

- Efendie, Nasrul. 1995. Perawatan Kesehatan Masyarakat. EGC. Jakarta
- Hidayat, Aziz Alimul. 2005. Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1. Salemba Medika. Jakarta
- Irwan, Hadi. 2002. Prinsip-Prinsip Kepuasan Pelanggan. Gramedia. Jakarta
- Jumaidi, Gafar 1999. Pengantar Keperawatan Profesional. EGC. Jakarta
- Kotler. 1997. Manajemen Pemasaran. PT Predhalindo. Jakarta
- Madu. 2004. Gambaran Kualitas Pelayanan Kesehatan Pada Pasien Peserta Askes di Unit Rawat Inap RSUD Takalar. Makasar.
- Nursalam. 2002. Manajemen Keperawatan (Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional). Edisi Pertama. Salemba Medika. Jakarta.
- Priharjo, Robert. 1995. Praktek Keperawatan Profesional Dasar dan Hukum. EGC. Jakarta
- Rosiana. 2007. Studi Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan Di Ruang Bedah RSUD Kota Bau – Bau
- Setiadi. 2007. Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan. Graha Ilmu. Yogyakarta.
- Suparjitno. 2004. Asuhan Keperawatan Keluarga (Aplikasi dalam Praktek). EGC. Jakarta.
- Supartha, I Made. 2004. Studi Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Perawat Di Unit Rawat Inap RSU Abunawas Kota Kendari.
- Tjiptono. 2003. Manajemen Jasa. Andi Offert. Yogyakarta
- Wijono, D. 2000. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Teori Strategi dan Aplikasi. Volume I. Airlangga University Press. Surabaya.

## ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE PADA SUKU TOLAKI DI KOTA KENDARI TAHUN 2008

Oleh: Irvan\*), Suriana Koro\*\*)

\*) Dinas Kesehatan Kota Kendari; \*\*) Poltekkes Depkes Kendari

### ABSTRACT

*The Dengue Hemorrhagic Fever, that is host factor environment and its virus factor Hemorrhagic Fever is disease that grow in subtropical and tropical area in the world and have become arboviral disease in human. Besides that, There are many factor that influence it self. The problem of the Dengue Hemorrhagic Fever in Kendari, Most of them at Poasia that mayorty inhabitant by Tolaki ethnic group society with the number 16.712 people where Dengue Hemorrhagic Fever patient, in 2005 there are 82 patients and in 2006 increase become 94 patients with the death 2 people (CFR 2.1%).*

*The research will do with the purpose to analise the society knowledge related, behavior, action, collecting and saving water and physic environment with Dengue Hemorrhagic Fever at Tolaki ethnic group.*

*The research is analytic observasional research with use approaching of cross sectional study and held in health centre Poasia at Poasia subdistrict in Kendari South East Sulawesi. The election of that place will do with purposive then taking sample will do by random sampling and get the number of sample is 379 with Lemeshow formulate. The data will analyze with use analize of statistic programe SPSS, through univariat analizing, bivariat analysis with test chi-square ( $X^2$ ) and multivariat regression logistics. In significance  $\alpha < 0,05$ .*

*The research result showed there are the knowledge related with DBD incidence ( $p=0,000$ ) and that is a factor that most intimate with DBD incidence ((Exp  $\beta = 2,960$ , 95% C.I. 1,477 – 5,935), There are the related between behavior and DBD incidence ( $p=0,000$ ), also there are related between physic environment and DBD incidence ( $p=0,004$ ), while action factor ( $p=0,377$ ) and TPA condition ( $p=0,100$ ) doesn't related with DBD incidence. Because of that, suggested for make be effectively of media using/illumination in changing of society behavior to avoid DBD incidence.*

**Key words:** DBD incidence, behavior knowledge, action, TPA condition, physic environment condition

### PENDAHULUAN

Demam berdarah adalah penyakit yang berkembang di daerah subtropis dan tropis di dunia, dan telah menjadi penyakit arboviral pada manusia yang paling utama. Lebih 2,5 milyar orang sekarang tinggal di daerah yang berisiko terkena infeksi dengan attack rate sekitar 1 per 1000 hingga 1 per 100 dari populasi, dimana angka infeksi mencakup yang mempunyai gejala maupun tanpa gejala. *Case Fatality Rate* (CFR) untuk demam berdarah rata-rata 5% diseluruh dunia. Sejak tahun 2004 demam berdarah termasuk endemik di negara-negara tropis seperti Pacific Selatan, Karibia, Asia, Amerika, Afrika.<sup>1</sup>

Sepanjang tahun 2005 terjadi 3 puncak peningkatan kasus di Indonesia,

yaitu pada bulan Januari-Maret, Agustus dan Desember. Tahun 2006 terjadi peningkatan sejak Januari hingga Mei. Total jumlah kasus sampai dengan Oktober 2006 sebanyak 72.812 kasus, 753 diantaranya meninggal CFR 1,03%.<sup>2</sup>

Kasus tertinggi dilaporkan terjadi di Propinsi DKI Jakarta sebanyak 10.847 kasus dengan 57 kematian disusul Propinsi Jawa Timur dengan 6.007 kasus dengan 84 kematian. Angka kesakitan/*Incidence Rate* (IR) tertinggi terjadi di Propinsi DKI Jakarta (IR.96,4 per 100.000 penduduk) disusul oleh Propinsi Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara dan Bali masing-masing dengan *Incidence*

Rate: 61,7; 45,7; 35,2; 34,8; per 100.000 penduduk.<sup>2</sup>

Kasus DBD di Sulawesi Tenggara sesuai data 5 tahun terakhir menunjukkan peningkatan, tahun 2002 jumlah penderita 77 orang, tahun 2003 jumlah penderita 119 orang dengan kematian 2 orang (CFR 1,68%), tahun 2004 kematian 2 orang (CFR 0,75%) dari 266 penderita yang menyebar pada hampir seluruh wilayah Propinsi Sulawesi Tenggara sedang pada tahun 2005 terjadi KLB demam berdarah dengue dengan 758 penderita dan meninggal sebanyak 22 orang (CFR 3,09%), tahun 2006 sebanyak 297 penderita dengan kematian sebanyak 3 orang (CFR 1,3%), tahun 2007 akhir Maret sebanyak 195 penderita dan 1 orang yang meninggal (CFR 0,5%).<sup>3</sup>

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Kendari jumlah kasus DBD pada tahun 2002 sebanyak 59 penderita dengan kematian 3 orang (CFR 5,08%), tahun 2003 jumlah penderita 17 orang dengan kematian 1 orang (CFR 5,88%), dan pada tahun 2004, telah menyebar hampir diseluruh wilayah kota dengan jumlah penderita 253 dan meninggal 3 orang (CFR 1,2%). Pada tahun 2005 sebanyak 602 penderita dengan kematian sebanyak 16 orang (CFR 2,7%), tahun 2006 sebanyak 174 penderita dengan kematian sebanyak 2 orang (CFR 1,1%). Hasil surveilans DBD pada lima tahun terakhir, telah terjadi KLB pada bulan Februari 2005.

Kasus DBD di Kota Kendari, terbanyak pada kecamatan Poasia yang mayoritas dihuni oleh penduduk suku Tolaki dengan jumlah 16.712 jiwa dan berdasarkan angka kejadian jumlah kasus pada tahun 2004 sebanyak 53 penderita demam berdarah dengue, tahun 2005 sebanyak 82 penderita dan tahun 2006 meningkat menjadi 94 penderita dengan kematian sebanyak 2 orang (CFR 2,1%).<sup>4</sup>

Penduduk Kota Kendari pada umumnya terdiri dari tiga etnis utama yang merupakan penduduk asli Sulawesi Tenggara yaitu suku Tolaki, Muna dan Buton dan bahasa asli penduduk Kota Kendari adalah bahasa Tolaki tetapi yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Indonesia. Banyaknya ragam suku dan kultur budaya di Kota Kendari serta masih tingginya angka kesakitan penyakit DBD pada suku Tolaki ada kecenderungan erat kaitannya dengan kebiasaan-kebiasaan yang ada pada masyarakat Tolaki.<sup>5</sup>

Selain itu banyak faktor yang mempengaruhi kejadian penyakit demam berdarah dengue, antara lain faktor host, lingkungan dan faktor virusnya sendiri. Faktor host yaitu kerentanan (*susceptibility*) dan respon imun. Faktor lingkungan yaitu kondisi geografi (ketinggian dari permukaan laut, curah hujan, angin, kelembaban, musim), kondisi demografi (kepadatan, mobilitas, perilaku, adat istiadat, sosial ekonomi penduduk). Faktor agent yaitu sifat virus dengue, yang telah diketahui ada 4 jenis serotipe yaitu dengue 1, 2, 3 dan 4.<sup>6</sup>

Rendahnya peran serta masyarakat dalam melaksanakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan teknik menguras, menutup dan mengubur yang tidak dilaksanakan secara terus menerus, serta kurangnya koordinasi lintas program maupun lintas sektor dalam melaksanakan upaya pemberantasan penyakit demam berdarah dengue merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya penyakit DBD.<sup>8</sup> Faktor lain seperti Tempat Penampungan Air (TPA) juga merupakan media utama bagi nyamuk *Aedes aegypti* untuk melakukan siklus kehidupannya. Pengurasan TPA lebih dari satu minggu sekali dan kondisi TPA berjentik serta ada tidaknya penutupan terhadap TPA menjadi faktor risiko terhadap kejadian DBD.<sup>9</sup>

## METODE

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan kejadian demam berdarah dengue pada suku Tolaki di Kota Kendari dengan metode penelitian *observasional analitik* dengan menggunakan pendekatan (*cross sectional study*).<sup>10,11</sup> Sampel diambil secara purposive untuk keluarga suku Tolaki selanjutnya keluarga yang terpilih dilakukan secara random sampling dan diperoleh 379 sampel,<sup>12</sup> penelitian ini dilaksanakan di bulan Mei sampai dengan Juli tahun 2008 di wilayah kerja Puskesmas

Poasia Kecamatan Poasia Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara.

## HASIL

### 1. Analisis Univariat

*Analisis univariat* adalah analisis yang dilakukan untuk mendistribusikan responden berdasarkan variabel variabel penelitian, yang bertujuan untuk mengetahui sebaran frekuensi responden tersebut. Adapun hasil analisis univariat dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

**Tabel 1**  
Distribusi Variabel Penelitian menurut Karakteristik Responden pada Suku Tolaki di Kota Kendari Tahun 2008

No.	Variabel	Frekuensi	%
1.	<b>Golongan Umur</b>		
	0 - 4	8	2,1
	5 - 14	42	11,1
	≥ 15	329	86,8
	<b>Jumlah</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>
2.	<b>Jenis Kelamin</b>		
	Laki-laki	113	29,8
	Perempuan	266	70,2
	<b>Jumlah</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>
3.	<b>Pendidikan</b>		
	Tidak sekolah	8	2,1
	SD	53	13,9
	SLTP	142	37,5
	SLTA	161	42,5
	Akademi	5	1,3
	PT	10	2,7
	<b>Jumlah</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>
4.	<b>Pekerjaan</b>		
	Tidak bekerja	257	67,8
	PNS	24	6,3
	Swasta	29	7,7
	Petani	11	2,9
	Nelayan	9	2,4
	Tukang ojek	23	6,1
	Buruh	9	2,4
	Tukang Kayu	7	1,8
	Tukang batu	9	2,4
	Pensiun	1	0,2
	<b>Jumlah</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>

No.	Variabel	Frekuensi	%
5.	<b>Jumlah Anggota keluarga</b>		
	≤ 4 orang	249	65,7
	5 – 6 orang	110	29,1
	≥ 7 orang	20	5,2
<b>Jumlah</b>		<b>379</b>	<b>100,0</b>
6.	<b>Pengetahuan</b>		
	Kurang	204	53,8
	Cukup	175	46,2
<b>Jumlah</b>		<b>379</b>	<b>100,0</b>
7.	<b>Sikap</b>		
	Negatif	170	44,9
	Positif	209	55,1
<b>Jumlah</b>		<b>379</b>	<b>100,0</b>
8.	<b>Tindakan</b>		
	Tidak baik	179	47,2
	Baik	200	52,8
<b>Jumlah</b>		<b>379</b>	<b>100,0</b>
9	<b>Kondisi TPA</b>		
	Kurang baik	191	50,4
	Baik	188	49,6
<b>Jumlah</b>		<b>379</b>	<b>100,0</b>
10	<b>Lingkungan fisik</b>		
	Berisiko	158	41,7
	Tidak berisiko	221	58,3
<b>Jumlah</b>		<b>379</b>	<b>100,0</b>

## 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan tujuan untuk melihat hubungan antara variabel variabel bebas (pengetahuan, sikap, tindakan, kondisi TPA dan lingkungan fisik) dengan variabel terikat

(kejadian demam berdarah dengue). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan pengetahuan, sikap, lingkungan fisik dengan kejadian DBD pada suku Tolaki selanjut dapat dilihat pada tabel 2 berikut.

Tabel 2. Hubungan beberapa variabel penelitian dengan kejadian DBD pada suku Tolaki di Kota Kendari tahun 2008

No	Variabel	Kejadian DBD				Jumlah		p-value (X <sup>2</sup> )
		Positif		Negatif		n	%	
		n	%	n	%			
1	<b>Pengetahuan</b>							
	Kurang	40	19,6	164	80,4	204	100,0	
	Cukup	12	6,9	163	93,1	175	100,0	
<b>Jumlah</b>		<b>52</b>	<b>13,7</b>	<b>327</b>	<b>86,3</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>	
2	<b>Sikap</b>							
	Negatif	36	21,2	134	78,8	170	100,0	
	Positif	16	7,7	193	92,3	209	100,0	

No	Variabel	Kejadian DBD				Jumlah		p-value (X <sup>2</sup> )
		Positif		Negatif		n	%	
		n	%	n	%			
<b>Jumlah</b>		<b>52</b>	<b>13,7</b>	<b>327</b>	<b>86,3</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>	
3	<b>Tindakan</b>							
	Tidak baik	23	12,8	156	87,2	179	100,0	<b>0,377 (0.100)</b>
	Baik	29	14,5	171	85,5	200	100,0	
<b>Jumlah</b>		<b>52</b>	<b>13,7</b>	<b>327</b>	<b>86,3</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>	
4	<b>Kondisi TPA</b>							
	Kurang baik	31	16,2	160	83,8	191	100,0	<b>0,100 (1.644)</b>
	Baik	21	11,2	167	88,8	188	100,0	
<b>Jumlah</b>		<b>52</b>	<b>13,7</b>	<b>327</b>	<b>86,3</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>	
5	<b>Lingkungan</b>							
	Beisiko	31	19,6	127	80,4	158	100,0	<b>0,004 (7.136)</b>
	Tidak berisiko	21	9,5	200	90,5	221	100,0	
<b>Jumlah</b>		<b>52</b>	<b>13,7</b>	<b>327</b>	<b>86,3</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>	

Sumber : Data primer

### 3. Analisis Multivariat

Berdasarkan hasil analisis multivariat dengan uji *regresi logistik* dengan memasukkan ketiga variabel bebas yang berhubungan maka diperoleh variabel

yang paling erat hubungannya dengan kejadian demam berdarah dengue adalah pengetahuan dengan nilai  $\text{Exp } \beta = 2,960$ , 95% C.I 1,477- 5,935. Untuk jelasnya dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Hasil uji regresi variabel yang berhubungan dengan kejadian DBD pada suku Tolaki di Kota Kendari tahun 2008

Variable Penelitian	Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD)				95,0% C.I.	
	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Pengetahuan	1,085	0,355	0,002	2,960	1,447	5,935
Sikap	1,069	0,328	0,001	2,912	1,530	5,543
Lingkungan	0,729	0,315	0,012	2,207	1,190	4,093
Constant	-2,375	0,777	0,002	0,093	-	-

Sumber : Data primer

## DISKUSI

### 1. Kejadian DBD pada Suku Tolaki di Kota Kendari

Hasil penelitian pada 379 orang suku Tolaki yang menjadi responden terdapat 52 orang (13,7%) yang keluarganya positif pernah menderita DBD, sedangkan yang anggota keluarganya tidak pernah atau negatif menderita DBD sebanyak 327 orang (86,3%).

Dari 52 orang yang menderita DBD kelompok umur antara 5 – 14 merupakan kelompok umur yang paling banyak ditemukan pada suku Tolaki yaitu sebanyak 37 orang (71,2%) dan yang terendah pada kelompok umur  $\geq 15$  tahun sebanyak 7 orang (13,4%).

Menunjukkan bahwa resiko tertinggi terserang penyakit DBD adalah golongan umur 5-14 tahun yang umumnya merupakan usia yang masih duduk

disekolah dasar dan besar kemungkinan penularan DBD terjadi di sekolah, selain penularan disekolah dimungkinkan tertular pada saat bermain di rumah, ini erat kaitannya dengan waktu gigitan nyamuk *Aedes aegypti* yang puncaknya pada jam 09.00–12.00 pagi dan 16.00-17.00 sore.<sup>13</sup>

Sejalan dengan laporan Dinas Kesehatan Kota Kendari tahun 2006 yang mendapatkan kelompok umur yang banyak terserang penyakit DBD di Kota Kendari adalah umur 5 – 14 tahun sebanyak 323 orang dengan jumlah kematian 11 orang dan rata-rata berjenis kelamin perempuan.<sup>4</sup>

Berdasarkan Jenis kelamin proporsi perempuan 70,2% lebih tinggi dibanding laki-laki 29% dari 379 responden sedangkan proporsi perempuan yang menderita DBD sebanyak 63,5% lebih tinggi dibanding dengan laki-laki 36,5%. Walaupun keduanya mempunyai peluang yang sama terpapar penyakit namun pada perempuan resiko keterpaparan lebih tinggi karena banyak bereaktifitas di dalam rumah dibanding laki-laki yang umumnya beraktifitas di luar rumah. Hal ini berkaitan dengan tempat perindukan (*Breeding Place*) dan kebiasaan beristirahat (*Resting Place*) nyamuk *Aedes aegypti*.<sup>13</sup>

Tingkat pendidikan responden sangat bervariasi dan sebagian besar tamat SLTP 142 orang (37,5%) dan SLTA 161 orang (42,5%), dan tamat SD 53 orang (13,9) sedangkan yang tidak tamat SD sebanyak 8 orang (2,1%). Begitu pula untuk jenis pekerjaan responden yang pada umumnya ibu rumah tangga adalah tidak bekerja yaitu sebanyak 257 orang (67,8%), sedangkan yang lainnya bekerja sebagai PNS, pensiunan, pegawai swasta, petani, nelayan, tukang ojek, buruh, tukang batu dan tukang kayu.

## 2. Faktor pengetahuan pada suku Tolaki terhadap kejadian DBD

Pengetahuan adalah merupakan hasil proses keinginan tahu dan ini terjadi

setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu yang menarik perhatiannya. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia terutama indera pendengaran dan penglihatan.<sup>16</sup>

Penelitian ini menunjukkan dari 379 responden suku Tolaki terdapat 204 orang (53,8%) yang mempunyai pengetahuan kurang tentang kejadian DBD dan 40 orang (19,6%) yang positif menderita DBD dengan pengetahuan kurang. Pada analisis bivariat dengan uji *chi-square* diperoleh hubungan pengetahuan dengan kejadian DBD sangat signifikan dengan nilai  $p = 0,000 < 0,05$  dan pada analisis multivariat dengan uji *logistik regresi* merupakan faktor yang sangat erat berhubungan dengan kejadian DBD ( $\text{Exp } \beta = 2,960$ ;  $\text{CI.95\%} = 1,477 - 5,935$ ).

Begitu halnya dalam kultur budaya, suku Tolaki tradisional hanya mengenal beberapa jenis penyakit, seperti muntah berak, sakit dada, panas dalam, muntah darah, malaria dan penyakit pinggang dan tidak mengenal bahwa suatu penyakit timbul karena disebabkan suatu basil atau virus atau lainnya tetapi semata-mata karena gangguan setan atau karena disebabkan karena sihir orang yang iri hati, benci melalui apa yang disebut *odoti nilalaea'mi* (ilmu hitam, racun melalui makanan dan minuman yang dilakukan dengan cara apapun).<sup>5</sup>

Demikian pula dalam mencari pengobatan selama sakit lebih banyak dirawat dengan memanggil *Mbu, akoi* (dukun) dari pada pengobatan dokter. Seorang dukun dalam mengobati suatu penyakit menggunakan sejumlah bahan pengobatan tradisional antara lain *o'kudu* (kencur), *lo'jo* (jahe), *lasuna* (bawang), *marisa* (merica), *munde inahu* (jeruk kecil), *o'bite* (sirih), *padamalala* (daun sere), *o'kuni* (kunyit), *tiolu* (telur), *taumo* (daun lembung), *inoso* (tembakau), *owule* (kapur sirih).

Kurangnya pengetahuan masyarakat suku Tolaki dalam kaitannya dengan penyakit demam berdarah salah satu penyebabnya adalah rendahnya pendidikan dimana pendidikan yang relatif rendah melatar belakangi sulitnya masyarakat untuk mengetahui konsep kejadian demam berdarah serta cara penanggulangannya.

### 3. Faktor sikap pada suku Tolaki terhadap kejadian DBD

Sikap merupakan bentuk operasional dari perilaku yaitu tanggapan batin terhadap stimulus dari luar subjek. Sikap dapat diartikan sebagai derajat atau tingkat kesesuaian seseorang terhadap objek tertentu. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang untuk dekat atau menjauhi seseorang atau sesuatu, sikap yang sudah positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata.<sup>16</sup>

Pada analisis univariat menunjukkan sikap masyarakat suku Tolaki terhadap kejadian DBD sebanyak 209 orang (55,1%) yang kategori positif, dan 170 orang (44,9%) yang kategori negatif. Hasil analisis bivariat dari 52 orang yang positif terkena DBD didapatkan sikap yang negatif sebanyak 36 orang (21,2%) dengan uji statistik *chi-square* diperoleh hubungan yang bermakna antara sikap dengan kejadian DBD ( $p=0,000 < 0,05$ ) dengan nilai  $\text{Exp } \beta = 2,912$ , 95% C.I. = 1,530 – 5,543.

Hal ini dilatarbelakangi kurangnya pengetahuan terhadap penyakit DBD dimana 44,9% masyarakat suku Tolaki yang masih bersikap tidak benar terhadap pencegahan DBD. seperti kebiasaan tidur pagi dan sore, kebiasaan menggantung pakaian, membersihkan lingkungan, pemakaian kelambu dan kebiasaan membersihkan tempat penampungan air.

### 4. Faktor tindakan pada suku Tolaki terhadap kejadian DBD

Tindakan adalah suatu respon seseorang terhadap rangsangan atau stimulus dalam bentuk nyata yang dapat diobservasi secara langsung melalui kegiatan wawancara dan kegiatan responden merupakan bentuk tindakan nyata (*overt behavior*). Terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan misalnya faktor dukungan dari pihak keluarga, teman dekat ataupun masyarakat.<sup>16</sup>

Hasil penelitian mengenai tindakan masyarakat suku Tolaki didapatkan 200 orang (52,8%) yang mempunyai tindakan baik terhadap cara menguras atau membersihkan bak tempat penampungan air, cara menangani sampah, kaleng-kaleng bekas, ban-ban bekas dan botol-botol bekas serta cara mencegah vektor DBD (3 M, abatesasi, fogging) sedangkan tindakan yang tidak baik sebanyak 179 orang (47,2%) dari 379 responden.

Dari 52 orang yang menderita DBD, 29 orang 14,5% masyarakat suku Tolaki yang mempunyai tindakan baik tetapi positif terkena penyakit DBD, hasil analisis bivariat uji statistik *chi-square* diperoleh nilai  $p=0,377 > 0,05$  yang berarti tidak ada hubungan tindakan masyarakat suku Tolaki dengan kejadian DBD.

Selain itu, dalam memutuskan mata rantai penularan penyakit DBD maka program tindakan fogging merupakan salah satu kegiatan pemberantasan nyamuk demam berdarah yang menggunakan insektisida dengan cara pengasapan, akan tetapi tindakan pengasapan/fogging hanya memberikan rasa aman yang semu kepada masyarakat yang dapat mengganggu program pembersihan sarang nyamuk seperti '3M' dan abatisasi.<sup>17</sup>

### 5. Faktor kondisi TPA pada suku Tolaki terhadap kejadian DBD

Tempat perindukan *Aedes aegypti* dapat dibedakan atas tempat perindukkan sementara, permanen dan alamiah. Tempat perindukkan sementara terdiri dari berbagai macam tempat penampungan air (TPA) termasuk kaleng bekas, ban mobil bekas pecahan botol pecahan gelas, talang air, vas bunga, dan tempat yang dapat menampung genangan air bersih. Tempat perindukan permanen adalah TPA untuk keperluan rumah tangga seperti bak penampungan air, reservoir air, bak mandi, gentong air dan bak cuci di kamar mandi. Tempat perindukan alamiah berupa genangan air pada pohon seperti pohon pisang, pohon kelapa, pohon aren, potongan pohon bambu, dan lubang pohon.<sup>19</sup>

Hasil Penelitian mengenai TPA yang meliputi pengurusan TPA, penutupan TPA dan ada tidaknya jentik di TPA, diperoleh sebanyak 191 orang (50,4%) yang kondisi TPA termasuk kurang baik dan 188 orang (49,6%) yang baik, dimana hasil uji statistik *chi-square* didapatkan tidak ada hubungan antara kondisi TPA dengan kejadian DBD pada masyarakat suku Tolaki dengan nilai  $p = 0,100 > 0,05$

Survey Depkes RI 2001, bahwa perilaku menyimpan air sangat tergantung pada kultur setempat dan kebutuhan air. Demikian pula pada masyarakat suku Tolaki umumnya penyimpanan air bersih didalam rumah memakai *o benggi*, *lambaga*, *wuapangi*, *takara*, *koloi* masing-masing adalah jenis tempayan atau gentong yang mempunyai tutup dan selalu dibersihkan serta dikuras dan wadahnya selalu tertutup rapat dan cenderung TPA yang digunakan sehari-hari secara kontinyu dilakukan pengurusan.

### 6. Faktor lingkungan fisik pada suku Tolaki terhadap kejadian DBD

Keadaan lingkungan yang menjadi perindukan nyamuk *Aedes aegypti* adalah lingkungan yang banyak ditemukan sampah industri seperti kaleng, botol, ban bekas, kaca atau barang/benda yang dapat menampung air yang tidak bersentuhan langsung dengan tanah.<sup>7</sup>

Berdasarkan hasil penelitian ini, menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara keadaan lingkungan fisik dengan kejadian DBD yaitu  $p = 0,004 < 0,05$  dan berdasarkan hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa keadaan lingkungan juga merupakan salah satu faktor yang erat hubungannya dengan kejadian DBD dengan nilai  $\text{Exp } \beta = 2,207$ . 95% C.I. 1,190 – 4,093. Berarti bahwa keadaan lingkungan rumah yang kotor mempunyai risiko 2,207 kali bisa terserang penyakit DBD dari pada lingkungan rumah yang bersih.

Salah satu penyebabnya adalah dari 379 responden masyarakat suku Tolaki terdapat 41,7% yang lingkungannya terdapat seperti ban-ban bekas, tanaman yang rimbun disekitar rumah, lubang pada pohon bambu bekas penebangan, tempurung kelapa yang berserakan di halaman rumah serta tanaman hias yang berisi air, keadaan ini berisiko menjadi tempat perindukan nyamuk DBD dan memberikan kontribusi terhadap meningkatnya jumlah jentik *aedes aegypti*.

Hal ini sejalan dengan pendapat Thomas, S 2003 menyatakan bahwa nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor DBD biasanya dapat juga berkembang biak dengan baik pada tempat-tempat penampungan air bukan untuk keperluan sehari-hari seperti tempat minum burung, vas bunga dan barang-barang bekas seperti kaleng, ban, botol dan plastik, begitupun pada tempat penampungan air alamiah seperti lubang pohon, lubang batu, pelepah

daun, tempurung kelapa, pelepah pisang, potongan bambu,dll.

## KESIMPULAN

Pengetahuan yang kurang, sikap yang negatif, lingkungan fisik yang berisiko mempunyai hubungan secara bermakna dengan kejadian DBD pada suku Tolaki di Kota Kendari, sedangkan tindakan, kondisi TPA tidak mempunyai hubungan dengan kejadian DBD pada suku Tolaki di Kota Kendari dan secara multivariat dengan uji statistik *logistik regresi* pengetahuan masyarakat merupakan faktor yang paling erat berhubungan dengan kejadian DBD pada suku Tolaki di Kota Kendari tahun 2007.

## SARAN

Dari hasil penelitian ini disarankan perlunya peran aktif petugas kesehatan baik ditingkat Puskesmas maupun di Kabupaten dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap serta kebersihan lingkungan melalui penyuluhan, penyebar luasan *leaplet* DBD, "Gerakan 3 M plus" sesuai dengan kondisi setempat, kerjasama lintas program dan sektor, perbaikan sistem survailans dengan melakukan *Early Warning Outbreak Recognition System* (EWORS), perlunya penelitian lebih lanjut dengan rancangan yang lain terhadap kejadian DBD pada masyarakat suku Tolaki.

## DAFTAR PUSTAKA

- Jayanton Patumanond, Chamaiporn Tawichasri and Seree Nopparat, 2003. Dengue Hemorrhagic Fever. Uttaradit, Thailand.(Online). ([http://www.cdc.gov/ncidod/EID/Vol\\_9\\_no10/02-0681.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/EID/Vol_9_no10/02-0681.htm), diakses tanggal 7 Februari 2007)
- Depkes RI, 2007. Demam Berdarah Dengue. Dirjen PPM & PL. Jakarta,
- Dinas Kesehatan Propinsi ,2006, Profil Kesehatan Propinsi Sulawesi Tenggara
- Dinas Kesehatan Kota Kendari, 2006, Profil Kesehatan Kota Kendari.
- Tarimana, A., 1993, Seri Etnografi Indonesia Kebudayaan Tolaki, Balai Pustaka, Jakarta
- Depkes RI, 2005. Kajian Masalah Kesehatan Demam Berdarah Dengue, Badan Litbang dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta,
- Gindo, M. Simanjuntak, 2000. Menyikapi Risiko Wabah Demam Berdarah Dengue Berdasarkan Kepadatan Vektor di Kurau Propinsi Riau dalam Warta Demam Berdarah Dengue.
- Widyana, 1998. Faktor-Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kejadian DBD di Kabupaten Bantul dalam Jurnal Epidemiologi Indonesia, Edisi 1.
- Arsunan, A., Wahiduddin, Nawi, Rasdi., 2003. Factor Related To Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) In Makassar City, Departemen Of Epidemiology, Faculty Of Public Health, Hasanuddin University, Makassar – Indonesia.
- Murti, Bhisma, 1997. Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi, Gadjah Mada University Press: Yogyakarta
- Timmreck, Thomas C, 2004, Epidemiologi Suatu Pengantar, Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta, Edisi 2.
- Lemeshow, Stanley, 1997. Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan, Gadjah Mada University Press: Yogyakarta.
- Depkes RI, 1990. Survei Entomologi Demam Berdarah Dengue, Dirjen PPM & PL. Jakarta,
- Depkes RI, 2003. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue, Jakarta.
- Murtiningsih. B., Lestari. S.H., 2002. Laporan Penyidikan KLB DBD di

Kecamatan Banguntapan Kabupaten Bantul, FETP-IKM, Gajah Mada Univesity Press : Yogyakarta

Notoatmodjo, Soekidjo , 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta,

Fathi, Soedjajadi,K,. Chatarina,U.W., 2005., Peran Faktor Lingkungan dan Perilaku Terhadap Penularan Demam Berdarah Dengue di Kota Mataram, Jurnal Kesehatan Lingkungan, Vol. 2, No.1,

WHO, 2000. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue. Terjemahan dari WHO Regional Publication SEARO No.29: Prevention Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever. Jakarta: Depkes RI.

Indra Chahaya, 2003, Pemberantasan Vektor Demam Berdarah di Indonesia, Bagian Kesehatan Lingkungan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.

Thomas.S., 2003, Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue dan Demam Berdarah Dengue, Cermin Dunia Kedokteran, Jakarta

**PENGARUH ORIENTASJ RUANGAN TERHADAP TINGKAT KECEMASAN  
PASIEN YANG DIRAWAT DIRUANG INTERNA RSU DR. WAHIDIN SUDIRO  
HUSODO MAKASSAR**

Penelitian Pra Eksperimen (One Group Pra-test Post-test)

*Oleh: Muhaimin Saranani\**

\*) Dosen Jurusan Keperawatan

**ABSTRACT**

*Patients who enter hospitals often experience anxiety from mild anxiety to severe. It is suspected the nurse not perform optimally oriented. Patients often ask not know where services and procedures will be implemented actions, instead of patients who received an explanation showing a positive response. But until now unknown orientation effect on the level of anxiety.*

*The design used was pre-experiment in one group (one-group pre-test post-test) with a population of all patients in the intensive RSU DR. Wahidin Sudiro Husodo. Large sample of 56 patients selection is done by purposive sampling. Independent variable is giving orientation to the patient. The dependent variable is the level of anxiety. Method of data collection using questionnaires. Data were analyzed using statistical tests Wilcoxon 0.05.  $\leq$  signed rank test with the level of significance  $p$*

*The results showed there are influence of orientation on the patient's level of anxiety ( $p = 0.001$   $Z = -3.289$ ). Based on these findings can be concluded that if nurses carry out orientation to patients in accordance with the procedure the patient anxiety level will decrease. To do further research on the effects of orientation on the patient's anxiety level is more specific.*

**PENDAHULUAN**

Dalam praktek keperawatan profesional perawat memegang tanggung jawab yang sangat besar, dimana perawat dituntut untuk melaksanakan perannya selama 24 jam berada di samping pasien dan keluarganya. Pasien bersama keluarganya yang Masuk Rumah Sakit (MRS) akan mengalami perasaan cemas atau yang sering disebut *anxietas*. Pada saat masuk rumah sakit pasien dihadapkan pada situasi baru, yaitu tenaga kesehatan dan klien lain, situasi ruang dan lingkungan rumah sakit, tindakan-tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap pasien, peraturan-peraturan rumah sakit yang berbeda dengan kebiasaan klien di rumah (Bouhuizen, 1986). Faktor tersebut dapat menimbulkan kecemasan bagi pasien, terutama yang belum pernah masuk rumah sakit. Berdasarkan survey di lapangan yang dilakukan oleh peneliti, pasien yang masuk Rumah Sakit sering mengalami kecemasan dari kecemasan tingkat ringan sampai berat. Hal ini diduga perawat belum

melaksanakan orientasi secara optimal. Pasien sering bertanya tidak tahu tempat pelayanan dan prosedur tindakan yang akan dilaksanakan, sebaliknya pasien yang mendapat penjelasan menunjukkan respon yang positif. Namun sampai saat ini belum diketahui pengaruh orientasi terhadap tingkat kecemasan.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilaksanakan oleh peneliti di ruang Interna RSU DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar, menunjukkan pasien yang masuk rumah sakit mengalami tingkat kecemasan ringan 16,7%, sedang 50%, berat 33,3%. Menurut Arline Matthews (1987) pasien baru yang tidak diorientasikan akan mengalami cemas yang ditunjukkan oleh perilaku sering bertanya atau tidak bertanya sama sekali, sukar tidur, marah, tingkah laku mencari perhatian, kecemasan juga biasanya mempengaruhi cara orang menyerap apa yang sedang disampaikan. Berdasarkan konsep psikoneuro-imunologi kecemasan merupakan *stressor* yang dapat