

# KAJIAN FAKTOR-FAKTOR PERILAKU DALAM KELUARGA YANG MEMPENGARUHI PENCEGAHAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI KELURAHAN METESEH KOTA SEMARANG

Kusyogo Cahyo\*

## Abstract

*Background: The purpose of the research is to find out family behavior in preventing Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) disease at Meteseh village, Tembalang sub district, Semarang. The research employs qualitative approach to identify society's trust and potentials in preventing DHF. Method: The research result on 100 repondents usin Kendall's tau test indicates relationship between level of education and trust in health about DHF ( $p=0,026$ ) and relationship between knowledge and trust in health about DHF ( $p=0,024$ ). Whereas from double logistic regression, it is found that there is significant relationship between knowledge and prevention practise of DHF ( $p=0,023$ ) and significant relationship between trust in health and prevention practise of DHF ( $p=0,005$ ). Qualitative approach shows that the society still considers DHF as harmful and deadly disease. The society potentials like PJB dasawisma, PJB school kids, "resik-resik kutho" program, regenerating DHF work unit, PSN program and private fogging through community's incentives are potetials that need to be developed. However, teher are several drawbacks: lack of fund for elimination of DHF, lack of community participation, lack of interest among NGOs in eliminations of DHF, no comprehensive and continuous elimination program. Result: It is concluded that there are relatinship between level of education and trust in health, relationship between knowledge and trust in health, relationship between knowledge and practise, relationooship between trust in health and prevention practise of DHF. There are several potentials that need to be developed and several drawbacks that to be overcome.*

*Keywords: family behavior, dengue haemorrhagic fever, community participation*

## Pendahuluan

Demam Berdarah Dengue (DBD) atau lazim disebut penyakit Demam Berdarah (DB) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia.<sup>1</sup> Hampir seluruh wilayah di Indonesia mempunyai risiko untuk terjangkit penyakit DBD, sebab baik virus penyakit (dengue) maupun nyamuk penularnya yaitu *Aedes aegypty* dan *Aedes albopictus* sudah tersebar luas di perumahan maupun di tempat-tempat umum di seluruh Indonesia, kecuali wilayah dengan ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut.<sup>2</sup> Pemberantasan sarang nyamuk DBD (PSN-DBD) sebagai kegiatan yang menjadi strategis sampai saat ini belum optimal dilaksanakan. Hal ini terbukti dari rendahnya angka bebas jentik (ABJ) tahun 1999 sebesar 62,60%.<sup>3</sup> Berdasarkan laporan dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia, sampai pertengahan tahun 2001 kasus penyakit DBD sudah menjadi

masalah yang endenis di 122 kabupaten, 605 kecamatan dan 1800 desa/kelurahan di Indonesia,<sup>4</sup> sehingga sering terjadi berjangkitnya penyakit DBD di berbagai wilayah di Indonesia hampir di sepanjang waktu dalam satu tahun.<sup>5</sup> Kejadian Luar Biasa (KLB) DBD terbesar terjadi pada tahun 1998, dengan Incidence Rate (IR) = 35,19 per 100.000 penduduk dan Case Fatality Rate (CFR) = 2%. Pada tahun 1999 IR menurun tajam menjadi 10,17%, namun tahun-tahun berikutnya IR cenderung meningkat yaitu 15,99 (tahun 2000); 21,66 (tahun 2001); 19,24 (tahun 2002); dan 23,87 (tahun 2003). Data terakhir mengungkapkan<sup>6</sup> bahwa sejak Januari sampai dengan 5 Maret 2004, total kasus penyakit DBD di seluruh propinsi di Indonesia sudah mencapai 26.015, dengan jumlah kematian sebanyak 389 orang (CFR=1,53%). Kasus tertinggi terdapat di propinsi DKI Jakarta (11.354 orang) sedangkan CFR tertinggi terdapat di propinsi NTT (3,96%).

\* Staf pengajar FKM Undip

Kota Semarang sebagai ibu kota propinsi Jawa Tengah sampai akhir Desember 2003 mempunyai jumlah penduduk 1.378.193 jiwa, sehingga kota Semarang termasuk 5 besar kabupaten/kota yang mempunyai jumlah penduduk terbesar di Jawa Tengah. Kepadatan penduduknya sebesar 3.688 jiwa per km<sup>2</sup>, tingkat pertumbuhan penduduk 2,09%, dan arus urbanisasi mencapai 36.778 jiwa.<sup>7</sup> Sebagai kota metropolitan di Jawa Tengah dengan ketinggian 0,75 sampai 348 di atas permukaan air laut, suhu udara berkisar 25°-30°C dan kelembaban udara di antara 62-84%. Kota Semarang mempunyai tingkat risiko penyakit DBD yang tinggi. Ini dapat dilihat dari data RSU kota Semarang bahwa penyakit DBD menempati peringkat 4 besar penyakit yang banyak diderita penduduk kota Semarang,<sup>8</sup> dan berdasarkan Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2003 menempati prioritas pertama dalam program penanggulangan penyakit menular. Jumlah penderita DBD sebanyak 1.128 kasus di mana jumlah ini menunjukkan adanya peningkatan dari tahun sebelumnya yang hanya 607 kasus. Dari hasil catatan Dinkes Dati II Kota Semarang, sejak tahun 1969 telah terjadi beberapa kali letusan KLB, yaitu pada tahun 1973, 1978, 1983, 1988, 1990, dan yang terakhir pada tahun 1998. dari 177 kelurahan yang ada pada 16 kecamatan di kota Semarang, tercatat 124 kelurahan merupakan kelurahan yang endemis penyakit DBD, 41 kelurahan merupakan kelurahan sporadis penyakit DBD, dan hanya 12 kelurahan yang bebas (potensial) dari penyakit DBD.<sup>9</sup> data lain menyebutkan bahwa kota Semarang merupakan salah satu kota di Indonesia yang endemis penyakit DBD.<sup>10</sup> Setiap tahun selalu dijumpai kasus penyakit DBD. Berdasarkan data tahun 1998/1999, dijumpai sebanyak 1400 kasus dengan jumlah kematian 3 orang. Tingkat kepadatan jentik masih cukup tinggi yaitu pada tingkat kepadatan 3 sampai 5 (HI=19,4%, CI=9,5%, dan BI=35).

Dari berbagai penelitian epidemiologis telah banyak diketahui bahwa nyamuk *Aedes aegypti* banyak dijumpai di dalam rumah dan mencari makan pada siang hari. Penelitian yang dilakukan oleh Depkes RI didapatkan 34% nyamuk *Aedes aegypti* dijumpai di rumah, 37% di sekolah, dan 29 di tempat-tempat umum.<sup>10</sup> Dari data kasus DBD dan klasifikasi desa di kota Semarang tahun 2004 yang dilaporkan Dinas Kesehatan Kota Semarang, kecamatan Tembalang

merupakan salah satu kecamatan endemis tinggi (angka endemisnya=12,6) penyakit DBD dengan jumlah kasus terbesar di kota Semarang, yaitu 136 kasus. Dari 12 kelurahan yang dimiliki oleh kecamatan Tembalang, 2 kelurahan merupakan kelurahan sporadis dan 10 kelurahan endemis penyakit DBD. Salah satu kelurahan endemis adalah kelurahan Meteseh, terutama di Perum Bukit Kencana Jaya. Data kasus DBD dapat dilihat pada tabel 1.

Kelurahan Meteseh, khususnya Perum Bukit Kencana Jaya (BKJ) yang terdiri dari 3 blok (A, B, dan C) memiliki 5 Rukun Warga (RW), yaitu RW XI, XII, XII, XIV, XV dan 35 Rukun teteangga (RT) merupakan perumahan dengan karakteristik yang khas, yaitu secara sosial ekonomi berpenghuni mulai dari kelas menengah – rendah dan menengah – tinggi. Kebanyakan rumah dihuni, namun tidak sedikit rumah yang tidak dihuni, karena biasanya hanya berstatus rumah investasi. Semua rumah memiliki tandon air (tempat penampung air), karena sumber air PDAM hanya mengalir setiap 2 hari sekali. Kerja bakti warga (yang diwujudkan dalam bentuk bersih-bersih blok/gang) tidak selalu dilakukan setiap 1 bulan sekali. Pada setiap ujung blok terdapat tanah kosong dan pada setiap RW memiliki fasilitas taman dan lapangan. Jarak antar rumah tidak ada karena rumah saling berhimpitan dan sebagian besar penduduk bekerja di kantor, baik swasta maupun pemerintah, yang memiliki jam kerja tertentu. Tingkat pendidikan termasuk tinggi, yaitu kebanyakan SMU dan Perguruan Tinggi. Perum BKJ dikenal sebagai perumahan yang agamis dengan tingkat toleransi antar umat beragama tinggi, memiliki 2 masjid, 7 musholla dan 2 gereja. Perum BKJ juga memiliki 1 Sekolah Dasar, 2 Taman Kanak-kanak, 2 *Playgroup* dan 9 Taman Pendidikan Al Quran. Perum BKJ hanya memiliki dua orang dokter praktik dan 1 fisioterapis praktik. Secara geografis dan transportasi, Perum BKJ berada di kelurahan Meteseh, tidaklah terlalu sulit dan dekat dengan pusat kota (kira-kira 15 km), namun kasus penyakit DBD cukup tinggi. Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan peneliti di RW XIV (peneliti bertempat tinggal di sini), dalam bulan Pebruari 2005 diketahui terdapat 7 kasus dengan jumlah kematian 1 orang (bayi berumur 8 bulan). Kendala yang dapat diamati peneliti adalah ketidaktahuan masyarakat tentang cara pencegahan penyakit DBD yang efektif dan

ketidakmauan masyarakat untuk melakukan tindakan pencegahan. Salah satu cirinya adalah bahwa mereka hanya akan melakukan tindakan pengasapan dan pembersihan lingkungan jika sudah ada warga yang terkena gejala-gejala penyakit DBD.

Dari permasalahan di atas, peneliti ingin mengetahui peranan keluarga sebagai ujung tombak pembangunan dan sebagai unit terkecil dalam masyarakat perumahan yang menjadi pusat pelaksana kegiatan di dalam masyarakat perumahan, ikut serta dalam upaya pencegahan Penyakit DBD.<sup>11</sup> Keluarga adalah satu-satunya lembaga sosial yang secara resmi telah berkembang di semua masyarakat. Di samping itu, keluarga sebagai suatu unsur dalam struktur sosial merupakan dasar pembentuk utama struktur sosial yang lebih luas. Peran tingkah laku yang dipelajari di dalam keluarga merupakan contoh atau prototip peran tingkah laku yang diperlukan dalam segi-segi lainnya dalam masyarakat.<sup>12</sup> Oleh karena itu, keluarga sebagai sendi masyarakat

mempunyai posisi yang sangat strategis dalam penanggulangan Penyakit DBD, terutama memotong rantai penularan penyakit dengan melaksanakan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) DBD.

### Metode Penelitian

Penelitian ini bertujuan mengetahui perilaku keluarga (pengetahuan, sikap, praktik) dalam upaya pencegahan Penyakit DBD di Perumahan Bukit Kencana Jaya Kelurahan Meteseh Kecamatan Tembalang Kota Semarang. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan dilengkapi data kualitatif, yaitu menggunakan pendekatan studi kuantitatif untuk mencari variabel-variabel yang berpengaruh (meliputi: karakteristik responden, pengetahuan responden dan praktik responden), dan pendekatan studi kualitatif untuk menggali informasi dari variabel-variabel lain, seperti potensi masyarakat, faktor kepercayaan, dan faktor psikososial. Secara kuan-

**Tabel 1. Data Kasus DBD dan Klasifikasi Kecamatan Di Kota Semarang Jawa Tengah**

No	Kecamatan	Kasus		Klasifikasi Kecamatan		
		2002	2003	Endemis		
				Tinggi	Sedang	Rendah
1	Semarang Tengah	27	37	101,1		
2	Semarang Utara	43	79	8,5		
3	Semarang Timur	26	59	10,2		
4	Semarang Selatan	53	97	13,1		
5	Semarang Barat	47	112	15,5		
6	Gayamsari	31	50	12,4		
7	Candisari	59	89		8,9	
8	Gajahmungkur	22	97	14,0		
9	Genuk	55	69	9,9		
10	Pedurungan	80	103	10,3		
11	Tembalang	71	113	12,6		
12	Banymanik	42	92	12,2		
13	Gunungpati	9	28			5,2
14	Mijen	3	13		5,8	
15	Ngaliyan	27	75	17,4		
16	Tugu	12	15	18,9		

Sumber : Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2003.

titatif, penelitian yang dilakukan ini termasuk dalam penelitian *explanatory research*, yaitu penelitian yang dilakukan untuk menjelaskan hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas melalui pengujian hipotesis. Metode yang digunakan adalah metode survei, yaitu metode penelitian yang mengumpulkan sejumlah besar individu untuk mencari sejumlah variabel. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional study*, yaitu dengan melakukan observasi pada subyek penelitian hanya satu kali pada saat yang sama.<sup>13</sup> Secara kualitatif, penelitian ini menggunakan metode penelitian naturalistik-kualitatif, yaitu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang dan perilaku yang dapat diamati.<sup>14</sup> Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga (blok A, B dan C) di Perumahan Bukit Kencana Jaya Kelurahan Meteseh Kecamatan Tembalang Kota Semarang yang berjumlah 664 KK, dan berdasarkan perhitungan statistik didapatkan jumlah sampel sebesar 100 orang. Teknik pengambilan sampel yaitu diambil secara proporsional dengan *simple random sampling*, karena jumlah populasi yang besar dan setiap unit atau anggota populasi cenderung homogen.<sup>15,16</sup>

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini ada 3 (tiga) macam, yaitu *analisis secara univariat (deskriptif)* untuk melihat gambaran atau distribusi responden menurut variabel yang diteliti dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, *analisis secara bivariat (analitik)* digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel antara. Uji statistik yang digunakan adalah *uji kendall's tau dan uji chi-square*,<sup>17</sup> *analisis secara Multivariat (analitik)*, untuk melihat hubungan antara beberapa variabel bebas dengan variabel terikat. Uji statistik yang digunakan adalah *uji Regresi Logistik Ganda*.<sup>13</sup>

Analisis data kualitatif yang digunakan disini bersifat terbuka dan mengikuti pola pikir *induktif*. Dalam proses berpikir induktif, pengujiannya bertitik tolak dari data yang telah terkumpul untuk dianalisis. Data kualitatif diolah sesuai dengan karakteristik penelitiannya dan diolah dengan metode analisis deskripsi. Pengolahan data disesuaikan dengan tujuan penelitian. Selanjutnya data diverifikasi dan disajikan dalam bentuk deskriptif.<sup>18</sup> Tahapan analisis data adalah pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, verifikasi dan penarikan simpulan. Pendekatan

yang digunakan adalah pendekatan emik (*Emic Dimension*), yaitu peneliti mengidentifikasi masalah informan dan menguraikan dari apa yang telah didengar secara nyata tanpa mempengaruhi opini informan.<sup>19</sup>

Beberapa istilah dalam penelitian ini, dapat dibuat definisi operasional sebagai berikut:

1. *Peers & reference groups*: Keluarga, orang lain dan kelompok sebaya yang menjadi referensi/panutan dalam menentukan tindakan, terutama yang berkaitan dengan masalah kesehatan.
2. Pengalaman sebelumnya: Kejadian yang pernah dialami oleh responden sebelumnya tentang Penyakit DBD.
3. Kerentanan yang dirasakan: mengacu pada persepsi subyektif responden menyangkut risiko dari suatu kondisi kesehatan. Kerentanan yang dirasakan juga mencakup pengertian tentang seberapa besar kemungkinan responden untuk dapat dihinggapi Penyakit DBD atau terlibat dalam masalah kesehatan yang bersangkutan.
4. Keseriusan yang dirasakan: Perasaan mengenai keseriusan perhatian responden terhadap Penyakit DBD dan akibat-akibatnya (konsekuensi klinis, medis dan sosial). Keseriusan yang dirasakan juga mencakup pengertian tentang seberapa parah bila responden sampai terjangkit Penyakit DBD atau terlibat masalah kesehatan yang bersangkutan.
5. Keuntungan/manfaat yang dirasakan: Kepercayaan responden mengenai efektifitas dari berbagai tindakan yang tersedia dalam mengurangi ancaman Penyakit DBD, atau manfaat yang dirasakan dalam mengambil tindakan kesehatan/praktik pencegahan Penyakit DBD.
6. Penghalang yang dirasakan: Aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu tindakan kesehatan/praktik pencegahan Penyakit DBD. Penghalang yang dirasakan juga berarti mungkin berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku (praktik pencegahan Penyakit DBD).
7. Pengetahuan: Merupakan pemahaman responden tentang Penyakit DBD yang dapat dilihat dari kemampuan responden dalam menjawab pertanyaan yang berkaitan dengan Penyakit DBD.
8. Praktik: Tindakan atau aktivitas yang dilakukan responden dalam upaya pencegahan Penyakit DBD.

## Hasil dan Pembahasan

Dari 100 responden yang diwawancarai, 40 responden menyatakan kesediaannya untuk diobservasi kondisi bak mandi, kondisi tempat tidur, kondisi tempat penampungan air, dan sebagainya. Hasil observasi menemukan bahwa 38 responden (95,0%) memiliki bak mandi yang bebas jentik nyamuk. 13 responden (32,5%) memiliki vas bunga yang bebas jentik nyamuk, sedangkan sisanya 27 responden (67,5%) tidak

memiliki vas bunga. Sebagian besar responden yaitu 34 orang (85,0%) memiliki gentong air bebas jentik nyamuk. Terdapat 35 responden (87,5%) yang tidak memiliki tempat minum burung. Sebagian besar responden yaitu 39 orang (97,5%) tidak memiliki barang-barang bekas. Semua responden 40 orang (100,0%) tidak memiliki pagar bambu. Terdapat 39 responden (97,5%) tidak memiliki kolam ikan, seperti yang terlihat pada tabel 2.

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Hasil Observasi Jentik Nyamuk di Tempat Penampungan Air Responden pada Penelitian Analisis Perilaku Keluarga dalam Upaya Pencegahan Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang Tahun 2005**

No	Jenis dan Kondisi Jentik Nyamuk Tempat Penampungan Air (TPA)	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Bak Mandi:	40	100,0
	- Ada TPA dan ada jentik nyamuk	1	2,5
	- Ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	38	95,0
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	1	2,5
2	Vas bunga:	40	100,0
	- Ada TPA dan ada jentik nyamuk	0	0,0
	- Ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	13	32,5
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	27	67,5
3	Gentong:	40	100,0
	- Ada TPA dan ada jentik nyamuk	3	7,5
	- Ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	34	85,0
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	3	7,5
4	Tempat minum burung:	40	100,0
	- Ada TPA dan ada jentik nyamuk	0	0,0
	- Ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	5	12,5
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	35	87,5
5	Barang-barang bekas	40	100,0
	- Ada TPA dan ada jentik nyamuk	0	0,0
	- Ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	1	2,5
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	39	97,5
6	Pagar bambu:	40	100,0
	- Ada TPA dan ada jentik nyamuk	0	0,0
	- Ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	0	0,0
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	40	100,0
7	Kolam ikan:	40	100,0
	- Ada TPA dan ada jentik nyamuk	0	0,0
	- Ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	1	2,5
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik nyamuk	39	97,5

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kondisi Barang Milik Responden yang Berhubungan dengan Penelitian Analisis Perilaku Keluarga dalam Upaya Pencegahan Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang Tahun 2005**

No	Kondisi barang	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Tempat tidur:	40	100,0
	- Ada dan kondisi bersih	37	92,5
	- Ada dan kondisi tidak bersih	3	7,5
	- Tidak ada tempat tidur	0	0,0
2	Kelambu:	40	100,0
	- Tidak ada kelambu	40	100,0
3	Obat nyamuk:	40	100,0
	- Ada dan kondisi bersih	23	57,5
	- Ada dan kondisi tidak bersih	12	30,0
	- Tidak ada tempat tidur	5	12,5
4	Pakaian yang digantung:	40	100,0
	- Ada dan kondisi bersih	7	17,5
	- Ada dan kondisi tidak bersih	20	50,0
	- Tidak ada tempat tidur	13	32,5
5	Gorden:	40	100,0
	- Ada dan kondisi bersih	34	85,0
	- Ada dan kondisi tidak bersih	6	15,0
	- Tidak ada tempat tidur	0	00,0

Hasil observasi menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu 37 orang (92,5%) memiliki tempat tidur dalam kondisi bersih. Semua responden yaitu 40 orang (100,0%) tidak memiliki kelambu tempat tidur. Sebagian besar responden 23 orang (57,5%) memiliki obat nyamuk dalam kondisi bersih. 20 responden (50,0%) terdapat pakaian yang digantung dalam kondisi tidak bersih. Sebagian besar responden yaitu 34 responden (85,0%) memiliki gorden dalam kondisi bersih, seperti yang terlihat pada tabel 3.

Dari 100 responden terdiri dari kalangan ibu sebanyak 70 responden (70%), bapak sebanyak 28 responden (28%) dan anak sebanyak 2 responden (2%). Adapun karakteristik umum subyek penelitian adalah:

- a. Umur: Sebagian besar responden (73%) memiliki umur < 40 tahun.
- b. Pendidikan: Sebagian besar responden (82%) mempunyai tingkat pendidikan lanjutan.
- c. Pekerjaan: Jumlah responden bekerja dan tidak bekerja adalah sama (50%).

- d. Jumlah anggota keluarga : Sebanyak 64% responden mempunyai jumlah anggota keluarga  $\leq 4$  orang
- e. Pendapatan: Sebanyak 64% responden memiliki penghasilan  $\geq$  Rp.1.000.000,-
- f. *Peer & reference groups*: Sebagian besar responden (85%) mempunyai *peer & reference groups*.
- g. Pengalaman sebelumnya: Sebagian besar responden (89%) tidak pernah mempunyai pengalaman sebelumnya menderita DBD.
- h. Pengetahuan tentang Penyakit DBD: Sebanyak 59% responden mempunyai pengetahuan yang baik.
- i. Kerentanan yang dirasakan: Sebanyak 60% responden mempunyai persepsi kerentanan yang tinggi.
- j. Keseriusan yang dirasakan: Sebanyak 77% responden mempunyai persepsi keseriusan yang tinggi.
- k. Keuntungan yang dirasakan: Sebanyak 80% responden mempunyai persepsi keuntungan yang tinggi

- l. Penghalang yang dirasakan: Sebanyak 62% responden mempunyai persepsi hambatan yang tinggi
- m. Praktik pencegahan Penyakit DBD: Sebagian besar responden (68%) melakukan praktik pencegahan Penyakit DBD.

Dari analisis bivariat didapatkan hasil bahwa ada hubungan secara signifikan antara pendidikan dengan penghalang yang dirasakan, pengetahuan dengan keseriusan yang dirasakan dan pengetahuan dengan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.

Teori *Health Belief Models (HBM)* menyebutkan bahwa perbedaan demografis (umur, jenis kelamin, etnis), psikososial (kelas sosial, *peer & reference groups*, pengalaman sebelumnya) dan variabel struktural (pengetahuan tentang penyakit, kontak pertama dengan penyakit, akses ke pelayanan kesehatan) memberikan pengaruh dalam persepsi individu (persepsi kepercayaan kesehatan) dan secara langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.<sup>20</sup> Ada kemungkinan hasil penelitian ini sebagian tidak sesuai dengan teori HBM karena variabel pengetahuan lebih menekankan pada aspek persepsi keseriusan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD menurut pengetahuan responden. Akan tetapi karena responden berada di lingkungan perumahan yang relatif terjaga kebersihannya, mempunyai pendapatan tinggi, dan berpendidikan tinggi, maka aspek persepsi kerentanan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD rendah, sehingga tidak berpengaruh terhadap kepercayaan kesehatan responden. Misalnya dapat digambarkan bahwa responden menganggap Penyakit DBD berbahaya, tetapi mereka berkeyakinan tidak mungkin terkena Penyakit DBD. Kemudian karena pengetahuan mereka mengatakan bahwa Penyakit DBD berbahaya, maka responden lebih terfokus pada aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu tindakan kesehatan/penghalang yang

dirasakan dan mungkin berperan sebagai halangan merekomendasikan suatu perilaku. Berdasarkan pengetahuan responden, maka responden tidak terlalu memikirkan bagaimana efektifitas dari berbagai tindakan yang ada untuk mengurangi ancaman penyakit, atau tidak terlalu memikirkan keuntungan-keuntungan yang dirasakan dalam mengambil tindakan. Di samping itu, Teori HBM lebih menekankan pada beberapa komponen yang secara bersama-sama mempengaruhi kepercayaan kesehatan. Di samping komponen-komponen di atas, masih ada komponen pendorong untuk bertindak (cetusan peristiwa dan *self efficacy*), seperti kampanye media massa, nasehat dari orang lain, dan sebagainya.

Peneliti mengungkapkan bahwa kepercayaan kesehatan mengenai Penyakit DBD dan variabel karakteristik responden berhubungan dengan kepercayaan kesehatan, karena kepercayaan kesehatan lebih didasari pada lingkungan dan kebudayaan setempat dalam memandang Penyakit DBD. Sedangkan Roger dan Shoemaker (1983) seperti yang dikemukakan Notoatmodjo<sup>16</sup> mengemukakan bahwa unsur-unsur kebudayaan baru itu mudah diterima apabila unsur-unsur kebudayaan baru tersebut secara relatif lebih menguntungkan, sesuai dengan kebudayaan yang telah ada, mudah digunakan, dapat dicoba dan dapat diamati. Hal senada diungkapkan oleh tim ahli WHO<sup>17</sup> bahwa kepercayaan juga sering diturunkan atau diperoleh dari orangtua, atau dari orang yang dipercaya. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinannya, tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Karakteristik (umur, pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga dan pendapatan) dalam hal ini tidak mempengaruhi seseorang dalam menerima suatu kepercayaan kesehatan, karena kepercayaan seseorang lebih ditentukan pada pengalaman hidup, observasi sehari-hari dan pengaruh orang sekitarnya.

**Tabel 4. Hasil Analisis Bivariat Antara Variabel Independen dengan Variabel Antara**

No	Variabel Independen	Variabel Antara	P-Value	Keterangan Hubungan
1	Pendidikan	Penghalang	0,026	signifikan
2	Pengetahuan	Keseriusan	0,033	signifikan
3	Pengetahuan	Penghalang	0,024	signifikan

Dari analisis multivariat didapatkan hasil bahwa variabel yang signifikan terhadap praktik pencegahan Penyakit DBD adalah variabel pengetahuan, variabel kerentanan yang dirasakan, dan variabel keseriusan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD. Faktor prediktor untuk terjadinya praktik pencegahan Penyakit DBD, yaitu terjadi apabila kondisi pengetahuan (baik), kerentanan yang dirasakan (tinggi), dan keseriusan yang dirasakan (tinggi). Adapun peluang terjadinya praktik pencegahan Penyakit DBD adalah sebesar 91,21%, sedangkan faktor yang paling dominan, yaitu kerentanan yang dirasakan, secara mandiri dapat memberikan peluang terjadinya praktik pencegahan Penyakit DBD sebesar 33,94%.

Hasil yang didapat dari analisis statistik tersebut (tabel 5), bahwa kategori pengetahuan yang baik merupakan faktor prediksi perilaku responden. Menurut penelitian tentang pengetahuan sebagai faktor prediksi perilaku yang dilakukan Benyamin Lumenta dan Reflinar Rosfein (2003) seperti yang dikutip oleh Suharto<sup>6</sup> didapatkan hasil bahwa terdapat korelasi antara pengetahuan dan pendidikan formal dengan perilakunya. Dari hasil ini, apabila dilihat hubungan antara pengetahuan tentang Penyakit DBD dan praktik pencegahan Penyakit DBD, maka pendapat di atas telah sesuai. Namun, hubungan antara pendidikan responden dengan perilaku pencegahan Penyakit DBD belum terbukti.

Hasil yang didapatkan sesuai dengan teori *Health Belief Models (HBM)* yang menyebutkan bahwa perbedaan variabel struktural (pengetahuan tentang penyakit, kontak pertama dengan penyakit, akses ke pelayanan kesehatan) memberikan pengaruh dalam persepsi individu

(persepsi kepercayaan kesehatan) dan secara langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.<sup>20</sup> Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Kwick<sup>16</sup> bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yakni faktor intern (pengetahuan, kecerdasan, emosi, persepsi, motivasi dan sebagainya) dan faktor ekstern (lingkungan disekitarnya, sosial ekonomi, kebudayaan, dan sebagainya). Glanz<sup>20</sup> mengatakan bahwa secara umum, individu akan mengambil tindakan untuk menghindari penyakit dan mengontrol kondisi kesehatannya, jika mereka menghargai diri mereka ketika rentan terhadap suatu penyakit, jika mereka percaya mempunyai potensi dengan konsekuensi yang serius, jika mereka percaya bahwa suatu tindakan akan lebih menguntungkan bagi kesehatan dirinya, dan jika mereka percaya bahwa penghalang yang diantisipasi dalam mengambil tindakan ternyata lebih bermanfaat. Berdasarkan analisis peneliti dan mengutip hasil penelitian Sukana<sup>22</sup> dapat disimpulkan bahwa untuk peningkatan pengetahuan masyarakat adalah dengan memberikan penyuluhan pada masyarakat secara intensif. Pokok-pokok pesan meliputi pengenalan penyakit DBD, tanda-tanda, gejala-gejala, pencegahan penularan dirumah dan dilingkungan masing-masing disesuaikan dengan pendidikan masyarakat. Salafia yang digunakan melalui pengajian dan pertemuan warga, sedangkan penyuluhan massal dapat dilakukan melalui media massa. Hal-hal ini jika dapat dilakukan secara kontinyu dan berkesinambungan, maka perilaku pencegahan penyakit DBD akan menjadi suatu kebiasaan yang ada dalam kehidupan sehari-hari.

**Tabel 5. Hasil Analisis Multivariat Antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen yang Akan Dijadikan Model**

Variabel	B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95,0% C.I for	
							Lower	Upper
Pengetahuan	1,273	0,559	5,184	1	0,023	3,570	1,194	10,677
Kerentanan	1,675	0,600	7,793	1	0,005	5,338	1,647	17,298
Keseriusan	1,732	0,673	6,618	1	0,010	5,652	1,511	21,148
Constant	- 2,341	0,996	5,524	1	0,019	0,096		

---

Dari analisis kualitatif didapatkan hasil sebagai berikut:

a. Faktor kepercayaan

- Kepercayaan bahwa Penyakit DBD merupakan penyakit yang menular melalui gigitan nyamuk.
- Kepercayaan bahwa mengkonsumsi jambu biji, makan dan olah raga secara teratur dapat mencegah terkena Penyakit DBD.
- Kepercayaan bahwa ajaran agama berhubungan dengan pencegahan Penyakit DBD.

b. Faktor sikap

- Mempunyai sikap bahwa makan makanan bergizi dan pemeriksaan kesehatan secara rutin tidak dapat mencegah Penyakit DBD.
- Mempunyai sikap bahwa Penyakit DBD merupakan penyakit berbahaya, tetapi tidak berisiko terjadi penularan ketika bergaul/dekat dengan penderita DBD dan tidak berisiko terjadi penularan ketika *nong-krong/cangkrukan* di sore hari bersama-sama.
- Mempunyai sikap bahwa tidak keberatan untuk menolong apabila ada tetangga yang sakit DBD dan mereka juga prihatin jika melihat ada tetangga yang sering terkena DBD.
- Mempunyai sikap bahwa agama menganjurkan hidup sehat dan bersih.
- Mempunyai sikap tidak keberatan untuk melakukan kerja bakti supaya bebas dari sarang nyamuk dan mau berpartisipasi dalam pemberantasan Penyakit DBD, tanpa dihalangi oleh keluarganya.

c. Potensi

- Karakteristik masyarakat masih berbudaya paternalistik dan tradisional. Namun, budaya kekerabatan/kekeluargaan dan kebersamaan masih tinggi.
- Nilai-nilai religius masih dipegang teguh oleh masyarakat.
- Adanya trobosan-trobosan kegiatan lain, seperti pemeriksaan jentik berkala (PJB) anak sekolah, dasawisma, program "resik-resik kutho", dan sebagainya.
- Adanya kerjasama antara Dinas Kesehatan Kota Semarang dengan beberapa pihak terkait, seperti dasa wisma (Dawis), LSM-LSM, sekolah-sekolah, dinas-dinas atau instansi terkait lainnya.

Hasil wawancara mendalam juga menunjukkan bahwa beberapa kendala yang terjadi juga ternyata karena berhubungan dengan sumber daya manusia, yang masih kekurangan dalam banyak hal (kualitas dan kuantitas). Di samping itu, kendala yang berhubungan dengan pemangku kepentingan (*stake holder*) dan pembuat keputusan (*decision makers* atau *policy makers*) yang lebih tinggi juga memegang peranan kunci dalam upaya pencegahan Penyakit DBD. Perlu adanya pengembangan organisasi untuk meningkatkan mutu dan kinerja petugas kesehatan, disamping pendekatan personal dan pemberian *reward & punishment* juga sangat diperlukan. Beberapa kendala lain yang masih ada adalah dana program pemberantasan DBD yang terbatas, kurangnya partisipasi masyarakat secara menyeluruh, kurang berminatnya pihak LSM-LSM dalam pemberantasan DBD, belum adanya program pemberantasan yang komprehensif dan berkelanjutan karena kurangnya dukungan pemerintah kota, merupakan masalah-masalah yang harus segera dicari solusinya.

Hasil analisis kualitatif ini dapat digunakan sebagai pelengkap informasi yang didapat pada analisis kuantitatif, sehingga diharapkan informasi yang disampaikan menjadi lebih jelas dan lengkap.

### Kesimpulan

1. Pendidikan yang dimiliki responden dan tingkat pengetahuan responden mengenai Penyakit DBD merupakan faktor yang menghalangi responden dalam melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit DBD
2. Tingkat pengetahuan responden mengenai Penyakit DBD mempengaruhi keseriusan perhatian yang dirasakan responden terhadap Penyakit DBD dan akibat-akibatnya (konsekuensi klinis, medis dan sosial).
3. Tingkat pengetahuan responden mengenai Penyakit DBD, faktor kerentanan yang dirasakan responden terhadap penyakit DBD dan keseriusan yang dirasakan responden terhadap penyakit DBD mempengaruhi praktik responden dalam pencegahan Penyakit DBD.
4. Dari data kualitatif didapatkan hasil bahwa faktor kepercayaan, sikap dan potensi masyarakat merupakan faktor pendukung/penghalang masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD.

## Saran

1. Peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai penyakit DBD dan pencegahannya, melalui berbagai macam cara promosi kesehatan seperti ceramah, pemutaran film, pemberian leaflet, diskusi kelompok di masyarakat, dan lain-lain. Dari kegiatan ini diharapkan akan terbentuk pola pikir, perasaan yang positif dimasyarakat untuk mencegah Penyakit DBD, dan peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai Penyakit DBD sehingga akan merubah praktik masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD dengan lebih baik lagi. Kegiatan peningkatan pengetahuan ini perlu didukung kegiatan advokasi ke *stake holder* sehingga kegiatan-kegiatan promosi dapat dilakukan dengan lebih menarik dan mendapat dukungan yang cukup.
2. Peningkatan kerjasama lintas sektor (pemerintah, organisasi masyarakat/LSM, masyarakat) dalam penanganan penyakit DBD, sehingga penanganan yang diberikan lebih komprehensif dan adekuat dalam upaya pencegahan penyakit DBD. Kerjasama ini memerlukan koordinasi yang baik dan teratur sehingga kegiatan seperti jumat bersih, *resik-resik kutho*, Gebas (Gerakan Bebas) Nyamuk DBD, dapat dilakukan dengan skala yang lebih luas dan tepat.
3. Pemberdayaan tokoh agama dan tokoh masyarakat dengan cara memberikan fatwa/anjuran/khotbah kepada masyarakat, misalnya pada saat sholat jumat atau kebaktian di gereja, mengenai pentingnya upaya pencegahan penyakit DBD. Anjuran ini hendaknya dilakukan secara terus menerus dengan waktu tidak terlalu lama, sehingga dapat menyentuh ranah kognitif dan afektif dari jemaahnya.

## Daftar Pustaka

1. Soedarmo PS, dkk, Demam Berdarah Dengue, Naskah Lengkap Pelatihan bagi Pelatih Dokter Spesialis Anak dan Dokter Spesialis Penyakit Dalam dalam Tata-laksana Kasus DBD, BP FKUI, Jakarta, 2002, hlm 1-11, 31.
2. Arsin Arsunan, dkk, Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kota Makassar, Jurnal Kedokteran YARSI Lemlit Universitas YARSI, Jakarta, 2004, (12)2; 23-33.
3. Achmadi Umar Fahmi, Kecenderungan-Kecenderungan Perubahan Lingkungan yang Berkaitan dengan Kejadian DBD Di Indonesia, Makalah Pada Seminar IAKMI di Semarang, 1998, 2.
4. www.ppmppl.depkes, Demam Berdarah Dengue, <http://www.ppmppl.depkes.go.id/submenulist.asp?m=4>, 2003, 7 April.
5. Kristina, dkk, Demam Berdarah Dengue, <http://www.litbang.depkes.go.id>
6. Suharto Agung, dkk, Promosi Kesehatan Metode Konseling Kelompok dan Curah Pendapat dalam Meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Pemberantasan DBD di Puskesmas Sidokerto Kabupaten Magetan, Jurnal Sains Kesehatan Pasca Sarjana Ilmu-Ilmu Kesehatan UGM, Yogyakarta, 2003, (16)3; 465-477.
7. Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2003, Dinas Kesehatan Kota Semarang, Jawa Tengah, 2003, 5.
8. Harian Umum Suara Merdeka, Kota Semarang, Jawa Tengah, 14 April 2004, hlm 5
9. Wuryanto Ari, dkk, Model Pendekatan Keluarga Sebagai Cara untuk Memotong Mata Rantai Penularan DBD di Semarang, Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia FKM Undip, Semarang, 2002, (1)1; 22-26.
10. Udiyono Ari, dkk, Peran Serta Masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk dan Angka Bebas Jentik Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Semarang Selatan, Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia FKM Undip, Semarang, 2002, (1)1; 19-21.
11. WHO, Demam Berdarah Dengue; Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan dan Pengendalian, Penerbit Buku Kedokteran Edisi 2, Jakarta, 1999, hlm 1-33.
12. Goode J William, Sosiologi Keluarga, Bumi Aksara, Jakarta, 1995, 7-12.
13. Murti Bisma, Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1997, 83, 104.
14. Maleong Lexy J, Metodologi Penelitian Kualitatif, Penerbit PT Remaja Rosdakarya cetakan ke XIV, Bandung, 2001, 26.
15. Danim Sudarwan, Metode Penelitian untuk Ilmu-Ilmu Perilaku, PT Bumi Aksara, I Jakarta, 2000, 95-96.

- 
16. Notoatmodjo S, Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta, 2003, 114-120, 197-181, 186, 195-208.
  17. Sudjana, Teknik Analisis Regresi dan Korelasi bagi Para Peneliti, Penerbit Tarsito, Bandung, 2003, 5-37.
  18. Kusnanto Hari, Metode Kualitatif dalam Riset Kesehatan, Program Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM, Yogyakarta, 2000, 4.
  19. Rahmat Jalaludin, Metode Penelitian Komunikasi, Remaja Karya, Bandung, 2001, 11.
  20. Glanz, et all, Health Behavior and Health Education; Theory, Research and Practice, Jossey-Bass Publishers, San Francisco-Oxford, 1990, p.39.
  21. Sarwono Solita, dkk, Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan, FKM UI, Jakarta, 1997, 11.
  22. Sukana B., Pemberantasan Vektor DBD di Indonesia, Media Litbangkes, 1993, (3)1; 9-16.