

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN SIKAP MASYARAKAT DALAM
PENCEGAHAN PENYAKIT *DENGUE HEMORRHAGIC FEVER* DI
WILAYAH RT 9 RW 7 KELURAHAN PACARKEMBANG**

PENELITIAN DESKRIPTIF



Oleh :

MOCH. CANDRA DARMAWAN

010510914B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2009

LEMBAR PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, November 2009

Yang mengatakan

Moch Candra Darmawan
NIM. 010510914B

Telah Diuji

Pada Tanggal, Januari 2010

Mengesahkan,

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. I Ketut Sudianan, Drs. Msi. ()
Anggota : 1. Ira Suarilah, S.Kp.Ns ()
2. Eka Misbahaul Skep. Ns ()

Mengetahui

Wakil Dekan Fakultas Keperawatan UNAIR

Yuni Sufyani Arief, SKp, M.Kes
NIP. 132 295 670

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

Tanggal November 2009

Oleh

Pembimbing 1

Dr. I Ketut Suidana, Drs., M. Si

NIP.130 877 636

Pembimbing II

Ira Suarilah, S. Kp

NIP. 139 040 673

Mengetahui

a.n Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Pejabat Wakil Dekan I

Yuni Sufyani Arief, S.Kp., M.Kes

NIP. 130 877 670

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur alhamdulillah kami panjatkan kehadirat Allah SWT, atas karunia dan rahmat serta bimbingan-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN SIKAP MASYARAKAT DALAM PENCEGAHAN PENYAKIT DHF DI WILAYAH RT 9 RW 7 KELURAHAN PACARKEMBANG ”** dapat terselesaikan. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons), selaku penjabat dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Yuni Sufyani Arief, S.Kp., M.Kes., selaku penjabat wakil dekan I Fakultas Keperawatan universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Dr. I Ketut Sudiana, Drs. Msi, selaku pembimbing I yang sudah meluangkan banyak waktu untuk memberikan bimbingan, petunjuk, saran dan motivasi sehingga terselesainya skripsi ini
4. Ira Suarilah, S.Kp.Ns selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan dorongan, bimbingan dan saran yang bermanfaat bagi terselesainya skripsi ini
5. Ibu Iin Trisnoningsih, S.STP, selaku ibu Lurah Pacarkembang Kecamatan Tambaksari Surabaya yang telah memberikan ijin penelitian

6. Bapak Muhammad Saleh, selaku ketua RT 9 RW 7 Pacarkembang Surabaya yang telah memberikan ijin dan menyediakan fasilitas sehingga penelitian ini bisa berjalan dengan lancar
7. Seluruh Responden yang telah membantu dan berpartisipasi dalam penelitian ini
8. Kedua Orang Tuaku, terima kasih yang telah banyak memberikan dorongan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini
9. Untuk kakakku, terima kasih atas pengorbanannya yang takkan terbayar oleh apapun. Kau takkan pernah tergantikan
10. Rekan – rekan A5 seperjuangan (Eko, Ifa, Devon, Agung, Taqwan, Erwin) dan semua pihak yang telah banyak memberikan dorongan semangat kepada penulis dalam peneliti dan penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT, memberikan balasan kepada semua yang telah membimbing, mengarahkan, dan membantu saya dalam proses pembuatan skripsi ini

Akhirnya penulis mengharapkan dengan senang hati menerima kritik dan saran agar penelitian ini berguna bagi kita semua. Semoga memperoleh curahan berkat, rahmat dan pahala dan anugerah dari Allah Yang Maha Esa. Amin.

Surabaya, November 2009

Penulis

M. Candra D

ABSTRACT

CORELATION BETWEEN KNOWLEDGE AND ATTITUDE ON DENGUE HEMORRHAGIC FEVER PREVENTION OF THE COMMUNITY IN RT 9 RW 7 KELURAHAN PACARKEMBANG

Descriptive Research

By : Moch Candra Darmawan

High incidence of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in Surabaya, particularly in special endemic areas, indicates lack of knowledge as well as negative attitude of the community on the prevention of DHF. According to the data in Health Office, from January to March 2009 there was 200 cases of DHF incidence, while the data in community health center, Pacarkeling, in 2008 there were 35 incidences, and from January to March 2009 there were 17 DHF patients.

This descriptive study was performed, in the area of Kelurahan Pacarkembang, RT 9 RW 7, involving 54 randomly selected samples recruited using purposive sampling. This study employed history-taking, questionnaire distribution, and data tabulation.

Data showed that those with adequate knowledge were 15 (27.8%) individuals, moderate 10 (18.5%) individuals, and less 29 (53.7%) individuals. Those with positive attitude were 5 (9.3%), neutral 16 (29.6%), and negative 33 (66.1%) individuals.

It was apparent that the level of knowledge remained less and negative attitude of the community on DHF prevention efforts remained high, while more adequate knowledge and positive attitude should have been suppressed DHF incidence rate.

Keywords : Dengue Hemorrhagic Fever, knowledge, attitude

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan	iii
Ucapan Terima Kasih.....	iv
Abstract.....	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Singkatan	xii
Daftar Lampiran.....	xiii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Teoritis.....	4
1.4.2 Praktis.....	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar	6
2.1.1 Definisi pengetahuan	6
2.1.2 Tingkat pengetahuan.....	7
2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan	8
2.2 Sikap	9
2.2.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap	11
2.3 Perilaku	11
2.4 Pengertian DHF	18
2.5 Patofisiologi	18

2.6	Klasifikasi	19
2.7	Diagnosis	20
2.8	Penatalaksanaan	20
2.9	Faktor-faktor yang mempengaruhi DHF	21
	1. Tidur siang hari	21
	2. Lingkungan	22
2.10	Program penanggulangan DHF.....	22

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1	Kerangka Konseptual.....	25
3.2	Hipotesis Penelitian	26

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1	Rancangan Penelitian	27
4.2	Kerangka kerja	27
4.3	Populasi Sampel Dan Sampling.....	28
	4.3.1 Populasi	28
	4.3.2 Sampel.....	28
	4.3.3 Sampling	29
4.4	Identifikasi Variabel.....	29
4.5	Definisi Operasional	30
4.6	Instrumen Penelitian	31
4.7	Lokasi dan waktu penelitian	31
4.8	Prosedur Pengumpulan data.....	31
4.9	Cara Analisa Data	32
4.10	Masalah Etik	32
4.11	Keterbatasan Penelitian.....	33

BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1	Hasil Penelitian.....	34
	5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	34
	5.1.2 Data umum.....	35

1. Umur.....	35
2. Tingkat pendidikan.....	36
3. Pekerjaan.....	36
4. Sumber informasi.....	37
5.1.3 Data khusus	
1 Data pengetahuan mengenai pencegahan DHF.....	38
2 Data sikap mengenai pencegahan DHF.....	38
3 Data hubungan pengetahuan dan sikap.....	39
5.2 Pembahasan.....	39
5.2.1 Pengetahuan masyarakat dalam pencegahan DHF	39
5.2.2 Sikap masyarakat dalam pencegahan DHF	41
5.2.3 Hubungan pengetahuan dengan sikap dalam pencegahan DHF.....	43
 BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan.....	47
6.2 Saran.....	47
 DAFTAR PUSTAKA	 49

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	25
Gambar 4.1 Kerangka Kerja.....	27
Gambar 5.1 Diagram batang berdasarkan umur.....	35
Gambar 5.2 Diagram batang berdasarkan pendidikan.....	36
Gambar 5.3 Diagram batang berdasarkan pekerjaan.....	36
Gambar 5.5 Diagram batang berdasarkan sumber informasi	37
Gambar 5.6 Diagram batang identifikasi pengetahuan mengenai pencegahan DHF.....	38
Gambar 5.7 Diagram batang identifikasi sikap mengenai pencegahan DHF..	39

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional	30
Tabel 5.8 Diagram batang identifikasi perbandingan hubungan pengetahuan dengan sikap mengenai pencegahan DHF.....	39

DAFTAR SINGKATAN

3M	Menguras , mengubur , menutup
APC	<i>Antigen Presenting Cells</i>
CFR	<i>Case Fatality Rate</i>
Dinkes	Dinas Kesehatan
Jumantik	Juru Pemantauan Jentik
KLB	Kejadian Luar Biasa
PSN	Pemberantasan Sarang Nyamuk
WHO	<i>World Health Organization</i>
DHF	Dengue Hemorrhagic Fever
DBD	Demam Berdarah Dengue

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Formulir Persetujuan Menjadi Responden.....	51
Lampiran 2	Pernyataan Bersedia Menjadi Responden	52
Lampiran 3	Format Kuesioner.....	53

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Demam berdarah dengue (DHF) hingga kini masih merupakan salah satu problem kesehatan di berbagai negara tropis termasuk Indonesia (Soewandojo, 2002). Demam berdarah Dengue yaitu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue termasuk group B *Arthropod borne virus* (arbovirus) dan sekarang dikenal sebagai genus *flavivirus*, famili *Flaviridae*, yang mempunyai 4 jenis serotipe yaitu DEN 1, DEN 2, DEN 3, DEN 4. Keempat serotype ini terdapat di Indonesia dan dilaporkan bahwa serotype virus DEN 3 sering menimbulkan wabah, sedangkan di Thailand penyebab wabah yang dominant adalah virus DEN 2 (Syahrurahman A *et al.*, 2001). Program penanggulangan wabah DBD dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu *agent*, *host* dan lingkungan. Kecenderung epidimilogis menunjukkan bahwa program pengendalian dan pencegahan DBD hingga saat ini masih belum optimal (WHO, 2004). Halstead SB (2000) menyatakan bahwa salah satu faktor gagalnya pemberantasan DBD di dunia adalah kurangnya pengetahuan, sikap masyarakat mengenai penyakit tersebut sehingga dari tahun ke tahun sering muncul sebagai kejadian luar biasa (KLB).

DBD di Indonesia pertama kali ditemukan di Surabaya tahun 1968 dengan *Case Fatality Rate* (CFR) 41,5% (Soegijanto S., 2004). Kejadian DBD cenderung ,meningkat antara tahun 1994-1998, meskipun CFR berhasil diturunkan dari 2,5% (1994) menjadi 2% 1998 (Suroso T.,1999). DBD telah menyerang semua provinsi di Indonesia pada tahun 1997. Pada awalnya KLB

DBD terjadi secara periodik 5 tahun sekali kemudian interval periodenya lebih cepat (Soegijanto S. Dan Sustini F., 2004). Jumlah penderita DBD di Indonesia sepanjang tahun 1999 sebanyak 21.134 orang, tahun 2000 sebanyak 33.443 orang, tahun 2001 sebanyak 45.904 orang, tahun 2002 sebanyak 40.377 orang, dan tahun 2003 sebanyak 550.131 orang. Pada tahun 2000 insiden rate sebesar 15,75 per 100.000 penduduk meningkat pada tahun 2001 sebesar 17,2 per 100.000 penduduk (Soegijanto S., 2004). Kasus DHF hampir terjadi di seluruh wilayah Jawa Timur terutama daerah pelosok. Menurut data Dinas Kesehatan Kota Surabaya mulai bulan Januari sampai Maret tahun 2009 dilaporkan sekitar 200 penderita dari berbagai wilayah Surabaya dan cenderung meningkat setiap bulannya. Sedangkan menurut data di Puskesmas Pacarkeling yang membawahi wilayah Pacarkembang tahun 2008 terdapat 35 penderita dan pada tahun 2009 mulai bulan Januari sampai dengan Maret 2009 terdapat 17 penderita. Angka kejadian DHF di wilayah Pacarkembang yang diharapkan menurun ternyata dilaporkan tetap meningkat walaupun di wilayah tersebut pernah dilakukan Fogging (Penyemprotan Demam Berdarah) serta sosialisasi tentang pencegahan DHF. Hal tersebut masih dipengaruhi sikap masyarakat yang masih kurang proaktif dalam menjaga lingkungan mereka

Program penanggulangan DBD yang telah dilakukan oleh Departemen Kesehatan adalah dengan menggunakan strategis memberantas nyamuk dewasa melalui pengasapan, kemudian strategi diperluas dengan menggunakan larvasida yang ditaburkan ke tempat penampungan air yang sulit dibersihkan serta penendalian nyamuk juga dilakukan dengan metode lingkungan, biologis dan kimiawi dan perubahan perilaku masyarakat untuk hidup bersih dan sehat

(Depkes, 2005). Kesadaran masyarakat akan pentingnya gerakan pemberantasan nyamuk (PSN) yang meliputi 3M yaitu menguras, mengubur dan menutup kontainer yang berpotensi sebagai sarang nyamuk juga masih belum optimal. Hal ini disebabkan oleh 2 faktor yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi tingkat pendidikan, pekerjaan, dan nilai yang diyakini masyarakat. Faktor eksternal meliputi ketersediaan sumber informasi, keaktifan petugas penyuluhan, dan fasilitas unit pelayanan kesehatan (Bambang H., 1998)

Dari uraian diatas dan untuk lebih mengetahui terjadinya pencegahan penyakit DHF maka perlu diteliti apakah ada hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat pada pencegahan penyakit DHF di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 Perilaku masyarakat yang diteliti meliputi aspek pengetahuan (*kognitif*), sikap (*afektif*) dan ketrampilan (*skill*) merupakan elemen penting dalam pembuatan proses keperawatan. Pelaksanaan atau tindakan terhadap obyek yang diketahui dapat dipengaruhi oleh pengetahuan (Notoadmojo, 2003). Kondisi lingkungan khususnya ada tidaknya jentik di lingkungan sekitar rumah juga perlu diteliti. Pengetahuan dan sikap masyarakat perlu diketahui sebagai dasar dalam penentuan kebijakan selanjutnya. Harapan semakin baik pengetahuan dan sikap masyarakat dalam pencegahan DHF tidak terjadi di daerah tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan masyarakat pada pencegahan penyakit DHF di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7
2. Mengidentifikasi sikap masyarakat pada pencegahan penyakit DHF di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7
3. Menganalisis hubungan antara pengetahuan dengan sikap masyarakat pada pencegahan penyakit DHF di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Sebagai dasar institusi atau instansi untuk memperkaya konsep atau teori yang mendukung perkembangan ilmu pengetahuan di bidang ilmu keperawatan dalam hubungan pengetahuan dengan sikap khususnya masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF

1.4.2 Praktis

1. Manfaat penelitian ini bagi masyarakat adalah Penelitian ini diharapkan dapat menambahkan serta memberikan pemahaman kepada masyarakat tentang pencegahan DHF
2. Manfaat penelitian ini bagi puskesmas adalah membantu Puskesmas dalam merencanakan kegiatan – kegiatan untuk tindakan promotif dan preventif penyakit DHF
3. Manfaat penelitian ini bagi Dines Kesehatan adalah Sebagai masukan kepada pengelola program penanggulangan penyakit menular untuk peningkatan pelaksanaan penanggulan DHF
4. Manfaat penelitian ini bagi Pemerintah Setempat adalah Sebagai masukan petugas Pemerintah setempat untuk penyusunan dan pengembangan program pencegahan DHF

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan dan diuraikan tentang konsep yang mendasari penelitian hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 pada pencegahan penyakit DHF . Adapun konsep yang akan menjadi acuan dalam penelitian ini adalah pengertian pengetahuan, sikap, perilaku, pengertian DHF, klasifikasi, diagnosis, penatalaksanaan, factor yang mempengaruhi DHF program penanggulangan DHF.

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengetahuan

Pengetahuan berawal pada kekaguman manusia akan alam yang dihadapinya, baik alam besar (*macro – cosmos*) maupun alam kecil (*micro – cosmos*). Pengetahuan adalah pengalaman seseorang dengan alam sekitarnya baik secara mikro maupun makro yang diperoleh dengan sengaja maupun tidak sengaja (Suryabrata S, 2004)

Pengetahuan terbentuk dari berbagai pendekatan ilmiah dan non ilmiah. Pendekatan ilmiah adalah pendekatan yang diperoleh melalui penelitian ilmiah dan dibangun diatas teori tertentu. Pendekatan ilmiah ini orang berusaha dengan memperoleh kebenaran ilmiah yaitu, pengetahuan benar yang kebenarannya terbuka untuk diuji oleh siapa saja yang mengkehendaki untuk mengujinya. Pendekatan non ilmiah banyak digunakan yaitu akal sehat, prasangka intuisi,

penemuan kebetulan coba-coba dan pendapat otoritas ilmiah dan pikiran kritis.
(Pitono S, 2000)

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.
Pengetahuan merupakan hasil dari tahu. (Notoadmodjo, 2001).

2.1.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo (2003) pengetahuan mempunyai 6 tingkatan :

1. Tahu (*know*)

Diartikan mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk pengetahuan ini adalah mengingat kembali terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Untuk mengukur orang tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah memahami suatu obyek harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan terhadap obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan penggunaan hukum – hukum, rumus, metode, prinsip dalam konteks situasi yang berbeda. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam

penghitungan penelitian dan menggunakan prinsip – prinsip dalam pemecahan masalah.

4. Analisis (*analysis*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek dalam komponen – komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lainnya.

5. Sintesis (*Syntesis*)

Suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian kedalam bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun, merencanakan, meringkas, menyesuaikan terhadap teori atau rumusan yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek penelitian ditentukan sendiri dengan menggunakan kriteria yang ada. Misalnya membandingkan, dapat menafsirkan dan sebagainya. Untuk pengetahuan yang ingin kita ukur dapat kita sampaikan dengan tingkat – tingkat diatas.

2.1.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan

1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam atau diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar karena makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut menerima informasi. Dengan

pendidikan yang tinggi maka seseorang cenderung untuk mendapat informasi baik dari orang lain atau dari media massa maupun dari hasil perkuliahan. (Notoatmodjo, 2003).

2. Pengalaman

Pengalaman seseorang atau masyarakat dapat diperoleh melalui pengetahuan atau saat melakukan kegiatan pencegahan terhadap penyakit DHF tersebut. Pengalaman ini dapat mengembangkan kemampuan dalam mengambil keputusan dan merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang terolah dari masalah nyata dalam bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

3. Umur

Umur seseorang akan membedakan pengetahuan dan pengalaman karena terkadang orang lebih bijak dalam mengambil keputusan. Dapat diperkirakan IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia. Pada usia ≥ 51 seseorang akan mengalami kemunduran dalam beberapa kemampuan dengan perbedaan individu yang luas (Lumbantobing SM, 2007)

2.2 Sikap

Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap obyek (Heri P, 2005).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Menurut Newcomb yang dikutip (Notoadmojo, 2003), sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap

belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap terdiri dari berbagai tingkatan :

1. Menerima (*receiving*), menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)
2. Merespon (*responding*), memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap
3. Menghargai (*valuing*) mengajak orang lain untuk mendiskusikan atau mengerjakan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap
4. Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

Prilaku kesehatan dari skinner 1938 adalah suatu respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus suatu obyek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman serta lingkungan (Notoadmojo, 2003).

Sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap penilaian terhadap stimulus atau obyek (dalam hal ini adalah kesehatan, termasuk penyakit). Indikator sikap kesehatan sejalan dengan pengetahuan kesehatan yaitu :

1. Sikap terhadap sakit dan penyakit, adalah bagaimana penilaian atau pendapat terhadap gejala atau tanda – tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit dan cara pencegahannya,
2. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat,

3. Sikap terhadap kesehatan lingkungan, adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap lingkungan dan pengaruh terhadap kesehatan (Notoadmojo, 2003). Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap obyek (Heri P, 2005).

2.2.1 Faktor – faktor yang mempengaruhi sikap

1. Umur, umur seorang anak dengan remaja dan dewasa akan berbeda biasanya orang dewasa lebih banyak pengalaman dan lebih bijak dibandingkan remaja maupun anak-anak, begitu juga dengan remaja dan anak.
2. Kecerdasan, Tingkat kecerdasan seseorang akan berbeda – beda dari anak sampai dengan dewasa.
3. Lingkungan, lingkungan yang kurang baik akan merubah perilaku dan pendidikan menjadi kurang berkembang dibanding dengan lingkungan orang terpelajar.
4. Pekerjaan, Pekerjaan orang kantor dengan buruh akan berbeda (Bastable BS, 2002)

2.3 Perilaku

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan (Notoadmojo, 2003)

Faktor perilaku masyarakat pada penyakit DHF :

Teori perilaku ini cukup banyak macamnya. (Notoadmojo, 2003).

Mengemukakan bahwa perilaku terdiri dari tiga dominan yang meliputi : pertama,

dominan perilaku pengetahuan (*knowing behavior*), kedua, dominan perilaku sikap (*feeling behavior*) dan ketiga, dominan perilaku keterampilan (*doing behavior*). Apabila pengertian perilaku ini lebih disederhanakan maka perilaku dapat dibagi menjadi 2 unsur yang saling berhubungan satu sama lain yaitu kecerdasan intelektual dan kecerdasan emosional. Proses perubahan perilaku atau penerimaan ide baru adalah hasil dari suatu proses yang kompleks yang biasanya memerlukan waktu yang lama.

Proses kejiwaan yang dialami individu sejak pertama kali individu memperoleh pengetahuan mengenai sesuatu hal yang baru sampai pada saat ia memutuskan menerima atau menolak ide baru melalui 4 tahap yaitu :

1. Pengetahuan, dalam hal ini subyek mulai mengenal ide baru serta belajar memahaminya.
2. Persuasi, dimana individu membentuk sikap positif atau negatif terhadap ide baru tersebut
3. Mengambil keputusan, dimana individu aktif dalam menentukan keputusan untuk menerima atau menolak ide baru tersebut
4. Konfirmasi, dimana individu mencari dukungan dari orang lain disekitarnya terhadap keputusan yang telah dibuatnya (Notoatmodjo, 2003)

Beberapa teori yang telah dicoba untuk mengungkapkan determinan perilaku berangkat dari analisis faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori :

1) Teori Lawrence Green

Lawrence Green dalam Notoadmojo S (2003) mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan seseorang atau masyarakat

dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni Faktor perilaku (*behavior cause*) dan Faktor di luar perilaku (*non-behavior cause*). Perilaku itu sendiri terbentuk dari 3 faktor, yakni :

1. Faktor – faktor predisposisi (*Predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor – faktor pendukung (*Enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya media massa, koran, spanduk, radio, TV, penyuluhan.
3. Faktor – faktor pendorong (*Reinforcig factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas lain (Tokoh masyarakat, perawat, Puskesmas, Rumah Sakit), yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Model ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f(PF, EF, RF)$$

Dimana :

B = *Behavior*

Pf = *Presdisposing factors*

Ef = *Enabling Factors*

Rf = *Reinforcing factors*

f = *fungsi*

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas,

dan sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari – hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Setelah seseorang mengetahui atau obyek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahuinya atau disikapinya Glanz K *et al.* (2002)

2) Teori Snehandu B. Kar

Kar dalam Notoatmodjo (2003), mencoba menganalisis perilaku kesehatan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari :

1. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*Behavior intention*)
2. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*Social-support*)
3. Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*Accessebility of information*)
4. Otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*Personal autonomy*)

5. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*Action situation*)

Uraian diatas dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f (Bi, SS, AI, PA, AS)$$

Dimana :

B	= <i>Behavior</i>	SS	= <i>Sosial support</i>
f	= <i>fungsi</i>	Bi	= <i>Behavior intention</i>
AI	= <i>Assesability of Information</i>	PA	= <i>Personal Autonomy</i>
AS	= <i>Action Situation</i>		

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap obyek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan individu untuk mengambil keputusan / bertindak atau tidak berperilaku / tidak bertindak.

3) Teori WHO

Tim kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah adanya 4 alasan pokok yaitu :

1. Pengetahuan, Pengetahuan diperoleh dari pengalaman orang lain yang paling dekat,
2. Kepercayaan, kepercayaan diperoleh dari orang lebih tua. Kepercayaan diterima berdasarkan keyakinan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu,
3. Sikap, menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap obyek,
4. Orang penting sebagai referensi, perilaku seseorang dipengaruhi orang lain yang disenangi atau diidolakan (Notoadmojo, 2003).

Secara sederhana dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f(TF, PR, R, C)$$

Dimana

B	: <i>Behavior</i>	PR	: <i>Personal References</i>
f	: <i>fungsi</i>	R	: <i>Resources</i>
TF	: <i>Thoughts and Feeling</i>	C	: <i>Culture</i>

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan masyarakat ditentukan atau fungsi dari pemikiran dan perasaan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi dan sumber-sumber atau fasilitas – fasilitas yang dapat mendukung perilaku atau kebudayaan masyarakat.

Menurut Harjanto JM, (2000) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan :

- (1) *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek)
- (2) *Interest*, dimana orang mulai tertarik kepada stimulus
- (3) *Evaluation* (menimbang – menimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik
- (4) *Trial*, dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru
- (5) *Adoption* dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap – tahap tersebut. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti, dimana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku

tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

Sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek (Notoadmojo, 2003). Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap obyek tadi. Jadi sikap senantiasa terarah suatu hal, suatu obyek, tidak ada sikap yang tanpa obyek. Manusia dapat mempunyai sikap terhadap bermacam – macam hal (Purwanto, 2005). Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*over behavior*) (Notoadmojo, 2003)

Menurut Purwanto, (2005) sikap terbentuk dari 3 komponen :

- (1) Komponen afektif : komponen ini berhubungan dengan perasaan dan emosi tentang seseorang atau sesuatu
- (2) Komponen kognitif : sikap tentunya mengandung pemikiran atau kepercayaan tentang seseorang atau sesuatu obyek
- (3) Komponen perilaku : sikap terbentuk dari tingkah laku seseorang dan perilakunya. Sikap membuat seseorang mendekat, atau menjauhi.

Menurut Purwanto, (2005) yang menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yakni :

- (1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu obyek
- (2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap obyek
- (3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama – sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir dan

keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Menurut Notoadmojo (2003) sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yakni :

- (1) Menerima (*Receiving*) menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)
- (2) Merespon (*Responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap
- (3) Menghargai (*Valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga
- (4) Bertanggung jawab (*Responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

2.4 Pengertian DHF

Demam berdarah / *Dengue Haemorrhagic Fever* adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yaitu sejenis virus yang tergolong arbovirus dan masuk kedalam tubuh penderita melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* (betina) DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*) terutama menyerang anak remaja dan dewasa dan sering menyebabkan kematian bagi penderita (WHO, 2004)

2.5 Patofisiologi

Fenomena patologis yang utama pada penderita DHF (WHO, 2004) adalah meningkatnya permeabilitas dinding kapiler yang mengakibatkan terjadinya perembesaran plasma ke ruang ekstra seluler. Hal pertama yang terjadinya setelah virus masuk ke dalam tubuh penderita adalah viremia yang mengakibatkan penderita mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, pegal – pegal diseluruh tubuh, ruam atau bintik – bintik merah pada kulit (*petekie*), hiperemi

tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi seperti pembesaran kelenjar getah bening, pembesaran hati (*hepatomegali*) dan pembesaran limpa (*splenomegali*). Peningkatan permeabilitas dinding kapiler mengakibatkan berkurangnya volume plasma, terjadinya hipotensi, *hemokonsentrasi* dan *hipoproteinemia* serta efusi dan renjatan (syok)

2.6 Klasifikasi DHF

DHF diklasifikasikan berdasarkan derajat beratnya penyakit, secara klinis dibagi menjadi 4 (WHO, 2004):

1. Derajat I :

Demam di sertai gejala klinis lain, tanpa perdarahan spontan. Uji Tourniquet (+), trombositopenia dan hemokonsentrasi.

2. Derajat II :

Derajat I dan di sertai perdarahan spontan pada kulit atau di tempat lain

3. Derajat III :

Ditemukan kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lemah, tekanan darah rendah (hipotensi), gelisah, sianosis sekitar mulut, hidung dan ujung jari (tanda – tanda dini renjatan)

4. Derajat IV :

Renjatan berat (DSS) dengan nadi tak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur

Pengobatan DBD bersifat suportif, yaitu mengatasi kehilangan cairan plasma sebagai akibat peningkatan permeabilitas kapiler dan perdarahan. Jumlah cairan yang diperlukan bagi seorang penderita tergantung dari derajat DBDnya.

Pasien demam Dengue (*Dengue Fever*) dapat beroabat jalan sedangkan DBD dirawat di ruang perawatan biasa, tetapi pada kasus DBD dengan komplikasi diperlukan perawatan intensif. Perjalanan penyakit DBD sulit diramalkan, pasien yang pada waktu masuk keadaan umumnya tampak baik dalam waktu singkat dapat memburuk dan tidak tertolong (Soedarmo, 2002; Soegijanto S., 2004)

2.7 Diagnosis DHF

Kriteria klinis menurut sumber WHO 1986 yang dikutip Mansjoer A *et al.* (2001), adalah sebagai berikut :

1. Demam tinggi mendadak dan berlangsung terus menerus selama 2 – 7 hari, kemudian turun secara lisis. Demam disertai gejala tidak spesifik seperti anoreksia, malaise, nyeri pada punggung, tulang, persendian dan kepala.
2. Manifestasi perdarahan : Uji Tourniquet positif, petekie, purpura, ekimosis, epistaxis, perdarahan gusi, perdarahan saluran cerna (*hematemesis – melena*), hematuria.
3. Hepatomegali atau pembesaran hati dan nyeri tekan tanpa ikterus
4. Dengan/tanpa renjatan. Renjatan yang terjadi pada saat demam biasanya mempunyai prognosisi yang buruk.

2.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penderita dengan DHF adalah sebagai berikut :

1. Tirah baring atau istirahat baring atau yang lebih sering kita dengar dengan istilah *bedrest*
2. Diet makan lunak

3. Minum banyak (2 – 2.5 liter/24 jam) dapat berupa : susu, teh manis, sirup, dan beri penderita oralit. Pemberian cairan merupakan hal yang paling penting bagi penderita DHF
4. Pemberian cairan intra vena (biasanya Ringer Laktat, NaCl). R1 merupakan cairan intra vena yang paling sering digunakan.
5. Monitor tanda – tanda vital tiap 3 jam (suhu, nadi, tensi, pernafasan) jika kondisi pasien memburuk observasi tiap 3 jam.
6. Pemberian obat anti piretik sebaiknya dari golongan Asetaminofen, eukinin, atau dipiron, juga pemberian kompres dingin.
7. Periksa HB, Ht dan trombosit setiap hari.
8. Monitor tanda – tanda perdarahan lebih lanjut.
9. Pemberian antibiotik bila terdapat infeksi sekunder.
10. Monitor tanda – tanda dini renjatan keadaan umum perubahan tanda vital, hasil pemeriksaan laboratorium yang memburuk
11. Bila timbul kejang dapat diberikan Diazepam.

2.9 Faktor yang mempengaruhi DHF

1. Tidur siang hari

Tidur siang adalah merupakan suatu kebiasaan tidur seseorang pada siang hari yang telah dilakukan pada waktu tertentu dan hal tersebut bisa menjadi salah satu faktor pemicu seseorang terkena gigitan nyamuk dan tertular virus dengue (Indrawan, 2001)

2. Lingkungan

Yaitu lingkungan yang mendukung untuk terjadinya wabah demam berdarah (Indrawan, 2001). Lingkungan di bagi menjadi 2 yaitu lingkungan *host* dan lingkungan *environment*. Lingkungan *Host* yaitu kerentanan (*susceptibility*) dan respon imun. Lingkungan *Environment* yaitu kondisi geografi (ketinggian dari permukaan laut, curah hujan, angin, kelembaban, musim) dan juga Kondisi demografi (kepadatan, mobilitas, perilaku, adat istiadat, sosial ekonomi, penduduk). Mansjoer, (2001). Metode lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia, dan perbaikan desain rumah (Soegijanto S., 2003) Sebagai contoh: menguras bak mandi/penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu, mengganti/menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali, menutup dengan rapat tempat penampungan air, mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas di sekitar rumah dan lain sebagainya.

2.10 Program penanggulangan DHF

Departemen kesehatan telah mengupayakan berbagai strategi dalam mengatasi kasus ini. Pada awalnya strategi yang digunakan adalah memberantas nyamuk dewasa melalui pengasapan, kemudian strategi diperluas dengan menggunakan larvasida yang ditaburkan ke tempat penampungan air yang sulit dibersihkan. Akan tetapi kedua metode tersebut sampai sekarang belum memperlihatkan hasil yang memuaskan. Pencegahan penyakit DHF sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti* sumber

Rozendaal JA., 2000. Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yang tepat, yaitu :

1. Fisik

Pengendalian secara fisik terhadap lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan pemberantasan sarang nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk dan perbaikan desain rumah. Sebagai contoh : menguras bak/penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu, mengganti dan menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali, menutup dengan rapat tempat penampungan air, mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas di sekitar rumah. Tumpah atau bocornya air dari pipa distribusi, katup air, meteran air dapat menyebabkan air menggenang dan menjadi habitat yang penting untuk larva *Aedes aegypti* jika tindakan pencegahan tidak dilakukan.

2. Biologis

Pengendalian secara biologis antara lain dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang), dan bakteri (Bt.H-14). Peran pemangsa yang dimainkan oleh *copepod crustacea* (sejenis udang-udangan) telah didokumentasikan pada tahun 1930-1950 sebagai predator yang efektif terhadap *Aedes aegypti*. Selain itu juga digunakan perangkap telur autosidal (perangkap telur pembunuh) yang saat ini sedang dikembangkan di Singapura

3. Kimiawi

Pengendalian secara kimiawi antara lain dengan pengasapan (*fogging*) (dengan menggunakan *malathion* dan *fenthion*), berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu. Memberikan bubuk abate

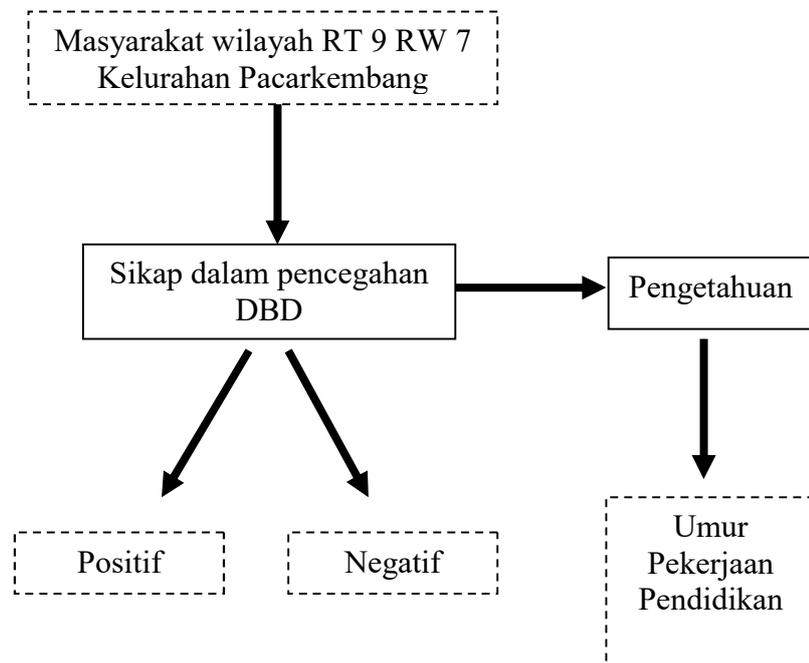
(*temephos*) pada tempat-tempat penampungan air seperti gentong air, vas bunga, kolam, dan lain-lain.

Cara yang paling efektif dalam mencegah penyakit DHF adalah dengan mengkombinasikan cara-cara diatas, yang disebut dengan 3M, yaitu menutup, menguras dan mengubur barang-barang yang bisa dijadikan sarang nyamuk. Selain itu juga melakukan beberapa plus seperti memelihara ikan pemakan jentik, menabur larvasida, menggunakan kelambu pada waktu tidur, memasang kasa, menyemprot dengan insektisida, menggunakan repellent, memasang obat nyamuk dan memeriksa jentik berkala sesuai dengan kondisi setempat (Deubel V *et al.*, 2001)

Pemerintah juga memberdayakan masyarakat dengan mengaktifkan kembali (*revitalisasi*) pokjanal DBD di Desa/Kelurahan maupun Kecamatan dengan fokus pemberian penyuluhan kesehatan lingkungan dan pemeriksaan jentik berkala. Perekrutan warga masyarakat sebagai Juru Pemantau Jentik (Jumantik) dengan fungsi utama melaksanakan kegiatan pemantuan jentik, pemberantasan sarang nyamuk secara periodik dan penyuluhan kesehatan. Peran media massa dalam penanggulangan DHF dan sebagai peringatan dini kepada masyarakat juga ditingkatkan. Dengan adanya sistem pelaporan dan pemberitahuan kepada layaknya yang cepat diharapkan masyarakat dan departemen terkait lebih waspada. Intensifikasi pengamatan (*surveilans*) penyakit DHF di tingkat Puskesmas Kelurahan/Kabupaten juga perlu dibenahi (Kristina *et al.*, 2004)

BAB 3**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN****3.1 Kerangka Konseptual**

Kerangka konsep pada penelitian ini dapat digambarkan secara sederhana seperti gambar di bawah ini :

**Keterangan :**

- : Diukur
 : Tidak Diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

Keterangan gambar 3.1 :

Dari gambaran tersebut dapat dijelaskan ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan DHF oleh masyarakat yaitu faktor predisposisi, faktor pendorong dan faktor pendukung. Faktor predisposisi yang diteliti adalah pengetahuan dan sikap masyarakat. Aspek pengetahuan dipilih karena merupakan dominan yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Aspek sikap diteliti karena sikap merupakan kesiapan untuk beraksi terhadap obyek. Faktor pendukung yang diteliti adalah media massa, koran, spanduk, radio, TV, penyuluhan. Variabel di atas dipilih berdasarkan secara langsung pada tingkat masyarakat. Pengetahuan masyarakat yang diteliti meliputi pengetahuan mengenai penyakit DHF. Sedangkan pencegahan penyakit DHF yang diteliti meliputi pencegahan fisik, biologi dan kimia.

Dari faktor tersebut peneliti menganalisis pengetahuan dan sikap masyarakat pada pencegahan penyakit DHF di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 terhadap pencegahan penyakit DHF

3.2 Hipotesis

Ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

BAB 4

METODE PENELITIAN

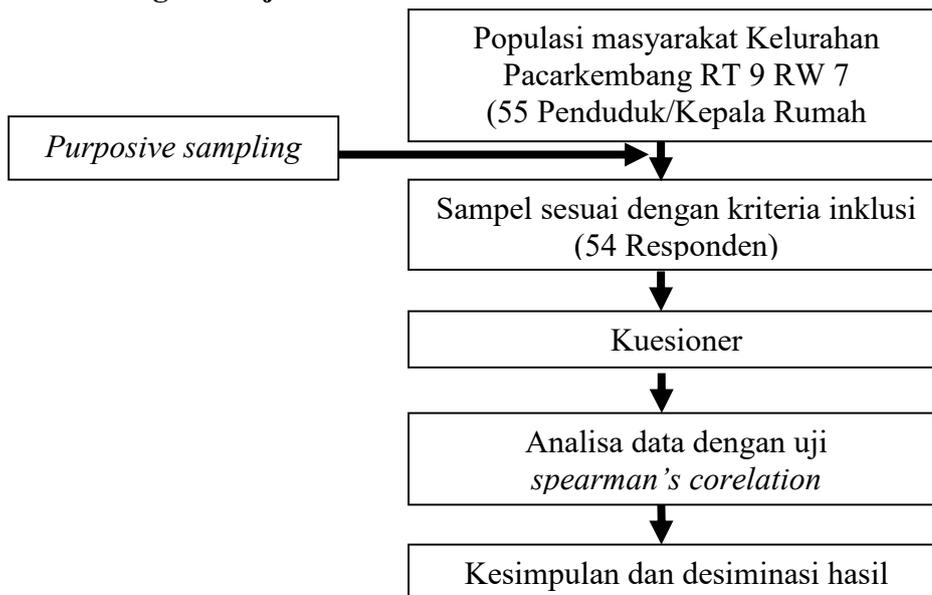
Dalam bab ini diuraikan tentang kerangka kerja penelitian, desain penelitian, populasi, sampel dan sampling variabel penelitian definisi operasional, teknik pengumpulan data dan analisa data dan masalah etika dan keterbatasan.

4.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian deskriptif adalah seluruh dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Zainudin.1999).

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif, karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui untuk mengukur hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat pada pencegahan penyakit DHF di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka kerja operasional

4.3 Populasi, sampel dan sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang dipilih menyangkut masalah yang diteliti (Nursalam, 2001). Populasi target dalam penelitian ini adalah kepala rumah tangga yang berada di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 dengan jumlah 55 penduduk atau kepala keluarga

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan sampling tertentu untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam & Pariani, 2001). Sampel target dalam penelitian ini adalah kepala rumah tangga yang berada di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 serta bersedia menjadi subyek penelitian dan memenuhi kriteria inklusi sebagai sampel.

1. Kepala rumah tangga yang tinggal di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7
2. Tinggal di lokasi menetap minimal 5 tahun
3. Bisa membaca dan menulis
4. Bersedia menjadi responden

Kriteria eklusi dalam penelitian ini adalah

1. Sedang dalam kondisi sakit
2. Tidak bersedia menjadi responden

Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling* dengan menggunakan tabel random. Besar sampel dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = Tingkat Signifikansi (p)

z = Nilai standar normal $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = Perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50 %

q = $1 - p$ (100% - p)

4.3.3 Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi populasi untuk dapat mewakili populasi. Pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dimana suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (Nursalam, 2001).

4.4 Identifikasi Variabel

Variabel yang diteliti ini meliputi :

1. Independent : Pengetahuan terhadap pencegahan penyakit DHF
2. Dependent : Sikap terhadap pencegahan penyakit DHF

Yaitu terhadap sakit dan penyakit, adalah bagaimana penilaian atau pendapat terhadap gejala atau tanda – tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit dan pencegahannya

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 tabel definisi operasional variabel yang diteili

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Independent Pengetahuan	Kemampuan masyarakat untuk menjelaskan pengertian DHF, etiologi, gejala, pengobatan dan perawatan penderita, vektor dan pencegahannya, yang diukur dengan cara kuesioner	1. Definisi 2. Etiologi 3. Tanda&gejala 4. Tindakan pencegahan dan penanggulangan	Kuesioner no. 1-10	Ordinal	Kategori : 1. Baik, jika jawaban benar 8-10 soal 2. Cukup, jika jawaban benar 4-7 soal 3. Kurang, jika jawaban benar 1-3 soal Katergori tingkat pengetahuan adalah : 1. Baik jika (76 - 100%) 2. Cukup jika (56 - 75%) 3. Kurang jika ($\leq 55\%$) (Arikunto, 2006)
Dependent Sikap	Penilaian yang diberikan masyarakat tentang penyakit DHF, vektor dan pencegahannya	Sikap terhadap pelaksanaan pencegahan penyakit DHF	Kuesioner no. 1-10	Ordinal	1. positif, jawaban benar 8-10 soal 2. negatif, jawaban benar 1-7 soal Kategori sikap adalah : 1. Positif (76- 100%) 2. Negatif jika ($\leq 55\%$)

4.6 Instrumen Penelitian

Peralatan yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner adalah alat yang digunakan untuk wawancara dengan responden untuk mengetahui variabel yang diteliti.

4.7 Lokasi dan Waktu penelitian

Lokasi penelitian pada masyarakat di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 Surabaya. Waktu penelitian pada bulan Agustus 2009

4.8 Prosedur pengumpulan data

1. Klasifikasi wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 sebagai data dasar yang di dapatkan dari Kantor Kelurahan Pacarkembang Surabaya
2. Mengurus surat kelengkapan surat ijin penelitian
Ke Bakesbang Linmas Kota Surabaya, Dinas Kesehatan Kota , Puskesmas Pacarkeling, dan Kelurahan Pacarkembang
3. Mempersiapkan alat untuk diteliti

Prosedur data yang terkumpulkan akan dikoreksi dan apabila ada data yang meragukan dilakukan ulang. Data dikumpulkan sesuai dengan variabel yang diukur. Variabel pengetahuan, sikap dan sumber pengetahuan dengan menggunakan kuesioner. Kemudian data diolah dan ditabulasi serta disajikan dalam bentuk tabulasi silang dan presentase adapun tahap pengolahan data adalah sebagai berikut :

- 1) *Editing* yang dimaksud untuk melihat apakah data diperoleh sudah terisi lengkap atau kurang

2) *Coding* yaitu mengklasifikasi jawaban dari responden menurut macamnya dengan memberi kode masing – masing jawaban menurut item pada kuesioner:

a) Variabel pengetahuan pada kuesioner I nomor 1 – 10. Pertanyaan – pertanyaan tersebut selanjutnya dijumlahkan kemudian diberikan kriteria :

(1) Pengetahuan baik : 76 % - 100 %

(2) Pengetahuan Cukup : 56 % - 75 %

(3) Pengetahuan Kurang : ≤ 55 %

b) Variabel Sikap pada kuesioner II

Untuk pernyataannya yaitu nomor 1 – 10, responden cuma menjawab

” Setuju atau Tidak Setuju” pada pertanyaan kuesioner

4.9 Cara Analisa Data

Data yang telah disunting kemudian diolah yang meliputi : indentifikasi masalah penelitian, pengkajian masalah penelitian, dengan uji ” *Spearman' corelation*”. Uji ini digunakan untuk mengetahui perbedaan antara 2 variabel dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$ artinya ada perbedaan yang bermakna antara 2 variabel. Tujuan dari analisis uji diatas adalah untuk mengetahui signifikansi hubungan pengetahuan dan sikap terhadap pencegahan penyakit DHF.

4.10 Masalah Etik

Penelitian mengajukan permohonan ijin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Penelitian memberikan *inform consent* kepada masyarakat

untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan. Hal yang perlu ditekankan pada penelitian ini berkaitan dengan etika penelitian adalah :

1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan mengisi kuesioner, tujuannya adalah responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak.

2. Tanpa nama (*Anonimity*)

Peneliti tidak akan mencantumkan nama responden yang akan dijadikan sebagai subyek penelitian, tetapi peneliti akan memberi tanda atau kode secara khusus (nama initial)

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden di jamin oleh peneliti

4.11 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Nursalam, 2001). Beberapa keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti, antara lain :

1. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner memiliki jawaban yang dipengaruhi oleh subyektifitas responden
2. Instrumen pengumpulan data tidak melalui validitas dan reliabilitas terlebih dahulu
3. Tidak melakukan observasi secara langsung ketika masyarakat melakukan 3M

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan hasil penelitian. Peneliti akan mengungkapkan tentang gambaran umum lokasi penelitian, data umum karakteristik responden, dan data khusus yang berkaitan dengan pengetahuan dan sikap masyarakat. Data tersebut diperoleh dengan menyebarkan kuesioner untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7. Kemudian dilakukan observasi untuk mendukung data – data yang diperoleh dari kuesioner.

5.1. Hasil Penelitian

5.1.1 Gambar umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kelurahan Pacarkembang wilayah kerja Puskesmas Jolotundo yang terletak bagian timur Kecamatan Tambaksari, tepatnya beralamat di jalan Pacarkembang RT 9 RW 7 batas – batas wilayah sebagai berikut :

Sebelah utara	: berbatasan dengan daerah Bronggalan Sawah
Sebelah selatan	: berbatasan dengan daerah Kaliwaron
Sebelah timur	: berbatasan dengan daerah Kalijudan
Sebelah barat	: berbatasan dengan daerah Pacarkembang

Pencegahan yang selama ini dilakukan di daerah pacarkembang dengan program penanggulangan DBD yang telah dilakukan oleh Departemen Kesehatan adalah dengan menggunakan strategi diperluas dengan menggunakan larvasida

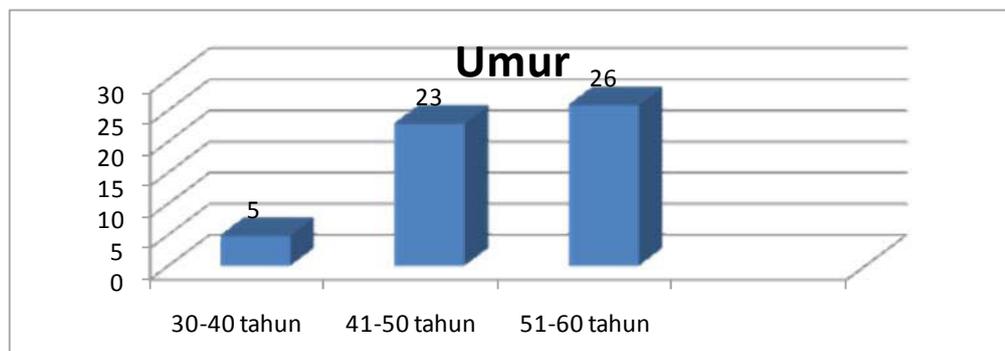
yang ditaburkan ke tempat penampungan air yang sulit dibersihkan. Masyarakat 2 kali sebulan berkerja bakti di wilayah RT 9 RW 7.

5.1.2 Data umum

Sampel penelitian ini adalah masyarakat di wilayah Pacarkembang RT 9 RT 7 Karakteristik ini meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, agama, sumber informasi.

Untuk mengetahui gambaran umum tentang karakteristik responden :

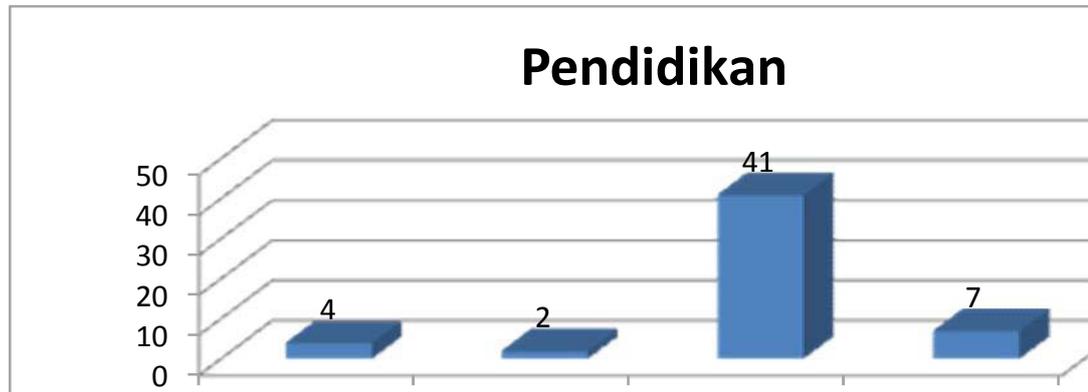
1. Umur responden



Gambar 5.1 Diagram batang karakteristik responden berdasarkan umur di wilayah pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari gambar 5.1 didapatkan bahwa jumlah responden yang paling banyak dalam penelitian ini adalah umur 51 – 60 tahun sebanyak 26 (48,1%), sedangkan umur 41- 50 tahun sebanyak 23 (42,6%) dan umur 30 – 40 tahun sebanyak 5 (9,3%).

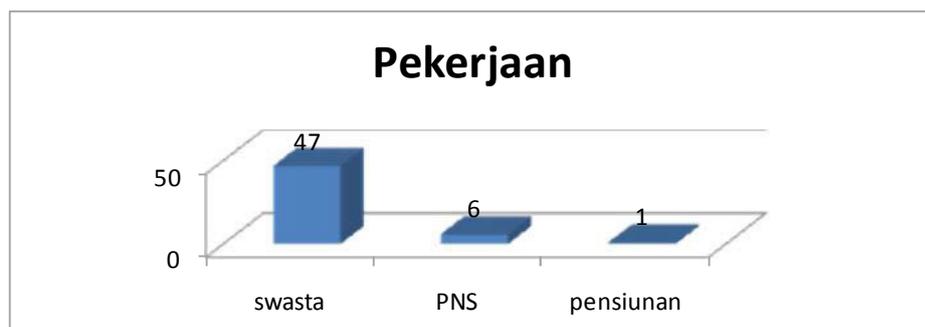
2. Tingkat pendidikan responden



Gambar 5.2 Diagram batang karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan diwilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari gambar 5.2 diatas didapatkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah SMA sebanyak 41 (75,9%) responden, sedangkan PT sebanyak 7 (13,0%) responden, SMP sebanyak 2 (3,7%) responden dan SD sebanyak 4 (7,4%) responden

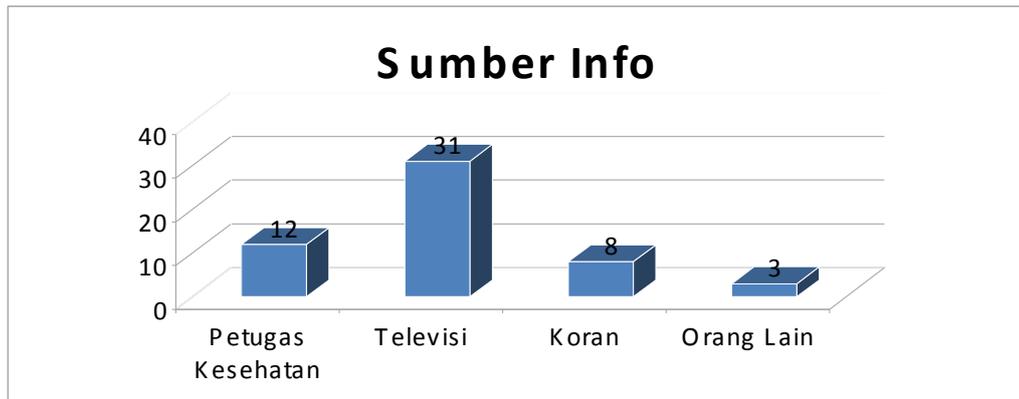
3. Pekerjaan responden



Gambar 5.3 Diagram batang karakteristik responden berdasarkan pekerjaan diwilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari gambar 5.3 diatas didapatkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah swasta sebanyak 47 (87,0%), sedangkan PNS sebanyak 6 (11,1%) dan Pensiunan sebanyak 1 (1,9%)

4. Sumber Informasi mengenai DHF

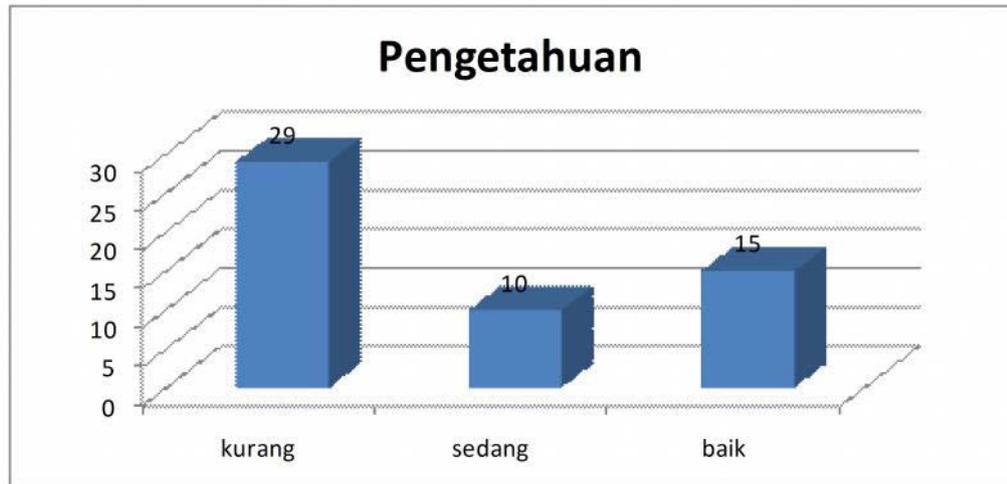


Gambar 5.5 Diagram batang karakteristik responden berdasarkan sumber informasi mengenai DHF di wilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari gambar 5.5 diatas didapatkan bahwa jumlah responden yang paling banyak dalam penelitian ini adalah sumber dari televisi sebanyak 31 (57,4%), sedangkan petugas kesehatan sebanyak 12 (22,2%), koran sebanyak 8 (14,8%) dan orang lain sebanyak 3 (5,6%)

5.1.3 Data khusus

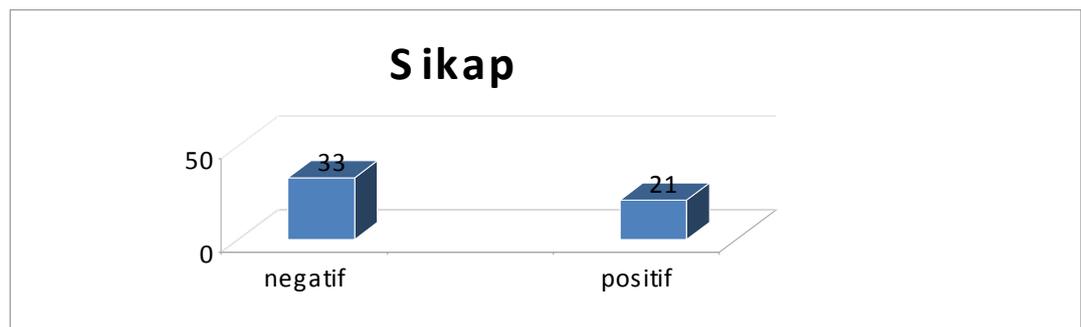
1 Data pengetahuan mengenai pencegahan DHF



Gambar 5.6 Diagram batang identifikasi pengetahuan mengenai pencegahan DHF di wilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari gambar 5.6 di atas didapatkan responden yang memiliki pengetahuan baik adalah sebanyak 15 (27,8%), sedangkan sedang 10 (18,5%) dan kurang 29 (53,7%)

2 Data Sikap mengenai pencegahan DHF



Gambar 5.7 Diagram batang identifikasi sikap mengenai pencegahan DHF di wilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari gambar 5.7 di atas didapatkan responden memiliki sikap positif adalah sebanyak 21 (33,9%), dan negatif 33 (66,1%)

3. Data hubungan pengetahuan dan sikap mengenai pencegahan DHF

Pengetahuan \ Sikap	Positif	Negatif
Baik	4 (7,4%)	4 (7,4%)
Sedang	0	9 (16,7%)
Kurang	1 (1,9%)	20 (37,0%)
Signifikansi (p) = 0,015		r = 0,004

Tabel 5.8 Diagram batang identifikasi perbandingan hubungan pengetahuan dan sikap mengenai pencegahan DHF di wilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari table 5.8 hasil diatas setelah di uji menggunakan uji *spearman's corelation* didapatkan nilai signifikansi (p) = 0,015 hal ini berarti adanya hubungan pengetahuan yang kurang dengan sikap negatif

5.2 Pembahasan

5.2.1 Pengetahuan masyarakat dalam pencegahan DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

Berdasarkan hasil penelitian terhadap pencegahan penyakit DHF didapatkan data sebagian besar 29 (53,7%) responden memiliki pengetahuan kurang, sedang 10 (18, 5%) dan baik 15 (27,8%). Hal ini sesuai dengan teori bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang maka pengetahuan suatu obyek bisa menjadi sikap terhadap obyek tersebut apabila pengetahuan disertai kesiapan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan yang dicapai (Notoatmodjo S, 2003).

Hal ini disebabkan tentang penyakit DHF serta bagaimana mencegah penyakit DHF dan menjaga lingkungan sekitarnya, dimana hal tersebut berpengaruh terhadap terjadinya wabah penyakit DHF yang lebih besar. Faktor diatas sesuai dengan tingkat pendidikan responden yang sebagian besar adalah SMA, selain itu sumber informasi terutama media elektronik

yang hanya berupa anjuran melakukan 3M (menguras, menutup, mengubur), memakai lotion (autan atau saripuspa) anti nyamuk dan kurang rutin dalam melakukan sosialisasi tentang bahaya DHF di masyarakat pada umumnya. Dimana dalam sosialisasi tersebut belum sepenuhnya mencakup pengetahuan, penyebab gejala, penularan, bahaya / komplikasi selanjutnya, perawatan dan pertolongan pertama, ciri – ciri nyamuk DHF, tempat bertelur dan bersarang serta cara / pola menggigit manusia. Hal ini akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang dan perlunya sosialisasi dan evaluasi di masyarakat tentang bahaya dan pencegahan DHF, secara rutin baik oleh media elektronik maupun dari petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Mulai pelatihan-pelatihan tentang pencegahan DHF 3M (menguras, menutup, mengubur), definisi DHF, tanda gejala, penanggulangan, serta pengobatan, hal pertama yang harus dilakukan masyarakat jika ada kejadian, pelaporan, evaluasi tingkat pengetahuan sejauh mana masyarakat mengerti dan paham akan bahaya DHF, hal tersebut jika rutin maka akan menambah tingkat pengetahuan masyarakat tentang DHF. Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui 6 tingkatan pengetahuan, yaitu 1) Tahu 2) Memahami 3) Aplikasi 4) Analisis 5) Sintesis 6) Evaluasi. Ada beberapa faktor seseorang yaitu : 1) pendidikan 2) Pengalaman 3) Umur.

Pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan erat kaitannya dengan pendidikan, dimana seseorang mempunyai pendidikan akan memiliki pengetahuan yang luas pula. seseorang akan cenderung memperoleh informasi

baik dari orang lain maupun dari media massa(Notoatmodjo,2003). media massa mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan seseorang (Azwar, 2007). Semakin banyak informasi yang masuk akan semakin banyak pengetahuan yang diperoleh (Notoatmodjo,2003).

Pengetahuan adalah yang mendorong untuk melakukan suatu tindakan dalam pelaksanaan pencegahan DHF, dengan adanya pengetahuan maka semakin sadar berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki dan peranan pemahaman secara rutin dan membentuk, menambah tingkat pengetahuan seseorang sehingga akan tertanam pola pikir yang positif.

5.2.2 Sikap masyarakat dalam pencegahan DHF di wilayah RT 9 RW 7 kelurahan Pacarkembang

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat sebagian besar masyarakat Pacarkembang khususnya RT 9 RW 7 memiliki sikap yang negatif 33 (66,1%) sikap netral 16 (29,6%) dan sikap positif 5 (9,3%). Sikap merupakan reaksi/respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus/obyek. Salah satu ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap belum tentu merupakan suatu tindakan/aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2003). Allport dalam Notoatmodjo S (2003) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok yaitu 1) kepercayaan, ide dan konsep terhadap obyek, 2) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap obyek. 3) kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen ini secara bersama – sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan

emosi memegang peranan penting. Selain itu sikap diikuti atau tidak oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Sikap merupakan reaksi/respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus/obyek. Salah satu ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap belum tentu merupakan suatu tindakan/aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2003). Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003) bahwa sikap merupakan reaksi yang tertutup dan sikap belum tentu merupakan suatu tindakan/aktivitas. Sikap masyarakat di atas dapat dipengaruhi oleh keyakinan individu yang berpendapat bahwa individu tersebut tidak akan terkena penyakit DHF karena tiap hari sudah digigit nyamuk dan terbukti hingga saat itu mereka tidak menderita DBD. Keyakinan dan pengalaman itulah yang akan berpengaruh terhadap kecenderungan untuk bersikap netral dalam artian tidak bersikap positif atau negatif.

Dalam penelitian ini masih banyaknya masyarakat yang membentuk bantuan serta latihan pencegahan DHF agar tertanam sikap yang baik. Sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. (Notoatmodjo, 2003). Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai sikap obyek tadi (Purwanto, 62). Sikap adalah merupakan respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek dan belum tentu terwujud dalam suatu tindakan (Notoatmodjo, 2003).

Sikap merupakan salah satu faktor pendorong untuk melakukan tindakan, mengingat sikap merupakan respon yang masih tertutup sikap positif belum terwujud. Dengan sikap perlu diadakakan latihan dan evaluasi untuk mewujudkan kemauan yang kuat dalam melakukan suatu tindakan sehingga akan mendapatkan pengalaman yang baik. Berdasarkan hasil penelitian perlu adanya peranan sikap yang positif atau lebih baik dalam masyarakat serta perlu disosialisasikan tentang bagaimana cara masyarakat bersikap dan memandang penyakit DHF dari segala segi kemasyarakatan agar tertanam secara sadar dalam pola pikir masyarakat tersebut.

5.2.3 Hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam

pengecahan DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

Berdasarkan hasil penelitian bahwa ada hubungan pengetahuan dengan sikap dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 kelurahan Pacarkembang yang memiliki sebanyak pengetahuan kurang sebanyak 29 (53,7%) memiliki tingkat sikap yang negatif sebanyak 20 (37,0%), sedangkan yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 15 (27,8%) memiliki tingkat sikap positif 4 (7,4%) netral 7 (13,0%) negatif 4 (7,4). Seseorang yang memiliki jenjang pendidikan tinggi akan memiliki kecenderungan perilaku dan pola yang positif (Notoatmodjo, 2003).

Penelitian ini dilakukan bulan Agustus 2009, di wilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 paling banyak menunjukkan sikap negatif terhadap pencegahan penyakit DHF yaitu 66,1%. Hal ini sesuai dengan tingkat pendidikan respon di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 yaitu sebesar SMA 41 (75,9%)

dan PT 7 (13,0%). Seseorang yang memiliki jenjang pendidikan tinggi diharapkan lebih terbuka dan lebih mudah menerima informasi dari segala macam sumber informasi. Selain itu, sumber informasi yang didapatkan masyarakat Pacarkembang RT 9 RW 7 sebagian besar didapatkan dari media elektronik atau televisi sebanyak 37 (57,4%), sedangkan sumber informasi yang dari petugas kesehatan hanya sebesar 12 (22,2%) dimana yang seharusnya seorang petugas kesehatan bisa menambah tingkat pengetahuan dan sikap serta pola pikir terhadap bahaya dari penyakit DHF ini.

Sikap masyarakat yang netral dapat juga di pengaruhi oleh usia, tingkat pendidikan, pengalaman, keyakinan ketersediaan sumber informasi serta sosial budaya (Brehm & Kassin, 2000). Faktanya masyarakat di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 cenderung pasif melakukan pemberantasan sarang nyamuk dalam pencegahan penyakit DHF.

pada penelitian ini menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap masyarakat di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 terhadap pencegahan penyakit DHF. Berarti masyarakat yang mempunyai pengetahuan kurang akan menunjukkan sikap yang negatif terhadap pencegahan penyakit DHF, seharusnya masyarakat memiliki pengetahuan yang baik dan sikap positif terhadap pencegahan penyakit DHF

Kesimpulannya pengetahuan mendorong seseorang untuk melakukan tindakan dan harus didasari mental dan kemauan yang kuat terutama dalam pencegahan DHF. Dengan adanya pengetahuan yang baik maka diharapkan masyarakat mengerti dan memahami tentang pencegahan DHF sehingga menjadi lebih baik dan kepuasan pelayanan akan dirasakan oleh petugas

kesehatan sehingga dapat dikatakan memiliki perilaku yang sesuai dengan pengetahuannya. Sedangkan sikap itu sendiri merupakan salah satu yang mendorong untuk melakukan suatu tindakan baik positif maupun negatif. Sikap positif akan menghasilkan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki. Sikap yang negatif akan merugikan diri sendiri akan menutup diri. Supaya masyarakat mempunyai sikap yang baik maka perlu diajarkan keberanian dan mental yang baik pula, agar kemampuan yang terpendam dapat terwujud dalam perilaku yang baik,

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan responden yang berumur rata-rata ≥ 45 tahun memiliki tingkat pengetahuan yang kurang, hal tersebut bisa dihubungkan dengan profesi mereka yang rata-rata bekerja swasta dan bekerja diluar ruang lingkup dunia kesehatan sehingga jenis profesi/pekerjaan mempengaruhi tingkat pengetahuan mereka terhadap pencegahan DHF. Menurut Soeparto (2000), responden yang umurnya diatas ≥ 45 tahun mereka cenderung lebih memikirkan masa depan untuk hari tua mereka dibanding memperhatikan lingkungan sekitar mereka. Sedangkan responden yang memiliki umur dibawah 45 tahun, mereka lebih cenderung memikirkan semua hal-hal yang dari masa depan, kesehatan, karir, penyakit, serta lingkungan tempat tinggal sehingga tingkat pengetahuan dan sikap mereka lebih bagus. Seseorang dewasa mudah lebih memilih rasa ingin tahu yang lebih banyak (Notoatmodjo, 2003).

Sedangkan responden yang berusia ≥ 50 tahun rata-rata responden memiliki sikap yang negatif karena untuk mendapatkan sumber informasi tentang pencegahan DHF hanya melalui sumber informasi televisi, yang

dimana maksudnya dari iklan yang ada di televisi responden hanya menyaksikan saja tanpa bisa bertanya-tanya sehingga hal tersebut bisa berdampak berpengaruh pada sikap mereka terhadap pencegahan DHF. Sedangkan responden yang bersikap positif dikarenakan mendapatkan sumber informasi dari petugas kesehatan dimana melalui penyuluhan mereka bisa bertanya-tanya mengenai apa pun tentang DBD sampai pencegahan penyakit DHF sehingga tingkat pengetahuan dan sikap responden lebih baik karena bisa mendapat sumber informasi yang benar dan mereka langsung mengevaluasi sejauh mana mereka mengetahui tentang pencegahan penyakit DHF.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disampaikan beberapa hal sebagai kesimpulan dari hasil penelitian tentang hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan pada uraian yang dikemukakan pada bab terdahulu dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Sebagian besar responden dengan pengetahuan yang kurang dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang.
2. Responden didapatkan mayoritas bersikap negatif dalam pencegahan penyakit DHF.
3. Adanya hubungan tingkat pengetahuan yang kurang dengan sikap yang negatif dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

6.2 Saran

1. Perlunya pendidikan kesehatan mengenai pencegahan penyakit DHF yang berkelanjutan dan berfokus pada pengetahuan dan sikap masyarakat setempat.

2. Perlunya dilakukan sosialisasi bagi masyarakat tentang pentingnya bahaya pencegahan DHF terutama bagi penderita mengingat ini mudah dilakukan oleh siapa saja dan efisien
3. Adanya pemberantasan DHF hanya dapat berhasil apabila seluruh masyarakat berperan secara aktif dalam PSN DBD (Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue)

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Ed. Revisi VI. Jakarta: Rineka Cipta. Hal:239-243
- Azwar, S. 2007. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka pelajar. Hal:139-157
- Bambang H. 1998. *Faktor-faktor penyebab DBD di Indonesia*. Dalam www.infomedika.com
- Bastable B. Susan. 2002. *Perawat Sebagai Pendidik*. Egc. Jakarta. Hal. 13
- Depkes. 2005. *Demam Berdarah Dengue dan Penanggulannya*. Dalam www.depkes.go.id
- Dinkes Kota Surabaya. 2009. *Laporan Daerah Yang Mengalami Demam Berdarah Dengue di Surabaya*. Surabaya : Dinkes Kota Surabaya. Hal.23
- Deubel V et al. 2001. *The Encyclopedia of Arthropod-transmitted Infections*. Wallingford (UK) : CAB International. Hal. 22-23
- Gie Mc. 1996. *Penerapan Psikologi Dalam keperawatan*. 1996.Yogyakarta : Hal. 286
- Glanz K et al. 2002. *Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice*. San francisco : Jossey-bass. Hal.43
- Halstead SB. 2000. *Successes and Failures in dengue Control-Global Experience*. Dengue Bulletin, 24:60-70
- Heri Purwanto. 2005. *Pengantar Perilaku Manusia Untuk Keperawatan*, Penerbit EGC. Jakarta. Hal.62
- Indrawan. 2001. *Mengenal dan Mencegahan Demam Berdarah*, CV. Pionir jaya, Bandung
- Kristina et al. 2004. *Demam Berdarah Dengue : Kajian Masalah Kesehatan*. Jakarta : badan Litbangkes Depkes RI. Hal. 1-3
- Lumban Tobing Sm. 2007. *Kecerdasan usia Lanjut dan Dimensia Fakultas kedokteran Universitas Indonesia*, balai penerbit FKUI. Jakarta. Hal.43
- Mansjoer A et al. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1*. jakarta : Balai Penerbit FKUI. Hal. 429
- Notoatmodjo Soekidjo, 2003, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Kesehatan*, Andi Offset. Jakarta. Hal.2, 80, 94, 98, 99
- Notoadmojo Soekidjo, 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. PT Rineka Cipta Jakarta. Hal. 85

- Notoadmojo Soekidjo, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. PT Rineka Cipta Jakarta. Hal. 42, 54, 114, 117, 130, 134
- Notoatmodjo Soekidjo, 2003. Prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat. Jakarta :Rineka Cipta. Hal. 76-81
- Nursalam dan Pariani. 2001. *Metodologi Riset Keperawatan*. Infomedika. Jakarta. Hal. 33
- Pitono Soeparto, Suhartono Taat Putra, dan Harjanto JM, 2000, *Filsafat Ilmu Kedokteran*, Penerbit Gramik, Surabaya. Hal.13
- Rozendaal JA. 2000. *Vector Control : Methods for Use By Individuals and Communities*. Geneva : WHO. Hal. 32
- Soedarmo. 2002. *Infeksi Virus Dengue dalam Buku Ajar Ilmu kesehatan Anak Infeksi dan Penyakit Tropis Edisi I*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI. Hal. 23-29
- Soegijanto S. 2003. *Prospek Pemanfaatan Vaksin Dengue Untuk Menurunkan prevalensi di Masyarakat*. Kumpulan Makalah Presentasi 90 Tahun Pendidikan Dokter di FK Unair Surabaya tidak dipublikasikan. Hal. 1-20
- 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. 27-33
- Soegijanto S., Sustini F. 2004. *Epidemiologi Demam Berdarah Dengue dalam Demam berdarah Dengue, Tinjauan dan Temuan Baru di Era 2003*. Surabaya : Airlangga University. Hal.1-9
- Soewandojo Eddy, 2002. *Perkembangan Terkini Dalam Pengelolaan Beberapa Penyakit Tropik Infeksi*. Unair, Surabaya
- Suroso T. 1999. *Epidemiologi Demam Berdarah Dengue*. Surabaya : Airlangga University Press. Hal. 12-20
- Suryabrata Sumardi, 2004. *Metodologi Penelitian*, CV. Rajawali. Jakarta. Hal. 2
- Syahrurahman A, Tallei T, Ernawati B, Subandi A, Pratiwi S. 2001. *Penandaan Virus Dengue Untuk Deteksi IgM Anti Dengue*. Jurnal PAMKI, 4: 20 - 20-30.
- WHO. 2002. *Best Practice for Dengue Prevention and Control*. Geneva : WHO. Hal. 4-7
- WHO. 2004. *Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue*. Jakarta : EGC. Hal.10-30
- Zainudin. 1999. *Metodologi Penelitian Airlangga University Press*. Surabaya

FORMAT KUESIONER

A. Data umum

- Dilaksanakan tanggal :
 Nama responden :
 Umur : Tahun
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Agama :
 Sumber informasi :
 1. Petugas kesehatan
 2. Televisi
 3. Koran
 4. Orang lain :

PETUNJUK

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda silang (X) pada jawaban yang anda anggap benar !

A. Data khusus

ASPEK PENGETAHUAN

1. Apa yang anda ketahui tentang penyakit demam berdarah ?
 - A. Penyakit yang disebabkan oleh gigitan nyamuk aedes aegypti
 - B. Penyakit keturunan
 - C. Penyakit infeksi
 - D. Tidak tahu
2. Menurut anda apakah penyebab penyakit DHF ?
 - A. Virus
 - B. Bakteri
 - C. Kuman
 - D. Jamur
 - E. Lainnya :
 - F. Tidak tahu
3. Menurut pendapat anda bagaimanakah penyakit DHF itu?
 - A. Berbahaya
 - B. Tidak berbahaya
 - C. Tidak tahu
4. Bagimanakah tanda gejala penyakit DHF ?
 - A. Demam mendadak 2-7 hari tanpa penyebab yang jelas
 - B. Perdarahan (Bintik merah dikulit, mimisan, perdarahan gusi, muntah darah, berak darah)
 - C. Mual, muntah, nyeri perut
 - D. Nafsu makan menurun, badan lemah, nyeri kepal

- E. Pingsan atau penderita tidak sadar, syok
 - F. Lemah, lesu dan gelisah
 - G. Tidak tahu
5. Bagaimana cara memberikan pertolongan pertama pada penderita penyakit DHF selama dibawa ke Rumah sakit ?
 - A. Memberi minum sesering mungkin
 - B. Memberi obat penurun panas
 - C. Dikompres dengan air dingin atau es
 - D. Tidak tahu
 6. Setelah memberikan pertolongan pertama, apa selanjutnya yang anda lakukan?
 - A. Membawa ke Puskesmas/Rumah sakit
 - B. Membawa ke dokter praktek swasta
 - C. Membawa ke orang pintar atau dukun
 - D. Tidak tahu
 7. Apakah penyakit DHF ini menular ?
 - A. Ya
 - B. Tidak
 8. Apakah yang anda ketahui tentang 3M (Menguras, menutup, mengubur)
 - A. Cara untuk memberantas sarang nyamuk
 - B. Cara nyamuk mengobati penyakit DHF
 - C. Tidak tahu
 9. Bagaimanakah cara mencegah penyakit DHF ?
 - A. Imunisasi
 - B. Kamar tidur cukup sinar dan pakaian digantung di dalam almari
 - C. Melakukan fogging
 - D. Tidak tahu
 10. Perlukah membersihkan bak mandi minimal seminggu sekali ?
 - A. Perlu
 - B. Tidak tahu
 - C. Tidak perlu

ASPEK SIKAP

1. Penderita DBD dengan panas badan dan bintik-bintik merah dapat dicurigai sebagai penderita DBD, bagaimana dengan pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
2. Saya berpendapat bahwa semua nyamuk berbahaya karena dapat menularkan penyakit DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

3. Saya percaya bahwa setiap orang bisa terkena DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

4. Penderita DBD perlu diperiksa ke unit pelayanan kesehatan, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

6. Sebaiknya menguras tempat penampungan air setiap 2 minggu sekali, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

7. Pengasapan atau fogging hanya memberikan efek sementara dalam memberantas penyakit DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

7. Saya percaya bahwa kerjabakti dengan membersihkan selokan dapat mencegah penularan penyakit DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

8. Menurut saya semua nyamuk yang menggigit pada malam hari bisa menularkan DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

9. Menurut saya ciri-ciri nyamuk penular DBD adalah hitam polos, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

10. Menurut saya penyakit DBD merupakan penyakit yang ditularkan melalui nyamuk dengan penderita, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

DATA MENTAH PENELITIAN

responden	pengetahuan	sikap	umur	pendidikan	pekerjaan	sumber info
1	1	3	2	3	1	1
2	3	1	3	3	1	2
3	2	2	2	1	1	3
4	1	1	2	3	1	2
5	3	1	2	3	1	1
6	1	2	2	3	1	2
7	2	2	2	2	1	2
8	1	1	2	3	1	2
9	3	1	3	3	1	1
10	2	1	3	3	1	2
11	1	2	1	3	1	2
12	1	3	2	4	1	3
13	1	1	2	3	3	2
14	1	1	2	3	1	1
15	3	2	2	3	1	2
16	1	1	2	3	2	2
17	3	1	2	1	1	2
18	1	2	2	3	1	1
19	1	1	2	3	1	2
20	1	1	1	3	2	2
21	1	1	1	4	1	3
22	3	2	3	3	1	2
23	2	2	3	3	1	1
24	1	1	3	3	1	2
25	1	1	3	3	2	2
26	3	2	3	2	2	2
27	1	1	3	3	1	1
28	2	1	3	3	2	2
29	1	2	3	3	1	2
30	3	1	3	3	1	3
31	1	1	3	4	1	4
32	2	1	3	3	1	3
33	3	2	3	3	1	2
34	1	3	3	1	2	1
35	3	1	3	3	1	2
36	1	1	3	3	1	2
37	2	2	3	4	1	3
38	1	1	3	3	1	2
39	1	1	3	3	1	1
40	1	1	3	3	1	2
41	3	2	2	3	1	2
42	2	3	1	3	1	4
43	1	1	3	3	1	3
44	3	1	3	4	1	2
45	1	2	1	3	1	1
46	1	3	3	3	1	2
47	3	1	2	3	1	4
48	2	1	2	3	1	3

49	2	2	2	4	1	2
50	1	1	2	3	1	1
51	3	1	2	4	1	2
52	1	1	2	3	1	2
53	3	1	2	1	1	1
54	1	2	3	3	1	2

Keterangan :

Pengetahuan :

1. Kurang
2. Sedang
3. Baik

Sikap :

1. Negatif
2. Netral
3. Positif

Umur :

1. 30-40
2. 41-50
3. ≥ 51

Pendidikan :

1. SD
2. SMP
3. SMA
4. PT

Pekerjaan :

1. Swasta
2. PNS
3. Pensiunan

Sumber informasi :

1. Petugas kesehatan
2. Televisi
3. Koran
4. Orang lain

Frequencies

Statistics

		pengetahuan	sikap	umur	pendidikan	pekerjaan	agama	sumber info
N	Valid	54	54	54	54	54	54	54
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1.7407	1.4815	2.3889	2.9444	1.1481	1.0741	2.2407
Mode		1.00	1.00	3.00	3.00	1.00	1.00	2.00
Std. Deviation		.87276	.66562	.65637	.68451	.40782	.38125	1.13162
Minimum		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Maximum		3.00	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00	5.00

Frequency Table

pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	29	53.7	53.7	53.7
	sedang	10	18.5	18.5	72.2
	baik	15	27.8	27.8	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	negatif	33	61.1	61.1	61.1
	netral	16	29.6	29.6	90.7
	positif	5	9.3	9.3	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30-40 tahun	5	9.3	9.3	9.3
	41-50 tahun	23	42.6	42.6	51.9
	51-60 tahun	26	48.1	48.1	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	4	7.4	7.4	7.4
	SMP	2	3.7	3.7	11.1
	SMA	41	75.9	75.9	87.0
	PT	7	13.0	13.0	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Swasta	47	87.0	87.0	87.0
	PNS	6	11.1	11.1	98.1
	Pensiunan	1	1.9	1.9	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	52	96.3	96.3	96.3
	Katolik	2	3.7	3.7	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

sumber info

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Petugas Kesehatan	12	22.2	22.2	22.2
	Televisi	31	57.4	57.4	79.6
	Koran	8	14.8	14.8	94.4
	Orang lain	3	5.6	5.6	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Bar Chart

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan * sikap	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

pengetahuan * sikap Crosstabulation

		sikap			Total	
		negatif	netral	positif		
pengetahuan	kurang	Count	20	8	1	29
		% of Total	37.0%	14.8%	1.9%	53.7%
	sedang	Count	9	1	0	10
		% of Total	16.7%	1.9%	.0%	18.5%
	baik	Count	4	7	4	15
		% of Total	7.4%	13.0%	7.4%	27.8%
Total		Count	33	16	5	54
		% of Total	61.1%	29.6%	9.3%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.381	.129	2.975	.004(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.328	.137	2.504	.015(c)
N of Valid Cases		54			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

1. pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. pengetahuan erat kaitannya dengan pendidikan, dimana seseorang mempunyai pendidikan akan memiliki pengetahuan yang luas pula. seseorang akan cenderung memperoleh informasi baik dari orang lain maupun dari media massa (Notoatmodjo, 2003). media massa mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan seseorang (Azwar, 2007). Semakin banyak informasi yang masuk akan semakin banyak pengetahuan yang diperoleh (Notoatmodjo, 2003)
2. sikap belum merupakan suatu tindakan/aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2003)

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Demam berdarah dengue (DHF) hingga kini masih merupakan salah satu problem kesehatan di berbagai negara tropis termasuk Indonesia (Soewandojo, 2002). Demam berdarah Dengue yaitu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue termasuk group B *Arthropod borne virus* (arbovirus) dan sekarang dikenal sebagai genus *flavivirus*, famili *Flaviridae*, yang mempunyai 4 jenis serotipe yaitu DEN 1, DEN 2, DEN 3, DEN 4. Keempat serotype ini terdapat di Indonesia dan dilaporkan bahwa serotype virus DEN 3 sering menimbulkan wabah, sedangkan di Thailand penyebab wabah yang dominant adalah virus DEN 2 (Syahrurahman A *et al.*, 2001). Program penanggulangan wabah DBD dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu *agent*, *host* dan lingkungan. Kecenderung epidimilogis menunjukkan bahwa program pengendalian dan pencegahan DBD hingga saat ini masih belum optimal (WHO, 2004). Halstead SB (2000) menyatakan bahwa salah satu faktor gagalnya pemberantasan DBD di dunia adalah kurangnya pengetahuan, sikap masyarakat mengenai penyakit tersebut sehingga dari tahun ke tahun sering muncul sebagai kejadian luar biasa (KLB).

DBD di Indonesia pertama kali ditemukan di Surabaya tahun 1968 dengan *Case Fatality Rate* (CFR) 41,5% (Soegijanto S., 2004). Kejadian DBD cenderung ,meningkat antara tahun 1994-1998, meskipun CFR berhasil diturunkan dari 2,5% (1994) menjadi 2% 1998 (Suroso T.,1999). DBD telah menyerang semua provinsi di Indonesia pada tahun 1997. Pada awalnya KLB

DBD terjadi secara periodik 5 tahun sekali kemudian interval periodenya lebih cepat (Soegijanto S. Dan Sustini F., 2004). Jumlah penderita DBD di Indonesia sepanjang tahun 1999 sebanyak 21.134 orang, tahun 2000 sebanyak 33.443 orang, tahun 2001 sebanyak 45.904 orang, tahun 2002 sebanyak 40.377 orang, dan tahun 2003 sebanyak 550.131 orang. Pada tahun 2000 insiden rate sebesar 15,75 per 100.000 penduduk meningkat pada tahun 2001 sebesar 17,2 per 100.000 penduduk (Soegijanto S., 2004). Kasus DHF hampir terjadi di seluruh wilayah Jawa Timur terutama daerah pelosok. Menurut data Dinas Kesehatan Kota Surabaya mulai bulan Januari sampai Maret tahun 2009 dilaporkan sekitar 200 penderita dari berbagai wilayah Surabaya dan cenderung meningkat setiap bulannya. Sedangkan menurut data di Puskesmas Pacarkeling yang membawahi wilayah Pacarkembang tahun 2008 terdapat 35 penderita dan pada tahun 2009 mulai bulan Januari sampai dengan Maret 2009 terdapat 17 penderita. Angka kejadian DHF di wilayah Pacarkembang yang diharapkan menurun ternyata dilaporkan tetap meningkat walaupun di wilayah tersebut pernah dilakukan Fogging (Penyemprotan Demam Berdarah) serta sosialisasi tentang pencegahan DHF. Hal tersebut masih dipengaruhi sikap masyarakat yang masih kurang proaktif dalam menjaga lingkungan mereka

Program penanggulangan DBD yang telah dilakukan oleh Departemen Kesehatan adalah dengan menggunakan strategis memberantas nyamuk dewasa melalui pengasapan, kemudian strategi diperluas dengan menggunakan larvasida yang ditaburkan ke tempat penampungan air yang sulit dibersihkan serta penendalian nyamuk juga dilakukan dengan metode lingkungan, biologis dan kimiawi dan perubahan perilaku masyarakat untuk hidup bersih dan sehat (Depkes, 2005). Kesadaran masyarakat akan

pentingnya gerakan pemberantasan nyamuk (PSN) yang meliputi 3M yaitu menguras, mengubur dan menutup kontainer yang berpotensi sebagai sarang nyamuk juga masih belum optimal. Hal ini disebabkan oleh 2 faktor yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi tingkat pendidikan, pekerjaan, dan nilai yang diyakini masyarakat. Faktor eksternal meliputi ketersediaan sumber informasi, keaktifan petugas penyuluhan, dan fasilitas unit pelayanan kesehatan (Bambang H., 1998)

Dari uraian diatas dan untuk lebih mengetahui terjadinya pencegahan penyakit DHF maka perlu diteliti apakah ada hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat pada pencegahan penyakit DHF di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 Perilaku masyarakat yang diteliti meliputi aspek pengetahuan (*kognitif*), sikap (*afektif*) dan ketrampilan (*skill*) merupakan elemen penting dalam pembuatan proses keperawatan. Pelaksanaan atau tindakan terhadap obyek yang diketahui dapat dipengaruhi oleh pengetahuan (Notoadmojo, 2003). Kondisi lingkungan khususnya ada tidaknya jentik di lingkungan sekitar rumah juga perlu diteliti. Pengetahuan dan sikap masyarakat perlu diketahui sebagai dasar dalam penentuan kebijakan selanjutnya. Harapan semakin baik pengetahuan dan sikap masyarakat dalam pencegahan DHF tidak terjadi di daerah tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan masyarakat pada pencegahan penyakit DHF di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7
2. Mengidentifikasi sikap masyarakat pada pencegahan penyakit DHF di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7
3. Menganalisis hubungan antara pengetahuan dengan sikap masyarakat pada pencegahan penyakit DHF di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Sebagai dasar institusi atau instansi untuk memperkaya konsep atau teori yang mendukung perkembangan ilmu pengetahuan di bidang ilmu keperawatan dalam hubungan pengetahuan dengan sikap khususnya masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF

1.4.2 Praktis

1. Manfaat penelitian ini bagi masyarakat adalah Penelitian ini diharapkan dapat menambahkan serta memberikan pemahaman kepada masyarakat tentang pencegahan DHF
2. Manfaat penelitian ini bagi puskesmas adalah membantu Puskesmas dalam merencanakan kegiatan – kegiatan untuk tindakan promotif dan preventif penyakit DHF
3. Manfaat penelitian ini bagi Dines Kesehatan adalah Sebagai masukan kepada pengelola program penanggulangan penyakit menular untuk peningkatan pelaksanaan penanggulan DHF
4. Manfaat penelitian ini bagi Pemerintah Setempat adalah Sebagai masukan petugas Pemerintah setempat untuk penyusunan dan pengembangan program pencegahan DHF

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan dan diuraikan tentang konsep yang mendasari penelitian hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 pada pencegahan penyakit DHF . Adapun konsep yang akan menjadi acuan dalam penelitian ini adalah pengertian pengetahuan, sikap, perilaku, pengertian DHF, klasifikasi, diagnosis, penatalaksanaan, factor yang mempengaruhi DHF program penanggulangan DHF.

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengetahuan

Pengetahuan berawal pada kekaguman manusia akan alam yang dihadapinya, baik alam besar (*macro – cosmos*) maupun alam kecil (*micro – cosmos*). Pengetahuan adalah pengalaman seseorang dengan alam sekitarnya baik secara mikro maupun makro yang diperoleh dengan sengaja maupun tidak sengaja (Suryabrata S, 2004)

Pengetahuan terbentuk dari berbagai pendekatan ilmiah dan non ilmiah. Pendekatan ilmiah adalah pendekatan yang diperoleh melalui penelitian ilmiah dan dibangun diatas teori tertentu. Pendekatan ilmiah ini orang berusaha dengan memperoleh kebenaran ilmiah yaitu, pengetahuan benar yang kebenarannya terbuka untuk diuji oleh siapa saja yang mengkehendaki untuk mengujinya. Pendekatan non ilmiah banyak digunakan yaitu akal sehat, prasangka intuisi, penemuan kebetulan coba-coba dan pendapat otoritas ilmiah dan pikiran kritis. (Pitono S, 2000)

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu. (Notoadmodjo, 2001).

2.1.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo (2003) pengetahuan mempunyai 6 tingkatan :

1. Tahu (*know*)

Diartikan mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk pengetahuan ini adalah mengingat kembali terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Untuk mengukur orang tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah memahami suatu obyek harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan terhadap obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan penggunaan hukum – hukum, rumus, metode, prinsip dalam konteks situasi yang berbeda. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam penghitungan penelitian dan menggunakan prinsip – prinsip dalam pemecahan masalah.

4. Analisis (*analysis*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek dalam komponen – komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lainnya.

5. Sintesis (*Syntesis*)

Suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian kedalam bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun, merencanakan, meringkas, menyesuaikan terhadap teori atau rumusan yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek penelitian ditentukan sendiri dengan menggunakan kriteria yang ada. Misalnya membandingkan, dapat menafsirkan dan sebagainya. Untuk pengetahuan yang ingin kita ukur dapat kita sampaikan dengan tingkat – tingkat diatas.

2.1.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan

1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam atau diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar karena makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut menerima informasi. Dengan pendidikan yang tinggi maka seseorang cenderung untuk mendapat informasi baik dari orang lain atau dari media massa maupun dari hasil perkuliahan. (Notoatmodjo, 2003).

2. Pengalaman

Pengalaman seseorang atau masyarakat dapat diperoleh melalui pengetahuan atau saat melakukan kegiatan pencegahan terhadap penyakit DHF tersebut. Pengalaman ini dapat mengembangkan kemampuan dalam mengambil keputusan dan merupakan

manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang terolah dari masalah nyata dalam bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

3. Umur

Umur seseorang akan membedakan pengetahuan dan pengalaman karena terkadang orang lebih bijak dalam mengambil keputusan. Dapat diperkirakan IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia. Pada usia ≥ 51 seseorang akan mengalami kemunduran dalam beberapa kemampuan dengan perbedaan individu yang luas (Lumbantobing SM, 2007)

2.2 Sikap

Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap obyek (Heri P, 2005).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Menurut Newcomb yang dikutip (Notoadmojo, 2003), sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap terdiri dari berbagai tingkatan :

1. Menerima (*receiving*), menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)
2. Merespon (*responding*), memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap
3. Menghargai (*valuing*) mengajak orang lain untuk mendiskusikan atau mengerjakan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap

4. Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

Prilaku kesehatan dari skinner 1938 adalah suatu respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus suatu obyek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman serta lingkungan (Notoadmojo, 2003).

Sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap penilaian terhadap stimulus atau obyek (dalam hal ini adalah kesehatan, termasuk penyakit).

Indikator sikap kesehatan sejalan dengan pengetahuan kesehatan yaitu :

1. Sikap terhadap sakit dan penyakit, adalah bagaimana penilaian atau pendapat terhadap gejala atau tanda – tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit dan cara pencegahannya,
2. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat,
3. Sikap terhadap kesehatan lingkungan, adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap lingkungan dan pengaruh terhadap kesehatan (Notoadmojo, 2003). Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap obyek (Heri P, 2005).

2.2.1 Faktor – faktor yang mempengaruhi sikap

1. Umur, umur seorang anak dengan remaja dan dewasa akan berbeda biasanya orang dewasa lebih banyak pengalaman dan lebih bijak dibandingkan remaja maupun anak-anak, begitu juga dengan remaja dan anak.
2. Kecerdasan, Tingkat kecerdasan seseorang akan berbeda – beda dari anak sampai dengan dewasa.

3. Lingkungan, lingkungan yang kurang baik akan merubah perilaku dan pendidikan menjadi kurang berkembang dibanding dengan lingkungan orang terpelajar.
4. Pekerjaan, Pekerjaan orang kantor dengan buruh akan berbeda (Bastable BS, 2002)

2.3 Perilaku

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan (Notoadmojo, 2003)

Faktor perilaku masyarakat pada penyakit DHF :

Teori perilaku ini cukup banyak macamnya. (Notoadmojo, 2003). Mengemukakan bahwa perilaku terdiri dari tiga dominan yang meliputi : pertama, dominan perilaku pengetahuan (*knowing behavior*), kedua, dominan perilaku sikap (*feeling behavior*) dan ketiga, dominan perilaku keterampilan (*doing behavior*). Apabila pengertian perilaku ini lebih disederhanakan maka perilaku apat dibagi menjadi 2 unsur yang saling berhubungan satu sama lain yaitu kecerdasan intelektual dan kecerdasan emosional. Proses perubahan perilaku atau penerimaan ide baru adalah hasil dari suatu proses yang kompleks yang biasanya memerlukan waktu yang lama.

Proses kejiwaan yang dialami individu sejak pertama kali individu memperoleh pengetahuan mengenai sesuatu hal yang baru sampai pada saat ia memutuskan menerima atau menolak ide baru melalui 4 tahap yaitu :

1. Pengetahuan, dalam hal ini subyek mulai mengenal ide baru serta belajar memahaminya.
2. Persuasi, dimana individu membentuk sikap positif atau negatif terhadap ide baru tersebut
3. Mengambil keputusan, dimana individu aktif dalam menentukan keputusan untuk menerima atau menolak ide baru tersebut

4. Konfirmasi, dimana individu mencari dukungan dari orang lain disekitarnya terhadap keputusan yang telah dibuatnya (Notoatmodjo, 2003)

Beberapa teori yang telah dicoba untuk mengungkapkan determinan perilaku berangkat dari analisis faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori :

1) Teori Lawrence Green

Lawrence Green dalam Notoadmojo S (2003) mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni Faktor perilaku (*behavior cause*) dan Faktor di luar perilaku (*non-behavior cause*). Perilaku itu sendiri terbentuk dari 3 faktor, yakni :

1. Faktor – faktor predisposisi (*Predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor – faktor pendukung (*Enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya media massa, koran, spanduk, radio, TV, penyuluhan.
3. Faktor – faktor pendorong (*Reinforcig factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas lain (Tokoh masyarakat, perawat, Puskesmas, Rumah Sakit), yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Model ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f(PF, EF, RF)$$

Dimana :

B = *Behavior*

Pf = *Presdisposing factors*

Ef = *Enabling Factors*

Rf = *Reinforcing factors*

f = *fungsi*

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, dan sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari – hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Setelah seseorang mengetahui atau obyek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahuinya atau disikapinya Glanz K *et al.* (2002)

2) Teori Snehandu B. Kar

Kar dalam Notoatmodjo (2003), mencoba menganalisis perilaku kesehatan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari :

1. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*Behavior intention*)
2. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*Social-support*)

3. Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan
(*Accessability of information*)
4. Otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan
(*Personal autonomy*)
5. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*Action situation*)

Uraian diatas dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f (Bi, SS, AI, PA, AS)$$

Dimana :

B	= <i>Behavior</i>	SS	= <i>Sosial support</i>
f	= <i>fungsi</i>	Bi	= <i>Behavior intention</i>
AI	= <i>Assesability of Information</i>	PA	= <i>Personal Autonomy</i>
AS	= <i>Action Situation</i>		

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap obyek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan individu untuk mengambil keputusan / bertindak atau tidak berperilaku / tidak bertindak.

3) Teori WHO

Tim kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah adanya 4 alasan pokok yaitu :

1. Pengetahuan, Pengetahuan diperoleh dari pengalaman orang lain yang paling dekat,
2. Kepercayaan, kepercayaan diperoleh dari orang lebih tua. Kepercayaan diterima berdasarkan keyakinan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu,
3. Sikap, menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap obyek,

kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

Sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek (Notoadmojo, 2003). Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap obyek tadi. Jadi sikap senantiasa terarah suatu hal, suatu obyek, tidak ada sikap yang tanpa obyek. Manusia dapat mempunyai sikap terhadap bermacam – macam hal (Purwanto, 2005). Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*over behavior*) (Notoadmojo, 2003)

Menurut Purwanto, (2005) sikap terbentuk dari 3 komponen :

- (1) Komponen afektif : komponen ini berhubungan dengan perasaan dan emosi tentang seseorang atau sesuatu
- (2) Komponen kognitif : sikap tentunya mengandung pemikiran atau kepercayaan tentang seseorang atau sesuatu obyek
- (3) Komponen perilaku : sikap terbentuk dari tingkah laku seseorang dan perilakunya. Sikap membuat seseorang mendekat, atau menjauhi.

Menurut Purwanto, (2005) yang menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yakni :

- (1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu obyek
- (2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap obyek
- (3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama – sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir dan keyakinan dan emosi

memegang peranan penting. Menurut Notoadmojo (2003) sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yakni :

- (1) Menerima (*Receiving*) menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)
- (2) Merespon (*Responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap
- (3) Menghargai (*Valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga
- (4) Bertanggung jawab (*Responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

2.4 Pengertian DHF

Demam berdarah / *Dengue Haemorrhagic Fever* adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yaitu sejenis virus yang tergolong arbovirus dan masuk kedalam tubuh penderita melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* (betina) DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*) terutama menyerang anak remaja dan dewasa dan sering menyebabkan kematian bagi penderita (WHO, 2004)

2.5 Patofisiologi

Fenomena patologis yang utama pada penderita DHF (WHO, 2004) adalah meningkatnya permeabilitas dinding kapiler yang mengakibatkan terjadinya perembesaran plasma ke ruang ekstra seluler. Hal pertama yang terjadinya setelah virus masuk ke dalam tubuh penderita adalah viremia yang mengakibatkan penderita mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, pegal – pegal diseluruh tubuh, ruam atau bintik – bintik merah pada kulit (*petekie*), hiperemi tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi seperti pembesaran kelenjar getah bening,

pembesaran hati (*hepatomegali*) dan pembesaran limpa (*splenomegali*). Peningkatan permeabilitas dinding kapiler mengakibatkan berkurangnya volume plasma, terjadinya hipotensi, *hemokonsentrasi* dan *hipoproteinemia* serta efusi dan renjatan (syok)

2.6 Klasifikasi DHF

DHF diklasifikasikan berdasarkan derajat beratnya penyakit, secara klinis dibagi menjadi 4 (WHO, 2004):

1. Derajat I :

Demam di sertai gejala klinis lain, tanpa perdarahan spontan. Uji Tourniquet (+), trobostopenia dan hemokonsentrasi.

2. Derajat II :

Derajat I dan di sertai perdarahan spontan pada kulit atau di tempat lain

3. Derajat III :

Ditemukan kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lemah, tekanan darah rendah (hipotensi), gelisah, sianosis sekitar mulut, hidung dan ujung jari (tanda – tanda dini renjatan)

4. Derajat IV :

Renjatan berat (DSS) dengan nadi tak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur

Pengobatan DBD bersifat suportif, yaitu mengatasi kehilangan cairan plasma sebagai akibat peningkatan permeabilitas kapiler dan perdarahan. Jumlah cairan yang diperlukan bagi seorang penderita tergantung dari derajat DBDnya. Pasien demam Dengue (*Dengue Fever*) dapat beroabat jalan sedangkan DBD dirawat di ruang perawatan biasa, tetapi pada kasus DBD dengan komplikasi diperlukan perawatan intensif. Perjalanan penyakit DBD sulit diramalkan, pasien

yang pada waktu masuk keadaan umumnya tampak baik dalam waktu singkat dapat memburuk dan tidak tertolong (Soedarmo, 2002; Soegijanto S., 2004)

2.7 Diagnosis DHF

Kriteria klinis menurut sumber WHO 1986 yang dikutip Mansjoer A *et al.* (2001), adalah sebagai berikut :

1. Demam tinggi mendadak dan berlangsung terus menerus selama 2 – 7 hari, kemudian turun secara lisis. Demam disertai gejala tidak spesifik seperti anoreksia, malaise, nyeri pada punggung, tulang, persendian dan kepala.
2. Manifestasi perdarahan : Uji Tourniquet positif, petekie, purpura, ekimosis, epistaxis, perdarahan gusi, perdarahan saluran cerna (*hematemesis – melena*), hematuria.
3. Hepatomegali atau pembesaran hati dan nyeri tekan tanpa ikterus
4. Dengan/tanpa renjatan. Renjatan yang terjadi pada saat demam biasanya mempunyai prognosisi yang buruk.

2.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penderita dengan DHF adalah sebagai berikut :

1. Tirah baring atau istirahat baring atau yang lebih sering kita dengar dengan istilah *bedrest*
2. Diet makan lunak
3. Minum banyak (2 – 2.5 liter/24 jam) dapat berupa : susu, teh manis, sirup, dan beri penderita oralit. Pemberian cairan merupakan hal yang paling penting bagi penderita DHF
4. Pemberian cairan intra vena (biasanya Ringer Laktat, NaCl). R1 merupakan cairan intra vena yang paling sering digunakan.

5. Monitor tanda – tanda vital tiap 3 jam (suhu, nadi, tensi, pernafasan) jika kondisi pasien memburuk observasi tiap 3 jam.
6. Pemberian obat anti piretik sebaiknya dari golongan Asetaminofen, eukinin, atau dipiron, juga pemberian kompres dingin.
7. Periksa HB, Ht dan trombosit setiap hari.
8. Monitor tanda – tanda perdarahan lebih lanjut.
9. Pemberian antibiotik bila terdapat infeksi sekunder.
10. Monitor tanda – tanda dini renjatan keadaan umum perubahan tanda vital, hasil pemeriksaan laboratorium yang memburuk
11. Bila timbul kejang dapat diberikan Diazepam.

2.9 Faktor yang mempengaruhi DHF

1. Tidur siang hari

Tidur siang adalah merupakan suatu kebiasaan tidur seseorang pada siang hari yang telah dilakukan pada waktu tertentu dan hal tersebut bisa menjadi salah satu faktor pemicu seseorang terkena gigitan nyamuk dan tertular virus dengue (Indrawan, 2001)

2. Lingkungan

Yaitu lingkungan yang mendukung untuk terjadinya wabah demam berdarah (Indrawan, 2001).Lingkungan di bagi menjadi 2 yaitu lingkungan *host* dan lingkungan *environment*. Lingkungan *Host* yaitu kerentanan (*susceptibility*) dan respon imun. Lingkungan *Environment* yaitu kondisi geografi (ketinggian dari permukaan laut, curah hujan, angin, kelembaban, musim)

dan juga Kondisi demografi (kepadatan, mobilitas, perilaku, adat istiadat, sosial ekonomi, penduduk). Mansjoer, (2001). Metode lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia, dan perbaikan desain rumah (Soegijanto S., 2003) Sebagai contoh: menguras bak mandi/penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu, mengganti/menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali, menutup dengan rapat tempat penampungan air, mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas di sekitar rumah dan lain sebagainya.

2.10 Progam penanggulangan DHF

Departemen kesehatan telah mengupayakan berbagai strategi dalam mengatasi kasus ini. Pada awalnya strategi yang digunakan adalah memberantas nyamuk dewasa melalui pengasapan, kemudian strategi diperluas dengan menggunakan larvasida yang ditaburkan ke tempat penampungan air yang sulit dibersihkan. Akan tetapi kedua metode tersebut sampai sekarang belum memperlihatkan hasil yang memuaskan. Pencegahan penyakit DHF sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti* sumber Rozendaal JA., 2000. Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yang tepat, yaitu :

1. Fisik

Pengendalian secara fisik terhadap lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan pemberantasan sarang nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk dan perbaikan desain rumah. Sebagai contoh : menguras bak/penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu, mengganti dan menguras vas bunga

dan tempat minum burung seminggu sekali, menutup dengan rapat tempat penampungan air, mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas di sekitar rumah. Tumpah atau bocornya air dari pipa distribusi, katup air, meteran air dapat menyebabkan air menggenang dan menjadi habitat yang penting untuk larva *Aedes aegypti* jika tindakan pencegahan tidak dilakukan.

2. Biologis

Pengendalian secara biologis antara lain dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang), dan bakteri (Bt.H-14). Peran pemangsa yang dimainkan oleh *copepod crustacea* (sejenis udang-udangan) telah didokumentasikan pada tahun 1930-1950 sebagai predator yang efektif terhadap *Aedes aegypti*. Selain itu juga digunakan perangkap telur autosidal (perangkap telur pembunuh) yang saat ini sedang dikembangkan di Singapura

3. Kimiawi

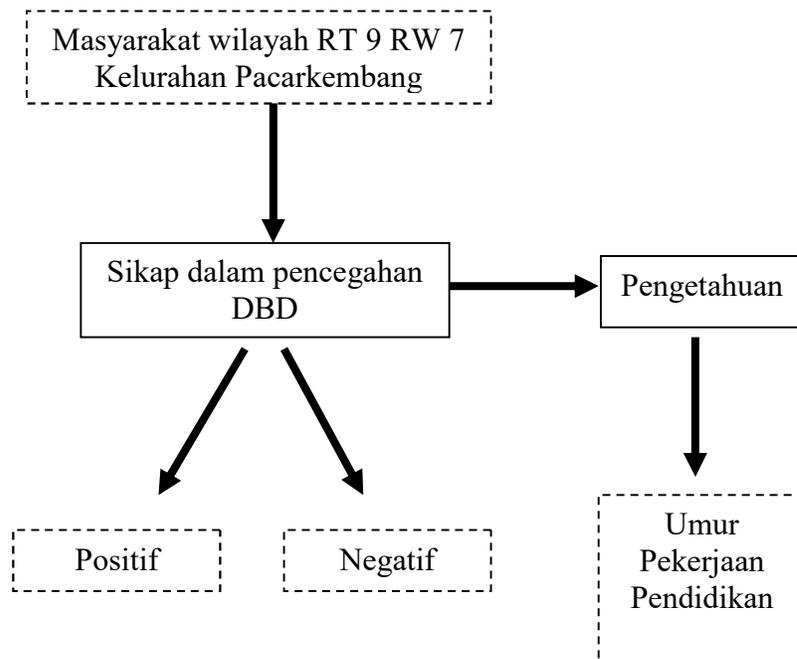
Pengendalian secara kimiawi antara lain dengan pengasapan (*fogging*) (dengan menggunakan *malathion* dan *fenthion*), berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu. Memberikan bubuk abate (*temephos*) pada tempat-tempat penampungan air seperti gentong air, vas bunga, kolam, dan lain-lain.

Cara yang paling efektif dalam mencegah penyakit DHF adalah dengan mengkombinasikan cara-cara diatas, yang disebut dengan 3M, yaitu menutup, menguras dan mengubur barang-barang yang bisa dijadikan sarang nyamuk. Selain itu juga melakukan beberapa plus seperti memelihara ikan pemakan jentik, menabur larvasida, menggunakan kelambu pada waktu tidur, memasang kasa, menyemprot dengan insektisida, menggunakan repellent, memasang obat nyamuk dan memeriksa jentik berkala sesuai dengan kondisi setempat (Deubel V *et al.*, 2001)

Pemerintah juga memberdayakan masyarakat dengan mengaktifkan kembali (*revitalisasi*) pokjanal DBD di Desa/Kelurahan maupun Kecamatan dengan fokus pemberian penyuluhan kesehatan lingkungan dan pemeriksaan jentik berkala. Perekrutan warga masyarakat sebagai Juru Pemantau Jentik (Jumantik) dengan fungsi utama melaksanakan kegiatan pemantuan jentik, pemberantasan sarang nyamuk secara periodik dan penyuluhan kesehatan. Peran media massa dalam penanggulangan DHF dan sebagai peringatan dini kepada masyarakat juga ditingkatkan. Dengan adanya sistem pelaporan dan pemberitahuan kepada layaknya yang cepat diharapkan masyarakat dan departemen terkait lebih waspada. Intensifikasi pengamatan (*surveilans*) penyakit DHF di tingkat Puskesmas Kelurahan/Kabupaten juga perlu dibenahi (Kristina et al., 2004)

BAB 3**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN****3.1 Kerangka Konseptual**

Kerangka konsep pada penelitian ini dapat digambarkan secara sederhana seperti gambar di bawah ini :

**Keterangan :**

- : Diukur
 : Tidak Diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

Keterangan gambar 3.1 :

Dari gambaran tersebut dapat dijelaskan ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan DHF oleh masyarakat yaitu faktor predisposisi, faktor pendorong dan faktor pendukung. Faktor predisposisi yang yang diteliti adalah pengetahuan dan sikap masyarakat. Aspek pengetahuan dipilih karena merupakan dominan yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Aspek sikap diteliti karena sikap merupakan kesiapan untuk beraksi terhadap obyek. Faktor pendukung yang diteliti adalah media massa, koran, spanduk, radio, TV, penyuluhan. Variabel di atas dipilih berdasarkan secara langsung pada tingkat masyarakat. Pengetahuan masyarakat yang diteliti meliputi pengetahuan mengenai penyakit DHF. Sedangkan pencegahan penyakit DHF yang diteliti meliputi pencegahan fisik, biologi dan kimia.

Dari faktor tersebut peneliti menganalisis pengetahuan dan sikap masyarakat pada pencegahan penyakit DHF di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 terhadap pencegahan penyakit DHF

3.2 Hipotesis

Ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

BAB 4

METODE PENELITIAN

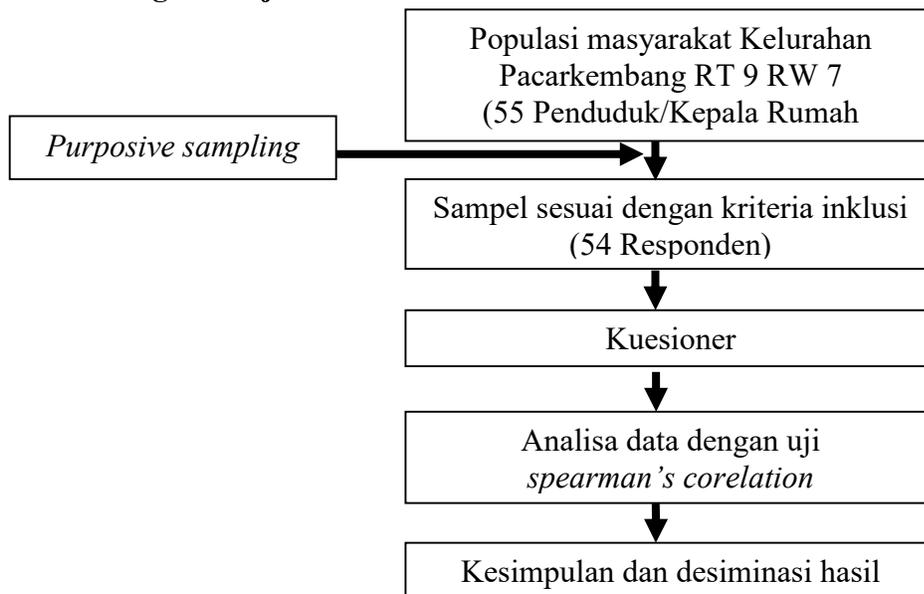
Dalam bab ini diuraikan tentang kerangka kerja penelitian, desain penelitian, populasi, sampel dan sampling variabel penelitian definisi operasional, teknik pengumpulan data dan analisa data dan masalah etika dan keterbatasan.

4.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian deskriptif adalah seluruh dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Zainudin. 1999).

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif, karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui untuk mengukur hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat pada pencegahan penyakit DHF di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka kerja operasional

4.3 Populasi, sampel dan sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang dipilih menyangkut masalah yang diteliti (Nursalam, 2001). Populasi target dalam penelitian ini adalah kepala rumah tangga yang berada di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 dengan jumlah 55 penduduk atau kepala keluarga

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan sampling tertentu untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam & Pariani, 2001). Sampel target dalam penelitian ini adalah kepala rumah tangga yang berada di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 serta bersedia menjadi subyek penelitian dan memenuhi kriteria inklusi sebagai sampel.

1. Kepala rumah tangga yang tinggal di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7
2. Tinggal di lokasi menetap minimal 5 tahun
3. Bisa membaca dan menulis
4. Bersedia menjadi responden

Kriteria eklusi dalam penelitian ini adalah

1. Sedang dalam kondisi sakit
2. Tidak bersedia menjadi responden

Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling* dengan menggunakan tabel random. Besar sampel dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = Tingkat Signifikansi (p)

z = Nilai standar normal $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = Perkiraan proporsi, jika tidak ketahui dianggap 50 %

q = $1 - p$ (100% - p)

4.3.3 Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi populasi untuk dapat mewakili populasi. Pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dimana suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (Nursalam, 2001).

4.4 Identifikasi Variabel

Variabel yang diteliti ini meliputi :

1. Independent : Pengetahuan terhadap pencegahan penyakit DHF
2. Dependent : Sikap terhadap pencegahan penyakit DHF

Yaitu terhadap sakit dan penyakit, adalah bagaimana penilaian atau pendapat terhadap gejala atau tanda – tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit dan pencegahannya

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 tabel definisi operasional variabel yang diteili

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Independent Pengetahuan	Kemampuan masyarakat untuk menjelaskan pengertian DHF, etiologi, gejala, pengobatan dan perawatan penderita, vektor dan pencegahannya, yang diukur dengan cara kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definisi 2. Etiologi 3. Tanda&gejala 4. Tindakan pencegahan dan penanggulan gan 	Kuesioner no. 1-10	Ordinal	Kategori : <ol style="list-style-type: none"> 1. Baik, jika jawaban benar 8-10 soal 2. Cukup, jika jawaban benar 4-7 soal 3. Kurang, jika jawaban benar 1-3 soal Katategori tingkat pengetahuan adalah : <ol style="list-style-type: none"> 1. Baik jika (76 - 100%) 2. Cukup jika (56 - 75%) 3. Kurang jika ($\leq 55\%$) (Arikunto, 2006)
Dependent Sikap	Penilaian yang diberikan masyarakat tentang penyakit DHF, vektor dan pencegahannya	Sikap terhadap pelaksanaan pencegahan penyakit DHF	Kuesioner no. 1-10	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. positif, jawaban benar 8-10 soal 2. negatif, jawaban benar 1-7 soal Kategori sikap adalah : <ol style="list-style-type: none"> 1. Positif (76- 100%) 2. Negatif jika ($\leq 55\%$)

4.6 Instrumen Penelitian

Peralatan yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner adalah alat yang digunakan untuk wawancara dengan responden untuk mengetahui variabel yang diteliti.

4.7 Lokasi dan Waktu penelitian

Lokasi penelitian pada masyarakat di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 Surabaya. Waktu penelitian pada bulan Agustus 2009

4.8 Prosedur pengumpulan data

1. Klasifikasi wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 sebagai data dasar yang di dapatkan dari Kantor Kelurahan Pacarkembang Surabaya
2. Mengurus surat kelengkapan surat ijin penelitian
Ke Bakesbang Linmas Kota Surabaya, Dinas Kesehatan Kota , Puskesmas Pacarkeling, dan Kelurahan Pacarkembang
3. Mempersiapkan alat untuk diteliti

Prosedur data yang terkumpulkan akan dikoreksi dan apabila ada data yang meragukan dilakukan ulang. Data dikumpulkan sesuai dengan variabel yang diukur. Variabel pengetahuan, sikap dan sumber pengetahuan dengan menggunakan kuesioner. Kemudian data diolah dan ditabulasi serta disajikan dalam bentuk tabulasi silang dan presentase adapun tahap pengolahan data adalah sebagai berikut :

- 1) *Editing* yang dimaksud untuk melihat apakah data diperoleh sudah terisi lengkap atau kurang
- 2) *Coding* yaitu mengklasifikasi jawaban dari responden menurut macamnya dengan memberi kode masing – masing jawaban menurut item pada kuesioner:

a) Variabel pengetahuan pada kuesioner I nomor 1 – 10. Pertanyaan – pertanyaan tersebut selanjutnya dijumlahkan kemudian diberikan kriteria :

(1) Pengetahuan baik : 76 % - 100 %

(2) Pengetahuan Cukup : 56 % - 75 %

(3) Pengetahuan Kurang : ≤ 55 %

b) Variabel Sikap pada kuesioner II

Untuk pernyataannya yaitu nomor 1 – 10, responden cuma menjawab

” Setuju atau Tidak Setuju” pada pertanyaan kuesioner

4.9 Cara Analisa Data

Data yang telah disunting kemudian diolah yang meliputi : indentifikasi masalah penelitian, pengkajian masalah penelitian, dengan uji ” *Spearman' corelation*”. Uji ini digunakan untuk mengetahui perbedaan antara 2 variabel dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$ artinya ada perbedaan yang bermakna antara 2 variabel. Tujuan dari analisis uji diatas adalah untuk mengetahui signifikasi hubungan pengetahuan dan sikap terhadap pencegahan penyakit DHF.

4.10 Masalah Etik

Penelitian mengajukan permohonan ijin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Penelitian memberikan *inform consent* kepada masyarakat untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan. Hal yang perlu ditekankan pada penelitian ini berkaitan dengan etika penelitian adalah :

1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan mengisi kuesioner, tujuannya adalah responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak.

2. Tanpa nama (*Anonimity*)

Peneliti tidak akan mencantumkan nama responden yang akan dijadikan sebagai subyek penelitian, tetapi peneliti akan memberi tanda atau kode secara khusus (nama initial)

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden di jamin oleh peneliti

4.11 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Nursalam, 2001).

Beberapa keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti, antara lain :

1. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner memiliki jawaban yang berpengaruh oleh subyektifitas responden
2. Instrumen pengumpulan data tidak melalui validitas dan reliabilitas terlebih dahulu
3. Tidak melakukan observasi secara langsung ketika masyarakat melakukan 3M

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan hasil penelitian. Peneliti akan mengungkapkan tentang gambaran umum lokasi penelitian, data umum karakteristik responden, dan data khusus yang berkaitan dengan pengetahuan dan sikap masyarakat. Data tersebut diperoleh dengan menyebarkan kuesioner untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7. Kemudian dilakukan observasi untuk mendukung data – data yang diperoleh dari kuesioner.

5.1. Hasil Penelitian

5.1.1 Gambar umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kelurahan Pacarkembang wilayah kerja Puskesmas Jolotundo yang terletak bagian timur Kecamatan Tambaksari, tepatnya beralamat di jalan Pacarkembang RT 9 RW 7 batas – batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah utara : berbatasan dengan daerah Bronggalan Sawah
- Sebelah selatan : berbatasan dengan daerah Kaliwaron
- Sebelah timur : berbatasan dengan daerah Kalijudan
- Sebelah barat : berbatasan dengan daerah Pacarkembang

Pencegahan yang selama ini dilakukan di daerah pacarkembang dengan program penanggulangan DBD yang telah dilakukan oleh Departemen Kesehatan

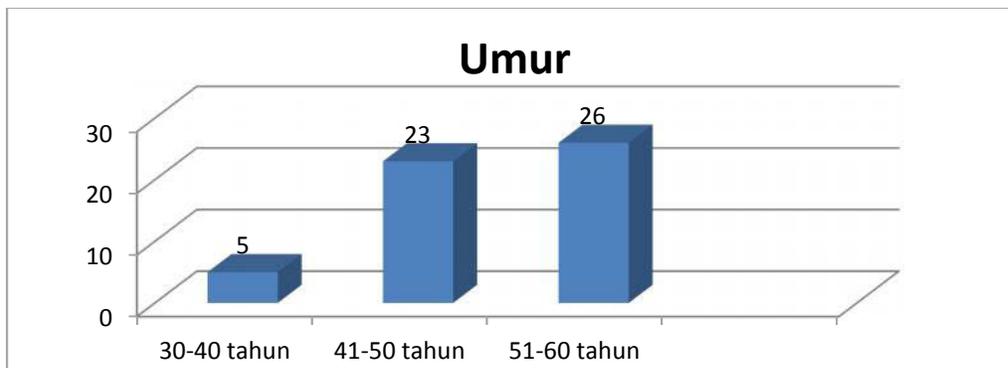
adalah dengan menggunakan strategi diperluas dengan menggunakan larvasida yang ditaburkan ke tempat penampungan air yang sulit dibersihkan. Masyarakat 2 kali sebulan berkerja bakti di wilayah RT 9 RW 7.

5.1.2 Data umum

Sampel penelitian ini adalah masyarakat di wilayah Pacarkembang RT 9 RT 7 Karakteristik ini meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, agama, sumber informasi.

Untuk mengetahui gambaran umum tentang karakteristik responden :

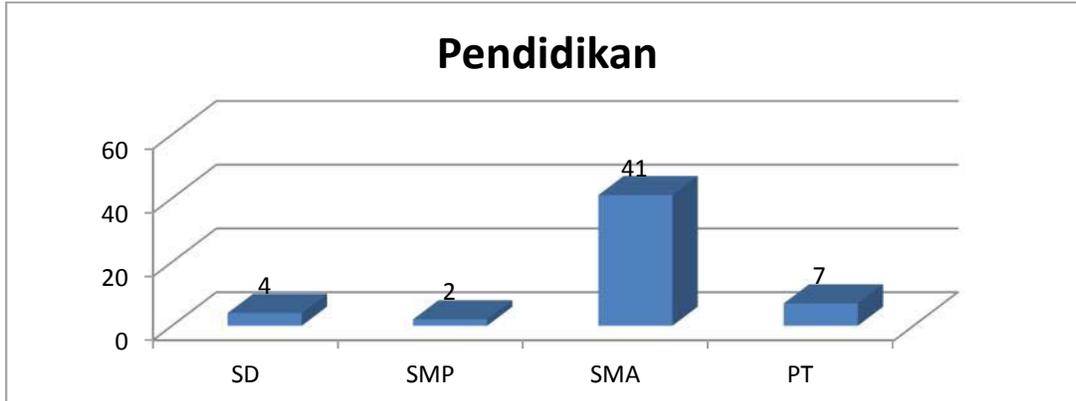
1. Umur responden



Gambar 5.1 Diagram batang karakteristik responden berdasarkan umur di wilayah pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari gambar 5.1 didapatkan bahwa jumlah responden yang paling banyak dalam penelitian ini adalah umur 51 – 60 tahun sebanyak 26 (48,1%), sedangkan umur 41- 50 tahun sebanyak 23 (42,6%) dan umur 30 – 40 tahun sebanyak 5 (9,3%).

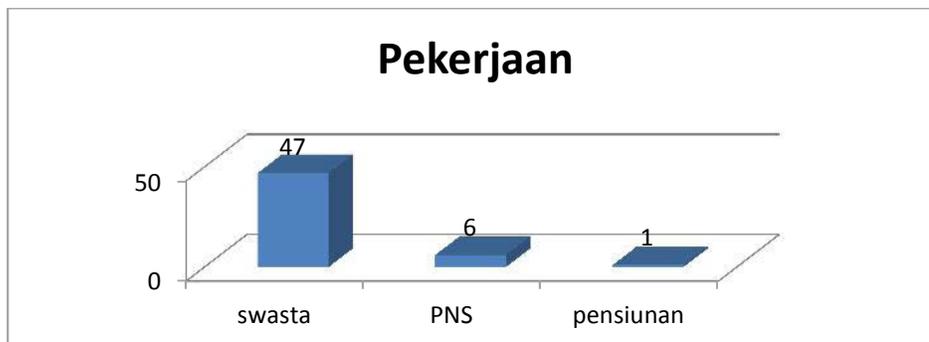
2. Tingkat pendidikan responden



Gambar 5.2 Diagram batang karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan diwilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari gambar 5.2 diatas didapatkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah SMA sebanyak 41 (75,9%) responden, sedangkan PT sebanyak 7 (13,0%) responden, SMP sebanyak 2 (3,7%) responden dan SD sebanyak 4 (7,4%) responden

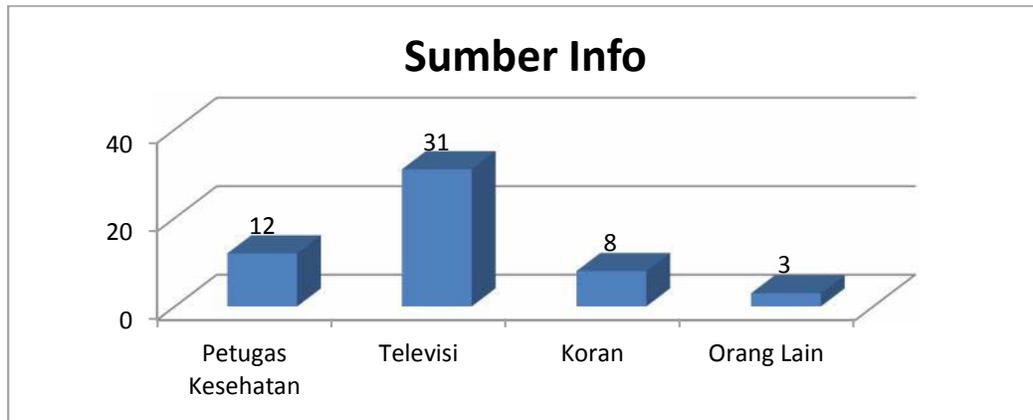
3. Pekerjaan responden



Gambar 5.3 Diagram batang karakteristik responden berdasarkan pekerjaan diwilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari gambar 5.3 diatas didapatkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah swasta sebanyak 47 (87,0%), sedangkan PNS sebanyak 6 (11,1%) dan Pensiunan sebanyak 1 (1,9%)

4. Sumber Informasi mengenai DHF

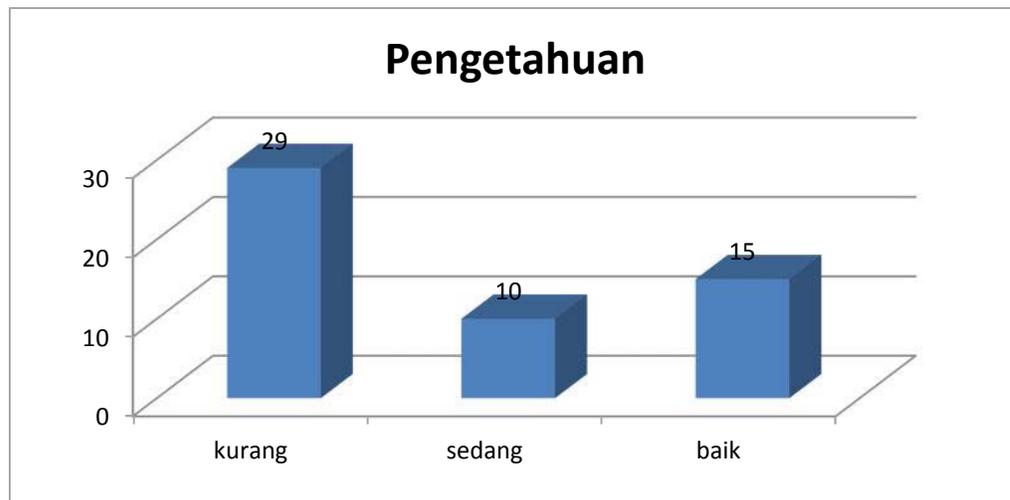


Gambar 5.5 Diagram batang karakteristik responden berdasarkan sumber informasi mengenai DHF di wilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari gambar 5.5 diatas didapatkan bahwa jumlah responden yang paling banyak dalam penelitian ini adalah sumber dari televisi sebanyak 31 (57,4%), sedangkan petugas kesehatan sebanyak 12 (22,2%), koran sebanyak 8 (14,8%) dan orang lain sebanyak 3 (5,6%)

5.1.3 Data khusus

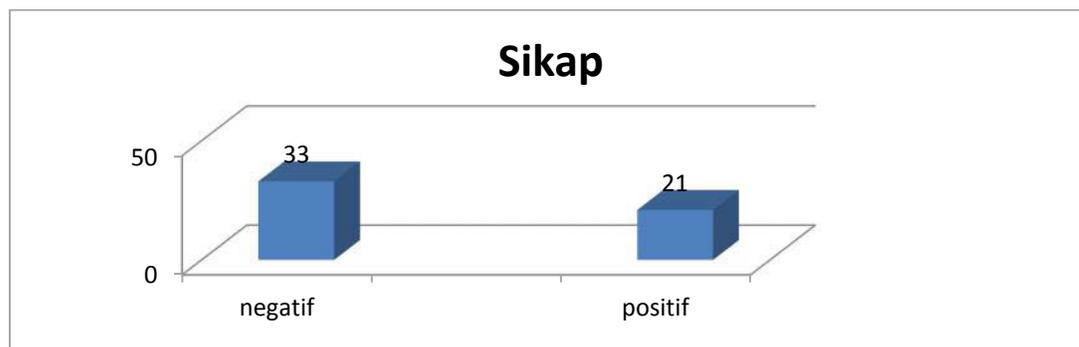
1 Data pengetahuan mengenai pencegahan DHF



Gambar 5.6 Diagram batang identifikasi pengetahuan mengenai pencegahan DHF di wilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari gambar 5.6 diatas didapatkan responden yang memiliki pengetahuan baik adalah sebanyak 15 (27,8%), sedangkan sedang 10 (18,5%) dan kurang 29 (53,7%)

2 Data Sikap mengenai pencegahan DHF



Gambar 5.7 Diagram batang identifikasi sikap mengenai pencegahan DHF di wilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari gambar 5.7 diatas didapatkan responden memiliki sikap positif adalah sebanyak 21(33,9%), dan negatif 33 (66,1%)

3. Data hubungan pengetahuan dan sikap mengenai pencegahan DHF

Pengetahuan \ Sikap	Positif	Negatif
Baik	4 (7,4%)	4 (7,4%)
Sedang	0	9 (16,7%)
Kurang	1 (1,9%)	20 (37,0%)
Signifikansi (p) = 0,015		r = 0,004

Tabel 5.8 Diagram batang identifikasi perbandingan hubungan pengetahuan dan sikap mengenai pencegahan DHF di wilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 Agustus 2009

Dari table 5.8 hasil diatas setelah di uji menggunakan uji *spearman's correlation* didapatkan nilai signifikansi (p) = 0,015 hal ini berarti adanya hubungan pengetahuan yang kurang dengan sikap negatif

5.2 Pembahasan

5.2.1 Pengetahuan masyarakat dalam pencegahan DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

Berdasarkan hasil penelitian terhadap pencegahan penyakit DHF didapatkan data sebagaiian besar 29 (53,7%) responden memiliki pengetahuan kurang, sedang 10 (18, 5%) dan baik 15 (27,8%). Hal ini sesuai dengan teori bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang maka pengetahuan suatu obyek bisa menjadi sikap terhadap obyek tersebut apabila pengetahuan disertai kesiapan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan yang dicapai (Notoatmodjo S, 2003).

Hal ini disebabkan tentang penyakit DHF serta bagaimana mencegah penyakit DHF dan menjaga lingkungan sekitarnya, dimana hal tersebut

berpengaruh terhadap terjadinya wabah penyakit DHF yang lebih besar. Faktor diatas sesuai dengan tingkat pendidikan responden yang sebagian besar adalah SMA, selain itu sumber informasi terutama media elektronik yang hanya berupa anjuran melakukan 3M (menguras, menutup, mengubur), memakai lotion (autan atau saripuspa) anti nyamuk dan kurang rutin dalam melakukan sosialisasi tentang bahaya DHF di masyarakat pada umumnya. Dimana dalam sosialisasi tersebut belum sepenuhnya mencakup pengetahuan, penyebab gejala, penularan, bahaya / komplikasi selanjutnya, perawatan dan pertolongan pertama, ciri – ciri nyamuk DHF, tempat bertelur dan bersarang serta cara / pola menggigit manusia. Hal ini akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang dan perlunya sosialisasi dan evaluasi di masyarakat tentang bahaya dan pencegahan DHF, secara rutin baik oleh media elektronik maupun dari petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Mulai pelatihan-pelatihan tentang pencegahan DHF 3M (menguras, menutup, mengubur), definisi DHF, tanda gejala, penanggulangan, serta pengobatan, hal pertama yang harus dilakukan masyarakat jika ada kejadian, pelaporan, evaluasi tingkat pengetahuan sejauh mana masyarakat mengerti dan paham akan bahaya DHF, hal tersebut jika rutin maka akan menambah tingkat pengetahuan masyarakat tentang DHF. Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui 6 tingkatan pengetahuan, yaitu 1) Tahu 2) Memahami 3) Aplikasi 4) Analisis 5) Sintesis 6) Evaluasi. Ada beberapa faktor seseorang yaitu : 1) pendidikan 2) Pengalaman 3) Umur.

Pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan erat kaitannya dengan pendidikan, dimana seseorang mempunyai pendidikan akan memiliki pengetahuan yang luas pula. seseorang akan cenderung memperoleh informasi baik dari orang lain maupun dari media massa (Notoatmodjo, 2003). media massa mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan seseorang (Azwar, 2007). Semakin banyak informasi yang masuk akan semakin banyak pengetahuan yang diperoleh (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan adalah yang mendorong untuk melakukan suatu tindakan dalam pelaksanaan pencegahan DHF, dengan adanya pengetahuan maka semakin sadar berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki dan peranan pemahaman secara rutin dan membentuk, menambah tingkat pengetahuan seseorang sehingga akan tertanam pola pikir yang positif.

5.2.2 Sikap masyarakat dalam pencegahan DHF di wilayah RT 9 RW 7 kelurahan Pacarkembang

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat sebagian besar masyarakat Pacarkembang khususnya RT 9 RW 7 memiliki sikap yang negatif 33 (66,1%) sikap netral 16 (29,6%) dan sikap positif 5 (9,3%). Sikap merupakan reaksi/respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus/obyek. Salah satu ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap belum tentu merupakan suatu tindakan/aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2003). Allport dalam

Notoatmodjo S (2003) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok yaitu 1) kepercayaan, ide dan konsep terhadap obyek, 2) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap obyek. 3) kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen ini secara bersama – sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Selain itu sikap diikuti atau tidak oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Sikap merupakan reaksi/respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus/obyek. Salah satu ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap belum tentu merupakan suatu tindakan/aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2003). Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003) bahwa sikap merupakan reaksi yang tertutup dan sikap belum tentu merupakan suatu tindakan/aktivitas. Sikap masyarakat di atas dapat dipengaruhi oleh keyakinan individu yang berpendapat bahwa individu tersebut tidak akan terkena penyakit DHF karena tiap hari sudah digigit nyamuk dan terbukti hingga saat itu mereka tidak menderita DBD. Keyakinan dan pengalaman itulah yang akan berpengaruh terhadap kecenderungan untuk bersikap netral dalam artian tidak bersikap positif atau negatif.

Dalam penelitian ini masih banyaknya masyarakat yang membentuk bantuan serta latihan pencegahan DHF agar tertanam sikap yang baik. Sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu

stimulus atau obyek. (Notoatmodjo, 2003). Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai sikap obyek tadi (Purwanto, 62). Sikap adalah merupakan respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek dan belum tentu terwujud dalam suatu tindakan (Notoatmodjo, 2003).

Sikap merupakan salah satu faktor pendorong untuk melakukan tindakan, mengingat sikap merupakan respon yang masih tertutup sikap positif belum terwujud. Dengan sikap perlu diadakakan latihan dan evaluasi untuk mewujudkan kemauan yang kuat dalam melakukan suatu tindakan sehingga akan mendapatkan pengalaman yang baik. Berdasarkan hasil penelitian perlu adanya peranan sikap yang positif atau lebih baik dalam masyarakat serta perlu disosialisasikan tentang bagaimana cara masyarakat bersikap dan memandang penyakit DHF dari segala segi kemasyarakatan agar tertanam secara sadar dalam pola pikir masyarakat tersebut.

5.2.3 Hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

Berdasarkan hasil penelitian bahwa ada hubungan pengetahuan dengan sikap dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 kelurahan Pacarkembang yang memiliki sebanyak pengetahuan kurang sebanyak 29 (53,7%) memiliki tingkat sikap yang negatif sebanyak 20 (37,0%), sedangkan yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 15 (27,8%) memiliki tingkat sikap positif 4 (7,4%) netral 7 (13,0%) negatif 4 (7,4). Seseorang yang

memiliki jenjang pendidikan tinggi akan memiliki kecenderungan perilaku dan pola yang positif (Notoatmodjo, 2003).

Penelitian ini dilakukan bulan Agustus 2009, di wilayah Pacarkembang RT 9 RW 7 paling banyak menunjukkan sikap negatif terhadap pencegahan penyakit DHF yaitu 66,1%. Hal ini sesuai dengan tingkat pendidikan respon di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 yaitu sebesar SMA 41 (75,9%) dan PT 7 (13,0%). Seseorang yang memiliki jenjang pendidikan tinggi diharapkan lebih terbuka dan lebih mudah menerima informasi dari segala macam sumber informasi. Selain itu, sumber informasi yang didapatkan masyarakat Pacarkembang RT 9 RW 7 sebagian besar didapatkan dari media elektronik atau televisi sebanyak 37 (57,4%), sedangkan sumber informasi yang dari petugas kesehatan hanya sebesar 12 (22,2%) dimana yang seharusnya seorang petugas kesehatan bisa menambah tingkat pengetahuan dan sikap serta pola pikir terhadap bahaya dari penyakit DHF ini.

Sikap masyarakat yang netral dapat juga di pengaruhi oleh usia, tingkat pendidikan, pengalaman, keyakinan ketersediaan sumber informasi serta sosial budaya (Brehm & Kassin, 2000). Faktanya masyarakat di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 cenderung pasif melakukan pemberantasan sarang nyamuk dalam pencegahan penyakit DHF.

pada penelitian ini menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap masyarakat di wilayah Kelurahan Pacarkembang RT 9 RW 7 terhadap pencegahan penyakit DHF. Berarti masyarakat yang mempunyai pengetahuan kurang akan menunjukkan sikap yang negatif terhadap

pencegahan penyakit DHF, seharusnya masyarakat memiliki pengetahuan yang baik dan sikap positif terhadap pencegahan penyakit DHF

Kesimpulannya pengetahuan mendorong seseorang untuk melakukan tindakan dan harus didasari mental dan kemauan yang kuat terutama dalam pencegahan DHF. Dengan adanya pengetahuan yang baik maka diharapkan masyarakat mengerti dan memahami tentang pencegahan DHF sehingga menjadi lebih baik dan kepuasan pelayanan akan dirasakan oleh petugas kesehatan sehingga dapat dikatakan memiliki perilaku yang sesuai dengan pengetahuannya. Sedangkan sikap itu sendiri merupakan salah satu yang mendorong untuk melakukan suatu tindakan baik positif maupun negatif. Sikap positif akan menghasilkan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki. Sikap yang negatif akan merugikan diri sendiri akan menutup diri. Supaya masyarakat mempunyai sikap yang baik maka perlu diajarkan keberanian dan mental yang baik pula, agar kemampuan yang terpendam dapat terwujud dalam perilaku yang baik,

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan responden yang berumur rata-rata ≥ 45 tahun memiliki tingkat pengetahuan yang kurang, hal tersebut bisa dihubungkan dengan profesi mereka yang rata-rata bekerja swasta dan bekerja diluar ruang lingkup dunia kesehatan sehingga jenis profesi/pekerjaan mempengaruhi tingkat pengetahuan mereka terhadap pencegahan DHF. Menurut Soeparto (2000), responden yang umurnya diatas ≥ 45 tahun mereka cenderung lebih memikirkan masa depan untuk hari tua mereka dibanding memperhatikan lingkungan sekitar mereka. Sedangkan responden yang

memiliki umur dibawah 45 tahun, mereka lebih cenderung memikirkan semua hal-hal yang dari masa depan, kesehatan, karir, penyakit, serta lingkungan tempat tinggal sehingga tingkat pengetahuan dan sikap mereka lebih bagus. Seseorang dewasa mudah lebih memilih rasa ingin tahu yang lebih banyak (Notoatmodjo, 2003).

Sedangkan responden yang berusia ≥ 50 tahun rata-rata responden memiliki sikap yang negatif karena untuk mendapatkan sumber informasi tentang pencegahan DHF hanya melalui sumber informasi televisi, yang dimana maksudnya dari iklan yang ada di televisi responden hanya menyaksikan saja tanpa bisa bertanya-tanya sehingga hal tersebut bisa berdampak berpengaruh pada sikap mereka terhadap pencegahan DHF. Sedangkan responden yang bersikap positif dikarenakan mendapatkan sumber informasi dari petugas kesehatan dimana melalui penyuluhan mereka bisa bertanya-tanya mengenai apa pun tentang DBD sampai pencegahan penyakit DHF sehingga tingkat pengetahuan dan sikap responden lebih baik karena bisa mendapat sumber informasi yang benar dan mereka langsung mengevaluasi sejauh mana mereka mengetahui tentang pencegahan penyakit DHF.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disampaikan beberapa hal sebagai kesimpulan dari hasil penelitian tentang hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan pada uraian yang dikemukakan pada bab terdahulu dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Sebagaimana besar responden dengan pengetahuan yang kurang dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang.
2. Responden didapatkan mayoritas bersikap negatif dalam pencegahan penyakit DHF.
3. Adanya hubungan tingkat pengetahuan yang kurang dengan sikap yang negatif dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang

6.2 Saran

1. Perlunya pendidikan kesehatan mengenai pencegahan penyakit DHF yang berkelanjutan dan berfokus pada pengetahuan dan sikap masyarakat setempat.

2. Perlunya dilakukan sosialisasi bagi masyarakat tentang pentingnya bahaya pencegahan DHF terutama bagi penderita mengingat ini mudah dilakukan oleh siapa saja dan efisien
3. Adanya pemberantasan DHF hanya dapat berhasil apabila seluruh masyarakat berperan secara aktif dalam PSN DBD (Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue)

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Ed. Revisi VI. Jakarta: Rineka Cipta. Hal:239-243
- Azwar, S. 2007. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka pelajar. Hal:139-157
- Bambang H. 1998. *Faktor-faktor penyebab DBD di Indonesia*. Dalam www.infomedika.com
- Bastable B. Susan. 2002. *Perawat Sebagai Pendidik*. Egc. Jakarta. Hal. 13
- Depkes. 2005. *Demam Berdarah Dengue dan Penanggulannya*. Dalam www.depkes.go.id
- Dinkes Kota Surabaya. 2009. *Laporan Daerah Yang Mengalami Demam Berdarah Dengue di Surabaya*. Surabaya : Dinkes Kota Surabaya. Hal.23
- Deubel V et al. 2001. *The Encyclopedia of Arthropod-transmitted Infections*. Wallingford (UK) : CAB International. Hal. 22-23
- Gie Mc. 1996. *Penerapan Psikologi Dalam keperawatan*. 1996.Yogyakarta : Hal. 286
- Glanz K et al. 2002. *Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice*. San francisco : Jossey-bass. Hal.43
- Halstead SB. 2000. *Successes and Failures in dengue Control-Global Experience*. Dengue Bulletin, 24:60-70
- Heri Purwanto. 2005. *Pengantar Perilaku Manusia Untuk Keperawatan*, Penerbit EGC. Jakarta. Hal.62
- Indrawan. 2001. *Mengenal dan Mencegahan Demam Berdarah*, CV. Pionir jaya, Bandung
- Kristina et al. 2004. *Demam Berdarah Dengue : Kajian Masalah Kesehatan*. Jakarta : badan Litbangkes Depkes RI. Hal. 1-3
- Lumban Tobing Sm. 2007. *Kecerdasan usia Lanjut dan Dimensia Fakultas kedokteran Universitas Indonesia*, balai penerbit FKUI. Jakarta. Hal.43
- Mansjoer A et al. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1*. jakarta : Balai Penerbit FKUI. Hal. 429
- Notoatmodjo Soekidjo, 2003, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Kesehatan*, Andi Offset. Jakarta. Hal.2, 80, 94, 98, 99
- Notoadmojo Soekidjo, 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. PT Rineka Cipta Jakarta. Hal. 85
- Notoadmojo Soekidjo, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. PT Rineka Cipta Jakarta. Hal. 42, 54, 114, 117, 130, 134

- Notoatmodjo Soekidjo, 2003. Prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat. Jakarta :Rineka Cipta. Hal. 76-81
- Nursalam dan Pariani. 2001. *Metodologi Riset Keperawatan*. Infomedika. Jakarta. Hal. 33
- Pitono Soeparto, Suhartono Taat Putra, dan Harjanto JM, 2000, *Filsafat Ilmu Kedokteran*, Penerbit Gramik, Surabaya. Hal.13
- Rozendaal JA. 2000. *Vector Control : Methods for Use By Individuals and Communities*. Geneva : WHO. Hal. 32
- Soedarmo. 2002. *Infeksi Virus Dengue dalam Buku Ajar Ilmu kesehatan Anak Infeksi dan Penyakit Tropis Edisi I*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI. Hal. 23-29
- Soegijanto S. 2003. *Prospek Pemanfaatan Vaksin Dengue Untuk Menurunkan prevalensi di Masyarakat. Kumpulan Makalah Presentasi 90 Tahun Pendidikan Dokter di FK Unair Surabaya* tidak dipublikasikan. Hal. 1-20
- 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. 27-33
- Soegijanto S., Sustini F. 2004. *Epidemiologi Demam Berdarah Dengue dalam Demam berdarah Dengue, Tinjauan dan Temuan Baru di Era 2003*. Surabaya : Airlangga University. Hal.1-9
- Soewandojo Eddy, 2002. *Perkembangan Terkini Dalam Pengelolaan Beberapa Penyakit Tropik Infeksi*. Unair, Surabaya
- Suroso T. 1999. *Epidemiologi Demam Berdarah Dengue*. Surabaya : Airlangga University Press. Hal. 12-20
- Suryabrata Sumardi, 2004. *Metodologi Penelitian*, CV. Rajawali. Jakarta. Hal. 2
- Syahrurahman A, Tallei T, Ernawati B, Subandi A, Pratiwi S. 2001. *Penandaan Virus Dengue Untuk Deteksi IgM Anti Dengue*. Jurnal PAMKI, 4: 20 -20-30.
- WHO. 2002. *Best Practice for Dengue Prevention and Control*. Geneva : WHO. Hal. 4-7
- WHO. 2004. *Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue*. Jakarta : EGC. Hal.10-30
- Zainudin. 1999. *Metodologi Penelitian Airlangga University Press*. Surabaya

Lampiran 1

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN SIKAP MASYARAKAT DALAM
PENCEGAHAN PENYAKIT *DENGUE HEMORRHAGIC FEVER* DI
WILAYAH RT 9 RW 7 KELURAHAN PACARKEMBANG

OLEH :

MOCH CANDRA DARMAWAN

MAHASISWA FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan gambaran nyata tentang hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit DHF di wilayah RT 9 RW 7 Kelurahan Pacarkembang, sehingga dapat digunakan sebagai dasar dalam pengelolaan keperawatan

Partisipasi Bapak/Ibu/Sdr. Dalam penelitian ini bersifat bebas untuk ikut atau tidak yanpa adanya sangsi apapun

Jika Bapak/Ibu/Sdr. Bersedia menjadi peserta, silahkan menanda tangani kolom dibawah ini.

Surabaya, Agustus 2009

Hormat saya

M. Candra D

Lampiran 2

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh Moch Candra Darmawan yang berjudul

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN SIKAP MASYARAKAT DALAM
PENCEGAHAN PENYAKIT *DENGUE HEMORRHAGIC FEVER* DI
WILAYAH RT 9 RW 7 KELURAHAN PACARKEMBANG**

Persetujuan ini saya buat dengan saudara dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, Agustus 2009

RESPONDEN

()

FORMAT KUESIONER

A. Data umum

- Dilaksanakan tanggal :
Nama responden :
Umur : Tahun
Pendidikan :
Pekerjaan :
Agama :
Sumber informasi :
1. Petugas kesehatan
2. Televisi
3. Koran
4. Orang lain :

PETUNJUK

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda silang (X) pada jawaban yang anda anggap benar !

A. Data khusus

ASPEK PENGETAHUAN

1. Apa yang anda ketahui tentang penyakit demam berdarah ?
 - A. Penyakit yang disebabkan oleh gigitan nyamuk aedes aegypti
 - B. Penyakit keturunan
 - C. Penyakit infeksi
 - D. Tidak tahu
2. Menurut anda apakah penyebab penyakit DHF ?
 - A. Virus
 - B. Bakteri
 - C. Kuman
 - D. Jamur
 - E. Lainnya :
 - F. Tidak tahu
3. Menurut pendapat anda bagaimanakah penyakit DHF itu?
 - A. Berbahaya
 - B. Tidak berbahaya
 - C. Tidak tahu
4. Bagimanakah tanda gejala penyakit DHF ?
 - A. Demam mendadak 2-7 hari tanpa penyebab yang jelas
 - B. Perdarahan (Bintik merah dikulit, mimisan, perdarahan gusi, muntah darah, berak darah)
 - C. Mual, muntah, nyeri perut
 - D. Nafsu makan menurun, badan lemah, nyeri kepal
 - E. Pingsan atau penderita tidak sadar, syok
 - F. Lemah, lesu dan gelisah
 - G. Tidak tahu

5. Bagaimana cara memberikan pertolongan pertama pada penderita penyakit DHF selama dibawa ke Rumah sakit ?
 - A. Memberi minum sesering mungkin
 - B. Memberi obat penurun panas
 - C. Dikompres dengan air dingin atau es
 - D. Tidak tahu

6. Setelah memberikan pertolongan pertama, apa selanjutnya yang anda lakukan?
 - A. Membawa ke Puskesmas/Rumah sakit
 - B. Membawa ke dokter praktek swasta
 - C. Membawa ke orang pintar atau dukun
 - D. Tidak tahu

7. Apakah penyakit DHF ini menular ?
 - A. Ya
 - B. Tidak

8. Apakah yang anda ketahui tentang 3M (Menguras, menutup, mengubur)
 - A. Cara untuk memberantas sarang nyamuk
 - B. Cara nyamuk mengobati penyakit DHF
 - C. Tidak tahu

9. Bagaimanakah cara mencegah penyakit DHF ?
 - A. Imunisasi
 - B. Kamar tidur cukup sinar dan pakaian digantung di dalam almari
 - C. Melakukan fogging
 - D. Tidak tahu

10. Perlukah membersihkan bak mandi minimal seminggu sekali ?
 - A. Perlu
 - B. Tidak tahu
 - C. Tidak perlu

ASPEK SIKAP

1. Penderita DBD dengan panas badan dan bintik-bintik merah dapat dicurigai sebagai penderita DBD, bagaimana dengan pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

2. Saya berpendapat bahwa semua nyamuk berbahaya karena dapat menularkan penyakit DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

3. Saya percaya bahwa setiap orang bisa terkena DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

4. Penderita DBD perlu diperiksa ke unit pelayanan kesehatan, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
5. Sebaiknya menguras tempat penampungan air setiap 2 minggu sekali, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
6. Pengasapan atau fogging hanya memberikan efek sementara dalam memberantas penyakit DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
7. Saya percaya bahwa kerjabakti dengan membersihkan selokan dapat mencegah penularan penyakit DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
8. Menurut saya semua nyamuk yang menggigit pada malam hari bisa menularkan DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
9. Menurut saya ciri-ciri nyamuk penular DBD adalah hitam polos, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
10. Menurut saya penyakit DBD merupakan penyakit yang ditularkan melalui nyamuk dengan penderita, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

FORMAT KUESIONER

A. Data umum

- Dilaksanakan tanggal :
 Nama responden :
 Umur : Tahun
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Agama :
 Sumber informasi :
 1. Petugas kesehatan
 2. Televisi
 3. Koran
 4. Orang lain :

PETUNJUK

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda silang (X) pada jawaban yang anda anggap benar !

A. Data khusus

ASPEK PENGETAHUAN

1. Apa yang anda ketahui tentang penyakit demam berdarah ?
 - A. Penyakit yang disebabkan oleh gigitan nyamuk aedes aegypti
 - B. Penyakit keturunan
 - C. Penyakit infeksi
 - D. Tidak tahu

2. Menurut anda apakah penyebab penyakit DHF ?
 - A. Virus
 - B. Bakteri
 - C. Kuman
 - D. Jamur
 - E. Lainnya :
 - F. Tidak tahu

3. Menurut pendapat anda bagaimanakah penyakit DHF itu?
 - A. Berbahaya
 - B. Tidak berbahaya
 - C. Tidak tahu

4. Bagimanakah tanda gejala penyakit DHF ?
 - A. Demam mendadak 2-7 hari tanpa penyebab yang jelas
 - B. Perdarahan (Bintik merah dikulit, mimisan, perdarahan gusi, muntah darah, berak darah)
 - C. Mual, muntah, nyeri perut
 - D. Nafsu makan menurun, badan lemah, nyeri kepal
 - E. Pingsan atau penderita tidak sadar, syok

- F. Lemah, lesu dan gelisah
 - G. Tidak tahu
5. Bagaimana cara memberikan pertolongan pertama pada penderita penyakit DHF selama dibawa ke Rumah sakit ?
 - A. Memberi minum sesering mungkin
 - B. Memberi obat penurun panas
 - C. Dikompres dengan air dingin atau es
 - D. Tidak tahu
 6. Setelah memberikan pertolongan pertama, apa selanjutnya yang anda lakukan?
 - A. Membawa ke Puskesmas/Rumah sakit
 - B. Membawa ke dokter praktek swasta
 - C. Membawa ke orang pintar atau dukun
 - D. Tidak tahu
 7. Apakah penyakit DHF ini menular ?
 - A. Ya
 - B. Tidak
 8. Apakah yang anda ketahui tentang 3M (Menguras, menutup, mengubur)
 - A. Cara untuk memberantas sarang nyamuk
 - B. Cara nyamuk mengobati penyakit DHF
 - C. Tidak tahu
 9. Bagaimanakah cara mencegah penyakit DHF ?
 - A. Imunisasi
 - B. Kamar tidur cukup sinar dan pakaian digantung di dalam almari
 - C. Melakukan fogging
 - D. Tidak tahu
 10. Perlukah membersihkan bak mandi minimal seminggu sekali ?
 - A. Perlu
 - B. Tidak tahu
 - C. Tidak perlu

ASPEK SIKAP

1. Penderita DBD dengan panas badan dan bintik-bintik merah dapat dicurigai sebagai penderita DBD, bagaimana dengan pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
2. Saya berpendapat bahwa semua nyamuk berbahaya karena dapat menularkan penyakit DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

3. Saya percaya bahwa setiap orang bisa terkena DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
4. Penderita DBD perlu diperiksa ke unit pelayanan kesehatan, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
5. Sebaiknya menguras tempat penampungan air setiap 2 minggu sekali, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
6. Pengasapan atau fogging hanya memberikan efek sementara dalam memberantas penyakit DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
7. Saya percaya bahwa kerjabakti dengan membersihkan selokan dapat mencegah penularan penyakit DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
8. Menurut saya semua nyamuk yang menggigit pada malam hari bisa menularkan DBD, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
9. Menurut saya ciri-ciri nyamuk penular DBD adalah hitam polos, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju
10. Menurut saya penyakit DBD merupakan penyakit yang ditularkan melalui nyamuk dengan penderita, bagaimana pendapat saudara?
 - A. Setuju
 - B. Tidak Setuju

DATA MENTAH PENELITIAN

responden	pengetahuan	sikap	umur	pendidikan	pekerjaan	sumber info
1	1	3	2	3	1	1
2	3	1	3	3	1	2
3	2	2	2	1	1	3
4	1	1	2	3	1	2
5	3	1	2	3	1	1
6	1	2	2	3	1	2
7	2	2	2	2	1	2
8	1	1	2	3	1	2
9	3	1	3	3	1	1
10	2	1	3	3	1	2
11	1	2	1	3	1	2
12	1	3	2	4	1	3
13	1	1	2	3	3	2
14	1	1	2	3	1	1
15	3	2	2	3	1	2
16	1	1	2	3	2	2
17	3	1	2	1	1	2
18	1	2	2	3	1	1
19	1	1	2	3	1	2
20	1	1	1	3	2	2
21	1	1	1	4	1	3
22	3	2	3	3	1	2
23	2	2	3	3	1	1
24	1	1	3	3	1	2
25	1	1	3	3	2	2
26	3	2	3	2	2	2
27	1	1	3	3	1	1
28	2	1	3	3	2	2
29	1	2	3	3	1	2
30	3	1	3	3	1	3
31	1	1	3	4	1	4
32	2	1	3	3	1	3
33	3	2	3	3	1	2
34	1	3	3	1	2	1
35	3	1	3	3	1	2
36	1	1	3	3	1	2
37	2	2	3	4	1	3
38	1	1	3	3	1	2
39	1	1	3	3	1	1
40	1	1	3	3	1	2
41	3	2	2	3	1	2
42	2	3	1	3	1	4
43	1	1	3	3	1	3
44	3	1	3	4	1	2
45	1	2	1	3	1	1
46	1	3	3	3	1	2
47	3	1	2	3	1	4
48	2	1	2	3	1	3
49	2	2	2	4	1	2
50	1	1	2	3	1	1

51	3	1	2	4	1	2
52	1	1	2	3	1	2
53	3	1	2	1	1	1
54	1	2	3	3	1	2

Keterangan :

Pengetahuan :

1. Kurang
2. Sedang
3. Baik

Sikap :

1. Negatif
2. Netral
3. Positif

Umur :

1. 30-40
2. 41-50
3. ≥ 51

Pendidikan :

1. SD
2. SMP
3. SMA
4. PT

Pekerjaan :

1. Swasta
2. PNS
3. Pensiunan

Sumber informasi :

1. Petugas kesehatan
2. Televisi
3. Koran
4. Orang lain

Frequencies

Statistics

		pengetahuan	sikap	umur	pendidikan	pekerjaan	agama	sumber info
N	Valid	54	54	54	54	54	54	54
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1.7407	1.4815	2.3889	2.9444	1.1481	1.0741	2.2407
Mode		1.00	1.00	3.00	3.00	1.00	1.00	2.00
Std. Deviation		.87276	.66562	.65637	.68451	.40782	.38125	1.13162
Minimum		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Maximum		3.00	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00	5.00

Frequency Table

pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	29	53.7	53.7	53.7
	sedang	10	18.5	18.5	72.2
	baik	15	27.8	27.8	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	negatif	33	61.1	61.1	61.1
	netral	16	29.6	29.6	90.7
	positif	5	9.3	9.3	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30-40 tahun	5	9.3	9.3	9.3
	41-50 tahun	23	42.6	42.6	51.9
	51-60 tahun	26	48.1	48.1	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	4	7.4	7.4	7.4
SMP	2	3.7	3.7	11.1
SMA	41	75.9	75.9	87.0
PT	7	13.0	13.0	100.0
Total	54	100.0	100.0	

pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Swasta	47	87.0	87.0	87.0
PNS	6	11.1	11.1	98.1
Pensiunan	1	1.9	1.9	100.0
Total	54	100.0	100.0	

agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	52	96.3	96.3	96.3
Katolik	2	3.7	3.7	100.0
Total	54	100.0	100.0	

sumber info

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Petugas Kesehatan	12	22.2	22.2	22.2
Televisi	31	57.4	57.4	79.6
Koran	8	14.8	14.8	94.4
Orang lain	3	5.6	5.6	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Bar Chart

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan * sikap	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

pengetahuan * sikap Crosstabulation

		sikap			Total	
		negatif	netral	positif		
pengetahuan	kurang	Count	20	8	1	29
		% of Total	37.0%	14.8%	1.9%	53.7%
	sedang	Count	9	1	0	10
		% of Total	16.7%	1.9%	.0%	18.5%
	baik	Count	4	7	4	15
		% of Total	7.4%	13.0%	7.4%	27.8%
Total		Count	33	16	5	54
		% of Total	61.1%	29.6%	9.3%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.381	.129	2.975	.004(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.328	.137	2.504	.015(c)
N of Valid Cases		54			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.