

SKRIPSI

HUBUNGAN PENGETAHUAN DETEKSI DINI, TINDAKAN PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP DERAJAT KEPARAHAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE

(Studi Kasus Di Rumah Sakit Umum Daerah Bangil)

FKM 103/06

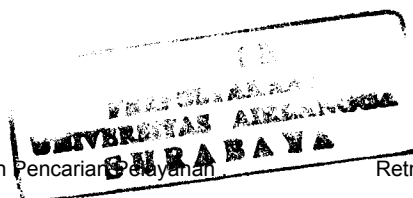
Hos
4



Oleh :

RETNO HASTUTI
NIM. 100431529

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
SURABAYA
2006**



PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dan
diterima untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)
pada tanggal 9 Agustus 2006

Mengesahkan
Universitas Airlangga
Fakultas Kesehatan Masyarakat

Prof. Dr. H. Tjipto Suwandi, dr., M.OH, SpOk.
NIP. 130517177

Tim Penguji:

1. Oedojo Soedirham, dr., M.PH., M.A., Ph.D
2. Lucia Yovita Hendrati, S.KM. M.Kes
3. Sri Astuti, S.KM. S.Sos. M.Kes

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)
Bagian Epidemiologi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga

Oleh:

RETNO HASTUTI
NIM. 100431529

Surabaya, 27 Juli 2006

Mengetahui,
Ketua Bagian



Dr. Chatarina U. W., dr., M.S., M.PH
NIP. 131290054

Menyetujui,
Pembimbing



Lucia Y. H., S.KM., M.Kes.
NIP. 132129144

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul “HUBUNGAN PENGETAHUAN DETEKSI DINI DENGAN TINDAKAN PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP DERAJAT KEPARAHAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE ” sebagai salah satu persyaratan akademis.

Dengan terselesaikannya penelitian, penulis mengucapkan terima kasih kepada Ibu Lucia Y.H., S.K.M., M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan masukan sehingga terselesaikannya skripsi ini. Kemudian kami sampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. Tjipto Suwandi, dr., M.OH., SpOk, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Ibu Dr. Chatarina U. W., dr., M.S., M.PH. selaku Ketua Bagian Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
3. Direktur Rumah Sakit Umum Bangil beserta Ka. T.U. dan Ka. Rekam Medik yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian.
4. Papa Istianto, mama Sri Hidayati, kedua saudaraku, kedua saudara iparku, mas Sarno, saudaraku yang lain yang tak bisa aku sebutkan satu persatu.
5. Teman-teman seangkatan yang ada di umum sore semuanya, teman-teman yang ada di Pendidikan AKBID RSI Progsus di Pasuruan yang telah ikut

berpartisipasi membantu kelancaran proses skripsi ini dan teman-teman yang ada di Pendidikan AKBID RSI Surabaya yang telah membantu.

6. Teman-teman yang lain yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT selalu memberikan petunjuknya sehingga aku dapat menyelesaikan penelitian dan skripsi dengan mudah dan lancar. Amin.

Surabaya, 27 Juli 2006

Penulis



ABSTRAK

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang ditandai oleh demam tinggi mendadak, tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus menerus selama 2-7 hari. Disebabkan oleh virus dengue melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Menurut gejala yang ada DBD di bagi menjadi empat stadium untuk pembagian derajat penyakit DBD

Tujuan penelitian ini untuk menganalisa hubungan antara pengetahuan deteksi dini DBD dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan terhadap derajat keparahan penyakit DBD pada pasien yang berkunjung di RSUD Bangil .

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan metode *cross sectional*. Besar sample penelitian sebanyak 43 penderita DBD yang diambil secara random dengan $\alpha = 0,05$. Variabel pengetahuan deteksi dini dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan diuji menggunakan uji Chi-square sedangkan variable tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan derajat keparahan penyakit DBD diuji menggunakan Korelasi Spearman.

Dari hasil uji statistik antara pengetahuan deteksi dini dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan didapat hasil $p = 0,202$ maka $p > \alpha$ kesimpulan bahwa H_0 diterima. Sedangkan hasil uji statistic antara tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan derajat keparahan penyakit DBD didapat hasil $r = 0,002$ maka $r < \alpha$ kesimpulan bahwa H_0 ditolak

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan baik antara variable pengetahuan deteksi dini dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan, dan hubungan antara tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan derajat keparahan penyakit DBD ada hubungan.

Key words: Demam Berdarah Dengue, pengetahuan deteksi dini, tindakan, derajat keparahan

ABSTRACT

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is a disease marked by sudden and continuous high temperature febrile for 2 – 7 days with the absence of obvious cause. The etiology of this disease is Dengue virus infections transmitted by *Aedes Aegypti* bites. According to the symptoms, DHF is divided into 4 stadiums.

The aim of this study is to analyze the correlation between knowledge about early detection of DHF, health services seeking and level of severity of DHF of Bangil District Hospital inpatients.

This study is analytical observation with cross sectional design. The amount of sample is 43 chosen randomly from DBD patients with $\alpha=0,05$. Variable of early detection and health services seeking are tested by Chi square test while the correlation between health services seeking and level of severity is tested by Spearman correlation.

The result of statistical test between knowledge about early detection and health services seeking is that $p=0.202$, so $p > \alpha$, and the conclusion is that H_0 is accepted, while the result of statistical test between health services seeking and level of severity is that $r=0.002$, so $r > \alpha$, and the conclusion is that H_0 is refused

It can be concluded from this study that there is no correlation between variable of early detection and health services seeking, and between health services and level of severity of DHF there is correlation

Keyword : Dengue Hemorrhagic Fever, Knowledge of Early Detection, health services seeking, level of severity.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Halaman Persetujuan	iii
Kata Pengantar	iv
Abstrak	vi
Abstrac	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB I. PENDAHULUAN	
I.1. Latar Belakang	1
I.2. Identifikasi Masalah	3
I.3. Pembatasan dan Perumusan Masalah	4
BAB II. TUJUAN DAN MANFAAT	
II.1. Tujuan Umum	5
II.2. Tujuan Khusus	5
II.3. Manfaat Penelitian	5
BAB III. TINJAUAN PUSTAKA	
III.1. Pengenalan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)	7
III.2. Penularan Virus Dengue	

III.2.1. Cara Penularan	7
III.2.2. Tempat Perkembang Biakan	8
III.2.3. Tempat Potensial Bagi Penularan DBD	9
III.3. Gambaran Klinik	9
III.4. Morfologi dan Lingkaran Hidup	10
III.5. Pencegahan Penyakit DBD	11
III.6. Pengobatan	13
III.7. Derajat Keparahan Demam Berdarah Dengue	15
III.8. Faktor resiko Terjadi DBD	15
III.9. Konsep Dasar Pengetahuan	15
III.10. Konsep Pencarian Pelayanan Kesehatan	18
BAB IV. KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	
IV.1. Kerangka Konsep	22
IV.2. Hipotesis	23
BAB V. METODE PENELITIAN	
V.1. Jenis dan Rancang Bangun Penelitian	24
V.2. Populasi Penelitian	24
V.3. Sampel, Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel	
V.3.1. Sampel	24
V.3.2. Besar Sampel	24
V.3.3. Cara Pengambilan Sampel	25
V.4. Lokasi dan Waktu Penelitian	25
V.5. Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran	

V.5.1. Variabel yang diteliti	26
V.5.2. Definisi Operasional dan Cara Pengukuran	26
V.6. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	28
V.7. Teknik Pengolahan Data	29
BAB VI. HASIL PENELITIAN	
VI.1. Gambaran Umum Tempat Penelitian	30
VI.2. Visi dan Misi RSUD Bangil	30
VI.3. Sarana Pelayanan	31
VI.4. Karakteristik Responden	32
VI.5. Hubungan Antar Variabel	37
BAB VII. PEMBAHASAN	41
BAB VIII. KESIMPULAN DAN SARAN	45
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

<u>Nomor</u>	<u>Judul Tabel</u>	<u>Halaman</u>
V.1.	Definisi Operasional	27-28
VI.1	Distribusi penderita DBD Menurut Jenis Kelamin Di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005- April 2006	33
VI.2.	Distribusi Penderita DBD Menurut Umur Di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005- April 2006	33
VI.3	Distribusi Pengetahuan Responden Tentang DBD Di RSUD Bangil pada bulan Mei 2005- April 2006	34
VI.4.	Distribusi Pendidikan Responden DBD Di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005- April 2006	35
VI.5.	Distribusi Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Pada Responden Di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005-April 2006	36
VI.6.	Distribusi Derajat Penyakit DBD Di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005- April 2006	36
VI.7.	Distribusi Gejala Awal Pada Penderita DBD Di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005- April 2006	37
VI.5.1	Hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan pada penderita DBD yang berkunjung di RSUD Bangil pada bulan Mei 2005- April 2006	38
VI.5.2.	Hubungan antara tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan derajat keparahan penyakit DBD pada penderita DBD yang berkunjung di RSUD Bangil pada bulan Mei 2005- April 2006	39

DAFTAR GAMBAR

<u>Nomor</u>	<u>Judul Gambar</u>	<u>Halaman</u>
IV.1.	Kerangka Konsep	22



DAFTAR LAMPIRAN

<u>Nomor</u>	<u>Judul Lampiran</u>	<u>Halaman</u>
1.	Kuesioner pengumpulan data	
2.	Hasil Uji Statistik	
3.	Surat Ijin Pengambilan Data dan Penelitian	



BAB I

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit yang dapat menimbulkan kekhawatiran masyarakat karena perjalanan penyakitnya yang cepat dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat (Depkes RI, 2005).

Sejak tahun 1968 jumlah kasusnya cenderung meningkat dan penyebarannya bertambah luas. Keadaan ini erat kaitannya dengan peningkatan mobilitas penduduk sejalan dengan semakin lancarnya hubungan transportasi serta luasnya virus dengue dan nyamuk penularnya di berbagai wilayah di Indonesia (Depkes RI, 2005). Ini terlihat pada angka insiden rate mengalami peningkatan secara fluktuatif dan bila digrafikkan memang mengalami trend yang meningkat. Insiden DBD tertinggi dilaporkan pada tahun 1988 (44,65 per 100.000 penduduk), dengan jumlah kasus 14.526 dengan 523 kasus meninggal (CFR 3,60%) (Dinkes Jatim, 2004). Sedangkan pada laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan kejadian CFR (Case Fatality Rate) dan Insidence Rate (IR) mulai tahun 2000 yaitu CFR = 7,1% dan IR = 2,1 per 100.000 penduduk, pada tahun 2001 yaitu CFR = 8,7% dan IR = 4,3 per 100.000 penduduk, pada tahun 2002 yaitu CFR = 2,1% dan IR = 3,8 per 100.000 penduduk, pada tahun 2003 yaitu CFR = 2,1% dan IR = 3,5 per 100.000 penduduk, dan pada tahun 2004 yaitu CFR = 4,7% dan IR = 11,8 per 100.000 penduduk.

Berdasarkan laporan Dinas kesehatan Pusat di Jakarta pada tahun 1996 jumlah kasus 45.548 orang dengan jumlah kematian sebanyak 1.234 orang. Pada tahun 1998 jumlah kasus 72.133 orang dengan jumlah kematian 1.414 orang. Pada tahun 1999 jumlah kasus 21.134 orang, tahun 2000 jumlah kasus 33.443 orang, tahun 2001 jumlah kasus 45.904 orang, tahun 2002 jumlah kasus 40.377 orang, tahun 2003 jumlah kasus 50.131 orang, tahun 2004 sampai tanggal 5 Maret 2004 jumlah kasus sudah mencapai 26.015 orang dengan jumlah kematian 389 orang yang semuanya tersebar diseluruh propinsi di Indonesia (www.dinkes.com, tanggal 20 Oktober 2005). Departemen Kesehatan Jakarta mencatat sampai bulan Oktober 2005 ini, korban meninggal akibat penyakit DBD sebanyak 701 orang dari 50.166 kasus yang ditemukan, ini diambil dari 33 propinsi yang ada di Indonesia (www.dinkes.com, tanggal 13 Oktober 2005). Laporan dari Dinas Kesehatan Jawa Timur Kabupaten Pasuruan tahun 2002 mendapat urutan ke 24 dari 38 Kabupaten/ Kota diseluruh Jawa Timur. Dan pada tahun 2003 Kabupaten Pasuruan mendapat urutan ke 20 dari 38 Kabupaten / Kota diseluruh Jawa Timur. Ini berarti bahwa Kabupaten Pasuruan mengalami peningkatan kasus DBD (Dinkes Jatim,2003). Pada laporan yang ada di rekam medis RSUD Bangil selama tahun 2005 terdapat 25 kasus dengan 3 kematian. Dan sampai pada akhir bulan April tahun 2006 sudah terdapat 30 kasus. Jadi pada tahun 2006 selama 4 bulan (Januari-April) sudah melebihi dari kasus tahun 2005.

Di RSUD Bangil faktor resiko yang terlihat dari adanya peningkatan kasus DBD yaitu salah satunya faktor usia ini terlihat dari banyaknya kasus yang terjadi pada anak usia 5-15 tahun yaitu sebesar 20 kasus dari 25 kasus yang ada pada tahun

2005 sedangkan selama 4 bulan (Januari-April) pada tahun 2006 ada 14 kasus dari 30 kasus. Upaya pencegahan selama ini yang dilakukan oleh pihak RSUD Bangil dalam penanganan derajat keparahan yaitu dengan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang deteksi dini penyakit DBD yaitu melalui sosialisasi petugas kesehatan di masyarakat bila ada tanda-tanda yang mengarah kepenyakit DBD segera dilakukan rujukan atau tindakan medis pada pelayanan kesehatan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan deteksi dini dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan terhadap derajat keparahan penyakit DBD pada penderita yang berkunjung ke RSUD Bangil.

I.2. Identifikasi Masalah

Infeksi virus dengue masih merupakan masalah kesehatan utama yang harus dihadapi secara luas di Indonesia. Dengan adanya laporan dari Rumah Sakit Umum Bangil bahwa CFR (Case Fatality Rate) pada tahun 2005 sebesar 0,12% dibandingkan dengan Rumah Sakit yang ada di dikota Pasuruan lainnya yaitu RSUD R. Soedarsono bahwa CFR pada tahun 2005 sebesar 0,09%. Dengan begitu dapat diartikan bahwa CFR di RSUD Bangil masih tinggi

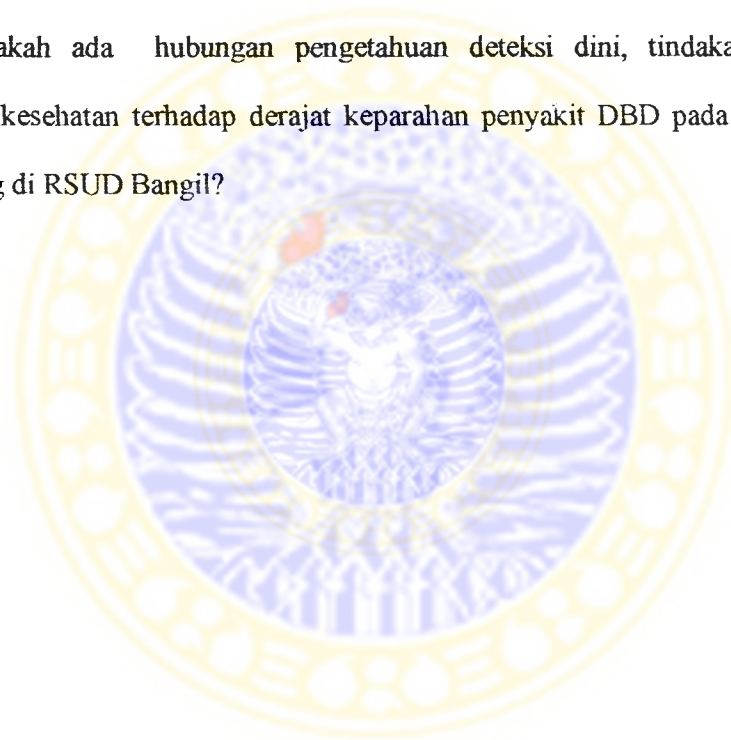
Adanya CFR yang masih tinggi ini berarti angka derajat keparahan pada kasus DBD juga meningkat. Banyak faktor yang mempengaruhi masalah tersebut salah satunya yaitu disebabkan karena kurangnya kesadaran masyarakat terhadap tindakan pencarian pertolongan pada pelayanan kesehatan Sehingga timbul pertanyaan seberapa banyak pengetahuan masyarakat tentang deteksi dini kejadian

DBD dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan terhadap derajat keparahan penyakit DBD.

I.3. Pembatasan dan Perumusan Masalah

Dari kajian masalah tersebut diatas maka penulis membatasi pada pengkajian pengetahuan dan tindakan pencarian pelayanan. Sedangkan perumusan masalah adalah sebagai berikut:

Apakah ada hubungan pengetahuan deteksi dini, tindakan pencarian pelayanan kesehatan terhadap derajat keparahan penyakit DBD pada pasien yang berkunjung di RSUD Bangil?



BAB II

TUJUAN DAN MANFAAT

II.1. Tujuan Umum

Tujuan Umum dari penelitian ini adalah menganalisis hubungan antara pengetahuan deteksi dini DBD dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan terhadap derajat penyakit DBD pada pasien yang berkunjung di RSUD Bangil

II.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran pengetahuan deteksi dini DBD, jenis kelamin, umur, gejala, tindakan pencarian pelayanan kesehatan dan derajat keparahan penyakit pada penderita DBD yang berkunjung ke RSUD Bangil.
2. Menganalisis hubungan antara pengetahuan deteksi dini DBD dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan pada penderita yang berkunjung ke RSUD Bangil.
3. Menganalisis pengaruh tindakan pencarian pelayanan kesehatan terhadap derajat keparahan penyakit DBD pada pasien yang berkunjung di RSUD Bangil

II.3. Manfaat Penelitian

1. Bagi Instansi (RSUD Bangil)

Sebagai bahan masukan untuk penentuan kebijakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan tindakan pertolongan terhadap penyakit DBD.

2. Bagi Peneliti

Untuk mendapatkan hal yang baru, menambah wawasan dan pengetahuan tentang masalah- masalah yang ada di masyarakat terutama yang berhubungan dengan penyakit DBD.

3. Bagi Masyarakat

Memperoleh tambahan pengetahuan dan wawasan tentang deteksi dini serta usaha pertolongan dengan tepat ketempat pelayanan kesehatan terhadap kejadian DBD.



BAB III

TINJAUAN PUSTAKA

III.1. Pengenalan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang ditandai dengan demam tinggi mendadak, tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus menerus selama 2-7 hari. Manifestasi perdarahan (petekie, purpura, perdarahan konjungtiva, epistaksis, ekimosis, perdarahan mukosa, perdarahan gusi, hematemesis, melena, hematuri) termasuk uji Torniquet (Rumple Leed) positif, Trombositopeni pada hari ke 3-7 ditemukan mengalami penurunan (jumlah trombosit $\leq 100.000/\mu\text{l}$), Hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit $\geq 20\%$) dan disertai dengan atau tanpa pembesaran hati (hepatomegali) (Depkes RI, 2005).

III. 2. Penularan Virus Dengue

III.2.1. Cara penularan

Virus dengue ditularkan dari orang ke orang melalui gigitan nyamuk *Aedes* (*Ae.*) dari subgenus *Stegomyia*. *Ae. aegypti* merupakan vektor epidemi yang paling utama namun spesies lain seperti *Ae. albopictus*, *Ae. polynesiensis*, anggota dari *Ae. scutellaris complex* dan *Ae.(finlaya) niveus* juga dianggap sebagai vektor sekunder. Kecuali *Ae. aegypti* semuanya mempunyai daerah distribusi geografis sendiri-sendiri yang terbatas.

Nyamuk *Aedes* (*Stegomyia*) yang betina biasanya terinfeksi virus dengue pada saat di menghisap darah dari seseorang yang sedang dalam fase demam akut.

Setelah melalui periode inkubasi ekstrinsik selama 8 sampai 10 hari, kelenjar ludah nyamuk bersangkutan akan terinfeksi dan virusnya akan ditularkan ketika nyamuk tersebut menggigit dan mengeluarkan cairan ludahnya kedalam luka gigitan ke tubuh orang lain. Setelah masa inkubasi di tubuh manusia selama 3-14 hari (rata-rata selama 4-6 hari) timbul gejala awal penyakit secara mendadak, yang ditandai dengan demam, pusing, myalgia, (nyeri otot), hilangnya nafsu makan dan berbagai tanda atau gejala nonspesifik seperti nausea (mual-mual), muntah dan rash (ruam pada kulit) (Depkes RI, 2003).

III.2.2. Tempat perkembang biakan

Tempat perkembang biakan nyamuk *Ae. aegypti* yang utama adalah pada tempat-tempat penampungan air didalam atau di sekitar rumah atau di tempat-tempat umum, biasanya tidak melebihi jarak 500 meter dari rumah, sedangkan *Ae. albopictus* lebih banyak diluar rumah atau di kebun. Nyamuk ini umumnya tidak dapat berkembang biak di genangan air yang berhubungan langsung dengan tanah.

Jenis-jenis tempat perkembang biakan nyamuk *Ae. aegypti* dan *Ae. albopictus* dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1. Tempat penampungan air untuk keperluan sehari-hari, seperti: bak mandi/WC, drum, tandon air, tempayan, ember dan lain-lain.
2. Tempat penampungan air bukan untuk keperluan sehari-hari seperti: tempat minum burung, vas bunga, perangkap semut, dan barang-barang bekas (ban, kaleng, botol, gelas, plastik dan lain-lain).
3. Tempat penampung air alamiah seperti: lubang pohon, lubang batu, pelepah daun, tempurung kelapa, pelepah pisang, dan potongan bambu.

III.2.3. Tempat Potensial bagi Penularan DBD

Penularan DBD dapat terjadi di semua tempat yang terdapat nyamuk penularnya. Tempat potensial untuk terjadi penularan DBD adalah:

1. Wilayah yang banyak kasus DBD (endemis).
2. Tempat-tempat umum merupakan tempat 'berkumpulnya' orang-orang yang datang dari berbagai wilayah sehingga kemungkinan terjadinya pertukaran beberapa tipe virus dengue cukup besar. Tempat-tempat tersebut antara lain:
 - a. Sekolah: anak/ murid sekolah berasal dari berbagai wilayah, merupakan kelompok umur yang paling *susceptible* terserang DBD
 - b. Rumah sakit/ puskesmas dan sarana pelayanan kesehatan lainnya: orang datang dari berbagai wilayah dan kemungkinan diantaranya adalah penderita DBD, DD atau *carier* virus dengue.
 - c. Tempat umum lainnya seperti: hotel, pertokoan, pasar, restoran dan tempat ibadah.
3. Pemukiman baru dipinggir kota

Karena dilokasi ini penduduknya berasal dari berbagai wilayah, maka kemungkinan diantaranya terdapat penderita atau carier yang membawa virus dengue yang berlainan dari masing-masing lokasi asal (Depkes RI, 2005).

III.3. Gambaran Klinik

Untuk dasar diagnosis DBD menurut WHO (1997) dengan gejala klinis:

1. Demam tinggi dengan mendadak dan terus menerus selama 2 – 7 hari.

2. Manifestasi perdarahan, termasuk setidak-tidaknya uji bendung positif dan bentuk lain (petekie, purpura, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi), hematemesis atau melena.
3. Pembesaran hati
4. Syok yang ditandai nadi lemah, cepat disertai tekanan nadi menurun (menjadi 20 mmHg atau kurang), tekanan darah menurun (tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang) disertai kulit yang teraba dingin dan lembab terutama pada ujung hidung, jari dan kaki, pasien menjadi gelisah, timbul sianosis sekitar mulut.
5. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan Trombositopenia ($<100.000/ul$) dan hemokonsentrasi (nilai hematokrit lebih 20% dari normal)

Jika ada dua gejala klinis pertama ditambah satu gejala laboratoris cukup untuk menegakkan diagnosis kerja DBD (Mansjoer dkk, 2000).

III.4. Morfologi dan Lingkaran Hidup

Nyamuk *Aedes aegypti* dan *Ae. albopictus* dewasa berukuran lebih kecil jika dibanding rata-rata nyamuk lain. Nyamuk ini pada umumnya tubuhnya berwarna hitam dengan bintik-bintik putih pada bagian badan, kaki dan sayapnya. Perbedaan antara nyamuk *Ae. aegypti* dan *Ae. albopictus* adalah terletak pada garis putih yang ada dipunggungnya, *Ae. aegypti* garis putih berbentuk seperti tanda kurung/kurva di kanan-kiri sedangkan *Ae. albopictus* garis putih seperti tanda seru ditengah punggungnya

Nyamuk ini mengalami metamorfosis sempurna seperti halnya nyamuk Anophelini yang lain, yaitu: telur – jentik – pupa– nyamuk dewasa.

Siklus hidup nyamuk ini pada stadium pra dewasa, yaitu dari stadium telur, jentik dan pupa/kepompong hidup di dalam air. Telur nyamuk ini berwarna hitam dengan ukuran 0,5 mm. Pada umumnya telur akan menetas menjadi jentik dalam waktu 2 hari setelah terendam air. Stadium jentik biasanya berlangsung 6-8 hari, stadium pupa berlangsung antara 1-2 hari. Pertumbuhan dari telur menjadi nyamuk dewasa mencapai 9-10 hari.

Umur nyamuk betina dapat mencapai 2-3 bulan dilaboratorium, sedangkan di alam umur nyamuk tergantung suhu dan kelembaban udara serta kecepatan angin setempat (Dinkes Jatim,2004)

III.5. Pencegahan Penyakit DBD

Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti*. Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yang tepat yaitu:

1. Lingkungan

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. Sebagai contoh:

- a. Menguras bak mandi/ penampung air sekurang-kurangnya sekali seminggu.

- b. Mengganti/ menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali.
- c. Menutup dengan rapat tempat penampung air.
- d. Mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas disekitar rumah dan lain sebagainya.

2. Biologis

Pengendalian biologis antara lain dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ ikan cupang) dan bakteri

3. Kimiawi

Cara pengendalian 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 DBD adalah dengan mengkombinasi cara- cara diatas, yang disebut dengan "3M Plus", yaitu menutup, menguras, menimbun. 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, memeriksa jentik berkala, dan lain-lain sesuai dengan kondisis setempat (www.dinkes.com, tanggal 20 Oktober 2005)

III.6. Pengobatan

Penatalaksanaan yang efektif DD/DBD yaitu:

1. Pengobatan DD (Demam Dengue) adalah simtomatis dan suportif.
 - a. Istirahat ditempat tidur dianjurkan selama demam.
 - b. Obat anti piretik atau pengompresan diperlukan untuk menjaga suhu tubuh di bawah 40°C. Paracetamol lebih dianjurkan daripada aspirin karena dapat menyebabkan gastritis, perdarahan dan asidosis.
 - c. Diberikan obat analgesik atau sedatif ringan bila pasien sangat kesakitan.
 - d. Memberikan cairan dan elektrolit oral bagi pasien yang berkeringat atau muntah berlebihan.
2. Pengobatan DBD (Demam Berdarah Dengue)
 - a. Dalam kasus DBD derajat I dan II pemberian terapi cairan intravena bagi pasien rawat jalan selama 12-14 jam. Pasien yang menunjukkan kenaikan kadar hematokrit, jumlah trombosit kurang dari 50.000/mm³, atau menunjukkan perdarahan spontan selain dari petekie harus dirawat.
 - b. Pada fase demam penatalaksanaan sama dengan pada DD yaitu obat antipiretik berupa paracetamol, yang berfungsi untuk mempertahankan agar suhu badan kurang dari 39°C.
 - c. Demam tinggi, anoreksia dan muntah akan menyebabkan rasa haus dan dehidrasi oleh karena itu harus terus menerus diberikan minum sampai batas kemampuannya. Cairan dehidrasi oral yaitu cairan yang bisa digunakan untuk mengobati diare dan/atau jus buah lebih dianjurkan daripada air putih.

d. Penggantian cairan dalam jumlah yang tepat. Kebutuhan volume harus dicatat dua kali atau tiga kali per jam atau bahkan lebih sering apabila pasien mengalami syok. Kecepatan penggantian volume cairan harus disesuaikan selama 24-28 jam selama masa kebocoran dengan melakukan pengamatan hematokrit berkala dan didukung pengamatan berkala tanda vital dan diuresis, sehingga volume cairan yang diberikan memadai dan tidak berlebih. Pemberian cairan parenteral dapat dilakukan di unit rehidrasi rawat jalan bagi kasus ringan dan sedang. Pemberian cairan intravena untuk mengatasi dehidrasi sebagai akibat demam tinggi, anoreksia dan muntah dihitung berdasarkan pada tingkat dehidrasi dan berkurangnya elektrolit serta mengikuti komposisi glukosa 5% didalam setengah atau sepertiga larutan garam fisiologis.

3. Pengobatan SSD (Sindrom Syok Dengue)

Mengganti segera dan cepat kehilangan plasma dengan cairan garam fisiologis, plasma atau plasma expander (dalam kasus syok berat).

Tetap mengganti kehilangan plasma berikutnya untuk menjaga sirkulasi efektif selama periode 24-48 jam.

Mengoreksi gangguan metabolik dan elektrolit.

Memberikan tranfusi darah dalam kasus-kasus dengan perdarahan yang nyata.

III.7. Derajat Penyakit Demam Berdarah Dengue

Derajat penyakit DBD dikelompokkan menjadi empat stadium yaitu:

1. Derajat I: dengan tanda demam yang disertai dengan gejala klinis tidak khas; satu-satunya gejala perdarahan adalah hasil tourniquet yang positif.
2. Derajat II: dengan tanda pada DBD derajat I, ditambah perdarahan spontan, biasanya dalam bentuk perdarahan kulit dan/atau bentuk perdarahan lainnya.
3. Derajat III: dengan tanda kegagalan sirkulasi yang ditandai dengan denyut nadi yang cepat dan lemah, menyempitnya tekanan nadi (20mmHg atau kurang) atau hipotensi, ditandai dengan kulit dingin dan lembab serta pasien menjadi gelisah.
4. Derajat IV: dengan tanda syok berat dengan tidak terabanya denyut nadi maupun tekanan darah.

III.8. Faktor Resiko Terjadi DBD

Faktor-faktor yang mempengaruhi resiko terjadinya DBD yaitu:

- a. Status imunologi seseorang
- b. Strain virus/serotipe virus yang menginfeksi
- c. Usia
- d. Riwayat genetik pasien (Depkes RI, 2003).

III.9. Konsep Dasar Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera,

penciuman, rasa dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo,2003)

Perkembangan dalam bidang pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku. Pengetahuan tentang kesehatan kadang diperlukan sebelum usaha kesehatan pribadi dilakukan, usaha kesehatan yang diharapkan mungkin tidak terlaksana, kecuali seseorang menerima isyarat yang kuat berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya sehingga mendorong untuk berbuat atau berperilaku (Green, 1980)

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*).

a. Proses Adopsi Perilaku

Penelitian Rogers dalam Notoatmodjo 2003 mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni:

1. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih dulu terhadap stimulus (obyek).
2. *Interest*, disini sikap subyek sudah mulai tertarik terhadap stimulus.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti respon sudah baik lagi.
4. *Trial* dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai apa yang dikehendaki.
5. *Adoption* dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut.

Apabila penerima perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, dimana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilakunya tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama (Notoatmodjo, 2003).

Menurut paradigma Suchman setiap orang harus mengambil keputusan-keputusan dan melakukan perilaku tertentu yang berkaitan dengan kesehatan. Yaitu salah satunya pengetahuan seseorang tentang gejala tersebut yang mendorongnya membuat penafsiran yang berkaitan dengan akibat penyakit (Muzahan, 1995)

b. Tingkat Pengetahuan di Dalam Domain Kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh badan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh karena itu :”tahu” adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi

tersebut secara benar, orang yang telah paham terhadap suatu subyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyimpulkan terhadap obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi artinya sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).

4. Analisis (*analysis*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut.

5. Sintesis (*synthesis*)

Menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

III.10. Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktek (*practice*)

kesehatan atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (*overt behavior*). Indikator praktek kesehatan yaitu:

1. Tindakan sehubungan dengan penyakit
2. Tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan
3. Tindakan kesehatan lingkungan.

Secara teori perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku itu mengikuti tahap-tahap yakni melalui perubahan: pengetahuan (*knowledge*) – sikap (*attitude*) – praktek (*practice*) atau “KAP” (PSP). Namun dari penelitian lainnya juga membuktikan bahwa dalam praktek sehari-hari terjadi sebaliknya, yaitu seseorang telah berperilaku positif meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif (Notoatmodjo, 2003).

Teori Lawrence Green yang berangkat dari analisis penyebab masalah kesehatan, Green membedakan adanya dua determinan masalah kesehatan yaitu *behavioral factors* (faktor perilaku) dan *non behavioral factors* (faktor non-perilaku). Selanjutnya Green menganalisis bahwa faktor perilaku sendiri ditentukan oleh 3 faktor utama yaitu:

1. Faktor-faktor predisposing (*disposing factors*) yaitu faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) yaitu faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan seperti sarana prasarana atau fasilitas terjadinya perilaku kesehatan seperti Puskesmas, Posyandu, Rumah Sakit dan sebagainya

3. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku

Secara sistematis dapat digambarkan dengan

$$\mathbf{B = F (Pf, Ef, Rf)}$$

dimana:

B = Behavior

F = fungsi

Pf = Predisposing factors

Ef = Enabling factors

Rf = Reinforcing factors (Notoatmodjo,S., 2005).

Menurut teori Green yang mencoba menganalisa bahwa pada seseorang yang seharusnya mendatangi pelayanan medik harus memiliki keyakinan (tidak menjadi masalah betapapun kecilnya keyakinan itu) bahwa petugas kesehatan dapat membantu meredakan penyakitnya.(Green,1980)

Masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit dan tidak merasakan sakit sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakit tersebut. Respon seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut:

1. Tidak bertindak/ kegiatan apa-apa (*no action*). Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan kerja sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apa pun *simptom* atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya.

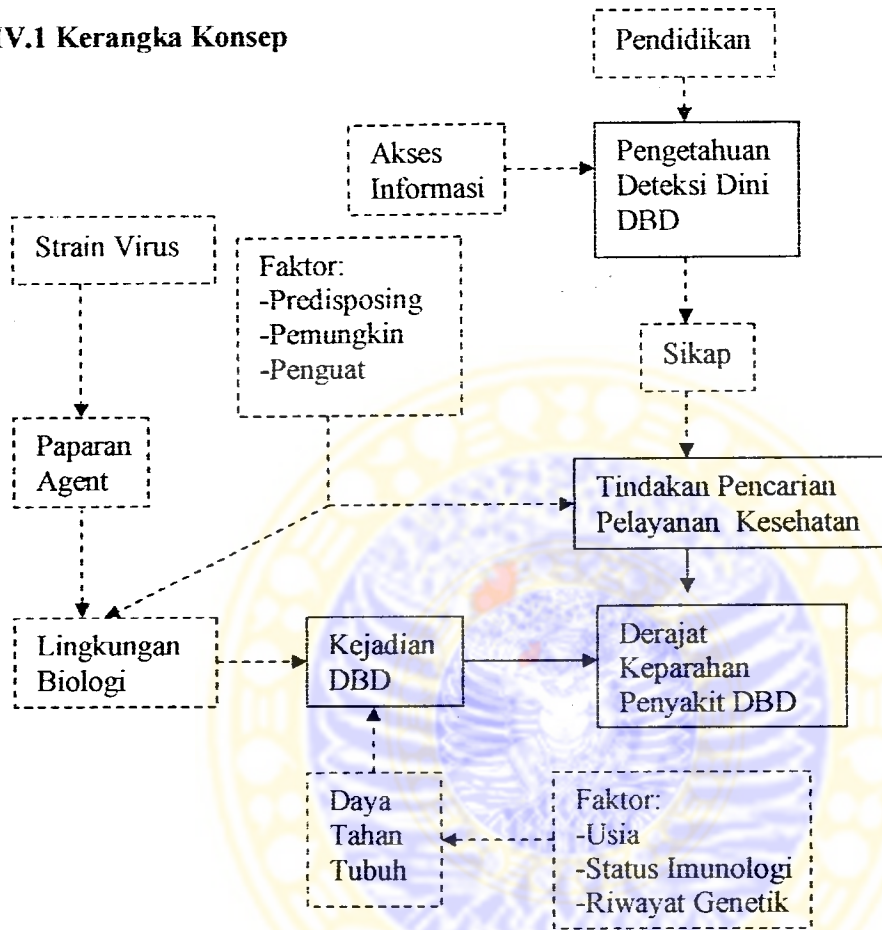
2. Tindakan mengobati sendiri (*self treatment*), dengan alasan yang sama yang telah diuraikan dengan alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut percaya kepada diri sendiri dan sudah merasa bahwa berdasar pengalaman-pengalaman yang lalu usaha-usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.
3. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Untuk masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan yang lain.
4. Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya, termasuk ketukang-tukang jamu.
5. Mencari pengobatan kefasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta yang dikategorikan kedalam balai pengobatan, puskesmas dan rumah sakit.
6. Mencari pengobatan kefasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private medecine*) (Notoatmodjo, S. 2003).

Salah satu unsur dari model HBM yaitu kesiapan seseorang untuk melakukan tindakan di tentukan oleh pandangan orang itu terhadap bahaya penyakit tertentu dan persepsi mereka terhadap kemungkinan akibat (fisik dan sosial) bila terserang penyakit (Muzahan, 1995).

BAB IV

KERANGKA KONSEP

IV.1 Kerangka Konsep



Keterangan:

——: variabel yang diteliti

-----: variabel yang tidak diteliti

Bagan IV.1 Kerangka konseptual hubungan pengetahuan deteksi dini dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan terhadap derajat keparahan penyakit DBD.

Pengetahuan deteksi dini DBD yaitu seberapa jauh seseorang mengetahui apa yang akan dilakukan bila ada gejala klinis yang mengarah pada penyakit DBD, tindakan pencarian pelayanan kesehatan yaitu respon atau perilaku seseorang apabila diserang penyakit dan merasakan sakit DBD yang dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu: predisposing, pemungkin dan penguat

Adanya strain virus yang mempengaruhi paparan agent, bila ada agent yang positif DBD jika nyamuk menggigit maka virus akan ikut terhisap dan tinggal didalam tubuh nyamuk.

Dengan adanya perilaku masyarakat untuk pemberantasan sarang nyamuk maka akan mempengaruhi lingkungan biologi nyamuk dan kejadian DBD. Tapi kejadian DBD juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti usia penderita, status imunologi seseorang, riwayat genetik seseorang dimana secara langsung berpengaruh terhadap daya tahan tubuh seseorang.

Yang dapat mempengaruhi derajat keparahan penyakit DBD dari kejadian DBD itu sendiri yaitu tindakan pencarian pelayanan kesehatan.

IV.2. Hipotesis

1. Ada hubungan antara pengetahuan deteksi dini DBD dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan pada penderita DBD yang berkunjung di RSUD Bangil
2. Ada hubungan antara tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan derajat keparahan penyakit DBD pada penderita yang berkunjung di RSUD Bangil.

BAB V

METODE PENELITIAN

V.1. Jenis dan Rancangan Bangun Penelitian

Jenis dan rancang bangun penelitian ini menggunakan metode *observational cross sectional*. Tipe penelitian adalah penelitian analitik yaitu untuk memperoleh penjelasan faktor-faktor resiko dan penyebab (Murti,B, 1997).

V.2. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien DBD yang berkunjung di RSUD Bangil mulai bulan Mei 2005 – April 2006.

V.3. Sampel, Besar Sampel, dan Cara Pengambilan Sampel

V.3.1. Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo.S,2005).

Karakteristik inklusi sampel:

1. Orang tua penderita DBD sebagai pengambil keputusan
2. Bersedia mengikuti penelitian

V.3.2. Besar Sampel

Sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus :

$$n = \frac{N \times p \times q}{(N-1) D + p \times q} \quad D = (0,05)^2 / 4 = 0,000625$$

$$n = \frac{48 \times 0,5 \times 0,5}{(47) 0,000625 + 0,5 \times 0,5}$$

$$n = 43,0 \sim 43 \text{ orang} \quad (\text{Nazir,2003})$$

Keterangan:

n = jumlah sampel yang diperlukan

N = populasi , diketahui 48 responden

p = proporsi populasi dari salah satu karakteristik yang dikehendaki data dapat diambil dari penelitian yang sama atau bila tidak diketemukan pakai 0,5

q = 1 - p

D = $B^2/4$, B = Bound on Estimate Error, ditentukan 0,05

Dari rumus diatas ditemukan sebanyak 43,0 sampel dibulatkan menjadi 43 sampel.

V.3.3. Cara Pengambilan Sampel

Pada penelitian ini menggunakan cara *simple random sampling* yang mana pengambilan sampel secara random bisa diartikan bahwa sampel diambil secara acak dan setiap unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel (Notoatmodjo, 2005).

V.4. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian yang dilakukan penelitian adalah RSUD Bangil waktu penelitian dilaksanakan mulai penyusunan proposal dari bulan Oktober 2005 sampai dengan Juli 2006.

V.5. Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran

V.5.1. Variabel yang diteliti

Variabel adalah suatu ukuran atau ciri-ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok yang berbeda dengan dimiliki kelompok lain (Nursalam, 2001).

a. Variabel Independen

Variabel independen adalah suatu stimulasi aktifitas yang dimanipulasi oleh peneliti untuk menciptakan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2001). Variabel independen pada penelitian ini adalah Pengetahuan deteksi dini kejadian DBD dan tindakan pencarian pelayanan kesehatan pada penderita penyakit DBD.

b. Variabel Dependen

Variabel dependen atau terikat adalah variabel respon atau output yang muncul sebagai akibat dari manipulasi suatu variabel independen (Nursalam, 2001). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah derajat keparahan penyakit DBD.

V.5.2. Definisi Operasional dan Cara Pengukuran

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2001).

Definisi operasional pada penelitian ini lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel V.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Kategori	Kriteria	Skor	Parameter	Skala
1	Independen: Pengetahuan tentang deteksi dini Demam Berdarah Dengue	Pemahaman responden tentang gejala penyakit, faktor yang menyebabkan, faktor resiko, faktor keparahan, tempat penularan,	Baik	Bila tahu tentang gejala penyakit, faktor penyebab, faktor resiko, faktor keparahan, tempat penularan dan cara pencegahan penyakit DBD dan bisa menjawab $\geq 75\%$ pertanyaan pengetahuan dengan benar	1	Kuesioner	Nominal
			Kurang	Bila tahu salah satu tentang gejala penyakit, faktor penyebab, faktor resiko, factor keparahan, tempat penularan dan cara pencegahan penyakit DBD atau bisa menjawab $< 75\%$ pertanyaan pengetahuan dengan benar	0		
2	Independen: Tindakan pencarian pelayanan kesehatan	Respon atau perilaku seseorang bila diserang penyakit dan merasa sakit	Baik	Bila seseorang mendapat gejala dan melakukan tindakan dengan tepat dan cepat / ≤ 2 hari telah dibawa ketempat pelayanan kesehatan	1	Kuesioner	Nominal
			Kurang	Bila seseorang mendapat gejala dan melakukan tindakan yang tidak tepat dan tidak cepat ketempat pelayanan kesehatan < 2 hari	0		
3	Dependen: Derajat keparahan penyakit DBD	Tingkatan dalam pembagian penyakit DBD dalam menentukan diagnosa berdasarkan gejala klinis dan laboratorium		Tahap keparahan penyakit DBD ketika penderita pertama kali masuk RS dengan diagnosa DBD derajat I	4	Kuesioner	Ordinal
			Tahap keparahan penyakit DBD ketika penderita pertama kali masuk RS dengan diagnosa DBD derajat II	3			

No	Variabel	Definisi	Kategori	Kriteria	Skor	Parameter	Skala
				Tahap keparahan penyakit DBD ketika pertama kali masuk RS dengan diagnosa DBD derajat III	2	Kuesioner	Ordinal
				Tahap keparahan penyakit DBD ketika pertama kali masuk RS dengan diagnosa DBD derajat IV	1		
4	Independen: Umur	Umur pasien penderita DBD yang berkunjung ke RSUD Bangil		Pasien DBD yang ada dibagi menjadi 3 kelompok yaitu: 1. 0-5 tahun 2. 6-15 tahun 3. > 15 tahun.		Data sekunder	Nominal
5	Independen: Jenis Kelamin	Jenis kelamin dari penderita DBD yang berkunjung ke RSUD Bangil		Jenis kelamin penderita dibagi 2 yaitu: 1. Laki-laki 2. Perempuan		Data sekunder	Nominal
5	Independen: Pendidikan	Status pendidikan terakhir atau saat ini yang sedang di tempuh responden		Status pendidikan disini di bagi menjadi 4 kelompok yaitu: 1. SD 2. SMP 3. SMU 4. D3 / Sarjana		Kuesioner	Nominal
6	Independen: Gejala Penyakit	Gejala yang dialami penderita saat pertama kali masuk RSUD Bangil		Gejala penderita di bagi menjadi 4 kelompok yaitu: 1. Panas 2. Bintik Merah 3. perdarahan 4. Syok		Data sekunder	Nominal

V.6. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

A. Data Primer

Data primer dalam penelitian ini adalah data yang dikumpulkan berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada responden dengan panduan kuesioner yang telah disiapkan.

B. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari laporan di rekam medis RSUD Bangil

V.7. Teknik Pengolahan Data

Data yang terkumpul akan diolah secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk tabel, karena tujuan penelitian ini untuk melihat hubungan variabel penyebab dan variabel akibat maka uji statistik yang digunakan uji Chi-square dengan $\alpha = 0,05$ dan uji Korelasi Spearman



BAB VI

IIASIL PENELITIAN

VI.1. Gambaran Umum Tempat Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Bangil berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 206/Menkes/SK/II/1993 tanggal 26 Februari 1993 status RSUD dengan type C, dan berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 36 tahun 2001, RSUD Bangil telah ditetapkan sebagai lembaga tersendiri dan bukan lagi sebagai UPT Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan.

RSUD Bangil berada di kelurahan Dermo kecamatan Bangil, di jalur utama jalan raya yang menghubungkan kota Bangil-Pasuruan.

VI.2. Visi dan Misi RSUD Bangil

Visi yang ditetapkan RSUD Bangil yaitu “RSUD Swadana yang Berorientasi pada Kepuasan Pelanggan”.

Sedangkan misi RSUD Bangil dalam mewujudkan visi tersebut yaitu:

1. Menyediakan pelayanan kesehatan secara cepat, tepat, aman, nyaman dan terjangkau
2. Menjadi RSUD Swadana yang mandiri
3. Meningkatkan kesejahteraan dan kualitas SDM

VI.3. Sarana Pelayanan

Sarana pelayanan yang dimiliki oleh RSUD Bangil adalah:

1. Instalasi Rawat Inap yang terdiri dari 6 ruang perawatan dengan 148 buah tempat tidur (TT) , yang terdiri dari:
 - a. Ruang Perawatan Penyakit dalam : 40 TT
 - b. Ruang Perawatan Kebidanan dan Kandungan : 15 TT
 - c. Ruang Perawatan Bedah : 18 TT
 - d. Ruang Perawatan Paviliun dan Kelas I : 22 TT
 - e. Ruang Perawatan Paru : 15 TT
 - f. Ruang Perawatan Penyakit Anak : 38 TT
2. Instalasi Rawat Jalan yang terdiri dari 11 poliklinik yaitu:
 - a. Poliklinik Penyakit Dalam
 - b. Poliklinik Bedah
 - c. Poliklinik Kesehatan Anak
 - d. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan
 - e. Poliklinik Saraf
 - f. Poliklinik THT
 - g. Poliklinik Mata
 - h. Poliklinik Penyakit Kulit dan Kelamin
 - i. Poliklinik Gigi dan Mulut
 - j. Poliklinik Penyakit Paru
 - k. Poliklinik Rehabilitasi Medik.
3. Instalasi Gawat Darurat

4. Instalasi Perawatan Intensif (ICU)
5. Unit Penunjang Medis yang terdiri dari:
 - a. Instalasi Radiologi
 - b. Instalasi Laboratorium
 - c. Instalasi Farmasi
 - d. Instalasi Bedah Sentral
6. Unit Penunjang Non Medis yang terdiri dari:
 - a. Instalasi Gizi
 - b. Instalasi Pemeliharaan Gedung dan sanitasi
 - c. Instalasi Pemeliharaan Alat Medis dan Penunjang Medis
 - d. Instalasi Laundry dan CSSD
 - e. Instalasi Kamar Jenasah.

VI.4. Karakteristik Responden

Dari sejumlah penderita DBD yang ada di RSUD Bangil didapatkan 48 orang yang terpilih sebagai responden.

1. Jenis Kelamin

Penderita DBD yang diteliti terdiri dari laki-laki dan perempuan, untuk mengetahui berapa banyak perbandingan jumlah antara laki-laki dan perempuan yang menjadi sampel penelitian ini. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel distribusi sebagai berikut:

Tabel VI.1. Distribusi Penderita DBD Menurut Jenis Kelamin Di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005-April 2006

No	Jenis Kelamin	N	%
1	Laki-laki	27	62,79
2	Perempuan	16	37,20
	Total	43	100

Sumber: Rekam Medis RSUD Bangil Mei 2005-April 2006

Tabel VI.1 menunjukkan bahwa sebagian besar adalah penderita DBD laki-laki sebanyak 27 penderita (62,79%).

1. Umur

Pembagian umur pada penderita DBD yang berkunjung di RSUD Bangil sebagai sampel penelitian yaitu terbagi menjadi 3 kriteria yaitu 0-5 tahun, 6-15 tahun dan >15 tahun. Dan untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel VI.2. Distribusi Penderita DBD Menurut Umur Di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005-April 2006

No	Umur	N	%
1	0-5 tahun	10	23,25
2	6- 15 tahun	30	69,76
3	> 15 tahun	3	6,97
	Total	43	100

Sumber: Rekam Medis RSUD Bangil

Dari 43 penderita DBD yang diteliti menunjukkan bahwa 69,76% penderita DBD berumur 6-15 tahun. Ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita yang ada di RSUD Bangil sebagian besar adalah anak-anak.

3. Pengetahuan

Pengetahuan yang diteliti yaitu pengetahuan orang tua sebagai pengambil keputusan dalam pencarian pelayanan kesehatan penderita DBD dan yang menjadi obyek penelitian ini.. Untuk mengetahui berapa banyak pengetahuan responden yang baik dan kurang tentang pengetahuan deteksi dini kejadian DBD bisa dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel VI.3 Distribusi Pengetahuan Responden Tentang DBD Di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005- April 2006

No	Pengetahuan	N	%
1	Baik	18	41,87
2	Kurang	25	58,13
	Total	43	100

Pada tabel VI.3. menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang diteliti tentang pengetahuan DBD masih kurang (58,13%) responden.

4. Pendidikan

Data pendidikan yang didapat yaitu dari tingkat pendidikan responden, untuk mempermudah pembagian dalam pengelompokan pendidikan di bagi menjadi 4 kriteria yaitu: SD, SMP, SMU dan D3/ Sarjana. Tingkat pendidikan responden sangat bervariasi dan jumlahnya sangat beragam. Untuk lebih jelas dan lengkapnya dapat dilihat pada tabel distribusi pendidikan di bawah ini:

Tabel VI.4. Distribusi Pendidikan Responden DBD Di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005- April 2006

No	Pendidikan	N	%
1	SD	14	32,55
2	SMP	11	25,58
3	SMU	13	30,23
4	D3/Sarjana	5	11,62
	Total	43	100

Tabel VI.4 menunjukkan bahwa pendidikan responden yang terbesar yaitu SD sebesar 32,55% dan yang paling sedikit yaitu responden dengan pendidikan D3 / Sarjana sebesar 11,62% responden. Data pendidikan ini didapat dari pendidikan orang tua sebagai responden.

5. Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan

Data tindakan pencarian pelayanan kesehatan didapat dari pertanyaan kuesioner dan pembagian berdasarkan ketepatan dan kecepatan tindakan responden dalam pencarian pelayanan kesehatan bagi penderita DBD. Sehingga pembagian tindakan ada dua yaitu baik bila tindakan yang dilakukan tepat dan cepat atau dibawa ke tempat pelayanan kesehatan (RS) ≤ 2 hari dan kurang bila tindakan yang dilakukan tidak tepat dan cepat atau dibawa ketempat pelayanan kesehatan (RS) > 2 hari. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel VI.5. Distribusi Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan Pada Responden Di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005-April 2006.

No	Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan	N	%
1	Baik	25	58,13
2	Kurang	18	41,87
	Total	43	100

Dari tabel VI.5 menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan oleh responden sebagian besar sudah baik 25 (58,13%) responden.

6. Derajat Penyakit DBD

Pembagian derajat keparahan yang didapat dari rekam medis yang ada pada masing-masing penderita DBD ini berdasarkan gejala yang dialami oleh penderita saat pertama kali masuk RSUD Bangil. Sehingga derajat keparahan penyakit ini terbagi menjadi 4 kriteria. Selain itu juga derajat keparahan penyakit DBD dapat digunakan oleh tenaga medis sebagai bahan pedoman dalam pelaksanaan tindakan pertolongan dan perawatan bagi penderita DBD

Tabel VI.6. Distribusi Derajat Penyakit DBD di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005-April 2006

No	Derajat Penyakit	N	%
1	Derajat I	14	32,55
2	Derajat II	9	20,93
3	Derajat III	7	16,28
4	Derajat IV	13	30,23
	Total	43	100

Sumber: Rekam Medis RSUD Bangil Mei 2005-April 2006

Dari tabel VI.6. menunjukkan bahwa sebagian besar derajat penyakit penderita DBD sebesar 32,55% yaitu pada derajat I dan yang terkecil sebesar 16,28% penderita pada derajat III. Data ini di dapat dari hasil rekam medis yang ada pada RSUD Bangil pada bulan Mei 2005 – April 2006.

7. Gejala Penyakit DBD

Gejala penyakit ini di dapat dari rekam medis di RSUD Bangil. Gejala penyakit dibagi menjadi 4 kriteria yaitu panas, bintik merah, perdarahan dan syok.

Tabel VI.7. Distribusi Gejala Awal Pada Penderita DBD Di RSUD Bangil Pada Bulan Mei 2005 –April 2006

No	Gejala Awal Penyakit	N	%
1	Panas	33	76,74
2	Bintik Merah	23	53,48
3	Perdarahan	20	46,81
4	Syok	10	23,25

Sumber: Rekam Medis RSUD Bangil Mei 2005- April 2006

Dari tabel VI.7. menunjukkan bahwa gejala penyakit yang terlihat pada saat masuk RSUD Bangil yaitu sebagian besar penderita DBD menderita panas sebesar 76,74% penderita dari 43 penderita DBD yang diteliti, selain itu juga penderita ada yang saat masuk rumah sakit disertai dengan gejala lain seperti adanya bintik merah, perdarahan ataupun syok. Ini di karenakan RSUD Bangil juga sebagai salah satu rumah sakit rujukan dari Puskesmas yang ada di Kabupaten Pasuruan. Sehingga penderita yang datang saat itu sedang mengalami gejala perdarahan dan syok.

VI.5. Hubungan Antar Variabel

1. Hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan pada penderita DBD.

Hubungan pengetahuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan responden bermacam-macam, maka dari itu untuk mengetahui seberapa besar dan apakah ada hubungan antara pengetahuan dan tindakan responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel VI.5.1. Hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan pada penderita DBD yang berkunjung di RSUD Bangil pada bulan Mei 2005-April 2006.

Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan	Pengetahuan Tentang DBD		Total
	Baik	Kurang	
Baik	13 (72,2%)	12 (48%)	25 (58,1%)
Kurang	5 (27,8%)	13 (72%)	18 (41,9%)
Total	18 (100%)	25 (100%)	43 (100%)

Berdasarkan tindakan responden dalam pencarian pelayanan kesehatan pada penderita DBD yang berkunjung di RSUD Bangil, ternyata kelompok responden yang berpengetahuan baik sebagian besar 13 orang (72,2%) yang melakukan tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan baik (≤ 2 hari), sedangkan kelompok responden yang berpengetahuan kurang 13 orang (72%) yang melakukan tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan kurang (> 2 hari). Dengan menggunakan uji chi-square $p = 0,202$ $\alpha = 0,05$, $p > \alpha$. Berarti H_0 diterima, jadi kesimpulan yang didapat

yaitu tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan pada penderita DBD.

2. Hubungan antara tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan derajat keparahan penyakit DBD.

Hubungan tindakan pencarian pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh responden sangat bermacam-macam, dalam hal ini pembagian tindakan dibagi menjadi 2 yaitu baik (≤ 2 hari) dan kurang (> 2 hari), sedangkan untuk derajat keparahan di bagi 4 kriteria. Untuk dapat mengetahui apakah ada hubungan antara tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan derajat keparahan penderita DBD, maka lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel VI.5.2. Hubungan antara tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan derajat keparahan penyakit DBD pada penderita DBD yang berkunjung di RSUD Bangil pada bulan Mei 2005- April 2006.

Derajat Keparahan Penyakit DBD	Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan		Total
	Baik	Kurang	
Derajat I	12 (48%)	2 (11,1%)	14 (29,16%)
Derajat II	6 (24%)	3 (16,7%)	9 (18,75%)
Derajat III	3 (12%)	4 (22,2%)	7 (20,83%)
Derajat IV	4 (16%)	9 (50%)	13 (31,25%)
Total	25 (100%)	18 (100%)	43 (100%)

Berdasarkan derajat keparahan penyakit DBD dalam tindakan pencarian pelayanan kesehatan yang berkunjung di RSUD Bangil, ternyata dari 25 orang yang tindakan pencarian pelayanan kesehatan baik (≤ 2 hari), sebagian besar 12 (48%) orang didiagnosa menderita DBD pada derajat I, dan dari 18 orang yang tindakan pencarian pelayanan kesehatan kurang (> 2 hari), ada sebagian besar 9 (50%) orang yang didiagnosa menderita DBD dengan derajat IV. Dengan menggunakan uji korelasi Spearman dengan melihat nilai koefisien yang nampak yaitu 0,462 banyaknya pasangan nilai pengamatan $n = 43$ dan probabilitas uji 2 pihak (2-tailed Significance) sebesar 0,002. Karena nilai probabilitas lebih besar dari $\alpha = 0,05$ $r < \alpha$, berarti H_0 ditolak maka kesimpulan yang didapat yaitu ada hubungan antara tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan derajat keparahan penyakit DBD.

BAB VII

PEMBAHASAN

VII.1. Pengetahuan yang berhubungan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan pada penderita DBD.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

Hasil pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003)

Hasil penelitian terhadap 43 responden, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar berpengetahuan baik. Adapun secara statistik dapat disimpulkan pula bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan pada penderita DBD. Menurut Lawrence Green (1980) yang dapat mempermudah terjadinya tindakan pada diri seseorang atau masyarakat adalah pengetahuan seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang akan dilakukan.

Begitu juga dari hasil-hasil studi yang telah dilakukan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan para ahli pendidikan kesehatan, terungkap bahwa pengetahuan masyarakat tentang kesehatan sudah tinggi, tetapi praktik mereka

masih rendah. Hal ini berarti bahwa perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat tidak diimbangi dengan perubahan perilakunya (Notoatmodjo, 2005).

Secara teori perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku itu mengikuti tahap-tahap yakni melalui perubahan: pengetahuan (*knowledge*) – sikap (*attitude*) – praktek (*practice*) atau “KAP” (PSP). Namun dari penelitian lainnya juga membuktikan bahwa dalam praktek sehari-hari terjadi sebaliknya, yaitu seseorang telah berperilaku positif meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif (Notoatmodjo, 2003).

Jadi pengetahuan seseorang terhadap tindakan pencarian pelayanan kesehatan tidak berhubungan dalam penelitian ini.

VII.2. Tindakan pencarian pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan derajat keparahan penyakit DBD pada penderita DBD.

Menurut Skinner tentang batasan perilaku kesehatan yaitu, suatu respon seseorang (organisme terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan (Notoatmodjo, 2003).

Salah satu unsur dalam model HBM yaitu kesiapan seseorang untuk melakukan tindakan ditentukan oleh pandangan orang itu terhadap bahaya penyakit tertentu dan persepsi mereka terhadap kemungkinan akibat (fisik dan sosial) bila terserang penyakit tersebut (Muzahan, 1995).

Dari hasil penelitian terhadap 43 responden penderita DBD yang berkunjung di RSUD Bangil, dapat disimpulkan statistik bahwa ada hubungan

tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan derajat keparahan penyakit. Menurut teori Lawrence Green dari hasil analisa pada perilaku manusia dari tingkat kesehatan, bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*). Faktor perilaku ada 3 yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*) seperti pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. Kemudian faktor pendukung (*enabling factors*) seperti lingkungan fisik, fasilitas yang tersedia, sarana kesehatan dan sebagainya. Dan faktor yang ketiga yaitu faktor pendorong (*reinforcing factor*) yaitu sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas lainnya.

Sedangkan kesimpulan dari teori WHO bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh pemikiran dan perasaan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi dan sumber-sumber atau fasilitas-fasilitas yang dapat mendukung perilaku dan budaya masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Derajat keparahan penyakit DBD berdasarkan dari data obyektif yang didapat yaitu bahwa infeksi dengue banyak terjadi pada anak-anak, tapi ada juga orang dewasa. Menurut laporan dari kasus DBD dan angka kematian yang telah dilaporkan antara tahun 1985-1996 di sepuluh negara dalam wilayah WHO untuk Asia Tenggara salah satunya Indonesia bahwa strain virus juga merupakan faktor penyebab resiko timbulnya DBD dan strain virus yang tersebar sudah beragam, namun tidak semua virus tipe ganas memiliki potensial menimbulkan KLB / wabah atau menjadi penyebab penyakit yang parah. Kejadian infeksi primer dan

sekunder yang menyerang orang dewasa dapat mengakibatkan perdarahan gastrointestinal yang berat seperti juga kasus-kasus permeabilitas vascular yang meningkat. Terlihat pada tahun 1988 di Taiwan yaitu banyak penderita dewasa dengan perdarahan yang hebat dengan menderita tukak lambung.

Dari patogenesis dan patofisiologi DBD ada dugaan bahwa derajat keparahan penyakit DBD di bandingkan dengan DD dijelaskan dengan adanya pemacuan dari multiplikasi virus didalam makrofag oleh antibodi heterotipik sebagai akibat infeksi dengue sebelumnya (Depkes RI, 2003).

Jadi tindakan pencarian pelayanan kesehatan ada berhubungan dengan derajat keparahan penyakit DBD dalam penelitian ini.



BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

VIII.1. Kesimpulan

Hasil penelitian yang dilakukan pada penderita DBD yang berkunjung di RSUD Bangil mulai bulan Mei 2005 – April 2006 dengan jumlah sampel 43 responden didapat kesimpulan yaitu:

1. Bahwa dari hasil identifikasi baik yang didapat dari data sekunder maupun primer, didapatkan kesimpulan yaitu dari 43 sampel yang diteliti penderita sebagian besar berjenis kelamin laki-laki 27 orang (62,79%), berumur antara 6-15 tahun sebesar 30 orang (69,76%), gejala saat pertama kali masuk rumah sakit sebagian besar mengalami gejala panas sebanyak 33 orang (76,74%), dan derajat keparahan sesuai dengan gejala dan diagnosa yang ada terbanyak yaitu sebagian besar pada derajat I sebanyak 14 orang (32,55%), pengetahuan responden sebagian besar kurang yaitu sebanyak 25 orang (58,13%), pendidikan responden sebagian besar berpendidikan SD yaitu sebanyak 14 orang (32,55%) dan untuk tindakan pencarian pelayanan kesehatan sebagian besar baik yaitu 25 (58,13%) orang.
2. Tidak ada hubungan antara pengetahuan deteksi dini dengan tindakan pencarian pelayanan kesehatan.
3. Ada hubungan antara tindakan pencarian pelayanan kesehatan dengan derajat keparahan penyakit DBD.

VIII.2. Saran

1. Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang deteksi dini dan mensosialisasikan apabila ada tanda-tanda atau gejala penyakit DBD maka segera membawa ketempat pelayanan kesehatan seperti (Puskesmas / RS).
2. Untuk penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian pada variabel yang belum diteliti seperti meneliti faktor-faktor apa saja yang menyebabkan penderita DBD tidak segera dibawa ke RS.



DAFTAR PUSTAKA

- Anonymous. *Demam Berdarah Aedes Aegypti*. <http://www.dinkes.com> (sitasi 10 Agustus 2005).
- Depkes RI. 2005. *Pencegahan Dan Pemberantasan DBD Di Indonesia*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes RI, 2003, *Pencegahan dan Penanggulangan penyakit Demam Dengue (DD) dan Demam Berdarah Dengue (DBD)*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes RI. 2004. *Buletin Epidemiologi Jawa Timur*. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur
- Green, Lawrence. 1980. *Health Education Planing, A Diagnostic Approach*. The John Hopkins University. Mayfield Publishing Co.
- Jawa pos. 2005. *Demam Berdarah Meningkat Karena Pola Penularan Berubah*. <http://www.dinkes.com> (sitasi 11 Agustus 2005).
- Kristina, dkk (litbang-Depkes RI) 2005. *Epidemiologi Demam Berdarah Dengue*. <http://www.dinkes.com> (sitasi 20 Oktober 2005)
- Mansjoer, Arief dkk. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi ke-3 Jilid 2*. Media Aesculapius FKUI.
- Muzahan, Fauzi (Editor), 1995. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*. Jakarta Universitas Indonesia Pres.
- Nazir, Moh., 2003. *Metodologi Penelitian*. Jakarta. Ghalia
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta. Rineka Cipta

Nursalam, Pariani. 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta.
Infomedika.



Lampiran 1

KUESIONER PENGUMPULAN DATA

No responden :

Nama responden :

Umur :

Alamat :

Pendidikan :

Petunjuk

Silahkan baca setiap pertanyaan dibawah ini dengan seksama, kemudian berilah tanda (X) pada jawaban yang menurut anda paling tepat.

I. Pengetahuan

1. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang ditandai dengan demam :
 1. Demam tinggi selama 2-7 hari
 2. Demam 2 hari kemudian turun
 3. Demam pada siang hari malam hari dingin selama 3 hari
 4. Demam disertai dengan keluar bintik merah
2. Apa yang anda ketahui tentang penyebab penyakit DBD?
 - a. Nyamuk
 - b. Virus
 - c. Takdir
3. Apa yang anda ketahui tentang gejala penyakit DBD? (lebih dari satu)
 1. Lemah/ lesu
 2. Muntah darah

3. Demam tinggi beberapa hari
4. Keluar darah dari hidung / mimisan
5. Bintik-bintik merah pada kulit
4. Apakah ada yang pernah terkena penyakit DBD dikeluarga anda?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Siapa saja yang menurut anda bisa terkena penyakit DBD?
 - a. Anak-anak
 - b. Orang dewasa
 - c. Semua usia
6. Apakah ada disekitar rumah anda yang terkena penyakit DBD?
 - a. Ada
 - b. Tidak
7. Dari mana anda mengetahui tentang penyakit DBD? (lebih dari satu)
 1. Media cetak (koran, buku, majalah)
 2. Media elektronik (TV, radio)
 3. Petugas kesehatan, perangkat desa
 4. Poster, spanduk
8. Keadaan yang bagaimana yang dapat menyebabkan penyakit DBD mengakibatkan kematian?
 - a. Demam disertai bintik – bintik merah
 - b. Demam, bintik –bintik merah, perdarahan mukosa (mimisan)
 - c. Kulit dingin dan gelisah,
 - d. Syok berat (pingsan)

9. Apa yang anda ketahui tentang penyebab kematian dari penyakit DBD?
- Terlambat membawa ke RS
 - Perdarahan
 - Salah diagnosa penyakit
10. Apa yang anda ketahui tentang cara penularan penyakit DBD?
- Lewat gigitan nyamuk
 - Lewat sentuhan badan/ kulit
 - Lewat udara/ pernafasan
11. Apakah anda tahu dimana saja tempat yang bisa menjadi tempat penularan penyakit DBD? (lebih dari satu)
- Di rumah
 - Di sekolah
 - Di pasar
 - Di semua tempat
12. Pada keadaan seperti apa penderita DBD harus mendapat tindakan tranfusi?
- Perdarahan
 - Demam
 - Bintik-bintik merah
 - Syok berat
13. Pada saat di rumah gejala apa saja yang muncul? (lebih dari satu)
- Panas (demam)
 - Bintik-bintik merah
 - Perdarahan mukosa (mimisan)
 - Pingsan (syok)

II. Tindakan Pencarian

1. Panas (demam) berapa lama baru penderita di bawa ke tempat pelayanan kesehatan (RS/Puskesmas)
 - a. 1 hari
 - b. 2 hari
 - c. > 2 hari
2. Selama panas (demam) di rumah apa yang dilakukan?
 - a. Tidak di beri obat
 - b. Di beri obat penurun panas
3. Untuk mengobati panas (demam) di berikan obat penurun panas selama berapa lama?
 - a. 1 hari
 - b. 2 hari
 - c. > 2 hari

Stop untuk jawaban (a)
4. Untuk mengobati bintik-bintik merah selama di rumah apa yang dilakukan?
 - a. Tidak diberi apa-apa
 - b. Memberi obat oles pada kulit

Stop untuk jawaban (b)
5. Perdarahan mukosa (mimisan) berapa kali baru di bawa ketempat pelayanan kesehatan?
 - a. 1 kali
 - b. 2 kali
 - c. 2 kali

6. Selama dirumah apa yang dilakukan terhadap perdarahan mukosa (mimisan)?
 - a. Tidak di beri apa-apa
 - b. Diberi ramuan tradisional (daun sirih)
 - c. Di beri obat penghenti perdarahan (mimisan)

7. Berapa lama obat penghenti perdarahan mukosa (mimisan) di berikan selama di rumah?
 - a. 1 hari
 - b. 2 hari
 - c. > 2 hariStop untuk jawaban (c)

8. Syok (pingsan) berapa lama penderita dibawa ke tempat pelayanan kesehatan (RS/Puskesmas)?
 - a. 10 menit
 - b. 20 menit
 - c. >20 menit

9. Selama syok (pingsan) di rumah apa yang dilakukan?
 - a. Di biarkan saja
 - b. Di beri obat agar cepat bangun (sadar)Stop untuk jawaban (d)

Lampiran 1
Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PENGETAH * TINDAKAN	43	100,0%	0	,0%	43	100,0%

PENGETAH * TINDAKAN Crosstabulation

			TINDAKAN		Total
			kurang	baik	
PENGETAH kurang	Count		13	12	25
	% within TINDAKAN		72,2%	48,0%	58,1%
	% of Total		30,2%	27,9%	58,1%
baik	Count		5	13	18
	% within TINDAKAN		27,8%	52,0%	41,9%
	% of Total		11,6%	30,2%	41,9%
Total	Count		18	25	43
	% within TINDAKAN		100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total		41,9%	58,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,523 ^b	1	,112		
Continuity Correction ^a	1,626	1	,202		
Likelihood Ratio	2,578	1	,108		
Fisher's Exact Test				,132	,101
Linear-by-Linear Association	2,464	1	,116		
N of Valid Cases	43				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,53.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,235	,112
N of Valid Cases	43	

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENGETAH (kurang / baik)	2,817	,771	10,293
For cohort TINDAKAN = kurang	1,872	,812	4,313
For cohort TINDAKAN = baik	,665	,404	1,094
N of Valid Cases	43		

Lanjutan Lampiran 1

Nonparametric Correlations

Correlations

			TINDAKAN	DERAJAT
Spearman's rho	TINDAKAN	Correlation Coefficient	1,000	,462**
		Sig. (2-tailed)	.	,002
		N	43	43
	DERAJAT	Correlation Coefficient	,462**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,002	.
		N	43	43

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).



Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PENGETAH * TINDAKAN	43	100,0%	0	,0%	43	100,0%

PENGETAH * TINDAKAN Crosstabulation

			TINDAKAN		Total
			kurang	baik	
PENGETAH	kurang	Count	13	12	25
		% within TINDAKAN	72,2%	48,0%	58,1%
		% of Total	30,2%	27,9%	58,1%
baik	Count	Count	5	13	18
		% within TINDAKAN	27,8%	52,0%	41,9%
		% of Total	11,6%	30,2%	41,9%
Total	Count	Count	18	25	43
		% within TINDAKAN	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	41,9%	58,1%	100,0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TINDAKAN * DERAJAT	43	100,0%	0	,0%	43	100,0%

TINDAKAN * DERAJAT Crosstabulation

			DERAJAT				Total
			derajat IV	derajat III	derajat II	derajat I	
TINDAKAN	kurang	Count	9	4	3	2	18
		% within DERAJAT	69,2%	57,1%	33,3%	14,3%	41,9%
		% of Total	20,9%	9,3%	7,0%	4,7%	41,9%
baik	Count	Count	4	3	6	12	25
		% within DERAJAT	30,8%	42,9%	66,7%	85,7%	58,1%
		% of Total	9,3%	7,0%	14,0%	27,9%	58,1%
Total	Count	Count	13	7	9	14	43
		% within DERAJAT	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	30,2%	16,3%	20,9%	32,6%	100,0%



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Mulyorejo FKM Kampus C. Surabaya - 60115 Telp. 5920948, 5920949 Fax. 5924618

Nomor : 1990 /J03.1.18/PG/2005
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengumpulan data awal
penyusunan proposal skripsi

29 September 2005

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan
di
Pasuruan

Sehubungan dengan syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, maka Kami mohon bantuan Saudara untuk mengizinkan mahasiswa atas nama :

Nama : Retno Hastuti
NIM : 100431529
Pembimbing : Lucia Y. Hendrati, S.KM., MKes

Mengadakan pengumpulan data awal guna penyusunan proposal skripsi bagi mahasiswa peminatan Epidemiologi pada instansi Saudara.

Atas perhatian dan bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Pembantu Dekan I,



Widodo J. Pujirahardjo, dr., M.S., MPH, Dr.PH

NIP. 130610101

Tindakan :

1. Dekan
2. Yang bersangkutan



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Mulyorejo FKM Kampus C. Surabaya - 60115 Telp. 5920948, 5920949 Fax. 5924618

Nomor : 204/11/JO3.1.18/PG/2005
Lampiran : --
Perihal : Ijin pengumpulan data awal
Penyusunan proposal skripsi

12 Oktober 2005

Yth. Kepala
Bakesbang dan Linmas Kabupaten Pasuruan
Di Pasuruan

Sehubungan dengan syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, maka kami mohon bantuan Saudara untuk mengizinkan mahasiswa kami :

Nama : Retno Hastuti
Nim : 100431529
Pembimbing : Lucia Y. Hendrati, S.KM., M.Kes

Mengadakan pengumpulan data awal guna penyusunan proposal skripsi bagi peminatan Epidemiologi pada instansi Saudara.

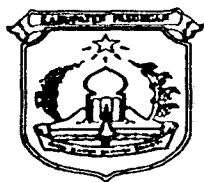
Atas perhatian dan bantuan Saudara, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Pembantu Dekan I,



Willoco J. Pudjirahardjo, dr., M.S., M. PH., Dr. FH
NIP 130610101

Tembusan :
1. Dekan
2. Yang bersangkutan



PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
DINAS KESEHATAN
Jalan Hayam Wuruk No. 14 Telepon (0343) 422267 Fax. (0343) 411795
PASURUAN

Pasuruan , ...17/10...05

Kepada :

Nomor : 094 / 1830 / 424.054 /2005

Yth. Sdr. ...RETNO HASTUTI

Lampiran : -

Perihal : Ijin Survey

Di : -

Menindaklanjuti surat dari Universitas Airlangga Fakultas Kesehatan Masyarakat nomor : 1940 / J03.1.18 / PG / 2005 , tanggal 29 September 2005 , perihal : Ijin pengumpulan data awal penyusunan proposal skripsi atas nama :

N a m a : RETNO HASTUTI

Lokasi penelitian : Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan

Catatan : Mengumpulkan hasil makalah / kegiatan penelitian ke Dinkes Kabupaten Pasuruan (setelah selesai mengadakan penelitian)

Dengan ini kami tidak keberatan yang bersangkutan melakukan penelitian / pengumpulan data awal guna menyusun tugas akhir pada Universitas Airlangga Fakultas Kesehatan Masyarakat , selama tidak mengganggu pekerjaan, dan yang bersangkutan langsung dapat melaksanakan penelitian .

Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk dapat diketahui dan dapat dipergunakan seperlunya.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN PASURUAN

[Signature]
Dr. H. NANANG HARI P., MSi

Pembina Tk I

NIP : 140 150 139

Tembusan : Dikirim kepada Yth .

1 Sdr. Direktur Universitas Airlangga , Sby

2. Arsip



ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga
PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT
Jl. Panglima Sudirman No. 54 Telephon (0343) 424162
PASURUAN

SURAT – KETERANGAN
UNTUK MELAKUKAN SURVEY/RESEARCH
No.072/156/1424.082/SUR/RES/2005

Membaca : Surat dari Pembantu Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya,
Tanggal 12 Oktober 2005, Nomor : 2041/J03.1.18/PG/2005.

Mengingat : 1. Instruksi Menteri Dalam Negeri No. 3 Tahun 1972
2. Surat Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur tanggal 17 Juli 1972

Dengan ini menyatakan tidak keberatan untuk melakukan survey / Research kepada :

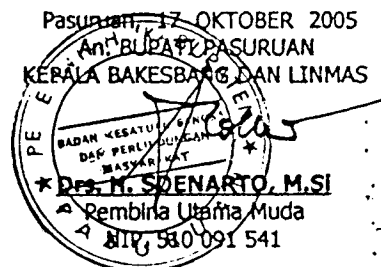
Nama Penanggung Jawab : **RETNO HASTUTI**
MHS. FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
Alamat : **Jl. MULYOREJO FKM KAMPUS C SURABAYA**
Thema Acara :
Survey / Research : **" PENGUMPULAN DATA AWAL GUNA PENYUSUNAN PROPOSAL SKRIPSI "**
Daerah tempat dilakukan Survey / Research : **KECAMATAN SE- KABUPATEN PASURUAN**
Lamanya Survey/Research : **BULAN OKTOBER S/D DESEMBER 2005**
Pengikut / peserta : **=====**

DENGAN KETENTUAN-KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT

1. Dalam-jangka waktu 1 X 24 jam setelah tiba ditempat yang dituju diwajibkan melapor kedatangan kepada Camat Kepala Wilayah Kecamatan.
2. Mentaati Ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam daerah hukum setempat.
3. Menjaga tata tertib keamanan dan kesopanan dan kesusilaan serta menghindari pernyataan - pernyataan baik dengan lisan maupun tulisan – tulisan yang dapat menyinggung perasaan atau menghina agama dan negara dari suatu golongan penduduk.
4. Tidak dikenankan menjalankan kegiatan – kegiatan diluar ketentuan – ketentuan yang telah ditetapkan sebagai tersebut diatas.
5. Setelah berakhirnya dilakukan survey/research diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada pejabat Pemerintah setempat mengenai selesainya pelaksanaan survey/research.
6. Dalam jangka waktu satu bulan setelah selesainya sosialisasi diwajibkan memberikan laporan tentang pelaksanaan dan hasilnya kepada :
 - Kantor Badan Kesbang dan Linmas Kab. Pasuruan.
 - Kantor Kecamatan yang dilakukan survey/research.
7. Keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata bahwa Pemegang surat keterangan ini tidak memenuhi ketentuan-ketentuan sebagai tersebut diatas.

TEMBUSAN :

- Yth. 1. Bapak Bupati Pasuruan sbg laporan ;
2. Dan Dim 0819 Pasuruan ;
3. Kapolres Pasuruan ;
4. Ka. BAPPEDA Kab. Pasuruan ;
5. Kadin. Kesehatan Kab. Pasuruan ;
6. Camat Se – Kabupaten Pasuruan ;
7. Kepala Puskesmas Kecamatan se- Kab. Pasuruan;





PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT
Jl. Panglima Sudirman No. 54 Telephon (0343) 424162
PASURUAN

SURAT – KETERANGAN
UNTUK MELAKUKAN SURVEY/RESEARCH

No.072/ **97** /424.082/SUR/RES/2006

- Membaca : Surat dari Pembantu Dekan I Universitas Airlangga Surabaya
Tanggal 22 Mei 2006, Nomor : 1084/JO3.1.18/PG/2006
- Mengingat : 1. Instruksi Menteri Dalam Negeri No. 3 Tahun 1972
2. Surat Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur tanggal 17 Juli 1972
tentang pelaksanaan survey / Research

Dengan ini menyatakan tidak keberatan untuk melakukan survey / Research kepada :

- Nama Penanggung Jawab : RETNO HASTUTI
Mhs.Fak. Kesehatan
- Alamat : Mulyorejo FKM Kampus C Surabaya
- Thema Acara
Survey / Research : PENGUMPULAN DATA
- Daerah tempat dilakukan
Survey / Research : Rumah Sakit Umum Bangil
- Lamanya Survey/Research : 24 s/d 31 Mei 2006
- Pengikut / peserta : =====

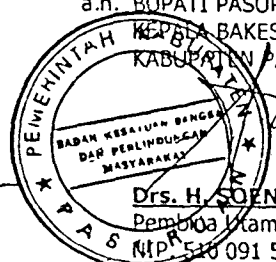
DENGAN KETENTUAN-KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT

1. Dalam jangka waktu 1 X 24 jam setelah tiba ditempat yang dituju diwajibkan melapor kedatangan kepada Camat Kepala Wilayah Kecamatan.
2. Mentaati Ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam daerah hukum setempat.
3. Menjaga tata tertib keamanan dan kesopanan dan kesusilaan serta menghindari pernyataan - pernyataan baik dengan lisan maupun tulisan - tulisan yang dapat menyinggung perasaan atau menghina agama dan negara dari suatu golongan penduduk.
4. Tidak dikenankan menjalankan kegiatan - kegiatan diluar ketentuan - ketentuan yang telah ditetapkan sebagai tersebut diatas.
5. Setelah berakhirnya dilakukan survey/research diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada pejabat Pemerintah setempat mengenai selesainya pelaksanaan survey/research.
6. Dalam jangka waktu satu bulan setelah selesainya sosialisasi diwajibkan memberikan laporan tentang pelaksanaan dan hasilnya kepada :
 - Kantor Badan Kesbang dan Linmas Kab. Pasuruan.
 - Kantor Kecamatan yang dilakukan survey/research.
7. Keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata bahwa Pemegang surat keterangan ini tidak memenuhi ketentuan - ketentuan sebagai tersebut diatas.

TEMBUSAN :

- Yth. 1. Bapak Bupati Pasuruan sbg laporan ;
2. Dan Dim 0819 Pasuruan ;
3. Kapolres Pasuruanss ;
4. Ka. BAPPEDA Kab. Pasuruan ;
5. Kadin. Kesehatan Kab. Pasuruan.
6. Camat Bangil ;
7. Direktur RSU Bangil.

Pasuruan, 24 Mei 2006
a.n. BUPATI PASURUAN
KEPADA BAKESBANG DAN LINMAS
KABUPATEN PASURUAN



Drs. H. SOENARTO, M.Si
Pemula Utama Muda
NIP. 510 091 541



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Mulyorejo FKM Kampus C. Surabaya - 60115 Telp. 5920948, 5920949 Fax. 5924618

Nomor : 1160 /J03.1.18/PG/2006
 Lampiran : 1 (satu) Eksemplar
 Perihal : Permohonan izin penelitian

2 Juni 2006


Yth. Kepala
 Bakesbang dan Linmas
 Kabupaten Pasuruan

Dalam rangka pelaksanaan penelitian guna penyelesaian penyusunan skripsi yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, dengan ini kami mohon izin untuk mengadakan penelitian bagi mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Retno Hastuti
 N I M : 100431529
 Judul Penelitian : Hubungan Pengetahuan Deteksi Dini, Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan terhadap Derajat Keparahan Penyakit Demam Berdarah Dengue di RSUD. Bangil
 Lokasi : RSUD. Bangil Kabupaten Pasuruan
 Pembimbing : Lucia Y. Hendrati., S.KM., M.Kes

Terlampir kami sampaikan proposal penelitian yang bersangkutan.

Atas perhatian dan bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.


 Pembantu Dekan I,
 Widodo I. Pudjirahardjo, dr., M.S., MPH., Dr.PH
 NIP 130610101

Tembusan :

1. Dekan
2. Direktur RSUD. Bangil Kab.Pasuruan
3. Yang bersangkutan



PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT
Jl. Panglima Sudirman No. 54 Telephon (0343) 424162
PASURUAN

SURAT – KETERANGAN
UNTUK MELAKUKAN SURVEY/RESEARCH

No.072/ / / 1424.082/SUR/RES/2006

Membaca : Surat dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya
Tanggal 2 Juni 2006, Nomor : 1160 / J03.1.18/PG/2006

Mengingat : 1. Instruksi Menteri Dalam Negeri No. 3 Tahun 1972
2. Surat Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur tanggal 17 Juli 1972

Dengan ini menyatakan tidak keberatan untuk melakukan survey / Research kepada :

Nama Penanggung Jawab : **RETNO HASTUTI**
MHS. FAK. KESEHATAN MASYARAKAT UNIV. AIRLANGGA SURABAYA

Alamat : Mulyorejo FKM Kampus Surabaya

Thema Acara : " HUBUNGAN PENGETAHUAN DETEKSI DINI, TINDAKAN PENCARIAN
Survey / Research : PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP DERAJAT KEPARAHAN
PENYAKIT DEMAM BERDARAH DI RSU BANGIL "

Daerah tempat dilakukan Survey / Research : RSUD BANGIL KABUPATEN PASURUAN

Lamanya Survey/Research : BLN JUNI S/D AGUSTUS 2006

Pengikut / peserta : =====

DENGAN KETENTUAN-KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT

1. Dalam jangka waktu 1 X 24 jam setelah tiba ditempat yang dituju diwajibkan melapor kedatangan kepada Camat Kepala Wilayah Kecamatan.
2. Mentaati Ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam daerah hukum setempat.
3. Menjaga tata tertib keamanan dan kesopanan dan kesusilaan serta menghindari pernyataan - pernyataan baik dengan lisan maupun tulisan – tulisan yang dapat menyinggung perasaan atau menghina agama dan negara dari suatu golongan penduduk.
4. Tidak dikenankan menjalankan kegiatan – kegiatan diluar ketentuan – ketentuan yang telah ditetapkan sebagai tersebut diatas.
5. Setelah berakhirnya dilakukan survey/research diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada pejabat Pemerintah setempat mengenai selesainya pelaksanaan survey/research.
6. Dalam jangka waktu satu bulan setelah selesainya sosialisasi diwajibkan memberikan laporan tentang pelaksanaan dan hasilnya kepada :
 - Kantor Badan Kesbang dan Linmas Kab. Pasuruan.
 - Kantor Kecamatan yang dilakukan survey/research.
7. Keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata bahwa Pemegang surat keterangan ini tidak memenuhi ketentuan-ketentuan sebagai tersebut diatas.

TEMBUSAN :

- Yth. 1. Bapak Bupati Pasuruan sbg laporan ;
2. Dan Dim 0819 Pasuruan ;
3. Kapolres Pasuruan ;
4. Ka. BAPPEDA Kab. Pasuruan ;
5. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan ;
6. Kepala RSUD Bangil Kab. Pasuruan ;
7. Camat Bangil ;

