

Gambaran Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Masyarakat Tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue Di Kelurahan Namasina, Kabupaten Maluku Tengah

Yosephin Sri Sutanti¹,
Yusuf Handoko¹,
Aulia Fitri Swity¹,
Sani Euodia Laelaem²
Antonius DR Manurung³

¹Departemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Kristen Krida Wacana, Jakarta, Indonesia.

²Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Kristen Krida Wacana, Jakarta, Indonesia.

³Fakultas Psikologi, Universitas Mercubuana, Jakarta, Indonesia

Abstrak

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan permasalahan kesehatan global di daerah tropis dan subtropis, serta penyakit endemik di dunia. Berdasarkan data yang ada peningkatan kejadian demam berdarah *dengue* di Provinsi Maluku mengalami kenaikan yang signifikan. Penelitian dilakukan untuk mengetahui bagaimana tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang penyakit demam berdarah *dengue*. Metode penelitian adalah *cross sectional* dengan pengambilan sampel secara *cluster sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 97 responden di Kelurahan Namasina, Kabupaten Maluku Tengah adalah sebagai berikut: untuk kategori pengetahuan diperoleh 83,5% (81 orang) baik dan sedang 16,5% (16 orang), adapun untuk kategori sikap 89,7% (87 orang) baik dan 10,3% (10 orang) sedang. Untuk kategori pengetahuan dan sikap tidak ditemukan hasil yang kurang baik, sedangkan pada kategori perilaku didapatkan 56,7 % (55 orang) baik, 37,1 % (36 orang) sedang, dan 6,2% (6 orang) kurang baik. Terlihat bahwa pengetahuan dan sikap yang baik atau sedang belum tentu menghasilkan perilaku yang baik atau sedang.

Kata kunci: pengetahuan, sikap, perilaku, demam berdarah *dengue*, Maluku Tengah

Description of Community Knowledge, Attitudes and Behavior Regarding Dengue Hemorrhagic Fever in Namasina Village, Central Maluku Regency

*Corresponding Author : Yosephin Sri Sutanti

Corresponding Email :
yosephin.sutanti@ukrida.ac.id

Submission date :December 9th,2023

Revision date :December 11th, 2023

Accepted date :December 23th, 2023

Published date :December 31th, 2023

License :Copyright (c) 2023 Yosephin Sri Sutanti, Yusuf Handoko, Aulia Fitri Swity, Sani Euodia Laelaem



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

Abstract

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) is a global health problem in tropical and subtropical regions, as well as endemic in the world. The cases of DHF in Mollucas, based on data of Health Office has increased significantly. The aim of this research is to determine the knowledge, attitude and behaviour of society about DHF. This study using a cross sectional design with a questionnaire as an instrument of research, conducted on 97 respondents, which is taken by cluster sampling. The results showed 83,5% (81 people) had good knowledge and 16,5% (16 people) intermediate, 89,7% (87 people) of respondents had good attitude and 10,3% (10 people) intermediate, and about 6,2% of respondents had poor behaviour. It could be concluded that a good or fine knowledge and attitude doesn't always result in a good or fine behaviour.

Keywords: knowledge, attitude, behaviour, dengue haemorrhagic fever, Maluku Tengah

How to cite :

Sutanti YS, Handoko Y, Swity AF, Laelaem SE. Description of Community Knowledge, Attitudes and Behavior Regarding Dengue Hemorrhagic Fever in Namasina Village, Central Maluku Regency. *JMedScientiae* . 2023 ;2(3) : xxx-xxx. Available from: <https://ejournal.ukrida.ac.id/index.php/ms/article/view/3058> DOI : <https://doi.org/10.36452/JMedScientiae.v2i3.3058>

Pendahuluan

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang penting di Indonesia dan sering menimbulkan suatu kejadian luar biasa dengan kematian yang besar. Penyakit ini disebabkan oleh virus *Dengue* dari genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*. DBD ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes* yang terinfeksi virus *Dengue*. Virus *Dengue* penyebab Demam *Dengue* (DD), Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dan *Dengue Shock Syndrome* (DSS) termasuk dalam kelompok B Arthropod virus (Arbovirosis) yang sekarang dikenal sebagai genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*, dan mempunyai 4 jenis serotipe, yaitu: Den-1, Den-2, Den-3, Den-4.^{1,2}

Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, *World Health Organization* (WHO) mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara. Di Indonesia, DBD pertama kali ditemukan di kota Surabaya pada tahun 1968, dimana sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (Angka Kematian (AK) : 41,3 %. Dan sejak itu, penyakit ini menyebar luas ke seluruh Indonesia.²

Berdasarkan profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi Maluku tahun 2012 jumlah penderita DBD yang dilaporkan sebanyak 178 kasus dengan jumlah kematian 8 orang (IR=10,2 per 100.000 penduduk dan CFR=4,5). Angka kesakitan/*Incidence Rate* DBD per 100.000 penduduk di Provinsi Maluku sejak tahun 2010-2012 terus mengalami peningkatan, dimana di Provinsi Maluku pada tahun 2010 Angka Kesakitan/*Incidence Rate* sebesar 0 per 100.000 penduduk, tahun 2011 meningkat menjadi 1,90 per 100.000 penduduk, dan pada tahun 2012 meningkat menjadi 10,20 per 100.000 penduduk. Angka kematian/*Case Fatality Rate* DBD di Provinsi Maluku pada tahun 2010 sebesar 10,00%, kemudian meningkat pada tahun 2011 sebesar 12,50% dan pada tahun 2012 menurun menjadi 4,50%. Pola perkembangan DBD pada tahun 2012 di Provinsi Maluku menunjukkan terjadinya peningkatan kasus dan kematian DBD sejak tahun 2010. Dimana pada tahun 2010 dari 25

kasus DBD terdapat 2 orang yang meninggal, pada tahun 2011 dari 29 kasus terdapat 2 orang yang meninggal dan pada tahun 2012 terjadi peningkatan dari 178 kasus yang dilaporkan terdapat 8 orang yang meninggal.³

Adapun Kelurahan Namasina adalah salah satu Kelurahan di Kecamatan Kota Masohi, Kabupaten Maluku Tengah. Oleh karena itu dilakukan penelitian ini untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang penyakit DBD di Kelurahan Namasina, Kabupaten Maluku Tengah.

Metodologi

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Juli sampai Agustus 2016 di Kelurahan Namasina, Kabupaten Maluku Tengah. Dengan kriteria inklusi diantaranya Kepala Keluarga atau anggota keluarga pada RT 002, 004, dan 009 yang bersedia mengikuti penelitian ini dan dari ketiga RT tersebut akan dikumpulkan sampel berjumlah 97. Kriteria eksklusi pengisian kuesioner tidak lengkap seperti tidak menjawab keseluruhan pertanyaan yang ada dan responden tidak bersedia untuk diwawancarai.

Bahan yang di perlukan dalam penelitian adalah kuesioner yang berisi pertanyaan pengetahuan, sikap dan perilaku tentang penyakit DBD. Penelitian dilakukan dengan cara:

1. Pertama dilakukan uji validitas kuesioner.
2. Dilakukan pengurusan izin penelitian dari pihak RT untuk melakukan uji coba kuesioner di Kelurahan Namasina.
3. Melakukan uji coba kuesioner di lapangan kepada 30 orang responden yang tinggal di Kelurahan Namasina.
4. Melakukan uji validitas kuesioner dengan menggunakan SPSS.
5. Meminta izin dari ketua RT untuk melakukan penelitian.
6. Menyebar kuesioner yang sudah valid pada bulan Juli sampai Agustus 2016 di Kelurahan Namasina.
7. Responden yang mempunyai kesulitan untuk membaca dan menulis akan dibacakan kuesioner kepadanya dan diisi oleh peneliti.

Penelitian ini dinyatakan telah lolos kaji etik dengan Nomor Pengajuan: 048/SLKE-IM/UKKW/FK/KE/IX/2016 dari Komite Etik Penelitian Medis dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Krida Wacana (Ukrida).

Semua kuesioner yang sudah diisi, dikumpulkan dan diperiksa apakah sudah lengkap jawabannya atau tidak, dikelompokkan dan diolah menggunakan SPSS 16 menggunakan uji statistik tabulasi silang (*crosstab*). Hasilnya akan ditampilkan dalam bentuk tabel sesuai dengan tujuan penelitian untuk mengetahui distribusi pengetahuan sikap dan perilaku masyarakat tentang penyakit DBD.

Hasil dan Pembahasan

Data yang diperoleh dari hasil penelitian di Kelurahan Namasina pada bulan Juli sampai Agustus 2016, didapatkan sebanyak 97 sampel data.

Distribusi Pengetahuan

Tabel 1. Distribusi Frekuensi dan Persentasi Tingkat Pengetahuan Responden tentang Penyakit DBD di Kelurahan Namasina, Kabupaten Maluku Tengah

	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pengetahuan Sedang	16	16,5
Pengetahuan Baik	81	83,5
Total	97	100

Dari Tabel 1, ditemukan sebaran pengetahuan yang tertinggi adalah pengetahuan baik yaitu sebanyak 83,5% dan pengetahuan terendah adalah pengetahuan sedang yaitu sebanyak 16,5%.

Distribusi Sikap

Tabel 2. Distribusi Frekuensi dan Persentasi Kategori Sikap Responden tentang Penyakit DBD di Kelurahan Namasina, Kabupaten Maluku Tengah

	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Sikap Sedang	10	10,3
Sikap Baik	87	89,7
Total	97	100,0

Dari Tabel 2, ditemukan sebaran sikap responden yang tertinggi adalah sikap baik yaitu sebanyak 89,7% dan sikap sedang yaitu sebanyak 10,3%.

Distribusi Perilaku

Tabel 3. Distribusi Frekuensi dan Persentasi Tingkat Perilaku Responden tentang Penyakit DBD di Kelurahan Namasina, Kabupaten Maluku Tengah

	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Perilaku Kurang	6	6,2
Perilaku Sedang	36	37,1
Perilaku Baik	55	56,7
Total	97	100,0

Dari Tabel 3, ditemukan sebaran perilaku tentang penyakit DBD tertinggi responden adalah perilaku yang baik yaitu sebanyak 56,7% dan hanya 6,2% responden memiliki perilaku yang kurang.

Tabel 4. Distribusi Karakteristik Responden

		Frekuensi (n)	Persentase (%)
Umur	17-25 thn	13	13,4
	26-35 thn	16	16,5
	36-45 thn	35	36,1
	46-55 thn	21	21,6
	56-65 thn	12	12,4
Pendidikan	Pendidikan Tinggi	36	37,1
	Pendidikan Sedang	59	60,8
	Pendidikan Rendah	2	2,1
Pekerjaan	Tidak bekerja	47	48,5
	Bekerja	50	51,5
	Bekerja		

Berdasarkan hasil pengumpulan data (Tabel 4), dari 97 sampel menunjukkan karakteristik sebaran usia tertinggi adalah usia 36-45 tahun yaitu sebanyak 36,1%. Sebaran tingkat pendidikan tertinggi adalah pada pendidikan sedang yaitu sebanyak 60,8%. Sebaran jumlah anak tertinggi adalah yang memiliki jumlah anak 0-3 orang anak, yaitu sebanyak 78,3%. Dari tabel ditemukan sebaran pekerjaan terbanyak adalah responden yang bekerja yaitu sebanyak 51,5% dan sisanya adalah responden yang tidak bekerja.

Dari hasil analisa Tabel 1, responden sudah memiliki pengetahuan yang baik yaitu sebanyak 83,5%. Dari Tabel 2, ditemukan sebaran sikap responden sudah baik yaitu sebanyak 89,7%. Dari Tabel 3, ditemukan sebaran perilaku tentang penyakit DBD tertinggi responden adalah perilaku yang baik yaitu sebanyak 56,7% dan hanya 6,2% responden memiliki perilaku yang kurang.

Berdasarkan karakteristik pekerjaan dalam penelitian ini, kategori pekerjaan

responden paling banyak adalah bekerja (51,5%). Hal ini sejalan dengan penelitian Wawan dan Dewi (2011), dimana responden yang bekerja dan tidak bekerja dapat mempengaruhi pengetahuan.⁵

Pengetahuan akan penyakit DBD sangat penting dalam menunjang pencegahannya. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Proses adaptasi pengetahuan terhadap perilaku dilihat dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.⁶ Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu pendidikan, usia, dan jenis kelamin.⁷

Penyakit DBD adalah penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus *Dengue* dan terutama menyerang anak-anak dengan ciri-ciri demam tinggi mendadak dengan manifestasi perdarahan dan bertendensi menimbulkan shock dan kematian.⁴ Pada DBD terjadi perembesan plasma yang ditandai oleh hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau penumpukan cairan di rongga tubuh. Sedangkan manifestasi terberat DBD adalah DSS yang ditandai oleh renjatan/syok.⁸

Penyebab penyakit DBD adalah virus *Dengue* yang merupakan anggota genus *Flavivirus* dari famili *Flaviviridae*. Virus berukuran kecil (50 nm) ini memiliki *single standard RNA*. Virionnya terdiri dari *nucleocapsid* dengan bentuk kubus simetris dan terbungkus dalam amplop lipoprotein. Genom (rangkain kromosom) virus *Dengue* berukuran panjang sekitar 11.000 dan terbentuk dari tiga gen protein struktural yaitu *nucleocapsid* atau *protein core* (C), *membrane-associated protein* (M) dan suatu *protein envelope* (E) serta gen protein non struktural (NS). Virus ini ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. *Aedes aegypti* lebih berperan dalam penularan penyakit ini, karena hidupnya di dalam dan di sekitar rumah, sedangkan *Aedes albopictus* di kebun, sehingga lebih jarang kontak dengan manusia. Virus ini termasuk kelompok *Arthropoda Borne Viruses* (*Arbovirosis*).⁹⁻¹¹

Tanda dan gejala klinis sangat bervariasi dari ringan pada DD hingga berat pada DBD. Gejala yang timbul antara lain demam tinggi yang muncul tiba-tiba dengan onset 2 – 8 hari, sering disertai dengan manifestasi perdarahan, nyeri otot, sakit kepala, nyeri tulang atau sendi,

mual muntah, sering disertai pembesaran hati atau hepatomegali, dan pada tes turniket didapatkan hasil positif. Pada pemeriksaan laboratorium leukopeni ($<4000/\text{mm}^3$) dan trombositopeni ($<150.000/\text{mm}^3$). Pada beberapa kasus berat, tanda-tanda kegagalan sirkulasi bisa sampai menyebabkan *Dengue Shock Syndrom* (DSS), yang berhubungan dengan hasil yang buruk.¹²⁻¹³

Sikap merupakan suatu respon yang tertutup dari suatu stimulus terhadap suatu objek. Secara nyata, sikap menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Sikap dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.¹⁴⁻¹⁵

Simpulan

Sebagian besar atau hasil terbanyak responden yang menjawab kuesioner untuk mengukur tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku pada kategori baik. Tingkat pengetahuan responden masing-masing untuk pengetahuan baik sebanyak 81 (83,5%). Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan responden mengenai penyakit DBD relatif sudah baik. Kategori sikap responden penyakit DBD masing-masing untuk sikap baik sebesar 87 (89,%). Hal ini menunjukkan bahwa sikap responden mengenai DBD relatif sudah baik. Perilaku responden tentang penyakit DBD yaitu yang baik sebanyak 55 (56,7%), sedang 36 (37,1%) dan kurang 6 (6,2%). Hal ini menunjukkan bahwa dalam hal perilaku responden mengenai penyakit DBD cukup baik, karena masih ada beberapa masyarakat yang perilakunya kurang.

Daftar Pustaka

1. Suyasa ING, Putra NA, Aryanta IWR. Hubungan faktor lingkungan dan perilaku masyarakat dengan keberadaan vektor demam berdarah dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Selatan. Disitasi pada tanggal 1 Maret 2016. Diunduh dari: <http://ojs.unud.ac.id/index.php/ECOTROP/HIC/article/download/2484/1712>.
2. Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kementerian Kesehatan RI. Buletin jendela epidemiologi demam berdarah dengue: Demam berdarah dengue di Indonesia tahun 1968 – 2009. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2010. h.1.

3. Profil Dinas Kesehatan Provinsi Maluku tahun 2012.
4. Siregar FA. Epidemiologi dan pemberantasan demam berdarah dengue (DBD) di Indonesia. Medan: USU Digital Library; 2009. h.1-13.
5. Wawan A, Dewi M. Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap, dan perilaku manusia. Jakarta: Nuha Medika; 2011.
6. Notoatmodjo, S. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007. h.25-7.
7. Budiman, Riyanto A. Kapita selekta kuesioner pengetahuan dan sikap dalam penelitian kesehatan. Jakarta: Salemba Medika; 2013.
8. Suhendro, Nainggolan L, Chen K, Pohan HT. Demam berdarah dengue. *Dalam*: Setiati S, Alwi I, Sudoyono AW, Simadibrata M, Setiyohadi, Syam AF, penyunting. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi ke-6. Jakarta: Interna Pub; 2014. h.539-48.
9. Kosasih H, Alisjahbana B, Nurhayati de Mast Q, Rudiman F, Widjaja S, *et al*. The epidemiology, virology and clinical findings of Dengue Virus infections in a cohort of Indonesia adults in Western Java. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2016;10(2):1-2.
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul pengendalian demam berdarah dengue: epidemiologi demam berdarah dengue. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2011. h.18, 20, 57-9.
11. Manalu HS, Kasnodihardjo, Idris NS. Pengetahuan, sikap dan perilaku kaitannya dengan masalah demam berdarah dengue di Daerah Pamulang, Kabupaten Tangerang, Provinsi Banten. *Suplemen Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. 2010;20:1-2
12. Asep S. Demam berdarah dengue. *Medula Unila*. 2014;2(2):6-7.
13. Grande AJ, Reid H, Thomas E, Foster C, Darton TC. Tourniquet test for dengue diagnosis: systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2016;10(8):2.
14. Putra AAYM. Gambaran pengetahuan, sikap, dan praktik dengan penanganan demam berdarah dengue di wilayah kerja Puskesmas Kuta Selatan. Skripsi. Denpasar: Fakultas Kesehatan, Program Studi Sarjana Keperawatan Institut Teknologi dan Kesehatan Bali; 2021.
15. Widyatun TR. Ilmu perilaku M.A.104. Jakarta: CV Agung Seto; 2009.