

## DIAGNOSA DINI MASYARAKAT TENTANG PENYAKIT DBD DI DAERAH ENDEMIK DBD KELURAHAN BATUA KECAMATAN MANGGALA KOTA MAKASSAR PROVINSI SULAWESI SELATAN

Oleh: Andi Erwin

### ABSTRACT

*Early diagnosis of disease families Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is a family effort to recognize the signs of dengue disease that afflicts one of the family and immediately referred to the nearest health care facility. Thus, health workers can do the enforcement diagnoses and provide early help and treatment so that death is inevitable anyway.*

*During the last 3 years an increase in mortality of DHF in South Sulawesi Province. In 2003 the CFR of DHF cases of outpatient and inpatient and increased by 0.2% to 1.9% in 2005. A similar situation occurred in the city of Makassar, which is 1.51% (2003), 1.75% (2004), and 2.64% (2005). In 2005 found the largest proportion of the CFR of DHF in the district Mang and Ujung Pandang, namely 7.14% and 7.69%. One of the villages in the subdistrict of Manggala with a high CFR of DHF is Batua Village, with a CFR of 28.6% Research objectives were to determine the relationship between knowledge, attitude, family support, and experience with early diagnosis of dengue disease. This type of research is observational with cross sectional approach. The research was carried out for 3 weeks and is located in the Village District Batua Manggala Makassar of South Sulawesi Province. Population is the entire family is in Kelurahan Batua, the determination of samples with Simple Random Sampling method. Processing and data analysis using the program MS-Excel and SPSS. Analysis of the relationship between variables using the Chi square test with Yate's correction at the 0.05 level of significance, and magnitude of the relationship using a test Phi ( $\phi$ ). The data presented in tabular form accompanied by narrative frequency distribution.*

*The results showed that there was a relationship between people's knowledge, attitudes, and family support with early diagnosis of dengue disease ( $p = 0.00 < 0.05$ ); there is no relationship between experience with early diagnosis of dengue disease ( $p = 0.122 > 0, 05$ ).*

*The need for health workers and volunteers in conducting outreach to enrich the material extension and said that the region is an area of endemic dengue. Need to do more research on public relations experience with early diagnosis of dengue disease.*

**Keywords:** *Early diagnosis, dengue, endemic, knowledge, attitudes, experiences, family*

### PENDAHULUAN

Diagnosa dini keluarga terhadap penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan upaya keluarga untuk mengenali tanda-tanda penyakit DBD yang menimpa salah satu anggota keluarga dan segera merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat. Sehingga, petugas kesehatan dapat melakukan penegakan diagnosa serta memberikan pertolongan dan pengobatan secara dini pula agar kematian dapat dihindari ([www.kompas.co.id/kompas-cetak/0406/17/humaniora/1090472.htm](http://www.kompas.co.id/kompas-cetak/0406/17/humaniora/1090472.htm), 4/01/2006).

Soegijanto (2004), mengemukakan bahwa angka kematian kasus DBD masih tinggi. Hal ini terkait dengan lambatnya keluarga untuk membawa penderita DBD ke petugas kesehatan (rumah sakit/puskesmas/dokter), dimana penderita DBD yang datang terlambat dengan derajat IV.

Hasil penelitian Darmowandowo dan Soegijanto (2002, dalam Soegijanto, 2004) tentang petanda infeksi virus dengue pada anak dengan panas pendek ( $< 4$  hari) di Surabaya, menunjukkan bahwa ibu-ibu yang membawa putra/putrinya pada hari ke-4 sakit ternyata sebagian besar sudah jatuh pada keadaan dengue shock syndrome yang

bisa berakibat fatal. Kondisi tersebut sebenarnya tidak perlu terjadi seandainya masyarakat dapat melakukan diagnosa dini penyakit DBD yang menimpa anggota keluarganya.

Akan tetapi, hingga saat ini DBD masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang jumlah penderita dan mortalitasnya cenderung meningkat serta semakin luas penyebarannya. Bahkan, hingga Maret 2004, dari 30 provinsi di Indonesia, 12 provinsi diantaranya ditetapkan sebagai KLB (kejadian luar biasa) DBD, termasuk Provinsi Sulawesi Selatan (Depkes RI., 2004).

Selama kurun waktu 3 tahun terakhir terjadi peningkatan mortalitas DBD di Provinsi Sulawesi Selatan. Pada tahun 2003 CFR DBD kasus rawat jalan dan inap sebesar 0.2% dan meningkat menjadi 1,9% pada tahun 2005. Keadaan serupa juga terjadi di Kota Makassar, yaitu 1,51% (2003), 1,75% (2004), dan 2,64% (2005). Pada tahun 2005 ditemukan proporsi CFR DBD terbesar pada Kecamatan Manggala dan Ujung Pandang, yaitu 7,14% dan 7,69%. Salah satu kelurahan di wilayah Kecamatan Manggala dengan CFR DBD yang cukup tinggi adalah Kelurahan Batua, dengan CFR sebesar 28,6%

Kondisi di atas menggambarkan bahwa kematian akibat DBD cenderung mengalami peningkatan setiap tahunnya. Hal ini menunjukkan kurangnya upaya diagnosa dini penyakit DBD oleh masyarakat. Perlu dipahami bahwa perilaku masyarakat terhadap suatu penyakit ditentukan oleh pengetahuan, sikap, dukungan keluarga, pengalaman, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat bersangkutan (Notoatmodjo, 2003).

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan selama 3 minggu dan berlokasi di Kelurahan Batua

Kecamatan Manggala Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan.

Jenis penelitian adalah observasional dengan pendekatan cross sectional. Populasi adalah seluruh keluarga yang ada di Kelurahan Batua, penentuan sampel dengan metode Simple Random sampling.

Pengolahan dan analisis data menggunakan program Ms-Excell dan SPSS. Analisis hubungan antar variabel menggunakan uji Chi square dengan Koreksi Yate's pada tingkat kemaknaan 0,05. Sedangkan untuk mengetahui besarnya kontribusi variabel independen terhadap variabel dependen digunakan derivat Uji Chi-Square, yaitu *Uji Phi* ( $\phi$ ). Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi yang disertai narasi.

## HASIL PENELITIAN

### A. Gambaran Umum Responden

#### 1. Umur

**Tabel 1**  
Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur di Kel. Batua Kec. Manggala

Umur	n	%
20 - 24	7	5.83
25 - 29	14	11.67
30 - 34	23	19.17
35 - 39	28	23.33
40 - 44	16	13.33
45 - 49	12	10.00
50 - 54	12	10.00
55 - 59	6	5.00
60 - 64	2	1.67
<b>Jumlah</b>	<b>120</b>	<b>100.00</b>

Sumber: Data Primer Terolah 2006

2. Tingkat Pendidikan

**Tabel 2**

Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan di Kel. Batua Kec. Manggala

Pendidikan	n	%
Tidak sekolah	3	2.50
Tidak tamat SD/Sederajat	8	6.67
Tamat SD/Sederajat	22	18.33
SMP/Sederajat	29	24.17
SMA/Sederajat	48	40.00
Diploma/Sarjana	10	8.33
<b>Jumlah</b>	<b>120</b>	<b>100.00</b>

Sumber: Data Primer Terolah 2006

3. Jenis Pekerjaan

**Tabel 3**

Distribusi Responden Menurut Jenis Pekerjaan di Kel. Batua Kec. Manggala

Pekerjaan	n	%
Urusan Rumah Tangga	80	66.67
Karyawan swasta	2	1.67
Penjahit	4	3.33
Penjual	22	18.33
PNS/TNI-POLRI	11	9.17
Tukang cuci	1	0.83
<b>Jumlah</b>	<b>120</b>	<b>100.00</b>

Sumber: Data Primer Terolah 2006

4. Distribusi Sampel Berdasarkan Diagnosa Dini Penyakit DBD

**Tabel 4**

Distribusi Sampel Menurut Diagnosa Dini Penyakit DBD di Kel. Batua Kec. Manggala

Diagnosa Dini	n	%
Melakukan	81	67.50
Tidak Melakukan	39	32.50
<b>Jumlah</b>	<b>120</b>	<b>100.00</b>

Sumber: Data Primer Terolah 2006

5. Distribusi Sampel berdasarkan Pengetahuan

**Tabel 5**

Distribusi Sampel Menurut Pengetahuan tentang DBD di Kel. Batua Kec. Manggala

Pengetahuan	n	%
Cukup	61	50.83
Kurang	59	49.17
<b>Jumlah</b>	<b>120</b>	<b>100.00</b>

Sumber: Data Primer Terolah 2006

6. Distribusi Sampel berdasarkan Sikap

**Tabel 6**

Distribusi Sampel Menurut Sikap tentang DBD di Kel. Batua Kec. Manggala

Sikap	n	%
Positif	67	55.83
Negatif	53	44.17
<b>Jumlah</b>	<b>120</b>	<b>100.00</b>

Sumber: Data Primer Terolah 2006

7. Distribusi Sampel berdasarkan Dukungan Keluarga

**Tabel 7**

Distribusi Sampel Menurut Dukungan Keluarga di Kel. Batua Kec. Manggala

Dukungan Keluarga	n	%
Ada dukungan	88	73.33
Tidak ada dukungan	32	26.67
<b>Jumlah</b>	<b>120</b>	<b>100.00</b>

Sumber: Data Primer Terolah 2006

8. Distribusi Sampel berdasarkan Pengalaman

**Tabel 8**

Distribusi Sampel Menurut Pengalaman di Kel. Batua Kec. Manggala

Pengalaman	n	%
Cukup	69	57.50
Kurang	51	42.50
<b>Jumlah</b>	<b>120</b>	<b>100.00</b>

Sumber: Data Primer 2009

## PEMBAHASAN

### A. Hubungan Pengetahuan dengan Diagnosa Dini Penyakit DBD

Diagnosa dini penyakit DBD merupakan tindakan/kegiatan yang dilakukan oleh keluarga/masyarakat untuk mengetahui penyakit sesuai gejala yang timbul berupa pencarian tempat pengobatan dan jangka waktu mengakses pengobatan. Kegiatan ini hanya dapat dilakukan jika keluarga/masyarakat mengetahui tentang penyakit dan dampaknya terhadap anggota keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase responden dengan pengetahuan kategori cukup dan melakukan diagnosa dini penyakit DBD (65,43%;n=53) lebih besar dibandingkan dengan tidak melakukan diagnosa dini penyakit DBD (20,51%;n=8). Sedangkan persentase responden dengan pengetahuan kategori kurang dan melakukan diagnosa dini penyakit DBD (34,57%;n=28) lebih kecil dibandingkan dengan tidak melakukan diagnosa dini penyakit DBD (79,49%;n=31).

Hal ini menggambarkan bahwa masyarakat yang memiliki pengetahuan cukup persentase melakukan diagnosa dini penyakit DBD lebih besar dibandingkan tidak melakukan diagnosa dini penyakit DBD.

Hasil uji statistik menggunakan uji Chi Square dengan Koreksi Yates menunjukkan bahwa ada hubungan positif antara pengetahuan masyarakat dengan diagnosa dini penyakit DBD. Uji statistik lanjutan menggunakan *Uji Phi* ( $\phi$ ) menunjukkan besarnya hubungan tersebut adalah 0,421, artinya 42,1% diagnosa dini penyakit DBD ditentukan oleh pengetahuan masyarakat.

Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan tingkat pendidikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada umumnya tingkat pendidikan responden tergolong tinggi, yaitu telah menyelesaikan tingkat pendidikan dasar (Tabel 2). Hal ini tentunya akan

memudahkan responden untuk menyerap informasi tentang penyakit DBD dan berdampak pada peningkatan pengetahuan tentang penyakit (aspek kognitif) serta mempengaruhi tindakan mereka, dalam hal ini melakukan diagnosa dini penyakit DBD.

### B. Hubungan Sikap dengan Diagnosa Dini Penyakit DBD

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan pelaksana motif tertentu. Sikap itu merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase responden dengan sikap kategori positif dan melakukan diagnosa dini penyakit DBD (74,1%; n=60) lebih besar dibandingkan dengan tidak melakukan diagnosa dini penyakit DBD (17,9%; n=7). Sedangkan persentase responden dengan sikap kategori negatif dan melakukan diagnosa dini penyakit DBD (25,9%; n=21) lebih kecil dibandingkan dengan tidak melakukan diagnosa dini penyakit DBD (82,1%; n=32).

Hal ini menggambarkan bahwa masyarakat yang memiliki sikap positif, persentase melakukan diagnosa dini penyakit DBD lebih besar dibandingkan tidak melakukan diagnosa dini penyakit DBD.

Hasil uji statistik menggunakan uji Chi Square dengan Koreksi Yates menunjukkan bahwa ada hubungan positif antara sikap masyarakat dengan diagnosa dini penyakit DBD. Uji statistik lanjutan menggunakan *Uji Phi* ( $\phi$ ) menunjukkan besarnya hubungan tersebut adalah 0,529, artinya 52,9% diagnosa dini penyakit DBD ditentukan oleh sikap masyarakat.

Krathwohl (1964) dalam Ngatimin (2002), mengemukakan bahwa sikap

merupakan bagian dari afektif domain yang sangat penting dalam pembentukan perilaku seseorang. Dimana, afektif domain sangat erat hubungannya dengan kognitif domain, dalam hal ini pengetahuan tentang penyakit DBD.

Hasil penelitian (Tabel 5) menunjukkan bahwa sebagian besar (50,83%; n = 61) responden mempunyai pengetahuan cukup tentang penyakit DBD. Hal ini tentunya mempunyai pengaruh terhadap pembentukan sikap positif tentang diagnosa dini penyakit DBD.

### **C. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Diagnosa Dini Penyakit DBD**

Dukungan atau motivasi dapat diberi batasan sebagai proses pemberian dorongan kepada seseorang untuk melakukan serangkaian aktivitas yang ditujukan untuk mencapai beberapa sasaran yang telah ditetapkan. Dukungan tersebut merupakan motivasi ekstrinsik, yang timbul karena adanya rangsangan dari luar (Nototatmodjo, 2003).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase responden dengan kategori ada dukungan keluarga dan melakukan diagnosa dini penyakit DBD (86,4%; n=70) lebih besar dibandingkan dengan tidak melakukan diagnosa dini penyakit DBD (46,2%; n=18). Sedangkan persentase responden dengan kategori tidak ada dukungan keluarga dan melakukan diagnosa dini penyakit DBD (13,6%;n=11) lebih kecil dibandingkan dengan tidak melakukan diagnosa dini penyakit DBD (53,8%; n=21).

Hal ini menggambarkan bahwa para ibu yang memperoleh dukungan keluarga, persentase melakukan diagnosa dini penyakit DBD lebih besar dibandingkan tidak memperoleh dukungan keluarga.

Hasil uji statistik menggunakan uji Chi Square dengan Koreksi Yates menunjukkan bahwa ada hubungan positif antara dukungan keluarga dengan diagnosa dini

penyakit DBD. Uji statistik lanjutan menggunakan *Uji Phi* ( $\phi$ ) menunjukkan besarnya hubungan tersebut adalah 0,426, artinya, 42,6% diagnosa dini penyakit DBD ditentukan oleh dukungan keluarga.

Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat mempunyai peranan penting terutama dalam mengingatkan anggota keluarga yang lain untuk berperilaku hidup sehat. Termasuk dengan memberikan anjuran kepada ibu rumah tangga untuk melakukan diagnosa dini penyakit DBD, jika ada anggota keluarga yang sakit dengan gejala penyakit DBD. Hal ini dimaksudkan agar dapat diketahui jenis penyakitnya dan penanganan pasien dapat dilakukan secara tepat dan tepat.

### **D. Hubungan Pengalaman dengan Diagnosa Dini Penyakit DBD**

Pengalaman adalah hal yang pernah dialami, dijalani, dirasakan, ditanggung, dan sebagainya. Proses belajar yang efektif tidak cukup jika hanya dengan memberikan informasi saja, tetapi kepada pelajar tersebut perlu diberikan pengalaman (Notoatmodjo, 2003). Hasil proses belajar akan berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan, persepsi, sikap, motivasi, dan niat yang akan mendorong individu melakukan sesuatu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase responden dengan pengalaman kategori cukup dan melakukan diagnosa dini penyakit DBD (62,96%;n=51) lebih besar dibandingkan dengan tidak melakukan diagnosa dini penyakit DBD (46,15%;n=18). Sedangkan persentase responden dengan pengalaman kategori kurang dan melakukan diagnosa dini penyakit DBD (37,04%;n=30) lebih kecil dibandingkan dengan tidak melakukan diagnosa dini penyakit DBD (53,85%;n=21).

Walaupun demikian, tidak terdapat perbedaan persentase yang cukup besar antara pengalaman kategori cukup dan tidak

melakukan diagnosa dini (46,15%) dengan pengalaman kategori kurang dan tidak melakukan diagnosa dini (53,85%). Hal ini menggambarkan bahwa berdasarkan aspek pengalaman masyarakat tidak ditemukan perbedaan dalam melakukan diagnosa dini penyakit DBD.

Hasil uji statistik menggunakan uji Chi Square dengan Koreksi Yates menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pengalaman dengan diagnosa dini penyakit DBD.

Salah satu faktor yang menyebabkan hal tersebut adalah kesadaran masyarakat tentang akibat penyakit DBD, yaitu dapat menimbulkan kematian. Sehingga, jika salah satu anggota keluarga tertimpa penyakit dengan gejala DBD maka mereka segera berupaya ke tempat pelayanan kesehatan untuk memastikan diagnosa penyakit, dalam hal ini melakukan diagnosa dini penyakit DBD.

Kesadaran seseorang untuk berperilaku sehat dapat dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikapnya tentang pentingnya hidup sehat, dan adanya dukungan dari lingkungannya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat telah mengetahui dan bersikap positif terhadap diagnosa dini penyakit DBD hal ini ditunjang pula dengan adanya dukungan keluarga.

### KESIMPULAN

1. Hasil uji statistik menggunakan uji Chi Square dengan Koreksi Yates diperoleh nilai  $p = 0,00 < 0,05$ ; maka  $H_0$  ditolak. Berarti ada hubungan antara pengetahuan masyarakat dengan diagnosa dini penyakit DBD.
2. Hasil uji statistik menggunakan uji Chi Square dengan Koreksi Yates diperoleh nilai  $p = 0,00 < 0,05$ ; maka  $H_0$  ditolak. Berarti ada hubungan antara sikap masyarakat dengan diagnosa dini penyakit DBD.

3. Hasil uji statistik menggunakan uji Chi Square dengan Koreksi Yates diperoleh nilai  $p = 0,00 < 0,05$ ; maka  $H_0$  ditolak. Berarti ada hubungan antara dukungan keluarga dengan diagnosa dini penyakit DBD.
4. Hasil uji statistik menggunakan uji Chi Square dengan Koreksi Yates diperoleh nilai  $p = 0,12 < 0,05$ ; maka  $H_0$  diterima. Berarti tidak ada hubungan antara pengalaman masyarakat dengan diagnosa dini penyakit DBD.

### DAFTAR PUSTAKA

- Andajani, Susilowati. Florentina Sustini. 1999. The Housewives Behavior to Control DHF in Sawahan Sub District Surabaya Indonesia. Dalam: Proceeding International Seminar on Dengue Fever/Dengue Haemorrhagic Fever "New Strategy in Controlling and Prevention of Dengue Fever/Dengue Haemorrhagic Fever in South East Asia: October 28 – 29<sup>th</sup>, 1999. Editor: Soegeng Soegijanto, dkk., Surabaya: Airlangga University Indonesia.
- Arsunan, Arsin, Nurhayani, dan Stang. 1999. Panduan Penulisan Skripsi. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- BPS. 2005. Statistik: 60 Tahun Indonesia Merdeka. Badan Pusat Statistik: Jakarta – Indonesia.
- BPS Prov. Sulsel.. 2001. Sulawesi Selatan dalam Angka. Badan Pusat Statistik: Makassar – Sulawesi Selatan.
- BPS Prov. Sulsel.. 2003. Sulawesi Selatan dalam Angka. Badan Pusat Statistik: Makassar – Sulawesi Selatan.
- BPS Prov. Sulsel., 2005. Sulawesi Selatan dalam Angka. Badan Pusat Statistik: Makassar – Sulawesi Selatan.
- Depkes R.I., 2004. Demam Berdarah di Indonesia. Online: www.depkes.go.id/

- downloads/Bulletin%20Harian%2011032004.pdf.
- Dinas Kesehatan Kota Makassar. 2006. Jumlah Penderita Demam Berdarah Dengue Pada Tahun 2001 – 2005 Kota Makassar. Laporan Bidang: Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit, Seksi: Pemberantasan Penyakit.
- Dinas Kesehatan Kota Makassar. 2006. Jumlah Kasus DBD Per Puskesmas Se Kota Makassar menurut Kelurahan Tahun 2005. Laporan Bidang: Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit, Seksi: Pemberantasan Penyakit.
- Dirjenbinkesmas. 1992. Mengenal Beberapa Penyakit Berbahaya di Daerah Perkotaan. *Online*: [biomed.ee.itb.ac.id/telemedika/m\\_menuar.php?tabel=demamberdarah](http://biomed.ee.itb.ac.id/telemedika/m_menuar.php?tabel=demamberdarah).
- Effendy, Nasrul. 1998. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC.
- Hadinegoro, Sri Rezeki H., Hindra Irawan Satari (ed). 2002. Demam Berdarah Dengue, Naskah Lengkap: Pelatihan bagi Pelatih Dokter Spesialis Anak & Spesialis Penyakit Dalam dalam Tatalaksana Kasus DBD. Cetakan ulang. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Hendarwanto. 2002. Dengue: Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I Edisi Ketiga Cetakan Ulang 2002. Editor: Sjaifoellah Noer. Jakarta: Balai Penerbit FK – UI.
- Judarwanto, Widodo. 2006. Deteksi Dini Diagnosis DBD. *Online*: [news.indosiar.com/news\\_read.htm?id=4377](http://news.indosiar.com/news_read.htm?id=4377).
- Junadi, dkk. (ed). 1995. Kapita Selekta Kedokteran Edisi II Tahun 1982. Fakultas Kedokteran – UI. Jakarta: Media Aesculapius
- Lameshow, dkk.. 1997. Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan. Penyunting: dr. Hari Kusnanto, Dr.PH., Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Lassa, Jonathan. Ndoen, Ermi ML. 2005. Virus Itu Namanya Virus Perilaku. *Online*: [www.mail-archive.com/pedulibencana@yahoogroups.com/msg00468.html](http://www.mail-archive.com/pedulibencana@yahoogroups.com/msg00468.html).
- Ngatimin, Rusli. 2002. Ilmu Perilaku Kesehatan. Cetakan Revisi I. Makassar: Yayasan PK – 3.
- Nadesul, Handrawan. 2004. Empat Tindakan Saat Demam Berdarah Menyerang. *Online*: [cybermed.cbn.net.id/detil.asp?kategori=Tips&newsno=79](http://cybermed.cbn.net.id/detil.asp?kategori=Tips&newsno=79).
- Nazir, Mohammad. 1999. Metode Penelitian. (Cetakan Keempat). Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_. 2003. Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-Prinsip Dasar. Cetakan Kedua. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Riduwan. 2002. Skala Pengukuran Variabel-Variabel Penelitian. Bandung: Alfabeta.
- Sarwanto, 2001. Kematian Karena DBD pada Anak dan Faktor Penentunya. *Online*: [www.tempo.co.id/medika/arsip/092001/art-3.htm](http://www.tempo.co.id/medika/arsip/092001/art-3.htm).
- Singarimbun, Masri. Sofian Effendi (Ed). 1995. Metode Penelitian Survei. Cetakan Kedua. Jakarta: PT. Pustaka LP3S Indonesia.
- Soegijanto, Soegeng. 2004. Demam Berdarah Dengue: Tinjauan dan Temuan Baru di Era 2003. Surabaya: Airlangga University Press.
- Sukowati, Supratman. 2004. Dapatkah Indonesia Bebas dari KLB DBD?. *Online*: [www.suarapembaruan.com/News/2004/03/05/Editor/edi01.htm](http://www.suarapembaruan.com/News/2004/03/05/Editor/edi01.htm).
- Sumarni. 2004. Analisis Perilaku Masyarakat terhadap Pencegahan Penyakit Demam Berdarah di Kelurahan Kassi-Kassi Kecamatan Rappocini Kota Makassar Tahun 2004.

Skripsi tidak dipublikasikan. Makassar:  
FKM – UNHAS.

Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992  
Tentang Perkembangan Kependudukan  
dan Pembangunan Keluarga Sejahtera.  
Badan Koordinasi Keluarga Berencana  
Nasional

[www.infeksi.com/hiv/articles.php?Ing=in&pg=53](http://www.infeksi.com/hiv/articles.php?Ing=in&pg=53). DHF/DBD.

[www.kompas.co.id/kompas-cetak/0406/17/humaniora/1090472.htm](http://www.kompas.co.id/kompas-cetak/0406/17/humaniora/1090472.htm)

Tetap Waspada Demam Berdarah.

[www.solusisehat.net/berita.php?id=224](http://www.solusisehat.net/berita.php?id=224)

Lagi-Lagi Ulah Aedes Aegypti.