



**GAMBARAN TINGKAT KETERAMPILAN PENCEGAHAN  
PENYAKIT DEMAM BERDARAH DI BANJARDOWO  
SEMARANG**

**SKRIPSI**

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh :

**INDAH NURUL PERTIWI**

**NIM: 30901800088**

**PROGRAM S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2022**



**GAMBARAN TINGKAT KETERAMPILAN PENCEGAHAN  
PENYAKIT DEMAM BERDARAH DI BANJARDOWO  
SEMARANG**

**SKRIPSI**

Oleh :

**INDAH NURUL PERTIWI**

**NIM: 30901800088**

**PROGRAM S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2022**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

### PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi dengan judul **“GAMBARAN TINGKAT KETERAMPILAN PENCEGAHAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DI BANJARDOWO SEMARANG”**. Saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang dibuktikan melalui uji *Turn it in* dengan hasil 19%.

Jika dikemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 17 Januari 2022

Mengetahui,  
Wakil Dekan 1



(Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep)  
NIK : 210998007

Peneliti



(Indah Nurul Pertiwi)  
30901800088

## HALAMAN PERSETUJUAN

### HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul :

### GAMBARAN TINGKAT KETERAMPILAN PENCEGAHAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DI BANJARDOWO SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Indah Nurul Pertiwi

NIM : 3090.18.00088

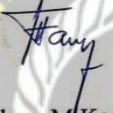
Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada :


Pembimbing I

Tanggal: 17 Januari 2022

Pembimbing II

Tanggal: 17 Januari 2022

  
Ns. Moch. Aspihan, M.Kep., Sp.Kep.Kom  
NIDN. 06-1305-7602

  
Ns. Iskim Luthfa, M.Kep  
NIDN. 06-2006-8402



## HALAMAN PENGESAHAN

### HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

### GAMBARAN TINGKAT KETERAMPILAN PENCEGAHAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DI BANJARDOWO SEMARANG

Disusun oleh:

Nama : Indah Nurul Pertiwi  
NIM : 3090.18.00088

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 17 Januari 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M. Kep  
NIDN. 06-0901-8004



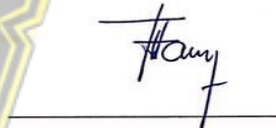
Penguji II,

Ns. Iskim Luthfa, M. Kep  
NIDN. 06-2006-8402



Penguji III,

Ns. Moch. Aspihan, M. Kep., Sp. Kep. Kom  
NIDN. 06-1305-7602



Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

  
Iwan Ardian, SKM., M. Kep.  
NIDN. 0622087403

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Indah Nurul Pertiwi  
NIM : 30901800088  
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung  
Semarang Alamat Asal: Jl. Bugen Utara RT03/RW03,  
Semarang  
No.Hp/Email : 081391650587/[indahpertiwi2308@gmail.com](mailto:indahpertiwi2308@gmail.com)

Dengan ini menyerahkan karya ilmiah berupa skripsi dengan judul,

### **GAMBARAN TINGKAT KETERAMPILAN PENCEGAHAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DI BANJARDOWO SEMARANG**

Menyetujuinya menjadi hak milik Universitas Islam Sultan Agung Semarang serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-esklusif untuk disimpan, dialihmediakan, dikelola dalam pangkalan data dan dipublikasikanya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pamilih hak cipta.

Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini maka dalam segala bentuk tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 17 Januari 2022  
Yang menyatakan

A handwritten signature in black ink is written over a 3000 Rupiah postage stamp. The stamp features a portrait of a man and the text '3000', 'METRAT', 'TEMPEL', and 'E37A IX 184004341'.

Indah Nurul Pertiwi

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
Skripsi, Januari 2022**

## **ABSTRAK**

Indah Nurul Pertiwi

### **GAMBARAN TINGKAT KETERAMPILAN PENCEGAHAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DI BANJARDOWO SEMARANG**

74 halaman + 13 tabel + 2 gambar + 13 lampiran + xvii

**Latar Belakang :** Demam Berdarah Dengue atau biasa disebut DBD, ialah suatu persoalan yang utama dalam kesehatan masyarakat di Indonesia. Penderita dan penyebarannya menjadi lebih banyak, seiring dengan bertambahnya mobilitas dan kepadatan penduduk. DBD ialah penyakit menular dimana ditimbulkan akibat virus golongan *Arbovirus* group A juga B yang bersumber dari gigitan *vector*

**Tujuan :** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat keterampilan pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue pada masyarakat

**Metode :** Penelitian ini merupakan deskriptif design menggunakan kuesioner yang berisi 22 pertanyaan sebagai instrument. Teknik pengambilan data *total sampling*, total sampel 217 responden.

**Hasil :** Karakteristik responden sebagian besar berusia 27-60 tahun seluruh responden berjenis kelamin perempuan yaitu sejumlah 478 responden (100%).

**Kata kunci :** *Keterampilan, Demam Berdarah*

**Daftar pustaka :** 23 (2011-2021)

**STUDY PROGRAM OF NURSING SCIENCE**  
**FACULTY OF NURSING SCIENCES**  
**ISLAMIC UNIVERSITY SULTAN AGUNG SEMARANG**  
*Thesis, Januari 2022*

**ABSTRACT**

*Indah Nurul Pertiwi*

**DESCRIPTION OF SKILLS LEVELS FOR THE PREVENTION OF  
DHEWER FEVER DISEASE IN BANJARDOWO SEMARANG**

*74 pages + 13 tables + 2 pictures + 11 appendices + xvii*

**Background:** *Dengue Hemorrhagic Fever or commonly called DHF, is a major problem in public health in Indonesia. The number of sufferers and their distribution is increasing, along with the increasing mobility and population density. Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is an infectious disease caused by viruses of the Arbovirus group A and group B originating from vector bites*

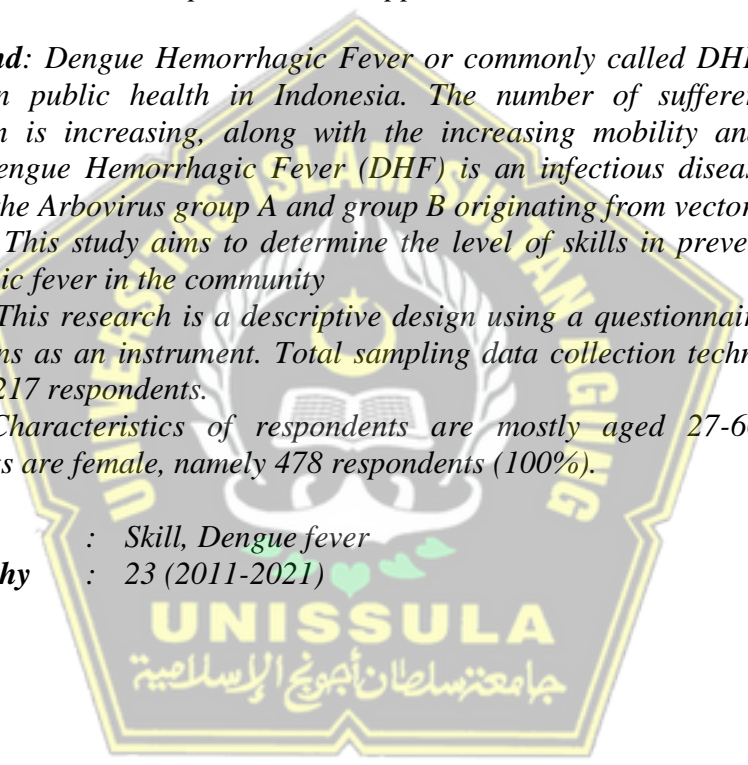
**Objective:** *This study aims to determine the level of skills in preventing dengue hemorrhagic fever in the community*

**Methods:** *This research is a descriptive design using a questionnaire containing 22 questions as an instrument. Total sampling data collection technique, a total sample of 217 respondents.*

**Results:** *Characteristics of respondents are mostly aged 27-60 years, all respondents are female, namely 478 respondents (100%).*

**Keywords** : *Skill, Dengue fever*

**Bibliography** : *23 (2011-2021)*





## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh*

Puji syukur senantiasa kita panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpah rahmat, taufiq, dan hidayah-Nya kepada kita semua sehingga penulis telah diberi kesempatan untuk menyusun skripsi ini dengan baik yang berjudul “GAMBARAN TINGKAT KETERAMPILAN PENCEGAHAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DI BANJARDOWO SEMARANG”

Dalam penulisan skripsi ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih atas bantuan, arahan, serta motivasi yang telah diberikan selama ini kepada:

- 1 Drs. H, Bedjo Santoso, MT., Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- 2 Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- 3 Ns. Indra Tri Astuti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Kaprodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
- 4 Ns. Moch. Aspihan, Sp.Kom selaku pembimbing 1 yang sabra membimbing, memberikan arahan dan berkat motivasinya saya bisa menyelesaikan skripsi tepat waktu.
- 5 Ns. Ns. Iskim Luthfa, M.Kep selaku pembimbing II yang selalu memberikan support serta bimbingan yang maksimal dalam penulisan dan penyelesaian skripsi.

- 6 Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan kepada penulis selama menempuh studi.
- 7 Kedua orang tua, bapak dan ibu saya yang senantiasa memberikan semangat dan doa-doanya yang tak pernah putus supaya cita-cita saya tercapai dan menjadi orang sukses serta selalu mendidik saya untuk selalu berdoa, berusaha, bersabar dalam segala hal.
- 8 Kepada semua teman-teman dan sahabat tercinta terutama Mutiara Nur Aini, Inka Andarista dan Sulthan Arif Adami yang telah membantu saya dalam penelitian ini dan kepada teman-teman yang tidak dapat saya sebut satu persatu terimakasih kaslian selalu memberikan saya semangat, motivasi agar segera menyelesaikan skripsi.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu, penulis sangat membutuhkan saran dan kritik sebagai evaluasi bagi penulis. Peneliti berharap skripsi ini bermanfaat bagi banyak pihak.

Semarang, 17 Januari 2022

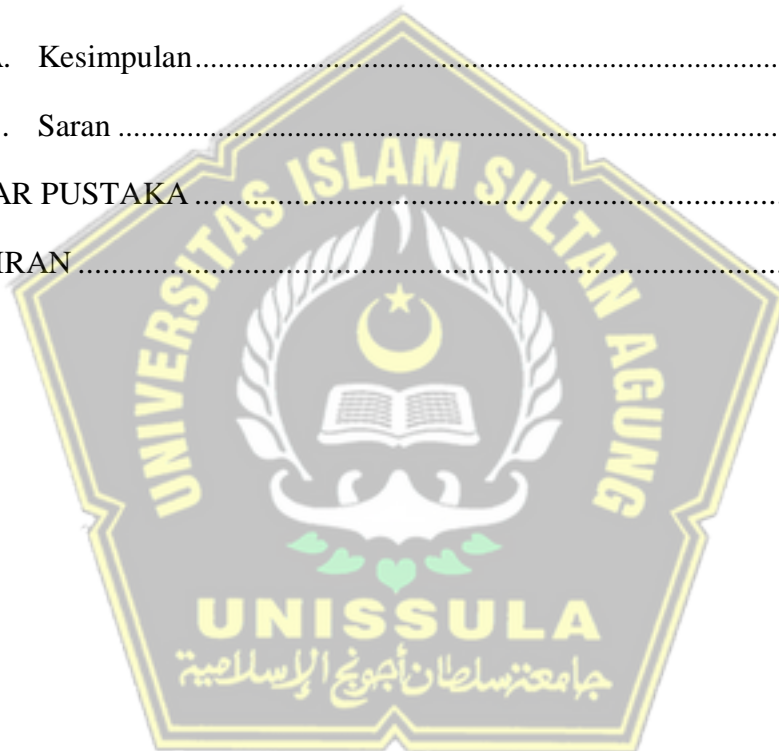
Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	v
ABSTRAK .....	vi
ABSTRACT .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Manfaat Penelitian .....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	7
A. Tinjauan Teori .....	7
1. Demam Berdarah Dengue .....	7
2. Konsep Keterampilan .....	19
3. Pengetahuan .....	26
4. Sikap .....	28

5. Tindakan .....	30
6. Penyuluhan Kesehatan .....	32
B. Kerangka Teori.....	38
C. Hipotesis .....	38
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>40</b>
A. Kerangka Konsep.....	40
B. Variabel Penelitian.....	40
C. Jenis dan Desain Penelitian .....	40
D. Populasi dan Sampel Penelitian .....	41
1. Populasi.....	41
2. Sampel.....	41
E. Tempat dan Waktu Penelitian .....	43
F. Definisi Operasional .....	43
G. Instrumen/Alat Pengumpulan Data.....	43
1. Instrumen Pengumpulan data .....	43
2. Uji Instrumen Penelitian .....	44
3. Uji Reliabilitas.....	44
H. Metode Pengumpulan Data .....	45
I. Rencana Analisa Data.....	46
1. Metode Pengolahan Data.....	46
2. Analisa Data .....	47
J. Etika Penelitian .....	47
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>50</b>
A. Karakteristik Responden.....	50
1. Umur .....	50

2. Jenis Kelamin .....	50
BAB V PEMBAHASAN .....	54
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	54
1. Analisis Univariat.....	54
B. Keterbatasan penelitian.....	58
C. Implikasi Keperawatan .....	58
BAB VI PENUTUP .....	60
A. Kesimpulan.....	60
B. Saran .....	60
DAFTAR PUSTAKA .....	62
LAMPIRAN .....	64



## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Definisi Operasional.....	43
Tabel 3. 2. Pengkodean data.....	46
Tabel 4. 1 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan umur.....	50
Tabel 4.2 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.....	50
Tabel 4. 3 Hasil Score Pertanyaan pada Responden (n=80) .....	50
Tabel 4. 4 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pengetahuan.....	52
Tabel 4.5. Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan sikap.....	53
Tabel 4. 6 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan tindakan.....	53
Tabel 4. 7 Tingkat Keterampilan Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Berdasarkan Karakteristik Responden.....	53



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori.....	36
Gambar 3.1. Kerangka Konsep .....	38



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat permohonan Izin Penelitian ke Puskesmas Genuk Kota Semarang
- Lampiran 2. Surat balasan permohonan Izin survei dari Dinas Kesehatan Kota Semarang
- Lampiran 3. Bukti Perizinan Adopsi Kuesioner
- Lampiran 4. Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 5. Informed Consent
- Lampiran 6. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 7. Lembar Observasi
- Lampiran 8. Input Tabulasi data penelitian
- Lampiran 9. Olah Data Spss
- Lampiran 10. Lembar Konsultasi Bimbingan Skripsi
- Lampiran 11. Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 12. Jadwal kegiatan penelitian
- Lampiran 13. Daftar Riwayat Hidup



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Demam Berdarah Dengue atau biasa disebut DBD, ialah suatu persoalan yang utama dalam kesehatan masyarakat di Indonesia (Kementrian Kesehatan RI, 2018). Penderita dan penyebarannya menjadi lebih banyak, seiring dengan bertambahnya mobilitas dan kepadatan penduduk. DBD ialah penyakit menular dimana ditimbulkan akibat virus golongan *Arbovirus* group A juga B yang bersumber dari gigitan *vector* (Suwanmanee et al., 2018).

Di wilayah tropis juga subtropis, penyakit DBD ialah endemik yang hadir di setiap tahun, paling utama pada musim hujan saat kondisi terbaik bagi nyamuk berkembang biak. Biasanya manusia dapat terjangkit pada masa yang pendek (wabah) (CDC, 2010). Penyakit ini juga tidak selalu mengakibatkan Kejadian Luar Biasa (KLB) namun mengakibatkan pengaruh buruk bagi sosial juga ekonomi. Kerugian sosial yang dialami diantaranya adalah berkurangnya usia harapan penduduk, ketakutan dalam keluarga, dan kematian anggota keluarga. (Yuningsih, 2018), (Nurhidayati et al, 2015), (Djawa, 2017).

Menurut data dari Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI, (2016) Indonesia terdapat kasus DBD yang terdeteksi sebanyak 204.171 jumlah kasus. Dengan rasio kematian 1.598 orang. Kasus DBD tahun 2016 yang meningkat dibandingkan pada tahun tahun sebelumnya 2015 sebanyak 129.650 kasus. Begitupun dengan jumlah kematiannya di tahun 2016

meningkat dibandingkan pada tahun sebelumnya dari 50.75 menjadi 78.85 per 100.000 masyarakat. Ada sisi lain yang mengalami penurunan yaitu *Case Fatality Rate* (CFR) dimana pada tahun 2015 0,83% pada 2016 turun menjadi 0,75%. Jikalau ditotal jumlah kasus DBD yang turun di Indonesia 59.047 kasus dengan rasio kematian 444 kasus meninggal.

Tingkat ilmu pengetahuan, budaya, dan sikap yang dikerjakan oleh masyarakat sehari-harinya dapat mempengaruhi baik dan buruknya kebiasaan masyarakat itu sendiri. Hal tersebut sudah cocok dengan salah satu teori ilmu keperawatan *Lawrence Green* sebagaimana dijelaskan bahwa ilmu pengetahuan seseorang, budaya/kebiasaan, serta sikap adalah predisposisi yang sangat berpengaruh terhadap perilaku masyarakat. Menurut (Suyasa, 2008) memberikan pandangan teori bahwa salah satu faktor lingkungan yang mana keberadaan dengan vektor DBD yaitu banyaknya tingkat kepadatan penduduk, mobilitas penduduk, adanya saluran air hujan, kontaner, serta tempat pot tanaman kembang atau pohon hias. Budaya masyarakat ada kaitannya dengan vektor DBD contohnya dekat dengan perilaku masyarakat pada umumnya yaitu kebiasaan menggantung pakaian. Sebagaimana dijelaskan oleh Waris, L & Yuana, W, (2013) menjelaskan bahwa pengetahuan masyarakat terkait DBD sangatlah minim. Padahal pengetahuan serta budaya yang dilakukan sehari-hari oleh masyarakat adalah kunci utama untuk memberantas penyakit DBD ini. Selain dari pada itu, tindakan untuk mencegah dari masyarakat sendirilah faktor pendukungnya. Teori Keperawatan *Leavel* dan *Clark* menyatakan tingkat mencegah DBD dalam keperawatan komunitas dilakukan ditingkat sebelum penyakit (tahap *prepatogenesis*) serta di tahap terjadinya penyakit (tahap *patogenesis*).

Siklus pratogenesis yang harus dimungkinkan merupakan antisipasi penting bagi upaya untuk lebih meningkatkan kesehatannya. Untuk itu, untuk mencapai tingkat kesehatannya, maka upaya PSN dilakukan dengan melakukan 3M Plus, yaitu pertama dengan menguras kontainer air secara konsisten seminggu dua kali, selain menutup container dengan rapat, ketiga menutup kaleng bekas atau bahan lain yang bisa menampung air. Selain itu akan memberikan obat-obatan dalam container, membersihkan dahan atau pelepah yang bisa menampung air, mempergantikan air minum untuk burung peliharaan secara berkala, dan sebagainya. Mengenai apa yang dimaksud Plus, misalnya penggunaan obat nyamuk, penanaman obat larvasida, pemeliharaan yang memangsa nyamuk.

Keluarga dapat ikut serta berperan untuk ikut mengkampanyekan gerakan PSN yaitu dengan cara 3M menguras, menutup, memanfaatkan kembali. Dilain sisi hal tersebut juga bisa dilakukan dengan pemasangan obat nyamuk, memasang penutup kain slambu di kamar tidur, atau memelihara ikan pemangsa jentik nyamuk. Dan menghindari kegiatan-kegiatan yang menjadi factor berkumpulnya jentik nyamuk. (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Genuk Semarang tanggal 18-20 Agustus 2021, banyaknya penderita penyakit DBD di Puskesmas Genuk Semarang kisaran tahun 2017 meningkat menjadi 9 kasus, dengan IR/100000 yaitu 21.65 tidak ada angka kematian. Tahun 2019 terjadi penurunan dengan 3 kasus, dengan IR/100000 7.12 tidak ada angka kematian. Tahun 2020 kembali meningkat menjadi 6 kasus, dengan IR/100000 yaitu 14.23 tidak ada angka kematian. Tahun 2021 menurun

menjadi 3 kasus dari bulan Januari-Agustus, dengan IR/100000 yaitu 7.11. Dari data diperoleh bukti bahwa angka tertinggi dalam kasus demam berdarah di Puskesmas Genuk Semarang yaitu di daerah Genuksari dan Banjardowo. (Puskesmas Genuk)

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Gambaran Tingkat Keterampilan Pencegahan Penyakit Demam Berdarah di Banjardowo Semarang”

## **B. Rumusan Masalah**

Mengetahui gambaran tingkat keterampilan pencegahan penyakit demam berdarah di Banjardowo Semarang.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat keterampilan pencegahan penyakit demam berdarah di Banjardowo Semarang

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mendeskripsikan karakteristik usia, jenis kelamin responden tentang keterampilan pencegahan demam berdarah
- b. Mendiskripsikan keterampilan pencegahan penyakit demam berdarah sebelum dilakukan
- c. Mendiskripsikan keterampilan pencegahan penyakit demam berdarah setelah dilakukan
- d. Mengalisis perbedaan keterampilan pencegahan penyakit demam berdarah antara sebelum dan sesudah dilakukan

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Teoritis**

###### **a. Manfaat bagi Ilmu Keperawatan**

Hasil penelitian ini bisa digunakan untuk menambah wawasan mengenai kondisi ataupun status kesehatan individu, kelompok ataupun masyarakat mengenai tingkat keterampilan pencegahan penyakit demam berdarah.

###### **b. Manfaat bagi peneliti selanjutnya**

Manfaat penelitian ini bagi peneliti bisa menjadikan gambaran fenomena yang terjadi di masyarakat. Untuk penulis setelahnya bisa menjadikan untuk materi pertimbangan atau dikembangkan selanjutnya, serta referensi untuk penelitian yang serupa.

##### **2. Manfaat Praktis**

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan intropeksi diri serta masyarakat agar lebih memperhatikan perilaku kebiasaan sehari-hari dan upaya pencegahan terhadap penyakit terutama DBD.

##### **3. Manfaat untuk Pelayanan Kesehatan**

Untuk saran bagi para pekerja kesehatan guna pengelolaan DBD guna mengamati faktor-faktor non-medik berupa susunan pengetahuan, sikap dan praktik 3M Plus yang bersangkutan dengan pencegahan DBD.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Teori

##### 1. Demam Berdarah Dengue

###### a. Pengertian DBD

Demam berdarah ialah gangguan kesehatan yang ditimbulkan oleh infeksi virus, yang telah menjadi ancaman kesehatan bagi masyarakat dimana vector pembawanya carrier menyajikan agen infeksi dengue termasuk dalam *flavivirus*, yang ditularkannya melalui gigitan nyamuk genus nyamuk. Penyakit demam berdarah terjadi di lebih dari 100 negara, dan beban demam berdarah sebagian besar terkonsentrasi di daerah tropis dan daerah subtropic. Sebagian 2,5 miliar manusia atau hampir sebagian masyarakat dunia berisiko tertimpa DBD. Sekitar 390 juta (kisaran 284-528 juta) orang telah terinfeksi demam berdarah dengue setiap tahunnya (Liu-Helmersson, J., 2014). Proses globalisasi yang semakin mendunia konektivitas dan mobilitas manusia, dapat mempengaruhi penyebaran virus dan vector penularannya. Hal itu kemudian memicu penyebaran kejadian demam berdarah di wilayah geografis yang lebih luas, sehingga mendesak kekhawatiran global (Liew, S. M., 2016)

DBD ialah sebuah penyakit yang berasal dari nyamuk *aedes aegypti*. DBD ini berasal dari virus dengue. Adapun gejala DBD diantaranya keluar darah pada hidung, gusi, serta sakit pada

ulu hati yang dirasakan secara terus menerus hingga memar pada kulit. Hewan aedes aegyptu ini adalah nyamuk yang mempunyai perkembangan begitu cepat hingga membuat 390 juta manusia terinfeksi setiap tahunnya. Negara Indonesia merupakan salah satu yang memiliki tingkat permasalahan kesehatan masyarakat dengan penderita yang meningkat setiap tahunnya. Penyakit DBD ini dapat menular pada anak-anak berusia 15 tahun hingga orang dewasa (Kementerian Kesehatan, 2017).

DBD suatu jenis penyakit menular dari virus dengue yang berasal dari nyamuk aedes aegypti. Hewan ini tersebar pada hampir seluruh wilayah perkotaan ataupun pedesaan ialah penyakit menular yang diakibatkan oleh virus Dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk Aedes Aegypti. Nyamuk Aedes Aegypti tersebar luas di seluruh daerah baik perkotaan maupun pedesaan (Hasyim, 2013). Dalam data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013 memiliki 4 varian virus yang dikenal, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Ke-empat varian ini telah ditemukan di seluruh daerah di Indonesia.

Hasil penelitiannya menandakan Dengue-3 salah satu virus yang penyakit DBD yang memiliki gejala paling berat, disusul oleh Dengue-2, Dengue-1 dan Dengue-4. DBD adalah penyakit yang berakibat infeksi yang ditimbulkan dan penyebarannya bisa melalui nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang dijumpai



diwilayah tropis dan subtropis salah satunya di Indonesia sampai dengan wilayah utara Australia (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

#### **b. Penyebaran Penyakit DBD**

DBD pertama kali ditemukan di Batavia oleh seorang pria bernama David Bylon sekitar tahun 1779. Penyakit ini memiliki efek samping berupa demam selama 5 hari. Sampai wabah demam berdarah yang diklaim melanda pada tahun 1871-1873 di Zanzibar, kemudian, pada saat itu, di Pantai Arab, itu terus mengirimkannya ke Samudra Hindia, Quintos et al. Pada tahun 1953, isu demam berdarah dengue tercatat di Filipina, kemudian menyebar ke negara-negara tetangga seperti Thailand dan Vietnam. Selama tahun 1960-an infeksi ini mulai menyebar ke negara-negara Amerika Latin, dimulai di Kuba pada 1981. Demam berdarah terus mengalir di negara-negara dingin dan panas. (Nisa Hoirun, 2007)

DBD di Indonesia awal mula berasal dari Surabaya, saat itu 58 orang terjangkit serta 24 orang lainnya meninggal dunia, dan Angka Kematian (AK) memperoleh 41,3 %. Penyakit ini tersebar banyak ke bagian Indonesia. Isu DBD telah mengalami masa-masa naik turun setiap tahunnya. Data Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Vektor dan Zoonosis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pada tahun 2014 total penderita yang mengalaminya mencapai 100.347.907 orang meninggal dunia. Pada

tahun 2015, terdapat 129.650 pasien dan 1.071 yang meninggal. Kemudian, pada tahun 2016 ada 202.314 pasien dan 1.593 yang meninggal. Pada tahun 2017, terlihat dari Januari hingga Mei tercatat sebesar 17.877 masalah dan 115 meninggal dunia (Kementerian Kesehatan RI, 2018)

Angka kesakitan (IR) di 34 wilayah pada tahun 2015 sebesar 50,75 per 100 ribu masyarakat, dan pada tahun 2016 *Incident Rate* (IR) sebesar 78,85 per 100 ribu masyarakat. Jumlah ini sangat tinggi dengan target IR publik 49 untuk setiap 100 ribu masyarakat. DBD masih menjadi masalah serius di Provinsi Jawa Tengah, hal ini terlihat dari 35 daerah/perkotaan yang telah mengalami DBD. Pada tahun 2016 IR DBD Provinsi Jawa Tengah sebesar 43,4 per 100 ribu masyarakat, menurun dibandingkan tahun 2015 sebesar 47,9 per 100 ribu masyarakat. Kondisi saat ini menunjukkan bahwa IR DBD Jawa Tengah lebih rendah dari sasaran keseluruhan karena berada di bawah 51/100 ribu masyarakat namun lebih tinggi dari sasaran Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) (< 20/100 ribu penduduk). Jumlah kasus DBD tahun 2016 sebanyak 376 kasus dengan IR 42,26 per 100 ribu masyarakat dan AK 1,48%. (InfoDatin, 2017).

Di negara-negara Asia Tenggara dinyatakan bahwa periode kasus DBD telah berkembang dari 5-9 tahun ke remaja hingga remaja. Perkembangan ini dapat membuka peluang munculnya

wisatawan dunia kembali dari daerah endemik, terutama di negara-negara Asia Tenggara (Tantawichien, 2015). Pada pertengahan tahun 1993 sampai dengan tahun 2009 penyakit demam berdarah yang dikelompokkan berdasarkan usia mengalami pergeseran. Pada tahun 1993-1998 kasus DBD terbesar terjadi pada kelompok usia di bawah 15 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa peluang terjadinya infeksi penularan pada DBD tak hanya datang di wilayah rumah saja, akan tetapi dapat dibicarakan di wilayah sehari-hari masyarakat. Hal inilah yang menjadi penyesuaian penyakit DBD ini. Yang mana dulu menyerang anak-anak, namun hingga kini menyerang di umur yang lebih dominan pada usia aktif produktif (Kemenkes, 2010).

Menurut pandangan Towidjojo dan Tandungan, menyatakan bahwa golongan pada umur yang sering terdampak DBD berusia 20-22 tahun, yang kemudian hal ini dapat terjadi keserbagunaan yang tinggi tergantung pada tingkat imunitas pada pola makan dan tidur yang tidak teratur, sehingga kelompok ini tidak berdaya untuk terkontaminasi.

### c. Vektor Penyebab DBD

Ada dua vektor infeksi DBD, yaitu nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Ciri dari nyamuk ini : a) Pada sayap dan badan memiliki belang berwarna garis putih, b) Berkembang biak pada air jernih yang tidak beralaskan seperti bak mandi. Jamban, drum, wadah, juga sebagai benda yang bisa menampung air dan tidak

tertutup, misalnya guci dan ban bekas, pot tanaman air, tempat minum burung, dan sebagainya, c) Dapat terbang seperti  $\pm 100$  meter, d) Nyamuk betina adalah berbagai penggigit (menggigit beberapa manusia dan segera bergerak sebelum nyamuk kenyang), e) Nyamuk *Aedes aegypti* bisa berkembang biak karena suhu yang panas dan kelembapan yang tinggi (Widiyono, 2011).

Nyamuk ini berkembang biak dipermukaan yang begitu lembab pada permukaan air. Serta dalam suhu biasa. *Aedes aegypti* dapat berkembang biak hanya dalam kurun waktu 7 hari. Yang mana pada suhu rendah nyamuk ini muncul sebagai nyamuk dewasa. Telurnya dapat bertahan dalam kondisi panas keringpun hingga kurang lebih bisa 1 tahun. Dan muncul lagi pada waktu sehari setelah di air. Dalam keadaan curah hujan dan suhu lembab berdampak pada penularan penyakit, misalnya siklus infeksi seperti siklus keberadaan dan penundaan keberadaan vektor.

Daya tahan vektor normal adalah 30 hari atau sekitar dua bulan. Selama musim hujan, vektor bisa bertahan lebih lama dan mempunyai risiko penularan penyakit yang lebih nyata berdasarkan umur dan jenis kelaminnya (Wing and Road, 2014). Telur nyamuk *Aedes aegypti* akan menjadi tukik dalam waktu 1-2 hari di dalam air dengan suhu 20-40°C. Peningkatan kecepatan penetasan dipengaruhi oleh berbagai faktor, terutama tempat yang memiliki suhu dingin, kondisi air dan zat suplemen yang terkandung dalam

perkembangbiakan nyamuk. Dalam kondisi ideal, larva akan berubah menjadi pupa dalam 4-9 hari, lalu dalam 2-3 hari akan berubah menjadi nyamuk dewasa. Dengan tujuan perkembangbiakan dari telur, larva hingga nyamuk dewasa, membutuhkan waktunya sekitar 1-2 minggu. (Salawati, T., Astuti, R., & Nurdiana, 2010).

(Depkes RI, 2015) mengungkapkan nyamuk *Aedes aegypti* efektif menggigit pada pagi hari (pukul 08.00-12.00) dan sore hari (15.00-17.00). Nyamuk *Aedes aegypti* berkembang biak dan hidup di tempat penampungan air bersih yang berhubungan dengan kotoran, misalnya botol minuman bekas, wadah bekas, bak mandi, toren air, toples bunga, wadah, ban bekas, dan sebagainya. Hadinegoro Sri Rejeki, (2004) Perkembangan keberadaan nyamuk *Aedes aegypti* dari telur hingga dewasa membutuhkan waktunya 10-12 hari. Nyamuk betina akan menjadi nyamuk yang menggigit dan menghisap darah serta mengambil darah manusia agar telurnya matang, sementara nyamuk jantan tidak menghisap darah manusia, namun hidup dari perwujudan mekar tumbuhan.

#### **d. Faktor-faktor Resiko pada DBD**

Salah satu faktor dalam hal meningkatnya kasus penyakit DBD ini adalah kepadatan vektor, masyarakat yang meningkat seperti pembangunan pemukiman, serta urbanisasi yang tak kendali apalagi ditambah perilaku penduduk yang kurang sadar akan kebersihan lingkungannya. Termasuk pengendalian penyakit DBD

diatur dalam peraturan Menteri Kesehatan no.581/MENKES/SK/VII/1992 tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah.(Kemenkes, 2013).

Sifat nyamuk yang memang hinggap di air bersih nan tergenang, telurnya dapat bertahan sampai beberapa bulan pada suhu udara 2 derajat celcius hingga 4 derajat celcius. Tingkat kelembapan rendah telur yang menetas dalam kurun waktu 4 hari. Yang nyamuk dewasa diperlukan 9 hari. Yang mana nyamuk ini memiliki cadangan darah 3 hari yang dapat berkembang biar hingga 100 butir telur (Muryani, 2008)

Penyakit Dengue adalah faktor bahaya DBD, seperti halnya imunitasi terhadap infeksi. Strain virus juga merupakan faktor bahaya DBD, tidak banyak infeksi yang dapat menyebabkan penyakit sampar atau menyebabkan kasus yang parah. Usia dan kualitas keturunan juga merupakan faktor bahaya untuk demam berdaah dengue. Meskipun penyakit ini bisa mempengaruhi orang dewasa, otomatis kasus ditemukan pada anak-anak yang lebih muda dari remaja umur 15 tahun, serta bukti tidak langsung merekomendasikan bahwa sebagian kelompok di mata masyarakat mungkin lebih cenderung merusak pembuluh darah daripada yang lain. (Word Healt Organization, 2005)

**e. Kebijakan Pemerintah Terkait DBD**

Hingga saat ini obat untuk menanggulangi virus ini belum juga ditemukan. Dan juga vaksin pun masih dalam tahap uji coba. Hal utama untuk menanggulangi virus ini yaitu dengan pengendalian vektor penularan. Pengendalian ini dilakukan dalam fase usia sebelum dewasa yaitu pada tahap sebelum menjadi nyamuk (telur, larva ataupun jentik, dan pupa) ataupun pada fase dewasa (Kemenkes, 2013).

Dalam hal tersebut, menteri kesehatan mengeluarkan surat keputusan yang mana ditetapkan dalam penanggulangan DBD ini. Tertuang dalam surat keputusan No. 581/tahun 1992 yang berisi 8 pokok program yaitu, observasi kasus DBD, pemusnahan DBD, kasus pengurusan, pengarahan, kemitraan dikemas dalam bentuk program kerja fungsional DBD. Hal ini bekerja sama dengan kelompok pemantau jentik. Dan terakhir pelatihan serta penelitian yang merujuk pada kasus DBD.

DBD merupakan kewajiban seluruh komponen masyarakat, mungkin yang paling kecil adalah lingkup keluarga (Dewi, 2015). Sangat mungkin cara terbaik adalah peranan masyarakat setempat yang didesak untuk mengubah perilaku yang diidentifikasi dengan menghindari penyakit ini (Natalia, 2010). Ditinjau dari sudut pandang Dewi, 2015 melalui pemeriksaannya menguraikan bahwa faktor ilmu, perilaku, dan budaya serta bantuan kesehatan untuk tindakan pemusnahan nyamuk demam berdarah dengue.

Dalam penelitian (Azizah, 2017) mengungkapkan faktor kebijakan atau strategi saat ini, informasi, dukungan keluarga dan dukungan dari perintis daerah diidentifikasi dengan perilaku (PSN 3M Plus) sebagai upaya untuk mencegah DBD secara pada masyarakat. Mengutip pendapat Misnadiarly (2009) program pencegahan DBD dalam program PSN yang biasa disebut 3M dilakukan melalui program penyuluhan kesehatan.

#### **f. Upaya Pencegahan DBD**

Menurut perspektif Epidemiologi kuno biasa menyebut dengan istilah segitiga Epidemiologi yang dilakukan guna mengkaji kejadian penyakit. Segitiga ini terdiri dari host, agen, serta lingkungan. Idanya berawal dari upaya untuk memperjelas perjalanan perkembangan penyakit yang tidak dapat dicegah dengan komponen mikrobiologis yang menarik sebagai agen, tetapi pada saat itu juga bisa dilakukan guna memperjelas perjalanan munculnya penyakit yang tidak bisa ditularkan dengan memperluas pemikiran seorang agen (Notoatmodjo, 2018b). Salah satu cara terbaik dalam penanggulangan wabah penularan infeksi dengue yaitu membunuh nyamuk pembawa penyakit (World Health Organization, 2011). Negara Indonesia khususnya dalam penanggulangan wabah DBD ini tak lekang dari lemahnya pengendalian serta tidak konsennya penghindaran dari pantauan masyarakat. Hal ini terlihat mulai pelaksanaan PSN yang dinilai belum ideal (Bakta, 2015). Antipasi masyarakat terhadap program ini dengan cara memasukan ikan ke



dalam bak mandi, memasang kelambu pada tempat tidur, tidak menumpuk pakaian pada gantungan serta penyemprotan fogging (Widoyono, 2011).

#### 1) Manajemen lingkungan

Mengatur sebuah manajemen dilingkungan hal ini dapat dikembangkan untuk mencegah ataupun membatasi vektor antar kontak orang sehingga vektor berkurang (World Health Organization, 2005)

Sesuai (Handinegoro Sri Rejeki, 2004) menyatakan bahwasannya cara yang benar untuk pengembangan vektor adalah dengan menyelesaikan pemusnahan sarang nyamuk (PSN), yaitu berusaha untuk tidak menggantungkan pakaian di ruangan yang redup dan lembab karena bisa menjadi tempat yang menguntungkan untuk berkembang biak. Nyamuk dan latihan peningkatan yang mencakup daerah setempat dalam membunuh jentik nyamuk yang menularkan demam berdarah menggunakan strategi 3M Plus.

#### 2) Perlindungan diri

Baju yang tebal dapat juga mengurangi dari gigitan nyamuk yang leluasa. Atau dengan memakai kemeja panjang serta celana jeans panjang plus kaus kaki. Hal ini dapat melindungi dari yang paing terdeteksi oleh nyamuk (WHO, 2015). Dan untuk menghindari gigitannya dengan cara

memberikan penutup seperti selambu pada tempat tidur, serta memasang kawat pada ruang udara. (Depkes RI, 2012).

a) Abatisasi

Abatisasi dilakukan di kota endemik, khususnya di sekolah-sekolah atau ditempat umum. Semua persediaan air di rumah dan bangunan tempat anak nyamuk ditemukan ditaburi dengan bubuk ampas per porsi sepuluh gram pengurangan untuk seraus liter air (WHO, 2005).

b) Pengendalian biologis

Hal ini merupakan dengan memanfaatkan ahli organik dalam pengendalian vektor *dengue*. Sebagian besar ahli alam memanfaatkan nya dengan hasil yang memang terbukti dalam pengendalian jumlah populasi larva vektor DBD yaitu dengan memberikan ikan pemakan jentik nyamuk yang mana dilakukan di salah satu kota yaitu Palembang. Ikan tersebut adalah ikan cupang. (Departemen Kesehatan RI, 2012)

c) Pemantauan Jentik Berkala (PJB)

Depkes RI (2012) mengungkap bahwa salah satu pendekatan otoritas publik dalam mengendalikan DBD adalah dengan mengikutsertakan warga yang dijajah

menjadi kerangka jumantik dalam mengawasi pelaksanaan PSN DBD. Unit jumantik merupakan badan yang bertugas untuk memantau jentik nyamuk. Memiliki tugas memeriksa genangan air yang berada di dalam rumah maupun diluar. Pada intinya adalah badan masyarakat yang memeriksa serta memantau lokasi-lokasi pada rumah yang diidentifikasi terdapat jentik nyamuk, dan juga turut serta dalam pemberantasan sarang nyamuk secara konsisten.

d) *Fogging* Fokus

*Fogging* adalah gerakan menyemprotkan racun serangga untuk membunuh nyamuk dewasa serta sebagai teknik yang umum digunakan di Indonesia, program yang dicanangkan pemerintah ini belum berhasil dikarenakan hanya dapat memberantas nyamuk dewasa pada lokasi dengan rentang 100-200 meter yang mana hanya dengan radius 200 meter. Dalam waktu 2 hari saja program fogging tak bisa maksimal memberantas jentik nyamuk.

## 2. Konsep Keterampilan

### a. Pengertian Keterampilan

Konsep terampil memberikan aksi khusus pada apa yang ditampilkan ataupun memiliki sifat dimana terampil dalam melaksanakannya. Banyak suatu perbuatan yang dianggap terampil. Hal ini terdiri atas beberapa keterampilan serta derajat kekuasaan

yang diraih pada manusia dalam penggambarannya. Hal ini bisa terjadi dikarenakan kebiasaan yang telah diterima untuk menyatakan bahwa salah satu ataupun pola budaya yang bisa disebut keterampilan contoh diantaranya adalah, menulis, berjalan, melompat, bermain musik dll. Maka kata keterampilan digunakan yang dimaksud yaitu kata benda (Fauzi, 2010). Kata ini biasa digunakan dalam penggambaran skill seseorang. Skill/keterampilan adalah kemampuan orang dalam menguasai pekerjaannya dengan mudah dan cermat (Sri Widiastuti, 2010).

#### **b. Dasar-dasar Keterampilan**

Dalam pandangan pakar Robbins pada umumnya keterampilan dapat dikelompokkan menjadi empat jenis diantaranya :

##### 1) Keterampilan Dasar (*Basic Literacy Skill*)

Keterampilan ini sebagai kemampuan orang yang pasti dan wajib dipunyai oleh banyak orang seperti menulis, membaca, mendengar dan lain-lain. Keterampilan dasar seseorang dalam menangani demam berdarah bisa dilakukan dengan menggunakan obat anti nyamuk atau lotion, memakai pakaian yang tertutup, tidak menggantung pakaian.

##### 2) Keahlian Teknik (*Technical Skill*)

Keahlian teknik adalah kemampuan orang dalam mengembangkan tekniknya seperti mengoperasikan computer, menghitung cepat, dan lain-lainnya. Dalam sebuah keahlian teknik untuk demam berdarah, masyarakat atau warga dapat membuat

leaflet tentang demam berdarah lalu dapat diunggah di media sosial agar semua orang tahu bahaya demam berdarah.

3) Keahlian Interpersonal (*Interpersonal Skill*)

Keahlian interpersonal ialah keahlian efektif seseorang dalam berkontribusi dengan orang lain atau dengan rekannya misalnya mengungkapkan pendapatnya dengan jelas, menjadi pendengar yang baik, serta bekerja sama dalam suatu tim. Dalam pencegahan demam berdarah masyarakat atau warga dapat bersama-sama menjaga kebersihan dan kesehatan untuk mencegah adanya demam berdarah.

4) Menyelesaikan Masalah (*Problem Solving*)

Menyelesaikan sebuah masalah ialah bentuk kegiatan untuk menjalankan logikanya, kemampuan untuk mengetahui penyebab, berargumentasi dalam penyelesaian masalah serta, mengembangkan alternatif serta menganalisis atau memilih penyelesaiannya dengan baik. Untuk menyelesaikan masalah mengenai adanya demam berdarah, masyarakat atau warga dapat mencari penyebab terjadinya demam berdarah kemudian mendapatkan solusi dalam masalah yang dihadapi. Misalnya dengan menerapkan 3M Plus dan Pemantauan Jentik Berkala (PJB).

Menurut pakar spencer yang mana dikutip dari Sutoto, macam-macam keterampilan antara lain:

1) *Concern for Order* (CO)

Keterampilan ini adalah dorongan dari diri seseorang yang mana untuk mengurangi ketidakpastian di dalam lingkup sekitar. Terlebih yang berkaitan dengan pekerjaan, aturan, informasi serta data.

2) *Intiative (INT) Intiative (INT)*

Keterampilan ini sebagai desakan dalam bertindak untuk kebutuhannya yang dituntut dari pekerjaan dalam menyelesaikan sesuatunya.

3) *Impact and Influence (IMP)*

Keterampilan model ini adalah sebuah tindakan untuk meyakinkan diri, mengajak, serta mempengaruhi sehingga kesan orang lain dapat mendukungnya.

4) *Information Seeking (INFO)*

Keterampilan ini merupakan hal besar menambah usaha untuk bisa keluar dan mengumpulkan data informasi sebanyak banyaknya.

**c. Jenis-jenis Keterampilan**

Dalam pandangan Robert L Katz yang mana dikutip oleh Ulber Silalahi memberikan pernyataan bahwa jenis keterampilan dikategorikan sebagai berikut:

1) Keterampilan Teknik (*Technical Skill*)

Keterampilan skill adalah kemampuan dengan cara untuk melaksanakan tugas ataupun kemampuan dalam menggunakan teknik, alat serta ilmu pengetahuan dalam prosedur terkait lokasi yang mana spesialisasi dengan tepat dalam pelaksanaannya.

2) Keterampilan Bidang Administratif

Keterampilan administratif adalah skill yang mana bisa mengatur, dalam hal yang berkaitan dengan pencatatan pelaksanaan dari hasil yang dicapai dari berbagai hambatan melalui kebijakan prosedural.

3) Keterampilan Hubungan Manusia

Keterampilan ini adalah kemampuan dalam memahami orang lain serta bisa untuk memotivasi orang lain. Hal ini berhubungan dalam kategori seperti halnya psikolog dalam menyeleksi pegawai di perusahaan.

4) Keterampilan konseptual

Keterampilan ini mampu mengkoordinasikan serta mengintegrasikan aktivitas keseluruhan dalam sebuah organisasi. Yang berhubungan kaitannya dengan ini adalah bagaimana mencakup keseluruhan dalam hal mental menganalisis, serta meinterpretasikan informasi. Keterampilan konseptual ialah kemampuan untuk mengatur dan

mengkoordinasikan semua kepentingan dalam kegiatan organisasinya atau kapasitas mental untuk memperoleh, menganalisis serta menguraikan data yang diperoleh dari sumber yang berbeda. Ini termasuk mempertimbangkan untuk menjadi secara umum, melihat bagaimana hubungan antara unit atau bagian dari keseluruhan, mengharapkan apa penyesuaian setiap bagian akan berarti untuk keseluruhan dan melihat bagaimana bagian bergantung pada yang lain. Kemampuan dalam melihat bagaimana melihat produk organisasi tersebut secara keseluruhan dengan mengintegrasikan aktivitas-aktivitas. Hal ini lah yang dinamakan kemampuan keterampilan konseptual.

#### 5) Keterampilan Diagnostik

Kemampuan dalam keterampilan diagnostik yaitu kemampuan dalam mengambil keputusan yang dalam analisisnya melalui pengujian 12 hakekat di suatu kondisi khusus. Keterampilan ini bisa diartikan sebagai kemampuan bisa memutuskan secara cepat serta valid dalam mengambil keputusan melalui data, observasi dan fakta-fakta.

Menurut Ricky W. Griffin terdapat dua jenis keterampilan yakni sebagai berikut :

#### 1) Keterampilan Manajemen Waktu

Kemampuan yang mengacu pada kemampuan seorang manajer untuk memanfaatkan waktu mereka dengan hati-hati.



2) Keterampilan membuat keputusan

Kemampuan untuk mengkarakterisasi masalah dan memutuskan cara yang paling ideal untuk menyelesaikannya.

**d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keterampilan**

Menurut pandangan (Notoadmojo, 2007) menjelaskan terkait faktor-faktor hal yang mempengaruhi keterampilan seseorang yang mana berkaitan dengan tingkat ilmu pengetahuan yang tak jauh dari pengaruh pengetahuan itu sendiri diantaranya adalah:

1) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan individu dimana makin tingginya pengetahuan seseorang, maka seorang tersebut akan mudah dalam memahami sebuah hal baru. Dan disisi lain, dapat juga membantu menyelesaikan hal baru tersebut.

2) Umur

Umur seseorang yang semakin bertambah otomatis hal ini terjadi perubahan pada fisik serta psikologi seseorang tersebut. Dan disisi lain maka pemikiran alam berpikir pun semakin matang untuk bekerja.

3) Pengalaman

Sebuah perjalanan dalam hidup yang dinamakan pengalaman menjadi dasar bahwa sumber pengetahuan yang diperoleh dari suatu kebenaran akan dapat mempengaruhi pemikiran serta kematangan berpikir untuk melakukan suatu hal. (Ranupantoyo dan Saud,2005) menjelaskan bahwa seseorang

yang bekerja dengan rasa tekun, maka seorang tersebut akan menambah pengalaman.

Menurut Widyatun, 2005 beberapa faktor yang juga dapat mempengaruhi keterampilan seseorang secara langsung adalah :

a. Motivasi/Semangat

Semangat/motivasi menjadi hal yang bisa membangkitkan keinginan dari diri seseorang dalam memulai tindakan. Sebuah motivasi inilah yang bisa mendorong seorang untuk melakukan tindakannya sesuai apa yang pernah diajarkan sebelumnya.

b. Pengalaman

Pengalaman menjadi sesuatu rumusan kuat dalam memperkuat sebuah tindakan keterampilan ini. Karena pengalaman bisa membangun motivasi seseorang untuk melakukan hal yang lebih baik kedepannya. Karena mereka pernah melakukannya di masa lalu.

c. Keahlian

Bidang keahlian seorang bisa membuat dirinya kreatif dalam melakukan skillnya. Keahlian inilah individu bisa melakukan suatu hal yang telah diajarkan sebelumnya.

### 3. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari mengetahui, dan ini terjadi sesudah mendeteksi artikel tertentu. Pendeteksian terjadi melalui lima panca indera manusia, khususnya perasaan penglihatan, pendengaran,

penciuman, rasa, dan peraba. Sebagian besar informasi manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Tanpa informasi, seorang individu tidak memiliki alasan untuk memutuskan dan memutuskan kegiatan untuk mengelola isu-isu utama (Notoatmojo, 2010)

**a. Pengetahuan faktual**

Pengetahuan yang dapat diverifikasi sebagian besar merupakan refleksi tingkat rendah. Terdapat dua macam informasi autentik, yaitu informasi khusus tentang nama atau gambar tertentu baik verbal maupun non-verbal dan informasi terkait bagian detail dan komponen eksplisit termasuk informasi tentang peristiwa, individu, waktu, dan data lain yang sifatnya cukup pasti.

**b. Pengetahuan prosedural**

Pengetahuan terkait metode yang paling mahir untuk mencapai sesuatu, baik praktik sehari-hari ataupun yang baru. Informasi prosedural secara teratur berisi langkah-langkah atau tahapan yang harus dilanjutkan dalam melakukan sesuatu yang spesifik.

**c. Pengetahuan metakognitif**

Mengingat pengetahuan terkait wawasan untuk umum dan informasi tentang diri sendiri. Penyelidikan metakognitif menandakan bahwa ketika orang banyak berkembang, mereka menjadi lebih sadar akan pemikiran mereka dan mencari tahu

tentang persepsi, dan dengan asumsi orang banyak dapat mencapai ini, mereka akan belajar lebih baik.

#### 4. Sikap

##### a. Pengertian Sikap

Sikap adalah reaksi ataupun respon yang mana ada dalam diri seseorang terhadap sebuah stimulus serta objek. Hal ini merupakan sikap yang tidak bisa dilihat langsung, namun, hanya bisa ditafsirkan melalui perilaku yang tidak kentara. Dalam hal nyata sikap memberikan petunjuk konotasi yang menjadi reaksi stimulus dalam kehidupan sehari-hari secara emosional sosial. Sikap juga sebuah aktivitas yang predisposisi sebuah perilaku.

Dalam hal ini kaitannya dengan pengetahuan terdiri dari beberapa tingkatan diantaranya:

##### 1) Menerima (*receiving*)

Sifat menerima dijelaskan bahwasanya individu bisa menerima masukan yang diberikan. Semisal pada sebuah gizi yang dapat dilihat dari perhatiannya kepada masukan-masukan tentang ilmu gizi.

##### 2) Merespons (*responding*)

Memberikan solusi ketika ditanya dalam menyelesaikan sebuah pekerjaan yang telah diberikan adalah sebuah indikasi dari sikap itu sendiri. Karena apa dengan berusaha pekerjaan akan dinilai benar/salah. Sehingga orang tersebut menerima ide

yang ditawarkan. Contohnya ada seorang penceramah yang mana memberika respon terhadap istrinya ketika halnya sang istri ditawari menggunakan alat kontrasepsi.

3) Menghargai (*valuing*)

Sifat menghargai merupakan sama halnya memberikan respon baik kepada apa yang telah memberikan informasi baik dari seseorang yang bisa dilakukan oleh orang yang diberi informasi.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Sifat ini adalah pilihan dimana seseorang memiliki segala risiko yang paling tinggi. Sebuah sikap bisa diukur langsung tidaknya dengan cara seseorang dapat ditanya bagaimana pendapatnya atau pernyataanya pada suatu objek.

**b. Fungsi sikap sebagai domain perilaku**

Fungsi sikap sebagai domain perilaku, antara lain:

1) Sikap sebagai alat untuk menyesuaikan.

Sifat dalam hal ini adalah sebuah sesuatu yang sifatnya *communicable*, dalam peranannya dengan artian sangat mudah menjalar. Sikap juga dapat menjadi rantai penghubung seseorang dengan kelompoknya ataupun kelompok dengan kelompok lainnya.

2) Sikap sebagai alat pengatur tingkah laku.

Hal yang menjadi pertimbangan dalam sikap yaitu reaksi pada anak, dewasa, serta usia lanjut. Dimana rangsangan umum yang diberikan oleh perangsang spontan dengan adanya proses secara sadar atau tidak memiliki nilai rangsangan itu.

3) Sikap sebagai alat pengatur pengalaman.

Seseorang juga bisa menerima pengalamannya dengan aktif. Yang mana semua hal bermula dari luar yang dilayani oleh manusia. Namun manusianya juga bisa memilih yang mana bisa dilayani yang mana yang tidak.

4) Sikap sebagai pernyataan kepribadian.

Sikap bseringkali menggambarkan sebuah kepribadian individu, dalam hal ini diakibatkan karena sikap yaitu tak bisa pisah dengan pribadi yang didukungnya. Sehingga melihat sikap menjadi objek tertentu, banyak maupun sedikit orang bisa tahu pribadinya tersebut. Pernyataanya adalah sikap merupakan kepribadian.

Setiap orang dilahirkan dengan pandangan serta sikapnya masing-masing. Yang secara otomatis terbentuk dari perkembangannya. Sikap adalah peran yang memiliki peran besar bagi kehidupan. Bilamana pada diri manusianya sendiri, maka sikap inilah yang akan turut menentukan caranya pada objek siakp itu sendiri. Nah dengan adanya sikap seseorang akan bertindak dengan ciri khas pada objeknya.

## 5. Tindakan

Sikap tidak secara konsekuen muncul dalam suatu aktivitas (perilaku biasa). Untuk memahami suatu disposisi menjadi suatu kegiatan yang nyata, diperlukan suatu unsur pendukung atau suatu kondisi potensial, termasuk fasilitas.

Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan (Irwan, 2017); (Ajzen and Fishbein, 2000); (Siregar, 2020);

a. Respons terpimpin (*guided response*)

Memiliki pilihan untuk menyelesaikan sesuatu dengan benar selaras dengan model adalah tanda praktik tingkat pertama. Misalnya, seorang ibu bisa memasak sayuran dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotongnya, berapa lama memasak, menutup panci, dll.

b. Mekanisme (*mekanism*)

Dengan asumsi seseorang bisa mencapai sesuatu dengan benar secara alami, atau sebaliknya jika sesuatu sudah berubah menjadi kecenderungan, ia telah sampai pada pelatihan tingkat kedua.

c. Adopsi (*adoption*)

Adopsi ialah praktik atau aktivitas yang sangat berkembang. Artinya, aktivitas telah didorong tanpa mengurangi realitas aktivitas.

Estimasi perilaku harus dimungkinkan secara tidak langsung, khususnya dengan latihan berbicara yang telah diselesaikan beberapa jam, hari, atau bulan sebelumnya (tinjauan). Estimasi juga harus bisa dilakukan secara lugas, khususnya dengan memperhatikan aktivitas

atau aktivitas respondennya. Estimasi pelatihan (perilaku yang jelas) juga bisa diperkirakan dari efek samping dari praktik-praktik ini.

## **6. Penyuluhan Kesehatan**

### **a. Definisi Penyuluhan**

Penyuluhan kesehatan ialah tindakan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan dan memberikan kepastian. Akibatnya, individu sadar, tahu dan melihat, tetapi pada saat yang sama bersedia dan siap untuk membuat saran yang diidentifikasi dengan kesehatan Azwar, (1983).

Ada 5 tahapan dalam pendidikan kesehatan. Tahap pertama mengidentifikasi dengan hipotesis Lawrence dan Green menjelaskan penyebab yang cenderung, mendukung dan memberdayakan dalam temuan sekolah dan struktur penilaian dimana pendidikan kesehatan khawatir tentang perubahan yang bisa merubah perilaku serta mendorong mencapai tujuan yang ideal. Tahap selanjutnya adalah penyempurnaan di mana tujuan dan hasil yang diharapkan adalah melalui perluasan informasi, perubahan kecenderungan dan cara paling umum untuk membuat orang lain sadar akan perilaku mereka. Tahap ketiga adalah publisitas, tahap ini diidentikkan dengan tahap lampau. Tahap ini akan merinci materi augmentasi secara lebih rinci dengan penjelasan yang lugas dan singkat. Tahap keempat adalah pendidikan kesehatan yang menyiratkan landasan kontak individu antara individu yang memberi atau mendapatkan



informasi. Pembelajaran akan berhasil apabila terdapat kesamaan antara upaya penyedia dan penerima informasi. Dalam memberi informasinya yang bisa memperluas informasi tentang oranglain atau mengubah ide kegiatan, pendidikan kesehatan, dibawa melalui 31 situasi yang dekat dengan pendengaran dan sesuai dengan karakter mereka. Tahap kelima adalah inspirasi terbatas dalam upaya untuk menghentikan perilaku kebiasaan. (Suliha 2005).

Aktivitas yang dilakukan tergantung pada standar pembelajaran untuk mencapai suatu kondisinya, dimana orang, keluarga, kelompok dan masyarakat semuanya harus hidup solid, tahu bagaimana dan melakukan apa yang harus mungkin, secara terpisah atau berkelompok dengan meminta bantuan dari masyarakat atau orang-orang setempat. Dengan pesan ini, dipercaya bahwa masyarakat, kelompok atau individu bisa memperoleh informasi terkait kesehatan yang lebih baik. Informasi ini pada akhirnya akan memperngaruhi perilaku. (Siswanto, 2010)

Penyuluhan kesehatan adalah interaksi yang memiliki sumber informasi dan hasil dan hasil untuk mencapai tujuan instruktif, khususnya perubahan perilaku. Namun demikian, ada banyak komponen yang mempengaruhi tercapainya penyuluhan seperti faktor informasi, faktor teknik, unsur materi, pengajar, atau petugas yang melakukannya dan panduan pembelajaran yang digunakan. Untuk hasil yang ideal, faktor ini harus bekerja sama. (Herijulianti, 2002)

## **b. Tujuan Penyuluhan**

Menurut Effendi & Makhfudli (2009), tujuan penyuluhan antara lain :

- 1) Perubahan perilaku orang, keluarga, dan jaringan telah dicapai dalam mendorong dan mengikuti perilaku yang baik, misalnya berperan aktif dalam upaya untuk lebih mengembangkan status kesehatannya.
- 2) Perilaku sehat dibingkai dalam masyarakat, keluarga dan jaringan sesuai dengan gagasan hidup sehat baik secara fisik, intelektual, maupun sosial untuk mengurangi kematian.
- 3) Menurut WHO alasan penyuluhan kesehatan ialah guna merubah perilaku orang atau jaringan di bidang kesehatan.

## **c. Metode Penyuluhan**

Strategi pembelajaran penyuluhan kesehatan dipilih tergantung pada tujuan sekolah kesehatan, kapasitas personal sekolah, kapasitas objek sebagai audiens, ukuran kelompok, waktu pelaksanaan, dan aksesibilitas kerangka kerja. Strategi penyuluhan kesehatan adalah individu, kelompok dan massal. Strategi metodologi perorangan dianggap berhasil karena dapat dengan mudah mengatasi masalah pengarahannya tetapi sejauh tujuan teknik ini dianggap kurang menarik. Sedangkan teknik pendekatan kelompok sangat menarik mengingat tujuannya diarahkan dan dikoordinasikan untuk menyelesaikan kegiatannya berdasarkan partisipasi.

Kekurangan dari strategi ini ialah kesulitan dalam mengatur fokus karena faktor geografis dan target aktivitasnya. Teknik penyuluhan kesehatan yang sering digunakan adalah pengarah dan penyuluhan, wawancara, seminar, pidato, konferensi, simposium, diskusi kelompok, forum panel, serta demonstrasi.

Menurut Notoatmodjo (2011), metode penyuluhan dibagi menjadi tiga, yakni:

1) Metode individual adalah metode penyuluhan yang disampaikan pada individu, misalnya melakukan kunjungan rumah.

2) Metode kelompok

a) Kelompok besar

Apabila jumlah peserta penyuluhan melebihi 20 orang, maka dilakukan metode ceramah dan metode seminar. Ceramah merupakan suatu metode penyampaian pesan kesehatan secara lisan dan disertai dengan tanya-jawab (Budiharto, 2008). Ceramah dapat disampaikan untuk sasaran dengan tingkat pendidikan tinggi dan rendah. Seminar merupakan penyampaian informasi oleh seorang ahli di bidang tertentu. Metode ini cocok digunakan untuk target kelompok dengan tingkat pendidikan menengah ke atas.

b) Kelompok kecil

Jika jumlah peserta penyuluhan kurang 20 orang, maka dinamakan kelompok kecil. Metode yang dapat digunakan untuk kelompok kecil diantara lain, curah pendapat (brain storming), diskusi kelompok, bola salju (snow balling), *roleplay* (memainkan peran), kelompok kecil-kecil (bruzz group), permainan simulasi (simulation game)

c) Metode penyuluhan massa (public)

Penyuluhan masa dapat dilakukan pada saat pesta rakyat maupun acara kesenian tradisional, penyuluhan ini dapat dilakukan dengan cara pemasangan spanduk atau poster di tempat yang ramai dan biasa dikunjungi banyak orang seperti balai desa atau posyandu (Depkes, 2011).

**d. Media Penyuluhan**

Media penyuluhan bisa berupa media elektronik, media cetak serta media papan. Media elektronik seperti TV, web, radio, dan lainnya. Sedangkan media cetak seperti majalah, makalah, pamflet, handout, dan lainnya.

Leaflet ialah lembar yang dilipat yang fungsinya untuk data atau pesan kesehatan. Isikan data-data pada leaflet tersebut berupa kalimat atau gambar, atau campuran. Biasanya leaflet diberikan

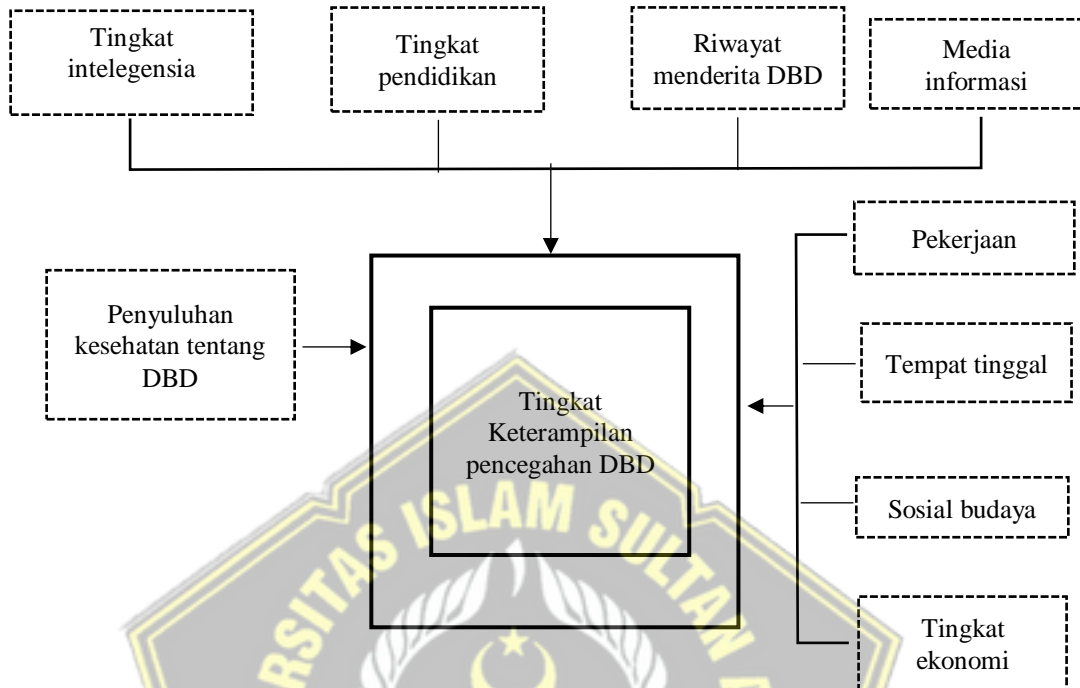
dengan tujuan menjelang akhir pembicaraan selesai untuk memperkuat pesan yang diberikan. (Notoatmojo, 2010)

**e. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penyuluhan**

Terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi penyuluhan, hal tersebut bisa berasal dari penyuluh, sasaran, maupun proses penyuluhan itu sendiri. (Effendy, 1998).

- 1) Faktor Penyuluhan Kurangnya penataan, tidak adanya kewenangan materi, bahasa yang digunakan tidak lugas, penampilan penyuluh kurang meyakinkan, dan penyampaian materi penyuluhan berulang-ulang sehingga tidak menarik perhatian.
- 2) Faktor Sasaran Tingkat pendidikan yang rendah maka sulit untuk memproses data diteruskan, tingkat keuangan yang rendah sehingga mereka tidak bisa fokus pada pesan yang disampaikan dengan alasan bahwa mereka mempertimbangkan persyaratan yang lainnya, kepercayaan yang mendalam dari masyarakat, dan alam kondisi di mana kehidupan objektif mungkin tidak akan terjadi. perubahan dalam perilaku.
- 3) Faktor Proses Waktu penyuluhan tidak berdasarkan keinginan sasaran, tempat penyuluhan di tempat yang tidak sunyi, jumlah sasaran yang mendengar penyuluhan berlebihan sehingga sulit menarik perhatian, dan strategi yang digunakan tidak pas.

## B. Kerangka Teori



**Gambar 2.1. Kerangka Teori**

Sumber : Notoatmojo(2003), Lawrence Green(1989)

Keterangan :



: diteliti



: tidak diteliti

## C. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari masalah yang akan diamati. Hipotesis disusun dan diuji guna menyatakan benar atau salah melalui terbebas dari penilaian atau pendapat penelitian yang tersusun dan teruji (Sugiyono, 2014)

H<sub>0</sub> : Tidak ada perbedaan keterampilan pencegahan demam berdarah antara tingkat keterampilan masyarakat

Ha : Ada perbedaan keterampilan pencegahan demam berdarah antara sebelum dan sesudah



### BAB III

## METODE PENELITIAN

#### A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

#### B. Variabel Penelitian

Variabel penelitian ialah suatu hal yang ditentukan peneliti untuk dipahami sehingga memperoleh informasi mengenai sesuatu, lalu dapat diambil kesimpulannya (Sugiyono, 2007). Pada penelitian ini variabel yang digunakan adalah tingkat keterampilan pencegahan penyakit demam berdarah.

#### C. Jenis dan Desain Penelitian

Desain penelitian ialah sesuatu untuk mencapai target pemeriksaan yang sudah ditentukan sebagai pedoman atau panduan bagi analisis selama proses penelitian. Penentuan rencana harus sesuai topik penelitiannya, dengan memilih yang paling produktif dan mendapatkan hasil yang menyenangkan (Rosjidi, Cholikh Harun., 2017)

Penelitian ini menggunakan desain *deskriptif* yaitu metode yang digunakan untuk memperoleh fakta-fakta yang menggambarkan secara sistematis.



## **D. Populasi dan Sampel Penelitian**

### **1. Populasi**

Menurut Sugiyono (2016) populasi adalah spekulasi wilayah yang mencakup objek atau subjek yang memiliki karakteristik dan atribut tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dikonsentrasikan dan dibuat kesimpulan.

Populasi pada penelitian ini warga Banjardowo Semarang terutama pada Ibu rumah tangga yaitu sebanyak 217.

### **2. Sampel**

Sampel merupakan bagian dari populasi yang bisa dilakukan sebagai subjek penelitian melalui sampling sebagai suatu proses menyeleksi populasi yang ada (Nursalam, 2020). Teknik sampling yang dilakukan pada penelitian ini yaitu total sampling. Menurut Sugiyono (2018) total sampling adalah teknik pengambilan sampel dengan menggunakan semua populasi untuk dijadikan sampel semua.

Untuk menentukan sampel yaitu dengan menggunakan rumus berikut:

Dalam penelitian ini cara perhitungan sampel menggunakan rumus:

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

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{N(d^2) + 1} \\ n &= \frac{478}{478(0,05) + 1} \\ &= \frac{478}{1,195} \\ &= 217 \end{aligned}$$

Keterangan :

n : besarnya sampel

N : jumlah populasi

d : galat pendugaan (5%/0,05)

Jadi sampel dalam penelitian ini adalah 217 sesuai dengan jumlah populasi.

- 1) Kriteria Inklusi
  - a. Warga yang tinggal di wilayah penelitian
  - b. Warga yang bersedia diteliti
  - c. Berdomisili di Banjardowo Semarang
- 2) Kriteria Eksklusi
  - a. Warga yang tidak bersedia sebagai responden dalam penelitian
  - b. Warga yang tidak berada di tempat pada saat penelitian

### E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Banjardowo Semarang pada Desember 2021.

### F. Definisi Operasional

**Tabel 3. 1 Definisi Operasional**

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Dependent: Tingkat Keterampilan Pencegahan Demam Berdarah	Kegiatan yang memerlukan praktek yang dapat di artikan sebagai implikasi dari aktivitas keterampilan subjek dalam melaksanakan upaya pencegahan penyakit DBD meliputi: Menguras container air Mengubur kaleng bekas atau bahan lainnya Mengganti air ditambah dengan salah satu dari 10 jenis tindakan	Lembar observasi dan kuesioner	a. Kategori baik : $\geq 80\%$ b. Kategori buruk : $< 80\%$ Dikategorikan berdasarkan pengambilan keputusan untuk memutuskan derajat kebutuhan kriteria, dibagi menjadi 2 kategori sebagai berikut : 1 = baik, dengan skor $\geq 80\%$ 2 = buruk, dengan skor $< 80\%$	Nominal

### G. Instrumen/Alat Pengumpulan Data

#### 1. Instrumen Pengumpulan data

Instrumen ialah perangkat yang dilakukan dalam pengumpulan data instrumen pemeriksaan, baik itu berupa kuisoner observasi, struktur kualitas formulir lainnya dengan pencatatan informasi dan lainnya (Notoatmodjo, 2018)

Dalam penelitian ini menggunakan instrument data berupa kuesioner adopsi yang dimodifikasi, kuesioner yang digunakan untuk mengetahui tingkat keterampilan pencegahan demam berdarah berupa pengetahuan, sikap serta tindakannya

Sebelum penelitian dilakukan, kuesioner yang diajukan terlebih dahulu akan dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

## 2. Uji Instrumen Penelitian

Dalam menguji keabsahan instrumen menggunakan persamaan korelasi *Product Moment*. Menentukan validitas instrumen diperkirakan dengan membandingkan r-hitung dan r-tabel. Penentuan tersebut diperkenalkan sebagai berikut:

- a.  $r\text{-hitung} > r\text{-tabel}$  atau nilai  $\text{sig } r < 0,05$  : valid
- b.  $r\text{-hitung} < r\text{-tabel}$  atau nilai  $\text{sig } r > 0,05$  : tidak valid

Apabila terdapat butir yang tidak valid, maka butir yang tidak valid ini dikeluarkan dan mengulang proses analisis untuk butiran yang valid saja.

Hasil r hitung dibandingkan r-tabel dimana  $df=n-2$  dengan sig 5%. Jika  $r\text{-tabel} < r\text{-hitung}$  maka valid, dan jika  $r\text{-tabel} > r\text{-hitung}$  maka tidak valid (Sujarweni, 2014).

## 3. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas ialah indek yang menyatakan seberapa jauh instrumen estimasi bisa dipercaya. Reliabilitas menandakan seberapa jauh hasil pengukuran dari instrumen estimasi tetap bisa diandalkan ketika dilakukan pengukuran dua kali atau lebih dari indikasi yang sama, menggunakan instrumen estimasi yang sama (Notoatmodjo, 2018). Adapun uji validitas ini telah dilakukan peneliti sebelumnya yaitu penelitian tentang “Perilaku 3M Plus Ibu Rumah Tangga dan Kondisi

Lingkungan Terhadap Kepadatan Larva *Aedes Aegypti* di Wilayah Zona Merah Kelurahan Kebon Kacang, Jakarta Pusat” oleh Ilham Eka Praditya.

## H. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner.

Langkah-langkahnya adalah sebagai berikut:

### 1. Tahap Persiapan:

Peneliti mengajukan surat permohonan untuk mengarahkan penyelidikan dan penelitian ke Fakultas Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung, Semarang. Kemudian, peneliti memberikan surat izin permohonan kepada Dinas Kesehatan Kota Semarang. Setelah mendapatkan izin, peneliti mulai membuat laporan mendasar dan mengambil data penelitian.

### 2. Tahap Penelitian:

Tinjauan ini menggunakan desain pre-test. Analisis menjelaskan alasan dan keuntungan dari penelitian kepada responden, kemudian, meminta responden menandatangani lembar *informed consent* jika mereka akan menjadi responden. Setelah itu, peneliti menjelaskan cara mengisi kuesioner pada responden dan membagikan kuesioner yang berisi tentang pernyataan-pernyataan yang sudah dipersiapkan sebelumnya. Alokasi waktu untuk mengisi kuesioner bagi responden kurang lebih 20 menit.

## I. Rencana Analisa Data

### 1. Metode Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan setelah data sudah terkumpul, dan adapun langkah pengolahan data, yaitu sebagai berikut:

#### a. *Editing*

*Editing* sebagai pemeriksaan/mengoreksi kesinambungan data, kelengkapan data, dan keterhubungan data. Data yang dikoreksi yaitu kelengkapan, kecocokan data, dan kebenaran pengisian kuesioner. Setelah responden selesai mengisi, maka akan langsung dilakukan *Editing* oleh peneliti.

#### b. *Coding*

*Coding* adalah metode yang terlibat dengan menawarkan kode tertentu untuk tanggapan responden yang berencana untuk bekerja dengan penanganan informasi. Sistem berikut memberikan kode responden untuk bekerja dengan persiapan informasi. Kode dimulai dengan memberikan angka 1 dan seterusnya untuk setiap pertanyaan sampai tercapai jumlah ideal semua responden.

**Tabel 3. 2. Pengkodean data**

<b>Data</b>	<b>Kode</b>	<b>Kategori</b>
Pengetahuan 3M Plus	1	Baik
	2	Buruk
Sikap 3M Plus	1	Baik
	2	Buruk
Tindakan 3M Plus	1	Baik
	2	Buruk

c. *Entry*

*Entry Data* yaitu langkah yang dimana peneliti memasukan data ke dalam komputer untuk diproses sebagai analisa data.

d. *Cleaning*

*Cleaning Data* dilakukan oleh peneliti dengan cara membersihkan data dengan bertujuan disaat dilakukan Analisa data tidak ada kesalahan, dikarenakan sebelumnya telah dibersihkan dan bebas dari kesalahan.

**2. Analisa Data**

a. Analisis Univariat

Pada penelitian ini menggunakan analisa univariat untuk menjelaskan atau mendeskripsikan variabel yang diteliti. Analisa ini digunakan untuk melihat gambaran tingkat keterampilan pencegahan penyakit demam berdarah, dengan menggunakan distribusi frekuensi dalam bentuk presentase dan narasi. Dalam penelitian ini yang dianalisa dengan univariat adalah karakteristik responden yaitu jenis kelamin, dan usia.

**J. Etika Penelitian**

Prinsip etika yang diterapkan dalam penelitian ini, sebagai berikut:

1) *Self determination*

Peneliti memberikan hak bebas pada responden sebagai memilih pilihan, apakah ia akan berpartisipasi pada penelitian atau tidak. Dalam memberi keputusan, responden menentukan dengan tanpa paksaan dan pengaruh mana saja.

2) *Informed Consent* (Informasi untuk responden)

*Informed consent* merupakan langkah awal sebelum sampel bersedia menjadi responden. Peneliti memberikan informasi yang adekuat terkait dengan penelitian. Sehingga, antara peneliti dan responden tidak ada kesalahpahaman informasi dan mendukung lancarnya penelitian hingga selesai. Jika responden setuju untuk berpartisipasi, maka responden memberikan tanda tangan pada lembar persetujuan yang tersedia.

3) *Protection from discomfort and harm*

Penelitian ini dilakukan dengan tidak mengandung unsur kekerasan maupun hal yang menimbulkan efek jera baik fisik maupun psikis bagi responden. Responden diberi kebebasan untuk menyampaikan jika terdapat ketidaknyamanan saat mengisi kuesioner dan melakukan tindakan lainnya.

4) Keadilan

Peneliti bersikap adil, semua responden memiliki hak yang sama untuk diperlakukan secara adil yaitu diperlakukan sama oleh peneliti, dihormati yaitu peneliti menghormati privasi responden dan dihargai



yaitu peneliti menghargai setiap keputusan yang diambil responden walaupun tidak sesuai kriteria hasil yang diharapkan.

5) *Anonimity and Confidentiality*

Data responden yang diperoleh akan dijamin kerahasiannya baik data identitas maupun hasil dari pemeriksaan dan hanya terdapat gambaran karakteristik responden



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### A. Karakteristik Responden

Karakteristik responden meliputi umur dan jenis kelamin. Adapun hasil uji dari setiap karakteristik responden dalam penelitian ini adalah:

##### 1. Umur

**Tabel 4. 1 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan umur**

Variabel	Rata-rata + Simpangan baku	Nilai tengah	Minimum-maksimum
Umur	37.66 + 5.775	37.00	27-60

Berdasarkan data pada tabel 4.1 didapatkan data bahwa responden pada rata-rata umur sebanyak 37.66 tahun dengan umur tengah 27 tahun dan tertua 60 tahun

##### 2. Jenis Kelamin

**Tabel 4.2. Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin**

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Perempuan	217	100%
Total	217	100%

Berdasarkan tabel 4.2 diperoleh data seluruh responden berjenis kelamin perempuan yaitu sejumlah 217 responden (100%).

##### 3. Hasil Pertanyaan

**Tabel 4. 3 Hasil Score Pertanyaan pada Responden (n=80)**

No	Pertanyaan	Hasil			
		Baik		Buruk	
		f	%	F	%
1	Apakah yang dimaksud dengan gerakan 3M Plus?	156	71.9	61	28.1
2	Berapa kali kita harus menguras	128	59.0	89	41.0

	tempat penampungan air seperti bak mandi dan drum bekas yang berisi air?				
3	Bagaimanakah cara menguras bak mandi yang benar untuk memberantas jentik nyamuk penular DBD?	211	59.0	6	2.8
4	Apakah setelah menguras bak mandi, masih perlu menaburkan serbuk pemberantas jentik?				
		132	60.8	85	39.2
5	Kapan seharusnya diadakan pengasapan ( <i>foging</i> )?				
		137	63.1	80	36.9
6	Apakah pengasapan ( <i>foging</i> ) merupakan cara yang paling efektif dalam menurunkan angka kasus DBD?				
		195	89.9	22	10.1
7	Apakah jendela yang secara teratur dibuka pada pagi hari dan ditutup pada sore hari dapat menurunkan angka kasus DBD?				
		193	88.9	24	11.1
8	Menurut Anda, siapa saja yang bertanggung jawab menangani DBD?				
		184	84.8	33	15.2
9	Apakah Anda setuju bila program 3M <i>Plus</i> dijalani oleh setiap lapisan masyarakat?				
		170	78.3	47	21.7
10	Jika ya, apakah Anda berperan aktif dalam program tersebut?				
		153	70.5	64	29.5
11	Apakah perlu diadakan pengawasan terhadap jentik nyamuk di rumah?				
		156	71.9	61	28.1
12	Apakah perlu untuk membersihkan atau menguras bak mandi?				
		171	78.8	46	21.2
13	Apakah boleh menggantung pakaian di dalam rumah?				
		178	82.0	39	18.0
14	Bagaimana seharusnya untuk mencegah DBD?				
		207	95.4	10	4.6
15	Apakah keluarga Anda selalu menguras tempat penampungan air di rumah?				
		197	90.8	20	9.2
16	Jika ya, berapa kali?	93	42.9	124	57.1
17	Apakah keluarga Anda secara teratur membersihkan/mengubur/membakar barang bekas yang dapat menjadi sarang nyamuk?				
		177	81.6	40	18.4

18	Apakah keluarga Anda selalu menutup tempat penampungan air?	169	77.9	48	22.1
19	Apakah keluarga Anda selalu menggantungkan baju yang tidak dipakai (selain dalam lemari baju)?	117	53.9	100	46.1
20	Apakah keluarga Anda selalu menutup jendela/lubang angin/pintu dengan kawat anti nyamuk?	148	68.2	69	31.8
21	Apakah keluarga Anda selalu melakukan pengawasan terhadap jentik nyamuk dirumah?	198	91.2	19	8.8
22	Bagaimana cara Anda membuang sampah rumah tangga selama ini?	216	99.5	1	.5

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa responden yang diteliti memberikan gambaran pengetahuan, sikap dan tindakan pada saat dilakukan penelitian. Dari 22 pertanyaan yang mengacu pada tingkat keterampilan berupa pengetahuan, sikap dan tindakan pada responden, sebagian besar responden memiliki pengetahuan, sikap dan tindakan yang kurang baik meliputi : Pertanyaan 13 (Responden menggantungkan pakaian di dalam rumah), Pertanyaan 16 (Responden selalu menguras tempat penampungan air di rumah namun dalam jangka waktu yang tidak sesuai), Pertanyaan 19 (Responden menggantungkan baju yang tidak dipakai selain dalam lemari baju)

#### a. Pengetahuan

**Tabel 4. 4 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pengetahuan**

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Baik	114	52,5%
Buruk	103	47,5%
Total	217	100%

Berdasarkan tabel 4.4 diperoleh data pada variabel pengetahuan terdapat 114 responden (52,5%) memiliki pengetahuan

baik. Sedangkan yang memiliki pengetahuan buruk terdapat 103 responden (47,5%).

#### b. Sikap

**Tabel 4.5. Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan sikap**

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Baik	133	61,3%
Buruk	84	38,7%
Total	217	100%

Berdasarkan tabel 4.5 didapatkan data bahwa pada variabel sikap terdapat 133 responden (61,3%) memiliki sikap baik. Sedangkan yang memiliki sikap buruk 84 responden (38,7%).

#### c. Tindakan

**Tabel 4. 6 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan tindakan**

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Baik	79	36,4%
Buruk	138	63,6%
Total	217	100%

Berdasarkan tabel 4.6 diperoleh data pada variabel tindakan terdapat 79 responden (36,4%) memiliki tindakan baik. Sedangkan yang memiliki tindakan buruk 138 responden (63,6%).

**Tabel 4. 7 Tingkat Keterampilan Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Berdasarkan Karakteristik Responden**

Karakteristik	Pengetahuan		Sikap		Tindakan	
	Baik	Buruk	Baik	Buruk	Baik	Buruk
Usia (tahun)						
27-38	84	39	110	13	89	34
39-50	67	23	82	8	53	37
51-60	2	2	4	0	3	1
Total	153	64	196	21	145	72
Jenis Kelamin						
Perempuan	217	217	217	217	217	217
Total	217	217	217	217	217	217

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Interpretasi dan Diskusi Hasil**

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

###### **a. Umur**

Berdasarkan hasil penelitian tentang gambaran tingkat keterampilan pencegahan penyakit demam pada warga Banjardowo Semarang terutama pada ibu rumah tangga, diperoleh hasil bahwa dari 217 responden, rata-rata umur responden yaitu 37,66 tahun.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Praditya (2017), dimana menyebutkan bahwa dari total 201 responden, sebagian besar responden berada pada rentang usia 35-40 tahun.

Praditya (2017) menyebutkan bahwa usia ibu rumah tangga di rentang usia 35-40 tahun tersebut mempengaruhi kesadarannya untuk melakukan pencegahan 3M plus. Di rentang usia tersebut, juga berarti tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan 3M plus DBD sudah cukup tinggi.

###### **b. Jenis Kelamin**

Berdasarkan hasil penelitian tentang gambaran tingkat keterampilan pencegahan penyakit demam berdarah pada warga Banjardowo Semarang terutama pada ibu rumah tangga, diperoleh

hasil bahwa dari 217 responden, seluruh responden yaitu perempuan (100%).

Hasil penelitian ini searah dengan penelitian Praditya (2017), dimana menyebutkan bahwa dari total 201 responden, seluruh responden merupakan perempuan.

Praditya (2017) menyatakan bahwa ibu rumah tangga dianggap berperan utama dalam menghadapi lingkungan di sekitar rumahnya. 3M selain perilaku, yang mencakup informasi, mentalitas, dan aktivitas, juga disurvei dengan penilaian sesuai pertanyaan dalam kuisioner.

Menurut para analis, 3M Plus harus dikuasai oleh semua lapisan masyarakat, khususnya ibu rumah tangga. Karena biasanya ibu rumah tangga adalah orang yang sangat memahami kondisi alam di sekitar rumahnya. Karena perhatian publik yang lebih besar untuk melakukan 3M Plus, kasus DBD akan berkurang tanpa orang lain.

**c. Pengetahuan**

Berdasarkan hasil penelitian ini, diperoleh nilai pengetahuan pasca diberikan penyuluhan terkait 3M plus pencegahan DBD mengalami peningkatan. Maka bisa diketahui bahwa dalam variabel pengetahuan terdapat 114 responden (52,5%) memiliki pengetahuan baik. Sedangkan yang memiliki pengetahuan buruk terdapat 103 responden (47,5%). Pengetahuan meningkat dimana setelah dilakukan penyuluhan 3M Plus terdapat 153 responden (70,5%)

memiliki pengetahuan baik. Sedangkan yang memiliki pengetahuan buruk terdapat 64 responden (29,5%).

Hal ini sesuai penelitian Praditya (2017) yang menyatakan bahwa pada awalnya hanya 23,9% ibu rumah tangga yang mempunyai tingkat informasi yang layak seputar 3M *Plus*. Ini karena sebagian besar dari mereka belum pernah mendengar istilah 3M *Plus* berulang kali. Sampai saat ini, mereka membayangkan bahwa melakukan 3M saja sudah cukup tanpa berurusan dengan iklim secara umum. Ini adalah penggambaran. Pembinaan yang dilakukan oleh balai-balai kesehatan terdekat seperti pusat kesehatan masih belum optimal, pengumuman layanan TV, dll. Kemudian, pada saat itu juga terlihat bahwa jarang ada kerja bakti yang diselesaikan secara umum. .

Menurut peneliti, adanya peningkatan pengetahuan 3M plus setelah diadukan penyuluhan dikarenakan dalam kegiatan responden diminta untuk aktif dalam proses penyuluhan, sehingga lebih paham dengan materi yang diberikan.

#### **d. Sikap**

Berdasarkan hasil penelitian ini, diperoleh nilai sikap pasca diberikan penyuluhan terkait 3M plus pencegahan DBD mengalami peningkatan. Maka bisa diketahui dalam variabel sikap terdapat 133 responden (61,3%) memiliki sikap baik. Sedangkan yang memiliki sikap buruk terdapat 84 responden (38,7%). Sikap meningkat dimana



setelah dilakukan penyuluhan terdapat 196 responden (90,3%) memiliki sikap baik. Sedangkan yang memiliki sikap buruk terdapat 21 responden (9,7%).

Hal ini searah penelitian Praditya (2017) yang mengungkapkan bahwa pada awalnya hanya 84,6% ibu rumah tangga yang mempunyai watak baik terkait 3M *Plus*. Ini adalah penegasan bahwa tidak tiap individu yang mempunyai informasi buruk memiliki mentalitas yang buruk terhadap sesuatu.

Menurut peneliti, adanya peningkatan sikap 3M plus setelah diadakan penyuluhan dikarenakan sikap yang ditunjukkan responden terkadang diakibatkan oleh kecenderungan dan sensasi kenyamanan terkait dengan lingkungan saat ini. Bagaimanapun, sikap baik dari para responden dipandang sebagai tambahan untuk menjawab pertanyaan dengan jawaban yang cerdas. Hal ini tidak disertai kegiatan besar untuk memusnahkan tikik dengan menjalankan program 3M *Plus*.

#### e. Tindakan

Berdasarkan hasil penelitian ini, diperoleh nilai tindakan pasca diberikan penyuluhan terkait 3M plus pencegahan DBD mengalami peningkatan. Maka bisa diketahui dalam variabel tindakan terdapat 79 responden (36,4%) memiliki tindakan baik. Sedangkan yang memiliki tindakan buruk terdapat 138 responden (63,6%). Tindakan meningkat dimana setelah diberikan penyuluhan

terdapat 145 responden (66,8%) memiliki tindakan baik. Sedangkan yang memiliki tindakan buruk terdapat 72 responden (33,2%).

Hal ini sesuai penelitian Praditya (2017) yang menyebutkan pada awalnya terdapat 53,2% responden yang mempunyai kegiatan 3M *Plus* yang layak. Kegiatan yang dilakukan sebagai kegiatan sesudah pandangan yang diterima selama ini positif.

Menurut peneliti, pemahaman yang dihasilkan dari mentalitas yang mereka berikan tentang lingkungan yang menyenangkan, mendorong mereka melakukan sesuatu yang berhubungan dengan 3M *Plus*. Tetapi persoalannya, gerak-gerik yang mereka lakukan tidak dibarengi dengan keinginan untuk menyelesaikan kegiatan tersebut.

#### **B. Keterbatasan penelitian**

Peneliti menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penelitian ini, karena hanya membahas tentang karakteristik responden dan hubungan antara dua variabel saja. Di penelitian selanjutnya bisa ditambahkan hubungan antara masing-masing variabel semisal antara pengetahuan dengan sikap, pengetahuan dengan tindakan ataupun sikap dengan tindakan.

#### **C. Implikasi Keperawatan**

Hasil penelitian pengaruh penyuluhan metode *roleplay* terhadap pencegahan 3M plus DBD pada warga Banjardowo Semarang ini memberikan dampak positif pada:

1. Ibu Rumah Tangga, untuk mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi perilaku 3M plus pencegahan DBD terkait pengetahuan, sikap dan tindakan.
2. Instansi, untuk lebih mengintensifkan kegiatan pemberantasan vektor demam berdarah sehingga populasi nyamuk dapat diturunkan dan ditiadakan.
3. Keperawatan, untuk pengelolaan DBD guna mengamati faktor-faktor non-medik berupa susunan pengetahuan, sikap dan praktik 3M Plus yang bersangkutan dengan pencegahan DBD.



## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

1. Hasil penelitian di daerah Banjardowo Semarang terhadap ibu rumah tangga dengan tingkat keterampilan pencegahan demam berdarah dengue mengalami peningkatan dalam pengetahuan, sikap dan tindakan.
2. Diperoleh nilai pengetahuan pasca diberikan penyuluhan terhadap tingkat keterampilan pencegahan penyakit demam berdarah dengue terkait dengan 3M plus mengalami peningkatan.
3. Diperoleh nilai sikap pasca diberikan penyuluhan terkait dengan tingkat keterampilan pencegahan DBD mengalami peningkatan.
4. Diperoleh nilai tindakan pasca diberikan penyuluhan terkait 3M plus dengan tingkat keterampilan pencegahan DBD mengalami peningkatan.

#### **B. Saran**

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini bisa digunakan untuk menambah wawasan mengenai kondisi ataupun status kesehatan individu, kelompok ataupun masyarakat mengenai tingkat keterampilan pencegahan penyakit demam berdarah.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini bagi peneliti bisa menjadikan gambaran fenomena yang terjadi di masyarakat. Untuk penulis setelahnya bisa

menjadikan untuk materi pertimbangan atau dikembangkan selanjutnya, serta referensi untuk penelitian yang serupa.

### 3. Saran Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini untuk saran bagi para pekerja kesehatan guna pengelolaan DBD guna mengamati faktor-faktor non-medik berupa susunan pengetahuan, sikap dan praktik 3M Plus yang bersangkutan dengan pencegahan DBD.



## DAFTAR PUSTAKA

- Darmadi. (2017). Pengembangan Model Metode Pembelajaran Dalam Dinamika Belajar Siswa. CV Budi Utama. Yogyakarta.
- Depkes RI. (n.d.). Waspada Demam Berdarah Dengue. Jakarta. 2012. Diakses pada tanggal 07 Januari 2013 pada jam 14.22 WIB. Dari URL [Http://Depkes.Go.Id/Index.Php/Berita/Press-Release/439-Waspada-Demam-Berdarah-Dengue.Html](http://Depkes.Go.Id/Index.Php/Berita/Press-Release/439-Waspada-Demam-Berdarah-Dengue.Html), 2012.
- Depkes RI. (2012a). *Indonesia Prakarsai Pengendalian DBD di Asean*. Diakses pada tanggal 07 Januari 2013 pada jam 12.30 dari URL <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-releasi/1542-indonesia-prakarsai-pengendalian-dbd-di-asean.html>.
- Dewi, N. . (2015). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) Keluarga Di Kelurahan Mulyoharjo Kecamatan Jepara Kabupaten Jepara. Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat. Fakultas Ilmu Keolahragaan. Universita. [Https://Journal.Unnes.Ac.Id](https://Journal.Unnes.Ac.Id).
- Hadinegoro Sri Rejeki. (2004). *Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Handinegoro Sri Rejeki. (2004). *Demam Berdarah Dengue*, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hasyim, D. M. (2013). Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Tindakan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD). *Jurnal Kesehatan, Volume IV*,.
- InfoDatin. (2017). “*InfoDatin-Situasi-Demam-Berdarah-Dengue.pdf*.”
- Kemendes. (2013). *Petunjuk teknis pemberantasan sarang nyamuk (PSN) Demam Berdarah Dengue oleh kader JUMANTIK*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. (2017). *Info Datin Situasi Penyakit Demam Berdarah di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *N*.
- Khaerani dalam Nurwana. (2020). Pengaruh Penggunaan Metode Pembelajaran Roleplaying Terhadap Minat dan Hasil Belajar Siswa Materi Sistem Peredaran Darah Kelas XI Sma Negeri 9 Makassar.

- Liew, S. M., et al. (2016). Dengue in Malaysia: Factors associated with dengue mortality from a national registry. *PloS One*, 11(6). *Article E0157631*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157631>.
- Liu-Helmersson, J., et al. (2014). Vectorial capacity of *Aedes aegypti*: Effects of temperature and implications for global dengue epidemic potential. *PloS One*, 9(3). *E89783*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089783>.
- Muryani, A. (2008). *Perawatan pasien Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Mitra Cendik.
- Nisa Hoirun. (2007). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Lembaga Penelitian UIN Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (2018a). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2018b). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhidayati et al. (2015). *N*.
- Rosjidi, Cholik Harun., L. I. dan N. S. W. (2017). *Penyusunan Proposal dan Laporan Penelitian Step By Step*. Ponorogo: Unmuh Ponorogo Press.
- Salawati, T., Astuti, R., & Nurdiana, H. (2010). Kejadian Demam Berdarah Dengue Berdasarkan Faktor Lingkungan Dan Praktik Pemberantasan Sarang Nyamuk. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 6(1), 4–5.
- Sugiyono. (2014). *Statistika Untuk Penelitian, Cetakan ke 25*. Bandung: Alfabeta.
- Waris, L & Yuana, W, T. (2013). People's Knowledge and Behavior to Dengue Hemorrhagic Fever in Batulicin Subdistrict, Tanah Bumbu District Kalimantan Selatan Province. *Epidemiologi and Zoonosis Journal*, Vol 4 (3): 144-149.