

**PUBLICIZE MANUSCRIPT
NASKAH PUBLIKASI**

**THE RELATIONS BETWEEN KNOWLEDGE OF DENGUE FEVER
AND 3 M BEHAVIOUR ON FAMILIES IN BANGUNTAPAN
BANTUL YOGYAKARTA**

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN TENTANG
DEMAM BERDARAH *DENGUE* DENGAN PERILAKU 3M
PADA KELUARGA DI KELURAHAN BANGUNTAPAN
BANTUL YOGYAKARTA**

Lalu Haeruman Asgar, Yuli Isnaeni



Disusun Oleh :

LALU HAERUMAN ASGAR

NIM 070201060

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
2009**

HALAMAN PERSETUJUAN

HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN TENTANG DEMAM BERDARAH *DENGUE* DENGAN PERILAKU 3M PADA KELUARGA DI KELURAHAN BANGUNTAPAN BANTUL YOGYAKARTA 2009

NASKAH PUBLIKASI

Disusun oleh :

LALU HAERUMAN ASGAR

NIM 070201060


Telah Memenuhi Persyaratan dan Disetujui Untuk Mengikuti
Ujian Skripsi Program Pendidikan Ners-Program Studi Ilmu Keperawatan
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah
Yogyakarta



Oleh :

Pembimbing : Yuli Isnaeni, M.Kep., Sp.Kom.

Tanggal : 20 Mei 2009

Tanda tangan : 

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji Syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis atas kekuatan, semangat, ketekunan, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan judul ” **Hubungan Antara Pengetahuan Tentang Demam Berdarah *Dengue* Dengan Perilaku 3M Pada Keluarga Di Kelurahan Banguntapan Bantul Yogyakarta 2009**”.

Keberhasilan pembuatan penelitian ini tidak lepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Prof. Dr. dr. Wasilah Rohmah, Sp.PD., K(Ger), selaku Ketua STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
2. Ery Khusnal, MNS, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
3. Yuli Isnaeni, M.Kep., Sp.Kom yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dalam pembuatan skripsi ini.
4. Lutfi Nurdian A., S.Kep. Ns selaku penguji yang telah memberikan koreksi masukan pada skripsi ini.
5. Dosen-dosen yang telah mengajarkan ilmu kepada penulis.
6. Seluruh karyawan STIKES 'Aisyiyah.
7. Kepala Desa Banguntapan, Bantul, Yogyakarta, yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan study pendahuluan dari penelitian ini.
8. Kepala Dukuh Jaranan Banguntapan, Ketua RT Jaranan Banguntapan, warga Jaranan Banguntapan Bantul Yogyakarta.
9. Responden yang telah banyak membantu dalam penelitian ini.
10. Pihak lain yang belum tersebut yang telah ikut membantu penulis menyelesaikan penyusunan skripsi ini.

Semoga bantuan dan dukungan yang telah diberikan menjadi amal sholeh dan mendapat balasan kebaikan dari Allah SWT.

Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan dapat menambah khasanah ilmiah pengetahuan. Masih banyak hal yang harus dibenahi, penulis berharap semoga pembaca mau memberi saran dan masukan yang bisa menjadi koreksi dan perbaikan.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Yogyakarta, Mei 2009

Penulis



STIKES
Aisyiyah
YOGYAKARTA

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN TENTANG
DEMAM BERDARAH *DENGUE* DENGAN PERILAKU 3M PADA
KELUARGA DI KELURAHAN BANGUNTAPAN
BANTUL YOGYAKARTA¹
Lalu Haeruman Asgar², Yuli Isnaeni³**

INTISARI

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan sebuah penyakit endemis yang jika tidak tertangani akan berakibat fatal pada penderitanya berupa perdarahan, demam, dehidrasi yang kemudian akan berakibat pada kematian. Penyakit DBD adalah penyakit infeksi oleh virus *Dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes*. Angka kejadian DBD di Asia Tenggara 500.000 kasus tiap tahun, di Indonesia 39.938 kejadian tiap tahun dengan angka kematian 1,3%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang demam berdarah *dengue* (DBD) dengan perilaku 3M pada keluarga di Kelurahan Banguntapan Bantul Yogyakarta.

Desain penelitian ini adalah non-eksperimental, menggunakan metode deskriptif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner. Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Banguntapan Bantul Yogyakarta dengan jumlah sampel 99 kepala keluarga yang di ambil dengan metode *accidental sampling*. Pelaksanaan penelitian ini dilakukan mulai tanggal 24-31 Maret 2009.

Hasil uji *Kendal Tau* didapatkan nilai signifikansi z hitung lebih besar dari nilai z tabel yaitu 0,203 dan nilai $p = 0,035$ lebih kecil dari 0,05. Kesimpulan penelitian pada penelitian ini adalah ada hubungan antara pengetahuan tentang demam berdarah *dengue* dengan perilaku 3M pada keluarga di Kelurahan Banguntapan Bantul Yogyakarta. Saran penelitian untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang DBD dan menerapkan perilaku 3M pada masyarakat.

Kata kunci : Demam Berdarah *Dengue* (DBD), Pengetahuan, Perilaku 3M
Kepustakaan : 13 Buku (1995-2008), 6 Jurnal (2005-2008)
Jumlah halaman : xiv, 70 halaman 2 gambar, 5 tabel, 12 lampiran

-
1. Judul Skripsi
 2. Mahasiswa Program Pendidikan Ners-Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta
 3. Dosen Program Pendidikan Ners-Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

**THE RELATIONS BETWEEN KNOWLEDGE OF DENGUE FEVER
AND 3 M BEHAVIOUR ON FAMILIES IN BANGUNTAPAN
BANTUL YOGYAKARTA¹**

Lalu Haeruman Asgar², Yuli Isnaeni³

ABSTRACT

Dengue fever is an endemic disease which, if not handled well, will cause fatal incidents to the sufferers such as bleeding, fever, dehydration, or even death. Dengue fever is a disease infected by dengue virus carried by aedes mosquitoes. The number of occurrences of dengue fever in South East Asia reaches 500.000 cases annually, and in Indonesia alone, the number reaches 39.938 occurrences each year with the death rate of 1.3%. This research aims to investigate the relation between the knowledge of dengue fever with the 3M behaviour of families in Banguntapan, Bantul, Yogyakarta.

The research design is non-experimental using descriptive method with cross sectional approach. The data was collected using questionnaires. The research was conducted in Banguntapan, Bantul, Yogyakarta on 24-31 March 2009 with the number of respondents of 99 families chosen by accidental sampling.

The results of Kendal Tau test showed significant value of z calculation higher than value z table that is 0,203 and $p = 0.035$ smaller than 0.05. The conclusion of this research is that there is a relation between the knowledge of dengue fever with the 3M behaviour of families in Banguntapan, Bantul, Yogyakarta. The suggestions of this study is to improve the society's knowledge on dengue fever and implement the 3 M behaviour of the society.

Key words : dengue fever, knowledge, 3M behaviour
References : 13 books (1995 – 2008), 6 journal articles (2005 – 2008)
Number of pages : xiv, 70 pages, 2 figures, 5 tables, 12 appendices

¹ Title of course work project

² Student of Nurse Education Program of Nursing Department STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

³ Lecturer of Nurse Education Program of Nursing Department STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

PENDAHULUAN

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) sudah menjadi permasalahan global utama dan diperkirakan akan semakin meningkat pada masa mendatang karena beberapa faktor yang mempengaruhi antara lain nyamuk, manusia, virus, lingkungan dan sistem pemberantasan yang lemah menyangkut komitmen politik, sosial, dan ekonomi. Endemisitas DBD saat ini lebih dari 100 negara, tepatnya 102 negara dari lima wilayah Negara WHO yaitu 20 negara di Afrika, 42 negara di Amerika, tujuh Negara di Asia Tenggara, empat Negara di Mediterania Timur dan 29 negara di Pasifik Barat. Asia Tenggara dan Pasifik Barat merupakan wilayah yang paling banyak terserang DBD (Depkes RI, 2003).

Serangan penyakit DBD yang pertama kali tercatat terjadi di Queensland, selatan Australia pada tahun 1897 (Depkes RI, 2003). Kantor regional Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) di Asia Tenggara memperkirakan bahwa setiap tahun terdapat sekitar 50-100 juta kasus demam berdarah *dengue* (DBD) dan tidak kurang dari 500.000 kasus DBD memerlukan perawatan di rumah sakit. Dalam kurun waktu 10-25 tahun ini DBD merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian anak di Asia Tenggara (Stefanus, 2006).

Demam Berdarah *Dengue* selanjutnya disingkat DBD, di Indonesia pertama kali dicurigai di Surabaya pada tahun 1968, tetapi konfirmasi virologis baru diperoleh pada tahun 1970 (Sumarmo, 2005), selanjutnya kasus DBD dilaporkan diseluruh Indonesia dan jumlah memperlihatkan kenaikan yang tajam dalam waktu yang singkat. Tahun 1968-1972 wabah hanya dilaporkan di Jawa, epidemi di luar Jawa dilaporkan di Sumatra Barat dan Lampung, Riau, Sulawesi Utara dan Bali, Kalimantan Selatan dan Nusa Tenggara Barat (Sumarmo, 2005). DBD bukannya terkendali tetapi semakin mewabah meskipun sudah lebih dari 35 tahun berada di Indonesia. Bulan Januari sampai 17 Maret 2004, kejadian luar biasa (KLB) DBD di Indonesia telah menyerang 39.938 orang dengan angka kematian 1,3%.

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) mulai terjangkit penyakit DBD pada tahun 1970 dengan 41 penderita dan 5 orang diantaranya meninggal, sehingga pada tahun 1986 dilaporkan bahwa Kotamadya Yogyakarta merupakan daerah endemis DHF (Prakitri, 1999). Kasus DBD di kabupaten Bantul antara tahun 1986-1995 sebesar 2.366 kasus dan 73% diantaranya menimpa antara kelompok umur 5-15 tahun (Piscianti, 1999). Tahun 2006 kabupaten Bantul yang termasuk wilayah dari DIY merupakan daerah dengan KLB DBD dengan total kejadian kasus 208 pada tahun 2005 dan meningkat menjadi 488 kasus pada tahun 2006. Dari 17 kecamatan yang ada di daerah Bantul, Yogyakarta Kecamatan Banguntapan merupakan daerah yang mempunyai angka kejadian tertinggi dari kecamatan lainnya yaitu dengan 129 kasus DBD. (Pemerintah Daerah Kabupaten Bantul, 2006).

Vektor utama penyakit DBD di Indonesia adalah nyamuk *Aedes aegypti*. Tempat yang disukai sebagai tempat perindukannya adalah genangan air yang terdapat dalam wadah (kontainer) tempat penampungan air artifisial misalnya drum, bak mandi, gentong, ember, dan sebagainya tempat penampungan air alamiah misalnya lubang pohon, daun pisang, pelepah daun keladi, lubang batu, ataupun bukan tempat penampungan air misalnya vas bunga, ban bekas, botol bekas, tempat minum burung dan sebagainya (Soegijanto, 2004).

Hasil survei Departemen Kesehatan RI di 9 kota besar di Indonesia pada tahun 1986-1987 menunjukkan bahwa satu diantara tiga rumah maupun tempat umum ditempati jentik nyamuk *Aedes*. Disamping itu, pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat tentang pencegahan penyakit DBD pada umumnya sangat kurang (Ditjen PPM&PL, 1992).

Tindakan pembersihan sarang nyamuk meliputi tindakan : menguras air kontainer secara teratur seminggu sekali, menutup rapat kontainer air bersih, dan mengubur kontainer bekas seperti kaleng bekas, gelas plastik, barang bekas lainnya yang dapat menampung air hujan sehingga menjadi sarang nyamuk (dikenal dengan istilah tindakan '3M'). Tindakan lain yang

dilakukan adalah tindakan abatisasi atau menaburkan butiran temephos (abate) ke dalam tempat penampungan air bersih dengan dosis 1ppm atau 1 gram temephos SG dalam 1 liter air yang mempunyai efek residu sampai 3 bulan (Fathi, 2004).

Cara yang tepat dalam pemberantasan penyakit DBD adalah melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui gerakan 3M yaitu : menguras secara teratur seminggu sekali atau menaburkan abate ke tempat penampungan air bersih, menutup rapat-rapat penampungan air, mengubur atau menyingkirkan kaleng-kaleng bekas, plastik dan barang bekas lainnya yang dapat menampung air hujan. Gerakan 3M sudah dicanangkan oleh Presiden secara resmi sebagai gerakan nasional pada tanggal 24 April 1998 (Viati, 2001).

Pokok-pokok kegiatan 3M meliputi : penyuluhan intensip melalui media seperti TV, radio, surat kabar, penyuluhan kader-kader di desa termasuk kader dasawisma, tokoh-tokoh agama, kerja bakti secara serentak untuk membersihkan lingkungan setiap minggu di rumah, sekolah dan tempat-tempat umum lainnya, kunjungan ke rumah-rumah untuk memeriksa jentik di tempat-tempat yang dapat menjadi perindukan nyamuk (Viati, 2001).

Penulis melakukan studi pendahuluan dengan melihat data kejadian DBD di daerah Bantul tepatnya di desa Banguntapan untuk mengetahui angka kejadian BDB pada 6 bulan terakhir. Terdapat peningkatan kejadian kasus DBD yaitu 66 kasus pada periode satu tahun yaitu pada tahun 2007 dan 45 kasus hanya dalam periode 6 bulan (Januari-Juli) pada tahun 2008 dan setelah penulis melakukan observasi langsung ke daerah setempat penulis menemukan banyaknya kaleng-kaleng bekas yang terdapat di lingkungan sekitarnya hal ini menunjukkan kurangnya kepedulian masyarakat terhadap lingkungan, sehingga peneliti tertarik untuk meneliti tentang bagaimana ”Hubungan antara pengetahuan tentang DBD dengan perilaku 3M pada keluarga di Kelurahan Banguntapan Bantul Yogyakarta 2009 ?”

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian non-eksperimental, menggunakan desain deskriptif analitik yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk menggambarkan hubungan tentang suatu keadaan secara objektif dan digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang (Notoatmodjo, 2005).

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini dengan pendekatan *cross sectional*, dimana variabel sebab (*independent variable*) dan variabel akibat (*dependent variable*) yang terjadi pada objek penelitian diukur dan dikumpulkan secara simultan, sesaat atau satu kali saja dalam satu kali waktu atau dalam waktu yang bersamaan (Setiadi, 2007).

Variabel Penelitian

1. Variabel bebas (*independent*) : Pengetahuan keluarga tentang DBD
2. Variabel terikat (*dependent*) : Perilaku 3M pada keluarga
3. Variabel pengganggu : Kepercayaan, sikap, sumber daya, kebudayaan dan orang yang dianggap penting. Dalam hal ini variabel pengganggu tidak dikendalikan.

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk penelitian dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2005). Populasi dalam penelitian ini adalah semua warga masyarakat di Kelurahan Banguntapan Bantul pada saat dilakukan studi pendahuluan oleh peneliti berjumlah 8538 kepala keluarga. Subyek penelitian ini adalah kepala keluarga atau orang yang bertanggung jawab dalam keluarga tersebut, karena kepala keluarga adalah orang yang memegang kebijakan yang mempengaruhi keputusan dan perilaku dalam keluarga.

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2005). Metode yang digunakan adalah teknik *Non Probability Sampling* dengan *Accidental sampling* yaitu pengambilan sampel yang didasarkan pada pengambilan responden yang telah tersedia (Notoatmodjo, 2005).

Instrument penelitian yang digunakan adalah kuesioner tertutup yaitu pertanyaan yang sudah disediakan jawabannya sehingga responden tinggal memilih sesuai pengetahuannya (Arikunto, 2006).

Kuesioner yang digunakan terdiri dari tiga bagian yaitu :

a. Kuesioner data identitas responden

Kuesioner ini digunakan untuk mengetahui data identitas responden yang meliputi : umur, tingkat pendidikan, status ekonomi.

b. Kuesioner pengetahuan masyarakat

Instrument untuk menilai pengetahuan masyarakat di Kelurahan Banguntapan Yogyakarta menggunakan kuesioner, terdiri dari 10 item dengan skala ordinal yaitu rendah (1), sedang (2), dan tinggi (3). Dengan prosentase rendah = < 56, sedang = 56-75, dan tinggi = 76-100%.

c. Kuesioner perilaku masyarakat

Instrument untuk menilai perilaku masyarakat di Kelurahan Banguntapan Yogyakarta menggunakan lembar kuisisioner terdiri dari 11 item pertanyaan dengan skala ordinal yaitu baik dengan prosentase 50-100%, kurang baik dengan prosentase <50%.

Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk mengukur pengetahuan masyarakat dan perilaku masyarakat adalah dengan lembar kuesioner dan lembar observasi dimana lembar kuesioner dibagikan langsung kepada responden di Kelurahan Banguntapan Bantul Yogyakarta yang telah memenuhi kriteria subjek penelitian dan telah menyatakan diri

bersedia menjadi responden dengan mengisi lembar persetujuan. Responden mengisi kuesioner untuk diisi sesuai petunjuk dengan memberi tanda check list (√) pada kolom yang telah disediakan. Lembar kuesioner yang sudah diisi oleh responden dikembalikan maksimal satu minggu sejak diberikan yaitu tanggal 24-31 Maret 2009.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini mengambil lokasi di Kelurahan Banguntapan, Kecamatan Banguntapan, Yogyakarta. Wilayah Kelurahan Banguntapan ini memiliki luas 2.534.387 Ha dan terdiri dari 48 Rukun Warga (RW), kemudian terdiri dari 195 Rukun Tetangga (RT). Jumlah penduduknya ada 30.038 orang yang terdiri dari 15.038 berjenis kelamin laki-laki dan 15.299 berjenis kelamin perempuan. Sedangkan untuk jumlah Kepala Keluarganya (KK) terdapat 8538 KK.

KARAKTERISTIK RESPONDEN

Berdasarkan table 4.1 di atas, responden laki-laki berjumlah 73 orang (73,6%) dan responden perempuan berjumlah 26 orang (26,3%). Usia responden terbanyak yaitu 27-39 tahun berjumlah 39 orang (39,3%) sedangkan usia yang paling sedikit jumlahnya yaitu 66-78 tahun berjumlah 1 orang (1,0%). Tingkat pendidikan yang paling sedikit yaitu perguruan tinggi berjumlah 9 orang (9,1%) sedangkan tingkat pendidikan yang paling banyak adalah SLTP berjumlah 27 orang (27,3%). Pekerjaan responden yang paling banyak yaitu lain-lain yang terdiri dari wiraswasta dan ibu rumah tangga (IRT) berjumlah 78 orang (78,8%) sedangkan pekerjaan yang paling sedikit yaitu TNI/Polri berjumlah 1 orang (1,0%).

TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA

Berdasarkan table 4.2 tentang distribusi tingkat pengetahuan keluarga tentang DBD di Kelurahan Banguntapan Bantul Yogyakarta sebagian besar pada tingkat rendah yaitu berjumlah 56 orang (56,6%) sedangkan sebagian kecil memiliki pengetahuan tinggi yaitu berjumlah 21 orang (21,2%). Pertanyaan-pertanyaan dalam Kuesioner yang banyak salah dijawab oleh responden adalah tentang penyebab DBD, tempat berkembang biak nyamuk, survei jentik, jenis nyamuk, sehingga pengetahuan keluarga tentang DBD di Kelurahan Banguntapan termasuk dalam kategori rendah.

PERILAKU 3 M PADA KELUARGA

Berdasarkan tabel 4.3 tentang distribusi perilaku 3M pada keluarga di Kelurahan Banguntapan menunjukkan bahwa sikap sebagian besar keluarga pada Kelurahan Banguntapan kurang baik yaitu sebanyak 62 orang (62,6%). Perilaku 3M sebagian kecil keluarga Banguntapan baik yaitu sebanyak 37 orang (37,4%)

Hubungan Pengetahuan Tentang DBD dengan Perilaku 3M Pada Keluarga di Kelurahan Banguntapan

Berdasarkan tabel 4.4 tentang hubungan antara pengetahuan tentang DBD dengan perilaku 3M pada keluarga di Kelurahan Banguntapan diperoleh perilaku kurang baik sebanyak 40 orang (71,4%) dan perilaku baik sebanyak 16 orang (28,6%) pada keluarga dengan tingkat pengetahuan rendah. Perilaku kurang baik sebanyak 10 orang (47,6%) dan perilaku baik sebanyak 11 orang (52,4%) pada keluarga dengan pengetahuan tinggi.

Analisis Hubungan Pengetahuan Tentang DBD dengan Perilaku 3M Pada Keluarga di Kelurahan Banguntapan Bantul Yogyakarta

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat hasil analisis data tentang hubungan antara pengetahuan tentang DBD terhadap perilaku 3M pada keluarga di Kelurahan Banguntapan menggunakan Kendal Tau diperoleh nilai $p = 0,035$ dan r hitung yaitu $0,203$. H_0 diterima jika $P < 0,05$ atau r hitung $> r$ tabel. Nilai r tabel jika jumlah sampel 99 orang dengan tingkat kepercayaan 95% atau tingkat kesalahan 5% yaitu $0,1946$, maka ada hubungan antara pengetahuan tentang DBD dengan perilaku 3M pada keluarga di Kelurahan Banguntapan dengan tingkat kemaknaan rendah yaitu nilai koefisien korelasi (r) = $0,203$ yang berada pada interval $0,20 - 0,399$ (Sugiyono, 2005).

PEMBAHASAN

Kelurahan Banguntapan merupakan salah satu Kelurahan di Kabupaten Bantul yang letaknya berbatasan dengan wilayah kota Yogyakarta. Lingkungan Kelurahan di Banguntapan sudah relatif bersih, namun masih terlihat oleh peneliti pada saat melakukan survey langsung ada kaleng bekas dan ban bekas yang sudah tidak terpakai berada di sekitar rumah warga, serta banyak selokan-selokan yang ada di tengah pemukiman warga. Jika kaleng tidak dikubur, ban tidak dikubur, selokan menggenang akan menjadi sarang nyamuk *Aedes Aegypti*, sehingga berpotensi untuk menyebabkan terjadinya penyakit DBD. Faktor lingkungan termasuk di dalamnya, lingkungan fisik, biologi, sosial, budaya, ekonomi, hukum dan politik, mempunyai pengaruh 45% terhadap derajat kesehatan masyarakat (Depkes Jabar, 2006).

Hasil penelitian menunjukkan tingkat pengetahuan keluarga tentang DBD di Kelurahan Banguntapan Bantul sebagian besar rendah yaitu sebesar 56,6%. Penyebab rendahnya pengetahuan keluarga tentang DBD di Kelurahan Banguntapan Bantul dipengaruhi oleh berbagai faktor. Pengetahuan keluarga tentang DBD rendah bisa disebabkan karena kurangnya sosialisasi

dari petugas kesehatan di Kelurahan Banguntapan atau karena kurangnya peran serta dari keluarga.

Perilaku 3M pada keluarga di Kelurahan Banguntapan Bantul sebagian besar kurang baik, yaitu sebesar 62,6%. Perilaku berpengaruh sebesar 30% terhadap derajat kesehatan masyarakat (Depkes Jabar, 2006). Kurang baiknya perilaku 3M pada keluarga di Kelurahan Banguntapan dipengaruhi oleh beberapa faktor, karena kurangnya pengetahuan keluarga tentang DBD serta cara pencegahannya, kesadaran atau sikap keluarga yang kurang peduli terhadap lingkungan, fasilitas penunjang untuk meningkatkan derajat kesehatan dan belum adanya *role model* yang bisa dijadikan sebagai contoh.

Pengetahuan merupakan salah satu aspek yang bisa mempengaruhi perilaku seseorang. Perilaku merupakan semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003). Perilaku yang tidak dapat diamati oleh orang lain disebut sebagai perilaku tertutup. Perilaku ini terjadi jika seseorang menutup diri atau tidak suka bersosialisasi dengan orang lain. Perilaku yang bisa diamati orang lain disebut sebagai perilaku terbuka. Orang yang berperilaku terbuka cenderung untuk bersikap terbuka dengan orang lain dan suka bersosialisasi dengan orang lain.

Hasil uji menggunakan *Kendal Tau* untuk mengetahui hubungan pengetahuan tentang DBD terhadap perilaku 3M keluarga di Kelurahan Banguntapan menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan tentang DBD dengan perilaku 3M pada keluarga di Kelurahan Banguntapan. Perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku adalah pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

Hasil analisis menunjukkan pada keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan rendah perilaku 3M yang kurang baik sebesar 71,4% dan yang baik sebesar 26,6% sedangkan pada keluarga dengan tingkat pengetahuan

tinggi perilaku 3M yang kurang baik 47,6% dan yang perilaku baik sebesar 52,4%. Keluarga dengan tingkat pengetahuan rendah memiliki prosentase perilaku kurang baik yang lebih tinggi dari pada keluarga dengan pengetahuan tinggi.

Hasil uji analisis variabel bebas dan variabel terikat pada penelitian ini menunjukkan nilai $p = 0,035$, $p < 0,05$ dan r hitung yaitu $0,203$, r hitung ini $> r$ tabel ($0,1946$) sehingga H_0 diterima atau ada hubungan antara pengetahuan keluarga tentang DBD dengan perilaku 3M. Berdasarkan nilai korelasi menurut Sugiyono (2005) bahwa hasil nilai koefisien korelasi ($r = 0,203$) berada pada korelasi tingkat rendah.

Hasil korelasi bersifat positif yaitu $0,203$. Hal ini dapat diinterpretasikan bahwa hubungan antara pengetahuan tentang DBD dengan perilaku 3M pada keluarga di Kelurahan Banguntapan mempunyai hubungan yang signifikan, sehingga hipotesis semakin tinggi keluarga memiliki pengetahuan yang baik dan cukup tentang DBD maka akan cenderung memiliki perilaku 3M yang baik, sebaliknya keluarga yang memiliki pengetahuan yang rendah tentang penyakit DBD akan cenderung memiliki perilaku 3M yang kurang baik.

Tingkat pengetahuan keluarga tentang DBD dapat mempengaruhi keluarga untuk berperilaku 3M yang baik. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang diantaranya adalah tingkat pendidikan, informasi, budaya, pengalaman, sosial ekonomi. Dari beberapa faktor tadi ternyata hampir semua ada pada masyarakat di Kelurahan Banguntapan. Untuk tingkat pendidikan sebagian besar hanya tamat sampai SMP (60 %), informasi dari para kader kesehatan juga kurang, untuk faktor pengalaman atau usia rata-rata usia kurang dari 40 tahun (55 %), sedangkan untuk sosial ekonomi sebagian besar tidak mempunyai pekerjaan tetap (78%).

Dalam kasus ini pengetahuan keluarga mengenai hal-hal yang berhubungan dengan DBD dan perilaku 3 M juga dipengaruhi faktor-faktor yang lain diantaranya :

- 1) Faktor individu yang berupa motivasi keluarga karena motivasi merupakan kekuatan atau dorongan yang sangat penting mengaktifkan individu berubah. Sependapat dengan Azwar (1997) bahwa masyarakat yang memiliki motivasi tinggi pemahamannya akan berbeda dengan masyarakat yang tingkat pemahaman rendah. Keinginan yang harus dipenuhi akan mendorong individu untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku.
- 2) Persepsi keluarga terhadap kesehatan yaitu bahwa sehat itu segala-galanya, dengan sehat bisa melakukan aktivitas dan mencegah itu lebih baik daripada mengobati.

Keterbatasan Penelitian

- a. Keterbatasan penelitian ini adalah metode pengambilan data untuk variabel perilaku 3M hanya menggunakan kuesioner, sehingga perilaku masyarakat tidak dapat diprediksi menggunakan Kuesioner, seharusnya dengan observasi langsung.
- b. Keterbatasan lainnya adalah karena pada penelitian ini beberapa list pertanyaan yang sudah dibuat peneliti untuk mengukur tingkat pengetahuan dan perilaku 3M yang seharusnya signifikan untuk mengukur tingkat pengetahuan dan perilaku 3M, walaupun sudah dilakukan uji validitas tetapi ada sebagian pertanyaan yang tidak mewakili pertanyaan tentang pengetahuan dan perilaku 3M pada masyarakat.
- c. Ada beberapa subyek penelitian yang tidak sesuai dengan karakteristik responden yang dibuat penulis diantaranya pengisian kuesioner dilakukan oleh anak bukan oleh kepala keluarga sebagai subyek penelitian.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kelurahan Banguntapan Bantul dan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya, maka peneliti dapat menarik kesimpulan penelitian sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan tentang DBD pada keluarga di Kelurahan Banguntapan mempunyai kategori yang bervariasi yaitu 56,6 % tingkat rendah, 22,2 % tingkat sedang, 21,2 % tingkat tinggi.
2. Perilaku 3M keluarga di Kelurahan Banguntapan sebagian besar berada pada kategori kurang baik (62,6 %), dan sebagian kecil berkategori baik (37,4 %).
3. Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang DBD dengan perilaku 3M pada keluarga di Kelurahan Banguntapan Bantul Yogyakarta dengan tingkat korelasi rendah ($r = 0,203$). Hubungan tersebut bersifat positif yaitu apabila tingkat pengetahuan itu tinggi maka perilaku 3 M juga baik, atau sebaliknya apabila tingkat pengetahuan rendah maka perilaku 3 M juga tidak baik.

Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Perlu dilakukan peningkatan pembelajaran tentang ilmu keperawatan komunitas khususnya pendidikan kesehatan sebagai upaya preventif terhadap kejadian DBD dimasyarakat.

2. Bagi Masyarakat

Perlu adanya upaya-upaya peningkatan pengetahuan dengan mengikuti penyuluhan kesehatan ataupun mengadakan kegiatan rutin khusus membahas tentang permasalahan kesehatan yang sedang terjadi, secara rutin mengadakan kebersihan lingkungan bersama guna pemberantasan sarang nyamuk terutama dengan menerapkan perilaku 3M, serta

membentuk kelompok kerja yang terdiri dari kader-kader kesehatan beserta juru pemantau jentik untuk penanggulangan penyakit DBD

3. Bagi Pemerintah

- a) Diharapkan memberikan fasilitas pendukung untuk peningkatan pengetahuan masyarakat seperti secara berkala mengadakan penyuluhan kesehatan, pembagian pamflet, leaflet, serta demonstrasi tentang perilaku 3M serta tata cara pemberantasan sarang nyamuk (PSN).
- b) Diharapkan pembentukan, pelatihan dan penyegaran kader kesehatan secara berkala.
- c) Diharapkan memberikan motivasi dan penghargaan terhadap warga yang melakukan perilaku 3 M yang baik secara berkala.

4. Bagi Peneliti Lain

Peneliti lain diharapkan untuk dapat melakukan penelitian yang lebih spesifik tentang faktor-faktor lain yang mempengaruhi perilaku 3M serta memperbaiki kuesioner yang sudah divaliditas dengan menggunakan observasi langsung.



DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, (1998). *Prosedur dan Penelitian Suatu Pendekatan Peraktek*, Edisi IV, Rineka Cipta, Jakarta.
- Bandyopadhyay, Shibani., Lum, Lucy., Kroager, Axel, (2006). *Classifying Dengue: a Review of The Difficulties in Using The WHO Case Classification for Dengue Haemorrhagic Fever*. Blackwell Publishing Ltd. Diakses September 2008, dari <http://pt.wkhealth.com/pt/re/tmih/abstract.0006077120060800000011.htm;jsessionid=JhVRwQtLFG0JMjM52n0TG7nbRpRwcyRbSGyS9F7X5Tlgdg51v!1031399950!181195629!8091!-1>
- Chaturvedi, Umes C., Nagar, Rachna, Shrivastava, Richa, (2006). *Dengue and Dengue Haemorrhagic fever of Host Genetics*. Departemen of Microbiology, K.G. Medical University, Lucknow, India. Diakses September 2008, dari <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118583283/abstract>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, (2003). *Indikator Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat*. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1202/Menkes/SK/VIII/2003. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Modul Pelatihan Bagi Pengelola Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, (2008). *Data Penyakit Demam Berdarah DB4MK Kabupaten Bantul Tahun 2008*. Dinkes Kabupaten Bantul, Yogyakarta
- Dit. Jen. PPM dan PLP Dep. Kes. RI., (1995). *Data Kasus DBD per Bulan Provinsi tahun 1993 sampai dengan tanggal 9 Mei 1995*
- Djunaidi, Djoni. (2006). *Demam Berdarah Dengue (DBD): Epidemiologi, Imunopatologi, Patogenesis, Diagnosis, dan Penetalaksanaannya*. Malang: UMM Press.
- Ekalaya, Indra. (2003). *Pemberantasan Vektor DBD di Indonesia* diakses 16 Mei 2009 dari <http://www.usudigitallibrari.ac.id>
- Fathi., Soedjajadi, K., dan Chatarina, U.W, (2004). *Peran Faktor Lingkungan dan Perilaku Terhadap Penularan Demam Berdarah Dengue di Kota Mataram*. Diakses Desember 2008, dari <http://www.journal.unair.ac.id/filerPDF/KESLING-2-1-01.pdf>

- Ginanjar, Genis. (2008). *Apa Yang Dokter Anda Katakan Tentang Demam Berdarah*. Yogyakarta: B First.
- Hasan, Amrul., Ayubi, Dian. (2007). *Hubungan Prilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk dan Kejadian DBD di Kota Bandar Lampung*. Diakses tanggal 16 Mei 2009 dari <http://www.jurnalkesmas.org>
- Kamdun, I Nyoman (2004). *Peran Masyarakat dalam Pemberantasan DBD*. Dikases tanggal 16 Mei 2009 dari <http://www.gizi.net>
- Koban, Antonius, (2005). *Kebijakan Pemberantasan Wabah Penyakit: KLB Demama Berdarah Dengue*. Diakses Oktober 2008, dari <http://theindonesianinstitute.com/index.php/20050601145/KEBIJAKAN-PEMBERANTASAN-WABAH-PENYAKIT-KLB-DEMAM-BERDARAH-DENGUE.html>
- Kristina, Isminah., et al., 2008. *Demam Berdarah Dengue*. Diakses Oktober 2008, dari http://www.dkkbpp.com/index.php?option=com_content&id=164&Itemid=47
- Majid, Abdul Gunawan. (2006). *Perbedaan Prilaku masyarakat Tentang Pemberantasan Sarang Nyamuk Aedes Aegypti dan Keberadaan Jentik pada Kelurahan Endemis dan Non- Endemis*. Diakses 16 Mei 2009, dari [http://www.libunair.ac.id/Skripsi / Fakultas Kesehatan Masyarakat / 2006 / gdlhub-gdl-s1-2006-majidgunaw-2287](http://www.libunair.ac.id/Skripsi/Fakultas%20Kesehatan%20Masyarakat/2006/gdlhub-gdl-s1-2006-majidgunaw-2287)
- Nadesul, Handrawan, 2007. *Cara Mudah Mengalahkan Demam Berdarah*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmi Keperawatan: Pedoaman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2003. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Phunokoonon, Suparat I., Mueller, Ivo., Joan H, (2005). *Effectivness of Dengue Control Practices in Household Water Container in Northeast Thailand*. Blackwell Publishing Ltd. Diakses September 2008, dari <http://pt.wkhealth.com/pt/re/tmih/abstract.0006077120050800000007.htm;jsessionid=JhVRwQtLFG0JMjM52n0TG7nbRpRwcyRbSGyS9F7X5Tl1gdg51vQv!1031399950!181195629!8091!1?index=11&database=ppvovft&result=1&searchid=1&nav=search>

- Respati, Yunita Ken. (2006). *Hubungan Prilaku 3M, Abatisasi dan Keberadaan Jentik Nyamuk Aedes aegypti Terhadap DBD*. Diakses tanggal 16 Mei 2009 dari, <http://www.libunair.ac.id/skripsi/Fakultas-Kesehatan-Masyarakat/2006/gdlhub-gdl-s1-2006-respatiyun-2511>
- Risanti, Anggun, (2008). *Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Masyarakat di Kelurahan Muja-Muju Yogyakarta Terhadap Insidensi Demam Berdarah Dengue*. Yogyakarta
- Sutaryo, 2004. *Dengue*. Medika Fakultas Kedokteran UGM. Yogyakarta.
- Ter Meulen, J., Grau, M., Lenz, O., Emmerich, P., Schmitz, H., Oh, F., et al. (2000). *Isolation and Partial Characterization of Dengue Virus Type 2 ang 4 Strain From Dengue Fever and Dengue Haemorrhagic Fever Patitnt from Mindanao, Republik of Philippines*. Tropical Medicine and International Health. Blackwell Science Ltd. Diakses September 2008, dari <http://pt.wkhealth.com/pt/re/tmih/abstract.0006077120000500000004.htm;jsessionid=JhVRwQtLFG0JMjM52n0TG7nbPpRwcyRbSGyS9F7X5T1gdg51vQv!-1031399950!181195629!809111?index=1&database=ppvovft&results=1&count=10&searchid=1&nav=search>
- Wichman, Ole., Hongsiriwon, Suchat., Bowonwatanuwong, Chureeratana., Chotivanich, Kesinee., Sukthana, Yoawalark., Pukrittayakamee, Sasthon, (2004). *Risk Factors and Clinical Features Associated With Severe Dengue Infection in Adults and Children During the 2001 Epodemic in Chonburi, Thailand*. Tropical Medicine and International Health. Blackwell Publishing Ltd. Diakses September dari <http://pt.wkhealth.com/pt/re/tmih/abstract.0006077120040900000013.htm;jsessionid=JhVRwQtLFG0JMjM52n0TG7nbPpRwcyRbSGyS9F7X5T1gdg51vQv!-1031399950!181195629!809111?index=1&database=ppvovft&results=1&count=10&searchid=1&nav=search>
- Yulawati, Ratna. (2006). *Hubungan Kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD dengan Keberadaan Jentik di RW 1 Kelurahan Kedung Wuluh Purwokerto*. Diakses tanggal 16 Mei 2009 dari <http://www.pusatdatajurnaldanskripsi.ac.id>
- Zein, Umar. (2008). *Kampus Bebas Jentik, Strategi Pencegahan DBD*. Diakses tanggal 16 Mei 2009 dari <http://www.waspada.co.id>