

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU MENGENAI
PENYAKIT DBD DENGAN KEJADIAN DBD PADA ANAK
DI RUANGAN ANAK RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN
PAINAN TAHUN 2014**

Penelitian Keperawatan Anak



**LUSI HASMI
BP. 1311316125**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS
2015**

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU MENGENAI
PENYAKIT DBD DENGAN KEJADIAN DBD PADA ANAK
DI RUANGAN ANAK RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN
PAINAN TAHUN 2014**

Penelitian Keperawatan Anak

**LUSI HASMI
BP. 1311316125**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS
2015**

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU MENGENAI
PENYAKIT DBD DENGAN KEJADIAN DBD PADA ANAK
DI RUANGAN ANAK RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN
PAINAN TAHUN 2014**

Penelitian Keperawatan Anak

SKRIPSI

**Untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (Skep)
Pada Fakultas Keperawatan
Universitas Andalas**

Oleh

**LUSI HASMI
BP. 1311316125**

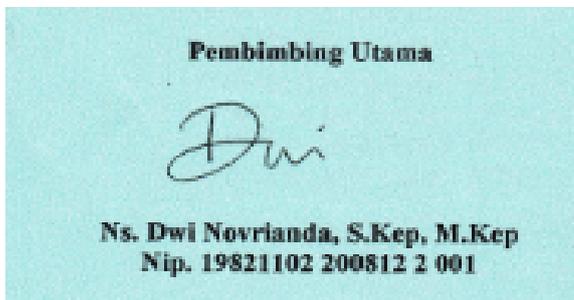
**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS
2015**

PERSETUJUAN SKRIPSI

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU MENGENAI PENYAKIT DBD DENGAN KEJADIAN DBD PADA ANAK DI RUANGAN ANAK RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TAHUN 2014

Skripsi ini telah disetujui
Tanggal, 22 Januari 2015

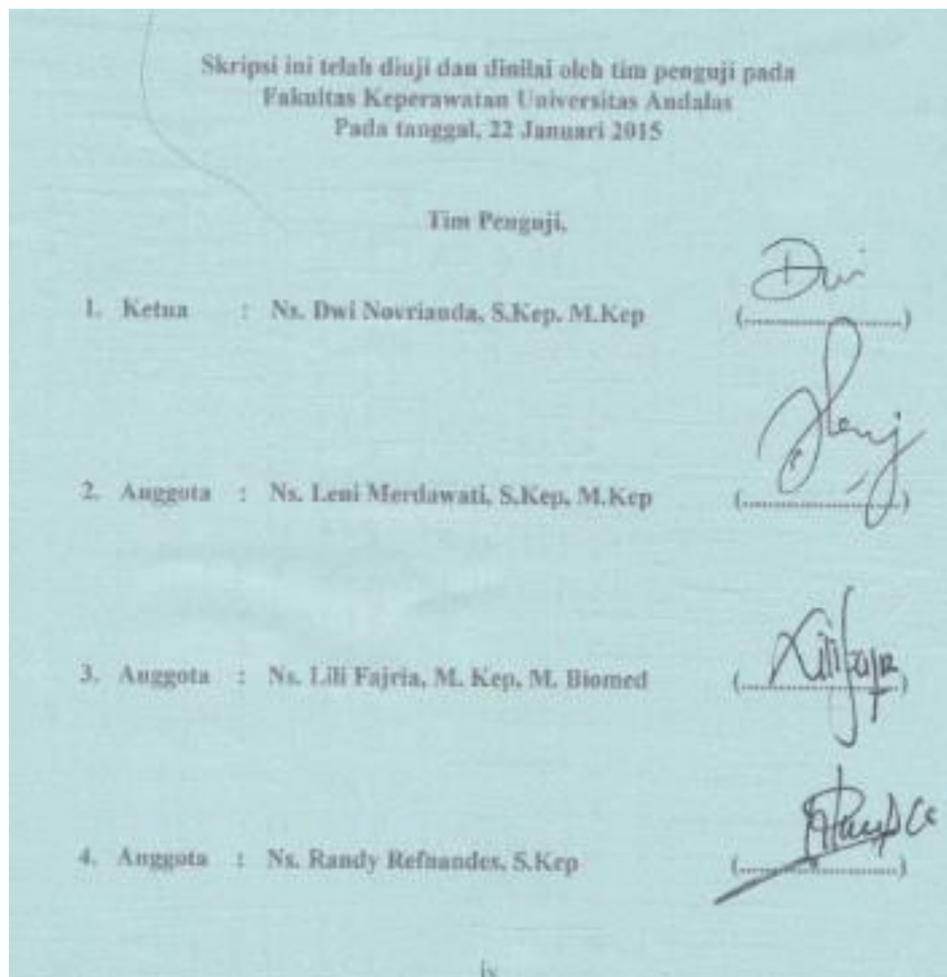
Oleh :



PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU MENGENAI PENYAKIT DBD DENGAN KEJADIAN DBD PADA ANAK DI RUANGAN ANAK RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TAHUN 2014

Nama : LUSI HASMI
BP : 1311316125



UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas nikmat dan rahmat-Nya yang selalu dicurahkan kepada seluruh makhluk-Nya. Salawat serta salam dicurahkan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah dengan nikmatnya dan hidayah-Nya, peneliti telah dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan judul “HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU MENGENAI PENYAKIT DBD DENGAN KEJADIAN DBD PADA ANAK DI RUANGAN ANAK RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TAHUN 2014”.

Terima kasih yang sebesar-besarnya peneliti ucapkan kepada ibu Ns. Dwi Novrianda, S.Kep, M.Kep dan Ns. Leni Merdawati, S.Kep, M.Kep sebagai pembimbing, yang telah dengan telaten dan penuh kesabaran membimbing peneliti dalam menyusun Skripsi ini. Terima kasih yang tak terhingga juga disampaikan kepada Pembimbing Akademik, Ibu Esi Apriyanti, S.Kp, M.Kes yang telah banyak memberi motivasi, nasehat dan bimbingan selama mengikuti perkuliahan di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas. Selain itu juga peneliti juga mengucapkan terima kasih pada :

1. Bapak Prof. DR. Dachriyanus, Apt selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas
2. Bapak dr. H. Satria Wibawa, M.Kes, selaku Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian ini.

Terakhir, ucapan terima kasih tulus kepada kedua orang tua, suami dan anak-anak yang telah memberikan hampir seluruh waktunya untuk suksesnya pendidikan peneliti.

Akhirnya harapan peneliti semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Padang, Januari 2015

Peneliti

FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS
JANUARI 2015

Nama : Lusi Hasmi
No. BP : 1311316125

Hubungan Pengetahuan dan Ibu Mengenai Penyakit DBD Dengan Kejadian DBD
Pada Anak di Ruang Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
Tahun 2015

ABSTRAK

Demam Berdarah Dengue (DBD) sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan baik bagi tenaga kesehatan khususnya, maupun masyarakat luas pada umumnya. Judul penelitian ini yaitu hubungan pengetahuan dan sikap ibu dengan kejadian DBD pada anak di ruang Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan. Jenis penelitian *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional study*. dilakukan di ruang anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dari tanggal 15 Desember 2014 sampai dengan tanggal 10 Januari 2015. Populasi berjumlah 72 orang dengan sampel 50 orang yang diambil secara *accidental sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separoh dengan pengetahuan yang rendah, lebih dari separoh dengan sikap yang negatif, dan sebagian besar dengan kejadian DBD. Terdapat hubungan antara pengetahuan dan kejadian DBD secara signifikan pada anak di ruang Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. Pada analisa bivariat yang diuji dengan *chi-square* terdapat hubungan antara sikap dan kejadian DBD secara signifikan pada anak di ruang Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. Diharapkan kepada pihak manajemen rumah sakit agar lebih memperhatikan dampak dari peningkatan kejadian DBD sehingga bisa meningkatkan kualitas hidup masyarakat

Kata kunci : Pengetahuan, Sikap, Kejadian DBD.

Daftar Pustaka : 26 (2005-1014)

*NURSE FACULTY
ANDALAS UNIVERSITY
JANUARY, 2015*

*Name : Lusi Hasmi
BP Number : 1311316125*

*Relationship Between Knowledge and Attitude of Mother about DHF Disease and
DHF Incident to Child at Children Room of RSUD*

Dr. Muhammad Zein Painan, 2015

ABSTRACT

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) until now is still a healthy problem for healthy staff especially and also broad community commonly. This research title is Relationship Between Knowledge and Attitude of Mother about DHF Disease and DHF Incident to Child at Children Room of RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, 2015. Type of research is descriptive analytic, approach used is cross sectional study. The research was done at children room of RSUD Dr. Muhammad Zein Painan from 15 December 2014 until 10 Januari 2015. Population amount 72 person, and 50 person of them are samples. They were sampled randomly (accidental sampling). Result of research refer to that more than 50% of them have less knowledge, more than 50% of them have negative attitude, and they have DHF incident commonly. There relationship between knowledge and DHF incident significantly to children at child room of RSUD Dr. Muhammad Zein Painan at 2014. Result of bivariat analyze with chi-square presented relationship between mother attitude and DHF incident significantly to children at child room of RSUD Dr. Muhammad Zein Painan at 2014. It is hoped for management of RSUD Dr. Muhammad Zein Painan to more pay attention toward impacts as result of DHF incident so that it can improve live quality of community.

Keyword : Knowledge, Attitude, DHF Incident

References : 26 (2005-1014)

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Dalam.....	i
Halaman Persyaratan Gelar	ii
Lembar Persetujuan Pembimbing.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji	iv
Ucapan Terima Kasih	v
Akstrak	vi
<i>Abstract</i>	<i>vii</i>
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Penetapan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	
1. Tujuan umum	6
2. Tujuan khusus	7
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN	
A. Pengetahuan Tentang DBD	9
B. Sikap Ibu Tentang DBD	15
C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian DBD	20

D. Demam Berdarah Dengue	23
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Kerangka Konsep	42
B. Hipotesa	43
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian.....	44
B. Tempat dan Waktu Penelitian	44
C. Populasi dan Sampel	44
D. Definisi Operasional	45
E. Alat / Instrumen Penelitian.....	46
F. Etika Penelitian	46
G. Langkah-langkah Pengolahan Data	48
H. Teknik Analisa Data	49
BAB V HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Umum Penelitian	51
B. Analisa Univariat	51
C. Analisa Bivariat	53
BAB VI PEMBAHASAN	
A. Gambaran Pengetahuan Ibu Mengenai Penyakit DBD	55
B. Gambaran Sikap Ibu Mengenai Penyakit DBD	56
C. Angka Kejadian DBD	58
D. Hubungan Pengetahuan Dengan Kejadian DBD	60
E. Hubungan Sikap Dengan Kejadian DBD	62

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	63
B. Saran	63

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

Lampiran 1	: Jadwal Rencana Kegiatan	68
Lampiran 2	: Rencana Anggaran Biaya Penelitian	69
Lampiran 3	: Izin Pengambilan Data dan Penelitian.....	70
Lampiran 4	: Surat Keterangan Penelitian	72
Lampiran 5	: Kartu Bimbingan Skripsi	73
Lampiran 6	: Lembar Permohonan Menjadi Responden	75
Lampiran 7	: Informend Concern	76
Lampiran 8	: Instrumen Penelitian	77
Lampiran 9	: Master Tabel	81
Lampiran 10	: Hasil Uji Statistik	82
Lampiran 11	: Curriculum Vitae	86

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1	Gambaran Klinis Fase Penyakit Dengue	31
Tabel 2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan pekerjaan, pendidikan, pada ibu di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. (n=50)	51
Tabel 3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan pada ibu di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014 (n=50)	52
Tabel 4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap pada ibu di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. (n=50)	52
Tabel 5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kejadian DBD pada ibu di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. (n=50)	53
Tabel 6	Hubungan Berdasarkan pengetahuan Terhadap kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. (n=50)	53
Tabel 7	Hubungan Berdasarkan Sikap Terhadap kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. (n=50)	54

DAFTAR LAMPIRAN

		Halaman
Lampiran 1	: Jadwal Rencana Kegiatan	: 68
Lampiran 2	: Rencana Anggaran Biaya Penelitian	: 69
Lampiran 3	: Izin Pengambilan Data dan Penelitian	: 70
Lampiran 4	: Surat Keterangan Penelitian	: 72
Lampiran 5	: Kartu Bimbingan Skripsi	: 73
Lampiran 6	: Lembar Permohonan Menjadi Responden	: 75
Lampiran 7	: Informend Concern	: 76
Lampiran 8	: Instrumen Penelitian	: 77
Lampiran 9	: Master Tabel	: 81
Lampiran 10	: Hasil Uji Statistik	: 82
Lampiran 11	: Curriculum Vitae	: 86

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan baik bagi tenaga kesehatan khususnya, maupun masyarakat luas pada umumnya. Penyakit ini disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan oleh nyamuk dari *family Flaviviridae* yaitu *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, dan beberapa species *Aedes* lainnya (WHO, 2010). Menurut Depkes RI (2003) pada umumnya yang dijangkiti penyakit DBD adalah anak-anak termasuk bayi dan angka kematiannya tergolong tinggi.

DBD banyak ditemukan di daerah tropis dan sub-tropis. Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, *World Health Organization (WHO)* mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara (Kemenkes, 2010).

Perkembangan kasus DBD di tingkat global semakin meningkat, seperti dilaporkan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yakni dari 908 kasus di hampir 10 negara tahun 1955-1959 menjadi 1.016.612 kasus di hampir 60 negara tahun 2000-2009. Di Indonesia, kasus DBD meningkat sejak tahun 1968, dari 58 kasus menjadi 155.777 kasus tahun 2010 dengan total kematian 1.358 orang, rata-rata tingkat kejadian nasional 65,57 per 100.000 penduduk, sehingga Indonesia menduduki urutan tertinggi kasus DBD di negara-negara Asia Tenggara

(ASEAN). Tingginya kasus DBD di Indonesia mempunyai potensi penyebaran DBD di antara negara-negara ASEAN dengan cukup tinggi, mengingat mobilitas penduduk khususnya banyak wisatawan keluar masuk dari satu negara ke negara lain (Kemenkes RI, 2007).

Kementerian kesehatan melaporkan sampai pertengahan 2011 penyakit DBD telah menjadi masalah endemik di 122 kecamatan, 1800 desa dan menjadi kejadian luar biasa (KLB) pada tahun 2005 dengan angka kematian sekitar 2%. Pada tahun 2006, kasus DBD sekitar 10.656 kasus dengan angka kematian 1,03% dan pada tahun 2007 jumlah kasus mencapai 140.000 dengan angka kematian 1% (Depkes, 2008). Data Dinas Kesehatan Sumatera Barat tahun 2013 mencatat jumlah kasus DBD di Sumatera Barat sebanyak 2137 kasus.

Berdasarkan data Seksi Surveilans & Penanggulangan Bencana/KLB/Wabah Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Selatan kasus penderita DBD di Kabupaten Pesisir Selatan tahun 2012 sebanyak 628 kasus, pada tahun 2013 sebanyak 631 kasus dan meninggal sebanyak 4 kasus, sedangkan kasus DBD dari bulan Januari s/d Oktober 2014 sebanyak 239 orang, biasanya kasus DBD peningkatannya terjadi pada bulan Nopember – Desember.

Berdasarkan data Medical Record RSUD Dr. Muhammad Zein Painan jumlah kasus DBD pada anak pada tahun 2012 sebanyak 127 kasus, tahun 2013 sebanyak 262 kasus dan 2 orang pasien meninggal. Lebih lanjut data 3 bulan terakhir pada bulan September – Nopember 2014 sebanyak 72 kasus. Data kejadian DBD menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan.

Perjalanan penyakit dengue sulit diramalkan, manifestasi klinis bervariasi mulai dari asimtomatik, simtomatik (demam dengue, DBD), DBD dapat tanpa syok atau disertai syok. Pasien yang pada waktu masuk rumah sakit dalam keadaan baik sewaktu-waktu dapat jatuh ke dalam keadaan syok, oleh karena itu kecepatan menentukan diagnosis, monitor, dan pengawasan yang ketat menjadi kunci keberhasilan penanganan DBD (Hartoyo, 2008).

Upaya pemberantasan penyakit DBD terus dilakukan oleh pemerintah antara lain melalui pengobatan penderita, pemberantasan nyamuk penular dan pembasmian larva menggunakan insektisida dan larvasida. Namun upaya tersebut selain biayanya sangat mahal juga tidak praktis. Upaya yang paling efektif dan efisien adalah dengan memberantas sarang dan tempat perindukan nyamuk oleh masing-masing anggota masyarakat. Upaya ini sebetulnya sudah digalakkan oleh pemerintah, hanya saja hasilnya belum seperti yang diharapkan, disebabkan masih rendahnya peran serta aktif dari masyarakat (Hasyimi, 2000).

Selain itu, saat ini banyak ditemukan kasus-kasus yang terlambat dirujuk ke rumah sakit. Hal ini salah satunya disebabkan karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang konsep yang benar tentang penyakit DBD termasuk dalam hal cara pencegahannya. Dari penelitian yang dilakukan Rahmaditia (2011) di Puskesmas Tlogosari Wetan Kota Semarang membuktikan bahwa ada hubungan tingkat pengetahuan, sikap, dengan pencegahan demam berdarah dengue pada anak. Penelitian yang dilakukan oleh Indah, dkk (2011) di Banda Aceh dan Kabupaten Aceh Utara yang menemukan bahwa masih rendahnya pengetahuan masyarakat terhadap upaya pencegahan DBD, selanjutnya hasil penelitian tersebut

juga menunjukkan ada hubungan lebih lanjut, beberapa penelitian lainnya juga memberikan hasil yang serupa sebagai contoh penelitian Duma (2007) di Kecamatan Baruga Kota Kendari ada hubungan yang sangat signifikan antara pengetahuan dengan kejadian DBD. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Arsunan dan Wahiduddin (2003) di kota Makassar yang mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kejadian DBD. Hasil penelitian Kasnodiharjo (1997) di Subang Jawa Barat melaporkan bahwa seseorang yang mempunyai latar belakang pendidikan atau buta huruf, pada umumnya akan mengalami kesulitan untuk menyerap ide-ide baru dan membuat mereka konservatif karena tidak mengenal alternatif yang lebih baik.

Penularan penyakit DBD semakin mudah saat ini karena berbagai faktor seperti tingginya mobilitas penduduk, lingkungan, serta faktor perilaku. Masih tingginya angka kesakitan penyakit ini ada pengaruh besar dari faktor perilaku, seperti masih kurangnya pengetahuan, sikap serta tindakan yang berkaitan dengan penyakit DBD (Tyas & Suharto, 2011).

Cara yang dianggap efektif dan tepat dalam pencegahan dan pemberantasan DBD saat ini adalah dengan memberantas sarang nyamuk penularnya (PSN-DBD) melalui gerakan 3 M yang memerlukan partisipasi seluruh lapisan masyarakat, untuk itu diperlukan penggerakan masyarakat untuk melaksanakan PSN-DBD secara terus menerus dan menyeluruh (Depkes RI, 2004).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Selatan bahwa penyuluhan kesehatan mengenai DBD di 18 Puskesmas yang ada di Kabupaten Pesisir Selatan sering dilakukan, disamping itu melalui poster-poster juga sudah

dilakukan. Di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan berdasarkan data Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) penyuluhan juga sering dilakukan baik secara langsung kepada pengunjung rumah sakit maupun melalui poster-poster dan pamflet.

Penyuluhan yang dilakukan kepada masyarakat diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dan masyarakat mau melakukan PSN sehingga kepadatan *Aedes aegypti* menurun (Sungkar, dkk, 2010). Menurut Hasymi dalam Rosidi & Adisamito (2006) keberhasilan kegiatan PSN dapat diukur dengan meningkatnya angka bebas jentik (ABJ) yang diperoleh dari pemeriksaan jentik secara berkala (PJB). Agar daerah pemukiman aman dari ancaman penyakit DBD maka ABJ harus diupayakan terus-menerus sampai waktu tak tertentu dengan kegiatan PSN yang berkesinambungan.

Kabupaten Pesisir Selatan secara demografis memanjang mulai dari perbatasan Kota Padang sampai perbatasan Provinsi Bengkulu dan Kabupaten Kerinci sepanjang 265 KM, sebagian besar wilayahnya juga terdapat laut dan perairan. Kota Painan sebagai ibu kota Kabupaten Pesisir Selatan juga merupakan kawasan Wisata yang sangat ramai di kunjungi oleh para wisata lokal maupun mancanegara sehingga memiliki potensi penyebaran DBD.

Sebagai bagian dari tugasnya untuk menjaga kesehatan anggota keluarganya agar tidak terinfeksi penyakit DBD, oleh karena itu ibu perlu menyusun dan menjalankan aktivitas-aktivitas dalam pengendalian penyakit DBD dan pemeliharaan kesehatan. Semakin terdidiknya ibu maka semakin baik pengetahuan ibu tentang pengendalian penyakit DBD.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah peneliti lakukan terhadap 10 orang ibu yang anaknya di rawat di bangsal anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, 7 orang ibu mengatakan belum memahami tentang penyakit DBD dan gejalanya, 4 orang ibu mengatakan bahwa anaknya sudah 4 hari demam dan ibu menganggap hanya demam biasa dan ibu juga tidak mengetahui gejala DBD, 2 orang ibu memahami tentang DBD karena sebelumnya anaknya pernah dirawat dengan penyakit DBD.

Berdasarkan fenomena diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan tingkat pengetahuan, sikap ibu mengenai penyakit DBD dengan kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014.

B. Penetapan Masalah

Bertitik tolak dari latar belakang diatas, maka rumusan masalah dari penelitian ini apakah ada hubungan pengetahuan dan sikap ibu mengenai penyakit DBD dengan kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap ibu mengenai penyakit DBD dengan kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- b. Mengetahui pengetahuan ibu mengenai penyakit DBD dan tatalaksana DBD di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- c. Mengetahui sikap ibu terhadap pengendalian vektor DBD dan tatalaksana DBD di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- d. Mengetahui hubungan pengetahuan ibu dengan kejadian DBD di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- e. Mengetahui hubungan sikap ibu dengan kejadian DBD di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat secara teoritis dan praktis sebagai berikut:

1. Bagi Pendidikan

Menguji secara empiris apakah ada hubungan tingkat pengetahuan, sikap ibu mengenai penyakit DBD dengan kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

2. Bagi Peneliti

Dapat mengaplikasi ilmu pengetahuan riset yang telah didapatkan selama pendidikan, sehingga dari hasil penelitian yang dilakukan dapat berguna bagi pendidikan dan praktisi keperawatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

A. Pengetahuan Tentang DBD

1. Pengertian

Pengetahuan adalah fakta dan keadaan atau kondisi yang dimengerti setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek melalui panca inderanya (Notoadmojo, 2013). Bentuk perilaku terhadap respon ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan dan dapat bersifat aktif dengan tindakan atau action). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

2. Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan bertujuan mengelompokkan tingkah laku masyarakat atau individu yang diinginkan. Bagaimana individu itu berfikir dan berbuat sebagai hasil dari suatu unit pengetahuan yang telah di berikan. Adapun tingkat pengetahuan itu adalah :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah diberikan sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang

dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

Komponen pengetahuan "tahu" yang perlu dimiliki keluarga sehubungan dengan upaya pencegahan penyakit DBD antara lain :

- 1) Mampu untuk menyebutkan dan mendefinisikan penyakit DBD**
- 2) Mampu untuk menyebutkan penyebab penyakit DBD**
- 3) Mampu untuk menyebutkan gejala dan tanda penyakit DBD**
- 4) Mampu untuk menyebutkan cara penularan penyakit DBD**
- 5) Mampu untuk menyebutkan ciri-ciri nyamuk pembawa virus penyakit DBD**
- 6) Mampu untuk menyebutkan cara pencegahan penyakit DBD**

a. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara besar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, meramalkan, menyimpulkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

Komponen pengetahuan "memahami" yang perlu dimiliki keluarga sehubungan dengan pencegahan penyakit DBD antara lain :

- 1) Mampu menjelaskan penyebab penyakit DBD**
- 2) Mampu menjelaskan gejala dan tanda penyakit DBD**
- 3) Mampu menjelaskan cara penularan penyakit DBD**

4) Mampu menjelaskan ciri-ciri nyamuk penyakit DBD

5) Mampu menjelaskan cara penularan penyakit DBD

b. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya, seseorang yang telah paham tentang proses perencanaan, harus dapat membuat perencanaan program kesehatan di tempat ia bekerja atau dimana saja. Dalam aplikasi terhadap kasus DBD, masyarakat mampu menjelaskan menerapkan prinsip 3 M dalam mencegah DBD

c. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya. Misalnya, dapat membedakan antara nyamuk *Aedes Aegypti* dengan nyamuk biasa, dapat membuat diagram siklus hidup *Aedes Aegypti*, dan sebagainya.

d. Sintesis (*syntesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis ini adalah suatu kemampuan untuk menyusun suatu formulasi-formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada misalnya menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkus dan dapat menyesuaikan suatu teori atau rumusan yang telah ada. Pada tahap ini, masyarakat diharapkan mampu untuk menjelaskan proses masuknya virus dengue sampai terjadinya DBD.

e. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada. Misalnya, pada tahap ini dapat menilai seseorang yang terinfeksi virus dengue melalui tanda, gejala, serta gambaran klinis lainnya.

3. Proses adaptasi perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari pengetahuan. Penelitian Rogers (1974, dalam buku Sunaryo; 2004: 25) mengungkapkan sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- 1) **Awareness (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.**
- 2) **Interest, yakni orang mulai tertarik pada stimulus.**
- 3) **Evaluation (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini sikap responden sudah lebih baik lagi.**
- 4) **Trial, orang telah mulai mencoba perilaku baru.**
- 5) **Adoption, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap terhadap stimulus.**

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap diatas. Apabila penerima perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

4. Pengukuran Pengetahuan Kesehatan

- 1) **Pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit dan tanda-tandanya atau gejala-gejalanya, penyebabnya, cara penularannya, cara pencegahannya, cara mengatasi dan menangani sementara).**
- 2) **Pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan antara lain : gizi makanan, sarana air**

bersih, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia, pembuangan sampah, perumahan sehat, polusi udara dan sebagainya.

- 3) Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang professional maupun tradisional.**
- 4) Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun kecelakaan lalu lintas dan tempat-tempat umum.**

Untuk itu hasil pengukuran untuk pengetahuan Tinggi : skor total \geq 76%, skor total $<$ 75% untuk pengukuran rendah (Arikunto, 2002).

Oleh sebab itu, untuk mengukur pengetahuan kesehatan seperti tersebut diatas, adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket. Indikator pengetahuan kesehatan adalah tingginya pengetahuan responden tentang kesehatan, atau besarnya persentase kelompok responden atau masyarakat tentang komponen-komponen kesehatan (Notoatmodjo, 2013).

Perjalanan penyakit DBD tidak spesifik, seringkali penderita datang ke rumah sakit sudah dalam keadaan gawat (parah) dan akhirnya banyak tidak tertolong. Faktor yang sering terjadi membuat penderita DBD menjadi gawat (syok) adalah keterlambatan masyarakat datang berobat atau ke fasilitas kesehatan. Menurut Hasrinal (2012) keterlambatan berobat dibedakan menjadi dua :

- 1) Keterlambatan berobat karena pasien atau keluarga tidak memahami atau kurang pengetahuan tentang penyakit DBD**
- 2) Keterlambatan berobat karena pasien mengupayakan pengurusan rujukan untuk jaminan biaya perawatan.**

B. Sikap ibu tentang DBD

1. Pengertian

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku tertutup. Menurut Newcomb dalam Notoadmojo (2013) sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap bukan merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap masih merupakan perilaku tertutup bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dari lingkungannya tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Dari pendapat-pendapat tersebut diatas maka dapat dikemukakan bahwa sikap itu adalah keadaan dalam diri manusia yang menggerakkan untuk bertindak, menyertai manusia dalam keadaan-keadaan tertentu dalam menghadapi objek dan terbentuk berdasarkan pengalaman-pengalaman.

Menurut Ahmadi (2001), faktor usia sangat menentukan dalam pengambilan suatu sikap individu terhadap suatu stimulus yang datang.

Individu dengan usia matang akan lebih mudah untuk bersikap positif terhadap suatu stimulus positif yang datang padanya. Penyebabnya sikap yang timbul benar-benar datang dari individu setelah sebelumnya melalui proses pikir dalam diri sendiri. Dalam tugas perkembangannya, usia ini merupakan usia dimana individu dapat bersikap dan mengambil keputusan secara lebih matang. Semakin bertambah usia maka akan semakin banyak pengetahuan yang diperoleh individu. Pengalaman menjadi semakin bertambah dan kematangan dalam penentuan sikap juga menjadi lebih baik lagi. Jadi latar belakang responden yang sebagian berada dalam kelompok usia yang dewasa/matang menjadikan responden bersikap positif terhadap pencegahan penyakit DBD. Menurut Purwanto (1999) bahwa kejadian yang terjadi berulang-ulang dan terus menerus lama kelamaan secara bertahap diserap ke dalam diri individu dan terbentuklah suatu sikap.

2. Ciri-ciri sikap

Ciri-ciri sikap dikemukakan oleh para ahli, seperti Gerungan (1996), Abu Ahmadi (1999), Sarwono (2000), Wargito (2001), pada intinya sama, yaitu:

- a. Sikap tidak dibawa sejak lahir, tetapi dipelajari (*learnability*) dan dibentuk berdasarkan pengalaman dan latihan sepanjang perkembangan individu dalam hubungan dengan objek.**
- b. Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat untuk itu sehingga dapat dipelajari.**

- c. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi selalu berhubungan dengan objek sikap.
- d. Sikap dapat tertuju pada satu objek ataupun dapat tertuju pada sekumpulan atau banyak objek.
- e. Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar (Sunaryo, 2004).

3. Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap :

- a. Pengalaman pribadi
- b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting
- c. Pengaruh budaya
- d. Media masa
- e. Lembaga pendidikan dan lembaga keagamaan faktor emosi dalam diri individu sendiri.

4. Komponen pokok sikap

Menurut para ahli psikologi diantaranya : Louis Thurstone, Renis Likert, Charles Osgood, sikap adalah suatu bentuk evaluasia/reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung (*unfavorable*) pada objek tersebut (Azwar, 1995).

Sikap dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

- a. Sikap positif, adalah sikap yang menunjukkan penerimaan, pengakuan, menyetujui dengan kecenderungan mendekati dan

menyenangi suatu objek tertentu. Hasil akhir dari sikap positif adalah sikap yang mengarah pada tindakan yang benar.

- b. Sikap negatif, adalah sikap yang menunjukkan penolakan atau tidak menyetujui dengan kecenderungan untuk mengetahui objek tertentu yang mengarah pada tindakan yang salah.

Struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang, yaitu :

- b. **Komponen kognitif**

Merupakan representatif apa yang dipercayai individu pemilik sikap, berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap.

- c. **Komponen afektif**

Menyangkut masalah emosional subjektif terhadap suatu objek sikap. Secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu.

- d. **Komponen Konatif**

Merupakan kecenderungan untuk berbuat atau berperilaku berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya. Wujud dari komponen ini dapat berupa keinginan untuk ikut serta, dukungan-dukungan verbal atau dalam bentuk non verbal berupa ajakan orang lain.

Menurut Notoatmodjo (2005), sikap positif dapat dibentuk dari pengetahuan yang tinggi terhadap suatu objek. Semakin banyak

informasi yang ditangkap oleh panca indera akan semakin membangun sikap positif. Pengetahuan yang tinggi akan membentuk responden untuk bersikap positif pula.

Sikap dari keluarga yang diharapkan sejalan dengan upaya pencegahan penyakit DBD antara lain :

a. Sikap positif, menunjukkan penerimaan dan penyetujuan terhadap tindakan yang benar dalam pencegahan penyakit DBD.

Komponennya antara lain menerima atau menyetujui tindakan :

- i. Menguras bak mandi dan tempat penampungan air minimal 1 kali seminggu.**
- ii. Menutup rapat tempat penyimpanan dan penampungan air bersih.**
- iii. Mengganti air pada pas bunga, pot yang beralas dan minuman hewan minimal 2 hari sekali.**
- iv. Mengisi lubang-lubang pada bambu pagar, lubang tiang bendera, dan lubang batu dengan pasir atau tanah.**
- v. Membersihkan air yang tergenang di atap dan talang saluran air di atap rumah.**
- vi. Memelihara ikan yang dapat berfungsi sebagai predator alami jentik nyamuk.**
- vii. Mengubur ban bekas, kaleng, botol, dan benda-benda yang dapat menampung air hujan.**
- viii. Menghindari kebiasaan menggantung pakaian di dinding.**

- ix. Menggunakan lotion anti nyamuk terutama saat tidur siang.
 - x. Menaburkan bubuk abate sesuai anjuran.
 - xi. Ikut serta dalam kegiatan pengasapan/fongging.
 - xii. Memasang kawat/kassa nyamuk pada ventilasi udara.
- e. Sikap negatif, menunjukkan penolakan atau tidak menyetujui tindakan yang benar dalam upaya pencegahan penyakit DBD tersebut diatas.

C. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian DBD

1. Kaitan pengetahuan dengan kejadian DBD

Menurut penelitian bahwa variabel yang berpengaruh kuat terhadap pergerakan keluarga dalam pencegahan penyakit DBD adalah tingkat pengetahuan. Penyakit DBD merupakan salah satu penyakit infeksi yang berkaitan dengan faktor lingkungan dan sikap serta perilaku masyarakat terutama menyangkut lingkungan di sekelilingnya.

Keberhasilan dan efektifitas upaya pencegahan penyakit DBD jangka panjang dipengaruhi oleh berbagai faktor meliputi sanitasi lingkungan, perumahan, kepadatan penduduk, penyediaan air bersih yang cukup. Program jangka panjang ini seyogyanya dilandasi dengan pendidikan kesehatan dan peningkatan peran serta masyarakat. Pendidikan kesehatan sebagai bagian kesehatan masyarakat, berfungsi sebagai media atau sarana untuk

menyediakan kondisi sosial-psikologis sedemikian rupa sehingga individu/masyarakat berperilaku sesuai dengan norma-norma hidup sehat. Pemberian pendidikan kesehatan dengan metode mengkondisikan masyarakat dengan keadaan sebenarnya seperti metode simulasi akan lebih efektif dan diserap dengan mudah oleh masyarakat (Media Komunikasi DBD, 2000).

Pendidikan tidak lepas dari proses belajar. Belajar adalah suatu usaha untuk memperoleh hal-hal baru dalam tingkah laku dengan aktifitas kejiwaan. Para ahli psikologi kognitif berpendapat bahwa kegiatan belajar dipengaruhi oleh faktor-faktor eksternal, yang menghasilkan perubahan-perubahan dalam pengetahuan, sikap dan keterampilan. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, sosial ekonomi, aktifitas sosial dan informasi yang didapat. Notoatmodjo (2013) bahwa pengetahuan dapat diperoleh dari pendidikan melalui proses belajar. Diketahui bahwa berbekal latar belakang pendidikan yang tinggi maka individu akan lebih mudah menerima dan mencerna informasi dan ide-ide sehingga pengetahuan yang diperoleh menjadi lebih banyak dan lebih tinggi pula. Penggunaan berbagai media sebagai sumber informasi secara langsung diketahui sangat berkontribusi positif dalam proses pembelajaran bagi individu. Dalam hal ini media elektronik seperti televisi sangat memegang peranan yang besar dalam penyebaran informasi karena melibatkan organ mata dan telinga sehingga

informasi yang ada menjadi lebih cepat diterima dan ditangkap penontonya (Suwanto, 2005).

Pengetahuan dasar tentang penyakit DBD sebenarnya sudah menjadi milik publik yang tanpa dikomunikasikan lagipun kita yakini semua sudah tahu bahwa nyamuk *Aedes aggypti* merupakan penyebab penyakit DBD. Potensi nyamuk tersebut dalam penyebaran penyakit DBD juga sudah sering disosialisasikan, yakni genangan air yang tidak terjaga. Tindakan-tindakan dan sikap terhadap genangan air itu sering menjadi salah ketika kita menganggap enteng dengan merasa sudah bersih. Padahal menjaga dalam konteks kebersihan air itu harus terkawal dalam suatu pola tertentu. Pola itu adalah hidup bersih dan konsisten menghindarkan perkembangbiakan nyamuk (Izar, A, 2001).

Pada kenyataannya kampung-kampung yang padat, lingkungan kumuh dan kebiasaan membuang sampah sesuka hati justru lebih menonjol daripada melaksanakan gerakan hidup bersih. Setidak-tidaknya, pola hidup yang harus dikembangkan di lingkungan terkecil keluarga itu masih belum terhayati dibandingkan resiko rentang terhadap ancaman penyakit. Memang semua harus dimulai dari tingkat keluarga, baru kemudian dikembangkan ke unit-unit kemasyarakatan. Gerakan kebersihan rumah tangga. Kenyataan target dari nacamam penyakit DBD adalah masyarakat sendiri.

Karena itu masyarakatlah yang harus aktif melakukan tindakan preventif.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Kasnodihardjo, dkk (2005) di Kodya Sukabumi disimpulkan bahwa pengetahuan yang dimiliki keluarga mempengaruhi perilaku pencegahan penyakit DBD. Semakin baik tingkat pengetahuan keluarga, maka semakin baik pula perilaku pencegahan penyakit DBD yang dilakukan keluarga (Cermin Dunia Kedokteran, 2005).

2. Kaitan sikap dengan kejadian DBD

Menurut Notoatmodjo (2013), sikap positif dapat dibentuk dari pengetahuan yang tinggi terhadap suatu objek. Semakin banyak informasi yang ditangkap oleh panca indera akan semakin membangun sikap positif. Pengetahuan yang tinggi akan membentuk orang untuk bersikap positif. Hasil penelitian Yenny (2009) bahwa sikap yang positif dari keluarga dalam pencegahan penyakit DBD disebabkan karena keluarga tersebut sudah memiliki pengetahuan yang tinggi tentang cara pencegahan penyakit DBD. Berbekal pengetahuan yang dimiliki, seseorang akan dapat menganalisa permasalahan atau objek yang dihadapi dengan pola pikir yang logis dan rasional.

D. Demam Berdarah Dengue

1. Epidemiologi

Dengue adalah penyakit virus *masquito borne* yang persebarannya paling cepat. Dalam lima puluh tahun terakhir, insidensi penyakit meningkat tiga puluh kali dan menyebar secara geografis ke Negara yang sebelumnya belum terjangkit. Menurut data WHO 1955 – 2007, didapatkan lima puluh juta infeksi Dengue setiap tahunnya dan terdapat 2,5 miliar orang yang hidup di negara endemis (WHO, 2009).

Di Indonesia Dengue pertama kali ditemukan di kota Surabaya pada tahun 1968, dimana sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia. Dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk, jumlah penyebaran dan daerah persebarannya pun meningkat, dan hingga sekarang sudah menyebar luas ke seluruh daerah di Indonesia. Menurut data Depkes RI, sejak tahun 1968 telah terjadi peningkatan penyebaran jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang endemis DBD, dari 2 provinsi dan 2 kota menjadi 32 dan 382 kabupaten/kota pada tahun 2009. Selain itu terjadi juga peningkatan jumlah kasus DBD, dan 58 kasus pada tahun 1968 menjadi 158.912 kasus pada tahun 2009 (Kemenkes RI, 2010).

2. Etiologi

Virus Dengue, merupakan anggota dari genus flavivirus dalam family flaviviridae, terdiri dari single stranded RNA virus, berdiameter 30 nm, yang bisa berkembang diberbagai tipe nyamuk dan kultur jaringan (Cook, Gordon dan Alimuddin, 2009).

3. Cara Penularan

Virus Dengue ditransmisikan dari manusia ke manusia oleh gigitan nyamuk. Manusia adalah hospes definitive dari virus tersebut. Ditemukan juga bahwa di daerah hutan Malaysia dan Afrika, monyet menjadi hospes utama dari virus ini (WHO, 2010).

Aedes aegypti adalah vector nyamuk yang paling efisien dalam menyebarkan virus dengue karena kebiasaan hidupnya. Nyamuk betina mencari menggigit manusia di siang hari. Setelah menggigit manusia yang terjangkit virus dengue, *Aedes aegypti* dapat menularkan dengue secara segera setelah menggigit manusia yang sudah terinfeksi atau setelah menunggu waktu inkubasi (8 – 10 hari) sehingga virus telah bertambah banyak di kelenjar ludah nyamuk. Sekali terinfeksi, selama daur hidup nyamuk (30 – 45 hari) dapat tetap menginfeksi manusia (Cook, Gordon dan Alimuddin, 2009).

Nyamuk *Aedes* lain yang memiliki kemampuan menularkan dengue adalah *Aedes albopithecus*, *aedes polynesiensis* dan *aedes scutellaris* (Cook, Gordon dan Alimuddin, 2009). Masing-masing spesies punya distribusi geografik yang berbeda dan spesies-spesies tersebut kurang efisien dalam menyebarkan dengue disbanding dengan *Aedes aegypti*.

Menurut WHO ada tiga siklus penyebaran virus Dengue :

- a. Siklus *Enzootik* : siklus penularan yang terjadi antara monyet-*Aedes*-monyet yang dilaporkan terjadi di Asia Selatan dan Afrika. Virus tidak bersifat patogenik bagi monyet. Ke empat serotip dari dengue (DENVI-4) mampu menulari monyet.**

- b. Siklus *Epizotik* : virus dengue menyilang ke primate dari kondisi epidemic manusia. Perpindahan tersebut dijumpai oleh vector.
 - c. Siklus *Epidemik* : siklus epidemic terjadi antara manusia-*Aedes aegypti*-manusia. Kontinuitas siklus ini bergantung pada tinggi titer virus pada manusia yang memberikan kemampuan meneruskan transmisi ke nyamuk.
4. Faktor yang mempengaruhi kejadian DBD

Menurut segitiga epidemiologi, suatu penyakit termasuk DBD dapat timbul akibat pengaruh dari 3 faktor berikut :

a. Agent

Agent merupakan penyebab infeksi, dalam penyakit DBD disebabkan oleh virus. Sedangkan vector merupakan nyamuk *Aedes*. Virus *Aedes* mampu bermultiplikasi pada kelenjar ludah dari nyamuk *Aedes aegypti*. Maka pengontrolan terhadap virus dengue dapat dilakukan dengan pengontrolan vektornya yakni nyamuk *Aedes* (Notoadmojo, 2007).

b. Host

Terjadinya nyamuk DBD pada seseorang ditentukan oleh faktor-faktor yang ada pada host itu sendiri. Kerentanan terhadap penyakit DBD dipengaruhi oleh imunitas dan genetik (WHO, 2010).

a. Imunitas

Status imunitas dari *host* merupakan komponen penting yang menentukan perkembangan penyakit DBD. Ditemukan kejadian DBD meningkat pada kasus :

a) Anak yang pernah terinfeksi dengue

Fase akut dari dengue mampu menghasilkan imunitas *homotypic* jangka lama. Selain itu, dalam beberapa penelitian menyebutkan dapat terjadi imunitas yang bersifat *cross reactive heterotypic*. Namun jika antibody dari imunitas *cross reactive heterotypic* tersebut memudar dan gagal menetralkan virus Dengue dalam infeksi sekunder. Antibody tersebut menjadi mampu memacu pathogenesis penyakit sehingga dapat terjadi demam berdarah dengue.

b) Bayi dengan maternal dengue antibody yang minim

Pasif IgG *antibody* dari ibu jika dimiliki oleh bayi dibawah umur 1 tahun dalam taraf dibawah level penetralisir virus, memiliki kapabilitas meningkatkan replikasi virus sehingga dapat terjadi demam berdarah dengue pada infeksi primer.

b. Genetik

Sebuah penelitian oleh J.F.P Wagenaar, dkk, telah membuktikan keterlibatan beberapa HLA (human leukocyte antigen) dan polimorfisme genetic umum dapat mempengaruhi kerentanan terhadap DBD.

Keberagaman tersebut mampu memberikan kerentanan atau ketahanan kepada hospes terhadap virus dengue. Berikut ini sifat yang diberikan oleh gen HLA tertentu :

a) Ketahanan terhadap virus :

HLA alel class 1 : A29, A33, B13, B44, B52, B62, B76, B77

b) Kerentanan terhadap virus :

1) HLA alel class 1 : A1, A2, A24, B blank, B46, B51

2) HLA alel class 2

3) Fc gamma-receptor

4) Vitamin D receptor

c. Environment

Pengaruh dari lingkungan yang mendukung berkembangnya virus ataupun vektor dari penyakit DBD antara lain :

1) Geografis dan iklim

Dengue utamanya ditemukan di daerah tropis. Karena vektornya yaitu nyamuk *Aedes*. Membutuhkan iklim yang hangat. Ketinggian juga merupakan faktor penting dalam distribusi nyamuk *Aedes*. Di Asia Tenggara ketinggian 1000-1500 meter di atas permukaan laut merupakan batas penyebaran nyamuk *Aedes* (WHO, 2010).

2) Faktor lingkungan lain

Kebersihan lingkungan, kondisi tempat penampungan air, dan kondisi tempat pembuangan sampah menjadi salah satu faktor penting dalam perkembangan nyamuk *Aedes*. Kondisi tersebut

dapat dihindari dengan perilaku pencegahan yang dilakukan oleh masyarakat sendiri. Dalam rumah tangga, hendaknya dapat dilakukan oleh setiap anggota keluarga.

5. Gambaran Klinis

Dengue merupakan penyakit sistemik yang dinamis. Perubahan yang terjadi terdiri dari beberapa fase. Setelah periode inkubasi, penyakit mulai berkembang menuju 3 fase yaitu febris, kritis dan penyembuhan (WHO, 2009).

a. Fase febris

Pasien mengalami demam tinggi secara tiba-tiba. Fibrilasi akut ini bertahan 2-7 hari dan disertai eritema kulit, wajah yang memerah, sakit sekujur badan, myalgia, arthralgia dan sakit kepala. Pada beberapa pasien juga ditemukan radang tenggorokan, infeksi faring dan infeksi konjungtiva. Anorexia, pusing dan muntah-muntah juga sering ditemui. Febris antara dengue dan non dengue pada awal fase febris sulit dibedakan. Oleh karena itu, monitoring dari tanda bahaya dan parameter klinik lainnya sangat krusial untuk menilai progresi ke fase kritis.

Manifestasi hemoragik seperti *patechie* dan perdarahan membrane mukosa (hidung dan gusi) mungkin timbul. Perdarahan masif vagina dan gastrointestinal juga mungkin timbul dalam fase ini. Hati juga sering mengalami pembengkakan setelah beberapa hari demam. Tanda abnormal pertama dari pemeriksaan darah rutin adalah penurunan total

sel darah putih, yang menunjukkan kemungkinan besar terjangkit dengue (WHO, 2009).

b. Fase kritis

Penurunan suhu setelah demam hingga temperature badan sekitar 37,5-38 C atau kurang, dapat terjadi 3-7 hari. Peningkatan lapiler dan peningkatan hematokrit mungkin terjadi. Kondisi tersebut menjadi tanda awal fase kritis. Kebocoran plasma biasa terjadi 24-48 jam.

Leukopenia progresif yang diikuti penurunan jumlah platelet biasa terjadi setelah kebocoran plasma. Pada kondisi ini pasien yang permeabilitas lapilernya tidak meningkat, kondisinya membaik. Sebaliknya pada pasien yang permeabilitas kapilernya meningkat, terjadi kehilangan banyak volume plasma. Derajat kebocoran plasma pun berbeda beda. Effuse pleura dan asites dapat terjadi. Derajat tingginya hematokrit menggambarkan kebocoran plasma yang berdarah.

Syok dapat terjadi ketika kehilangan cairan plasma hingga volume yang kritis. Kemudian kondisi tersebut dilanjutkan dengan tanda bahaya berupa temperatur badan yang subnormal. Apabila syok terjadi cukup panjang dapat menyebabkan kerusakan organ, asidosis metabolik dan *disseminated intravascular coagulation* (DIC).

Pasien yang mengalami fase kritis tanpa mengalami penurunan demam dapat di pantau perubahan pemeriksaan laboratorium darahnya sebagai petunjuk fase kritis dan kebocoran plasma.

c. Fase penyembuhan

Apabila pasien bertahan setelah 24-48 jam fase kritis, reabsorpsi gradual cairan ekstrasvaskular akan terjadi dalam 48-72 jam kemudian. Kondisi akan membaik, nafsu makan meningkat, gejala gastrointestinal mereda, hemodinamik makin stabil dan diuresis membaik. Namun pada fase ini dapat terjadi pruritus, bradikardi dan perubahan pada EKG.

Distress pernafasan yang diakibatkan oleh efusi pleura massif dan ascites dapat muncul bila pasien diberikan cairan berlebihan dihubungkan dengan edem pulmoner dan gagal jantung kongestif.

Berikut ini adalah tabel gambaran klinis dari setiap fase :

Tabel 1. Gambaran Klinis Fase Penyakit Dengue

	Fase DBD	Gejala klinis
1.	Fase febris	Dehidrasi, demam tinggi mungkin menyebabkan gangguan neurologis dan kejang demam pada anak
2.	Fase kritis	Syok karena kebocoran plasma, perdarahan berat dan kegagalan organ
3.	Fase penyembuhan	Hypervolemia (apabila pemberian cairan intravena berlebihan)

Sumber : WHO, 2009

6. Penatalaksanaan

Pada dasarnya pengobatan DBD bersifat suportif, yaitu mengatasi kehilangan cairan plasma sebagai akibat peningkatan permeabilitas kapiler dan sebagai akibat perdarahan.

Secara garis besar dibagi menjadi beberapa bagian :

a. Pemberian oksigen

Terapi oksigen harus selalu diberikan pada semua pasien syok.

Dianjurkan pemberian oksigen dengan menggunakan masker.

b. Penggantian volume plasma

c. Koreksi gangguan metabolic dan elektrolit

d. Transfusi darah

Pemberian transfuse darah diberikan pada keadaan perdarahan yang nyata seperti hamatemesis dan melena. Hemoglobin perlu dipertahankan untuk mencapai transport oksigen ke jaringan, sekitar 10 g/dl.

Berikut ini tatalaksana pasien dengue menurut fase yang dibagi menjadi 3 :

a. Fase febris

1) Penurunan suhu

a) *Tepid sponge* untuk demam yang sangat tinggi setelah diberikan parasetamol.

b) Antipiretik, parasetamol 10mg/kgBB/hari jika demam >39C setiap 4-6 jam.

2) Pemberian makanan

- a) Nutrisi yang lunak akan lebih disukai
- b) Susu, jus buah dan cairan elektrolit direkomendasikan jika diit lunak tidak dapat dikonsumsi.
- c) Pemberian air putih yang adekuat akan menjaga keseimbangan elektrolit.

3) Terapi simptomatik lainnya

- a) Domperidon 1 mg/kgBB/hari diberikan 3 kali.
- b) Antikonvulsan pada pasien kejang demam (diazepam oral).
- c) H-2 blocker (ranitidine, cimetidin) pada pasien dengan gastritis atau perdarahan saluran cerna.

4) Pemberian cairan intravena.

5) Pengawasan tanda kegawatan dan gejala yang mengarah ke syok.:

Gejala syok

- a) Kaki tangan dingin dan lembab.
- b) Gelisah, rewel, pada bayi.
- c) *Mottled* pada kulit.
- d) Pengisian kapiler > 2 detik.
- e) Penurunan diuresis atau tidak kencing 4-6 jam.

6) Follow up.

b. Fase kritis

1) DBD derajat I dan II

- a) Pada hari ke 3,4, dan 5 demam dianjurkan dirawat inap.
- b) pemantauan tanda vital setiap hari 1-2 jam selama fase kritis.
- c) Pemeriksaan kadar hematokrit berkala selama 4-6 jam selama fase kritis.
- d) Hindari pemasangan prosedur yang invasif seperti *nasogastric tube*
- e) Penggantian volume plasma yang hilang akibat perembesan plasma.
- f) Jenis cairan yang dipakai yaitu isotonic ringer laktat dan ringer asetat.
- g) Jumlah cairan yang diberikan :
 - a) Berat badan yang digunakan untuk patokan adalah berat ideal.
 - b) Pemberian cairan intravena harus disesuaikan berdasarkan hasil laboratorium (hemoglobin, hematokrit). Tidak boleh diberikan melebihi 6 jam tanpa dievaluasi lagi.

2) DBD derajat III dan IV

- a) Sindroma syok *dengue* merupakan kasus kegawatdaruratan yang membutuhkan penanganan secara cepat dan tepat. Terapi oksigen harus diberikan pada semua pasien syok.

- b) Penggantian awal cairan intravena dengan larutan kristaloid 20 ml/kgBB dengan tetesan secepatnya. Jika syok belum teratasi dengan dua kali resusitasi, I cairan dapat digantikan dengan koloid 10-20 ml/kgBB selama 10 menit. Jika terjadi perbaikan klinis, segera tukar kembali dengan kristaloid, tetesan di kurangi secara bertahap dengan tetesan 10ml/kgBB/jam dan dievaluasi selama 4-6 jam. Jika membaik, diturunkan 7ml/kgBB/jam selanjutnya 5ml/kgBB/jam dan terakhir 3ml/kgBB/jam.
- c) Pada pasien dengan komplikasi, pemeriksaan laboratorium yang digunakan adalah:
- (1) Golongan darah
 - (2) Gula darah dan elektrolit (Na,Ca,Kalium)
 - (3) Fungsi hati
 - (4) Fungsi ginjal
 - (5) Analisa gas darah
 - (6) Coagulogram
 - (7) Produksi urin dan nafsu makan yang cukup merupakan tanda penyembuhan.
 - (8) Pada umumnya 48 jam sesudah terjadi kebocoran atau renjatan tidak lagi membutuhkan cairan.

C. Fase penyembuhan

- 1) Penghentian cairan intravena.

- 2) Biarkan pasien istirahat, tidak dilakukan tindakan misalnya penyuntikan.
- 3) Beberapa pasien akan mengalami *fluid overload* jika pada fase demam sebelumnya mendapatkan cairan berlebihan, harus dilakukan tindakan sebagai berikut:
 - a) Hilangkan cairan yang ada di cavum pleura, dapat menggunakan diuretic *furosemide* (1 mg/kg/dosis), dengan syarat pasien tidak dalam fase perembesan plasma, karena akan memacu syok.
 - b) Dilakukan pemasangan kateter terlebih dahulu.
 - c) Pencatatan jumlah urine setiap jam. Urin yang adekuat adalah 0,5 ml/kgBB/jam
 - d) *Furosemid* dapat diberikan dengan frekuensi sesuai kebutuhan asal dengan pemantauan balans cairan.

7. Pencegahan

a. Prinsip pencegahan

Pemberantasan DBD seperti juga penyakit menular lain, didasarkan atas pemutusan rantai penularan. Dalam hal DBD, komponen penularan terdiri dari virus, nyamuk *Aedes* dan manusia. Karena sampai saat ini belum terdapat vaksin yang efektif untuk virus itu, maka pemberantasan ditujukan pada manusia dan terutama pada vektornya (Cook, Gordon dan Alimuddin, 2009).

Prinsip yang tepat dalam pencegahan DBD ialah sebagai berikut :

- 1) Memanfaatkan perubahan keadaan nyamuk akibat pengaruh alamiah dengan melaksanakan pemberantasan vektor pada saat kasus DBD/DSS sedikit.
- 2) Memutuskan lingkaran penularan dengan menahan kepadatan vektor pada tingkat sangat rendah untuk memberikan kesempatan penderita viremia sembuh secara spontan.
- 3) Mengusahakan pemberantasan vektor di pusat daerah penyebaran, yaitu di sekolah dan rumah sakit termasuk pula daerah penyangga disekitarnya.
- 4) Mengusahakan pemberantasan vektor di semua daerah berpotensi penularan tinggi.

Pelaporan kasus dalam tempo 24 jam ke Dinkes II/Puskesmas tempat tinggal pasien merupakan keharusan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan 560 tahun 1989. Tujuan pelaporan ini agar kemungkinan terjadinya penularan lebih lanjut penyakit DBD dapat dicegah dan ditanggulangi sedini mungkin. Dengan adanya laporan kasus pada Puskesmas / Dinkes Dati II yang bersangkutan, dapat dengan segera melakukan penyelidikan epidemiologi disekitar tempat tinggal kasus untuk melihat kemungkinan risiko penularan.

Apabila dari hasil penyelidikan epidemiologi diperoleh data adanya risiko penularan DBD maka Puskesmas/Dinkes Dati II akan melakukan langkah-langkah penanggulangan berupa *fogging* fokus

dan abatisasi selektif. Tujuan abatisasi ialah membunuh larva dengan butir-butir *abate sand granula* (SG) 1% pada tempat air dengan dosis *ppm* (*part per million*), yaitu 10 gram per 100 liter air dan menggalakkan masyarakat untuk melakukan kerja bakti dalam PSN.

b. Integrated vector management (IVM)

WHO menyatakan *intergrated vector management (IVM)* merupakan program pemberantasan dan pencegahan DBD yang direkomendasikan untuk digunakan disetiap Negara. *IVM* mempunyai lima elemen penting dalam prosesnya, yaitu:

- 1) Advokasi, kepedulian dalam masyarakat dan legislasi.
- 2) Kolaborasi antara sector kesehatan dengan sector yang lainnya.
- 3) Penanganan yang terintegrasi dalam mengontrol penyakit.
- 4) Pengambilan keputusan yang didasarkan penelitian
- 5) Pembangunan yang mendukung (*capacity-building*).

Metode pengontrolan vector dalam *IVM* menggunakan tiga cara:

1) Manajemen berbasis lingkungan

Meliputi perencanaan, eksekusi dan pemantauan dari segala perubahan atau intervensi pada lingkungan untuk meminimalisir perkembangbiakan vektor dan penularan penyakit. Metode ini meliputi :

- a) Modifikasi lingkungan : aktivitas lingkungan secara fisik, guna mengurangi habitat dari vektor.

- b) Manipulasi lingkungan : aktivitas rutin yang dilakukan untuk meminimalisir perkembangan vektor.
- c) Perubahan kebiasaan dan perilaku manusia : usaha untuk menghindari kontak antara manusia-vektor-virus.

Upaya praktis yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Bersihkan tempat penyimpanan air sekurang-kurangnya seminggu sekali.
- b) Tutuplah rapat-rapat tempat penampungan air, seperti tempayan, drum dan lain-lain agar nyamuk tidak dapat masuk dan berkembang baik di tempat itu.
- c) Kubur sampah yang dapat menampung air, agar tidak menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk.
- d) Tutuplah lubang pada pagar dengan tanah atau adukan semen.
- e) Jangan mempunyai kebiasaan meletakkan pakaian di gantungan yang terbuka.
- f) Untuk tempat air yang sulit dikuras taburkan bubuk abate untuk membunuh jentik nyamuk.

2) Kontrol biologis

Prinsip dasar biologis adalah mengenalkan organism yang menjadi saingan, parasit, atau yang mampu mengurangi jumlah dari spesies yang dituju. Organisme yang dapat bekerja sebagai kontrol biologis antara lain adalah ikan (*Combusia affinis* dan *poecilia*

reticulate), bakteri (*Bacillus thuringiensis serotype H-14* dan *Bacillus spaericus*) dan siklopoda.

3) Kontrol kimiawi

Bahan kimia telah dipakai untuk mengontrol *aedes aegypti* sejak awal abad ke-20 metode pemakaian insektisida ada 2 macam, yaitu *larvasida* dan *space spray*.

a. *Larvasida*

Metode ini baik digunakan pada lokasi yang sedang terserang penyakit dan terindikasi beresiko tinggi terhadap penularan penyakit demam berdarah *Dangue*. Metode ini sulit dan mahal serta tidak memungkinkan untuk diberikan jangka panjang.

Namun, menurut *WHO guidelines on drinking water quality* terdapat tiga *larvasida* yang aman digunakan pada wadah air minum, yaitu *temephos 1% sand granules*, *pytiproxyfen* dan *Bacillus thuringiensis H-14*.

b. *Space spray*

Metode ini menggunakan prinsip penyebaran droplet insektisida ke udara ruangan guna membunuh nyamuk dewasa. *Space spray* telah menjadi metode utama dalam mengontrol penyakit DBD di Negara-negara Asia tenggara selama 25 tahun terakhir. Namun metode tersebut terbukti kurang efektif.

Terbukti dari peningkatan kasus DBD yang tajam di Negara-negara tersebut dalam periode yang sama.

Metode *space spray (fogging)* tidak boleh digunakan kecuali dalam situasi endemis. Metode ini harus digunakan tepat waktu, di tempat yang strategis dan dalam jangkauan yang luas, guna memberikan efek yang diharapkan.

Pada dasarnya ada dua bentuk dari *space spray* yang digunakan untuk memberantas *aedes aegypti*, yaitu *thermal fogs* dan *cold fogs*.

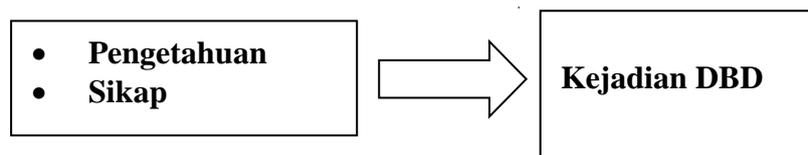
BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL

A. Kerangka Konsep

Green dalam Notoatmodjo (2013) menjelaskan faktor predisposisi merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku seperti pengetahuan, sikap, nilai, persepsi, dan keyakinan. Faktor pemungkin merupakan faktor yang memungkinkan individu berperilaku, karena tersedianya sumberdaya, keterjangkauan, rujukan, dan keterampilan. Faktor penguat perilaku, seperti sikap dan keterampilan petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua dan majikan.

Orang tua khususnya ibu, harus memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit DBD serta pencegahannya. Rendahnya pengetahuan ibu sejalan dengan munculnya resiko terkena DBD. Dengan demikian, jika keluarga khususnya ibu memiliki pengetahuan yang cukup mengenai DBD maka akan berdampak terhadap sikap yang positif dan terjadi upaya pencegahan DBD sehingga akan terjadi penurunan kejadian DBD.



Gambar 3.1 : Kerangka Konsep hubungan pengetahuan dan sikap dengan kejadian DBD

B. Hipotesa

Ha 1 : terdapat hubungan antara pengetahuan ibu dengan kejadian DBD pada anak.

Ha 2 : terdapat hubungan antara sikap ibu dengan kejadian DBD pada anak.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian maka jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* ini merupakan penelitian atau penelaahan hubungan dua variabel pada suatu situasi atau sekelompok subjek yang dilakukan secara bersamaan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen (Notoadmojo, 2005).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di ruangan anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan. Waktu penelitian dimulai dari bulan Mei 2014 s/d Januari 2015.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang anaknya dirawat di ruangan anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, dengan rata-rata perbulan 3 bulan terakhir sebanyak 72 orang.

2. Sampel

Sampel adalah unit yang lebih kecil merupakan sekelompok individu dan merupakan bagian dari populasi. Teknik pengambilan sampel dalam

penelitian ini dengan *accidental Sampling* adalah yaitu seberapa ada sampel yang tersedia saat penelitian berlangsung.

Adapun kriteria Inklusi sebagai berikut :

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Ibu yang serumah dengan anak.
- c. Ibu bisa tulis baca

Adapun kriteria eksklusi sebagai berikut :

- a. Menolak menjadi responden
- b. Anak harus dipindahkan ke ruang semi intensif

D. Definisi Operasional

Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
<u>Variabel Independen</u>					
Pengetahuan Tentang DBD	Semua informasi yang diketahui ibu secara formal maupun secara informal tentang DBD	Kuesioner	Wawancara	Ordinal	Tinggi : skor total $\geq 76\%$ Rendah : skor total $< 75\%$ (Arikunto, 2002)
Sikap terhadap DBD	Reaksi atau respon tertutup dari dalam diri rresponden tentang DBD	Kuesioner	Wawancara	Ordinal	Positif \geq mean Negatif $<$ mean (Rahmaditia, 2011)
<u>Variabel Dependen</u>					
Kejadian DBD	Pasien yang telah terdiagnosa dengan DBD	Data MR	Studi dokumentasi	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • DBD • Tidak DBD

E. Alat / Instrumen Penelitian

Untuk mendapatkan data yang relevan dengan masalah yang diteliti, peneliti menggunakan teknik wawancara dan kuesioner. Untuk variabel independen digunakan kuesioner. Untuk mengetahui kejadian DBD (variabel dependen) digunakan studi dokumentasi.

F. Etika Penelitian

Secara umum terdapat empat prinsip utama dalam etik penelitian keperawatan (Milton 1999 Loisele, Profetto-McGgrath, Polit&Beck,2004) dalam Dharma (2011) adalah :

a. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for humanignity*)

Penelitian harus dilaksanakan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Subjek memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian (*autonomy*). Tidak boleh ada paksaan atau penekanan tertentu agar subjek bersedia ikut dalam penelitian. Subjek dalam penelitian juga berhak mendapatkan informasi yang terbuka dan lengkap tentang pelaksanaan penelitian meliputi tujuan dan manfaat penelitian, prosedur penelitian, keuntungan yang mungkin didapat dan kerahasiaan informasi.

Prinsip ini tertuang dalam pelaksanaan *informed concent* yaitu persetujuan untuk berpartisipasi sebagai subjek penelitian setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan terbuka dari peneliti tentang keseluruhan pelaksanaan penelitian.

Peneliti melakukan beberapa hal yang berhubungan dengan *informed consent* antara lain :

1. Mempersiapkan formulir persetujuan yang akan ditanda tangani oleh subjek penelitian.
 2. Memberikan penjelasan langsung kepada subjek mencakup seluruh penjelasan yang tertulis dalam formulir *informed consent* dan penjelasan lain yang diperlukan.
 3. Memberikan kesempatan kepada subjek untuk bertanya tentang aspek-aspek yang belum dipahami dari penjelasan peneliti dan menjawab pertanyaan subjek dengan terbuka.
 4. Memberikan waktu yang cukup kepada subjek untuk menentukan pilihan mengikuti atau menolak menjadi subjek penelitian.
 5. Meminta subjek untuk menanda tangani formulir *informed consent*, jika ia menyetujui ikut serta dalam penelitian.
- b. Menghormati privasi dan kerahasiaan (*respect for privacy and confidentiality*)

Manusia sebagai subjek penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Namun tidak bisa dipungkiri bahwa penelitian menyebabkan terbukanya informasi tentang subjek. Sehingga peneliti perlu merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut privasi subjek yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui oleh orang lain. Prinsip ini dapat diterapkan dengan meniadakan identitas seperti nama dan alamat subjek kemudian

diganti dengan kode tertentu. Dengan demikian segala informasi yang menyangkut identitas subjek tidak terekspos secara luas.

c. Menghormati keadilan dan inklusivitas (*respect for justice inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dalam penelitian mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat dan cermat, hati-hati, dan dilakukan secara profesional. Sedangkan prinsip keadilan mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan subjek.

d. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harm and benefits*)

Prinsip ini mengandung makna bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (*beneficence*). Kemudian meminimalisir resiko/dampak yang merugikan bagi subjek penelitian (*non maleficence*). Prinsip ini yang harus diperhatikan oleh peneliti ketika mengajukan usul penelitian untuk mendapatkan persetujuan etik dari komite etik penelitian. Peneliti harus mempertimbangkan rasio antara manfaat dan kerugian/resiko dari penelitian.

G. Langkah – Langkah Pengolahan Data

Setelah data dikumpulkan, selanjutnya data diolah secara manual / komputerisasi, dengan langkah-langkah sebagai berikut :

a. *Editing*

Mengedit adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh responden. Tujuan dari editing adalah untuk mengurangi kesalahan/kekurangan yang ada dalam daftar pertanyaan yang sudah diselesaikan sampai sejauh mungkin.

b. Coding

Adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban responden kedalam kategori-kategori yang dilakukan dengan cara memberi tanda/kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban.

c. Processing

Memproses data agar dapat dianalisa dengan cara memindahkan data dari kuesioner ke dalam master tabel.

d. Cleaning

Pengecekan kembali data yang telah di masukkan kedalam master tabel/ kedalam Komputer untuk melihat ada kesalahan atau tidak.

H. Teknik Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis yang dipergunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi dari masing-masing variabel. Untuk variabel independen pengetahuan tentang DBD diklasifikasikan (Tinggi : skor total $\geq 76\%$, Sedang : skor total $56\%-75\%$ dan Rendah : skor total $< 56\%$) dan untuk sikap diklasifikasikan (Positif bila \geq mean dan rendah $<$ mean). Sedangkan

untuk variabel dependen kejadian DBD diklasifikasikan pernah terkena DBD dan belum pernah terkena DBD.

b. Analisis Bivariat

Untuk melihat hubungan dua variabel yaitu variabel independent dengan variabel dependent dilakukan uji statistik yaitu uji Chi-Square dengan tingkat pemaknaan ($p \leq 0,05$). Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan 0,05 sehingga jika nilai $p \leq 0,05$ maka secara statistik ada hubungan yang bermakna antara variabel independen dan dependen, jika nilai $p > 0,05$ berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel independen dan dependen.

BAB V
HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dari tanggal 15 Desember s/d tanggal 10 Januari 2015. Judul penelitian ini yaitu Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Mengenai Penyakit DBD dengan Kejadian DBD pada Anak di Ruang Anak RSUD Dr. M. Zein Painan Tahun 2014.

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan cara membagikan kuesioner kepada 50 orang responden. Data yang diperoleh dianalisa secara statistik dengan analisa univariat dan bivariat. Hasil analisa disajikan kedalam tabel distribusi frekuensi.

B. Analisa Univariat

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan pekerjaan, pendidikan, pada ibu di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. (n=50)

Karakteristik	F	%
Responden		
1. Pekerjaan		
a. IRT	29	58,0

b. PNS	4	8,0
c. Swasta	17	34,0
2. Pendidikan	F	%
1. SD	1	2,0
2. SMP	11	22,0
3. SMA	17	34,0
4. Sarjana	21	42,0

Berdasarkan tabel 1 diketahui lebih dari separoh (58,5%) dengan pekerjaan IRT. kurang dari separoh (42,0 %) responden berpendidikan Sarjana.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan pada ibu di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014 (n=50)

Pengetahuan	F	%
Rendah	36	72,0
Tinggi	14	28,0

Berdasarkan tabel 2 diketahui lebih dari separoh (72,0) % pengetahuannya rendah.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap pada ibu di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. (n=50)

Sikap	F	%
Negatif	33	66,0
Positif	17	34,0

Berdasarkan tabel 3 diketahui lebih dari separoh 66,0 % dengan sikap negatif.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kejadian DBD pada ibu di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. (n=50)

Kejadian DBD	F	%
DBD	21	42,0
Tidak DBD	29	32,0

Berdasarkan tabel 4 diketahui sebagian besar 42,0 % dengan kejadian DBD.

C. Analisa Bivariat

Tabel 6. Hubungan Berdasarkan pengetahuan Terhadap kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. (n=50)

Pengetahuan	Kejadian DBD				Total	%	<i>p-value</i>
	DBD		Tidak DBD				
	f	%	f	%			
Rendah	21	58,3	15	41,7	36	100	0.000
Tinggi	0	0	14	100,0	14	100	

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, didapatkan dari 36 responden dengan pengetahuan rendah sebanyak 58,3 % pada kejadian DBD. Hasil uji statistik chi-square diperoleh nilai p-value sebesar 0,000. Hal ini berarti p value $\leq 0,05$ menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna pengetahuand Terhadap kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014.

Tabel 7. Hubungan Berdasarkan Sikap Terhadap kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. (n=50)

Sikap	Kejadian DBD				Total	%	<i>p-value</i>
	DBD		Tidak DBD				
	f	%	f	%			
Negatif	21	61,8	13	38,2	34	100	0.000
Positif	0	0	16	100,0	16	100	

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, didapatkan dari 33 responden dengan sikap negatif sebanyak 61,8 % pada kejadian DBD. Hasil uji statistik chi-square diperoleh nilai p-value sebesar 0,000. Hal ini berarti p value $\leq 0,05$ menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna sikap Terhadap kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Gambaran Pengetahuan Ibu Mengenai penyakit DBD

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh tentang pengetahuan ibu bahwa telah dilakukan pada 50 responden, Lebih dari separoh 72,0 % pengetahuannya rendah.

Dari penelitian yang dilakukan Rahmaditia (2011) di Puskesmas Tlogosari Wetan Kota Semarang membuktikan bahwa ada hubungan tingkat pengetahuan, sikap, dengan pencegahan demam berdarah dengue pada anak. Penelitian yang dilakukan oleh Indah, dkk (2011). Banda Aceh dan Kabupaten Aceh Utara yang menemukan bahwa masih rendahnya pengetahuan masyarakat terhadap upaya pencegahan DBD, selanjutnya hasil penelitian tersebut juga menunjukkan ada hubungan lebih lanjut, beberapa penelitian lainnya juga memberikan hasil yang serupa sebagai contoh penelitian Duma (2007) di Kecamatan Baruga Kota Kendari ada hubungan yang sangat signifikan antara pengetahuan dengan kejadian DBD. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Arsunan dan Wahiduddin (2003) di kota Makassar yang mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kejadian DBD.

Menurut asumsi peneliti kejadian DBD yang kurang baik dikarenakan pengetahuan mereka yang masih kurang tentang pemahaman pengetahuan yang sebenarnya serta informasi yang diberikan pada penderita DBD sehingga akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

B. Gambaran Sikap ibu mengenai penyakit DBD

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 50 responden, terdapat lebih dari separoh 66,0 % dengan sikap negatif. Sikap negatif belum merupakan suatu tindakan tetapi merupakan tindakan predisposisi tindakan dan sesuatu yang belum tentu di kerjakan, jika tidak mendapatkan dukungan dari masyarakat dan lingkungan sekitar, dan dipengaruhi oleh situasi atau kondisi yang memungkinkan keluarga melakukan praktek pencegahan DBD. Faktor usia sangat menentukan dalam pengambilan suatu sikap individu terhadap suatu stimulus yang datang. Individu dengan usia matang akan lebih mudah untuk bersikap positif terhadap stimulus yang datang. Penyebab sikap yang timbul benar-benar datang dari individu setelah sebelumnya melalui proses pikir dalam diri sendiri. Semakin bertambah usia maka semakin banyak pengetahuan yang diperoleh oleh individu.

Pengalaman menjadi semakin bertambah dan kematangan dalam penentuan sikap juga menjadi lebih baik lagi. Jadi latar belakang responden yang sebagian berada dalam kelompok usia yang dewasa / matang ini menjadi responden telah memiliki sikap yang positif terhadap penyakit DBD.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap, tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan dari perilaku tertutup, menurut Newcomb dan Notoadmojo (2013) sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap bukan merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

Sikap masih merupakan perilaku tertutup bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka, sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dari lingkungannya tertentu, sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Dari pendapat tersebut, maka dapat dikemukakan bahwa sikap itu adalah keadaan dalam diri manusia yang menggerakkan untuk bertindak, menyertai manusia dalam keadaan tertentu dalam menghadapi objek dan terbentuk berdasarkan pengalaman.

Menurut Ahmadi (2001) faktor usia sangat menentukan dalam pengambilan suatu sikap individu terhadap suatu stimulus yang datang. Individu dengan usia matang akan lebih mudah untuk bersikap positif terhadap suatu stimulus positif yang datang padanya. Penyebabnya sikap yang timbul benar-benar datang dari individu setelah sebelumnya melalui proses pikir dalam diri sendiri. Dalam tugas perkembangannya, usia ini merupakan usia dimana individu dapat bersikap dan mengambil keputusan secara lebih matang. Semakin bertambah usia maka akan semakin banyak pengetahuan yang diperoleh individu.

Pengalaman menjadi semakin bertambah dan kematangan dalam penentuan sikap juga menjadi lebih lagi. Jadi, latar belakang responden yang sebagian berada dalam kelompok usia yang dewasa/matang menjadikan responden bersikap positif terhadap pencegahan penyakit DBD. Menurut Purwanto (1999) bahwa kejadian yang terjadi berulang ulang dan terus menerus lama kelamaan secara bertahap diserap kedalam diri individu dan terbentuklah suatu sikap.

C. Angka Kejadian DBD

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, didapatkan sebagian besar 82,0 % dengan kejadian DBD. Menurut penelitian bahwa variabel yang berpengaruh kuat terhadap pergerakan keluarga dalam pencegahan penyakit DBD adalah tingkat pengetahuan. Penyakit DBD merupakan salah satu penyakit infeksi yang berkaitan dengan faktor lingkungan dan sikap serta perilaku masyarakat terutama menyangkut lingkungan di sekelilingnya.

Keberhasilan dan efektifitas upaya pencegahan penyakit DBD jangka panjang dipengaruhi oleh berbagai faktor meliputi sanitasi lingkungan, perumahan, kepadatan penduduk, penyediaan air bersih yang cukup. Program jangka panjang ini seyogyanya dilandasi dengan pendidikan kesehatan dan peningkatan peran serta masyarakat. Pendidikan kesehatan sebagai bagian kesehatan masyarakat, berfungsi sebagai media atau sarana untuk menyediakan kondisi sosial-psikologis sedemikian rupa sehingga individu/masyarakat berperilaku sesuai dengan norma-norma hidup sehat. Pemberian pendidikan kesehatan dengan metode mengkondisikan masyarakat dengan keadaan sebenarnya seperti metode simulasi akan lebih efektif dan diserap dengan mudah oleh masyarakat (Media Komunikasi DBD, 2000).

Pendidikan tidak lepas dari proses belajar. Belajar adalah suatu usaha untuk memperoleh hal-hal baru dalam tingkah laku dengan aktifitas kejiwaan. Para ahli psikologi kognitif berpendapat bahwa kegiatan belajar dipengaruhi oleh faktor-faktor eksternal, yang menghasilkan perubahan-perubahan dalam pengetahuan, sikap dan keterampilan. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat

pendidikan, sosial ekonomi, aktifitas sosial dan informasi yang didapat. Notoatmodjo (2013) bahwa pengetahuan dapat diperoleh dari pendidikan melalui proses belajar. Diketahui bahwa berbekal latar belakang pendidikan yang tinggi maka individu akan lebih mudah menerima dan mencerna informasi dan ide-ide sehingga pengetahuan yang diperoleh menjadi lebih banyak dan lebih tinggi pula.

Penggunaan berbagai media sebagai sumber informasi secara langsung diketahui sangat berkontribusi positif dalam proses pembelajaran bagi individu. Dalam hal ini media elektronik seperti televisi sangat memegang peranan yang besar dalam penyebaran informasi karena melibatkan organ mata dan telinga sehingga informasi yang ada menjadi lebih cepat diterima dan ditangkap penontonya (Suwanto, 2005).

D. Hubungan Pengetahuan Dengan Kejadian DBD

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, didapatkan dari 36 responden dengan pengetahuan rendah sebanyak 58,3 % pada kejadian DBD. Hasil uji statistik chi-square diperoleh nilai p-value sebesar 0,000. Hal ini berarti p value $\leq 0,05$ menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna pengetahuan Terhadap kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014.

Menurut penelitian yang dilakukan Rahmaditia (2011) di Puskesmas Tlogosari Wetan Kota Semarang membuktikan bahwa ada hubungan tingkat pengetahuan, sikap, dengan pencegahan demam berdarah dengue pada anak. Penelitian yang dilakukan oleh Indah, dkk (2011). Banda Aceh dan Kabupaten Aceh Utara yang menemukan bahwa masih rendahnya pengetahuan masyarakat terhadap upaya pencegahan DBD, selanjutnya hasil penelitian tersebut juga menunjukkan ada hubungan lebih lanjut, beberapa penelitian lainnya juga memberikan hasil yang serupa sebagai contoh penelitian Duma (2007) di Kecamatan Baruga Kota Kendari ada hubungan yang sangat signifikan antara pengetahuan dengan kejadian DBD. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Arsunan dan Wahiduddin (2003) di kota Makassar yang mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kejadian DBD. Menurut penelitian bahwa variabel yang berpengaruh kuat terhadap pergerakan keluarga dalam pencegahan penyakit DBD adalah tingkat pengetahuan. penyakit DBD merupakan salah satu penyakit infeksi yang berkaitan dengan faktor lingkungan

dan sikap serta perilaku masyarakat terutama menyangkut lingkungan di sekelilingnya.

Keberhasilan dan efektifitas upaya pencegahan penyakit DBD jangka panjang dipengaruhi oleh berbagai faktor meliputi sanitasi lingkungan, perumahan, kepadatan penduduk, penyediaan air bersih yang cukup. Program jangka panjang ini seyogyanya dilandasi dengan pendidikan kesehatan dan peningkatan peran serta masyarakat. Pendidikan kesehatan sebagai bagian kesehatan masyarakat, berfungsi sebagai media atau sarana untuk menyediakan kondisi sosial-psikologis sedemikian rupa sehingga individu/masyarakat berperilaku sesuai dengan norma-norma hidup sehat. Pemberian pendidikan kesehatan dengan metode mengkondisikan masyarakat dengan keadaan sebenarnya seperti metode simulasi akan lebih efektif dan diserap dengan mudah oleh masyarakat (Media Komunikasi DBD, 2000).

Pengetahuan dasar tentang penyakit DBD sebenarnya sudah menjadi milik publik yang tanpa dikomunikasikan lagipun kita yakini semua sudah tahu bahwa nyamuk *Aedes aggypti* merupakan penyebab penyakit DBD. Potensi nyamuk tersebut dalam penyebaran penyakit DBD juga sudah sering disosialisasikan, yakni genangan air yang tidak terjaga. Tindakan-tindakan dan sikap terhadap genangan air itu sering menjadi salah ketika kita menganggap enteng dengan merasa sudah bersih. Padahal menjaga dalam konteks kebersihan air itu harus terkawal dalam suatu pola tertentu. Pola itu adalah hidup bersih dan konsisten menghindari perkembangbiakan nyamuk (Izar, A, 2001).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Kasnodihardjo, dkk (2005) di Kodya Sukabumi disimpulkan bahwa pengetahuan yang dimiliki keluarga mempengaruhi perilaku pencegahan penyakit DBD. Semakin baik tingkat pengetahuan keluarga, maka semakin baik pula perilaku pencegahan penyakit DBD yang dilakukan keluarga (Cermin Dunia Kedokteran, 2005).

E. Hubungan Sikap Dengan Kejadian DBD

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, didapatkan dari 33 responden dengan sikap negatif sebanyak 61,8 % pada kejadian DBD. Hasil uji statistik chi-square diperoleh nilai p-value sebesar 0,000. Hal ini berarti p value $\leq 0,05$ menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna pengetahuan Terhadap kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014. Penelitian yanti & warsito (2013).

Menurut Notoatmodjo (2013), sikap positif dapat dibentuk dari pengetahuan yang tinggi terhadap suatu objek. Semakin banyak informasi yang ditangkap oleh panca indera akan semakin membangun sikap positif. Pengetahuan yang tinggi akan membentuk orang untuk bersikap positif. Hasil penelitian Yenny (2009) bahwa sikap yang positif dari keluarga dalam pencegahan penyakit DBD disebabkan karena keluarga tersebut sudah memiliki pengetahuan yang tinggi tentang cara pencegahan penyakit DBD. Berbekal pengetahuan yang dimiliki, seseorang akan dapat menganalisa permasalahan atau objek yang dihadapi dengan pola pikir yang logis dan rasional.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Lebih dari separoh responden memiliki pengetahuan yang rendah
2. Lebih dari separoh responden memiliki sikap yang negatif
3. Lebih dari separoh responden memiliki anak yang mengalami DBD
4. Terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan dengan kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014 ($p=0,001$)
5. Terdapat hubungan bermakna antara sikap dan kejadian DBD pada anak di ruangan Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun 2014 ($p=0,000$)

B. Saran

1. Bagi perawat RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Diharapkan perawat dapat memberikan penyuluhan kepada ibu yang anaknya dirawat di RSUD agar ibu tersebut bisa lebih memahami tentang bagaimana tanda gejala dari DBD tersebut dan sikap nya bisa menjadi lebih baik dalam memperhatikan keadaan lingkungan di tempat tinggal mereka, dan lebih memperhatikan mekanisme perawatan terhadap kejadian DBD tersebut dan lebih memperhatikan dampak dari peningkatan kejadian DBD sehingga bisa meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

2. Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi bagi mahasiswa dan profesi keperawatan untuk menambah referensi peningkatan derajat kesehatan oleh mahasiswa dalam praktek lapangan, dan bisa menjadi sumber bagi mahasiswa untuk lebih memperhatikan kesehatan dari pasien tersebut yang dinas di bangsal anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Untuk penelitian selanjutnya diharapkan untuk dapat meneliti tentang faktor-faktor yang lebih dominan dari peningkatan kejadian DBD tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisamito, W. (2012). *Sistem Kesehatan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Ahmadi. (2001). *Psikologi perkembangan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Arsunan & Wahiduddin. (2003). *Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian demam berdarah dengue di kota makasar*. yarsi.ac.id/.../436-faktor-faktor-yang-berpengaruh-terhadap-kejadian-de... diakses tanggal 21 oktober 2014
- Cook, Gordon & Alimudin L Zumla. 2009. *Manson's tropical disease 22 th Edition*. Philadelphia: Saunders Elseivier.
- Depkes RI. (2003). *Pencegahan dan penanggulangan penyakit demam berdarah*. Jakarta
- Depkes RI. 2008. *Sistem kesehatan nasional*. Jakarta: Depkes RI.
- Dharma. 2011. *Metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media
- Duma. (2007). Hubungan tingkat pengetahuan dengan kejadian demam berdarah di kota baru kota kendari. digilib.unimus.ac.id/download.php?id=959. Diakses 23 Oktober 2014.
- Hartoyo. (2008). *Spektrum klinis penyakit demam berdarah pada anak*. saripediatri.idai.or.id/pdfile/10-3-1.pdf. diakses 20 Nopember 2014.
- Hasrinal. 2012. *Faktor-faktor risiko kejadian dengue shock syndrome pada pasien demam berdarah dengue di RSUD ULIN dan RSUD Ansari Saleh Kota Banjarmasin*. FKM UI
- Hasyimi. (2000). *Dampak peran serta masyarakat dalam pencegahan demam berdarah dengue terhadap kepadatan vektor di kota bandung*. Cermin Dunia Kedokteran No. 119/2000
- Kasnodiharjo, S. (1997). *Aspek perilaku dalam kaitannya dengan penyakit demam berdarah dengue di subang jawa barat*. Cermin Dunia Kedokteran No. 94, 1997.
- Kemenkes RI. (2010). *Demam berdarah* 65 *ue*. Buletin Jendela Epidemologi. Volume 2, Agustus 2010.

- Indah, R. Nurjannah. Dahlia. Hermawati, D. 2011. *Studi pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat Aceh dalam pencegahan demam berdarah*. Prosiding seminar hasil penelitian kebencanaan TDMRC-Unsyiah, Banda Aceh 13-19 April 2011.
- Rahmaditia. (2011). *Hubungan tingkat pengetahuan, sikap, dengan pencegahan demam berdarah dengue pada anak di puskesmas tlogosari kota semarang*. eprints.undip.ac.id/37350/1/Tyas_Rahmaditia.pdf. diakses tanggal 23 Oktober 2014.
- Rosidi, R & Adisasmito, W. (2006). *Hubungan faktor penggerakan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue dengan angka bebas jentik di kecamatan sumberjaya kabupaten majalengka jawa barat*. journal.fk.unpad.ac.id/index.php/mkb/article/view/187. Diakses tanggal 27 Nopember 2014.
- Riduwan & Akdon, (2006). *Rumus dan data dalam aplikasi statistik*. Bandung: Alfabeta
- Notoatmodjo, S. (2013). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta : PT Rineka Cipta
- Riduwan. (2005). *Skala pengukuran variabel-variabel penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Suwarto, (2005). *Media komunikasi masyarakat*. Yogyakarta: Penerbit Grafika Swara
- Sunaryo, (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta. EGC
- Sungkar, S. Winita, R. Kurniawan, A. (2010). *Pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan masyarakat dan kepadatan aedes aegypti di kecamatan bayah provinsi banten*. Makara kesehatan, Vol. 14, No. 2, Desember 2010: 81-85
- Tyas & Suharto. (2011). *Hubungan tinngkat pengetahuan dan sikap dengan pencegahan demam berdarah* eprints.undip.ac.id/37350/. Diakses tanggal 23 Oktober 2014.
- WHO. (2009). *Dengue guildelines for diagnosis, prevention and control*. <http://apps.who.int/tdr/svc/publications/training-guudelinepublications/dengue> diagnosis-treatment. diakses tanggal 10 Oktober 2014.
- WHO. (2010). *Regional office for south-east asia. Comprehensive guidelines for prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever*.

<http://www.searo.who.int/LinkFiles/dengue-DHF-preventioncontrol-guidelines-rev.pdf>. diakses tanggal 10 Oktober 2014.