

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN STATUS SOSIAL EKONOMI TERHADAP  
UPAYA PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) DI DESA  
PAJARESUK KECAMATAN PRINGSEWU KABUPATEN PRINGSEWU**

**Skripsi**

**OLEH  
FARHANDIKA MUHAMMAD**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2019**

## **ABSTRACT**

### **RELATIONSHIP OF KNOWLEDGE AND SOCIO-ECONOMIC STATUS AGAINST THE PREVENTION OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF) IN PAJARESUK VILLAGE, PRINGSEWU DISTRICT**

By: Farhandika Muhammad

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is an environment-based dangerous disease that is still a global health problem. From 1968 to 2009, the World Health Organization (WHO) recorded the country of Indonesia as the country with the highest DHF cases in Southeast Asia. Extraordinary incidence of dengue in Indonesia occurred in 2003 with the number of cases 50,131 and 743 total deaths. The objective of this study was to determine the relationship between the level of knowledge about DHF and socio-economic status of the head of family towards the 3M Plus PSN actions in efforts to prevent dengue in Pajaresuk Village, Pringsewu District, Pringsewu Regency. The design of this study used analytical observation method with sectional study. The data used are primary data collected using a questionnaire to the head of the family in Pajaresuk Village, Pringsewu District, Pringsewu District with a total of 92 respondents. The results of the Chi-Square analysis indicate a meaningful relationship to knowledge with a p value of 0,000; at the education level with a p value of 0.043; at the level of income with a p value of 0.007 for the prevention behavior of dengue hemorrhagic fever, and the work variable obtained a p value of 0.408 for the behavior of prevention of dengue hemorrhagic fever. There is a relationship between knowledge, education level and income level on the prevention behavior of dengue hemorrhagic fever and there is no relationship between work on the behavior of prevention of dengue hemorrhagic fever.

**Keywords:** Knowledge, Socio-Economic Status, Prevention of Dengue Fever Behavior.

## ABSTRAK

### HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN STATUS SOSIAL EKONOMI TERHADAP UPAYA PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) DI DESA PAJARESUK KECAMATAN PRINGSEWU KABUPATEN PRINGSEWU

Oleh  
Farhandika Muhammad

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit berbahaya berbasis lingkungan yang hingga saat ini masih menjadi permasalahan kesehatan dunia. Sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, *World Health Organization* (WHO) mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian Luarbiasa DBD di Indonesia terjadi pada tahun 2003 dengan jumlah kasus 50.131 dan 743 jumlah kematian. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan tingkat pengetahuan mengenai DBD dan status sosial ekonomi pada kepala keluarga terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu. Penelitian ini menggunakan metode observasi analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Data yang dipakai merupakan data primer yang dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner kepada kepala keluarga di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu dengan jumlah responden sebanyak 92 orang. Hasil analisis *Chi-Square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan pengetahuan (*p value* sebesar 0,000); pada tingkat pendidikan (*p value* sebesar 0,043); pada tingkat pendapatan (*p value* sebesar 0,007) terhadap perilaku pencegahan demam berdarah *dengue*, serta pada variabel pekerjaan didapatkan *p value* sebesar 0,408 terhadap perilaku pencegahan demam berdarah *dengue*. Sebagai simpulan penelitian ini terdapat hubungan antara pengetahuan, tingkat pendidikan dan tingkat pendapatan terhadap perilaku pencegahan demam berdarah *dengue* serta tidak terdapat hubungan antara pekerjaan terhadap perilaku pencegahan demam berdarah *dengue*.

**Kata Kunci:** Pengetahuan, Status Sosial Ekonomi, Perilaku Pencegahan Demam Berdarah *Dengue*.

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN STATUS SOSIAL EKONOMI TERHADAP  
UPAYA PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) DI DESA  
PAJARESUK KECAMATAN PRINGSEWU KABUPATEN PRINGSEWU**

**OLEH  
FARHANDIKA MUHAMMAD**

**Skripsi**

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar  
SARJANA KEDOKTERAN**

**Pada  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2019**

Judul Skripsi : **HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN STATUS SOSIAL EKONOMI TERHADAP UPAYA PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) DI DESA PAJARESUK KECAMATAN PRINGSEWU KABUPATEN PRINGSEWU**

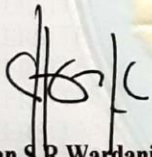
Nama Mahasiswa : Farhandika Muhammad

No. Pokok Mahasiswa : 1518011022

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran



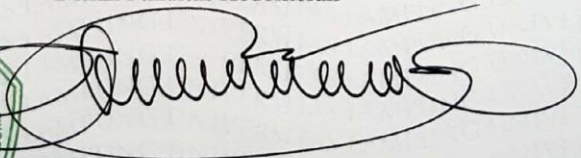
  
**Dr. Dyah Wulan S.R. Wardani, SKM., M.Kes**  
NIP 19720628 199702 2 001

  
**dr. Gigih Setiawan, S.Ked**

**MENGETAHUI**

Dekan Fakultas Kedokteran




  
**Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA**  
NIP 19701208 200112 1 001

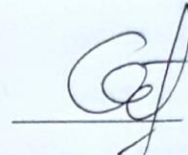
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

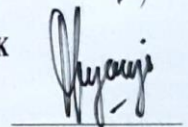
Ketua : Dr. Dyah Wulan S.R.Wardani, SKM., M.Kes



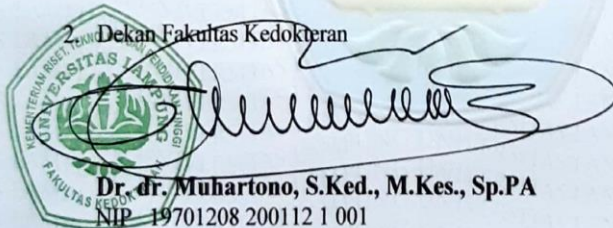
Sekretaris : dr. Gigih Setiawan, S.Ked



Penguji  
Bukan Pembimbing : dr. Putu Ristyaning Ayu, S.Ked., M.Kes., Sp.PK



2. Dekan Fakultas Kedokteran



**Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA**  
NIP. 19701208 200112 1 001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 10 Januari 2019

## LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa :

Skripsi dengan judul **"HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN STATUS SOSIAL EKONOMI TERHADAP UPAYA PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) DI DESA PAJARESUK KECAMATAN PRINGSEWU KABUPATEN PRINGSEWU"** adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai dengan tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme. Hak intelektualitas atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 10 Januari 2019  
buat Pernyataan



6000  
ENAM RIBU RUPIAH

Farhandika Muhammad

## **RIWAYAT HIDUP**

Penulis dilahirkan di Kota Jakarta Selatan, Provinsi DKI Jakarta, pada tanggal 19 Juli 1997, sebagai anak kedua dari tiga bersaudara dari Bapak Indra Udin dan Ibu Dewi Puspita.

Penulis menempuh pendidikan Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SD Negeri Karang Tengah 06 pada tahun 2009. Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMP Negeri 134 Jakarta Barat pada tahun 2012. Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di SMA Negeri 65 Jakarta Barat pada tahun 2015.

Tahun 2015, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur SNMPTN. Selama menjadi mahasiswa, penulis aktif sebagai asisten dosen Histologi tahun 2016-2018 dan Selain itu penulis juga menjadi wakil ketua umum dewan perwakilan mahasiswa periode tahun 2017/2018 dan juga sebagai ketua angkatan 2015.



## **MOTTO**

*“La in syakartum la azidannakum wala in kafartum inna adzabi lasyadid”*

*QS. Ibrahim [14] : 7*

## SANWACANA

Puji Syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT yang maha pengasih lagi maha penyayang atas berkat rahmat dan karunia-Nya skripsi ini dapat diselesaikan. Salawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW dengan mengharap syafaatnya di yaumul akhir kelak.

Skripsi dengan judul “HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN STATUS SOSIAL EKONOMI TERHADAP UPAYA PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) DI DESA PAJARESUK KECAMATAN PRINGSEWU KABUPATEN PRINGSEWU” adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran di Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Hasriadi Mat Akin, M.P., selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Bapak Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
3. Dr. Dyah Wulan S RW, SKM., M.Kes, selaku Pembimbing Utama penulis atas kesediaan dan kesabarannya dalam membimbing serta memberi saran dan kritik yang membangun untuk penulis. Serta senyuman yang selalu diberikan setiap bimbingan berlangsung sehingga memotivasi penulis untuk mengerjakan skripsi ini dengan hal terbaik yang penulis bisa kerjakan.

4. dr. Gigih Setiawan, S.Ked, selaku Pembimbing Kedua atas kesediaan, waktu dan kesabarannya dalam membimbing penulisan skripsi ini hingga akhirnya selesai.
5. dr. Putu Ristyning Ayu, S.Ked., Sp.PK, selaku pembahas atas kesediaannya membahas dan memberi waktu, saran serta kritik yang membangun dalam penyelesaian skripsi ini.
6. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc, selaku dosen Pembimbing Akademik penulis selama penulis berkuliah di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang telah membimbing penulis dalam bidang akademik.
7. Allah SWT yang selalu memberikan hal-hal terbaik dalam hidup penulis, mulai dari hal-hal yang membahagiakan hingga ujian hidup yang menjadi pembelajaran.
8. Kedua orang tua penulis, Indra Udin dan Dewi Puspita yang telah membesarkan penulis serta memberi dukungan penuh kepada penulis.
9. Kepada kakak dan adik penulis yaitu Muhammad Rizqiandri dan Alif Muhammad Irfan yang selalu mendoakan, meberikan dukungan, dan perhatian kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
10. Seluruh Staf Dosen yang telah memberikan ilmunya kepada penulis dan seluruh Staf karyawan FK Unila.
11. Seluruh Civitas Akademik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
12. Sahabat hidup penulis, Arief Berlianta Mukhtar, Ali Aulia Gunardi, Asep Wahyudi Sudirman, Reza Arnansyah, Iqbal, Geri, Hasril Sonia Anggraini, Diah Balqis, Citara Tri Utami dan Arini Meronica, Rachmi yang dengan segala cara Allah SWT memposisikan kalian untuk selalu menguatkan penulis dalam melewati banyak ujian hidup dengan cara menemani, mendengarkan, serta memberikan nasehat terbaik untuk kehidupan penulis selama ini.

13. Adik-adik DPA terbaik, Vesica Fellea maupun Rotundum.

14. Seluruh ENDOM15IUM yang telah melewati hari bersama-sama selama ini dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah menyumbangkan pemikirannya dalam pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari skripsi ini masih memiliki banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, akan tetapi penulis berharap skripsi ini bermanfaat dan memberikan pengetahuan baru kepada setiap orang yang membacanya maupun bagi penulis.

Bandar Lampung, 10 Januari 2019  
Penulis,

Farhandika Muhammad

## DAFTAR ISI

<b>DAFTAR ISI</b> .....	i
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	iii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	iv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	4
1.3. Tujuan.....	4
1.3.1. Tujuan Umum .....	4
1.3.2. Tujuan Khusus .....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1. Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2. Manfaat Praktis .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	7
2.1. Gambaran Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	7
2.1.1. Definisi Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	7
2.1.2. Epidemiologi Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	7
2.1.3. Etiologi Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	8
2.1.4. Vektor Penyakit Demam Berdarah <i>Dengue</i> dan Morfologinya	9
2.1.5. Siklus Hidup Nyamuk <i>Aedes aegypti</i> .....	10
2.1.6. Cara Penularan Penyakit Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	11
2.1.7. Patogenesis dan Patofisiologi Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	12
2.1.8. Tanda dan Gejala Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	14
2.1.9. Klasifikasi Derajat Penyakit Infeksi Virus <i>Dengue</i> .....	14
2.1.10. Diagnosis Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	15
2.1.11. Tata Laksana Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	15
2.2. Pencegahan Penyakit Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	17
2.3. Perilaku, Pengetahuan, dan Status Sosial Ekonomi .....	18
2.4. Kepala Keluarga.....	20
2.5. Kerangka Teori.....	21

2.6. Kerangka Konsep .....	22
2.7. Hipotesis.....	22

**BAB III METODE PENELITIAN ..... 24**

3.1. Desain Penelitian.....	24
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian .....	24
3.2.1. Tempat Penelitian.....	24
3.2.2. Waktu Penelitian .....	24
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian .....	25
3.3.1. Populasi Penelitian .....	25
3.3.2. Sampel Penelitian.....	25
3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	27
3.3.4. Teknik Pengambilan Sampel.....	27
3.4. Identifikasi Variabel Penelitian .....	28
3.5. Definisi Operasional.....	29
3.6. Alat dan Cara Pengambilan Data .....	30
3.6.1. Alat Penelitian .....	30
3.6.2. Cara Pengambilan Data.....	31
3.7. Alur Penelitian.....	31
3.8. Pengolahan dan Analisis Data.....	32
3.8.1. Pengolahan Data.....	32
3.8.2. Analisis Data .....	32
3.9. Etika Penelitian .....	34

**BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN ..... 35**

4.1. Gambaran Umum Penelitian .....	35
4.2. Hasil Penelitian .....	36
4.2.1. Karakteristik Responden .....	36
4.2.2. Analisis Univariat.....	37
4.2.3. Analisis Bivariat .....	41
4.3. Pembahasan.....	45
4.3.1. Analisis Univariat.....	45
4.3.2. Analisis Bivariat.....	51

**BAB V SIMPULAN DAN SARAN..... 57**

5.1. Simpulan.....	57
5.2. Saran.....	58

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Klasifikasi Derajat Penyakit DBD.....	14
Tabel 2. Definisi Operasional.....	29
Tabel 3. Karakteristik Responden di Desa Pajaresuk Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu.....	36
Tabel 4. Distribusi Pengetahuan DBD Responden di Desa Pajaresuk Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu.....	37
Tabel 5. Distribusi Tingkat Pendidikan Responden di Desa Pajaresuk Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu.....	38
Tabel 6. Distribusi Pekerjaan Responden di Desa Pajaresuk Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu.....	38
Tabel 7. Distribusi Pendapatan Responden di Desa Pajaresuk Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu.....	39
Tabel 8. Distribusi Perilaku Pencegahan DBD Responden di Desa Pajaresuk Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu.....	40
Tabel 9. Hubungan Pengetahuan terhadap Perilaku Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	41
Tabel 10. Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Perilaku Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	42
Tabel 11. Hubungan Pekerjaan terhadap Perilaku Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	43
Tabel 12. Hubungan Pendapatan terhadap Perilaku Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	44

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. <i>Dengue Transmission Risk Reproduced from The World Health Organization's : International and Travel Health Publication</i> .....	8
Gambar 2. Nyamuk <i>Aedes aegypti</i> .....	9
Gambar 3. Siklus hidup nyamuk <i>Aedes aegypti</i> .....	11
Gambar 4. Patogenesis infeksi virus <i>dengue</i> .....	13
Gambar 5. Kerangka Teori.....	21
Gambar 6. Kerangka Konsep .....	22
Gambar 7. Alur Penelitian.....	31



## **LAMPIRAN**

Lampiran 1. Surat Peminjaman Etik

Lampiran 2. Surat Izin Penelitian

Lampiran 3. Surat Izin Penelitian oleh KESBANGPOL

Lampiran 4. Lembar Kuesioner

Lampiran 5. Hasil Uji Validitas dan Realibilitas Kuesioner

Lampiran 6. Tabulasi Hasil Penelitian

Lampiran 7. Daftar Kehadiran Responden

Lampiran 8. Dokumentasi Penelitian

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit berbahaya berbasis lingkungan yang hingga saat ini masih menjadi permasalahan kesehatan dunia. Demam Berdarah Dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus melalui perantara vektor *Aedes Aegypti* dan *Aedes albopictus* (Trapsilowati, 2014).

Penyakit ini sudah menyebar ke seluruh dunia. Perkiraan terakhir menunjukkan 390 juta jiwa di 128 negara berada pada resiko terinfeksi DBD pertahun. Sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, *World Health Organization* (WHO) mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara. Di Indonesia, DBD pertama kali terjadi dikota Surabaya pada tahun 1968, ditemukan sebanyak 58 orang terinfeksi disertai 24 orang meninggal dunia. Kejadian Luarbiasa DBD di Indonesia terjadi pada tahun 2003 dengan jumlah kasus 50.131 dan 743 jumlah kematian (WHO, 2015).

Data dinas kesehatan pada tahun 2014 jumlah kasus DBD di Indonesia sebanyak 100.347 (IR: 39,8/100.000 penduduk) dengan 907 kematian (CFR: 0,9%), tahun 2015 jumlah kasus DBD di Indonesia sebanyak 129.650 (IR: 50,75/100.000 penduduk) dengan 1.071 kematian (CFR: 0,83%), tahun 2016 jumlah kasus DBD di Indonesia sebanyak 201.885 (IR: 77,96/100.000 penduduk) dengan 1.585 kematian (CFR: 0,79%) (Kemenkes RI, 2016).

Dalam mengendalikan jumlah kasus DBD serta jumlah kematian akibat penyakit ini, maka berbagai pencegahan pun penting dilakukan. Salah satu upaya pencegahan yang dianggap tepat adalah pemberantasan DBD dengan memutus rantai penularan melalui kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN DBD) yang merupakan kegiatan untuk memberantas telur, jentik, dan kepompong. PSN DBD dapat dilakukan dengan cara 3M Plus yaitu menguras, menutup, mengubur ditambah dengan pencegahan gigitan nyamuk (Kemenkes RI, 2010).

Banyak faktor yang memengaruhi tindakan pencegahan DBD termasuk PSN 3M Plus, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Alidan (2011) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan praktik pemberantasan sarang nyamuk DBD. Penelitian yang dilakukan Erna (2013) juga mengatakan bahwa pengetahuan tentang pemberantasan sarang nyamuk yang baik akan memengaruhi tindakan pencegahan DBD menjadi baik. Menurut Widiyanti (2005) faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan

masyarakat dalam upaya pencegahan pendidikan DBD antara lain pendidikan, pendapatan keluarga, informasi dan partisipasi social.

Pada penelitian Suroso (2001), mengemukakan partisipasi masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dipengaruhi oleh status sosial ekonomi, pengetahuan, sikap, sarana dan tipe pemukiman. Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 1994 menyebutkan fungsi keluarga termasuk kepala keluarga di dalamnya adalah melakukan pembinaan lingkungan, yaitu mengelola kehidupan keluarga dengan tetap memelihara lingkungan sekitarnya (Puspitawati, 2012).

Lampung memiliki beberapa wilayah endemis DBD. Data dinas kesehatan pada tahun 2015 menyatakan bahwa Lampung memiliki jumlah kasus DBD sebanyak 2.996 (IR: 36,9/100.000 penduduk) dengan 31 kematian (CFR: 1,03%). Pada 2016 menyatakan bahwa Lampung memiliki jumlah kasus DBD dengan IR: 55,04/100.000 penduduk serta tingkat CFR sebesar 0,33%. Pada tahun 2015, Kabupaten Pringsewu memiliki angka kejadian sebanyak 481 kasus. Sedangkan di kecamatan Pringsewu, Desa Pajaresuk menjadi salah satu desa yang memiliki angka kejadian DBD dengan peningkatan kejadian tertinggi dari tahun 2015 hingga tahun 2016 (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2016).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mengkaji hubungan pengetahuan mengenai DBD dan status sosial ekonomi terhadap

tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dikemukakan diatas, maka yang menjadi pokok permasalahan dalam penelitian ini yaitu Apakah terdapat hubungan tingkat pengetahuan mengenai DBD dan status sosial ekonomi kepala keluarga terhadap tindakan PSN 3M Plus di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

## **1.3. Tujuan**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan tingkat pengetahuan mengenai DBD dan status sosial ekonomi pada kepala keluarga terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1.3.2.1. Mengetahui distribusi pengetahuan, tingkat pendidikan, pekerjaan, tingkat pendapatan dan perilaku pencegahan DBD di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

1.3.2.2. Mengetahui hubungan tingkat pengetahuan kepala keluarga mengenai DBD terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam

upaya pencegahan DBD di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

1.3.2.3. Mengetahui hubungan tingkat pendidikan kepala keluarga terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

1.3.2.4. Mengetahui hubungan pekerjaan kepala keluarga terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

1.3.2.5. Mengetahui hubungan tingkat pendapatan kepala keluarga terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

1.4.1.1. Bagi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, sebagai bahan referensi mengenai informasi ilmiah terkait hubungan tingkat pengetahuan mengenai DBD dan status sosial ekonomi pada kepala keluarga terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

1.4.1.2. Bagi peneliti selanjutnya, sebagai sumber referensi dalam pengambilan data untuk penelitian berikutnya.

1.4.1.3. Bagi peneliti sendiri, untuk menambah wawasan mengenai hubungan tingkat pengetahuan mengenai DBD dan status sosial ekonomi pada kepala keluarga terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

#### **1.4.2. Manfaat Praktis**

1.4.2.1. Bagi masyarakat umum yang berada di Desa Pajaresuk, dapat digunakan sebagai informasi tambahan mengenai pentingnya melakukan tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD.

1.4.2.2. Bagi pembaca dapat menjadi sumber referensi mengenai hubungan tingkat pengetahuan mengenai DBD dan status sosial ekonomi pada kepala keluarga terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Gambaran Demam Berdarah *Dengue***

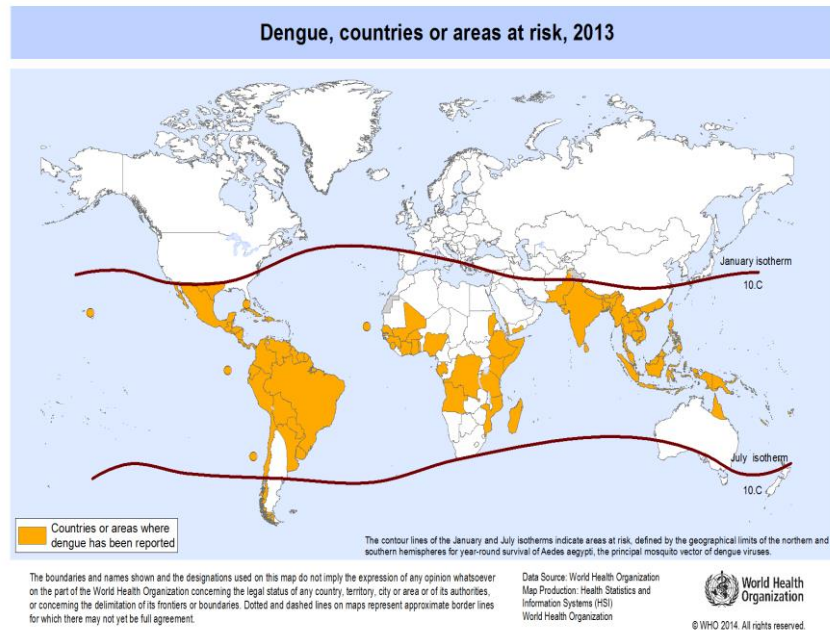
##### **2.1.1. Definisi Demam Berdarah *Dengue***

Demam berdarah *dengue* (DBD) adalah penyakit infeksi virus dengan vektor *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Sindrom renjatan *dengue* adalah DBD disertai dengan renjatan/syok yang biasanya ditandai dengan demam mendadak selama 2-7 hari tanpa penyebab jelas disertai dengan lemah, lesu, nyeri ulu hati, dan perdarahan di kulit berupa bintik merah, lebam (*echymosis*) atau ruam (purpura) (Depkes RI, 2011).

##### **2.1.2. Epidemiologi Demam Berdarah *Dengue***

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2015 penyakit ini sudah menyebar ke seluruh dunia. Perkiraan terakhir menunjukkan 390 juta jiwa di 128 negara berada pada resiko terinfeksi DBD pertahun. Dibawah ini merupakan penggambaran peta yang menunjukkan wilayah di dunia yang berisiko untuk terjadinya transmisi virus *dengue* karena vektor nyamuk (gambar 1).





Gambar 1. *Dengue Transmission Risk Reproduced from The World Health Organization's : International and Travel Health Publication (WHO, 2014).*

Indonesia adalah salah satu daerah endemis DBD. Sejak tahun 2004, Indonesia merupakan negara dengan laporan kasus infeksi virus dengue terbanyak. Peningkatan jumlah ini diiringi dengan penurunan mortalitas DBD dari 3,4 % (1985) menjadi 1% (2006). Data dinas kesehatan pada tahun 2016 jumlah kasus DBD di Indonesia sebanyak 201.885 (IR: 77,96/100.000 penduduk) dengan 1.585 kematian (CFR: 0,79%) (Kemenkes RI, 2016).

### 2.1.3. Etiologi Demam Berdarah *Dengue*

Demam berdarah *dengue* disebabkan oleh virus dengue, yang termasuk ke dalam genus *Flavivirus*, keluarga *Flaviviridae*. *Flavivirus* merupakan virus dengan diameter 30 nm terdiri dari asam

ribonukleat rantai tunggal dengan berat molekul  $4 \times 10^6$ . Terdapat 4 serotipe virus yaitu *DEN-1*, *DEN-2*, *DEN-3*, *DEN-4* yang semuanya dapat menjadi penyebab dari demam berdarah *dengue* (Sudoyo, *et al.*, 2009).

#### 2.1.4. Vektor Penyakit Demam Berdarah *Dengue* dan Morfologinya

Demam berdarah *dengue* adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus melalui perantara vektor *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Perantara utama yang membawa virus *dengue* adalah *Aedes aegypti*, sedangkan *Aedes albopictus* relatif jarang menjadi vektor dari virus *dengue* (gambar 2).



Gambar 2. Nyamuk *Aedes aegypti*  
(Kemenkes RI, 2010).

Klasifikasi dari nyamuk *Aedes aegypti* adalah sebagai berikut :

1. Kingdom : Animalia
2. Phylum : Arthropoda
3. Subphylum : Uniramia

4. Kelas : Insekta
5. Ordo : Diptera
6. Subordo : Nematosera
7. Familia : Culicidae
8. Sub famili : Culicinae
9. Tribus : Culicini
10. Genus : Aedes
11. Species : *Aedes aegypti* (Djakaria, 2014)

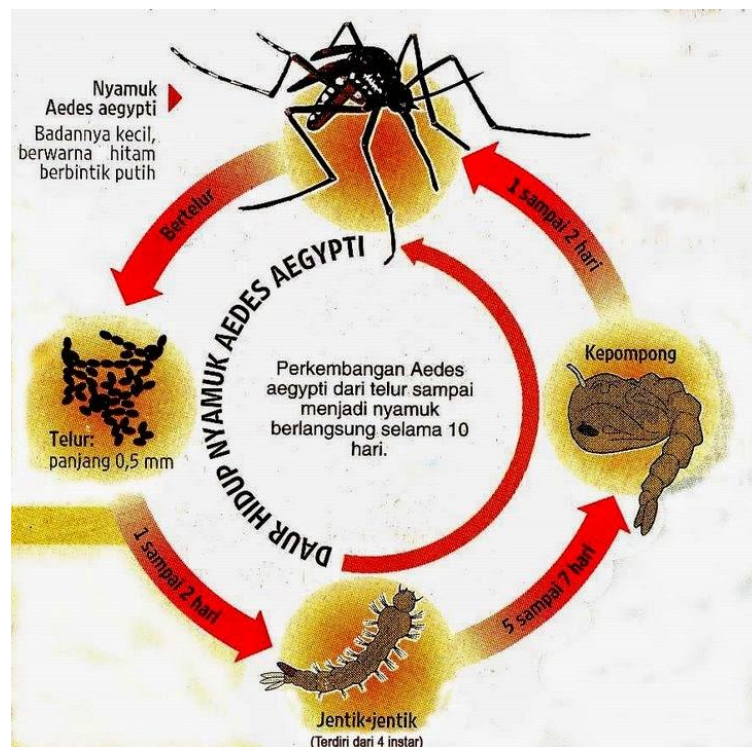
Nyamuk berukuran kecil (4-13 mm) dan rapuh. Dibagian kepala terdapat probosis halus dan panjang. Pada nyamuk betina, probosis dipakai untuk menghisap darah, sedangkan pada nyamuk jantan digunakan sebagai alat penghisap bahan-bahan cair seperti cairan tumbuhan, buah, dan juga keringat. Dikiri dan kanan probosis terdapat sebuah palpus yang terdiri atas 5 ruas dan sepasang antena. Antena pada nyamuk jantan berambut lebat dan pada nyamuk betina jarang. Abdomen nyamuk berbentuk silinder dan terdiri atas 10 ruas. Dua ruas yang terakhir akan berubah menjadi alat kelamin (Sembel, 2009).

#### **2.1.5. Siklus Hidup Nyamuk *Aedes aegypti***

Nyamuk betina meletakkan telurnya di dinding tempat perindukannya 1—2 cm di atas permukaan air. Seekor nyamuk betina mampu meletakkan sekitar 100 telur setiap kali bertelur.

Kurang lebih 2 hari lalu telur akan menetas menjadi larva lalu mengadakan pengelupasan kulit sebanyak 4 kali, tumbuh hingga menjadi pupa dan akhirnya dewasa dibutuhkan waktu sekitar 9 hari (Yulidar, 2015).

Tempat perindukan utama dari *Aedes aegypti* adalah ditempat yang berisikan air bersih yang dekat dengan rumah penduduk, sekitar berjarak 500 meter dari perumahan penduduk (gambar 3).



Gambar 3. Siklus hidup nyamuk *Aedes aegypti* (Kemenkes RI, 2010).

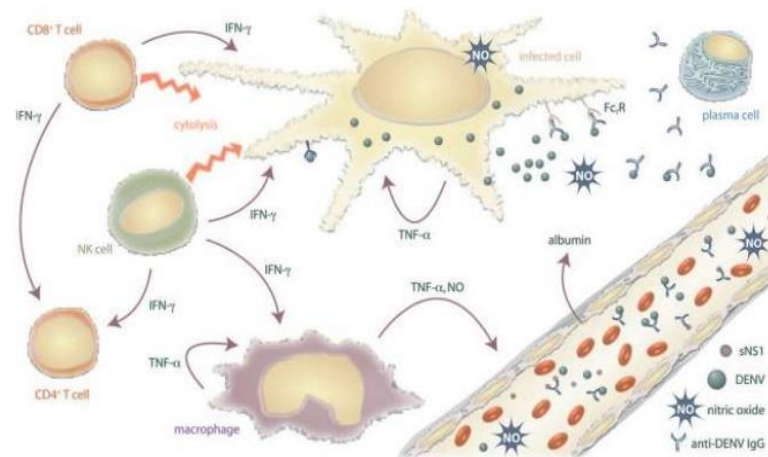
#### 2.1.6. Cara Penularan Penyakit Demam Berdarah *Dengue*

Penularan DBD umumnya melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* ataupun *Aedes albopictus*. Vektor dari virus *dengue* ini terdapat di seluruh pelosok di Indonesia kecuali pada tempat dengan ketinggian lebih dari 1000 meter diatas permukaan laut (Kemenkes RI, 2010).

Nyamuk *Aedes aegypti* mendapatkan virus dengue pada saat menghisap darah seseorang yang terkena DBD, lalu virus *dengue* akan berkembang biak didalam tubuh nyamuk. Jika seseorang yang tertular memiliki daya tahan tubuh yang tidak cukup kuat, maka akan terserang penyakit DBD (Depkes RI, 2011).

#### **2.1.7. Patogenesis dan Patofisiologi Demam Berdarah *Dengue***

Berbagai teori diperkirakan berperan dalam munculnya tanda dan gejala dari demam berdarah dengue, seperti infeksi sekunder, *antibody dependent enchanment*, virulensi virus, mediator inflamasi. Menurut gambar 4, Teori infeksi sekunder mengatakan bahwa manifestasi klinis yang muncul berhubungan dengan apabila seseorang setelah terinfeksi virus dengue untuk pertama kali kemudian mendapat infeksi kedua dengan virus *dengue* tipe lain. Bila seseorang terkena infeksi kedua dengan virus yang sama maka terjadi eliminasi oleh antibodi yang terbentuk saat pertama kali terinfeksi (Tanto, 2014).



Gambar 4. Patogenesis infeksi virus *dengue*  
(Clyde K, Kyle JL, Harris E., 2006).

Sel-sel yang terinfeksi kebanyakan mati melalui apoptosis dan hanya sedikit yang mati akibat nekrosis. Nekrosis menyebabkan pelepasan produk toksik yang mengaktifasi sistem fibrinolitik dan koagulasi. Tergantung pada seberapa luas infeksi di sumsum tulang dan kadar IL-6, IL-8, IL-10, dan IL-18, hemopoiesis ditekan lalu menyebabkan penurunan trombogenesis darah. Lalu toksik juga mengakibatkan peningkatan koagulasi dan penggunaan trombosit, terjadinya trombositopenia (Tanto, 2014).

Trombosit berhubungan dekat dengan interaksi oleh sel endotel. Gangguan fungsi trombosit terjadi melalui mekanisme gangguan pelepasan ADP, peningkatan kadar b-tromboglobulin, dan PF4 (*trombosit factor 4*). Akibat interaksi virus dengan endotel mengakibatkan disfungsi endotel lalu akan terjadi koagulopati (Tanto, 2014).

### 2.1.8. Tanda dan Gejala Demam Berdarah *Dengue*

Biasanya pada pasien yang terkena penyakit DBD akan timbul tanda dan gejala yang sangat bervariasi dari ringan pada DD hingga berat pada DBD, Gejala yang timbul antara lain :

1. Demam yang muncul mendadak
2. Mual muntah
3. Ruam kulit
4. Nyeri kepala disertai nyeri otot dan tulang

Tanda bahaya : nyeri perut, muntah persisten, akumulasi cairan yang dapat terlihat pada pemeriksaan fisis, perdarahan mukosa, letargi, pembesaran hepar lebih dari 2 cm (Tanto, 2014).

### 2.1.9. Klasifikasi Derajat Penyakit Infeksi Virus *Dengue*

Klasifikasi derajat dari penyakit infeksi virus *dengue*, seperti pada tabel 1.

Tabel 1. Klasifikasi Derajat Penyakit DBD

DD/DBD	Derajat	Gejala
DD		Demam disertai 2 atau lebih tanda : sakit kepala, nyeri retro-orbital, mialgia, aralgia
DBD	I	Gejala diatas ditambah uji bendung positif
DBD	II	Gejala diatas ditambah Perdarahan spontan
DBD	III	Gejala diatas ditambah kegagalan sirkulasi
DBD	IV	Syok berat disertai tekanan darah dan nadi tidak terukur

Sumber: (Sudoyo, *et al.*, 2009).

### **2.1.10. Diagnosis Demam Berdarah *Dengue***

Berdasarkan kriteria WHO (2012) terdiri dari kriteria klinis dan kriteria laboratorium.

1. Kriteria klinis
  - a. Demam mendadak 2- 7 hari.
  - b. Terdapat tanda-tanda perdarahan yang ditandai dengan Uji *torniquet* positif, petekie, ekimosis ataupun purpura (Suryandono, 2009)
  - c. Pembesaran hati.
  - d. Renjatan (*shock*), ditandai dengan nadi cepat dan lemah serta penurunan tekanan nadi dibawah 20 mmHg, hipotensi, kaki dan tangan dingin.
2. Kriteria laboratorium
  - a. Trombositopenia.
  - b. Adanya kebocoran plasma karena peningkatan permeabilitas kapiler, yang ditandai dengan adanya : hemokonsentrasi / peningkatan hematokrit lebih dari 10% (Depkes RI, 2011).

### **2.1.11. Tata Laksana Demam Berdarah *Dengue***

Terapi pada penderita DBD adalah terapi suportif. Dengan terapi suportif yang adekuat, angka kematian dapat diturunkan hingga kurang dari 1 %. Pemeliharaan volume cairan sirkulasi adalah suatu tindakan yang paling dibutuhkan dalam melakukan tata laksana terhadap penderita DBD. Penatalaksanaan pada DBD dilakukan



sesuai dengan mempertimbangkan *cost of effectiveness*. Protokol ini terbagi menjadi 5 kategori :

1. Penanganan tersangka DBD tanpa syok

Dilakukan pemeriksaan Ht, Hb, dan Trombosit. Pasien diperbolehkan rawat jalan apabila kontrol dalam 24 jam berikutnya. Jika Hb dan Ht normal namun terjadi penurunan pada trombosit < 100.000 dianjurkan untuk dirawat. Jika Hb, Ht meningkat namun trombosit normal ataupun turun maka dianjurkan juga untuk dirawat.

2. Pemberian cairan pada tersangka DBD dewasa di ruang rawat

Pasien yang tersangka DBD tanpa perdarahan spontan dan masif tanpa syok, maka di ruang rawat diberikan cairan infus kristaloid dengan jumlah tergantung pada rumus berikut,

Volume cairan kristaloid per hari yang dibutuhkan, rumusnya ;

$$1500 + \{20 \times (\text{BB dalam kg} - 20)\}$$

Setelah diberikan cairan kristaloid, maka pemeriksaan Hb dilakukan setelah 24 jam.

3. Penatalaksanaan DBD dengan peningkatan Ht > 20%

Pada keadaan ini terapi awal adalah pemberian cairan infus kristaloid sebanyak 6-7 ml/kg/jam. Kemudian pasien dipantau setelah 3-4 jam, bila terjadi perbaikan turunkan kadar cairan infus kristaloid menjadi 5 ml/kg/jam, lakukan pemantauan lagi setelah 4 jam jika perbaikan didapatkan lagi, turunkan lagi cairan infus kristaloid hingga selesai. Namun jika terjadi

peningkatan saat dipantau 4 jam pertama setelah pemberian awal, maka tingkatkan jumlah cairan infus kristaloid.

#### 4. Penatalaksanaan perdarahan spontan pada DBD dewasa

Pada hal ini dapat terjadi perdarahan masif seperti : perdarahan hidung/epistaksis yang tidak terkendali. Pemberian cairan infus kristaloid dibutuhkan dengan pemantauan setiap 4 jam. Pemberian heparin juga dibutuhkan jika terdapat tanda-tanda koagulasi intravaskular diseminata. Transfusi komponen darah sesuai indikasi.

#### 5. Tatalaksana sindroma syok *dengue* pada dewasa

Hal pertama yang harus dilakukan adalah atasi segera renjatan yang terjadi dan oleh karena itu penggantian cairan intravaskular yang hilang harus segera dilakukan. Pada kasus ini, cairan kristaloid adalah pilihan utama yang harus diberikan, selain resusitasi cairan, penderita juga diberikan oksigen 2-4 liter/menit. Setelah penanganan diatas, lakukan evaluasi setelah 15-30 menit (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi *et al*, 2009).

## 2.2. Pencegahan Penyakit Demam Berdarah *Dengue*

Salah satu upaya pencegahan yang dianggap tepat adalah pemberantasan DBD dengan memutus rantai penularan melalui kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN DBD) yang merupakan kegiatan untuk memberantas telur, jentik, dan kepompong. PSN DBD dapat dilakukan dengan cara 3M Plus (Sukohar, 2014).

(3M) yang dimaksud yaitu:

1. Menguras dan menyikat tempat penampungan air seperti bak mandi/WC, drum, dan lainnya seminggu sekali.
2. Menutup tempat penampungan air rumah tangga seperti gentong air/tempayan, drum dan lainnya.
3. Mengubur, menyingkirkan, memanfaatkan dan/atau mendaur ulang barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan seperti kaleng, ban bekas, dan lainnya.

Selain itu ditambah (plus) dengan cara lainnya, seperti :

1. Mengganti air vas bunga, tempat minum burung, atau tempat-tempat lainnya seminggu sekali.
2. Memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar/rusak.
3. Menutup lubang-lubang pada potongan bambu/pohon, dan lainnya.
4. Menaburkan bubuk larvasida, misalnya ditempat yang sulit dikuras airnya.
5. Memelihara ikan pemakan jentik dikolam / bak-bak penampungan air.

Jika PSN DBD dapat dilakukan masyarakat secara efektif, maka populasi nyamuk *Aedes aegypti* dapat ditekan serendah rendahnya, sehingga penularan DBD akan menurun (Kemenkes RI, 2011).

### **2.3. Perilaku, Pengetahuan, dan Status Sosial Ekonomi**

Menurut H.L. Blum, dikutip Notoadmodjo (2007), derajat kesehatan dipengaruhi 4 (empat) macam faktor yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan

kesehatan, dan hereditas. Perilaku adalah kumpulan dari reaksi, perbuatan, aktivitas, gabungan gerakan, tanggapan dan jawaban yang dilakukan seseorang, seperti proses berpikir, bekerja, dan sebagainya (Chaplin, 2006). Pengetahuan adalah salah satu faktor, yang mempengaruhi perilaku, pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan usaha untuk mengetahui terhadap objek tertentu (Notoatmodjo, 2012). Sehingga pengetahuan dan perilaku disini tidak akan pernah lepas dengan proses terbentuknya sebuah tindakan (Bachtiar, 2012).

Tindakan merupakan bentuk nyata yang memerlukan terpenuhinya faktor pendukung atau fasilitas sebelum melaksanakan sesuatu (Notoatmodjo, 2012). Menurut Green dalam Notoatmodjo (2003), perilaku itu ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu :

1. Faktor Predisposisi

Merupakan faktor pemudah seseorang dalam melakukan sebuah tindakan, meliputi : pengetahuan, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi (pekerjaan dan pendapatan), tradisi dan nilai masyarakat.

2. Faktor Pendukung

Merupakan suatu hal yang dapat mendukung atau memungkinkan terjadinya perilaku kesehatan, faktor ini mencakup fasilitas sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk melakukan sebuah tindakan, seperti tersedianya puskesmas, obat-obatan, maupun alat kesehatan yang memadai.

### 3. Faktor Pendorong

Merupakan faktor yang memperkuat terjadinya perilaku, dalam hal ini yang mempengaruhi meliputi tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan.

Berdasarkan penelitian Suroso (2001) mengemukakan partisipasi masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dipengaruhi oleh status sosial ekonomi, pengetahuan, sikap, sarana dan tipe pemukiman. Menurut J.P. Chaplin (1982) dalam buku diferensiasi sosial memberikan pengertian status sosial ekonomi sebagai berikut :

“Status sosial ekonomi sebagai posisi yang ditempati individu atau keluarga berkenaan dengan ukuran rata-rata yang umum terjadi tentang kepemilikan struktural, pendapatan efektif, pemilikan barang-barang, dan partisipasi dalam aktivitas kelompok dalam komunitasnya” (Svalastoga, 2005).

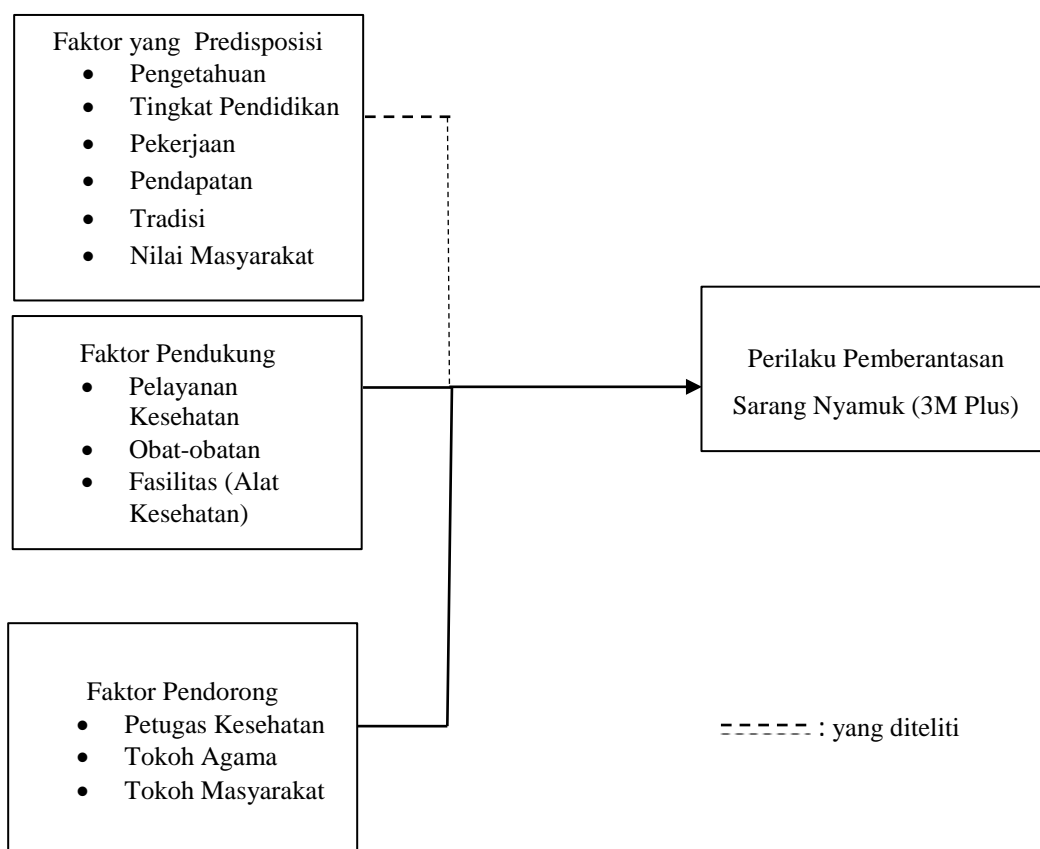
Status sosial ekonomi adalah status masyarakat yang menggunakan indikator pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan sebagai tolak ukur (Supariasa, 2002).

#### **2.4. Kepala Keluarga**

Menurut undang-undang No.1 Tahun 1974 tentang perkawinan dan KHI, kepala keluarga identik dengan pencari nafkah dan memenuhi semua kebutuhan hidup anggota keluarganya. Menurut Departemen Kesehatan RI,

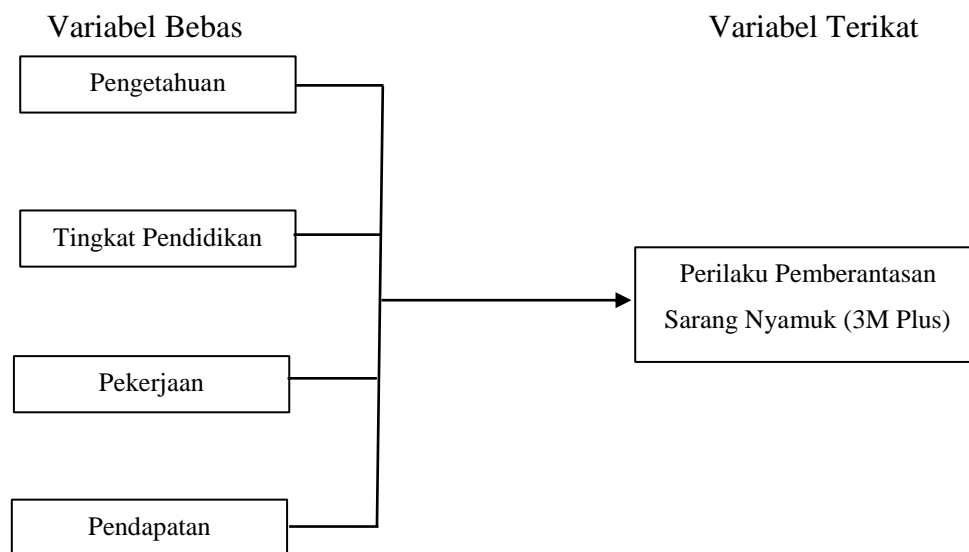
keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Di bawah asuhan kepala keluarga, berinteraksi sesama anggota keluarga, maka setiap anggota keluar memiliki perannya masing-masing. Dalam hal ini kepala keluarga memiliki peranan untuk mencari nafkah, mendidik, melindungi, dan pemberi rasa aman (Sugeng, 2008). Keluarga merupakan unit masyarakat kecil, oleh karena itu perilaku hidup sehat dimulai dari sini. Peran kepala keluarga adalah mendidik setiap anggota keluarganya untuk memiliki dasar perilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2003).

## 2.5. Kerangka Teori



Gambar 5. Kerangka Teori  
(Notoatmodjo (2003), Kemenkes RI (2010))

## 2.6. Kerangka Konsep



Gambar 6. Kerangka Konsep

## 2.7. Hipotesis

Adapun hipotesis pada penelitian ini sebagai berikut :

1. Ho :Tidak ada hubungan antara pengetahuan mengenai DBD terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD.

Ha :Terdapat hubungan antara pengetahuan mengenai DBD terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD.

2. Ho :Tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD.

Ha :Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD.

3. Ho :Tidak ada hubungan antara pekerjaan terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD.

Ha :Terdapat hubungan antara pekerjaan terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD.

4. Ho :Tidak ada hubungan antara pendapatan terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD.

Ha : Terdapat hubungan antara pendapatan terhadap tindakan PSN 3M Plus dalam upaya pencegahan DBD.



## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **3.1. Desain Penelitian**

Rancangan penelitian ini menggunakan metode observasi analitik dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu dengan cara pengumpulan data sekaligus dalam satu waktu (Notoatmodjo, 2007) dengan tujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan mengenai DBD dan status sosial ekonomi pada kepala keluarga terhadap tindakan PSN (3M Plus) dalam upaya pencegahan DBD di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

### **3.2. Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.2.1. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

#### **3.2.2. Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September hingga Oktober 2018.

### 3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian adalah sejumlah subyek yang memiliki karakteristik tertentu yang ditentukan oleh peneliti sesuai dengan ranah dan tujuan penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2014). Populasi pada penelitian ini adalah kepala keluarga dari setiap keluarga di Desa Pajaresuk yang berjumlah 1862 kepala rumah tangga.

#### 3.3.2. Sampel Penelitian

Besar sampel minimal sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}$$

(Lameshow, 1997)

Keterangan:

$n$  = Besar sampel

$Z^2_{1-\alpha/2}$  = Standar deviasi normal untuk 1,96 dengan *Confidence Level* 95%

$P$  = Proporsi

Berdasarkan hasil penelitian Agus Riyanto, pada tahun 2006

didapatkan bahwa proporsi dari variabel pengetahuan adalah 0,60 ;

Variabel pendidikan adalah 0,65 ; Variabel pekerjaan adalah 0,48 ;

Serta menurut Kuspriyanto tahun 2013, pada hasil penelitiannya dinyatakan bahwa proporsi pendapatan adalah 0,39. Variabel tersebut merupakan variabel independen yang akan dihubungkan terhadap variabel dependen yaitu perilaku tindakan pencegahan DBD (3M Plus) pada kepala keluarga di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

$N$  = Populasi, jumlah populasi dalam penelitian ini adalah KK

$d$  = nilai presisi atau derajat ketepatan dengan tingkat kepercayaan 95% (0,1)

$$n = \frac{(1,96)^2 0,65 (1 - 0,65) 1862}{(0,1)^2 (1862 - 1) + (1,96)^2 0,65 (1 - 0,65)}$$

$$n = 83,1 \text{ dibulatkan menjadi } 84$$

Total sampel minimal dalam penelitian ini adalah 84 ditambah 10% dari 84, yaitu maka menjadi 92 sampel. Sampel diambil dari setiap lingkungan dusun (LK) di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu.

$$1. \text{ LK } 1 \frac{662}{1862} \times 92 = 33$$

$$2. \text{ LK } 2 \frac{408}{1862} \times 92 = 20$$

$$3. \text{ LK } 3 \frac{440}{1862} \times 92 = 22$$

$$4. \text{ LK } 4 \frac{352}{1862} \times 92 = 17$$

---


$$\text{Jumlah} \quad = \quad \mathbf{92 \text{ Sampel.}}$$

### **3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi**

#### **3.3.3.1. Kriteria Inklusi**

1. Kepala keluarga yang masih memberi nafkah bagi keluarga.
2. Berdomisili di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu.

#### **3.3.3.2. Kriteria Eksklusi**

1. Kepala keluarga tidak berada di lingkungan saat dilakukan penelitian.

### **3.3.4. Teknik Pengambilan Sampel**

Pengambilan sampel pada penelitian ini langkah pertama adalah memilih sampel sesuai dengan kriteria yang ditetapkan yaitu kepala keluarga yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Lalu menggunakan teknik *simple random sampling* yaitu pengambilan sampel anggota populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi tersebut. Teknik ini menggunakan cara undian, yaitu populasi yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi didaftar kemudian dipilih nomor secara acak menggunakan *random number generator* sesuai dengan kebutuhan sampel di setiap lingkungan. Lalu peneliti diawasi oleh saksi hingga dapat terpenuhi jumlah sampel yang dibutuhkan.

### 3.4. Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel adalah obyek penelitian atau yang menjadi titik perhatian suatu penelitian (Arikunto, 2006). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel penelitian adalah :

1. Variabel bebas

Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependen. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan mengenai DBD, pendidikan, pekerjaan, pendapatan pada kepala keluarga.

2. Variabel terikat

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel terikat pada penelitian ini adalah tindakan PSN (3M Plus) dalam upaya pencegahan DBD.

### 3.5. Definisi Operasional

Supaya memudahkan pelaksanaan penelitian dan agar penelitian tidak menjadi terlalu luas maka dibuat definisi operasional sebagai berikut :

Tabel 2. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Pengetahuan	Pemahaman yang dimiliki kepala keluarga tentang demam berdarah <i>dengue</i> yaitu pengertian DBD, penyebab, gejala, cara penularan, dan Pemberantasan sarang nyamuk (3M Plus). (Farida, 2004)	Kuisisioner (20 item pertanyaan) 0: jika salah 1: jika benar (Wuryaningih, 2008)	Wawancara	1: Rendah = <11 2: Tinggi = 11-20 (Arikunto dan Iskani, 2013)	Ordinal
2.	Tingkat Pendidikan	Merupakan jenjang Pendidikan formal terakhir yang diselesaikan oleh responden. (Hardayati, 2011).	Kuisisioner	Wawancara	1: Pendidikan rendah (tidak tamat SMP). 2: Pendidikan tinggi (tamat SMP). (Hardayati, 2011).	Ordinal
3	Pekerjaan	Segala kegiatan yang dilaksanakan oleh responden, di luar kegiatan rumah tangga yang menghasilkan sumber pendapatan atau uang. (Asmadi, 2008)	Kuisisioner	Wawancara	1: Tidak bekerja. 2: Bekerja (buruh, petani, PNS, pegawai swasta, wiraswasta, lain-lain). (Asmadi, 2008)	Ordinal

4	Pendapatan	Upah yang didapatkan hasil dari bekerja atau dari aktivitas yang bermanfaat. (Raiz, 2017)	Kuisisioner	Wawancara	1: Rendah : $\leq 1.908.447$ 2: Tinggi : $> 1.908.447$ Disesuaikan dengan Upah Minimum Kabupaten Pringsewu (Raiz, 2017)	Ordinal
5	Perilaku Tindakan PSN DBD (3M Plus)	Tindakan nyata kepala keluarga dalam perilaku pemberantasan sarang nyamuk (3M Plus). (Wuryaningsih, 2008)	Lembar observasi (15 pernyataan) 0: Jika benar 1: Jika salah	Observasi	Perilaku 1: Kurang = $< 5$ 2: Cukup = 5-10 3: Baik = $> 10$ (Wuryaningsih, 2008)	Ordinal

### 3.6. Alat dan Cara Pengambilan Data

#### 3.6.1. Alat Penelitian

Dalam Penelitian ini, alat penelitian yang digunakan adalah :

a. Alat Tulis

Alat-alat yang akan digunakan pada penelitian ini berupa pulpen, pena, kertas dan komputer. Alat-alat tersebut digunakan untuk mencatat, menyimpan dan mengolah data.

b. Kuesioner terstruktur

Adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data penelitian.

c. Lembar *Informed Consent*

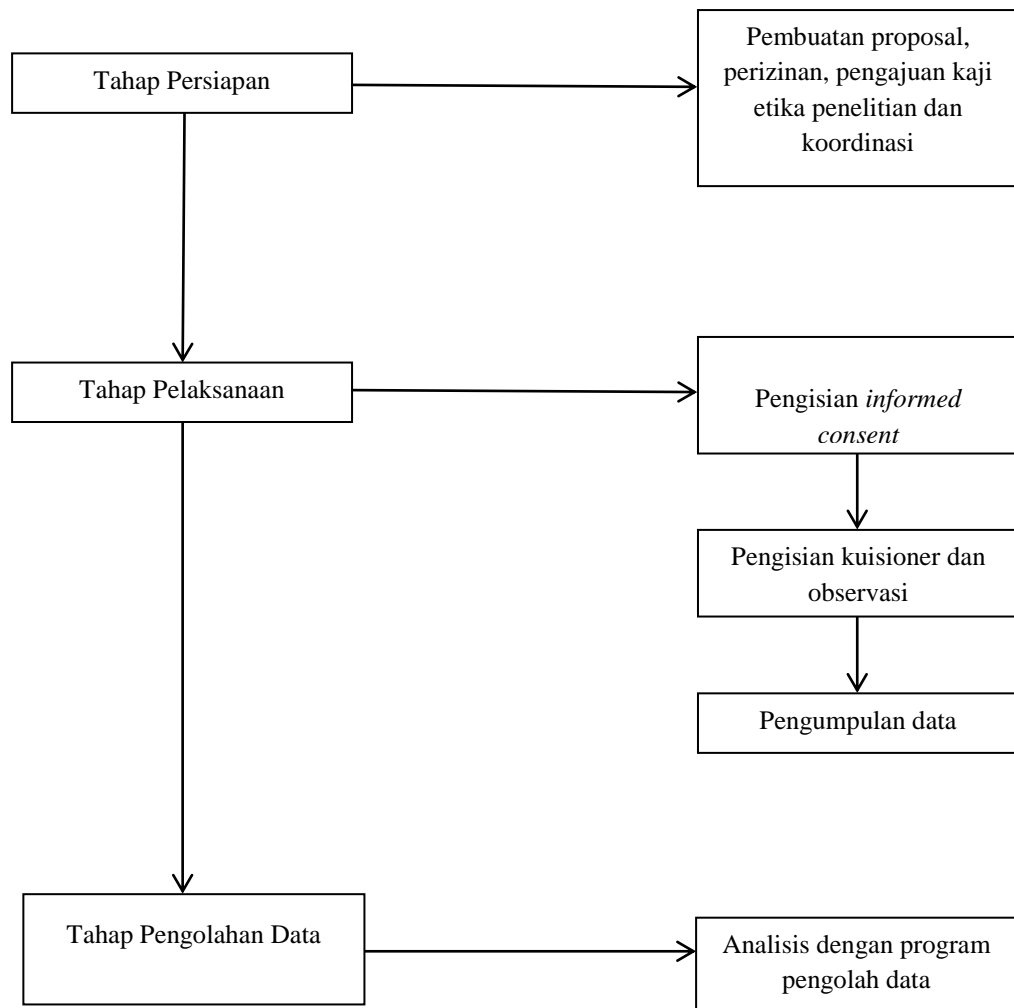
Lembar *informed consent* berisikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

### 3.6.2. Cara Pengambilan Data

Dalam penelitian ini, seluruh data diambil secara langsung dari responden (data primer) yang meliputi :

1. Penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian.
2. Pengisian *informed consent*.
3. Pemberian pertanyaan kuisisioner kepada responden.

### 3.7. Alur Penelitian



Gambar 7. Alur Penelitian



### **3.8. Pengolahan dan Analisis Data**

#### **3.8.1. Pengolahan Data**

Data yang telah didapatkan dari proses pengumpulan hasil kuisioner dan observasi akan diolah menggunakan program pengolah data yang terdiri dari :

- a. *Coding*, untuk mengkonversikan (menejermahkan) data yang dikumpulkan selama penelitian ke dalam simbol yang cocok untuk keperluan analisis.
- b. *Data entry*, memasukkan data ke dalam komputer.
- c. Verifikasi, memasukkan data pemeriksaan secara visual terhadap data yang telah dimasukkan ke dalam komputer.
- d. *Output* komputer, hasil yang telah dianalisis oleh komputer kemudian dicetak.

#### **3.8.2. Analisis Data**

Analisis statistik menggunakan dua macam analisis, yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

##### **1. Analisis Univariat**

Analisis ini digunakan untuk menentukan distribusi dan frekuensi variabel bebas dan variabel terikat.

## 2. Analisis Bivariat

Analisis ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat melalui uji *chi square* ( $X^2$ ). Uji *chi square* adalah membandingkan frekuensi yang terjadi (observasi) dengan frekuensi harapan (ekspektasi). Sebagai yang diketahui, test *chi square* menuntut frekuensi yang diharapkan dalam masing-masing sel tidak boleh terlampau kecil.

Pada tabel lebih dari 2x2 (misalnya 3x2 atau 3x3), apabila nilai frekuensi harapan (expected) yang kurang dari 5 tidak lebih dari 20%, maka nilai  $\chi^2$  atau p-value dari Pearson Chi-square atau Likelihood Ratio dapat kita laporkan. Jika nilai expected yang kurang dari 5 lebih dari 20% atau ada nilai expected yang kurang dari 1.0 (karena ada sel yang kosong), maka hasil uji chi-square tidak valid, harus dilakukan pengelompokan ulang terlebih dahulu (Besral, 2010).

Tabel kontingensi dengan db lebih besar dari 1. Bila k lebih besar daripada 2 (maka db > 1), tes *chi square* dapat digunakan jika kurang dari 20% di antara sel-sel itu mempunyai frekuensi diharapkan yang kurang dari 5 dan jika tidak satu sel pun memiliki frekuensi diharapkan yang kurang dari 1 (Siegel, 1997).

Kasus 2 x 2, Jika frekuensi ada dalam satu table kontingensi 2 x 2, keputusan untuk menggunakan tes chi square, hendaknya dengan memikirkan pertimbangan ini:

1. Bila  $N > 40$ , gunakanlan uji *chi square* dengan koreksi kontinuitas.
2. Kalau N ada antara 20 – 40, uji *chi square* boleh dipakai jika semua frekuensi diharapkan adalah 5 atau lebih. Jika frekuensi yang diharapkan yang terkecil kurang dari 5, pakailah tes *fisher*.
3. Bila  $N < 20$ , gunakanlah tes *fisher* untuk kasus apapun (Siegel, 1997).

### **3.9. Etika Penelitian**

Penelitian ini sudah diajukan pengujian etik kepada Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Lampung serta mendapatkan persetujuan etik dengan nomor : 3233/UN26.18/PP/05.02.00/2018.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1. Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat ditarik beberapa simpulan sebagai berikut :

1. Terdapat responden dengan pengetahuan tinggi sebanyak 65 orang tingkat pendidikan yang tinggi sebanyak 60 orang serta banyaknya responden yang bekerja sebanyak 78 orang dengan tingkat pendapatan yang tinggi sebanyak 41 orang dan juga perilaku pencegahan demam berdarah *dengue* yang baik sebanyak 52 orang dari seluruh jumlah responden sebanyak 92 orang.
  
2. Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan terhadap upaya pencegahan demam berdarah *dengue* di Desa Pajaresuk Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu.
  
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara Tingkat Pendidikan terhadap upaya pencegahan demam berdarah *dengue* di Desa Pajaresuk Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu.

4. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara Pekerjaan terhadap upaya pencegahan demam berdarah *dengue* di Desa Pajaresuk Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu.
5. Terdapat hubungan yang signifikan antara Tingkat Pendapatan terhadap upaya pencegahan demam berdarah *dengue* di Desa Pajaresuk Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu.

## 5.2. Saran

1. Bagi masyarakat di Desa Pajaresuk, Kecamatan Pringsewu, Kabupaten Pringsewu dapat dilakukan peningkatan pengetahuan terutama dalam kapan waktu penularan penyakit demam berdarah *dengue* biasa ditularkan oleh perantara serta kapan pengasapan / *fogging* seharusnya dilakukan dalam hal pemberantasan nyamuk dewasa. Serta dapat memperbaiki kebiasaan menggantung pakaian dirumah dan juga mulai memperhatikan tempat penampuan air yang terdapat dirumah sendiri.
2. Bagi masyarakat umum, hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber referensi yang dapat menambah pengetahuan mengenai hubungan pengetahuan dan status sosial ekonomi terhadap upaya pencegahan demam berdarah *dengue*, sehingga masyarakat dapat mengetahui apa yang dapat mempengaruhi upaya pencegahan itu sendiri.

3. Bagi peneliti lain, dapat dilakukan penelitian terkait faktor-faktor yang mempengaruhi angka kejadian demam berdarah *dengue* ataupun prevalensi penyebaran demam berdarah *dengue* disuatu daerah yang endemis DBD.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alidan. 2011. The Corelation of Knowledge, Attitude and Health Elucidation to the Dengue Hemorrhagic Fever of Simpang III Sipin District of Kotabaru Jambi Municipality. *Thesis*. Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada.
- Arikunto S. 2006. Suatu Pendekatan Praktik Edisi Revisi. Bab Prosedur Penelitian Jakarta: Rineka Cipta.
- Asmadi. 2008. Kontribusi Karakteristik dan Lingkungan Keluarga terhadap Kekerasan pada Anak Usia 10 – 14 Tahun di Kabupaten Indramayu. *Thesis*. Depok : FIK UI.
- Ayuningtyas NP. 2012. Hubungan Tingkat Pendidikan Formal Kepala Keluarga dengan Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk Aedes Aegypti. Skripsi. Surakarta : FK UNS.
- Bachtiar D. 2012. Pengaruh Motivasi Dan Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan. *Management Analysis Journal*. Vol. 1 No. 1.
- Besral. 2010. Pengolahan dan Analisa Data-1 Menggunakan SPSS. Jakarta : Departemen Biostatistika FKM UI.
- Cahyo WN. 2016. Pengaruh Faktor Pengetahuan, Pendapatan Orang Tua dan Sanitasi Usia 6 – 15 Tahun di Kecamatan Kebomas Kabupaten Gresik. *Swara Bhumi Journal*. Vol. 1 No. 2.
- Chaplin JP. 1982. *Dictionary of Psychology*. New York : Dell Publishing Co.Inc.

- Clyde K, Harris E, dan Kyle J. 2006. Recent Advances in Deciphering Viral and Host Determinants of Dengue Virus Replication and Pathogenesis. *Journal of Virology*.
- Dahlan SM. 2013. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*. Jakarta : Salemba Medika.
- Depdiknas. 2003. Undang-undang RI No. 20 Tahun 2003 tentang Sist Pendidikan Nasional.
- Depkes RI. 2011. *Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Direktorat Jendral P2M Depkes RI.
- Depkes RI. 2012. *Situasi DBD di Indonesia*. Jakarta : Depkes RI.
- Dewi NP. 2015. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan praktik Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) Keluarga di Kelurahan Mulyoharjo Kecamatan Jepara Kabupaten Jepara.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. 2013. *Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2013*. Lampung : Dinas Kesehatan.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. 2014. *Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2014*. Lampung : Dinas Kesehatan.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. 2016. *Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2015*. Lampung : Dinas Kesehatan.
- Djakaria S. 2004. *Pendahuluan Entomologi Parasitologi Kedokteran Edisi Ke-3*. Jakarta : FK UI.
- Ernawati. 2013. *Menyibak Perempuan Kepala Keluarga*. *Muwazah Jurnal Kajian Gender* Vol. 5(2) : 95-100.
- Eryani S. 2014. *Penyuluhan Kesehatan Terhadap Upaya Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Ilir Talo Seluma*.



- Farida Y. 2004. Pengantar Pangan dan Gizi. Jakarta : Penebar Swadaya.
- Fidayanto R, Susanto H, Yohanan A dan Yudhastuti R. 2013. Control Model of Dengue Hemorrhagic Fever. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 7 : 522-528.
- Fitriani A, Indrawati ND. 2013. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Ibu Mengikuti Posyandu dengan Kenaikan Berat Badan Balita Usia 2-3 Tahun di Kelurahan Sawah Besar Kecamatan Gayamsari. Semarang : *Jurnal Sains Medika*.
- Ginandra IW. 2015. Hubungan Tingkat Pengetahuan Kepala Keluarga Dengan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue Di Desa Sendangmulyo Kabupaten Blora. Skripsi. Surakarta : FK UMS.
- Hardayati W, Mulyadi A dan Daryono . 2011. Analisis Perilaku Masyarakat Terhadap Angka Bebas Jentik dan Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Pekanbaru Kota, Riau. *Jurnal Ilmu Lingkungan* Vol. 5 No. 1 Universitas Riau.
- Harmani N dan Hamal DK. 2013. Hubungan antara Karakteristik Ibu dengan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Karang Tengah Kabupaten Cianjur Provinsi Jawa Barat Tahun 2013. *UHAMKA*.
- Hasyim DM. 2013. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD). Jakarta : Rineka Cipta.
- Heraswati DN. 2008. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Kepala Keluarga dalam Upaya Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Desa Gondang Tani Wilayah Kerja Puskesmas Gondang Kabupaten Sragen. *Thesis*. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Indah R, Nurjannah, Dahlia, Hermawati D. 2011. Studi Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Masyarakat Aceh dalam pencegahan demam berdarah dengue. *Prosiding Seminar hasil penelitian kebencanaan*. Banda Aceh : TDM RC-UNISYAH.

- Itrat A, Khan A, Javaid S, Kamal H, Javed S, Saira K. 2008. Knowledge, Awareness and Practices regarding dengue fever among the adult population of dengue hit cosmopolitan. Plos One.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. Demam Berdarah Dengue. Jendela Epidemiologi Vol. 2.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Situasi DBD. Infodatin Kementerian Kesehatan RI.
- Lemeshow S. 1997, Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan, Gadjah Mada University, Yogyakarta.
- Lontoh RY, Rattu AJM dan Wulan PJK. 2016. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Malalayang 2 Lingkungan III. Jurnal Ilmiah Pharmacon 5(1) : 382-389.
- Maulida I, Prastiwi RS, Hapsari LH. 2016. Analisis Hubungan Karakteristik Kepala Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah di Pakijangan Brebes. Politeknik Harapan Bersama : INFOKES.
- Nazir M. 2010. Metode Penelitian. Bogor : Ghalia Indonesia.
- Nuryanti E. 2013. Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk di Masyarakat. Semarang : Jurnal Kesehatan Masyarakat UNNES.
- Notoatmodjo S. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo S. 2012. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo S. 2014. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.

- Pangemanan J dan Nelwan J. Perilaku Masyarakat Tentang Program Pemberantasan Penyakit DBD di Kabupaten Minahasa Utara.
- Putri R dan Naftassa Z. 2016. Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Masyarakat dengan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Desa Kemiri, Kecamatan Jayakarta, Karawang Tahun 2016. Jakarta : FK UMJ.
- Prihatinah TU. 2009. Istri Sebagai Kepala Keluarga dalam Pengambilan Keputusan di Ranah Publik : Kemajuan atau Kemunduran.
- Rahmawanto YN. 2015. Studi Deskriptif Perilaku Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Inap RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Tesis : Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Raiz EA. 2018. Kondisi Sosial Ekonomi Wanita Pekerja Industri Batu Bata di Kelurahan Waluyo Jati Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu. Lampung : Universitas Lampung.
- Respati T, Raksanegara A, Djuhaeni H, Sofyan A, Agustian D, Faridah L et al. 2017. Berbagai Faktor yang Memengaruhi Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kota Bandung. Ciamis : Loka Litbang P2B2.
- Riyanto A. 2005. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) di Kelurahan Cigugur Tengah Kota Cimahi. Jurnal Kesehatan Kartika.
- Sastroasmoro S dan Ismael. 2014. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke 5. Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Sembel D. 2009. Entomologi Kedokteran. Yogyakarta : Penerbit Andi.
- Sidabutar IM, Kalesaran AF dan Kepel BJ. 2016. Hubungan Antara Pendidikan dan Pengetahuan dengan Tindakan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD Masyarakat di Desa Watutumou Kecamatan Kalawatu Kabupaten Minahasa Utara. IKMAS.

- Siegel S. 1997. Statistik Non Parametrik Untuk Ilmu Sosial. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Sucipto, Pramudiyo T dan Mursid R. 2015. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Jenis Serotipe Virus Dengue di Kabupaten Semarang. *Jurnal Kesling Indonesia* 14(2).
- Suciwati. 2015. Implementasi Kebijakan Pemerintah Mengenai Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) dalam Rangka Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat di Kota Semarang. Karya Ilmiah S.1 Keperawatan.
- Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S. 2009. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II Edisi 5. Jakarta : Interna Publishing.
- Sugeng Haryanto 2008. Peran Akif Wanita dalam Peningkatan Pendapatan Rumah Tangga Miskin: Studi Kasus pada Wanita Pemecah Batu di Pucanganak Kecamatan Tugu Trenggalek. *Jurnal Ekonomi Pembangunan*. Vol.9,No.2, hal.216-227.
- Sukohar A. 2014. Demam Berdarah Dengue (DBD). Lampung : Medula 2.
- Suharyadi, Purwanto SK. 2004. Statistika untuk Ekonomi dan Keuangan Modern. Jakarta : Salemba Empat Edisi 1.
- Sumardi S. 2004. Metodologi Penelitian. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.
- Supariasa IDN. 2002. Penilaian Status Gizi. Jakarta : EGC.
- Suroso T. 2001. Partisipasi Masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyar Demam Berdarah Dengue di Purwokerto.
- Suryandono A. 2009. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Kepala Keluarga Tentang Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) di RW 1 Kelurahan Medono Kecamatan Pekalongan Barat Kota Pekalongan.

Svalastoga K. 2005. *Differensiasi Sosial*. Jakarta : Bina Aksara.

Tanto C, Liwang F, Hanifati S dan Pradipta EA. 2014. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi 4*. Jakarta : Media Aeskulapius.

Trapsilowati W, Pujiyanti A dan Ristiyanto. 2014. Peran Pengetahuan dan Tingkat Pendidikan terhadap Perilaku Pengendalian Vektor DBD pada Masyarakat di Kelurahan Endemis di Kota Samarinda Tahun 2009.

Wawan A dan Dewi M. 2010. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Widagdo L, Besar TH dan Bhinuri. 2008. Kepadatan Jentik *Aedes aegypti* Sebagai indikator keberhasilan Pemberantasan Sarang Nyamuk (3M Plus) Di Kelurahan Srandol Wetan, Semarang. *Jurnal Makara Kesehatan*.

Widiyanti, I. 2005. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tindakan Masyarakat dalam Upaya Pencegahan DBD di Desa Makam Haji Wilayah Kerja Puskesmas II Sukoharjo*. Surakarta : Fakultas Ilmu Kedokteran UMS.

World Health Organization. 2015. *Dengue and Severe dengue* . <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>. Diakses pada tanggal 20 September 2018.

Wuryaningsih T. 2008. Hubungan Antara Pengetahuan dan Persepsi dengan Perilaku Masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) di Kota Kediri. Surakarta : Universitas Sebelas Maret.

Yulidar dan Veny W. 2015. Siklus hidup *Aedes aegypti* pada Skala Laboratorium.