

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MASYARAKAT TENTANG  
PELAKSANAAN P2M DBD DENGAN KEJADIAN DBD DI DUSUN  
TANJUNG BELIT BARAT DESA TANJUNG BELIT  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS RAMBAH  
KABUPATEN ROKAN HULU**

**Gusman Virgo**

*Dosen FIK Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai, Riau, Indonesia*

**ABSTRAK**

Sampai saat ini DBD masih menjadi masalah kesehatan utama di dunia terutama di negara tropis. Diperkirakan 2,5 milyar penduduk dunia hidup di daerah endemik virus dengue, dimana sekitar 10 juta kasus demam dengue terjadi setiap tahun dan sebagian besar diantaranya menyebabkan DBD. Angka kematian yang disebabkan oleh kasus DBD lebih dari 5% dan sebagian besar terjadi pada anak-anak dan remaja. Demam *dengue* (DD) adalah infeksi yang disebarkan oleh nyamuk yang membuat penyakit mirip flu dan kadang dapat terjadi komplikasi kematian yang disebut demam berdarah *dengue* (DBD). Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat tentang P2M DBD dengan kejadian DBD di Dusun Tanjung Belit Barat Desa Tanjung Belit Wilayah Kerja Puskesmas Rambah Kabupaten Rohul. Desain penelitian ini adalah *analitik kuantitatif* secara *cross sectional*, dengan populasi seluruh masyarakat yang berada di dusun tanjung belit barat desa tanjung belit wilayah kerja Puskesmas Rambah Rohul Mei tahun 2014 pada saat penelitian dilakukan didapat sampel berjumlah 142 responden dengan teknik *Random Sampling*. Pengolahan analisa data menggunakan uji *chi square*. Hasil penelitian univariat : pengetahuan (54,2%) responden pengetahuan kurang, sikap responden (59,9%) bersikap negatif, (12,7%) kejadian DBD, dan bivariat didapatkan hubungan pengetahuan dengan DBD  $p < \alpha$  ( $0,001 < 0,05$ ), hubungan sikap masyarakat dengan DBD  $p < \alpha$  ( $0,001 < 0,05$ ), Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan, sikap masyarakat dengan kejadian DBD. Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan informasi, pengetahuan, dan dapat dijadikan sebagai bahan referensi.

Daftar Bacaan : 14 (2003- 2012)

Kata Kunci : Pengetahuan, sikap, Pemberantasan, Penularan.

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Morbiditas berperan dalam penilaian terhadap derajat kesehatan masyarakat. Morbiditas dapat diartikan sebagai angka kesakitan, baik insiden maupun prevalen dari suatu penyakit. Morbiditas menggambarkan kejadian penyakit dalam suatu populasi pada kurun waktu tertentu. Salah satu penyakit berpotensi Kejadian Luar Biasa (KLB)/wabah yang dapat mengakibatkan kematian dan kerugian secara ekonomi adalah Demam Berdarah Dengue (DBD) (Depkes RI, 2009).

*Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) atau Demam berdarah dengue (DBD) disebabkan virus *dengue* merupakan penyakit tropis yang ditularkan antar manusia melalui gigitan nyamuk. Vektor utama DBD adalah nyamuk *Aedes aegypti*, sedangkan vector potensial lainnya adalah *Aedes albopictus*. Infeksi virus dengue meliputi sindrom infeksi viral nonspesifik sampai dengan penyakit berat disertai dengan perdarahan yang berakibat fatal (Radji, 2010).

### Upayaprogram

penanggulangan penyakit DBD yang dilaksanakan sangat banyak tetapi belum optimal karena lebih banyak mempengaruhi penyakit DBD. Angka kematian DBD cenderung menurun walaupun kasus bertambah, hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan kasus cukup efektif di pelayanan kesehatan yang ada tetapi peran serta masyarakat untuk pencegahan penyakit DBD belum ada (Depkes RI, 2006).

Wabah DBD pertama kali terjadi pada tahun 1779-1780 di Asia, Afrika dan Amerika Utara. Sampai saat ini DBD masih menjadi masalah kesehatan utama di dunia terutama di negara tropis. Diperkirakan 2,5 milyar penduduk dunia hidup di daerah endemik virus dengue, dimana sekitar 10 juta kasus demam dengue terjadi setiap tahun dan sebagian besar diantaranya menyebabkan DBD. Angka kematian yang disebabkan oleh kasus DBD lebih dari 5% dan sebagian besar terjadi pada anak-anak dan remaja (Radji, 2010).

Jumlah kasus DBD di Indonesia Berdasarkan usia, kejadiandengue tertinggi tahun 2011 pada usia > 45 tahun (42,9%), tahun 2012 usia 5-15 tahun (44 %) dan tahun 2013 usia 5 – 45 tahun (46,2%). Sedangkan menurut jenis kelamin, lebih sering menyerang perempuan (57,1%) tahun 2011, laki-laki (52%) tahun 2012 dan perempuan (61,5%) tahun 2013. Dilihat dari waktu kejadian, kasus dengue lebih banyak terjadi di bulan Maret (28,6%) tahun 2011, September (44%) tahun 2012 dan Februari (53,8%) tahun 2013. Lalu tempat kejadian tersering pada tahun 2011 di Gebang (57,1%), Masaran dan Sepat (32%) tahun 2012 dan Masaran (61,5%) pada tahun 2013 (Depkes RI 2013).

Di Provinsi Riau, pada tahun 2013 kasus DBD menurun termasuk kasus kematian akibat DBD. Untuk kasus DBD di Riau tahun 2013 tercatat hanya sebesar 18 penderita DBD dari 100 ribu jumlah penduduk. Jumlah tersebut menurun dibandingkan tahun 2011 (54 penderita per 100 ribu jumlah penduduk. Jika dibandingkan dengan

tahun 2012 lalu, naik tipis. Tahun 2012 lalu, Januari-November sebesar 988 kasus. Sedangkan tahun 2013 (Januari-Nopember) tercatat 1.150 kasus. Sejak tahun 2010 jumlah kematian akibat DBD di Riau menurun. Tahun 2010 tercatat mencapai 2,6 persen korban meninggal dari 100 ribu jumlah penduduk, 2011 menurun hanya 2.2 persen , 2012 kembali menurun dan tercatat hanya 1,6 persen dan 2013 hanya 0,7 persen dari 100 ribu jumlah penduduk di Riau(Dinas Kesehatan Provinsi Riau, 2011).

Angka kejadian DBD di Kabupaten Rokan Hulu cukup tinggi.Pada tahun 2011, terdapat 208 kasus DBD dengan jumlah kematian akibat DBD 3 orang.Pada tahun 2012, kejadian DBD menurun menjadi 72 kasus dengan jumlah kematian akibat DBD 1 orang dan pada tahun 2013 meningkat lagi menjadi 158 kasus dengan jumlah kematian akibat DBD sebanyak 1 orang (Dinas Kesehatan Rokan Hulu, 2013)

Banyak faktor yang menyebabkan tingginya kasus DBD, diantaranya adalah kurangnya

pergerakan masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN DBD), kurangnya keterlibatan masyarakat dalam pencegahan penyakit demam berdarah dan kurang aktif petugas dalam menjalankan fungsinya (Depkes RI, 2005).

Survei pendahuluan melalui wawancara langsung dengan masyarakat yang ada di Dusun Tanjung Belit Barat, peneliti menemukan 7 dari 10 masyarakat tidak dapat menyebutkan penyebab dan gejala penyakit DBD dengan benar. Menurut masyarakat, DBD adalah penyakit demam biasa yang tidak dapat menular dan disebabkan oleh gigitan nyamuk. Dari pengamatan peneliti di lapangan, belum ada masyarakat yang melakukan upaya pemberantasan sarang nyamuk di lingkungannya. Hal ini kemungkinan disebabkan masih kurangnya pemahaman masyarakat tentang pelaksanaan P2M DBD.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimanakah pengetahuan dan sikap masyarakat tentang pelaksanaan P2M DBD dengan kejadian DBD di Dusun Tanjung Belit Barat Desa Tanjung Belit wilayah kerja Puskesmas Rambah Kabupaten Rokan Hulu?”

## **C. Tujuan Penelitian**

- 1) Untuk mengetahui pengetahuan dan sikap masyarakat tentang pelaksanaan P2M DBD dengan kejadian DBD di Dusun Tanjung Belit Barat Desa Tanjung Belit wilayah kerja Puskesmas Rambah Kabupaten Rokan Hulu.
- 2) Untuk mengetahui pengetahuan masyarakat tentang pelaksanaan P2M DBD dengan kejadian DBD di Dusun Tanjung Belit Barat Desa Tanjung Belit wilayah kerja Puskesmas Rambah Kabupaten Rokan Hulu.

- 3) Untuk mengetahui sikap masyarakat tentang pelaksanaan P2M DBD dengan kejadian DBD di Dusun Tanjung Belit Barat Desa Tanjung Belit wilayah kerja Puskesmas Rambah Kabupaten Rokan Hulu.
- 4) Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat tentang pelaksanaan P2M DBD dengan kejadian DBD di Dusun Tanjung Belit Barat Desa Tanjung Belit wilayah kerja Puskesmas Rambah Kabupaten Rokan Hulu.

## KAJIAN PUSTAKA

### Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan

telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Cara memperoleh pengetahuan dikelompokkan menjadi dua, yakni:

- 1) Cara tradisional. Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sebelum ditemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis adalah dengan cara non ilmiah, tanpa melalui penelitian. Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini antara lain meliputi:

- a) Cara coba-salah (*Trial and error*). Cara coba-coba dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, apabila kemungkinan tidak berhasil dicoba kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan yang kedua ini gagal maka dicoba kembali dengan kemungkinan ketiga dan apabila kemungkinan ketiga

gagal dapat dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya.

- b) Cara kekuasaan/otoritas. Pengetahuan diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama maupun ahli ilmu pengetahuan. Misalnya kebanyakan orang masih melestarikan tradisi/kebiasaan warisan leluhur seperti selapanan.
- c) Berdasarkan pengalaman pribadi. Hal ini dilakukan dengan cara melakukan kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu, dan diterapkan untuk memecahkan masalah pada saat sekarang.
- d) Melalui jalan pikiran. Dengan cara induksi dan deduksi Induksi yaitu apabila proses pembuatan

keputusan itu melalui pernyataan-pernyataan khusus kepada yang umum. Deduksi apabila pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum kepada yang khusus.

## 2). Cara Modern.

Cara moderndalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut metodologi penelitian atau metode penelitian ilmiah (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan dapat diukur melalui teknik wawancara, penyebaran kuesioner dengan daftar-daftar pertanyaan yang relevan dengan aspek yang akan diukur (Notoatmodjo, 2003).

## Sikap

Konsep tentang sikap telah berkembang dan melahirkan berbagai macam pengertian diantara ahli psikologi (Widiyanta, 2002). Sikap, menurut kamus Besar Bahasa Indonesia, diartikan sebagai kesiapan untuk bertindak. Sedangkan menurut Oxford Advanced Learner Dictionary

(dalam Ramdhani, 2008), sikap merupakan cara menempatkan atau membawa diri, merasakan, jalan pikiran, dan perilaku. Masri, dalam Widiyanta (2002), mendefinisikan sikap sebagai suatu kesediaan dalam menanggapi atau bertindak terhadap sesuatu. Allport, dalam Widayanta (2002), mengartikan sikap sebagai suatu keadaan siap yang dipelajari untuk merespon secara konsisten terhadap objek tertentu yang mengarah pada arah yang mendukung (favorable) dan tidak mendukung (unfavorable).

Azwar, dalam Ananda (2009), menggolongkan definisi sikap ke dalam tiga kerangka pemikiran. Pertama, sikap merupakan suatu bentuk reaksi atau evaluasi perasaan. Dalam hal ini, sikap seseorang terhadap suatu objek tertentu adalah memihak maupun tidak memihak. Kedua, sikap merupakan kesiapan bereaksi terhadap objek tertentu, Ketiga, sikap merupakan konstelasi komponen kognitif, afektif, dan konatif yang salingberinteraksi satu sama lain.

Menurut Allport, sikap merupakan suatu proses yang berlangsung dalam diri seseorang yang didalamnya terdapat pengalaman individu yang akan mengarahkan dan menentukan respon terhadap berbagai objek dan situasi (Sarwono, 2009). Zanna dan Rempel (dalam Voughn & Hoog, 2002) menjelaskan sikap merupakan reaksi evaluatif yang disukai atau tidak disukai terhadap sesuatu atau seseorang, menunjukkan kepercayaan, perasaan, atau kecenderungan perilaku seseorang (Sarwono, 2009). Thurstone (dalam Edwards, 1957), menyatakan bahwa sikap merupakan suatu tingkatan afeksi, baik yang bersifat positif maupun negatif, yang berhubungan dengan objek-objek psikologis. Afeksi yang positif merupakan afeksi yang menyenangkan dan sebaliknya afeksi yang negatif merupakan afeksi yang tidak menyenangkan. Dengan demikian objek dapat menimbulkan berbagai macam sikap, dan berbagai macam tingkatan afeksi pada seseorang (Walgito, 2003).

Dari beberapa pengertian yang telah disebutkan, dapat disimpulkan bahwa sikap merupakan suatu bentuk evaluasi perasaan untuk bereaksi secara bipolar yakni positif maupun negatif terhadap objek tertentu yang dibentuk dari interaksi antara komponen kognitif, afektif, dan konatif.

Banaji dan Heiphetz, dalam Bernstein (2010), menjelaskan tiga komponen sikap yang saling menunjang satu sama lain.

Pertama, komponen kognisi. Komponen kognisi mencakup penerimaan informasi yang ditangkap oleh panca indera, yang kemudian diproses dan dipersepsikan, dibandingkan dengan data / informasi yang telah dimiliki, diklasifikasikan, lalu disimpan dalam ingatan dan digunakan dalam merespon rangsangan. Sarwono dan Meinarno (2009) menambahkan bahwa komponen kognisi berisi pemikiran, ide-ide, maupun pendapat yang berkenaan dengan objek sikap. Pemikiran tersebut meliputi hal-hal yang diketahui individu mengenai

objek sikap, dapat berupa keyakinan atau tanggapan, kesan, atribusi, dan penilaian terhadap objek sikap.

Kedua, komponen afeksi berhubungan dengan perasaan atau emosi individu yang berupa senang atau tidak senang terhadap objek sikap.

Ketiga, komponen konasi yang merujuk kepada kecenderungan tindakan atau respon individu terhadap objek sikap yang berasal dari masa lalu. Respon yang dimaksud dapat berupa tindakan yang dapat diamati dan dapat berupa niat atau intensi untuk melakukan perbuatan tertentu sehubungan dengan objek sikap (Sarwono dan Meinarno, 2009).

Haddock & Maio (2005), menjelaskan bahwa komponen afeksi dan kognisi memegang peranan paling penting dalam pembentukan sikap. Berbeda dengan komponen afeksi dan kognisi, perilaku sebagai komponen sikap yang dapat diamati seringkali menjadi perdebatan para ahli terkait konsistensinya dengan sikap individu.

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama akan membentuk sikap yang utuh (total attitude).



## P2M

Penyakit menular ialah penyakit yang disebabkan oleh *agent* infeksi atau toksinnya, yang berasal dari sumber penularan atau reservoir, yang ditularkan/ ditransmisikan kepada pejamu (host) yang rentan. Penyakit menular (*Communicable Disease*) adalah penyakit yang disebabkan oleh adanya agen penyebab yang mengakibatkan perpindahan atau penularan penyakit dari orang atau hewan yang terinfeksi, kepada orang atau hewan yang rentan (*potential host*), baik secara langsung maupun tidak langsung melalui perantara (*vector*) atau lingkungan hidup

Kejadian Luar Biasa (KLB) ialah kejadian kesakitan atau kematian yang menarik perhatian umum dan mungkin menimbulkan kehebohan/ ketakutan di kalangan masyarakat, atau menurut pengamatan epidemiologik dianggap adanya peningkatan yang berarti (bermakna) dari kejadian kesakitan/ kematian tersebut kepada kelompok penduduk dalam kurun tertentu. Selain itu, KLB

adalah kejadian yang melebihi keadaan biasa, pada satu/ sekelompok masyarakat tertentu atau terjadinya peningkatan frekuensi penderita penyakit, pada populasi tertentu, pada tempat dan musim atau tahun yang sama. Termasuk dalam KLB ialah kejadian kesakitan/ kematian yang disebabkan oleh penyakit-penyakit baik yang menular maupun yang tidak menular dan kejadian bencana alam yang disertai wabah penyakit.

Wabah adalah kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka (U.U. No. 4 tahun 1984 tentang wabah penyakit yang menular). Suatu wabah dapat terbatas pada lingkup kecil tertentu (disebut *outbreak*, yaitu serangan penyakit) lingkup yang lebih luas (epidemi) atau bahkan lingkup global (pandemi). Kejadian atau peristiwa dalam masyarakat atau wilayah dari suatu kasus penyakit tertentu yang

secara nyata melebihi dari jumlah yang diperkirakan

### **Demam Berdarah Dengue (DBD)**

Demam *dengue* (DD) adalah infeksi yang disebarkan oleh nyamuk yang membuat penyakit mirip flu dan kadang dapat terjadi komplikasi kematian yang disebut demam berdarah *dengue* (DBD). Penyakit ini ditemukan di daerah tropis dan sub tropis, terutama pada daerah perkotaan dan area semi urban (WHO, 2009).

Penyakit demam berdarah *dengue* adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang ditandai dengan demam mendadak 2-7 hari tanpa penyebab yang jelas, lemah/lesu, gelisah, nyeri ulu hati, disertai tanda perdarahan di kulit berupa bintik perdarahan (*petechiae*), lebam (*eechymosis*) atau ruam (*purpura*) dan syok (Depkes RI, 2006).

Penyakit demam berdarah disebabkan oleh virus *dengue* yang termasuk dalam genus *flavivirus*. Terdapat 4 serotipe virus *dengue* yaitu

DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEB-4. Infeksi terhadap salah satu diantara serotipe tidak dapat memberikan imunitas silang terhadap keempatnya, sehingga bagi penduduk yang tinggal di daerah endemik kemungkinan akan terinfeksi oleh masing-masing keempat serotipe tersebut dan mempunyai IgG terhadap keempat serotipe virus *dengue* selama hidupnya (Radji, 2010).

Seorang yang dalam darahnya mengandung virus *dengue* merupakan sumber penularan penyakit DBD. Virus *dengue* berada dalam dalam selama 4-7 hari mulai 1-2 hari sebelum demam. Bila penderita tersebut digigit nyamuk penular, maka virus dalam darah akan ikut terisap masuk ke dalam lambung nyamuk. Selanjutnya virus akan memperbanyak diri dan tersebar di berbagai jaringan tubuh nyamuk termasuk di dalam kelenjar air liurnya. Kira-kira satu minggu setelah menghisap darah penderita, nyamuk tersebut siap untuk menularkan kepada orang lain (masa inkubasi ekstrinsik). Virus ini akan tetap berada dalam

tubuh nyamuk sepanjang hidupnya (Depkes RI, 2006).

Disamping cara penularan manusia melalui gigitan nyamuk, transmisi virus dengue juga dapat melalui penularan transovari yaitu proses penularan virus dari nyamuk betina melalui telur nyamuk (Radji, 2010).

## **METODOLOGI PENELITIAN**

Penelitian ini adalah penelitian *deskriptif korelatif* yaitu penelitian yang dilakukan dengan tujuan mengkaji hubungan antara variabel-variabel bertujuan untuk meningkatkan hubungan korelatif antara variabel (Alimul, 2007).

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat yang ada di Tanjung Belit Barat Desa Tanjung Belit wilayah kerja Puskesmas Rambah Kabupaten Rokan Hulu yaitu sebanyak 55 orang.

Sampel merupakan bagian yang diambil dari keseluruhan objek

yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh penelitian (Notoatmodjo, 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah masyarakat yang ada di Dusun Tanjung Belit Barat Desa Tanjung Belit wilayah kerja Puskesmas Rambah Kabupaten Rokan Hulu.

Pengumpulan data pada penelitian ini terdiri dari :

### 1) Pengetahuan.

Data pengetahuan responden dikumpulkan melalui instrumen penelitian berupa kuesioner yang didalamnya terdapat 10 pertanyaan yang berkaitan dengan kejadian DBD dalam pencegahan DBD. Data tersebut dikumpulkan melalui penyebaran kuesioner. Responden yang menjawab benar diberi nilai 1 (satu) dan yang menjawab salah diberi nilai 0 (nol).

### 2) Sikap.

Data sikap dikumpulkan melalui instrumen penelitian berupa kuesioner didalamnya terdapat 10 pertanyaan yang berkaitan dengan sikap

masyarakat dengan kejadian DBD. Data tersebut dikumpulkan melalui penyebaran kuesioner. Sikap diukur dengan skala likert yang terdiri jawaban sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), sangat tidak setuju (STS). Untuk pernyataan yang positif maka skor dari nilai masing-masing jawaban responden adalah SS (3), S (2), TS (1), STS (0). Sebaliknya pernyataan yang negatif maka skor nilainya masing-masing jawaban responden adalah SS (0), S (1), TS (2), STS (3)

### 3) Kejadian DBD.

Data kejadian DBD dikumpulkan melalui instrumen penelitian berupa kuesioner didalamnya terdapat 10 pertanyaan

## Uji Validitas dan Realibilitas

1. Uji Validitas. Uji validitas digunakan untuk mengetahui validitas kuesioner dilakukan dengan membandingkan nilai r

tabel dengan nilai r hitung dengan ketentuan bila r hasil >> r tabel maka pertanyaan valid.

2. Uji Realibilitas. Realibilitas sebenarnya mengacu pada konsistensi atau kepercayaan hasil ukur yang mengandung makna kecermatan pengukuran dalam aplikasinya. Realibilitas ditanyakan koefisien realibilitasnya ( $r_{xy}$ ) yang angkanya berbeda dalam rentang 0-1. Untuk mengetahui koefisien realibilitas ( $r_{xy}$ ) alat ukur dalam penelitian ini digunakan rumus realibilitas alfa (Azwar, 2003). Apabila semua pertanyaan valid semua dilanjutkan dengan uji realibilitas untuk menguji apakah pertanyaan yang diajukan reliabel, caranya dengan membandingkan nilai crounbach alfa dengan nilai stndar yaitu 0,6, bila nilai crounbach alfa > 0,6 maka pertanyaan tersebut reliabel.

Uji validitas dan realibilitas ini dalam penelitian ini direncanakan dilakukan di Dusun Tanjung Belit Barat Desa Tanjung Belit Wilayah Kerja Puskesmas Rambah dengan jumlah responden 35 orang.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan pada tanggal 25-27 Mei 2012 dengan responden sebanyak 55 orang kepala keluarga yang ada di Dusun Pasir Putih Utama Pematang Berangan wilayah kerja Puskesmas Rambah Kabupaten Rokan Hulu. Setelah kuesioner dikumpulkan dan dianalisa, hasilnya disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

### A. Karakteristik Responden

#### 1. Berdasarkan Umur

**Tabel 4.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur**

No	Umur	Jumlah	Persentase (%)
1.	20-29	14	25,5
2.	<b>30-39</b>	<b>35</b>	<b>63,6</b>
3.	40-49	6	10,9
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>100</b>

Dari tabel 4.1 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berumur 30-39 tahun yaitu sebanyak 35 orang (63,6%).

### 2. Berdasarkan Pendidikan

**Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan**

No	Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
1.	SD	17	30,9
2.	<b>SMP</b>	<b>31</b>	<b>56,4</b>
3.	SMA	7	12,7
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>100</b>

Dari tabel 4.2 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMP yaitu sebanyak 31 orang (56,4%).

### B. Pengetahuan Kepala Keluarga (KK) Tentang Demam Berdarah Dengue (DBD).

Hasil penelitian pengetahuan kepala keluarga tentang demam berdarah dengue di Dusun Pasir Putih Utama Pematang Berangan didapatkan hasil yang disajikan dalam bentuk tabel berikut ini.

### 1. Pengetahuan tentang pengertian DBD

**Tabel 4.3** Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang pengertian DBD

No	Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Baik	5	9,1
2.	Cukup	22	40
3.	<b>Kurang</b>	<b>28</b>	<b>50,9</b>
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>100</b>

Dari tabel 4.3 dapat dilihat bahwa pengetahuan responden tentang pengertian DBD sebagian besar adalah kurang yaitu sebanyak 28 orang (50,9%).

### 2. Pengetahuan tentang penyebab DBD

**Tabel 4.4** Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang penyebab DBD

No	Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Baik	18	32,7
2.	Cukup	10	18,2
3.	<b>Kurang</b>	<b>27</b>	<b>49,1</b>
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>100</b>

Dari tabel 4.4 dapat dilihat bahwa pengetahuan responden tentang penyebab DBD sebagian besar adalah kurang yaitu sebanyak 27 orang (49,1%).

### 3. Pengetahuan tentang gejala DBD

**Tabel 4.5** Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang DBD

No	Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Baik	5	9,1
2.	<b>Cukup</b>	<b>31</b>	<b>56,4</b>
3.	Kurang	19	34,5
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>100</b>

Dari tabel 4.5 dapat dilihat bahwa pengetahuan responden tentang gejala DBD sebagian besar adalah cukup yaitu 31 orang (56,4%).

### 4. Pengetahuan tentang cara penularan DBD

**Tabel 4.6** Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang cara penularan DBD

No	Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Baik	14	25,4
2.	<b>Cukup</b>	<b>37</b>	<b>67,3</b>
3.	Kurang	4	7,3
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>100</b>

Dari tabel 4.6 dapat dilihat bahwa pengetahuan responden tentang cara penularan DBD sebagian besar adalah cukup yaitu sebanyak 37 orang (67,3%).

### 5. Pengetahuan tentang pencegahan DBD

**Tabel 4.7** Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang pencegahan DBD

No	Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
1.	<b>Baik</b>	<b>26</b>	<b>47,3</b>
2.	Cukup	19	34,5
3.	Kurang	10	18,2
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>100</b>

Dari tabel 4.7 dapat dilihat bahwa pengetahuan responden tentang pencegahan DBD sebagian besar adalah baik yaitu sebanyak 26 orang (47,3%).

## 6. Pengetahuan tentang DBD

**Tabel 4.8 Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang demam berdarah dengue**

No	Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Baik	11	20
2.	<b>Cukup</b>	<b>32</b>	<b>58,2</b>
3.	Kurang	12	21,8
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>100</b>

Dari tabel 4.8 dapat dilihat bahwa pengetahuan responden tentang demam berdarah dengue sebagian besar adalah cukup yaitu sebanyak 32 orang(58,2%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan kepala keluarga tentang demam berdarah dengue di Dusun Pasir Putih Utama Pematang Berangan wilayah kerja Puskesmas Rambah Kabupaten Rokan Hulusebagian besar adalah cukup yaitu sebanyak 32 orang (58,2%).

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.Karena dari pengalaman dan

penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

Menurut peneliti, cukupnya pengetahuan responden tentang demam berdarah dengue disebabkan karena pendidikan responden yang masih rendah yaitu SMP, sehingga responden tidak dapat menyerap seluruh informasi tentang DBD yang diberikan oleh petugas kesehatan pada saat mengadakan penyuluhan DBD.

Pendidikan memiliki peran yang sangat penting dalam pencapaian kualitas dan pengetahuan seseorang, semakin baik tingkat pendidikan seseorang semakin baik pula seseorang itu akan menyerap informasi dan teknologi(Notoatmodjo, 2003).

Hal lain yang dapat mempengaruhi pengetahuan responden adalah umur responden yang sudah lebih dari 30 tahun, tidak mampu menyerap seluruh informasi yang disampaikan petugas kesehatan. Oleh karena itu diperlukan alat bantu pendidikan yang dapat mempermudah

penerimaan informasi seperti film, poster dan billboard.

Hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Notoatmodjo (2003) bahwa untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat banyak tanpa memandang umur, jenis kelamin dan pendidikan, maka pesan-pesan kesehatan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh masyarakat. Hal ini berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu, maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rosa (2009), yang diperoleh hasil bahwa tingkat pengetahuan masyarakat tentang pencegahan DBD di Kecamatan Gunung Meriah Kabupaten Aceh Singkil mayoritas kurang (59,5%)

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pengetahuan kepala keluarga tentang demam berdarah dengue di Dusun Pasir Putih Utama Pematang Berangan wilayah kerja Puskesmas Rambah Kabupaten Rokan Hulu adalah cukup yaitu sebanyak 32 orang (58,2%)

### **Saran Tindak Lanjut**

- 1) Bagi Kepala Keluarga.** Diharapkan lebih proaktif dalam mencari tahu tentang demam berdarah sehingga kepala keluarga mempunyai motivasi yang baik dalam hal penanggulangan demam berdarah.
- 2) Bagi Pemegang Program DBD.** Diharapkan dapat meningkatkan intensitas penyuluhan tentang demam berdarah, baik secara langsung maupun dengan menyebarkan poster demam berdarah di fasilitas umum masyarakat atau dengan cara pemutaran dokumenter demam



berdarah agar masyarakat lebih cepat menyerap informasi yang ingin disampaikan.

### 3) Bagi Peneliti Selanjutnya.

Diharapkan untuk dapat mengadakan penelitian lebih dalam lagi tentang kejadian demam berdarah di Dusun Pasir Putih Utama Pematang Berangan

### DAFTAR PUSTAKA

Anton. S, (2008). *Hubungan Perilaku Tentang Pemberantasan Sarang Nyamuk dan Kebiasaan Keluarga Dengan Kejadian DBD di Kecamatan Medan Perjuangan Kota Medan*. Diperoleh tanggal 23 Juli 2012.

Budiarto, Eko (2002), *Biostatistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC.

Budioro, (2002). *Pengantar Pendidikan (penyuluhan kesehatan) Masyarakat*. BP. Undip Semarang.

Dewi M, A. Wawan, (2010). *Pengetahuan, sikap dan perilaku manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Dinas Kesehatan Provinsi Riau, (2009), *Profil kesehatan provinsi Riau*, Pekanbaru.

Hastono, Sutanto Priyo dan Luknis Sabri, (2010). *Statistik Kesehatan*, Jakarta : Rajawali Pers.

Hidayat, A.A(2008). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data* . Jakarta: Salemba Medika

Hidayat, A.A(2007). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah* . Jakarta: Salemba Medika.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta

Nursalam (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

STIKes TT (2014). *Panduan Penulisan Laporan Tugas Akhir*: Bangkinang.

Satari, Meliasari, (2009). *Demam Berdarah Perawatan di Rumah dan Rumah Sakit*. Puspa Swarna . Jakarta.

Suliswati, (2002). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC