

HUBUNGAN FAKTOR RISIKO LINGKUNGAN FISIK DAN PERILAKU DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* DI KELURAHAN MUSTIKAJAYA KOTA BEKASI

Rianasari, Suhartono, Dharminto

Bagian Kesehatan Lingkungan, Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Diponegoro
Email: Rianasarifkm@gmail.com

Abstract : *Dengue fever is a problem that still occurs in many countries that have tropical and sub-tropical climates. The incidence of dengue fever in the city of Bekasi increased in 2014. By 2015 there were 987 cases (IR = 36) with a CFR of 1.1%. Factors affecting the incidence of dengue fever are physical environmental factors and social behavior. The purpose of this study was to analyze the relationship between the physical environment and the behavior of society with the incidence of dengue fever in the Village of Mustikajaya, Bekasi City. The type of research used was observational analytic with cross sectional approach. The population in this study was the entire number of families with a number of 16,086 households spread over the Village of Mustikajaya Bekasi City. The sample in this study was the patients with dengue fever in the year of 2015 and residents who live in the Village of Mustikajaya with the number of 95 samples. Data analysis used was chi square test at the 95% confidence level. The results showed relationships between resting place ($p = 0.026$), breeding place ($p = 0.004$), humidity ($p = 0.037$), the habit of hanging garments ($p = 0.031$), the practice of PSN ($p = 0.012$), and knowledge ($p = 0.015$) with the incidence of dengue fever. There is no relationship between using anti mosquito products ($p = 0.066$) with the incidence of dengue. It can be concluded that there are relationships between resting place, breeding place, humidity, the habits of hanging clothes, PSN practices, and knowledge with the incidence of dengue fever, while the anti-mosquito products usage habits have no correlation with the incidence of dengue fever in the Village of Mustikajaya Bekasi City.*

Keywords : DBD, physical environment, behavior, Mustikajaya

Bibliographies : 68, 1960 – 2016

PENDAHULUAN

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan permasalahan yang masih banyak terjadi di beberapa negara terutama di negara-negara Asia yang memiliki iklim tropis dan sub tropis. Penyakit DBD disebabkan oleh satu dari empat bahan antigenik yang dikenal serotipe 1-4 (virus DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN).¹ Penyakit Demam Berdarah

Dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *Dengue*² yang menyebabkan Demam *Dengue* (DD). Istilah *dengue* pertama kali digunakan sewaktu terjadinya epidemik di Kuba pada tahun 1828.³

Sedangkan vektor penularannya yaitu nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk *A. aegypti* selama ini diketahui memiliki kebiasaan untuk berkembang biak pada air-air

tergenang yang jernih yang berasal dari tendon buatan manusia. Nyamuk tersebut menyukai tempat seperti penampungan air didalam rumah yang tidak berhubungan dengantanah.⁴*World Health Organization* (WHO) tahun 2004 melaporkan bahwa di daerah perkotaan habitat *Ae. aegypti* sangat bervariasi tetapi 90% adalah wadah-wadah buatan manusia. *Ae. aegypti* aktif menghisap darah pada siang hari (diurnal) yaitu jam 08:00-09:00 dan jam 16:00-17:00.⁵ *Epidemi Dengue* dilaporkan akan terjadi di sepanjang abad kesembilan belas dan awal abad kedua puluh di Amerika, Eropa Selatan, Afrika Utara, Mediterania timur, Asia, Australia dan pada beberapa pulau di Samudra Hindia, Pasifik Selatan dan Tengah serta Karibia. Setiap tahun diperkirakan terdapat 20 juta kasus infeksi *Dengue* yang mengakibatkan kira-kira 24 juta kematian. Demam Berdarah *Dengue* pertama kali dikenali di Filipina pada tahun 1953. Kemudian 2 tahun selanjutnya virus *Dengue* dari berbagai tipe diisolasi dari pasien di Bangkok, Thailand oleh Quintos dan kawan-kawan. Selama tiga dekade berikutnya ditemukan di Kamboja, Cina, India, Indonesia, Malaysia, Maldives, Myanmar, Singapura, Sri Lanka, Vietnam, dan beberapa negara di kepulauan Pasifik.⁶

Data dari seluruh dunia mencatat terdapat sekitar 2,5 miliar orang di dunia berisiko terinfeksi virus *Dengue* dengan perkiraan jumlah kasus di seluruh dunia mencapai 50 juta pertahun⁷ dan 500.000 orang memerlukan rawat inap setiap tahunnya dan 90% dari penderitanya ialah anak-anak yang berusia kurang dari 15 tahun dengan persebaran secara

geografis.⁸ Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. Menurut *World Health Organization* (WHO), negara Indonesia ialah negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara sejak tahun 1968 hingga 2009.⁹

World Health Organization (WHO) mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara. Di Indonesia, setiap tahunnya selalut terjadi KLB di beberapa provinsi. Berdasarkan data dari Ditjen PP dan PL Kementerian Kesehatan RI menyebutkan sebanyak 511 kabupaten/kota di Indonesia berpotensi menjadi tempat berkembangnya demam berdarah dan hampir 90% diantaranya merupakan daerah endemik. Salah satunya yang merupakan Kabupaten/Kota endemis demam berdarah dengue dengan kasus yang cukup tinggi yaitu Kota Bekasi di Provinsi Jawa Barat. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Bekasi diketahui bahwa jumlah kasus DBD pada tahun 2013 mencapai 1.415 orang dengan 17 orang meninggal, IR 58,0 per 100.000 penduduk dan CFR 1,2%. Tahun 2014 terjadi penurunan kasus yaitu 821 orang penderita dengan IR 31,7 per 100.000 penduduk dan memasuki peringkat kelima se-Jawa Barat dengan angka kematian tertinggi.^{10,11}

Pada tahun 2015 kasus meningkat mencapai 987 orang dengan 11 orang meninggal IR 36 per 100.000 penduduk dan CFR 1,1%. Dan pada tahun 2016 sampai bulan Februari jumlah kasus 704 orang dengan 12 orang

meninggal, IR 25 per 100.000 penduduk dan CFR 1,7%. Jika dilihat data setiap tahunnya maka angka kematian telah melebihi angka 1 % sedangkan menurut direktur Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang (P2B2) Ditjen P2PL Kemenkes RI kasus kematian (IR) karena demam berdarah di Indonesia tidak boleh melebihi 1%.^{12,13}

Salah satu daerah dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di Kota Bekasi banyak terjadi di wilayah kerja Puskesmas Mustikajaya terhitung pada bulan September 2015-Februari 2016 yakni di 4 Kelurahan diantaranya Pedurenan, Cimuning, Mustikajaya dan Mustika Sari dengan jumlah kasus pada tahun September 2015-Februari 2016 sebanyak 147 kasus. Dari ke-4 kelurahan tersebut, salah satu yang memiliki jumlah kasus tertinggi yakni di Kelurahan Mustikajaya yakni sebanyak 92 kasus.¹³ Maka peneliti tertarik untuk mengkaji lingkungan fisik dan variabel perilaku pada masyarakat yang berhubungan dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi.

METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan jenis penelitian *observasional*, dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi subjek dalam penelitian ini adalah jumlah Kepala Keluarga (KK) di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi yakni 16.086 KK. Cara pengambilan sampel menggunakan *carapurposeful sampling*. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 95 KK.

Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari data wawancara kepada responden dengan

menggunakan kuesioner dan lembar observasi. Data yang diambil dari responden yaitu mengenai umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status DBD, keberadaan *resting place*, keberadaan *breeding place*, kelembaban di dalam rumah, kebiasaan menggantung pakaian, penggunaan obat anti nyamuk,

Keberadaan <i>breeding place</i> yang terdapat jentik	Kasus DBD				Total	
	Ya		Tidak			
	f	%	f	%	f	%
Ada	6	75,0	2	25,0	8	100,0
Tidak	19	21,8	68	78,2	87	100,0
Total	25	26,3	70	73,7	95	100,0

praktek pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dan pengetahuan.

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Bekasi, buku, jurnal dan data-data yang diakses melalui media internet.

Analisis bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu uji *Chi-Square* dengan nilai keyakinan yang digunakan 95% dan *level of significant* (α) 5%.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Hubungan Antara Keberadaan *Resting Place* di Dalam dan di Luar Rumah Dengan Kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi

P = 0,023 PR = 3,42995% CI = 1,926-6,102

Berdasarkan tabel 1. diketahui bahwa proporsisubjek yang sakit DBD lebih besar yaitu 4 responden (80%) terdapat pada kelompok responden dengan *resting place* di dalam dan di luar rumah daripada responden yang tidak memiliki *resting place* di dalam dan di luar rumah dan pernah sakit DBD yaitu 21 responden (23,3%). Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai *p-value* = 0,023 ($p \leq 0,05$) dengan

perhitungan risiko yaitu PR 3,429 dengan 95% CI (1,926-6.102) yang berarti bahwa responden yang memiliki *resting place* di dalam, dan diluar rumah memiliki peluang

Kelembaban mendukung perkembangbiakan nyamuk	Kasus DBD				Total	
	Ya		Tidak		f	%
	f	%	f	%		
Ya	22	33,3	44	63,8	66	100,0
Tidak	3	10,3	26	89,7	29	100,0
Total	25	26,3	70	73,7	95	100,0

terkena DBD 3,429 atau 3 kali lebih besar dari responden yang tidak memiliki *resting place* di dalam dan di luar rumah.

Keberadaan <i>resting place</i> di dalam di luar rumah	Kasus DBD				Total	
	Ya		Tidak		f	%
	f	%	F	%		
Ada	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Tidak	21	23,3	69	76,7	90	100,0
Total	25	26,3	70	73,7	95	100,0

Tabel 2. Hubungan Antara Keberadaan *Breeding Place* Yang Terdapat Jentik dengan Kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi

.P = 0,004 PR = 3,43495% CI = 1,954-6,036

Berdasarkan tabel 2. diketahui bahwa proporsisubjek yang sakit DBD lebih besar terdapat pada kelompok responden dengan *breeding place* di dalam dan di luar rumah yang terdapat jentik nyamuk yaitu 6 responden (75%) daripada responden yang memiliki *breeding place* di dalam dan di luar rumah yang tidak terdapat jentik nyamuk dan pernah sakit DBD yaitu 19 responden (21,8%). Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai *p-value* = 0,004 ($p \leq 0,05$) dengan hasil perhitungan risiko diperoleh PR 3,434 dengan 95% CI (1,954-6,036) yang berarti bahwa responden yang memiliki *breeding place* di dalam

dan di luar rumah terdapat jentik

Menggantung pakaian	Kasus DBD				Total	
	Ya		Tidak		f	%
	f	%	f	%		
Ya	23	32,9	47	67,1	8	100,0
Tidak	2	8,0	23	92,0	87	100,0
Total	25	26,3	70	73,7	95	100,0

nyamuk memiliki peluang terkena DBD 3,434 atau 3 kali lebih besar dari responden yang memiliki *breeding place* di dalam dan di luar rumah tetapi tidak terdapat jentik nyamuk.

Tabel 3. Hubungan Antara Kelembaban di Dalam Rumah dengan Kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi

P = 0,037 PR = 3,22295% CI = 1,047-9,920

Berdasarkan tabel 3. diketahui bahwa proporsisubjek yang sakit DBD lebih besar terdapat pada kelompok responden yang memiliki kelembaban mendukung untuk perkembangbiakan nyamuk yaitu 22 responden (33,3%) daripada responden yang tidak memiliki kelembaban mendukung untuk perkembangbiakan nyamuk dan pernah sakit DBD yaitu 3 responden (10,3%). Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai *p-value* = 0,037 ($p < 0,05$) dengan hasil perhitungan risiko diperoleh PR 3,222 dengan 95% CI (1,047-9,920) yang berarti bahwa responden dengan kelembaban yang mendukung untuk perkembangbiakan nyamuk memiliki risiko 3,222 atau 3 kali lebih besar dari responden dengan kelembaban yang tidak mendukung untuk perkembangbiakan nyamuk.

Tabel 4. Hubungan Antara Kebiasaan Menggantung Pakaian dengan Kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi

P = 0,031 PR = 4,10795% CI = 1,043-16,177

Berdasarkan tabel 4. diketahui bahwa proporsisubjek yang sakit

Penggunaan obat anti nyamuk	Kasus DBD				Total	
	Ya		Tidak			
	f	%	F	%	f	%
Tidak	8	47,1	9	52,9	17	100,0
Ya	17	21,8	61	78,2	78	100,0
Total	25	26,3	70	73,7	95	100,0

DBD lebih besar terdapat pada kelompok responden yang memiliki kebiasaan menggantung pakaian yang telah digunakan yaitu 23 responden (32,9%) daripada responden yang tidak memiliki kebiasaan menggantung pakaian yang telah digunakan dan pernah sakit DBD yaitu 2 responden (8%). Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai *p-value* = 0,031 ($p \leq 0,05$), dengan hasil perhitungan risiko diperoleh PR 4,107 dengan 95% CI (1,043-16,177) yang berarti bahwa responden yang memiliki kebiasaan menggantung pakaian yang telah digunakan didalam rumah berpeluang terkena DBD 4,107 atau 4 kali lebih besar dari responden dengan kelembaban di dalam rumah yang tidak mendukung untuk perkembangbiakan nyamuk.

Tabel 5. Hubungan Antara Kebiasaan Penggunaan Obat Anti Nyamuk dengan Kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi

P = 0,066 PR = 0,46395% CI = 0,240-0,893

Berdasarkan tabel 5. diketahui

Praktek PSN	Kasus DBD				Total	
	Ya		Tidak			
	f	%	f	%	f	%
Kurang	17	39,5	26	60,5	43	100,0
Baik	8	15,4	44	86,4	52	100,0
Total	25	26,3	70	73,7	95	100,0

bahwa proporsisubjek yang sakit DBD lebih besar terdapat pada kelompok responden dengan kebiasaan tidak menggunakan obat anti nyamuk baik obat anti nyamuk bakar, elektrik, oles atau semprot untuk mencegah gigitan nyamuk yaitu 8 responden (47,1%) daripada

responden yang menggunakan obat anti nyamuk baik obat anti nyamuk bakar, elektrik, oles atau semprot untuk mencegah gigitan nyamuk dan pernah sakit DBD yaitu 17 responden (21,8%). Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai *p-value* = 0,066

Tabel 6. Hubungan Antara Praktek PSN dengan Kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi
P = 0,012 PR = 2,73995% CI = 1,262-5,944

Berdasarkan tabel 6. diketahui bahwa proporsisubjek yang sakit DBD lebih besar terdapat pada kelompok responden yang memiliki praktek PSN yang kurang baik yaitu 18 responden (39,1%) daripada responden yang memiliki praktek

Pengetahuan	Kasus DBD				Total	
	Ya		Tidak			
	f	%	F	%	f	%
Kurang	17	39,5	26	60,5	43	100,0
Baik	8	15,4	44	86,4	52	100,0
Total	25	26,3	70	73,7	95	100,0

PSN yang baik dan pernah sakit DBD yaitu 7 responden (14,3%). Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai *p-value* = 0,012 ($p \leq 0,05$), dengan nilai PR 2,730 dengan 95% CI (1,262-5,944) yang berarti bahwa responden dengan praktek PSN kurang baik memiliki peluang terkena DBD 2,730 atau 3 kali lebih besar dari responden dengan praktek PSN yang baik

Tabel 7. Hubungan Antara Pengetahuan dengan Kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi

P = 0,015 PR = 2,57095% CI = 1,230-5,369

Berdasarkan tabel 7. diketahui bahwa proporsisubjek yang sakit DBD lebih besar terdapat pada kelompok responden yang memiliki pengetahuan yang kurang mengenai penyebab, gejala, dampak dan cara pencegahan DBD

yaitu 17 responden (39,5%) daripada responden yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai penyebab, gejala, dampak dan cara pencegahan DBD dan pernah sakit DBD yaitu 8 responden (15,4%). Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai *p-value* = 0,015 ($p \leq 0,05$), dengan nilai PR 2,570 dengan 95% CI (1,230-5,369) yang berarti bahwa responden dengan pengetahuan kurang mengenai penyebab, gejala, dampak dan cara pencegahan DBD memiliki peluang terkena DBD 2,570 atau 3 kali lebih besar dari responden pengetahuan yang baik tentang penyebab, gejala, dampak dan cara penularan DBD.

Hubungan Keberadaan *Resting Placedi* Dalam dan di Luar Rumah dengan kejadian DBD

Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai *p-value* = 0,023 ($p \leq 0,05$), maka H_0 ditolak, hal tersebut berarti terdapat hubungan antara keberadaan *resting placedi* dalam dan di luar rumah dengan kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya.

Hal ini sejalan dengan penelitian Trixie Salawati (2010) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara keberadaan *resting placedi* luar rumah dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Srandol dengan nilai $p=0,035$ pada responden yang rumahnya terdapat semak-semak sehingga diduga merupakan *resting place* nyamuk *Aedes aegypti*

Hubungan Keberadaan *Breeding Placedi* Dalam dan di Luar Rumah dengan kejadian DBD

Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai *p-value* = 0,004 ($p \leq 0,05$), maka H_0 ditolak, hal tersebut berarti terdapat hubungan antara keberadaan *breeding placedi* dalam

dan di luar rumah dengan kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sofia (2014) menyatakan ada hubungan antara tempat perindukan nyamuk dengan kejadian DBD di Purwokerto ($p=0.000$). Selain itu sejalan dengan penelitian Teguh Widiyanto (2007) yang menyatakan bahwa tempat perindukan mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik dengan kejadian DBD dengan nilai $p=0,017$ yang dilakukan penelitian pada kontainer tempat penampungan air.

Hubungan Kelembaban di Dalam Rumah dengan kejadian DBD

Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai *p-value* = 0,004 ($p \leq 0,05$), maka H_0 ditolak, hal tersebut berarti terdapat hubungan antara kelembabandi dalam dengan kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya.

Hal ini sejalan dengan penelitian Mustazahid Agfadi Wirayoga (2013) yang menyatakan terdapat hubungan bermakna antara kelembaban dengan kejadian demam berdarah *dengue* di Kota Semarang tahun 2006-2011 dengan nilai $p=0,001$.

Hubungan Kebiasaan Menggantungkan Pakaian dengan kejadian DBD

Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai *p-value* = 0,031 ($p \leq 0,05$), maka H_0 ditolak, hal tersebut berarti terdapat hubungan antara kebiasaan menggantung pakaian dengan kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya.

Hal ini sejalan dengan penelitian Widia Eka Wati (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara kebiasaan menggantung pakaian dengan kejadian DBD di

Kelurahan Poso Kecamatan Pacitan tahun 2009 dengan nilai $p=0,001$. Selain itu penelitian lain yang mendukung yaitu dilakukan oleh Anton sitio (2008) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara menggantung pakaian bekas dengan kejadian DBD dengan nilai $p=0,018$.

Hubungan Kebiasaan Penggunaan Obat Anti Nyamuk dengan kejadian DBD

Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai $p-value = 0,066$ ($p \leq 0,05$), maka H_0 diterima, hal tersebut berarti tidak terdapat hubungan antara kebiasaan penggunaan obat anti nyamuk dengan kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya. penelitian ini sejalan dengan penelitian Ika Setia Ariyati (2015) yang menyatakan tidak ada hubungan penggunaan obat anti nyamuk dengan kejadian DBD di Kelurahan Tembalang Kecamatan Tembalang Kota Semarang dengan nilai $p=1,000$

Hubungan Praktek PSN dengan kejadian DBD

Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai $p-value = 0,012$ ($p \leq 0,05$), maka H_0 ditolak, hal tersebut berarti terdapat hubungan antara praktek PSN dengan kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya.

Hal ini sejalan dengan penelitian Ropik Subarja (2014) yang menyatakan bawa ada hubungan antara perilaku pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan kejadian demam berdarah *dengue* (DBD) di Kelurahan Kersamenak Kecamatan Kawalu Kota Tasikmalaya Tahun 2014 dengan nilai $p=0,024$.

Hubungan Pengetahuan dengan kejadian DBD

Dari hasil *chi-square* didapatkan nilai $p-value = 0,015$ ($p \leq 0,05$), maka H_0 ditolak, hal tersebut berarti terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kejadian DBD di Kelurahan Mustikajaya.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Qoriatus Sholihah (2014) yang menyatakan bahwa faktor pengetahuan berpengaruh terhadap kejadian DBD di Kelurahan Lontar Kecamatan Sambikereb Kota Surabaya dengan nilai $p=0,036$ secara tidak langsung dapat dikatakan bahwa pengetahuan memberi pengaruh nyata terhadap kejadian DBD

KESIMPULAN

1. Ada hubungan antara keberadaan *resting place* di dalam dan di luar rumah dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi dengan nilai $p=0,023$
2. Ada hubungan antara keberadaan *breeding place* di dalam dan di luar rumah dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi dengan nilai $p=0,004$
3. Ada hubungan antara kelembaban dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi dengan nilai $p=0,037$
4. Ada hubungan antara kebiasaan menggantung pakaian dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi dengan nilai $p=0,031$
5. Tidak ada hubungan antara kebiasaan penggunaan obat anti nyamuk dengan kejadian

- Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi dengan nilai $p=0,066$
6. Ada hubungan antara praktek PSN dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi dengan nilai $p=0,012$
 7. Ada hubungan antara pengetahuan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi dengan nilai $p=0,015$

SARAN

1. Bagi masyarakat di wilayah Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi
 - a. Masyarakat hendaknya melakukan kegiatan 3M *plus* dengan konsisten. 3M *plus* yang dimaksud ialah Menguras, menutup, mengubur/mendaur ulang *plus* melakukan tindakan pencegahan gigitan nyamuk seperti menggunakan kelambu, menanam tanaman obat anti nyamuk, menggunakan pakaian lengan panjang, dll.
 - b. Masyarakatnya hendaknya mewaspadaikan orang yang berkunjung ke rumah dan memiliki gejala penyakit demam berdarah *dengue*.
 - c. Masyarakat hendaknya langsung memeriksakan diri jika merasa sudah memiliki tanda-tanda dan gejala demam berdarah *dengue*.
2. Bagi instansi kesehatan
 - a. Perlu dilakukan penyuluhan secara merata mengenai penyebab, dampak, gejala dan pencegahan demam berdarah *dengue*.
 - b. Perlu dilakukan pengawasan praktek PSN terutama

kepada masyarakat yang memiliki kebun.

- b. Diperlukan pertemuan antara instansi kesehatan dengan masyarakat untuk melakukan kerjasama dalam pembentukan program pemanfaatan atau pendaur ulangan barang-barang yang tidak digunakan seperti pembentukan bank sampah.
3. Bagi peneliti lain

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi mengenai faktor lingkungan fisik dan perilaku untuk menegaskan variabel-variabel yang masih memungkinkan untuk diteliti kembali ada atau tidaknya hubungan. Selain itu faktor-faktor lingkungan fisik dan perilaku lain perlu dilakukan seperti curah hujan, suhu, kecepatan angin, sikap, dan pendidikan yang memungkinkan kejadian demam berdarah *dengue* di Kelurahan Mustikajaya Kota Bekasi.

DAFTAR PUSTAKA

- (1) Hadi UK, Soviana S GD. *Aktivitas nokturnal vektor demam berdarah dengue di beberapa daerah di Indonesia*. 2012;9:1–6.
- (2) Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. Demam berdarah biasanya mulai meningkat di Januari [Internet]. Depkes.go.id. 2015 [cited 2016 Jan 6]. Available from: <http://www.depkes.go.id/article/view/15011700003/demam-berdarah-biasanya-mulai-meningkat-di-januari.html>

- (3) Fujita N, Hotta S, Konishi E, Esaki H, Sumarmo and S. *Dengue hemorrhagic fever in Jakarta in 1998: isolation of dengue virus from patient whole blood using cell cultures*. In: *Ilmu Penyakit Anak diagnosa dan Penatalaksanaan*. 1st ed. Am J Trop Med hyg; 1997. p. 318–21.
- (4) Sudarmaja M. *Pemilihan tempat bertelur nyamuk Aedes aegypti pada air limbah rumah tangga di laboratorium*. 2009;10:205–7.
- (5) WHO. *Demam berdarah dengue diagnosis, pengobatan, pencegahan, dan pengendalian*. 2nd ed. Asih Y, editor. Jakarta: EGC; 1999. 1-127 p.
- (6) Troyo A, Calderón-arguedas O, Fuller DO, Solano ME, Arheart KL, Chadee DD, et al. *Seasonal profiles of Aedes aegypti (Diptera: Culicidae) larval habitats in an urban area of Costa Rica with a history of mosquito control*. 2008;33(1):76–88.
- (7) Christoper SS. *Aedes Aegypti (L.), the Yellow Fever Mosquito. Its life history, bionomics, and structure*. 1960;133(3463):1473–4.
- (8) WHO. *World health statistic 2011*. 2011. 1-162 p.
- (9) Wayan N, Andriani E, Tjitrosantoso H. *Kajian penatalaksanaan terapi pengobatan Demam Berdarah Dengue (DBD) pada penderita anak yang menjalani perawatan di RSUP Prof.DR.R.D Kandou*. 2014;3(2):57–61.
- (10) Dinas Kesehatan Kota Bekasi. *Laporan pertanggungjawaban kepala daerah Kota Bekasi tahun 2014*. 2015.
- (11) Dinas Kesehatan Kota Bekasi. *Profil Kesehatan Kota Bekasi Provinsi Jawa Barat tahun 2014*. 2015.
- (12) Dinas Kesehatan Kota Bekasi. *Laporan bulanan Penyakit DBD*. 2015.
- (13) Dinas Kesehatan Kota Bekasi. *Laporan bulanan penyakit DBD*. 2016. Boesri H dan Boewono DT. *Situasi nyamuk Aedes Aegypti dan pengendaliannya di daerah endemis demam berdarah dengue di Kota Salatiga*. 2008;XVIII:78–82.