ILMU LINGKUNGAN
Journal of Environmental Science

ISSN 1978-5283

Suyanto., Zahtamal., Restuastuti, T., Chandra, F., Handayani
2009:3 (1)

# EVALUASI PENERAPAN PROMOSI KESEHATAN DALAM PENCEGAHAN PENANGGULANGAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE MELALUI GERAKAN 3M PLUS DI KOTA PEKANBARU

**Suyanto, Zahtamal, Tuti Restuastuti, Fifia Chandra, Handayani**
*Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Riau*
*Jl. Diponegoro No. 1Pekanbaru*

***Evaluation of Implementation in Health Promotion Diseases Prevention of Dengue Fever Dengue Through Gerakan 3m Plus In Kota Pekanbaru***

***Abstract***

*Dengue Hemoraggic Fever (DHF) can be controlled with active participation of the community as Indonesia Government promotes Gerakan 3M. To assess the knowledge attitudes about dengue and practice of prevention followed by the residents, an interview based cross sectional KAP study was undertaken in several DHF endemic subdistricts of Pekanbaru in Mei 08 to Nov 08. About 111 individuals were interviewed regarding the different aspects of the DHF. The pretest result showed that out of total respondents, 44% and 77.5% had good knowledge and attitude about Gerakan 3M though only 4.5% practiced Gerakan 3M. To all of respondents, intervention was made by giving health education, and vector control demonstration. After 1 week intervention, out of total respondents the level of knowledge and attitude increased significantly to 76% and 83.3% regarding modes of transmission of disease and its prevention. However, only 1% respondents practiced that. This study concluded that the intervention of Gerakan 3M Information Education Communication is effectively to increase community knowledge and attitude status, but regularly intervention is still needed by community for prevention and control of Dengue/Dengue haemorrhagic fever in practice level.*

## PENDAHULUAN

Kondisi kota Pekanbaru yang berawa-rawa dan iklim tropik adalah rawan terhadap Demam Berdarah Dengue (DBD). Pada musim penghujan selain mendapat ancaman banjir, DBD menjadi ancaman terjadinya kepanikan pada masyarakat. Setiap tahun, kota ini selalu menghadapi angka kematian karena DBD, terutama akibat komplikasi perdarahan dan syok.

© 2009 Program Studi Ilmu Lingkungan PPS Universitas Riau 

Berdasarkan data dan laporan DBD yang dikumpulkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Riau (Muna, 2008) , diketahui angka kejadian DBD cukup tinggi (IR > 20 per 100.000 orang per tahun), Kondisi tersebut juga dijumpai di kota Pekanbaru, dimana pada tahun 2003 ditemukan 67 kasus DBD dengan prevalensi 12 per 100.000 penduduk (CFR = 4,7%). Angka ini meningkat cukup signifikan pada tahun 2005, sebanyak 839 kasus. Selanjutnya tahun 2007 diketahui bahwa jumlah kasus DBD di Kota Pekanbaru adalah sebanyak 322 kasus. Berdarkan distribusi kasus berdasarkan kecamatan, diketahui bahwa jumlah kasus terbanyak adalah di Kecamatan Bukit Raya yakni sebanyak 57 kasus. Dijelaskan juga bahwa dari 58 kelurahan di Pekanbaru terdapat 49 (84,5%) sudah menjadi daerah endemis DBD. Daerah-daerah itu antara lain Wonorejo, kampung Baru, Sri meranti, Limbungan, Lembah Damai, Sukajadi dan beberapa daerah lainnya.

Meskipun didapatkan bahwa selama tiga tahun terakhir, angka kematian akibat DBD (Case Fatality Rate/CFR) di kota Pekanbaru adalah lebih tinggi dibandingkan rata rata nasional, namun terdapat kecendrungan penurunan jumlah kasus kematian dari tahun ke tahun. Penurunan ini tentunya tidak lepas dari upaya-upaya yang telah dilakukan Pemerintah kota Pekanbaru bersama peran aktif masyarakat dalam menanggulangi penyakit demam berdarah dan dalam rangka mewujudkan visi masyarakat kota sehat.

Disadari, tingginya kasus DBD akan membebani biaya pengobatan di Rumah sakit dan mengganggu prestasi belajar siswa mengingat anak anak adalah salah satu target utama penyakit DBD. Berbagai upaya telah dilakukan oleh Pemerintah kota Pekanbaru baik promotif, preventif maupun kuratif. Disini kerjasama intersektoral baik dari Dinas Kesehatan, Puskesmas, aparat pemerintahan dan masyarakat sangat krusial. Salah satu upaya yang telah diterapkan dalam upaya penurunan kasus DBD adalah melalui gerakan 3 M plus.

Keberhasilan program penanggulangan DBD tidak terlepas dari bagaimana pemberdayaan (peningkatan pengetahuan, persepsi, sikap dan praktek) masyarakat dalam penanggulangan DBD. Untuk itu pihak yang berwewenang memiliki tanggung jawab untuk membawakan pesan ini agar sampai ke masyarakat. Terdapat berbagai model promosi kesehatan yang dapat diterapkan sesuai dengan kondisi masyarakat. Penelitian pendahuluan Badan Kajian Pengembangan Kesehatan Masyarakat FK UNRI (2008) menunjukan bahwa promosi kesehatan dengan metode kombinasi ceramah menggunakan *slide projector*, modul dan demonstrasi (MODEL C) lebih meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku kader dalam pencegahan dan pemberantasan demam berdarah dibandingkan jika hanya mengandalkan hanya ceramah (model A) atau pemberian modul saja (MODEL B).

Dalam rangka mengukur efektivitas model promosi kesehatan tersebut, maka kami akan menguji model C di kota Pekanbaru. Oleh karenanya, judul kajian yang dilaksanakan adalah "Evaluasi penerapan Promosi kesehatan model C dalam penanggulangan penyakit DBD melalui gerakan 3 M plus di Kota Pekanbaru". Hasil studi ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pemerintah Kota Pekanbaru dalam menentukan model promosi kesehatan terbaik dalam upaya penyampaian pesan gerakan 3 M plus kepada masyarakat.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah quasi experimental dengan rancangan non equivalent (Pratest-posttest) control group design. Rancangan penelitian dapat dilihat pada tabel 1. Kajian ini dilakukan selama 6 (bulan) bulan sejak Mei 2008 sampai dengan November 2008.

**Tabel 1.**
**Model Rancangan Penelitian**

| Kelompok sample | Nilai pretest | Intervensi | Nilai posttest |
|---|---|---|---|
| **1** | $O_1$ | *I* | $O_2$ |
| **2** | $O_3$ | *I* | $O_4$ |
| **3** | $O_5$ | *I* | $O_6$ |
| **4** | $O_7$ | *I* | $O_8$ |

*Keterangan*:
I = Intervensi model C berupa Kombinasi ceramah tanya jawab + komik promosi tentang DBD + Folder serta Demonstrasi dan pemberian buku petunjuk praktek
$O_1$, $0_3$, $O_5$, $O_7$ = nilai prates pengetahuan, sikap dan praktek di kecamatan 1, 2, 3 dan 4
$O_2$, $O_4$, $O_6$, $O_8$= nilai postes pengetahuan, sikap dan praktek di kecamatan 1, 2, 3 dan 4

Populasi penelitian ini adalah masyarakat kota Pekanbaru. Sedangkan pemilihan sampel daerah penelitian ditetapkan dengan teknik acak (*cluster random sampling*), dan diperoleh 4 kecamatan sampel yakni Kecamatan Lima puluh, Kecamatan Rumbai Pesisir, Kecamatan Marpoyan Damai dan Kecamatan Bukit Raya. Subjek penelitian untuk setiap kelompok ditentukan secara *purposive sampling*, Adapun kriterianya adalah; 1) warga tetap kecamatan yang bersangkutan, 2). Bersedia menjadi responden 3) bisa tulis dan baca.

Kepada masing-masing sampel di tiap kecamatan, dinilai persepsi masayarakat mengenai gerakan 3 M dengan menggunakan kuesioner untuk mengukur pengetahuan masyarakat dalam penanggulangan DBD, mengukur sikap masyarakat tentang DBD dan untuk mengukur praktek masyarakat dalam penanggulangan DBD.

Kemudian dilakukan intervensi berupa penerapan model promosi kesehatan model C (kombinasi ceramah tanya jawab + komik promosi kesehatan tentang DBD + folder penanggulangan DBD terbitan Direktorat Jenderal PP dan PL Departemen Kesehatan RI tahun 2007 serta dilakukan demonstrasi pembersihan sarang nyamuk menggunakan metode 3M plus[i]. Setelah satu minggu, kuseioner yang sama kembali diujikan kepada sampel.

Pengelolaan data yang didapatkan dari hasil penelitian di kelompokkan berdasarkan gambaran pengetahuan, sikap serta praktek yang dibandingan sebelum (pra) dan sesudah (post) diberi perlakuan. Selanjutnya dilakukan Uji komparasi yaitu uji statistik *pair t-test* untuk membandingkan hasil rerata prates dengan postes, dengan taraf signifikansi dipergunakan $p < 0,05$. Sedangkan Uji statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis nol bahwa semua kelompok mempunyai mean populasi yang sama adalah Uji F. Harga F diperoleh dari rerata

jumlah kuadrat (*mean square*) antar kelompok yang dibagi di kelompok. Dasar pengambilan keputusan adalah:

Ho : Diduga bahwa kelompok memiliki nilai rerata yang sama (tidak terdapat perbedaan pengetahuan, sikap dan praktek yang signifikan di antara 4 kelompok masyarakat di Kota Pekanbaru)

Hi : Diduga bahwa kelompok memiliki nilai rerata yang berbeda (terdapat perbedaan pengetahuan, sikap dan praktek yang signifikan di antara 4 kelompok masyarakat di Kota Pekanbaru)

Jika probabilitas < 0,05, maka Ho ditolak dan jika probabilitas > 0,05 maka H0 diterima.

Uji F juga dilakukan untuk menguji variabilitas dari observasi masing-masing kelompok dan variabilitas antar mean kelompok. Melalui ke dua variabilitas tersebut, akan dapat ditarik kesimpulan mengenai mean populasi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### *Karakteristik Subjek Penelitian*

Analisis terhadap variabel umur responden, diperoleh gambaran bahwa kisaran umur responden secara keseluruhan adalah antara usia 25 -72 tahun, dengan rerata umur 43 tahun. Mayoritas responden (84%) adalah berpendidikan SMA ke atas, meskipun ditemukan 2% responden berpendidikan SD. Responden terpilih umumnya adalah tokoh masyarakat (RT atau RW), kalangan pemuda, kader posyandu, dan ibu rumah tangga.

Hasil uji perbandingan dengan menggunakan uji statistik non-parametrik untuk data 4 sampel yang tidak berhubungan yakni uji Kruskal Wallis menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistik dalam variabel usia dan pendidikan, antara masing-masing kelompok ($p<0,05$).

### *Persepsi Subjek Penelitian terhadap Gerakan 3M plus*

**a. Pengetahuan Subjek Penelitian**

Secara keseluruhan diketahui bahwa kategori pengetahuan responden sebelum perlakuan sebagian besar berada pada kategori cukup (skor 34-66) dan baik (skor 67-100) yakni masing-masing sebanyak 62 dan 49 orang (56 dan 44 %). Setelah diberikan perlakuan terjadi perubahan, dimana sebagian besar responden telah berpengetahuan dengan kategori baik, yakni sebanyak 84 orang (76.%).

Rerata nilai pretest pengetahuan secara keseluruhan adalah 64.90 dengan standar deviasi 9.27, setelah dilakukan intervensi, terjadi peningkatan nilai rerata posttest menjad 71.95 dengan

standar deviasi 11.33. Didapatkan bahwa terdapat perbedaan significan nilai pretest dan post test pada hampir semua kecamatan kecuali di keacmatan Marpoyan Damai.

**Tabel 2.**
**Distribusi frekuensi kategori pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan perlakuan**

| No | Kategori Pengetahuan | Sebelum Perlakuan | | Sesudah Perlakuan | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Frekuensi | Persentase | Frekuensi | Persentase |
| 1. | Kurang (0-33) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. | Cukup (34-66) | 62 | 56 | 27 | 24 |
| 3. | Baik (67-100) | 49 | 44 | 84 | 76 |
| | Total | 111 | 100 | 111 | 100 |

**Tabel 3.**
**Uji beda rerata skor pengetahuan responden tentang DBD pada kelompok studi antara prates dibandingan dengan postes**

| Kecamatan | Mean Pratest Pengetahuan ± SD | Mean Postest Pengetahuan± SD | Nilai P |
|---|---|---|---|
| 1. Limapuluh | 68.72+9.398 | 77.999+9.614 | 0.006 |
| 2. Bukit Raya | 60.74+9.427 | 66.39+11.24 | 0.02 |
| 3. Rumbai Pesisir | 63.43 + 8.11 | 72.72 + 9.59 | 0.001 |
| 4. Marpoyan Damai | 67.27+8.217 | 72.27+11.53 | 0.06 |

Selanjutnya untuk mengetahui apakah ada perbedaan pengetahuan secara statistik ke empat kelompok, dilakukan uji perbedaan dengan menggunakan F test. Berdasarkan nilai signifikansi diperoleh nilai sebesar 0.03 (<0,05) yang artinya diduga bahwa kelompok memiliki nilai rerata yang tidak sama (terdapat perbedaan peningkatan skor pengetahuan yang signifikan di antara 4 kelompok masyarakat).

***Sikap Subjek Penelitian***

Secara keseluruhan sebelum perlakuan diketahui bahwa rerata skor sikap adalah 70.7 dengan standar deviasi 8.6. Adapun kategori sikap responden sebelum perlakuan sebagian besar berada pada kategori baik (skor 66-100), yakni 86 responden (77.5%). Setelah diberikan perlakuan terjadi perubahan, namun tidak terlalu bermakna, dimana rerata skor sikap adalah 72.72 dengan standar deviasi 8.66.

Selanjutnya kategori sikapnya sebagian besar dengan sikap kategori baik (skor 66-100), yakni sebanyak 93 responden (83.8%). Diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan rerata sikap terhadap penyakit DBD sebelum dan sesudah intervensi di kecamatan Marpoyan Damai, namun di kecamatan lainnya tidak terdapat perbedaan yang significan rerata sikap.

Untuk mengetahui apakah ada perbedaan sikap secara statistik ke empat kecamatan digunakan uji F. Berdasarkan nilai signifikansi diperoleh nilai sebesar 0,07 (>0,05) yang artinya diduga

bahwa kelompok memiliki nilai rerata yang sama (tidak terdapat perbedaan sikap yang signifikan di antara 4 kelompok masyarakat).

**Tabel 4.**
**Distribusi frekuensi kategori sikap responden sebelum dan sesudah diberikan perlakuan**

| No | Kategori Sikap | Sebelum Perlakuan | | Sesudah Perlakuan | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Frekuensi | Persentase | Frekuensi | Persentase |
| 1. | Negatif (0-33) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. | Netral (34-66) | 25 | 22.5 | 18 | 16.2 |
| 3. | Positif (67-100) | 86 | 77.5 | 93 | 83.8 |
| | Total | 111 | 100 | 111 | 100 |

**Tabel 5.**
**Uji beda rerata skor sikap responden terhadap penyakit DBD pada kelompok studi antara prates dibandingan dengan postes**

| Kelompok | Mean Pratest Sikap ± SD | Mean Postes Sikap± SD | Nilai P |
|---|---|---|---|
| 1. Limapuluh | 67.24+7.11 | 71.48+12.95 | 0.19 |
| 2. Bukit raya | 69.87+9.64 | 70.00+8.78 | 0.92 |
| 3. Rumbai Pesisir | 73.56+7.52 | 73.65+10.05 | 0.96 |
| 4. Marpoyan Damai | 72.56+8.70 | 76.03+8.77 | 0.04 |

***Praktek Subjek Penelitian***

Secara keseluruhan sebelum perlakuan (prates) diketahui bahwa rerata skor praktek adalah 46.67 dengan standar deviasi 12.14. Adapun kategori praktek responden sebelum perlakuan sebagian besar berada pada kategori cukup (skor 33-66), yakni sebanyak 92 responden (83%). Setelah diberikan perlakuan terjadi perubahan, dimana rerata skor praktek adalah 49.35 dengan standar deviasi 10.07. Selanjutnya kategori praktek sebagian besar tetap dengan kategori cukup (skor 33-66), yakni sebanyak 104 responden (94%). Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 6.**
**Distribusi frekuensi kategori praktek responden sebelum dan sesudah diberikan perlakuan**

| No | Kategori praktek | Sebelum Perlakuan | | Sesudah Perlakuan | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Frekuensi | Persentase | Frekuensi | Persentase |
| 1. | kurang (0-33) | 14 | 12.62 | 6 | 5.3 |
| 2. | cukup (34-66) | 92 | 82.88 | 104 | 93.7 |
| 3. | baik (67-100) | 5 | 4.5 | 1 | 1 |
| | Total | 111 | 100 | 111 | 100 |

Diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan (bermakna) rerata praktek terhadap penyakit DBD sesudah intervensi di kecamatan Marpoyan Damai. Meskipun terjadi penurunan nilai praktek di kecamatan lainnya, namun hal tersebut tidak significant.

Untuk lebih jelasnya uji beda tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 7.**
**Uji beda rerata skor praktek responden terhadap penyakit DBD pada kelompok studi antara prates dibandingan dengan postes**

| Kelompok | Mean nilai Pratest praktek ± SD | Mean nilai Postest praktek ± SD | Nilai P |
|---|---|---|---|
| 1. Limapuluh | 45.32+15.99 | 51.32+10.11 | 0.13 |
| 2. bukit raya | 48.12+9.09 | 47.66+9.79 | 0.823 |
| 3. Rumbai pesisir | 52.5+10.01 | 51.04+10.32 | 0.48 |
| 4. Marpoyan Damai | 42.09+11.27 | 48.35+10.18 | 0.002 |

Selanjutnya untuk mengetahui apakah ada perbedaan skor praktek secara statistik ke empat kelompok dilakukan uji perbedaan dengan menggunakan uji F dengan nilai signifikansi sebesar 0,05 (<0,05) yang artinya diduga bahwa kelompok memiliki nilai rerata yang tidak sama (terdapat perbedaan yang signifikan perubahan skor praktek di antara 4 kelompok masyarakat).

## KESIMPULAN DAN SARAN

### *Kesimpulan*

Didapatkan gambaran bahwa kategori pengetahuan tentang DBD responden sebelum perlakuan sebagian besar berada pada kategori cukup (skor 34-66) Setelah diberikan perlakuan terjadi perubahan yang significant, dimana sebagian besar responden telah berpengetahuan dengan kategori baik, Diketahui bahwa terdapat perbedaan yang significant dalam tingkat pengetahuan sesudah dilakukan intervensi. Perbedaan ini dijumpai di seluruh kecamatan.

Selanjutnya penelitian juga mendapatkan gambaran sikap responden sebelum perlakuan sebagian besar berada pada kategori baik (skor 67-100), Setelah diberikan perlakuan terjadi perubahan dimana kategori sikapnya sebagian besar dengan sikap baik (skor 67-100). Diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dalam tingkat sikap sesudah dilakukan intervensi. Perbedaan ini dijumpai di seluruh kecamatan.

Sedangkan dalam kategori praktek responden sebelum perlakuan sebagian besar berada pada kategori cukup (skor 33-66). Setelah diberikan perlakuan kategori praktek sebagian besar tetap di kategori cukup (skor 33-66). Diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dalam tingkat praktek sesudah dilakukan intervensi. Perbedaan ini dijumpai di seluruh kecamatan.

***Saran***

Dari penelitian ini didapatkan bahwa secara umum, metode promosi tipe C dapat menaikkan tingkat pengetahuan, sikap dan praktek secara signifikan. Namun demikian jika dianilisa per kelompok, kenaikan yang significant hanya terjadi di tingkat pengetahuan. Baik di tingkat sikap maupun di praktek, kenaikan yang terjadi kurang signifikan, kecuali di kecamatan Marpoyan Damai. Hal ini menunjukan bahwa perubahan sikap dan praktek tidak serta merta terjadi setelah masyarakat mendapat intervensi. Masyarakat tetap memerlukan waktu untuk menerapkan pengetahuan yang diperoleh menjadi sikap dan praktek. Karenanya di masa mendatang, kepada pihak-pihak yang terlibat dalam aktifitas promosi kesehatan kepada masyarakat, khususnya dalam kegiatan pencegahan dan penanggulangan (P2) DBD direkomendasikan menggunakan metode kombinasi kombinasi ceramah tanya jawab, pemberian komik promosi tentang DBD, pemberian folder, pemberian buku petunjuk praktek serta demonstrasi secara berkelanjutan.

Selanjutnya perlu diteliti lebih lanjut tentang pengaruh pengetahuan dan sikap masyarakat dengan praktek pencegahan dan penanggulangan (P2) DBD khususnya dengan gerakan 3 M plus. Hal ini dikarenakan meskipun tingkat pengetahuan ataupun sikap masyarakat terhadap DBD telah tinggi dan positif, namun dalam pelaksanaannya di tingkat praktek, tetap masih di level cukup. Banyak faktor yang mempengaruhi keadaan ini, seperti kondisi sosial ekonomi, tekanan masyarakat sekitar, perilaku dependen kepada pemerintah ataupun political will dari pemerintah.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih ditujukan ke Pemerintah Kota Pekanbaru yang telah membiayai penelitian ini melalui APBD tahun 2008. Juga kepada Dinas Kesehatan Kota Pekanabaru yang telah menfasilitasi penelitian ini di lapangan.

## DAFTAR PUSTAKA

Azwar, S.1998. Metodologi penelitian.Yogyakarta.Pustaka Pelajar offset

Azwar, S.2000. Sikap manusia, teori, dan pengukurannya. Yogyakarta.Pustaka Pelajar Offset

Azwar, S. 2001. Reliabilitas dan validitas. Yogyakarta.Pustaka Pelajar offset.

Dinkes Kota Pekanbaru.2007. Profil Kesehatan Kota Pekanbaru. Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru. Pekanbaru

DinKes kota Pekanabaru dan Badan Kajian Pengembangan Kesehatan Masyarakat FK UNRI. 2008. Model Promosi Kesehatan dalam Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah melalui gerakan 3 M plus pada masyarakat kota Pekanbaru

Muna, N.2008. Situasi kasus DBD di propinsi Riau sepanjang tahun 2007. tersedia di http://yankesriau.wordpress.com/2008/01/04/situasi-kasus-dbd-di-provinsi-riau sepanjang-tahun-2007/. Diakses 1 oktober 2008

Pusat promosi Kesehatan Departenen Kesehatan RI. 2006. Runtuhnya kerajaan Aegypty. Depkes RI. Jakarta

Direktorat Jendral PP dan PL Departemen Kesehatan RI. 2007. Folder tentang Berantas Sarang Nyamuk. Depkes RI. Jakarta.