

PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU KAITANNYA DENGAN MASALAH DEMAM BERDARAH DENGUE DI DAERAH PAMULANG, KABUPATEN TANGERANG, PROPINSI BANTEN

Helper Sabat Manalu,* Kasnodihardjo,* Nur Sushanti Idris*

**KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR CONNECTION
WITH THE ISSUE DENGUE HEMORRHAGIC FEVER
IN THE PAMULANG REGION, TANGERANG REGENCY, BANTEN PROVINCE**

Abstract

*Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is a disease that still cause health problems in Indonesia. Dengue cases are still high to the understanding of a phenomenon that is not only seen from the health aspect alone, but associated with other symptoms that exist in this society means the emergence of DHF can not be separated from the low environmental quality, because public awareness to preserve the environment for mosquito vector transmission DBD does not have the opportunity to breed relatively less. Mobility is also supported by the higher population and settlements which the spread of increasingly dense and more widespread transmission of dengue. Therefore research has been done on the dynamics of dengue transmission in the area Pamulang Tangerang District, Banten Province. Research using quantitative and qualitative approaches. Kuantatif approach to collecting data through interviews using a questionnaire. The number of samples of 600 people and as a respondent is the head of the family. Approach was qualitative data collection through in-depth interviews of a number of informants consisting of community leaders, religious leaders, youth, and the head of PKK health center. The results showed the public's knowledge about dengue hemorrhagic fever is good enough. Generally the respondents knew about the cause of DHF is due to *Aedes aegypti* mosquitoes. Symptoms and modes of transmission of DHF also well known by most respondents. They claimed that the symptoms first dengue fever, red spots dikulit, first and appetite is less. Nevertheless behavior towards the prevention of dengue transmission is still less relatif. Most respondents claimed not implement the principle of 3M. They only carry out service projects that are less focused on the extraction of regular water and shelter is always closed, burn or bury the old stuff can be suspected of developing a mosquito biaknya dengue infection. Supported high population mobility due to frequent traveling and staying in other regions. This enables the transmission and spread of DHF in the community will take place.*

Keywords: dengue transmission, social and cultural aspect

Pendahuluan

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang masih menimbulkan

masalah kesehatan di Indonesia. Virus penyebab maupun nyamuk penular DBD sudah tersebar luas di seluruh wilayah di

*Pusat Penelitian dan Pengembangan Ekologi dan Status Kesehatan

Indonesia baik di perumahan penduduk maupun fasilitas umum.¹ DBD adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Ke dua jenis nyamuk tersebut terdapat hampir di seluruh Indonesia, kecuali di tempat-tempat ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan air laut.²

Berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang, kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) pada tahun 2005 sebanyak 1089 kasus, jumlah penderita yang meninggal sebanyak 6 orang. Sejak bulan Januari sampai dengan bulan Juli 2006, jumlah penderita DBD yang meninggal dunia sebanyak 7 orang. Total jumlah penderita DBD dari bulan Januari sampai bulan Juli 2006 sebanyak 579 kasus.³

Penyebab meningkatnya jumlah KLB DBD dan semakin bertambahnya wilayah yang terjangkau, karena semakin padatnya penduduk dan tingginya mobilitas penduduk. Selain itu semakin baiknya transportasi dari suatu daerah ke daerah lainnya serta adanya pemukiman-pemukiman baru juga menjadi penyebab meningkatnya kasus DBD. Info dalam: <http://ww.depkes.go.id>, tentang Waspada Demam Berdarah, faktor lain yang mempengaruhi terjadinya KLB adalah penyimpangan pola hujan, factor musim, perilaku masyarakat menyimpan air secara tradisional, partisipasi masyarakat kurang dalam pengendalian sarang nyamuk (PSN), pengetahuan masyarakat tentang gejala DBD masih kurang dan keterlambatan membawa pasien ketempat pelayanan kesehatan.⁴ Sampai saat ini belum ditemukan vaksin dan obat DBD sehingga untuk pencegahan dan pengendaliannya masih tertumpu pada pengendalian vektor (Suroso, T, 1997).⁵

Menurut Sutomo S dan kawan-kawan (1991), cara yang paling efektif dan murah adalah pengendalian habitat perkembangbiakan vector DBD yaitu nyamuk *Aedes aegypti* yang dilakukan oleh masyarakat secara mandiri dikenal dengan nama Pengendalian Sarang Nyamuk (PSN) DBD.⁶ Kegiatan PSN ini dikenal juga dengan sebutan 3M. Caranya: menguras bak mandi, bak WC ; menutup tempat penampungan air rumah tangga (tempayan dan drum) yang mungkin menjadi habitat berkembang baik nyamuk serta mengubur, menyingkirkan atau memusnahkan barang-barang

bekas seperti bak mandi diberikan insektisida yang membunuh larva nyamuk seperti abate. Ini bias mencegah perkembangbiakan nyamuk selama beberapa minggu tetapi pemberiannya harus diulang setiap periode waktu tertentu. (<http://www.pdat.co.id>, Demam Berdarah Dengue" dalam data).⁷

Pengurusan tempat penampungan air (TPA) perlu dilakukan secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali agar nyamuk tidak dapat berkembangbiak di tempat tersebut. Kegiatan tersebut sekarang berkembang menjadi 3M Plus, yaitu kegiatan 3M diperluas dengan mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat-tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali, memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar, menutup lubang-lubang pada potongan bambo/pohon, menaburkan bubuk larvasida, memelihara ikan pemakan jentik, memasang kawat kasa, menghindari kebiasaan menggantungkan pakaian dalam kamar, mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruangan yang memadai, menggunakan kelambu, memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk (Ditjen PPM&PL, 2005).⁸

Walaupun 3M Plus adalah cara yang mudah dan bisa kita lakukan karena memerlukan biaya yang sedikit, pada kenyataannya cara ini tidak terlaksana dengan baik. Ini sangat erat hubungannya dengan kebiasaan hidup bersih dan pemahaman serta perilaku masyarakat terhadap bahaya demam berdarah dengue ini.

Masih tingginya kasus DBD ditengah banyaknya upaya dalam penurunan angka kejadian penyakit tersebut, merupakan suatu masalah dengan berbagai variabel yang mempengaruhinya. Hal ini berarti pemahaman terhadap masalah kesehatan pada masyarakat tidak dapat dilihat sebagai suatu gejala yang berdiri sendiri melainkan terkait dengan gejala lainnya seperti sosial ekonomi, budaya dan religi/kepercayaan (Foster, George M & Anderson, B.B.,1985).⁹ Untuk itu perlu dilakukan penelitian tentang aspek sosial budaya yang berpengaruh terhadap pelaksanaan 3M Plus dan mendasari perilaku pencegahan DBD. Penelitian dilakukan pada tahun 2005 di Kabupaten Tangerang dan . tulisan ini merupakan hasil penelitian tersebut yang membahas tentang pengetahuan, sikap dan perilaku serta nilai-nilai yang berlaku di masyarakat.

Metodologi

Pengumpulan data menggunakan 2 pendekatan yaitu kuantitatif dan kualitatif. Pengumpulan data dengan pendekatan kuantitatif yaitu data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan daftar pertanyaan. Melalui metode ini dimaksudkan untuk mendapatkan informasi dengan cara bertanya secara langsung kepada responden mengenai ciri-ciri demografi yang melekat pada responden yang bersangkutan, meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan pendapatan keluarga. Mengenai karakteristik psikologis meliputi pengetahuan responden tentang penyakit demam berdarah termasuk didalamnya pengetahuan tentang penyebab DBD, penyebab dan cara penularan serta cara pencegahan penyakit tersebut, sikap responden terhadap upaya pencegahan dan pemberantasan DBD, persepsi terhadap DBD, motivasi untuk ikut berperanserta dalam upaya pencegahan/pemberantasan DBD. Karakteristik social budaya meliputi status dan peran responden dalam masyarakat atau dalam pergaulan social, pengaruh lingkungan sosial budaya, pengaruh media komunikasi termasuk didalamnya jenis dan cara atau pola komunikasi yang ada dalam masyarakat. Karakteristik sarana meliputi pengalaman mendapatkan pelayanan kesehatan sewaktu sakit, ketersediaan/kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan serta fasilitas lain yang dapat menunjang upaya pemberantasan DBD.

Sebagai responden adalah kepala keluarga (KK) atau ibu rumah tangga. Apabila keduanya tidak ada atau tidak dapat ditemui, maka dapat diwakili oleh anggota rumah tangga yang sudah berusia di atas 22 tahun dengan asumsi sudah dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan atau memberikan keterangan-keterangan yang diharapkan dalam penelitian ini. Responden yang dimaksud adalah penduduk yang tercatat sebagai warga setempat dan menetap tinggal dilokasi penelitian. Jumlah keseluruhan responden 600 orang.

Sedangkan dengan pendekatan kualitatif pengumpulan data melalui metode wawancara mendalam untuk mengumpulkan informasi yang belum tercakup dalam wawancara menggunakan kuesioner. Sasaran wawancara mendalam adalah seseorang atau sekelompok orang yang disebut informan. Informan ini meliputi kepala desa, tokoh agama, guru sekolah, pengurus PKK dan

anggota karang taruna yang diharapkan dapat memberikan informasi tentang keadaan masyarakat dan lingkungannya.

Hasil dan Pembahasan

Sebagian besar responden (68,1%) adalah perempuan. Sedangkan responden laki-laki hanya 33,9%. Hal ini kemungkinan disebabkan sewaktu dilakukan wawancara yang lebih banyak ditemui di rumah adalah perempuan terutama ibu-ibu yang berperan sebagai ibu rumah tangga yang kesehariannya hanya mengasuh anak dan melayani suami. Responden yang kebanyakan perempuan, keadaan ini tidak terlepas dari saat wawancara yang banyak ditemui adalah ibu rumah tangga. Walaupun di rumah hanya berprofesi sebagai ibu rumah tangga, peranan ibu cukup besar dalam kehidupan keluarga. Di dalam kehidupan sehari-hari, seorang ibu memegang peranan penting dalam kebersihan lingkungan. Salah satu faktor utama dalam menentukan derajat kesehatan seseorang atau masyarakat adalah lingkungan hidup bersih. Sikap ini perlu ditanamkan pada setiap diri seseorang selaku anggota keluarga dan sebagai anggota masyarakat, jika perlu sejak usia dini yaitu usia anak-anak sehingga akan menjadi kebiasaan hidup bersih dan sehat. Lingkungan yang bersih dalam sebuah keluarga atau rumah tangga mencerminkan kebiasaan atau cara hidup baik perorangan maupun kelompok selaku anggota keluarga. Oleh karena itu peranan ibu merupakan modal pokok dalam mewujudkan dan mengembangkan keluarga sehat baik secara jasmani maupun rohani.

Penyebab timbulnya DBD kurang dipahami benar oleh masyarakat. Orientasi nilai terhadap upaya pencegahan DBD dari masyarakat belum sepenuhnya didasarkan pada kebersihan lingkungan terutama pada tempat-tempat yang diduga akan menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk penular penyakit tersebut, tetapi masih pada orientasi terhadap kebersihan lingkungan secara umum, misalnya kebersihan halaman rumah, kebersihan selokan agar tidak mampet dan lain sebagainya. Barangkali dipersepsikan oleh masyarakat bahwa penyebab DBD karena lingkungan yang kotor tetapi belum menyebutkan pada lingkungan dimana atau tempat-tempat mana nyamuk penular DBD senang berkembang biak. Hal ini tentunya akan mempengaruhi sikap dan perilaku masyarakat menyangkut tindakan dalam

upaya pencegahan DBD bukan tindakan khusus yang mengarah pada pemberantasan sarang nyamuk dan pembasmian jentik nyamuk vector penular DBD melalui 3M, namun selama ini kegiatan yang dilakukan belum mengarah pada upaya pencegahan dan atau pemberantasan DBD, misalnya kerja bakti serta membersihkan sampah yang tidak secara langsung mengurangi populasi jentik dan nyamuk penular penyakit DBD. Padahal melalui tindakan berdasarkan prinsip 3M jika dilakukan secara konsisten oleh masyarakat penularan DBD akan dapat dicegah, yaitu menguras bak penampungan air secara rutin serta menutup rapat-rapat, mengubur barang-barang yang dapat menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk vector DBD maka timbulnya wabah demam berdarah dapat dicegah.

Sementara aspek sosial budaya terutama pengetahuan, sikap serta perilaku yang ada kaitannya dengan DBD dapat dilihat pada tabel 1.

Dari tabel 1 tergambar bahwa mayoritas responden (98,7%) pernah mendengar tentang demam berdarah. Umumnya mereka atau sekitar 88,8% responden menyatakan bahwa demam berdarah menular. Ironisnya responden yang mengetahui bahwa nyamuk yang menularkan demam berdarah hanya 15,1%. Walaupun relatif sedikit responden yang menularkan demam berdarah adalah nyamuk.

Gejala demam berdarah yang umumnya responden sebutkan adalah panas tinggi dan bintik-bintik merah pada kulit. Ini dapat dilihat pada tabel 2. Dari sejumlah responden yang pernah mengalami sakit demam berdarah baik yang dialami oleh responden maupun anggota keluarganya hanya 5,6%. Walaupun sebagian besar belum mengalami sakit demam berdarah, 60,6% mencerminkan sikap positif, mereka mengkhawatirkan terhadap DBD..

Tabel 1. Proporsi Pengetahuan Benar Tentang DBD

No	Komponen Perilaku	Jumlah	%
1	Menular dan tidaknya DBD		
	-Tidak menular	49	8,2
	-Menular	530	88,8
2	Penular DBD		
	-Nyamuk	80	15,1
	-Jenis serangga lain	5	1,0
3	Dapat dicegah		
	-Tidak dapat	12	2,0
	-Dapat dicegah	567	95,6
	-Tidak tahu	13	2,4

Tabel 2. Persentase Pengetahuan tentang DBD

Gejala Demam Berdarah Dengue	Jumlah	%
Gejala DBD		
-Panas tinggi	594	42,43
-Bintik-bintik merah dikulit	447	31,03
-Pendarahan hidung	123	8,79
-Sakit kepala	77	5,5
-Muntah	157	11,21
-Nafsu makan kurang	2	0,14

Tabel 2 menggambarkan persentase jawaban paling besar atas pertanyaan tentang gejala DBD adalah panas tinggi yang mencapai 42,43% disusul kemudian bintik-bintik merah pada kulit yang mencapai 31,03%. Ini artinya umumnya yang diketahui oleh sebagian besar responden hanya panas tinggi dan bintik-bintik merah di kulit dibanding gejala lainnya.

Mayoritas responden (95,6%) menyatakan bahwa demam berdarah dapat dicegah. Cara mencegah yang tepat menurut 55,3% melakukan penyemprotan. Diantara mereka yang menyatakan menabur bubuk abate hanya 3,7%. Sedangkan yang menyatakan dengan melakukan 3M 20,4%, ini artinya pelaksanaan 3M dikalangan masyarakat belum berjalan sesuai harapan yang diprogramkan oleh pemerintah dalam hal ini Dinas Kesehatan. Selain dengan cara-cara tersebut di atas, menurut 81,6% responden DBD dapat dicegah dengan cara kerja bakti. (Tabel 3).

Tabel 4 menggambarkan sikap responden terhadap DBD. Menurut AL Bertrand, salah satu cara untuk mengukur sikap seseorang adalah dengan cara menanyakan pendapat orang yang bersangkutan terhadap sesuatu hal.¹⁰ Menurut 71,0% responden, cara yang paling efektif untuk mencegah DBD adalah kerja bakti, sedangkan yang menyatakan 3M efektif 17,8%. Pernyataan tersebut mencerminkan sikap responden terhadap upaya pencegahan DBD. Tabel 4 dan 5 menggambarkan sikap responden.

Jika dilihat secara persentase, kegiatan 3M relatif kecil. Ternyata setelah ditanyakan tentang maksud 3M umumnya responden mempunyai persepsi bahwa yang dimaksud 3M hanya menutup rapat tempat penampungan air (TPA), menguras TPA, mengubur barang habis pakai (barang bekas). Dari hasil wawancara yang menutup rapat TPA 71,5%, menguras TPA seminggu sekali 27,3%.

Tabel 3. Persentase Pengetahuan tentang Pencegahan Demam Berdarah Dengue

No	Cara Pencegahan Demam Berdarah	Jumlah	%
1	Penyemprotan	317	55,3
2	Menabur bubuk abate	21	3,7
3	3M	117	20,4
4	Kerja Bakti	467	81,6

Tabel 4. Persentase Responden Menurut Sikap terhadap Cara Pencegahan DBD yang Paling Efektif

No	Cara Pencegahan DBD Yang Paling Efektif	Jumlah	%
1	Penderita dibawa ke rumah sakit	40	6,6
2	Penyemprotan	106	11,3
3	Penaburan bubuk abate	9	1,6
4	3M	100	17,8
5	Kerja bakti	399	71,0

Tabel 5. Proporsi Responden Menurut Sikap terhadap DBD

No	Komponen Sikap Terhadap DBD	Jumlah	%
1	Anggota Keluarga Pernah DBD		
	-Tidak pernah	561	94,4
	-Pernah	33	5,6
2	Kekhawatiran Terhadap DBD		
	-Tidak	235	39,4
	-Ya pernah	362	60,6
	Jumlah	597	100,0

Tabel 6. Proporsi Responden Menurut Pernah dan Tidaknya Berpergian Ke Daerah Lain

No	Berpergian dan Tidaknya	Jumlah	%
1	Tidak berpergian	200	34,3
2	Berpergian	383	65,7
	Jumlah	583	100,0

Walaupun ada kekhawatiran terhadap terjadinya DBD dan pengetahuan tentang penyakit tersebut belum tampak masyarakat berupaya untuk melakukan tindakan pencegahan DBD. Hal ini mencerminkan bahwa pencegahan DBD belum menjadikan prioritas utama masyarakat di daerah penelitian. Upaya yang dilakukan hanya mengusir nyamuk yaitu 22,55% menyalakan obat nyamuk bakar, 31,2% menggunakan propelen. Jadi belum ada upaya masyarakat misalnya membasmi tempat-tempat yang diduga sebagai tempat berkembang biaknya nyamuk vektor DBD.

Mobilitas penduduk rupanya cukup tinggi. Mereka umumnya frekuensi berpergian cukup tinggi. Mereka secara administrasi tinggal di wilayah Kabupaten Tangerang namun kesehariannya mencari nafkah di Jakarta untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Secara persentase dari sejumlah responden yang mengetahui manfaat bubuk Abate hanya 25,7% yang menggunakannya untuk mencegah demam berdarah dengan menaburkannya ke dalam bak penampungan air. Bubuk abate tersebut diperoleh dari petugas kesehatan dan sebagian memperoleh dengan cara membeli. Menurut sejumlah responden (10,3%) penaburan bubuk abate dianggap tidak penting. Hal ini mungkin ada berbagai alasan yang mereka kemukakan mengapa penaburan bubuk abate tidak penting walaupun disisi lain munculnya demam berdarah perlu diwaspadai karena dianggap berbahaya. Ada pendapat dari sejumlah responden bahwa berjangkitnya demam berdarah tidak hanya tanggung jawab pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan tetapi juga tanggung jawab bersama.

Masyarakat di daerah penelitian pada umumnya kurang mempunyai sikap positif terhadap upaya pencegahan DBD. Hal ini tercermin dari pernyataan-pernyataan responden menyangkut kegiatan-kegiatan apa saja yang

mereka sukai untuk mencegah munculnya demam berdarah. Jika dilihat dari persentasenya 74,2% menyukai tindakan membersihkan lingkungan, 40,8% diantaranya menyukai kerja bakti, Ternyata yang jelas mempunyai dampak terhadap berkurangnya munculnya DBD hanya 1,3% yang menyatakan menyukai melakukan penaburan bubuk abate. Bisa jadi diantara mereka kurang menyukai penaburan bubuk abate tercermin dari sikap menolak jika ada petugas akan menabur bubuk tersebut. Demikian pula yang menyukai tindakan penyemprotan hanya 8,7%.

Kesimpulan

Pengetahuan masyarakat tentang DBD belum baik. Umumnya responden hanya mengetahui penyebab DBD karena gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Gejala serta cara penularan DBD hanya diketahui oleh sebagian besar responden, sebagaimana jawaban yang muncul gejala DBD mula-mula panas tinggi, bintik-bintik merah di kulit, mual dan nafsu makan kurang. Boleh jadi dengan pengetahuan tersebut, perilaku terhadap pencegahan penularan DBD masih kurang benar tercermin dari sebagian besar responden menyatakan belum melaksanakan prinsip 3M. Mereka hanya melaksanakan kerja bakti yang kurang terfokus pada pengurusan secara rutin tempat penampungan air dan selalu menutupnya, membakar atau mengubur barang-barang bekas yang diduga dapat menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk penular DBD. Seringnya berpergian dan menginap di daerah lain mencerminkan mobilitas penduduk cukup tinggi. Bisa jadi ini memungkinkan penularan DBD di masyarakat masih akan tetap berlangsung.

Daftar Pustaka.

1. Demam Berdarah., dalam <http://www.Pediatric.com> ilmiah populer/demam berdarah.htm.
2. "Demam Berdarah Dengue" dalam Info Litbang : <http://www.litbang.depkes.go.id>.
3. Ditjen P2P-PL, Data Program Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue, 2006.
4. Waspadai Demam Berdarah., Info dalam <http://www.depkes.go.id>
5. Suroso, T., Perkembangan Demam Berdarah Dengue di Indonesia, *Majalah Kesehatan* 134 : 5-6. 1997.
6. Sutomo, Sumengen, Partisipasi Masyarakat Dalam Pemberantasan Vektor DBD di Indonesia, *Medika* No. 4 tahun 17, Jakarta 1991.
7. Demam Berdarah Dengue, dalam data : <http://ww.pdat.co.id>
8. Direktorat Jenderal PPM&PL., Pencegahan Dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia, 2005.
9. Foster, George M & Anderson, B.B, *Antropologi Kesehatan* (Terjemahan. Priyanti PS, dan Meutia Hatta F), Jakarta UI Depok, 1985.
10. Bertrand, L Alvin, *Sosiologi, Kerangka Acuan, Metoda Penelitian, Teori-Teori Tentang Sosialisasi, kepribadian dan Kebudayaan*, Cet II, Pen. Bina Ilmu.