaitu : (Hasyimi, *dkk.*, 1997).

### a. Pengelolaan Lingkungan

Pengelolaan lingkungan meliputi berbagai perubahan yang mencakup upaya pencegahan atau mengurangi perkembangbiakan vektor sehingga

mengurangi kontak antara manusia dan vektor. Jenis pengelolaan lingkungan yang lain yaitu:

- 1). Mengubah lingkungan yaitu perubahan fisik habitat vektor sehingga tidak bertahan lama.
- 2). Pemanfaatan lingkungan yaitu memanfaatkan wadah yang penting dan tak penting serta menghilangkan tempat perindukan alami.
- 3). Mengupayakan perubahan perilaku seseorang pada lokasi setempat.

Tiga konsep di atas akan meliputi berbagai hal seperti: Pemberantasan sarang nyamuk, pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perindukan buatan, dan perbaikan desain rumah. Modifikasi lingkungan meliputi beberapa hal, yaitu : Perbaikan saluran air dan perbaikan desain tempat penampungan air.

#### b. Perlindungan Diri

Perlindungan diri ini meliputi hal-hal tertentu, yakni:

- 1). Memakai pakaian pelindung
- 2). Obat nyamuk semprot atau bakar maupun oles.
- 3). Tirai dan kelambu, dimana kelambu sangat efektif dalam melindungi bayi dan pekerja malam yang sedang tidur siang.

#### c. Pengendalian Biologis

Pengendalian biologis adalah pengendalian yang ditujukan langsung terhadap larva vektor DBD terbatas pada daerah skala kecil. Adapun pengendalian secara biologis meliputi :

1). Ikan

Ikan yang dapat digunakan adalah ikan larvivorus (*Gambusia affinis* dan *Poecilia reticulata*).

2). Bakteri

Bakteri yang efektif terhadap dengue adalah : *Bacillus thuringiensis* serotipe H-14 dan *Bacillus sphaericus*.

3). *Cyclopoids*

Peranan *Cyclopoids* ini dilaporkan pada suatu riset yang dilakukan di Tahiti, dilaporkan bahwa *Mesocyclops aspericornis* dapat mempengaruhi tingkat kematian larva *Aedes spp.* sebanyak 99,31 %.

4). *Autocidal ovitraps*

*Autocidal ovitraps* adalah suatu alat yang dimodifikasi sebagai alat penangkap larva dengan menggunakan bahan plastik. Ini dilakukan di Singapura yaitu di Chngi Airport dan juga Thailand namun kurang sukses (Sumarno, *dkk.*, 1999).

d. Pengendalian Secara Bahan Kimiawi

Bahan kimia telah banyak digunakan dalam pengendalian *Ae. aegypti* sejak pergantian abad. Pada awal kampanye di Kuba dan Panama untuk melawan vektor DBD, habitat larva *Aedes spp.* dibasmi dengan minyak dan disemprot dengan *Phyetrins*. Pada saat insektisida ditemukan tahun 1940-an bahan ini mejadi insektisida utama dalam melawan wabah *Aedes*

*spp.* Organofosfat digunakan dalam mengendalikan nyamuk dewasa yang meliputi : *Fenilthrotion*, *Fenthion* dan *Malation*, sedangkan Temephos sebagai pembasmi larva (Larvisida). Metode terakhir dalam penggunaan insektisida adalah dengan menggunakan Larvisida dan penyemprotan (Hasyimi, *dkk.*, 1997). Hasil penelitian belakangan juga menyatakan penggunaan *VectoBac* (Tablet yang berisi *Bacillus thuringiensis israelensis*) efektif menurunkan jentik *Ae.aegypti* selama 5 minggu sebesar 79-96 %, sedangkan penggunaan kombinasi *VectoBac* dan predator *M. aspericornis* efektif menurunkan jentik *Ae. aegypti* selama 12 minggu sebesar 96-100% (Retno, *dkk.*, 2005).

Tujuan program pemberantasan penyakit DBD adalah menurunkan *Incidence rate* di bawah 5/100.000 penduduk pada tahun 2010. Hal itu memang masih jauh, dan kita harus menggantungkan harapan pada terwujudnya vaksin dengue yang efektif sekaligus murah dan peningkatan peran serta masyarakat. Vaksin yang efektif sekaligus murah mungkin masih sulit diharapkan dalam 10 tahun kedepan. Salah satu kendala yang dihadapi adalah vaksin yang efektif harus dapat mencegah infeksi dari keempat serotipe virus dengue. Kendala lainnya yang dihadapi adalah kesulitan memprediksi apakah vaksin dengue tersebut benar-benar efektif, karena sampai saat ini eksperimen baru dilakukan terhadap model binatang yang tidak menimbulkan gejala DBD seperti pada manusia. Sedangkan peran serta masyarakat bisa dimulai kapan saja. Peran serta masyarakat dalam pemberantasan penyakit menular dimanapun merupakan faktor yang amat penting (Cussi *dkk*, 2005; Santoso, 2004).

## 2.9 Konsep Pengetahuan, Sikap dan Tindakan

### 2.9.1 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).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Menurut penelitian Susi (2001) bahwa variabel yang berpengaruh kuat terhadap penggerakan ibu rumah tangga dalam pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah adalah tingkat pengetahuan ibu rumah tangga tentang demam berdarah. Penyakit demam berdarah merupakan penyakit infeksi yang berkaitan dengan faktor lingkungan hidup, sikap serta perilaku dan pendidikan. Terutama menyangkut lingkungan hidup sekelilingnya. (Mandriwati,2001)

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. (Notoatmodjo, Soekidjo,1993). Dalam hal PSN DBD jika pengetahuan seseorang tentang DBD cukup baik diharapkan

sikap dan tindakannya juga baik sehingga kasus DBD dapat ditekan. Pengetahuan yang baik tentang DBD dapat menghindari resiko terjadinya endemisitas DBD (Azwar, 1995)

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. Tetapi dengan peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan pelaksanaan tindakan tanpa isyarat yang cukup kuat untuk memotivasinya.

### **2.9.2 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 (1954), 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).

Sikap menggambarkan suka atau tidak terhadap suatu obyek. Sikap juga merupakan suatu kesediaan dan kesiapan seseorang untuk melakukan tindakan. Sikap yang positif dalam upaya PSN ditunjukkan dengan adanya kesediaan dan kesiapan untuk melaksanakan PSN sehingga jentik nyamuk yang ada di tempat penampungan air, bak mandi yang ada di luar rumah tidak dapat berkembangbiak

menjadi nyamuk penular DBD yang pada akhirnya dapat menghindari resiko terjadinya endemisitas DBD. (Izar,2001)

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).

### 2.9.3 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).

Pengetahuan, sikap dan kebiasaan masyarakat merupakan faktor resiko yang erat kaitannya dengan kejadian demam berdarah. Suatu daerah beresiko menjadi daerah endemis apabila pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat dalam PSN DBD kurang baik. (Widyana, 1998)

## **2.10 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).

### **2.10.1 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 (Syafilmaidesi, 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, artinya daerah dengan tingkat pendidikan masyarakat yang rendah beresiko menjadi daerah endemis DBD (Mandriwati, 2001).

### **2.10.2 Faktor Ekonomi**

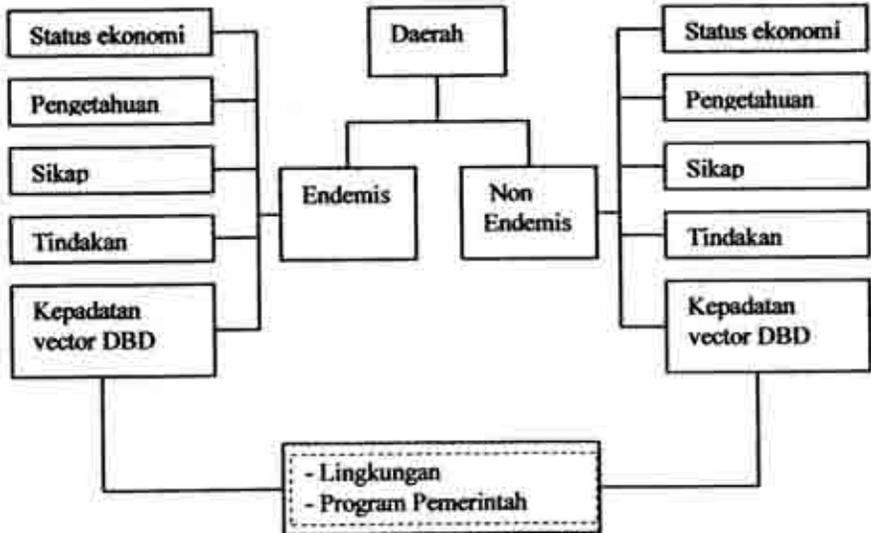
Faktor ekonomi merupakan faktor yang juga ikut menentukan timbulnya DBD, sebagai contoh di daerah yang sulit akan air, dimana untuk kebutuhan hidup sehari-hari air harus dibeli, maka pekerjaan untuk menguras bak mandi, tempayan seminggu sekali sangat memberatkan kehidupan mereka. (Sukana, 1993). Ekonomi 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. Apabila tingkat ekonomi baik, maka pelaksanaan DBD akan baik pula. (Mandriwati, 2001).



## BAB 3

### KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :  tidak diperiksa

#### 3.2 Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis nol : tidak terdapat perbedaan status ekonomi antara daerah endemis dan non endemis DBD.  
Hipotesis alternatif : terdapat perbedaan status ekonomi antara daerah endemis dan non endemis DBD.
2. Hipotesis nol : tidak terdapat perbedaan tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemia dan non endemis DBD.  
Hipotesis alternatif : terdapat perbedaan tingkat pengetahuan ibu

rumah tangga tentang pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis DBD.

3. Hipotesis nol : tidak terdapat perbedaan sikap ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis DBD.

Hipotesis alternatif : terdapat perbedaan sikap ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis DBD.

4. Hipotesis nol : tidak terdapat perbedaan tindakan ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis DBD.

Hipotesis alternatif : terdapat perbedaan tindakan ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis DBD.

5. Hipotesis nol : tidak terdapat perbedaan jumlah rumah yang positif dengan larva *Aedes, spp* antara daerah endemis dan non endemis DBD.

Hipotesis alternatif : terdapat perbedaan jumlah rumah yang positif dengan larva *Aedes, spp* antara daerah endemis dan non endemis DBD.



## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan *Cross Sectional Study*

#### 4.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli 2007 sampai dengan Agustus 2007.

Tempat penelitian di Kelurahan Jati Baru dan Kelurahan Ganting Parak Gadang Kecamatan Padang Timur.

#### 4.3 Populasi dan Sampel

##### 4.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua rumah dan ibu rumah tangga di Kelurahan Jati Baru dan Kelurahan Ganting Parak Gadang Kecamatan Padang Timur sebanyak 1381KK di Kelurahan Jati Baru dan 3269KK di Kelurahan Ganting Parak Gadang.

##### 4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan subjek yang dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel pada penelitian ini adalah ibu rumah tangga sebagai responden.

##### 4.3.3 Besar Sampel

Jumlah sampel ditetapkan dengan rumus : (Notoatmodjo,2000)

$$n = Z^2 \times \frac{P \cdot Q}{d^2} \times \frac{N - n}{N - 1}$$

Keterangan :

$n$  = Besar sampel

$N$  = Jumlah populasi

$d$  = Ketetapan yang diinginkan :  $10\% = 0,1$

$P$  = Proporsi partisipasi keluarga dalam pemberantasan sarang nyamuk DBD :  
0,18

$Q = 1 - P = 82\% (0,82)$

$Z$  = Nilai batas kepercayaan 90% (1,64)

Dari hasil perhitungan di atas didapatkan jumlah sampelnya adalah 40 orang di Kelurahan Jati Baru dan 40 orang di Kelurahan Ganting Parak Gadang. Jadi total keseluruhan sampel adalah 80 sampel. Pada saat melakukan penelitian tidak terdapat sampel *drop out* sehingga jumlah sampel tetap 80 orang.

#### 4.4 Teknik Pengambilan Sampel

Sampel diambil dengan menggunakan *Multistage random sampling*. Pada tahap pertama digunakan cara *simple random sampling* dengan unit sampling RW, dipilih 2 RW. Pada tahap kedua juga digunakan cara *Simple random sampling* dengan unit sampling RT, dimana tiap-tiap RW yang terpilih dipilih 2 RT. Di Kelurahan Jati Baru terpilih RT 01, RT 02 RW VIII dan RT 01, RT 03 RW IX. Di Kelurahan Ganting Parak gadang terpilih RT 01, RT 02 RW VII dan RT 01, RT 02 RW VIII. Karena jumlah sampel yang harus didapatkan 80 orang, maka tiap-tiap RT diambil 10 orang sebagai responden.

## **4.5 Kriteria Sampel**

### **4.5.1 Kriteria inklusi sampel :**

- a. Ibu rumah tangga yang bersedia diwawancarai
- b. Ibu rumah tangga yang mampu berkomunikasi
- c. Ibu rumah tangga yang berdomisili di Kelurahan Jati Baru dan Ganting Parak Gadang

### **4.5.2 Kriteria eksklusi sampel :**

- a. Ibu rumah tangga yang tidak berada di tempat pada saat pengumpulan data
- b. Ibu rumah tangga yang sakit.

## **4.6 Alat dan Bahan yang Digunakan**

### **4.6.1 Alat yang digunakan :**

- a. Senter
- b. Cidukan
- c. Pipet
- d. Gelas aqua
- e. Kantong plastik
- f. Mikroskop Disseksi
- g. Spidol
- h. Label

### **4.6.2 Bahan yang digunakan :**

- a. Larva / jentik *Aedes spp*
- b. Air

c. Makanan larva

## 4.7 Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan berdasarkan :

### 4.7.1 Data primer

#### 1. Wawancara

Wawancara dilakukan secara terpimpin menggunakan kuesioner terstruktur.

#### 2. Survey Larva *Aedes spp.*

Survey larva dilakukan di dalam dan luar rumah dengan cara menciduk beberapa larva pada semua tempat perindukan nyamuk *Aedes spp.*, baik yang berada dalam rumah maupun luar rumah, seperti : penyimpanan air minum, bak mandi, tempayan, gentongan, sedangkan di luar rumah seperti pot bunga, tong penampung air, lubang pohon, tempurung kelapa, kaleng-kaleng bekas dan sebagainya. Semua TPA diperiksa apakah mengandung larva dan dicatat jenis kontainernya.

#### 3. Pemeriksaan di Laboratorium

Untuk mengetahui jenis spesies *Aedes* maka larva yang sudah menetas menjadi nyamuk dewasa diidentifikasi di bawah mikroskop.

Dari catatan tentang larva/pupa akan diperoleh berbagai angka jentik, yaitu : Angka container (*Container index = CI*), Angka rumah (*House index = HI*) dan Breteau index (*BI*). Setiap larva dan pupa yang ditemukan pada genangan air, diambil dan dimasukkan dalam gelas plastik kemudian ditetaskan sampai menjadi

nyamuk dewasa dan diidentifikasi di Laboratorium Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.

#### 4.7.2 Data sekunder

Data sekunder didapatkan dari laporan – laporan, jurnal , dan buku data / profil di Dinas Kesehatan Kota Padang, Puskesmas, Kantor Lurah, BPS dan data pendukung lainnya.

### 4.8 Pengolahan dan Analisis Data

#### 4.8.1 Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan dengan beberapa tahap, yaitu :

- a. *Editing*, pada tahap ini diperiksa semua kuesioner untuk memastikan data yang diperoleh lengkap, relevan, dan dapat dibaca.
- b. *Coding*, memberi kode pada data dengan merubah kata – kata dengan angka yang telah disepakati.
- c. *Entry data*, memasukkan data dan diolah dengan menggunakan komputer.
- d. *Cleaning*, pada tahap ini dilakukan pembersihan data dari kesalahan dan data dicek kembali sudah benar atau belum.

#### 4.8.2 Analisis data

Data dianalisis dengan menggunakan komputer dan disajikan dalam bentuk :

- a. Analisis Univariat, untuk melihat distribusi frekuensi dan persentase masing – masing variabel penelitian.

- b. Analisis Bivariat, untuk melihat hubungan antara variabel dependen dan variabel independen. Dilakukan tabulasi silang dengan uji Chi – Square dengan derajat kepercayaan 90%.

#### 4.9 Definisi Operasional

1. *House Index (HI)* : Persentase rumah yang positif dengan larva *Aedes spp.* vektor DBD.

$$HI = \frac{\text{jumlah rumah yang positif} \times 100\%}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}}$$

2. *Container Index (CI)* : Persentase tempat perindukan yang positif dengan larva *Aedes spp.* vektor DBD

$$CI = \frac{\text{jumlah container yang positif dengan larva} \times 100\%}{\text{jumlah container yang diperiksa}}$$

3. *Breteau Index (BI)* : Jumlah tempat perindukan yang positif dengan larva *Aedes spp.* vektor DBD dalam tiap 100 rumah

$$BI = \frac{\text{jumlah container yang positif}}{100 \text{ rumah yang diperiksa}}$$

4. Tingkat pengetahuan adalah semua yang diketahui responden tentang Demam Berdarah Dengue yaitu penyebab, cara penularan, tempat perindukan serta pencegahan dan pemberantasannya. Jawaban yang benar diberi skor 1 dan salah skor 0.

Alat ukur : Kuesioner (pertanyaan no. 10-20)

Cara ukur : Wawancara

Hasil ukur : 1. Kurang baik, apabila  $< 60\%$  total skor

2. Baik, apabila  $\geq 60\%$  total skor

5. Sikap adalah respon responden terhadap pernyataan, baik positif maupun negatif terhadap pencegahan dan pemberantasan penyakit Demam Berdarah Dengue. Pernyataan positif (pernyataan no. 21-25) : sangat setuju skor 4, setuju skor 3, tidak setuju skor 2, sangat tidak setuju skor 1. Pernyataan negatif (pernyataan no. 26-27) : sangat setuju skor 1, setuju skor 2, tidak setuju skor 3, sangat tidak setuju skor 4.

Alat ukur : Kuesioner (pernyataan no. 21-27)

Cara ukur : Wawancara

Hasil ukur : 1. Negatif, apabila  $< 60\%$  total skor

2. Positif, apabila  $\geq 60\%$  total skor

6. Tindakan adalah seluruh tindakan nyata yang dilakukan responden dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit Demam Berdarah Dengue. Jawaban selalu diberi skor 2, kadang-kadang diberi skor 1, dan tidak pernah diberi skor 0.

Alat ukur : Kuesioner (pertanyaan no. 28-33)

Cara ukur : Wawancara

Hasil ukur : 1. Kurang baik, apabila  $< 60\%$  total skor

2. Baik, apabila  $\geq 60\%$  total skor

7. Tingkat pendidikan merupakan jenjang pendidikan formal terakhir yang pernah diperoleh responden yang diukur dari ijazah terakhirnya.

Alat ukur : Kuesioner

Cara ukur : Wawancara

Hasil ukur : 1. Tinggi : SLTA / Perguruan Tinggi

2. Rendah : tidak sekolah, tamat SD, tamat SLTP

8. Status ekonomi adalah pendapatan perkapita atau perbulan dalam keluarga dibagi jumlah anggota keluarga berdasarkan Badan Pusat Statistik 2003.

Alat ukur : Kuesioner

Cara ukur : Wawancara

Hasil ukur : 1. Miskin : pendapatan < 163.038 Rupiah / orang / bulan

2. Tidak miskin : pendapatan  $\geq$  163.038 Rupiah / orang / bulan

9. Pekerjaan diukur dengan kuesioner pekerjaan no. 8 tentang bekerja dan tidak bekerjanya seseorang, ditanyakan langsung kepada responden.

Alat ukur : Kuesioner

Cara ukur : Wawancara

Hasil ukur : 1. Bekerja, apabila mempunyai pekerjaan tetap dan bekerja di luar rumah

2. Tidak bekerja, apabila hanya sebagai ibu rumah tangga



## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Kelurahan Jati Baru dan Kelurahan Ganting Parak Gadang Kecamatan Padang Timur berada dalam wilayah kerja Puskesmas Andalas, dimana Kelurahan Jati Baru merupakan daerah endemis DBD dan Kelurahan Ganting Parak Gadang merupakan daerah non endemis DBD.

Kelurahan Jati Baru sebagai salah satu daerah endemis DBD di Kecamatan Padang Timur didiami oleh 1381 KK, yang terdiri dari 10 Rukun Warga (RW) dan 33 Rukun Tetangga (RT). Data yang didapat dari petugas kelurahan, penduduk di kelurahan Jati Baru ini umumnya memiliki tingkat perekonomian menengah ke bawah. Sebagian besar susunan rumah-rumah penduduk tidak teratur dimana rumah yang satu rapat dengan rumah yang lainnya sehingga hal ini memudahkan penularan penyakit DBD karena kemampuan terbang nyamuk ini berkisar antara 50-150m.

Kelurahan Ganting Parak Gadang sebagai salah satu daerah non endemis DBD di Kecamatan Padang Timur didiami oleh 3269 KK, yang terdiri dari 11 Rukun Warga (RW) dan 33 Rukun Tetangga (RT). Luas daerah 0,62 km<sup>2</sup> yang didiami oleh 11.899 jiwa penduduk. Kelurahan Ganting Parak Gadang merupakan gabungan dari 4 kelurahan yaitu Ganting Utara, Ganting Selatan, Parak Gadang Timur, dan Parak Gadang Barat.

Sampel yang berhasil dikumpulkan paa penelitian ini sebanyak 80 orang, yaitu 40 orang di Kelurahan Jati Baru dan 40 orang di Kelurahan Ganting Parak

gadang. Pada penelitian ini tidak terdapat sampel yang *drop out* karena semua data yang diperoleh lengkap, relevan, dan dapat dibaca.

### 5.1 Indikator Kepadatan Larva *Aedes,spp*

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terhadap kepadatan larva *Aedes,spp* vektor penyakit DBD di Kelurahan Jati Baru ( daerah endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang ( daerah non endemis) pada bulan Juli 2007 didapatkan hasil sebagai berikut.

Tabel 5.1. Distribusi Kepadatan *Aedes.spp* di Kelurahan Jati Baru dan KelurahanGanting Parak Gadang Pada Bulan Juli 2007

Kelurahan	HI (%)	CI (%)	BI
Jati Baru	30	8,16	30
Ganting Parak Gadang	7,5	1,58	7,5

Tabel 5.1 memperlihatkan tiga index yang biasa digunakan untuk memonitor tingkat kepadatan nyamuk *Aedes,spp*. Kelurahan Jati Baru memiliki nilai yang tertinggi untuk ketiga index tersebut.

Tabel 5.2. Distribusi Tempat Perindukan Larva *Aedes, spp* di Kelurahan Jati Baru dan Kelurahan Ganting Parak Gadang

Jenis kontainer	Jumlah kontainer			
	Jati Baru		Ganting Parak Gadang	
	N	(+)	N	(+)
Bak porselen	20	2	7	0
Bak semen	16	10	30	3
Bak plastik	4	0	3	0
Ember penampung air minum	19	0	35	0
Sumur	7	0	5	0
Ember bekas	2	0	1	0
Kaleng bekas	12	0	1	0
Tempat minum burung	-	-	5	0
Kolam ikan	-	-	1	0
Baskom	13	0	17	0
Ban bekas	-	-	1	0
Aquarium	3	0	2	0
Tempurung	5	0	2	0
Pot bunga	20	0	41	0
Tempat sabun	26	0	39	0
Jumlah	147	12	190	3

Keterangan : N = jumlah kontainer yang diperiksa

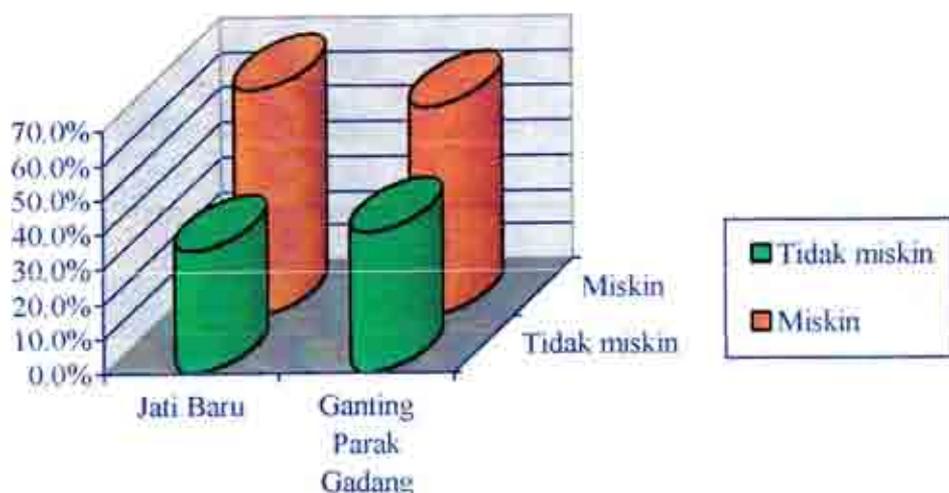
(+) = jumlah kontainer yang positif dengan larva *Aedes, spp*

Berdasarkan Tabel 5.2 dapat disimpulkan bahwa bak mandi merupakan tempat yang potensial bagi perkembangbiakan nyamuk *Aedes, spp*. Bak mandi yang terbuat dari semen paling disukai sebagai tempat perindukan nyamuk *Aedes, spp* karena permukaannya yang kasar dan dindingnya berwarna gelap.

## 5.2 Analisis Data

### 5.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat untuk melihat gambaran distribusi responden menurut status ekonomi, pengetahuan, sikap, tindakan, kepadatan vektor, pendidikan, pekerjaan dengan pelaksanaan PSN DBD.



Gambar 5.1 Distribusi status ekonomi responden dalam pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis)

Berdasarkan Gambar 5.1 dapat dilihat bahwa lebih dari separuh responden memiliki tingkat ekonomi miskin, yaitu sebesar 65% di Kelurahan Jati Baru dan 60% di Kelurahan Ganting Parak Gadang.



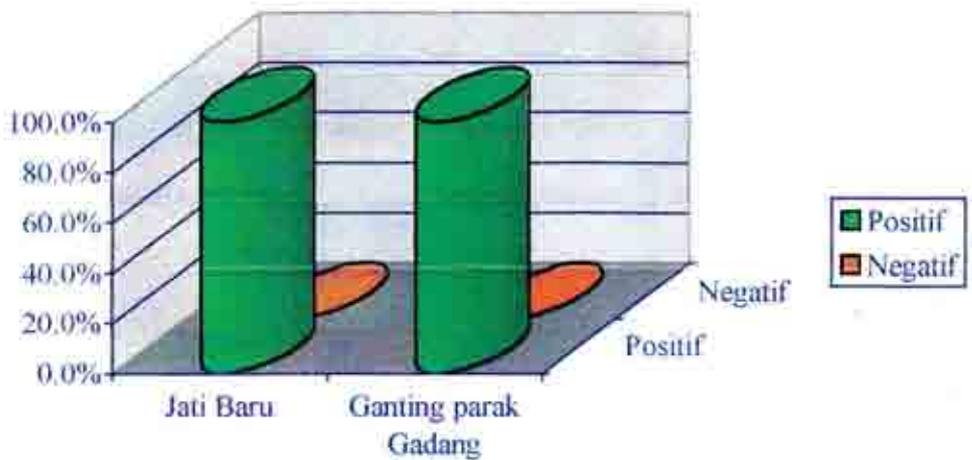
Gambar 5.2 Distribusi tingkat pengetahuan responden tentang pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis)

Gambar 5.2 memperlihatkan bahwa lebih dari separuh responden memiliki pengetahuan yang baik tentang pelaksanaan PSN DBD, yaitu sebesar 60% di Kelurahan Jati Baru dan 77,5% di Kelurahan Ganting Parak Gadang.

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pertanyaan Tentang Pengetahuan Demam Berdarah Dengue

Pertanyaan (Nomor)	Jumlah responden yang menjawab benar	
	Jati Baru	Ganting Parak Gadang
10	37	12
11	28	40
12	38	40
13	38	38
14	18	33
15	23	27
16	5	18
17	28	29
18	29	36
19	32	32
20	40	37

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa pengetahuan responden di Kelurahan Jati Baru mengenai ciri-ciri nyamuk penular demam berdarah (pertanyaan no. 14) dan tempat hidup nyamuk penular demam berdarah (pertanyaan no.16) masih rendah. Sedangkan di Kelurahan Ganting Parak Gadang pengetahuan responden masih rendah dalam hal penyebab penyakit demam berdarah (peertanyaan no.10) dan tempat hidup nyamuk penular demam berdarah (pertanyaan no.16).



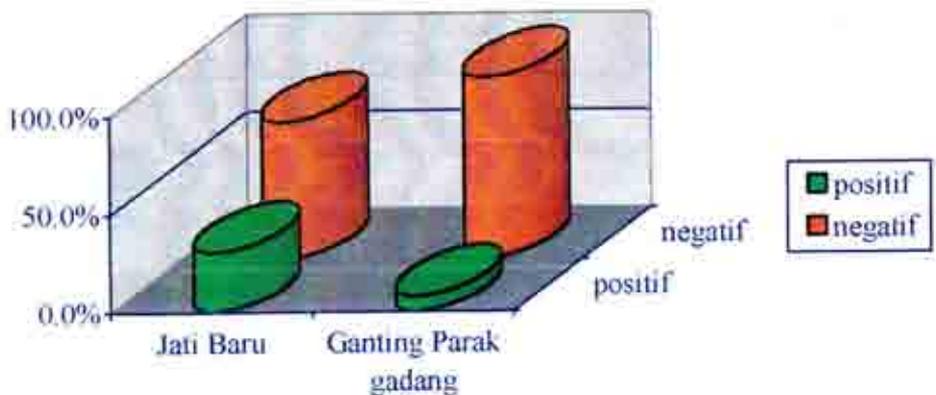
Gambar 5.3 Distribusi sikap responden dalam pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).

Gambar 5.3 memperlihatkan bahwa baik di Kelurahan Jati Baru maupun di Kelurahan Ganting Parak Gadang responden yang memiliki sikap yang positif dalam pelaksanaan PSN DBD sebesar 100%.



Gambar 5.4 Distribusi tindakan responden dalam pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).

Gambar 5.4 memperlihatkan bahwa terdapat lebih dari separuh responden memiliki tindakan yang baik dalam pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru yaitu sebesar 57,5%. Begitu juga dengan Kelurahan Ganting Parak Gadang dimana sebagian besar responden memiliki tindakan yang baik dalam pelaksanaan PSN DBD yaitu sebesar 87,5%.



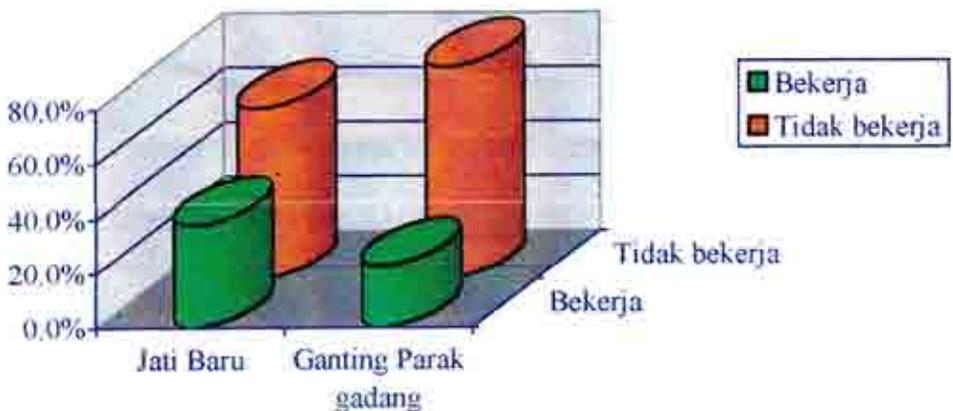
Gambar 5.5 Distribusi rumah yang positif dengan larva *Aedes, spp* di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).

Gambar 5.5 memperlihatkan bahwa rumah yang positif dengan larva *Aedes, spp* lebih banyak di Kelurahan Jati Baru daripada di Kelurahan Ganting Parak Gadang yaitu 30% di Kelurahan Jati Baru dan 7,5% di Kelurahan Ganting Parak Gadang.



Gambar 5.6 Distribusi tingkat pendidikan responden di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).

Gambar 5.6 memperlihatkan bahwa responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi lebih banyak daripada tingkat pendidikan rendah, yaitu sebesar 57,5% responden dengan tingkat pendidikan tinggi di Kelurahan Jati Baru dan 65% di Kelurahan Ganting Parak Gadang.



Gambar 5.7 Distribusi pekerjaan responden di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).

Gambar 5.7 memperlihatkan bahwa lebih dari separuh responden tidak bekerja (ibu rumah tangga) yaitu 62,5% di Kelurahan Jati Baru dan 77,5% di Kelurahan Ganting Parak Gadang.

## 5.2.2 Analisis Bivariat

### a. Status ekonomi responden dalam pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis)

Tabel 5.4 Status Ekonomi Responden Dalam Pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).

Status Ekonomi	Daerah				Jumlah	
	Endemis		Non Endemis			
	f	%	f	%	f	%
Miskin	26	52,0	24	48,0	50	100
Tidak Miskin	14	46,7	16	53,3	30	100
Jumlah	40	50	40	50	80	100

$$X^2 = 0,213$$

$$df = 1$$

$$p\text{-value} = 0,644$$

Berdasarkan hasil uji statistik secara Chi-Square (Tabel 5.4) dapat diambil kesimpulan bahwa status ekonomi tidak memperlihatkan perbedaan antara daerah endemis dan non endemis dalam pelaksanaan PSN DBD, karena  $p\text{-value} > \alpha$  ( $\alpha = 0,1$ )

### b. Pengetahuan responden dalam pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis)

Tabel 5.5. Pengetahuan Responden Dalam Pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).

Pengetahuan	Daerah				Jumlah	
	Endemis		Non Endemis			
	f	%	f	%	f	%
Kurang Baik	16	64,0	9	36,0	25	100
Baik	24	43,6	31	56,4	55	100
Jumlah	40	50	40	50	80	100

$$X^2 = 2,851$$

$$df = 1$$

$$p\text{-value} = 0,091$$

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis, karena berdasarkan hasil uji statistik secara *Chi Square* didapatkan nilai  $p\text{-value} < \alpha$  ( $\alpha=0,1$ ).

**c. Sikap responden dalam pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis)**

Tabel 5.6. Sikap Responden Dalam Pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).

Sikap	Daerah				Jumlah	
	Endemis		Non Endemis			
	f	%	f	%	f	%
Positif	40	50	40	50	80	100
Jumlah	40	50	40	50	80	100

Berdasarkan Tabel 5.6 dapat dilihat bahwa semua responden memiliki sikap yang positif terhadap pelaksanaan PSN DBD. Oleh karena itu, uji statistik secara *Chi-Square* tidak dapat dilakukan karena sikap responden adalah konstan.

**d. Tindakan responden dalam pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis)**

Tabel 5.7. Tindakan Responden Dalam Pelaksanaan PSN DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).

Tindakan	Daerah				Jumlah	
	Endemis		Non Endemis			
	f	%	f	%	f	%
Kurang Baik	17	77,3	5	22,7	22	100
Baik	23	39,7	35	60,3	58	100
Jumlah	40	50	40	50	80	100

$\chi^2 = 9,028$                        $df = 1$                        $p\text{-value} = 0,003$

Berdasarkan Tabel 5.7 dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat perbedaan tindakan ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis DBD dengan daerah non endemis DBD ( $p\text{-value} = 0,003 < \alpha = 0,1$ ).

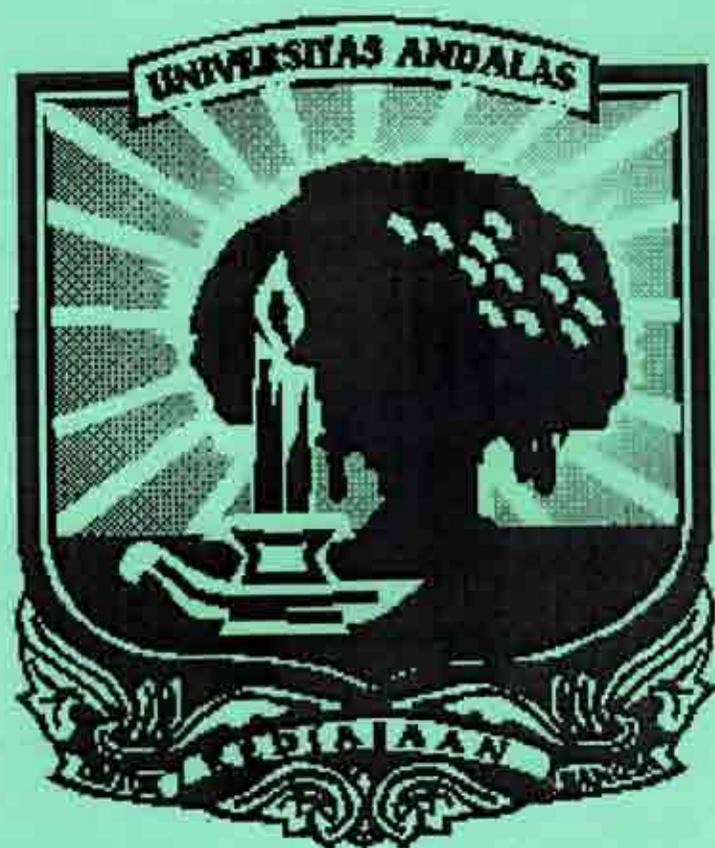
**e. Rumah yang positif dengan larva *Aedes,spp* di Kelurahan Jati Baru (daerah endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis)**

Tabel 5.8. Rumah yang Positif Dengan Larva *Aedes,spp* di Kelurahan Jati Baru (daerah endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).

Rumah	Daerah				Jumlah	
	Endemis		Non endemis			
	f	%	f	%	f	%
(+) larva	12	80	3	20	15	100
(-) larva	28	43,1	37	56,9	65	100
Jumlah	40	50	40	50	80	100

$X^2 = 6,646$ 
 $df = 1$ 
 $p\text{-value} = 0,010$

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa rumah yang positif dengan larva *Aedes,spp* lebih tinggi di daerah endemis daripada daerah non endemis DBD, yaitu 80% di daerah endemis dan 20% di daerah non endemis. Dari hasil uji statistik secara Chi-Square didapatkan kesimpulan bahwa terdapat perbedaan jumlah rumah yang positif dengan larva *Aedes,spp* antara daerah endemis dan non endemis DBD, karena nilai  $p\text{-value} = 0,010 < \alpha = 0,1$ .



## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1 **Gambaran Kepadatan Vektor Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis).**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terhadap kepadatan vektor penyakit DBD di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis) didapatkan kepadatan *Aedes, spp* tertinggi di Kelurahan Jati Baru, yaitu HI = 30%, CI = 8,16%, dan BI = 30, dan yang terendah terdapat di Kelurahan Ganting Parak Gadang, yaitu HI = 7,5%, CI = 1,58%, dan BI = 7,5%.

Bak mandi merupakan tempat penampungan air yang paling potensial sebagai tempat perindukan *Aedes, spp* (Tabel 5.2). Hal ini disebabkan karena bak mandi memiliki volume yang lebih besar daripada tempat penampungan air lainnya sehingga jumlah air yang dapat ditampung juga lebih banyak. Dari ketiga jenis bak mandi yang diperiksa, bak mandi yang terbuat dari semen paling banyak mengandung larva *Aedes, spp*. Hal ini disebabkan karena bak mandi yang terbuat dari semen memiliki dinding yang kasar dan berwarna gelap.

#### 6.2 **Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Jati Baru (endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (non endemis)**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa sebagian besar responden telah melakukan PSN DBD dengan baik di Kelurahan Ganting Parak Gadang dan lebih dari separuh responden di Kelurahan Jati Baru juga telah melaksanakan PSN DBD dengan baik. Hal ini juga sesuai dengan

penelitian yang dilakukan Elvina (2005) di Kelurahan Jati Baru, dimana sebagian responden telah melakukan tindakan PSN DBD dengan baik (63,1%).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui juga bahwa seluruh responden baik di Kelurahan Jati Baru maupun di Kelurahan Ganting Parak Gadang memiliki sikap yang positif terhadap pelaksanaan PSN DBD.

Menurut Mandriwati dalam penelitian peningkatan peran serta keluarga dalam PSN DBD di Denpasar, sikap yang positif terhadap PSN DBD adalah sikap yang baik dalam PSN, ditunjukkan dengan adanya suatu kesediaan dan kesiapan untuk melaksanakan PSN DBD sehingga jentik nyamuk tidak dapat berkembang dengan baik, maka hasil dari pelaksanaan PSN juga baik. Dan sebaliknya jika sikap kurang baik dalam PSN maka hasil dari pelaksanaan PSN juga kurang baik.

Hasil penelitian yang telah dilakukan juga didapatkan pengetahuan sebagian responden dalam pelaksanaan PSN DBD sudah baik, yaitu 60% di Kelurahan Jati Baru dan 77,5% di Kelurahan Ganting Parak Gadang.

Menurut Green (1980), pengetahuan sangat penting di dalam bertindak. Pengetahuan yang ada pada seseorang akan memberi corak kepada perbuatan atau tingkah laku seseorang itu. Seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik akan cenderung bertindak lebih baik pula, sedangkan bagi mereka yang berpengetahuan kurang, cenderung untuk tidak bertindak. (Notoatmodjo,1990)

Dalam hal PSN DBD jika pengetahuan seseorang tentang DBD cukup baik diharapkan sikap dan tindakannya juga baik. Menurut penelitian di Kota Batam oleh Pranoto pada tahun 2000 didapatkan bahwa 64,7% masyarakat mempunyai pengetahuan yang baik dan sikap yang positif terhadap PSN DBD adalah 78%.

Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, sosial ekonomi, aktifitas sosial dan informasi yang didapat (Azwar,1995)

### **6.3 Status Ekonomi, Pengetahuan, Sikap, Tindakan, dan Kepadatan Larva *Aedes.spp* Vektor Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Jati Baru (Endemis) dan Kelurahan Ganting Parak Gadang (Non Endemis)**

Berdasarkan uji Chi-Square (Tabel 5.4 – 5.8) terhadap status ekonomi, pengetahuan, sikap, tindakan responden dalam pelaksanaan PSN DBD serta kepadatan larva *Aedes.spp* menunjukkan bahwa hanya status ekonomi yang memberikan hasil tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara daerah endemis dan non endemis (Tabel 5.4). Sementara hasil uji Chi-Square lainnya menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna ketiga variabel yang diteliti antara daerah endemis dan non endemis, yaitu tingkat pengetahuan, tindakan responden dalam pelaksanaan PSN DBD dan jumlah rumah yang positif dengan larva *Aedes.spp* (Tabel 5.5 , Tabel 5.7, Tabel 5.8). Sedangkan sikap ibu rumah tangga tidak dapat dilakukan uji statistik karena memiliki nilai yang konstan.

Suatu daerah beresiko menjadi daerah endemis DBD apabila tingkat pengetahuan masyarakat tentang DBD kurang baik. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan akan mempengaruhi seseorang mendapatkan penyakit. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang, termasuk diantaranya perilaku dalam upaya pencegahan dan pemberantasan DBD. Persepsi yang keliru tentang DBD dapat mengarahkan padaperilaku seseorang yang tidak benar terutama dalam upaya pencegahan dan pemberantasan DBD.

Meskipun sikap masyarakat yang positif dalam PSN DBD di Kelurahan Jati Baru tinggi, akan tetapi tidak mendukung upaya pemberantasan penyakit DBD. Hal ini mungkin disebabkan karena masih banyak masyarakat yang belum mewujudkan sikapnya dalam bentuk tindakan pemberantasan sarang nyamuk. Berbeda dengan Kelurahan Ganting Parak Gadang, sikap masyarakat yang positif dalam PSN DBD disertai dengan tindakan pemberantasan sehingga penularan penyakit demam berdarah dapat dicegah.

Di samping itu mungkin sikap masa bodoh dan kurangnya penyuluhan yang efektif menyebabkan pengetahuan masyarakat menyangkut masalah penyakit DBD rendah. Hal ini dapat melatarbelakangi sulitnya penduduk untuk mengetahui konsep penyakit DBD serta cara penanggulangannya.

Kurang efektifnya penyuluhan menyebabkan sebagian besar masyarakat kurang informasi untuk mengetahui manfaat pemberantasan; akibatnya masyarakat kurang mendukung upaya pemberantasan penyakit tersebut. Penyuluhan yang efektif sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam penyakit demam berdarah. Materi penyuluhan yang sederhana dan metode yang terarah merupakan faktor penting dalam upaya meningkatkan pengetahuan masyarakat. Dengan dasar pengetahuan sederhana dan benar, maka diharapkan masyarakat akan bersikap dan bertindak lebih positif dalam memberantas dan mencegah penyakit demam berdarah.

Pengetahuan ibu rumah tangga tentang penyakit DBD sangat berperan penting dalam menunjang pelaksanaan PSN DBD. Namun pengetahuan yang tinggi saja tidak menjamin sepenuhnya akan selalu melakukan tindakan

pelaksanaan jika tidak diiringi dengan kesadaran akan pentingnya pencegahan penyakit DBD dengan melakukan PSN DBD secara berkesinambungan.

Selain itu responden memiliki pengetahuan dan sikap yang hanya sebatas menerima, merespon, dan menghargai dan hanya sekedar menjalankan tugas karena terpaksa dan belum merasa bertanggungjawab atas sesuatu yang telah dipilih dan dikerjakannya sehingga kasus DBD tinggi di Kelurahan Jati Baru.

Berbeda dengan Kelurahan Ganting Parak Gadang, responden memiliki tanggungjawab dan kesadaran yang tinggi akan pentingnya tindakan Pemberantasan Sarang Nyamuk untuk mencegah penularan penyakit DBD sehingga kasus DBD rendah di Kelurahan Ganting Parak Gadang.

Suatu daerah beresiko menjadi daerah endemis DBD bila tindakan masyarakat dalam pelaksanaan PSN DBD kurang baik. Di Kelurahan Jati Baru sebagian masyarakatnya sudah memiliki tindakan yang baik dalam PSN DBD. Tindakan ini belum seluruhnya dilakukan oleh masyarakat sehingga mendukung timbulnya penyakit DBD. Oleh karena itu perlu mengubah kebiasaan atau tindakan masyarakat itu sendiri agar menunjang upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan, tidak adanya waktu dalam pelaksanaan pencegahan dan faktor kemalasan atau acuh tak acuh terhadap tindakan pencegahan penyakit DBD.

Suatu upaya yang cukup efektif dalam meningkatkan tindakan masyarakat dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD ialah melalui oemantauan dan pengawasan lingkungan rumah tangga yang dilakukan oleh masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu upaya penyuluhan tentang pengertian, penyebab, cara penularan, dan cara pencegahan penyakit perlu ditingkatkan.



## **BAB 7**

### **PENUTUP**

#### **7.1 Kesimpulan**

Dari hasil penelitian yang dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Kepadatan *Aedes, spp* di Kelurahan Jati Baru lebih tinggi daripada Kelurahan Ganting Parak Gadang.
2. Pengetahuan, sikap dan tindakan ibu rumah tangga di Kelurahan Jati Baru dan Kelurahan Ganting Parak Gadang baik
3. Tidak terdapat perbedaan status ekonomi ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD antara daerah endemis dan non endemis DBD.
4. Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan, tindakan ibu rumah tangga dalam pelaksanaan PSN DBD serta jumlah rumah yang positif larva *Aedes, spp* antara daerah endemis dan non endemis DBD.

#### **7.2 Saran**

1. Perlu dilakukan penyuluhan yang lebih terarah mengenai penyebab penyakit DBD, ciri-ciri nyamuk penularnya dan tempat perindukan nyamuknya.
2. Perlu dilakukan penyuluhan yang lebih efektif dan intensif lagi oleh instansi terkait kepada masyarakat tentang cara-cara pencegahan dan penanggulangan penularan penyakit Demam Berdarah Dengue baik di daerah endemis maupun non endemis.

3. Perlunya penyuluhan melalui media elektronik dan media cetak serta dilaksanakan penyuluhan di sekolah, tempat ibadah, pemukiman penduduk dan tempat- tempat umum lainnya.
4. Perlunya partisipasi masyarakat secara aktif dalam melaksanakan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD.
5. Perlunya penyuluhan mengenai metode PSN DBD yang sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah.
6. Perlunya menggerakkan kembali Jumantik (Juru Pemantau Jentik) dalam PSN DBD.
7. Melaksanakan kegiatan gerakan 3M Plus sebelum masa penularan.
8. Perlunya pemeriksaan jentik berkala secara teratur oleh petugas kesehatan sehingga populasi *Aedes aegypti* dapat dikendalikan.
9. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui faktor-faktor lain yang berhubungan dengan pelaksanaan PSN DBD.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmad H, 1997. Penggerakan Peran Serta Masyarakat Dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue. Ditjen PPM dan PLP, Depkes RI, Jakarta.
- Brown HW, 1979. Dasar Parasitologi Klinis. Ed 3, Jakarta: Gramedia, hlm 419-431
- Chandler AC, Read CP, 1960. Introduction To Parasitologi, 10<sup>th</sup> ed. New York: Mc Cann, pp 725-729.
- Christopher SR. *Aedes aegypti*, the yellow fever mosquito. London : Cambridge Univ Press; 1960 : 307-33.
- Cussi Lestari S, Saleha Sungkar, 2005. Upaya Mengatasi Faktor-Faktor Penghambat Pemberantasan Demam Berdarah Dengue. Majalah Kedokteran Indonesia, 55: 11: 686-690.
- Darwanto, Prianto, Tjahaya, 2004. Atlas Parasitologi Kedokteran.
- Depkes RI, 1997. Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman. Jakarta.
- Ditjen P3M Depkes RI, 1981. Direktorat Jenderal P3M. Demam Berdarah, Diagnosa dan Pengelolaan Penderita, Jakarta.
- Djelantik IG. G, et al, 1999. Penelitian Seroepidemiologi Infeksi Virus dengue Pada Anak-Anak dan Remaja di Mataram, Medika, Vol 12 : 763-768.
- Hadi SRA , Yunarti, 2004. Pengamatan Entomologi Daerah Endemis dan Non Endemis Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Groban Jawa Tengah. Jurnal Kedokteran Yarsi,; 95:52-58.
- Hassan R, Alatas H, 1991. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Anak.
- Hasyimi M, Lestari EW, Sukowati S, 1994. Kesenangan Bertelur *Aedes spp.* Majalah Cermin Dunia Kedokteran, 92: 19-21.
- Hasyimi M, Wiku BB, adisusanto, 1997. Dampak Peran Serta Masyarakat dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue terhadap Kepadatan Vektor di Kecamatan Pulo Gadung Jakarta Timur. Majalah Cermin Dunia Kedokteran, 119: 13-16.
- Hendarwanto, 1987. Dengue, dalam Ilmu Penyakit Dalam. Ed 2, cetakan 3. Jakarta: FKUI, hlm 417-426.

- Hoedojo, 1993. Demam Berdarah Dengue dan Penanggulangannya. Majalah Parasitologi Indonesia, 6 : 31-45.
- Kristina I, Wulandari L, 2004. Demam Berdarah Dengue, diakses dari: [Http://www.DepkesRI.com](http://www.DepkesRI.com).
- Mintarsih ER, Santoso I, Suwarsono H, 1996. Pengaruh Suhu dan Kelembaban Udara Alami Terhadap Jangka Hidup *Aedes aegypti* Betina d Kota Salatiga dan Semarang. Majalah Cermin Dunia Kedokteran, 107: 20-22.
- Nurhayati, 1999. Kepadatan *Aedes spp* Pada Beberapa Komplek Perumahan di Kotamadya Padang. Padang : Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Pranoto, Munif A, 1994. Kaitan Tempat Perindukan Vektor dengan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat terhadap Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kodya Batam. Majalah Cermin Dunia Kedokteran; 92: 22-27.
- Retno AY, Blondine Ch.P, 2005. Efektifitas *VectoBac* dan Predator *Mesocyclops aspericornis* Sebagai Jasad Pengendali Hayati Jentik *Aedes aegypti* dalam Gentong Air. Jurnal Kedokteran Yarsi 13 (1) : 102-110.
- Saleha Sungkar, 2005. Bionomik *Ae.aegypti*, Vektor Demam Berdarah Dengue. Majalah Kedokteran Indonesia, 55 (4) :384-389.
- Saleha Sungkar, 2005. Pemberantasan Vektor Demam Berdarah Dengue. Majalah Kedokteran Indonesia, 55 (5) : 407-411.
- Santoso Soeroso, 2004. Demam Berdarah Dengue dan Peran Serta Masyarakat. Majalah Medicinal, 4 (5) : 3-4.
- Seregeg I, 1996. Kepadatan *Ae.albopictus* di Lingkungan Beberapa Rumah Sakit di Jakarta Selatan. Majalah Cermin Dunia Kedokteran, 107 : 23-25.
- Shattuck GC, 1951. Disease of Tropics. New York : Apleton-Century-Crofcts,inc
- Soegeng S, 2005. Nyamuk *Aedes aegypti*, diakses dari : [Http/www.Mosquito.com](http://www.Mosquito.com)
- Soegijanto S, 2004. Manifestai Klinik Demam Berdarah Dengue. Dalam : Demam Berdarah Dengue : Tinjauan dan Temuan Baru di Era 2003. Surabaya : Airlangga university Press, hal 27-32.
- Soegijanto S, 2004. Epidemiologi Demam Berdarah Dengue. Dalam : Demam Berdarah Dengue : Tinjauan dan temuan Baru di Era 2003. Surabaya : Airlangga University Press, hal 1-10.
- Soegijanto S, 2004. Aspek Imunologi Penyakit Demam Berdarah Dengue. Dalam : Demam Berdarah Dengue : Tinjauan dan temuan Baru di Era 2003. Surabaya : Airlangga University Press, hal 11-25.

- Sukana B, 1993. Pemberantasan Vektor Demam Berdarah Dengue di Indonesia. Media LITBANGKES : 9-13.
- Sumarmo S, 1993. Demam Berdarah Dengue Pada Anak. Jakarta : FKUI Press.
- Sumarmo, 1999. Masalah Demam Berdarah Dengue di Indonesia. Dalam ( Harun SR, Irawan Safari H, ed ). Jakarta : Balai Penerbit FKUI, hal 1-13.
- Suroso T, Bang YH, 1985. Control and Prevention of Dengue Haemorrhagic Fever in Indonesia : Strategy and Thrust. Dengue Newsletter. Sei 11 : 17-24.
- Suroso T, Jasan S, Yatim F, Izhar A dan Suharto T. Survey Data Dasar Epidemiologi Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue Awal Pelita VI. Depkes RI, Maret 1996 : 1.
- Suwasono H, 1997. Berbagai Cara Pemberantasan Larva *Ae.aegypti*. Majalah Cermin Dunia Kedokteran, 119: 32-34.
- WHO,2003. Demam Berdarah Dengue, Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan dan Pengendalian. Jakarta.
- Widodo Darmowandrowo, 2005. Dengue pada Anak, diakses dari: [Http/www.DepkesRI.com](http://www.DepkesRI.com).
- Wuryadi S,1994. Masalah Penyakit Demam Berdarah Dengue Pada Pelita VI. Majalah Cermin Dunia Kedokteran, 92 : 11-13.

**KUESIONER PENELITIAN**  
**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN**  
**PELAKSANAAN PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK**  
**DEMAM BERDARAH DENGUE (PSN DBD) PADA IBU RUMAH**  
**TANGGA DI KELURAHAN JATI BARU DAN GANTING PARAK**  
**GADANG WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANDALAS**  
**TAHUN 2007**

---

**I. Identitas Responden :**

1. Nama :
2. Umur :
3. Alamat :

**II. Pendidikan :**

4. Pendidikan terakhir ibu adalah
  1. Tidak pernah sekolah
  2. Tamat SD
  3. Tamat SLTP / sederajat
  4. Tamat SLTA / sederajat
  5. Akademi / Perguruan Tinggi

**III. Tingkat Ekonomi :**

6. Pendapatan keluarga perbulan Rp .....
7. Jumlah tanggungan ..... orang

**IV. Pekerjaan :**

8. Apakah pekerjaan ibu saat ini ?
  1. PNS / Karyawan
  2. Tani
  3. Pedagang
  4. Wiraswasta
  5. Ibu Rumah Tangga
  6. Lain-lain, sebutkan .....

**V. Tingkat Pengetahuan :**

9. Apakah ibu tahu penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) ?
  - a. Tahu
  - b. Tidak tahu
10. Apa penyebab penyakit DBD ?
  - a. Virus
  - b. Jamur
  - c. Bakteri
  - d. Tidak tahu
11. Apa tanda-tanda utama dari penyakit ini ?
  - a. Demam tinggi mendadak disertai bintik – bintik merah pada kulit.
  - b. Batuk - batuk

- c. Sesak nafas
  - d. Tanpa gejala
  - e. Tidak tahu
12. Bagaimana cara penularan penyakit ini ?
- a. Melalui gigitan nyamuk
  - b. Melalui gigitan lalat
  - c. Melalui makanan
  - d. Tidak tahu
13. Nyamuk apa yang menularkan penyakit ini ?
- a. Nyamuk Aedes
  - b. Nyamuk Anopheles
  - c. Nyamuk Culex
  - d. Tidak tahu
14. Apa ciri-ciri dari nyamuk penular demam berdarah ?
- a. Seperti nyamuk biasa
  - b. Badan kecil warna hitam dengan belang hitam putih pada kaki dan sayapnya
  - c. Tidak tahu
15. Kapan nyamuk ini biasa menggigit ?
- a. Siang hari
  - b. Pagi dan sore hari
  - c. Setiap waktu
  - d. Tidak tahu
16. Dimana nyamuk ini biasa hidup ?
- a. Di dalam dan sekitar rumah
  - b. Semak-semak
  - c. Rawa-rawa
  - d. Tidak tahu
17. Dimana nyamuk ini biasa berkembangbiak ?
- a. Di airkotor / selokan
  - b. Di bak mandi, tempayan air, kaleng bekas, barang bekas yang bisa menampung air, vas bunga, tempat minum burung
  - c. Di air tergenang di atas tanah
  - d. Tidak tahu
18. Menurut ibu bagaimana cara pencegahan penyakit Demam Berdarah yang tepat ?
- a. Dengan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah agar nyamuk tidak dapat berkembangbiak pada tempat perindukannya
  - b. Membiarkan sampah berserakan
  - c. Tempat penampungan air dibiarkan dalam keadaan terbuka
  - d. Membiarkan pakaian bergelantungan
19. Menurut ibu pemberantasan sarang nyamuk dilakukan oleh siapa ?
- a. Masyarakat dan Pemerintah serta Instansi terkait
  - b. Pemerintah saja
  - c. Masyarakat saja
  - d. Tidak tahu
20. Menurut Ibu apakah pemberantasan sarang nyamuk perlu dilakukan terus – menerus ?
- a. Ya
  - b. Tidak

## VI. Sikap

Berilah tanda (√) pada kolom yang Ibu anggap paling benar

Keterangan :

SS : Sangat setuju

S : Setuju

TS : Tidak setuju

STS : Sangat tidak setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
21	Bak mandi dikuras minimal 1x dalam 1 minggu				
22	Bak mandi dikuras dulu baru diberi bubuk abate				
23	Hindari kain yang bergantung				
24	Bejana ( kaleng,botol,plastik,dan ban bekas) yang bisa menampung air sebaiknya dikubur				
25	Melakukan kebersihan lingkungan secara berkala baik sendiri atau gotong royong dapat mencegah DBD				
26	Fogging dilakukan apabila ada kasus di rumah atau sekitarnya				
27	Menggunakan lotion nyamuk di pagi dan sore hari tidak dapat mencegah gigitan nyamuk Aedes Aegypti				

## VII. Tindakan (disertai dengan observasi)

28. Apakah Ibu menguras bak mandi atau tempat penampungan air 1x dalam seminggu ?
  - a. Selalu
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
29. Apa Ibu menguras bak mandi terlebih dahulu baru diberi bubuk abate?
  - a. Selalu
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
30. Apakah Ibu mengusahakan agar pakaian tidak bergantung ?
  - a. Selalu
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
31. Jika ada kaleng,botol,plastik bekas apakah Ibu menguburnya?
  - a. Selalu
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
32. Jika ada tempat penampungan air di rumah Ibu apakah ditutup dengan rapat ?
  - a. Selalu
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
33. Apakah Ibu membersihkan lingkungan sekitar ?
  - a. Selalu
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah

MASTER TABEL  
 FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PELAKSANAAN PEMBERANTASAN ARANG NYAMUK (PSN) DBD OLEH IBU RUMAH TANGGA  
 DI KELURAHAN JATI BARU WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANOLAS PADANG

Responden	No	Umur	pdd	kg	s. ekonomi	ktg	pekerjaan	ktg	Pengetahuan											Sikap							Tindakan					Indikator		Hi	Ci								
									Pertanyaan											skor	ktg	pernyataan							skor	ktg	pertanyaan					mmh (+) larva	container						
									10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22	23	24	25	26	27			28	29	30				31	32	33	dipinaka (+) larva			
1	35	4	1	sdak	makin	1	4	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	2	4	4	3	3	3	2	1	20	1	2	0	0	0	2	2	8	2	-	5	0	1	0
2	48	3	2	makin	2	3	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	7	2	4	4	3	3	3	2	2	21	1	1	2	1	1	1	2	8	1	-	1	0	1	0	
3	51	3	2	makin	2	5	2	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	8	2	4	3	3	4	2	3	2	21	1	1	1	1	1	1	1	5	2	+	5	1	2	0.2	
4	37	3	2	makin	2	5	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	8	1	4	4	4	2	2	2	2	20	1	2	1	0	2	0	2	7	2	-	8	0	1	0	
5	41	5	1	sdak	makin	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	3	4	4	3	4	2	2	22	1	1	0	2	0	2	1	8	2	-	3	0	1	0	
6	47	5	1	makin	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	7	2	4	3	4	3	3	1	3	21	1	1	1	1	1	2	1	7	2	+	8	1	2	0.16667	
7	31	4	1	makin	2	4	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	1	3	3	3	3	3	2	20	1	1	1	1	1	2	2	8	1	-	1	0	1	0		
8	38	2	2	makin	2	5	2	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	7	2	3	3	3	3	4	2	22	1	1	0	2	1	2	2	8	1	-	4	0	1	0		
9	39	5	1	sdak	makin	1	4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10	1	4	4	4	3	4	3	3	25	1	2	1	2	2	2	2	11	1	-	6	0	1	0	
10	39	4	1	sdak	makin	1	4	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	10	1	4	3	3	4	3	2	22	1	2	1	1	2	2	2	10	1	-	1	0	1	0		
11	42	2	2	makin	2	5	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	7	2	3	3	3	3	3	2	20	1	1	1	1	1	2	2	8	1	-	4	0	1	0		
12	33	4	1	makin	2	5	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	1	4	3	4	3	3	1	2	20	1	1	0	1	2	1	1	6	2	+	4	1	2	0.25	
13	40	4	1	makin	2	5	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	1	4	3	4	3	3	1	22	1	2	1	2	0	2	1	8	1	-	2	0	1	0		
14	57	2	2	sdak	makin	1	4	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	8	1	4	3	4	3	3	2	22	1	2	1	2	1	1	2	9	1	-	3	0	1	0		
15	36	4	1	makin	2	5	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	8	1	3	4	3	3	4	2	2	21	1	1	1	2	1	1	2	8	1	+	6	1	2	0.16667	
16	42	3	2	makin	2	5	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	10	1	4	4	4	4	3	1	23	1	2	1	1	1	1	2	8	1	-	1	0	1	0		
17	46	4	1	makin	2	5	2	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	1	4	3	4	2	4	3	21	1	1	1	1	1	0	1	5	2	-	2	0	1	0		
18	36	4	1	makin	2	3	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	8	1	4	2	4	3	3	3	2	21	1	1	1	1	1	1	1	6	2	+	3	1	2	0.333333	
19	42	4	1	sdak	makin	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	1	4	4	4	3	4	3	24	1	2	2	1	1	2	2	10	1	-	6	0	1	0		
20	36	4	1	sdak	makin	1	4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10	1	4	3	4	3	4	2	3	23	1	2	2	2	2	2	2	12	1	-	1	0	1	0	
21	35	2	2	makin	2	5	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	1	4	3	4	3	4	3	1	22	1	2	1	1	1	1	1	7	2	-	2	0	1	0	
22	24	4	1	sdak	makin	1	5	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10	1	4	4	4	4	4	2	2	24	1	2	1	2	2	2	1	10	1	-	3	0	1	0	
23	37	3	2	makin	2	5	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	2	4	1	2	3	4	2	2	18	1	1	1	1	1	1	1	6	2	+	4	1	2	0.25	
24	51	3	2	sdak	makin	1	5	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	9	1	4	4	4	4	2	1	23	1	2	2	2	2	2	2	12	1	-	3	0	1	0		
25	54	2	1	makin	2	5	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	7	2	4	2	3	4	4	2	2	21	1	2	1	1	0	2	2	8	1	-	3	0	1	0	
26	46	4	1	makin	2	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	9	1	4	4	4	3	3	1	23	1	2	1	1	1	1	2	8	1	-	3	0	1	0		
27	53	5	1	sdak	makin	1	5	2	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	8	1	4	3	4	4	3	2	24	1	2	1	1	1	0	2	7	2	+	3	1	2	0.333333	
28	47	4	1	sdak	makin	1	3	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	7	2	4	3	4	3	2	2	20	1	1	1	1	1	2	2	8	1	-	2	0	1	0	
29	31	3	2	makin	2	5	2	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	8	2	3	4	4	3	3	2	21	1	2	1	1	1	1	1	7	2	+	6	1	2	0.16667		
30	48	2	2	makin	2	5	2	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	8	2	3	2	3	3	3	2	18	1	1	1	1	0	2	1	6	2	+	4	1	2	0.25		
31	50	2	2	makin	2	5	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	8	2	4	3	3	3	4	3	1	21	1	1	1	1	1	2	2	8	1	-	7	0	1	0	
32	28	3	2	makin	2	5	2	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	8	2	4	3	4	3	3	2	21	1	1	1	2	1	1	1	7	2	-	4	0	1	0		
33	47	5	1	sdak	makin	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	8	1	3	4	4	4	1	2	22	1	1	2	1	1	1	2	1	8	1	-	6	0	1	0	
34	55	2	2	makin	2	5	2	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	5	2	4	4	4	3	4	2	2	23	1	1	1	1	1	2	1	7	2	+	6	1	2	0.16667	
35	29	4	1	makin	2	5	2	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	7	2	4	2	4	2	4	2	20	1	1	1	0	0	1	2	5	2	+	4	1	2	0.25		
36	38	4	1	sdak	makin	1	5	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	1	4	4	3	3	4	4	2	24	1	2	2	1	1	2	2	10	1	-	8	0	1	0	
37	42	2	2	makin	2	5	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	9	1	3	3	3	4	3	1	2	19	1	1	1	1	1	2	2	8	1	-	3	0	1	0	
38	37	5	1	sdak	makin	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	1	4	4	4	3	4	3	25	1	1	1	2	1	2	2	9	1	-	2	0	1	0		
39	45	3	2	makin	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	9	1	3	4	3	2	4	3	1	20	1	1	1	1	2	2	1	8	1	-	4	0	1	0	
40	42	4	1	makin	2	5	2	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	8	2	4	4	3	4	2	4	2	23	1	1	1	1	1	1	1	6	2	+	3	1	2	0.333333	

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PELAKSANAAN PEMBERANTASAN ARANG NYAMUK (PSN) DBD OLEH IBU RUMAH TANGGA DI KELURAHAN GANTING PARAK GADANG WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANDALAS PADANG

Responden	No	Umur	pdd	ktg	tk ekonomi	ktg	pekerjaan	ktg	Pengetahuan												Sikap						Tindakan						Indikator			Hi	Ci						
									Pertanyaan												skor	ktg	pernyataan						skor	ktg	pertanyaan			skor	ktg			rmh (+) larva	container				
									10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			22	23	24	25	26	27			28	29	30						31	32	33	34	35
1	20	4	1	tidak miskin	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	8	1	3	3	3	3	3	2	2	19	1	1	0	2	0	2	2	7	2	+	4	1	2	0,25	
2	36	4	1	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	7	2	3	3	3	3	3	2	20	1	2	0	2	2	2	2	10	1	+	5	1	2	0,2		
3	39	5	1	tidak miskin	1	5	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	3	3	3	3	3	1	2	18	1	2	2	2	2	2	2	12	1	-	6	0	1	0	
4	52	3	2	tidak miskin	1	5	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	4	3	3	3	3	2	3	21	1	2	1	1	0	0	2	6	2	-	6	0	1	0	
5	37	3	2	miskin	2	5	2	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	6	1	3	3	3	3	3	2	2	19	1	2	1	1	1	2	2	9	1	-	4	0	1	0	
6	52	3	2	tidak miskin	1	5	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	3	3	3	3	3	2	3	20	1	2	1	1	2	2	2	10	1	-	5	0	1	0	
7	41	4	1	tidak miskin	1	5	2	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	7	2	4	4	4	4	4	2	3	25	1	2	0	1	2	0	2	7	2	-	3	0	1	0	
8	39	4	1	miskin	2	5	2	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	6	2	4	4	3	4	3	2	3	23	1	2	2	2	2	2	2	12	1	-	5	0	1	0	
9	39	4	1	tidak miskin	1	5	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	4	4	4	4	4	2	2	24	1	2	2	1	2	2	2	11	1	-	5	0	1	0	
10	37	5	1	tidak miskin	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	1	4	4	4	4	4	3	2	25	1	2	2	2	2	1	2	11	1	-	4	0	1	0	
11	53	4	1	miskin	2	5	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	1	4	3	3	4	3	3	3	23	1	2	2	2	2	1	2	11	1	-	5	0	1	0	
12	44	4	1	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	8	1	4	4	3	4	4	2	3	24	1	2	2	2	2	1	2	11	1	-	7	0	1	0	
13	38	4	1	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	4	4	3	4	3	2	3	23	1	2	1	2	2	2	2	11	1	-	4	0	1	0	
14	30	3	2	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	1	4	4	4	4	4	2	3	25	1	2	2	1	2	2	2	11	1	-	4	0	1	0	
15	35	4	1	tidak miskin	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	4	3	3	3	3	2	3	21	1	2	1	2	2	2	2	11	1	-	4	0	1	0	
16	38	3	2	miskin	2	5	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	9	1	3	3	3	3	3	2	3	20	1	2	2	2	1	2	2	11	1	-	5	0	1	0	
17	32	5	1	tidak miskin	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	4	4	4	4	4	2	2	24	1	2	2	2	2	1	2	11	1	-	3	0	1	0	
18	40	3	2	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	1	3	3	3	3	3	2	3	20	1	2	2	1	2	2	2	11	1	-	6	0	1	0	
19	36	4	1	miskin	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	4	3	4	3	3	2	3	22	1	2	1	1	2	2	2	10	1	-	5	0	1	0	
20	48	3	2	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	1	4	3	4	4	4	3	3	25	1	2	1	2	2	2	2	11	1	-	5	0	1	0	
21	26	4	1	tidak miskin	1	4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	3	2	3	3	3	3	2	19	1	1	1	1	0	2	2	7	2	+	4	1	2	0,25	
22	42	5	1	tidak miskin	1	5	2	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	1	3	3	3	3	3	2	3	20	1	1	0	2	0	2	2	7	2	-	5	0	1	0	
23	60	3	2	miskin	2	5	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6	2	3	3	3	3	3	2	3	20	1	1	2	2	2	2	2	11	1	-	4	0	1	0	
24	38	4	1	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	6	2	4	4	4	4	4	1	3	24	1	2	2	2	2	2	2	12	1	-	3	0	1	0	
25	32	5	1	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8	1	4	4	4	4	4	1	3	24	1	2	2	2	2	2	2	12	1	-	4	0	1	0	
26	36	4	1	miskin	2	5	2	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	5	2	2	3	3	4	3	3	3	21	1	2	2	2	2	0	2	10	1	-	6	0	1	0	
27	31	4	1	tidak miskin	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	9	1	2	4	4	4	4	2	2	22	1	2	2	2	2	0	2	10	1	-	5	0	1	0	
28	53	2	2	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	8	1	4	4	4	4	4	1	1	22	1	1	1	2	2	2	2	10	1	-	4	0	1	0	
29	58	4	1	tidak miskin	1	3	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	7	2	4	4	4	4	4	1	3	24	1	2	2	2	2	2	2	12	1	-	4	0	1	0	
30	45	4	1	miskin	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	10	1	3	3	3	4	4	3	3	23	1	2	2	2	2	2	2	12	1	-	4	0	1	0
31	47	4	1	miskin	2	5	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	4	4	4	4	4	1	3	24	1	2	2	0	2	1	2	9	1	-	5	0	1	0	
32	52	2	2	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	8	1	4	4	4	4	4	1	1	22	1	1	1	2	2	2	2	10	1	-	7	0	1	0	
33	50	4	1	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	1	4	4	4	4	3	3	26	1	2	2	2	2	2	2	12	1	-	5	0	1	0		
34	48	4	1	tidak miskin	1	3	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	1	4	4	4	4	4	2	3	25	1	2	2	2	2	2	2	12	1	-	5	0	1	0	
35	47	3	2	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	4	3	3	4	4	2	3	23	1	2	2	1	2	2	2	11	1	-	6	0	1	0	
36	36	5	1	tidak miskin	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	4	4	4	4	4	2	3	25	1	2	2	2	2	2	2	12	1	-	4	0	1	0	
37	52	3	2	miskin	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	4	3	3	4	3	2	3	22	1	2	1	1	2	2	2	10	1	-	4	0	1	0	
38	45	3	2	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	7	2	4	3	3	3	3	2	3	21	1	2	1	1	2	2	2	10	1	-	6	0	1	0	
39	55	2	2	miskin	2	5	2	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	8	1	4	4	3	4	4	2	3	24	1	2	1	1	2	2	2	10	1	-	6	0	1	0	
40	38	5	1	tidak miskin	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	4	4	4	4	4	2	1	23	1	2	1	1	2	2	2	10	1	-	4	0	1	0	

# Frequencies of Jati Baru

## Statistics

	Status Ekonomi	Tingkat Pengetahuan	Sikap	Tindakan	Rumah (+) jentik	Pekerjaan	Pendidikan
N	Valid	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0	0

## Frequency Table

### Status Ekonomi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Miskin	26	65.0	65.0	65.0
	Tidak miskin	14	35.0	35.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

### Tingkat Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang baik	16	40.0	40.0	40.0
	Baik	24	60.0	60.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

### Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	40	100.0	100.0	100.0

### Tindakan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	17	42.5	42.5	42.5
	Baik	23	57.5	57.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

### Rumah (+) jentik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	12	30.0	30.0	30.0
	Negatif	28	70.0	70.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**Pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	15	37.5	37.5	37.5
	Tidak Bekerja	25	62.5	62.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**Pendidikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	23	57.5	57.5	57.5
	Rendah	17	42.5	42.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

## Frequencies of Ganting Parak Gadang

### Statistics

	Status ekonomi	Tingkat pengetahuan	Sikap	Tindakan	Rumah (+) jentik	Pekerjaan	Pendidikan
N	Valid	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0	0

### Frequency Table

#### Status ekonomi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Miskin	24	60.0	60.0	60.0
	Tidak Miskin	16	40.0	40.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

#### Tingkat pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang baik	9	22.5	22.5	22.5
	Baik	31	77.5	77.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

#### Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	40	100.0	100.0	100.0

#### Tindakan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang baik	5	12.5	12.5	12.5
	Baik	35	87.5	87.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

#### Rumah (+) jentik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	3	7.5	7.5	7.5
	Negatif	37	92.5	92.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**Pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	9	22.5	22.5	22.5
	Tidak bekerja	31	77.5	77.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**Pendidikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	26	65.0	65.0	65.0
	Rendah	14	35.0	35.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

## Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Ekonomi * Daerah	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Tingkat Pengetahuan * Daerah	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Sikap * Daerah	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Tindakan * Daerah	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Rumah (+) Jentik * Daerah	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%

## Status Ekonomi \* Daerah

Crosstab

			Daerah		Total
			Endemis	Non Endemis	
Status Ekonomi	Miskin	Count	26	24	50
		Expected Count	25.0	25.0	50.0
		% within Status Ekonomi	52.0%	48.0%	100.0%
	Tidak Miskin	Count	14	16	30
		Expected Count	15.0	15.0	30.0
		% within Status Ekonomi	46.7%	53.3%	100.0%
Total	Count	40	40	80	
	Expected Count	40.0	40.0	80.0	
	% within Status Ekonomi	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests<sup>d</sup>

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.213 <sup>b</sup>	1	.644	.818	.409	
Continuity Correction <sup>a</sup>	.053	1	.817			
Likelihood Ratio	.213	1	.644	.818	.409	
Fisher's Exact Test				.818	.409	
Linear-by-Linear Association	.211 <sup>c</sup>	1	.646	.818	.409	
N of Valid Cases	80					.164

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.00.

c. The standardized statistic is .459.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

## Tingkat Pengetahuan \* Daerah

Crosstab

			Daerah		Total
			Endemis	Non Endemis	
Tingkat Pengetahuan	Kurang Baik	Count	16	9	25
		Expected Count	12.5	12.5	25.0
		% within Tingkat Pengetahuan	64.0%	36.0%	100.0%
	Baik	Count	24	31	55
		Expected Count	27.5	27.5	55.0
		% within Tingkat Pengetahuan	43.6%	56.4%	100.0%
Total	Count	40	40	80	
	Expected Count	40.0	40.0	80.0	
	% within Tingkat Pengetahuan	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests<sup>d</sup>

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.851 <sup>b</sup>	1	.091	.147	.074	.047
Continuity Correction <sup>a</sup>	2.095	1	.148			
Likelihood Ratio	2.880	1	.090	.147	.074	
Fisher's Exact Test				.147	.074	
Linear-by-Linear Association	2.815 <sup>c</sup>	1	.093	.147	.074	
N of Valid Cases	80					

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.50.

c. The standardized statistic is 1.678.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

## Sikap \* Daerah

Crosstab

			Daerah		Total
			Endemis	Non Endemis	
Sikap	Positif	Count	40	40	80
		Expected Count	40.0	40.0	80.0
		% within Sikap	50.0%	50.0%	100.0%
Total	Count	40	40	80	
	Expected Count	40.0	40.0	80.0	
	% within Sikap	50.0%	50.0%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. <sup>a</sup>
N of Valid Cases	80

a. No statistics are computed because Sikap is a constant.

### Tindakan \* Daerah

#### Crosstab

			Daerah		Total
			Endemis	Non Endemis	
Tindakan	Kurang Baik	Count	17	5	22
		Expected Count	11.0	11.0	22.0
		% within Tindakan	77.3%	22.7%	100.0%
	Baik	Count	23	35	58
		Expected Count	29.0	29.0	58.0
		% within Tindakan	39.7%	60.3%	100.0%
Total		Count	40	40	80
		Expected Count	40.0	40.0	80.0
		% within Tindakan	50.0%	50.0%	100.0%

#### Chi-Square Tests<sup>d</sup>

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	9.028 <sup>b</sup>	1	.003	.005	.003	
Continuity Correction <sup>e</sup>	7.586	1	.006			
Likelihood Ratio	9.417	1	.002	.005	.003	
Fisher's Exact Test				.005	.003	
Linear-by-Linear Association	8.915 <sup>c</sup>	1	.003	.005	.003	.002
N of Valid Cases	80					

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.00.

c. The standardized statistic is 2.986.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

## Rumah (+) Jentik \* Daerah

Crosstab

			Daerah		Total
			Endemis	Non Endemis	
Rumah (+) Jentik	Positif	Count	12	3	15
		Expected Count	7.5	7.5	15.0
		% within Rumah (+) Jentik	80.0%	20.0%	100.0%
	Negatif	Count	28	37	65
		Expected Count	32.5	32.5	65.0
		% within Rumah (+) Jentik	43.1%	56.9%	100.0%
Total	Count	40	40	80	
	Expected Count	40.0	40.0	80.0	
	% within Rumah (+) Jentik	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests<sup>d</sup>

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	6.646 <sup>b</sup>	1	.010	.020	.010	
Continuity Correction <sup>a</sup>	5.251	1	.022			
Likelihood Ratio	7.033	1	.008	.020	.010	
Fisher's Exact Test				.020	.010	
Linear-by-Linear Association	6.563 <sup>c</sup>	1	.010	.020	.010	.008
N of Valid Cases	80					

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

c. The standardized statistic is 2.562.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : NURWIYENI

Tempat / Tanggal Lahir : Padang / 20 September 1985

Agama : Islam

Anak ke : 1(satu) dari 2 (dua) bersaudara

Kewarganegaraan : Indonesia

Nama Orang Tua :

    Ayah : SYAFRUDDIN . A

    Ibu : AMINUS. Ama . Pd

Alamat : Perumahan Jarwal Puti Gando Permai Blok D No.2 Kubu  
Dalam Parak Kerakah Padang

Pendidikan :

1. Tahun 1991-1997 : SD Santa Agnes Padang
2. Tahun 1997-2000 : SLTP Maria Padang
3. Tahun 2000-2003 : SMU Don Bosko Padang
4. Tahun 2003- sekarang : Fakultas Kedokteran Unand

sehingga muncul strain baru yang virulen, atau karena peningkatan laporan (*Surveillance*) (Hadi, 2004).

KLB terbesar terjadi pada tahun 1998 dengan *Incidence 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 dan 19,24 % pada tahun 2002 (Pranoto, *dkk.*, 1994).

Meningkatnya kasus dan bertambahnya jumlah wilayah yang terjangkit disebabkan semakin baiknya sarana transportasi penduduk, adanya pemukiman baru, kurangnya perilaku masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk, terdapatnya vektor hampir di seluruh Indonesia serta adanya empat tipe virus yang bersirkulasi sepanjang tahun. Pusat-pusat penularan DBD diperkirakan adalah sekolah-sekolah, rumah sakit, daerah dengan kepadatan penduduk yang tinggi, pusat keramaian seperti pasar dan lainnya (Seregeg, 1996).

Angka kesakitan dan kematian DBD di berbagai negara sangat bervariasi dan tergantung pada berbagai macam faktor, seperti status kekebalan dari populasi, kepadatan vektor dan frekuensi penularan (seringnya terjadi penularan Virus dengue), prevalensi serotipe virus dengue dan keadaan cuaca. (Soegijanto S, 2004)

Populasi nyamuk *Ae. aegypti* biasanya meningkat pada waktu musim hujan, karena sarang-sarang (*breeding place*) nyamuk akan terisi oleh air hujan. Peningkatan populasi nyamuk ini berarti meningkatnya kemungkinan penyakit DBD di daerah endemis. (Christopher, 1960 ; Dirjen P3M Depkes RI, 1981)