

SKRIPSI

HUBUNGAN SANITASI LINGKUNGAN RUMAH DENGAN KEJADIAN DBD DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019

Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh



OLEH :

OLEH :

ANDI NURZAHRI
NPM : 1407110100

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
BANDA ACEH
2019**

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING

SKRIPSI

HUBUNGAN SANITASI LINGKUNGAN RUMAH DENGAN KEJADIAN DBD DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE
KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019

Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memenuhi Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh

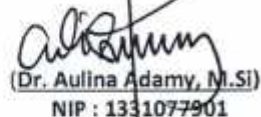
OLEH:

ANDI NURZAHRI
NPM : 1407110100

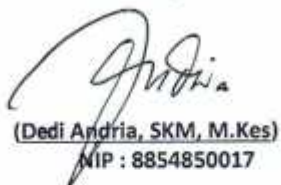
Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh
Telah Lulus Ujian Skripsi pada hari Jum'at, 06 Agustus 2019

Banda Aceh, September 2019

Pembimbing I


(Dr. Aulina Adamy, M.Si)
NIP : 1331077901

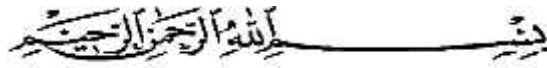
Pembimbing II


(Dedi Andria, SKM, M.Kes)
NIP : 8854850017

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh


(Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM, Ph.D)
NIP : 1971 07 03 1995 03 001

KATA PENGANTAR



Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, dimana atas rahmat dan hidayah-Nya penulis telah dapat menyelesaikan Skripsi ini, salawat dan salam kepada Nabi Muhammad S.A.W yang telah membawa kita dari alam jahiliyahh ke alam islamiah.

Penulisan ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh. Dengan terwujudnya penulisan akhir ini, maka dengan penuh keihklasan penulis sampaikan rasa terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada Ibu **Dr. Aulina Adamy, M.Sc** dan Bapak **Dedi Andria, SKM, M.Kes** sebagai pembimbing yang telah memberi petunjuk, arahan, bimbingan, dan dukungan mulai dari awal penulisan sampai akhir penulisan ini dan terimakasih juga kepada:

1. Bapak Dr. H. Muharrir Asy'ari, Lc, M. Ag selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh.
2. Bapak Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc. HPPF, DLSHTM, PhD, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.
3. Bapak Zulkifli, SP, M.Si selaku ketua peminatan Kesehatan Lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.
4. Teristimewa untuk kedua orang tua saya yang telah memberi do'a dan dorongan serta mengorbankan segalanya demi keberhasilan penulis ddalam mengapai cita-cita.

5. Para Dosen dan Staf Akademika Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.
6. Semua teman-teman yang telah membantu dalam penyelesaian Skripsi ini.

Akhirnya kepada Allah S.W.T kita sepantasnya berserah diri, tiada satupun yang terjadi tanpa kehendaknya. Harapan penulis, semoga Skripsi ini bermanfaat bagi penulis sendiri maupun bagi segenap pembaca dan masyarakat.

Banda Aceh, September 2019

Andi Nurzahri

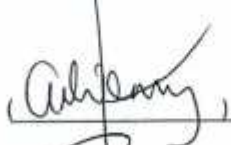
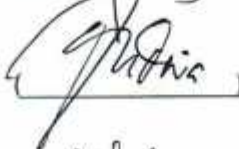
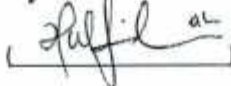
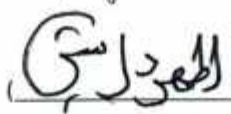
PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi Ini Telah Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, September 2019

TANDA TANGAN

Ketua : Dr. Aulina Adamy, M.Si
Penguji I : Dedi Andria, SKM, M.Kes
Penguji II : Zulkifli, SP, M.Si
Penguji III : Tahara Dilla Santi, M. Biomed

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH



(Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc. HPPF, DLSHTM, Ph.D)
NIP: 197107031995031001

DAFTAR ISI

COVER

ABSTRAK

LEMBAR PERNYATAAN	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
PENGESAHAN TIM PENGUJI	iii
BIODATA PENULIS	iii
KATA MUTIARA	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii

BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Ruang Lingkup Penelitian	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	8
1.4.1 Tujuan Khusus.....	8
1.4.2 Tujuan Umum.....	8
1.5 Manfaat Penelitian	9

BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN	11
2.1 Sanitasi Rumah	11
2.1.1 Penegrtaian Sanitasi Rumah.....	11
2.2. Demam Berdarah Dengue	18
2.2.1. Etiologi.....	19
2.2.2. Kriteria Diagnosis Demam Berdarah Dengue (DBD)	19
2.2.3. Klasifikasi Kasus DBD	22
2.2.4. Epidemiologi	22
2.3. Klasifikasi dan Tanda Tanda Nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	25
2.3.1. Kebiasaan Nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	27
2.3.2. Tempat Perkembangbiakan <i>Aedes aegypti</i>	27
2.3.3. Habitan Dan Penyebaran Nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	28
2.3.4. Kebiasaan Nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	28
2.3.5. Nyamuk <i>Aedes aegypti</i> Kaitanya Sebagai Vektor Penyakit.....	29
2.3.6. Tempat Istirahat Nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	28
2.4. Pengendalian Nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	31
2.4.1 Pengendalian Secara Kimia.....	32
2.4.2. Pengendalian Secara Mekanis.....	32
2.4.3. Pengendalian Secara Biologis	32

2.5. Pencegahan	33
2.6. Faktor-faktor Yang Berhubungan Kejadian DBD	34
2.6.1 Hubungan faktor Lingkungan Fisik Dengan kejadian DBD.....	34
2.6.2. Hubungan faktor Lingkungan Biologi Dengan kejadian DBD	37
2.6.3. Hubungan Faktor Prilaku Dengan kejadian DBD	39
2.7. Kerangka Teoritis.....	53
BAB III KERANGKA KONSEP	54
3.1 Kerangka Konsep	54
3.2 Variabel Penelitian	55
3.3 Defenisi Operasional	56
3.4 Cara pengukuran Variabel.....	57
3.5 Hipotesis Penelitian.....	58
BAB IV METODELOGI PENELITIAN	60
4.1 Jenis Penelitian	60
4.2 Populasi dan Sampel	60
4.2.1 Populasi	60
4.2.2 Sampel	60
4.3 Teknik Pengambilan Data	61
4.4 Jenis Data	62
4.4.1 Data Primer	62
4.4.2 Data Skunder	63
4.5 Lokasi Dan Waktu Penelian	63
4.6 Pengumpulan Data	63
4.7 Pengolahan Data	63
4.8 Analisa Data.....	64
4.9 Penyajian Data.....	64
BAB V GAMBARAN UMUM	65
5.1 Geografis	65
BAB VI HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	68
6.1 Hasil Penelitian	68
6.1.1 Analisis Univariat	68
6.1.2 Analisa Bivariat	73
6.2 Pembahasan	78
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	71
7.1 Kesimpulan	71
7.2 Saran	71

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.7	Kerangka teoritis	53
Gambar 3.1	Kerangka Konsep	54

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 3.1 Definisi Operasional	56
--------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	1 : Kuesioner
Lampiran	2 : Tabel Skor
Lampiran	3 : Master Tabel Penelitian
Lampiran	6 : Input SPSS
Lampiran	4 : Surat Izin Penelitian
Lampiran	5 : Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian

ABSTRAK

Nama : Andi Nurzhri

NPM : 1407110100

Hubungan Sanitasi Lingkungan Rumah Dengan Kejadian DBD Diwilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie Tahun 2019

(xiv + 94 Halaman + 21 Tabel + 7 Lampiran)

Berdasarkan jumlah kasus kejadian DBD Wilayah kerja Puskesmas Mutiara Timur terdiri pada tahun 2015 sebanyak 66 kasus DBD, pada tahun 2016 terdapat 29 kasus serta pada tahun 2017 terdapat 75 kasus DBD (Puskesmas Mutiara Timur, 2017). Puskesmas Pidie pada tahun 2015 terdapat 15 kasus pada tahun 2016 sebanyak 29 kasus dan pada tahun 2017 terdapat 16 kasus DBD (Puskesmas Pidie, 2018). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan sanitasi lingkungan rumah dengan kejadian DBD diwilayah kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie Tahun 2019.

Penelitian ini bersifat deskriptif analitik dengan rancangan/desain *Cross Sectional*. Populasi penelitian ini sebanyak 226 orang dan sampel sebanyak 72 orang sampel menggunakan teknik *Proporsional Random Sampling*. Penelitian dilakukan pada tanggal 12 Agustus sampai dengan 19 Agustus 2019 dengan wawancara, observasi dan dokumentasi. Data dianalisis secara Univariat dan Bivariat. Uji statistik yang digunakan chi-square.

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kepadatan hunian (*P Value* : 0,082), ruang gelap hunian (*P Value* : 0,380), ventilasi hunian dengan (*P Value* : 0,507) dan terdapat hubungan yang bermakna antara keberadaan jentik nyamuk (*P Value* : 0,004), ikan pemakan jentik nyamuk (*P Value* : 0,003), pengetahuan penghuni (*P Value* : 0,001), sikap penghuni (*P Value* : 0,001) dan praktik 3M (*P Value* : 0,024) dengan kejadian DBD diwilayah kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie Tahun 2019.

Berdasarkan hasil penelitian, diharapkan untuk senantiasa mencari tahu lebih dalam tentang DBD, karena pengetahuan seseorang menjadi faktor risiko kejadian DBD. Selain itu masyarakat juga diharapkan melakukan pencegahan terhadap demam berdarah, baik dengan gerakan 3M maupun menghindari dari gigitan nyamuk yang termasuk pada gerakan 3M Plus.

Kata Kunci : Kejadian DBD, Keberadaan Jentik, Ikan Pemakan jentik, Ventilasi, ruang gelap, pengetahuan, sikap dan praktik 3M, *crossectional*.

Daftar bacaan : 49 bacaan (1994-2019).

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sanitasi rumah dan lingkungan erat kaitannya dengan angka kejadian penyakit menular, terutama DBD (Taylor, 2012). Beberapa hal yang dapat mempengaruhi kejadian penyakit diare pada balita adalah kondisi fisik rumah, kebersihan rumah, kepadatan penghuni dan pencemaran udara dalam rumah (Achmadi, 2013).

Kondisi rumah dan lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan merupakan faktor resiko penularan berbagai penyakit, khususnya penyakit berbasis lingkungan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kondisi rumah yang tidak sehat mempunyai hubungan terhadap kejadian penyakit (Haryoto, 2015). Rumah dan lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan dapat mempengaruhi tempat perindukan nyamuk *Aedes aegypti* yang dapat menularkan penyakit demam berdarah. Rumah atau tempat tinggal yang tidak memenuhi syarat kesehatan dapat mendukung terjadinya penyakit dan berbagai gangguan kesehatan lainnya seperti infeksi saluran pernapasan, infeksi pada kulit, infeksi akibat infestasi tikus, kecelakaan mental (Chandra, 2014).

Target rumah sehat yang hendak dicapai telah ditentukan yaitu sebesar 80% (Kemenkes RI, 2015). Berdasarkan profil kesehatan Indonesia (2016), presentase rumah sehat secara nasional hanya 61,81%, jumlah ini di bawah target Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2016 yang ditetapkan yaitu 77%.

Menurut Kemenkes RI (2014), perilaku masyarakat yang kurang baik dan kondisi lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan merupakan faktor resiko penularan berbagai penyakit, khususnya penyakit berbasis lingkungan, salah satunya penyakit Demam Berdarah Dengue. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang masuk ke peredaran darah manusia melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, misalnya *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus* (Abdulla, 2013).

Wujud nyata dari perhatian pemerintah terhadap penyakit DBD adalah dengan dikeluarkannya Program Penanggulangan Penyakit DBD diberbagai daerah yang dilanda penyakit ini. Pelaksanaan Program Penanggulangan penyakit DBD ini didasarkan pada Keputusan Menteri No.1501/Menkes/Per/2010 tentang jenis penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangan (Hastuti, 2014).

Pesatnya populasi nyamuk di kota besar didukung pula oleh tumbuhnya gedung-gedung bertingkat tinggi dan tertutup rapat serta semakin banyaknya perumahan dengan pagar yang tinggi (Suroso, 2015). Akibatnya, nyamuk itu semakin berkembang pesat sejalan dengan pertumbuhan manusia di perkotaan yang memiliki banyak permasalahan tersebut. Sebagai bagian dari program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular, program pencegahan dan penanggulangan penyakit demam berdarah *dengue* (DBD) penting untuk dilaksanakan karena penyakit ini mudah mewabah, vaksin pencegahannya belum ditemukan, dan vektor perantara penyakit ini tersebar luas di lingkungan sekitar masyarakat (Ardiawan, 2015).

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dalam beberapa tahun terakhir telah menjadi masalah kesehatan internasional yang terjadi pada daerah tropis dan subtropis di seluruh dunia terutama daerah perkotaan dan pinggiran kota (Lisdawati, 2014). Distribusi geografis demam berdarah, frekuensi, dan jumlah kasus DBD telah meningkat tajam selama dua dekade terakhir. Diperkirakan 2,5 milyar penduduk (sekitar 2/5 dari populasi penduduk dunia) sangat berisiko terinfeksi DBD (WHO, 2015).

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) atau *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) merupakan penyakit akibat infeksi virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk betina *Aedes aegypti* atau nyamuk *Aedes albopictus*. Penyakit DBD masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Indonesia merupakan negara endemis demam berdarah dengue yang menempati urutan kedua setelah Negara Brasil dengan kasus DBD tertinggi. Pada tahun 2010 Indonesia memperoleh peringkat pertama di ASEAN dengan kasus jumlah kasus 156.086 dan kematian 1.358 orang (Anas dalam Lisdawati, 2012).

Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. Setelah perang dunia II, Demam Berdarah *Dengue* menjadi masalah kesehatan masyarakat di Asia Tenggara. Ada kenaikan yang drastis dalam jumlah dan frekuensi epidemi penyakit demam berdarah di Asia Tenggara. Penyakit ini paling banyak menyerang anak-anak dengan angka fatalitas kasus berkisar antara 1% hingga 10 % (rata-rata 5 %). Diperkirakan terjadi 50 hingga 100 juta kasus demam *Dengue* per tahun, 500.000 kasus DBD perlu dirawat inap setiap tahunnya dengan persentase 90% pada anak-

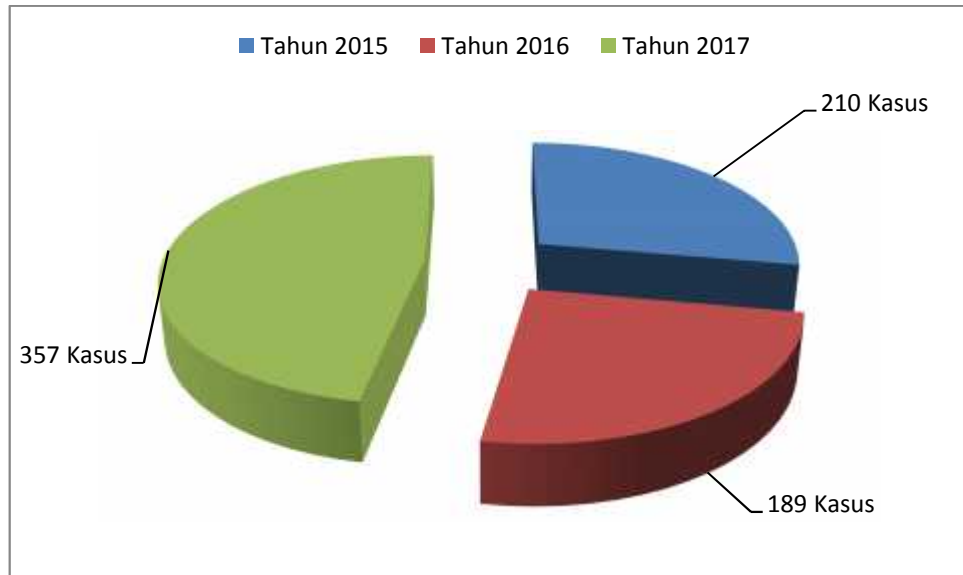
anak yang berusia di bawah 15 tahun dengan rata – rata kematian mencapai 5% dengan perkiraan 25.000 kematian setiap tahunnya (WHO, 2015)

Kasus DBD telah ditemukan di seluruh provinsi di Indonesia. Dua ratus kota melaporkan adanya Kejadian Luar Biasa (KLB). Saat memasuki bulan April, jumlah penderita semakin meningkat. Di musim hujan, penyakit DBD meningkat kejadiannya dan tidak jarang mengakibatkan kematian (Satari dan Meiliasari, 2014). Pada tahun 2016, Kementerian Kesehatan RI mencatat jumlah penderita DBD di Indonesia pada bulan Januari-Februari 2016 sebanyak 8.487 orang penderita DBD dengan jumlah kematian 108 orang. Golongan terbanyak yang mengalami DBD di Indonesia pada usia 5-14 tahun mencapai 43,44% dan usia 15-44 tahun mencapai 33,25%,. Kasus DBD di Indonesia pada tahun 2017, dilaporkan sebanyak 112.511 kasus dengan jumlah kematian 871 orang (*Incidence Rate*/Angka kesakitan= 45,85 per 100.000 penduduk dan CFR/angka kematian= 0,77%) (Kemenkes RI, 2017).

Sedangkan untuk data 2015, terdapat 1516 kasus di seluruh Aceh, di mana 6 orang di antaranya meninggal dunia kasus penyakit DBD masih tinggi di Aceh. Kasus DBD 2016 tertinggi terjadi di Aceh Tengah dengan jumlah 293 kasus, disusul Lhokseumawe 280 kasus dan Bireuen 278 kasus. Pada 2017, terdapat 1.218 kasus DBD di seluruh Aceh, yang menyebabkan 7 di antaranya meninggal dunia. Angka di 2017 ini sedikit menurun dibandingkan 2016 yaitu 2672 kasus, yang 21 orang dari jumlah itu meninggal dunia. Kasus DBD tertinggi di 2017, Abdul Fatah menjelaskan terjadi di wilayah Bireuen dengan jumlah 410 kasus. Disusul Aceh Besar 389 kasus dan Pidie 357 kasus. Kasus DBD di 2018, hingga Februari, kasus DBD sudah mencapai 120 kasus. Dari jumlah itu, daerah tertinggi kasus DPD yaitu Pidie 29

kasus, Aceh Barat 17 kasus, dan Sabang 9 kasus. Untuk daerah lain di bawah 7 kasus (Dinkes Aceh, 2018)

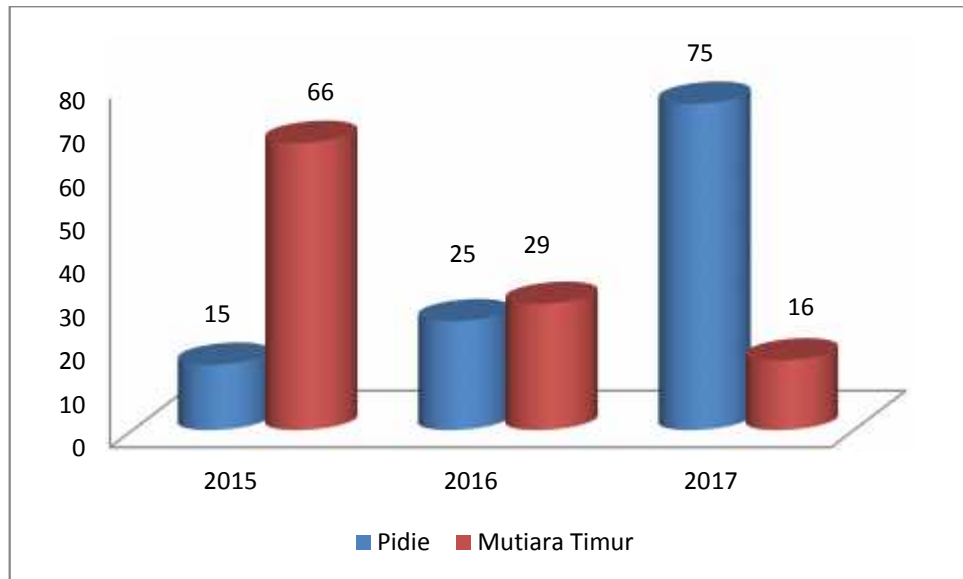
Tabel 1.1
JUMLAH KEJADIAN DBD DI WILAYAH KABUPATEN PIDIE pada TAHUN 2015, 2016 dan 2017



Sumber : Dinkes Pidie, 2018

Jumlah kasus DBD di Kabupaten Pidie tahun 2016 sebanyak 189 kasus (Incidence Rate/Angka kesakitan 44 per 100.000 penduduk) dengan angka kematian 1 orang dengan CFR 0,5%. Bila dilihat dari indikator CFR, maka CFR Kabupaten Pidie tahun 2016 masih dibawah indikator nasional (<1%). Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kabupaten Pidie masih tinggi. Selama tahun 2015 sebanyak 210 kasus DBD, pada tahun 2016 terdapat 189 kasus serta pada tahun 2017 terdapat 357 kasus DBD (Dinkes Pidie, 2017).

Tabel 1.2
KEJADIAN DBD DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN
PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE



Sumber : Dinkes Pidie, 2018

Berdasarkan jumlah kasus kejadian DBD Wilayah kerja Puskesmas Mutiara Timur terdiri pada tahun 2015 sebanyak 66 kasus DBD, pada tahun 2016 terdapat 29 kasus serta pada tahun 2017 terdapat 75 kasus DBD (Puskesmas Mutiara Timur, 2017). Puskesmas Pidie pada tahun 2015 terdapat 15 kasus pada tahun 2016 sebanyak 29 kasus dan pada tahun 2017 terdapat 16 kasus DBD (Puskesmas Pidie, 2018).

Menurut informasi dari Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie, merupakan wilayah endemis demam berdarah dengue. Berdasarkan pengamatan awal peneliti di wilayah Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie, penulis menemukan banyak sekali tempat bersarangnya nyamuk DBD, ditemukan bahwa secara umum masyarakat terdapat kondisi jamban yang tidak memenuhi syarat sebanyak 35%, kondisi tempat sampah yang memenuhi syarat sebanyak 43%, kondisi saluran pembuangan air limbah yang memenuhi syarat sebanyak 45%. Dari

hasil tersebut dapat disimpulkan kondisi lingkungan sebagian responden belum sepenuhnya baik selain itu terdapat barang bekas seperti kaleng bekas, bekas tong penampungan air dan ban bekas yang dibiarkan begitu saja di sekitar lingkungan warga. Ketanggapan warga terhadap pencegahan demam berdarah dengue kurang, saat penulis bertanya kepada beberapa warga mereka hanya mengandalkan pengasapan fogging saja. Padahal sudah pernah dilaksanakan kegiatan penyuluhan kesehatan tentang pencegahan demam berdarah dengue.

1.2 Rumusan Masalah

Khusus DBD di wilayah kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie masih tergolong tinggi angka kejadian DBD yang dipengaruhi cuaca dan siklus peningkatan penyebaran juga disebabkan oleh rendahnya perilaku sehat dari masyarakat. Berdasarkan data tersebut kemudian mendorong penulis untuk mengetahui dan menganalisis lebih dalam mengenai Hubungan Sanitasi Lingkungan Rumah dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie Tahun 2019

1.3 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup pada penelitian ini dibatasi pada pembahasan mengenai hubungan Sanitasi Lingkungan Rumah dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.

1.4 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas maka penulis menyusun secara sistematis tentang tujuan-tujuan yang hendak dicapai yaitu:

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan Sanitasi Lingkungan Rumah dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.

2. Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui hubungan kepadatan hunian dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
- 2) Mengetahui hubungan antara ruang gelap hunian dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
- 3) Mengetahui hubungan antara ventilasi hunian dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
- 4) Mengetahui hubungan antara keberadaan jentik nyamuk di TPA dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
- 5) Mengetahui hubungan antara ikan pemangsa jentik dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.

- 6) Mengetahui hubungan antara pengetahuan penghuni dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
- 7) Mengetahui hubungan antara sikap penghuni dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
- 8) Mengetahui hubungan antara praktek 3M dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

1. Bagi penulis sebagai tambahan pengetahuan dan pengalaman serta dapat memperoleh informasi tentang sanitasi lingkungan rumah dengan kejadian DBD.
2. Menambah bahan informasi yang dapat dijadikan referensi bagi pengembangan ilmu atau penelitian lebih lanjut bagi yang membutuhkannya khususnya tentang perencanaan program.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Secara praktis diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan dan Badan Pemberdayaan Masyarakat pada wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie dalam menentukan prioritas program yang berkaitan dengan sanitasi lingkungan rumah tinggal.

2. Sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya.
3. Sebagai pengalaman menambah wawasan serta pengetahuan bagi peneliti dalam mengaplikasikan pengetahuan yang telah diperoleh dari bangku kuliah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Sanitasi Rumah

2.1.1. Penegrtaian Sanitasi Rumah

Sanitasi dasar merupakan salah satu persyaratan dalam rumah sehat. Sarana sanitasi dasar berkaitan langsung dengan masalah kesehatan, terutama masalah kesehatan lingkungan. Sarana sanitasi dasar menurut Menurut Kepmenkes No 852/MENKES/SK/IX/2008 tentang strategi nasional STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat), sanitasi dasar rumah meliputi sarana buang air besar, sarana pengelolaan sampah dan limbah rumah tangga (Kemenkes RI, 2013)

Sanitasi lingkungan rumah juga merupakan salah satu usaha untuk mencapai lingkungan sehat melalui pengendalian faktor lingkungan fisik khususnya hal-hal yang mempunyai dampak merusak perkembangan fisik kesehatan dan kelangsungan hidup manusia. Usaha sanitasi lingkungan rumah menurut Kusnoputranto (2012) adalah usaha kesehatan yang menitikberatkan pada usaha pengendalian faktor lingkungan fisik yang mungkin menimbulkan dan menyebabkan kerugian dalam perkembangan fisik, kesehatan dan daya tahan hidup manusia lain (Suyono, 2010).

Lingkungan rumah adalah segala sesuatu yang berada di dalam rumah. Lingkungan rumah terdiri dari lingkungan fisik serta lingkungan sosial. Lingkungan rumah menurut WHO adalah suatu struktur fisik dimana orang menggunakannya untuk tempat berlindung. Lingkungan dari struktur tersebut juga semua fasilitas dan

pelayanan yang diperlukan, perlengkapan yang berguna untuk kesehatan jasmani dan rohani serta keadaan sosial yang baik untuk keluarga dan individu.

Menurut Winslow dan APHA, rumah yang sehat harus memenuhi beberapa persyaratan antara lain (Suyono, 2010):

a. Memenuhi Kebutuhan Fisiologis

- 1) Pencahayaan yang cukup, baik cahaya alam (sinar matahari) maupun cahaya buatan (lampu). Pencahayaan yang memenuhi syarat sebesar 60 – 120 lux. Luas jendela yang baik minimal 10 % - 20 % dari luas lantai.
- 2) Perhawaan (ventilasi) yang cukup untuk proses pergantian udara dalam ruangan. Kualitas udara dalam rumah yang memenuhi syarat adalah bertemperatur ruangan sebesar 18o – 30o C dengan kelembaban udara sebesar 40 % - 70 %. Ukuran ventilasi memenuhi syarat 10% luas lantai.
- 3) Tidak terganggu oleh suara-suara yang berasal dari luar maupun dari dalam rumah (termasuk radiasi).
- 4) Cukup tempat bermain bagi anak-anak dan untuk belajar.

b. Memenuhi Kebutuhan Psikologis

- 1) Setiap anggota keluarga terjamin ketenangannya dan kebebasannya.
- 2) Mempunyai ruang untuk berkumpulnya anggota keluarga.
- 3) Lingkungan yang sesuai, homogen, tidak telalu ada perbedaan tingkat yang ekstrem di lingkungannya. Misalnya tingkat ekonomi.
- 4) Mempunyai fasilitas kamar mandi dan WC sendiri.

- 5) Jumlah kamar tidur dan pengaturannya harus disesuaikan dengan umur dan jenis kelaminnya. Orang tua dan anak dibawah 2 tahun boleh satu kamar. Anak diatas 10 tahun dipisahkan antara laki-laki dan perempuan. Anak umur 17 tahun ke atas diberi kamar sendiri.
- 6) Ukuran ruang tidur anak yang berumur 5 tahun sebesar 4,5 m³, dan umurnya 5 tahun adalah 9 m³. Artinya dalam satu ruangan anak yang berumur 5 tahun ke bawah diberi kebebasan menggunakan volume ruangan 1,5 x 1 x 3 m³, dan 5 tahun menggunakan ruangan 3 x 1 x 3 m³.
- 7) Mempunyai halaman yang dapat ditanami pepohonan.
- 8) Hewan/ternak yang akan mengotori ruangan dan ribut/bising hendaknya dipindahkan dari rumah dan dibuat kandang tersendiri dan mudah dibersihkan.

c. Pencegahan Penularan Penyakit

- 1) Tersedia air bersih untuk minum yang memenuhi syarat kesehatan
- 2) Tidak memberi kesempatan serangga (nyamuk, lalat), tikus dan binatang lainnya bersarang di dalam dan di sekitar rumah.
- 3) Pembuangan kotoran/tinja dan air limbah memenuhi syarat kesehatan.
- 4) Pembuangan sampah pada tempat yang baik, kuat dan higienis.
- 5) Jarak antara tempat tidur minimal 90 cm untuk terjaminnya keleluasaan bergerak, bernapas dan untuk memudahkan membersihkan lantai.
- 6) Luas kamar tidur maksimal 3,5 m² perorang dan tinggi langit-langit maksimal 2,75 m. Ruangan yang terlalu luas akan menyebabkan mudah masuk angin,

tidak nyaman secara psikologis, sedangkan apabila terlalu sempit akan menyebabkan sesak napas dan memudahkan penularan penyakit karena terlalu dekat kontak.

- 7) Tempat masak dan menyimpan makanan harus bersih dan bebas dari pencemaran atau gangguan serangga, tikus dan debu.

d. Pencegahan terjadinya Kecelakaan

- 1) Cukup ventilasi untuk mengeluarkan gas atau racun dari dalam ruangan dan menggantinya dengan udara segar.
- 2) Cukup cahaya dalam ruangan untuk mencegah bersarangnya serangga atau tikus, mencegah terjadinya kecelakaan dalam rumah karena gelap.
- 3) Bahan bangunan atau konstruksi rumah harus memenuhi syarat bangunan sipil, terdiri dari bahan yang baik dan kuat.
- 4) Jarak ujung atap dengan ujung atap tetangga minimal 3 m, lebar halaman antara atap tersebut minimal sama dengan tinggi atap tersebut. Hal ini tidak berlaku bagi perumahan yang bergandengan (couple).
- 5) Rumah agar jauh dari rindangan pohon- pohon besar yang rapuh/ mudah patah.
- 6) Hindari menaruh benda-benda tajam dan obat-obatan atau racun serangga sembarangan apabila didalam rumah terdapat anak kecil.
- 7) Pemasangan instalasi listrik (kabel-kabel, stop kontak, fitting dll) harus memenuhi standar PLN.

- 8) Apabila terdapat tangga naik/ turun, lebar anak tangga minimal 25cm, tinggi anak tangga maksimal 18 cm, kemiringan tangga antara 30o-36 . Tangga harus diberi pegangan yang kuat dan aman.

Menurut Notoatmodjo (2012), rumah adalah bangunan yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau hunian dan sarana pembinaan keluarga. Menurut Dinkes (2005), secara umum rumah dapat dikatakan sehat apabila memenuhi kriteria yaitu:

1. Memenuhi kebutuhan fisiologis meliputi pencahayaan, penghawaan, ruang gerak yang cukup, dan terhindar dari kebisingan yang mengganggu.
2. Memenuhi kebutuhan psikologis meliputi privacy yang cukup, komunikasi yang sehat antar anggota keluarga dan penghuni rumah.
3. Memenuhi persyaratan pencegahan penularan penyakit antar penghuni rumah meliputi penyediaan air bersih, pengelolaan tinja, limbah rumah tangga, bebas vektor penyakit dan tikus, kepadatan hunian yang tidak berlebihan dan cukup sinar matahari pagi.
4. Memenuhi persyaratan pencegahan terjadinya kecelakaan baik yang timbul karena keadaan luar maupun dalam rumah, antara lain fisik rumah yang tidak mudah roboh, tidak mudah terbakar dan tidak cenderung membuat penghuninya jatuh tergelincir.

Menurut Kemenkes (2015), rumah sehat adalah proporsi rumah yang memenuhi kriteria sehat minimum komponen rumah dan sarana sanitasi dari tiga komponen (rumah, sarana sanitasi dan perilaku) di satu wilayah kerja pada kurun

waktu tertentu. Minimum yang memenuhi kriteria sehat pada masing-masing parameter adalah sebagai berikut :

1. Minimum dari kelompok komponen rumah adalah langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar tidur, jendela ruang keluarga, ventilasi, sarana pembuangan asap dapur, dan pencahayaan.
2. Minimum dari kelompok sarana sanitasi adalah sarana air bersih, jamban (sarana pembuangan kotoran), sarana pembuangan air limbah (SPAL), dan sarana pembuangan sampah.
3. Perilaku

Sanitasi rumah adalah usaha kesehatan masyarakat yang menitikberatkan pada pengawasan terhadap struktur fisik yang digunakan sebagai tempat berlindung yang mempengaruhi derajat kesehatan manusia (Azwar, 2011). Sarana sanitasi tersebut antara lain ventilasi, suhu, kelembaban, kepadatan hunian, penerangan alami, konstruksi bangunan rumah, sarana pembuangan sampah, sarana pembuangan kotoran manusia dan penyediaan air. Sanitasi rumah sangat erat kaitannya dengan angka kesakitan penyakit menular, terutama diare. Lingkungan perumahan sangat berpengaruh pada terjadinya dan tersebarnya diare (Azwar, 2011).

Rumah yang tidak sehat merupakan penyebab dari rendahnya taraf kesehatan jasmani dan rohani yang memudahkan terjangkitnya penyakit dan mengurangi daya kerja atau daya produktif seseorang. Rumah tidak sehat ini dapat menjadi reservoir penyakit bagi seluruh lingkungan, jika kondisi tidak sehat bukan hanya pada satu rumah tetapi pada kumpulan rumah (lingkungan pemukiman). Timbulnya

permasalahan kesehatan dilingkungan pemukiman pada dasarnya disebabkan karena tingkat kemampuan ekonomi masyarakat yang rendah, karena rumah dibangun berdasarkan kemampuan keuangan penghuninya (Notoatmodjo, 2012).

Kondisi sanitasi di Indonesia memang tertinggal cukup jauh dari Negara-negara tetangga. Dengan Vietnam saja Indonesia hamper disalip, apalagi membandingkan dengan Malaysia atau Singapura yang memiliki komitmen tinggi terhadap kesehatan lingkungan di negaranya. Jakarta hanya menduduki posisi nomor dua dari bawah setelah Laos dalam pencapaian cakupan sanitasinya.

Keadaan perumahan merupakan salah satu factor yang menentukan kondisi hygiene dan sanitasi lingkungan pemiliknya. Rumah yang layak huni adalah bangunan yang memenuhi syarat kesehatan penghuninya. Sedangkan, sanitasi rumah adalah usaha kesehatan masyarakat yang menitikberatkan pada penguasaan terhadap faktor fisik dimana orang menggunakan untuk tempat berlindung yang mempengaruhi derajat kesehatan manusia.

Salah satu faktor yang meningkatkan resiko terjadinya penyebaran dan penularan penyakit DBD pada anak di lingkungan sekolah adalah sanitasi lingkungan. Menurut Elder dan Lloyd (dalam Hariyono, 2016) menyatakan bahwa peningkatan kasus DBD terkait erat dengan sanitasi lingkungan yang buruk. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sholihah dan Prasetyo (2014) diketahui bahwa sanitasi lingkungan yang berpengaruh terhadap kejadian DBD ialah kontainer, ventilasi, dan pengetahuan tentang DBD. Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Suyasa dkk (2012)

diketahui bahwa sanitasi lingkungan yang berpengaruh terhadap kejadian DBD ialah keberadaan vektor DBD, kepadatan penduduk, mobilitas penduduk, keberadaan tempat ibadah, keberadaan pot tanaman hias, keberadaan saluran air hujan dan keberadaan.

2.2. Demam Berdarah Dengue

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, ditandai dengan demam yang tinggi dan kadang disertai pendarahan yang menyerang semua usia terutama anak-anak dan dapat menyebabkan kematian (Ditjen P2M & PL, 2012).

Meningkatnya jumlah kasus serta bertambahnya wilayah yang terjangkau, disebabkan karena semakin baiknya sarana transportasi penduduk, adanya pemukiman baru, kurangnya perilaku masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk, terdapat vektor nyamuk hampir di seluruh pelosok tanah air serta adanya empat sel tipe virus yang bersirkulasi sepanjang tahun (Daryono, 2013).

Departemen Kesehatan telah mengupayakan berbagai strategi dalam mengatasi kasus ini. Pada awalnya strategi yang digunakan adalah memberantas nyamuk dewasa melalui pengasapan, kemudian strategi diperluas dengan menggunakan larvasida yang ditaburkan ke tempat penampungan air yang sulit dibersihkan. Akan tetapi kedua metode tersebut sampai sekarang belum memperlihatkan hasil yang memuaskan. Sementara strategi lain yang masih dijalankan sampai saat ini adalah melalui peningkatan pengetahuan masyarakat

tentang penyakit DBD sehingga mampu mempengaruhi perilaku masyarakat terhadap upaya pencegahan penyakit DBD (Daryono, 2013).

2.2.1. Etiologi

Demam Berdarah Dengue (DBD) atau *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) merupakan salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue. Virus dengue mempunyai diameter 30 nanometer dan terdiri dari 4 tipe, yaitu tipe 1 (DEN-1), tipe 2 (DEN-2), tipe 3 (DEN-3), dan tipe 4 (DEN-4). Virus ini merupakan anggota *Arbovirus* (*Arthropod borne virus*) grup B yang termasuk dalam genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*. Pada manusia, virus dengue ditularkan melalui gigitan nyamuk betina *Aedes aegypti* maupun *Aedes albopictus* (Djunaedi, 2014).

2.2.2. Kriteria Diagnosis Demam Berdarah Dengue (DBD)

Gejala klinik Pada umumnya seseorang yang terkena penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) mengalami gejala-gejala sebagai berikut (Soedarto, 2013):

1. Demam Demam terjadi secara mendadak dan berlangsung selama 2-7 hari kemudian turun menuju suhu normal atau lebih rendah. Demam dapat disertai dengan gejalagejala klinik yang tidak spesifik seperti anoreksia, nyeri punggung, nyeri tulang dan persendian, nyeri kepala, dan rasa lemah.
2. Perdarahan Perdarahan biasanya terjadi pada hari kedua dari demam dan umumnya terjadi pada kulit dan dapat berupa uji turniket yang positif, mudah terjadi perdarahan pada tempat fungsi vena, petekia, dan purpura. Selain itu juga dapat dijumpai epistaksis dan perdarahan gusi, hematemesis, serta melena.

3. Hepatomegali Pada permulaan dari demam biasanya hati sudah teraba, meskipun pada anak yang kurang gizi hati juga sudah teraba. Bila terjadi peningkatan dari hepatomegali dan hati teraba kenyal kemungkinan akan terjadi renjatan pada penderita.
4. Renjatan (syok) Permulaan syok biasanya terjadi pada hari ketiga sejak penderita sakit, dimulai dengan tanda-tanda kegagalan sirkulasi yaitu kulit lembab, dingin pada ujung hidung, jari tangan dan jari kaki serta sianosis di sekitar mulut. Bila syok terjadi pada masa demam maka biasanya menunjukkan prognosis yang buruk. Nadi menjadi lembut dan cepat, kecil, bahkan sering tidak teraba. Tekanan darah sistolik akan menurun sampai di bawah angka 80 mmHg.

Gejala klinik lainnya yaitu nyeri epigastrium, muntah-muntah, diare, maupun obstipasi, dan kejang-kejang. Keluhan nyeri perut yang hebat seringkali menunjukkan akan terjadinya perdarahan gastrointestinal dan syok.

1. Pemeriksaan laboratorium

Diagnosis Demam Berdarah Dengue (DBD) ditetapkan pula berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, yaitu (Djunaedi, 2015):

- 1). Trombositopenia (jumlah sel trombosit ≤ 100.000 per mm^3).
- 2). *Haemoconcentration* (hematokrit meningkat sekurang-kurangnya 20% diatas rata-rata terkait dengan usia, jenis kelamin, dan populasi).

2. Pemeriksaan serologi

Selain dengan adanya gejala-gejala klinik, diagnosis Demam Berdarah Dengue (DBD) dapat dilakukan dengan pemeriksaan serologi seperti *HaemagglutinationInhibition Test* (HIT). HIT ini berguna untuk mengetahui terjadinya peningkatan titer antibodi darah yang diambil dengan kertas filter atau serum penderita (Soedarto, 2012).

Hasil pemeriksaan serologi akan menghasilkan penjelasan sebagai berikut (Soedarto, 2012):

1. Bila titer antibodi akut kurang dari 1/20 dan titer antibodi fase konvalesen meningkat 4 kali atau lebih tetapi kurang dari 1/2560, berarti merupakan infeksi primer.
2. Bila titer antibodi akut kurang dari 1/20 dan titer antibodi fase konvalesen meningkat lebih besar atau sama dengan 1/2560, berarti merupakan infeksi ulangan.
3. Bila titer antibodi akut kurang dari 1/20 atau lebih sedangkan titer antibodi fase konvalesen naik lebih dari atau sama dengan 4 kali, berarti merupakan infeksi ulangan.
4. Bila titer antibodi akut lebih atau sama dengan 1/1280 dan titer antibodi fase konvalesen tetap atau naik, berarti merupakan infeksi baru.

2.2.3. Klasifikasi Kasus DBD

Kasus DBD dapat diklasifikasikan menjadi 3, yaitu (Ditjen P2M & PL, 2013): 1. Kasus Suspect (tersangka), apabila mempunyai gejala demam tinggi mendadak dalam jangka waktu 2-7 hari dengan satu atau lebih gejala berikut : tes torniquet positif, perdarahan di bawah kulit (petechiae, encymoses, purpura, perdarahan di sekitar tempat penyuntikan), perdarahan pada mukosa (hematemesis, melena), pembesaran hati. 2. Kasus probable, apabila mempunyai trombosit < 100.000/mm³. 3. Pasti (konfirmasi laboratorium), apabila terjadi kenaikan titer 4 kali kadar antibodi IgH, ditemukan IgM (pada KLB), dan dapat isolasi virus dengue dari serum atau spesimen autopsi.

2.2.4. Epidemiologi

1. Variabel Manusia (*Person*)

Pada penyakit DBD di Indonesia umumnya lebih banyak menyerang anak-anak, terutama umur 15 tahun kebawah. Hanya saja, sekalipun variabel umur adalah penting, namun untuk menentukan penyebaran suatu masalah kesehatan menurut umur secara tepat tidaklah mudah. Masalah pokok yang dihadapi, yang terutama ditemukan dinegara-negara yang sedang berkembang adalah kesulitan dalam menetapkan umur seseorang. Cara pengelompokan keterangan umur sangat dipengaruhi oleh tujuan yang ingin dicapai. Apabila pengelompokan umur telah dilakukan, maka dapat diukur penyebab tiap-tiap kelompok umur, baik berupa insiden maupun angka prevalennya, kemudian dicari jalan keluar untuk menanggulangi masalah kesehatan tersebut (Myrnawati, 2010).

Salah satu dari variabel orang yang dapat mempengaruhi perkembangan penyakit adalah umur. Umur termasuk variabel yang penting dalam mempelajari masalah kesehatan karena :

1. Ada kaitannya dengan daya tahan tubuh. Pada umumnya daya tahan tubuh orang dewasa lebih kuat dari daya tahan tubuh anak-anak.
2. Ada kaitannya dengan ancaman terhadap kesehatan. Orang dewasa yang karena pengalamannya ada kemungkinan menghadapi ancaman penyakit lebih besar dari pada anak-anak.

Bentuk ringan Demam Berdarah dengue (DBD) menyerang segala golongan umur dan bermanifestasi lebih berat pada orang dewasa dari pada anak-anak. Penderita Demam Berdarah Dengue (DBD) di golongkan dalam golongan usia dewasa muda yaitu antara umur 13-20 tahun dan selebihnya berumur kurang dari 40 tahun. Penderita yang klinis di diagnosis sebagai Dengue Syok Sindrom (DSS) meninggal termasuk dalam golongan usia dewasa muda (Sumarmo, 2015).

2. Variabel Tempat (*Place*)

Sama halnya dengan (person), sering pula ditemukan suatu masalah kesehatan tertentu yang banyak ditemukan pada suatu daerah tertentu saja, tetapi amat sedikit di daerah lain, penyebaran yang seperti ini tersebut penyebaran menurut tempat. Dengan diketahuinya penyebaran menurut tempat ini, berbagai kajian lebih lanjut dapat dilakukan, misalnya kajian terhadap penyebab mengapa masalah kesehatan tersebut banyak ditemukan disuatu daerah, tidak didaerah lainnya. Dengan membanding-bandingkan ciri khas dari masing-masing daerah, maka

dapat diketahui penyebab tersebut, yang perannya sangat besar didalam membantu mencari jalan keluar penanggulangan masalah kesehatan tersebut (Myrnawati, 2010).

Pada dasarnya semua ciri-ciri manusia yang telah diuraikan termasuk dalam keadaan penduduk, selain jumlah dan kepadatan penduduk. Penyakit biasanya berjarak dari suatu pusat sumber penularan (kota besar), kemudian mengikuti lalu lintas penduduk. Makin ramai lalu lintas makin besar kemungkinan penyebaran. Kota-kota kecil atau semiurban dekat kota besar biasanya mudah terserang. Terjangkitnya daerah baru yang jauh letaknya dari daerah endemis terjadi karena hubungan lalu lintas manusia yang ramai antara daerah baru itu dengan suatu sumber penularan yang besar (Sumarmo, 2015).

3. Variabel Waktu (*Time*)

Masalah kesehatan dapat pula berada dalam frekuensi waktu menurut waktu tertentu pula. Misalnya banyak ditemukan pada musim hujan, tetapi berkurang pada musim panas. Sama halnya dengan ciri-ciri orang dan tempat, pengetahuan tentang penyebaran masalah kesehatan menurut waktu ini dapat pula dimanfaatkan untuk menanggulangi masalah kesehatan tersebut (Sumarmo, 2015).

Di Indonesia pengaruh musim terhadap Demam Berdarah Dengue (DBD) tidak begitu jelas, tetapi dalam garis besar dapat dikemukakan bahwa jumlah penderita meningkat antara bulan maret-mei. Pada tahun-tahun terakhir penyakit Demam Berdarah berjangkit pula di daerah pedesaan (Sumarmo, 2015).

2.3. Klasifikasi dan Tanda Tanda Nyamuk *Aedes aegypti*

Ciri fisik nyamuk yang menularkan penyakit DBD dengan nama *aedes aegypti* adalah sebagai berikut : Berwarna hitam dengan loreng putih (belang-belang berwarna putih) di sekujur tubuh nyamuk, Bisa terbang hingga radius 100 meter dari tempat menetas, Nyamuk betina membutuhkan darah setiap dua hari sekali, Nyamuk betina menghisap darah pada pagi hari dan sore hari, Senang hinggap di tempat gelap dan benda tergantung di dalam rumah, Hidup di lingkungan rumah, bangunan dan gedung, Nyamuk bisa hidup sampai 2-3 bulan dengan rata-rata 2 minggu.

Tempat yang biasa dijadikan tempat bertelur (berkembang biak) adalah di tempat yang tergenang air bersih dalam waktu lama seperti bak mandi, vas bunga, kaleng bekas, pecahan botol, penampungan air, lubang wc, talang air, dan lain sebagainya. Air kotor seperti got, air keruh, air empang, genangan yang berhubungan langsung dengan tanah, dsb bukan tempat yang cocok bagi nyamuk dengue untuk bertelur (Anonymous, 2011).

Nyamuk penyebab DBD bertelur dengan ciri sebagai berikut: Jumlah telur bisa mencapai 100 buah, Warna telur hitam dengan ukuran rata-rata 0,8mm, Menetas setelah 2 hari terendam air bersih, Jika tidak ada air maka telur akan tahan menunggu air selama 6 bulan.

Setelah telur menetas, lantas menjadi jentik nyamuk dengan ciri-ciri : Gerakan lincah dan bergerak aktif di dalam air bersih dari bawah ke permukaan untuk mengambil udara nafas lalu kembali lagi ke bawah, Memiliki ukuran 0,5 s/d 1 cm,

Jika istirahat jentik terlihat tegak lurus dengan permukaan air, Setelah 6-8 hari akan berubah jadi kepompong nyamuk,

Kepompong nyamuk *Aedes aegypti* memiliki ciri seperti di bawah ini : Bergerak lamban di dalam air bersih. Sering berada di permukaan air, Memiliki bentuk tubuh seperti koma, Setelah usia 1-2 hari maka kepompong siap berubah menjadi nyamuk baru dan siap mencelakakan umat manusia yang ada di sekitarnya.

Waspadalah terhadap nyamuk demam berdarah dengue karena jika penyakit dbd tersebut tidak ditanggulangi dengan baik maka bisa menyebabkan kematian pada manusia yang ada di sekitarnya (Ginanjari, 2008).

Nyamuk *Aedes aegypti* dewasa memiliki ukuran sedang dengan tubuh berwarna hitam kecoklatan. Tubuh dan tungkainya ditutupi sisik dengan garis-garis putih keperakan. Di bagian punggung (dorsal) tubuhnya tampak dua garis melengkung vertikal di bagian kiri dan kanan yang menjadi ciri dari spesies ini. Sisik-sisik pada tubuh nyamuk pada umumnya mudah rontok atau terlepas sehingga menyulitkan identifikasi pada nyamuk-nyamuk tua. Ukuran dan warna nyamuk jenis ini kerap berbeda antar populasi, tergantung dari kondisi lingkungan dan nutrisi yang diperoleh nyamuk selama perkembangan. Nyamuk jantan dan betina tidak memiliki perbedaan dalam hal ukuran nyamuk jantan yang umumnya lebih kecil dari betina dan terdapatnya rambut-rambut tebal pada antena nyamuk jantan. Kedua ciri ini dapat diamati dengan mata telanjang (Anonymous, 2011).

2.3.1 Kebiasaan Nyamuk *Aedes aegypti*

1. Kebiasaan Menggigit

Sifat nyamuk *Aedes aegypti* lebih menyukai menggigit manusia pada siang hari dan senang beristirahat didalam rumah atau bangunan (endoking dan eksofiling) nyamuk aktif menggigit pada pukul 08.00-13.00 dan sore hari pukul 15.0-17.00 (Depkes RI, 2008).

2. Kebiasaan Mendapatkan Sumber Darah

Nyamuk *Aedes aegypti* betina menghisap darah untuk proses pematangan telurnya. Berbeda dengan nyamuk betina, nyamuk jantan tidak memerlukan darah, tetapi menghisap sari bunga atau *nectar*. Jadi, nyamuk betinalah yang berbahaya.

2.2.2 Tempat Perkembangbiakan *Aedes aegypti*

Tempat berkembang-biakan utama ialah tempat-tempat penampungan air berupa genangan yang tertampung disuatu tempat atau bejana didalam atau sekitar rumah atau tempat-tempat umum, biasanya tidak melebihi 500 meter dari rumah. Nyamuk ini biasanya tidak dapat berkembang biak di genangan air yang langsung berhubungan dengan tanah (Kemenkes RI, 2012).

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

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

2. Tempat penampungan air bukan untuk keperluan sehari-hari seperti: tempat minum burung, vas bunga, perangkap semut dan barang-barang bekas (ban, kaleng, botol, plastic dan lain-lain).
3. Tempat penampungan air alamiah seperti: Lobang pohon, lobang batu, pelepah daun, tempurung kelapa, pelepah pisang dan potongan bambu (Kemenkes RI, 2012).

2.2.3 Tempat Istirahat Nyamuk *Aedes aegypti*

Nyamuk akan istirahat pada tempat-tempat yang gelap dan sejuk dibagian kamar, lemari yang terlindung oleh sinar matahari. Apabila sudah menghisap darah, sampai proses penyerapan darah untuk perkembangan telur selesai. Nyamuk akan mencari tempat berair untuk meletakkan telurnya, kemudian bertelur dan nyamuk akan mulai mencari darah lagi untuk siklus bertelur berikutnya (Kemenkes RI, 2012).

2.2.4. Habitat dan Penyebaran Nyamuk *Aedes aegypti*

Di Indonesia, nyamuk *Aedes aegypti* umumnya memiliki habitat di lingkungan perumahan, dimana terdapat banyak genangan air bersih dalam bak mandi ataupun tempayan. Oleh karena itu, jenis ini bersifat urban, bertolak belakang dengan *Aedes albopictus* yang cenderung berada didaerah hutan berpohon rimbun (Anonymous, 2011).

Kemampuan terbang nyamuk betina rata-rata 40 meter, maksimal 100 meter, namun secara pasif misalnya karena angin atau terbawa kendaraan dapat berpindah lebih jauh. *Aedes aegypti* tersebar luas didaerah tropis dan sub-tropis. Di Indonesia nyamuk ini tersebar luas baik di rumah-rumah maupun ditempat-tempat umum.

Nyamuk ini dapat hidup dan berkembang biak sampai ketinggian daerah 1.000 m dari permukaan air laut. Diatas ketinggian 1000 m tidak dapat berkembang biak, karena pada ketinggian tersebut suhu udara terlalu rendah, sehingga tidak memungkinkan bagi kehidupan nyamuk tersebut (Kemenkes RI, 2012).

2.2.5 Nyamuk *Aedes aegypti* Kaitannya Sebagai Vektor Penyakit

Nyamuk sebagai binatang pengganggu terhadap kesehatan manusia. Nyamuk *Aedes aegypti* salah satu jenis nyamuk yang paling ditakuti keberadaannya di lingkungan manusia. Nyamuk *Aedes aegypti* yang sudah terinfeksi virus Demam Berdarah (DBD), sangat suka darah untuk proses pematangan telurnya (Kardinan, 2013). Nyamuk *Aedes aegypti* dapat mengandung virus dengue bila menghisap darah seorang penderita Demam Berdarah (DBD). Virus ini kemudian masuk kedalam *intestinum* dan masuk kedalam *hemococulum* bereplikasi dan akhirnya masuk ke kelenjar air liur (Soegeng, 2014).

Apabila nyamuk yang terjangkit menggigit manusia, ia akan memasukkan virus dengue yang berada didalam air liurnya kedalam sistem aliran darah manusia. Setelah empat hingga enam hari atau yang disebut sebagai periode inkubasi, penderita akan mulai mendapat demam yang tinggi. Penularan mekanik juga dapat terjadi apabila nyamuk *Aedes aegypti* betina sedang menghisap darah orang yang terinfeksi virus dengue diganggu, dan nyamuk itu segera akan menggigit orang lain pula. Hal ini menyebabkan virus yang terdapat didalam belalai nyamuk tersebut akan masuk kedalam peredaran darah orang kedua tanpa masa inkubasi. Seekor nyamuk

yang sudah terjangkit akan membawa virus itu didalam badannya sampai berakhir kehidupannya.

Kriteria klinis Demam Berdarah Dengue dapat didiagnosa dengan melihat kondisi sebagai berikut :

1. Demam nyata, yang tetap tinggi selama 2-7 hari, kemudian turun secara cepat.
2. Demam disertai hilangnya nafsu makan, perasaan malas, lemah, nyeri pada tulang, persendian, dan kepala.
3. Pendarahan dibuktikan dengan test bebat pada lengan (test turniket) yang (+) positif. Perdarahan dapat terjadi pada kulit, gusi, hidung, dan usus dalam.
4. Pembesaran lever atau hati dan terasa nyeri pada penekanan, tanpa ada gejala-gejala kuning.
5. Dapat terjadi syok pada hari ke-3 sampai ke-7. Syok yang terjadi pada saat demam merupakan pertanda penyakit yang kian memburuk.

Masa inkubasi *dengue* antara 5-8 hari, tetapi dapat juga sampai 15 hari. Sedangkan pendarahan biasanya muncul pada hari ke-3 sampai ke-6 sejak badan terasa panas yang biasanya berupa bercak-bercak pada kulit lengan dan kaki, lalu menjalar keseluruh tubuh. Namun seiring waktu, gejala bercak ini kadang tidak muncul. Karena perdarahan tidak saja terjadi pada kulit tetapi juga terjadi pada organ dalam, misalnya usus, sehingga *feces* atau kotoran berwarna hitam karena perdarahan dalam. Umumnya akan terjadi pembengkakan pada hati, sehingga penderita akan merasakan tidak enak atau nyeri pada perut kanan atas.

2.4. Pengendalian Nyamuk *Aedes aegypti*

Pemberantasan terhadap nyamuk dewasa dilakukan dengan cara penyemprotan dengan insektisida. Alat yang digunakan adalah mesin Fog dan penyemprotan dilakukan dengan cara pengasapan tidak mempunyai efek residu. Untuk membatasi penularan virus dengue penyemprotan dilakukan 2 siklus dengan interval 1 minggu. Pada penyemprotan siklus I, semua nyamuk yang mengandung virus dengue dan nyamuk-nyamuk lainnya akan mati. Tetapi akan muncul nyamuk-nyamuk baru yang diantaranya akan menghisap darah penderita viremia yang masih ada yang dapat menimbulkan terjadinya penularan kembali. Oleh karena itu perlu dilakukan penyemprotan siklus ke 2. Penyemprotan yang kedua dilakukan 1 minggu sesudah penyemprotan yang pertama agar nyamuk baru yang infeksi tersebut akan terbasmi sebelum tertularkan kepada orang lain (Kemenkes RI, 2012)

Beberapa usaha pencegahan dan pengendalian terhadap serangan nyamuk demam berdarah tidak akan berjalan efektif jika dilakukan secara simultan dan terpadu. Jika salah satu lingkungan saja tidak ikut berpartisipasi, lingkungan tersebut bisa menjadi sumber infeksi serangan nyamuk demam berdarah. Usaha-usaha pencegahan dan pengendalian yaitu dengan cara pengendalian secara kimiawi, pengendalian secara mekanis, dan pengendalian secara biologis (Kardinan, 2015).

2.4.1 Pengendalian Secara Kimia.

Cara ini dilakukan dengan menyemprotkan *insektisida* ke sarang-sarang nyamuk, seperti got, semak, dan ruangan rumah. Banyak sekali jenis insektisida anti nyamuk yang saat ini beredar di pasaran. Selain penyemprotan, bisa juga dilakukan penaburan insektisida butiran ketempat jentik atau larva nyamuk demam berdarah biasa bersarang, seperti tempat penampungan air, atau selokan yang airnya jernih. Penggunaan obat nyamuk bakar juga di golongan kedalam pengendalian secara kimia karena mengandung bahan beracun, misalnya *piretrin*.

2.4.2 Pengendalian Secara Mekanis

Cara ini bisa dilakukan dengan mengubur kaleng-kaleng atau wadah sejenis yang dapat menampung air hujan dan membersihkan lingkungan yang *potensial* dijadikan sebagai sarang nyamuk demam berdarah, misalnya semak belukar dan got. Pengendalian secara mekanis lain yang bisa dilakukan adalah pemasangan kelambu dan pemasangan perangkap nyamuk, baik menggunakan cahaya, lem, atau raket pemukul.

2.4.3 Pengendalian Secara Biologis

Cara biologis bisa dilakukan dengan menggunakan kelompok makhluk hidup, baik dari golongan mikroorganisme hewan *invertebrata*, atau hewan vertebrata. Sebagai pengendalian hayati, kelompok makhluk hidup tersebut dapat berperan sebagai *patogen*, parasit atau pemangsa. Beberapa jenis ikan seperti panchax (ikan kepela timah), dan *gambusia affinis* (ikan gabus) adalah pemangsa yang cocok untuk larva nyamuk, tetapi tidak dapat diterapkan pada seluruh tempat-tempat perindukan

nyamuk *Aedes aegypti*. Beberapa jenis cacing dari golongan *Nematoda* seperti *Romanomorsis iyengari* dan *Culiciforax* merupakan parasit pada larva nyamuk, tetapi juga tidak dapat diterapkan diseluruh tempat-tempat perindukan larva *Aedes aegypti*. Sebagai patogen seperti dari golongan virus, bakteri, fungi, atau *protozoa* dapat dikembangkan sebagai pengendalian hayati larva *Aedes aegypti* ditempat perindukan.

2.5 Pencegahan

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

1. Menjaga Kebersihan Lingkungan

Lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil sampling kegiatan manusia, dan perbaikan desain rumah (Nurjanah, 2013). Sebagai contoh:

- a. Menguras bak mandi/penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu.
- b. Mengganti/menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali.
- c. Menutup dengan rapat tempat penampungan air.
- d. Mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas di sekitar rumah dan lain sebagainya (Nurjanah, 2013).

2. Biologis

Pengendalian biologis antara lain dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang), dan bakteri (Bt.H-14) (Nurjanah, 2013).

3. Kimiawi

Cara pengendalian ini antara lain dengan: Pengasapan/fogging dengan menggunakan *malathion* dan *fenthion*, berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu. Memberikan bubuk abate (temephos) pada tempat-tempat penampungan-air seperti, gentong air, vas bunga, kolam, dan lain-lain. Cara yang paling efektif dalam mencegah penyakit DBD adalah dengan mengkombinasikan cara-cara di atas, yang disebut dengan “3M Plus”, yaitu menutup, menguras, menimbun. Selain itu juga melakukan beberapa plus seperti memelihara ikan pemakan jentik, menabur larvasida, menggunakan kelambu pada waktu tidur, memasang kasa, menyemprot dengan insektisida, menggunakan repellent, memasang obat nyamuk, dan memeriksa jentik berkala (Nurjanah, 2013).

2.6 Faktor-faktor Yang Berhubungan Kejadian DBD

2.6.1 Hubungan faktor Lingkungan Fisik Dengan kejadian DBD

Lingkungan fisik yaitu seperti ketinggian tempat, curah hujan, kelembaban, suhu, ruang gelap, pemasangan kawat kasa, ventilasi, dan tempat penampungan air (TPA) (Noni, 2013). Lingkungan biologi yang mempengaruhi penularan DBD terutama adalah banyaknya tanaman hias dan tanaman pekarangan yang mempengaruhi pencahayaan dan kelembaban didalam rumah merupakan tempat yang disenangi oleh nyamuk untuk istirahat (Sunaryo, 2014).

- a. Ketinggian Tempat. Variasi dari suatu ketinggian berpengaruh terhadap kepadatan nyamuk *Aedes Aegypti*. Di Indonesia *Aedes Aegypti* dapat hidup pada ketinggian kurang dari 1000 meter di atas permukaan air laut (Rohim, 2013) Tidak ditemukan nyamuk *Aedes Albopictitus* karena ketinggian tersebut, suhu terlalu rendah sehingga tidak memungkinkan bagi kehidupan nyamuk.
- b. Curah Hujan. Hujan akan menambah genangan air sebagai tempat perindukan dan menambah kelembaban udara. Temperatur dan kelembaban selama musim hujan sangat kondusif untuk kelangsungan hidup nyamuk (Sudibyo, 2012).
- c. Ruang Gelap. Nyamuk *Aedes Aegypti* bersifat diurnal atau aktif pagi hingga siang hari, nyamuk biasanya beristirahat pada benda-benda yang menggantung di dalam rumah seperti gorden, kelambu, dan pakaian diruang yang gelap.
- d. Kelembaban Udara. Umur nyamuk dipengaruhi oleh kelembaban udara. Kelembaban yang rendah akan memperpendek umur nyamuk, Secara umum penilaian kelembaban dalam rumah dengan menggunakan *hygrometer*. Menurut indikator pengawasan perumahan, kelembaban udara yang memenuhi syarat kesehatan dalam rumah adalah 40-70% dan kelembaban udara yang tidak memenuhi syarat kesehatan adalah <40% atau >70%.
- e. Suhu. Nyamuk *Aedes Aegypti* dapat bertahan hidup pada suhu rendah, tetapi metabolismenya menurun atau bahkan terhenti bila suhunya turun sampai dibawah suhu kritis. Pada suhu yang lebih dari 35oC juga mengalami perubahan dalam arti lebih lambat terjadinya proses fisiologis. Telur nyamuk *Aedes Aegypti*

di dalam air dengan suhu 20-40oC akan menetas menjadi jentik dalam waktu 1-2 hari.(30)

- f. Ventilasi. Ventilasi rumah mempunyai banyak fungsi, salah satunya yaitu menjaga agar sirkulasi udara didalam rumah tersebut lancar. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya O₂ didalam rumah dan menyebabkan kelembaban udara didalam ruangan baik. Tingkat kelembaban optimum nyamuk antara 60 % - 80 %, luas ventilasi alamiah yang permanen minimal >10% dari luas lantai.(32)
- g. Tempat Penampungan Air (TPA). Tempat penampungan air yang menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes Aegypti* dapat dikelompokkan sebagai berikut:(26,32)
 - 1. Tempat penampungan air bersih (tempayan, bak mandi, bak WC, drum, bak penampungan air, ember, dll)
 - 2. Tempat penampungan air untuk keperluan tertentu (tempat minum hewan, barang-barang bekas, vas bunga, dll)
 - 3. Tempat penampungan air alami (lubang pohon, lubang batu, tempurung kelapa, kulit kerang, potongan bambu).

Pada dasarnya di anjurkan untuk membersihkan tempat penampungan air minimal satu minggu sekali agar bebas dari jentik nyamuk.

- h. Jarak Antar Rumah. Jarak antar rumah dapat mempengaruhi penyebaran nyamuk dari satu rumah ke rumah yang lain(Folamauk, 2013)
- i. Kepadatan Hunian. Ketidakseimbangan antara luas rumah dengan jumlah penghuni akan menyebabkan suhu didalam rumah menjadi tinggi dan hal ini

dapat mempercepat penularan DBD. Tidak padat hunian (memenuhi syarat) adalah jika luas $>9 \text{ m}^2$ per orang dan padat penghuni jika luas $< 9 \text{ m}^2$ per orang (Adyatma, 2010).

j. Ikan Pemakan Jentik.

Yang termasuk lingkungan biologi seperti ada atau tidaknya memelihara ikan pemakan jentik. Hal tersebut berpengaruh terhadap kepadatan jentik di tempat penampungan air atau kontainer. Memelihara ikan pemakan jentik misalnya ikan kepala timah, ikan gupi, ikan cupang/tempalo dan lain-lain) (Taviv, 2010).

1. Ikan kepala timah atau, ringkasnya, kepala timah (*Aplocheilichthys panchax*) adalah sejenis ikan kecil penghuni perairan tawar, anggota suku Aplocheilichthidae. Ditemukan menyebar luas di Asia bagian selatan mulai dari Pakistan hingga Indonesia, ikan ini dikenal dalam bahasa Inggris sebagai *Blue panchax* atau *Whitespot*, merujuk pada bintik putih di atas kepalanya yang serupa tetesan timah (Manna, 2011).



Gambar 2.1 Ikan kepala timah

Sumber : Manna, 2011

2. Ikan Guppy (*Poecilia reticulata*) atau masyarakat menyebutnya ikan cetul, ikan seribu, dan wader cetul, berasal dari Venezuela, Trinidad dan Barbados. Ikan ini merupakan ikan hias air tawar dan dikenal sebagai pemakan jentik nyamuk. Ikan Guppy beranak sekitar 45-180 ekor, dengan masa kehamilan sekitar 15 hari. Ikan

ini dapat tumbuh sampai 4 cm pada ikan betina dan hanya 2-3 cm pada ikan jantan (Kottelat, 2011).



Gambar 2.2 Ikan Guppy
Sumber : Kottelat, 2011

3. Ikan cupang (*Betta sp*) merupakan ikan hias air tawar yang berasal dari beberapa Negara di Asia Tenggara, antara lain Indonesia, Thailand, Malaysia, dan Vietnam. Ikan cupang merupakan salah satu ikan yang mampu bertahan dalam waktu yang cukup lama pada akuarium dengan sedikit volume air dan alat sirkulasi udara (*aerator*). Ikan ini juga tahan terhadap perairan yang tercemar sabun atau limbah lainnya (Alifuddin, 2013).



Gambar 2.3 Ikan Cupang
Sumber : Alifuddin, 2013

Komponen rumah harus memenuhi persyaratan fisik dan biologis agar aman bagi penghuninya, salah satunya adalah lantai harus kedap air. Jenis lantai tanah

menyebabkan kondisi rumah menjadi lembab yang memungkinkan segala bakteri berkembangbiak. Hal ini menyebabkan kondisi ketahanan tubuh menjadi lebih buruk, sehingga dapat menyebabkan gangguan atau penyakit terhadap penghuninya dan memudahkan seseorang terinfeksi penyakit (Noni, 2013)

2.6.2 Hubungan faktor Lingkungan Biologi Dengan kejadian DBD

Siklus gonotrofik nyamuk *Aedes aegypti* juga dapat dipengaruhi oleh keberadaan tanaman hias. Tanaman hias dan tanaman yang ada dipekarangan dapat mempengaruhi pencahayaan serta kelembaban di dalam dan luar rumah (Dinata & Dhewantara, 2012).

Pengendalian biologi vektor penyebab DBD membutuhkan organisme-organisme predator dan parasite (WHO, 2011). Pengendalian biologis ditujukan vektor DBD pada fase larva. Dengan menggunakan pengendalian secara biologis ini tidak akan terjadi pencemaran lingkungan seperti akibat dari penggunaan insektisida. Beberapa organisme yang dapat digunakan adalah sebagai berikut (Soedarto, 2012).

Yang termasuk lingkungan biologi seperti ada atau tidaknya memelihara ikan pemakan jentik. Hal tersebut berpengaruh terhadap kepadatan jentik di tempat penampungan air atau kontainer. Memelihara ikan pemakan jentik misalnya ikan kepala timah, ikan gupi, ikan cupang/tempalo dan lain-lain).

Survei larva merupakan suatu kegiatan pemantauan yang bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya larva serta untuk memeriksa TPA yang bisa menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk. Untuk memeriksa larva ditempat yang gelap dan pada permukaan air yang keruh pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan bantuan

senter. Kegiatan survei larva dilakukan disemua TPA yang menjadi tempat perkembangbiakan larva *Aedes aegypti* (Rahmawati, 2016).

Ada dua cara untuk melakukan survei larva yaitu (Kemenkes RI, 2011):

1. *Single* larva. Survei ini dilakukan dengan cara mengambil satu larva disetiap tempat penampungan air, yang kemudian akan dilakukan identifikasi jenis larvanya.
2. *Visual*. Survei ini dilakukan dengan cara melihat ada atau tidaknya larva di setiap tempat penampungan air tanpa mengambil larvanya.

Pemeriksaan jentik berkala (PJB) merupakan suatu kegiatan pemeriksaan tempat-tempat yang diduga sebagai tempat perkembangbiakan sarang nyamuk *Aedes aegypti* yang dilakukan secara teratur oleh petugas kesehatan atau kader/petugas juru pemantau jentik (jumantik) (Depkes RI, 2010).

Tujuan dilakukan PJB adalah untuk melakukan pemeriksaan jentik nyamuk penyebab DBD dan memberikan motivasi/dorongan pada keluarga atau masyarakat dalam melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) penyebab DBD. PSN-DBD merupakan suatu kegiatan pemberantasan vektor penyebab DBD, baik pemberantasan telur, jentik atau pupa untuk memutus rantai perkembangbiakan nyamuk penyebab DBD (Mubarokah, 2013).

Kegiatan PJB dilakukan dengan cara melakukan kunjungan yang berulang-ulang disertai dengan penyuluhan kepada masyarakat tentang penyakit DBD yang diharapkan masyarakat dapat melaksanakan PSN-DBD secara teratur dan terus-meneurs (Mubarokah, 2013).

2.6.3 Hubungan Faktor Prilaku Dengan kejadian DBD

Ada beberapa macam teori tentang perilaku, antara lain perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan praktek (Misnadialy, 2015). Perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek fisik, psikis dan sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik dan sosial budaya (Purba, 2012).

Perilaku seseorang yang diukur dari pengetahuan, sikap dan praktek dapat dijelaskan sebagai berikut (Misnadialy, 2015):

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan suatu objek tertentu melalui pasca indera manusia. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Herminingrum, 2013). Pengetahuan seseorang mengenai praktek 3M yang terdiri dari praktek menguras tempat penampungan air kurang dari seminggu sekali, praktek menutup tempat penampungan air, dan praktek membuang atau mengubur barang-barang bekas yang dapat menjadi tempat penampungan air sehingga dapat mempengaruhi keadaan jentik nyamuk *Aedes Aegypti* (Hastuti, 2014).

Pengetahuan dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain tingkat pendidikan, umur, pekerjaan, dan kultur setempat. Semakin tinggi pendidikan maka semakin besar kemampuan menyerap informasi. Pendidikan merupakan faktor yang paling kuat dalam pengetahuan. Pendidikan tidak mutlak harus pendidikan formal, tetapi dapat berupa pendidikan non formal melalui buku, poster, media masa, penyuluhan oleh petugas kesehatan dan lain-lain (Misnadialy, 2015).

2. Sikap

Sikap adalah suatu pernyataan evaluatif tentang objek, orang atau kejadian-kejadian. Pembentukan sikap dipengaruhi oleh pengalaman pribadi, kebudayaan orang lain yang dianggap penting, media masa, institusi atau lembaga tertentu serta faktor emosi dalam diri individu yang bersangkutan (Misnadialy, 2015)

Sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap sesuatu stimulus atau objek, manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup (Yuswulandary, 2013). Sikap seseorang adalah predisposisi (keadaan mudah dipengaruhi) untuk memberikan tanggapan terhadap rangsangan lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut, secara definitif sikap berarti suatu keadaan jiwa dan keadaan pikiran yang dipersiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu objek yang diorganisasi melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada perilaku (Misnadialy, 2015)

3. Praktek

Praktek dipengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak dipengaruhi oleh sikap dan norma subjektif. Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan oleh pendapat orang lain serta motifasi untuk menaati pendapat tersebut (Praktek individu terhadap objek dipengaruhi oleh persepsi individu tentang kegawatan ojek, kerentanan, faktor sosio psikologi, faktor sosio demografi, pengaruh media masa, anjuran orang lain serta perhitungan untung rugi dan prakteknya tersebut. Praktek dibentuk oleh pengalaman. Interaksi individu dengan lingkungan, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap terhadap suatu objek (Kemenkes RI, 2014).

Media masa mempunyai peran sebagai penyampaian pesan layanan kesehatan (PSN-3M dan penyakit DBD) melalui media masa seperti televisi, koran, maupun radio diharapkan mampu merubah praktek dalam melakukan pemberantasan *dengue*. Selain PSN 3M tersebut, pemasangan kawat kasa juga dapat mempengaruhi faktor perilaku karena desain rumah yang dibangun dengan modifikasi adanya pemasangan kawat kasa pada lubang ventilasi dan jendela dapat mengurangi masuknya nyamuk ke dalam rumah.

Teori Fishbein dan Ajzen bila diaplikasikan dalam praktek pemberantasan sarang nyamuk (PSN) seperti menguras tempat penampungan air, dan mengubur barang-barang bekas, untuk mencegah terjadinya penyakit Demam Berdarah *Dengue* bisa dikarenakan oleh pengaruh ajakan orang lain ataupun pengaruh media masa.

Berdasarkan Sunaryo, (2014) bahwa proses pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam (internal) dan dari luar individu (eksternal), yaitu:

- 1) Faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
- 2) Faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Pembentukan perilaku hidup bersih dan sehat bisa dilakukan lewat upaya kesehatan, antara lain lewat sanitasi lingkungan. Perilaku hidup yang sehat dan bersih yang lebih menjamin orang atau anak itu terhindar dari penyakit diare (Adi Sasongko, 2003). Perilaku pemeliharaan kesehatan adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit (Sunaryo, 2014).

Sedangkan perilaku hidup sehat adalah perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku hidup sehat antara lain dengan berperilaku atau gaya hidup yang positif bagi kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Perilaku hidup sehat berkaitan dengan kejadian diare. Menurut Nurima Wakhidiarti (2013) bahwa perilaku hidup sehat yang berkaitan dengan diare antara lain:

- 1) Kebiasaan mandi dua kali sehari.
- 2) Kebiasaan mencuci tangan sebelum makan atau memegang makanan.
- 3) Kebiasaan memakan buah-buahan dengan dicuci.

- 4) Kebiasaan menggunting kuku secara teratur seminggu sekali.
- 5) Kebiasaan memakai alas kaki atau sepatu.
- 6) Tidak bermain di tanah.
- 7) Kebiasaan buang air besar di jamban, tidak di kebun, parit atau di sungai.
- 8) Kebiasaan mencuci tangan dengan sabun setelah dari jamban.
- 9) Segera mengobati penyakit diare sampai tuntas.

Pembuangan Sampah Rumah Tangga adalah kegiatan secara sistematis, menyeluruh, berkesinambungan yang meliputi pengurangan dan penanganan sampah yang berasal dari kegiatan sehari-hari dalam rumah tangga, tidak termasuk tinja dan sampah spesifik (sampah yang mengandung bahan beracun).

Sedangkan menurut (Hadiwiyato, 2011) mengemukakan bahwa Pembuangan sampah adalah perlakuan terhadap sampah untuk memperkecil atau menghilangkan masalah-masalah yang erat kaitannya dengan lingkungan yang dapat timbul. Jadi pada prinsipnya Pembuangan sampah dapat diartikan sebagai suatu perilaku terhadap timbulan mulai dari tempat penyimpanan sampah pembuangan akhir sampah yang mana pengaturan ini didasarkan pada prinsip memperkecil atau menghilangkan masalah-masalah yang ditimbulkan oleh adanya sampah baik terhadap lingkungan maupun terhadap kesehatan masyarakat.

Masalah-masalah yang terjadi mungkin dipengaruhi oleh adanya Faktor-faktor yang dapat menjadi penyebab, mengapa masyarakat menggunakan lingkungan sebagai tempat pembuangan sampah terutama sampah rumah tangga (sampah domestik) dipengaruhi oleh banyak faktor misalnya seperti faktor Pengetahuan,

Sikap, Perilaku, Pendidikan, Kebiasaan, Sarana Prasarana dan Sosial budaya yang menyangkut ketidaktahuan dan kebiasaan yang membudaya di masyarakat. Hal ini tidak mudah untuk merubahnya menjadi perilaku yang sehat dalam membuang maupun Pembuangan sampah (Mukono, 2013).

Menurut Undang–Undang No. 18 Tahun 2008 tentang Pembuangan Sampah Rumah Tangga sebagai berikut:

1. Pengurangan sampah

1) Pengurangan sampah meliputi kegiatan:

- a. Pembatasan timbulan sampah
- b. Pendaauran ulang sampah
- c. Pemanfaatan kembali sampah.

2) Pemerintah dan pemerintah daerah wajib melakukan kegiatan pengurangan sampah dengan cara :

- a. Menetapkan target pengurangan sampah secara bertahap dalam jangka waktu tertentu;
- b. Memfasilitasi penerapan teknologi yang ramah lingkungan;
- c. Memfasilitasi penerapan label produk yang ramah lingkungan;
- d. Memfasilitasi kegiatan mengguna ulang dan mendaur ulang; dan
- e. Memfasilitasi pemasaran produk -produk daur ulang.

3) Pelaku usaha dalam melaksanakan pengurangan sampah menggunakan bahan produksi yang menimbulkan sampah sesedikit mungkin, dapat diguna ulang, dapat didaur ulang atau mudah diurai oleh proses alam.

- 4) Masyarakat dalam melakukan kegiatan pengurangan sampah menggunakan bahan yang dapat diguna ulang, didaur ulang atau mudah diurai oleh proses alam.

2. Penanganan Sampah

Kegiatan penanganan sampah menurut UU No.18 Tahun 2008 meliputi:

- a. Pemilahan dalam bentuk pengelompokan dan pemisahan sampah sesuai dengan jenis, jumlah, dan/atau sifat sampah.
- b. Pengumpulan dalam bentuk pengambilan dan pemindahan sampah dari sumber sampah ke tempat penampungan sementara atau tempat pengolahan sampah terpadu.
- c. Pengangkutan dalam bentuk membawa sampah dari sumber dan/atau dari tempat penampungan sampah sementara atau dari tempat pengolahan sampah terpadu menuju ke tempat pemrosesan akhir
- d. Pengolahan dalam bentuk mengubah karakteristik, komposisi dan jumlah sampah
- e. Pemrosesan akhir sampah dalam bentuk pengembalian sampah dan/atau residu hasil pengolahan sebelumnya ke media lingkungan secara aman.

Selanjutnya Pragoyo (1985), mengatakan bahwa penanganan sampah yang baik meliputi tiga hal yang penting yaitu:

1. Pengumpulan Sampah

Didefinisikan sebagai upaya pemindahan masa sampah dari sumber sampah (kawasan permukiman, kawasan perdagangan, kawasan industri, dan lain -lain), ke

Tempat Pembuangan Sementara (TPS) sampah. Pada sistem ini, umumnya dilakukan dengan menggunakan jasa Bestari (istilah untuk Petugas Sampah), yang dikelola oleh lingkungan sekitar sumber sampah tersebut. Retribusi yang ditarik biasanya dibayarkan kepada RT /RW lingkungan tersebut. Tentu saja biaya ini harus mampu untuk membiayai biaya investasi gerobak sampah, cakar, pengki, hingga seragam dan gaji Bestari.

Adapun syarat tempat pengumpulan sampah yang baik adalah:

- a. Dibangun diatas permukaan tanah setinggi kendaraan pengangkut sampah.
- b. Mempunyai dua buah pintu, satu tempat masuk sampah dan yang lainnya untuk mengeluarkan sampah.
- c. Perlu ada lubang ventilasi, bertutup kawat untuk mencegah masuknya lalat.
- d. Tempat tersebut mudah dicapai, baik oleh masyarakat yang akan mempergunakanya ataupun oleh kendaraan pengangkut sampah.

2. Pengangkutan sampah dari TPS ke TPA

Didefinisikan sebagai upaya pemindahan masa sampah dari Tempat Penampungan Sampah Sementara (TPS) ke Tempat Pembuangan Akhir (TPA) sampah. Lokasi TPS bila mungkin berada didalam lingkungan lokasi sumber sampah. Namun, bila tidak memungkinkan maka harus diupayakan lokasinya berada di kecamatan. Setiap kecamatan sebaiknya memiliki 1 buah TPS ukuran 1.000–2.000 m² yang dilengkapi oleh unit pengolahan sampah menjadi kompos (Mukono, 2013).

3. Pembuangan Sampah ke TPA

Pembuangan sampah biasanya dilakukan di daerah-daerah tertentu, sehingga tidak mengganggu kesehatan masyarakat (Suyoto, 2014).

Dalam pembuangan ada beberapa syarat yang harus dipenuhi antara lain:

- a. Tempat tersebut tidak dibangun dekat dengan sumber air minum atau sumber lainnya yang dipergunakan oleh manusia.
- b. Tidak pada tempat yang sering terkena banjir.
- c. Di tempat-tempat yang jauh dari tempat tinggal manusia. Adapun jarak yang sering dipakai sebagai pedoman adalah sekitar 2 km dari rumah penduduk, sekitar 15 km dari laut, sekitar 200 m dari sumber air (Pragoyo, 1985).

Dalam pembuangan sampah tersebut, dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai macam cara yang lazim dipergunakan pada saat ini yaitu (Dwiyatmo, 2012):

- a. *Open Dumping*, yaitu membuang sampah secara terbuka diatas permukaan tanah.
- b. *Dumping in water*, yaitu pembuangan sampah dimana sampah itu dibuang begitu saja di air yaitu ke sungai dan laut.
- c. *Burning in premise*, yaitu pembakaran sampah di rumah-rumah.
- d. *Garbage reduction*, yaitu pembuangan sampah dimana sampah basah diadakan pemecahan melalui proses pemasakan sehingga diperoleh bahan makanan ternak maupun untuk penyuburan tanah.
- e. *Hog feeding*, yaitu pembuangan sampah yang sering dijadikan sebagai makanan hewan.

- f. *Grinding system*, yaitu pembuangan sampah basah yang berasal dari sisa makanan dengan menghancurkannya terlebih dahulu kemudian dibuang ke selokan pembuangan air kotor untuk mengalami pembusukan.
- g. *Incineration*, yaitu pembuangan sampah dengan cara pembakaran.
- h. *Sanitary landfill*, yaitu suatu cara pembuangan sampah ke tempat-tempat rendah dan ditutupi dengan tanah untuk memenuhi persyaratan-persyaratan.

Menurut Sudrajat (2013), pengolahan sampah di TPA harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- 1) Memanfaatkan lahan TPA yang terbatas dengan efektif.
- 2) Memilih teknologi yang murah, mudah dan aman terhadap lingkungan.
- 3) Memilih teknologi yang memberikan produk yang bisa memberi manfaat yang sebesar-besarnya kepada masyarakat.
- 4) Produk harus dapat terjual habis.
- 5) Diupayakan jalan menuju TPA dibuat jalur sendiri dengan batas aman yang tidak boleh dibuat pemukiman selebar 100 m di kiri -kanan jalan.
- 6) Mulai jarak 1 km mendekati lokasi TPA di kiri-kanan jalan dijadikan tempat pemukiman pemulung. Hal ini untuk pengamanan dari protes masyarakat, mendorong bisnis di sekitar TPA, dan meningkatkan taraf hidup miskin.
- 7) TPA sebaiknya dialokasikan mengarah ke hilir, tetapi tidak terlalu dekat ke pantai karena untuk menghindari pencemaran perairan. Minimal jarak ke pantai adalah 10 km.

Proses Pembuangan sampah juga dapat dilihat melalui beberapa aspek atau segi yaitu (Suyoto, 2014):

1. Segi teknis:

1) Pewadahan

- a. Pewadahan individual disetiap rumah (*single house*) terdiri dari 2 unit dengan volume 100 – 200 liter (2 warna yang berbeda, untuk menampung sampah dapur dan sampah halaman)
- b. Pewadahan komunal (container atau TPS) khusus untuk menampung berbagai jenis sampah seperti untuk sampah plastik, gelas, kertas, pakaian/tekstil, logam, sampah besar (*bulky waste*), sampah B3 (batu baterai, lampu neon dll) dan lain- lain.

2) Pengumpulan

- a. Pengumpulan sampah (*door to door*) dengan compactor truck berbeda untuk setiap jenis sampah.
- b. Waktu pengumpulan *door to door* 1 x seminggu
- c. Pengumpulan sampah juga dilakukan secara perpipaan (*single house*, apartemen maupun fasilitas publik).

3) Daur Ulang

Contoh kegiatan daur ulang adalah antara lain adalah:

- a. Pemisahan setiap jenis kertas (10 kategori), kertas hasil daur ulang seluruhnya di ekspor keluar negeri
- b. Ban bekas dihancurkan dan digunakan sebagai bahan bakar incinerator
- c. Plastik bekas digunakan sebagai bahan baku pakaian hangat
- d. Kulkas bekas dipisahkan setiap komponen pembangunnya dan freon didaur ulang
- e. Komputer bekas dipisahkan setiap komponen pembangunnya (logam, plastik/kabel, baterai dll)
- f. Gelas/botol kaca dipisahkan berdasarkan warna gelas (putih, hijau dan gelap) dan dihancurkan.

4) *Composting*

- a. *Composting* dilakukan secara manual atau semi mekanis baik untuk skala individual, komunal maupun skala besar (dilokasi *landfill*).
- b. Sampah yang digunakan hanya sampah potongan tanaman dengan masa proses 3-6 bulan (*windrow system*).
- c. Sampah dari rumah tangga tidak digunakan (kualitas kompos yang dihasilkannya tidak sebaik kompos dari potongan tanaman) (Suyoto, 2014).

2. Segi Institusi

Pada semua kabupaten/kota umumnya pembuangan persampahan dilakukan oleh Dinas Kebersihan kota. Keterlibatan masyarakat maupun pihak swasta dalam menangani persampahan pada semua kabupaten/kota sudah dilakukan untuk beberapa jenis kegiatan. Masyarakat banyak yang terlibat pada sektor pengumpulan

sampah disumber timbunan sampah, sedangkan pihak swasta umumnya mengelola persampahan pada kawasan elit dimana kemampuan membayar dari konsumen sudah cukup tinggi (Apriadi, 2013).

Umumnya Dinas Kebersihan selain berfungsi sebagai pengelola persampahan kota, juga berfungsi sebagai pengatur, pengawas dan pembina pengelola persampahan. Sebagai pengatur, Dinas Kebersihan bertugas membuat peraturan-peraturan yang harus dilaksanakan oleh operator pengelola persampahan. Sebagai pengawas, fungsi Dinas kebersihan adalah mengawasi pelaksanaan peraturan-peraturan yang telah dibuat dan memberikan sanksi kepada operator bila dalam pelaksanaan tugasnya tidak mencapai kinerja yang telah ditetapkan, fungsi Dinas kebersihan sebagai pembina pembuangan persampahan, adalah melakukan peningkatan kemampuan dari operator (Manik, 2013).

3. Segi Keuangan

Pada kawasan perkotaan dimana Dinas Kebersihan menjadi pengelola persampahan, dana untuk pembuangan tersebut berasal dari pemerintah daerah dan retribusi jasa pelayanan per sampah yang berasal dari masyarakat. Pada umumnya ketersediaan dana pemerintah untuk menangani persampahan sangat kecil, demikian juga retribusi yang diperoleh dari masyarakat sebagai konsumen juga sedikit. Jumlah perolehan retribusi tersebut masih jauh dari biaya pemulihan yang diperlukan untuk mengelola pelayanan sampah (Hadiwiyoto, 2011).

Secara umum alokasi dana untuk pembuangan sampah baik berupa dana investasi maupun operasi/pemeliharaan sepenuhnya berasal dari dana masyarakat. Dana retribusi 100 % digunakan untuk pembuangan sampah (Husein, 2012).

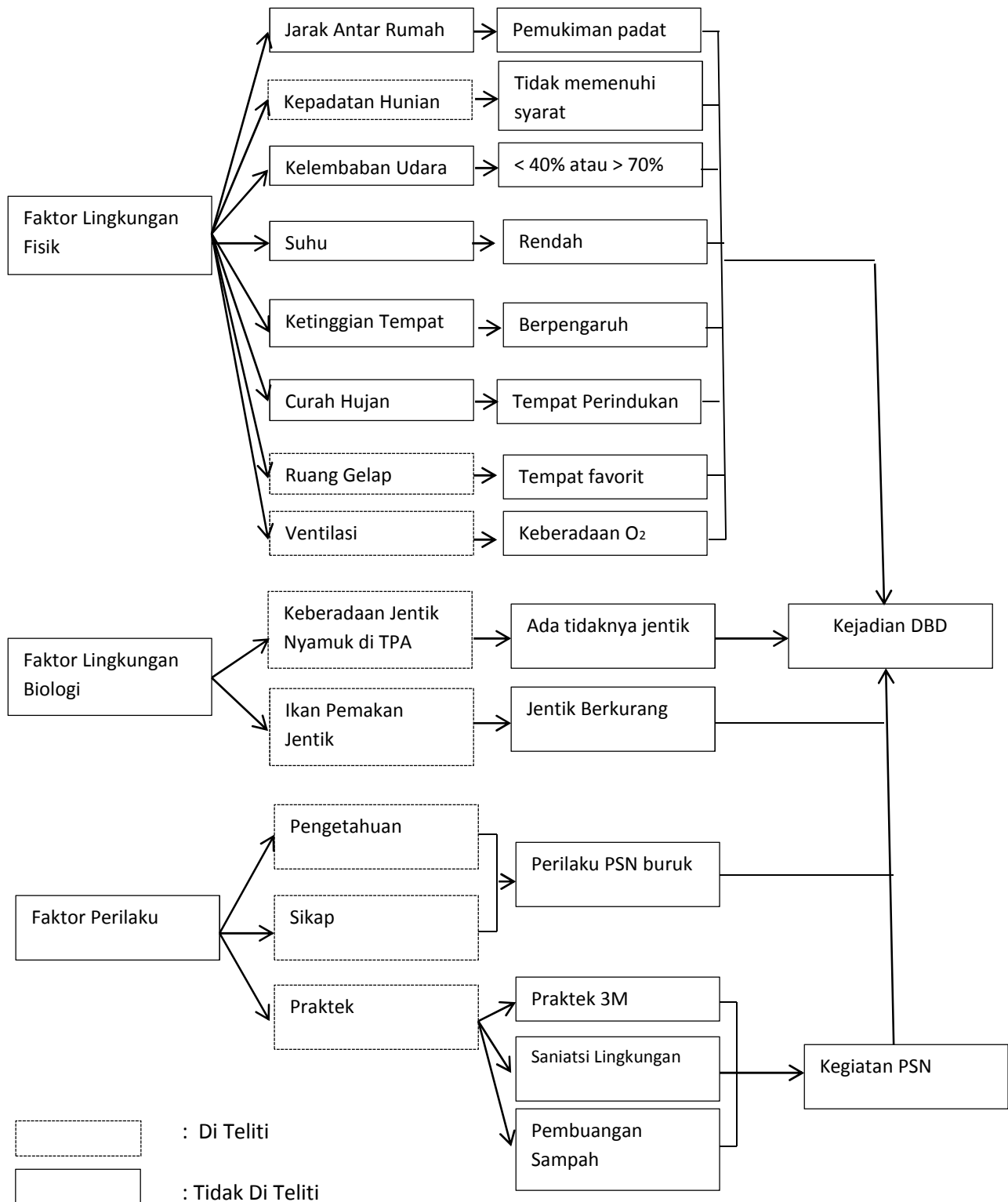
Hasil retribusi yang diperoleh dari pelayanan pembuangan sampah akan semakin kecil karena banyak retribusi yang tidak tertagih, hal ini menjadi semakin sulit karena denda terhadap penunggak retribusi tersebut tidak dilakukan, bila denda tersebut tidak juga dilakukan maka kecenderungan pelanggan tidak membayar akan meningkat (Suyoto, 2014).

4. Segi Peraturan

Jenis Peraturan Pembuangan Sampah (Husein, 2012).

- 1) Undang-Undang No. 18 Tahun 2008 Tentang Pembuangan Sampah.
- 2) Qanun Aceh Tengah No. 09 Tahun 2002 Tentang Retribusi Persampahan.

2.7 Kerangka Tiori



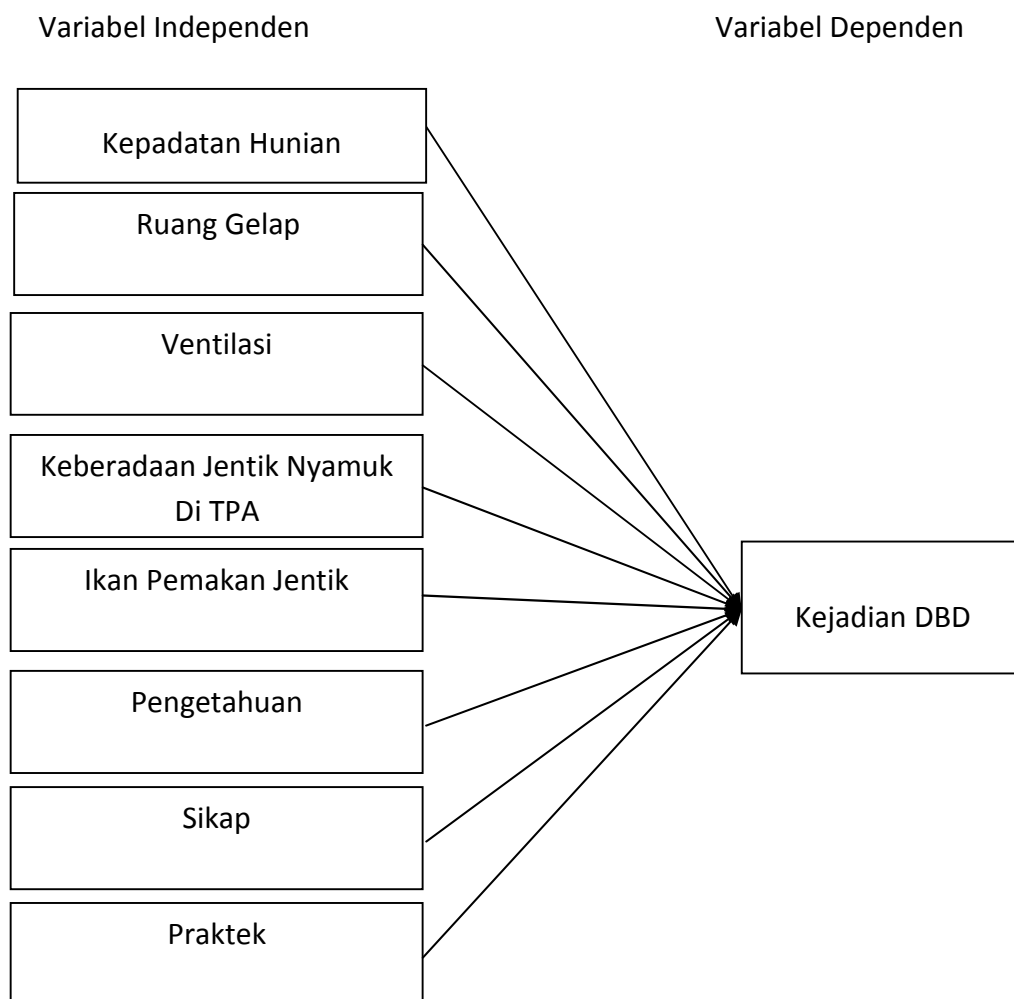
Gambar 2.3 Kerangka Teori Penelitian Menurut Sunaryo (2014) Sutary (2015) dan Misnadialy (2015)

BAB III

KERANGKA KONSEPTIONAL

3.1 Konsep Konsep

Berdasarkan teori yang dikemukakan Sunaryo, 2014. Sutaryo, 2015 dan Misnadialy, 2015 terhadap Sanitasi Lingkungan Rumah Dengan Kejadian DBD dipengaruhi kerangka konsep penelitian dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Variabel Penelitian

3.2.1 Variabel Independen

Variabel independent meliputi: kepadatan hunian, ruang gelap, ventilasi, keberadaan jentik di TPA, ikan pemakan jentik, pengetahuan, sikap dan praktik

3.2.2 Variabel Dependen

Variabel dependen meliputi: kejadian DBD.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.2 Definisi Oprasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen						
1	Kejadian DBD	Gejala demam tinggi mendadak dalam jangka waktu 2-7 hari dengan satu atau lebih gejala berikut : tes torniquet positif, perdarahan di bawah kulit (<i>petechiae</i> , <i>encymoses</i> , purpura, perdarahan di sekitar tempat penyuntikan), perdarahan pada mukosa (<i>hematemesis</i> , <i>melena</i>), pembesaran hati.	Wawancara	Kuesioner	- Pernah - Tidak Pernah	Ordinal

Tabel 3.2 Definisi Oprasional

2	Kepadatan Hunian	Persyaratan kepadatan hunian rumah berdasarkan Kepmenkes RI No. 829/1999 yaituluas ruang tidur minimal 8 m ² dan tidak dianjurkan digunakan lebih dari dua orang dalam satu ruang tidur	Meteran	Cheklis	- Padat - Tidak Padat	Ordinal
3	Ruang Gelap	Pencahayaan yang memenuhi syarat sebesar 60 – 120 lux. Luas jendela yang baik minimal 10 % - 20 % dari luas lantai	Wawancara	Kuesioner	- Baik - Kurang Baik	Ordinal
4	Ventilasi	Lubang aliran udara yang ada di rumah yang tertutup jaring atau tidak, ukuran ventilasi memenuhi syarat 10% luas lantai	Wawancara	Kuesioner	- Baik - Kurang Baik	Ordinal
5	Keberadaa n Jentik Di TPA	Ada atau tidak adanya jentik Aedes aegypti pada berbagai tempat perindukan buatan, dan sampah padat di TPA yang dilihat dengan cara visual menggunakan senter.	Observasi	Cheklis	- Ada - Tidak Ada	Ordinal
6	Ikan Pemakan Jentik	Memelihara ikan pemakan jentik misalnya ikan kepala timah, ikan gupi, ikan upang/tempalo.	Observasi	Cheklis	- Ada - Tidak Ada	Ordinal

Tabel 3.2 Definisi Oprasional

7	Pengetahuan	Pengetahuan responden tentang DBD meliputi penyakit DBD, gejala dan tempat-tempat perkembangbiakan jentik yang dapat menimbulkan penyakit DBD	Wawancara	Kuesioner	- Tinggi - Rendah	
8	Sikap	Respon atau reaksi ibu rumah tangga tentang kejadian DBD yang diukur dengan menanyakan pendapat responden tentang kejadian DBD, melalui panduan suatu kuesioner	Wawancara	Kuesioner	- Baik - Kurang Baik	Ordinal
9	Praktek	Keadaan bebas jentik pada tempat penampungan air seperti bak, kontainer, vas bunga, talang air, kolam dan tempat pembuangan sampah	Observasi	Cheklis	- Baik - Kurang Baik	Ordinal

3.4 Pengukuran Variable

1. Kejadian DBD

- a. Pernah : Bila ada dirawat
- b. Tidak Pernah : Bila tidak ada di rawat

2. Kepadatan Hunian

- a. Memenuhi Syarat
- b. Tidak Memenuhi Syarat

3. Ruang Gelap
 - a. Gelap
 - b. Tidak gelap
4. Ventilasi
 - a. Baik
 - b. Kurang Baik
5. Keberadaan Jentik Nyamuk di TPA
 - a. Ada : Bila total nilai skor ≥ 22.5
 - b. Tidak Ada : Bila total nilai skor < 22.5
6. Ikan Pemakan Jentik
 - a. Ada : Bila total nilai skor ≥ 22.5
 - b. Tidak Ada : Bila total nilai skor < 22.5
7. Pengetahuan
 - a. Tinggi : Bila total nilai skor ≥ 13.5
 - b. Rendah : Bila total nilai skor < 13.5
8. Sikap
 - a. Baik : Bila total nilai skor ≥ 33
 - b. Kurang Baik : Bila total nilai skor < 33
9. Praktek
 - a. Baik : Bila total nilai skor ≥ 15
 - b. Kurang Baik : Bila total nilai skor < 15

3.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban atau pernyataan sementara mengenai rumusan dari penelitian yang dikemukakan (Supiyono, 2011).

1. Ha : Ada hubungan antara kepadatan hunia dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
2. Ha : Ada hubungan antara ruang gelap dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
3. Ha : Ada hubungan antara ventilasi dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
4. Ha : Ada hubungan antara keberadaan jentik nyamuk di TPA dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
5. Ha : Ada hubungan antara Ikan pemakan jentik dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
6. Ha : Ada hubungan antara pengetahuan dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
7. Ha : Ada hubungan antara sikap dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.
8. Ha : Ada hubungan antara peraktekdengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie.

BAB IV METODELOGI PENELITIAN

4.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini bersifat *diskriptif analitik* dengan desain *cross sectional* yaitu mengukur *variabel independen* dan *variabel dependen* yang dilakukan dalam waktu yang bersamaan (Supiyono, 2011), untuk mengetahui hubungan sanitasi lingkungan rumah dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie Tahun 2019.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 110 orang dan 20 orang yang tidak terkena DBD yang berada di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie selama tahun 2017 sampai dengan 2018.

4.2.2. Sampel

Menentukan besarnya sampel yang akan diambil untuk subjek penelitian ini menggunakan rumus slovin dalam Notoatmodjo, (2007) yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

$$n = \frac{110}{1 + 110 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{110}{1 + 2,10}$$

$$n = 52,3$$

Menjadi: 52 yang suspek DBD dan 20 Tidak Terkena DBD total sampel menjadi 72 orang.

TABEL 4.1
DISTRIBUSI PENGAMBILAN SAMPEL DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE PADA TAHUN 2017 DAN 2018

No	Puskesmas	2017	2018	Jumlah	Rumus Proporsi	Sampel
1	Pidie	75	14	89	$89/110 \times 52.38 = 42.18$	42
2	Mutiara Timur	16	5	21	$21/110 \times 52.38 = 9.99$	10
Jumlah				110		52

Berdasarkan tabel 4.1 diatas, pemilihan sampel dilakukan dengan teknik

Random Sampling, Maka diperoleh 52 sampel sebagaimana ditentukan pada Tabel

4.2

4.3. Teknik Pengambilan Sampel

TABEL 4.2
DISTRIBUSI NOMOR URUT SAMPEL DENGAN MENGGUNAKAN
TEKNIK *RANDOM SAMPLING*

No	Nomor Urut Sampel	
	Puskesmas Pidie	Puskesmas Mutiara Timur
1	43	21
2	57	5
3	3	7
4	28	15
5	21	18
6	35	17
7	45	13
8	23	3
9	52	10
10	16	16
11	18	
12	12	
13	71	
14	67	
15	56	
16	5	
17	11	
18	14	

TABEL 4.3
DISTRIBUSI NOMOR URUT SAMPEL DENGAN MENGGUNAKAN

TEKNIK RANDOM SAMPLING

19	14	
20	32	
21	19	
22	55	
23	53	
24	69	
25	60	
26	54	
27	29	
28	10	
29	6	
30	29	
31	15	
32	7	
33	77	
34	19	
35	13	
36	80	
37	44	
38	17	
39	46	
40	8	
41	48	
42	59	
Jumlah	42	10

1. Pengambilan sampel untuk DBD dilakukan secara Proporsional *Random Sampling* yaitu semua populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk menjadi sampel. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan cara menulis semua nama pada kertas kecil dan digulung, kemudian dilakukan pengundian Nama-nama tersebut dengan cara melotre, selanjutnya nama yang muncul pertama langsung dijadikan sebagai sampel. Pengundian akan dihentikan bila telah mencapai jumlah yang diinginkan

2. Pengambilan sampel untuk responden yang tidak terkena DBD sebanyak 20 orang yang terdiri dari Puskesmas Mutiara Timur sebanyak 10 orang dan Puskesmas Pidie 10 orang yang di ambil secara acak.

4.4. Jenis Data

4.4.1. Data Primer

Data yang diperoleh dari peninjauan langsung ke lapangan melalui wawancara menggunakan kuesioner dan observasi dengan menggunakan *check list* meliputi kejadian DBD, faktor lingkungan fisik, faktor lingkungan bioloo dan faktor prilaku yang dilakukan oleh peneliti sendiri dan dibantu oleh *enumerator 2 orang*.

4.4.2. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari Dinas kesehatan meliputi Profil Kesehatan Provinsi, puskesmas yaitu tentang kejadian DBD meliputi jumlah kejadian DBD yang terkait lainnya.

4.5. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie, penelitian dilakukan pada tanggal 24 April sampai dengan 13 Mei 2019.

4.6 Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dengan menggunakan metode wawancara berupa kuisioner yang berisikan daftar pertanyaan kepada responden.

4.7 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan melalui sistem komputer dengan tahapan sebagai berikut :

1. *Editing*

Kegiatan untuk melakukan pencegahan isian kuesioner apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah :

- a. Lengkap, yaitu semua pertanyaan sudah terisi jawabannya
- b. Jelas, yaitu jawaban pertanyaan apakah tulisannya cukup jelas dan terbaca
- c. Relevan, yaitu tertulis apakah sudah relevan dengan pertanyaannya
- d. Konsisten, yaitu apakah pertanyaan sesuai dengan jawaban

2. *Coding*

Setelah selesai *editing*, penulis melakukan pengkodean data yakni memberikan angka atau tanda pada setiap jawaban yang terdapat pada lembaran kuesioner untuk memudahkan dalam proses entri dan analisa data.

3. *Tabulating*

Setelah data dilakukan dengan *editing dan coding*, langkah selanjutnya memindahkan data sesuai dengan kelompok data dalam suatu tabel dengan tujuan untuk memudahkan analisa data dan pengambilan kesimpulan. Tabel univariat yang terdapat di dalam bab IV.

4. *Cleaning*

Selanjutnya data diperiksa kelengkapan dan kebenarannya sebelum kemudian di analisa.

5. Analisis

Selanjutnya data di olah dengan menggunakan program SPSS versi 17.0

4.8 Analisa Data

4.8.1 Analisa Univariat

Analisis univariat dengan menjabarkan secara deskriptif distribusi frekuensi variabel-variabel yang diteliti baik variabel terikat (*dependen*) maupun variabel bebas (*independen*) dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis ini digunakan untuk mengetahui hipotesis dengan menentukan hubungan antara variabel bebas (*independen*) dengan variabel terikat (*dependen*) dengan menggunakan uji statistik chi-square.

Disini perhitungan dilakukan dengan komputerisasi *Statistical Progame For Social Science* (SPSS) dengan taraf nyata 95%, untuk membuktikan hipotesa yaitu dengan ketentuan jika P value < 0,05 (H_0 ditolak) sehingga disimpulkan H_a diterima yang berarti ada hubungan bermakna. Sedangkan bila P value > 0,05 berarti hasil perhitungan statistik tidak ada hubungan yang bermakna (Sabri, 2011)

Untuk mengetahui adanya nilai E kurang dari 5, dapat dilihat pada footnote b dibawah kotak *Chi-Square Test*, dan tertulis nilainya 0 cell (0%). Berarti pada tabel silang tidak ditemukan ada nilai $E < 5$ (Sabri, 2011)

Menurut Priyatno (2010), aturan yang berlaku pada *Chi Square* adalah:

1. Bila pada 2 x 2 dijumpai nilai *Expected* (harapan) kurang dari 5, maka yang digunakan adalah "*Fisher's Exact Test*"

2. Bila table 2 x 2, dan tidak ada nilai $E < 5$, maka uji yang dipakai sebaiknya "*Continuity Correction (a)*"

3. Bila tabelnya lebih dari 2 x 2, misalnya 3 x 2, 3 x 3 dsb, maka digunakan uji "*Pearson Chi Square*"

Analisis data dilakukan dengan menggunakan SPSS versi 17.0 untuk membuktikan hipotesis yaitu bila nilai P Value < nilai alpha 5% (0,05) maka hasil perhitungan bermakna (*Signifikan*) dan bila P Value > nilai alpha 5% (0,05) maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna (Priyatno, 2010).

4.9 Penyajian Data

Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, tabel tabulasi silang dan narasi.

BAB V

GAMBARAN UMUM

5.1. Gambaran Geografis

Puskesmas Pidie terletak di Kecamatan Pidie Kabupaten Pidie. Gampong Barat salah satu desa yang terletak di kemukiman Paloh Kecamatan Pidie Kabupaten Pidie yang jarak 4 Km dari pusat kecamatan. Luas wilayah gampong Barat adalah 60 Ha, yang terdiri dari 4 dusun yaitu dusun Ujong Puteh, Merak, Umong Mee dan Sukon.

Adapun batas wilayah Gampong Barat adalah :

Sebelah Utara	: Gampong Pukat
Sebelah Selatan	: Meunasah Kelibeuet Dayah Tutong
Sebelah Timur	: Meunasah Gampong
Sebelah Barat	: Gampong Meunasah Raya Sanggeue

5.2. Perkembangan Kependudukan

Pertumbuhan penduduk di wilayah gampong Barat Kecamatan Pidie Kabupaten Pidie, Pada 2018 jumlah penduduk sebanyak 648 jiwa.

BAB VI

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1 Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan pada tanggal 24 April sampai dengan 13 Mei 2019. Untuk mengetahui hubungan sanitasi lingkungan rumah dengan kejadian DBD diwilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie Tahun 2019. Maka hasil penelitian disajikan sebagai berikut:

6.1.1. Analisis Univariat

TABEL 6.1
DISTRIBUSI KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019

No	Kejadian DBD	Frekuensi	%
1	Pernah	46	63.9
2	Tidak Pernah	26	36.1
Total		72	100

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan hasil Tabel 6.1 menunjukkan bahwa kejadian dbd diwilayah kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie yaitu hanya (63.9%) pernah dan (36.1%) tidak pernah.

TABEL 6.4.
DISTRIBUSI KEPADATAN HUNIAN TERHADAP KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019

No	Kepadatan Hunian	Frekuensi	%
1	Padat	29	40.3
2	Tidak Padat	43	59.7
Total		72	100

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan hasil Tabel 6.2 menunjukkan bahwa kepadatan hunian yaitu (40.3%) padat dan tidak padat sebesar (59.7%).

TABEL 6.3.
DISTRIBUSI RUANG GELAP HUNIAN TERHADAP KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE
KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019

No	Ruang Gelap Hunian	Frekuensi	%
1	Kurang Baik	12	16.7
2	Baik	60	83.3
Total		72	100

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan hasil Tabel 6.3 menunjukkan bahwa ruang gelap hunian sebesar (16.7%) kurang baik dan (83.3%) baik.

TABEL 6.4.
DISTRIBUSI VENTILASI HUNIAN TERHADAP KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE
KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019

No	Ventilasi Hunian	Frekuensi	%
1	Kurang Baik	11	15.3
2	Baik	61	84.7
Total		72	100

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan hasil Tabel 6.4 menunjukkan bahwa ventilasi hunian sebesar (15.3%) kurang baik dan (84.7%) baik.

TABEL 6.5.
DISTRIBUSI KEBERADAAN JENTIK NYAMUK TERHADAP KEJADIAN DBD DIWILAYAH
KERJA PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE
KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019

No	Kebudayaan Jentik Nyamuk	Frekuensi	%
1	Ada	46	63.9
2	Tidak Ada	26	36.1
Total		72	100

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan hasil Tabel 6.5 menunjukkan bahwa keberadaan jentik nyamuk sebesar (63.9%) ada dan (36.1%) tidak ada.

TABEL 6.6.
DISTRIBUSI IKAN PEMAKAN JENTIK NYAMUK TERHADAP KEJADIAN DBD
DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE
KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019

No	Ikan Pemakan Jentik Nyamuk	Frekuensi	%
1	Ada	44	61.1
2	Tidak Ada	28	38.9
Total		72	100

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan hasil Tabel 6.6 menunjukkan bahwa ikan pemakan jentik nyamuk sebesar (61.1%) ada dan (38.9%) tidak ada.

TABEL 6.7.
DISTRIBUSI PENGETAHUAN TERHADAP KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE
KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019

No	Pengetahuan	Frekuensi	%
1	Tinggi	34	47.2
2	Rendah	38	52.8
Total		72	100

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan hasil Tabel 6.7 menunjukkan bahwa pengetahuan sebesar (47.2%) tinggi dan (52.8%) rendah.

TABEL 6.8.
DISTRIBUSI SIKAP PENGHUNI TERHADAP KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE
TAHUN 2019

No	Sikap Penghuni	Frekuensi	%
1	Baik	41	56.9
2	Kurang Baik	31	43.1
Total		72	100

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan hasil Tabel 6.8 menunjukkan bahwa sikap penghuni sebesar (56.9%) baik dan (43.10%) kurang baik.

TABEL 6.9.
DISTRIBUSI PRAKTEK 3M TERHADAP KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE
TAHUN 2019

No	Praktek 3M	Frekuensi	%
1	Kurang Baik	32	44.4
2	Baik	40	55.6
Total		72	100

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan hasil Tabel 6.9 menunjukkan bahwa Praktik 3M sebesar (44.4%) kurang baik dan (55.6%) baik.

6.1.2 Analisis Bivariat

TABEL 6.10
HUBUNGAN KEPADATAN HUNIAN DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE
TAHUN 2019

No	Kepadatan Hunia	Kejadian DBD				Total		P. Value
		Pernah		Tidak Pernah				
		F	%	F	%	F	%	0.082
1	Padat	22	75.9	7	24.1	29	100	
2	Tidak Padat	24	55.8	19	44.2	43	100	
Jumlah		46		27		72	100	

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan Tabel 6.10 diketahui persentase kejadian DBD pernah lebih besar (75.9%) pada kepadatan hunian padat dibandingkan kepadatan hunian tidak padat sebesar (55.8%). Sedangkan kejadian DBD tidak pernah sebesar (44.2%) pada

kepadatan hunia tidak padat dibandingkan responden yang kepadatan huniannya padat sebesar (24.1%).

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kepadatan hunian dengan kejadian DBD yang ditunjukkan dengan nilai *P Value* = 0.082.

TABEL 6.11
HUBUNGAN RUANG GELAP HUNIAN DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE
TAHUN 2019

No	Ruang Gelap Hunia	Kejadian DBD				Total		P. Value
		Pernah		Tidak Pernah				
		F	%	F	%	F	%	0.380
1	Kurang Baik	9	75.0	3	25.0	12	100	
2	Baik	37	61.7	23	38.3	60	100	
Jumlah		46		26		72	100	

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan Tabel 6.11 diketahui persentase kejadian DBD pernah lebih besar (75.0%) pada ruang gelap hunia kurang baik dibandingkan pada ruang gelap hunia baik sebesar (61.7%). Sedangkan kejadian DBD tidak pernah sebesar (38.3%) pada pada ruang gelap hunian baik dibandingkan responden yang pada ruang gelap hunia kurang baik sebesar (25.0%).

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pada ruang gelap hunia dengan kejadian DBD yang ditunjukkan dengan nilai *P Value* = 0.380.

TABEL 6.12
HUBUNGAN VENTILASI HUNIAN DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE
TAHUN 2019

No	Ventilasi Hunian	Kejadian DBD				Total		P. Value
		Pernah		Tidak Pernah				
		F	%	F	%	F	%	0.507
1	Kurang Baik	8	72.7	3	27.3	39	100	
2	Baik	38	62.3	23	37.7	33	100	
Jumlah		46		26		69	100	

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan Tabel 6.12 diketahui persentase kejadian DBD pernah lebih besar (72.7%) pada ventilasi hunian kurang baik dibandingkan pada ventilasi hunian baik sebesar (62.3%). Sedangkan kejadian DBD tidak pernah sebesar (37.7%) pada pada ventilasi hunian baik dibandingkan responden yang pada ventilasi hunian kurang baik sebesar (27.3%).

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pada ventilasi hunian dengan kejadian DBD yang ditunjukkan dengan nilai *P Value* = 0.507.

TABEL 6.13
HUBUNGAN KEBERADAAN JENTIK NYAMUK DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH
KERJA PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE
TAHUN 2019

No	Keberadaan Jentik Nyamuk	Kejadian DBD				Total		P. Value
		Pernah		Tidak Pernah				
		F	%	F	%	F	%	0.004
1	Ada	35	76.1	11	23.9	46	100	
2	Tidak Ada	11	42.3	15	57.7	26	100	
Jumlah		44		25		72	100	

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan Tabel 6.13 diketahui persentase kejadian DBD pernah lebih besar (76.1%) pada keberadaan jentik nyamuk ada dibandingkan pada keberadaan jentik nyamuk tidak ada sebesar (42.3%). Sedangkan kejadian DBD tidak pernah sebesar (57.7%) pada pada keberadaan jentik nyamuk tidak ada dibandingkan responden yang pada keberadaan jentik nyamuk ada sebesar (23.9%).

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pada keberadaan jentik nyamuk dengan kejadian DBD yang ditunjukkan dengan nilai *P Value* = 0.004.

TABEL 6.14
HUBUNGAN IKAN PEMAKAN JENTIK DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE
TAHUN 2019

No	Ikan Pemakan Jentik	Kejadian DBD				Total		P. Value
		Pernah		Tidak Pernah				
		F	%	F	%	F	%	0.003
1	Tidak Ada	34	77.3	10	22.7	44	100	
2	Ada	12	42.9	16	57.1	28	100	
Jumlah		46		26		72	100	

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan Tabel 6.14 diketahui persentase kejadian DBD pernah lebih besar (77.3%) pada ikan pemakan jentik tidak ada dibandingkan pada ikan pemakan jentik ada sebesar (42.9%). Sedangkan kejadian DBD tidak pernah sebesar (57.1%) pada pada ikan pemakan jentik ada dibandingkan responden yang pada ikan pemakan jentik tidak ada sebesar (22.7%).

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pada ikan pemakan jentik tidak dengan kejadian DBD yang ditunjukkan dengan nilai *P Value* = 0.003.

TABEL 6.15
HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE
TAHUN 2019

No	Pengetahuan	Kejadian DBD				Total		P. Value
		Pernah		Tidak Pernah				
		F	%	F	%	F	%	0.001
1	Tinggi	29	85.3	5	14.7	34	100	
2	Rendah	17	44.7	21	55.3	38	100	
Jumlah		46		26		72	100	

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan Tabel 6.15 diketahui persentase kejadian DBD pernah lebih besar (85.3%) pada pengetahuan tinggi dibandingkan pada pengetahuan rendah sebesar (44.7%). Sedangkan kejadian DBD tidak pernah sebesar (55.3%) pada pada pengetahuan rendah dibandingkan responden yang pada ikan pengetahuan tinggi (14.7%).

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pada pengetahuan dengan kejadian DBD yang ditunjukkan dengan nilai *P Value* = 0.001.

TABEL 6.16
HUBUNGAN SIKAP PENGHUNI DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE
TAHUN 2019

No	Sikap Penghuni	Kejadian DBD				Total		P. Value
		Pernah		Tidak Pernah				
		F	%	F	%	F	%	0.001
1	Baik	33	80.5	8	19.5	41	100	
2	Kurang Baik	13	41.9	18	58.1	31	100	
Jumlah		46		26		72	100	

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan Tabel 6.16 diketahui persentase kejadian DBD pernah lebih besar (80.5%) pada sikap penghuni baik dibandingkan pada sikap penghuni kurang baik sebesar (41.9%). Sedangkan kejadian DBD tidak pernah sebesar (58.1%) pada pada sikap penghuni kurang baik dibandingkan responden yang pada sikap penghuninya baik sebesar (19.5%).

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pada sikap penghuni dengan kejadian DBD yang ditunjukkan dengan nilai *P Value* = 0.001.

TABEL 6.17
HUBUNGAN PRAKTIK 3M DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS
MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE
TAHUN 2019

No	Praktik 3M	Kejadian DBD				Total		P. Value
		Pernah		Tidak Pernah				
		F	%	F	%	F	%	0.024
1	Kurang Baik	25	78.1	7	21.9	32	100	
2	Baik	21	52.5	19	47.5	40	100	
Jumlah		46		26		72	100	

Sumber : Data Primer diolah 2019

Berdasarkan Tabel 6.17 diketahui persentase kejadian DBD pernah lebih besar (78.1%) pada praktik 3M kurang baik dibandingkan pada si praktik 3M baik sebesar (52.5%). Sedangkan kejadian DBD tidak pernah sebesar (47.5%) pada pada praktik 3M baik dibandingkan responden yang pada praktik 3M kurang baik sebesar (21.9%).

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pada praktik 3M dengan kejadian DBD yang ditunjukkan dengan nilai *P Value* = 0.024.

6.2 Pembahasan

6.2.1 Kepadatan Hunian Dengan Kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hubungan kepadatan hunian dengan kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie. Dari data penelitian tabulasi silang diketahui bahwa tidak ada hubungan antara kepadatan hunian dengan Kejadian DBD dengan *P Value*

0.082, dari 72 responden yang diteliti diperoleh tentang kepadatan hunian sebanyak (40.3%) padat dan kepadatan hunian tidak padat sebesar (59.7%).

Hasil Ita Maria tahun 2013 di Makassar Pada penelitian ini ditemukan bahwa kelompok kasus lebih banyak yang memiliki hunian rumah yang padat (risiko tinggi) sebesar 37 orang (71,2%), sedangkan pada kelompok kontrol lebih banyak yang memiliki hunian rumah yang tidak padat (risiko rendah) sebesar 33 orang (63,5%). Hunian rumah yang padat merupakan faktor risiko kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan nilai OR =4,28 (95% CI 1,88- 9,76). Risiko responden yang tinggal di rumah yang memiliki hunian yang padat untuk terkena Demam Berdarah Dengue 4,28 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang tinggal di rumah yang memiliki hunian yang tidak padat dan dilihat dari nilai LL dan UL, variabel kepadatan hunian bermakna secara statistik.

Kepadatan penduduk dapat mempengaruhi jumlah kejadian DBD. Jumlah individu yang besar di suatu wilayah tertentu akan memudahkan penyebaran penyakit DBD, karena akan mempermudah dan mempercepat transmisi virus Dengue dari vektor. Dan semakin padat penduduk maka akan menyebabkan kepadatan hunian. kepadatan penghuni adalah perbandingan jumlah penghuni dengan luas rumah dimana berdasarkan standar kesehatan adalah 10 m² per penghuni, semakin luas lantai rumah maka semakin tinggi pula kelayakan hunian sebuah rumah.

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden memiliki hunian yang tidak padat. Hasil tersebut didapatkan setelah diketahui luas rumah dan jumlah penghuni dalam rumah tersebut. Menurut

UU no 1 tahun 2011 Tentang Perumahan Dan Kawasan Permukiman dijelaskan bahwa suatu hunian dikatakan padat apabila kepadatan huniannya.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Antonius (2005) yang menyatakan bahwa daerah yang terjangkit demam berdarah dengue pada umumnya adalah kota/wilayah yang padat penduduk. Rumah yang saling berdekatan memudahkan penularan penyakit DBD, mengingat nyamuk *Ae aegypti*. Lingkungan pemukiman yang padat penduduk lebih memudahkan bagi nyamuk untuk menularkan penyakit DBD, mengingat kebiasaan nyamuk yang melakukan multibites.

6.2.2 Ruang Gelap Hunian Dengan Kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hubungan ruang gelap hunian dengan kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie. Dari data penelitian tabulasi silang diketahui bahwa tidak ada hubungan antara ruang gelap hunian dengan Kejadian DBD dengan *P Value* 0.380, dari 72 responden yang diteliti diperoleh tentang ruang gelap hunian sebanyak (16.7%) kurang baik dan ruang gelap hunian baik sebesar (83.3%).

Nyamuk *Aedes Aegypti* bersifat diurnal atau aktif pagi hingga siang hari, nyamuk biasanya beristirahat pada benda-benda yang menggantung di dalam rumah seperti gorden, kelambu, dan pakaian diruang yang gelap.

Keberadaan pakaian yang menggantung dalam ruangan merupakan tempat yang disenangi nyamuk *Ae. aegypti* untuk beristirahat setelah menghisap darah manusia (*resting place*). *Ae.aegypti* beristirahat pada pakaian yang tergantung di kamar yang telah dipakai, karena pada pakaian terdapat beberapa zat yang dapat

menarik nyamuk seperti asam amino, asam laktat dan zat lainnya. Nyamuk tertarik pada aroma tubuh manusia karena karbondioksida dari pernafasan. Selanjutnya jika pakaian tersebut digantung maka akan meningkatkan populasi nyamuk yang hidup di dalam rumah.

6.2.3 Ventilasi Hunian Dengan Kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hubungan ventilasi hunian dengan kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie. Dari data penelitian tabulasi silang diketahui bahwa tidak ada hubungan antara ventilasi hunian dengan Kejadian DBD dengan *P Value* 0.507, dari 72 responden yang diteliti diperoleh tentang ventilasi hunian sebanyak (15.3%) kurang baik dan ventilasi hunian baik sebesar (84.7%).

Ventilasi rumah mempunyai banyak fungsi, salah satunya yaitu menjaga agar sirkulasi udara didalam rumah tersebut lancar. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya O₂ didalam rumah dan menyebabkan kelembaban udara didalam ruangan baik. Tingkat kelembaban optimum nyamuk antara 60 % - 80 %, luas ventilasi alamiah yang permanen minimal >10% dari luas lantai.

Penelitian yang dilakukan Maria (2013) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara penggunaan kasa pada ventilasi dengan kejadian DBD. Hasil penelitian tersebut memperkuat penelitian ini bahwa penggunaan kasa berhubungan dengan kejadian DBD. Penggunaan kasa pada ventilasi cukup penting untuk mencegah nyamuk masuk ke dalam rumah, namun masih jarang responden yang memasang kasa pada ventilasinya.

Kurangnya penggunaan kasa pada ventilasi disebabkan responden yang belum mengetahui manfaat dari penggunaan kasa. Ketidaktahuan tersebut menyebabkan responden menganggap bahwa penggunaan kasa pada ventilasi kurang penting. Ada pula responden yang memberikan alasan tidak memasang kasa karena harga kasa yang mahal, sehingga tidak mampu untuk membeli. Rumah dengan kondisi ventilasi yang tidak menggunakan kasa akan memudahkan nyamuk untuk masuk keluar rumah dan menggigit manusia serta meletakkan telurnya di kontainer.

Dengan dipasangnya kasa pada ventilasi, maka kemungkinan nyamuk untuk masuk ke rumah dan menggigit manusia dapat dicegah sehingga risiko terkena penyakit DBD semakin kecil. Sangat jarang ditemukan rumah warga yang memasang kasa pada ventilasinya. Kurangnya contoh rumah warga yang memasang kasa serta tidak adanya budaya memasang kasa pada ventilasi membuat warga lain tidak tertarik untuk memasangnya.

Penggunaan kasa pada ventilasi dapat mencegah penularan penyakit DBD. Keadaan jarak antar rumah yang dekat dapat memudahkan berpindahnya nyamuk dari satu rumah ke rumah yang lain. Jika jarak antar rumah berjauhan atau > 100 m, maka nyamuk sulit untuk menjangkaunya. Jarak antar rumah cukup penting dalam kehidupan bertetangga. Jarak antar rumah yang berdempetan juga dapat menimbulkan masalah. Diantaranya masalah rembesan air yang dialami oleh salah seorang responden. Rembesan air pada tembok akan menyebabkan hawa dalam rumah menjadi lembab. Lembabnya udara di dalam rumah selain menimbulkan tumbuhnya jamur, juga menjadi sarang yang nyaman bagi nyamuk *Aedes aegypti*.

Jarak antar rumah juga dapat menimbulkan masalah pencahayaan dan sirkulasi udara.

6.2.4 Keberadaan Jentik Nyamuk Dengan Kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hubungan keberadaan jentik nyamuk dengan kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie. Dari data penelitian tabulasi silang diketahui bahwa ada hubungan antara keberadaan jentik nyamuk dengan Kejadian DBD dengan *P Value* 0.004, dari 72 responden yang diteliti diperoleh tentang keberadaan jentik nyamuk sebanyak (63.9%) ada dan keberadaan jentik nyamuk tidak ada sebesar (36.1%).

Penelitian ini juga selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Rusmimpong (2012) yang menyebutkan bahwa ada hubungan keberadaan jentik dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Simpang Kawat Kota Jambi dengan nilai $p = 0,001$. Keberadaan jentik dapat berhubungan dengan kejadian DBD besar kemungkinannya dikarenakan keberadaan jentik sangat berpotensi untuk menularkan virus dengue setelah jentik menjadi nyamuk dewasa yang infeksi virus dengue.

Keberadaan larva merupakan faktor yang penting terhadap kejadian DBD. Tempat Penampungan Air (TPA) yang digunakan oleh masyarakat jika tidak diperhatikan dengan baik maka akan menjadi tempat yang potensial bagi nyamuk untuk berkembangbiak

Dengue Haemmoragic Fever atau yang biasa disebut Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit berbasis lingkungan yang banyak ditemukan di

daerah tropis dan sub tropis yang penularannya melalui gigitan nyamuk spesies *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Faktor lingkungan yang memberi pengaruh terhadap kejadian DBD adalah lingkungan fisik seperti tempat perkembangbiakan nyamuk, iklim, dan kondisi rumah. Sanitasi lingkungan yang baik serta upaya untuk memanipulasi lingkungan merupakan cara untuk mencegah terjadinya kejadian DBD. Upaya sanitasi lingkungan yang dapat dilakukan untuk mencegah kejadian DBD adalah melakukan pemberantasan tempat perkembangbiakan larva *Aedes aegypti* melalui tindakan menutup, menguras dan mengubur (3M) tempat penampungan air dan menghilangkan kebiasaan menggantung pakaian.

Masyarakat sebaiknya selalu memperhatikan kondisi Tempat Penampungan Air (TPA) yang digunakan untuk menampung air sehari-hari apakah sudah memiliki penutup atau jika sudah memiliki penutup agar memperhatikan kondisi penutup berada dalam kondisi yang baik. Selain itu, masyarakat juga harus selalu memperhatikan kebersihan Tempat Penampungan Air (TPA) dan rutin (seminggu sekali) melakukan 3M walaupun Tempat Penampungan Air (TPA) sudah berada dalam kondisi tertutup (Erniwati, 2014)

Tempat Penampungan Air (TPA) terdiri dari tempat penampungan air dalam rumah dan tempat penampungan air luar rumah. Tempat penampungan air dalam rumah yaitu ember/baskom, gentong, tempayan dan bak mandi/wc. Sedangkan tempat penampungan air luar rumah yaitu kaleng vas bunga, kolam ikan, dan lain-lain. Keberadaan tempat penampungan air di dalam maupun luar rumah sangat berpengaruh terhadap ada tidaknya larva *Aedes aegypti*, bahkan tempat penampungan air tersebut bisa menjadi tempat perkembangbiakan menjadi nyamuk dewasa sehingga dapat menjadi vektor DBD. Salah satu tempat

penampungan air dalam rumah yang sering dijumpai adalah bak mandi/wc. Menguras tempat penampungan air tersebut minimal sekali dalam seminggu dapat mengurangi tempat berkembangbiaknya larva *Aedes aegypti* (Bustan, 2012)

Nyamuk *Aedes aegypti* ini hidup dan berkembang biak pada tempat-tempat penampungan air bersih yang tidak langsung berhubungan dengan tanah seperti bak mandi/WC, minuman burung, air tandon, air tempayan atau gentong, kaleng, ban dan lain-lain. Sejak pertama kali ditemukan sampai saat ini demam berdarah masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cenderung meningkat jumlah penderitanya serta semakin luas penyebarannya (Chaturvedi, 2013)

Dengan adanya jentik menunjukkan di rumah tersebut terdapat nyamuk *aedes agypti* karena nyamuk tersebut bersifat domestik sehingga untuk meletakkan telur akan mencari tempat perindukan terdekat yaitu yang terdapat di dalam rumah itu sendiri. Tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* berupa genangan air yang tertampung di suatu tempat atau bejana. Tempat penampungan air untuk keperluan sehari-hari termasuk bak mandi (Kemenkes RI, 2010)

6.2.5 Ikan Pemakan Jentik Nyamuk Dengan Kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hubungan ikan pemakan jentik nyamuk dengan kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie. Dari data penelitian tabulasi silang diketahui bahwa ada hubungan antara ikan pemakan jentik nyamuk dengan Kejadian DBD dengan *P Value* 0.003, dari 72 responden yang diteliti diperoleh tentang ikan pemakan jentik nyamuk sebanyak (61.1%) tidak ada dan ikan pemakan jentik nyamuk ada sebesar (38.9%).

6.2.6 Pengetahuan Dengan Kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hubungan pengetahuan dengan kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie. Dari data penelitian tabulasi silang diketahui bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan Kejadian DBD dengan *P Value* 0.001, dari 72 responden yang diteliti diperoleh tentang pengetahuan sebanyak (47.2%) tinggi dan pengetahuan rendah sebesar (52.8%).

Pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan suatu objek tertentu melalui pasca indera manusia. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Herminingrum, 2013). Pengetahuan seseorang mengenai praktek 3M yang terdiri dari praktek menguras tempat penampungan air kurang dari seminggu sekali, praktek menutup tempat penampungan air, dan praktek membuang atau mengubur barang-barang bekas yang dapat menjadi tempat penampungan air sehingga dapat mempengaruhi keadaan jentik nyamuk *Aedes aegypti* (Hastuti, 2014).

Pengetahuan dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain tingkat pendidikan, umur, pekerjaan, dan kultur setempat. Semakin tinggi pendidikan maka semakin besar kemampuan menyerap informasi. Pendidikan merupakan faktor yang paling kuat dalam pengetahuan. Pendidikan tidak mutlak harus pendidikan formal, tetapi dapat berupa pendidikan non formal melalui buku, poster, media masa, penyuluhan oleh petugas kesehatan dan lain-lain (Misnadiyah, 2015).

Memahami dapat diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara tepat terhadap obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi secara tepat. Seseorang yang telah paham setelah mempelajari materi harus dapat menjelaskan, meramalkan, menyebutkan contoh, dan menyimpulkan terhadap suatu materi yang telah dipelajari tersebut. Misal : dapat menjelaskan pentingnya melakukan PSN untuk mencegah terkena penyakit DBD.

Suatu materi dari apa yang sudah dipelajari sebelumnya, kata kerja untuk mengukur bahwa seseorang tahu tentang apa yang telah dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh : seseorang yang telah mempelajari tentang penyakit DBD, dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala penyakit DBD.

6.2.7 Sikap Penghuni Dengan Kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hubungan sikap penghuni dengan kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie. Dari data penelitian tabulasi silang diketahui bahwa ada hubungan antara sikap penghuni dengan Kejadian DBD dengan *P Value* 0.001, dari 72 responden yang diteliti diperoleh tentang sikap penghuni sebanyak (56.9%) baik dan sikap penghuni kurang baik sebesar (43.1%).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Arifin (2012), juga menunjukkan adanya hubungan antarsikap masyarakat tentang pencegahan DBD dengan kejadian DBD. sikap pencegahan meluasnya penyakit DBD dilakukan dengan pengendalian vektor, yaitu nyamuk *Aedes aegypti* melalui pemberantasan jentik dengan beberapa metode yang tepat yaitu secara fisik (menutup tempat

penampungan air, menguras tempat penampungan air, dan mengubur benda-benda yang dapat digenangi air), biologis (memelihara ikan di tempat penampungan air), dan kimiawi (memberi bubuk abate dan melakukan fogging atau penyemprotan). Metode ini dinilai akan efektif dalam mencegah persebaran penyakit DBD.

Sikap pencegahan terhadap penyakit DBD merupakan suatu hal yang penting mengingat daerah yang endemis. Dari hasil pengamatan memang ditemukan masih banyak tempat penampungan air responden yang terdapat jentik nyamuk di dalamnya. Tempat penampungan air tersebut juga tidak dilengkapi dengan abate yang berguna sebagai pembunuh larva nyamuk. Menguras dan memberi abate pada tempat penampungan air adalah salah satu tindakan pencegahan terhadap penyakit DBD karena dapat menekan angka pertumbuhan nyamuk *Aedes aegypti* yang merupakan vektor utama penularan penyakit DBD.

6.2.8 Praktik 3M Dengan Kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hubungan praktik 3M dengan kejadian DBD Di wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie. Dari data penelitian tabulasi silang diketahui bahwa ada hubungan antara praktik 3M dengan Kejadian DBD dengan *P Value* 0.024, dari 72 responden yang diteliti diperoleh tentang praktik 3M sebanyak (44.4%) kurang baik dan praktik 3M baik sebesar (55.6%).

Praktek dipengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak dipengaruhi oleh sikap dan norma subjektif. Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan oleh pendapat orang lain serta motifasi untuk menaati pendapat tersebut (Praktek individu

terhadap objek dipengaruhi oleh persepsi individu tentang kegawatan ojek, kerentanan, faktor sosio psikologi, faktor sosio demografi, pengaruh media masa, anjuran orang lain serta perhitungan untung rugi dan prakteknya tersebut. Praktek dibentuk oleh pengalaman. Interaksi individu dengan lingkungan, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap terhadap suatu objek (Kemenkes RI, 2014).

Media masa mempunyai peran sebagai penyampaian pesan layanan kesehatan (PSN-3M dan penyakit DBD) melalui media masa seperti televisi, koran, maupun radio diharapkan mampu merubah praktek dalam melakukan pemberantasan *dengue*. Selain PSN 3M tersebut, pemasangan kawat kasa juga dapat mempengaruhi faktor perilaku karena desain rumah yang dibangun dengan modifikasi adanya pemasangan kawat kasa pada lubang ventilasi dan jendela dapat mengurangi masuknya nyamuk ke dalam rumah.

Teori Fishbein dan Ajzen bila diaplikasikan dalam praktek pemberantasan sarang nyamuk (PSN) seperti menguras tempat penampungan air, dan mengubur barang-barang bekas, untuk mencegah terjadinya penyakit Demam Berdarah *Dengue* bisa dikarenakan oleh pengaruh ajakan orang lain ataupun pengaruh media masa.

Hal ini terjadi karena PSN merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya kejadian DBD. PSN merupakan cara pengendalian vektor sebagai salah satu upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit DBD, dan apabila PSN dilaksanakan seluruh masyarakat, maka nyamuk dapat dibasmi, karena itu penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes Aegypti*.

Pembentukan perilaku hidup bersih dan sehat bisa dilakukan lewat upaya kesehatan, antara lain lewat sanitasi lingkungan. Perilaku hidup yang sehat dan bersih yang lebih menjamin orang atau anak itu terhindar dari penyakit diare (Adi Sasongko, 2003). Perilaku pemeliharaan kesehatan adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit (Sunaryo, 2014).

Pembuangan Sampah Rumah Tangga adalah kegiatan secara sistematis, menyeluruh, berkesinambungan yang meliputi pengurangan dan penanganan sampah yang berasal dari kegiatan sehari-hari dalam rumah tangga, tidak termasuk tinja dan sampah spesifik (sampah yang mengandung bahan beracun).

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dalam pembahasan yang telah diuraikan tentang Hubungan hubungan sanitasi lingkungan rumah dengan kejadian DBD diwilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie Tahun 2019, maka penulis menyimpulkan dan memberi saran.

7.1. Kesimpulan

1. Tidak ada hubungan yang bermakna antara kepadatan hunian dengan kejadian DBD diwilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie dengan nilai (P value = 0,082).
2. Tidak ada hubungan yang bermakna antara ruang gelap hunian dengan kejadian DBD diwilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie dengan nilai (P value = 0,380).
3. Tidak ada hubungan yang bermakna antara ventilasi hunian dengan kejadian DBD diwilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie dengan nilai (P value = 0,507).
4. Ada hubungan yang bermakna antara keberadaan jentik nyamuk dengan kejadian DBD diwilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie dengan nilai (P value = 0,004).
5. Ada hubungan yang bermakna antara ikan pemakan jentik nyamuk dengan kejadian DBD diwilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie dengan nilai (P value = 0,003).

6. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kejadian DBD diwilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie dengan nilai (P value = 0,001).
7. Ada hubungan yang bermakna antara sikap penghuni dengan kejadian DBD diwilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie dengan nilai (P value = 0,001).
8. Ada hubungan yang bermakna antara praktik 3M dengan kejadian DBD diwilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie dengan nilai (P value = 0,024).

7.2. Saran

1. Bagi masyarakat, diharapkan untuk senantiasa mencari tahu lebih dalam tentang DBD, karena pengetahuan seseorang menjadi faktor risiko kejadian DBD. Selain itu masyarakat juga diharapkan melakukan pencegahan terhadap demam berdarah, baik dengan gerakan 3M maupun menghindari dari gigitan nyamuk yang termasuk pada gerakan 3M Plus
2. Bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas Mutiara Timur dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie, diharapkan untuk selalu memberikan penyuluhan tentang pelaksanaan PSN kepada masyarakat agar masyarakat lebih mengerti dan meyakini PSN dengan baik, sehingga tercipta pelaksanaan PSN yang sesuai. Pengontrolan secara berkala pada lingkungan juga dilakukan, serta mengajak masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam pencegahan DBD dan pelaporan kasus yang terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U. F. (2013). *Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rajawali Pers
- Adyatma, Hasanuddin Ishak, E. I. *Hubungan antara Lingkungan Fisik Rumah, Tempat Penampungan Air dan Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian DBD di Kelurahan Tidung Kecamatan Rappocini Kota Makassar*, 2010 1–10
- Abdullah. 2013. *Demam Berdarah Dengue*. Pedoman Pengobatan di Puskesmas. Depkes RI
- Ayumi, F. *Hubungan Iklim dan Kondisi Lingkungan Fisik Rumah Terhadap Insidensi Demam Berdarah Dengue di Beberapa Zona Musim di Daerah Istimewa Yogyakarta (Studi Kasus di Kecamatan Kasihan, Kabupaten Bantul, Yogyakarta)*. Yogyakarta: Tesis Program Pascasarjana UGM. 2016
- Azwar, A., *Pengantar ilmu kesehatan lingkungan*. Penerbit Mutiara : Jakarta. 2011
- Armanji, 2010. Hubungan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian DBD di Makassar.
- Ariyadi, B. *Hubungan Keberadaan Jentik Aedes sp dan Kondisi Sanitasi Lingkungan Terhadap Kejadian DBD di Kota Jambi*. Yogyakarta: Tesis Program Pascasarjana UGM. 2012
- Apriadi, Wied Harry,. *Memproses Sampah*. Penerbit Penebar Swadaya. 2013
- Alifuddin, M., Y. Hadiroseyani dan I. Ohoiulun,. Ikan Cupang, Gapi Dan Rainbow). Jurnal Akuakultur Indonesia, 2(2): 93-100. 2013
- Budiarto, E ,. *Biostati Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. EGC : Jakarta. 2002
- Badrah S, Hidayah N. *Hubungan antara tempat perindukan nyamuk Aedes aegypti dengan kasus demam berdarah dengue di Kelurahan Penajam Kecamatan Penajam Kabupaten Penajam Paser Utara*. Journal of Tropical Pharmacy and Chemistry.
- Dinata, A., dan P. W. Dhewantara. 2012. *Karakteristik Lingkungan Fisik, Biologi, Dan Sosial Di Daerah Endemis DBD Kota Banjar Tahun 2011*. Jurnal Ekologi Kesehatan Vol. 11 No 4, Desember: 315 – 326
- Daryono, 2014. *DBD Penyebaran dan Pencegahan*. Rhineka Cipta. Jakarta

Dinas Kesehatan Aceh,. *Profil kesehatan Provinsi Aceh tahun 2017*. Diakses dari <http://www.dinkesaceh.go.id> : 2017.

Dian Saraswati SK, M Epid L, Hestningsih MK, Richwanto F. *Hubungan Kejadian Keberadaan Tempat Perindukan Nyamuk Aedes Aegypti dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Tiga Kelurahan Endemis Kota Palangka Raya Tahun 2012*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.;2(2)

Dwiyatmo, Kus,. *Pencemaran Lingkungan dan Penanggannya*, Yogyakarta: Citra Aji Parama, 2012

Fathi F, Keman S, Wahyuni CU. *Peran faktor lingkungan dan perilaku terhadap penularan demam berdarah dengue di Kota Mataram*. Jurnal Kesehatan Lingkungan.

Folamauk, C. L. H. (2013). *Hubungan Antara Kejadian DBD dengan Faktor Lingkungan Fisik Rumah dan Biologi Nyamuk Aedes aegypti di Kota Kupang*. Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada

Hastuti. 2014. *Demam Berdarah Dengue. Penyakit dan Pencegahannya*. Yogyakarta: Kanisius

Haryoto, K ., *Kesehatan lingkungan* Departemen Kesehatan RI. : Jakarta. 2015

Herminingrum, I Y,. *Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Masyarakat tentang Penyakit DBD dengan Upaya Pencegahan DBD di Desa Sukorejo Musuk Boyolali. Skripsi*. Tidak diterbitkan. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. 2011

Husein, Harun,. *Lingkungan Hidup, Masalah, pengelolaan sampah dan penegakan Hukumnya*. Jakarta: Bumi Aksara. 2012

Hadiwiyoto, Soewedo,. *Penanganan dan Pemanfaatan Sampah*. Jakarta: Yayasan Idayu. 2011

Kemenkes RI, 2017. *Kebijakan Statistik Pemberantasan Penyakit DBD*. Jakarta

Kemenkes RI. 2011. *Profil data kesehatan Indonesia tahun 2011*.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, *Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Petunjuk Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) oleh Juru Pemantau Jentik (Jumantik)*, Kemenkes RI, Jakarta, 2014.

- Kottelat, M., A.J. Whitten, S.N. Kartikasari, S. Wirjoatmodjo., . *Ikan Air Tawar Indonesia Bagian Barat dan Sulawesi*. Periplus Edition (HK) Ltd. dan Proyek EMDI KMNKLH Jakarta. hal 126-127. 2011
- Manik, K.E.S., *Pengelolaan Lingkungan Hidup*. Djambatan. Jakarta. 2013
- Mana, B., G. Aditya & S. Banerjee,. *Habitat heterogeneity and prey selection of Aplocheilus panchax: an indigenous larvivorous fish*. *J. Vector Borne Dis.* **48**(3): 144-9. 2011
- Misnadialy, Trismiyana,. *Peran Faktor Lingkungan dan Perilaku Terhadap Penularan Demam Berdarah Dengue di Kota Mataram*, *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, Vol.2, No.1, Juli 2015: 1-10
- Mukono., *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*. Airlangga University Press, Surabaya. 2013
- Noni N S. *Hubungan Antara Kondisi Lingkungan Fisik Rumah dan Prakter 3M dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Wetan Kota Semarang*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro. Semarang ; 2013
- Rahim, S. H., Ishak, H., & Wahid, I. (2013). *Hubungan Faktor Lingkungan dengan Tingkat Endemisitas DBD di Kota Makassar*. *Jurnal FKM Unhas*,
- Rahayani, Berta Ratri. (2010). *Analisis Spasial Faktor Kepadatan Penduduk, Angka Bebas Jentik, dan Cakupan Penanggulangan Fokus dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kot Surabaya Tahun 2006 – 2009*. Skripsi tidak diterbitkan. Fakultas Kesehatan Masyarakat
- Stiawati, E. *Hubungan Perilaku, Sanitasi Lingkungan dengan kejadian DBD pada anak SD di Kota Palembang*. Yogyakarta: Tesis Program Pascasarjana UGM. 2013
- Suroso, 2015, *Demam Berdarah Dengue*, Edisi 2, Air Langga, Surabaya
- Sumarmo, 2015. *Penyakit Demam Berdarah Dengue Pada Anak*, Jakarta. Universitas Indonesia, 2015
- Sunaryo, Sugeng Juwono. *Pengaruh Perubahan Lingkungan Fisik Terhadap Penetasan Telur Nyamuk Aedes aegypti*. *Berita Kedokteran Masyarakat* IV: 6. 2014
- Suyoto B., *Fenomena Gerakan Mengelola Sampah*. Jakarta: PT Prima Infosarana Media. 2014.

Sabri, L & Hastono, S,. *Statistik Kesehatan*. Rajawali Pers : Jakarta. 2010

Setianingsih, Rien. (2009). *Hubungan Kepadatan Penduduk, Kepadatan Rumah, Kepadatan Jentik, dan Ketinggian Tempat dengan Kejadian Penyakit DBD di Kota Semarang Tahun 2007 dengan Pendekatan Spasial I*. Skripsi tidak diterbitkan. Universitas Diponegoro : Semarang

Sudibyo, dkk. (2012). *Kepadatan Larva Aedes aegypti pada Musim Hujan di Kelurahan Petemon, Surabaya*. Skripsi tidak diterbitkan. Universitas Airlangga : Surabaya

Salaswati T, Rahayu Astuti, dan Hayu Nurdiana. *Kejadian Demam Berdarah Dengue Berdasarkan Faktor Lingkungan dan Praktik Pemberantasan Sarang Nyamuk (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Srandol Kecamatan Banyumanik Kota Semarang)*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia. Vol 2 (No 2). 2010 : hlm 49-50

Taviv, dkk. (2010). *Pengendalian DBD melalui Pemanfaatan Pemantau Jentik dan Ikan Cupang di Kota Palembang*. Buletin Penelitian Kesehatan, Vol. 38 No. 4, 2010 : 215-224

Purba, M. *Analisis Hubungan antara Kondisi Sanitasi Lingkungan dan Perilaku Penduduk Dengan Kepadatan Vektor DBD di Kecamatan Sangatta Utara Kalimantan Timur*. Yogyakarta: Tesis Program Pascasarjana UGM. 2012.

Yuswulandary, 2013. *Evaluasi Pengamatan kasus DBD di Daerah Pesisir*. Skripsi SI FKM Undip Semarang.

WHO. 2010. *Demam Berdarah Dengue: Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan dan Pengendalian*. Jakarta

WHO. 2014. *Panduan Lengkap Pencegahan dan Pengendalian Dengue dan Demam Berdarah Dengue*. Jakarta.

WHO. 2011. *Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue*. Terjemahan dari WHO Regional Publication SEARO No.29 : Prevention Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever. Jakarta : Depkes RI

BIODATA

I. Identitas Penulis

Nama : Andi Nurzahri
Tempat/tgl. Lahir : Gp.Lada/21-April-1996
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Agama : Islam
Pekerjaan : Mahasiswa
Status : Belum Kawin
Alamat : Jln. AMD Lamdom Dusun Montai No 19-20

II. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Abdul Halim
Pekerjaan : Wiraswasta
Nama ibu : Hasnidar
Pekerjaan : IRT
Alamat : Jln. AMD Lamdom Dusun Montai No 19-20

II. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

1. SD Negeri : Tahun Lulus 2009
2. SMP Negeri : Tahun Lulus 2011
3. SMA Negeri : Tahun Lulus 2014
4. FKM UNMUHA Banda Aceh: Tahun masuk 2014 s/d sekarang

Terdanda

(Andi Nurzahri)

Praktek 3M * Kejadian DBD

Crosstab

			Kejadian DBD		Total
			Pernah	Tidak Pernah	
Praktek 3M	Kurang Baik	Count	25	7	32
		% within Praktek 3M	78.1%	21.9%	100.0%
		% within Kejadian DBD	54.3%	26.9%	44.4%
	Baik	Count	21	19	40
		% within Praktek 3M	52.5%	47.5%	100.0%
		% within Kejadian DBD	45.7%	73.1%	55.6%
Total	Count	46	26	72	
	% within Praktek 3M	63.9%	36.1%	100.0%	
	% within Kejadian DBD	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.060 ^a	1	.024	.029	.022
Continuity Correction ^b	4.010	1	.045		
Likelihood Ratio	5.212	1	.022		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.990	1	.026		
N of Valid Cases ^b	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,56.

b. Computed only for a 2x2 table

Sikap Penghuni * Kejadian DBD

Crosstab

			Kejadian DBD		Total
			Pernah	Tidak Pernah	
Sikap Penghuni	Baik	Count	33	8	41
		% within Sikap Penghuni	80.5%	19.5%	100.0%
		% within Kejadian DBD	71.7%	30.8%	56.9%
	Kurang Baik	Count	13	18	31
		% within Sikap Penghuni	41.9%	58.1%	100.0%
		% within Kejadian DBD	28.3%	69.2%	43.1%
Total	Count	46	26	72	
	% within Sikap Penghuni	63.9%	36.1%	100.0%	
	% within Kejadian DBD	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.372 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	9.763	1	.002		
Likelihood Ratio	11.546	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.214	1	.001		
N of Valid Cases ^b	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,19.

b. Computed only for a 2x2 table

Pengetahuan * Kejadian DBD

Crosstab

			Kejadian DBD		Total
			Pernah	Tidak Pernah	
Pengetahuan	Tinggi	Count	29	5	34
		% within Pengetahuan	85.3%	14.7%	100.0%
		% within Kejadian DBD	63.0%	19.2%	47.2%
	Rendah	Count	17	21	38
		% within Pengetahuan	44.7%	55.3%	100.0%
		% within Kejadian DBD	37.0%	80.8%	52.8%
Total	Count	46	26	72	
	% within Pengetahuan	63.9%	36.1%	100.0%	
	% within Kejadian DBD	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.794 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	11.096	1	.001		
Likelihood Ratio	13.532	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	12.616	1	.000		
N of Valid Cases ^b	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,28.

b. Computed only for a 2x2 table

Ikan Pemakan Jentik Nyamuk * Kejadian DBD

Crosstab

			Kejadian DBD		Total
			Pernah	Tidak Pernah	
Ikan Pemakan Jentik Nyamuk	Tidak Ada	Count	34	10	44
		% within Ikan Pemakan Jentik Nyamuk	77.3%	22.7%	100.0%
		% within Kejadian DBD	73.9%	38.5%	61.1%
	Ada	Count	12	16	28
		% within Ikan Pemakan Jentik Nyamuk	42.9%	57.1%	100.0%
		% within Kejadian DBD	26.1%	61.5%	38.9%
Total	Count	46	26	72	
	% within Ikan Pemakan Jentik Nyamuk	63.9%	36.1%	100.0%	
	% within Kejadian DBD	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.785 ^a	1	.003		
Continuity Correction ^b	7.356	1	.007		
Likelihood Ratio	8.777	1	.003		
Fisher's Exact Test				.005	.003
Linear-by-Linear Association	8.663	1	.003		
N of Valid Cases ^b	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,11.

b. Computed only for a 2x2 table

Keberadaan Jentik Nyamuk * Kejadian DBD

Crosstab

			Kejadian DBD		Total
			Pernah	Tidak Pernah	
Keberadaan Jentik Nyamuk	Ada	Count	35	11	46
		% within Keberadaan Jentik Nyamuk	76.1%	23.9%	100.0%
		% within Kejadian DBD	76.1%	42.3%	63.9%
	Tidak Ada	Count	11	15	26
		% within Keberadaan Jentik Nyamuk	42.3%	57.7%	100.0%
		% within Kejadian DBD	23.9%	57.7%	36.1%
Total	Count	46	26	72	
	% within Keberadaan Jentik Nyamuk	63.9%	36.1%	100.0%	
	% within Kejadian DBD	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.215 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	6.817	1	.009		
Likelihood Ratio	8.151	1	.004		
Fisher's Exact Test				.006	.005
Linear-by-Linear Association	8.101	1	.004		
N of Valid Cases ^b	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,39.

b. Computed only for a 2x2 table

Ventilasi Hunian * Kejadian DBD

Crosstab

			Kejadian DBD		Total
			Pernah	Tidak Pernah	
Ventilasi Hunian	Kurang Baik	Count	8	3	11
		% within Ventilasi Hunian	72.7%	27.3%	100.0%
		% within Kejadian DBD	17.4%	11.5%	15.3%
	Baik	Count	38	23	61
		% within Ventilasi Hunian	62.3%	37.7%	100.0%
		% within Kejadian DBD	82.6%	88.5%	84.7%
	Total	Count	46	26	72
		% within Ventilasi Hunian	63.9%	36.1%	100.0%
		% within Kejadian DBD	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.440 ^a	1	.507		
Continuity Correction ^b	.104	1	.747		
Likelihood Ratio	.456	1	.500		
Fisher's Exact Test				.735	.382
Linear-by-Linear Association	.434	1	.510		
N of Valid Cases ^b	72				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,97.

b. Computed only for a 2x2 table

Ruang Gelap Hunian * Kejadian DBD

Crosstab

			Kejadian DBD		Total
			Pernah	Tidak Pernah	
Ruang Gelap Hunian	Kurang Baik	Count	9	3	12
		% within Ruang Gelap Hunian	75.0%	25.0%	100.0%
		% within Kejadian DBD	19.6%	11.5%	16.7%
	Baik	Count	37	23	60
		% within Ruang Gelap Hunian	61.7%	38.3%	100.0%
		% within Kejadian DBD	80.4%	88.5%	83.3%
Total	Count	46	26	72	
	% within Ruang Gelap Hunian	63.9%	36.1%	100.0%	
	% within Kejadian DBD	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.771 ^a	1	.380	.517	.298
Continuity Correction ^b	.301	1	.583		
Likelihood Ratio	.807	1	.369		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.760	1	.383		
N of Valid Cases ^b	72				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstabs

Kepadatan Hunian * Kejadian DBD

Crosstab

			Kejadian DBD		Total
			Pernah	Tidak Pernah	
Kepadatan Hunian	Padat	Count	22	7	29
		% within Kepadatan Hunian	75.9%	24.1%	100.0%
		% within Kejadian DBD	47.8%	26.9%	40.3%
	Tidak Padat	Count	24	19	43
		% within Kepadatan Hunian	55.8%	44.2%	100.0%
		% within Kejadian DBD	52.2%	73.1%	59.7%
Total	Count	46	26	72	
	% within Kepadatan Hunian	63.9%	36.1%	100.0%	
	% within Kejadian DBD	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.017 ^a	1	.082	.133	.067
Continuity Correction ^b	2.211	1	.137		
Likelihood Ratio	3.101	1	.078		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2.975	1	.085		
N of Valid Cases ^b	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.47.

b. Computed only for a 2x2 table

Frequency Table

Kejadian DBD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	46	63.9	63.9	63.9
	Tidak Pernah	26	36.1	36.1	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Kepadatan Hunian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Padat	29	40.3	40.3	40.3
	Tidak Padat	43	59.7	59.7	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Ruang Gelap Hunian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	12	16.7	16.7	16.7
	Baik	60	83.3	83.3	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Ventilasi Hunian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	11	15.3	15.3	15.3
	Baik	61	84.7	84.7	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Keberadaan Jentik Nyamuk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	46	63.9	63.9	63.9
	Tidak Ada	26	36.1	36.1	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Ikan Pemakan Jentik Nyamuk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Ada	44	61.1	61.1	61.1
	Ada	28	38.9	38.9	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	34	47.2	47.2	47.2
	Rendah	38	52.8	52.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Sikap Penghuni

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	41	56.9	56.9	56.9
	Kurang Baik	31	43.1	43.1	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Praktek 3M

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	32	44.4	44.4	44.4
	Baik	40	55.6	55.6	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

DOLUMENTASI PENELITIAN









INFORMASI KEPADA RESPONDEN

Assalammu'alaikum Wr. Wb.,

Saya **Andi Nurzahri**, atas nama peneliti; mahasiswa tingkat akhir pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh bermaksud mengadakan penelitian mengenai hubungan Sanitasi Lingkungan Rumah Dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie. Dengan penelitian ini diharapkan akan diketahui apakah Sanitasi Lingkungan Rumah Dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Mutiara Timur Dan Puskesmas Pidie Kabupaten Pidie. Hasil dari penelitian diharapkan dapat dijadikan bahan masukan bagi masyarakat khususnya dalam Kejadian DBD.

Keikutsertaan Bapak-bapak/Saudara dalam penelitian ini adalah secara sukarela dan menguntungkan semua pihak baik responden, peneliti dan masyarakat luas. Setelah anda setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dan menandatangani pernyataan persetujuan responden, maka anda akan diwawancarai oleh saya sebagai peneliti.

Semua data yang dikumpulkan dalam penelitian ini akan dirahasiakan oleh peneliti dan tidak terbuka bagi masyarakat atau pihak lain tanpa persetujuan peneliti. Laporan yang akan dihasilkan dari penelitian ini tidak akan mencantumkan identitas responden yang bersangkutan.

Demikian informasi kami sampaikan, terima kasih atas kehadiran anda menjadi responden.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.,

Lampiran 2

PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian ini dan apabila dikemudian hari terdapat kekurangan, maka saya bersedia untuk dihubungi kembali.

Banda Aceh,

Responden

Nama :

Tanda tangan :



Peneliti

Nama :

Tanda tangan :



KOESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN SANITASI LINGKUNGAN RUMAH DENGAN KEJADIAN DBD DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE

i. Data Responden

No. Responden : (di isi oleh peneliti)

Inisial Responden :

Umur (dalam tahun sesuai KTP) :

Jenis Kelamin :

Pendidikan Terakhir : a. Tidak Sekolah
b. SD
c. SMP
d. SMA
e. Tamant Akademi atau Perguruan Tinggi
Sederajat

Pekerjaan : a. Bekerja
b. Tidak Bekerja

Alamat : GampongKecamatan.....

ii. Data khusus

A. Faktor Lingkungan Biologi (Keberadaan Jentik Nyamuk di TPA dan Ikan Pemakan Jentik)

No	Jenis TPA	Keberadaan TPA			Keberadaan Jentik		Ikan Pemakan Jentik	
		Ada	Tidak	Kondisi	Ada	Tidak	Ada	Tidak
1	Tempayan/gentong							
2	Bak mandi							
3	Bak WC							
4	Drum							
5	Bak penampungan air							
6	Ember							
7	Tempat minum hewan							
8	Barang-barang bekas							
9	Vas bunga							
10	Penampungan dispenser							
11	Penampungan kulkas							
12	Lubang pohon							
13	Pelepah daun/pohon							
14	Tempurung kelapa							
15	Potongan bamboo							

B. Faktor Prilaku (Pengetahuan, Sikap dan Praktek)

1. Pengetahuan

1. Apa itu kepanjangan dari DBD ?
 - a. Demam berdarah dengue
 - b. Demam berdarah
 - c. Demam bedarah disentri
2. Vektor penular dari DBD adalah?
 - a. Nyamuk aedes aegypti
 - b. Nyamuk culex
 - c. Lalat
3. Apa pengertian dari penyakit DBD?
 - a. Penyakit yang menular yang disebabkan oleh bakteri yang dapat menimbulkan penyakit
 - b. Penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue melalui gigitan nyamuk aedes aegypti
 - c. Penyakit tidak menular yang tak perlu ditakuti.
4. Penyakit DBD ditularkan oleh ?
 - a. Virus dengue yang ditularkan kepada manusia melalui perantara nyamuk aedes aegypti
 - b. Bakteri yang ditularkan dilingkungan rumah
 - c. Makanan dan minuman yang tidak dimasak dengan baik/bersih
5. Bagaimana tanda-tanda orang yang menderita penyakit demam berdarah?
 - a. Demam mendadak, batuk-batuk dan flu
 - b. Nyeri sendi, pegal-pegal di seluruh tubuh
 - c. Demam mendadak dan berlangsung selama 2-7 hari kemudian turun menuju suhu normal atau lebih rendah serta mengalami bintik-bintik merah dan pendarahan.
6. Menurut ibu, bagaimana cara penyebaran penyakit demam berdarah ?
 - a. Melalui gigitan nyamuk yang sebelumnya telah menggigit penderita demam berdarah
 - b. Melalui debu / angin
 - c. Melalui batuk / dahak
7. Bagaimana ciri- ciri jentik penular DBD?
 - a. Hidup di air kotor, bergerak cepat didalam air kotor, sering berada di bawah air
 - b. Hidup di air bersih, bergerak lamban didalam air bersih, sering berada dipermukaan air, bentuk tubuh seperti coma

- c. Hidup di air bersih, bergerak sangat lamban dan sering berada di bawah air.
8. Bagaimana ciri-ciri nyamuk penular DBD?
- a. Berwarna kemerah-merahan dan berkembangbiak di tempat tumpukan sampah
 - b. Berwarna hitam dengan loreng putih (belang-belang berwarna putih) disekujur tubuh nyamuk, dan berkembangbiak di air bersih
 - c. Berwarna kecoklatan dan berkembangbiak di air kotor seperti, rawa-rawa, got, dan tempat sampah.
9. Tempat-tempat apa saja yang bisa dijadikan tempat bertelur/ perkembangbiaknya nyamuk DBD?
- a. Tempat penampungan air, bak mandi, tempat minum burung, kaleng dan ember yang tidak tertutup
 - b. Air kubangan
 - c. Tempat sampah
10. bagaimana cara melakukan pencegahan di tempat-tempat perkembangbiakan jentik penular DBD?
- a. Dengan cara melakukan 3M (menutup, mengubur, menguras) dan menaburkan bubuk abate di bak mandi?
 - b. membersihkan selokan
 - c. membersihkan sampah disekitan rumah.
11. Bagaimana cara menghindari gigitan nyamuk DBD?
- a. Memakai kelambu ketika hendak tidur, memakai lotion anti nyamuk dan memasang obat nyauk
 - b. Membersihkan tempat penampungan air
 - c. Melakukan 3M.

2. Sikap

No	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
1.	Apakah anda menutup tempat penampungan air yang berada di dalam rumah?		
2.	Apakah anda menutup tempat penampungan air yang berada di luar rumah?		
3.	Apakah anda melaksanakan program menguras tempat penampungan air (TPA)?		
4.	Apakah dalam menguras TPA dengan cara disikat?		
5.	Apakah anda mengubur barang bekas yang dapat menampung air hujan?		
6.	Apakah anda membuang barang bekas yang dapat menampung air hujan?		
7.	Apakah anda mendaur ulang barang bekas yang dapat menampung air hujan?		
8.	Apakah anda menggunakan obat nyamuk?		
9.	Apakah dirumah anda menggunakan kelambu/kawat kasa?		
10.	Apakah air dirumah anda ditaburi bubuk abate?		
11.	Apakah anda memelihara ikan pemakan jentik?		
12.	Apakah anda membersihkan air yang tertampung dibawah dispenser?		
13.	Apakah anda membersihkan air dalam vas bunga?		
14.	Apakah anda membersihkan air tempat minum burung?		
15.	Apakah anda membersihkan air di tandon belakang kulkas?		
16.	Apakah anda menutup lubang-lubang pada potongan bambu/pohon?		
17.	Apakah di rumah anda terdapat jendela/ventilasi rumah?		
18.	Apakah ventilasi rumah anda memenuhi pencahayaan untuk ruangan rumah?		
19.	Apakah anda menggantungkan baju di rumah?		
20.	Apakah keluarga anda ada yang menggantungkan baju di rumah?		
21.	Apakah anda rutin mengecek talang/saluran air?		
22.	Apakah hanya orang-orang tertentu dalam keluarga anda yang melakukan kegiatan 3 M plus?		

2. Praktek 3M

NO	Pernyataan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Memiliki tempat pemilahan sampah organik dan anorganik		
2	Sampah rumah tangga seperti sisa makanan, sayuran dan lain-lain dibuang pada tempat sampah		
3	Sampah organik rutin dimasukkan kedalam lubang		
4	Lubang dibuat di halaman rumah atau daerah sekitar rumah		
5	Sampah seperti plastik, kertas, kardus dan lain-lain di kelola dengan cara di bakar		
6	Sampah dia buang begitu saja di belakang rumah		
7	Pemindahan sampah ke tempat pembuangan sementara penting dilakukan agar tidak terjadi penumpukan sampah rumah tangga		
8	Pembuangan sampah rumah tangga dilakukan pada setiap harinya		
9	Masyarakat yang membuang sampah ke sungai diberikan sanksi		
10	Pembuangan sampah dilakukan dengan cara membuat sebuah lubang pada tanah di sekitaran rumah		

KOESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN SANITASI LINGKUNGAN RUMAH DENGAN KEJADIAN DBD DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE

Checklist

i. Data Penderita

Bacalah dengan seksama dan berilah tanda check (÷) pada setiap jawaban yang menurut anda benar serta pernyataan tersebut dijawab dengan sejujur-jujurnya.

A. Kejadian DBD

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Penderita BDB dilihat dari Buku Rekam medis		

B. Faktor Lingkungan Fisik (Kepadatan Hunian, Ruang Gelap dan Ventilasi)

No	Obsevasi	Ya	Tidak
A.	Ventilasi		
1.	Seluruh Lubang angin dan jendela rumah menggunakan kasa nyamuk (apabila salah satu Lubang angin dan jendela tidak menggunakan kasa nyamuk bearti tidak)		
B.	Pencahayaan (ruang Gelap)		
1.	Cahaya/sinar matahari masuk dan menyebar ke seluruh ruangan atau terdapat jendela pada ruangan		

C. Kepadatan Hunian

a. Luas Lantai rumah :.....*m²*

b. Jumlah Penghuni rumah:..... *orang*

MASTER TABEL

HUBUNGAN SANITASI LINGKUNGAN RUMAH DENGAN KEJADIAN DBD DI WILAYAH KERJA

PUSKESMAS MUTIARA TIMUR DAN PUSKESMAS PIDIE KABUPATEN PIDIE

[illegible]

1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0
2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0
1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0
2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0
2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0
2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0
1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0
2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0
2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0
1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0
2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0
2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0
2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0
2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0
2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0
2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0
1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0
1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0
2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0
1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0
2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0
1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0

1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0
2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0
2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0
1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0
2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0
2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0
1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0

1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0
2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0
1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0
2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0
2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0
2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0
1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0
2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0
2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0
1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0
2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0
2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0
2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0
2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0
2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0
2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0
1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0
1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0
2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0
1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0
2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0
1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0

1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0
1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0
2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0
2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0
1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0
2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0
2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0
1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0
1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0
2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0

1	Tidak padat	2
2	Tidak padat	2
3	Padat	1
4	Tidak padat	2
5	Padat	2
6	Padat	1
7	Padat	1
8	Padat	1
9	Tidak padat	2
10	Pdat	1
11	Tdk padat	2
12	Tidak padat	2
13	Padat	2
14	Padat	1
15	Tidak padat	2
16	Padat	1
17	Tidak padat	2
18	Tidak padat	2
19	Tidak padat	2
20	Padat	1
21	Padat	1
22	Tidak padat	2
23	tidak padat	2
24	Tidak padat	2
25	Tidak padat	2
26	Tidak padat	2
27	Tidak padat	2
28	Padat	1
29	Tidak poadat	2

30	Tidak padat	2
31	Tidak pdat	2
32	Padat	1
33	Tidak padat	2
34	Tidak padat	2
35	Tidak padat	2
36	Tidak padat	2
37	Tidak padat	2
38	Padat	1
39	Tidak Padat	2
40	Padat	1
41	Tidak Padat	2
42	Padat	1
43	Tidak Padat	2
44	Tidak Padat	2
45	Tidak Padat	2
46	Padat	1
47	Padat	1
48	Padat	1
49	Tidak Padat	2
50	Tidak Padat	2
51	Tidak Padat	2
52	Padat	1
53	Tidak Padat	2
54	Padat	1
55	Padat	1
56	Tidak Padat	2
57	Padat	1
58	Padat	1
59	Padat	1
60	Padat	1

	Tidak	
61	Padat	2
	Tidak	
62	Padat	2
63	Padat	1
64	Padat	1
	Tidak	
65	Padat	2
	Tidak	
66	Padat	2
67	Padat	1
	Tidak	
68	Padat	2
	Tidak	
69	Padat	2

	NO	UKURAN	KEPADATAN HUNIAN	RUANG GELAP	
1	1		Tidak padat	Baik	Baik
2	2		Tidak padat	Baik	baik
3	3		Padat	Kurang baik	Kurang baik
4	4		Tidak padat	Baik	Baik
5	5		Tidak Padat	Baik	baik
6	6		Padat	Baik	Baik
7	7		Padat	Baik	Baik
8	8		Padat	Baik	Baik
9	9		Tidak padat	Kurang baik	Kurang baik
10	10		Pdat	Baik	Baik
11	11		Tdk padat	Baik	Baik
12	12		Tidak padat	Baik	Baik
13	14		Padat	Baik	Baik
14	15		Padat	Baik	Baik
15	16		Tidak padat	Baik	Baik
16	17		Padat	Kurang baik	Kurang baik
17	18		Tidak padat	Baik	Baik
18	19		Tidak padat	Baik	Baik
19	20		Tidak padat	Baik	Baik
20	21		Padat	Baik	baik
21	22		Padat	Baik	Baik
22	23		Tidak padat	Baik	Baik
23	24		tidak padat	Baik	Baik
24	25		Tidak padat	Baik	Baik
25	26		Tidak padat	Baik	Baik

26	27		Tidak padat	Kurang baik	Kurang baik
27	29		Tidak padat	Baik	Baik
28	30		Padat	Baik	Baik
29	31		Tidak poadat	Baik	Baik
30	32		Tidak padat	Baik	Baik
31	33		Tidak pdat	Baik	Baik
32	34		Padat	Kurang baik	Kurang baik
33	35		Tidak padat	Baik	Baik
34	36		Tidak padat	Baik	Baik
35	37		Tidak padat	Baik	Baik
36	38		Tidak padat	Baik	baik
37	39		Tidak padat	Baik	Baik
38	40		Padat	Baik	baik
39	41		Tidak Padat	Kurang Baik	Kurang baik
40	42		Padat	Kurang Baik	Kurang baik
41	43		Tidak Padat	Baik	baik
42	44		Padat	Kurang Baik	Kurang baik
43	45		Tidak Padat	Baik	baik
44	46		Tidak Padat	Baik	baik
45	47		Tidak Padat	Baik	baik
46	48		Padat	Baik	baik
47	49		Padat	Baik	baik
48	50		Padat	Baik	baik
49	51		Tidak Padat	Baik	baik
50	52		Tidak Padat	Baik	baik

51	53		Tidak Padat	Baik	baik
52	54		Padat	Baik	baik
53	56		Tidak Padat	Baik	baik
54	57		Padat	Baik	baik
55	58		Padat	Baik	baik
56	59		Tidak Padat	Baik	baik
57	60		Padat	Baik	baik
58	61		Padat	Baik	baik
59	62		Padat	Baik	baik
60	63		Padat	Baik	baik
61	64		Tidak Padat	Baik	baik
62	65		Tidak Padat	Baik	baik
63	66		Padat	Baik	baik
64	67		Padat	Baik	baik
65	68		Tidak Padat	Baik	baik
66	69		Tidak Padat	Baik	baik
67	70		Padat	Kurang Baik	Kurang baik
68	71		Tidak Padat	Baik	baik
69	72		Tidak Padat	Kurang Baik	Kurang baik

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji
Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, Agustus 2019

Pembimbing I


(Dr. Aulina Adamy, M.Sc)
NIP: 1331077901

Pembimbing II


(Dedi Andria, SKM, M.Kes)
NIP: 8854850017

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh


Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, Msc.HPPF, DLSHTM, Ph.D
NIP: 19710703 1995 03 1 001



PERSEMBAHAN

Dengan menyebut nama Allah yang maha pengasih lagi maha penyayang”
Pelajarilah ilmu pengetahuan, sesungguhnya mempelajari ilmu pengetahuan itu adalah taqwa kepada
Allah SWT, menuntutnya adalah ibadah, mengingatnya adalah tasbih, membacanya adalah
jihad, mengajarkan pada orang lain adalah sedekah. “Dan andaikan ranting-ranting
pohon dimuka bumi dijadikan pena dan lautan dijadikan tinta dan ditambah
lagi tujuh lautan sesudah itu, maka belum akan habis kalimat-kalimat
Allah yang akan dituliskan “. (Q.S. Luqman : 27)

Satu langkah telah kulewati merengkuh cita-cita,
Rasanya tiada yang dapat kuperbuat untuk membalas
Pengorbananmu, aku sadar masih jauh perjalanan Yang
menghadang di depan, tapi semoga akan aku hadapi dengan restumu

Ayahanda.....
Keringat dan air mata membasahi tubuhmu
Terik mentari membakar kulitmu Luasnya
lautan engkau arungi Demi kami anak-anakmu
Ayah jasmu tiada tara

Ibunda.....
Hari ini kemuliaan untukmu, bermula dari kasih sayang
Dan pengorbananmu, aku lahir menjadi besar & Sukses sesuai harapanmu
Kujalani kehidupan yang penuh tantangan ini dengan Hati tegar dan penuh
tawakkal Tetes air mata serta do'a tulusmu belenggu bagiku Untuk meraih cita-citaku

Terima kasih Ayahanda dan Ibunda. Teristimewa Impianku hanya terdapat dalam do'a dan Ridhamu
membawaku dalam kesuksesan. Dengan ridha Allah yang penuh dengan keikhlasan hati Kupersembahkan
karya tulis ini untuk yang tercinta Ayahanda dan Ibunda,

Dengan hati sukacita Kupersembahkan karya tulis ini juga untuk Saudara-saudaraku, dan Keluarga yang
Selalu memberi dorongan serta do'a untuk kesuksesanku.
Terima kasih Untuk teman-teman yang telah turut
membantu dalam kebersamaan menggapai cita-citaku

Semua akan ku ukir manis dalam kenanganku.
Semoga ALLAH meridhoi langkah yang selama ini kita tempuh hingga sampai akhir hayat nanti.

Wassalam

Andi Nurzahri



TABEL SKOR							
No	Variabel yang diteliti	No Urut Pertanyaan	Bobot Skor				Rentang
			A	B	C	D	
Variabel Dependen							
1	Kejadian DBD	1	2	1	-	-	Pernah Jika Ada di rawat Tidak pernah Jika tidak Ada di rawat
Variabel Indenden							
2	Pengetahuan Penghuni	1	2	1	0	-	Tinggi bila total nilai skor ≥ 13.5 rendah bila total nilai skor≤ 13.5
		2	1	2	0	-	
		3	2	1	0	-	
		4	1	2	0	-	
		5	2	1	0	-	
		6	1	2	0	-	
		7	1	2	0	-	
		8	2	1	0	-	
		9	2	1	0	-	
		10	2	1	0	-	
		11	2	1	0	-	
3	Sikap Penghuni	1	2	1	-	-	Baik bila total nilai skor ≥ 33 Kurang Baik bila total nilai skor≤ 33
		2	2	1	-	-	
		3	2	1	-	-	
		4	2	1	-	-	
		5	2	1	-	-	
		6	2	1	-	-	
		7	2	1	-	-	
		8	2	1	-	-	
		9	2	1	-	-	
		10	2	1	-	-	
		11	2	1	-	-	
		12	2	1	-	-	
		13	2	1	-	-	
		14	2	1	-	-	
		15	2	1	-	-	
		16	2	1	-	-	
		17	2	1	-	-	
		18	2	1	-	-	
		19	2	1	-	-	
		20	2	1	-	-	
		21	2	1	-	-	
		22	2	1	-	-	

4	Praktik 3M	1	2	1	-	-	Baik bila total nilai skor $\geq$ 15 Kurang Baik bila total nilai skor $\leq$ 15
		2	2	1	-	-	
		3	2	1	-	-	
		4	2	1	-	-	
		5	2	1	-	-	
		6	2	1	-	-	
		7	2	1	-	-	
		8	2	1	-	-	
		9	2	1	-	-	
		10	2	1	-	-	
5	Keberadaan Jentik di TPA	1	2	1	-	-	Ada bila total nilai skor $\geq$ 22.5 Tidak Ada bila total nilai skor $\leq$ 22.5
		2	2	1	-	-	
		3	2	1	-	-	
		4	2	1	-	-	
		5	2	1	-	-	
		6	2	1	-	-	
		7	2	1	-	-	
		8	2	1	-	-	
		9	2	1	-	-	
		10	2	1	-	-	
		11	2	1	-	-	
		12	2	1	-	-	
		13	2	1	-	-	
		14	2	1	-	-	
		15	2	1	-	-	
6	Ikan Pemangsa Jentik	1	2	1	-	-	Ada bila total nilai skor $\geq$ 22.5 Tidak Ada bila total nilai skor $\leq$ 22.5
		2	2	1	-	-	
		3	2	1	-	-	
		4	2	1	-	-	
		5	2	1	-	-	
		6	2	1	-	-	
		7	2	1	-	-	
		8	2	1	-	-	
		9	2	1	-	-	
		10	2	1	-	-	
		11	2	1	-	-	
		12	2	1	-	-	
		13	2	1	-	-	
		14	2	1	-	-	
		15	2	1	-	-	

7	Ruang gelap Hunian	1	2	1	-	-	Baik bila ruang hunian tidak gelap Kurang Baik bila ruang hunian gelap
8	Ventilasi Hunian	1	2	1	-	-	Baik Kurang Baik
9	Kepadatan Hunian	1	2	1	-	-	Padat Tidak padat