



**PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN TERHADAP  
TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PRAKTIK IBU  
DALAM PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE  
PADA ANAK**

**LAPORAN HASIL  
KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai syarat untuk mengikuti ujian proposal  
Karya Tulis Ilmiah mahasiswa program strata-1 kedokteran umum**

**ERIKA KUSUMAWARDANI  
G2A008072**

**PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
2012**

**LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN HASIL KTI**

**PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN TERHADAP TINGKAT  
PENGETAHUAN, SIKAP DAN PRAKTIK IBU DALAM PENCEGAHAN  
DEMAM BERDARAH DENGUE PADA ANAK**

Disusun oleh :

**ERIKA KUSUMAWARDANI  
G2A008072**

**Telah disetujui:**

Semarang, 26 Juli 2012

**Pembimbing 1**

**Pembimbing 2**

**dr. Nahwa Arkhaesi, Sp.A, MSi.Med  
19691025 200812 2 001**

**dr. Hardian  
19630414 199001 1 001**

**Ketua Penguji**

**Penguji**

**dr. Dodik Pramono Msi.Med  
NIP. 19680427 199603 1 003**

**dr. Hari Peni Julianti, M.Kes, Sp.KFR  
NIP. 19700704 199802 2 001**

## **PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan ini,

Nama : Erika Kusumawardani

NIM : G2A008072

Alamat : Jalan Gergaji IV no 1133 Semarang

Mahasiswa : Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran  
UNDIP Semarang.

Dengan ini menyatakan bahwa,

(a) Karya tulis ilmiah saya ini adalah asli dan belum pernah dipublikasi atau diajukan untuk mendapatkan gelar akademik di Universitas Diponegoro maupun di perguruan tinggi lain.

(b) Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan orang lain, kecuali pembimbing dan pihak lain sepengetahuan pembimbing.

(c) Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan judul buku aslinya serta dicantumkan dalam daftar pustaka.

Semarang, \_\_\_\_\_

Yang membuat pernyataan,

Erika Kusumawardani

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan tugas Karya Tulis Ilmiah ini. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Kami menyadari sangatlah sulit bagi kami untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak penyusunan proposal sampai dengan terselesaikannya laporan hasil Karya Tulis Ilmiah ini. Bersama ini kami menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Rektor Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberi kesempatan kepada kami untuk menimba ilmu di Universitas Diponegoro
2. Dekan Fakultas Kedokteran UNDIP yang telah memberikan sarana dan prasarana kepada kami sehingga kami dapat menyelesaikan tugas ini dengan baik lancar
3. dr. Nahwa Arkhaesi, Sp.A, MSi.Med dan dr. Hardian selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing kami dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Orang tua beserta keluarga kami yang senantiasa memberikan dukungan moral maupun material
5. Para sahabat yang selalu memberi dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
6. Serta pihak lain yang tidak mungkin kami sebutkan satu-persatu atas bantuannya secara langsung maupun tidak langsung sehingga Karya Tulis ini dapat terselesaikan dengan baik

Akhir kata, kami berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Semarang, \_\_\_\_\_

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PENGESAHAN .....	i
PERNYATAAN KEASLIAN.....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
DAFTAR TABEL .....	vii
DAFTAR GAMBAR .....	viii
DAFTAR LAMPIRAN .....	ix
DAFTAR SINGKATAN .....	x
ABTRAK .....	xi
ABSTRACT.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Masalah Penelitian .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Manfaat untuk Pengetahuan.....	5
1.4.2 Manfaat untuk Pelayanan Kesehatan .....	5
1.4.3 Manfaat untuk Penelitian .....	5
1.5 Keaslian Penelitian.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	8
2.1 Demam Berdarah Dengue .....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Etiologi.....	8
2.1.3 Vektor.....	8
2.1.4 Epidemiologi.....	9
2.1.5 Patogenesis dan Patofisiologi.....	13

2.1.5 Manifestasi Klinik dan Komplikasi .....	13
2.1.6 Penatalaksanaan .....	15
2.1.7 Pencegahan.....	16
2.2 Pengetahuan, Sikap dan Praktik Ibu pada DBD.....	20
2.2.1 Pengetahuan .....	20
2.2.2 Sikap.....	22
2.2.3 Praktik .....	24
2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan, Sikap dan Praktik .....	25
2.2.5 Skor <i>Knowledge, Attitude and Practice</i> (KAP) .....	29
2.2.6 Skor KAP dalam Pencegahan DBD .....	29
2.3 Penyuluhan Kesehatan .....	30
2.3.1 Definisi.....	30
2.3.2 Tujuan .....	31
2.3.3 Metode.....	32
2.3.4 Media.....	33
2.4 Pengaruh Penyuluhan terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Praktik ..	33
<b>BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....</b>	<b>34</b>
3.1 Kerangka Teori.....	34
3.2 Kerangka Konsep .....	35
3.3 Hipotesis.....	35
3.3.1 Hipotesis Mayor .....	35
3.3.2 Hipotesis Minor.....	35
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>37</b>
4.1 Ruang Lingkup Penelitian.....	37
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian .....	37
4.3 Rancangan Penelitian .....	37
4.4 Populasi dan Sampel Penelitian .....	38
4.4.1 Populasi Target.....	38
4.4.2 Populasi Terjangkau .....	38
4.4.3 Sampel Penelitian.....	38
4.4.3.1 Kriteria Inklusi .....	38

4.4.3.2 Kriteria Eksklusi.....	38
4.4.4 Cara Pengambilan Sampel .....	38
4.4.5 Besar Sampel.....	39
4.5 Variabel Penelitian .....	40
4.5.1 Variabel Bebas .....	40
4.5.2 Variabel Terikat .....	40
4.5.3 Variabel Perancu .....	40
4.6 Definisi Operasional .....	40
4.7 Cara Pengambilan Data.....	43
4.7.1 Materi Penelitian .....	43
4.7.2 Alat Penelitian.....	43
4.7.3 Jenis Data .....	44
4.7.4 Cara Kerja .....	44
4.8 Alur Penelitian .....	45
4.9 Analisis Data .....	45
4.10 Etika Penelitian .....	46
BAB 5 HASIL PENELITIAN .....	47
BAB 6 PEMBAHASAN .....	56
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	60
DAFTAR PUSTAKA .....	61
LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Keaslian penelitian.....	6
Tabel 2. Definisi operasional .....	36
Tabel 3. Distribusi Karakteristik Sosio-Demografik .....	48
Tabel 4. Media Informasi tentang DBD.....	50
Tabel 5. Perbandingan Pengetahuan, Sikap, Praktik dan KAP.....	51
Tabel 6. Perbandingan Selisih Nilai Pretest dan Posttest 30 Hari Pengetahuan, Sikap, Praktik dan KAP .....	52
Tabel 7. Perbandingan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Penyuluhan .....	52
Tabel 8. Perbandingan Sikap Sebelum dan Sesudah Penyuluhan.....	52
Tabel 8. Perbandingan Praktik Sebelum dan Sesudah Penyuluhan.....	53
Tabel 9. Perbandingan KAP Sebelum dan Sesudah Penyuluhan.....	53



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Peta penyebaran DBD di dunia .....	10
Gambar 2. Angka insiden DBD per 100.000 penduduk tahun 1968 - 2009.. .....	11
Gambar 3. Angka insiden DBD per 100.000 penduduk Indonesia Tahun 2009. ....	11
Gambar 4. Persentasi Kasus DBD Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2008 .....	12
Gambar 5. Persentasi Kasus DBD Berdasarkan Umur Tahun 2008.....	12
Gambar 6. Kerangka teori .....	31
Gambar 7. Kerangka konsep .....	32
Gambar 8. Rancangan penelitian .....	33
Gambar 9. Alur penelitian.....	40

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Ethical Clearance

Lampiran 2. Ijin penelitian Kepala Kelurahan Gajahmungkur

Lampiran 3. Ijin penelitian Kepala Kelurahan Tembalang

Lampiran 4. Ijin penelitian Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan  
Perlindungan Masyarakat Kota Semarang

Lampiran 5. Ijin Penelitian Puskesmas Pegandan dan Rowosari

Lampiran 6. Sampel Informed Consent

Lampiran 7. Sampel Surat Permohonan Validasi Kuesioner

Lampiran 8. Spreadsheet Data

Lampiran 9. Hasil Analisis

Lampiran 10. Kuesioner Penelitian

Lampiran 11. Materi Penyuluhan DBD

Lampiran 12. *Leaflet*

Lampiran 13. Dokumentasi penelitian

Lampiran 14. Biodata Mahasiswa

## DAFTAR SINGKATAN

ALT	: <i>alanine amino transferase</i>
AST	: <i>aspartate amino transferase</i>
C3a	: <i>complement component 3a</i>
C5a	: <i>complement component 5a</i>
CD4	: <i>cluster of differentiation 4</i>
CD8	: <i>cluster of differentiation 8</i>
CFR	: <i>case fatality rate</i>
COMBI	: <i>communication for behavior impact</i>
DBD	: demam berdarah dengue
DEN	: dengue
DEPKES	: Departemen Kesehatan
Ditjen PP & PL	: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan
Ditjen PPM & PLP	: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan Pemukiman
IR	: <i>incidence rate</i>
IL-2	: <i>interleukin 2</i>
IL-4	: <i>interleukin 4</i>
IL-6	: <i>interleukin 6</i>
IL-10	: <i>interleukin 10</i>
KAP	: <i>knowledge, attitude and practice</i>
KLB	: kejadian luar biasa
PSN	: pemberantasan sarang nyamuk
RI	: Republik Indonesia
RNA	: <i>ribonucleic acid</i>
TH1	: <i>T- helper 1</i>
TH2	: <i>T- helper 2</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## ABSTRAK

**Latar Belakang** Penyuluhan kesehatan tentang DBD merupakan salah satu cara yang digunakan untuk menambah pengetahuan seseorang tentang DBD dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia dalam pencegahan DBD. Tujuan penyuluhan kesehatan tentang DBD adalah menginformasikan kepada masyarakat tentang penyakit tersebut.

**Tujuan** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak.

**Metode** Penelitian ini adalah penelitian intervensional dengan rancangan quasi experimental *non equivalent control group design* pada periode Maret s/d Juni 2012. Penelitian dilakukan di wilayah Kelurahan Gajahmungkur (kelompok perlakuan) dan Kelurahan Tembalang (kelompok kontrol). Pada kelompok perlakuan diberikan penyuluhan kesehatan tentang DBD. Kelompok kontrol tidak mendapat penyuluhan apapun. Instrumen penyuluhan adalah penyuluhan langsung dan leaflet. Uji hipotesis yang dilakukan menggunakan *Mann-Whitney* dan *Friedman*.

**Hasil** Skor KAP kelompok perlakuan pada pretest adalah 106,07 (kategori buruk), posttest hari ke-15 adalah 131,59 (kategori sedang) dan posttest hari ke-30 adalah 135,07 (kategori sedang). Sedangkan pada kelompok kontrol pada pretest adalah 113,63 (kategori sedang), posttest hari ke-15 adalah 114,04 (kategori sedang) dan posttest hari ke-30 adalah 113,78 (kategori sedang). Pada kelompok perlakuan dijumpai peningkatan yang bermakna pada skor KAP sampai dengan hari ke-30 pengamatan ( $p < 0,001$ ), sedangkan pada kelompok kontrol perbedaan skor KAP tidak bermakna ( $p = 0,9$ ).

**Kesimpulan** penyuluhan kesehatan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak.

**Kata Kunci:** pengetahuan, sikap, praktik, DBD, KAP

## ABSTRACT

**Background:** Health education about dengue haemorrhagic fever (DHF) is the way to increase knowledge about DHF with the aim of changing or influencing human behavior in prevention of dengue. The purpose of health education on DHF is informing people about the disease.

**Aim:** This study aims to determine the impact of health education on mother's knowledge, attitudes and practices in the prevention of DHF for children.

**Methods:** This study was quasi experimental design interventional with non-equivalent control group design on March until June 2012. The study was conducted in the Gajahmungkur's Village (treatment group) and the Tembalang's Village (control group). The treatment group was given health education about DHF. The control group did not receive any counseling. Health education's instruments were a direct extension and leaflets. Hypothesis test was performed by using Mann Whitney and Friedman test.

**Results:** KAP score treatment group at pretest was 106.07 (poor category), posttest at 15<sup>th</sup> day is 131.59 (medium category) and posttest at 30<sup>th</sup> day was 135.07 (medium category). Whereas control group at pretest was 113.63 (medium category), posttest at 15<sup>th</sup> day is 114.04 (medium category) and posttest at 30<sup>th</sup> day was 113.78 (medium category). The treatment group found a significant increase in KAP scores until the 30th day of observation ( $p < 0.001$ ), whereas the control group no significant differences in KAP scores ( $p = 0.9$ ).

**Conclusions:** health education impacts the level of knowledge, attitudes and practices of mothers in the prevention of DHF in children.

**Key words:** knowledge, attitudes, practices, DHF, KAP

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Demam berdarah dengue (DBD) atau *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) adalah penyakit infeksi akibat virus dengue yang termasuk dalam kelompok *B Arthropod Borne Virus (Arboviroses)*, genus *Flavivirus* dan famili *Flaviviridae*. Virus ini mempunyai 4 jenis serotipe yang akan masuk ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* betina dan beberapa spesies lain.<sup>1</sup> Adapun manifestasi klinis yang sering ditemui yaitu demam, nyeri otot dan/atau nyeri sendi yang disertai lekopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan diatesis hemoragik.<sup>2</sup> Berdasarkan data yang diperoleh, terdapat bukti bahwa mekanisme imunopatologis berperan dalam terjadinya DBD dan *Dengue Shock Syndrome* (DSS).<sup>3</sup> Sampai saat ini, hipotesis infeksi heterolog sekunder masih menjadi panutan para ahli.<sup>4</sup> Manifestasi terberat dari penyakit ini adalah DSS.<sup>2,4</sup>

Dewasa ini, sekitar 2,5miliar orang atau 40% dari populasi dunia, tinggal di daerah risiko penularan DBD. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa 50 sampai 100 juta infeksi terjadi setiap tahun, termasuk 500.000 kasus DBD dan 22.000 kematian, dimana korban terbanyak berasal dari kalangan anak-anak.<sup>5</sup> Berdasarkan data yang ada, Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. Jumlah kasus DBD meningkat di Asia Tenggara pada periode 1996-2006.<sup>6</sup>

Di Indonesia, selama lebih dari 35 tahun terjadi peningkatan jumlah kejadian DBD maupun daerah persebaran penyakit. Dari tahun 1968 sampai tahun 2005, *incidence rate* (IR) DBD meningkat dari 0,005 per 100.000 penduduk menjadi 43,42 per 100.000 penduduk.<sup>7</sup> Kasus DBD dilaporkan terjadi di Indonesia tahun 2009 mencapai 158.912 dengan *case fatality rate* (CFR) sebesar 0.89%. Insidensi DBD di Indonesia umumnya meningkat pada bulan Januari hingga Februari.<sup>8</sup> Pada tahun 2008, persentase penderita laki-laki dan perempuan hampir sama dan kelompok umur  $\geq 15$  tahun merupakan kelompok umur dengan kasus DBD terbanyak di Indonesia. Namun penyebab kematian bermakna pada kasus DBD menyerang kelompok umur  $< 15$  tahun.<sup>7</sup>

Jawa Tengah merupakan salah satu provinsi dengan tingkat kejadian DBD yang cukup tinggi, dengan lebih dari 54 kasus per 100.000 penduduk di tahun 2009. Jumlah kasus ini mengalami penurunan, dimana pada tahun 2008, Jawa Tengah merupakan provinsi dengan risiko tinggi DBD tinggi, sedangkan pada tahun 2009, Jawa Tengah digolongkan ke dalam provinsi dengan risiko sedang DBD. Namun, penurunan jumlah kasus berbanding terbalik dengan jumlah kematian akibat DBD yang mengalami kenaikan menjadi 43 orang dari 18 orang pada tahun 2008, dengan CFR sebesar 1,1% dari 0,3% pada tahun 2008.<sup>9</sup> Wilayah Kota Semarang yang memiliki status endemisitas tertinggi adalah Kelurahan Gajahmungkur dan Kelurahan Tembalang pada kisaran tahun 2009-2011.<sup>10</sup>

Penyebaran DBD berkaitan dengan letak geografis yaitu di daerah tropis maupun subtropis dan penyebarannya yang paling luas berada di Asia Tenggara. Akibat pencegahan melalui vaksinasi DBD yang efektif, aman dan terjangkau

masih belum tersedia maka perlu adanya suatu strategi global untuk pencegahan dan pengendalian DBD dengan cara merekomendasikan gerakan pengendalian vektor terpadu kepada komunitas masyarakat.<sup>8</sup> Untuk menggalang partisipasi tersebut, pengetahuan ibu tentang DBD sangat penting dalam rangka membentuk sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak. Penerimaan praktik baru didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif akan bersifat langgeng.<sup>11</sup> Sedangkan sikap merupakan respon yang masih tertutup dan belum otomatis terwujud sehingga diperlukan adanya intervensi yang dapat menghasilkan suatu tindakan. Di Indonesia telah lama dikenal kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang bertujuan memberantas perkembangbiakan nyamuk tetapi program-program tersebut pada kenyataannya belum banyak diketahui oleh masyarakat pada umumnya. Sehingga praktik yang dilakukan masyarakat tidak seperti yang diharapkan.<sup>7</sup>

Dewasa ini, penyuluhan kesehatan tentang berbagai penyakit telah digalakkan oleh pemerintah agar kesadaran masyarakat meningkat. Begitu pula dengan penyuluhan tentang DBD di berbagai wilayah bertujuan untuk menjadikan pola pikir, sikap dan kesadaran masyarakat untuk bertindak semakin meningkat. Sejak tahun 2004, diperkenalkan suatu metode komunikasi yang berdampak pada perubahan praktik dalam pelaksanaan PSN melalui pendekatan *Communication for Behavioral Impact* (COMBI) dimana pendekatan ini disusun untuk membantu dalam perencanaan, implementasi dan monitor serta evaluasi.<sup>7</sup> Namun sampai saat ini, partisipasi masyarakat tentang pencegahan DBD masih kurang. Hal ini dapat



terjadi karena kurang tertariknya masyarakat dalam penyuluhan kesehatan tentang DBD.

Berdasarkan fakta yang terjadi perlu adanya penelitian tentang pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu agar dapat mengevaluasi program yang ada dan untuk mengidentifikasi strategi yang efektif untuk mengubah perilaku yang salah. Dalam penelitian ini Sebab orang tua khususnya ibu memegang peranan penting untuk menghindari penularan dan mencegah penyebaran penyakit pada anak.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas disusun permasalahan penelitian sebagai berikut:

Apakah penyuluhan kesehatan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak?

Rumusan masalah tersebut diuraikan menjadi permasalahan khusus sebagai berikut:

- 1) Apakah terdapat perbedaan antara tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu sebelum dan setelah penyuluhan kesehatan?
- 2) Apakah terdapat perbedaan tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu yang mendapat penyuluhan kesehatan dengan yang tidak mendapat penyuluhan kesehatan?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Membuktikan pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Menganalisis perbedaan antara tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu sebelum dan setelah penyuluhan kesehatan.
- 2) Menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu yang mendapat penyuluhan kesehatan dengan yang tidak mendapat penyuluhan kesehatan.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat untuk Pengetahuan**

Sebagai tambahan pengetahuan tentang pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak.

#### **1.4.2 Manfaat untuk Pelayanan Kesehatan**

Sebagai masukan bagi para tenaga kesehatan dalam pengelolaan DBD khususnya DBD pada anak untuk memperhatikan faktor-faktor non-medik seperti tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu terkait pencegahan DBD.

#### **1.4.3 Manfaat untuk Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk penelitian selanjutnya khususnya dalam pencegahan DBD.

### 1.5 Keaslian Penelitian

Berdasarkan hasil penelusuran pustaka pada *database* Pubmed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)) dan Litbang Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) penelitian tentang pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak belum pernah dilaporkan sebelumnya, beberapa penelitian terkait adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Penelitian tentang pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak

Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
<i>The Impact of Health Education on Mother's Knowledge, Attitude and Practice (KAP) of Dengue Haemorrhagic Fever.</i> <sup>12</sup>  Tran TT, Nguyen TNA, Nguyen TH, Nguyen TL, Le TC, Nguyen PC, et al. <i>Dengue Bulletin</i> , Vol 27, 2003, pp. 174–180	Desain : cross sectional Sampel berasal dari 4 sub distrik Negara Vietnam dengan responden sejumlah 115, 117, 126 dan 104 ibu yang memiliki anak berusia kurang dari 15 tahun Variabel yang diteliti yaitu pengetahuan, sikap, praktik ibu tentang DBD.	Hasil penelitian ini menunjukkan penyuluhan kesehatan berpengaruh kuat terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu tentang DBD.
<i>Knowledge, Attitude, and Practice of Dengue Fever Prevention among the people in male, Maldives</i> <sup>13</sup>  Nahida Ahmed <i>Under graduate Thesis Chulalongkorn University</i> , 2007	Desain : cross sectional Sampel : 374 rumah Variabel bebas : pengetahuan dan sikap tentang DBD. Variabel tergantung : praktik dalam mencegah DBD.	Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa data demografik tidak berkorelasi dengan score KAP kecuali jenis kelamin. Wanita lebih berperan dalam praktik daripada pria. Pengetahuan berperan secara signifikan dengan praktik pencegahan DBD.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya terletak pada lokasi, waktu, sampel dan desain penelitian. Penelitian ini dilakukan di dua

wilayah endemis DBD Kota Semarang yaitu Kelurahan Gajahmungkur dan Kelurahan Tembalang pada tahun 2012 dengan menggunakan desain penelitian quasi experimental *non equivalent control group design*. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini meliputi tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Demam Berdarah Dengue**

##### **2.1.1 Definisi**

Demam Berdarah Dengue (DBD) atau *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan/atau nyeri sendi yang disertai lekopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan diatesis hemoragik. Pada DBD terjadi perembesan plasma yang ditandai oleh hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau penumpukan cairan di rongga tubuh. Sedangkan manifestasi terberat DBD adalah DSS yang ditandai oleh renjatan/syok.<sup>1,2</sup>

##### **2.1.2 Etiologi**

Penyebab DBD adalah virus dengue yang termasuk dalam kelompok *B Arthropod Borne Virus (Arboviroses)*, genus *Flavivirus* dan famili *Flaviviridae*. Ada 4 serotipe yang diketahui yaitu *DEN-1*, *DEN-2*, *DEN-3*, dan *DEN-4*. Semua serotipe virus dengue ini ditemukan bersirkulasi di Indonesia dan serotipe terbanyak adalah *DEN-3*.<sup>2,4</sup>

##### **2.1.3 Vektor**

Vektor penyebar virus dengue yaitu *Aedes aegypti*. Pada saat terjadi kejadian luar biasa (KLB) beberapa vektor lain seperti *Aedes albopictus*, *Aedes polynesisensis*, *Aedes scutellaris* ikut berperan dalam penyebaran DBD. Virus dengue yang berada di dalam darah individu yang terinfeksi dihisap oleh Nyamuk

*Aedes sp* betina. Virus tersebut mengalami inkubasi dan replikasi selama 8-10 hari di kelenjar ludah nyamuk, lalu ditularkan kepada individu yang lain. Nyamuk *Aedes sp* betina menghisap darah pada waktu siang hari, terutama pada waktu sore hari. Ciri khas nyamuk *Aedes aegypti* adalah memiliki tubuh hitam dengan bercak hitam putih khas pada bagian thoraknya. Nyamuk ini berkembang biak di air bersih, seperti bak mandi, tempayan penyimpanan air, kaleng kosong dan kontainer buatan yang lain. Telur nyamuk ini dalam keadaan kering dapat bertahan hidup selama bertahun-tahun. Telur akan menetas menjadi larva/ jentik nyamuk dalam waktu 6-8 hari dan kemudian menjadi pupa. Dalam waktu kurang dua hari, pupa akan berkembang menjadi nyamuk dewasa dan siklus tersebut selesai dalam menggigit di daerah yang terlindung seperti rumah, sekolah dan sebagainya.<sup>2,4</sup>

#### **2.1.4 Epidemiologi**

Dengue endemis sedikitnya pada 100 negara di Asia, Pasifik, Amerika, Afrika, dan Karibia. WHO memperkirakan bahwa 50 sampai 100 juta infeksi terjadi setiap tahun, termasuk 500.000 kasus DBD dan 22.000 kematian, dimana korban terbanyak berasal dari kalangan anak-anak.<sup>5</sup> Berdasarkan data yang ada, Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. Jumlah kasus DBD meningkat di Asia Tenggara pada periode 1996-2006.<sup>6</sup> Diperkirakan sekitar 70 % atau 1,7 miliar populasi berisiko dengue terbanyak berada di regional Asia Tenggara-Pasifik bagian barat, seperti Indonesia, Thailand, Myanmar, Sri Lanka dan sisanya sebanyak 30 % populasi berisiko lainnya tinggal di Benua Afrika, Amerika Latin, dan Amerika Selatan.<sup>8</sup>

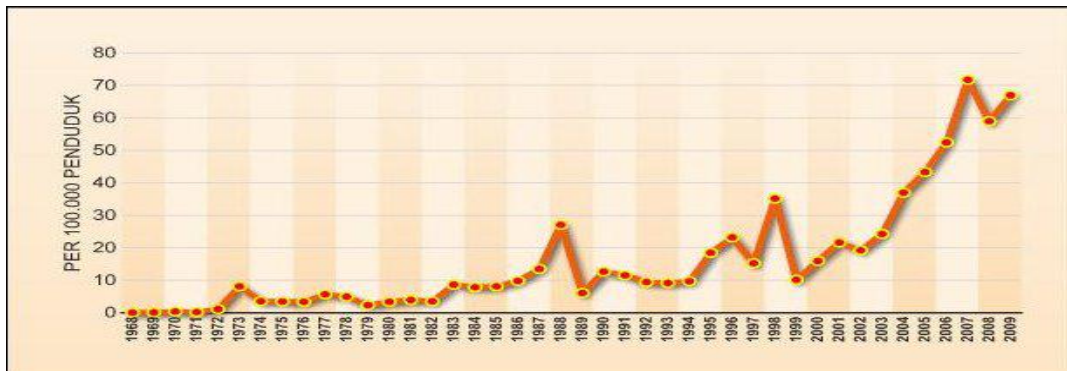


Gambar 1. Peta Penyebaran DBD di Dunia  
 Sumber : *Centers for Disease Control and Prevention, 2010*<sup>5</sup>

Kasus DBD di Indonesia telah menjadi masalah kesehatan masyarakat selama 41 tahun terakhir. Sejak tahun 1968 telah terjadi peningkatan persebaran jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang endemis DBD, dari 2 provinsi dan 2 kota, menjadi 32 (97%) dan 382 (77%) kabupaten/kota pada tahun 2009. Selain itu terjadi juga peningkatan jumlah kasus DBD, pada tahun 1968 hanya 58 kasus menjadi 158.912 kasus pada tahun 2009.<sup>7</sup>

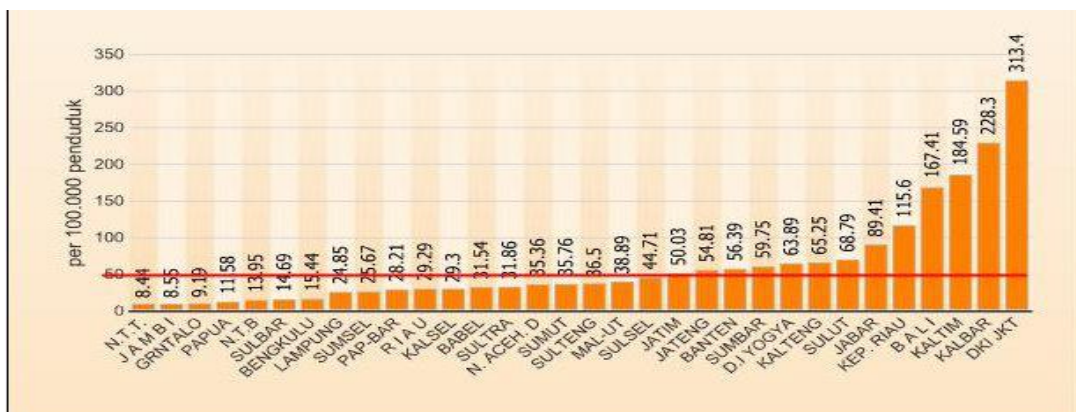
Dari Gambar 2 tampak siklus epidemik terjadi setiap sembilan-sepuluh tahunan. Hal ini kemungkinan terjadi karena adanya perubahan iklim yang berpengaruh terhadap kehidupan vektor, di luar faktor-faktor lain yang mempengaruhinya. Perubahan iklim menyebabkan perubahan curah hujan, suhu, kelembaban, arah udara sehingga berefek terhadap ekosistem daratan dan lautan serta berpengaruh terhadap kesehatan terutama terhadap perkembangbiakan vektor penyakit seperti nyamuk *Aedes*, malaria dan lainnya. Selain itu, faktor praktik masyarakat yang masih kurang dalam kegiatan PSN serta faktor pertambahan jumlah penduduk dan faktor peningkatan mobilitas penduduk yang

sejalan dengan peningkatan sarana transportasi menyebabkan penyebaran virus DBD semakin mudah dan semakin luas.<sup>7</sup>



Gambar 2. Angka Insiden DBD per 100.000 Penduduk di Indonesia Tahun 1968 – 2009

Sumber : Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi, 2010<sup>7</sup>

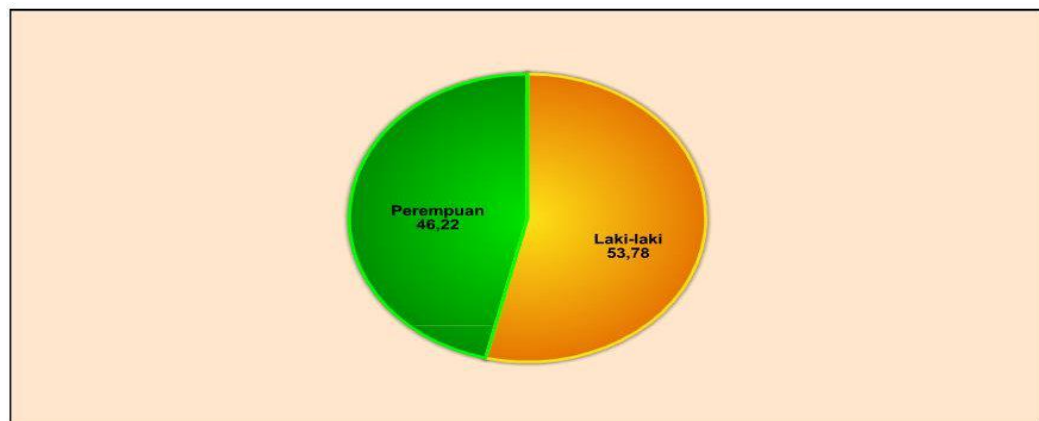


Gambar 3. Angka Insiden DBD per 100.000 Penduduk di Indonesia Tahun 2009  
Sumber : Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi, 2010<sup>7</sup>

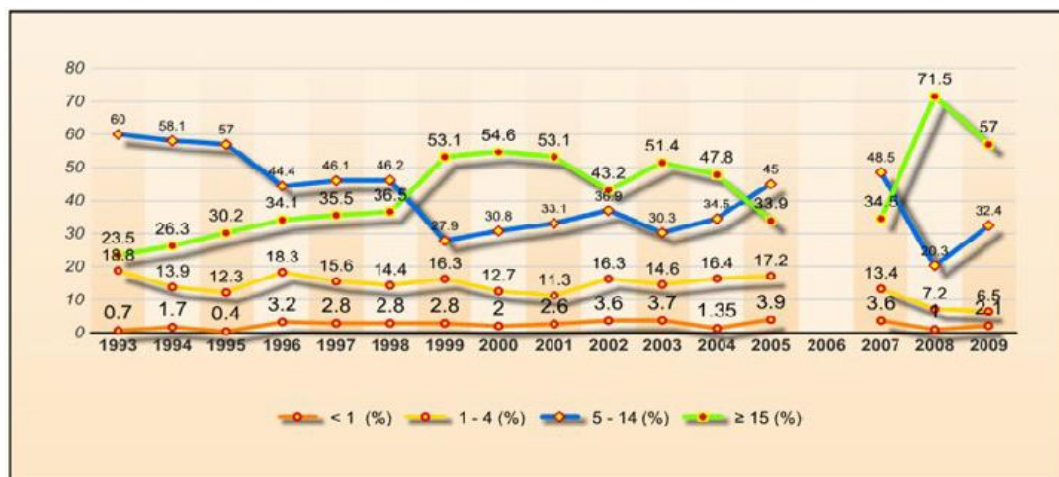
Bila dilihat, distribusi kasus berdasarkan jenis kelamin pada tahun 2008, persentase penderita laki-laki dan perempuan hampir sama. Jumlah penderita berjenis kelamin laki-laki adalah 10.463 orang (53,78%) dan perempuan berjumlah 8.991 orang (46,23%). Hal ini menggambarkan bahwa risiko terkena DBD untuk laki-laki dan perempuan hampir sama, tidak tergantung jenis kelamin. Sedangkan distribusi umur pada kasus DBD di Indonesia dari tahun 1993 - 2009 terjadi pergeseran, dimana pada tahun 1993 hingga tahun 1998, kelompok umur



terbesar kasus DBD adalah kelompok umur <15 tahun. Akan tetapi, mulai dari tahun 1999 – 2009, kelompok umur  $\geq 15$  tahun merupakan kelompok umur dengan kasus DBD terbanyak di Indonesia.<sup>7</sup> Namun, penyebab kematian dengan jumlah yang signifikan pada kasus DBD terdapat pada kelompok umur < 15 tahun.<sup>4</sup>



Gambar 4. Persentase Kasus DBD Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2008  
Sumber : Ditjen PP & PL Depkes RI, 2009<sup>7</sup>



Gambar 5. Persentase Kasus DBD Berdasarkan Distribusi Umur 1993-2009  
Sumber : Ditjen PP & PL Depkes RI, 2009<sup>7</sup>

Pada tahun 2009, tingkat kejadian DBD di Jawa Tengah mencapai 54 kasus per 100.000 dan 3.883 kasus DBD terjadi di Semarang. Jumlah tersebut

mengalami penurunan yang cukup signifikan dari tahun 2008 yang mencapai 5.249 kasus atau turun sebanyak 26%. Namun, penurunan jumlah kasus berbanding terbalik dengan jumlah kematian akibat DBD.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2012, angka kejadian DBD per 100.000 penduduk tahun 2009 – 2011 mencapai 169,8 di Kecamatan Gajahmungkur dan 121,0 di Kecamatan Tembalang dimana kedua kecamatan tersebut status endemisitasnya tertinggi di Kota Semarang.<sup>10</sup>

### **2.1.5 Patogenesis dan Patofisiologi**

Mekanisme imunopatologis berperan dalam terjadinya DBD dan DSS. Respon imun yang diketahui berperan dalam patogenesis DBD adalah respon humoral berupa pembentukan antibodi yang berperan dalam proses netralisasi virus, sitolisis yang dimediasi komplemen dan sitotoksitas yang dimediasi antibodi, limfosit T baik T-helper (CD4) dan T sitotoksik (CD8) berperan dalam respon imun seluler terhadap virus dengue dimana diferensiasi T helper yaitu TH1 akan memproduksi interferon gamma, IL-2 dan limfokin, sedangkan TH2 memproduksi IL-4, IL-5, IL-6 dan IL-10, peranan monosit dan makrofag dalam fagositosis virus dengan opsonisasi antibodi serta aktivasi komplemen oleh kompleks imun yang menyebabkan terbentuknya C3a dan C5a.<sup>14</sup>

### **2.1.6 Manifestasi Klinik dan Komplikasi**

Berdasarkan panduan WHO terbaru tahun 2009, kriteria DBD dibedakan menjadi kriteria dengue tanpa tanda bahaya, kriteria dengue dengan tanda bahaya dan kriteria berat.<sup>15</sup> Untuk kriteria dengue tanpa tanda bahaya merupakan *probable dengue* yang terjadi apabila seseorang bertempat tinggal atau sedang

bepergian di daerah endemik dengue. Selain itu, terjadi demam disertai 2 dari gejala dan tanda yaitu mual, muntah, ruam, sakit dan nyeri, uji torniket positif serta lekopenia. Sedangkan dengue dengan tanda bahaya meliputi nyeri perut, muntah berkepanjangan, terdapat akumulasi cairan, perdarahan mukosa, letargi, lemah, pembesaran hati  $> 2$  cm serta kenaikan hematokrit seiring dengan penurunan jumlah trombosit yang cepat. Manifestasi klinis untuk kriteria dengue berat yaitu kebocoran plasma berat yang dapat menyebabkan DSS dan akumulasi cairan dengan distress pernafasan, perdarahan hebat serta gangguan organ berat, misalnya hepar (AST atau ALT  $\geq 1000$ ), gangguan kesadaran, gangguan jantung dan organ lain.

Gambaran klinis DBD dibagi menjadi 3 fase yaitu fase febris, fase kritis dan fase pemulihan. Pada fase febris, pasien mengalami demam tinggi 2 hingga 7 hari, disertai muka kemerahan, eritema kulit, nyeri seluruh tubuh, mialgia, artralgia dan sakit kepala. Beberapa kasus pada fase ini ditemukan nyeri tenggorok, injeksi faring dan konjungtiva, anoreksia, mual dan muntah, serta dapat pula ditemukan manifestasi perdarahan yang ringan seperti ptekie, perdarahan mukosa, dan perdarahan gastrointestinal walaupun jarang sekali ditemukan. Pembesaran hepar dapat ditemukan beberapa hari setelah demam terjadi. Pada fase kritis yang terjadi pada hari 3 – 7 ditandai dengan penurunan suhu tubuh menjadi  $37,5 - 38^{\circ}\text{C}$  disertai kenaikan permeabilitas kapiler, peningkatan hematokrit & timbulnya kebocoran plasma (*plasma leakage*). Kebocoran plasma sering didahului oleh terjadinya leukopeni progresif & penurunan jumlah trombosit. Tanda kebocoran plasma seperti efusi pleura dan

asites dapat dideteksi pada fase ini. Pada fase kritis ini, pasien dapat mengalami DSS. Sedangkan pada fase pemulihan akan terjadi pengembalian cairan dari ekstrasvaskuler ke intravaskuler secara perlahan pada 48 – 72 jam setelahnya. Proses tersebut membuat keadaan umum penderita semakin membaik, ditandai dengan nafsu makan yang pulih kembali, hemodinamik stabil dan diuresis membaik. Pada fase ini peningkatan jumlah leukosit terjadi lebih dahulu dibandingkan dengan peningkatan jumlah trombosit.<sup>15</sup>

#### **2.1.6. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pasien DBD dilakukan berdasarkan perjalanan klinis penyakit sesuai dengan urutan fase yang terjadi yaitu fase demam, kritis dan penyembuhan.

##### 1) Fase demam

Pada fase demam, penurunan suhu dapat dilakukan dengan pemberian antipiretik, paracetamol 10 mg/Kg BB/ hari jika demam  $>39^{\circ}\text{C}$  setiap 4-6 jam. Untuk pemberian nutrisi yang lebih disukai adalah makanan lunak disertai konsumsi susu, jus buah dan air yang adekuat. Terapi simptomatis lain juga dapat diberikan misalnya antikonvulsan untuk kejang demam. Perlu juga diperhatikan pemberian cairan melalui injeksi intravena serta pengawasan tanda kegawatan yang mengarah ke DSS diberitahukan kepada keluarga. Selanjutnya dilakukan *follow up* pasien setiap hari.

## 2) Fase Kritis

### a. DBD derajat I dan II

Pada hari 3 - 5 demam dianjurkan rawat inap. Pemantauan tanda vital dilakukan setiap 1 - 2 jam selama fase kritis. Pemeriksaan kadar hematokrit berkala setiap 4 - 6 jam. Selain itu perlu dilakukan pencatatan tanda vital, hasil hemoglobin, hematokrit, *intake output* dan pemeriksaan fisik. Selanjutnya pemberian cairan isotonik seperti *Ringer Laktat*, *Ringer Asetat* dan sebagainya.

### b. DBD derajat III dan IV

Pemberian terapi oksigen pada pasien DSS. Penggantian awal cairan IV dengan larutan kristaloid 20 ml/Kg BB dengan tetesan secepatnya (bolus selama 10 menit). Resusitasi diganti dengan koloid 10-20 ml/kg BB selama 10 menit bila DSS belum teratasi. Setelah terjadi perbaikan, maka resusitasi kembali menggunakan kristaloid. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada pasien DBD dengan komplikasi, misalnya analisis gas darah, fungsi hati, fungsi ginjal dan sebagainya.

## 3) Fase Pemulihan

Pada fase pemulihan dilakukan penghentian cairan intravena dan pasien disarankan untuk beristirahat. Bila terjadi *overload* cairan maka diberikan diuretik furosemid 1 mg/Kg BB/ dosis, setelah sebelumnya dilakukan pemasangan kateter urin.

### 1.1.7 Pencegahan

Penyebaran DBD yang meluas bahkan diperkirakan angka kematiannya dapat mencapai 15% menjadikan DBD pusat perhatian berbagai pihak.<sup>16</sup> Oleh

karena itu, perlu adanya tindakan pencegahan penularan DBD. Adapun prinsip tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Memutus rantai penularan dengan mengendalikan kepadatan vektor pada tingkat yang sangat rendah.
- 2) Mengusahakan pemberantasan vektor di pusat daerah penyebaran yaitu sekitar rumah, sekolah dan sebagainya.
- 3) Mengusahakan pemberantasan vektor di daerah dengan potensi penularan tinggi.<sup>8</sup>

Pada tahun 1968 untuk pertama kalinya dilakukan pemberantasan penyakit DBD di Jakarta dan Surabaya. Kegiatan pokok pemberantasan meliputi penemuan dan pengobatan penderita serta penyemprotan di lokasi kasus DBD yang ditemukan. Tahun 1975 - 1979 dibentuk Subdit *Arbovirosis* pada Ditjen PPM-PLP. Untuk desa endemis dilakukan abatisasi selektif (abatisasi terhadap tempat-tempat penampungan air yang ditemukan jentik nyamuk *Aedes aegypti*), *foging* massal dan PSN. Pada tahun 1989, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan 560 tahun 1989 mengenai pencegahan dan penanggulangan DBD melalui kewajiban pelaporan kasus DBD dalam tempo 24 jam.<sup>17,18</sup> Kemudian stratifikasi desa disempurnakan menjadi 3 strata yaitu endemis, sporadis dan bebas/potensial.<sup>18</sup>

Pada tahun 2009, WHO merangkumkan beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mencegah DBD dalam *Dengue Guidelines For Diagnosis, Treatment, Prevention and Control*. Cara pencegahannya meliputi manajemen berbasis lingkungan, kimiawi dan biologi.<sup>15,19</sup>

### 1) Manajemen berbasis lingkungan

Manajemen lingkungan mencakup semua perubahan yang dapat mencegah atau meminimalkan perkembangbiakan vektor sehingga kontak manusia-vektor berkurang. Menurut WHO, manajemen lingkungan dapat dibagi menjadi 3 jenis yaitu :

- a. Modifikasi lingkungan, perubahan fisik habitat larva yang tahan lama
- b. Manipulasi lingkungan, perubahan sementara habitat vektor yang memerlukan pengaturan wadah serta manajemen pemusnahan tempat perkembangbiakan nyamuk
- c. Perubahan kebiasaan atau praktik manusia, untuk mengurangi kontak vektor dengan manusia.<sup>15</sup>

Beberapa kegiatan berbasis lingkungan yang dapat dilakukan untuk mencegah DBD seperti program PSN yang meliputi kegiatan menguras dan menggosok bak mandi serta tempat-tempat penampungan air sekurang-kurangnya seminggu sekali, menutup rapat tempat penampungan air dengan tujuan agar nyamuk tidak dapat bertelur pada tempat-tempat tersebut. Selain itu, mengubur barang-barang bekas terutama yang berpotensi menjadi tempat berkembangnya jentik-jentik nyamuk, seperti sampah keleng, botol pecah, dan ember plastik serta mengganti air pada vas bunga dan wadah terbuka lain yang berpotensi setidaknya seminggu sekali. Kegiatan lain seperti membersihkan pekarangan dan halaman sekitar tempat tinggal, menutup lubang-lubang pada pohon terutama pohon bambu yang dapat menampung air, membersihkan air yang tergenang di atap rumah serta membersihkan salurannya kembali jika salurannya tersumbat oleh

sampah-sampah dari daun juga dinilai mampu mengurangi populasi nyamuk sebagai vektor penyebab.<sup>20</sup>

Sementara untuk mencegah atau mengurangi kontak antara vektor dengan manusia dapat dilakukan dengan cara menggunakan kelambu yang diberi insektisida saat tidur, berpakaian menutupi tubuh, memakai semprotan piretrum dan aerosol untuk perlindungan diri, memakai *repellant*/ obat anti nyamuk oles, memasang kawat kasa di jendela dan ventilasi, mengatur pencahayaan dalam rumah agar ruangan tidak lembab dan cukup terkena cahaya dan tidak membiasakan menggantung pakaian di dalam kamar.<sup>15,19</sup>

## 2) Kontrol biologis

Pengendalian ini dilakukan untuk membasmi vektor pada tahap larva, sehingga siklus hidup nyamuk dapat diputus. Kontrol biologis dapat dilakukan dengan menggunakan ikan pemakan larva nyamuk, bakteri *Bacillus thuringiensis* dan *Copepoda* predator seperti *Cyclopoidea*.<sup>15,19</sup>

## 3) Manajemen secara kimiawi

Pengendalian secara kimiawi merupakan cara pengendalian serta pembasmian nyamuk serta jentiknya dengan menggunakan bahan-bahan kimia. Cara pengendalian ini dapat dilakukan antara lain dengan pengasapan/ fogging yang berguna untuk membunuh nyamuk dewasa dan pemberian bubuk abate (*Temephos*) pada tempat-tempat penampungan air untuk membunuh larva nyamuk.<sup>15,19</sup>

Dalam mencegah penyakit DBD, ada cara yang paling mudah dan efektif yang merupakan rangkuman dari kegiatan di atas yaitu dengan



mengkombinasikan cara-cara di atas yang dikenal dengan istilah 3M Plus yaitu dengan menutup tempat penampungan air, menguras bak mandi dan tempat penampungan air sekurang-kurangnya seminggu sekali serta menimbun sampah-sampah dan lubang-lubang pohon yang berpotensi sebagai tempat perkembangan jentik-jentik nyamuk. Selain itu, dapat pula ditambah dengan melakukan tindakan plus seperti memelihara ikan pemakan larva nyamuk, menggunakan kelambu saat tidur, memasang kasa, menyemprot dengan insektisida, menggunakan *repellant*, memasang obat nyamuk, memeriksa jentik nyamuk secara berkala serta tindakan lain yang sesuai dengan kondisi setempat.<sup>19,21</sup>

## **2.2 Pengetahuan, Sikap dan Praktik Ibu dalam pencegahan DBD**

### **2.2.1 Pengetahuan**

Pengetahuan adalah keseluruhan pemikiran, gagasan, ide, konsep dan pemahaman yang dimiliki manusia tentang dunia dan isinya termasuk manusia dan kehidupannya.<sup>22</sup> Pengetahuan juga merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu dan pengetahuan hanya akan terwujud jika manusia tersebut adalah bagian dari objek itu sendiri.<sup>23</sup> Penginderaan tersebut terjadi melalui panca indera manusia yang nantinya akan berperan penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).<sup>11</sup>

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:<sup>24</sup>

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai memanggil (*recall*) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Sehingga tahu merupakan tahap paling rendah dari pengetahuan.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menginterpretasikan secara benar suatu objek tertentu. Orang yang memahami suatu objek dapat menjelaskan, menyebutkan, dan menyimpulkan objek yang telah dipelajari.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya. Setelah memahami suatu proses, juga harus dapat membuat perencanaan untuk melaksanakan proses tersebut.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan dan memisahkan suatu komponen, kemudian mencari hubungan antar komponen terkait.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau merangkum satu hubungan yang logis dari komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah menyusun formulasi baru dari formulasi yang sudah ada sebelumnya.

#### 6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap objek. Penilaian didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma yang berlaku di masyarakat.

Tingkat pengetahuan dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif sebagai berikut:<sup>25</sup>

- 1) Baik : Hasil presentase 76%-100%
- 2) Cukup : Hasil presentase 56%-75%
- 3) Kurang : Hasil presentase kurang dari 56%

#### 2.2.2 Sikap

Sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial atau secara sederhana. Sikap merupakan respon terhadap stimulasi sosial yang telah terkondisikan.<sup>26</sup>

Sikap merupakan kesediaan untuk bereaksi (*disposition to react*) secara positif (*favorably*) atau secara negatif (*unfavorably*) terhadap obyek – obyek tertentu. Ahli psikologi W.J Thomas yang dikutip oleh Notoadmodjo memberikan batasan sikap sebagai tingkatan kecenderungan yang bersifat positif maupun negatif yang berhubungan dengan obyek psikologi.<sup>11,22,24</sup>

Dalam teori Allport tahun 1954 yang dikutip oleh Notoadmodjo, menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 4 komponen pokok yaitu kepercayaan, ide dan konsep terhadap suatu objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek serta kecenderungan untuk bertindak. Keempat komponen ini akan

membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap ini, pengetahuan memegang peranan penting.<sup>11,22,24</sup>

Adapun tingkatan sikap yaitu:<sup>11</sup>

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

2) Menanggapi (*responding*)

Memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang diberikan.

3) Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek memberikan nilai positif terhadap objek atau stimulus seperti membahas dengan orang lain, mengajak atau menganjurkan orang lain merespon.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko. Merupakan sikap yang paling tinggi.

Tingkatan sikap dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala likert, yaitu untuk pernyataan *favourable* bila menjawab:<sup>27</sup>

- 1) Sangat setuju : nilai 5
- 2) Setuju : nilai 4
- 3) Ragu-ragu : nilai 3
- 4) Tidak setuju : nilai 2
- 5) Sangat tidak setuju : nilai 1

Sedangkan pernyataan *unfavourable* bila menjawab:<sup>27</sup>

- 1) Sangat tidak setuju : nilai 5
- 2) Tidak setuju : nilai 4
- 3) Ragu-ragu : nilai 3
- 4) Tidak setuju : nilai 2
- 5) Setuju : nilai 1

### 2.2.3 Praktik

Praktik atau tindakan masyarakat yang tercermin dalam bentuk partisipasi adalah ikut sertanya seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan permasalahan-permasalahan masyarakat tersebut. Praktik masyarakat di bidang kesehatan berarti keikutsertaan anggota masyarakat dalam memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri.<sup>21,28</sup>

Tingkatan praktik atau tindakan sebagai berikut:<sup>11</sup>

- 1) Persepsi (*perception*)

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

- 2) Respon terpimpin (*guided response*)

Apabila subjek telah melakukan sesuatu tetapi masih bergantung tuntutan atau panduan.

- 3) Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Apabila subjek telah melakukan sesuatu secara otomatis atau merupakan suatu kebiasaan.

#### 4) Adopsi (*adoption*)

Tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya yang dilakukan tidak sekedar rutinitas tetapi sudah dimodifikasikan sehingga lebih berkualitas tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.<sup>11,22,24</sup>

Agar praktik dapat berlangsung dengan baik, diperlukan adanya elemen-elemen yaitu motivasi, komunikasi, kooperatif dan mobilisasi yang tinggi.<sup>11,22</sup>

#### **2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan, Sikap dan Praktik**

Dalam teori Lawrence dan Green yang dikutip oleh Notoadmodjo, perilaku manusia dianalisis dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*).<sup>11</sup> Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan oleh 3 faktor, yaitu :

- 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 fasilitas atau sarana, peralatan medis dan nonmedis.
- 3) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan, sikap dan praktik seseorang dapat dipengaruhi beberapa faktor, antara lain intelegensia, pendidikan, pengalaman, usia, tempat tinggal, pekerjaan, tingkat ekonomi, sosial budaya dan informasi.<sup>11,22,24</sup>

### 1) Intelegensia

Intelegensia merupakan kemampuan yang dibawa sejak lahir, yang memungkinkan seseorang berbuat sesuatu dengan cara tertentu. Tingkat intelegensia mempengaruhi seseorang dalam menerima suatu informasi. Orang yang memiliki intelegensia tinggi akan mudah menerima suatu pesan maupun informasi.

### 2) Pendidikan

Pendidikan merupakan usaha mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi tentang kesehatan yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya.

### 3) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Misalnya seorang ibu yang berpengalaman tentang suatu penyakit yang

diderita anaknya akan lebih mendalami penyakit tersebut sehingga di masa yang akan datang apabila kasus serupa terjadi lagi mendapat penanganan yang tepat.

#### 4) Usia

Usia dapat mempengaruhi seseorang, semakin cukup umur maka tingkat kemampuan, kematangan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan menerima informasi. Akan tetapi faktor ini tidak mutlak sebagai tolak ukur misalnya seorang yang berumur lebih tua belum tentu memiliki pengetahuan lebih baik mengenai demam berdarah dibandingkan dengan seseorang yang lebih muda.

#### 5) Tempat tinggal

Tempat tinggal adalah tempat menetap responden sehari-hari. Seseorang yang tinggal di daerah endemis demam berdarah lebih sering menemukan kasus demam berdarah di sekitar lingkungan tempat tinggalnya, sehingga masyarakat di daerah tersebut seharusnya memiliki tingkat kewaspadaan yang lebih tinggi dibandingkan wilayah non endemis. Hal ini juga berhubungan dengan informasi yang didapat seseorang di daerah endemis demam berdarah akan lebih sering mendapatkan penyuluhan kesehatan bila dibandingkan dengan daerah non endemis.

#### 6) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi dan menunjang kebutuhan hidup. Tujuannya adalah mencari nafkah. Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung dan tidak langsung. Misalnya individu yang bekerja sebagai



tenaga kesehatan mempunyai pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan orang lain yang bekerja di luar bidang kesehatan.

#### 7) Tingkat Ekonomi

Tingkat ekonomi berpengaruh terhadap tingkah laku seseorang. Individu yang berasal dari keluarga yang berstatus sosial ekonominya baik dimungkinkan lebih memiliki pengetahuan lebih baik karena mudah mengakses berbagai informasi yang berasal dari keluarga berstatus ekonomi rendah.

#### 8) Sosial Budaya

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Sosial termasuk pandangan agama, kelompok etnis dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap khususnya dalam penerapan nilai-nilai keagamaan untuk memperkuat kepribadiannya. Misalnya orang yang berasal dari suku tertentu memiliki kecenderungan untuk bersikap lebih peduli atau acuh.

#### 9) Informasi dan Media Massa

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, termasuk peyuluhan kesehatan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan pengetahuan seseorang. Semakin banyak seseorang menerima informasi mengenai suatu penyakit maka pengetahuannya mengenai penyakit tersebut pun akan meningkat.

### **2.2.5 Skor *Knowledge, Attitude and Practice* (KAP)**

Dalam perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru dibutuhkan 3 komponen yaitu pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan praktik (*practice*) atau KAP. Cara memperoleh data tentang pengetahuan dan sikap cukup dilakukan dengan wawancara, baik terstruktur maupun mendalam. Sedangkan data tentang praktik paling akurat diperoleh dari pengamatan namun dapat juga dilakukan dengan pendekatan recall atau mengingat kembali tindakan yang telah dilakukan responden pada waktu lampau. Penilaian KAP terangkum dalam skor KAP yang merupakan gabungan dari penilaian 3 komponen tersebut.<sup>11,22</sup>

### **2.2.6 Studi KAP dalam Pencegahan DBD**

Pada survey yang dilakukan oleh Swaddiwudhipong tahun 1992 di Thailand tentang KAP dalam pencegahan DBD, diketahui bahwa 90% sampel mengetahui penyebab penularan DBD adalah nyamuk *Aedes aegypti*.<sup>29</sup> Sedangkan pada penelitian Gupta tahun 1998 yang menilai pengetahuan, sikap dan praktik pencegahan DBD di Delhi 82,3% masyarakat waspada terhadap dengue. Nyamuk dikenal menjadi penyebab penyebaran penyakit 71% di pedesaan dan 89% di kota.<sup>30</sup> Penelitian yang dilakukan oleh Hairi dkk pada tahun 2003 tentang studi KAP pada dengue diantara masyarakat pedesaan di Kuala Kangsar menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan praktik. Namun terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan praktik terhadap pengawasan nyamuk *Aedes*.<sup>31</sup> Penelitian oleh Syed dkk pada tahun 2010 di Pakistan menunjukkan bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang

signifikan dengan tingkat pendidikan ( $p=0,004$ ) dan status sosial ekonomi ( $p=0,02$ ).<sup>32</sup>

## **2.3. PENYULUHAN KESEHATAN**

### **2.3.1 Definisi**

Penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat.<sup>33</sup>

Ada 5 fase dalam penyuluhan kesehatan. Fase pertama berkaitan dengan teori Lawrence dan Green yang menggambarkan kerangka *predisposing, reinforcing and enabling cause in education diagnosis and evaluation* dimana penyuluhan kesehatan berkaitan dengan perubahan-perubahan yang dapat mengubah perilaku dan membantu pencapaian tujuan yang diinginkan. Fase kedua adalah sensitisasi dimana tujuan dan hasil yang diharapkan berupa penambahan pengetahuan, perubahan kebiasaan dan proses menyadarkan orang lain dalam berperilaku. Fase ketiga yaitu publisitas dimana pada fase ini berkaitan dengan fase sebelumnya. Pada fase ini akan dirincikan materi penyuluhan lebih detail dengan pernyataan sederhana dan ringkas. Fase keempat merupakan pendidikan kesehatan dalam arti umum yaitu terjalinnya kontak pribadi antara orang yang memberi dan menerima informasi. Pembelajaran dapat tercapai jika ada kecocokan usaha pemberi dan penerima informasi tersebut. Untuk dapat memberikan informasi yang dapat meningkatkan pengetahuan orang lain/mengubah konsep dalam bertindak penyuluhan kesehatan dilakukan melalui

situasi yang akrab dengan pendengarnya serta sesuai dengan kepribadiannya. Fase kelima adalah motivasi yang dibatasi pada upaya penghentian perilaku kompulsif.<sup>34</sup>

Kegiatan yang dilaksanakan berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, dimana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan, secara perseorangan maupun secara kelompok dengan meminta pertolongan kepada masyarakat maupun individu. Dengan adanya pesan tersebut maka diharapkan masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut pada akhirnya akan mempengaruhi perilaku.<sup>22,27</sup> Penyuluhan kesehatan juga merupakan suatu proses yang mempunyai masukan dan keluaran untuk mencapai tujuan pendidikan yaitu perubahan perilaku. Namun ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan penyuluhan tersebut seperti faktor masukan, faktor metode, faktor materi, pendidik atau petugas yang melakukannya serta alat bantu pendidikan yang dipakai. Agar hasilnya optimal, maka faktor tersebut harus bekerja secara harmonis.<sup>11</sup>

### **2.3.2 Tujuan**

Tujuan penyuluhan kesehatan yaitu meningkatkan kesadaran, meningkatkan pengetahuan, mempengaruhi sikap dan persepsi untuk berperilaku, memperagakan keterampilan sederhana, memotivasi tindakan serta membangun norma.<sup>35</sup>

### 2.3.3 Metode

Metode pembelajaran dalam penyuluhan kesehatan dipilih berdasarkan tujuan penyuluhan kesehatan, kemampuan tenaga pengajar, kemampuan objek sebagai pendengar, besarnya kelompok, waktu pelaksanaan, dan ketersediaan sarana prasarana. Metode penyuluhan kesehatan bersifat penyuluhan individual, penyuluhan kelompok dan penyuluhan massa. Metode pendekatan perseorangan dinilai efektif karena dapat secara langsung menyelesaikan masalah atas bimbingan penyuluhan tetapi dalam segi sasaran metode ini dinilai kurang efektif. Sedangkan metode pendekatan kelompok cukup efektif karena sasaran dibimbing dan diarahkan untuk melakukan kegiatan atas dasar kerjasama. Kelemahan metode ini adalah adanya kesulitan dalam mengkoordinasikan sasaran karena faktor geografis dan aktivitas sasaran. Metode yang sering digunakan dalam penyuluhan kesehatan yaitu bimbingan dan penyuluhan, wawancara, ceramah, seminar, symposium, diskusi kelompok, forum panel, demonstrasi, simulasi dan permainan peran.<sup>11,22,35</sup>

Ceramah adalah metode penyampaian informasi dan pengetahuan dengan cara lisan kepada sekelompok masyarakat yang pada umumnya mengikuti secara pasif. Metode ceramah dapat dikatakan sebagai salah satu metode yang paling ekonomis untuk menyampaikan informasi dan paling efektif dalam mengatasi kelangkaan literatur atau rujukan yang sesuai dengan jangkauan daya beli serta daya paham peserta. Adapun kelebihan metode ceramah adalah penceramah mudah menguasai kelompok, penceramah mudah menerangkan banyak bahan ajar berjumlah besar, dapat diikuti sejumlah orang dan mudah dilaksanakan.<sup>36</sup>

### **2.3.4 Media**

Media dalam penyuluhan kesehatan dapat berupa media elektronik, media cetak dan media papan. Media elektronik berupa tv, radio, internet, dan sebagainya. Sedangkan media cetak berupa koran, majalah, pamflet, *leaflet*, dan sebagainya.<sup>37</sup>

*Leaflet* adalah lembaran yang dilipat yang berfungsi untuk menyampaikan informasi atau pesan-pesan kesehatan. Isi informasi dalam *leaflet* dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi. Biasanya leaflet diberikan selesai kuliah/ceramah kepada sasaran dengan maksud memperkuat pesan yang diberikan.<sup>11,37</sup>

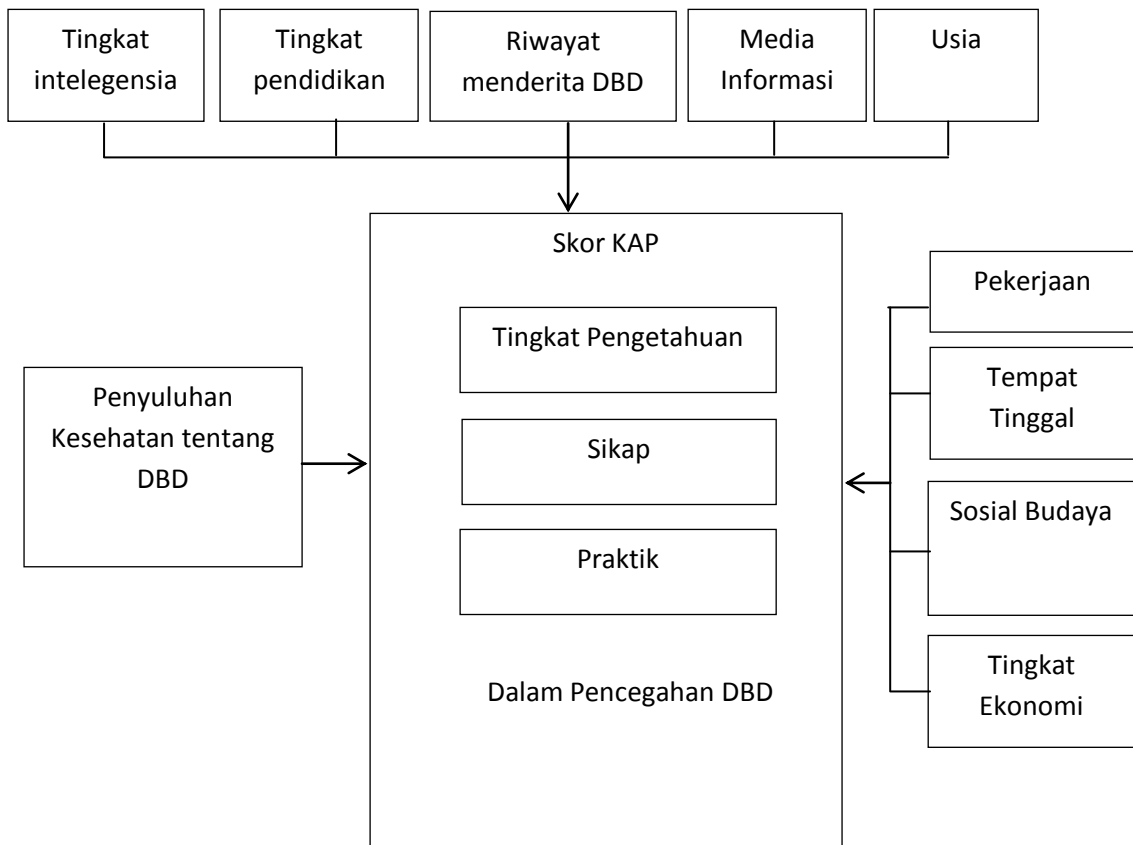
### **2.4 Pengaruh Penyuluhan terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Praktik Ibu dalam Pencegahan DBD pada Anak.**

Berdasarkan teori diatas, penyuluhan sangat berperan dalam peningkatan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi sikap dan praktik manusia sehingga dapat berpartisipasi dalam kegiatan tersebut. Dalam hal ini, penyuluhan kesehatan akan meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak.<sup>12</sup> Ibu yang mendapatkan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan akan mendapat masukan pengetahuan baru tentang DBD, sehingga mempengaruhi sikap dan praktik dalam mencegah DBD terutama berkaitan dengan anaknya.

### BAB III

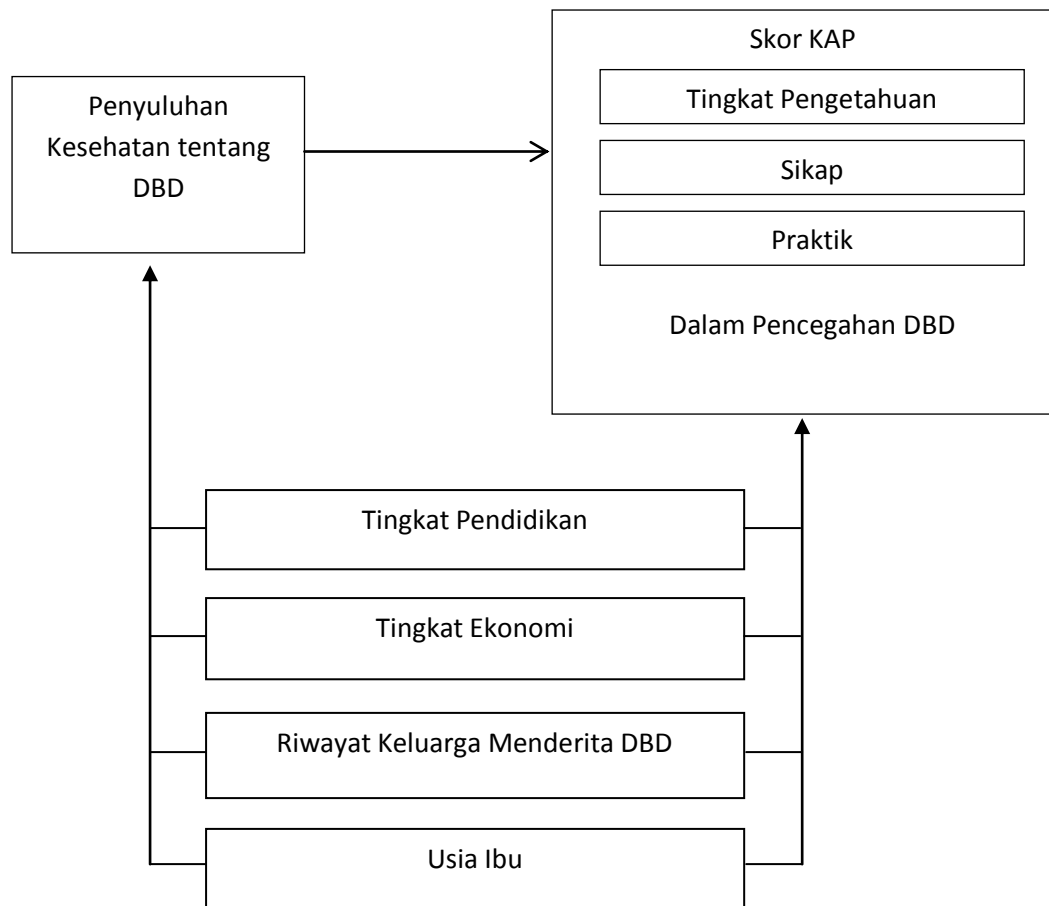
## KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN HIPOTESIS

### 3.1 Kerangka Teori



Gambar 6. Kerangka teori

### 3.2 Kerangka Konsep



Gambar 7. Kerangka Konsep

### 3.3 Hipotesis

#### 3.3.1 Hipotesis Mayor

Penyuluhan kesehatan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak.

#### 3.3.2 Hipotesis Minor

- 1) Tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu setelah mendapat penyuluhan kesehatan lebih tinggi daripada sebelum mendapat penyuluhan kesehatan.



- 2) Tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu yang mendapat penyuluhan kesehatan lebih tinggi daripada yang tidak mendapat penyuluhan kesehatan.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Ruang Lingkup Penelitian

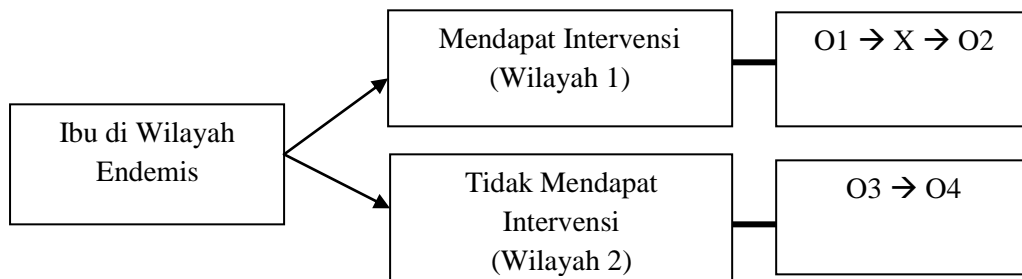
Ilmu Kesehatan Anak dan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

#### 4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Di dua wilayah kelurahan Kota Semarang yaitu Kelurahan Gajahmungkur dan Kelurahan Tembalang yang merupakan daerah endemik DBD berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2009 sampai 2011. Waktu penelitian dilakukan sejak Bulan Maret 2012 sampai Juni 2012.

#### 4.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian intervensional dengan rancangan quasi experimental *non equivalent control group design*. Rancangan penelitian ini dipilih karena tidak mampu memenuhi persyaratan yang dibutuhkan untuk mengontrol pengaruh dari variabel eksternal.<sup>38</sup>



Gambar 8. Rancangan Penelitian

## **4.4 Populasi dan Sampel**

### **4.4.1 Populasi Target**

Ibu yang memiliki anak dengan usia  $\leq 14$  tahun yang tinggal di wilayah endemis dengue.

### **4.4.2 Populasi Terjangkau**

Ibu yang memiliki anak dengan usia  $\leq 14$  tahun yang tinggal di Kelurahan Gajahmungkur dan Kelurahan Tembalang Kota Semarang pada periode penelitian.

### **4.4.3 Sampel**

Ibu yang memiliki anak dengan usia  $\leq 14$  tahun yang tinggal di wilayah Gajahmungkur dan Tembalang pada periode penelitian yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

#### **4.4.3.1 Kriteria Inklusi**

- 1) Ibu yang tinggal minimal selama 6 bulan di wilayah penelitian.
- 2) Ibu tinggal serumah dengan anak.
- 3) Ibu yang bersedia mengikuti penelitian.

#### **4.4.3.2 Kriteria Eksklusi**

- 1) Ibu yang bekerja sebagai tenaga medis.

Kriteria kontrol sama dengan kriteria pada kelompok yang diintervensi.

### **4.4.4 Cara Sampling**

Cara pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling*, berdasarkan kriteria yang telah ditentukan peneliti. Pengambilan sampel

dilakukan dengan memilih RT/RW yang memiliki tingkat kejadian DBD tertinggi melalui randomisasi bertingkat dan dihentikan sampai besar sampel yang dibutuhkan terpenuhi.

#### 4.4.5 Besar Sampel

Perhitungan besar sampel dilakukan dengan rumus besar sampel untuk uji hipotesis perbedaan proporsi dua populasi. Rumus ini dipilih karena peneliti ingin membandingkan tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu antara kelompok yang mendapat intervensi penyuluhan DBD dan kelompok yang tidak mendapat intervensi penyuluhan DBD.

Perhitungan besar sampel adalah sebagai berikut

$$n_1 = n_2 = \frac{(z\alpha\sqrt{2PQ} + z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$= \frac{(1,96\sqrt{2,0,675,0,325} + 0,842\sqrt{0,85,0,15 + 0,5,0,5})^2}{(0,85 - 0,5)^2}$$

Keterangan

$n_1 = n_2 =$  Besar sampel

$\alpha =$  Kesalahan tipe I = 5% ;  $z\alpha = 1,96$

$\beta =$  Kesalahan tipe II = 20% ;  $z\beta = 0,842$

$P_1 - P_2 =$  Selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna = 35%  
= 0,35

$P_1 =$  Proporsi pada kelompok uji = 85% = 0,85

$Q_1 = 1 - P_1 = 0,15$

$P_2 =$  Proporsi pada kelompok standar = 50% = 0,50

$Q_2 = 1 - P_2 = 0,50$

$P =$  Proporsi total =  $\frac{P_1 + P_2}{2} = 0,675$

$$Q = 1 - P = 0,325$$

Maka

$$n = \frac{(1,8156023)^2}{0,35^2} = 26,90948 = 27$$

$$n_1 = n_2 = 27$$

Berdasarkan perhitungan di atas, untuk tiap kelompok minimal dibutuhkan 27 subyek penelitian. Besar sampel total adalah 54 orang.

## 4.5 Variabel Penelitian

### 4.5.1 Variabel Bebas

Penyuluhan kesehatan tentang DBD.

### 4.5.2 Variabel Terikat

Tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak.

### 4.5.3 Variabel Perancu

- 1) Tingkat pendidikan
- 2) Tingkat ekonomi
- 3) Riwayat keluarga menderita DBD
- 4) Usia ibu.

## 4.6 Definisi Operasional

No	Variabel	Unit	Skala
1.	Penyuluhan kesehatan tentang DBD Kegiatan pendidikan kesehatan tentang DBD meliputi definisi, penyebab, vektor, dan pencegahannya. Metode penyuluhan yang digunakan adalah penyuluhan langsung menggunakan media powerpoint dan <i>leaflet</i>	-	Nominal

No	Variabel	Unit	Skala
	<p>dimana pemberi materi adalah peneliti dan sasaran adalah ibu di Kelurahan Gajahmungkur RW 08 RT 04.</p> <p>Pengaruh penyuluhan kesehatan dilihat dari perbedaan skor total jawaban kuesioner sebelum dan sesudah penyuluhan.</p> <p>Penyuluhan kesehatan tersebut dikategorikan sebagai berikut</p> <p>a. Diberi penyuluhan</p> <p>b. Tidak diberi penyuluhan</p>		
2.	<p>Skor KAP</p> <p>Skor KAP diperoleh dari penjumlahan skor <i>knowledge, attitude and practice</i>.</p> <p>Rentang total skor KAP adalah 12-180</p> <p>Kategori baik : 144-180</p> <p>Kategori sedang : 108-143</p> <p>Kategori buruk : 12-107</p>	-	Ordinal
	<p>Skor <i>Knowledge</i> (pengetahuan)</p> <p>Pengetahuan ibu dalam pencegahan DBD Segala hal yang diketahui ibu berkaitan dengan penyakit DBD. Pengetahuan tersebut meliputi gejala dan tanda, penyebab, vektor penyakit, cara pemberantasan serta pencegahan DBD.</p> <p>Skor ini diperoleh memiliki rentang nilai 0-15, dan dibagi menjadi 3 kategori.</p> <p>a. Kategori baik (76-100%) : 12-15</p> <p>b. Kategori cukup (56%-75%) : 9-11</p> <p>c. Kategori kurang (&lt;56%) : 0-8</p> <p>Total skor <i>knowledge</i> akan dikalikan 4</p>		
	<p>Skor <i>Attitude</i> (sikap)</p> <p>Sikap dalam pencegahan DBD adalah kesediaan untuk bereaksi secara positif, netral atau negatif terhadap penatalaksanaan DBD.</p> <p>Setiap pertanyaan diberi skor berdasarkan kriteria Likert.<sup>27</sup></p> <p>Untuk pernyataan <i>favourable</i> bila menjawab:</p> <p>Sangat setuju : nilai 5</p> <p>Setuju : nilai 4</p> <p>Ragu-ragu : nilai 3</p> <p>Tidak setuju : nilai 2</p> <p>Sangat tidak setuju : nilai 1</p>		

No	Variabel	Unit	Skala
	<p>Sedangkan pernyataan <i>unfavourable</i> bila menjawab</p> <p>Sangat tidak setuju : nilai 5</p> <p>Tidak setuju : nilai 4</p> <p>Ragu-ragu : nilai 3</p> <p>Tidak setuju : nilai 2</p> <p>Setuju : nilai 1</p> <p>Skor ini diperoleh memiliki rentang nilai 12-60, dan dibagi menjadi 3 kategori</p> <p>a. Sikap positif : 47-60</p> <p>b. Sikap netral : 41-46</p> <p>c. Sikap negatif : 12-40</p>		
	<p>Skor <i>Practice</i> (praktik)</p> <p>Praktik dalam pencegahan DBD adalah tindakan nyata yang dilakukan ibu untuk mencegah terjadinya penyakit DBD dan diaplikasikan dalam bentuk partisipasi. Setiap pertanyaan diberi skor berdasarkan dengan jawaban</p> <p>Melakukan : nilai 1</p> <p>Tidak melakukan : nilai 0</p> <p>a. Kategori baik (76-100%) : 12-15</p> <p>b. Kategori cukup (56-75%) : 9-11</p> <p>c. Kategori kurang (&lt;56%) : 0-8</p> <p>Total skor <i>practice</i> akan dikalikan 4</p>		
3.	<p>Tingkat pendidikan ibu</p> <p>Riwayat pendidikan formal terakhir ibu. Diukur dengan menjawab pertanyaan pada karakteristik responden dalam kuisisioner seputar tingkat pendidikan ibu berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki dan dikategorikan sebagai berikut:</p> <p>a. Kategori rendah : SD-SMP</p> <p>b. Kategori sedang : SMA-akademi</p> <p>c. Kategori tinggi : &gt;akademi</p>	-	Ordinal
4.	<p>Tingkat ekonomi</p> <p>Tingkat ekonomi yang dimaksud merupakan jumlah pendapatan yang diperoleh dalam satu bulan. Tingkat ekonomi dihitung dari pendapatan kepala keluarga dan dikategorikan berdasarkan UMK Kota Semarang yang berlaku mulai 1 Januari 2012.<sup>39</sup> Jumlah pendapatan yang merupakan</p>	Rupiah	Nominal

No	Variabel	Unit	Skala
	salah satu indikator kesejahteraan dinilai melalui wawancara dengan responden. a. Kategori tinggi : > Rp 991.500,- b. Kategori rendah : ≤ Rp 991.500,-		
5.	Riwayat keluarga menderita DBD Diketahui dari hasil wawancara dengan menjawab: a. Ya : bila ada keluarga yang pernah menderita. b. Tidak : apabila tidak ada keluarga yang pernah menderita.	-	Nominal
6	Usia ibu Diketahui dari hasil wawancara karakteristik responden dalam kuisisioner. Usia ibu dikategorikan sebagai berikut berdasarkan penelitian sebelumnya <sup>12</sup> : a. < 20 b. 20-30 c. 31-40 d. >40	Tahun	Rasio

## 4.7 Cara Pengambilan Data

### 4.7.1 Bahan

Materi penyuluhan kesehatan yang berisi pengertian, penyebab, penatalaksanaan, dan pencegahan DBD.

### 4.7.2 Alat

*Leaflet* dan daftar pertanyaan (kuisisioner) yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan metode *expert validity*. Kuisisioner dikonsultasikan kepada 3 ahli yang berkompeten (*expert validity*). Masing-masing item diberi nilai +1 apabila setuju, +0 apabila ragu-ragu, dan -1 apabila tidak setuju. Item pertanyaan dimasukkan ke dalam daftar kuisisioner



apabila rata-rata penilaian  $\geq 0,5$ . Sedangkan untuk reliabilitasnya menggunakan uji reliabilitas *Cronbach alpha*.

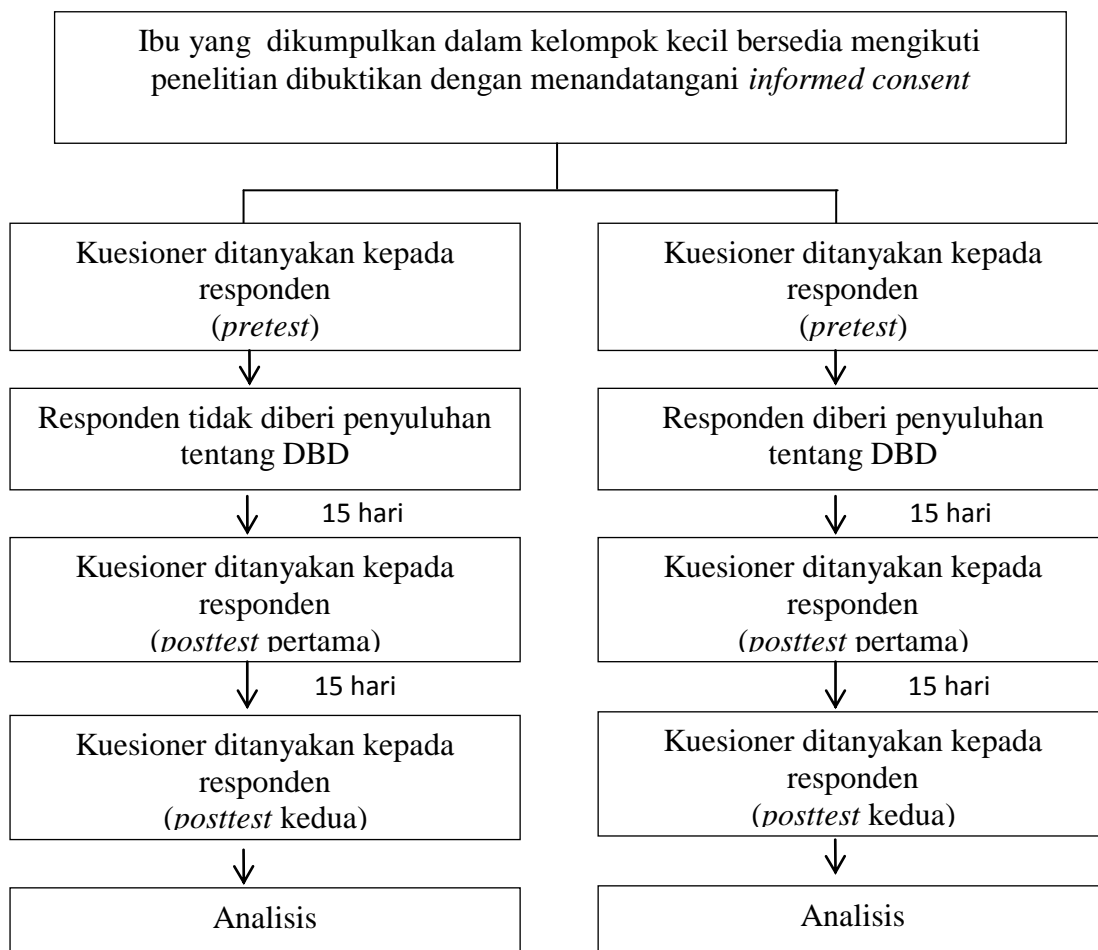
#### **4.7.3 Jenis Data**

Data yang diambil merupakan data primer. Data primer yang dikumpulkan adalah data karakteristik responden dan data mengenai pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD .

#### **4.7.4 Cara Kerja**

Penentuan wilayah penelitian ditentukan berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2011. Setelah wilayah penelitian ditentukan, sampel penelitian dipilih dari masing-masing wilayah sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan peneliti dengan cara membuat kelompok kecil berisi 10 sampai 15 orang ibu yang berasal dari RT/RW paling endemis di kelurahan tersebut. Subjek yang bersedia mengikuti penelitian dibuktikan dengan menandatangani *informed consent*. Kemudian ibu diberi kuesioner sebagai *pretest*. Pada wilayah pertama diberikan penyuluhan kesehatan tentang DBD dengan metode ceramah setelah *pretest* sedangkan wilayah kedua tidak diberi penyuluhan. Penyuluhan kesehatan disajikan dalam bentuk lembar balik (*leaflet*). Setelah 15 hari dilakukan *posttest* pertama pada kedua wilayah tersebut dan 15 hari berikutnya akan dilakukan *posttest* kedua. Kemudian dilakukan analisis data.

#### 4.8 Alur Penelitian



Gambar 9. Alur Penelitian

#### 4.9 Analisis Data

Pada data yang terkumpul sebelum dianalisis dilakukan *cleaning*, *editing*, *coding*, *tabulating*, dan *entry data*.

Analisis data meliputi analisis deskriptif dan uji hipotesis. Pada analisis deskriptif ada yang berskala kategorial dinyatakan sebagai distribusi frekuensi dan persentase. Sedangkan data yang berskala kontinyu dinyatakan sebagai rerata dan

simpang baku atau median apabila terdistribusi tidak normal. Uji normalitas distribusi data dilakukan dengan uji Saphiro Wilk.

Uji hipotesis perbedaan skor KAP antara kelompok yang mendapat penyuluhan dengan yang tidak mendapat penyuluhan dianalisis dengan uji *Mann-Whitney* karena berdistribusi tidak normal. Perbedaan distribusi kategori skor KAP antara kelompok yang mendapat penyuluhan dengan yang tidak mendapat penyuluhan dianalisis dengan uji  $\chi^2$ .

Uji hipotesis untuk mencari hubungan pretest, posttest 15 hari dan posttest 30 hari dianalisis dengan uji *Friedman* karena berdistribusi tidak normal.

Nilai P dianggap bermakna apabila  $p < 0,05$ . Analisis data dilakukan dengan menggunakan program komputer.

#### **4.10 Etika Penelitian**

Sebelum penelitian dilakukan protokol penelitian dimintakan persetujuan dari komisi etik penelitian kesehatan FK UNDIP dan ijin dari pemerintah setempat. Calon subyek penelitian diberi penjelasan mengenai maksud, tujuan, dan manfaat penelitian. Subyek yang bersedia ikut serta dalam penelitian diminta untuk menandatangani *informed consent*. Subyek berhak menolak untuk diikutsertakan tanpa ada konsekuensi apapun. Subyek juga berhak untuk keluar dari penelitian sesuai dengan keinginan.

Biaya penelitian ditanggung oleh peneliti. Subyek penelitian diberi imbalan sesuai kemampuan peneliti.

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Selama penelitian, didapatkan sampel pada masing-masing kelompok sebanyak 30 sampel dan 3 sampel drop out oleh karena ketidaktaatan sampel saat mengikuti penelitian. Sehingga jumlah sampel akhir adalah 54 orang yang terdiri dari 27 orang pada kelompok yang diberi perlakuan dan 27 orang pada kelompok kontrol. Pemilihan kelompok yang akan diberi penyuluhan dan yang tidak diberi penyuluhan berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2011 dan menetapkan Kelurahan Gajahmungkur dan Kelurahan Tembalang sebagai wilayah yang memiliki insidensi DBD terbanyak. Pemilihan Kelurahan Gajahmungkur sebagai daerah yang akan diberi penyuluhan karena mempertimbangkan wilayah tersebut adalah wilayah dengan insidensi DBD tertinggi, sehingga Kelurahan Tembalang bertindak sebagai kontrol. Dalam pemilihan sampel tiap kelurahan, ditentukan RW terbanyak yang memiliki insidensi DBD dan dari RW tersebut ditentukan pula RT terbanyak yang memiliki insidensi DBD. Sehingga pada Kelurahan Gajahmungkur diambil sampel pada RT 04 RW VIII sedangkan pada Kelurahan Tembalang diambil sampel pada RT 02 dan RT 03 RW VII untuk memenuhi jumlah sampel penelitian.

Hasil penelitian yang didapatkan pada penelitian ini disajikan dalam tabel sebagai berikut

**Tabel 3.** Distribusi Karakteristik Sosio-Demografik Kelompok Perlakuan dan Kontrol

Variabel	Kelompok		P
	Perlakuan	Kontrol	
Usia Ibu; rerata $\pm$ SB	39,11 $\pm$ 10,23	36,07 $\pm$ 7,75	0,1 <sup>§</sup>
Kategori umur ibu; n (%)			
- <20	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
- 20-30	6 (11,1%)	7 (13,0%)	
- 31-40	9 (16,7%)	12 (22,2%)	
- >40	12 (22,2%)	8 (14,8%)	0,5*
Jenis Kelamin Anak; n (%)			
- Perempuan	14 (25,9%)	13 (24,1%)	
- Laki-laki	13 (24,1%)	14 (25,9%)	0,8*
Pendapatan; n (%)			
- Tinggi ( $\geq$ Rp991.500)	10 (18,5%)	13 (24,1%)	
- Rendah (<Rp991.500)	17 (31,5%)	14 (25,9%)	0,4*
Pendidikan; n (%)			
- Tinggi (>akademik)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
- Sedang (SMA-akademi)	11 (20,4%)	16 (29,6%)	
- Rendah (SD-SMP)	16 (29,6%)	11 (20,4%)	0,2*
Pekerjaan; n (%)			
- Ibu rumah tangga	23 (42,6%)	24 (44,4%)	
- Buruh	0 (0,0%)	3 (5,6%)	
- Penjual	1 (1,9%)	0 (0,0%)	
- Swasta	3 (5,6%)	0 (0,0%)	0,1*
Riwayat Menderita DBD; n (%)			
- Ya	3 (8,1%)	7 (25,9%)	
- Tidak	24 (88,9%)	20 (74,1%)	0,2*

<sup>§</sup>Uji Independent t test

\*Uji  $\chi^2$

Pada tabel 3. rerata umur ibu pada kelompok perlakuan lebih tua daripada kelompok kontrol, namun perbedaan tersebut adalah tidak bermakna ( $p=0,1$ ). Berdasarkan kategori umur pada kelompok perlakuan kategori umur yang terbanyak adalah lebih dari 40 tahun sedangkan pada kelompok kontrol terbanyak adalah kelompok usia 31-40 tahun. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan pada distribusi kategori usia kelompok perlakuan dan kontrol namun

perbedaan tersebut tidak bermakna ( $p=0,5$ ). Berdasarkan jenis kelamin anak, pada kelompok perlakuan sebagian besar adalah perempuan sebaliknya pada kelompok kontrol sebagian besar adalah laki-laki. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan distribusi jenis kelamin antara perlakuan dan kontrol akan tetapi tidak bermakna ( $p=0,8$ ). Berdasarkan tingkat pendapatan pada kelompok perlakuan dan kontrol sebagian besar adalah pendapatan rendah. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan antara tingkat pendapatan kelompok perlakuan dan kontrol namun perbedaan tersebut tidak bermakna ( $p=0,4$ ). Berdasarkan tingkat pendidikan pada kelompok perlakuan sebagian besar tingkat pendidikan rendah, sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar adalah tingkat pendidikan sedang. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan antara tingkat pendidikan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol namun perbedaan tersebut tidak bermakna ( $p=0,2$ ). Berdasarkan pekerjaan ibu pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol sebagian besar adalah ibu rumah tangga. Pada kelompok kontrol dijumpai ibu dengan pekerjaan sebagai penjual dan pegawai swasta, sedangkan pada kelompok kontrol dijumpai ibu dengan pekerjaan buruh. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan antara pekerjaan ibu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol namun perbedaan tersebut tidak bermakna ( $p=0,1$ ). Berdasarkan riwayat menderita DBD pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebagian besar tidak menderita DBD. Adanya riwayat menderita DBD lebih banyak pada kelompok kontrol daripada perlakuan. Hasil uji statistik yang menunjukkan terdapat perbedaan riwayat menderita DBD antara

kelompok perlakuan dan kontrol namun perbedaan tersebut tidak bermakna ( $p=0,2$ ).

Salah satu variabel yang juga dapat mempengaruhi hasil penelitian adalah media informasi tentang DBD. Hasil data kedua kelompok tersebut yang diambil pada saat pretest tertuang dalam tabel di bawah ini.

**Tabel 4.** Media Informasi tentang DBD yang Diperoleh Responen Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Media Informasi	Kelompok		p
	Perlakuan	Kontrol	
Internet	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Koran/majalah/tv	8 (32,0%)	5 (20,0%)	
Orang lain	1 (4,0%)	3 (12,0%)	
Dokter/bidan/perawat	1 (4,0%)	7 (28,0%)	0,07*

\*Uji  $\chi^2$

Pada tabel 4. tampak sebagian besar media informasi tentang DBD yang digunakan responden kelompok perlakuan adalah koran/majalah/TV, sedangkan pada kelompok kontrol terbanyak adalah dokter/bidan/perawat. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan media informasi DBD antara kelompok perlakuan dan kontrol namun perbedaan tersebut tidak bermakna ( $p=0,07$ ).

Perbandingan Pengetahuan, Sikap, Praktik dan KAP Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol ditampilkan pada tabel 5.

**Tabel.5** Perbandingan Pengetahuan, Sikap, Praktik dan KAP Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Variabel	Kelompok		P
	Perlakuan Rerata±SB; median	Kontrol Rerata±SB; median	
Pengetahuan; rerata (SB)			
- Pretest	7,22 ± 2,636; 8	8,30 ± 2,826; 9	0,2*
- Posttest 15 hari	10,78 ± 2,225; 10	8,48 ± 2,723; 9	0,002*
- Posttest 30 hari	10,74 ± 2,049; 10	8,48 ± 2,860; 9	0,003*
Sikap; rerata (SB)			
- Pretest	34,07 ± 9,152; 37	36,15 ± 7,848; 39	0,5*
- Posttest 15 hari	41,67 ± 2,660; 42	36,85 ± 7,204; 39	0,02*
- Posttest 30 hari	42,19 ± 2,354; 42	36,74 ± 7,424; 40	0,01*
Praktik; rerata (SB)			
- Pretest	10,78± 2,470; 11	11,07 ± 1,940; 11	0,9*
- Posttest 15 hari	11,70 ±2,016; 12	10,81 ± 1,733; 11	0,1*
- Posttest 30 hari	12,48± 1,528; 13	10,74 ± 1,678; 11	<0,001*
KAP; rerata (SB)			
- Pretest	106,07 ±21,270; 111	113,63 ± 23,925; 121	0,2*
- Posttest 15 hari	131,59± 13,253; 133	114,04 ± 23,245; 118	0,01*
- Posttest 30 hari	135,07 ±11,718; 138	113,78 ± 23,647; 120	0,001*

\*Uji Mann Whitney

Dari tabel 5. terlihat bahwa terdapat perbedaan pengetahuan, sikap, praktik dan KAP antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Pada saat pretest, terlihat rerata pengetahuan, sikap, praktik dan KAP kelompok perlakuan lebih rendah daripada kelompok kontrol namun perbedaan tersebut tidak bermakna, terlihat dari nilai  $p=0,2$  untuk pengetahuan,  $p=0,5$  untuk sikap,  $p=0,9$  untuk praktik, dan  $p=0,2$  untuk KAP. Pada posttest yang berlangsung pada hari ke-15 terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan, sikap dan KAP. Terlihat dari nilai  $p=0,002$  untuk pengetahuan,  $p=0,02$  untuk sikap, dan  $p=0,005$  untuk KAP, sedangkan praktik masih belum menunjukkan perbedaan bermakna dengan nilai  $p=0,1$ . Pada posttest yang berlangsung pada hari ke-30 terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan, sikap, praktik dan KAP. Terlihat dari nilai  $p=0,003$



untuk pengetahuan,  $p=0,01$  untuk sikap,  $p<0,001$  untuk praktik dan  $p=0,001$  untuk KAP.

**Tabel 6.** Perbandingan Selisih Nilai Pretest dan Posttest 30 Hari Pengetahuan, Sikap, Praktik dan KAP Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Variabel	Kelompok		p
	Perlakuan	Kontrol	
	$\Delta$	$\Delta$	
Pengetahuan	3,51±2,33;4	0,19±0,62;0	<0,001*
Sikap	8,11±9,25;4	0,59±1,76;0	<0,001*
Praktik	1,70±1,88;1	0,33±0,91;0	<0,001*
KAP	29,00±19,38;23	0,15±3,69;0	<0,001*

\*Uji Mann-Whitney

Perbandingan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Penyuluhan Kesehatan pada kelompok perlakuan dan kontrol ditampilkan pada tabel 7.

**Tabel 7.** Perbandingan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Penyuluhan Kesehatan

Kelompok	Pretest	Posttest 15 hari	Posttest 30 hari	P
Perlakuan	7,22 ± 2,64	10,78 ± 2,23	10,74 ± 2,05	<0,001*
Kontrol	8,30 ± 2,83	8,48 ± 2,72	8,48 ± 2,86	0,4*

\*Uji Friedman

Berdasarkan tabel 7. terlihat bahwa terjadi peningkatan pengetahuan pada saat pretest dan posttest hari ke-15 namun pada posttest hari ke-30 terjadi sedikit penurunan. Pada kelompok perlakuan diketahui nilai  $p<0,001$  yang berarti terjadi perbedaan bermakna. Sedangkan pada kelompok kontrol terlihat perubahan yang terjadi tidak bermakna. Hal ini dapat diketahui dari nilai  $p=0,4$ .

**Tabel 8.** Perbandingan Sikap Sebelum dan Sesudah Penyuluhan Kesehatan

Kelompok	Pretest	Posttest 15 hari	Posttest 30 hari	P
Perlakuan	34,07 ± 9,15	41,67 ± 2,66	42,19 ± 2,35	<0,001*
Kontrol	36,15 ± 7,85	36,85 ± 7,20	36,74 ± 7,42	0,4*

\*Uji Friedman

Berdasarkan tabel 8. terlihat bahwa terjadi peningkatan sikap pada saat pretest, posttest hari ke-15 dan posttest hari ke-30. Pada kelompok perlakuan diketahui nilai  $p < 0,001$  yang berarti terjadi perbedaan bermakna. Sedangkan pada kelompok kontrol terlihat perubahan yang terjadi tidak bermakna. Hal ini dapat diketahui dari nilai  $p = 0,4$ .

**Tabel 9.** Perbandingan Praktik Sebelum dan Sesudah Penyuluhan Kesehatan

Kelompok	Pretest	Posttest 15 hari	Posttest 30 hari	P
Perlakuan	10,78 ± 2,47	11,70 ± 2,02	12,48 ± 1,53	<0,001*
Kontrol	11,07 ± 1,94	10,81 ± 1,73	10,74 ± 1,68	0,2*

\*Uji Friedman

Berdasarkan tabel 9, terlihat bahwa terjadi peningkatan praktik pada saat pretest, posttest hari ke-15 dan posttest hari ke-30. Pada kelompok perlakuan diketahui nilai  $p < 0,001$  yang berarti terjadi perbedaan bermakna. Sedangkan pada kelompok kontrol terlihat perubahan yang terjadi tidak bermakna. Hal ini dapat diketahui dari nilai  $p = 0,2$ .

**Tabel 10.** Perbandingan KAP Sebelum dan Sesudah Penyuluhan Kesehatan

Kelompok	Pretest	Posttest 15 hari	Posttest 30 hari	P
Perlakuan	106,07 ± 21,27	131,59 ± 13,25	135,07 ± 11,72	<0,001*
Kontrol	113,63 ± 23,93	114,04 ± 23,25	113,78 ± 23,65	0,9*

\*Uji Friedman

Berdasarkan tabel 10. terlihat bahwa terjadi peningkatan KAP pada saat pretest, posttest hari ke-15 dan posttest hari ke-30. Pada kelompok perlakuan diketahui nilai  $p < 0,001$  yang berarti terjadi perbedaan bermakna. Sedangkan pada kelompok kontrol terlihat perubahan yang terjadi tidak bermakna. Hal ini dapat diketahui dari nilai  $p = 0,9$ .

Dari hasil pengolahan data pretest, didapatkan rerata kelompok perlakuan dengan nilai masing-masing variabel yaitu pengetahuan 7,22 (kategori buruk), sikap 34,07 (sikap negatif), dan praktik 10,78 (kategori sedang). Untuk data posttest pada hari ke-15 didapatkan nilai pengetahuan 10,78 (kategori sedang), sikap 41,67 (sikap netral), dan praktik 11,70 (kategori sedang). Untuk data posttest pada hari ke-30 didapatkan nilai pengetahuan 10,74 (kategori sedang), sikap 42,19 (sikap netral), dan praktik 12,48 (kategori baik). Sedangkan pada kelompok kontrol yaitu pengetahuan 8,30 (kategori buruk), sikap 36,15 (sikap negatif), dan praktik 11,07 (kategori sedang). Untuk data posttest pada hari ke-15 didapatkan nilai pengetahuan 8,48 (kategori buruk), sikap 36,85 (sikap negatif), dan praktik 10,81 (kategori sedang). Untuk data posttest pada hari ke-30 didapatkan nilai pengetahuan 8,48 (kategori buruk), sikap 36,74 (sikap negatif), dan praktik 10,74 (kategori sedang).

Adapun skor KAP kelompok perlakuan pada pretest adalah 106,07 (kategori buruk), posttest hari ke-15 adalah 131,59 (kategori sedang) dan posttest hari ke-30 adalah 135,07 (kategori sedang). Sedangkan pada kelompok kontrol pada pretest adalah 113,63 (kategori sedang), posttest hari ke-15 adalah 114,04 (kategori sedang) dan posttest hari ke-30 adalah 113,78 (kategori sedang).

Berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan program SPSS tersebut maka dapat disimpulkan bahwa penyuluhan kesehatan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak. Adapun tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu setelah mendapat penyuluhan kesehatan lebih tinggi daripada sebelum mendapat penyuluhan

kesehatan serta tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu yang mendapat penyuluhan kesehatan lebih tinggi daripada yang tidak mendapat penyuluhan kesehatan. Berdasarkan derajat kemaknaannya dari masing-masing variabel, hipotesis mayor dan minor diterima.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pada penelitian ini, didapatkan data demografik kedua kelompok yang terdiri dari usia ibu, jenis kelamin anak, pendapatan, pendidikan, pekerjaan dan riwayat keluarga menderita DBD tidak menunjukkan perbedaan bermakna antara kedua kelompok tersebut. Selain itu, media informasi tentang DBD yang diperoleh responden juga tidak menunjukkan perbedaan bermakna. Sehingga variabel-variabel tersebut tidak menjadi variabel perancu dalam penelitian ini.

Adapun perlakuan (intervensi) yang digunakan dalam penelitian ini adalah penyuluhan kesehatan, yang menggunakan media powerpoint dan *leaflet*. Penyuluhan kesehatan tersebut merupakan salah satu cara yang digunakan untuk menambah pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat. Tujuan penyuluhan kesehatan tentang DBD adalah menginformasikan kepada masyarakat tentang penyakit tersebut. Dengan demikian, masyarakat akan menggunakan pengetahuan dari hasil penyuluhan tersebut untuk mengubah sikap dan praktik agar mencapai kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tentang DBD meningkatkan pemahaman masyarakat tentang masalah yang terjadi di masyarakat dan partisipasi masyarakat dalam pencegahan DBD.<sup>34,40</sup>

Hasil penelitian ini didapat bahwa pada kelompok yang mendapat penyuluhan kesehatan, terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik yang

ditunjukkan dengan perubahan skor yang semakin meningkat. Hal ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang menyebutkan bahwa penyuluhan kesehatan berpengaruh besar terhadap pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak.<sup>12</sup>

Berdasarkan data penelitian tersebut maka dilakukan uji Mann-Whitney untuk menganalisis perbandingan pengetahuan, sikap, dan praktik antara kelompok yang mendapat penyuluhan dengan kelompok yang tidak mendapat penyuluhan. Pada pretest pengetahuan, sikap dan praktik, kedua kelompok tersebut tidak menunjukkan perbedaan bermakna. Pada posttest hari ke-15 nilai pengetahuan dan sikap menunjukkan perbedaan bermakna, adapun nilai praktik tidak menunjukkan perbedaan bermakna pada hari ke-15 sedangkan posttest hari ke-30 nilai pengetahuan, sikap dan praktik menunjukkan perbedaan bermakna. Hal ini berkaitan dengan teori Lawrence dan Green yang menggambarkan kerangka *predisposing, reinforcing and enabling cause in education diagnosis and evaluation* dimana penyuluhan kesehatan berkaitan dengan perubahan-perubahan yang dapat mengubah perilaku dan membantu pencapaian tujuan yang diinginkan.<sup>34</sup> Sehingga setelah penyuluhan kesehatan terjadi perbedaan bermakna dari kedua kelompok dimana pada kelompok perlakuan terjadi perubahan skor KAP yang menunjukkan peningkatan setelah mendapat perlakuan sedangkan kelompok kontrol tidak menunjukkan perubahan bermakna pada skor KAP. Adapun nilai praktik menunjukkan perbedaan bermakna setelah 30 hari disebabkan oleh perubahan praktik yang membentuk perilaku seseorang membutuhkan waktu

yang lebih lama daripada perubahan pengetahuan akan tetapi perubahan tersebut akan bersifat kekal.<sup>26</sup>

Pada data tersebut juga dianalisis menggunakan uji Friedman dan diperoleh hasil terdapat perbedaan bermakna antara nilai pretest, posttest hari ke-15 dan posttest hari ke-30 pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada kelompok kontrol, tidak terdapat perbedaan bermakna antara nilai pretest, posttest hari ke-15 dan posttest hari ke-30. Hal ini sesuai dengan fase-fase yang terjadi setelah mendapat penyuluhan kesehatan dimana tujuan dan hasil yang diharapkan dari penyuluhan kesehatan berupa penambahan pengetahuan, perubahan kebiasaan dan proses menyadarkan orang lain dalam berperilaku.<sup>34</sup> Dalam teori Benyamin Blum menyatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dalam teori tersebut dijelaskan pula bahwa perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu atau masyarakat.<sup>40</sup> Oleh sebab itu, dalam rangka membina kesehatan masyarakat, intervensi terhadap faktor perilaku sangat strategis. Selain itu, pengetahuan tentang suatu objek tertentu sangat penting bagi terjadinya perubahan perilaku yang merupakan proses yang sangat kompleks. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.<sup>11,40</sup> WHO juga mengungkapkan bahwa seseorang berperilaku tertentu disebabkan oleh pemikiran dan perasaan dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek. Dalam hal ini, dengan pemberian penyuluhan kesehatan maka pengetahuan akan bertambah sehingga praktik juga akan lebih baik.<sup>10,20</sup>

Hasil penelitian di atas sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo bahwa seseorang yang bersikap baik akan mewujudkan praktik yang baik dan untuk mewujudkan sikap agar menjadi suatu perbuatan atau tindakan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang mendukung, antara lain : fasilitas, sarana dan prasarana, dan dukungan dari pihak lain.<sup>11</sup> Hal ini sesuai dengan penelitian, dimana setelah pemberian perlakuan nilai sikap yang didapat meningkat demikian pula nilai praktik juga meningkat.

Hal-hal yang berkaitan dengan pengukuran waktu didapatkan dari penelitian-penelitian lain tentang pengaruh penyuluhan kesehatan dimana pengukuran post-test berupa pengetahuan dan kesadaran terhadap masalah dalam penelitian tersebut diberikan setelah program pemberian berupa leaflet informasi yang diberikan selama 2 minggu sedangkan praktik membutuhkan waktu yang lebih lama oleh karena proses adaptasi yang berlangsung membutuhkan waktu yang cukup lama.<sup>41</sup>

Dalam pelaksanaan penelitian ini, didapatkan kesulitan karena pengambilan posttest dilakukan dua kali dimana ketaatan responden menjadi berkurang. Hal ini disebabkan oleh pola masyarakat Indonesia yang masih tidak terbiasa terhadap survey sehingga responden merasa keberatan untuk mengisi posttest yang sama sebanyak dua kali. Akan tetapi, setelah penjelasan oleh peneliti, responden bersedia untuk mengikuti posttest sebanyak dua kali.



## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian diketahui penyuluhan kesehatan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik dalam pencegahan DBD pada anak. Hal ini diketahui dari:

1. Tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu setelah mendapat penyuluhan kesehatan lebih tinggi daripada sebelum mendapat penyuluhan kesehatan.
2. Tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu yang mendapat penyuluhan kesehatan lebih tinggi daripada yang tidak mendapat penyuluhan kesehatan.

#### **7.2 Saran**

1. Dalam penelitian ini, diambil simpulan bahwa penyuluhan kesehatan berpengaruh terhadap skor KAP sehingga diharapkan masyarakat dapat berpartisipasi dalam pencegahan DBD yang diawali dengan mengikuti program penyuluhan kesehatan. Adapun teknik dan media penyuluhan kesehatan dapat diperoleh dengan penyuluhan langsung menggunakan media *powerpoint* dan media *leaflet*.
2. Penelitian ini hanya terfokus pada pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak, maka kepada peneliti lain yang berminat melakukan penelitian lebih lanjut dapat menggunakan media lain.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Tatalaksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2006.
2. Suhendro, Nainggolan L, Chen K, Pohan HT. Demam Berdarah Dengue. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati. Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta, Indonesia; 2006.p. 1709-13.
3. Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Demam Berdarah Dengue. Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya [Internet]. c2009 [cited 2011 Dec 15]. Available from: <http://dinkes.tasikmalayakota.go.id/index.php/informasi-penyakit/180-demam-berdarah-dengue.html>.
4. Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak. Buku Kuliah 2 Ilmu Kesehatan Anak 4th ed. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2007.p. 607-21.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Dengue. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. c2010 [cited 2011 Dec 12]. Available from: <http://www.cdc.gov/dengue/epidemiology/index.html>.
6. [World Health Organization. Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever. Fact Sheets WHO \[Internet\]. c2009 \[cited 2011 Sep 8\]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/)
7. Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi. Buletin Jendela Epidemiologi Demam Berdarah Dengue Vol. 2. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia [Internet]. c2010 [cited 2011 Oct 25]. Available from: <http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/buletin/BULETIN%20DBD.pdf>.
8. [World Health Organization](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Dengue_Dengue_update_SEA_2010.pdf) South-East Asia Region. Situation Update Of Dengue In The SEA Region, 2010. [World Health Organization](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Dengue_Dengue_update_SEA_2010.pdf) South-East Asia Region [Internet]. c2010 [cited 2011 Sep 28]. Available from: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Dengue\\_Dengue\\_update\\_SEA\\_2010.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Dengue_Dengue_update_SEA_2010.pdf).

9. Dinas Kesehatan Kota Semarang. Profil Kesehatan Kota Semarang 2009 [Internet]. c2010 [cited 2011 Sep 27]. Available from: [http://www.dinkes-kotasemarang.go.id/download/profil\\_kesehatan\\_2009.pdf](http://www.dinkes-kotasemarang.go.id/download/profil_kesehatan_2009.pdf).
10. Dinas Kesehatan Kota Semarang. Data Endemisitas DBD 2009-2011. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang; 2011.
11. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.p. 58-179.
12. Tran TT, Nguyen TNA, Nguyen TH, Nguyen TL, Le TC, Nguyen PC, et al. The Impact of Health Education on Mother's Knowledge, Attitude and Practice (KAP) of Dengue Haemorrhagic Fever. *Am J Med.* 2003;27: 174–80.
13. Nahida A. Knowledge, Attitude, and Practice of Dengue Fever Prevention among the people in Male, Malvides [dissertation]. Male (Malvida); 2007.
14. Staf Pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Mikrobiologi Kedokteran. Jakarta: Binarupa Aksara; 1994.p. 361-73.
15. World Health Organization. Dengue Guidelines For Diagnosis, Treatment, Prevention And Control. World Health Organization. c2009 [cited 2011 Oct 5]. Available from: <http://apps.who.int/tdr/svc/publications/training-guideline-publications/dengue-diagnosis-treatment>.
16. Jawetz, Melnick, Adelberg. Mikrobiologi Kedokteran. Jakarta: EGC; 2008.p. 536-7.
17. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan. Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia, Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2005.
18. Siregar FA. Epidemiologi dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Indonesia [dissertation]. Medan: Universitas Sumatra Utara; 2004.
19. World Health Organization. Panduan lengkap Pencegahan & Pengendalian Dengue & Demam Berdarah Dengue. Jakarta: EGC; 2005.p. 63-77.
20. Anies. Seri lingkungan dan penyakit: manajemen berbasis lingkungan. Jakarta: Elek Media Komputindo; 2006.p. 68-9.

21. Kristina I dan Wulandari L. Demam Berdarah Dengue. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. c2009 [cited 2011 Nov 12]. Available from: [http://www.litbang.depkes.go.id/maskes/052004/demam berdarah1.htm](http://www.litbang.depkes.go.id/maskes/052004/demam%20berdarah1.htm).
22. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
23. Keraf AS, Dua M. Ilmu Pengetahuan, Sebuah Tinjauan Filosofis. Yogyakarta: Kanisius; 2001.p. 20-1.
24. Notoatmodjo S. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
25. Cook G, Alimuddin LZ. Manson's tropical diseases 22nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009.
26. Maulana DHJ. Promosi Kesehatan. Jakarta: EGC; 2007.p. 185-203.
27. Djaali, Muljono P. Pengukuran Dalam Bidang Pendidikan. Jakarta: Grasindo; 2000.p. 28-30.
28. Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan R.I. Modul Dasar Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2002.
29. Swaddiwudhipong W. A Survey of Knowledge, Attitude and Practice of the Prevention of Dengue Haemorrhagic Fever in a Urban Community of Thailand. SA J Trop Med Pub H. 1992; 23(2): 207-11.
30. Gupta P, Kumar P, Aggarwal OP. Knowledge, Attitude and Practices Related to Dengue in Rural and Slum Areas of Delhi after the Dengue Epidemic of 1996. J CD. 1998; 30(2): 107-12.
31. Hairi F, Ong CH, Suhaimi A, Tsung TW, Bin Anis Ahmad MA, Sundaraj C, et al. Knowledge, Attitude, and Practices (KAP) Study on Dengue among Selected Rural Communities in the Kuala Kangsar District. AP J Pub H. 2003; 15(1): 37-43.
32. Syed M, Saleem T, Syeda UR, Habib M, Zahid R, Bashir A, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding dengue fever among adults of high and low socioeconomic groups. JPMA. 2010; 60: 243-47.
33. Effendy. Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 1997.p. 232-43.

34. Pickett G, Hanlon JJ. Kesehatan Masyarakat Administrasi dan Praktik 9th ed. Trans. Mukti AG. Jakarta: EGC; 1995.p. 318-20.
35. Bensley RJ, Fisher JB Editor. Metode Pendidikan Kesehatan Masyarakat 2nd ed. Trans. Apriningsih, Hippy NSI. Jakarta: EGC; 2003.p. 66.
36. Simamora RH. Buku Ajar Pendidikan dalam Keperawatan. Jakarta: EGC; 2009.p. 55-6.
37. Nursalam, Effendi F. Pendidikan dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2009.p. 220.
38. Trochim, William M. The Nonequivalent Group Design [Internet]. The Research Methods Knowledge Base, 2nd ed. c2006 [updated 2006 Oct 20; cited 2012 Mar 5]. Available from: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/quasnegd.php>.
39. Human Resource Community. UMR/UMK Kota Semarang tahun 2012. HR centro [Internet]. c2010. [cited 2012 Feb 2]. Available from: [http://www.hrcentro.com/umr/jawa\\_tengah/kota\\_semarang/non\\_sektor/2011](http://www.hrcentro.com/umr/jawa_tengah/kota_semarang/non_sektor/2011).
40. Makhfudli, Effendi F. Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2009.p. 101-4
41. Notoadmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2002.p. 134.



**KUESIONER PENELITIAN**  
**PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN**  
**TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP**  
**DAN PRAKTIK IBU DALAM PENCEGAHAN**  
**DEMAM BERDARAH DENGUE PADA ANAK**

<b>No. Responden</b>	<b>Tanggal :</b>
----------------------	------------------

**I. DATA RESPONDEN**

<b>Identitas Responden</b>									
Nama Ibu									
Usia Ibu									
Nama Anak	L / P								
Usia Anak									
Alamat	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px 5px;">Jalan</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%; padding: 2px 5px;">RT :</td> <td style="padding: 2px 5px;">RW :</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px 5px;">Kelurahan :</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px 5px;">Kecamatan :</td> </tr> </table>	Jalan		RT :	RW :	Kelurahan :		Kecamatan :	
Jalan									
RT :	RW :								
Kelurahan :									
Kecamatan :									
No. Telp. / HP									
Pendidikan	<input type="checkbox"/> Tidak Sekolah <input type="checkbox"/> Tidak Tamat SD <input type="checkbox"/> Lulus SD atau sederajat <input type="checkbox"/> Lulus SMP atau sederajat <input type="checkbox"/> Lulus SMA atau sederajat <input type="checkbox"/> Lulus Perguruan Tinggi <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan .....								
Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga <input type="checkbox"/> PNS, sebutkan ..... <input type="checkbox"/> Wiraswasta, sebutkan ..... <input type="checkbox"/> Karyawan swasta, sebutkan ..... <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan .....								
Pendapatan Keluarga	<input type="checkbox"/> diatas UMR : > Rp 991.500,- <input type="checkbox"/> dibawah UMR : ≤ Rp 991.500-								
Tinggal Serumah dengan Anak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak								
Apakah ada anggota keluarga yang pernah menderita DBD?	<input type="checkbox"/> Ada								

	<input type="checkbox"/> Tidak
--	--------------------------------

## II. DAFTAR PERTANYAAN

### A. Pengetahuan Ibu tentang Demam Berdarah Dengue (DBD)

Berilah tanda check list (✓) pada salah satu kolom di bawah ini sesuai pilihan

1.	Apakah Ibu mengetahui apa yang dimaksud dengan DBD?	<input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan ..... <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
	Jika Ya, darimana sumber informasi tersebut <i>(Boleh menjawab lebih dari satu)</i>	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Koran/Majalah/TV <input type="checkbox"/> Orang lain (orang tua, kerabat, tetangga, dll) <input type="checkbox"/> Dokter/ Bidan/ Perawat <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan.....	
2.	Apakah DBD disebabkan oleh infeksi virus?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
3.	Apakah nyamuk <i>Aedes aegypti</i> merupakan penyebab penularan DBD?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
4.	Apakah penyakit DBD ditularkan oleh nyamuk jantan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
5.	Ciri nyamuk yang menjadi sumber penularan adalah nyamuk yang berwarna cokelat muda tanpa tanda khas.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	

6.	Nyamuk yang menjadi sumber penularan hanya mengigit pada malam hari.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
7.	Wadah yang berisi air, seperti bak mandi, tempat penampungan air dan vas bunga dapat menjadi tempat nyamuk berkembang biak.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
8.	Nyamuk yang menjadi sumber penularan hanya berkembang biak pada air kotor.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
9.	Pasien DBD akan mengeluhkan nyeri kepala, sekitar mata dan sakit perut.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
10.	DBD merupakan demam yang berat dan dapat menyerang bayi, balita dan dewasa.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
11.	Tidak ada pengobatan spesifik untuk penyakit DBD dan obat yang sering digunakan adalah parasetamol.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
12.	Apakah ibu mengetahui kepanjangan dari 3M Plus?	<input type="checkbox"/> Ya, Sebutkan..... <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	



13.	Wadah penampungan air sebaiknya dibersihkan setiap 1 minggu sekali	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
14.	Pemberian bubuk abate langsung membunuh nyamuk dewasa	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	
15.	Bubuk abate apabila diletakkan di dalam air dapat mencegah perkembangbiakan jentik nyamuk selama 3 bulan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	

### **B. Sikap Ibu dalam Pencegahan DBD**

Berilah tanda check list (✓) pada salah satu kolom di bawah ini sesuai pilihan dengan keterangan,

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

RG : Ragu-ragu

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pertanyaan	SS	S	R	TS	STS
1	DBD adalah penyakit yang tidak dapat dicegah*					
2	Pemberantasan tempat perkembangbiakan nyamuk adalah kewajiban staf kesehatan masyarakat dan sukarelawan di bidang kesehatan*					

3	Hanya metode pencegahan dan kontrol DBD yang dapat mengurangi nyamuk					
4	Hanya pengasapan sudah cukup mampu memberantas nyamuk pembawa virus dengue*					
5	Setiap orang mempunyai resiko terserang DBD					
6	Orang yang sudah pernah terkena DBD tidak akan pernah terkena lagi*					
7	Apabila pernah terserang DBD tubuh dapat pulih seperti semula					
8	Pemberantasan jentik nyamuk sangat membuang waktu dan sulit dilakukan*					
9	Tempat-tempat yang berpotensi untuk berkembang biak nyamuk perlu dibatasi dan diperiksa kira-kira 1-2 tahun sekali					
10	Dengan kekuatan dan kesehatan seseorang, maka ia tidak akan terserang virus dengue*					
11	Tidur menggunakan kelambu dapat mencegah terjangkitnya DBD					
12	Anda adalah salah satu orang yang berperan penting dalam pencegahan DBD					

Keterangan : tanda bintang (\*) merupakan pernyataan *unfavourable*

### **C. Praktik Ibu dalam Pencegahan DBD**

Berilah tanda check list (✓) pada salah satu kolom di bawah ini sesuai pilihan dengan keterangan,

No	Pertanyaan	Melakukan	Tidak melakukan
1	Menguras bak mandi atau tempat penampungan air setiap 1 minggu sekali		
2	Menyikat bak mandi dan tempat penampungan air saat mengurasnya		
3	Menutup rapat tempat penampungan air setelah menggunakannya		
4	Mengubur barang bekas yang dapat menampung air seperti kaleng bekas setelah digunakan		
5	Memeriksa barang tidak terpakai yang dapat menampung air di sekitar rumah		
6	Jika jawaban ya, apakah Anda membuangnya ke tong sampah		
7	Mengganti air dalam vas bunga atau tempat minum hewan peliharaan seminggu sekali		
8	Memeriksa jentik nyamuk yang ada di bak mandi		
9	Menabur bubuk abate pada tempat penampungan air		
10	Menggunakan kelambu saat tidur di rumah		
11	Menggunakan obat nyamuk (bakar, listrik atau semprot) di rumah		
12	Menggunakan lotion antinyamuk saat anak berangkat		

	ke sekolah		
13	Berpartisipasi saat diadakan program penyeprotan/ <i>fogging</i> dengan membiarkan petugas melakukan penyemprotan di pekarangan rumah serta membiarkan rumah terbuka		
14	Berpartisipasi dalam kampanye/penyuluhan tentang pencegahan DBD		
15	Seluruh anggota keluarga melakukan 3M Plus		

Kuesioner ini diambil dari tesis yang dibuat oleh Nahida Ahmed yang berjudul Knowledge, Attitude and Practice of Dengue Fever Prevention Among the People in Male', Maldives dengan modifikasi dari peneliti.



Apakah ada anggota keluarga yang pernah menderita DBD?	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
--	--

## II. DAFTAR PERTANYAAN

### B. Pengetahuan Ibu tentang Demam Berdarah Dengue (DBD)

Berilah tanda check list (✓) pada salah satu kolom di bawah ini sesuai pilihan

1.	Apakah Ibu mengetahui apa yang dimaksud dengan DBD?	<input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan ..... <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	1 0
	Jika Ya, darimana sumber informasi tersebut <i>(Boleh menjawab lebih dari satu)</i>	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Koran/Majalah/TV <input type="checkbox"/> Orang lain (orang tua, kerabat, tetangga, dll) <input type="checkbox"/> Dokter/ Bidan/ Perawat <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan	
2.	Apakah DBD disebabkan oleh infeksi virus?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	1 0 0
3.	Apakah nyamuk <i>Aedes aegypti</i> merupakan agen penyebab DBD?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	1 0 0
4.	Apakah penyakit DBD ditularkan oleh nyamuk jantan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	0 1 0
5.	Ciri nyamuk yang menjadi sumber penularan adalah nyamuk yang berwarna cokelat muda tanpa tanda	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	0 1

	kasus.	<input type="checkbox"/> Tidak Tahu	0
6.	Nyamuk yang menjadi sumber penularan mengigit pada malam hari.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	0 1 0
7.	Wadah yang berisi air, seperti bak mandi, tempat penampungan air dan vas bunga dapat menjadi tempat nyamuk berkembang biak.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	1 0 0
8.	Nyamuk yang menjadi sumber penularan hanya berkembang biak pada air kotor.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	0 1 0
9.	Pasien DBD akan mengeluhkan nyeri kepala, sekitar mata dan sakit perut.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	1 0 0
10.	DBD merupakan demam yang berat dan dapat menyerang bayi, balita dan dewasa.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	1 0 0
11.	Tidak ada pengobatan spesifik untuk penyakit DBD dan obat yang sering digunakan adalah parasetamol.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	1 0 0
12.	Apakah ibu mengetahui kepanjangan dari 3M Plus?	<input type="checkbox"/> Ya, Sebutkan..... <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	1 0 0

13.	Wadah penampungan air sebaiknya dibersihkan setiap 1 minggu sekali	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	1 0 0
14.	Pemberian bubuk abate langsung membunuh nyamuk dewasa	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	0 1 0
15.	Bubuk abate apabila diletakkan di dalam air dapat mencegah perkembangbiakan jentik nyamuk selama 3 bulan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Tahu	1 0 0

### **B. Sikap Ibu dalam Pencegahan DBD**

Berilah tanda check list (✓) pada salah satu kolom di bawah ini sesuai pilihan dengan keterangan,

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

RG : Ragu-ragu

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pertanyaan	SS	S	R	TS	STS
1	DBD adalah penyakit yang tidak dapat dicegah*	1	2	3	4	5
2	Pemberantasan tempat perkembangbiakan nyamuk adalah kewajiban staf kesehatan masyarakat dan sukarelawan di bidang kesehatan*	1	2	3	4	5



3	Hanya metode pencegahan dan kontrol DBD yang dapat mengurangi nyamuk	5	4	3	2	1
4	Hanya pengasapan sudah cukup mampu memberantas nyamuk pembawa virus dengue*	1	2	3	4	5
5	Setiap orang mempunyai resiko terserang DBD	5	4	3	2	1
6	Orang yang sudah pernah terkena DBD tidak akan pernah terkena lagi*	1	2	3	4	5
7	Apabila pernah terserang DBD tubuh dapat pulih seperti semula	5	4	3	2	1
8	Pemberantasan jentik nyamuk sangat membuang waktu dan sulit dilakukan*	1	2	3	4	5
9	Tempat-tempat yang berpotensi untuk berkembang biak nyamuk perlu dibatasi dan diperiksa kira-kira 1-2 tahun sekali	5	4	3	2	1
10	Dengan kekebalan tubuh dan kesehatan seseorang, maka ia tidak akan terserang virus dengue*	1	2	3	4	5
11	Tidur menggunakan kelambu dapat mencegah terjangkitnya DBD	5	4	3	2	1
12	Anda adalah salah satu orang yang berperan penting dalam pencegahan DBD	5	4	3	2	1

Keterangan : tanda bintang (\*) merupakan pernyataan *unfavourable*

### **C. Praktik Ibu dalam Pencegahan DBD**

Berilah tanda check list (√) pada salah satu kolom di bawah ini sesuai pilihan dengan keterangan,

No	Pertanyaan	Melakukan	Tidak melakukan
1	Menguras bak mandi atau tempat penampungan air setiap 1 minggu sekali	1	0
2	Menyikat bak mandi dan tempat penampungan air saat mengurasnya	1	0
3	Menutup rapat tempat penampungan air setelah menggunakannya	1	0
4	Mengubur barang bekas yang dapat menampung air seperti kaleng bekas setelah digunakan	1	0
5	Memeriksa barang tidak terpakai yang dapat menampung air di sekitar rumah	1	0
6	Jika jawaban ya, apakah Anda membuangnya ke tong sampah	1	0
7	Mengganti air dalam vas bunga atau tempat minum hewan peliharaan seminggu sekali	1	0
8	Memeriksa jentik nyamuk yang ada di bak mandi	1	0
9	Menabur bubuk abate pada tempat penampungan air	1	0
10	Menggunakan kelambu saat tidur di rumah	1	0
11	Menggunakan obat nyamuk (bakar, listrik atau semprot) di rumah	1	0
12	Menggunakan lotion antinyamuk saat anak berangkat	1	0

	ke sekolah		
13	Berpartisipasi saat diadakan program penyeprotan/ <i>fogging</i> dengan membiarkan petugas melakukan penyemprotan di pekarangan rumah serta membiarkan rumah terbuka	1	0
14	Berpartisipasi dalam kampanye/penyuluhan tentang pencegahan DBD	1	0
15	Seluruh anggota keluarga melakukan 3M Plus	1	0

Kuesioner ini diambil dari tesis yang dibuat oleh Nahida Ahmed yang berjudul Knowledge, Attitude and Practice of Dengue Fever Prevention Among the People in Male', Maldives dengan modifikasi dari peneliti.

## **Biodata Mahasiswa**

### **Identitas**

Nama : Erika Kusumawardani  
NIM : G2A008072  
Tempat/tanggal lahir : Pulau Sambu, 22 April 1990  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Jalan Gergaji IV no 1133 Semarang  
No HP : 08566610067  
e-mail : erica\_pinkers@yahoo.co.id

### **Riwayat Pendidikan Formal**

1. SD : SD YKPP Pulau Sambu Batam Lulus tahun: 2002
2. SMP : SMP Negeri 1 Batam Lulus tahun: 2005
3. SMA : SMA Negeri 1 Magelang Lulus tahun: 2008
4. FK UNDIP : Masuk tahun : 2008

### **Keanggotaan Organisasi**

1. Asian Medical Student Association Tahun 2009 s/d 2010

### **Pengalaman penelitian**

1. Prevention Based Medicine to Improve the Quality of Life of Elderly People in Indonesia. 2010
2. Perbandingan Angka Harapan dan Kualitas Hidup Penderita Kanker Nasofaring Pada Pengobatan Modern Konvensional dan Pengobatan Komplementer Alternatif Asli Indonesia. 2011
3. Pemanfaatan Air Liur (Saliva) sebagai Inovasi Pemeriksaan Diagnostik Demam Berdarah pada Anak. 2012

### **Pengalaman presentasi karya ilmiah**

1. Erika Kusumawardani. Perbandingan Angka Harapan dan Kualitas Hidup Penderita Kanker Nasofaring Pada Pengobatan Modern Konvensional dan Pengobatan Komplementer Alternatif Asli Indonesia. PKMP Dikti. 2011. Cara presentasi oral.
2. Erika Kusumawardani. Pemanfaatan Air Liur (Saliva) sebagai Inovasi Pemeriksaan Diagnostik Demam Berdarah pada Anak. PKMP Dikti. 2012. Cara presentasi oral.

### **Lomba Karya Ilmiah**

1. Erika Kusumawardani. Prevention Based Medicine to Improve the Quality of Life of Elderly People in Indonesia, AMSC 2010, prestasi (juara II nasional)
2. Erika Kusumawardani. Perbandingan Angka Harapan dan Kualitas Hidup Penderita Kanker Nasofaring Pada Pengobatan Modern Konvensional dan Pengobatan Komplementer Alternatif Asli Indonesia, Dikti 2011, prestasi (dibiayai Dikti)
3. Erika Kusumawardani. Pemanfaatan Air Liur (Saliva) sebagai Inovasi Pemeriksaan Diagnostik Demam Berdarah pada Anak, Dikti 2012, prestasi (didanai Dikti)

## DOKUMENTASI PENELITIAN



Penyuluhan Kesehatan tentang DBD dengan ibu-ibu PKK RT 04 RW VIII  
Kelurahan Gajahmungkur



Pelaksanaan Pretest, Posttest hari ke-15 dan Posttest hari ke-30



Souvenir dan leaflet yang diberikan kepada responden



Pembagian snack pada kelompok perlakuan setelah penyuluhan