



## FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KONSISTENSI PERILAKU PSN DBD

Masruroh<sup>1</sup> ✉, Yunita Dyah Puspita Santik<sup>2</sup><sup>1</sup>Puskesmas Astanagarib, Kota Cirebon, Indonesia<sup>2</sup>Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang

## Info Artikel

Sejarah Artikel:

Diterima September 2017

Disetujui April 2018

Dipublikasikan April 2018

Keywords:

Consistency, behavior,  
mosquito breeding sites  
elimination, DHF

## Abstrak

**Latar Belakang:** Angka kejadian DBD di Kelurahan Meteseh meningkat selama tahun 2014 sampai 2016, berturut-turut yaitu sebanyak 148,93/100.000 penduduk; 236, 24/100.000 penduduk; dan 266,7/100.000 penduduk. Angka Bebas Jentik (ABJ) Kelurahan Meteseh merupakan ABJ terendah di antara kelurahan lain di Puskesmas Rowosari. ABJ Kelurahan Meteseh dari tahun 2014-2016 yaitu 80,9%; 81,83% ;dan 81,95%. Tujuan penelitian ini yaitu untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan konsistensi perilaku PSN DBD.

**Metode:** Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Besar sampel yang ditetapkan yaitu 64 dengan teknik *cluster sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Data dianalisis dengan uji *chi square*.

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai *p value* umur ( $p=0,007$ ), tingkat pendidikan ( $p=0,003$ ), status pekerjaan ( $p=0,309$ ), riwayat sakit DBD keluarga ( $p=0,164$ ), tingkat pengetahuan ( $p=0,041$ ), sikap ( $p=0,015$ ), dukungan petugas kesehatan ( $p=0,604$ ), pengalaman mendapat penyuluhan ( $p=0,769$ ), dan peraturan yang berlaku ( $p=0,731$ ).

**Simpulan:** Terdapat hubungan antara umur, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, dan sikap dengan konsistensi perilaku PSN DBD.

## Abstract

**Background:** The incidence of DHF in Meteseh Subdistrict increased during 2014 to 2016 from 148.93/100.000 population, 236.24/100,000 population; and 266.7/100,000 population, respectively. Larva free index in Meteseh was the lowest one among other subdistricts in Rowosari Primary Health Care. It was 80.9% (2014), 81.83% (2015) and 81.95% (2016). The aim of this study was to analyzed the factors related to the consistency of mosquito breeding sites elimination of DHF behavior.

**Methods:** It was observational analytic with *cross sectional* design. The sample size was 64 with cluster sampling technique. The instruments used were questionnaires. Data were analyzed by chi square test.

**Results:** It showed that *p value* of age ( $p=0.007$ ), educational level ( $p=0.003$ ), employment status ( $p=0.309$ ), family history of DHF ( $p=0.164$ ), knowledge level ( $p=0.041$ ), attitude ( $p=0.015$ ), health officer support ( $p=0.604$ ), experience to get counseling ( $p=0.769$ ), and regulation ( $p=0.731$ ).

**Conclusion:** There were association between age, educational level, knowledge level, and attitude with the consistency of mosquito breeding sites elimination of DHF behavior.

## PENDAHULUAN

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di daerah tropis dan sub-tropis di dunia. Penyakit DBD disebabkan oleh infeksi virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa terdapat 390 juta infeksi *dengue* pertahun. Selain itu diperkirakan ada 3,9 miliar orang di 128 negara yang berisiko terinfeksi virus *dengue*. Indonesia tercatat sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara dan tertinggi di dunia setelah Thailand sejak tahun 1986 hingga 2009 (Kemenkes RI, 2010:7). Hal ini didukung oleh persebaran nyamuk *Aedes aegypti* yang tersebar di seluruh wilayah di Indonesia (Dini dalam Anggraini (2017)). Pada tahun 2015, angka kejadian/*Incidence Rate* (IR) DBD di Indonesia yaitu 50,75/100.000 penduduk sedangkan untuk *Case Fatality Rate* (CFR) mencapai 0,83%. Target Renstra Kementerian Kesehatan untuk angka kesakitan DBD tahun 2015 sebesar <49 per 100.000 penduduk, dengan demikian Indonesia belum mencapai target Renstra 2015.

Penyakit DBD di Jawa Tengah merupakan permasalahan yang serius, terbukti dengan adanya 35 kabupaten/kota yang terjangkit DBD. Pada tahun 2015 angka kejadian DBD di Jawa Tengah mencapai 47,90/100.000 penduduk dan CFR mencapai 1,6% yang berarti bahwa angka kematian akibat DBD di Jawa Tengah tergolong tinggi karena CFR >1%. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2015, Kota Semarang menempati posisi ketiga daerah dengan angka kejadian DBD tertinggi yaitu 99,46/100.000 penduduk. Angka Kejadian DBD Kota Semarang selama tahun 2014 sampai 2016, berturut-turut yaitu sebanyak 92,43/100.000 penduduk; 99,46/100.000 penduduk; dan 123,8/100.000 penduduk. Selain itu Angka Bebas Jentik (ABJ) Kota Semarang belum mencapai target ABJ nasional (>95%). ABJ Kota Semarang pada tahun 2014, 2015, dan 2016 berturut-turut yaitu 84%; 82%; dan 85%.

Data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang menyebutkan bahwa 3 besar Puskesmas penyumbang angka kejadian DBD di Kota Semarang tahun 2016 yaitu Puskesmas Rowosari (IR= 247,1/100.000 penduduk), disusul oleh Puskesmas Srandol (IR=238,4/100.000 penduduk) dan Puskesmas Kedungmundu (IR = 196,2/100.000 penduduk). Wilayah kerja Puskesmas Rowosari mencakup 5 kelurahan. Angka kejadian DBD tertinggi terdapat di Kelurahan Tembalang yaitu 569,5/100.000 penduduk, posisi kedua ditempati oleh Kelurahan Bulusan dengan IR 288/100.000 penduduk dan posisi ketiga ditempati oleh Kelurahan Meteseh yaitu 266,7/100.000 penduduk. Angka Bebas Jentik (ABJ) Kelurahan Meteseh merupakan ABJ terendah di antara kelurahan lain di Puskesmas Rowosari.

Angka kejadian DBD di Kelurahan Meteseh terus meningkat selama 3 tahun berturut-turut. Pada tahun 2014 sebanyak 148,93/100.000 penduduk, tahun 2015 sebanyak 236, 24/100.000 penduduk dan pada tahun 2016 sebanyak 266,7/100.000 penduduk. Selain itu ABJ di Kelurahan Meteseh belum mencapai 95%. Pada tahun 2014, ABJ Kelurahan Meteseh hanya 80,9%, pada tahun 2015 81,83% dan pada tahun 2016 hanya 81,95%.

Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah upaya pencegahan penyakit DBD secara tepat guna oleh pemerintah dengan peran serta masyarakat (Kemenkes RI, 2011:136). PSN DBD merupakan pengendalian vektor DBD yang paling efisien dan efektif karena memutus rantai penularan melalui pemberantasan jentik. Kegiatan PSN DBD harus dilakukan secara luas /serempak dan berkesinambungan/konsisten agar dapat mencapai hasil yang diharapkan.

Kegiatan PSN DBD dilakukan dengan cara '3M-Plus', 3M yang dimaksud yaitu menguras dan menyikat tempat-tempat penampungan air, seperti bak mandi/wc, drum, dan lain-lain seminggu sekali (M1); menutup rapat-rapat tempat penampungan air, seperti gentong air/tempayan, dan lain-lain (M2); memanfaatkan atau mendaur ulang barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan (M3). Selain itu

ditambah plus dengan cara lainnya seperti mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat-tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali; memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar/rusak; menutup lubang-lubang pada potongan bambu/pohon, dan lain-lain (dengan tanah, dan lain-lain); menaburkan bubuk larvasida, misalnya di tempat-tempat yang sulit dikuras atau di daerah yang sulit air; memelihara ikan pemakan jentik di kolam/bak-bak penampungan air; memasang kawat kasa; menghindari kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar; mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai; menggunakan kelambu; memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk dan cara spesifik lainnya dimasing-masing daerah.

Perilaku manusia pada hakikatnya adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007:133). Tahapan perubahan perilaku yang pertama yaitu fase awal yang biasa disebut fase pre-kontemplasi yaitu tahap individu belum mau mengubah perilakunya. Individu masih dalam tahapan “tidak peduli” dengan segala macam teori yang ada tentang perilaku sehat. Fase kedua adalah fase kontemplasi, yaitu individu mulai menyadari adanya masalah kesehatan yang berkaitan dengan belum berubahnya perilaku dirinya. Fase ketiga adalah fase persiapan, individu biasanya sudah mencoba melakukan perubahan perilaku tetapi masih sering gagal. Fase keempat adalah fase tindakan, yakni Individu sudah mampu melaksanakan perubahan perilaku dan sudah menjalaninya dengan baik sekurangnya 6 bulan sejak usaha perubahan itu dilakukan. Individu mulai bisa melakukan hal tersebut dengan konsisten sehingga masuk ke fase selanjutnya yaitu fase pemeliharaan. Oleh karena itu pengukuran perilaku PSN DBD diukur selama 6 bulan (Andri, 2014).

Program pengendalian DBD di Kelurahan Meteseh yaitu berupa penyuluhan oleh Tenaga Surveilans Kesehatan (Gasurkes), pemeriksaan jentik oleh pihak Kelurahan Meteseh, dilakukannya ikanisasi

dan dibentuknya kader jumentik di beberapa RW. Program pemeriksaan jentik oleh kelurahan dilakukan setiap hari Jumat, bergilir dari RW satu ke RW lainnya setiap minggunya. Pada saat pemeriksaan jentik dilakukan, tidak semua rumah di RW tersebut diperiksa, karena pemilik rumah yang sedang tidak berada di rumah sehingga petugas kesehatan tidak bisa memeriksa jentik di rumah tersebut. tidak diperiksanya rumah tersebut menyebabkan kurang terpantaunya rumah sehingga petugas kesehatan tidak bisa memberikan intervensi kepada pemilik rumah. Program ikanisasi baru berjalan di beberapa RW saja terutama di RW daerah perkampungan, program tersebut diserahkan ke masing-masing ketua RT, lalu ikan dibagikan ke masing-masingarganya. Kendala dalam program ini yaitu pembagian ikan yang belum merata di seluruh warga, sehingga masih terdapat warga yang belum mendapat ikan.

Program pengendalian DBD yang terakhir yaitu pembentukan kader jumentik di masing-masing RW yang bertugas melakukan pemeriksaan jentik di masing-masing RT di RW tersebut. Namun belum semua RW memiliki kader jumentik, baru terdapat 12 dari 30 RW yang memiliki kader jumentik. Selain itu kader jumentik yang dibentuk belum sepenuhnya melakukan Pemeriksaan Jentik Rutin (PJR) satu minggu sekali, masih terdapat RW yang melakukan PJR selama 2 minggu sekali. Dengan demikian hal tersebut menunjukkan bahwa program PSN yang dilakukan belum maksimal. Keberhasilan kegiatan PSN antara lain dapat diukur dengan ABJ. Berdasarkan data ABJ Kelurahan Meteseh tahun 2016, seluruh RW memiliki ABJ <95%. Data ABJ di Kelurahan Meteseh menunjukkan bahwa kegiatan PSN DBD di masyarakat belum konsisten dilakukan.

Berdasarkan studi pendahuluan mengenai konsistensi perilaku PSN DBD yang dilakukan terhadap 20 warga didapatkan hasil yaitu terdapat 12 warga (60%) yang belum konsisten menguras bak mandi 7 hari sekali, 4 warga (20%) belum konsisten membersihkan barang bekas yang dapat menampung air, 2 warga (37%) yang

memelihara burung belum konsisten mengganti air minum burung setiap 7 hari sekali, 5 warga (36%) yang memiliki tempat penampungan air belum rutin menutup tempat penampungan air, 10 warga (50%) belum memelihara ikan pemakan jentik di bak mandinya, 12 warga (60%) belum memasang kawat kassa di ventilasi rumahnya, 18 warga (90%) tidak memakai obat anti nyamuk pada pagi dan sore hari, 20 warga (100%) masih memiliki kebiasaan menggantung pakaian yang telah dipakai dan tidak memakai kelambu saat tidur. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat 75% warga yang belum konsisten dalam melakukan PSN DBD. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan konsistensi perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Kelurahan Meteseh, Kecamatan Tembalang, Kota Semarang.

## METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian analitik observasional dengan desain penelitian *cross sectional*. Jenis desain penelitian ini digunakan karena dalam penelitian ini mempelajari hubungan antara faktor risiko (*independent*) dengan faktor efek (*dependent*). Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh rumah tangga yang bertempat tinggal dan terdaftar di Kelurahan Meteseh Kecamatan Tembalang Kota Semarang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cluster sampling* dengan besar sampel 64 sampel penelitian. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah rumah tangga yang memiliki sarana air bersih.

Teknik pengumpulan data yang dilakukan yaitu wawancara dengan kuesioner, observasi dan dokumentasi. Metode wawancara dengan kuesioner dilakukan untuk mengetahui umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, tingkat pengetahuan, sikap, riwayat sakit DBD responden dan keluarga, pengalaman mendapat penyuluhan, dukungan petugas kesehatan,

peraturan yang berlaku dan perilaku PSN DBD. Observasi dilakukan untuk melihat kondisi lingkungan rumah responden dan metode dokumentasi dalam penelitian ini bertujuan sebagai dokumen pelengkap berupa foto selama kegiatan penelitian berlangsung.

Sumber data dalam penelitian ini terdiri dari dua sumber yaitu data primer dan data sekunder. Adapun data primer yang diperoleh dari penelitian ini berasal dari hasil pengisian kuesioner oleh responden secara langsung untuk memperoleh data umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, tingkat pengetahuan, sikap, riwayat sakit DBD responden dan keluarga, pengalaman mendapat penyuluhan, dukungan petugas kesehatan, peraturan yang berlaku dan perilaku PSN DBD. Sedangkan data sekunder dalam penelitian ini merupakan data pendukung untuk melengkapi data primer serta data yang diperoleh bukan dari responden yang diteliti melainkan dari sumber lain. Data sekunder yang diambil oleh peneliti antara lain data laporan kejadian DBD, ABJ dan jumlah rumah tangga di Kelurahan Meteseh.

Analisis data dilakukan dalam penelitian ini menggunakan jenis analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan untuk melakukan analisis distribusi dan persentase dari masing-masing variabel. Variabel bebas yang diteliti dalam penelitian ini yaitu umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, tingkat pengetahuan, sikap, riwayat sakit DBD responden dan keluarga, pengalaman mendapat penyuluhan, dukungan petugas kesehatan, dan peraturan yang berlaku. Sedangkan analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel bebas dan variabel terikat dengan uji statistik yang disesuaikan dengan skala data yang ada. Uji statistik pada penelitian ini menggunakan uji *chi square*, untuk melihat apakah ada hubungan yang bermakna antara variabel bebas dan terikat. Syarat uji *chi square* adalah sel yang mempunyai nilai *expected* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Jika syarat uji *chi square* tidak terpenuhi, maka uji alternatifnya adalah uji *fisher*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. menunjukkan distribusi frekuensi variabel bebas atau analisis univariat. Distribusi umur responden dengan kategori  $\leq 40$  tahun sebanyak 45 (71%) responden dan kategori  $>40$  tahun sebanyak 19 (29%) responden. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan yakni sebanyak 41 (64%) responden merupakan lulusan SMA dan perguruan tinggi dan sebanyak 23 (36%) responden merupakan lulusan SD dan SMP. Selanjutnya karakteristik responden berdasarkan status pekerjaan dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu bekerja dan tidak bekerja. Distribusi status pekerjaan responden yakni sebanyak 44 (69%) responden memiliki pekerjaan dan sebanyak 20 (31%) responden tidak bekerja.

Distribusi karakteristik responden berdasarkan riwayat sakit DBD keluarga yakni sebanyak 60 (94%) responden dan keluarganya tidak memiliki riwayat sakit DBD dan sebanyak 4 (6%) responden memiliki anak yang pernah menderita sakit DBD. Distribusi pengetahuan responden yakni sebanyak 39 (61%) responden memiliki pengetahuan baik dan sebanyak 25 (39%) responden memiliki pengetahuan buruk. Distribusi responden menurut sikap memiliki presentase yang sama yakni sebanyak 32 (50%) responden memiliki sikap positif terhadap PSN DBD dan 32 (50%) responden memiliki sikap negatif terhadap PSN DBD.

Distribusi dukungan petugas kesehatan yakni sebanyak 52 (81%) responden merasa mendapat dukungan dari petugas kesehatan setempat dan sebanyak 12 (19%) responden merasa belum mendapat dukungan dari petugas kesehatan setempat mengenai PSN DBD. Distribusi responden berdasarkan pengalaman mendapat penyuluhan yakni sebanyak 51 (80%) responden tidak pernah mendapatkan penyuluhan mengenai PSN DBD dan

sebanyak 13 (20%) responden pernah mendapat penyuluhan mengenai PSN DBD. Distribusi adanya peraturan yang berlaku yaitu sebanyak 38 (59%) responden yang di daerah tempat tinggalnya telah menerapkan peraturan mengenai PSN DBD dan sebanyak 26 (41%) responden, di daerahnya belum menerapkan peraturan mengenai PSN DBD.

**Tabel 1. Hasil Analisis Univariat**

No	Variabel	Frekuensi	
		n	%
1	Umur Responden:		
	$\leq 40$ tahun	45	71
	$>40$ tahun	19	29
2	Tingkat Pendidikan:		
	Tinggi	41	64
	Rendah	23	36
3	Status Pekerjaan:		
	Bekerja	44	69
	Tidak Bekerja	20	31
4	Riwayat Sakit DBD Keluarga:		
	Tidak Ada	60	94
	Ada	4	6
5	Tingkat Pengetahuan:		
	Baik	39	61
	Buruk	25	39
6	Sikap:		
	Negatif	32	50
	Positif	32	50
7	Dukungan Petugas Kesehatan:		
	Mendukung	52	81
	Tidak Mendukung	12	19
8	Pengalaman Mendapat Penyuluhan:		
	Tidak Pernah	51	80
	Pernah	13	20
9	Peraturan yang Berlaku:		
	Ada	38	59
	Tidak Ada	26	41

Tabel 2. menunjukkan analisis bivariat yakni analisis hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara umur dengan konsistensi perilaku PSN DBD ( $p = 0,007$ ) dan responden yang berumur  $\leq 40$  tahun 0,34 kali lebih berpeluang melakukan PSN DBD yang konsisten dibandingkan dengan responden yang berumur  $>40$  tahun. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang ada bahwa semakin cukup umur, tingkat kemampuan dan kematangan seseorang akan lebih tinggi dalam berpikir dan menerima informasi.

Subjek penelitian sebagian besar berumur kurang dari 40 tahun. Pada penelitian ini, umur yang lebih muda yaitu  $\leq 40$  tahun lebih banyak melakukan PSN DBD dengan konsisten yaitu sebanyak 36 responden (80%) dibandingkan dengan responden yang berumur lebih tua yaitu  $>40$  tahun yang hanya 8 responden (42%). Hal ini menunjukkan bahwa umur yang lebih tua tidak mutlak memiliki pengetahuan dan kesadaran yang lebih tinggi untuk menjaga kesehatannya dalam hal ini melakukan PSN DBD dengan konsisten dibandingkan dengan umur yang lebih muda.

**Tabel 2. Tabulasi Silang antara Variabel Bebas dengan Konsistensi Perilaku PSN DBD**

No	Variabel Bebas	Konsistensi Perilaku PSN DBD				Total		<i>p</i> value
		Tidak Konsisten		Konsisten		n	%	
		n	%	n	%			
1	Umur Responden:							
	≤40 tahun	9	20	36	80	45	100	0,007
	>40 tahun	11	58	8	42	19	100	
2	Tingkat Pendidikan:							
	Rendah	13	57	10	43	23	100	0,003
	Tinggi	7	17	34	83	41	100	
3	Status Pekerjaan:							
	Bekerja	4	20	16	80	20	100	0,309
	Tidak Bekerja	16	36	28	64	44	100	
4	Riwayat Sakit DBD Keluarga:							
	Tidak Ada	17	28	43	72	60	100	0,164
	Ada	3	75	1	25	4	100	
5	Tingkat Pengetahuan:							
	Buruk	13	46	15	54	28	100	0,041
	Baik	7	19	29	81	36	100	
6	Sikap:							
	Negatif	15	49	17	51	32	50	0,015
	Positif	5	16	27	84	32	50	
7	Dukungan Petugas Kesehatan:							
	Tidak Mendukung	5	41	7	59	12	100	0,604
	Mendukung	15	29	37	71	52	100	
8	Pengalaman Mendapat Penyuluhan:							
	Tidak Pernah	5	38	8	62	13	100	0,769
	Pernah	15	29	36	71	51	100	
9	Peraturan yang Berlaku:							
	Tidak Ada	7	27	19	73	26	100	0,731
	Ada	13	34	25	66	38	100	

Penelitian ini sesuai dengan beberapa penelitian sebelumnya karena desain penelitian yang digunakan sama yaitu desain *cross sectional*, yang pertama yaitu penelitian yang dilakukan di Brazil menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat umur dengan praktik pencegahan DBD di Brazil Tenggara. Hasil penelitian Monintja pada tahun 2015 juga menunjukkan hubungan antara umur dengan tindakan PSN DBD di Kelurahan Malalayang ( $p \text{ value}=0,011$ ). Hasil yang sesuai juga ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan di Malaysia yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara umur dengan praktik pencegahan DBD di Malaysia. Penelitian lain menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan tindakan pencegahan DBD masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Kolongan Minahasa Utara ( $p \text{ value}=0,022$ ).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pendidikan dengan konsistensi perilaku PSN DBD di Kelurahan Meteseh ( $p \text{ value}=0,003$ ). Responden yang berpendidikan rendah 3,3 kali lebih berpeluang melakukan PSN DBD yang tidak konsisten dibandingkan dengan responden yang berpendidikan tinggi. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yaitu pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya.

Pada penelitian ini responden dengan pendidikan tinggi lebih banyak melakukan PSN DBD secara konsisten yaitu sebanyak 34 (83%) dibandingkan dengan responden dengan pendidikan rendah yang hanya 10 (43%). Hal ini menunjukkan bahwa responden yang berpendidikan tinggi memiliki kesadaran lebih untuk melakukan PSN DBD secara konsisten. Dengan adanya berbagai informasi mengenai PSN DBD melalui penyuluhan atau media lainnya di Kelurahan Meteseh, informasi ini mudah diterima oleh responden yang

berpendidikan tinggi sehingga dapat menunjang mereka dalam melakukan PSN DBD dengan konsisten.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Liza, dkk pada tahun 2015 karena kesamaan dalam desain penelitian yaitu *cross sectional*, hasil penelitian Liza menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pendidikan dengan partisipasi Ibu Rumah Tangga dalam pencegahan DBD di Aceh ( $p \text{ value}= 0,000$ ). Penelitian Dhimal, dkk (2014) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan praktik pencegahan DBD di Nepal Tengah ( $p \text{ value}=0,031$ ). Penelitian yang dilakukan oleh Al Dubai, dkk (2013) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan praktik pencegahan DBD di Malaysia. Penelitian yang dilakukan oleh Hardayati, dkk pada tahun 2011 menunjukkan bahwa pendidikan memberikan pengaruh bermakna pada masyarakat terhadap PSN-DBD ( $p \text{ value}=0,039$ ).

Hasil penelitian berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Shofiyannah dan Azam (2016) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan PSN yang dilakukan oleh petugas kebersihan di sekolah ( $p \text{ value}=0,37$ ). Alasan penyebab tidak ada hubungan antara pendidikan dan PSN tersebut adalah karena pada awal bekerja petugas kebersihan hanya memiliki tingkat pendidikan yang rendah, mereka kemudian melanjutkan pendidikan sebagai persyaratan untuk diangkat menjadi pegawai negeri sipil.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan konsistensi perilaku PSN DBD di Kelurahan Meteseh ( $p \text{ value}=0,309$ ). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori bahwa seseorang yang bekerja akan sibuk dengan pekerjaannya dan tidak memiliki waktu untuk melaksanakan PSN DBD. Data di lapangan menunjukkan bahwa responden yang memiliki pekerjaan (responden bukan Ibu Rumah Tangga) dan melakukan PSN DBD dengan konsisten yaitu 16 (80%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki pekerjaan (responden merupakan Ibu

Rumah Tangga) dan melakukan PSN DBD dengan konsisten hanya 28 (64%). Mereka beranggapan walaupun sibuk bekerja, mereka masih tetap meluangkan waktu untuk melakukan praktik PSN DBD minimal satu kali dalam seminggu, atau memanfaatkan hari libur untuk kegiatan PSN DBD. Selain itu, membersihkan lingkungan rumah dan menjaga kesehatan anggota keluarga merupakan kewajiban yang harus dilakukan.

Penelitian ini sesuai dengan beberapa penelitian sebelumnya karena desain penelitian yang digunakan sama yaitu desain *cross sectional*, yang pertama yaitu penelitian Maulida, dkk (2016) menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan perilaku pencegahan DBD di Pakijangan, Brebes ( $p\text{ value}=0,189$ ). Penelitian Rezania (2015) menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan praktik PSN DBD di Kelurahan Sampangan, Kota Semarang ( $p\text{ value}=0,660$ ). Hasil penelitian Monintja (2015) juga menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan tindakan PSN DBD ( $p\text{ value}=0,086$ ). Penelitian Hardayati (2011) juga menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan praktik pemberantasan sarang nyamuk ( $p\text{ value}=0,631$ ).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara riwayat sakit DBD keluarga dengan konsistensi perilaku PSN DBD di Kelurahan Meteseh ( $p\text{ value}=0,164$ ). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pengalaman dapat memberikan pelajaran kepada seseorang untuk tidak melakukan kesalahan yang sama yang telah dilakukan. Pada penelitian ini, hanya terdapat 4 responden yang memiliki riwayat sakit DBD dikeluarganya, sehingga data kurang bervariasi. Responden yang tidak memiliki riwayat sakit DBD di keluarganya yaitu sebanyak 43 responden (72%) lebih banyak melakukan PSN DBD secara konsisten dibandingkan dengan responden yang memiliki riwayat sakit DBD di keluarganya yang hanya 1 responden (25%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa riwayat

sakit DBD keluarga tidak menjamin responden akan lebih memperhatikan praktik pencegahan DBD dalam hal ini adalah melakukan PSN DBD secara konsisten.

Hasil penelitian berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Fazidah, dkk (2015) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara riwayat sakit DBD dengan tindakan kepala keluarga dalam pencegahan DBD di. Hasil penelitian yang berbeda dikarenakan jumlah responden yang memiliki pengalaman sakit DBD hanya 3 responden sehingga data tidak bervariasi. Penelitian ini juga tidak sesuai dengan hasil penelitian Ibrahim, dkk (2009) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara riwayat sakit DBD keluarga dengan tindakan pencegahan DBD di Sekolah Menengah di Jeddah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan konsistensi perilaku PSN DBD di Kelurahan Meteseh ( $p\text{ value}=0,041$ ). Responden yang berpengetahuan buruk 2,9 kali lebih berpeluang melakukan PSN DBD yang tidak konsisten dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan baik. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori bahwa pengetahuan menjadi salah satu faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku seseorang atau masyarakat terhadap kesehatan. Jika masyarakat tahu tentang penyakit DBD, maka kemungkinan perilaku masyarakat untuk mencegah penularan DBD dan memberantas DBD juga akan berubah seiring dengan pengetahuan seperti apa yang diketahuinya (Notoatmodjo, 2012: 18). Responden dengan pengetahuan yang baik yaitu sejumlah 29 orang (81%) lebih banyak melakukan PSN DBD secara konsisten dibandingkan dengan responden dengan pengetahuan buruk yang hanya 15 (54%). Sebagian besar responden sudah pernah mendapat penyuluhan dari petugas kesehatan terkait DBD, sehingga pengetahuan mereka pun cukup baik mengenai PSN DBD.

Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian sebelumnya karena desain penelitian yang digunakan sama yaitu *cross sectional*. Penelitian yang dilakukan di Malaysia oleh Luqoya dan Wailis (2017)



menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan praktik pencegahan DBD pada mahasiswa dan karyawan di Universitas di Malaysia ( $p$  value= 0,001). Penelitian Paendong (2015) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pencegahan DBD di Kecamatan Tomohon Barat ( $p$  value=0,000). Penelitian Hardono (2015) menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku masyarakat terhadap pencegahan DBD di Kabupaten Pringsewu ( $p$  value=0,013). Penelitian Waruwu, dkk tahun 2014 juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku masyarakat dalam PSN DBD di Desa Rantau Rasau, Kabupaten Tanjung Jabung Timur ( $p$  value=0,000).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan konsistensi perilaku PSN DBD di Kelurahan Meteseh ( $p$  value=0,015). Responden yang memiliki sikap negatif terhadap PSN DBD 3 kali lebih berpeluang melakukan PSN DBD yang tidak konsisten dibandingkan dengan responden yang memiliki sikap positif terhadap PSN DBD. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Green dalam Notoatmodjo (2007) yang menyatakan bahwa sikap merupakan salah satu faktor yang berperan dalam perilaku kesehatan. Semakin positif sikap seseorang terhadap sesuatu hal, maka semakin baik pula tindakan yang dilakukan dalam hal tersebut. Timbulnya kemauan atau kehendak adalah sebagai bentuk lanjutan dari kesadaran dan pemahaman terhadap objek dalam hal ini adalah perilaku PSN DBD. Kemauan atau kehendak merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan. Sikap merupakan indikasi akan timbulnya suatu tindakan (Notoatmodjo, 2007).

Responden yang memiliki sikap positif terhadap PSN DBD yaitu sebanyak 27 responden (85%) lebih banyak melakukan PSN DBD secara konsisten dibandingkan dengan responden yang memiliki sikap negatif terhadap PSN DBD yaitu hanya 17 responden (51%). Hal ini menunjukkan bahwa sikap merupakan salah satu faktor pendorong yang mempengaruhi

responden untuk melakukan PSN DBD secara konsisten.

Hasil penelitian ini sesuai dengan beberapa penelitian sebelumnya karena desain penelitian yang digunakan sama yaitu *cross sectional*. Penelitian yang dilakukan oleh Listyorini (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan perilaku PSN DBD di Kelurahan Karangjati, Blera ( $p$  value= 0,000). Penelitian Ayudhya, dkk (2014) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan pencegahan vektor DBD di Kota Manado ( $p$  value=0,021). Penelitian Mohamad, dkk (2014) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan praktik pencegahan DBD di Selangor, Malaysia ( $p$  value=0,004). Penelitian yang dilakukan oleh Suryati, dkk tahun 2013 juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sikap dan perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD di Jakarta Timur ( $p$  value= 0,000). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan konsistensi perilaku PSN DBD di Kelurahan Meteseh ( $p$  value=0,604).

Hasil penelitian berbeda dengan teori yang ada bahwa adanya petugas kesehatan dapat menjadi faktor penguat terjadinya perubahan perilaku. Sebagian besar masyarakat merasa bahwa petugas kesehatan hanya memeriksa ada atau tidaknya jentik nyamuk *Aedes* di rumah responden, namun belum memberi informasi secara langsung mengenai DBD maupun PSN DBD. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya karena perbedaan proporsi penduduk yang merasa mendapat dukungan petugas kesehatan setempat mengenai PSN DBD.

Penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2015) menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara peran petugas kesehatan dengan perilaku masyarakat dalam PSN DBD di Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Hasil penelitian juga tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2015) di Jepara, yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan praktik PSN DBD.

Nuryanti (2013) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan antara peran petugas kesehatan dengan tindakan PSN DBD di Kelurahan Karangjati, Blora.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan konsistensi perilaku PSN DBD di Kelurahan Meteseh ( $p\text{ value}=0,769$ ). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yakni penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara memberikan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu, dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. Namun penyuluhan yang diterima oleh responden tidak menjadi jaminan untuk responden akan melaksanakan isi dari penyuluhan tersebut, seperti halnya dalam penelitian ini. Responden yang pernah mendapat penyuluhan mengenai PSN DBD tidak menjamin mereka akan melakukan PSN DBD secara konsisten.

Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Hardayati, dkk (2011) menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara keterpaparan penyuluhan dengan perilaku PSN DBD di Kota Pekanbaru ( $p\text{ value}=0,986$ ). Hasil penelitian juga tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2015) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengalaman mendapat penyuluhan dengan praktik PSN DBD di Kelurahan Mulyoharjo, Jepara.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara peraturan yang berlaku dengan konsistensi perilaku PSN DBD di Kelurahan Meteseh ( $p\text{ value}=0,731$ ). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori bahwa peraturan dapat menjadi faktor pendorong seseorang dalam melakukan suatu perilaku. Kota Semarang memiliki Peraturan Daerah Nomor 5 tahun 2010 yang mengatur tentang pengendalian demam berdarah, namun Perda ini belum bisa diterapkan secara merata di seluruh Kota Semarang. Beberapa RT di Kelurahan Meteseh sudah menerapkan perda tersebut dan juga memiliki aturan tersendiri

diwilayahnya seperti menerapkan denda uang sebesar sepuluh ribu rupiah dan menempelkan stiker bertuliskan “rumah ini terdapat jentik” dirumah warga yang ditemukan jentik. Namun masih terdapat daerah yang belum menerapkan peraturan mengenai PSN DBD.

Responden yang didaerahnya belum diterapkan perda No 5 tahun 2010 yaitu sejumlah 19 responden (73%) lebih banyak melakukan PSN DBD dengan konsisten dibandingkan dengan responden yang didaerahnya sudah diterapkan perda No 5 tahun 2010. Hal ini menunjukkan bahwa adanya peraturan mengenai PSN DBD tidak menjamin warga akan melakukan PSN DBD secara konsisten.

## PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan kesimpulan bahwa umur ( $p = 0,007$ ), tingkat pendidikan ( $p = 0,003$ ), tingkat pengetahuan ( $p = 0,041$ ), sikap ( $p = 0,015$ ) berhubungan dengan konsistensi perilaku PSN DBD di Kelurahan Meteseh Kecamatan Tembalang Kota Semarang.

Saran bagi peneliti selanjutnya adalah mengkaji lebih dalam mengenai hubungan umur, pendidikan dan tingkat pengetahuan dengan perilaku PSN DBD yaitu untuk umur dengan menggunakan skala interval maupun rasio sehingga dapat diketahui lebih detail hubungan tingkat umur dengan perilaku PSN DBD, sedangkan untuk tingkat pendidikan dengan menjadikan masing-masing jenjang pendidikan dalam kategori variabel pendidikan, sehingga dapat diketahui lebih detail hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku PSN DBD dan untuk pengetahuan dengan membuat banyak jenis pengetahuan, misalnya seperti pengetahuan mengenai DBD, pengetahuan mengenai PSN DBD sehingga dapat diketahui lebih detail hubungan tingkat pengetahuan tertentu dengan perilaku PSN DBD.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andri. (2014, October 23) *Mengapa Sulit Menjalankan Perilaku Sehat?*. Retrieved February 3, 2017, from the Kompas Web Site: <http://health.kompas.com/read/2014/10/23/145000023/Mengapa.Sulit.Menjalankan.Perilaku.Sehat>
- Anggraini, T.S., Cahyati, W.H. 2017. Perkembangan *Aedes Aegypti* Pada Berbagai Ph Air an Salinitas Air. HIGEIA, 1(3):1-10
- Ayudhya, P., Ottay, R.I.,Kaungang, W.P.J., Kandou, G.D., Pandelaki, A.J., Hubungan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue dengan Pencegahan Vektor di Kelurahan Malalayang 1 Barat Kota Manado. *Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik*, 2(1):9-13
- Dewi, R.S. (2015). Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Masyarakat dalam Pemberantasan SaraNg Nyamuk Demam Berdarah Dengue di Desa Rantau Rasau II Kecamatan Rantau Rasau Tahun 2015. *SCIENTIA JOURNAL*, 4(1):105-11
- Dhimal, M., Aryal, K.K., Dhimal, M.L., Gautam, I., Singh, S.P., dan Bhusal, C.L., Kuch. (2014). Knowledge, Attitude and Practice Regarding Dengue Fever among the Healthy Population of Highland and Lowland Communities in Central Nepal. *PLOS ONE*, 9(7):1-15
- Fazidah, A.S., Mohamed, R.A., Julia, O., Sori, M.S., Teguh, S., Tri, M., Nurul H. (2015). Social and Environmental Determinants of Dengue Infection Risk in North Sumatera Province, Indonesia. *Asian Journal of Epidemiology*, 8(2): 23-35
- Hardayati, W, Mulyadi, A, Daryono. (2011). Analisis Perilaku Masyarakat terhadap Angka Bebas Jentik dan Demam Berdarah *Dengue* di Kecamatan Pekanbaru Kota, Riau
- Hardono. (2015). Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Masyarakat dalam Pencegahan DBD di Desa Wates Timur Wilayah Kerja Puskesmas Wates Kabupaten Pringsewu. *Ejournal Stikes Borromeus*: 5-9
- Ibrahim, N.K.R., Al-Bar, A., Kordey, M., Al-Fakeeh, A. (2009). Knowledge, Attitudes, and Practices Relating to Dengue Fever among Females in Jeddah High Schools. *Journal of Infection and Public Health*, 2:30-40
- Listyorini, P.I. (2016). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) pada Masyarakat Karangjati Kabupaten Blora, *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan*. 6 (1):6-15
- Liza, A., Imean dan Mudatsir. (2015). Hubungan Tingkat Pengetahuan, Pendidikan dan Sikap Dengan Partisipasi Ibu rumah Tangga dalam Pencegahan Wabah DBD di Kecamatan Kuta Alam Banda Aceh. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 15(3): 153-141
- Luqoya, H dan Wailis, S. (2017). Cross-Sectional Survey on the Dengue Knowledge, Attitudes and Preventive Practices Among Students and Staff of a Public University in Malaysia. *Journal of Community Health*, 42(2): 413-420
- Maulida, I., Prastiwi, R.S., dan Hapsari, L.H. (2016). Analisis Hubungan Karakteristik Kepala Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah di Pakijangan Brebes. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan*, 6(1): 1-5
- Mohamad, M., Selamat, M.I., dan Ismail, Z. (2014). Factor Associated with Larval Control Practices in a *Dengue* Outbreak Prone Area. *Journal of Enviromental and Public Health*. 2014:1-6
- Monintja, C.N.T. (2015). Hubungan Antara Karakteristik Individu, Pengetahuan Dan Sikap Dengan Tindakan PSN DBD Masyarakat Kelurahan Malalayang I Kecamatan Malalayang Kota Manado. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*, 5(2b).503-519
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nuryanti, E. (2013). Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk di Masyarakat. *Jurnal Kemas*, 9(1). 15-23
- Paendong, C.J., Nursalam., Makausi, E. (2015) Hubungan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat dengan Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Taratara Kecamatan Tomohon Barat. *Jurnal Sariputra*, 2(2): 66-74
- Rezania, N. (2015). Hubungan Karakteristik Individu dengan Praktik Kader Jumantik dalam PSN DBD di Kelurahan Sampangan Semarang. *Unnes Journal of Public Health*, 4(1): 31-38
- Shofiyannah, L., & Azam, M. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan PSN DBD di Sekolah Dasar. *Journal of Health Education*, 1, 9-13.

- Suryati, E.S., Rosidawati., Maryam, R.S. (2013) Perilaku Masyarakat dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue antara Zona Hijau dan Zona Merah. *JKep*, 1(1):67-76
- Waruwu, M.K., Sukartini T., Indarwati, R. Hubungan Pengetahuan dan Motivasi dengan Perilaku Ibu dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD. *Jurnal Unair*. 43-51