



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PERILAKU MASYARAKAT DALAM PENCEGAHAN  
PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE  
DI KECAMATAN KEDATON  
KOTA BANDAR LAMPUNG  
TAHUN 2008**

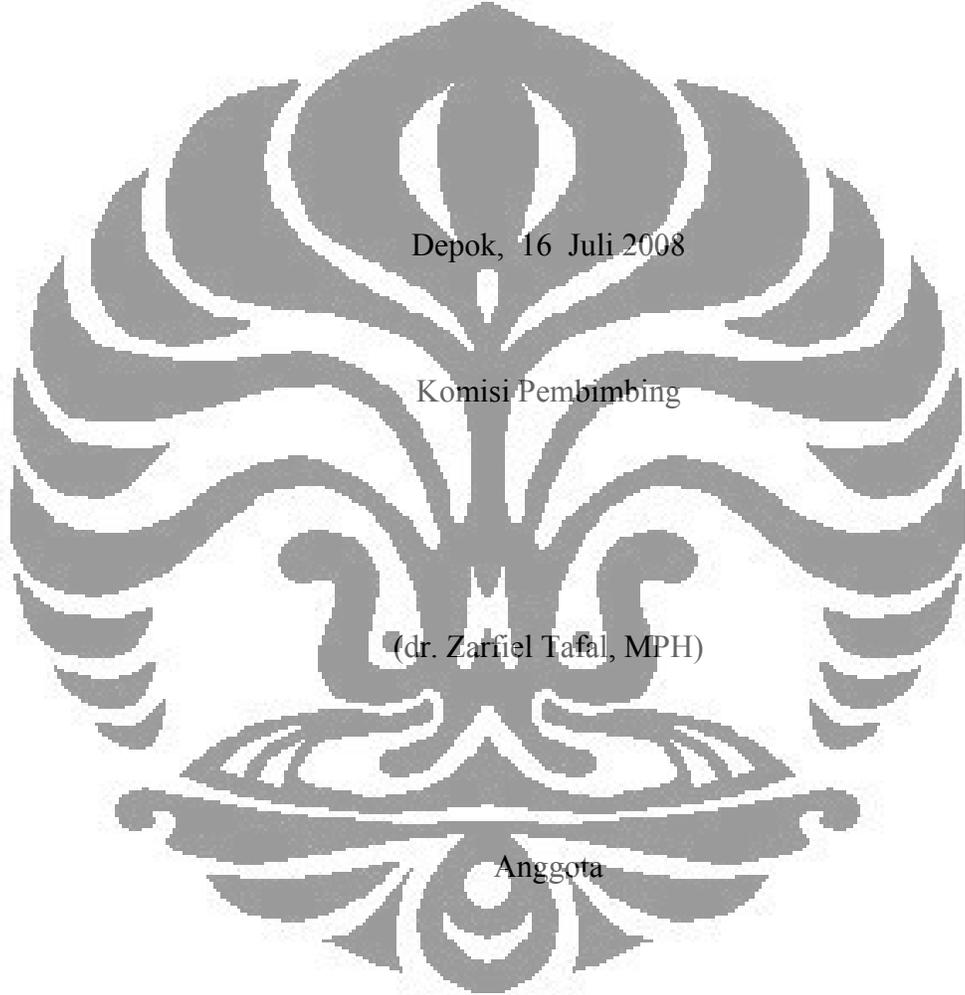
OLEH :

**Z A E R I**  
NPM.0606021123

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS INDONESIA  
TAHUN 2008**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah di setujui, di periksa dan di pertahankan di hadapan  
Tim Penguji Tesis Program Pascasarjana Universitas Indonesia

The background of the page features a large, faint watermark of the Universitas Indonesia logo, which is a stylized, symmetrical emblem with intricate patterns.

Depok, 16 Juli 2008

Komisi Pembimbing

(dr. Zarfiel Tafal, MPH)

Anggota

(Drs. Anwar Hassan, MPH)

PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER  
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA

Depok, 16 Juli 2008

Ketua

(dr. Zarfiel Tafal, MPH)

Anggota :

(Drs. Anwar Hassan, MPH)

(dr. Tomi Wandra, M.Kes.,Ph.D)

(Atang Saputra, SKM., M.Med.Sc.(PH)

**UNIVERSITY OF INDONESIA  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
POSTGRADUATE PROGRAM ON PUBLIC HEALTH SCIENCE  
SUBJECT ON HEALTH PROMOTIONS**

**Thesis, 16 July 2008**

**Z A E R I**

**FACTORS RELATED TO COMMUNITY BEHAVIOR ON DENGUE FEVER PREVENTION AT  
KEDATON SUB-DISTRICT OF KOTA BANDAR LAMPUNG, 2008**

xv + 83 pages, 5 graphics, 12 tables, 3 appendices

**ABSTRACT**

In Indonesia, Dengue Fever (DF) has been acknowledged in almost half a century as its first case was found at Surabaya in 1968. Since then, the disease cannot be completely eradicated and the cases are more likely to increase from year to year. Until now, there is no cure that be able to kill or destroy the dengue virus. Therefore, the effective way on dealing with the disease is to detach the chain of transmission by eradicating the *Aedes* mosquitoes. And the most proper way to eliminate the mosquitoes is by terminating its larva at its breedingplaces, which is known by a program called Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) with 3M or the Dengue's Mosquito Breedingplace Eradications Program (DM-BEP).

To meet the condition, community participation has played an important role, especially the community behavior on healthy and clean life in keeping a healthy environment. This, in general, will contribute to a successful program of Dengue eradication.

The study has an aim on describing the community behavior for factors that related to the dengue prevention behavior at Kedaton Sub-district of Kota Bandar Lampung. The study is a quantitative research with a non-experiment design, and data is gathered by a cross-sectional approach. The population is all household at 4 most

endemic villages (kelurahan) at Kedaton Sub-district, namely: Kedaton, Perum Way Halim, Labuhan Ratu, and Sepang Jaya. Method of sampling is using a systematic random sampling, and 400 household has drawn. Data is collected by using questionnaire.

The result of the study found that there are 57% of respondents have a good behavior in term of dengue fever prevention. From bivariate analysis, with Chi Square Test, showed that five variables, namely: formal education level, knowledge, attitude, level of economic, and IEC exposures, have a  $p$ -value less than 0.05. This indicates that those variables have a significant relationship with the community behavior on the prevention of the disease. While its multivariate analysis, with a double logistic regression, found that the most dominant variable at the prediction model for community behavior on the dengue prevention is knowledge, with an OR in 7.667. This means that respondents who have a good knowledge on DM-BEP will have a probability 7.667 times to do the dengue prevention, compare to those who have low or less knowledge on DM-BEP. The value of OR is resulted after the variable is controlled with variables of education, attitude, economic status, and exposures.

To conclude, community behaviors have a great contribution on the effort of eradicating the DF, and the study found that factor of respondent's knowledge on DM-BEP is the most dominant factors on creating the behavior on preventing and eradicating the DF. It is suggested that there is a need on constructing an effective form of socialization in order to raise the awareness and increase the community knowledge on DM-BEP in all level, in such that the community will easily applying the way to prevent the disease, as well as having a better prevention behavior.

Reference: 35 (1986.- 2008)

**PROGRAM PASCASARJANA  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KEKHUSUSAN PROMOSI KESEHATAN  
Tesis, 16 Juli 2008**

**Z A E R I**

**Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Masyarakat Dalam Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung Tahun 2008**

xv + 83 halaman + 5 gambar + 12 tabel + 3 lampiran

**ABSTRAK**

Keberadaan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Indonesia yang sudah hampir setengah abad yang lalu sejak pertama kali di temukan kasusnya di Surabaya pada tahun 1968 belum dapat di berantas secara tuntas dari bumi Indonesia, bahkan jumlah kasus cenderung meningkat setiap tahunnya. Sampai saat ini belum ada obat yang dapat membunuh / membasmi virus demam berdarah sehingga cara yang paling tepat dan efektif adalah dengan cara memotong mata rantai penularan dengan membasmi nyamuk *Aedes*-nya, dan cara yang paling tepat guna adalah dengan membasmi jentik / *larva* yang ada di tempat perkembangbiakannya yang sudah di kenal dengan program Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) dengan cara 3M.

Dari kondisi tersebut dapat di ketahui bahwa peran serta masyarakat yaitu perilaku masyarakat terutama perilaku hidup bersih dan sehat dari masyarakat termasuk kebersihan lingkungan pada umumnya mempunyai kontribusi yang cukup besar di dalam keberhasilan pemberantasan DBD.

Penelitian ini ingin mengetahui perilaku masyarakat terutama faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan demam berdarah *dengue* (DBD) di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung.

Penelitian ini merupakan penelitian *kuantitatif* dengan rancangan *non eksperimen* sedangkan pengumpulan data di lakukan secara *Cross Sectional* (potong

lintang). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah yang ada pada 4 kelurahan yang paling endemis di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung yaitu: (Kedaton, Perum Way Halim, Labuhan Ratu, dan Sepang Jaya), pengambilan sampel di lakukan pada 400 kepala keluarga dengan cara *Systematic Random Sampling*, sedangkan metode pengumpulan data menggunakan kuesioner.

Hasil penelitian di ketahui bahwa sebanyak 57 % responden mempunyai perilaku baik dalam pencegahan DBD, dan sebanyak 43 % responden mempunyai perilaku kurang baik dalam pencegahan DBD. Hasil analisis bivariat menggunakan uji statistik *Chi Square* di dapatkan kelima variabel independen (pendidikan, pengetahuan, sikap, ekonomi, dan keterpaparan informasi / penyuluhan) masing-masing menghasilkan *p-value* < 0,05 artinya ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan formal, pengetahuan, sikap, ekonomi, dan keterpaparan informasi / penyuluhan dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD. Sedangkan pada analisis multivariat menggunakan analisis *regresi logistik ganda model prediksi* di ketahui bahwa variabel yang paling besar pengaruhnya / paling dominan terhadap perilaku masyarakat terhadap pencegahan DBD adalah variabel pengetahuan, di dapatkan *Odd Ratio* (OR) dari variabel pengetahuan adalah 7,667 artinya responden yang memiliki pengetahuan yang baik tentang PSN-DBD mempunyai peluang melakukan pencegahan DBD sebesar 7,667 kali lebih tinggi di banding yang mempunyai pengetahuan rendah / kurang setelah dikontrol variabel pendidikan, sikap, status ekonomi dan keterpaparan.

Perilaku masyarakat di ketahui memiliki kontribusi yang cukup besar di dalam pemberantasan DBD, dari penelitian ini diketahui bahwa faktor pengetahuan responden tentang pencegahan dan pemberantasan DBD merupakan faktor yang paling dominan untuk terjadinya perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD. Perlu di pikirkan bentuk sosialisasi yang lebih efektif agar pengetahuan tentang pencegahan dan pemberantasan DBD dapat di miliki secara merata pada seluruh lapisan masyarakat, dengan demikian masyarakat akan lebih mudah di dalam melakukan pencegahan DBD / perilaku pencegahan ke arah yang lebih baik.

Pustaka : 35 (1986.- 2008)

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Z A E R I  
Tempat dan tanggal lahir : Metro 7 Januari 1971

### Riwayat Pendidikan

Tahun 1983 : Lulus SD Negeri Karang Rejo, Lampung Tengah  
Tahun 1986 : Lulus SMP Negeri Gunung Sugih, Lampung Tengah  
Tahun 1989 : Lulus SPK Negeri Kota Bumi, Lampung Utara  
Tahun 1992 : Lulus SMA Muhamadiyah, Lampung Utara  
Tahun 1997 : Lulus Fakultas Hukum Universitas Lampung  
Tahun 2006 – 2008 : Mengikuti Pendidikan Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Jurusan Promosi Kesehatan Universitas Indonesia.

### Riwayat Pekerjaan

Tahun 1998 – 2000 : Staf Kepegawaian RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung  
Tahun 2000 – sekarang : Staf Bagian Perencanaan & Rekam Medis RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung

*Barang siapa yang bertaqwa kepada Allah niscaya dia akan mengadakan baginya jalan keluar, dan memberinya rezeki dari arah yang tiada disangka-sangkanya.*

*Dan barang siapa yang bertawakkal hanya kepada Allah niscaya Allah akan mencukupkan segala keperluannya*

*Sesungguhnya Allah melaksanakan urusan (yang dikehendaki) Nya  
Sesungguhnya Allah telah mengadakan ketentuan bagi tiap-tiap sesuatu*

*(QS. Attalaq, Ayat 2-3)*



Tesis ini penulis persembahkan untuk istriku tercinta, Ariyani Dwi Puspasari, Amd

Serta anakku tersayang :

Ahmad Zufar Renjiro

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas segala rahmat serta karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada Bapak dr. Zarfiel Tafal, MPH sebagai pembimbing yang telah memberikan bimbingan, masukan dan memberikan banyak waktunya untuk berkonsultasi, kemudian Bapak Drs. Anwar Hassan, MPH selaku pembimbing kedua dalam penyusunan tesis ini yang juga banyak memberikan masukan dan saran. Ucapan terima kasih juga kepada Bapak dr. Toni Wandura, M.Kes., Ph.D Ka.Sub.Dit. Arbovirosis Ditjen PP & PL Depkes. RI dan Bapak Atang Saputra, SKM., M.Med.Sc.(PH) sebagai penguji yang telah banyak memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini, serta Drs. Zaidi Arifin, Kepala Badan Kesbang dan Politik Kota Bandar Lampung dan Bp Camat Kedaton beserta beberapa stafnya yang telah memberikan kemudahan dalam pengumpulan data dalam penelitian ini.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan pula kepada Bapak Drs. Tri Krianto, M.Kes. sebagai Ketua Departemen Promosi Kesehatan, Ibu DR. Kusharisupeni, dr, MSc., sebagai Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Bapak Prof. dr. Hasbullah Thabrani, M.PH.,Dr.PH sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, dan seluruh staf pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah memberikan bimbingan selama penulis mengikuti

pendidikan. Kepada Ibu dr. Wiwiek Ekameini, MM, penulis mengucapkan terima kasih atas izin dan kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan, juga kepada seluruh staf bagian perencanaan & Rekam Medis RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung di ucapkan terima kasih atas segala bantuannya, serta kepada rekan-rekan jurusan Promkes yang telah memberikan dorongan dan bantuannya sehingga tesis ini dapat di selesaikan.

Akhirnya ucapan terima kasih dan do'a ananda selalu panjatkan kepada Allah SWT buat almarhum ayahanda & Ibunda tercinta, terima kasih tak terhingga penulis sampaikan kepada kakanda Drs. Azhar Ujang Salim, MM., Zohana, AMKeb., Zuria, SKM., Zakaria, SH dan adinda Zulkifli, Amd., Yunani, Amd., Desmi Sefrizal, S.Sos. yang selalu mendukung keberhasilanku, dan tentunya kepada istri dan anakku tercinta, Renjiro yang selalu memberi motivasi dan semangat.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, namun penulis berharap dapat memberikan manfaat bagi banyak pihak.

Depok, 16 Juli 2008

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>ABSTRACT</b> .....	i
<b>ABSTRAK</b> .....	iii
<b>RIWAYAT HIDUP PENULIS</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiv
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	10
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	11
1.4. Tujuan Penelitian.....	12
1.5. Manfaat Penelitian.....	12
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	13
<b>BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN</b>	
2.1. Demam Berdarah Dengue	
2.1.1. Pengertian Demam Berdarah Dengue.....	14
2.1.2. Virus Penyebab DBD.....	14
2.1.3. Vektor DBD.....	15
2.1.4. Penularan Demam Berdarah Dengue.....	15
2.1.5. Bioekologi Aedes aegypti.....	16
2.1.6. Gejala DBD.....	17
2.2. Pencegahan dan Pengendalian DBD	

2.2.1. Kebijakan Program Pengendalian DBD.....	19
2.2.2. Pengendalian DBD.....	20
2.2.3. Cara Pengendalian Nyamuk Penular DBD.....	22
2.3. Pengertian Masyarakat.....	23
2.4. Perilaku masyarakat dalam Pengendalian DBD	
2.4.1. Aspek Perilaku Dalam Kesehatan.....	24
2.4.2. Proses Perubahan Perilaku.....	27
2.5. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD.....	28
2.5.1. Pendidikan.....	28
2.5.2. Pengetahuan.....	29
2.5.3. Sikap.....	30
2.5.4. Status Ekonomi Keluarga.....	32
2.5.5. Penyuluhan/Pendidikan Kesehatan Masyarakat.....	33
<b>BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.1. Kerangka Teori.....	35
3.2. Kerangka Konsep.....	38
3.3. Hipotesis.....	39
3.4. Definisi Operasional.....	40
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN</b>	
4.1. Rancangan Penelitian.....	42
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	42
4.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	42
4.4. Pengumpulan Data.....	44
4.5. Pengolahan Data.....	45

4.6. Analisis Data.....	46
-------------------------	----

## **BAB V HASIL PENELITIAN**

5.1. Pelaksanaan Penelitian.....	48
5.2. Analisis Univariat.....	50
5.2.1. Analisis Univariat Variabel Dependen.....	50
5.2.2. Analisis Univariat Variabel Independen.....	51
5.3. Analisis Bivariat.....	54
5.3.1. Hubungan Pendidikan Formal Responden dengan Perilaku Responden Dalam Pencegahan DBD.....	54
5.3.2. Hubungan Pengetahuan Responden Tentang PSN-DB Dengan Perilaku Responden Dalam Pencegahan DBD	55
5.3.3. Hubungan Sikap Responden Terhadap Program Pencegahan dan Pengendalian DBD dengan perilaku Responden Dalam Pencegahan DBD.....	56
5.3.4. Hubungan Status Ekonomi Responden dengan Perilaku Responden Dalam Pencegahan DBD.....	57
5.3.5. Hubungan Keterpaparan Penyuluhan dengan Perilaku Responden Dalam Pencegahan DBD.....	58
5.4. Analisis Multivariat.....	59
5.4.1. Analisis Regresi Logistik Sederhana.....	60
5.4.2. Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi.....	61

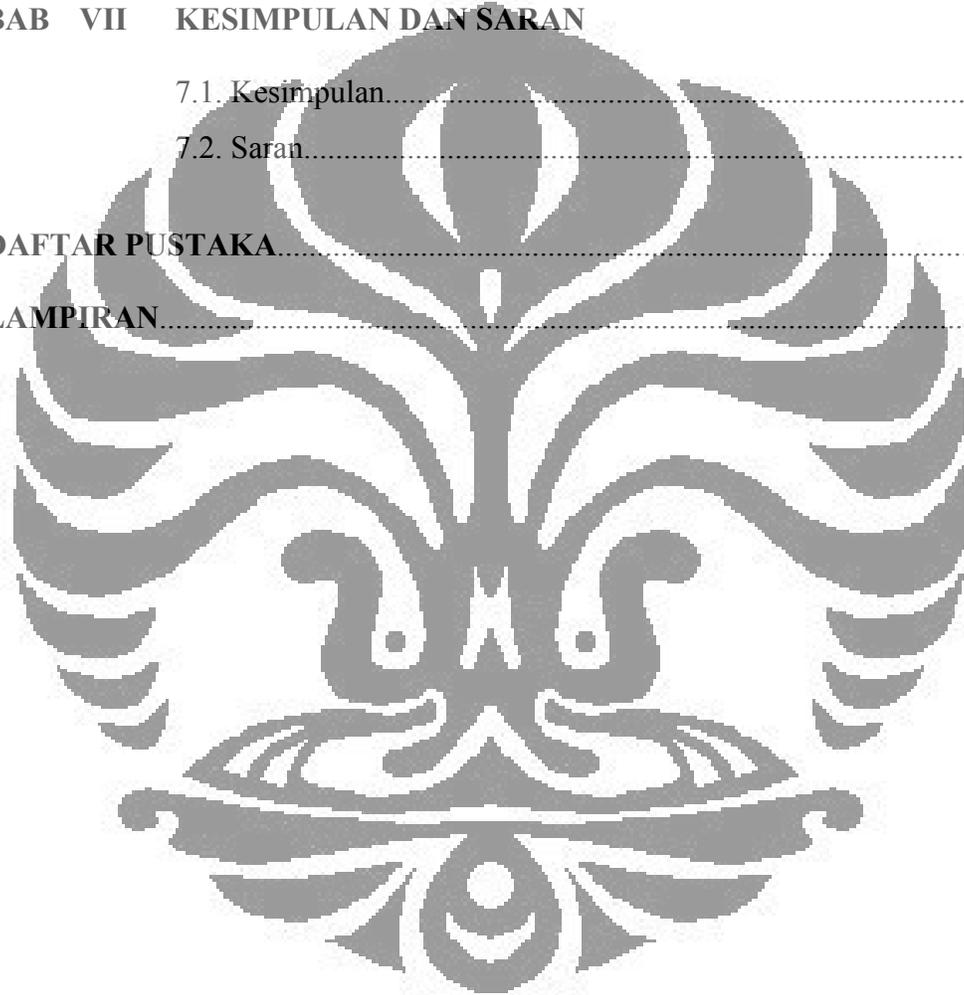
## **BAB VI PEMBAHASAN**

6.1. Keterbatasan Penelitian.....	63
6.2. Pembahasan Hasil Penelitian.....	64
6.2.1. Perilaku Responden Dalam Pencegahan DBD.....	65
6.2.2. Pendidikan Responden.....	67

6.2.3. Pengetahuan Responden .....	68
6.2.4. Sikap Responden .....	70
6.2.5. Status Ekonomi Responden .....	72
6.2.6. Keterpaparan Informasi / Penyuluhan .....	73

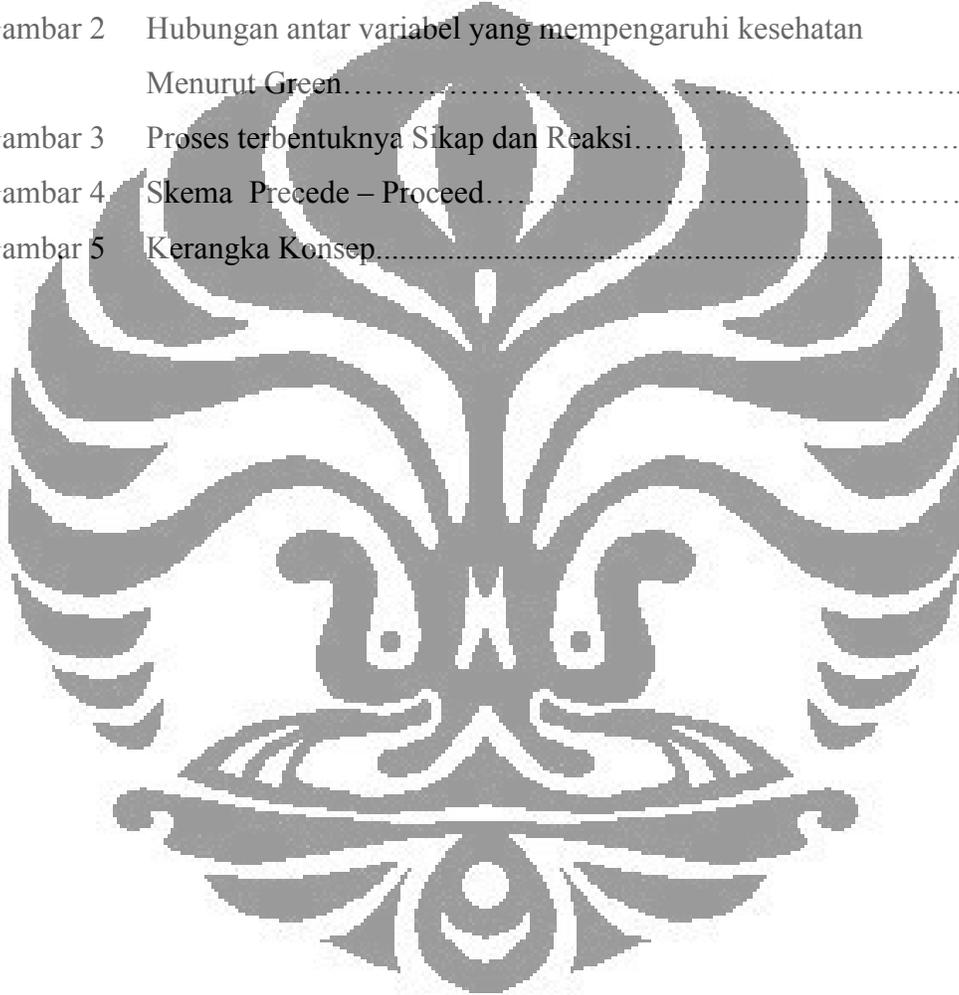
## **BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN**

7.1. Kesimpulan.....	75
7.2. Saran.....	76
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>80</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>83</b>



## DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 1 Bagan Cara Pengendalian DBD.....	23
Gambar 2 Hubungan antar variabel yang mempengaruhi kesehatan Menurut Green.....	26
Gambar 3 Proses terbentuknya Sikap dan Reaksi.....	31
Gambar 4 Skema Precede – Proceed.....	37
Gambar 5 Kerangka Konsep.....	38

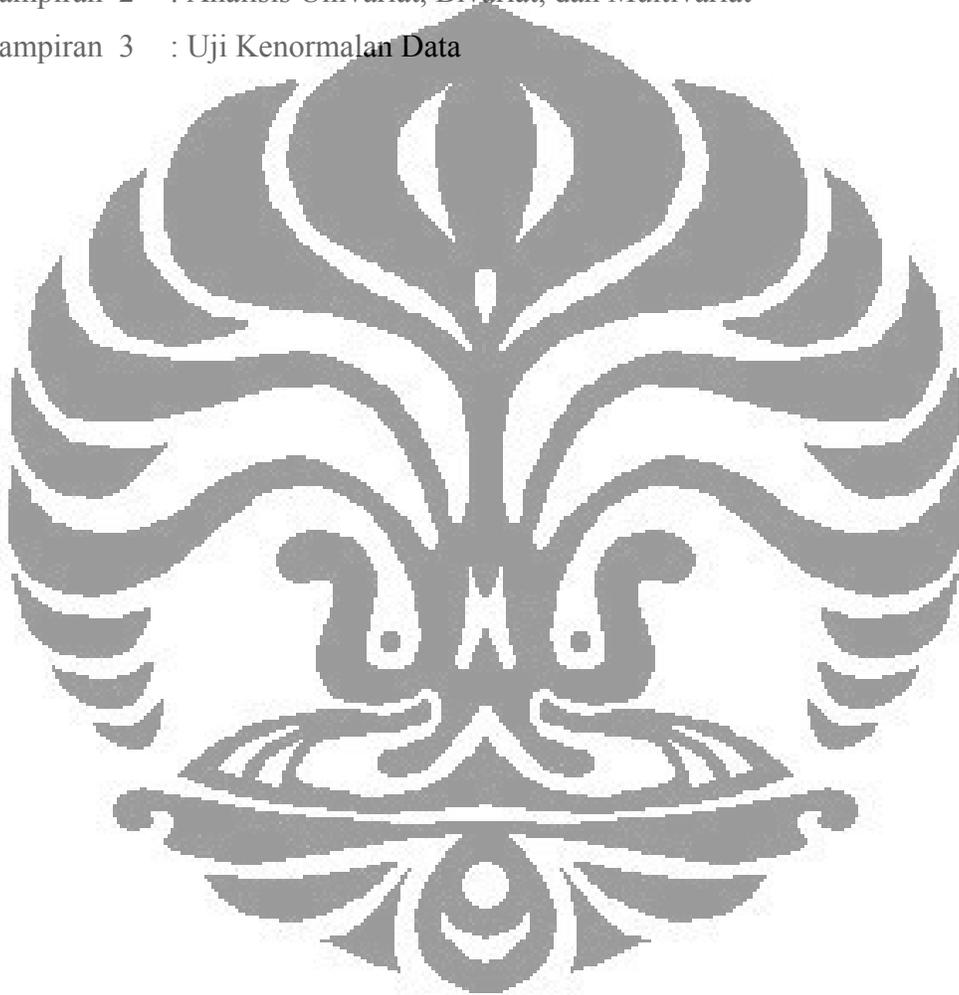


## DAFTAR TABEL

		Hal
Tabel 1.1	Situasi Kasus DBD di Propinsi Lampung Tahun 2003 – 2007	5
Tabel 1.2	Jumlah Kasus DBD per Kecamatan di Kota Bandar Lampung Tahun 2007.....	6
Tabel 1.3	Jumlah Kasus DBD per Kelurahan di Kecamatan Kedaton Tahun 2005 – 2007.....	7
Tabel 5.2.1	Distribusi responden menurut variabel dependen di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung Tahun 2008.....	50
Tabel 5.2.2	Distribusi responden menurut variabel independen di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung tahun 2008.....	51
Tabel 5.3.1	Distribusi menurut tingkat pendidikan formal dan perilaku Responden dalam pencegahan DBD.....	54
Tabel 5.3.2	Distribusi menurut pengetahuan responden dan perilaku Responden dalam pencegahan DBD.....	55
Tabel 5.3.3	Distribusi menurut sikap responden dan perilaku responden dalam pencegahan DBD.....	56
Tabel 5.3.4	Distribusi menurut status ekonomi responden dan perilaku Responden dalam pencegahan DBD.....	57
Tabel 5.3.5	Distribusi menurut keterpaparan responden dan perilaku Responden dalam pencegahan DBD.....	58
Tabel 5.4.1	Hasil analisis regresi logistik sederhana antara variabel independen dengan variabel dependen .....	60
Tabel 5.4.2	Hasil analisis regresi logistik ganda model prediksi antara Variabel independen dengan variabel dependen.....	61

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian  
Lampiran 2 : Analisis Univariat, Bivariat, dan Multivariat  
Lampiran 3 : Uji Kenormalan Data



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang Masalah

Demam Berdarah *Dengue* (DBD), merupakan penyakit menular yang pada saat ini telah menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang memerlukan perhatian dan penanganan yang serius. Jumlah penderita DBD cenderung meningkat setiap tahun dan semakin luas penyebarannya. Meningkatnya jumlah kasus serta bertambahnya wilayah yang terjangkit di antaranya disebabkan karena semakin baiknya sarana transportasi penduduk, adanya pemukiman baru, kurangnya perilaku masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk, terdapatnya vektor nyamuk hampir di seluruh pelosok tanah air serta adanya empat serotipe virus yang bersirkulasi sepanjang tahun (Kristina, 2004).

DBD sering menimbulkan KLB dan menyebabkan kematian terutama pada anak, dan dapat menimbulkan kepanikan di masyarakat. Daerah yang mempunyai resiko untuk menjadi KLB demam berdarah *dengue* umumnya ialah yang penduduknya padat dan mobilitasnya tinggi. Biasanya KLB demam berdarah *dengue* terjadi pada musim hujan sesuai dengan musim penularan penyakit ini.

Menurut WHO (2000) demam berdarah *dengue* telah menjadi permasalahan global karena :

- a. Dua setengah sampai tiga milyar orang beresiko terserang penyakit ini.
- b. *Aedes aegypti* adalah vektor epidemi utama.

- c. Penyakit yang biasanya melanda daerah perkotaan juga mulai menyerang daerah pinggiran/pedesaan.
- d. Diperkirakan terdapat sekitar 50 – 100 juta kasus *dengue* pertahunnya.
- e. Sebanyak 500.000 kasus DBD memerlukan perawatan dirumah sakit dan penyakit ini setiap tahunnya menyerang 90 % pada anak-anak usia di bawah 15 tahun.
- f. Secara epidemis bersifat siklis (berulang dalam waktu tertentu).

Gubler (2001) dalam Sintorini (2006) virus *dengue* yang menyebabkan DBD pada awalnya hanya terdapat di dalam hutan Afrika jauh dari kehidupan manusia, virus ini di pindahkan ke manusia oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes Albopictus* yang telah beradaptasi dengan lingkungan peridomestik dan bertelur digenangan-genangan air di perkampungan akibat pembukaan hutan. Virus *dengue* tersebar keluar Afrika melalui perdagangan budak pada abad 17-19.

Quintos (1954) dalam Sintorini (2006) wabah DBD mulai masuk Asia sesudah perang dunia kedua. Di Asia Tenggara pertama terjadi di Manila, Filipina pada tahun 1953/1954 dan kemudian tahun 1956 terulang kembali. Wabah demam yang terjadi di Filipina pada tahun 1953 menyerang anak-anak disertai manifestasi perdarahan dan renjatan, dengan angka kematian hingga 6 %. Epidemi di Bangkok tahun 1958 mencapai angka kematian 10 %. Saat itu Hanoi, Vietnam Utara juga mengalami kejadian yang sama, wabah juga terjadi di Singapura pada tahun 1960, Malaysia antara tahun 1962 sampai 1964 dan di Calcutta, India pada tahun 1963 (Poorwoedarmo,1988). Berikutnya wabah muncul berulang setiap tiga hingga lima tahun dibanyak negara asia tenggara.

Di Indonesia DBD pertama kali dicurigai di Surabaya pada tahun 1968, epidemi pertama diluar Jawa dilaporkan pada tahun 1972 di Sumatra Barat dan Lampung disusul oleh Riau, Sulawesi Utara dan Bali. Sejak tahun 1968 angka kesakitan rata-rata DBD di Indonesia terus meningkat dari 0,05 kasus per 100.000 penduduk (1968) menjadi 8,14 kasus (1973), 8,65 kasus (1983), 27,09 kasus (1988), 9,7 kasus (1994), dan terjadi KLB DBD terbesar pada tahun 1998 dengan Incidence Rate (IR) = 35,19 kasus per 100.000 penduduk dan CFR = 2 %. Pada tahun 1999 IR menurun tajam sebesar 10,17, namun pada tahun-tahun berikutnya IR cenderung meningkat kembali yaitu 15,99 kasus (2000), 21,66 kasus (2001), 19,24 kasus (2002), 23,87 kasus (2003).

Faktor-faktor yang terkait dengan penularan DBD adalah (Departemen Kesehatan 2002) :

1. Kepadatan penduduk, semakin padat akan semakin mudah terjadi penularan karena jarak terbang nyamuk *Aedes aegypti* berkisar 50 m.
2. Mobilitas penduduk memudahkan penularan dari suatu tempat ke tempat lain.
3. Kualitas perumahan, jarak antara rumah, pencahayaan, bentuk rumah dan bahan bangunan akan mempengaruhi penularan.
4. Pendidikan, akan mempengaruhi cara berfikir dalam penerimaan penyuluhan dan cara pemberantasan yang dilakukan.
5. Penghasilan, akan mempengaruhi kunjungan untuk berobat.
6. Sikap hidup, jika senang kebersihan maka akan mengurangi resiko tertular DBD.
7. Kerentanan tiap individu terhadap penyakit DBD berbeda-beda.

Propinsi Lampung merupakan daerah endemis DBD yang sebagian besar kasus terdapat di daerah perkotaan. Jumlah kasus dan kematian DBD pada lima tahun terakhir

menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan yaitu dari 9,29 kasus per 100.000 penduduk tahun 2003 menjadi 13,51 kasus tahun 2004, ada sedikit penurunan jumlah kasus pada tahun 2005 yaitu 10,54 kasus per 100.000 penduduk yang kemudian meningkat lagi menjadi 20,08 kasus tahun 2006, dan 64,01 kasus tahun 2007 (Dinkes. Prop. Lampung ; 2008).

Dari banyaknya kasus DBD yang ada di propinsi Lampung, kota Bandar Lampung merupakan penyumbang terbesar kasus DBD disusul Metro dan Lampung Selatan. Kota Bandar Lampung merupakan Ibukota dari propinsi Lampung yang letaknya sangat strategis berdekatan dengan Ibukota negara Republik Indonesia Jakarta, merupakan pintu gerbang berbagai aktifitas bagi pulau Sumatra menuju Ibukota Negara. Selain padatnya jumlah penduduk dan faktor-faktor lain terutama kurangnya kesadaran masyarakat terhadap pencegahan DBD, menyebabkan kota Bandar Lampung termasuk daerah paling endemis DBD dibanding daerah lainnya di Propinsi Lampung. Jumlah kasus DBD di Kota Bandar Lampung menduduki urutan tertinggi dibanding daerah atau kota lainnya di propinsi Lampung, dan pada tahun 2007 kota Bandar Lampung KLB DBD dengan Incidence Rate (IR) = 248/100.000 penduduk dan CFR = 0,7 %. Situasi DBD di propinsi Lampung umumnya dan kota Bandar Lampung khususnya pada 5 tahun terakhir dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

**Tabel 1.1**  
**Situasi Kasus DBD di Propinsi Lampung Tahun 2003 - 2007**

		T A H U N					Jumlah Pdduk		
		2003	2004	2005	2006	2007			
1	BANDAR LAMPUNG	JUMLAH	Penderita	266	245	403	892	1.992	803.466
			Mati	12	3	8	11	15	
		IR / 100.000 Penduduk	35,24	32,46	50,16	111,0	247,9		
		C F R (%)	4,5	1,2	2,0	1,2	0,8		
2	LAMPUNG UTARA	JUMLAH	Penderita	23	164	47	57	251	561.138
			Mati	1	1	-	-	1	
		IR / 100.000 Penduduk	4,34	30,95	8,38	10,16	44,73		
		C F R (%)	4,3	0,6	0,0	0,0	0,4		
3	LAMPUNG TENGAH	JUMLAH	Penderita	60	64	51	56	546	1.091.576
			Mati	2	2	-	-	2	
		IR / 100.000 Penduduk	5,69	6,07	4,67	5,13	50,02		
		C F R (%)	1,0	3,1	0,0	0,0	0,4		
4	LAMPUNG SELATAN	JUMLAH	Penderita	71	61	68	94	325	1.207.090
			Mati	-	2	2	1	1	
		IR / 100.000 Penduduk	6,19	5,32	5,63	7,79	26,92		
		C F R (%)	0,0	3,3	2,9	1,1	0,3		
5	LAMPUNG BARAT	JUMLAH	Penderita	2	69	2	24	22	393.520
			Mati	-	-	-	-	-	
		IR / 100.000 Penduduk	0,54	18,56	0,51	6,10	5,59		
		C F R (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
6	TULANG BAWANG	JUMLAH	Penderita	13	58	71	18	323	743.954
			Mati	-	-	-	-	-	
		IR / 100.000 Penduduk	1,83	8,15	9,54	2,42	43,42		
		C F R (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
7	TANGGAMUS	JUMLAH	Penderita	38	98	11	72	337	801.959
			Mati	1	4	-	-	-	
		IR / 100.000 Penduduk	4,75	12,24	1,37	8,98	42,02		
		C F R (%)	2,0	4,1	0,0	0,0	0,0		
8	METRO	JUMLAH	Penderita	5	104	37	140	501	125.085
			Mati	1	1	-	1	3	
		IR / 100.000 Penduduk	4,24	88,10	29,58	111,9	400,5		
		C F R (%)	0,0	1,0	0,0	0,7	0,6		
9	LAMPUNG TIMUR	JUMLAH	Penderita	119	33	23	29	121	895.515
			Mati	-	1	1	3	-	
		IR / 100.000 Penduduk	13,61	3,78	2,57	3,24	13,51		
		C F R (%)	0,0	3,0	4,3	1,0	0,0		
10	WAY KANAN	JUMLAH	Penderita	27	12	23	20	52	360.404
			Mati	-	-	1	1	1	
		IR / 100.000 Penduduk	7,56	3,36	6,38	5,55	14,43		
		C F R (%)	0,0	0,0	4,3	5,0	1,9		
PROPINSI LAMPUNG		JUMLAH	Penderita	624	908	736	1.402	4.470	6.983.707
			Mati	16	14	12	14	23	
		IR / 100.000 Penduduk	9,29	13,51	10,54	20,08	64,01		
		C F R (%)	2,6	1,54	1,63	1,02	0,51		

Sumber : Dinkes. Provinsi. Lampung (2008)

Dari tabel 1.1 di atas dapat terlihat bahwa kasus DBD di kota Bandar Lampung paling banyak dibandingkan daerah/kota lain di propinsi Lampung. Incidence Rate meningkat tajam pada tiga tahun terakhir 50,16 per 100.000 penduduk (tahun 2005), 111,02 (tahun 2006) dan terjadi KLB pada tahun 2007 dengan Incidence Rate 247,93 per 100.000 penduduk. Selain daripada itu hampir keseluruhan wilayah Kotamadya Bandar Lampung merupakan daerah endemis DBD yaitu dari 13 Kecamatan yang ada 12 kecamatan endemis DBD, seperti dapat dilihat pada tabel 1.2 dibawah ini.

**Tabel 1.2**  
**Jumlah Kasus DBD per Kecamatan**  
**Di Kota Bandar Lampung Tahun 2007**

<b>NO</b>	<b>WILAYAH KECAMATAN</b>	<b>JUMLAH KASUS DBD</b>
1.	Kedaton	349
2.	Sukarame	238
3.	Tanjung Karang Timur	210
4.	Sukabumi	187
5.	Rajabasa	181
6.	Tanjung Karang Barat	181
7.	Tanjung Karang Pusat	155
8.	Kemiling	149
9.	Tanjung Senang	49
10.	Teluk Betung Utara	92
11.	Teluk Betung Selatan	69
12.	Teluk Betung Barat	44
13.	Panjang	35
	<b>JUMLAH</b>	<b>1.992</b>

Sumber : Dinkes. Kota Bandar Lampung (2008)

Dari tabel 1.2 diatas dapat terlihat bahwa dari 13 kecamatan yang ada di kota Bandar Lampung, penyumbang terbesar kasus DBD adalah Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung. Dapat dilihat pula hampir disemua wilayah kelurahan yang ada di kecamatan Kedaton merupakan daerah endemis DBD yang cenderung meningkat jumlah kasus setiap tahunnya seperti dapat dilihat pada tabel 1.3 dibawah ini

**Tabel 1.3**  
**Jumlah Kasus DBD per Kelurahan**  
**Di Kecamatan Kedaton Tahun 2005-2007**

NO	KELURAHAN	KASUS DBD		
		2005	2006	2007
1.	Kedaton	19	36	66
2.	Surabaya	6	32	21
3.	Sukamenanti	5	9	18
4.	Sidodadi	6	23	41
5.	Perum Way Halim	26	25	47
6.	Labuhan Ratu	12	39	84
7.	Sepang Jaya	14	58	40
8.	Kampung Baru	2	14	32
J U M L A H		90	236	349

Sumber : Dinkes. Kota B.Lampung (2008)

Dalam rangka pencegahan dan pengendalian DBD pemerintah telah melakukan banyak upaya diantaranya : pembentukan kelompok kerja fungsional (pokjanal) ditingkat pusat, propinsi dan kabupaten/kota serta kelompok kerja (pokja) ditingkat kecamatan dan desa/kelurahan, kampanye pemberantasan sarang nyamuk DBD melalui siaran televisi, pelatihan petugas, pelatihan kader, penyuluhan kepada masyarakat, *fogging focus*, abatisasi dan pemeriksaan jentik nyamuk secara berkala, namun beberapa upaya tersebut belum menunjukkan hasil yang memuaskan.

Pemerintah Kota Bandar Lampung dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung merumuskan bahwa ada beberapa permasalahan terkait pencegahan dan pengendalian DBD di Kota Bandar Lampung (P2P Dinkes Kota Bandar Lampung ; 2007) antara lain :

1. Kurangnya kesadaran masyarakat dalam hal PSN-3M Plus sehingga masih terdapat kelurahan yang mempunyai Angka Bebas Jentik (ABJ) sangat rendah.
2. Angka Bebas Jentik Kota Bandar Lampung < 95 % yaitu 83,71 %.
3. Keterlambatan penderita DBD dibawa ke Rumah Sakit.
4. Keterlambatan pelaporan So kasus DBD.
5. Peran lintas sektor dalam penanggulangan DBD belum optimal (Pokjantal tidak berjalan).
6. Terbatasnya sumber dana dari APBD.

Dari beberapa permasalahan tersebut pada tahun 2007 telah dilakukan beberapa upaya-upaya (P2P Dinkes Kota Bandar Lampung ; 2007) antara lain:

1. Abatisasi dan PSN massal pada 98 kelurahan tanggal 28 januari 2008.
2. Pendistribusian abate keseluruh puskesmas dan kelurahan selanjutnya ke masyarakat pemantauan jentik berkala (PIB).
3. Pemeriksaan jentik berkala dilaksanakan di 98 kelurahan dengan 5 orang kader jumantik setiap triwulan.
4. KIE PSN 3M Plus : Puskesmas, Lintas Sektor, Lintas Program, Kader Kesehatan.
5. Laporan Mingguan DBD.
6. Membentuk Posko Penanggulangan Cepat DBD pada 22 Puskesmas.
7. Penyelidikan epidemiologi setiap kasus yang ditemukan.

8. *Fogging fokus* di ikuti dengan penyuluhan serta abatisasi.
9. Monitoring dan Evaluasi pelaksanaan program P2 DBD.
10. Koordinasi dengan seluruh Rumah Sakit di Kota Bandar Lampung (penatalaksanaan kasus DBD di Rumah Sakit).
11. Mengaktifkan kembali peran Pokja / Pokjanal DBD.
12. Pendistribusian spanduk DBD 3M-Plus pada 22 puskesmas dan 13 kecamatan.
13. Pendistribusian leaflet pada 22 puskesmas untuk dibagikan ke masyarakat.
14. Mengusulkan alokasi dana APBD sesuai dengan perencanaan dari pengelola program P2 DBD.

Beberapa upaya yang telah dilaksanakan oleh pemerintah kota Bandar Lampung khususnya Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dalam rangka pencegahan dan pengendalian DBD tersebut pada kenyataannya belum dapat dikatakan berhasil, jumlah kasus DBD di kota Bandar Lampung masih banyak di jumpai bahkan cenderung meningkat setiap tahunnya.

Upaya tersebut sangat berkaitan dengan faktor perilaku dan faktor lingkungan. Penanggulangan DBD akan berhasil dengan baik jika upaya PSN dengan 3M Plus dilakukan secara sistematis, terus-menerus berupa gerakan serentak, sehingga dapat mengubah perilaku masyarakat dan lingkungannya ke arah perilaku dan lingkungan yang bersih dan sehat, tidak kondusif untuk hidup nyamuk *Aedes aegypti*.

Pada penelitian Bohra (2001) sebagaimana dikutip oleh Sintorini (2006 : 34), di wilayah Jalor-India, menyebutkan bahwa terdapat delapan variabel yang efektif berkontribusi pada kejadian DBD (frekuensi membersihkan pendingin air, wadah air yang tidak tertutup, penggunaan pelindung nyamuk baik berupa kawat nyamuk,

penyemprotan, insektisida dan penggunaan obat oles penolak nyamuk, frekuensi pengisian persediaan air dan frekuensi pembuangan sampah).

Dari delapan Variabel penelitian Bohra diatas maka enam Variabel sangat terkait dengan perilaku masyarakat. Hal ini menunjukkan peran perilaku masyarakat sangat penting dalam mengendalikan resiko terjadinya kasus DBD.

## 1.2. Rumusan Masalah.

Seperti telah diuraikan diatas bahwa dalam rangka pencegahan dan pengendalian DBD pemerintah Kota Bandar Lampung dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung telah melakukan banyak upaya diantaranya : penyuluhan kepada masyarakat, fogging focus, abatisasi dan pemeriksaan jentik nyamuk secara berkala, namun beberapa upaya tersebut belum menunjukkan hasil yang memuaskan, jumlah kasus DBD di kota Bandar Lampung masih banyak dijumpai bahkan cenderung meningkat setiap tahunnya.

Menurut Kandun (2004) sejak dulu tidak ada yang berubah dengan bionomik atau perilaku hidup nyamuk *Aedes aegypti* sehingga teknologi pemberantasannya pun dari dulu tidak berubah. Dapat di simpulkan bahwa dalam upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD oleh masyarakat sangat besar, boleh dikatakan lebih dari 90% dari keseluruhan upaya pemberantasan penyakit DBD. Dan upaya tersebut sangat berkaitan dengan faktor perilaku dan faktor lingkungan. Pemberantasan DBD akan berhasil dengan baik jika upaya PSN dengan 3M Plus dilakukan secara sistematis, terus-menerus berupa gerakan serentak, sehingga dapat mengubah perilaku masyarakat dan

lingkungannya ke arah perilaku dan lingkungan yang bersih dan sehat, tidak kondusif untuk hidup nyamuk *Aedes aegypti*.

Pada penelitian ini peneliti tertarik untuk mengetahui perilaku masyarakat terutama "faktor-faktor berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan penyakit DBD di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung", oleh sebab itu pada kesimpulannya nanti tidak mencerminkan faktor-faktor lain selain yang berkaitan dengan perilaku masyarakatnya saja.

### 1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan dari uraian permasalahan di atas, pertanyaan penelitiannya adalah : Apakah ada hubungan antara faktor *predisposing* (pendidikan, pengetahuan, sikap), faktor *enabling* (Status ekonomi keluarga), dan faktor *reinforcing* (keterpaparan peyuluhan) masyarakat dalam pencegahan penyakit DBD di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung.

## **1.4. Tujuan Penelitian**

### 1.4.1. Tujuan Umum

Diperolehnya gambaran faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan Demam Berdarah *Dengue* di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung.

### 1.4.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dari masing-masing variabel independen (pendidikan, pengetahuan, sikap, status ekonomi keluarga, dan keterampilan penyuluhan) dan variabel dependen (perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD).
2. Diketuinya hubungan antara variabel independen (pendidikan, pengetahuan, sikap, status ekonomi keluarga, dan keterampilan penyuluhan) dengan variabel dependen (perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD).
3. Untuk mengetahui faktor independen mana yang paling dominan yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD.

## **1.5. Manfaat Penelitian**

1. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dalam rangka meningkatkan upaya-upaya pencegahan dan pengendalian DBD dimasa yang akan datang.
2. Untuk mendapatkan gambaran tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku masyarakat terhadap pencegahan Demam Bedarah *Dengue* di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung.

3. Dapat menambah informasi untuk pengembangan penelitian di masa yang akan datang khususnya yang terkait dengan DBD.
4. Hasil penelitian merupakan pengalaman yang berharga untuk menambah pengetahuan dan wawasan peneliti.

#### **1.6. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di wilayah kecamatan Kedaton yang merupakan wilayah paling endemis DBD di Kota Bandar Lampung. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah yang ada pada 4 (empat) kelurahan paling endemis di kecamatan Kedaton (Kedaton, Perum Way Halim, Labuhan Ratu, Sepang Jaya), sedangkan sampel penelitian adalah kepala keluarga (KK).

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Demam Berdarah Dengue (DBD)

##### 2.1.1. Pengertian Demam Berdarah Dengue

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan ditandai dengan demam mendadak 2-7 hari tanpa penyebab yang jelas, lemah/lesu, gelisah, nyeri ulu hati, disertai tanda perdarahan dikulit berupa bintik-bintik perdarahan (*petechiae*), lebam (*echymosis*), dan ruam (*purpura*), kadang-kadang mimisan, berak darah, muntah darah, kesadaran menurun dan renjatan (*shock*), (DepKes RI, 2000).

##### 2.1.2. Virus Penyebab DBD

Demam *Dengue* (DD) dan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) disebabkan virus *dengue* yang termasuk kelompok *B Arthropod Borne Virus Arbovirosis* yang sekarang di kenal sebagai *genus plavi virus*, famili *flaviviridal*, dan mempunyai 4 jenis serotipe yaitu *Den 1*, *Den 2*, *Den 3*, *Den 4*. Infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi terhadap serotipe bersangkutan. Seorang yang tinggal di daerah endemis *dengue* dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya. Keempat serotipe virus *dengue* dapat ditemukan di berbagai daerah di Indonesia (WHO; 2000) dalam (Rambe; 2003).

### 2.1.3. Vektor DBD

Vektor demam berdarah *dengue* di Indonesia terutama ialah nyamuk *Aedes aegypti* dan mungkin juga *Aedes albopictus*, kedua jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, kecuali ditempat -tempat yang mempunyai ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut. *Aedes aegypti* merupakan vektor yang paling penting dalam penyebaran demam berdarah *dengue*, seseorang yang menderita DBD dalam darahnya mengandung virus *dengue*. Virus *dengue* sudah mulai terdapat dalam darah (*viremia*) satu sampai dua hari sebelum penderita demam (Sintorini; 2006).

### 2.1.4. Penularan Demam Berdarah Dengue

Nyamuk *Aedes (Stegomyia)* betina biasanya terinfeksi virus *dengue* pada saat dia menghisap darah dari seseorang yang sedang berada pada tahap demam akut (*viremia*). Setelah melalui periode inkubasi ekstrinsik selama 8 sampai 10 hari, kelenjar ludah yang bersangkutan menjadi terinfeksi dan virusnya akan di tularkan ketika nyamuk tersebut menggigit dan mengeluarkan cairan ludahnya ke dalam luka gigitan pada tubuh seseorang. Setelah masa inkubasi di tubuh manusia selama 3 – 14 hari (rata-rata 4-6 hari) timbul gejala awal penyakit secara mendadak yang di tandai dengan demam, pusing, *myalgia* (nyeri otot), hilangnya nafsu makan, dan berbagai tanda atau gejala non spesifik seperti *nausea* (mual-mual), muntah dan *rash* (ruam pada kulit), (WHO; 2000)

### 2.1.5. Bioekologi *Aedes aegypti*

Siklus hidup yang singkat, kebutuhan makanan yang sedikit dan kemampuan untuk bertahan dalam kondisi kering dan suhu rendah pada stadium telur, memungkinkannya bertahan hidup untuk jangka waktu lama di lingkungan yang tidak menguntungkan. Siklus satu generasi *Aedes aegypti* adalah 15 hari pada suhu 27 °C dan sembilan hari pada 28 °C (Carcavallo;1995 dalam Sintorini ; 2006).

Nyamuk *Aedes aegypti* bersifat antropolik, mendatangi daerah perumahan untuk berkembang biak di berbagai genangan air sekitar rumah dan memasuki rumah untuk makan atau istirahat. *Aedes aegypti* termasuk jenis *Arthropoda* dari kelas *Insecta*, ordo *Diptera*, Famili *Culicidae* dan genus *Aedes*. Frekuensi curah hujan yang moderat dan penyinaran yang relatif panjang akan menambah kesempatan terciptanya habitat perkembang biakan bagi nyamuk vektor (Christophers; 1960 dalam Sintorini; 2006).

Jarak terbang *Aedes aegypti* pada lingkungan urban hanya 25 sampai 100 m dan tidak melebihi jarak 500 m, tidak jauh dari tempat bertelur dan sumber makanannya yaitu keberadaan manusia. Pada saat terjadi ledakan, seekor nyamuk betina rata-rata hanya mengunjungi satu atau dua rumah, dan hanya 0,7 % yang mengunjungi lima rumah. Nyamuk tertarik oleh cahaya terang (siang hari), pakaian warna gelap, dan adanya manusia. Daya tarik yang menyebabkan nyamuk mendekat ke manusia CO<sub>2</sub> yang keluar dari tubuh manusia, asam amino, suhu lingkungan hangat dan kelembaban (Gubler; 1979 & 2001 dalam Sintorini; 2006).

Terjadinya ledakan *dengue* di akibatkan juga oleh perilaku menggigit berulang nyamuk betina untuk melengkapi siklus gonotropik, agar setelah di buahi oleh nyamuk

jantan, telur menjadi matang dan dapat menetas. Nyamuk *Aedes aegypti* jantan menghisap cairan tumbuhan sebagai makanan, sedangkan nyamuk betina lebih menyukai darah manusia (Sintorini; 2006).

Nyamuk betina aktif pada siang hari dengan dua puncak menggigit antara pukul 07.00 sampai pukul 10.00 pagi dan pukul 15.00 sampai pukul 17.00 sore. Nyamuk betina lebih banyak menggigit di dalam rumah daripada di luar rumah. Setelah menggigit nyamuk beristirahat dan kemudian bertelur dalam waktu 24-36 jam atau dua hingga tiga hari kemudian (Christophers;1960 dalam Sintorini; 2006).

#### 2.1.6. Gejala DBD

Demam Berdarah *Dengue* paling banyak menyerang anak-anak dibawah 15 tahun dengan gejala-gejala (DepKes, 1996) sebagai berikut :

- 1). Demam.  
Penyakit ini di dahului oleh demam tinggi yang mendadak, terus menerus berlangsung 2 – 7 hari, kemudian turun secara cepat.
- 2). Tanda-tanda Perdarahan.  
Sebab perdarahan pada penderita DBD ialah : *Trombositopeni* dan gangguan fungsi *trombosit*.
- 3). Perdarahan ini terjadi di semua organ. bentuk perdarahan dapat berupa :
  - *Petechiae, purpura, echymosis* dan perdarahan *conjungtiva*.
  - *Epistaksis*.
  - *Hematomisis* dan *Melena* serta *hematuria*
- 4) Renjatan (*shock*).

- 5) *Trombositopeni*.
- 6) *Hemokonsentrasi*
- 7) *Hepatomegali*
- 8) Gejala klinik lainnya, seperti *anorexia*, lemas, mual, muntah, sakit perut, diare, atau konstipasi dan kejang.

Menurut WHO (2000), diagnosis penderita DBD ditegakkan jika ditemukan kriteria sebagai berikut :

1. Demam tinggi mendadak, tanpa sebab jelas, berlangsung terus menerus selama 2 – 7 hari.
2. Manifestasi pendarahan paling kurang / minimal tes *tourniket* positif, *petekie*, *ekimosis* atau *purpura*, perdarahan dari *mukosa*, saluran *gastrointestinal*, tempat injeksi atau lokasi lain serta *hematomisis* atau *melena*.
3. *Thrombositopeni* ( $100.000/mm^3$  atau kurang)
4. Adanya rembesan plasma karena peningkatan *permeabilitas kapiler*, di manifestasikan oleh sedikitnya hal berikut : peningkatan *hematokrit* sama atau lebih besar dari 20 % diatas rata-rata usia, jenis kelamin dan populasi. Penurunan *hematokrit* setelah tindakan penggantian volume sama dengan atau lebih besar dari 20 % data dasar, tanda-tanda rembesan plasma seperti *efusi pleural*, *asites* dan *hipoproteima*.

## **2.2. Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue**

### **2.2.1. Kebijakan Program Pengendalian DBD di Indonesia.**

#### **a. Dasar Kebijakan**

Mengingat vaksin belum tersedia, maka pengendalian DBD dilakukan dengan memberantas vektornya. Cara tepat untuk memberantas *Aedes aegypti* adalah pemberantasan sarang nyamuk (PSN) oleh masyarakat, karena itu di perlukan penyuluhan dan penggerakan PSN melalui kerja sama lintas program dan sektoral dalam koordinasi kepala wilayah / Daerah. Keberhasilan upaya PSN ini memerlukan waktu yang cukup lama karena erat kaitannya dengan perilaku masyarakat. Sementara DBD cenderung menyebar luas, insidencen meningkat disertai kematian, oleh karena itu di gunakan insektisida untuk membatasi penyebaran penyakit dan penanggulangan fokus.

#### **b. Kebijakan Pelaksanaan (Kep.Menkes No. 581 Tahun 1992)**

1. Penyuluhan di laksanakan melalui berbagai jalur komunikasi dan informasi kepada masyarakat oleh petugas/ pejabat kesehatan dan sektor terkait, pemuka masyarakat dan orang yang mengetahui tentang penyakit demam berdarah *dengue*.
2. Upaya pencegahan DBD di tingkat desa / kelurahan di laksanakan secara swadaya dan di koordinasikan oleh Pokja DBD/LKMD.
3. Pembinaan pelaksanaannya di lakukan oleh Pokjanal DBD/Tim pembina LKMD di tiap tingkat administrasi pemerintah.
4. Setiap kasus DBD di laporkan kepada Puskesmas/Dinas Kesehatan untuk di lakukan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan seperlunya.

5. Di desa endemis di lakukan PSN-DBD untuk membatasi penularan dan pencegahan KLB.

### 2.2.2. Pengendalian DBD.

Pengendalian demam berdarah *dengue* adalah semua upaya untuk mencegah dan menangani kejadian demam berdarah *dengue* termasuk tindakan untuk membasmi penyebaran penyakit demam berdarah *dengue*. Sebagaimana pengendalian penyakit menular lain, metodologi pengendalian demam berdarah ialah memutuskan mata rantai penularannya. Untuk menentukan cara yang tepat dalam memutuskan mata rantai penularan demam berdarah di tinjau berbagai kemungkinan upaya pemutusan mata rantai penularan tersebut. (Dirjen PPM&PLP ; 1992)

Kegiatan pengendalian nyamuk penular DBD di daerah rawan DBD di lakukan sesuai dengan tingkat kerawanan suatu wilayah terhadap DBD. Tingkat kerawanan desa/kelurahan terhadap ancaman DBD dibedakan . (Dirjen PPM&PLP ; 1992) atas :

1. Desa/kelurahan rawan I (endemis),  
Yaitu desa/kelurahan yang dalam 3 tahun terakhir, setiap tahun terjangkit demam berdarah *dengue*
2. Desa/kelurahan rawan II (Sporadis),  
Yaitu desa/kelurahan yang dalam 3 tahun terakhir terjangkit DBD tetapi tidak setiap tahun.
3. Desa/kelurahan rawan III (Potensial), Yaitu desa/kelurahan yang dalam 3 tahun terakhir tidak pernah terjangkit DBD tetapi penduduknya padat, mempunyai

hubungan transportasi yang ramai dengan wilayah lain, dan prosentase yang di temukan jentik lebih dari 5 %.

#### 4. Desa/kelurahan bebas

Yaitu desa/kelurahan yang tidak pernah terjangkit DBD, dan ketinggiannya lebih dari 1000 m dari permukaan laut, atau yang ketinggiannya kurang dari 1000 m tetapi prosentase rumah yang ditemukan jentik kurang dari 5 %.

Sedangkan jenis kegiatan penanggulangan nyamuk penular DBD pada desa/kelurahan yang rawan meliputi :

##### a. Bulan Bakti Gerakan 3M Sebelum Masa Penularan.

Desa/kelurahan rawan I (endemis) dapat merupakan sumber penyebarluasan penyakit ke wilayah lain. KLB DBD seringkali di mulai dari peningkatan jumlah kasus DBD di wilayah ini. Biasanya di desa/kelurahan ini, pada tahun-tahun berikutnya akan terjadi lagi kasus DBD. Oleh karena itu selalu di lakukan kegiatan bulan bakti gerakan 3M terutama sekali sebelum masa penularan. Penyakit di wilayah ini perlu segera di batasi agar populasi nyamuk penular dapat di tekan serendah-rendahnya sehingga KLB dapat di cegah.

##### b. Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB).

PJB adalah pemeriksaan tempat penampungan air dan tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* untuk mengetahui adanya jentik nyamuk, yang di lakukan di rumah dan tempat umum secara teratur sekurang-kurangnya tiap 3 bulan untuk mengetahui keadaan populasi jentik nyamuk penular penyakit demam berdarah *dengue*. Kegiatan ini di lakukan dengan mengunjungi rumah-rumah/tempat-

tempat umum (TTU) untuk memeriksa TPA dan tempat yang menjadi perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* serta memberikan penyuluhan tentang PSN kepada masyarakat/pengelola TTU 100 rumah / bangunan secara sampling oleh petugas kesehatan.

**c. Penyuluhan kepada keluarga/masyarakat**

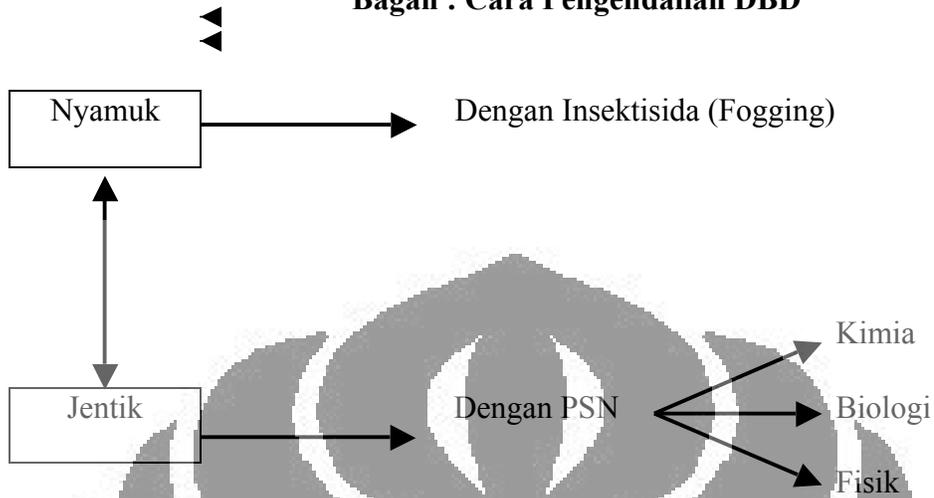
Selain penyuluhan secara individu yang dilakukan melalui kegiatan PJB, penyuluhan kepada masyarakat luas tentang DBD dan pencegahannya di desa/kelurahan rawan DBD juga dilakukan secara kelompok seperti pada pertemuan kader, ceramah agama, pertemuan musyawarah desa dll.

**2.2.3. Cara Pengendalian Nyamuk Penular DBD.**

Pengendalian nyamuk penular (*Aedes aegypti*) merupakan cara utama yang dilakukan untuk mengendalikan demam berdarah *dengue*, karena vaksin untuk mencegah dan obat untuk membasmi virusnya belum tersedia. Pengendalian nyamuk *Aedes aegypti* dapat dilakukan terhadap nyamuk dewasa atau jentiknyanya, seperti pada bagan (Muyono ; 2004) berikut ini :

**Gambar 1**

**Bagan : Cara Pengendalian DBD**



Keterangan :

1. Pemberantasan Nyamuk (Dewasa)  
Pemberantasan terhadap nyamuk dewasa, dengan melakukan bulan bakti gerakan 3M terutama sebelum masa penularan.
2. Pemberantasan Jentik : Kimia : Larvasida  
Biologi : memelihara ikan pemakan jentik (kepala timah, ikan gupi)  
Fisik : 3 M Plus (menguras, menutup, mengubur)

**2.3. Pengertian Masyarakat.**

Masyarakat adalah sekelompok manusia yang mendiami teritorial tertentu dan adanya sifat-sifat yang saling tergantung, adanya pembagian kerja dan kebudayaan bersama (Mac Iaver; 1957).

Masyarakat atau komunitas adalah menunjuk pada bagian masyarakat yang bertempat tinggal di suatu wilayah (dalam arti geografi) dengan batas-batas tertentu, di mana yang menjadi dasarnya adalah interaksi yang lebih besar dari anggota-anggotanya di bandingkan dengan penduduk di luar batas wilayahnya (Soekanto; 1982)

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari ayah dan ibu atau ayah, ibu, dan anak-anak. Keluarga merupakan tiang pokok masyarakat yang ada hubungan timbal balik dan saling mempengaruhi antara sesama anggota keluarga, dan antara keluarga dan masyarakat. Keluarga mempunyai fungsi sebagai kesatuan biologik, sosial, ekonomi, budaya, dan pendidikan (Suparlan et al : 1990).

Keluarga adalah lembaga pertama dari individu yang terkait oleh norma-norma tertentu dan juga berbagai kebutuhan jasmani, rohani, maupun sosial (Suparlan et al; 1990)

## **2.4. Perilaku Masyarakat dalam Pencegahan dan Pengendalian DBD**

### **2.4.1. Aspek Perilaku Dalam Kesehatan**

Perilaku masyarakat adalah merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungan yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang / individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya, sedangkan respon dapat bersifat pasif maupun aktif. Perilaku adalah segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan (Sarwono, 1993).

Dari segi biologis perilaku adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktifitas dari manusia itu sendiri. Dapat di katakan bahwa perilaku adalah apa yang di kerjakan oleh

organisme baik yang dapat di amati secara langsung maupun yang tidak dapat di amati secara langsung (Notoatmodjo. 1993).

Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2003) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). perilaku terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons.

Menurut Green (2000) perilaku masyarakat, individu, termasuk tindakan organisatoris dalam hubungan dengan lingkungan dapat diidentifikasi menjadi 3 (tiga) kategori yang masing-masing mempunyai jenis atau pengaruh berbeda:

a. Faktor predisposisi (*Predisposing Factor*)

Faktor yang menjadi dasar atau motivasi terjadinya perilaku yang mencakup pengetahuan, sikap, tradisi, kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang di anut masyarakat.

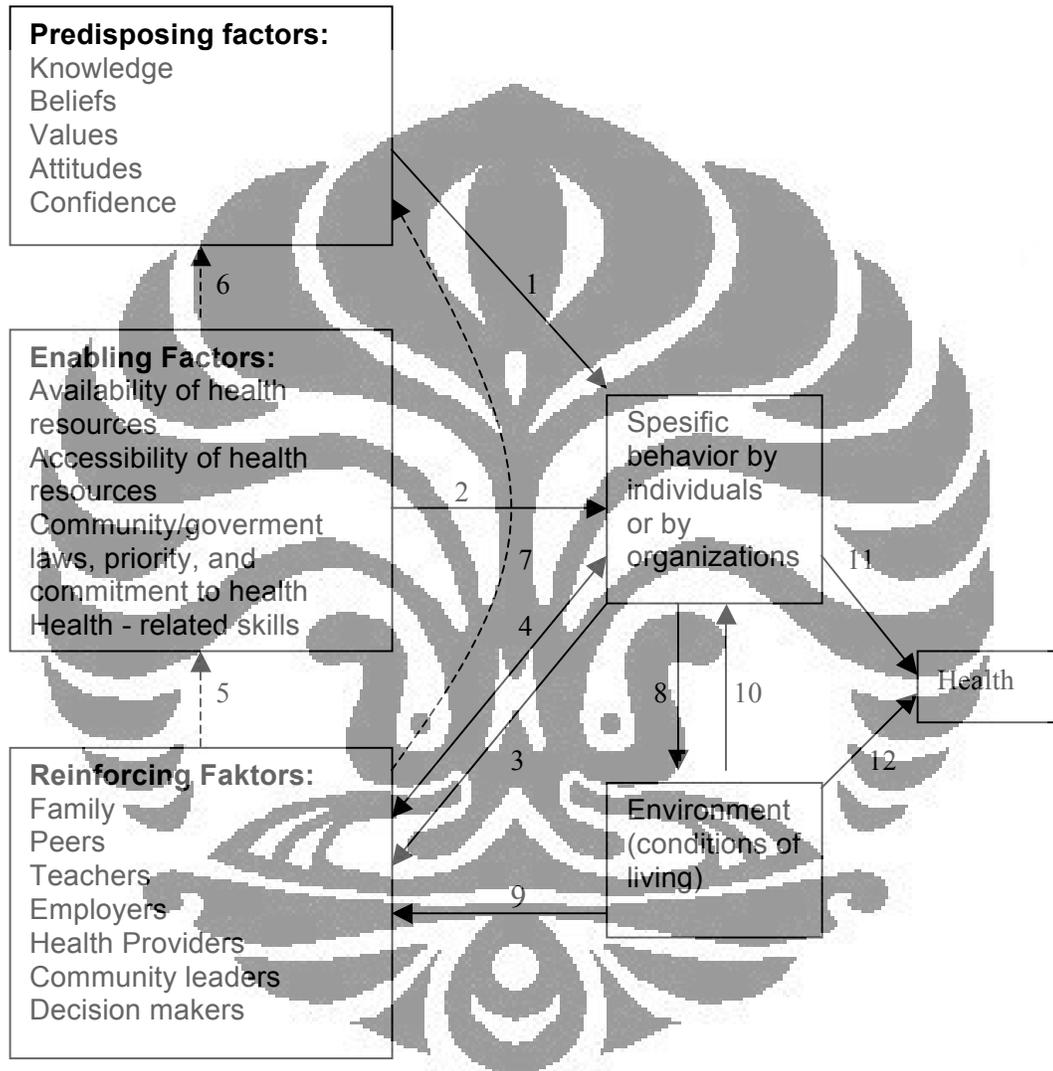
b. Faktor Pemungkin (*Enabling Faktor*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan pada fasilitas kesehatan, aturan-aturan yang ada di masyarakat, peraturan pemerintah, komitmen tentang kesehatan, dan keterampilan-keterampilan yang di miliki berhubungan dengan kesehatan.

c. Faktor penguat (*Reinforcing Faktor*)

Faktor yang dapat memberikan rangsangan atau penghargaan/dukungan dan cukup berperan untuk terjadinya suatu perilaku yaitu pengaruh dari : keluarga, panutan/idola, para guru, pemberi kerja, tenaga kesehatan, tokoh masyarakat dan para pembuat keputusan.

**Gambar: 2**  
**Hubungan antar variabel yang mempengaruhi kesehatan**  
**Menurut Green**



Source: Green (2000) Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach.

## 2.4.2. Proses Perubahan Perilaku

Mantra (1997) dalam Rambey (2003) menyebutkan ada 5 karakteristik dalam proses perubahan perilaku individu, yaitu:

- 1) Pengetahuan : ingat tentang pemberantasan DBD, memahami pentingnya pencegahan DBD, dapat menyebutkan beberapa cara pencegahan DBD.
- 2) Menyetujui : memberikan respon terhadap pesan pemberantasan DBD.
- 3) Niat : adanya niat untuk melakukan kegiatan pencegahan DBD.
- 4) Praktek : melaksanakan kegiatan-kegiatan yang dapat mencegah terjadinya penyakit DBD.
- 5) Advocacy : melakukan upaya mengajak orang lain atau lingkungan agar melakukan kegiatan-kegiatan pencegahan penyakit DBD.

Becker (1979) dalam Notoatmodjo (2003) mengklasifikasikan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan sebagai berikut:

1. Perilaku kesehatan (*health behaviour*), yaitu hal-hal yang berhubungan dengan tindakan atau kegiatan yang di lakukan seseorang untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya yaitu melakukan tindakan-tindakan dalam rangka untuk mencegah terjadinya sakit, memelihara kebersihan perorangan (*personal hygiene*), memilih makanan yang bergizi atau bermanfaat bagi pemeliharaan dan atau peningkatan kesehatannya.
2. Perilaku Sakit (*Illness Behaviour*) yaitu segala tindakan atau kegiatan yang di lakukan oleh seorang individu yang merasa dirinya sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau merasa dan mengenal rasa sakit yang ada pada

dirinya. Termasuk kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakitnya, penyebab penyakit serta usaha pencegahan penyakit.

3. Perilaku Peran Sakit (*the sick role behaviour*) yaitu segala tindakan atau kegiatan yang di lakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan atau usahanya untuk membuat dirinya sembuh.

## **2.5. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD**

### **2.5.1. Pendidikan**

Pendidikan dapat di artikan juga sebagai suatu proses (Notoatmodjo; 2003) sebagai berikut :

- a) Proses dimana seseorang mengembangkan kemampuan, sikap dan bentuk-bentuk tingkah laku lainnya dalam masyarakat dimana dia hidup.
- b) Proses sosial dimana orang dihadapkan pada pengaruh lingkungan yang terpilih dan terkontrol, khususnya yang datang dari sekolah sehingga mereka dapat memperoleh atau mengalami perkembangan kemampuan sosial dan kemampuan individu yang optimum.

Pendidikan Formal adalah proses pendidikan yang sistematis dan terorganisasi serta bertingkat atau berjenjang yang di laksanakan melalui jalur sekolah, peserta didik di terima berdasarkan kepercayaan tertentu dan terbatas pada usia sekolah, dengan tujuan memberikan pengetahuan untuk memasuki tingkat pendidikan yang lebih tinggi (Suparlan et al; 1990).

Astawa (1995) dalam Habasiah (2001) mengemukakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima dan mengembangkan pengetahuan dan teknologi.

Bertitik tolak dari konsep pendidikan tersebut, maka di harapkan bahwa masyarakat dengan tingkat pendidikan lebih tinggi akan mempunyai perilaku yang lebih baik dalam pencegahan DBD.

### 2.5.2. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Berdasarkan hasil pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo; 1993).

Notoatmodjo (1993) juga menjelaskan bahwa pengetahuan di cakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan sebagai berikut :

- a. Tahu, di artikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya.
- b. *Comprehension* (pemahaman), di artikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang di ketahui, dan dapat mengintreprastasikan materi tersebut secara benar.
- c. Aplikasi, di artikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada situasi atau kondisi nyata (sebenarnya).

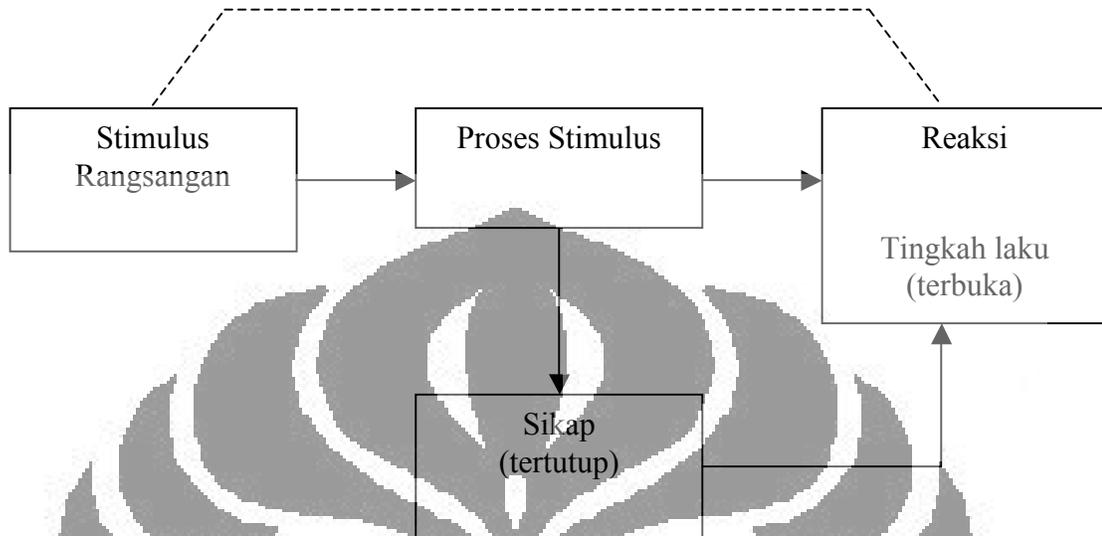
- d. Analisis, adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Sintesis, Menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f. Evaluasi, berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek.

Masyarakat yang mempunyai pengetahuan tentang DBD akan berpeluang berperilaku baik dibanding dengan yang berpengetahuan rendah (Rambej, 2003).

### 2.5.3. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang tertutup. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek (Notoatmodjo; 2003). Diagram di bawah ini dapat lebih menjelaskan uraian tersebut.

**Gambar 3**  
**Proses terbentuknya sikap dan reaksi**



Bagan: Notoatmodjo (2003), Pendidikan dan Perilaku Kesehatan

Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu obyek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

Dari uraian tersebut dapat di ambil suatu contoh misalnya, seseorang yang telah mendengar tentang DBD (penyebabnya, akibatnya, pencegahannya, dan sebagainya). Pengetahuannya tentang DBD akan membawanya untuk berfikir dan

berusaha supaya dirinya/keluarganya tidak terkena DBD. Dalam berfikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga dirinya berniat melakukan pencegahan supaya tidak terkena DBD. Dalam hal ini dirinya mempunyai sikap tertentu terhadap obyek yang berupa penyakit DBD.

#### **2.5.4. Status Ekonomi Keluarga.**

Menurut Sutrisna sebagaimana dikutip oleh Rambey (2003:39), yang sering dilakukan adalah melihat hubungan antara tingkat penghasilan dengan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan, secara populer keadaan keluarga baik perorangan maupun keluarga lebih di kenal dengan sebutan status ekonomi. Secara umum tingkat ekonomi merupakan pendapatan (penghasilan) rata-rata tiap bulan.

Didalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan pasal 88 ayat (1) berbunyi: setiap pekerja/buruh berhak memperoleh penghasilan yang memenuhi penghidupan yang layak bagi kemanusiaan, ayat (2) berbunyi: untuk mewujudkan penghasilan yang memenuhi penghidupan yang layak bagi kemanusiaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pemerintah menetapkan kebijakan pengupahan yang melindungi pekerja/buruh, kemudian di lanjutkan pada ayat (4) yang berbunyi: Pemerintah menetapkan upah minimum sebagaimana di maksud pada ayat (3) huruf a berdasarkan kebutuhan hidup layak dan dengan memperhatikan produktivitas dan pertumbuhan ekonomi. Pada pasal 89 ayat (1) berbunyi: upah minimum sebagaimana dimaksud dalam pasal 88 ayat (3) huruf a dapat terdiri atas: a. Upah minimum berdasarkan wilayah propinsi atau kabupaten/kota, b. Upah minimum berdasarkan sektor pada wilayah provinsi atau kabupaten/kota, ayat (3) berbunyi: Upah

minimum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di tetapkan oleh gubernur dengan memperhatikan rekomendasi dari Dewan Pengupahan Provinsi dan/atau Bupati/Walikota, dilanjutkan pada ayat(4) berbunyi: komponen serta pelaksanaan tahapan pencapaian kebutuhan hidup layak di atur dengan Keputusan Menteri.

Dalam Peraturan Menteri Dinas Tenaga Kerja Nomor Per-17/Men/VIII/2005 tentang Komponen dan Pelaksanaan Tahapan Pencapaian Kebutuhan Hidup Layak yang di jabarkan dalam Upah Minimum Kota (UMK) Bandar Lampung, di tetapkan Upah Minimum Kota Bandar Lampung Sebesar Rp.712,500,- (Disnaker Kota Bandar Lampung; 2008)

#### **2.5.5. Penyuluhan/Pendidikan Kesehatan Masyarakat.**

Pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan adanya pesan tersebut di harapkan masyarakat, kelompok, atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut akhirnya di harapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku (Notoatmodjo; 2003).

Pendidikan kesehatan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah), dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang di hasilkan oleh pendidikan kesehatan ini di dasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran (notoatmodjo; 2003).

Menurut Azwar (1983) *sebagaimana dikutip oleh* Rambey (2003) penyuluhan kesehatan adalah kegiatan yang di lakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan.

Menurut Mantra (1996) dalam Kusnadi (2004) penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, dimana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana melakukan apa yang mesti dilakukan, baik secara perseorangan maupun kelompok serta meminta pertolongan bila di perlukan.

Adapun langkah-langkah yang di lakukan untuk mencapai tujuan penyuluhan yang baik antara lain :

1. Penyuluhan di lakukan secara berkala yang di laksanakan oleh petugas kesehatan dan kader kesehatan dengan memberikan pengertian dan penjelasan tentang bahaya vektor *Aedes aegypti* dan Demam Berdarah (DBD) kepada masyarakat termasuk keluarga.
2. Penyuluhan di lakukan agar masyarakat berpartisipasi aktif dalam pencegahan dan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) DBD.
3. Penyuluhan di lakukan oleh petugas kesehatan dan sektor lain (Tim Pokjanal DBD) serta warga masyarakat yang mempunyai pengetahuan tentang PSN-DBD yang di lakukan pada berbagai kesempatan, melalui berbagai jalur informasi dan komunikasi kepada masyarakat serta secara intensif sebelum musim penularan DBD terutama di daerah endemis DBD.

# BAB III

## KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

### 3.1. Kerangka Teori

Perilaku masyarakat adalah merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungan yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang/individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya, sedangkan respon dapat bersifat pasif maupun aktif. Perilaku adalah segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan (Sarwono, 1993).

Menurut Green (2000) perilaku masyarakat / individu, termasuk tindakan organisatoris dalam hubungan dengan lingkungan dapat diidentifikasi menjadi 3 (tiga) kategori yang masing-masing mempunyai jenis atau pengaruh berbeda:

a. Faktor predisposisi (*Predisposing Factor*)

Faktor yang menjadi dasar atau motivasi terjadinya perilaku yang mencakup pengetahuan, sikap, tradisi, kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan dan sistem nilai yang dianut masyarakat.

b. Faktor Pemungkin (*Enabling Faktor*)

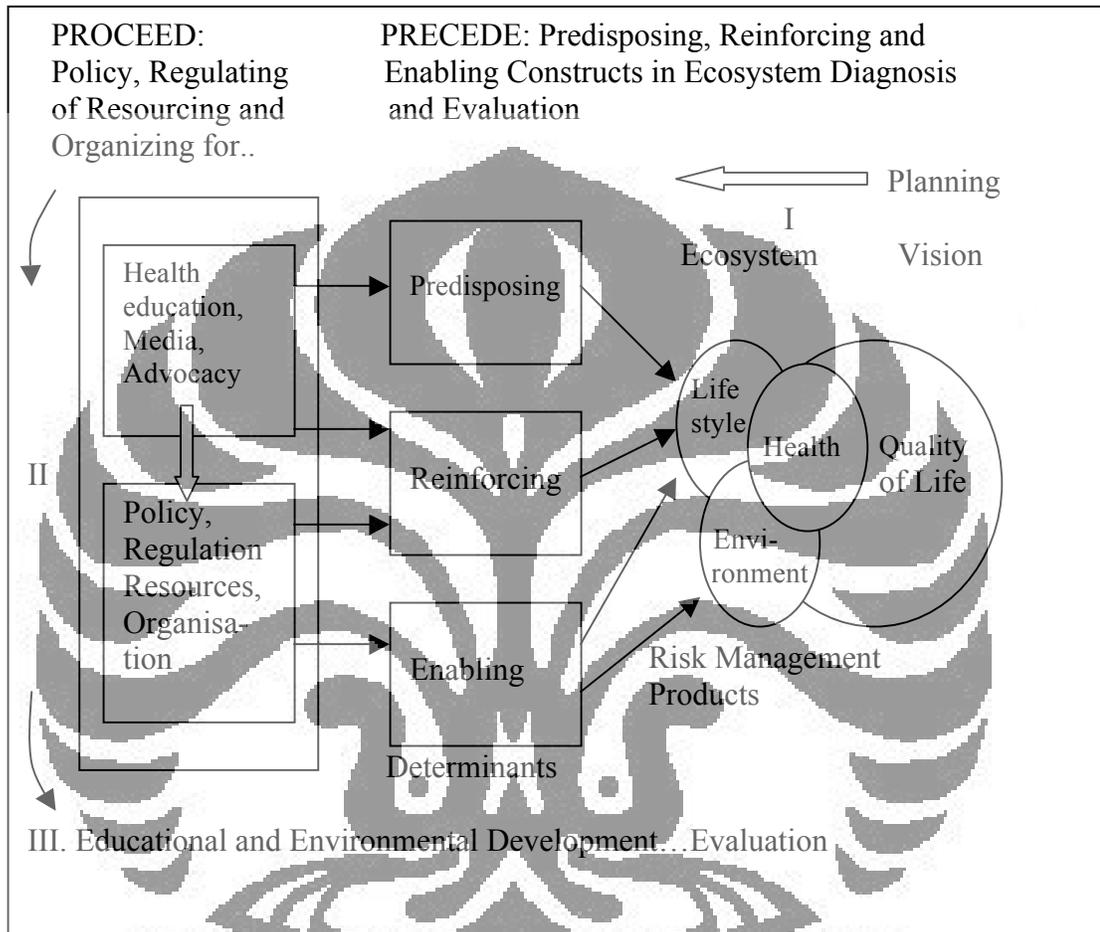
Faktor ini mencakup ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan pada fasilitas kesehatan, aturan-aturan yang ada di masyarakat, peraturan pemerintah, komitmen tentang kesehatan, dan keterampilan-keterampilan yang dimiliki berhubungan dengan kesehatan.

c. Faktor penguat (*Reinforcing Faktor*)

Faktor yang dapat memberikan rangsangan atau penghargaan/dukungan dan cukup berperan untuk terjadinya suatu perilaku yaitu pengaruh dari : keluarga, panutan/idola, para guru, pemberi kerja, tenaga kesehatan, tokoh masyarakat dan para pembuat keputusan.



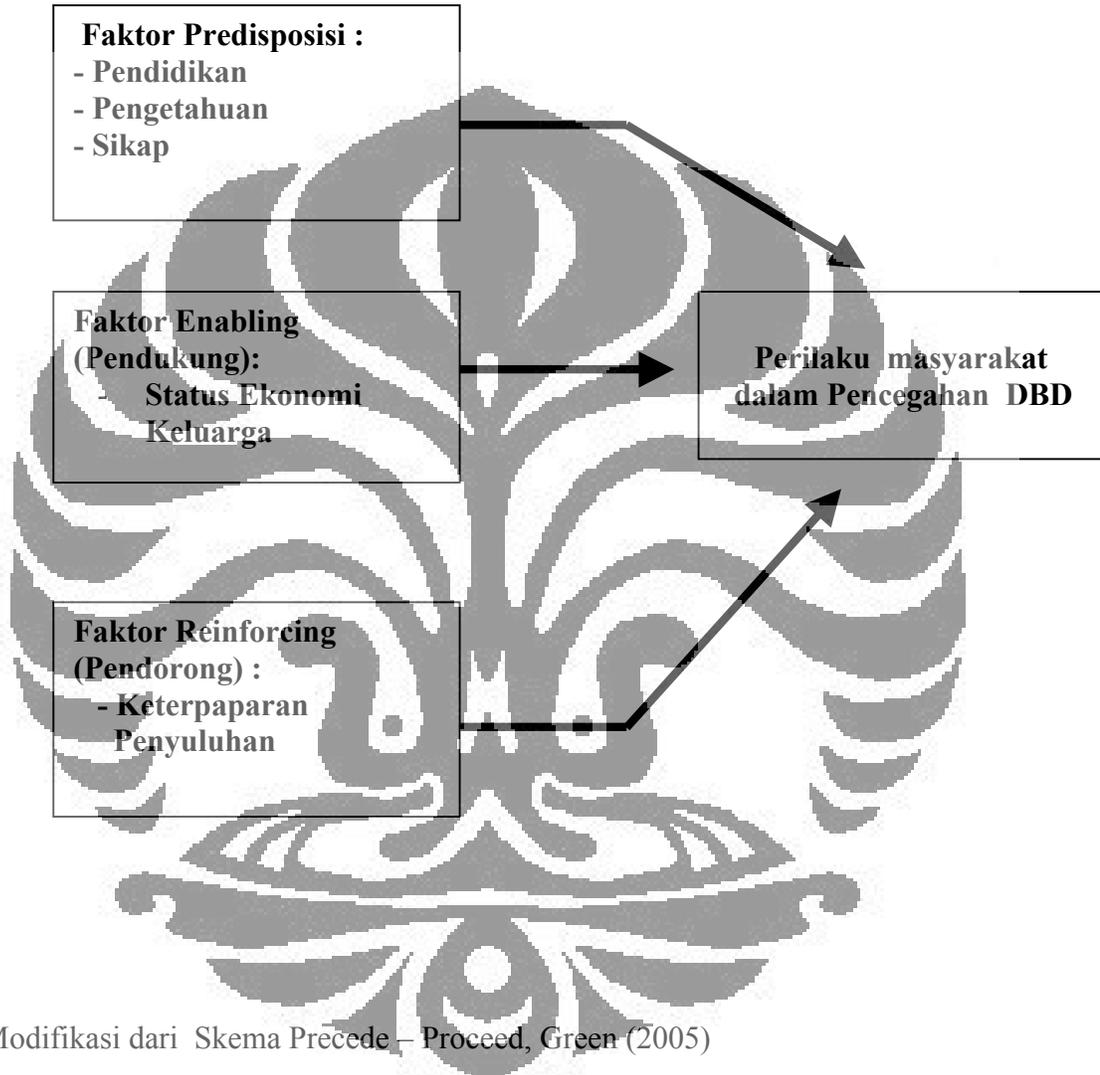
**Gambar 4**  
**Skema Precede – Proceed**



Source : Green (2005), Model of Health Program Planning and Evaluation

Penelitian ini ingin mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan demam berdarah *dengue* dengan menggunakan kerangka konsep yang merujuk dari model Precede-Proceed dari Green tersebut diatas mengenai diagnosa perilaku, kerangka konsep yang dibuat adalah sebagai berikut :

**Gambar 5**  
**Kerangka Konsep**



### 3.3. Hipotesis

1. Ada hubungan antara tingkat pendidikan formal yang di miliki masyarakat dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung.
2. Ada hubungan antara Pengetahuan masyarakat tentang PSN-DBD dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung.
3. Ada hubungan antara Sikap terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung.
4. Ada hubungan antara Tingkat Status Ekonomi Keluarga dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung.
5. Ada hubungan antara Keterpaparan Penyuluhan dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung.

### 3.4. Definisi Operasional

No	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
	<b>VARIABEL INDEPENDEN</b>					
	<b>A. Faktor Predisposing</b>					
1.	Pendidikan	Pernyataan responden tentang pendidikan formal yang dicapai.	Kuesioner	Angket	1= Tinggi $\geq$ SMA 0= Rendah $<$ SMA	Ordinal
2.	Pengetahuan	Pernyataan responden tentang hal-hal yang diketahuinya berkaitan dengan PSN-DBD	Kuesioner	Angket	1= Tinggi bila Skor pengetahuan $>$ mean 10 0= Kurang bila Skor pengetahuan $\leq$ mean 10	Ordinal
3.	Sikap	Tanggapan responden terhadap Pencegahan & Pengendalian DBD	Kuesioner	Angket	1= Mendukung bila skor sikap $>$ median 6 0= Kurang mendukung bila skor sikap $\leq$ median 6	Ordinal
	<b>B. Faktor Enabling</b>					
4.	Status Ekonomi	Pernyataan responden tentang Jumlah pendapatan rutin rumah tangga/keluarga perbulan	Kuesioner	Angket	1= Tinggi $\geq$ Rp. 712.500,- 0= Rendah $<$ Rp. 712.500,-	Ordinal

No	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
5.	<b>C. Faktor Reinforcing</b> Keterpaparan Penyuluhan	Pernyataan responden mengenai darimana saja mendapatkan informasi / pengetahuan tentang DBD, pencegahan dan pengendaliannya	Kuesioner	Angket	1= Terpapar Bila skor keterpaparan $\geq$ Median 4 0= Tidak terpapar Bila skor keterpaparan $<$ Median 4	Ordinal
6.	<b>VARIABEL DEPENDEN</b> Perilaku masyarakat dalam Pencegahan DBD	Pernyataan responden tentang tindakan yang dilakukan oleh responden untuk mencegah terjangkitnya DBD dengan cara: PSN (3M) - Menguras, - Menutup, - Mengubur - Abatisasi	Kuesioner	Angket Observasi	1=Baik, bila skor perilaku $\geq$ median 8 0=Buruk, bila skor perilaku $<$ median 8	Ordinal

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan non eksperimen sedangkan pengumpulan data dilakukan secara *Cross Sectional* (potong lintang) yang bersifat sesaat pada suatu waktu dan tidak diikuti secara terus menerus dalam kurun waktu tertentu, di samping itu keuntungan menggunakan pendekatan ini adalah mudah dilaksanakan, ekonomis baik dari segi biaya maupun waktu.

#### **4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di Kotamadya Bandar Lampung tepatnya di wilayah kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung yang merupakan daerah yang paling endemis di antara daerah lainnya di Propinsi Lampung. Waktu Penelitian dilaksanakan pada bulan April s/d Mei 2008.

#### **4.3. Populasi dan Sampel Penelitian**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah yang ada pada 4 (empat) kelurahan yang paling endemis di kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung yaitu (Kedaton, Perum Way Halim, Labuhan Ratu dan Sepang Jaya) dengan pengambilan sampel kepala keluarga (KK). Jumlah sampel dihitung berdasarkan rumus, Lemeshow (1997;55) sebagai berikut :

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2} = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 (1-0,5)}{(0,05)^2} = 384 \text{ dibulatkan } 400$$

Keterangan :

$n$  : Jumlah sampel

$Z_{1-\alpha/2}$  : Nilai  $Z$  pada derajat kepercayaan 95 % (1,96).

$\alpha$  : Alpha / batas kemaknaan / *Level of significance*) = 5 % (0,05)

$P$  : Proporsi variabel perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD belum diketahui sehingga proporsinya di tentukan sebesar = 0,5

$d$  : Derajat ketepatan (presisi = 0,05)

Jadi jumlah sampel yang di ambil sebanyak 400 responden pada 4 kelurahan, setiap kelurahan di ambil 100 sampel. Cara pengambilan sampel melalui tahapan: yaitu sebelumnya di ketahui terlebih dahulu jumlah kepala keluarga (KK), jumlah jumlah rukun tetangga (RT) per kelurahan, kemudian di buat tabel perhitungan pengambilan sampel pada setiap kelurahan sebagai berikut :

Kelurahan <b>KEDATON</b> (100 Sampel)	KK	2.026
	RT	37
	(RT / KK)	1 = 55 kk
	(RT / SAMPEL)	1 = 2-3 sampel
Kelurahan <b>PERUMNAS WAY HALIM</b> (100 Sampel)	KK	2.078
	RT	53
	(RT / KK)	1 = 40 kk
	(RT / SAMPEL)	1 = 2-3 sampel

Kelurahan <b>LABUHAN RATU</b> (100 Sampel)	KK	2.321
	RT	40
	(RT / KK)	1 = 58 kk
	(RT / SAMPEL)	1 = 2-3 sampel
Kelurahan <b>SEPANG JAYA</b> (100 Sampel)	KK	2.536
	RT	32
	(RT / KK)	1 = 80 kk
	(RT / SAMPEL)	1 = 3-4 sampel

Setelah itu pengambilan sampel di random pada tiap-tiap RT menggunakan tabel angka acak, caranya yaitu : sebelumnya membuat nomor pada kertas kecil (nomor dibuat sebanyak KK pada RT yang akan di ambil sampel), kemudian nomor-nomor tersebut di gulung dan di masukkan kedalam gelas yang di tutup dan di beri lubang untuk di lakukan pengundian / pengocokan. Nomor yang pertama keluar dari kocokan di jadikan patokan untuk memulai dari baris beberapa kita memulai memilih nomor responden.

#### 4.4. Pengumpulan Data

Data yang di pergunakan dalam penelitian ini adalah data primer, dimana data tersebut di dapat dari hasil angket dengan menggunakan kuesioner. Sebelum penelitian ini di laksanakan, di lakukan uji coba sebelumnya pada kuesioner yang akan di gunakan sebagai alat pengumpul data dengan melakukan uji coba pada 30 responden yang tidak termasuk dalam sampel penelitian ini.

## 4.5. Pengolahan Data

Data yang di kumpulkan di olah menggunakan tehnik analisis kuantitatif menggunakan perangkat komputer program SPSS 13.0 setelah melalui beberapa tahapan, yaitu :

### 1. *Editing Data*

Proses ini di lakukan untuk mengecek apakah data yang terkumpul sudah lengkap atau belum. Semua data yang terkumpul kemudian di lakukan pemeriksaan apakah ada kesalahan pengisian kuesioner, seperti salah tulis, ketidak serasian atau lupa pengisian jawaban.

### 2. *Coding Data*

Data yang telah di kumpulkan di klasifikasikan dan di beri kode dalam bentuk angka atau huruf untuk masing-masing pertanyaan sesuai dengan tujuannya yaitu untuk mempermudah dalam melakukan entry data.

### 3. *Entry Data*

Setelah di lakukan pengkodean data pada kuesioner, data di masukkan dan di proses dalam komputer. Proses ini merupakan pemindahan data yang telah di kumpulkan dari format ke dalam komputer.

### 4. *Cleaning Data*

Setelah seluruh data selesai di *entry* di lakukan *cleaning* untuk membersihkan kesalahan pengisian data.

## 4.6. Analisis Data

### 4.6.1 Analisis Univariat

Pada analisis univariat setiap variabel dari hasil penelitian akan keluar dalam bentuk frekuensi dan prosentase dari tiap variabel independen dan dependen.

### 4.6.2. Analisis Bivariat

Uji bivariat di lakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan melakukan uji statistik yang di gunakan adalah *Chi-Square* dan *Confident interval 95%* pada  $\alpha$  (tingkat kemaknaan) = 0,05. Kesimpulan tingkat kemaknaan dapat di lakukan apabila hasil sebagai berikut:

- a.  $P\text{-value} \leq 0,05$  menunjukkan hasil adalah bermakna
- b.  $P\text{-value} > 0,05$  menunjukkan hasil adalah tidak bermakna

Prinsip pengujian *Chi Square* adalah membandingkan frekuensi yang terjadi (observasi) dengan frekuensi harapan (ekspektasi). Bila nilai frekuensi observasi dengan nilai frekuensi harapan sama maka dikatakan tidak ada perbedaan yang bermakna (significance). Sebaliknya bila nilai frekuensi observasi dengan nilai frekuensi harapan berbeda maka dikatakan ada perbedaan yang bermakna (significance).

Rumus uji *Chi Square* :

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan:

- $X^2$  = Nilai *Chi Square*
- O = Nilai Observasi
- E = Nilai Harapan (ekspektasi)
- df = Derajat kebebasan
- k = Jumlah kolom
- b = Jumlah bariss

Hasil analisis bivariat dengan regresi logistik sederhana dipakai untuk menentukan variabel yang layak secara statistik dapat di ikut sertakan model analisis selanjutnya (multivariat). Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai  $P < 0,25$  maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Kriteria ini di tetapkan berdasarkan pengalaman empiris penggunaan nilai  $\alpha$  yang lazim 0,05 seringkali tidak berhasil mengidentifikasi variabel yang di anggap penting (Hastono , 2007).

#### 4.6.3. Analisis Multivariat

Untuk melihat keeratan hubungan antara variabel independen secara bersama-sama dengan variabel dependen, yaitu berupa model menggunakan uji statistik regresi logistik ganda (*Multiple regression logistic*) dengan model prediksi. Variable potensial yang akan di masukan dalam model dari hasil analisis bivariat yang mempunyai nilai  $P \text{ value} < 0,25$ .

Penetapan nilai  $p \text{ value} < 0,25$  ini berdasarkan pengalaman empiris dari berbagai penelitian terdahulu, dimana bila kita memasukkan  $p \text{ value}$  yang lazim (0,05) seringkali tidak berhasil mengidentifikasi variabel bebas yang dianggap penting (Hastono, 2006).

Penilaian model terpilih di dasarkan pada beberapa ketentuan yaitu nilai signifikan ( $p \text{ value} < 0.05$ ) dan nilai OR pada CI 95%.

Tujuan dari analisis multivariat ini adalah untuk melihat variabel independen mana yang paling berhubungan dan paling dominan terhadap variabel dependen.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1. Pelaksanaan Penelitian**

Untuk menunjang dan mempermudah di dalam proses penelitian, sebelum pelaksanaan penelitian di lapangan yang pertama di lakukan adalah mengurus surat izin untuk mengadakan penelitian ke masyarakat kepada pemerintah Kotamadya Bandar Lampung. Setelah mendapatkan izin, di lakukan pendataan karakteristik masyarakat yang akan menjadi obyek penelitian dalam hal ini adalah masyarakat wilayah kecamatan Kedaton terutama 4 (empat) kelurahan yang paling endemis yang menjadi obyek pengambilan sampel. Data yang di perlukan untuk penelitian ini antara lain : jumlah kepala keluarga (KK), jumlah LK/RT pada setiap kelurahan, dan beberapa data lain yang di perlukan untuk penelitian.

Kemudian yang tidak kalah pentingnya adalah melakukan persiapan instrumen penelitian yaitu telah di lakukan uji coba sebelumnya pada kuesioner yang akan di gunakan sebagai alat pengumpul data dengan melakukan uji coba pada 30 responden yang tidak termasuk dalam sampel penelitian, dan hasilnya cukup valid dan reliabel.

Kuesioner yang menjadi instrumen dalam pengumpulan data pada penelitian ini di bagi menjadi Lima Bagian Pertanyaan, yang telah mencakup 6 (enam) unsur variabel yang akan diteliti. Untuk menunjang validitas data yang diperoleh, khusus pada pertanyaan bagian keempat (tentang perilaku) dilakukan juga observasi lingkungan sekitar rumah (bila dianggap perlu dan memungkinkan) pada saat pengambilan

kuesioner dengan cara membandingkan antara jawaban yang di berikan responden pada kuesioner dengan kondisi yang sesungguhnya.

Pengolahan data diawali dengan melakukan editing data yaitu memeriksa kelengkapan jawaban pada kuesioner, kemudian melakukan koding data pada lembar yang telah di sediakan untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry* data, selanjutnya memasukkan data / entry data kedalam komputer dan setelah semua data masuk di lakukan *cleaning* untuk memeriksa apakah data telah bersih dari kesalahan sehingga data telah benar-benar siap untuk di analisis. Untuk menentukan *cut of point* dengan melihat kurva yang di hasilkan dari analisis, pada **kurva normal** maka *cut of point* menggunakan *mean* sedangkan apabila **kurva tidak normal** baik condong kekiri maupun condong kekanan maka *cut of point* menggunakan *median*.

Analisis yang di lakukan meliputi analisis univariat dengan membuat distribusi frekuensi dari masing-masing variabel baik variabel dependen maupun variabel independen, analisis bivariat di lakukan dengan membuat tabel silang (*crosstab*) antara variabel independen terhadap variabel dependen dengan menggunakan uji *chi square* sehingga dapat di ketahui ada tidaknya hubungan yang bermakna dengan perhitungan jika *p value* lebih kecil dari nilai *alpha* 5 % (0,05) berarti ada hubungan yang bermakna dan jika *p value* lebih besar dari *alpha* 5 % (0,05) berarti tidak ada hubungan yang bermakna, selanjutnya adalah analisis multivariat untuk melihat keeratan hubungan antara variabel independen secara bersama-sama dengan variabel dependen, yaitu berupa model menggunakan uji statistik *regresi logistik ganda* (*Multiple regression logistic*) dengan model *prediksi*. Variabel potensial yang akan di masukan dalam model

dari hasil analisis bivariat adalah yang mempunyai nilai  $p \text{ value} < 0,25$ . kemudian hasil akhir akan terlihat dari analisis multivariat ini variabel independen mana yang paling berhubungan atau paling dominan terhadap variabel dependen dengan melihat besarnya nilai pada kolom Exp(B).

## 5.2. Analisis Univariat

### 5.2.1. Analisis Univariat Variabel Dependen

**Tabel 5.2.1**  
**Distribusi responden menurut variabel dependen**  
**Di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung Tahun 2008**

Variabel Dependen	Jumlah	%
Perilaku Baik	228	57
Perilaku Kurang Baik	172	43
Jumlah	400	100

Hasil dari analisis univariat variabel dependen di dapatkan bahwa dari 400 responden sebagian besar atau sebanyak 228 (57 %) responden mempunyai perilaku baik dalam pencegahan DBD, dan sebanyak 172 (43 %) responden mempunyai perilaku kurang baik dalam pencegahan DBD.

## 5.2.2. Analisis Univariat Variabel Independen

Tabel 5.2.2

Distribusi Responden menurut Variabel Independen  
Di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung tahun 2008

No	Variabel Independen	Kategori	Jumlah	%
1.	<b>Pendidikan</b>	Tinggi	185	46,3
		Rendah	215	53,8
2.	<b>Pengetahuan</b>	Baik	225	56,3
		Kurang	175	43,8
3.	<b>Sikap</b>	Mendukung	185	46,3
		Kurang Mendukung	215	53,8
4.	<b>Status Ekonomi</b>	Tinggi	244	61,0
		Rendah	156	39,0
5.	<b>Keterpaparan Penyuluhan</b>	Terpapar	267	66,8
		Kurang Terpapar	133	33,3

Dari tabel 5.2.2 di atas dapat diuraikan gambaran variabel independen (pendidikan, pengetahuan, sikap, ekonomi, keterpaparan) sebagai berikut:

### 1. Pendidikan

Tingkat pendidikan responden adalah pendidikan formal tertinggi yang pernah diikuti oleh responden yang dikelompokkan menjadi 2 (dua) kategori yaitu

pendidikan tinggi dan pendidikan rendah. Kategori pendidikan tinggi apabila responden berpendidikan tamat SLTA, tamat akademi dan tamat perguruan tinggi, kategori pendidikan rendah apabila responden tidak pernah sekolah sampai dengan tamat SLTP. Kategori tingkat pendidikan tersebut di dasarkan atas program wajib belajar sembilan tahun. Tingkat pendidikan dari 400 responden terdapat sebanyak 185 (46,3 %) yang berpendidikan tinggi dan 215 (53,8 %) yang berpendidikan rendah.

## 2. Pengetahuan

Pengetahuan responden diukur dengan 5 (lima) variabel pertanyaan, setiap jawaban memiliki nilai yang bergradasi antara 1 sampai 3 dan hasil dari total jawaban responden memiliki nilai minimal 5 dan maksimal 15. Untuk menentukan kategori pengetahuan baik dan kurang baik, di dapatkan hasil *mean* 10,18. Untuk pengetahuan baik bila skor pengetahuan  $> mean$  10, kategori pengetahuan kurang baik bila skor pengetahuan  $\leq mean$  10. Dari 400 responden di dapatkan sebanyak 225 (56,3 %) responden yang mempunyai pengetahuan baik tentang PSN-DBD dan 175 (43,8 %) responden yang mempunyai pengetahuan kurang tentang PSN-DBD.

## 3. Sikap

Yang di maksud adalah, sikap responden terhadap program pencegahan dan penanggulangan DBD, yang di kategorikan dengan sikap mendukung dan sikap kurang mendukung. Sikap responden diukur dengan 4 (empat) variabel pertanyaan sikap yang total hasil jawaban responden memiliki nilai minimal 4 dan maksimal 12. Untuk menentukan kategori sikap mendukung dan kurang mendukung, di dapatkan cara yang paling tepat adalah menggunakan nilai median. Sikap mendukung bila skor nilai sikap  $>$

*median* 6, dan sikap kurang mendukung bila skor nilai sikap  $\leq$  *median* 6. Dari 400 responden di dapatkan sebanyak 185 (46,3 %) responden yang mendukung program pencegahan dan pengendalian DBD dan 215 (53,8 %) responden yang kurang mendukung program pencegahan dan pengendalian DBD.

#### 4. Status Ekonomi

Status ekonomi di bedakan menjadi dua kategori yaitu ekonomi tinggi dan ekonomi rendah. Dasar penentuan kategori tersebut mengacu pada Peraturan Menteri Dinas Tenaga Kerja nomor Per-17/Men/VIII/2005 tentang Komponen dan Pelaksanaan Tahapan Pencapaian Kebutuhan Hidup Layak yang di jabarkan dalam Upah Minimum Kota (UMK) Bandar Lampung sebesar Rp. 712.500,-. Untuk kategori ekonomi tinggi jika pendapatan  $\geq$  Rp.712.000,- per-bulan, dan ekonomi rendah jika pendapatan  $<$  Rp. 712.000,- per-bulan. Dari 400 responden di ketahui status ekonomi tinggi sebanyak 244 (61,0 %) responden, dan status ekonomi rendah sebanyak 156 (39,0 %) responden.

#### 5. Keterpaparan penyuluhan

Keterpaparan penyuluhan di ukur dengan 7 (tujuh) variabel pertanyaan tentang darimana saja responden mengetahui tentang DBD, pencegahan dan penanggulangannya antara lain: televisi, radio, buku/koran/brosur/spanduk di jalan/ dll, kader, petugas puskesmas, kelurahan dan tim Pokja DBD. Kategorinya adalah terpapar dan kurang terpapar. Untuk kategori terpapar bila skor keterpaparan  $\geq$  *median* 4, dan kurang terpapar bila skor keterpaparan  $<$  *median* 4. Dari 400 responden terdapat sebanyak 267 (66,8 %) responden yang terpapar dengan penyuluhan, dan 133 (33,3 %) responden yang kurang terpapar dengan penyuluhan.

### 5.3. Analisis Bivariat.

Analisis bivariat di lakukan untuk melihat apakah ada hubungan antara variabel independen yaitu pendidikan, pengetahuan, sikap, status ekonomi, dan keterampilan penyuluhan dengan variabel dependen yaitu perilaku responden dalam pencegahan penyakit demam berdarah. Dari hasil uji *Chi-square* dapat di lihat sebagai berikut ini:

#### 5.3.1. Hubungan pendidikan formal responden dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD.

**Tabel 5.3.1**  
**Distribusi menurut tingkat pendidikan formal**  
**Dan perilaku responden dalam pencegahan DBD**

Tingkat Pendidikan Formal	Perilaku				Jumlah		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Kurang		N	%		
	N	%	n	%				
Tinggi	116	62,7	69	37,3	185	100	1,546	0,042
Rendah	112	52,1	103	47,9	215	100	1,03 – 2,30	
Jumlah	228	57,0	172	43,0	400	100		

Hasil analisis hubungan antara pendidikan formal yang di miliki responden dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD di peroleh bahwa ada sebanyak 116 (62,7 %) responden yang berpendidikan tinggi yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD. Sedangkan diantara responden yang berpendidikan rendah, ada sebanyak 112 (52,1 %) yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD. Hasil uji statistik di peroleh

nilai  $p = 0,042$  maka dapat di simpulkan ada perbedaan proporsi perilaku pencegahan DBD antara responden yang berpendidikan tinggi dengan responden yang berpendidikan rendah (ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan perilaku pencegahan DBD). Dari hasil analisis di peroleh nilai  $OR = 1,546$  artinya responden yang memiliki pendidikan tinggi mempunyai peluang 1,546 kali untuk berperilaku baik dalam pencegahan DBD di banding responden yang berpendidikan rendah.

### 5.3.2. Hubungan pengetahuan responden tentang PSN-DBD dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD.

Tabel 5.3.2

Distribusi menurut pengetahuan responden dan perilaku responden dalam pencegahan DBD

Pengetahuan Tentang PSN-DBD	Perilaku				Jumlah		OR (95 % CI)	P Value
	Baik		Kurang					
	N	%	n	%	N	%		
Pengetahuan Baik	141	62,7	84	37,3	225	100	1,698	0,013
Pengetahuan Kurang	87	49,7	88	50,3	175	100	1,13 – 2,53	
Jumlah	228	57,0	172	43,0	400	100		

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan tentang PSN-DBD dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD di peroleh bahwa ada sebanyak 141 (62,7 %) responden yang mempunyai pengetahuan baik yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD. Sedangkan di antara responden yang mempunyai pengetahuan

kurang, ada 87 (49,7 %) yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD. Hasil uji statistik di peroleh nilai  $p = 0,013$  maka dapat di simpulkan ada perbedaan proporsi perilaku pencegahan DBD antara responden yang mempunyai pengetahuan baik dengan responden yang mempunyai pengetahuan kurang (ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang PSN-DBD dengan perilaku pencegahan DBD). Dari hasil analisis di peroleh nilai  $OR = 1,698$  artinya responden yang memiliki pengetahuan baik mempunyai peluang 1,70 kali untuk berperilaku baik dalam pencegahan DBD di banding responden yang mempunyai pengetahuan kurang.

### 5.3.3. Hubungan Sikap responden terhadap pencegahan dan pengendalian DBD dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD.

**Tabel 5.3.3**  
**Distribusi menurut Sikap responden dan perilaku pencegahan DBD**

Sikap	Perilaku				Jumlah		OR (95 % CI)	P Value
	Baik		Kurang		N	%		
	N	%	n	%				
Mendukung	118	63,8	67	36,2	185	100	1,681	0,015
Kurang Mendukung	110	51,2	105	48,8	215	100	1,12 - 2,51	
Jumlah	228	57,0	172	43,0	400	100		

Hasil analisis hubungan antara Sikap responden terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD di peroleh

bahwa ada sebanyak 118 (63,8 %) responden yang mempunyai sikap mendukung yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD. Sedangkan di antara responden yang mempunyai sikap kurang mendukung, ada 110 (51,2 %) yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD. Hasil uji statistik di peroleh nilai  $p = 0,015$  maka dapat di simpulkan ada perbedaan proporsi perilaku pencegahan DBD antara responden yang mempunyai sikap mendukung dengan responden yang mempunyai sikap kurang mendukung (ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku pencegahan DBD). Dari hasil analisis di peroleh nilai  $OR = 1,681$  artinya responden yang memiliki sikap mendukung mempunyai peluang 1,681 kali untuk berperilaku baik dalam pencegahan DBD di banding responden yang mempunyai sikap kurang mendukung.

#### 5.3.4. Hubungan Status ekonomi responden dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD.

**Tabel 5.3.4**  
Distribusi menurut Status ekonomi responden dan perilaku responden dalam pencegahan DBD

Status Ekonomi	Perilaku				Jumlah		OR (95 % CI)	P value
	Baik		Kurang		N	%		
	N	%	n	%				
Tinggi	159	65,2	85	34,8	244	100	2,359 1,56 – 3,55	0,000
Rendah	69	44,2	87	55,8	156	100		
Jumlah	228	57,0	172	43,0	400	100		

Hasil analisis hubungan antara status ekonomi responden dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD di peroleh bahwa ada sebanyak 159 (65,2 %) responden yang

status ekonominya tinggi yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD. Sedangkan diantara responden yang status ekonominya rendah, ada 69 (44,2 %) yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD. Hasil uji statistik di peroleh nilai  $p = 0,000$  maka dapat di simpulkan ada perbedaan proporsi perilaku pencegahan DBD antara responden yang status ekonominya tinggi dengan responden yang status ekonominya rendah (ada hubungan yang signifikan antara status ekonomi dengan perilaku pencegahan DBD). Dari hasil analisis di peroleh nilai  $OR = 2,359$  artinya responden yang status ekonominya tinggi mempunyai peluang 2,359 kali untuk berperilaku baik dalam pencegahan DBD di banding responden yang status ekonominya rendah.

### 5.3.5. Hubungan Keterpaparan penyuluhan dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD.

**Tabel 5.3.5**  
**Distribusi menurut keterpaparan penyuluhan dan perilaku responden dalam pencegahan DBD**

Keterpaparan Penyuluhan	Perilaku				Jumlah		OR (95 % CI)	P value
	Baik		Kurang		N	%		
	N	%	n	%				
Terpapar	165	61,8	102	38,2	267	100	1,797	0,008
Kurang Terpapar	63	47,4	70	52,6	133	100		
Jumlah	228	57,0	172	43,0	400	100		

Hasil analisis hubungan antara keterpaparan penyuluhan dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD di peroleh bahwa ada sebanyak 165 (61,8 %) responden yang

terpapar yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD. Sedangkan di antara responden yang kurang terpapar, ada 63 (47,4 %) yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD. Hasil uji statistik di peroleh nilai  $p = 0,008$  maka dapat di simpulkan ada perbedaan proporsi perilaku pencegahan DBD antara responden yang terpapar dengan responden yang kurang terpapar (ada hubungan yang signifikan antara keterpaparan penyuluhan dengan perilaku pencegahan DBD). Dari hasil analisis di peroleh nilai  $OR = 1,797$  artinya responden yang terpapar dengan penyuluhan mempunyai peluang 1,797 kali untuk berperilaku baik dalam pencegahan DBD di banding responden yang kurang terpapar dengan penyuluhan.

#### 5.4. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan tujuan untuk melihat hubungan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen, dalam hal ini yang di lakukan adalah menghubungkan beberapa variabel independen (pendidikan, pengetahuan, sikap, status ekonomi, dan keterpaparan) dengan satu variabel dependen (perilaku pencegahan DBD) pada waktu yang bersamaan dalam satu model. Hasil yang akan terlihat / di peroleh adalah variabel independen mana yang paling berhubungan dengan variabel dependen. Pada penelitian ini jenis data yang akan di uji bentuknya sudah menjadi katagorik baik variabel independen maupun variabel dependen, oleh sebab itu proses analisis yang akan di lakukan menggunakan uji statistik *regresi logistik ganda* dengan *model prediksi*. Agar di peroleh *model regresi* yang hemat dan mampu menjelaskan hubungan variabel independen dan dependen, di lakukan seleksi bivariat terlebih dahulu antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dengan

menggunakan uji *regresi logistik* sederhana, bila hasil uji bivariat mempunyai nilai  $p < 0,25$ , maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat.

#### 5.4.1. Analisis regresi logistik sederhana.

Sebelum melangkah ke analisis multivariat, terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen, analisis yang digunakan adalah analisis *regresi logistik* sederhana, variabel yang dapat lolos untuk diikutsertakan pada model multivariat adalah yang mempunyai nilai  $p < 0,25$ , hasil seleksi analisis bivariat kelima variabel independen dapat dilihat pada tabel berikut ini

**Tabel 5.4.1**  
**Hasil analisis regresi logistik sederhana antara variabel independen dengan variabel dependen (perilaku responden dalam pencegahan DBD)**

No	Variabel	Wald	df	P value	OR	Ket
1.	Pendidikan	4,547	1	0,032	1,546	P value < 0,25
2.	Pengetahuan	6,695	1	0,009	1,698	P value < 0,25
3.	Sikap	6,423	1	0,011	1,681	P value < 0,25
4.	Status ekonomi	16,718	1	0,000	2,359	P value < 0,25
5.	Keterpaparan	7,470	1	0,006	1,797	P value < 0,25

#### 5.4.2. Analisis regresi logistik ganda model prediksi.

Setelah di lakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dengan menggunakan analisis *regresi logistik* sederhana, kemudian di lakukan seleksi variabel independen mana saja yang dapat di ikut sertakan pada model multivariat. Variabel yang dapat di ikut sertakan pada pemodelan multivariat adalah yang menghasilkan *p value*  $< 0,25$ . Hasil dari seleksi bivariat pada tabel 5.4.1. di atas bahwa kelima variabel menghasilkan *p value*  $< 0,25$ , maka kelima variabel tersebut dapat langsung masuk tahap multivariat.

Analisis multivariat kelima variabel independen (pendidikan, pengetahuan, sikap, status ekonomi dan keterpaparan) menggunakan analisis *regresi logistik ganda model prediksi* yaitu memasukkan semua variabel independen yang memenuhi syarat dan variabel dependen ke dalam satu model yang hasilnya dapat di lihat pada tabel di bawah ini

**Tabel 5.4.2**  
**Hasil analisis regresi logistik ganda model prediksi antara**  
**Variabel independen dengan variabel dependen**

No	Variabel	Wald	df	P value	OR	Ket
1.	Pendidikan	7,088	1	0,008	1,898	P value $< 0,05$
2.	Pengetahuan	37,566	1	0,000	7,667	P value $< 0,05$
3.	Sikap	36,018	1	0,000	7,299	P value $< 0,05$
4.	Status ekonomi	27,505	1	0,000	3,865	P value $< 0,05$
5.	Keterpaparan	17,353	1	0,000	2,983	P value $< 0,05$

Dari hasil analisis multivariat tersebut di atas ternyata kelima variabel (pendidikan, pengetahuan, sikap, status ekonomi dan keterpaparan) mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD. Sedangkan variabel yang paling besar pengaruhnya / paling dominan adalah pengetahuan, hasil analisis di dapatkan *Odds Ratio* (OR) dari variabel pengetahuan adalah 7,667 artinya responden yang memiliki pengetahuan yang baik tentang PSN-DBD mempunyai peluang melakukan pencegahan DBD sebesar 7,667 kali lebih tinggi di banding yang mempunyai pengetahuan rendah / kurang setelah dikontrol variabel pendidikan, sikap, status ekonomi dan keterpaparan. Untuk variabel yang lain dapat pula di intepretasikan demikian.



## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1. Keterbatasan Penelitian

Sebelum di kemukakan lebih lanjut mengenai hal-hal yang telah di dapatkan dari penelitian ini perlu di kemukakan sebelumnya mengenai beberapa keterbatasan yang ada dari penelitian ini.

Pertama: penelitian ini menggunakan rancangan non eksperimen yang pengumpulan datanya di lakukan secara *cross sectional* (potong lintang), bersifat sesaat tidak di ikuti secara terus menerus dalam kurun waktu tertentu. Pengukuran variabel, baik independen maupun dependen di kumpulkan secara bersamaan pada saat penelitian dilakukan, sehingga banyak hal-hal yang lebih mendalam tidak dapat di jelaskan. Interpretasi hasil penelitian hanya dapat menjelaskan hubungan/keeratn antar variabel dan seberapa besar pengaruhnya saja.

Kedua: variabel yang di teliti sangat terbatas, yaitu hanya yang berkaitan dengan faktor perilakunya saja itupun kemungkinan masih ada yang belum terakomodir, selain daripada itu faktor lain untuk terjadinya perilaku seperti misalnya faktor lingkungan, sarana prasarana dan lain-lain tidak di teliti sehingga pada kesimpulannya hanya terfokus pada faktor perilakunya saja.

Ketiga: Instrumen yang digunakan sebagai alat untuk mengumpulkan data adalah kuesioner dengan menggunakan metode angket, terkadang responden tidak menjawab setiap pertanyaan yang di berikan dengan jujur dan terbuka karena alasan subyektivitas dari responden sendiri.

## 6.2. Pembahasan Hasil Penelitian

Seperti telah di uraikan pada bab sebelumnya bahwa penelitian ini ingin mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam pencegahan demam berdarah dengue (DBD) di kecamatan Kedoton kota Bandar Lampung. Pada dugaan awal / sementara (hipotesis) dikatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan DBD ada lima variabel yaitu pendidikan , pengetahuan, sikap, status ekonomi, dan keterpaparan informasi / penyuluhan.

Untuk membuktikan hipotesis tersebut, di lakukan penelitian ke lapangan agar di dapatkan fakta yang sesungguhnya. Metode atau cara yang di gunakan untuk mengumpulkan / mencari fakta atau data tersebut menggunakan instrumen alat pengumpul data yaitu kuesioner, berisi pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan lima variabel independen dan satu variabel dependen yang akan di teliti. Sebelumnya di lakukan penentuan jumlah sampel dengan rumus yang ada, dan di dapatkan jumlah sampel sebanyak 384 sampel di bulatkan menjadi 400 sampel. Cara pengambilan sampel menggunakan tehnik pengambilan sampel acak sederhana (*Simple Random Sampling*) yang di ambil pada empat kelurahan yang paling endemis.

Data yang di peroleh dari 400 responden melalui kuesioner di kumpulkan kemudian di lakukan editing, coding dan di lakukan entry data ke dalam komputer (menggunakan program SPSS) untuk di analisis. Hasil dari uji statistik dari kelima variabel independen masing-masing menghasilkan nilai p-value  $< 0,05$  (5 %), artinya hipotesis terbukti, ada hubungan pendidikan formal, pengetahuan tentang PSN-DBD, sikap terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD, status ekonomi dan keterpaparan dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue.

### 6.2.1. Perilaku Responden dalam Pencegahan DBD

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD dengan kategori baik sebesar 57 % . Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya tentang perilaku masyarakat terhadap pencegahan DBD antara lain : penelitian yang di lakukan Mourbas, M (2000) di pelabuhan teluk bayur Padang yang di ketahui bahwa perilaku baik masyarakat terhadap PSN-DBD sebesar 66,3 %, kemudian pada penelitian Rambey (2004) yang di lakukan di kota Jambi juga di dapatkan perilaku baik masyarakat terhadap PSN-DBD sebesar 58,8 %. Hal ini di ketahui bahwa terdapat responden yang pengetahuannya masih kurang dan bahkan masih ada yang belum mengetahui tentang cara-cara pencegahan dan pengendalian DBD sehingga belum melakukan pencegahan dan pengendalian DBD.

Perilaku masyarakat adalah merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungan yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang, individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya, sedangkan respon dapat bersifat pasif maupun aktif. Perilaku adalah segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan (Sarwono, 1993).

Menurut Green (2000) perilaku masyarakat, individu, termasuk tindakan organisatoris dalam hubungan dengan lingkungan dapat di identifikasi menjadi 3 (tiga) kategori yang masing-masing mempunyai jenis atau pengaruh berbeda:

c. Faktor predisposisi (*Predisposing Factor*)

Faktor yang menjadi dasar atau motivasi terjadinya perilaku yang mencakup pengetahuan, sikap, tradisi, kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat.

d. Faktor Pemungkin (*Enabling Faktor*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan pada fasilitas kesehatan, aturan-aturan yang ada di masyarakat, peraturan pemerintah, komitmen tentang kesehatan, dan keterampilan-keterampilan yang di miliki berhubungan dengan kesehatan.

c. Faktor penguat (*Reinforcing Factor*)

Faktor yang dapat memberikan rangsangan atau penghargaan/dukungan dan cukup berperan untuk terjadinya suatu perilaku yaitu pengaruh dari keluarga, panutan/idola, para guru, pemberi kerja, tenaga kesehatan, tokoh masyarakat dan para pembuat keputusan.

Mengingat masyarakat melakukan pencegahan DBD berkaitan dengan tingkat pendidikan formal, pengetahuan, sikap, status ekonomi dan keterpaparan, mungkin sekali di sini persoalan pokoknya adalah pengetahuan yang menjadi prioritas utama karena ini yang hanya bisa di rubah dengan mudah dan waktu singkat, karena variabel lain seperti pendidikan, status ekonomi, sikap, dan keterpaparan lebih sukar sehingga aspek pengetahuan ini merupakan entry point penanggulangan DBD di Propinsi Lampung.

## 6.2.2. Pendidikan Responden

Hasil penelitian di dapatkan bahwa responden yang berpendidikan tinggi lebih sedikit (46,3 %) di bandingkan dengan responden yang berpendidikan rendah (53,8 %). Dari hasil analisis dapat di lihat bahwa, ternyata proporsi responden yang berpendidikan tinggi yang berperilaku baik lebih banyak yaitu (62,7 %) di bandingkan responden yang berpendidikan rendah yang berperilaku baik (52,1 %).

Hasil uji statistik *chi square* di peroleh nilai *p-value* = 0,042 pada *alpha* 0,05 (5 %), maka dapat di simpulkan terdapat perbedaan proporsi responden yang berperilaku baik antara yang berpendidikan tinggi dengan yang berpendidikan rendah, dengan perkataan lain dapat di simpulkan terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan DBD.

Hasil penelitian Rambey (2003) mengenai faktor yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk DBD yang di lakukan di kota Jambi juga di dapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku masyarakat dalam PSN-DBD

Tingkat pendidikan formal yang dimiliki oleh responden terbukti mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku pencegahan DBD dapat lebih dijelaskan dengan pendapat Notoatmodjo (1989) bahwa pendidikan dapat di artikan:

- a. Proses di mana seseorang mengembangkan kemampuan, sikap dan bentuk-bentuk tingkah laku lainnya dalam masyarakat di mana dia hidup.
- b. Proses sosial di mana seseorang di hadapkan pada pengaruh lingkungan yang terpilih dan terkontrol, khususnya yang datang dari sekolah sehingga mereka dapat

memperoleh atau mengalami perkembangan kemampuan sosial dan kemampuan individu yang optimum.

Astawa (1995) dalam Habasiah (2000) mengemukakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka seseorang semakin mudah menerima dan mengembangkan pengetahuan dan teknologi.

### 6.2.3. Pengetahuan Responden.

Hasil penelitian menunjukkan responden yang mempunyai pengetahuan baik tentang PSN-DBD lebih banyak (56,3 %), sedangkan responden yang mempunyai pengetahuan kurang (43,8 %). Hal ini seiring pula dengan responden yang mempunyai pengetahuan baik yang berperilaku baik lebih banyak yaitu (62,7 %) di banding dengan responden yang mempunyai pengetahuan kurang yang berperilaku baik yaitu (49,7 %).

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai *p-value* = 0,013 pada *alpha* 0,05 (5 %), maka dapat di simpulkan terdapat perbedaan proporsi responden yang berperilaku baik antara yang memiliki pengetahuan baik dengan yang memiliki pengetahuan rendah, dengan perkataan lain dapat di simpulkan terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang PSN-DBD dengan perilaku pencegahan DBD.

Pada penelitian Kusnadi (2004) di dapatkan bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang cukup bermakna dengan perilaku masyarakat terhadap pemberantasan sarang nyamuk DBD. Hasil penelitian kusnadi menunjukkan 50,6 % pengetahuan responden tinggi tentang Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD. Demikian pula dengan penelitian Rambey (2003) hasil penelitian rambey di dapatkan bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang cukup bermakna dengan perilaku masyarakat terhadap

Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD, terdapat 65 % responden yang mempunyai pengetahuan baik tentang Pemberantasan sarang Nyamuk DBD.

Hasil dari analisis multivariat dari ke lima variabel independen dan dependen di dapatkan bahwa variabel pengetahuan mempunyai pengaruh paling besar terhadap perilaku pencegahan DBD, hal ini dapat di lihat bahwa nilai *odds ratio* (OR) dari variabel pengetahuan adalah 7,6, artinya responden yang memiliki pengetahuan baik mempunyai peluang sebesar 7,6 kali melakukan perilaku pencegahan DBD di bandingkan yang memiliki pengetahuan kurang. Hal ini dapat di perkuat lagi dengan pendapat yang ada sehubungan dengan makna pengetahuan antara lain: Mantra (1997) dalam Rambey (2003) menyebutkan ada 5 karakteristik dalam proses perubahan perilaku individu, yaitu:

1. Pengetahuan : ingat tentang pengendalian DBD, memahami pentingnya pencegahan DBD, dapat menyebutkan beberapa cara pencegahan DBD.
2. Menyetujui : memberikan respon terhadap pesan pengendalian DBD.
3. Niat : adanya niat untuk melakukan kegiatan pencegahan DBD.
4. Praktek : melaksanakan kegiatan-kegiatan yang dapat mencegah terjadinya DBD.
5. Advocacy : melakukan upaya mengajak orang lain atau lingkungan agar melakukan kegiatan-kegiatan pencegahan DBD.

Menurut Notoatmodjo (2003); dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak di dasari oleh pengetahuan.

Pengetahuan masyarakat yang tinggi dalam penelitian ini menyebabkan / sangat berhubungan dengan perilaku yang mendukung terhadap pencegahan DBD. Bila

di kaitkan dengan teori perilaku *health belief model* maka dalam menghadapi DBD yang sangat menular dan menyebabkan kematian ini maka masyarakat harus : merasa rentan terhadap penyakit ini, yakin bahwa penyakit ini berbahaya dan mematikan, dan juga meyakini bahwa membasmi sarang nyamuk dan nyamuknya adalah tindakan preventif sangat bermanfaat, mudah dan murah biayanya.

#### 6.2.4. Sikap Responden.

Hasil penelitian di dapatkan jumlah responden yang mempunyai sikap mendukung lebih sedikit (46,3 %) sedangkan responden yang bersikap kurang mendukung (53,8 %), akan tetapi responden yang memiliki sikap mendukung dan berperilaku baik lebih banyak yaitu (63,8 %) di banding responden yang memiliki sikap kurang mendukung dan berperilaku baik yaitu (51,2 %).

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai *p-value* 0,015 pada *alpha* 0,05 (5 %), maka dapat di simpulkan terdapat perbedaan proporsi responden yang berperilaku baik antara responden yang memiliki sikap mendukung dengan yang memiliki sikap kurang mendukung, dengan perkataan lain dapat di simpulkan terdapat hubungan yang bermakna antara sikap terhadap program pencegahan dan pemberantasan DBD dengan perilaku pencegahan DBD.

Berbeda dengan penelitian Rambey (2003) yang di lakukan di kota Jambi mengenai perilaku masyarakat terhadap PSN-DBD, pada penelitian Rambey di temukan jumlah responden yang bersikap mendukung PSN-DBD sebanyak 72,3 % hasil ini juga di ikuti dengan banyaknya proporsi responden yang berperilaku baik dalam PSN-DBD yaitu sebesar 67,8 %.

Pada penelitian ini hasil analisis multivariat variabel sikap menduduki peringkat kedua setelah pengetahuan, di dapatkan nilai *odds ratio* (OR) variabel sikap sebesar 7,3, artinya responden yang memiliki sikap mendukung mempunyai peluang sebesar 7,3 kali melakukan perilaku pencegahan DBD di bandingkan yang memiliki sikap kurang mendukung.

Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu obyek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

Dari uraian tersebut dapat di ambil suatu contoh misalnya, seseorang yang telah mendengar tentang DBD (penyebabnya, akibatnya, pencegahannya, dan sebagainya). Pengetahuannya tentang DBD akan membawanya untuk berfikir dan berusaha supaya dirinya/keluarganya tidak terkena DBD. Dalam berfikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga dirinya berniat melakukan pencegahan supaya tidak terkena DBD. Dalam hal ini dirinya mempunyai sikap tertentu terhadap obyek yang berupa penyakit DBD.

Sikap masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD masih labil, batas-batas antara mendukung dan tidak mendukung sangat tipis serta mudah berpindah dari mendukung kepada tidak mendukung atau sebaliknya, namun pada saat

orang bersifat positif bila dipengaruhi oleh kemudahan-kemudahan tertentu (*enabling factor*) misalnya: tersedianya abate dan dukungan lingkungan seperti ada anjuran tokoh masyarakat dan gerakan masyarakat seperti kerja bakti (*reinforcing factor*) maka masyarakat dengan mudah melaksanakan tindakan preventif seperti kegiatan PSN.

#### 6.2.5. Status ekonomi Responden.

Dari hasil penelitian di dapatkan responden yang status ekonominya tergolong tinggi sebanyak (61,0 %) sedangkan yang status ekonominya tergolong rendah (39,0 %), hal ini seiring pula dengan responden yang status ekonominya tergolong tinggi dan berperilaku baik sebanyak (65,2 %) sedangkan responden yang status ekonominya tergolong rendah dan berperilaku baik sebanyak (44,2 %).

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai *p-value* 0,000 pada *alpha* 0,05 (5 %), maka dapat di simpulkan terdapat perbedaan proporsi responden yang berperilaku baik antara responden yang memiliki status ekonomi tinggi dengan yang memiliki status ekonomi rendah, dengan perkataan lain dapat di simpulkan terdapat hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan perilaku pencegahan DBD.

Kemampuan ekonomi seseorang merupakan situasi dan kondisi yang dapat mempengaruhi dan mendukung segala tindakan yang akan di lakukannya, sebagai contoh seseorang yang ingin anaknya tumbuh sehat dan cerdas akan tetapi tidak memiliki kemampuan ekonomi untuk selalu memberikan makanan yang cukup bergizi bagi perkembangan dan pertumbuhan anaknya pada akhirnya segala keinginannya tersebut tidak akan tercapai dengan situasi dan kondisi ekonomi yang di milikinya. Hal

ini berarti pula bahwa tingkat ekonomi dapat juga mempengaruhi tindakan seseorang di dalam melakukan pencegahan dan pengendalian DBD.

Status ekonomi juga merupakan hal yang lumrah/wajar bila dapat mempengaruhi seseorang di dalam melakukan pencegahan DBD, karena dapat di ambil contoh orang yang mampu secara ekonomi juga mempunyai kemampuan lebih untuk melakukan pemeliharaan kesehatan yaitu tidak hanya pengobatan ketika sakit tetapi juga melakukan tindakan *preventif* seperti *personal hygiene* dan sanitasi lingkungan.

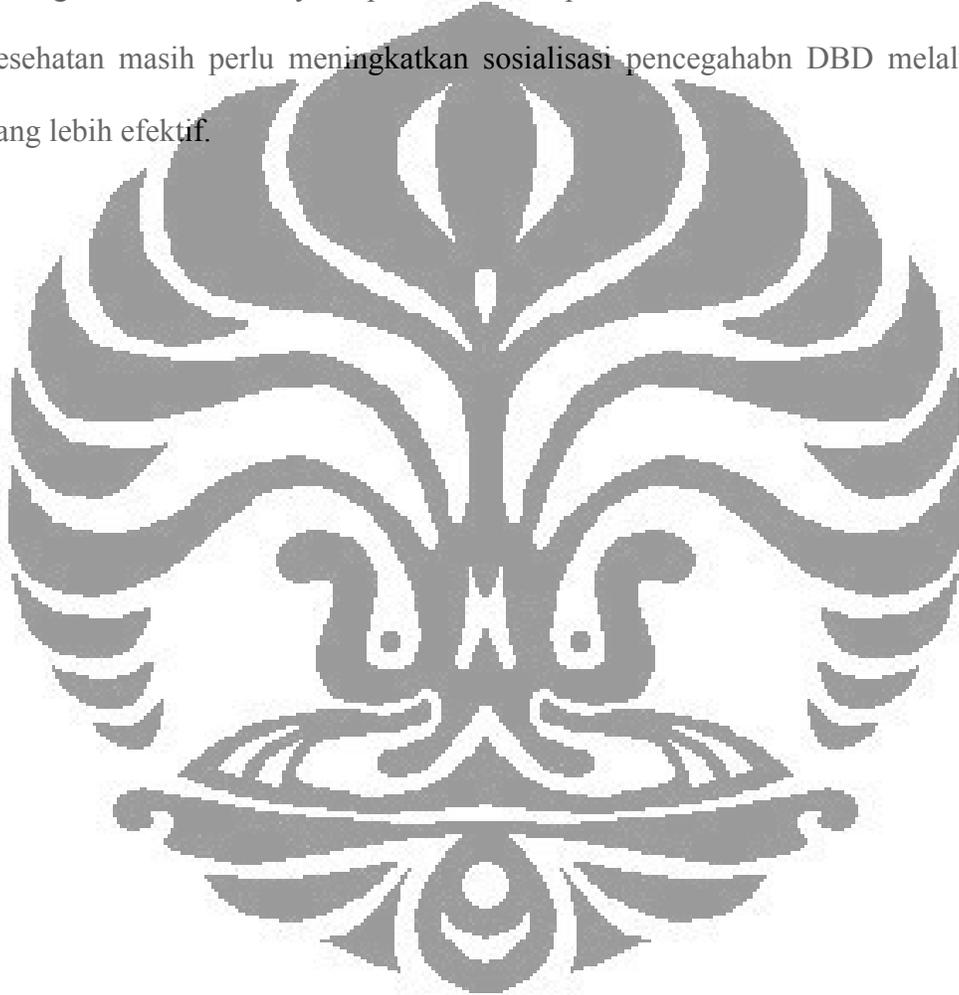
#### 6.2.6. Keterpaparan Informasi / Penyuluhan.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa responden yang memiliki keterpaparan dengan informasi / penyuluhan cukup banyak yaitu (66,8 %) di banding dengan responden yang kurang terpapar yaitu (33,3 %), hal ini seiring pula dengan perilaku baik pada responden yang terpapar sebanyak (61,8 %) sedangkan perilaku baik pada responden yang kurang terpapar sebanyak (47,4 %).

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai *p-value* 0,008 pada *alpha* 0,05 (5 %), maka dapat di simpulkan terdapat perbedaan proporsi responden yang berperilaku baik antara responden yang terpapar dengan informasi / penyuluhan tentang pencegahan dan pengendalian DBD dengan responden yang kurang terpapar, dengan perkataan lain dapat di simpulkan terdapat hubungan yang bermakna antara keterpaparan informasi / penyuluhan tentang pencegahan dan pengendalian DBD dengan perilaku pencegahan DBD.

Responden yang memiliki keterpaparan yang lebih tinggi akan berpeluang lebih besar untuk melakukan pencegahan di banding yang kurang terpapar, temuan ini

lumrah karena *exposure* yang berulang seperti dalam komunikasi pesan yang di sampaikan berulang / paparan berulang akan lebih di tangkap, di pahami dan di memori, jadi temuan ini menunjukkan bahwa komunikasi / sosialisasi dari upaya pencegahan DBD masih kurang terbukti dari belum seratus persen masyarakat melakukan pencegahan DBD. Artinya dapat di katakan pemerintah daerah dan atau melalui dinas kesehatan masih perlu meningkatkan sosialisasi pencegahabn DBD melalui cara-cara yang lebih efektif.



## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada penelitian ini dapat di kemukakan beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Masih terdapat responden yang pengetahuannya masih kurang dan bahkan masih ada yang belum mengetahui tentang cara-cara pencegahan dan pengendalian DBD sehingga belum melakukan pencegahan dan pengendalian DBD. Pengetahuan masyarakat yang masih kurang tentang pencegahan dan pengendalian DBD berhubungan juga dengan tingkat pendidikan formal yang di miliki masyarakat karena semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka seseorang kemungkinan semakin mudah menerima dan mengembangkan pengetahuan dan teknologi.
2. Tingkat sosial ekonomi rendah yang di miliki masyarakat mempengaruhi pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap pencegahan dan pengendalian DBD, sehingga di perlukan perhatian Depkes untuk lebih memperhatikan kelompok ini.
3. Belum 100 % masyarakat terpapar dengan informasi / media tentang pencegahan dan pengendalian DBD, perlu di pikirkan bentuk sosialisasi yang lebih efektif sehingga masyarakat tidak hanya terpapar media tetapi juga berubah perilaku kearah melakukan pencegahan.
4. Mengingat masyarakat melakukan pencegahan DBD berkaitan dengan tingkat pendidikan formal, pengetahuan, sikap, status ekonomi dan keterpaparan, mungkin sekali di sini persoalan pokoknya adalah pengetahuan yang menjadi prioritas utama

karena ini yang hanya bisa di rubah dengan mudah dan waktu singkat, karena variabel lain seperti pendidikan, status ekonomi, sikap, dan keterpaparan lebih sukar sehingga aspek pengetahuan ini merupakan *entry point* penanggulangan DBD di Propinsi Lampung.

5. Hasil analisis bivariat di dapatkan bahwa tingkat pendidikan formal, pengetahuan, sikap, status ekonomi, dan keterpaparan mempunyai hubungan yang cukup bermakna dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD.
6. Dari hasil analisis multivariat antara variabel independen (pendidikan, pengetahuan, sikap, status ekonomi dan keterpaparan) dengan variabel dependen (perilaku responden dalam pencegahan DBD), di ketahui bahwa pengetahuan dan sikap merupakan faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD setelah di kontrol oleh variabel pendidikan, status ekonomi, dan keterpaparan.

## 7.2. Saran

### 7.2.1. Bagi Program

1. Meningkatkan kembali koordinasi dengan POKJA dan POKJANAL DBD yang cukup strategis dalam kegiatan pelaksanaan penanggulangan DBD.
2. Memanfaatkan berbagai jalur komunikasi dan informasi yang banyak diminati masyarakat untuk melakukan promosi kesehatan dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap pencegahan dan pengendalian DBD.

3. Upaya promosi kesehatan khususnya di prioritaskan pada daerah-daerah yang terdapat masyarakat dengan tingkat sosial ekonomi dan pengetahuan tentang pencegahan dan pengendalian DBD yang masih rendah.
4. Perlu di kembangkan sebuah model / desain media dengan metode dan teknik yang sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada, kemudian media tersebut bukan hanya sekedar di distribusikan kepada masyarakat akan tetapi di *follow up* (apakah sudah di baca, di pahami, dan di laksanakan)
5. Meningkatkan pelayanan kesehatan di puskesmas, rumah sakit, dan sarana kesehatan lainnya melalui kegiatan-kegiatan di antaranya; melakukan kecepataan pelaporan, penyelidikan epidemiologi (surveilans), memberikan penyuluhan kepada pasien (aspek khusus dan pencegahan), memberikan contoh yang baik kepada masyarakat berkaitan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (terutama kebersihan lingkungan rumah sakit).
6. Melakukan kerjasama dan kemitraan baik lintas sektor terutama sektor kesehatan (kominfo) maupun dengan unsur-unsur masyarakat dan dunia usaha lain untuk meningkatkan kegiatan dan sosialisasi pencegahan DBD.
7. Melakukan advokasi kepada pemerintah daerah (gubernur / walikota) dan DPR untuk menetapkan isu promosi kesehatan terkait pencegahan dan pengendalian DBD di dalam agenda Pemda Propinsi/Walikota, dan mengusulkan agar tersedia anggaran dana yang mencukupi bagi pelaksanaan program, hasil dari advokasi tersebut di harapkan terbangun kerangka kerja sama yang berkesinambungan antara Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, PEMDA dan DPR dalam rangka penyebarluasan informasi yang berkaitan dengan peningkatan pengetahuan

masyarakat tentang pencegahan dan pengendalian DBD dan mendapatkan anggaran dana yang mencukupi untuk kegiatan penanggulangan penyakit DBD.

8. Sikap masyarakat yang belum optimal mendukung program pencegahan dan pengendalian DBD perlu ada kajian lebih mendalam mengenai pengembangan strategi baru untuk merubah sikap masyarakat bila selama ini strategi yang dipakai informatif dan persuasif, mungkin perlu di pikirkan alternatif lain / strategi lain seperti *normatif / edukatif* atau *koersif (low inforcement, fier erausal)*
9. Perlu di kembangkan sumber daya untuk penyelenggaraan promosi kesehatan terutama SDM kesehatan yang merata dan lebih profesional.
10. Penyelenggaraan promosi kesehatan khususnya terkait pencegahan dan pengendalian DBD di harapkan dapat mengacu kepada Piagam Ottawa (*Ottawa Charter; 1986*) yang menjadi acuan penyelenggaraan promosi kesehatan di Indonesia (Kep.Menkes RI Nomor: 1193/MENKES/SK/X/2004 Tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan) yang di kenal dengan lima komponen utama promosi kesehatan yang isinya antara lain sebagai berikut:
  - 1) Membangun kebijakan publik berwawasan kesehatan (*build healthy public policy*), yaitu mengupayakan agar para penentu kebijakan di berbagai sektor dan tingkatan administrasi mempertimbangkan dampak kesehatan dari setiap kebijakan yang di buatnya.
  - 2) Menciptakan lingkungan yang mendukung (*create supportive environments*), menciptakan suasana lingkungan (baik fisik maupun sosial-politik) yang mendukung (kondusif), sehingga masyarakat termotivasi untuk melakukan upaya-upaya yang positif bagi kesehatan.

- 3) Memperkuat gerakan masyarakat (*strengthen community action*), yaitu memberikan dukungan terhadap kegiatan masyarakat agar lebih berdaya dalam upaya mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.
- 4) Mengembangkan keterampilan individu (*develop personal skill*), artinya mengupayakan agar masyarakat mampu membuat keputusan yang efektif dalam upaya kesehatan, melalui pemberian informasi, pendidikan dan pelatihan yang memadai.
- 5) Reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health services*), artinya mengubah orientasi pelayanan kesehatan agar lebih mengutamakan upaya *promotif* dan *preventif*, tanpa mengesampingkan upaya *kuratif* dan *rehabilitatif*.

#### **7.2.2. Untuk Pemda Provinsi Lampung / Kota Bandar Lampung**

1. Faktor Sosial ekonomi merupakan hal yang penting dari kejadian DBD, Pemda melalui sektor kesehatan perlu mencari bentuk-bentuk sosialisasi maupun pendorongan melalui peran serta masyarakat pada daerah pemukiman dimana terdapat masyarakat yang sosial ekonominya rendah.
2. Walaupun diketahui bahwa faktor yang paling dominan terhadap pencegahan dan pengendalian DBD yaitu pengetahuan dan sikap, Pemda melalui sektor kesehatan perlu melakukan intervensi perilaku yang membawa masyarakat tidak hanya berubah pengetahuannya tapi sampai pada tindakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
3. Mengaktifkan kembali hasil Pertemuan Nasional Penanggulangan KLB DBD di Jakarta, pada 5 Maret 2004 yang di hadiri oleh Pejabat Pemerintah Provinsi,

pemerintah Kabupaten/Kota, Kepala Dinas Kesehatan dan Tim Penggerak PKK Kabupaten/Kota yang menghasilkan kesepakatan-kesepakatan di antaranya sebagai berikut:

- a. Pemberdayaan masyarakat dengan mengaktifkan kembali (revitalisasi) Pokjanal DBD di desa, kelurahan, dan kecamatan dengan fokus pada pemberian penyuluhan kesehatan lingkungan dan pemeriksaan jentik berkala.
- b. Mengupayakan pemanfaatan sumber pembiayaan dari alokasi dana penanggulangan darurat oleh pemerintah provinsi dan kabupaten/kota untuk mendukung pelaksanaan program penanggulangan KLB DBD.
- c. Mengupayakan peraturan daerah (Perda) provinsi dan kabupaten/kota yang mengatur pelaksanaan PSN secara berkala, serentak dan berkesinambungan, guna mengendalikan DBD agar tidak menjadi KLB atau wabah.

### 7.2.3 Bagi Peneliti Lain

Perilaku masyarakat di ketahui memiliki kontribusi yang cukup besar di dalam pencegahan dan pengendalian DBD, dari penelitian ini di ketahui bahwa faktor pengetahuan dan sikap merupakan faktor yang paling dominan untuk terjadinya perilaku pencegahan dan pengendalian DBD. Perlu di lakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan desain yang berbeda, lebih mendalam, dan aspek yang beragam (teknologi).

## DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Propinsi Lampung, 2008  
*Laporan Tahunan Penyakit Menular di Propinsi Lampung*, Sub.Dinas Bina Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Lampung.
- Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2008  
*Situasi Epidemiologi Kasus DBD dan Penanggulangannya*, Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Bandar Lampung.
- Departemen Kesehatan RI, 2002  
*Evaluasi Program B2.B2*, Dit.Jen PPP & PLP, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, 1996  
*Modul Pelatihan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue (PSN-DBD)*, Direktorat PPM dan PLP, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, 1996  
*Modul Latihan Kader dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN-DBD)*, Direktorat PPM dan PLP, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, 1992  
*Kumpulan Surat Keputusan/Edaran tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue*, Ditjen PPM & PLP, Jakarta.
- Departemen Kesehatan, 1986.  
*Demam Berdarah Dengue Epidemiologi dan Pemberantasan di Indonesia*, Ditjen PPM & PLP, Jakarta.
- Green L.W, 2000  
*Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach*, Institute of Health Promotion Research University of British Columbia.
- Hastono, 2007.  
*Analisis Data Kesehatan*, Depok.
- Habasiah, 2001  
*Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemakaian Kondom pada Waria di DKI Jakarta tahun 2000*, Thesis Program Pascasarjana FKM-UI, Depok.

- Ismoyowati, 1999  
*Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Masyarakat Dalam Pemberantasan Penyakit Malaria di Nusa Tenggara Timur*, Thesis Program Pascasarjana FKM-UI, Depok
- Kristina, Isminah, Leni Wulandari, 2004  
*Kajian Masalah Kesehatan*, [http:// www.google.com/DBD/2004](http://www.google.com/DBD/2004).
- Kandun, I. N., 2004  
*Peran Masyarakat Dalam Pemberantasan DBD*, <http://www.suarapembaruan.Com/News/2004/04/04/index.html>.
- Kusnadi, 2004  
*Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Masyarakat Dalam Upaya Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Padang Barat Kota Padang*, Thesis Program Pascasarjana FKM-UI, Depok.
- Lemeshow, 1997.  
*Jumlah Sampel dalam Penelitian Kesehatan*
- Notoatmodjo. S, 2005  
*Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, PT. Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo. S, 2003  
*Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, PT. Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo.S, 1993  
*Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta.
- Poorwosoedarmo, S.S., 1988  
*Demam Berdarah (Dengue) Pada Anak*, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Rambey, 2003.  
*Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Masyarakat Dalam PSN-DBD di Kota Jambi*, Thesis Program Pascasarjana FKM-UI, Depok.
- Sabri dan Hastono, 2006  
*Statistik Kesehatan*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Sintorini, 2006  
*Model Dinamika Sistem Penularan Demam Berdarah Dengue Dalam Kaitan Dengan Pola Variabilitas Iklim di Jakarta*, Disertasi Program Doktor FKM-UI, Depok

Sarwono, S 1993

*Sosiologi Kesehatan Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*, Gajah Mada Universitas, Yogyakarta

Undang-undang Republik Indonesia Nomor: 13 tahun 2003.

*Himpunan Peraturan Perundang-undangan Republik Indonesia tentang Ketenagakerjaan*, CV. Nuansa Aulia, Bandung 2005.

World Health Organization, Depkes RI 2000

*Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue*, SEARO

