

Pengetahuan dan Perilaku Masyarakat dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat

Communities Knowledge and Behavior In Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) Prevention In West Java and West Kalimantan

Helper Sahat Parulian Manalu¹, Amrul Munif¹

¹Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan R.I

Abstract. *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is a public health problem in tropical regions and caused the social and economic impacts. The rapid spread of dengue fever due to dengue virus easily infect humans and supported by the attitudes and knowledge about the lack of this disease prevention. The aim of this research is to determine the knowledge and habits of society to control the prevention of Dengue Hemorrhagic Fever in West Java and West Kalimantan. This study using a cross sectional design with a questionnaire as an instrument of research, conducted on 600 respondents in four City / County that has the most high endemicity related to the research problem, which is taken by simple random sampling. The results showed 92.8% of respondents had never heard of dengue fever, 77% of respondents have knowledge of dengue as infectious diseases, 81.5% of respondents know the modes of transmission of dengue by mosquito bites and about 63.7% of respondents take precautions through PSN (Breeding place control) plus Abate. This study revealed that the knowledge towards the prevention of dengue fever in the two provinces still classified as less positive, as well as people's habits which is still relatively poor in controlling the dengue.*

Keywords: *Knowledge, Behavior, dengue fever*

Abstrak. Demam Berdarah Dengue merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di wilayah tropis, yang menimbulkan dampak sosial maupun ekonomi. Penyebaran Demam Berdarah Dengue secara pesat karena virus *dengue* semakin mudah dan banyak menulari manusia didukung oleh sikap dan pengetahuan masyarakat tentang pencegahan penyakit yang masih kurang. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengetahuan, dan perilaku masyarakat terhadap pengendalian pencegahan DBD di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat. Rancangan penelitian menggunakan *Cross Sectional* dengan menggunakan kuesioner sebagai instrumen penelitian, dilakukan pada 600 responden pada empat Kota/Kabupaten yang mempunyai endemisitas yang paling tinggi yang berkaitan dengan masalah penelitian, yang diambil secara *simple random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan 92,8 % responden tidak pernah mendengar Demam Berdarah Dengue, 77 % responden memiliki pengetahuan Demam Berdarah Dengue sebagai penyakit menular, 81,5 % responden memiliki pengetahuan cara penularan Demam Berdarah Dengue dengan gigitan nyamuk dan sebesar 63,7 % responden melakukan tindakan pencegahan melalui Pemberantasan Sarang Nyamuk. Kesimpulan yang didapatkan yaitu pengetahuan dan kebiasaan masyarakat terhadap pencegahan Demam Berdarah Dengue di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat tergolong masih kurang dalam pengendalian Demam Berdarah Dengue di lokasi penelitian.

Kata kunci : Pengetahuan , Perilaku, Pencegahan, Demam berdarah dengue.

Naskah masuk: 31 Juli 2015 | Revisi: 18 November 2015 | Layak terbit: 19 Desember 2016

Korespondensi: sahat_litbang@yahoo.com | Telp: +62 81283876427

LATAR BELAKANG

Demam berdarah *dengue* (DBD) masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia. Jumlah penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk. Di Indonesia, DBD pertama kali ditemukan di kota Surabaya pada tahun 1968, sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia dengan angka kematian (AK) : 41,3 %. Sejak saat itu, DBD menyebar luas ke seluruh provinsi di Indonesia.¹

Penyebaran DBD secara pesat dikarenakan virus *dengue* semakin mudah dan banyak menulari manusia. Selain itu juga didukung oleh : 1) meningkatnya jumlah penduduk di dalam kota. 2) sikap dan pengetahuan masyarakat tentang pencegahan penyakit yang masih kurang.² Meningkatnya DBD dalam 15 tahun terakhir di duga disebabkan oleh beberapa faktor penting antara lain 1) Tidak terencana dan tidak terkontrolnya urbanisasi serta pertumbuhan penduduk yang mengakibatkan padatnya penduduk yang tinggal di pusat-pusat kota tropis dengan kondisi hygiene yang kurang baik, 2) Kurang efektifnya program pengawasan terhadap nyamuk vektor, perubahan gaya hidup dan makin memburuknya sistem air minum sehingga menghasilkan perluasan dan peningkatan densitas nyamuk vektor utama.³ Faktor risiko lainnya terhadap penularan DBD adalah kemiskinan yang mengakibatkan orang tidak mempunyai kemampuan untuk menyediakan rumah yang layak dan sehat, pasokan air minum dan pembuangan sampah yang benar.⁴

Provinsi Jawa Barat merupakan salah satu provinsi endemis DBD di Indonesia. Terdapat kecenderungan peningkatan jumlah penderita DBD dari tahun ke tahun. Sampai tahun 2007, semua kabupaten/kota di Jawa Barat telah pernah melaporkan kejadian luar biasa (KLB) DBD.⁵

Kejadian DBD di Kota Bekasi cukup tinggi khususnya di wilayah kerja Puskesmas Pengasinan yang cenderung meningkat dari tahun 2011-2013. Pada tahun 2011 terdapat 2 kejadian meninggal, tahun 2012 terdapat 42 kasus dengan 2 kasus meninggal, di tahun 2013 terdapat peningkatan kasus 3 kali lipat dari dua tahun sebelumnya yakni 139 kasus.⁶

Pada tahun 2009 Kalimantan Barat ditetapkan sebagai daerah yang beresiko tinggi untuk kejadian DBD.⁷ Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kalimantan Barat pada tahun 2014 tercatat 2089 kasus DBD dengan korban

meninggal 32 orang. Kasus tersebut antara lain di Kota Pontianak sebanyak 186 kasus 2 meninggal, Kabupaten Pontianak 387 kasus 2 meninggal, Kabupaten Landak 36 kasus 1 meninggal, Kabupaten Sintang 366 kasus 8 meninggal, Kabupaten Kapuas Hulu 118 kasus 1 meninggal, Kabupaten Ketapang 345 kasus 3 meninggal, Kabupaten Singkawang 228 kasus 5 meninggal, Kabupaten Sekadau 88 kasus 3 meninggal, Kabupaten Malawi 24 kasus 2 meninggal, Kabupaten Kubu Raya 292 kasus 5 meninggal, Kabupaten Kayong Utara 19 kasus.⁸

Pada hakekatnya penularan DBD tidak terlepas dari pengetahuan, pendidikan dan perilaku serta kondisi lingkungan tempat tinggal masyarakat yang bersangkutan. Misalnya, pendidikan sangat mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan, seorang yang berpendidikan ketika menemui suatu masalah akan berusaha memikirkan sebaik mungkin dalam menyelesaikan masalah tersebut.⁹ Tulisan ini membahas masalah pengetahuan dan perilaku masyarakat terhadap pencegahan DBD di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat. Artikel ini merupakan bagian dari hasil studi tentang Pengembangan Model Pengendalian Demam Berdarah *Dengue* di Kalimantan Barat yaitu Kabupaten Sintang dan Kabupaten Landak, serta Jawa Barat yaitu Kabupaten Indramayu dan Kabupaten Sumedang.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini dilaksanakan oleh Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Ethical clearance no : KE.01.08/EC/488/2011) merupakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di dua provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat yang mengalami peningkatan pada tahun 2011. Pada masing-masing provinsi terpilih dua kabupaten didasarkan pada perbedaan secara geografis, demografis dan kesakitan DBD diambil pada empat kota/kabupaten yang mempunyai endemisitas yang paling tinggi di dua provinsi terpilih. Provinsi Jawa Barat diwakili kabupaten Indramayu dan Sumedang, sedangkan Provinsi Kalimantan Barat diwakili Kabupaten Sintang dan Kabupaten Landak. Populasi dalam bagian penelitian tentang pengetahuan dan perilaku adalah masyarakat secara umum dan terdaftar sebagai warga yang menetap tinggal di lokasi penelitiannya. Pengambilan sampel masyarakat dilakukan dengan estimasi dua proporsi. Proporsi pada faktor yang berisiko dengan *outcome* yang diteliti sebesar 0,50, sedangkan proporsi pada faktor yang tidak berisiko dengan

outcome yg diteliti sebesar 0,25, sehingga diperoleh jumlah sampel sebanyak 600 orang. Setiap kabupaten diambil 150 kepala keluarga (KK) sebagai sampel, ditentukan berdasarkan pada *insidens rate* dan pertimbangan teknis. Sampel penelitian adalah kepala keluarga, dan jika tidak ada dapat diwakili oleh orang dewasa yang dianggap dapat memberikan informasi tentang pengetahuan dan perilaku anggota keluarganya.

Data yang diambil data sekunder dan data primer yang dikumpulkan melalui wawancara menggunakan daftar pertanyaan di kuesioner mengenai karakteristik psikologis meliputi pengetahuan tentang penyebab dan cara penularan serta pencegahan DBD, juga upaya pencegahan dan pengendalian DBD. Selain itu dilakukan pengamatan mengenai perilaku, kebiasaan masyarakat dalam hubungannya dengan DBD.

Pengolahan data dilakukan dengan analisa deskriptif untuk memberikan suatu gambaran (deskripsi) antar Kabupaten tentang pengetahuan dan perilaku masyarakat tentang DBD di daerah penelitian.

HASIL

Daerah penelitian

Kabupaten Indramayu secara geografis terletak antara 107°52' - 108°36' BT dan 6°15' - 6°40" LS dengan luas wilayah 2.040.110 km². Secara administrasi pemerintahan, Kabupaten Indramayu memiliki 31 kecamatan dengan 307 desa dan 8 kelurahan. Topografi Kabupaten Indramayu sebagian besar merupakan daratan atau daerah lain dengan kemiringan tanah 0,2 %. Iklim suhu udara cukup tinggi berkisar 22,9° - 30°C, curah hujan rata-rata tahunan adalah 1.501 mm/tahun, curah hujan terendah 888 mm/tahun. Rata-rata hujan sepanjang tahun sebesar 1.590 mm dengan jumlah hari hujan 81 hari. Curah hujan tertinggi terjadi di Kecamatan Indramayu Kota kurang lebih 2022 mmdengan curah hujan tercatat 102 hari. Jumlah penduduk tahun 2010 tercatat 1.744.897 jiwa yang terdiri dari 888.579 laki-laki dan 856.318 perempuan dengan rata-rata laju pertumbuhan penduduk mencapai 0,70.

Kabupaten Sumedang terletak antara 6°44' - 7°08' LS dan antara 107°21' -108° 21' BT. Luas wilayah sebesar 152.220 Ha. Kabupaten Sumedang merupakan daerah berbukit dan gunung dengan ketinggian tempat antara 25 m-1.667 m di atas permukaan laut. Sebagian besar wilayah Sumedang adalah pegunungan, kecuali di sebagian kecil wilayah utara berupa dataran rendah. Jumlah penduduk Kabupaten Sumedang pada tahun 2010 tercatat sebanyak 1.165.804 jiwa, dengan rincian 591.921 jiwa berjenis kelamin laki-laki dan

573.883 jiwa berjenis kelamin perempuan. Kabupaten Sumedang mengalami peningkatan laju pertumbuhan penduduk dari tahun sebelumnya (2009), yaitu sebesar 13.885 jiwa atau sekitar 1,19 %. Berdasarkan data laporan tiap Puskesmas di Kabupaten Sumedang jumlah kasus DBD tahun 2010 berjumlah 715 kasus dengan temuan tertinggi di Puskesmas Situ, yaitu 108 kasus dan terendah di Puskesmas Haurngombang dan Ujungjaya masing-masing satu kasus.

Kabupaten Landak dan Kabupaten Sintang adalah dua daerah Kabupaten di Propinsi Kalimantan Barat. Kabupaten Sintang terletak di antara 1° 05' dan 0° 46' LS serta 110° 50' - 113°20' BT dengan luas wilayah 21.635 km². Sebagian besar wilayah Kabupaten Sintang merupakan daerah perbukitan dengan luas sekitar 13.573,75 km² atau sekitar 62,74 persen dari luas Kabupaten Sintang (21.635 km²). Sebagai daerah yang berhutan tropis dan memiliki kelembaban udara yang cukup tinggi, Sintang memiliki curah hujan yang cukup tinggi. Intensitas curah hujan di daerah ini sebesar 262,38 mili meter perbulan dengan rata-rata hari hujan sebanyak 20 hari perbulan. Jumlah penduduk Kabupaten Sintang hasil Sensus Penduduk 2010 sebanyak 364.759 jiwa dengan tingkat pertumbuhan rata-rata sebesar 1,61% per tahun periode 2000-2010. Secara keseluruhan jumlah penduduk laki-laki 195.615 jiwa dan perempuan 182.195 jiwa.

Kabupaten Landak terdiri atas 13 kecamatan (sebelum dimekarkan, terdiri 10 kecamatan) dan 156 desa serta 553 dusun. Kabupaten Landak terletak pada koordinat 1°00" LU - 0°52' LS dan 109°10'42" - 110°10' BT. Luas wilayah Kabupaten Landak secara keseluruhan 9.909,10 km² atau setara dengan 6,75% luas wilayah Provinsi Kalimantan Barat. Topografi Kabupaten Landak termasuk dalam wilayah dataran rendah pegunungan di barat. Bagian utara berbukit-bukit, ke selatan merupakan daerah lembah atau dataran yang memudahkan melakukan kegiatan sosial ekonomi. Curah hujan rata-rata tahunan adalah 3.292 mm dengan jumlah hari hujan tahunan 218 hari, sedang rata-rata curah hujan bulanan 274 mm dengan rata-rata hari hujan bulanan 18 hari. Curah hujan terendah terjadi pada bulan Agustus yaitu 174 mm dengan hari hujan 13 hari, sedang bulan terbasah adalah pada bulan Nopember yaitu 386 mm dengan rata-rata 23 hari. Pada tahun 2010 jumlah penduduk sebanyak 330.884 jiwa, dengan jenis kelamin laki laki 172.595 jiwa dan jenis kelamin perempuan 158.289 jiwa.

Pengetahuan, dan perilaku masyarakat terhadap pencegahan DBD diperoleh dengan mewawancarai 600 orang responden yang dibagi menjadi 150 orang KK pada setiap

kabupatennya. Jumlah ini diharapkan dapat mewakili dan memberikan gambaran mengenai kondisi masyarakat di wilayah Provinsi Kalimantan Barat dan Provinsi Jawa Barat,

terutama di empat kabupaten sebagai lokasi penelitian.

Tabel 1. Pengetahuan Masyarakat tentang Demam Berdarah dan Cara Penularannya di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat, tahun 2011

| Pengetahuan | Jawa Barat | | Kalimantan Barat | | Jumlah |
|--|------------|----------|------------------|------------|------------|
| | Indramayu | Sumedang | Sintang | Landak | |
| Pernah mendengar DBD | | | | | |
| 1. Pernah | 17 (11,3) | 9 (6) | 4 (2,7) | 13 (8,7) | 43 (7,2) |
| 2. Tidak pernah | 133 (88,7) | 141 (94) | 146 (97,3) | 137 (91,3) | 557 (92,8) |
| DBD sebagai penyakit Menular | | | | | |
| 1. Tidak tahu | 6 (36,7) | 2 (18) | 1 (20) | 1 (17,3) | 10 (23) |
| 2. Tahu | 11 (63,3) | 7 (82) | 3 (80) | 12 (82,7) | 33 (77) |
| Cara penularan DBD | | | | | |
| 1. Tidak melalui gigitan nyamuk | 5 (32) | 1 (6) | 1 (21,3) | 2 (14,7) | 8 (18,5) |
| 2. Gigitan nyamuk | 12 (68) | 8 (94) | 3 (78,7) | 11 (85,3) | 35 (81,5) |
| Pendapat tentang jenis nyamuk penular | | | | | |
| 1. <i>Ae.aegypti</i> | 10 (61,3) | 8 (88,7) | 3 (67,3) | 12 (89,3) | 33 (76,6) |
| 2. Nyamuk lain | 7 (38,7) | 1 (11,3) | 1 (32,7) | 1 (10,7) | 10 (23,4) |

Responden yang tidak pernah mendengar tentang DBD dari ke Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat sebesar 92,8 %, menunjukkan bahwa pengetahuan responden terhadap DBD kurang baik. Namun sebagian besar responden telah mengetahui DBD sebagai penyakit menular di empat lokasi penelitian seperti di Kabupaten Indramayu sebesar 63,3 %, di Kabupaten Sumedang 82 %, di Kabupaten Sintang 80 % dan

di Kabupaten Landak 82,7 %, sehingga jumlah keseluruhan di empat lokasi penelitian sebesar 77 %. Sebesar 18,5 % responden memiliki persepsi bahwa DBD penularannya tidak melalui gigitan nyamuk dan 23,4% responden mengatakan pendapat bahwa jenis nyamuk penular DBD bukan jenis nyamuk *Aedes aegypti*, melainkan ada jenis nyamuk penular lainnya.

Tabel 2. Distribusi Responden berdasarkan Pengenalannya tentang Gejala/Tanda Sakit Demam Berdarah di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat, tahun 2011.

| Gejala/tanda-tanda sakit DBD | Jawa Barat | | Kalimantan Barat | | Jumlah |
|------------------------------|------------|------------|------------------|------------|------------|
| | Indramayu | Sumedang | Sintang | Landak | |
| 1. Tidak mengenali | 33 (22) | 4 (2,7) | 18 (12) | 4 (2,7) | 59 (9,9) |
| 2. Mengenali | 5 (3,4) | 22 (14,7) | 9 (6) | 21 (14,0) | 57 (9,5) |
| 3. Sangat mengenali | 112 (74,7) | 124 (82,7) | 123 (82) | 125 (83,3) | 484 (80,6) |

Sementara tentang pengetahuan responden terhadap pengenalan gejala/tanda-tanda sakit DBD yang tertera pada Tabel 2 dapat diperoleh gambaran bahwa responden sebesar 9,9 % di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat masih mengatakan tidak mengenali gejala atau tanda-tanda sakit DBD. Prosentase yang tidak mengenali gejala atau tanda-tanda sakit DBD di Kabupaten Indramayu sebesar 22 %, di Kabupaten Sumedang sebesar 2,7 %, di Kabupaten Sintang sebesar 12 % dan di Kabupaten Landak sebesar 4,7 %.

Tindakan responden terhadap pencegahan DBD sebagian besar baik, yaitu dengan pemakaian kelambu sebesar 11,8 % memperlihatkan tindakan yang kurang tepat

tentang pemakaian kelambu kaitannya dengan DBD, oleh karena itu perlu mempertegas penanganan antara DBD dan malaria dalam tindakan pencegahan DBD. Namun demikian terdapat tindakan sebagian besar responden melakukan menaburkan *Abate* dan melakukan PSN berturut-turut sebesar 24,5 %, dan 63,7 %.

Tabel 4 menggambarkan pengetahuan responden dalam kaitannya dengan pencarian pertolongan untuk menyelamatkan penderitanya dari DBD, sebesar 2,5 % berpendapat tidak tahu, 1,2 % mengatakan tidak setuju jika ada resiko meninggal jika penderita DBD tidak segera ditangani secara medis dan sebesar 2,5 % mengatakan kurang setuju. Namun demikian masih sebesar 93,8 % responden setuju bahwa

penderita penyakit DBD bisa meninggal apabila tidak segera dibawa berobat.

Tabel 3. Distribusi Jenis Tindakan Responden dalam Mencegah Demam Berdarah di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat, tahun 2011

| Tindakan untuk mencegah timbulnya DBD | Jawa Barat | | Kalimantan Barat | | Jumlah N = 600 |
|---------------------------------------|------------|------------|------------------|-----------|-------------------|
| | Indramayu | Sumedang | Sintang | Landak | |
| | N= 150 | N= 150 | N= 150 | N= 150 | |
| a. menaburkan abate | 45 (30) | 17 (11,3) | 27(18) | 58 (38,7) | 147 (24,5) |
| b. menggunakan kelambu | 18 (12) | 0 (0) | 19 (12,7) | 34 (61,3) | 71 (11,8) |
| c. melakukan PSN | 87 (58) | 133 (88,7) | 104 (69,3) | 58 (38,7) | 382 (63,7) |

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuannya tentang Risiko Meninggal Penderita Demam Berdarah Jika Tidak Segera Ditangani di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat, tahun 2011

| Risiko meninggal jika penderitanyatidak segera ditangani secara medis | Jawa Barat | | Kalimantan Barat | | Jumlah N = 600 |
|---|------------|------------|------------------|-----------|-------------------|
| | Indramayu | Sumedang | Sintang | Landak | |
| | N= 150 | N= 150 | N= 150 | N= 150 | |
| 1. Tidak tahu | 8 (5,3) | 1 (0,7) | 5 (3,3) | 1 (0,7) | 15 (2,5) |
| 2. Tidak setuju | 1 (0,7) | 2 (1,3) | 4 (2,7) | 0 | 7 (1,2) |
| 3. Kurang setuju | 8 (5,3) | 4 (2,7) | 3 (2) | 0 | 15 (2,5) |
| 4. Setuju | 133 (88,7) | 143 (95,3) | 138 (92) | 149 (9,3) | 563 (93,8) |

Tabel 5. Frekuensi PSN Sekitar Rumah di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat, Tahun 2011

| Frekuensi PSN | Jawa Barat | | Kalimantan Barat | | Jumlah N= 600 |
|---------------------------------|------------|-----------|------------------|-----------|------------------|
| | Indramayu | Sumedang | Sintang | Landak | |
| | N= 150 | N= 150 | N=150 | N= 150 | |
| Frekuensi PSN dalam satu minggu | | | | | |
| 1. Tidak tahu | 76 (50,7) | 20 (13,3) | 39 (26) | 88 (58,7) | 223 (37,2) |
| 2. Lebih dari 2 minggu sekali | 29 (19,3) | 26 (17,3) | 56 (37,3) | 12 (8) | 123 (20,5) |
| 3. Dua minggu sekali | 4 (2,7) | 40 (26,7) | 11 (7,3) | 42 (28) | 97 (16,2) |
| 4. Seminggu sekali | 41 (27,3) | 64 (42,7) | 44 (29,3) | 8 (5,8) | 157 (26,1) |

Pada tabel 5 dari hasil wawancara 600 orang responden tentang frekuensi masyarakat melakukan PSN dari ke Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat ternyata masih ada sebesar 37,2 % tidak tahu melakukan PSN, sebesar 20,5

% lebih dari dua minggu sekali, sebesar 16,2 % dua minggu sekali dan sebesar 26,1 % mereka melakukan PSN seminggu sekali.

Tabel 6. Kondisi Lingkungan Sekitar Rumah Masyarakat di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat, Tahun 2011

| Lokasi | Bak mandi dan tempayan di dalam rumah | | Bak mandi dan tempayan di luar rumah | |
|---------------------------|---------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-------------------|
| | Positif N=150 | Negatif N=150 | Positif N=150 | Negatif N=150 |
| | Jawa Barat : | | | |
| Indramayu | 62 (41,3) | 88 (58,7) | 46 (30,7) | 104 (69,3) |
| Sumedang | 15 (10) | 135 (90) | 13 (8,7) | 137 (91,3) |
| Kalimantan Barat : | | | | |
| Sintang | 62 (41,3) | 88 (58,7) | 42 (28) | 108 (72) |
| Landak | 143 (95,3) | 7 (4,7) | 144 (96) | 6 (4) |
| Total | 282 (47) | 355 (53) | 245 (40,8) | 355 (59,2) |

Pada Tabel 6 dapat dilihat tentang tentang kondisi lingkungan pada kedua provinsi, diketahui bahwa ditemukan jentik pada tempayan di dalam rumah sebesar 47 %. Penemuan jentik pada tempayan di Kabupaten Indramayu sebesar 41,3 %, di Kabupaten Sumedang sebesar 10 %, di Kabupaten Sintang sebesar 41,3 %, dan di Kabupaten Landak sebesar 95,3 %. Kemudian jentik yang ditemukan pada bak mandi dan tempayan di luar rumah di

Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat sebesar 40,8 %. Untuk masing daerah di Kabupaten Indramayu sebesar 30 %, di Kabupaten Sumedang sebesar 8,7 %, di Kabupaten Sintang sebesar 28 %, dan di Kabupaten Landak sebesar 90 %.

PEMBAHASAN

Secara umum pengetahuan masyarakat tentang DBD di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat bisa dikatakan masih kurang, didasarkan dari hasil jawaban responden mengenai pernah dan tidaknya responden mendengar tentang DBD, penyebab DBD dan cara penularannya. Dari 600 responden hanya sebesar 7,2 % yang menjawab pernah mendengar tentang DBD. Sedangkan cara penularan sebesar 81,5 % mengatakan melalui gigitan nyamuk, dan sebesar 76,6 % mengatakan menular melalui jenis nyamuk *Aedes aegypti*. Pengetahuan tentang DBD menjadi hal yang penting diketahui oleh masyarakat sampai di tingkat keluarga. Rendahnya pengetahuan tentunya sejalan dengan munculnya risiko terkena DBD. Dengan demikian, jika keluarga khususnya memiliki pengetahuan yang cukup mengenai DBD, maka dapat terhindar dari risiko terkena DBD. Tingginya tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pencegahan DBD akan mempengaruhi sikap untuk mengambil keputusan dalam berperilaku. Sikap seseorang dalam upaya mencegah DBD merupakan hal yang sangat penting karena seseorang memiliki pengetahuan dan pengalaman mengenai DBD, maka dia akan memiliki keyakinan dan melakukan upaya tindakan.¹⁰ Namun tidak selalu ada keterkaitan antara pengetahuan dan perilaku karena bisa jadi orang yang berpengetahuan baik melakukan perilaku yang bertentangan dengan pengetahuannya sendiri.¹¹

Demikian sebaliknya pada penelitian lain mengungkapkan, bahwa peran tokoh masyarakat yang tinggi tetapi tidak didasari oleh pengetahuan, atau pengetahuan yang tinggi tetapi tidak ada kemauan/peran dari tokoh masyarakat dalam pengendalian demam berdarah merupakan suatu fenomena yang mungkin saja menjadi salah satu sumber penyebab sulit tertanggulangnya masalah demam berdarah selama ini.¹²

Walaupun rata-rata sebagian besar responden di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat mengatakan sudah sangat mengenali gejala atau tanda-tanda DBD, namun masih ada sebesar 9,9 % responden mengatakan kurang mengenali tentang penyakit tersebut. Hal ini disebabkan karena sebagian responden mungkin belum mendapat sosialisasi atau informasi tentang DBD, atau mungkin responden beranggapan DBD merupakan penyakit biasa atau penyakit lainnya. Hal ini perlu mendapat perhatian serius bersama khususnya instansi terkait dalam program pengendalian DBD karena pengalaman seseorang dapat menjadi salah satu cara seseorang untuk memperoleh pengetahuan

terhadap sesuatu.¹³ Hasil penelitian lain juga menekankan pengalaman yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Responden yang mengetahui bahwa pencegahan DBD itu diperlukan untuk memutus mata rantai penularan akan memiliki perilaku yang baik dalam upaya pencegahan DBD.² Namun diketahui dalam penelitian ini bahwa belum semua responden memahami secara baik untuk pencegahan DBD, bahkan masih sebagian besar (92,8 %) responden mengatakan tidak pernah mendengar DBD.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lainnya yang mengatakan kurangnya tingkat pengetahuan responden tentang DBD dapat menyebabkan peningkatan keberadaan jentik *Aedes aegypti* sehingga terjadi peningkatan angka kesakitan akibat tidak melakukan pencegahan DBD dengan PSN melalui 3M plus (Menguras, Menutup dan Mengubur) serta kegiatan lainnya yang dapat mencegah nyamuk *Aedes aegypti* berkembangbiak.¹⁴

Hubungan antara perilaku dengan keberadaan jentik, semakin baik perilaku dalam PSN semakin sedikit ditemukan larva vektor DBD yang akan mengurangi risiko terjadinya peningkatan kasus DBD.¹⁵ Sebaliknya dilokasi penelitian tidak menunjukkan hal yang positif karena masih ada diantara responden mengatakan sebesar 6,2 % bersikap tidak peduli jika penderita DBD bisa meninggal jika tidak segera berobat ke rumah sakit. Terkait dengan partisipasi masyarakat di beberapa Kabupaten di Provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat tentang kegiatan PSN pengendalian penyakit DBD yang dilakukan sekali dalam seminggu sebesar 26,1 %, dua minggu sekali sebesar 16,2 %, lebih dari 2 minggu sekali sebesar 20,5 % dan ada diantara responden mengatakan tidak tahu sebesar 37,2 %. Dari tabel 3 dapat dilihat bahwa dari segi perilaku belum dapat menunjang program pengendalian DBD dengan baik, dalam arti dapat berkembang biaknya *Aedes aegypti* yang lebih luas. Hal ini bisa dikaitkan dengan masih ditemukannya jentik di dalam rumah maupun di luar rumah. Selain itu ada faktor lain sebagai penunjang penyebab DBD adalah sanitasi lingkungan yang buruk, perilaku masyarakat tidak sehat, perilaku di dalam rumah pada siang hari, dan mobilitasi penduduk. Mobilitas penduduk memegang peranan paling besar dalam penularan virus *dengue*.¹⁶ Selanjutnya mobilitas penduduk akan memudahkan penularan dari suatu tempat ke tempat yang lainnya, seperti ; di sekolah, tempat kerja, pasar, rumah sakit, saat berkunjung ke rumah saudara dan sebagainya.¹⁷

Sebagai contoh adalah Kota Cimahi yang merupakan salah satu daerah percontohan di Provinsi Jawa Barat dalam upaya mencegah penyebaran DBD, yaitu telah dilakukan program pemberantasan sarang nyamuk yang tersosialisasi dengan baik pada semua wilayahnya Masyarakat melakukan PSN secara serempak setiap hari Jumat pada setiap minggunya. Walaupun semua upaya sudah dilakukan namun, masih belum bisa menurunkan angka kasus kesakitan DBD secara maksimal. Hal ini bisa terjadi karena masalah mobilitas penduduk yang tinggi.¹⁸

Pada hasil penelitian tentang kondisi sekitar rumah masyarakat yang berkaitan dengan penemuan jentik pada bak mandi dan tempayan didalam rumah maupun di luar rumah, sebesar 47 % jentik ditemukan didalam dan 40,8 % ditemukan jentik diluar sekitar rumah. Kondisi ini dimungkinkan karena tidak sempurnanya posisi tempat-tempat penampungan air yang tersedia sehingga nyamuk bisa berkembang biak dengan cepat. Hal ini juga berlaku untuk kondisi keadaan di luar rumah jika tidak melakukan pembersihan lingkungan yaitu dengan melakukan PSN. Jika hal tersebut terjadi dapat menyebabkan berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti* dengan cepat. Masalah ini juga ditemukan ditempat lain bahwa faktor lingkungan yang memberi pengaruh terhadap keberadaan DBD antara lain lingkungan fisik, suhu udara, kelembaban, hujan, angin, sinar matahari, arus air, lingkungan kimiawi, lingkungan biologi, sehingga menjadi tempat yang disenangi oleh nyamuk *Aedes aegypti* untuk istirahat.¹⁹

Untuk mencegah perkembang biakan larva, tidak hanya menghindari adanya genangan air jernih tetapi juga air terpolusi yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk ini tidak hanya tersebar didaerah perkotaan tetapi juga di daerah pedesaan yang umumnya telah beradaptasi dengan suasana perkotaan dalam hal menyediakan tempat penampungan air baik di dalam maupun di luar rumah.^{20,21} Untuk meningkatkan sistem kewaspadaan dini pada pengendalian penyakit DBD, maka perlu peningkatan dan pembenahan sistem di tingkat puskesmas, kabupaten atau kota, provinsi dan pusat. Selain itu faktor perilaku dan partisipasi masyarakat yang paling diharapkan dalam pengendalian DBD pada lokasi penelitian, walaupun hasil penelitian masih menunjukkan bahwa masih ditemukan jentik di dalam rumah sebesar 47% dan jentik ditemukan diluar rumah sebesar 40,8 %. Kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat pada pengendalian DBD masih kurang, seperti pada kegiatan Pemberantasan

Sarang Nyamuk (PSN) pengendalian tempat perindukan nyamuk, dan *fogging*/menaburkan Abate yang dilakukan baik secara terpadu atau kombinasi. Dengan latar belakang temuan dalam penelitian ini, maka kerjasama dan kemitraan dengan lintas sektor terkait perlu menggunakan metode yang mempunyai daya ungkit, agar sesuai dengan yang disampaikan Notoatmodjo S bahwa kerjasama antar sektor ini penting karena masalah kesehatan masyarakat itu dihasilkan oleh berbagai sektor pembangunan seperti industri, transportasi, dan sebagainya, sehingga tumbuh kesadaran bahwa masalah kesehatan adalah tanggung jawab bersama semua pihak.²²

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pengetahuan, dan perilaku responden kaitannya dengan pencegahan demam berdarah *dengue* (DBD) secara keseluruhan belum begitu menggembirakan di Jawa Barat maupun di Kalimantan Barat. Diketahui juga bahwa rasa kekhawatiran tentang demam berdarah *dengue* dengan melihat hasil pengetahuan pada daerah penelitian masih rendah, selain itu perilaku terhadap tindakan pengendalian penyakit DBD masih kurang, karena masih ditemukan jentik pada pemeriksaan kondisi lingkungan di dalam rumah dan di luar rumah.

Pencegahan DBD lebih ditekankan pada kebersihan lingkungan. Kebersihan lingkungan yang menjadi perhatian tidak cukup hanya kebersihan lingkungan rumah saja, melainkan kebersihan lingkungan umum atau fasilitas umum lainnya wajib menjadi perhatian. Untuk itu perlu ada antisipasi pengendalian DBD dilakukan, terutama dalam menjelang waktu pergantian musim untuk lebih mendorong peran serta aktif masyarakat secara sukarela melaksanakan kegiatan pembersihan sarang nyamuk plus. Total *coverage* pelaksanaan PSN plus perlu diperhatikan oleh pemerintah atau instansi terkait.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada Kepala Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat atas kesempatan yang diberikan sehingga penelitian ini bisa terlaksana, juga kepada Kepala Dinas kesehatan Kabupaten Indramayu, Sumedang, Sintang dan Landak yang banyak membantu kelancaran penelitian ini dilapangan. Demikian juga disampaikan ucapan terima kasih kepada seluruh anggota tim peneliti dari Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat yang membantu pada saat pelaksanaan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Demam Berdarah Dengue di Indonesia tahun 1968-2009. Buletin Jendela Epidemiologi, Volume 2, Agustus 2010.
2. Harmani N, Hamal KD. Hubungan Antara Karakteristik Ibu Dengan Perilaku Pencegahan Penyakit DBD di Kecamatan Karang Tengah Kabupaten Cianjur Provinsi Jawa Barat. Pengajar FIKES UHAMKA. Diunduh dari : [Lemlit.uhamka.ac.id/files/dbd.pdf](http://lemlit.uhamka.ac.id/files/dbd.pdf). [Diakses 29 Januari 2015]
3. Ariati J, Musadad AD. Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Faktor Iklim di Kota Batam, Provinsi Kepulauan Riau. Jurnal Ekologi Kesehatan, Volume 11 Nomor 4 Desember 2012.
4. Candra A. Demam Berdarah *Dengue*: Epidemiologi, Patogenesis, dan Faktor Risiko Penularan. Aspirator, Vol.2 No.2, 2010 :110-119
5. Santya Edo R N R, Nurinda W R. Gambaran Puncak Kasus Demam Berdarah Dengue Di Wilayah Utara Dan Selatan Kota Sukabumi Tahun 2012. Aspirator, Vol.5 No.1, 2013 :-36.
6. Fajriatin Wahyuningsih. Analisis Spasial Kejadian Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Pengasinan Kota Bekasi. [Skripsi]. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25541/1/Fajriatin%20Wahyuningsih%20-%20fkik.pdf>.
7. Chung Andrius. Pengaruh Perbedaan Pola Cuaca Terhadap Angka Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kota Pontianak. [Skripsi] Universitas Tanjungpura 2013. <http://jurnal.untan.ac.id/index.php/ifk/article/download/4882/4976>.
8. Anonim, Di Kalimantan Barat 42 meninggal dunia akibat DBD. Diunduh dari <http://beritakalimantan.co/di-kalbar-42-meninggal-dunia-akibat-dbd/>. [Diakses 29 Januari 2015 pukul 20.45].
9. Waris L, Yuana TW. Pengetahuan dan Perilaku Masyarakat Terhadap Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Batulicin Kabupaten Tanah Bumbu Provinsi Kalimantan Selatan. Jurnal Epidemiologi dan Penyakit Bersumber Binatang. Vol.4, No.3. Juni 2013.
10. Peristiowati Yuly, Kusumawardani L, Haryono. Evaluasi Pemberantasan Demam Berdarah Dengue dengan Metode Spasial Geographic Information System (GIS) dan Identifikasi Tipe Virus Dengue di Kota Kediri. Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 28, No. 2, Agustus 2014 (<http://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/download/491/423>.)
11. Waris L, Yuana TW. Pengetahuan dan Perilaku Masyarakat Terhadap Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Batulicin Kabupaten Tanah Bumbu Provinsi Kalimantan Selatan. Jurnal Buski. Vol.4, No.3, Juni 2013 Hal : 144-149.
12. Baktiar Y. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Tokoh Masyarakat Dengan Perannya Dalam Pengendalian Demam Berdarah Di Wilayah Puskesmas Kawalu Kota Tasikmalaya. Aspirator Vol.4. No.2, 2012 : 73-84.
13. Notoatmodjo, S. Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar. Jakarta : Rineka Cipta. 2003. p. 114-134.
14. Sari W, Kurniawan PT. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Perilaku PSN Dengan Keberadaan Jentik *Aedes aegypti* di Desa Ngesrep Kecamatan Ngemplak Kabupaten Boyolali, Jurnal Kesehatan, ISSN 1979-7621, Vol.5, No.1 Juni 2012 : 66-73
15. Akhmadi, Ridha R M, Marlinae Lenie, Setyaningtyas ED. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Masyarakat Terhadap Demam Berdarah Dengue di Kota Banjarbaru, Kalimantan Selatan. Jurnal Epidemiologi dan Penyakit Bersumber Binatang, Vol.4, No.1, Juni 2012:7-13.
16. T Gama, Azizah, R Betty Faizah. Analisis Faktor Risiko Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Desa Mojosongo Kabupaten Boyolali. Eksplanasi Vol.5, No.2, Edisi Oktober 2010.
17. Eva Lestari, dkk. Kepadatan Jentik Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) *Aedes* sp. Di Daerah Endemis, Sporadis dan Potensial Kota Semarang, Provinsi Jawa Tengah. BALABA Vol. 10 No.02, Desember 2014:71-76.
18. Pradani, FY dkk. Perilaku Masyarakat dan Indeks Entomologi Vektor Demam Berdarah Dengue di Kota Cimahi. Aspirator, Vol.2 No.1 Tahun 2010 :37-44.
19. Tangyong IS, Askar M, Darmawan S. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Dengan Perilaku Masyarakat Dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Makassar. Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis Vol.2, No.5 Juni 2013.
20. Hadi KU, Soviana S, Gunandini DD. Aktivitas Nokturnal Vektor Demam Berdarah Dengue di Beberapa Daerah di Indonesia. Jurnal Entomologi Indonesia. April 2012, Vol.9, No.1:1-6.
21. Rahayu M, Baskoro T, Wahyudi B. Studi Kohort Kejadian Penyakit Demam Berdarah Dengue. Berita Kedokteran Masyarakat, Vol.26.No.4, Desember 2010.
22. Notoatmodjo Soekidjo. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, PT Rineka Cipta, Jakarta, 2003.