

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Demam Berdarah Dengue (DBD)

1. Pengertian DBD

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat penting di Indonesia. Penyakit DBD merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat Indonesia yang jumlah penderitanya cenderung meningkat dan menyebar semakin luas. Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan tahun 2001 menyatakan penyakit DBD adalah penyakit infeksi oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*, dengan ciri demam tinggi mendadak disertai manifestasi perdarahan dan bertendensi menimbulkan renjatan (*shock*) dan kematian (Depkes RI, 2010).

Demam berdarah *dengue* (DBD) merupakan penyakit yang banyak ditemukan di sebagian besar wilayah tropis dan subtropis, terutama Asia Tenggara, Amerika Tengah, Amerika dan Karibia. *Host* alami DBD adalah manusia, *agentnya* adalah virus *dengue* yang termasuk ke dalam *famili Flaviridae* dan *genus Flavivirus*, terdiri dari 4 serotipe yaitu Den-1, Den-2, Den3 dan Den -41, ditularkan ke

manusia melalui gigitan nyamuk yang terinfeksi, khususnya nyamuk *Aedes aegypti* dan *Ae. albopictus* 2 yang terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia (Candra, 2010)

Penyakit DBD menular melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. DBD merupakan penyakit berbasis vektor yang menjadi penyebab kematian utama di banyak negara tropis. Penyakit DBD bersifat endemis, sering menyerang masyarakat dalam bentuk wabah dan disertai dengan angka kematian yang cukup tinggi, khususnya pada mereka yang berusia di bawah 15 tahun dimana angka kesakitan dan kematian tersebut digunakan sebagai indikator dalam menilai hasil pembangunan kesehatan dan sebagai akibatnya angka kesakitan dan kematian nasional selalu tinggi (Depkes RI, 2006).

Pola penularan DBD dipengaruhi iklim dan kelembaban udara. Kelembaban udara yang tinggi dan suhu panas justru membuat nyamuk *Aedes aegypti* bertahan lama. Kemungkinan pola waktu terjadinya penyakit mungkin akan berbeda-beda dari satu tempat dengan tempat yang lain tergantung dari iklim dan kelembaban udara. Pulau Jawa, umumnya kasus DBD merebak mulai awal Januari sampai dengan April-Mei setiap tahun (Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2006).

2. Penyebab DBD

Demam Dengue (DD) dan Demam Berdarah Dengue (DBD) disebabkan virus *dengue* yang termasuk kelompok B *Arthropod Borne Virus* (Arboviroses) yang sekarang dikenal sebagai *genus Flavivirus*, *famili Flaviviridae*, dan mempunyai 4 jenis serotipe, yaitu; DEN-1, DEN2, DEN-3, DEN-4. Infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi terhadap serotipe yang bersangkutan, sedangkan antibodi yang terbentuk terhadap serotipe lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe lain tersebut. Seseorang yang tinggal di daerah endemis dengue dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya. Keempat serotipe virus *dengue* dapat ditemukan di berbagai daerah di Indonesia. Di Indonesia, pengamatan virus *dengue* yang dilakukan sejak tahun 1975 di beberapa rumah sakit menunjukkan bahwa keempat serotype ditemukan dan bersirkulasi sepanjang tahun. Serotipe DEN-3 merupakan serotipe yang dominan dan diasumsikan banyak yang menunjukkan manifestasi klinik yang berat (Depkes RI, 2011).

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala demam berdarah dengue menurut (Heraswati & Kusumawati, 2008) adalah:

a. Demam

Penyakit ini didahului oleh demam tinggi yang mendadak, terus menerus, berlangsung 2-7 hari, naik turun dan tidak mampu

dengan antipiretik. Kadang suhu tubuh sangat tinggi dan dapat terjadi kejang demam. Akhir fase demam merupakan fase kritis pada DBD pada saat fase demam mulai menurun dan pasien tampak seakan sembuh, hati-hati karena fase tersebut sebagai awal kejadian syok. Biasanya pada hari ketiga dari demam. Hari ke 3, 4, 5, adalah fase kritis yang harus dicermati pada hari ke 6 dapat terjadi syok. Kemungkinan dapat terjadi perdarahan dan kadar trombosit sangat rendah ($<20.000/ul$)

b. Tanda perdarahan

Penyebab perdarahan pada pasien DBD ialah vaskulopati, trombositopeni dan gangguan fungsi trombosit, serta koagulasi intravaskuler yang menyeluruh. Jenis perdarahan terbanyak adalah perdarahan kulit seperti uji tourniquet (*rumple leede*) positif, petekie, purpura, ekimosis. Perdarahan lain yaitu, epitaksis, perdarahan gusi, hematuri.

c. Hepatomegali

Pembesaran hati pada umumnya dapat ditemukan pada kondisi awal sebuah penyakit, pembesarannya bervariasi, dilakukan pemeriksaan palpasi sekitar 2-4 cm dibawah lengkungan iga kanan sudah dapat teraba pembesaran hati.

d. Syok

Permulaan syok biasanya terjadi pada hari ketiga sejak sakitnya penderita, dimulai dengan tanda-tanda kegagalan sirkulasi yaitu kulit lembab, dingin pada ujung hidung, jari tangan dan jari kaki serta sianosis disekitar 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 turun sampai dibawah angka 80 mmHg.

e. Gejala klinis lainnya

Nyeri epigastrium, muntah muntah, diare maupun obstipasi dan kejang kejang. Keluhan nyeri perut yang hebat seringkali menunjukkan akan terjadinya menunjukkan perdarahan gastrointestinal dan syok

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penularan DBD

Menurut Depkes RI, (2010) Faktor-faktor yang terkait dalam penularan DBD pada manusia antara lain:

a. Umur

DBD pada umumnya menyerang anak-anak, tetapi tidak menutup kemungkinan orang dewasa tertular penyakit DBD. Pada usia anak-anak rentan akan tingginya kasus DBD, hal ini dikarenakan anak-anak masih belum mengerti tentang penularan

dan pencegahan pengetahuan tentang penyakit DBD. Di samping itu aktifitas anak-anak yang sering bermain ditaman atau di kebun membuat sering digigit nyamuk, salah satunya *Aedes aegypti*. Berdasarkan hal tersebut kasus demam berdarah sangat tinggi pada usia anak-anak, selain itu system pertahanan dan kekebalan tubuh pada anak masih dalam tahap berkembang sehingga kasus DBD yang terjadi pada anak akan lebih sering menyebabkan *dengue syok sindrom* (DSS).

Tabel 2.1 Kategori Umur menurut Depkes RI (2009)

Kategori	Umur
Masa Balita	0-5 Tahun
Masa Kanak-kanak	5-11 Tahun
Masa Remaja Awal	12-16 Tahun
Masa Remaja Akhir	17-25 Tahun
Masa Dewasa Awal	26-35 Tahun
Masa Dewasa Akhir	36-45 Tahun
Masa Lansia Awal	46-55 Tahun
Masa Lansia Akhir	56-65 Tahun
Masa Manula	> 65 Tahun

b. Jenis Kelamin

Secara keseluruhan di Indonesia tidak terdapat perbedaan nyata antara jumlah anak perempuan dan anak laki-laki yang menderita DBD. Sampai sekarang tidak ada keterangan yang dapat

memberikan jawaban yang tuntas mengenai perbedaan jenis kelamin ini. Pada umumnya seorang anak laki-laki lebih rentan terhadap infeksi dari pada seorang anak perempuan. Ini disebabkan karena produksi imunoglobulin dan antibodi dikelola secara genetika dan hormonal dan anak perempuan lebih efisien dalam memproduksi imunoglobulin dibandingkan dengan anak laki-laki.

Jenis kelamin pernah ditemukan perbedaan nyata diantara anak laki-laki dan wanita. Beberapa negara melaporkan banyak kelompok wanita dengan DSS menunjukkan angka kematian yang tinggi daripada laki-laki, laporan ini justru menimbulkan pertanyaan sejauh mana telah terjadi bias data (Soegeng Soegijanto, 2004).

c. Status Pendidikan

Pendidikan akan mempengaruhi cara berfikir, bertindak, serta cara memberantas dan mencegah penyakit DBD. Pendidikan berkaitan dengan pengetahuan, sehingga berpengaruh terhadap masyarakat tentang mengerti cara pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD, sehingga memengaruhi pola hidup masyarakat yang sehat dan terhindar dari penyakit DBD. Terbentuknya perilaku baru pada seseorang dimulai dari mengenal terhadap stimulus yang berupa materi atau objek diluarnya sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada orang tersebut. Pengetahuan

merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu melalui panca indera manusia. Pengetahuan responden mengenai Demam Berdarah Dengue, faktor penyebabnya serta faktor yang mempengaruhi keberadaan jentik nyamuk *Aedes aegypti* sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit DBD serta menekan perkembangan dan pertumbuhan jentik nyamuk *Aedes aegypti*. pada sekolah dasar (SD) tingkat Pendidikan masih minim tentang DBD sehingga pada tingkat Pendidikan sekolah dasar angka kejadian DBD masih tinggi

d. Kepadatan Penghuni Rumah

Apabila di suatu rumah ada nyamuk penular DBD yaitu *Aedes aegypti* maka akan menularkan penyakit DBD pada semua orang yang tinggal di rumah tersebut atau di rumah sekiranya yang berada dalam jarak terbang nyamuk yaitu 50 meter dan orang yang berkunjung ke rumah tersebut.

Kepadatan penghuni merupakan luas lantai dalam rumah dibagi dengan jumlah anggota keluarga penghuni tersebut. Kepadatan hunian dalam rumah menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan, luas ruang tidur minimal 8 meter, dan tidak dianjurkan digunakan lebih dari 2 orang tidur dalam satu ruang tidur, kecuali anak di bawah umur 5 tahun.

Kepadatan hunian di dalam rumah dapat menimbulkan efek negatif terhadap kondisi fisik dan mental bagi penghuninya. Hunian yang padat memudahkan terjadinya penularan penyakit. Kepadatan hunian ditentukan dari rasio jumlah kamar dengan penghuni, dengan kriteria sebagai berikut. Baik, bila kepadatan lebih dari atau sama dengan 0,7. Cukup, bila kepadatan antara 0,5 – 0,7. Kurang, bila kepadatan kurang dari 0,5

e. Mobilitas dan Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk akan mempengaruhi penyakit DBD. Apabila ditunjang dengan mobilitas penduduk yang tinggi akan menyebabkan frekuensi penularan yang semakin tinggi pula karena kemungkinan terjadinya virus melalui gigitan nyamuk dimana penderita demam berdarah di dalam mengandung virus. Apabila penderita tersebut digigit oleh nyamuk *Aedes aegypti*, maka bibit penyakit itu akan masuk ke dalam tubuh nyamuk. Bila nyamuk itu kemudian menggigit orang lain, maka orang tersebut dapat tertular penyakit (Green, 2005).

f. Kebiasaan Masyarakat

Kebiasaan masyarakat yang kurang mendukung kebersihan lingkungan akan membuat penyebaran penyakit DBD meningkat. Kebiasaan masyarakat yang memperhatikan keadaan sanitasi

lingkungan akan sangat membantu mengurangi penyebaran penyakit DBD tersebut (Green, 2005).

g. Suku Bangsa dan Etnis

Tiap suku bangsa mempunyai kebiasaan masing-masing, hal ini juga akan mempengaruhi penularan demam berdarah. Seperti suku tertentu yang biasanya senang memelihara burung, dimana tempat minum burung tersebut apabila tidak selalu dibersihkan dan diganti airnya dapat menjadi tempat perkebangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* (Green, 2005).

h. Ekonomi

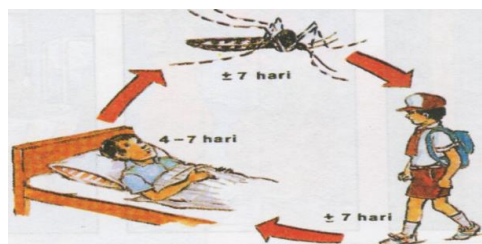
Faktor ekonomi juga ikut menentukan timbulnya penyakit demam berdarah. Sebagai contoh di daerah yang sulit untuk mendapatkan air bersih, dimana air bersih untuk keperluan sehari-hari diperoleh dari tadah hujan, sehingga masyarakat menyediakan penampungan air atau drum di rumah. Pekerjaan untuk menguras atau membersihkan tempat penampungan air seminggu sekali sangat memberatkan bagi mereka (Green, 2005).

5. Mekanisme Penularan DBD

Menurut Dirjen PPPL Kemenkes RI, (2014) Penyakit DBD hanya dapat ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* betina. Nyamuk ini mendapat virus *Dengue* sewaktu menggigit/menghisap darah orang yang sakit DBD atau tidak sakit DBD tetapi dalam darahnya terdapat virus *Dengue*. Orang yang mengandung virus *Dengue* tetapi tidak sakit

dapat pergi kemana-mana dan menularkan virus itu kepada orang lain di tempat yang ada nyamuk *Aedes aegypti*. Virus *Dengue* yang terhisap akan berkembang biak dan menyebar ke seluruh tubuh nyamuk termasuk kelenjar liurnya. Bila nyamuk tersebut menggigit/menghisap darah orang lain, virus itu akan berpindah bersama air liur nyamuk. Apabila orang yang ditulari tidak memiliki kekebalan (umumnya anak-anak) maka ia akan menderita DBD. Nyamuk yang sudah mengandung virus *Dengue*, seumur hidupnya dapat menularkan kepada orang lain.

Penularan virus *dengue* dapat terjadi apabila ada sumber penular (orang sakit), ada vektor dan ada orang sehat. Seseorang yang terinfeksi virus *dengue* di dalam darahnya mengandung virus. Bila digigit nyamuk vektor DBD, virus terhisap masuk ke dalam lambung nyamuk, selanjutnya virus memperbanyak diri dan tersebar keseluruhan jaringan tubuh nyamuk termasuk di dalam kelenjar liurnya (8-12 hari). Selanjutnya nyamuk siap menularkan virus *dengue* kepada orang lain, dan virus tetap berada didalam tubuh nyamuk yang dapat menularkan kepada orang lain lagi.



Gambar 2.1. Mekanisme penularan DBD

6. Pengobatan DBD

Pertolongan pertama dan pelaporan penderita Demam Berdarah Dengue antara lain (1). Beri minum sebanyak-banyaknya dengan air yang sudah dimasak seperti air susu, teh, atau air minum lainnya. Dapat juga dengan oralit; (2). Kompres dengan air dingin atau air es; (3). Berikan obat penurun panas misalnya parasetamol; (4). Harus segera dibawa ke dokter atau puskesmas terdekat bila diduga terserang demam berdarah akan ke RS untuk dirawat; (5). Laporkan segera ke puskesmas atau sarana kesehatan setempat dengan membawa surat dari RS. DBD dapat menyebabkan kematian pada diri orang yang telah menjadi korbannya (hanya dalam waktu kurang dari 7 hari atau malah sering hanya 5 hari), bila korban itu tidak segera mendapat pertolongan dengan cepat dan tepat, yakni dengan segera membawanya ke Rumah Sakit (Indrawan, 2001).

Vaksin DBD masih dalam penelitian, maka satu-satunya cara yang bisa dilakukan adalah dengan mencegah kita digigit nyamuk tersebut. Selain itu bisa dilakukan pemberantasan vektor nyamuk dewasa maupun membunuh jentik nyamuk (Erik Tapan, 2004). Gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* tidak bisa dibedakan dengan gigitan nyamuk rumah. Tidak lebih sakit, tidak lebih gatal, tidak juga lebih meninggalkan bekas yang istimewa (Handrawan, 2007).

Para penderita DBD baru boleh meninggalkan rumah sakit, jika kondisi darahnya sudah benar-benar normal. Dan, selama masih dalam perawatan, penderita diharuskan banyak istirahat, serta dianjurkan agar banyak minum dan mengonsumsi makanan-makanan yang bergizi (Indrawan, 2001).

7. Pemberantasan Sarang Nyamuk

Gerakan PSN adalah keseluruhan kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat dan pemerintah untuk mencegah penyakit DBD yang disertai pemantauan hasil – hasilnya secara terus menerus . Gerakan PSN DBD merupakan bagian terpenting dari keseluruhan upaya pemberantasan penyakit DBD dan merupakan bagian dari upaya mewujudkan kebersihan lingkungan serta perilaku sehat dalam rangka mencapai masyarakat dan keluarga sejahtera. Dalam membasmi jentik nyamuk penularan DBD dengan cara yang dikenal dengan istilah 3M plus, (Depkes RI, 2011).

Upaya pemberantasan DBD hanya dapat berhasil apabila seluruh masyarakat berperan secara aktif dalam PSN DBD. Gerakan PSN DBD merupakan bagian yang paling penting dari keseluruhan upaya pemberantasan DBD oleh keluarga/masyarakat. Pengalaman beberapa negara menunjukkan bahwa pemberantasan jentik melalui kegiatan PSN DBD dapat mengendalikan populasi nyamuk *Aedes*

aegypti, sehingga penularan DBD dapat dicegah/dikurangi (Dinkes RI, 2013).

Menurut Pusat data dan Informasi Kementerian Kesehatan Indonesia. (2014) cara melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) adalah sebagai berikut :

- a. Menguras dan menyikat tempat tempat penampungan air seperti bak mandi (wc, drum, dan lain lain seminggusekali(M1)).
- b. Menutup rapat rapat tempat penampungan air seperti gentong air / tempayan , dan lain lain (M2)).
- c. Mendaur ulang barang – barang yangbdapet menampung air hujan (M3)

Selain itu ditambah (plus)dengan cara lainnya seperti :

- a. Mengganti air vas bunga , tempat minum burung atau tempat tempat laiinnya yang sejenis seminggu sekali
- b. Memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar/rusak
- c. Menutup lubang – lubang pada potongan bamboo/pohon dan lain lain (dengan tanah, dan lain -lain)
- d. Menaburkan bubuk larvasida, misalnya ditempat tempat yang sulit dikuras atau didaerah yang sulit air.
- e. Memelihara ikan pemakan jentik di kolam / bak bak penampungan air
- f. Memasang kawat kasa

- g. Menghindari kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar.
- h. Mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai
- i. Menggunakan kelambu
- j. Memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk
- k. cara cara spesifik lainnya di masing masing daerah.

B. Karakteristik Pasien

1. Pengertian Karakteristik

Secara etimologis, istilah karakteristik tafsir merupakan susunan dua kata yang terdiri dari kata; karakteristik dan tafsir. Istilah karakteristik diambil dari bahasa Inggris yakni *characteristic*, yang artinya mengandung sifat khas. Ia mengungkapkan sifat-sifat yang khas dari sesuatu. Dalam kamus lengkap psikologi karya Chaplin, dijelaskan bahwa karakteristik merupakan sinonim dari kata karakter, watak, dan sifat yang memiliki pengertian di antaranya:

- a. Suatu kualitas atau sifat yang tetap terus-menerus dan kekal yang dapat dijadikan cirri untuk mengidentifikasikan seorang pribadi, suatu objek, suatu kejadian.
- b. Intergrasi atau sintese dari sifat-sifat individual dalam bentuk suatu untas atau kesatuan.

Setiap individu memiliki ciri dan sifat atau karakteristik bawaan (*heredity*) dan karakteristik yang diperoleh dari pengaruh lingkungan.

Karakteristik bawaan merupakan karakteristik keturunan yang dimiliki sejak lahir, baik yang menyangkut faktor biologis maupun faktor sosial psikologis. Pada masa lalu ada keyakinan bahwa kepribadian terbawa pembawaan (*heredity*) dan lingkungan ; merupakan dua faktor yang tebentuk karena faktor terpisah, masing-masing mempengaruhi kepribadian dan kemampuan individu bawaan dan lingkungan dengan caranya sendiri-sendiri. Namun kemudian makin disadari bahwa apa yang dipikirkan dan di kerjakan seseorang, atau apa yang dirasakan oleh seorang anak, remaja atau dewasa, merupakan hasil dari perpaduan antara apa yang ada di antara faktor-faktor biologis yang diturunkan dan pengaruh lingkungan (Sunarto, 2008).

Jadi di antara pengertian-pengertian di atas sebagaimana yang telah dikemukakan oleh Chaplin, dapat disimpulkan bahwa karakteristik itu adalah suatu sifat yang khas, yang melekat pada seseorang atau suatu objek. Misalnya karakteristik tafsir artinya suatu sifat yang khas yang terdapat dalam literature tafsir, seperti sistematika penulisan, sumber penafsiran, metode, corak penafsiran dan lain seabinya (Sunarto, 2008).

2. Faktor Karakteristik

Menurut Supriyanto dan Ernawaty (2010), Faktor karakteristik klien terbagi atas:

a. Jenis kelamin

Supriyanto dan Ernawaty (2010) menyatakan ada perbedaan tertentu antara wanita dan laki-laki, misalnya dalam perbedaan kebutuhan, keinginan dan harapan.

Kotler, Shalowitz, dan Stevens (2008) menambahkan, kelompok wanita biasanya menggunakan jasa atau produk pelayanan kesehatan lebih banyak dibandingkan dengan kelompok pria. Mereka juga mengemukakan sebuah survey nasional di Amerika Serikat tahun 2006 yang menunjukkan sebuah kesimpulan bahwa wanita memiliki peran yang penting sebagai penentu keputusan dalam pelayanan kesehatan, tidak hanya bagi dirinya sendiri tetapi juga bagi keluarganya.

b. Umur

Supriyanto dan Ernawaty (2010) menyatakan kebutuhan, keinginan, dan harapan seseorang dipengaruhi umur pula. Kebutuhan terlihat jelas pada hal tertentu. Misalnya penyakit degeneratif banyak dijumpai pada kelompok umur di atas 50 tahun.

Kotler, Shalowitz, dan Stevens (2008) menambahkan kebutuhan, keinginan dan harapan dapat terlihat berbeda pada masing-masing kelompok usia. Menurut studi di Brazil tahun 2006, kelompok usia yang paling banyak menggunakan jasa pelayanan kesehatan adalah kelompok usia anak-anak, kelompok

wanita pada usia mengasuh anak (*child-bearing-age women*) dan kelompok manula.

c. Pendapatan dan status sosio-ekonomi

Supriyanto dan Ernawaty (2010) menyatakan pilihan produk sangat dipengaruhi oleh keadaan ekonomi; penghasilan yang dapat dibelanjakan, tabungan dan aset, dan sikap terhadap pengeluaran tabungan. Pendapatan secara jelas mempengaruhi penggunaan produk atau jasa pelayanan kesehatan dengan memberikan peluang dari kekayaan yang dimiliki. Bahkan, jenis jasa yang digunakan dapat bervariasi karena faktor pendapatan ini.

d. Pendidikan

Kotler, Shalowitz, dan Stevens (2008) menyatakan bahwa pendidikan, terlepas dari pengetahuan mengenai kesehatan, juga merupakan faktor determinan yang penting yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan. Sebuah studi di Israel pada tahun 2005 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan akhir yang lebih rendah merupakan faktor resiko yang signifikan untuk perawatan hospitalisasi pada hampir semua kategori penyakit

e. Kepadatan Penghuni Rumah

Menurut Depkes RI, (2010) apabila di suatu rumah ada nyamuk penular DBD yaitu *Aedes aegypti* maka akan menularkan penyakit DBD pada semua orang yang tinggal di rumah tersebut

atau di rumah sekiranya yang berada dalam jarak terbang nyamuk yaitu 50 meter dan orang yang berkunjung ke rumah tersebut. Luas lantai bangunan rumah sehat harus cukup untuk penghuni di dalamnya, artinya luas lantai bangunan tersebut harus disesuaikan dengan jumlah penghuninya. Luas bangunan yang tidak sebanding dengan jumlah penghuninya akan menyebabkan berjubel (*overcrowded*). Hal ini tidak sehat, sebab di samping menyebabkan kekurangan O₂ juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain. Luas bangunan yang optimum adalah apabila dapat menyediakan 2,5 x 3m untuk setiap orang (tiap anggota keluarga) (Notoatmodjo, 2011).

f. Tingkat Pengetahuan

Depkes RI, (2010) menyatakan bahwa pembangunan di bidang pendidikan akan meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang kesehatan. Rendahnya tingkat pendidikan dan pengetahuan akan menghambat program pembangunan kesehatan, karena umumnya mereka akan mengalami kesulitan untuk menyerap ide-ide baru. Pendidikan akan mempengaruhi cara berpikir dalam penerimaan penyuluhandari cara pemberantasan yang dilakukan.



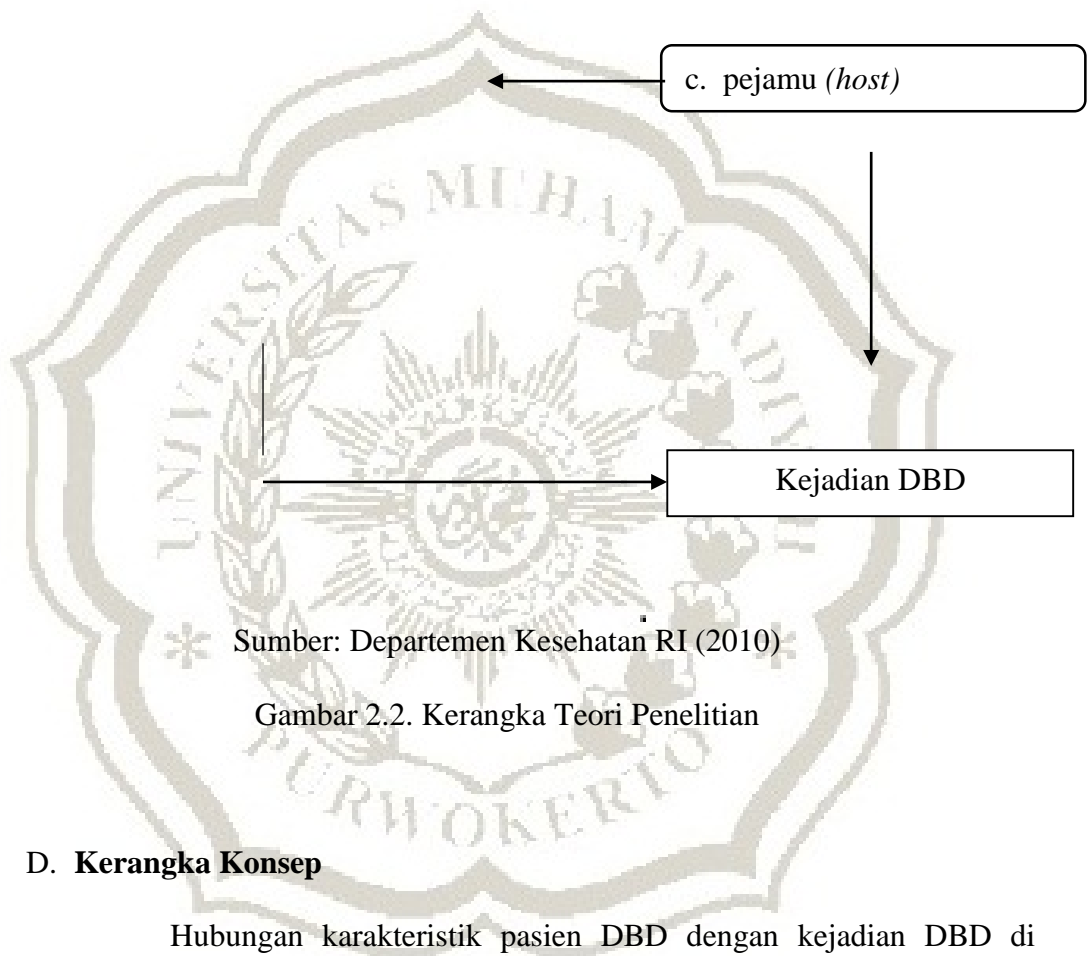
C. Kerangka Teori

Karakteristik pasien :

- a. Jenis kelamin
- b. Pendidikan
- c. Pendapatan dan status sosio-ekonomi
- d. Umur
- e. Kepadatan penghuni rumah

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD :

- a. Lingkungan (*environment*)
- b. agen penyebab penyakit (*agent*)



Sumber: Departemen Kesehatan RI (2010)

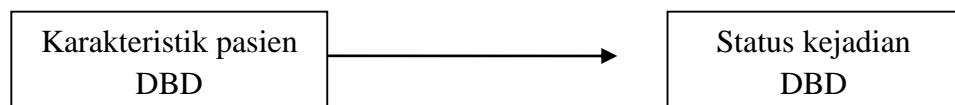
Gambar 2.2. Kerangka Teori Penelitian

D. Kerangka Konsep

Hubungan karakteristik pasien DBD dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Timur I kabupaten Banyumas

Variabel bebas

Variabel Terikat



Gambar 2.3. Kerangka Konsep Penelitian.

E. Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara dari suatu penelitian dan bertujuan untuk menentukan ke arah pembuktian (Soekidjo, 2010:84). Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ho : Tidak ada hubungan jenis kelamin klien DBD dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Timur I kabupaten Banyumas
Ha : Ada hubungan jenis kelamin klien DBD dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Timur I Kabupaten Banyumas
2. Ho : Tidak ada hubungan umur klien DBD dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Timur I kabupaten Banyumas
Ha : Ada hubungan umur klien DBD dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Timur I Kabupaten Banyumas
3. Ho : Tidak ada hubungan status pendidikan klien DBD dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Timur I kabupaten Banyumas
Ha : Ada hubungan status pendidikan klien DBD dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Timur I Kabupaten Banyumas
4. Ho : Tidak ada hubungan kepadatan penghuni rumah klien DBD dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Timur I kabupaten Banyumas

Ha : Ada hubungan kepadatan penghuni rumah klien DBD dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Timur I Kabupaten Banyumas

5. Ho : Tidak ada hubungan tingkat pengetahuan klien DBD dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Timur I kabupaten Banyumas

Ha : Ada hubungan tingkat pengetahuan klien DBD dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Timur I Kabupaten Banyumas

