

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
No. DAFTAR : 014 / PER-D148 / 2012
TANGGAL : 29-3-2012

**TINGKAT PENGETAHUAN KETUA RT
DI KECAMATAN PLAJU
MENGENAI DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)**

Skripsi

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh :
THIPO ARDINI
702008028



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2012**



HALAMAN PENGESAHAN

**TINGKAT PENGETAHUAN KETUA RT
DI KECAMATAN PLAJU
MENGENAI DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)**

Dipersiapkan dan disusun oleh

Thipo Ardini
702008028

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada tanggal 6 Maret 2012

Menyetujui:


Dr. Syahrul Muhammad, MARS
Pembimbing Pertama


dr. Nyayu fauziah, M. Kes
Pembimbing Kedua

**Dekan
Fakultas Kedokteran**


Prof. Dr. KHM. Arsvad, DABK, Sp. And
NIDN. 0002064803



PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa:

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 6 Maret 2012

Yang membuat pernyataan



Thipo Ardini

702008028



HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

"Hidup memerlukan pengorbanan, pengorbanan memerlukan perjuangan, perjuangan memerlukan ketabahan, ketabahan memerlukan keyakinan, keyakinan pula menentukan kejayaan, kejayaan pula akan menentukan kebahagiaan."

Ku olah kata, kubaca makna, kuikat dalam alinea, kubingkai dalam bab sejumlah lima, jadilah mahakarya, gelar sarjana kuterima orang tuapun bahagia.

Be a good doctor and success in the future are my ambition. Waiting for something hopefully, Allah will give me the best.

Dengan Izin-Mu ya Allah kupesembahkan karya sederhana ini untuk,

Ibu dan ayah tercinta

Gede-gedeku tercinta

Saudara-saudaraku tersayang

Muk, uju dan wak-wakku tersayang

Sepupu-sepupuku tersayang,

Sahabat-sahabatku tersayang

Untuk dia orang yang menjadi motivasiku, terima kasih

Almamater dan teman-teman seperjuangan, I LOVE YOU all

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN**

SKRIPSI, MARET 2012

THIPO ARDINI

Tingkat Pengetahuan Ketua RT di Kecamatan Plaju Mengenai Demam Berdarah Dengue (DBD)

xi + 53 halaman + 9 tabel + 9 grafik

ABSTRAK

Latar belakang: Demam berdarah dengue (DBD) telah menjadi masalah kesehatan yang serius pada banyak negara, khususnya negara tropis dan subtropis. Di kota Palembang angka kejadian DBD cukup tinggi dimana di kecamatan Plaju sendiri angka kejadian DBD pada tahun 2010 mencapai 14 kasus DBD dan memiliki kecenderungan untuk meningkat setiap tahunnya. Untuk mencegah meningkatnya angka kejadian akibat DBD ini, salah satu faktor yang sangat mempengaruhi adalah faktor perilaku. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Berdasarkan penelitian yang dilakukan, ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan Ketua RT di Kecamatan Plaju mengenai DBD.

Metode: Penelitian bersifat deskriptif dengan besar sampel sebanyak 80 orang. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari hingga Februari 2012 dan data dikumpulkan menggunakan kuesioner.

Hasil: Adapun hasil penelitian ini menunjukkan hanya sedikit (36,25%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik.

Kesimpulan: Kesimpulan dari penelitian ini adalah sebagian kecil responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik. Diharapkan dari hasil penelitian ini pemerintah dan puskesmas dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat melalui metode penyuluhan yang lebih efektif.

Kata kunci: DBD, Pengetahuan, ketua RT



UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG
MEDICAL FACULTY

SKRIPSI, MARCH 2012
THIPO ARDINI

Level of Knowledge of Ketua RT in Kecamatan Plaju about Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)

xi + 53 pages + 9 tables + 9 charts

ABSTRACT

Background: *Dengue hemorrhagic fever (DHF) has become a serious health problem in many countries, especially in tropical and subtropical countries. In the city of Palembang, incidence of dengue hemorrhagic fever is high where in kecamatan Plaju itself in the incidence of dengue hemorrhagic fever in 2010 achieved 14 cases and it has a tendency to increase each year. To prevent the increasing incidence because of this, one of the factors that influence is the behaviour factor. Knowledge or cognitive domain is a very important role in the formation of one's actions (open behaviour). Based on research conducted, it turns out that behaviour based on knowledge.*

Purpose: *This research aimed to know level of knowledge of Ketua RT in Kecamatan Plaju about Dengue Hemorrhagic Fever (DHF).*

Methods: *This research method is descriptive with sample size of 80 people. This research was conducted from January until February 2012 and data were collected by using questionnaires.*

Results: *The result of this study showed that only a few respondents (36,25%) had a good level of knowledge.*

Conclusion: *The conclusion of this research is only a small proportion of respondents who have a good level of knowledge. Hence, from the results of this search government and the community health centres should increase the society of knowledge through effective education method.*

Keywords: *DHF, Knowledge, Ketua RT*

KATA PENGANTAR

Assalamua'laikum Warahmatullah Wabarakatuh.

Puji dan syukur Penulis panjatkan kepada Allah SWT. Yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga laporan penelitian ini dapat diselesaikan. Shalawat dan salam Penulis haturkan juga kepada Rasulullah saw., sahabat dan pengikut hingga akhir zaman.

Laporan ini disusun berdasarkan hasil penelitian pada Ketua RT di Kecamatan Plaju Palembang yang dilaksanakan pada tanggal 6-19 Februari 2012 dengan judul "Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku merokok pelajar SMP di Kecamatan Plaju Palembang tahun 2012".

Pada Kesempatan ini, Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti Program Pendidikan Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.
2. Dr. Syahrul Muhammad, MARS. Sebagai dosen pembimbing I dan dr. Nyayu Fauziah, M.Kes. sebagai dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, perhatian, kesabaran, dan masukan kepada penulis selama menyelesaikan skripsi ini.
3. Bapak Camat Plaju beserta seluruh staf, Bapak/Ibu Lurah se-Kecamatan Plaju beserta seluruh staf dan Bapak/ibu ketua RT se-Kecamatan Plaju yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam mengumpulkan data dan informasi di lapangan.

Penulis menyadari skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan demi tercapainya hasil yang lebih baik dikemudian hari dan member manfaat bagi kita semua.

Wassalamualaikum Warahmatullah Wabarakatuh.

Palembang, Maret 2012

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	3
1.3.1. Tujuan Umum	3
1.3.2. Tujuan Khusus	3
1.4. Manfaat Penelitian	3
1.5. Keaslian Penelitian	4
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Landasan Teori	5
2.1.1. Demam Berdarah dengue (DBD)	5
A. Definisi DBD	5
B. Etiologi	5
C. Epidemiologi	6
D. Tanda dan Gejala Penyakit DBD	11
E. Patogenesis	12
F. Nyamuk Penular (vektor) DBD.....	14
G. Mekanisme penularan	18
H. Tempat Potensial bagi penularan DBD	19
I. Upaya Pengendalian Vektor dalam Pencegahan DBD	20
J. Penatalaksanaan.....	25
K. Komplikasi	26
2.1.2. Pengetahuan	27
A. Definisi Pengetahuan	27
B. Metode Memperoleh pengetahuan	27
C. Tingkat Pengetahuan	29
D. Kategori pengetahuan	30
E. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan.....	30
2.1.3. Rukun Tetangga (RT).....	32
2.2. Kerangka Teori	34

BAB III. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian	35
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	35
3.3. Populasi dan Sampel	35
3.3.1. Populasi	35
3.3.2. Sampel dan Besar Sampel	35
3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	36
3.3.4. Teknik Pengambilan Sampel	36
3.4. Variabel Penelitian	36
3.5. Definisi Operasional	37
3.6. Cara Pengumpulan Data	38
3.7. Cara Pengolahan dan Analisis Data	38
3.7.1. Pengolahan Data	38
3.7.2. Analisis Data	39
3.8. Alur Penelitian	39

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Data Umum	40
4.1.1. Geografi	40
4.1.2. Penduduk	41
4.2. Data Khusus	42
4.2.1. Tingkat Pengetahuan Ketua RT mengenai DBD	42
4.2.2. Tingkat pengetahuan responden mengenai DBD berdasarkan pendidikan terakhir responden	43
4.1.3. Pengetahuan responden mengenai tanda/gejala DBD	44
4.1.4. Pengetahuan responden mengenai penularan DBD	45
4.1.5. Pengetahuan responden mengenai nyamuk (vektor) DBD	47
4.1.6. Pengetahuan responden mengenai tempat berkembang biak nyamuk DBD	48
4.1.7. Pengetahuan responden mengenai cara pencegahan DBD	49
4.1.8. Pengetahuan responden mengenai pertolongan terhadap penderita DBD	50

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan	52
5.2. Saran	53

DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN RIWAYAT HIDUP

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Distribusi frekuensi dan persentase tingkat pengetahuan ketua RT di Kecamatan Plaju Palembang mengenai penyakit DBD	42
2. Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden mengenai DBD berdasarkan pendidikan terakhir	43
3. Distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan responden mengenai tanda/gejala DBD	44
4. Distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan responden mengenai penularan DBD.....	46
5. Distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan responden mengenai penularan DBD.....	46
6. Distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan responden mengenai nyamuk (vektor) DBD	47
7. Distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan responden mengenai tempat berkembang biak nyamuk DBD.....	48
8. Distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan responden mengenai cara pencegahan DBD.....	49
9. Distribusi Frekuensi dan Persentase Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan terhadap Penderita DBD.....	51



DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. World Distribution of Dengue	6
2. Kasus DBD per bulan di Indonesia tahun 2010-2011	7
3. Lingkaran hidup nyamuk <i>Aedes Aegypti</i>	16
4. Bagan cara pemberantasan nyamuk <i>Aedes Sp.</i>	20
5. Algoritma Diagnosis Demam Dengue dan DBD	26
6. Peta Daerah Plaju Berdasarkan Daerah Aliran Sungai (DAS) dan Daerah bukan Aliran Sungai (non DAS).....	40
7. Peta gambaran cakupan jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas swakelola Plaju tahun 2010.....	41



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Tabel Keaslian Penelitian	58
2. Kuesioner	59
3. Daftar Nama Responden (Ketua RT di Kecamatan Plaju)	62
4. Surat Izin Pengambilan Data Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.....	64
5. Surat Izin Pengambilan Data Badan Kesatuan bangsa, Politik dan Perlindungan masyarakat	65
6. Surat izin Pengambilan Data Kecamatan Plaju Palembang	66

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) atau *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) ialah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. (Kristina *et al*, 2004). Penyakit DBD adalah penyakit menular berbahaya karena dapat menyebabkan kematian dan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat antara lain karena jumlah penderitanya cenderung meningkat, angka kematiannya tinggi, penyebarannya makin meluas dan lebih banyak menyerang anak-anak (Suroso, 1982). Dampak ekonomi dari penyakit DBD terdapat baik biaya langsung dan biaya tak langsung untuk setiap pasien. Berkisar dari kesusahan karena anak sakit (atau orang dewasa) dengan demam dengue tidak terkomplikasi, sampai biaya substansial untuk perawatan rumah sakit dan gangguan signifikan dalam mencari nafkah (WHO, 1999).

WHO mengatakan sekitar 2,5 miliar orang atau dua per lima dari populasi dunia, kini menghadapi risiko dari dengue dan memperkirakan bahwa mungkin akan menjadi 50 juta kasus infeksi dengue di seluruh dunia setiap tahunnya. Penyakit ini sekarang telah menjadi endemik di lebih dari 100 negara (Anggraeni, 2010). World Health Organization (WHO) mencatat Indonesia sebagai negara dengan kasus demam berdarah tertinggi di Asia Tenggara (Datinkes, 2010). Indonesia pernah dimasukkan dalam kategori “A” dalam stratifikasi DBD pada tahun 2001 yang mengindikasikan tingginya angka perawatan rumah sakit dan kematian akibat DBD, khususnya pada anak (WHO, 2005).

Provinsi Sumatera Selatan termasuk provinsi yang endemis untuk penyakit DBD ini. Kota Palembang, yang merupakan ibu kota Provinsi Sumatera Selatan, penyakit DBD ditemukan setiap tahun dan angka kejadiannya pun bisa dibilang cukup tinggi. Jumlah penderita DBD tertinggi terjadi pada tahun 2007. Sedangkan pada tahun 2008 hingga tahun 2010 jumlah penderita DBD terus mengalami penurunan. Pada tahun 2007 ditemukan sebanyak 1.957 kasus, tahun 2008

sebanyak 1.581 kasus, tahun 2009 sebanyak 965 kasus, dan pada tahun 2010 telah ditemukan sebanyak 675 kasus. Namun angka kematian akibat penyakit DBD mengalami peningkatan dengan *CFR* sebesar 0,34% pada tahun 2010.

Kecamatan Plaju merupakan salah satu kecamatan yang berada di kota Palembang. Berdasarkan standar perbandingan jumlah penduduk dan jumlah Puskesmas yang ditetapkan Departemen Kesehatan yaitu 1 puskesmas untuk 30.000 penduduk, puskesmas pada kecamatan Plaju mempunyai beban penduduk yang jauh melebihi standar 30.000 penduduk, dengan perbandingan 1:86.801 (Data Dasar Kesehatan Kota Palembang, 2010). Upaya peningkatan partisipasi masyarakat untuk pemberantasan sarang nyamuk (PSN-DBD) telah dilakukan di Puskesmas Plaju berupa penyuluhan tentang penyakit DBD, pemberian bubuk abate kepada masyarakat yang terkena DBD dan dilakukan fogging sesuai indikasi penularan. Tetapi, angka kejadian penyakit DBD di Kecamatan Plaju Palembang, selalu ada setiap tahunnya.

Sampai saat ini belum ditemukan obat yang mampu membunuh virus dengue ini, serta belum adanya vaksin yang efektif untuk mencegahnya, maka pencegahan penyebaran penyakit ini lebih ditujukan kepada pemberantasan vektornya (nyamuk penular DBD). Pelaksanaan pemberantasan vektor yang lebih dikenal dengan PSN-DBD memerlukan peran serta lintas sektor maupun peran serta masyarakat (Ditjen PP dan PL, 2011). Salah satunya peran serta rukun tetangga (RT) sebagai lembaga kemasyarakatan atau yang disebut dengan nama lain adalah lembaga yang dibentuk oleh masyarakat sesuai dengan kebutuhan dan merupakan mitra Pemerintah Desa dan Lurah dalam memberdayakan masyarakat.

Ketua RT mempunyai tugas membantu menjalankan tugas pemerintah desa atau lurah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan. Dalam melaksanakan tugas, ketua RT mempunyai fungsi salah satunya penggerak swadaya gotong royong dan partisipasi masyarakat di wilayahnya. Oleh sebab itu, peneliti ingin mengetahui tingkat pengetahuan ketua RT mengenai penyakit DBD dan juga karena angka kejadian DBD di Kecamatan Plaju ini masih ada setiap tahunnya, padahal pencegahan penyebaran penyakit ini telah dilakukan di Puskesmas Plaju serta perbandingan jumlah penduduk dan jumlah puskesmas

yang jauh melebihi standar 30.000 penduduk (1:86.801) penulis tertarik untuk mengadakan penelitian yang berjudul “Tingkat Pengetahuan Ketua RT di Kecamatan Plaju Mengenai Penyakit Demam Berdarah” untuk mengetahui tingkat pengetahuan Ketua RT mengenai penyakit DBD di daerah tersebut. Sepengetahuan peneliti, belum ada penelitian yang dilakukan untuk mengetahui tingkat pengetahuan mengenai penyakit DBD di daerah tersebut sehingga peneliti ingin meneliti mengenai hal tersebut.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana tingkat pengetahuan ketua RT di Kecamatan Plaju Palembang mengenai penyakit DBD?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan ketua RT di Kecamatan Plaju Palembang mengenai penyakit DBD.

1.3.2 Tujuan Khusus

Untuk mengukur tingkat pengetahuan ketua RT di Kecamatan Plaju Palembang mengenai tanda-tanda dan gejala, penularan, nyamuk (vektor), tempat berkembangbiak nyamuk, pencegahan, pertolongan yang diberikan kepada penderita penyakit DBD.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Instansi Terkait

- a. Dapat digunakan oleh puskesmas setempat untuk mengetahui tingkat pengetahuan ketua RT mengenai penyakit DBD.
- b. Penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai bahan pertimbangan bagi pemerintah dan puskesmas setempat dalam melaksanakan usaha pemberantasan penyakit DBD.

1.4.2. Bagi Masyarakat

Sebagai dasar pengetahuan dan pemikiran serta menjadi informasi dalam upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD.

1.4.3. Bagi Fakultas Kedokteran

Penelitian ini diharapkan bermanfaat untuk menambah kepustakaan Fakultas Kedokteran UMP dalam bidang karya tulis.

1.4.4. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman khususnya dalam melakukan penelitian dan penulisan karya tulis ilmiah.

1.4.5. Bagi Peneliti Lain

Dapat digunakan sebagai rujukan untuk melakukan penelitian selanjutnya.

1.5. Keaslian Penelitian

Lihat lampiran 1. Penelitian yang akan dilakukan berbeda dengan penelitian yang telah ada dilihat dari judul, tempat dan waktu penelitian. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan Ketua RT di kecamatan Plaju mengenai DBD dengan metode penelitian survei deskriptif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Demam Berdarah Dengue (DBD)

A. Definisi DBD

Demam Berdarah Dengue merupakan penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* serta memenuhi kriteria WHO untuk demam berdarah dengue (IDC, 2011).

Penyakit DBD atau DHF ialah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* (indoor) dan *Aedes albopictus* (outdoor). Kedua jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan air laut (Kristina *et al*, 2004).

Penyakit DBD adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*, yang ditandai dengan demam mendadak 2 sampai 7 hari tanpa penyebab yang jelas, lemah/lesu, gelisah, nyeri ulu hati disertai tanda perdarahan dikulit berupa bintik perdarahan, lebam/ruam. Kadang-kadang mimisan, berak darah, muntah darah, kesadaran menurun atau renjatan (syok) (Depkes RI, 1992).

B. Etiologi

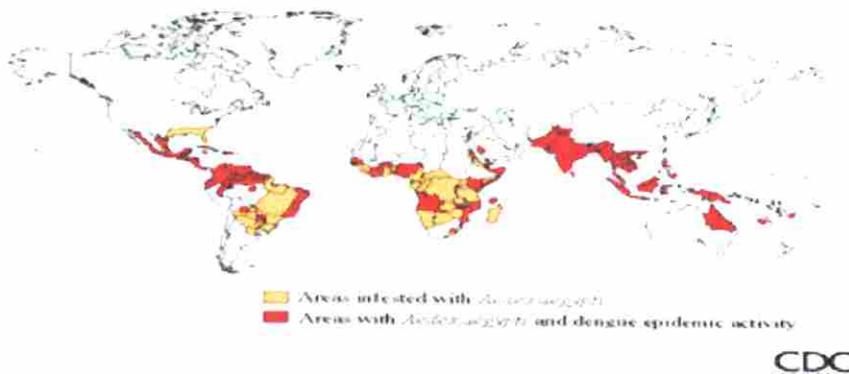
Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) atau *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue dari kelompok *Arbovirus* B, yaitu arthropod-borne virus atau virus yang disebarkan oleh artropoda. Virus ini tergolong group IV ((+)ssRNA), famili *Flaviviridae*, dengan genusnya adalah *Flavivirus*. Virus ini mempunyai empat serotipe yang dikenal dengan DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4 dengan genotipe berbeda-beda. Infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi terhadap serotipe yang bersangkutan, sedangkan antibodi yang terbentuk untuk serotipe yang lain

sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan memadai terhadap serotipe lain tersebut. Serotipe yang menyebabkan infeksi paling berat di Indonesia, yaitu DEN-1 (Satari, 2004). Virus dengue, mempunyai genom RNA rantai tunggal yang dikelilingi oleh nukleokapsid ikosahedral dan terbungkus oleh selaput lipid. Virionnya mempunyai diameter E (*envelope*) 40-60 nm. Genom flavivirus mempunyai panjang 10,7 kb (kilobases), dan urutan genom lengkap dikenal untuk mengisolasi keempat serotipe, mengkode nukleokapsid atau protein inti (C), protein yang berkaitan dengan membran (M), protein pembungkus (E) dan tujuh gen protein nonstruktural (NS). Domain-domain bertanggung jawab untuk netralisasi, fusi, dan interaksi dengan reseptor virus berhubungan dengan protein protein pembungkus (WHO, 1999).

C. Epidemiologi

Demam berdarah banyak ditemukan didaerah tropis dan sub tropis. Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita demam berdarah di tiap tahunnya. World Health Organization (WHO) mencatat Negara Indonesia sebagai Negara dengan kasus demam berdarah tertinggi di Asia Tenggara. Epidemi pertama kali di wilayah Asia Tenggara terjadi pada tahun 1954 di Manila, Philipina. Selanjutnya secara berangsur – angsur menyebar ke negara yang berdekatan. Pada tahun 2005 jumlah kasus DBD di Asia Tenggara cenderung meningkat 19% dan mortalitas meningkat sekitar 43% dibandingkan tahun 2004.

World Distribution of Dengue - 2000



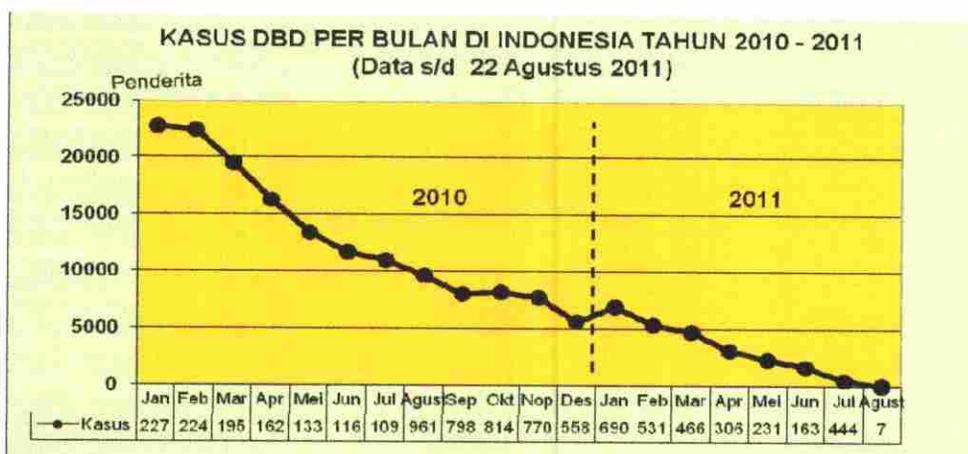
Gambar : 2.1

Sumber : *Centers for Disease Control Prevention, 2000*



Di Indonesia penyakit ini pertama kali ditemukan pada tahun 1968 di Surabaya. Penyakit DBD telah menjadi masalah kesehatan di masyarakat sejak dahulu dan merupakan penyakit endemis hampir di seluruh provinsi dengan data yang didapat sebagai berikut: pada tahun 1996 jumlah kasus yang telah dilaporkan sebanyak 45.548 orang dengan jumlah kematian sebanyak 1.234 orang. Tahun 1998 jumlah kasus mencapai 72.133 orang dengan jumlah kematian sebanyak 1.414 orang, ini merupakan KLB demam berdarah terbesar. Pada tahun 1999 jumlah kasus 21.234 orang, tahun 2000 jumlah kasus 33.443 orang. Pada tahun 2001 jumlah kasus 45.904 orang, dan tahun 2003 jumlah kasus mencapai 50.131 orang.

Kasus penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia selama tahun 2009 meningkat dibandingkan tahun sebelumnya. Menurut data sementara direktorat pengendalian penyakit bersumber binatang kementerian kesehatan, jumlah kasus dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) selama tahun 2009 sebanyak 137.600 kasus dengan 1.170 kematian, sedangkan jumlah kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) tahun 2008 sebanyak 126.600 kasus dengan 1.1784 kematian. Hampir setiap tahun terjadi KLB (Kejadian Luar Biasa) di beberapa daerah yang biasanya terjadi pada musim penghujan, namun sejak awal tahun 2011 sampai bulan Agustus 2011 tercatat jumlah kasus relative menurun sebagaimana tampak pada gambar di bawah.



Gambar : 2.2

Sumber : Subdirektorat Pengendalian Arbovirolosis – Dit PPBB - Ditjen PP dan PL –
Kementerian Kesehatan RI

DBD sangat endemis di Indonesia, sejak ditemukan pertama kali tahun 1968 jumlah kasus dan luas daerah terjangkit terus meningkat. Penyebab meluasnya penyakit DBD di Indonesia multi faktorial antara lain:

1. Faktor Manusia dan Sosial Budaya

- a. Faktor manusia, kepadatan penduduk sangat berpengaruh pada kejadian kasus DBD, makin padat penduduk makin tinggi kasus DBD di kota tersebut. Hal ini karena berkaitan dengan penyediaan infrastruktur yang kurang memadai seperti penyediaan sarana air bersih, sarana pembuangan sampah, sehingga terkumpul barang-barang bekas yang dapat menampung air dan menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes*, penular DBD.
- b. Mobilitas manusia : perpindahan manusia dari satu kota ke kota lain mempengaruhi penyebaran penyakit DBD.
- c. Perilaku manusia : kebiasaan menampung air untuk keperluan sehari-hari seperti menampung air hujan, air sumur, harus membeli air didalam bak mandi, membuat bak mandi atau drum/tempayan sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk.
- d. Kebiasaan menyimpan barang-barang bekas atau kurang memeriksa lingkungan terhadap adanya air yang tertampung didalam wadah-wadah dan kurang melaksanakan kebersihan dan 3 M PLUS (Menguras, Menutup dan Mengubur PLUS menaburkan Larvasida , memelihara ikan pemakan jentik dll.)

2. Faktor agen dan lingkungan

- a. Faktor agen/ virus DBD : ada 4 serotipe yang tersebar luas di seluruh wilayah Indonesia, dan bersirkulasi sepanjang tahun, dipertahankan siklusnya didalam tubuh nyamuk.
- b. Faktor Nyamuk penular, yaitu *Aedes aegypti* yang tersebar luas diseluruh pelosok tanah air, populasinya meningkat pada saat musim hujan.
- c. Faktor lingkungan: Musim hujan meningkatkan populasi nyamuk, namun di Indonesia musim kering pun populasinya tetap banyak karena orang cenderung menampung air dan didaerah sulit air orang menampung air

didalam bak air/ drum, sehingga nyamuk dan jentik selalu ada sepanjang tahun.

3. SOP

- a. Kurangnya pemahaman tentang penegakan diagnosis dan penatalaksanaan penderita DBD sesuai standar pada sebagian klinisi baik di Rumah Sakit, Puskesmas maupun sarana pelayanan kesehatan lainnya, sehingga sering terjadi over diagnosis.
- b. Belum semua rumah sakit menggunakan form KDRS/KD-DBD dan seringnya keterlambatan pelaporan kasus dari rumah sakit ke Dinas Kesehatan atau ke Puskesmas. Jika sesuai standar, seharusnya setiap kasus yang ditemukan dilaporkan dalam waktu kurang dari 24 jam agar dapat dilakukan langkah-langkah penanggulangan kasus secara cepat dan tepat sebelum terjadi penyebaran lebih luas lagi.

4. Ketersediaan Tenaga Pelayanan

- a. Faktor pelaksana program yang sering berganti-ganti, kurangnya petugas lapangan dan khususnya kurangnya pendanaan bagi pelaksanaan program pengendalian DBD.
- b. Kegiatan pemeriksaan jentik berjalan namun tidak menyeluruh karena keterbatasan tenaga. Puskesmas melaksanakan PJB (Pemeriksaan Jentik Berkala) , kader JUMANTIK melaksanakan pemeriksaan jentik seminggu sekali di lingkungannya, namun tidak tersedia dana operasional maupun biaya pengganti transport bagi para kader Jumantik sehingga kegiatannya mengendur. Beberapa kota seperti Jakarta Timur, Pekalongan, Mojokerto sangat aktif melaksanakan kegiatan Pemeriksaan Jentik melalui peran serta masyarakat dan Jumantik

5. Kondisi Sarana Pendukung

Mesin fogging tersedia di setiap Dinas Kesehatan kota atau Puskesmas jumlahnya bervariasi, namun biasanya tidak disertai biaya pemeliharaan. Oleh karena itu mesin2 yang rusak tidak tersedia suku cadang, sering kali diambil dari mesin2 yang ada, sehingga banyak mesin fogging yang rusak.

6. Sumber Pembiayaan

- a. Masalah DBD belum dianggap sebagai masalah prioritas di beberapa wilayah sehingga alokasi dana APBD untuk penanggulangan DBD masih tergolong kecil di masing-masing wilayah endemis.
- b. Untuk penyemprotan suatu area, luas radius 100 meter (1 HA, estimasi hanya untuk 20-40 rumah) dibutuhkan biaya Rp.300.000 - 500.000/ 2 siklus. Area yang disemprot harus memenuhi kriteria PE tersebut, dengan tujuan membunuh nyamuk yang mengandung virus. Oleh karena itu apabila masyarakat meminta penyemprotan tidak memenuhi kriteria PE, mereka harus menanggung biaya itu sendiri. Penyemprotan (*fogging*) liar ini biasanya dilakukan oleh perusahaan2 penyemprot/ pihak swasta yang hanya mengutamakan aspek keuntungan/komersil saja.
- c. Peningkatan kasus yang umumnya terjadi bulan Januari hingga Maret, dimana pada bulan-bulan tersebut dana operasional belum turun dari APBD, ini membuat hambatan dalam pelaksanaan penanggulangan kasus di lapangan.

7. Faktor kerjasama/peran serta

Faktor peran serta lintas sektor maupun peran serta masyarakat yang masih kurang dan cenderung mengharapkan sektor kesehatan saja yang mengatasi masalah DBD. Dengan kata lain masalah DBD masih dianggap sebagai masalah sektor kesehatan semata.

Morbiditas dan mortalitas infeksi virus dengue dipengaruhi berbagai faktor antara lain status imunitas pejamu, kepadatan vektor nyamuk, transmisi virus

dengue, keganasan (virulensi) virus dengue, dan kondisi geografis setempat. Sejak ditemukan virus dengue di Surabaya dan Jakarta, baik dalam jumlah penderita maupun daerah penyebaran penyakit terjadi peningkatan yang pesat. Sampai saat ini DBD telah ditemukan di seluruh provinsi di Indonesia, dan 200 kota telah melaporkan adanya kejadian luar biasa. Incidence rate meningkat dari 0,005 per 100,000 penduduk pada tahun 1968 menjadi berkisar antara 6-27 per 100,000 penduduk. Pola berjangkit infeksi virus dengue dipengaruhi oleh iklim dan kelembaban udara. Pada suhu yang panas (28-32°C) dengan kelembaban yang tinggi, nyamuk *Aedes* akan tetap bertahan hidup untuk jangka waktu lama. Di Indonesia, karena suhu udara dan kelembaban tidak sama di setiap tempat, maka pola waktu terjadinya penyakit agak berbeda untuk setiap tempat. Di Jawa pada umumnya infeksi virus dengue terjadi mulai awal Januari, meningkat terus sehingga kasus terbanyak terdapat pada sekitar bulan April-Mei setiap tahun.

D. Tanda dan Gejala Penyakit DBD

Berikut ini adalah tanda dan gejala penyakit DBD yang dapat dilihat dari penderita kasus DBD:

1. Demam tinggi mendadak 2 sampai 7 hari (38 – 40 °C).
2. Manifestasi perdarahan dengan bentuk: uji *Tourniquet* positif, Ptekie (bintik merah pada kulit), Purpura(pendarahan kecil di dalam kulit), ekimosis, Perdarahan konjungtiva (pendarahan pada mata), Epistaksis (pendarahan hidung), Perdarahan gusi, Hematemesis (muntah darah), Melena (BAB darah) dan Hematuri (adanya darah dalam urin).
3. Perdarahan pada hidung dan gusi.
4. Rasa sakit pada otot dan persendian, timbul bintik-bintik merah pada kulit akibat pecahnya pembuluh darah.
5. Pembesaran hati.
6. Renjatan (syok), tekanan nadi menurun menjadi 20 mmHg atau kurang, tekanan sistolik sampai 80 mmHg atau lebih rendah.
7. Gejala klinik lainnya yang sering menyertai, yaitu anoreksia (hilangnya selera makan), lemah, mual, muntah, sakit perut, diare dan sakit kepala.

E. Patogenesis

Mekanisme sebenarnya tentang patofisiologi dan patogenesis DBD hingga kini belum diketahui secara pasti. Dua teori yang banyak dianut dalam menjelaskan patogenesis infeksi dengue adalah hipotesis infeksi sekunder (*secondary heterologous infection theory*) dan hipotesis *immune enhancement*.

Menurut hipotesis infeksi sekunder (*secondary heterologous infection theory*) yang diajukan oleh Suvatte (1977), sebagai akibat dari infeksi sekunder oleh tipe virus dengue yang berbeda, respon antibodi anamnestic pasien akan terpicu, menyebabkan proliferasi dan transformasi limfosit dan menghasilkan titer tinggi IgG antidengue. Karena bertempat di limfosit, proliferasi limfosit juga menyebabkan tingginya angka replikasi virus dengue. Hal ini mengakibatkan terbentuknya kompleks virus-antibodi yang selanjutnya mengaktivasi sistem komplemen (aktivasi C3 dan C5) dengan melepaskan C3a dan C5a yang akan menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah dan merembesnya cairan ke ekstrasvaskular. Perembesan plasma ini terbukti dengan adanya peningkatan kadar hematokrit.

Hipotesis *immune enhancement* menyatakan secara tidak langsung bahwa mereka yang terkena infeksi kedua oleh virus heterolog mempunyai risiko berat yang lebih besar untuk menderita DBD berat. Antibodi heterolog yang telah ada akan mengenali virus lain kemudian membentuk kompleks antigen-antibodi yang berikatan dengan Fc reseptor dari membran leukosit terutama makrofag. Oleh karena antibodi heterolog maka virus tidak dinetralisasikan oleh tubuh, sehingga akan bebas melakukan replikasi dalam sel makrofag. Sebagai tanggapan dari proses ini, akan terjadi sekresi mediator vasoaktif yang kemudian menyebabkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah, sehingga mengakibatkan keadaan hipovolemia dan syok.

Menurut Nasronudin dkk. (2007), trombositopenia merupakan parameter penting pada DBD. Penyebab trombositopenia fase awal perjalanan penyakit adalah gangguan produksi trombosit, disfungsi megakariosit. Pada fase berikutnya trombosit yang cedera pada DBD mempengaruhi terjadinya kerusakan endotel, memicu pembentukan antibodi spesifik-trombosit, pembentukan kompleks imun,

dan koagulasi intravaskuler diseminata. Pada penderita DBD dapat terjadi peningkatan platelet faktor 3 (PF3) dan agregasi dengan peningkatan ADP, peningkatan ringan fibrin degradation products (FDP) (rerata 11-16 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$). Penderita DBD dengan peningkatan FDP sering disertai perpanjangan tromboplastin parsial, sedangkan waktu protrombin dan trombin dapat normal. Intervensi virus dengue pada sumsum tulang belakang terutama pada 3 hari pertama menyebabkan penekanan produksi trombosit. Pada hari berikutnya, terutama hari ke-4, 5, dan 6 penurunan trombosit bukan hanya pengaruh sentral tetapi juga perifer oleh hiperaktivitas RES sehingga jumlah trombosit dapat sangat rendah. Selain penurunan jumlah, trombosit dapat mengalami gangguan fungsi akibat pengaruh sitokin dan *reactive oxygen species* (ROS). Faal pembekuan darah juga dapat terganggu pada infeksi virus dengue. Gangguan fungsi trombosit, penurunan jumlah trombosit, gangguan faal koagulasi, penurunan integritas vaskuler memicu terjadi perdarahan berupa petekia, *rash petekial*, ekimosis, metromenoragia, perdarahan saluran cerna dan manifestasi perdarahan di organ lain.

Pada DBD terjadi *rash* diakibatkan oleh dilatasi kapiler, transudasi protein dan cairan ke ruang interstisial, dan diapedesis sel darah merah. Terkadang perdarahan menjadi lebih berat, terjadi ekimosis. Bila melibatkan seluruh kapiler dapat menyebabkan hipovolemia, syok, perdarahan dan munculnya fenomena korolari (*corollary phenomena*). Beberapa penderita berkembang progresif ke arah SSD dengan demam akut yang diikuti penurunan demam, manifestasi perdarahan, disertai petanda perpindahan plasma yang menonjol, disertai efusi pleura, asites, dan petanda dini syok yang diawali dengan hipotermia.

Jadi, perdarahan masif pada DBD diakibatkan oleh:

- trombositopenia,
- penurunan faktor pembekuan (gangguan faal koagulasi),
- kelainan fungsi trombosit, dan
- kerusakan dinding endotel kapiler.

F. Nyamuk Penular (Vektor) DBD

DBD merupakan salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* maupun *Aedes albopictus*. Yang paling berperan dalam penularan penyakit ini adalah nyamuk *Aedes aegypti* karena hidupnya di dalam dan di sekitar rumah, sedangkan *Aedes albopictus* hidupnya di kebun-kebun sehingga lebih jarang kontak dengan manusia. Kedua jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat dengan ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut, karena pada ketinggian tersebut suhu udara terlalu rendah sehingga tidak memungkinkan bagi nyamuk untuk hidup dan berkembangbiak. Selain dengue, *Aedes aegypti* juga merupakan pembawa virus demam kuning (yellow fever) dan chikungunya.

- **Morfologi *Aedes aegypti***

- Nyamuk Dewasa

Nyamuk dewasa berukuran lebih kecil jika dibandingkan dengan rata-rata nyamuk lain dan mempunyai warna dasar hitam dengan bintik-bintik putih pada bagian badan dan kaki. Dibagian punggung (dorsal) tubuhnya tampak dua garis melengkung vertikal di bagian kiri dan kanan yang menjadi ciri spesies ini. Sisik-sisik pada tubuh nyamuk pada umumnya mudah rontok atau terlepas sehingga menyulitkan identifikasi pada nyamuk-nyamuk tua. Ukuran nyamuk jantan umumnya lebih kecil dari betina dan memiliki rambut-rambut tebal pada antenanya. Kedua ciri ini dapat diamati dengan mata telanjang (Bogor Publishing House, 2010). Umur *Aedes aegypti* di alam bebas sekitar 10 hari. Umur ini telah cukup bagi nyamuk ini mengembangkan virus dengue menjadi jumlah yang lebih banyak dalam tubuhnya (Soegeng, 2006).

- Kepompong

Kepompong (pupa) nyamuk *Aedes aegypti* bentuk tubuhnya bengkok, dengan bagian kepala dan dada lebih besar bila dibandingkan dengan bagian perutnya, sehingga tampak sebagai tanda baca ‘koma’. Pada bagian punggung dada terdapat alat pernafasan seperti terompet. Pada ruas perut ke-

8 terdapat sepasang alat pengunyah yang berguna untuk berenang. Alat pengayuh tersebut berjumbai panjang dan bulu di nomor 7 pada ruas perut ke-8 tidak bercabang. Pupa adalah bentuk tidak makan, tampak gerakannya lebih lincah bila dibandingkan dengan larva. Waktu istirahat posisi pupa sejajar dengan bidang permukaan air. Pupa berkembang menjadi nyamuk dewasa dalam 2-3 hari (Soegeng, 2006).

○ Jentik (larva)

Larva nyamuk *Aedes aegypti* tubuhnya memanjang tanpa kaki dengan bulu-bulu sederhana yang tersusun secara bilateral simetris. Larva ini dalam pertumbuhan dan perkembangannya mengalami 4 kali pergantian kulit, dan larva yang terbentuk berturut-turut disebut larva instar I, II, III, IV dengan perkembangan dari instar 1 ke instar 4 memerlukan waktu sekitar 5 hari. 4 tingkat (instar) jentik sesuai dengan pertumbuhan larva tersebut, yaitu:

- Instar I : berukuran paling kecil, yaitu 1-2 mm
- Instar II : 2,5-3,8 mm
- Instar III : lebih besar sedikit dari larva instar II
- Instar IV : berukuran paling besar 5 mm

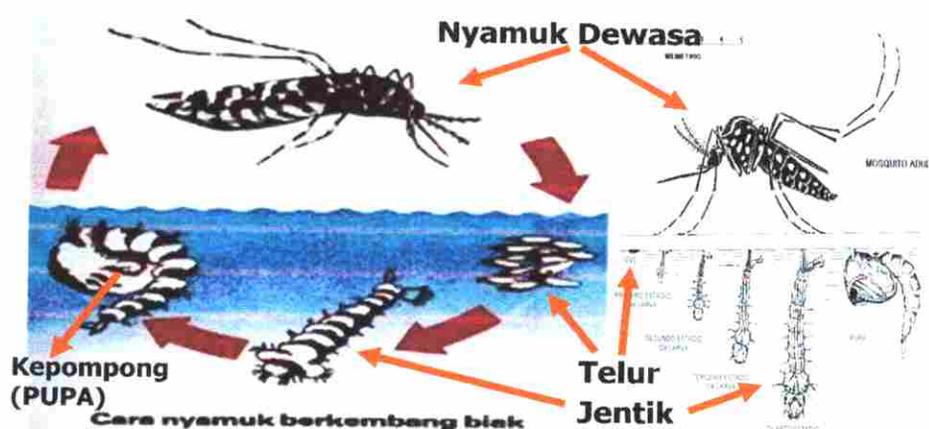
Pada bagian kepala terdapat sepasang mata majemuk, larva ini tubuhnya langsing dan bergerak sangat lincah, bersifat fototaksis negatif, dan waktu istirahat membentuk sudut hampir tegak lurus dengan bidang permukaan air. Pada kondisi optimum, larva berkembang menjadi pupa dalam waktu 4-9 hari (Soegeng, 2006).

○ Telur

Telurnya berbentuk elips atau oval memanjang, berwarna hitam dengan ukuran 0,5-0,8 mm yang mengapung satu persatu pada permukaan air yang jernih, atau menempel pada dinding tempat penampung air (TPA). Dilaporkan bahwa dari telur yang dilepas, sebanyak 85% melekat di dinding TPA, sedangkan 15% lainnya jatuh ke permukaan air. Pada umumnya telur di dalam air dengan suhu 20-40°C akan menetas menjadi jentik (larva) dalam waktu 1-2 hari setelah terendam air (Soegeng, 2006).

- **Lingkaran Hidup**

Nyamuk *Aedes aegypti*, seperti juga nyamuk *Anophelini* lainnya, mengalami metamorfosis sempurna, yaitu: telur - jentik - kepompong - nyamuk. Stadium telur, jentik dan kepompong hidup di dalam air. Pada umumnya telur akan menetas menjadi jentik dalam waktu ± 2 hari setelah telur terendam air. Stadium jentik biasanya berlangsung 6-8 hari, dan stadium kepompong berlangsung antara 2-4 hari. Pertumbuhan dari telur menjadi nyamuk dewasa selama 9-10 hari. Umur nyamuk betina dapat mencapai 2-3 bulan.



Telur → Jentik → Kepompong → Nyamuk

Gambar : 2.3

Sumber : *Pelatihan Kader Sadar Lingkungan (DARLING) 2008*

- **Tempat Perkembangbiakan**

Tempat perkembangbiakan utama nyamuk *Aedes aegypti* ini ialah di tempat-tempat penampungan air di dalam atau sekitar rumah atau tempat-tempat umum lainnya, biasanya tidak melebihi jarak 500 meter dari rumah. Nyamuk ini biasanya tidak dapat berkembang biak di genangan air yang langsung berhubungan dengan tanah.

Jenis tempat perkembang-biakan nyamuk *Aedes aegypti* dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- Tempat penampungan air (TPA) untuk keperluan sehari-hari, seperti: drum, tangki penyimpanan, tempayan, bak mandi/wc, dan ember.



- TPA bukan untuk keperluan sehari-hari seperti: tempat minum burung, vas bunga, perangkap semut dan barang-barang bekas (ban, kaleng, botol, plastik dan lain-lain).
- TPA alamiah seperti: lubang pohon, lubang batu, pelepah daun, tempurung kelapa, pelepah pisang dan potongan bambu.

- **Perilaku Nyamuk Dewasa**

Setelah lahir (keluar dari kepompong), nyamuk istirahat di kulit kepompong untuk sementara waktu. Beberapa saat setelah itu sayap meregang menjadi kaku, sehingga nyamuk mampu terbang mencari mangsa/darah.

Nyamuk *Aedes aegypti* jantan mengisap cairan tumbuhan atau sari bunga untuk keperluan hidupnya, sedangkan yang betina mengisap darah. Nyamuk betina ini lebih menyukai darah manusia daripada binatang (bersifat *antropofilik*). Darah (proteinnya) diperlukan untuk mematangkan telur agar jika dibuahi oleh sperma nyamuk jantan telur tersebut dapat menetas. Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan perkembangan telur mulai dari nyamuk mengisap darah sampai telur dikeluarkan biasanya bervariasi antara 3-4 hari. Jangka waktu tersebut disebut satu siklus gonotropik.

Biasanya nyamuk betina mencari mangsanya pada siang hari. Aktivitas menggigit biasanya mulai pagi sampai petang hari, dengan 2 puncak aktifitas antara pukul 09.00-10.00 dan 16.00-17.00. Tidak seperti nyamuk lain, *Aedes aegypti* mempunyai kebiasaan mengisap darah berulang kali (*multiple bites*) dalam satu siklus *gonotropik*, untuk memenuhi lambungnya dengan darah. Dengan demikian nyamuk ini sangat efektif sebagai penular penyakit.

Setelah mengisap darah, nyamuk ini hinggap (beristirahat) di dalam atau kadang-kadang di luar rumah berdekatan dengan tempat perkembangbiakannya. Biasanya di tempat yang agak gelap dan lembab. Di tempat-tempat ini nyamuk menunggu proses pematangan telurnya.

Setelah beristirahat dan proses pematangan telur selesai, nyamuk betina akan meletakkan telurnya di dinding tempat perkembangbiakannya, sedikit di atas permukaan air. Pada umumnya telur akan menetas menjadi jentik dalam waktu ± 2

hari setelah telur terendam air. Setiap kali bertelur nyamuk betina dapat mengeluarkan telur sebanyak 100 butir. Telur tersebut dapat bertahan berbulan-bulan pada suhu -2°C sampai 42°C di tempat yang kering (tanpa air), dan bila tempat-tempat tersebut kemudian tergenang air atau kelembabannya tinggi, maka telur dapat menetas lebih cepat.

- **Ciri-Ciri Nyamuk *Aedes aegypti***

Nyamuk *Aedes aegypti* yang menjadi vektor utama dalam penyebaran penyakit DBD memiliki ciri-ciri:

1. Badan kecil berwarna hitam dengan bintik-bintik putih.
2. Jarak terbang nyamuk sekitar 100 meter.
3. Bersifat diurnal atau aktif menghisap darah pada pagi hari sekitar pukul 09.00-10.00 dan sore hari pukul 16.00-17.00.
4. Nyamuk betina menghisap darah untuk pematangan sel telur, sedangkan nyamuk jantan memakan sari-sari tumbuhan.
5. Hidup di genangan air bersih bukan di got atau comberan.
6. Nyamuk betina bersifat 'multiple biters' (menggigit beberapa orang karena sebelum kenyang sudah berpindah tempat).
7. Tahan terhadap suhu panas dan kelembaban tinggi.

G. Mekanisme Penularan

Terdapat tiga faktor yang memegang peranan pada penularan infeksi virus dengue, yaitu manusia (host/penjamu), virus (agent), vektor perantara. Penyakit DBD ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk ini mendapat virus Dengue sewaktu menggigit mengisap darah orang yang sakit DBD atau tidak sakit tetapi di dalam darahnya terdapat virus dengue. Seseorang yang di dalam darahnya mengandung virus dengue merupakan sumber penularan penyakit demam berdarah.

Virus dengue berada dalam darah selama 4-7 hari (masa inkubasi intrinsik) mulai 1-2 hari sebelum demam. Bila penderita tersebut digigit nyamuk penular, maka virus dalam darah akan ikut terisap masuk ke dalam lambung nyamuk.

Selanjutnya virus akan memperbanyak diri dan tersebar di berbagai jaringan tubuh nyamuk termasuk di dalam kelenjar liurnya. Kira-kira 1 minggu setelah mengisap darah penderita, virus ini akan tetap berada dalam tubuh nyamuk sepanjang hidupnya (Depkes RI, 1992).

Virus ini akan tetap berada dalam tubuh nyamuk sepanjang hidupnya. Oleh karena itu nyamuk *Aedes Aegypti* yang telah menghisap virus dengue itu menjadi penular (infektif) sepanjang hidupnya. Penularan ini terjadi karena pada saat nyamuk menusuk/mengigit manusia, nyamuk akan mengeluarkan air liur melalui alat tusuknya (proboscis) agar darah yang dihisap tidak membeku. Bersamaan dengan air liur inilah virus dengue dipindahkan dari nyamuk ke orang lain. Penularan dari manusia kepada nyamuk hanya dapat terjadi bila nyamuk menggigit menghisap manusia yang sedang mengalami viremia, yaitu 2 hari sebelum demam sampai 5 hari setelah demam timbul (Hadinegoro, 1999).

H. Tempat Potensial bagi Penularan DBD

Penularan Demam Berdarah Dengue dapat terjadi di semua tempat yang terdapat nyamuk penularan.

Adapun tempat yang potensial untuk terjadinya penularan DBD (Depkes RI, 1992) adalah sebagai berikut:

1. Wilayah yang banyak kasus DBD (Endemis).
2. Tempat-tempat umum yang merupakan tempat berkumpulnya orang-orang yang datang dari berbagai wilayah sehingga memungkinkan terjadinya pertukaran beberapa tipe virus dengue yang cukup besar. Tempat - tempat tersebut, antara lain:
 - a. Sekolah.
 - b. RS / Puskesmas dan Sarana pelayanan kesehatan lainnya.
 - c. Tempat umum lainnya seperti : hotel, pertokoan, pasar, restoran, tempat ibadah dan lain-lain.
3. Pemukiman baru dipinggir kota. Karena dilokasi ini, penduduk umumnya berasal dari berbagai wilayah dimana kemungkinan ada di antara mereka

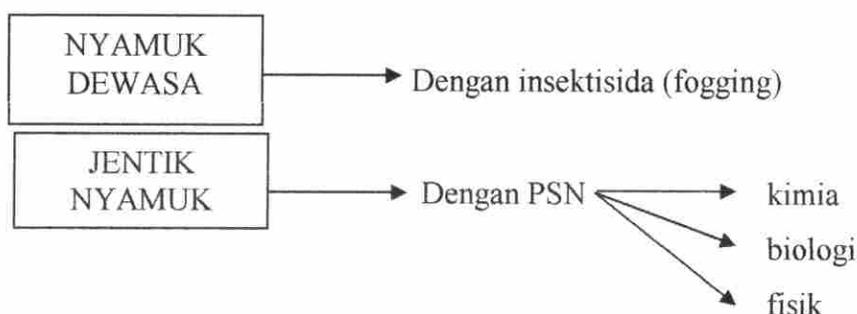


terdapat penderita dan atau carier yang membawa virus dengue yang berlainan dari masing-masing lokasi asalnya.

I. Upaya Pengendalian Vektor dalam Pencegahan Penyakit DBD

Untuk mencegah penyakit DBD, nyamuk penularnya (*Aedes aegypti*) harus diberantas sebab vaksin untuk mencegahnya belum ada. Cara tepat untuk memberantas nyamuk *Aedes aegypti* adalah memberantas jentik-jentiknya di tempat perkembangbiakannya. Cara ini dikenal dengan Pemberantasan Sarang nyamuk DBD (PSN-DBD). Oleh karena tempat-tempat perkembangbiakannya terdapat di rumah-rumah dan tempat-tempat umum maka setiap keluarga harus melaksanakan PSN-DBD secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali (Depkes RI, 1995).

PSN-DBD tersebut dapat digambarkan pada bagan berikut:



Gambar 2.4. Bagan cara pemberantasan nyamuk *Aedes Sp.*

Sumber : Depkes RI (1992)

Bagan diatas dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Dengan Insektisida

Adapun yang dimaksud dengan pencegahan dengan menggunakan insektisida adalah dengan cara *fogging*. Sistem ini menghasilkan *fog* dengan cara memecahkan tetesan larutan racun serangga oleh dorongan atau hantaman gas panas, sehingga menjadi butiran (*droplet*) larutan serangga yang sangat kecil dan terkumpul merupakan *fog* kabut. Ukuran droplet tersebut berkisar antara 5-100 mikrometer. Insektisida yang digunakan dalam *system thermal fogging* biasanya dilarutkan dalam minyak solar atau minyak

tanah biasa. Sasaran *fogging* adalah rumah atau bangunan dan halaman atau perkarangan sekitarnya. Waktu pengoperasian pagi hari atau sore hari untuk pengendalian nyamuk *Aedes*, karena puncak menggigit *Aedes* pagi hari atau sore hari. Namun pemakaian insektisida tidak mungkin dilakukan terus-menerus, sebab selain mahal, dapat mencemari lingkungan dan menyebabkan munculnya generasi nyamuk yang resisten terhadap insektisida yang bersangkutan (Agriculture, fisheries and conversation Departement Hongkong, 2006).

b. Tanpa Insektisida

Cara yang paling penting dalam pengendalian vektor adalah pentalaksanaan lingkungan dengan suatu pandangan untuk mencegah atau mengurangi perkembangan vektor dan kontak manusia-vektor-patogen. Pemberantasan terhadap jentik (larva) *Aedes aegypti* yang dikenal dengan istilah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), dilakukan dengan cara:

1. kimia

Cara memberantas jentik (larva) *Aedes aegypti* dengan menggunakan insektisida membasmi jentik (larvasida) ini dikenal dengan istilah abatesasi. Formulasi *temephos* yang digunakan ialah *granules (sand granules)*. Dosis yang digunakan 1 ppm atau 1 gr (\pm 1 sendok makan rata) residu 3 bulan. Selain itu dapat digunakan pula *Bacillus thuringlensis var, israeliensis (btl)* atau golongan *insect growth regulator* (Depkes RI, 1992).

2. Biologi

Intervensi yang didasarkan pada pengenalan organisme pemangsa, parasit, yang bersaing dengan atau cara penurunan jumlah *Aedes aegypti* masih menjadi percobaan, dan informasi tentang keampuannya didasarkan pada hasil operasi lapangan yang berskala kecil.

Cara yang bisa digunakan adalah dengan memelihara :

- a) Ikan gambusia affinis dan *poicilia reticulate* sebagai predator (pemakan larva nyamuk)

- b) *Mesocyclop aspericornis* sebagai predator larva stadium 1
- c) Larva *toxorhynchites sp.* Sebagai predator larva stadium instar 1,2,3 larva *Aedes*
- d) Endotoksin *bacillus thuringienis var. israelensis* serotip H-14 sebagai biolarva terhadap *Aedes* dan *Anopheles*.
- e) Hormon yang dapat menghambat perkembangan nyamuk atau *insect Growth Regulator* (IGR) seperti *pyriproxyfen*. *Pyriproxyfen* ini dapat menghambat perkembangan nyamuk *Aedes*.

Kerugian dari tindakan pengendalian biologis mencakup mahalnya pemeliharaan organisme, kesulitan dalam penerapan dan produksinya serta keterbatasan penggunaannya pada tempat-tempat yang mengandung air dimana suhu, pH, dan polusi organik dapat melebihi kebutuhan sempit agen, juga fakta bahwa pengendalian biologis ini hanya efektif terhadap tahap imatur dari nyamuk vektor (WHO,1999).

3. Fisik

Manajemen lingkungan mencakup semua yang dapat mencegah atau meminimalkan perkembangbiakan vektor sehingga kontak antara manusia dan vektor berkurang. Badan Kesehatan Dunia (WHO) telah menetapkan tiga jenis manajemen lingkungan yakni :

- Modifikasi Lingkungan: perubahan fisik habitat larva yang tahan lama
- Manipulasi lingkungan: perubahan sementara habitat vektor yang memerlukan pengaturan wadah yang “penting” dan yang “tidak penting”; serta manajemen atau pemusnahan tempat alami perkembangbiakan nyamuk.
- Perubahan habitasi atau perilaku manusia: upaya untuk mengurangi kontak antara manusia dan vektor.

Di indonesia metode ini lebih dikenal sebagai metode Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah (PSN-DBD) atau 3M (Menutup tempat



penampungan air, mengubur barang-barang bekas, Menguras bak mandi) (WHO, 2004).

Adapun titik fokus dalam Manajemen lingkungan adalah:

a) Modifikasi Lingkungan

- Perbaiki persediaan air
- Tanki atau reservoir diatas atau bawah tanah harus anti nyamuk

b) Manipulasi Linkungan

- Drainase instalasi persediaan air

Tumpah/ bocornya air dalam bangunan pelindung, dari pipa distribusi dan sumber air lainnya menyebabkan air tergenang dan dapat menjadi habitat yang penting untuk larva *Aedes aegypti* jika tindakan pencegahan tidak dilakukan.

- Penyimpanan air rumah tangga

Sumber utama perkembangbiakan *Aedes aegypti* adalah wadah penyimpanan air untuk kebutuhan rumah tangga yang mencakup gentong air dari tanah liat, keramik, dan wadah yang berukuran kecil untuk menampung air bersih atau air hujan. Wadah penyimpanan harus ditutup dengan tutup yang pas dan rapat yang harus ditempatkan kembali dengan benar setelah mengambil air.

- Pot/ vas dan jebakan semut

Benda-benda tersebut harus dilubangi untuk saluran air keluar. Tindakan lainnya, bunga harus ditempatkan diatas wadah yang berisi pasir dan air. Bunga tersebut harus diganti dan dibuang setiap minggu dan vas digosok serta dibersihkan sebelum pakai kembali. Jebakan semut untuk melindungi rak penyimpanan makanan dapat ditambahkan garam dapur atau minyak.

- Pembuangan sampah padat

Sampah padat seperti, kaleng, botol, ember atau benda yang tak terpakai lainnya yang berserakan di sekeliling rumah harus dibuang dan dikubur di tempat penimbunan sampah. Barang-barang pabrik dan gudang yang tak terpakai harus disimpan dengan benar sampai saatnya

dibuang, peralatan rumah tangga dan kebun harus disimpan dalam kondisi terbalik untuk menghindari tertampungnya air hujan. Sampah tanaman (batok kelapa, pelepah kakao) harus dibuang dengan benar tanpa menunda-nunda.

- Manajemen Ban

Ban bekas kendaraan merupakan lokasi utama perkembangbiakan nyamuk *Aedes* sehingga menimbulkan satu masalah kesehatan masyarakat yang penting. Depot ban bekas harus tertutup untuk mencegah tergenangnya air hujan dalam ban. Ban bekas juga bisa kita daur ulang untuk menghindari ban menjadi sarang nyamuk.

c) Perubahan habitasi manusia untuk mengurangi kontak dengan vektor

- Pakaian pelindung

Pakaian mengurangi resiko tergigit nyamuk jika pakaian itu cukup tebal atau longgar. Baju lengan panjang dan celana panjang dengan kaus kaki dapat melindungi tangan dan kaki, yang merupakan tempat yang paling sering terkena gigitan nyamuk. Menambahkan zat kimia pada pakaian, misalnya dengan permentrin, merupakan tindakan yang sangat efektif untuk mencegah gigitan nyamuk.

- Tikar, Obat nyamuk bakar, dan Aerosol

- Penolak serangga

- Insektisida untuk Kelambu dan korden

Kelambu yang diberi insektisida (*insecticide-treated mosquito nets, ITMN*). Kegunaannya sangat terbatas dalam program pengendalian penyakit dengue karena spesies vektor menggigit pada siang hari.

Dari semua cara pengendalian tersebut diatas tidak ada satupun yang paling unggul. Untuk menghasilkan cara yang efektif maka dilakukan kombinasi dari beberapa cara tersebut diatas. Tapi yang paling penting diatas semua cara tersebut adalah menggugah dan meningkatkan kesadaran masyarakat agar mau memperhatikan kebersihan lingkungannya dan memahami tentang mekanisme



penularan penyakit DBD, sehingga dapat berperan secara aktif menanggulangi penyakit DBD (WHO, 2004).

Penyuluhan kesehatan sangat penting dalam meningkatkan partisipasi masyarakat. Sementara itu perubahan perilaku manusia memerlukan proses yang panjang berkelanjutan. Penyuluhan perorangan maupun kelompok untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat harus diprioritaskan, terutama di daerah endemis dan wilayah resiko tinggi terjangkit DBD. Penyuluhan kesehatan dilaksanakan melalui saluran komunikasi personal, kegiatan kelompok, dan berbagai media massa (Depkes RI, 2004).

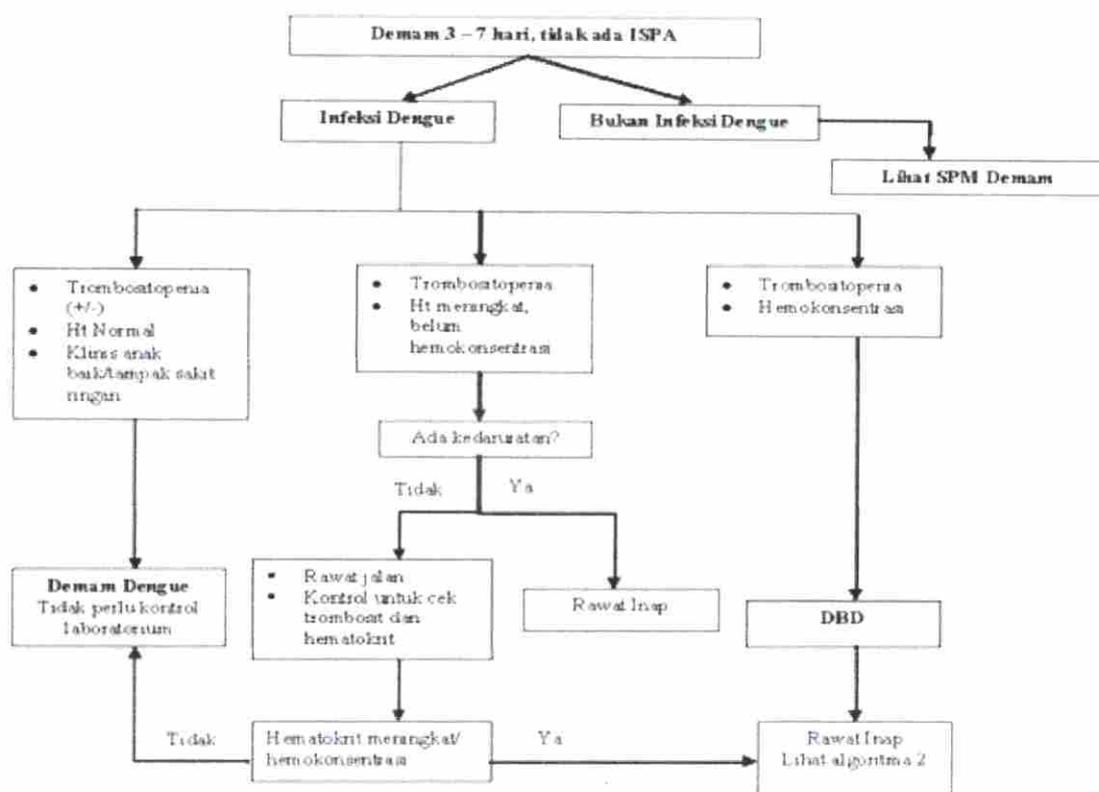
J. Penatalaksanaan

Pada dasarnya pengobatan DBD bersifat suportif, yaitu mengatasi kehilangan cairan plasma sebagai akibat peningkatan permeabilitas kapiler dan sebagai akibat perdarahan. Pasien DD dapat berobat jalan sedangkan pasien DBD dirawat di ruang perawatan biasa. Tetapi pada kasus DBD dengan komplikasi diperlukan perawatan intensif.

Derajat Keparahan Demam Berdarah Dengue:

- **Derajat I:** demam disertai gejala-gejala konstitusional yang tidak spesifik; satu-satunya manifestasi perdarahan adalah hasil uji tourniquet yang positif.
- **Derajat II:** sebagai tambahan dari manifestasi pasien derajat I, terdapat perdarahan spontan biasanya dalam bentuk perdarahan kulit dan, atau perdarahan lainnya.
- **Derajat III:** kegagalan sirkulasi dengan manifestasi nadi yang lemah dan cepat menyempitnya tekanan nadi (20 mmHg atau kurang) atau hipertensi, serta gelisah dan kulit teraba dingin.
- **Derajat IV:** renjatan (syok) berat dengan nadi dan tekanan darah yang tidak terdeteksi.

Algoritma Diagnosis Demam Dengue dan DBD



Gambar : 2.4

Sumber : *Demam Berdarah Dengue: Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan dan Pengendalian. WHO: 1997.*

K. Komplikasi

Renjatan (syok), ensefalopati dengue, perdarahan saluran cerna, KID (koagulasi intravaskular diseminata) (IDC, 2011).

2.1.2. Pengetahuan

Masalah kesehatan merupakan suatu masalah yang kompleks. Masalah yang dihadapi saling berkaitan dengan masalah-masalah lain di luar kesehatan itu sendiri. Banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan, baik itu kesehatan individu maupun kesehatan masyarakat. Hendrik L. Blum menyebut ada empat faktor yang mempengaruhi kesehatan salah satunya adalah faktor perilaku. Dalam penyakit menular, faktor perilaku merupakan salah satu faktor yang turut memberikan pengaruh besar. Perilaku manusia itu sangat kompleks serta memiliki ruang lingkup yang sangat luas. Para ahli membaginya dalam 3 domain (ranah/kawasan), yaitu ranah kognitif, ranah afektif dan ranah psikomotor. Dari ketiga domain tersebut salah satunya dapat diukur dari pengetahuan.

A. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil “Tahu” yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba yang sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Berdasarkan penelitian yang dilakukan, ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

B. Metode Memperoleh Pengetahuan

Dalam upaya memperoleh pengetahuan dan memahami sesuatu, umumnya manusia melakukan satu atau lebih metode untuk memperoleh pengetahuan. Secara garis besar, metode yang biasa dilakukan untuk memperoleh pengetahuan berjumlah empat metode. Keempat metode ini biasa disebut sebagai metode memperoleh pengetahuan atau *methods of knowing*, yaitu:

1. *Tenacity*

Tenacity adalah suatu metode cara memperoleh pengetahuan yang dilakukan dengan sangat meyakini sesuatu, walaupun yang diyakini tersebut belum tentu kebenarannya. Keyakinan ini disebabkan karena hal yang diyakini tersebut, sudah sering terjadi.

Contoh: seseorang yang meyakini bahwa warna biru adalah warna keberuntungan karena sering memperoleh hal-hal yang menyenangkan setiap kali ia bersinggungan dengan warna biru, seperti memakai baju biru, membeli barang berwarna biru, dan lainnya.

2. *Authority*

Authority adalah metode memperoleh pengetahuan dengan mempercayakan suatu hal kepada pihak yang dianggap lebih tahu atau memiliki pengetahuan yang lebih.

Contoh: seseorang percaya bahwa besok akan turun hujan karena ia percaya dengan informasi yang diberikan oleh prakiraan cuaca esok hari.

3. *A priori*

Merupakan suatu metode memperoleh pengetahuan dengan menitikberatkan pada kemampuan nalar dan intuisi diri sendiri tanpa mempertimbangkan informasi dari pihak luar.

Contoh: seseorang yang tengah tersesat namun mempercayakan dirinya untuk menemukan jalan keluar tanpa ada keinginan untuk bertanya.

4. *Science*

Metode yang digunakan untuk memperoleh pengetahuan dengan melakukan serangkaian cara-cara ilmiah, seperti mengajukan dugaan, pengujian dugaan, pengontrolan variabel, hingga penyimpulan. Cara ini dianggap sebagai cara yang paling dapat diyakini kebenarannya atas pengetahuan yang diperoleh, karena pada *science* telah dilakukan serangkaian ujicoba sebelum akhirnya memperoleh suatu pengetahuan berupa kesimpulan.

C. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo ada 6 tingkat pengetahuan yang dicapai dalam domain kognitif, yaitu:

1. Tahu (*know*)

Tahu dapat diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*Comprehention*)

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

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi ini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysys*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi/objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu dengan yang lain. Kemampuan analisis dapat diketahui dari penggunaan kata-kata kerja, seperti: dapat menggambarkan (membuat bagan), dapat membedakan, dan dapat mengelompokkan.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.



Dengan kata lain sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah suatu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian yang dilakukan berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan penilaian-penilaian yang telah ada.

Pengetahuan seseorang tersebut dapat diukur dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan tersebut.

D. Kategori tingkat pengetahuan

Menurut (Arikunto, 2010) mengemukakan bahwa untuk mengetahui secara kualitas tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang dapat dibagi menjadi empat tingkat yaitu :

- a. Tingkat pengetahuan baik bila skor atau nilai $> 75 \%$
- b. Tingkat pengetahuan cukup bila skor atau nilai $60-75 \%$
- c. Tingkat pengetahuan kurang bila skor atau nilai $< 60 \%$

E. Faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Pengetahuan bukanlah sesuatu yang sudah ada dan tersedia, sementara orang lain tinggal menerimanya. Pengetahuan merupakan suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman-pemahaman baru.

Beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah yang 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 sebanyak mungkin, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat oleh seseorang. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh melalui pendidikan formal saja, tetapi dapat juga diperoleh dari pendidikan non-formal.

2. Mass media / informasi

Dengan semakin majunya teknologi, maka akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang suatu hal yang baru. Berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Selain penyampaian informasi, media massa juga membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Semakin banyak informasi baru mengenai sesuatu yang disampaikan melalui media massa, hal tersebut memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

3. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang biasa dilakukan orang-orang di masyarakat akan menambah pengetahuan seseorang walaupun orang tersebut tidak melakukannya. Sementara itu status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini juga akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

4. Lingkungan

Segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial, dapat disebut sebagai suatu lingkungan. Lingkungan juga berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya suatu interaksi timbal balik yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

5. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman tersebut dapat dikembangkan dan akan memberikan suatu pengetahuan yang lebih kepada seseorang.

6. Usia

Daya tangkap dan pola pikir seseorang dipengaruhi oleh usia. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia muda, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia muda akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca.

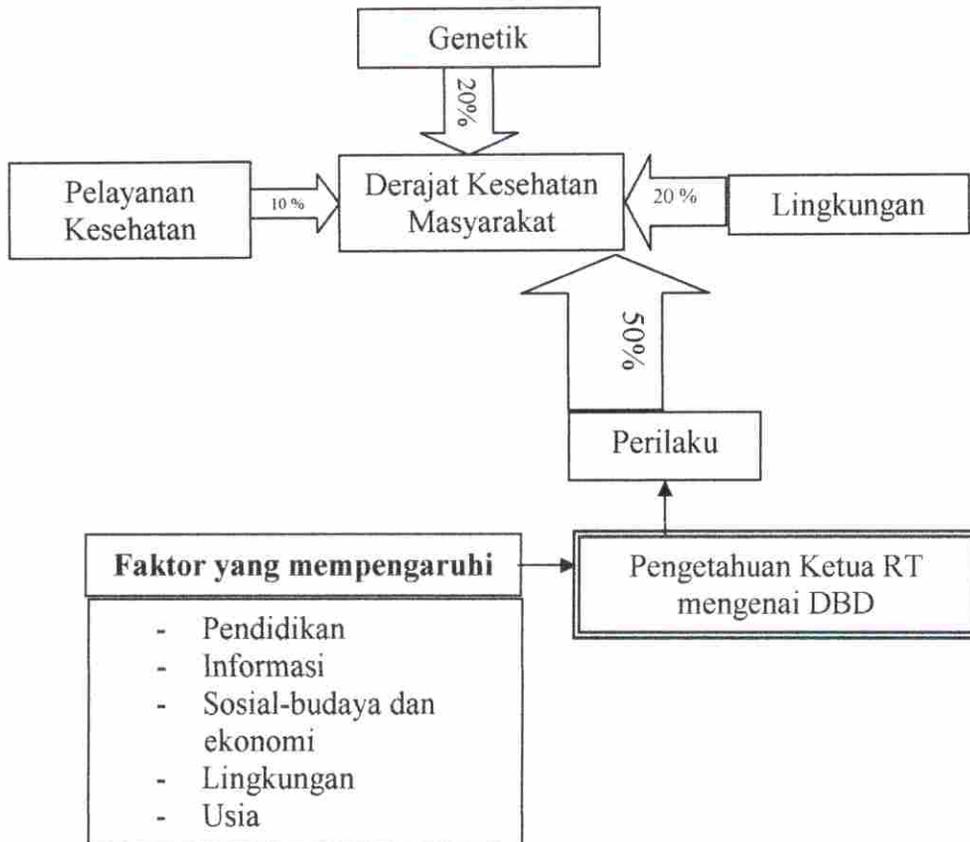
2.1.3. Rukun Tetangga (RT)

Rukun Tetangga (RT) adalah pembagian wilayah di Indonesia di bawah Rukun Warga. Rukun Tetangga bukanlah termasuk pembagian administrasi pemerintahan, dan pembentukannya adalah melalui musyawarah masyarakat setempat dalam rangka pelayanan kemasyarakatan yang ditetapkan oleh Desa atau Kelurahan. Rukun Tetangga dipimpin oleh Ketua RT yang dipilih oleh warganya. Sebuah RT terdiri atas sejumlah rumah (kepala keluarga). Rukun tetangga merupakan organisasi masyarakat yang diakui dan dibina oleh pemerintah untuk memelihara dan melestarikan nilai-nilai kehidupan masyarakat Indonesia yang berdasarkan kegotongroyongan dan kekeluargaan serta untuk membantu meningkatkan kelancaran tugas pemerintahan, pembangunan, dan kemasyarakatan di desa dan kelurahan. Setiap RT sebanyak-banyaknya terdiri dari 30 KK utk Desa dan sebanyak-banyaknya 50 KK utk kelurahan yg dibentuk berdasarkan Permendagri No.7/1983 ttg Pembentukan RT dan RW.

Berdasarkan kutipan dari Peraturan Menteri Dalam Negeri no. 5/2007, RT/RW mempunyai tugas membantu pemerintah desa atau lurah dalam

penyelenggaraan urusan pemerintahan. Dalam melaksanakan tugas, Ketua RT mempunyai fungsi : pendataan kependudukan dan pelayanan administrasi pemerintahan lainnya; pemeliharaan keamanan, ketertiban dan kerukunan hidup antar warga; pembuatan gagasan dalam pelaksanaan pembangunan dengan mengembangkan aspirasi dan swadaya murni masyarakat; dan penggerak swadaya gotong royong dan partisipasi masyarakat di wilayahnya.

2.2. Kerangka Teori



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian adalah survei deskriptif kuantitatif.

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari hingga Februari 2012.

3.2.2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah Kecamatan Plaju Palembang.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi penelitian yang diambil adalah semua ketua RT yang berada di Kecamatan Plaju Palembang.

3.3.2. Sampel dan Besar Sample

Pengambilan jumlah sampel menggunakan rumus sebagai berikut:

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

Dimana:

n = besarnya sampel

p = proporsi variabel yang dikehendaki

q = 1-p

d = kesalahan sampling yang masih dapat ditoleransi

Berdasarkan rumus di atas, maka besarnya sampel penelitian adalah:

$$n = \frac{1,96 \cdot 0,115 \cdot 0,885}{0,05^2}$$

$$n = \frac{0,1994}{0,0025}$$

$$n = 79,79$$

Dibulatkan menjadi 80. Jadi, sampel minimal yang digunakan adalah sebanyak 80 orang Ketua RT yang bertempat tinggal di Kecamatan Plaju Palembang.

3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

kriteria inklusi:

- Bertempat tinggal di wilayah Kecamatan Plaju
- Dapat berkomunikasi dengan baik
- Bersedia untuk diwawancarai

Eksklusi:

- Menderita penyakit berat
- Tidak berada di tempat

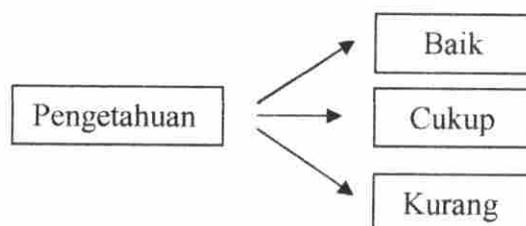
3.3.4. Cara Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel secara simple random sampling.

3.4. Variabel Penelitian

Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah pengetahuan ketua RT mengenai penyakit demam berdarah dengue (DBD).

Kerangka Konsep



3.5. Definisi Operasional

Tingkat Pengetahuan

a. Definisi

Pengetahuan yang dimaksud adalah sesuatu yang diketahui ketua RT/responden tentang demam berdarah dengue (DBD) yang meliputi tanda dan gejala, cara penularan, vektor penular, cara pencegahan, dan cara pemberantasan sarang nyamuk (PSN).

b. Alat Ukur

Menggunakan kuesioner tentang demam berdarah dengue (DBD), yang berisi tentang tanda dan gejala, cara penularan, vektor penular, cara pencegahan, dan cara pemberantasan sarang nyamuk (PSN).

c. Cara Ukur

Cara pengukuran untuk mengetahui tingkat pengetahuan ketua RT dilakukan dengan cara wawancara langsung dengan responden.

d. Hasil Ukur

$$\text{Tingkat Pengetahuan} = \frac{\text{skor kuesioner} \times 4}{100} \times 100\%$$

Cara penilaian hasil kuesioner (Arikunto, 2010):

- Tingkat pengetahuan baik bila skor atau nilai > 75 %
- Tingkat pengetahuan cukup bila skor atau nilai 60-75 %
- Tingkat pengetahuan kurang bila skor atau nilai <60 %

e. Skala

Ordinal



3.6. Cara Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan data primer yang diambil langsung menggunakan metode wawancara langsung dengan responden dengan menggunakan kuesioner.

3.7. Cara Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1. Pengolahan Data

Data yang diperlukan dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel dan diagram, kemudian dilakukan penguraian secara tekstual. Kegiatan analisis data ini meliputi beberapa tahapan sebagai berikut.

a. Persiapan

Tahapan persiapan terdiri dari beberapa kegiatan yang dapat dilakukan sebagai berikut:

- a) *Editing* (pengolahan data), merupakan kegiatan untuk pengecekan isian *checklist*, apakah data yang telah ada sudah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten.
- b) *Coding* (pengkodean data), merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk bilangan atau angka. Kegunaannya adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry data*.
- c) *Processing* (pemrosesan data), merupakan proses agar data dapat dianalisis yang dilakukan dengan cara *entry* (memasukkan) data dari tabel pokok ke dalam tabulasi.
- d) *Cleaning* (pembersihan data), merupakan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* masih terdapat kesalahan atau tidak.

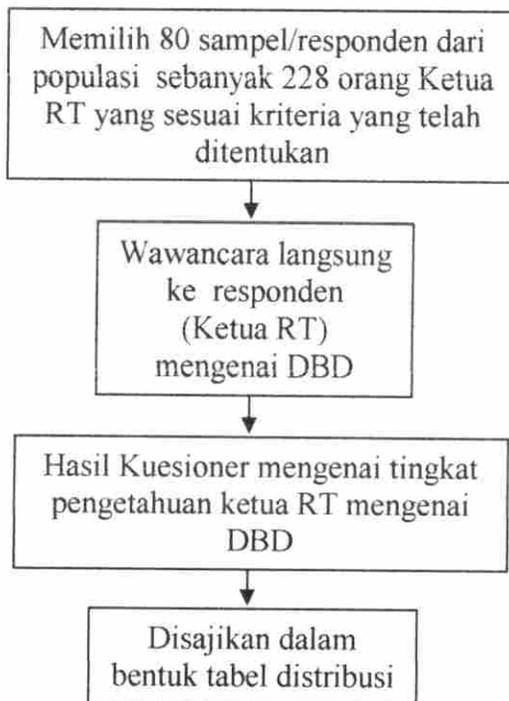
3.7.2. Analisis Data

Analisis data yang dilakukan dengan menggunakan program komputer.

Tabel konsep:

Tingkat Pengetahuan Responden Mengenai DBD	Kategori Skor	Jumlah	Persentase (%)
Baik (> 75%)	< 40		
Cukup (60-75 %)	41-55		
Kurang (< 60 %)	56-75		
Total		100	100

3.8. Alur Penelitian



BAB IV

Hasil dan Pembahasan

4.1. Keadaan Umum

4.1.1. Geografi

Kecamatan Plaju merupakan salah satu kecamatan dari 16 kecamatan yang berada di kota Palembang, memiliki luas wilayah 1.571 Ha dengan kepadatan penduduk 57,21 tiap Ha. Terdiri atas 7 kelurahan yaitu, kelurahan Plaju Darat, kelurahan talang Putri, kelurahan komperta, kelurahan Plaju Ilir, Kelurahan Talang bubuk, kelurahan Plaju Ulu dan kelurahan Bagus Kuning. Batas wilayah Kecamatan Plaju adalah sebagai berikut:

Batas sebelah Utara : Kecamatan Sako dan Kabupaten Banyuasin

Batas sebelah Timur : Kabupaten banyuasin

Batas sebelah Selatan : Kecamatan Seberang Ulu II

Batas sebelah Barat : Sungai Musi di Ilir Timur I dan Ilir Timur II



Gambar 4.1 Peta Daerah Plaju Berdasarkan Daerah Aliran Sungai (DAS) dan Daerah bukan Aliran Sungai (non DAS)

Sumber: Anonymous, Peta Plaju, <http://maps.google.co.id/maps?hl=id&tab=wl>

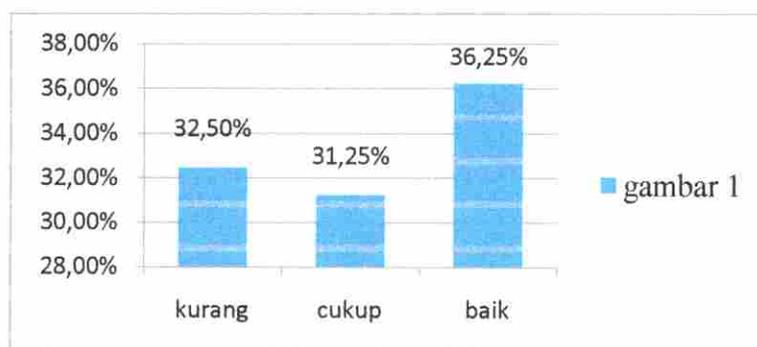
4.2.Keadaan Khusus

4.2.1.Tingkat pengetahuan ketua RT mengenai DBD

Dari data hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner 80 responden didapatkan, 29 responden (36,25%) memiliki tingkat pengetahuan mengenai penyakit DBD yang baik, 25 responden (31,25%) memiliki tingkat pengetahuan cukup dan 26 responden (32,5%) memiliki tingkat pengetahuan yang kurang.

Tabel 1. Distribusi frekuensi dan persentase tingkat pengetahuan ketua RT di Kecamatan Plaju Palembang mengenai penyakit DBD.

Tingkat Pengetahuan Masyarakat	Kategori Skor	Frekuensi	Persentase
Kurang	<60	26	32,5
Cukup	60-75	25	31,25
Baik	>75	29	36,25
Total		80	100



Gambar 1. Bargraph tingkat pengetahuan ketua RT di Kecamatan Plaju Palembang mengenai penyakit DBD

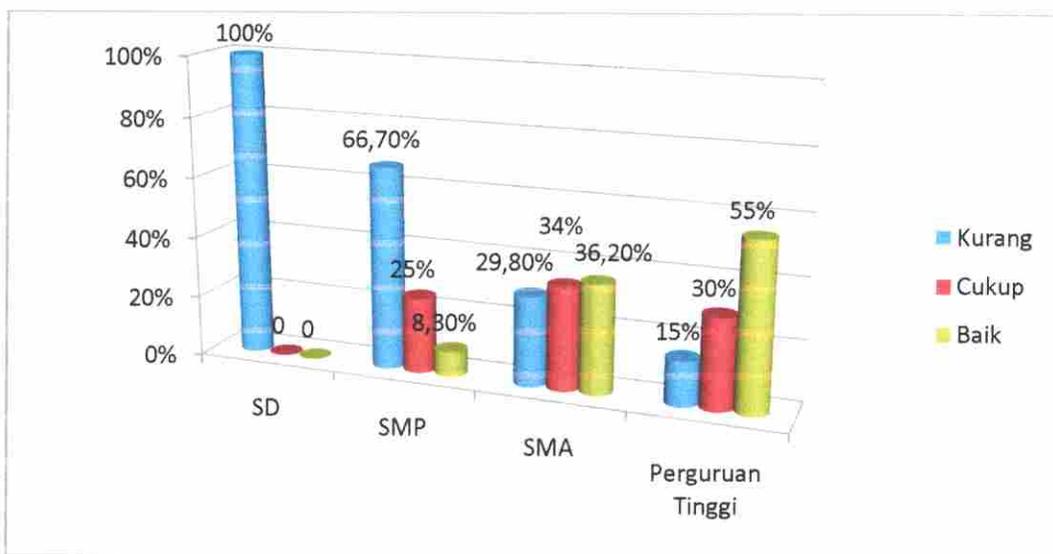
Data diatas memperlihatkan gambaran tentang tingkat pengetahuan responden di kecamatan Plaju Palembang mengenai penyakit DBD. Hasil penelitian menunjukkan 36,25% tingkat pengetahuan responden yang baik. Jika dibandingkan hasil penelitian Andi (2010) di Kecamatan Kalidoni yang menyatakan 11,5% responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik telah terjadi kenaikan persentase sebesar 24,75% responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik.

4.2.2. Tingkat pengetahuan responden mengenai DBD berdasarkan pendidikan terakhir responden

Dari hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner, didapatkan data mengenai riwayat pendidikan terakhir responden. Hanya 1 responden dengan riwayat pendidikan terakhir SD dengan tingkat pengetahuan kurang. Sedangkan dari 20 responden dengan riwayat pendidikan terakhir perguruan tinggi, memiliki 3 responden (15%) dengan tingkat pengetahuan kurang, 6 responden (30%) dengan tingkat pengetahuan cukup, 11 responden (55%) dengan tingkat pengetahuan baik.

Tabel 2. Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden mengenai DBD berdasarkan pendidikan terakhir

Pendidikan Terakhir	Tingkat Pengetahuan Responden			Total
	Kurang	Cukup	Baik	
SD	1 (100%)	0	0	1
SMP	8 (66,7%)	3 (25%)	1 (8,3%)	12
SMA	14 (29,8%)	16 (34%)	17 (36,2%)	47
Perguruan Tinggi	3 (15%)	6 (30%)	11 (55%)	20
Total				80



Gambar 2. Bar graph tingkat pengetahuan responden mengenai DBD berdasarkan pendidikan terakhir



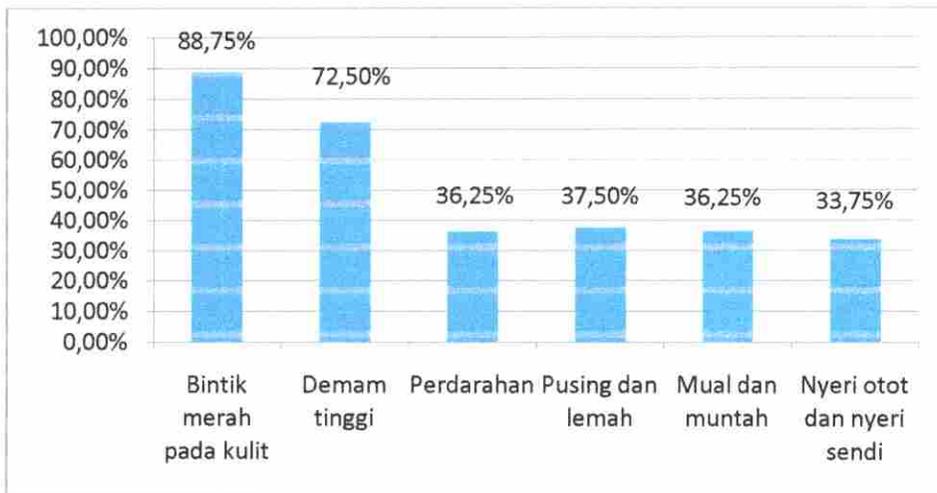
Pada gambar 2, menunjukkan bahwa dengan tingginya pendidikan yang didapatkan oleh responden, maka tingkat pengetahuan yang dimiliki juga baik. Menurut Notoatmodjo (2003) pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

4.2.3. Pengetahuan responden mengenai tanda/gejala DBD

Dari seluruh jawaban 80 responden yang mengetahui DBD, 71 responden (88,75%) menjawab bintik-bintik merah pada kulit sebagai tanda/gejala dari penyakit DBD, 58 responden (72,5) menjawab demam tinggi selama 2-7 hari, 29 responden (36,25%) menjawab perdarahan dan mual muntah, 30 responden (37,5) menjawab pusing dan lemah, 27 responden menjawab nyeri otot dan nyeri sendi (33,75%) sebagai tanda/gejala dari DBD.

Tabel 3. Distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan responden mengenai tanda/gejala DBD.

Tanda/gejala DBD	Frekuensi	Persentase
Bintik merah pada kulit	71	88,75
Demam tinggi	58	72,5
Perdarahan	29	36,25
Pusing dan lemah	30	37,5
Mual dan muntah	29	36,25
Nyeri otot dan nyeri sendi	27	33,75



Gambar 3. Bargraph pengetahuan responden mengenai tanda/gejala DBD.

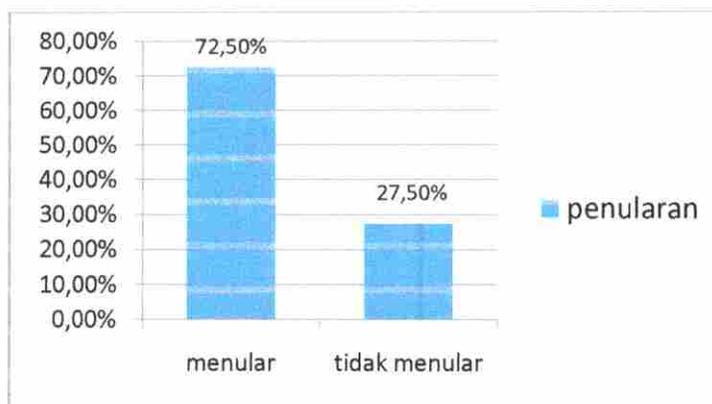
Data di atas menunjukkan bahwa dari 80 responden, 71 responden mengetahui tanda/gejala DBD adalah bintik-bintik merah pada kulit (88,75%) dan demam tinggi sebanyak 58 responden (72,50%). Penelitian Dini juga menunjukkan bahwa kebanyakan masyarakat mengetahui tanda/gejala DBD sebanyak 80 orang (88,9%). Hasil penelitian Andi juga menyatakan hal yang serupa. Hal tersebut karena bintik merah pada kulit dan demam tinggi merupakan tanda/gejala yang khas dari penyakit DBD.

4.2.4. Pengetahuan responden mengenai penularan DBD

Dari 80 responden yang diwawancarai dengan menggunakan kuesioner, didapatkan data 58 responden (72,5%) menjawab demam berdarah menular dan 22 responden (27,5%) menjawab demam berdarah tidak menular. Dari 22 responden (27,5%) yang menjawab DBD tidak menular, 11 responden (13,75%) memiliki tingkat pengetahuan yang cukup, 8 responden (10%) memiliki tingkat pengetahuan yang kurang dan 3 responden (3,75%) memiliki tingkat pengetahuan yang baik.

Tabel 4.a Distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan responden mengenai penularan DBD.

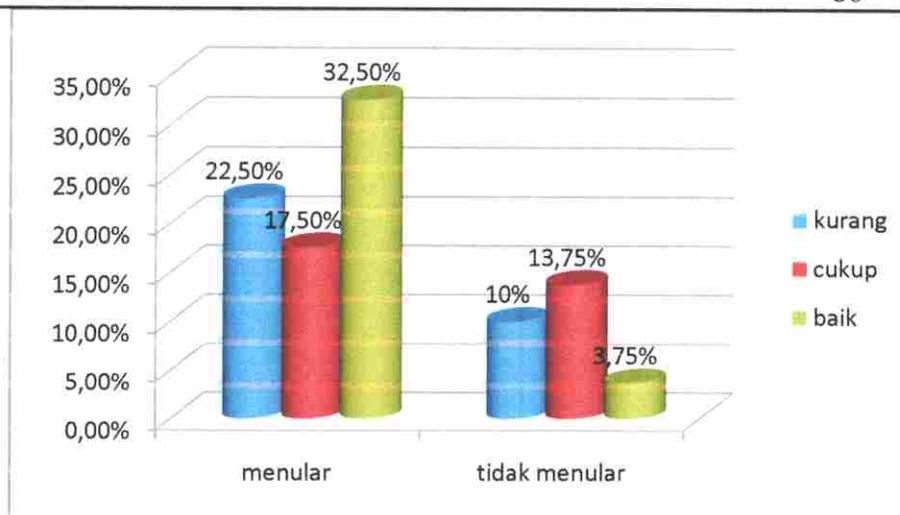
DBD menular	Frekuensi	Persentase
Ya	58	72,5
Tidak	22	27,5
Total	80	100



Gambar 4.a Bargraph pengetahuan responden mengenai penularan DBD.

Tabel 4.b Distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan responden mengenai penularan DBD.

Penularan DBD	Tingkat Pengetahuan Responden			Total
	Kurang	Cukup	Baik	
Menular	18(22,5%)	14 (17,5%)	26 (32,5%)	58
Tidak meular	8 (10%)	11 (13,75%)	3 (3,75%)	22
Total				80



Gambar 4.b bargraph pengetahuan responden mengenai penularan DBD.

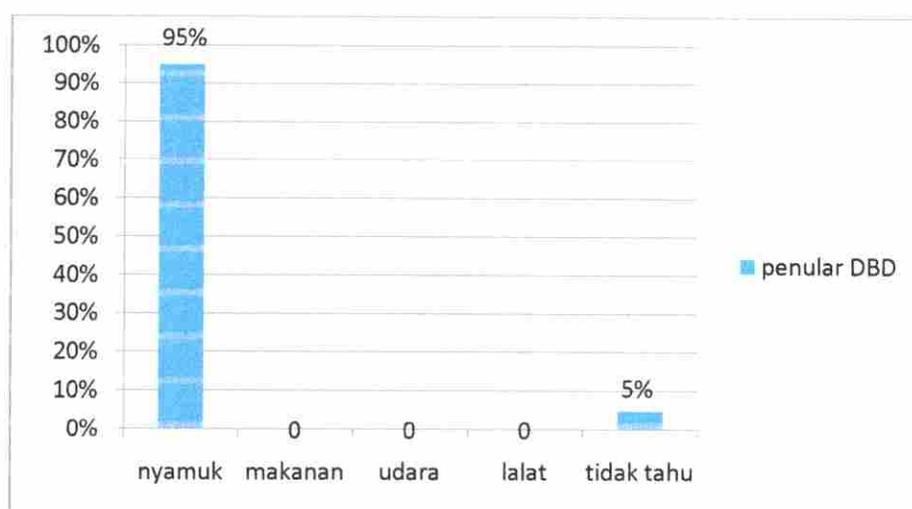
Dari data, telah terjadi kesalahpahaman di dalam masyarakat mengenai penularan DBD. Masih ada responden yang menjawab bahwa DBD merupakan penyakit yang tidak menular. Hal ini terjadi mungkin karena kurangnya tingkat pengetahuan responden mengenai DBD dan kurangnya sosialisasi/penyuluhan yang diberikan kepada masyarakat.

4.2.5. Pengetahuan responden mengenai nyamuk (vektor) DBD

Dari 80 responden yang diwawancarai mengenai vektor DBD, didapatkan dari hasil wawancara 76 responden (95%) menjawab gigitan nyamuk yang dapat menularkan DBD. Sedangkan 4 responden (5%) menjawab tidak tahu.

Tabel 5. Distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan responden mengenai nyamuk (vektor) DBD.

Penular DBD	Frekuensi	Persentase
Nyamuk	76	95
Makanan	0	0
Udara	0	0
Lalat	0	0
Tidak tahu	4	5
Total	80	100



Gambar 5. Bargraph pengetahuan responden mengenai penular DBD.



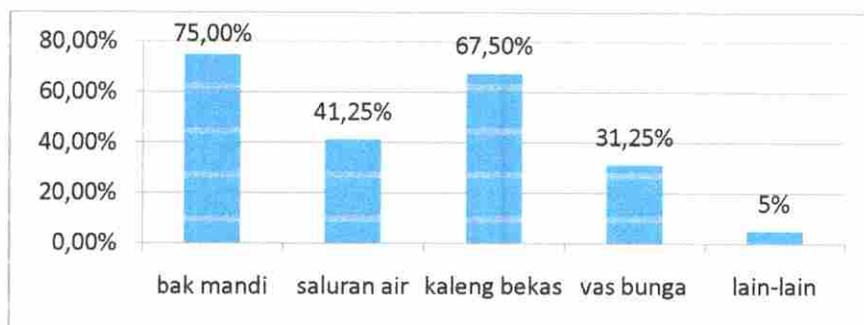
Dari data, hampir semua responden menjawab nyamuk yang dapat menularkan DBD. Hal ini terjadi mungkin karena meningkatnya tingkat pengetahuan masyarakat mengenai penyakit DBD.

4.2.6. Pengetahuan responden mengenai tempat berkembang biak nyamuk DBD

Dari 80 responden yang diwawancarai tentang pengetahuan responden mengenai tempat berkembang biak nyamuk DBD, didapatkan data 60 responden (75%) dari 80 responden menjawab bak mandi sebagai tempat berkembang biaknya nyamuk DBD. 33 responden (41,25%) dari 80 responden menjawab saluran air, dan 54 responden (67,5%) menjawab kaleng bekas, 25 responden (31,25%) menjawab vas bunga.

Tabel 6. Distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan responden mengenai tempat berkembang biak nyamuk DBD.

Tempat berkembang biak nyamuk DBD	Frekuensi	Persentase
Bak mandi	60	75
Saluran air	33	41,25
Kaleng bekas	54	67,5
Vas bunga	25	31,25
Lain-lain	4	5



Gambar 6. Bar graph pengetahuan responden mengenai tempat berkembang biak nyamuk DBD.

Dari data, dapat dilihat jawaban yang paling banyak dipilih responden adalah bak mandi dan kaleng bekas. Mereka telah banyak tahu jika nyamuk DBD berkembang biak pada genangan air bersih atau jernih. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Andi (2010) pada masyarakat di kecamatan Kalidoni yang menyatakan sebesar 49,75% responden menjawab genangan air kotor merupakan tempat berkembang biak nyamuk DBD. Tetapi sedikit dari ketua RT yang mengetahui jika nyamuk DBD dapat berkembang biak di vas bunga. Hal ini mungkin disebabkan karena kurangnya sosialisasi/penyuluhan dari petugas kesehatan mengenai tempat berkembang biak nyamuk DBD sehingga menyebabkan masih adanya angka kejadian DBD di kecamatan Plaju.

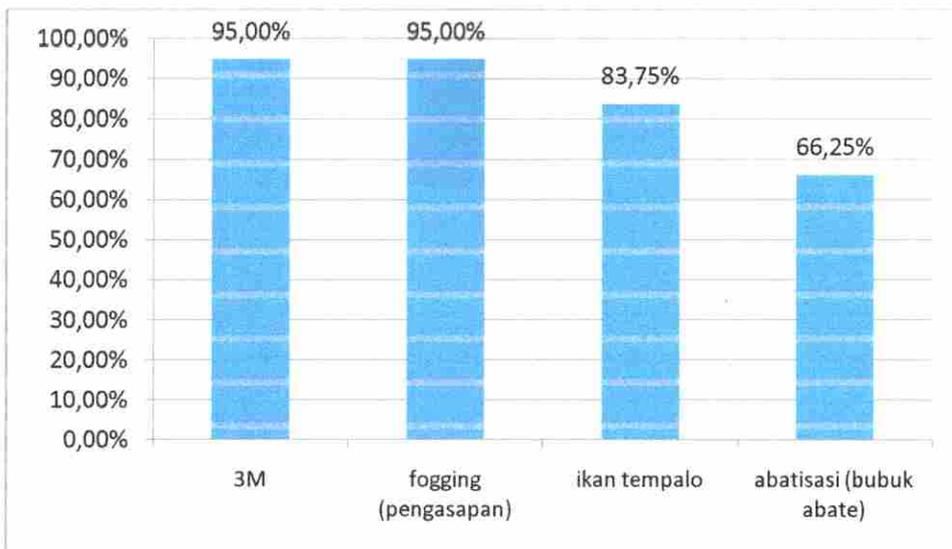
4.2.7. Pengetahuan responden mengenai cara pencegahan DBD

Dari hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner pada 80 responden, cara pencegahan DBD yang paling banyak diketahui responden adalah dengan cara 3M (menutup, mengubur, menguras) dan fogging (pengasapan) masing-masing sebesar 76 responden (95%) dari jawaban responden mengenai cara pencegahan DBD dengan option 3M dan fogging. Sementara cara pencegahan DBD yang paling sedikit diketahui responden adalah dengan cara abatisasi yaitu sebanyak 66,25% dari jawaban responden dengan option abatisasi. Sementara 67 responden (83,75%) menjawab pertanyaan tersebut dengan option ikan tempalo.

Tabel 7. Distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan responden mengenai cara pencegahan DBD.

Cara pencegahan DBD	Frekuensi	Persentase
3M (menutup dan menguras tempat penampungan air, dan mengubur barang bekas)	76	95
Pengasapan (fogging)	76	95
Ikan tempalo	67	83,75
Bubuk abate	53	66,25





Gambar 7. Bargraph pengetahuan responden mengenai cara pencegahan DBD

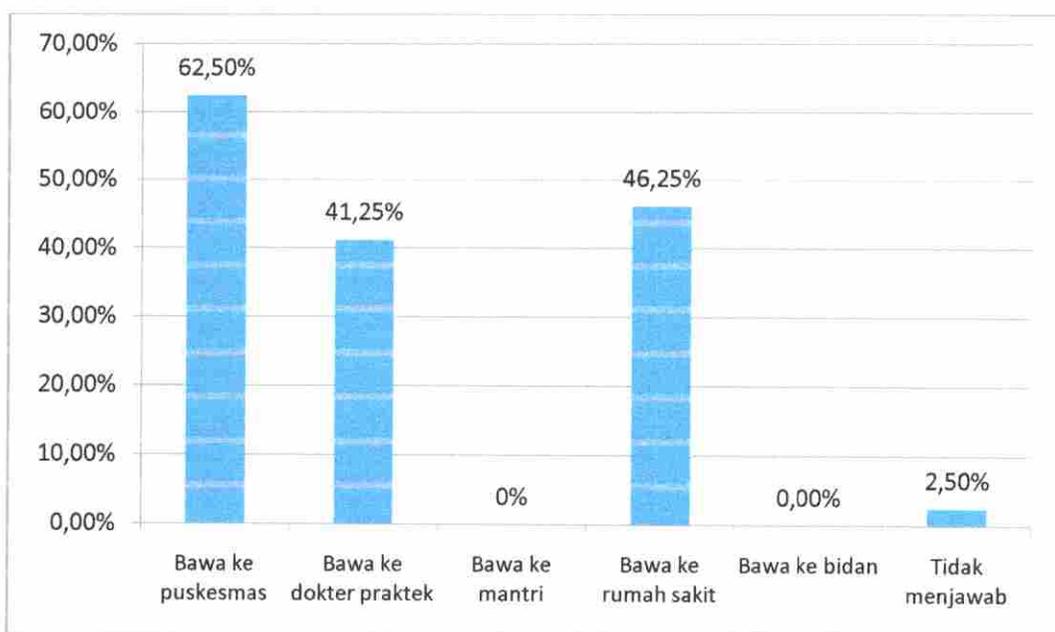
Dari data di atas, didapatkan data mengenai pengetahuan responden terhadap cara pencegahan DBD. Cara pencegahan yang paling banyak diketahui responden adalah dengan cara 3M dan fogging. Sementara abatisasi dengan bubuk abate merupakan cara pencegahan DBD yang paling sedikit diketahui responden. abatisasi adalah program pemerintah, mungkin karena kurangnya sosialisasi sehingga masyarakat kurang mengetahui pentingnya abatisasi sebagai cara untuk mencegah DBD.

4.2.8. Pengetahuan responden mengenai pertolongan terhadap penderita DBD

Sebanyak 80 responden diberikan pertanyaan mengenai cara pertolongan yang dapat responden lakukan terhadap penderita DBD. Cara pertolongan yang paling banyak diketahui oleh responden adalah dengan cara dibawa ke pelayanan kesehatan yaitu option puskesmas sebanyak 50 responden (62,5%), option dokter praktek 33 responden (41,25%), option rumah sakit 37 responden (46,25%) Dan terdapat 2 responden (2,5%) yang tidak menjawab pertanyaan tersebut.

Tabel 8. Distribusi Frekuensi dan Persentase Pengetahuan Responden Mengenai Pertolongan terhadap Penderita DBD

Pertolongan kepada penderita DBD	Frekuensi	Persentase
Bawa ke puskesmas	50	62,5
Bawa ke dokter praktek	33	41,25
Bawa ke mantri	0	0
Bawa ke rumah sakit	37	46,25
Bawa ke bidan	0	0
Tidak menjawab	2	2,5



Gambar 8. Bargraph pengetahuan responden mengenai pertolongan terhadap penderita DBD

Berkaitan dengan hasil dari pertanyaan mengenai pertolongan kepada penderita DBD, kebanyakan responden menyarankan agar penderita DBD segera dibawa ke puskesmas untuk menangani penyakit DBD ini. Hal ini menunjukkan bahwa mereka telah mengetahui kalau DBD adalah penyakit yang berbahaya yang bisa mengakibatkan kematian sehingga membawa penderita ke tempat pelayanan kesehatan merupakan keputusan yang tepat untuk memberikan pertolongan terhadap penderita DBD.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

1. Responden yang memiliki tingkat pengetahuan mengenai penyakit DBD yang baik adalah sebesar 36,25%. Hal ini menunjukkan pengetahuan responden mengenai penyakit DBD masih kurang.
2. Semakin baik pendidikan yang didapatkan oleh responden, tingkat pengetahuan yang dimiliki akan baik juga.
3. Gejala/tanda penyakit DBD yang banyak diketahui oleh responden adalah bintik-bintik merah pada kulit dan demam tinggi selama 2-7 hari.
4. Masih ada responden yang menjawab penyakit DBD tidak menular yaitu sebanyak 22 responden (27,5%). Dari 22 responden yang menjawab penyakit DBD tidak menular, responden terbanyak (11 responden) menjawab penyakit DBD tidak menular memiliki tingkat pengetahuan yang cukup (13,75%). Hal ini menunjukkan telah terjadi kesalahpahaman di dalam masyarakat mengenai penularan DBD.
5. 76 responden (95%) mengetahui yang dapat menularkan DBD adalah nyamuk.
6. Kebanyakan responden menjawab genangan air bersih sebagai tempat berkembangbiaknya nyamuk DBD seperti bak mandi (75%) dan kaleng bekas (67,50%).
7. Cara pencegahan yang paling banyak diketahui oleh responden adalah 3M (menutup dan menguras tempat penampungan air, dan mengubur barang bekas) dan fogging (pengasapan). Sedangkan cara pencegahan

yang paling sedikit diketahui responden adalah abatisasi dengan bubuk abate.

8. Cara pertolongan yang paling banyak diketahui oleh responden adalah dengan cara membawa penderita ke pelayanan kesehatan yaitu puskesmas.

5.2.Saran

Berdasarkan pada penelitian yang dilakukan, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan :

1. Perlu dilakukan penelitian lanjutan mengenai variabel lain yang berhubungan dengan pengetahuan ketua RT mengenai DBD.
2. Penelitian selanjutnya menggunakan teknik sampling yang berbeda.
3. Penelitian selanjutnya hendaknya menggunakan sampel yang lebih besar sehingga hasil yang digunakan lebih akurat.
4. Disarankan kepada pemerintah dan puskesmas agar dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat melalui metode penyuluhan yang lebih efektif.
5. Disarankan kepada Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang mengadakan penyuluhan mengenai penyakit DBD kepada semua Ketua RT di Kecamatan Plaju.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, D. S. 2010. *Stop Demam Berdarah Dengue*. Bogor Publishing House, Bogor, Indonesia.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan dan Praktik* Edisi Revisi. Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia.
- Budiarto, E. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan* Edisi Revisi. Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia.
- Centers for Disease Control and Prevention, 2003. Fact Sheet: Dengue and DHF. (www.cdc.gov diunduh: November 2011).
- Cermin Dunia Kedokteran. 1987. *Seminar Penyakit Menular*. Cermin Dunia Kedokteran (majalah), 23-24 Februari 1987, hal 3-11.
- Cermin Dunia Kedokteran. 1996. *Dengue*. Cermin Dunia Kedokteran (majalah), Maret 1996, hal 5-47.
- Depkes RI. 1992. *Petunjuk Teknis Penggerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Direktorat Jendral P2 & PL.
- Depkes RI. 2003. *Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu*. Jakarta.
- Depkes RI. 2003. *Program peningkatan Peran serta Masyarakat dalam Pemberantasan sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN-DBD) di kabupaten/Kota*. Dirjen P2M dan PL Depkes RI. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004. *Laporan Awal Survei KLB Demam Berdarah Dengue*. Jakarta.
- Depkes RI. 2004. *Kebijaksanaan Program P2 DBD dan Situasi Terkini DBD di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal P2 & PL.
- Depkes RI. 2004. *Tatalaksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Dirjen P2M dan PL Depkes RI. Jakarta.
- Depkes RI. 2005. *Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal P2 & PL
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Sulit Capai Target Tekan DBD*. (www.indonesiaindonesia.com diunduh November 2011).

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007. *Tingkat Kematian DBD Naik*. (www.depkes.go.id diunduh: November 2011).
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *DBD Insiden Dan CFR Indonesia Tahun 1967-2008*. (www.penyakitmenular.info diunduh: Desember 2011).
- Dinas kesehatan Kota Palembang, 2010. *Data Dasar Kesehatan Kota Palembang 2010*, Pemerintah Kota Palembang.
- Dinas kesehatan Kota Palembang, 2006. *Profil Kesehatan Kota Palembang 2006*, Pemerintah Kota Palembang.
- Dinas kesehatan Kota Palembang, 2007. *Profil Kesehatan Kota Palembang 2007*, Pemerintah Kota Palembang.
- Dinas kesehatan Kota Palembang, 2008. *Profil Kesehatan Kota Palembang 2008*, Pemerintah Kota Palembang.
- Dinas kesehatan Kota Palembang, 2009. *Profil Kesehatan Kota Palembang 2009*, Pemerintah Kota Palembang.
- Dinas kesehatan Kota Palembang, 2010. *Profil Kesehatan Kota Palembang 2010*, Pemerintah Kota Palembang.
- Ditjen PP & PL. 2002. *Pedoman Survey Entomologi Demam Berdarah*. Depkes RI. Jakarta.
- Ditjen PP & PL. 2007. *Ekologi Dan Aspek Perilaku Vektor*. Depkes RI. Jakarta.
- Ditjen PP & PL. 2011. *Informasi Umum Demam Berdarah Dengue*. Depkes RI. Jakarta.
- Ganie, M. W. 2009. *Gambaran pengetahuan, sikap, dan tindakan tentang 3M (mengubur barang bekas, menutup dan menguras penampung air) pada keluarga di kelurahan padang bulan*. Skripsi, Jurusan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara (dipublikasikan).
- Hadinegoro SR dan Satari HI. 2005. *Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hidayat, A. 2010. *Gambaran Pengetahuan masyarakat Kecamatan Kalidoni Mengeai DBD*. Skripsi, Jurusan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Palembang (dipublikasikan).



- Ikatan Dokter Indonesia. 2011. *Indonesian Doctor's Compedium*. Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta, hal. 25-30.
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. Profil Kesehatan Indonesia 2010. Depkes, Kementerian Kesehatan RI.
- Satari, H, I., dkk. 2004. *Demam Berdarah Perawatan di Rumah dan Rumah Sakit + Menu*. Puspa Swara. Jakarta
- Soegijanto, S. 2006. *Demam Berdarah Dengue*. Edisi 2, Airlangga University Press, Surabaya.
- Kasjono H.S., Yasril. 2009. *Teknik Sampling untuk Penelitian Kesehatan*. Graha Ilmu. Yogyakarta. Indonesia.
- Kristina, dkk. 2004. *Demam Berdarah Dengue*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan.
- Mahdiana, R. 2010. Mengenal, Mencegah, dan mengobati Penularan Penyakit dari Infeksi. Citra Pustaka, Yogyakarta, Indonesia, hal: 61-66.
- Marini, D. 2009. Gambaran pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Mengenai DBD Pada Keluarga di Kelurahan Padang Bulan. Skripsi, Jurusan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara (dipublikasikan).
- Nasronudin, dkk. 2007. *Penyakit Infeksi di Indonesia Solusi Kini dan Mendatang*. Airlangga University Press, Surabaya.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia.
- Rahman, A. 2011. *Tugas dan Fungsi Ketua RT (50422602-Tugas-dan-Fungsi-RUKUN-TETANGGA.pdf*, diunduh Januari 2012).
- Sastroasmoro S., dan Ismael S., 2010. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Sagung Seto. Jakarta. Indonesia.
- World Health Organization. *Dengue, Dengue Haemorrhagic Fever and Dengue Shock Syndrome in The Context of The Integrated Management of*

Childhood Illness. Department of Child and Adolescent Health and Development. WHO/FCH/CAH/05.13. Geneva, 2005

World Health Organisation, Regional Office for South East Asia. 2007. Situation of Dengue / Dengue Haemorrhagic Fever in Region. (<http://www.searo.who.int> diunduh November 2011).

WHO. 1999. *Demam Berdarah Dengue: Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan dan Pengendalian*. EGC. Jakarta.

WHO. 2004. *Panduan Lengkap Pencegahan dan Pengendalian Dengue dan Demam Berdarah Dengue*. Edisi 2. EGC. Jakarta.

WHO. 2009. *Dengue Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control*. Geneva: WHO Press. (<http://www.who.int> diunduh: November 2011).

Widoyono, 2008. *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Erlangga Medical Series. Jakarta.



Lampiran 1. Keaslian Penelitian

Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil
Dina Marini	Gambaran pengetahuan, sikap, dan tindakan mengenai DBD pada keluarga di kelurahan Padang Bulan tahun 2009	<i>deskriptif</i>	<p>1. Tingkat pengetahuan responden DBD belum tinggi.</p> <p>2. Sikap responden mengenai DBD belum baik.</p> <p>3. Sedangkan tindakan responden mengenai DBD baik dari segi pencegahan maupun penatalaksanaan awal DBD dirumah.</p>
Andi Hidayat	Gambaran Pengetahuan Masyarakat Kecamatan Kalidoni Mengenai DBD	<i>deskriptif</i>	Responden yang memiliki tingkat pengetahuan mengenai penyakit DBD yang baik sebesar 11,5%. Hal ini menunjukkan pengetahuan responden mengenai penyakit DBD masih kurang.
Meutia Wardhanie Ganie	Gambaran pengetahuan, sikap, dan tindakan tentang 3M (mengubur barang bekas, menutup dan menguras penampung air) pada keluarga di kelurahan padang bulan tahun 2009.	deskriptif	Semakin tinggi pengetahuan responden semakin baik pula sikapnya terhadap pelaksanaan 3M sebaliknya, semakin rendah pengetahuan responden maka semakin cenderung bersikap kurang/buruk.

KUESIONER

TINGKAT PENGETAHUAN KETUA RT DI KECAMATAN PLAJU MENGENAI DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)

No. Responden :.....
Tanggal :.....

I. IDENTITAS RESPONDEN

- Nama :
 Jenis Kelamin :
 Umur :
 Pekerjaan :
 Status kawin :
 Pendidikan Terakhir :
 Tidak sekolah
 SD
 SMP
 SMA
 Perguruan Tinggi

II. Informed Consent

Saya yang bertanda tangan di bawah ini bersedia menjadi responden dan akan mengisi kuesioner ini dengan sebenar-benarnya serta tanpa paksaan dari pihak manapun.

Palembang, Februari 2012

()

PENGETAHUAN

III. Pertanyaan

1. Apakah anda pernah mendengar penyakit demam berdarah?
 - a. Ya
 - b. Tidak

2. Apakah penyakit demam berdarah menular?
 - a. Ya
 - b. Tidak

3. Menurut anda apa yang dapat menularkan demam berdarah?
 - a. Nyamuk
 - b. Makanan
 - c. Udara
 - d. Lalat
 - e. Tidak tahu

4. Apakah penyakit Demam Berdarah dapat menyebabkan kematian?
 - a. Ya
 - b. Tidak

5. Apakah anda mengetahui gejala-gejala penyakit demam berdarah?
 - a. Ya
 - b. Tidak

6. Gejala-gejala penyakit demam berdarah yang anda ketahui? (jawaban boleh lebih dari 1)
 - Bintik-bintik merah pada kulit
 - Demam tinggi selama 2-7 hari
 - Perdarahan
 - Pusing dan lemah
 - Mual dan muntah
 - Nyeri otot dan nyeri sendi
 - Lainnya

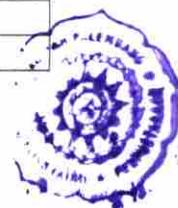
7. Kapan nyamuk demam berdarah menggigit? (jawaban boleh >1)
 - Pagi
 - Siang
 - Sore
 - Malam
 - Setiap waktu
 - Tidak tahu

8. Dimana tempat bersarangnya nyamuk demam berdarah? (jawaban boleh >1)
 - Bak mandi
 - Saluran air
 - Kaleng bekas
 - Vas bunga
 - Tidak tahu
 - Lain-lain

9. Bagaimana cara memberantas tempat bersarangnya nyamuk tersebut?
(jawaban boleh >1)
- Kuras
 - Diberi obat
 - Disemprot
 - Dikubur
 - Tidak tahu
 - Lain-lain
10. Bagaimana pencegahan penyakit DBD? (jawaban boleh >1)
- Abatitasi dengan menggunakan bubuk abate
 - Fogging (pengasapan)
 - Program 3M (menutup, mengubur, menguras)
 - Ikan tempalo

Lampiran 3. Daftar nama responden (Ketua RT di Kecamatan Plaju)

No.	Nama	Jenis Kelamin	Umur (thn)	Pekerjaan	Pendidikan Terakhir
1	Syarnubi	L	47	Karyawan BUMN	SMA
2	Nilul Fauzi	L	51	Karyawan BUMN	Perguruan Tinggi
3	Usman Syafri	L	47	Karyawan BUMN	Perguruan Tinggi
4	Rusli	L	57	Karyawan BUMN	SMA
5	Sabitna	L	52	Karyawan BUMN	SMA
6	Dwi Riswanto	L	53	PNS	Perguruan Tinggi
7	M. Amin	L	47	PNS	SMA
8	Ir. Arpan Zaini	L	54	PNS	Perguruan Tinggi
9	Syarkowi	L	58	Pensiunan	SMA
10	Joni Muharram	L	34	Wiraswasta	Perguruan Tinggi
11	Nurbaiti	P	47	Ibu Rumah Tangga	SMA
12	Supra Yogi	L	31	Satpam BNI	SMA
13	Suratman	L	56	Buruh	SMA
14	Sudarmo	L	46	Wiraswasta	SMA
15	H. Sugiri Munawar	L	60	Pensiunan	SMA
16	Alias	L	57	Buruh	SD
17	Erdaidar	L	38	PNS	SMA
18	Maitiah, S.Pd. SD	P	51	Kepala Sekolah	Perguruan Tinggi
19	Al-Amin	L	39	Petani	Perguruan Tinggi
20	Ngadiman	L	42	Wiraswasta	Perguruan Tinggi
21	Sutarno	L	48	Buruh	SMA
22	Nandi Zaidan Wasisto	L	40	POLRI	SMA
23	Sudi Hartono	L	47	Buruh	SMA
24	Heri Trimowardi	L	48	Wiraswasta	Perguruan Tinggi
25	Basyaruddin	L	61	Pensiunan PNS	Perguruan Tinggi
26	Sukardiman	L	53	PNS	SMA
27	Rusli	L	48	Wiraswasta	SMA
28	Singgih Purnomo	L	51	Wiraswasta	SMA
29	Aji Sophandi	L	40	Wiraswasta	SMA
30	Sunarto. P.M	L	60	Buruh	SMA
31	Cipto Sudarsono	L	52	Karyawan BUMN	SMA
32	Rusdiana	P	46	Ibu Rumah Tangga	SMA
33	Sri Hadi Waryono	L	40	Buruh	SMA
34	Maryono	L	56	Wiraswasta	SMA
35	Suparman	L	49	Buruh	SMA
36	Suyitno	L	65	Pensiunan	SMP
37	Syamsul Arifin	L	39	Wiraswasta	SMA
38	Sudirman. ST	L	40	Wiraswasta	Perguruan Tinggi
39	Drs. Zulkarnain	L	53	Guru	Perguruan Tinggi



No.	Nama	Jenis Kelamin	Umur (thn)	Pekerjaan	Pendidikan Terakhir
40	Syamyari Sukirman	L	62	Pensiunan	SMA
41	Drs. Ahmad Zaini	L	44	Wiraswasta	Perguruan Tinggi
42	M. Arfani	L	39	Buruh	SMA
43	A. Rahman	L	42	Buruh	SMP
44	Helmi Yanto. S	L	52	Karyawan Swasta	SMA
45	Edison Rozali. H	L	55	Wiraswasta	SMP
46	Ismail Indra	L	32	Wiraswasta	SMA
47	Mubarok	L	50	PNS	Perguruan Tinggi
48	Slamet Riyadi	L	51	Karyawan Swasta	SMP
49	Taufik	L	47	Wiraswasta	SMA
50	Ahyar Amin	L	47	Karyawan POS	SMP
51	H. Sutardjo	L	64	Pensiunan	SMP
52	Siti Rohani	P	52	Ibu Rumah Tangga	SMP
53	Effendi. K	L	53	Wiraswasta	SMA
54	Kurniawan	L	35	Wiraswasta	SMA
55	Mahmud Fauzi	L	50	Buruh	SMA
56	Suparjo	L	49	Karyawan BUMN	SMA
57	Djasman	L	61	Pensiunan PERTAMINA	SMP
58	Eko Wiwik Sunarko. S. AP	L	43	Guru	Perguruan Tinggi
59	M. Agus Idjan	L	59	Buruh	SMP
60	H. Mukhlis. B	L	51	Karyawan BUMN	SMA
61	Sakroni	L	51	Buruh	SMP
62	Sugijo	L	47	Wiraswasta	SMA
63	M. Fuad	L	41	Karyawan Swasta	Perguruan Tinggi
64	Andriadi Akbari	L	38	Karyawan Blue Bird Group	Perguruan Tinggi
65	Zuhan Arief	L	44	Karyawan Swasta	Perguruan Tinggi
66	Warid	L	59	Pensiunan	SMP
67	Sumarsono. N.T	L	64	Pensiunan	SMA
68	R.F. Arifin Harun	L	60	Pensiunan	SMA
69	Bambang Adisianto	L	48	Penjual Gorengan	SMA
70	Adi Pahlevi	L	40	Wiraswasta	SMA
71	Dedi Suharyono	L	35	Karyawan Swasta	SMA
72	Amiruddin	L	51	Karyawan BUMN	SMA
73	Syafruddin Maikun	L	61	Pensiunan	SMA
74	Rembun Rolianti	P	38	Ibu Rumah Tangga	SMA
75	Hasanul Arifin	L	45	Karyawan Swasta	SMA
76	Tanimbarratu	L	60	Karyawan Swasta	Perguruan Tinggi
77	Sri Dewi, SE	L	32	Karyawan Swasta	Perguruan Tinggi
78	Ahalim	L	48	Buruh	SMP
79	Sariman	L	56	Pensiunan BUMN	SMA
80	Bramono	L	48	Karyawan BUMN	SMA





FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711- 520045
Fax. : 0711 516899 Palembang (30263)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

13 Muharram 1433 H.

Nomor : /H - 5/ FK UMP/ XII/ 2011
Lampiran :-
Perihal : Pengambilan Data

Kepada : **Yth. Sdr. Kepala Badan**
Kesatuan Bangsa, Politik, dan perlindungan
Masyarakat Kota Palembang
di _
tempat.

Assalamu' alaikum, Wr., Wb.,

Ba' da salam semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah SWT. Amin ya robbal alamin.

Sehubungan dengan akan berakhirnya proses pendidikan tahap akademik mahasiswa angkatan 2008 Progam Studi Pendidikan Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Maka sebagai salah satu syarat kelulusan, diwajibkan kepada setiap mahasiswa untuk membuat skripsi sebagai bentuk pengalaman belajar riset.

Dengan ini kami mohon kepada Saudara, agar kiranya berkenan memberikan izin kepada :

NO	NAMA/ NIM	JUDUL SKRIPSI
1	Thipo Ardini (70 2008 028)	Gambaran pengetahuan masyarakat kecamatan Plaju mengenai DBD

Untuk mengambil data awal yang dibutuhkan dalam penyusunan proposal dan skripsi yang bersangkutan

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih

Billahitaufiq walhidayah
Wassalamu' alaikum, Wr., Wb.

Dekan

Prof. dr. K. M. Arsyad, DABK, Sp. Aud.
NBM. NIDN. 0603 1809 1052253, 0002 064 803

- Tembusan
- 1. Pembantu Dekan I FK UMP
 - 2. Ka UPK FK UMP
 - 3. Yth Kasubag Akademik FK UMP
 - 4. Yth UPPM FK UMP
 - 5. Arsip

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG

BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KOTA PALEMBANG

JL. LUNJUK JAYA NOMOR 3 – DEMANG LEBAR DAUN PALEMBANG

TELPON (0711) 368726

Email : badankesbang@yahoo.co.id

Palembang, 01 Februari 2012

Nomor : 070 / 071 / BAN.KBPM / 2012
Sifat : -
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data

Kepada Yth.
Camat Plaju Palembang

di -
Palembang

Memperhatikan surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Nomor : 77 / H-5 / FK – UMP / 1 / 2012 Tanggal 19 Januari 2012 perihal tersebut diatas, dengan ini diberitahukan kepada saudara bahwa :

No.	Nama	NIM	Judul Penelitian
1.	Thipo Ardini	70 2008 028	Tingkat pengetahuan ketua RT Kecamatan Plaju mengenai DBD

Untuk melakukan pengambilan data secara langsung.

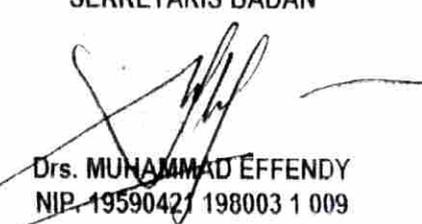
Lama Pengambilan Data : 01 Februari 2012 s.d 01 April 2012

Dengan Catatan :

1. Sebelum melakukan penelitian/survey/riset terlebih dahulu melapor kepada pemerintah setempat.
2. Penelitian tidak diizinkan menanyakan soal politik, dan melakukan penelitian/survey/riset yang sifatnya tidak ada hubungan dengan judul yang telah diprogramkan.
3. Dalam melakukan penelitian/survey/riset agar dapat mentaati peraturan perundang-undangan dan adat istiadat yang berlaku didaerah setempat.
4. Apabila izin penelitian/ survey/riset telah habis masa berlakunya, sedang tugas penelitian/survey/riset belum selesai maka harus ada perpanjangan izin.
5. Setelah selesai mengadakan penelitian/survey/riset diwajibkan memberikan laporan tertulis kepada Walikota Palembang melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Palembang.

Demikian untuk dimaklumi dan untuk dibantu seperlunya.

a.n KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA,
POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KOTA PALEMBANG
SEKRETARIS BADAN


Drs. MUHAMMAD EFFENDY
NIP. 19590421 198003 1 009

Tembusan :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
2. Mahasiswa Ybs.



KANTOR CAMAT PLAJU

JL. DI. PANJAITAN NO. 01 PLAJU TELP. 543600

PALEMBANG - KODE POS : 30268

E-mail : plaju.palembang@gmail.com, Website : plaju.palembang.go.id

Palembang, 02 Februari 2012

Nomor : 070/ 056 /PI/2012
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : **Izin Pengambilan Data
a.n. Thipo Ardhini.**

Kepada
Yth. Sdr. Lurah Se- Kecamatan Plaju
di-

PALEMBANG

Berdasarkan surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Palembang nomor : 070/077/BAN.KBPM/2012 tanggal 01 Februari 2012 perihal Izin Pengambilan Data, dengan ini diberitahukan kepada Saudara bahwa :

Nama : **Thipo Ardhini**
NIM : 70 2008 028
Universitas : Universitas Muhammadiyah Palembang
Strata : S- i
Judul Penelitian : Tingkat Pengetahuan Ketua Rt Kecamatan Plaju Mengenai DBD

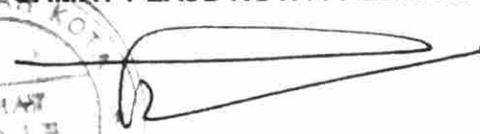
Untuk melakukan pengambilan data secara langsung.

Lama Pengambilan Data teritung mulai tanggal 01 Februari 2012 s.d 01 April 2012.

Dengan catatan :

1. Sebelum melakukan penelitian terlebih dahulu melapor kepada Pemerintah setempat.
2. Penelitian tidak diizinkan menanyakan masalah politik, dan melakukan penelitian yang sifatnya tidak ada hubungan dengan judul yang telah diprogramkan
3. Dalam melakukan penelitian agar dapat mentaati peraturan perundang-undangan dan adat istiadat yang berlaku di daerah setempat.
4. Apabila izin penelitian telah habis masa berlakunya, sedang tugas penelitian belum selesai maka harus ada perpanjangan izin.
5. Setelah selesai mengadakan penelitian diwajibkan memmberikan laporan tertulis kepada Camat Plaju Kota Paiembang.

Demikian diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

CAMAT PLAJU KOTA PALEMBANG.

Drs. YUNAN HELMI, M.Si
NIP. 197104031991031003



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : THIPO ARDINI	PEMBIMBING I : dr. Syahrul Muhammad, MARS
NIM : 70 2008 028	PEMBIMBING II : dr. Nyayu Fauziah, M.Kes

JUDUL PROPOSAL : Tingkat Pengetahuan ketva RT di Kecamatan Plaju
Mengenai Demam Berdarah Dengue

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1.	16-02-12	pengajuan perbaikan proposal			
2.	16-02-12	revisi Bab III			
3.	17-02-12	ACC Bab III			
4.	20-02-12	pengajuan Bab IV dan V			
5.	22-02-12	ACC Bab IV dan V			
6.	16-02-12	ACC BAB perbaikan Bab III, IV, V			
7.	20-02-12	Pengajuan Bab IV dan V			
8.	24-02-12	ACC BAB IV dan BAB V			
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
Pada tanggal : / /
a.n. Dekan
Ketua UPK,



BIODATA RINGKAS ATAU RIWAYAT HIDUP

Nama : Thipo Ardini
Tempat dan Tanggal Lahir : Palembang, 16 Mei 1990
Alamat : Jl. A. Yani Komp. Pernata Biru blok E no. 3 Plaju
30265, Palembang, Sumatera Selatan, Indonesia.
Telp / HP : 087897146446 / 089635946390
Email : iepo_spears@yahoo.co.id
Agama : Islam

Nama Orang Tua
Ayah : Rachman Cikmat
Ibu : Muliana Massa

Jumlah Saudara : 3 (tiga) bersaudara
Anak Ke : 1 (satu)
Riwayat Pendidikan : - SD N 208 Palembang (1996/2002)
- SMP N 15 Palembang (2002/2005)
- SMA N 3 Palembang (2005/2008)



Palembang, 6 Maret 2012



(Thipo Ardini)

