

**HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DENGAN PERILAKU
PENGENDALIAN DBD DI KELURAHAN MAYANG MANGURAI KOTA
JAMBI TAHUN 2024**

SKRIPSI



Disusun Oleh :

RAHMAT RAFI ALBARI

G1D121183

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS JAMBI

2025

**HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DENGAN PERILAKU
PENGENDALIAN DBD DI KELURAHAN MAYANG MANGURAI KOTA
JAMBI TAHUN 2024**

Skripsi

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jambi



Diajukan Oleh :

RAHMAT RAFI ALBARI

G1D121183

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS JAMBI

2025

PERSETUJUAN SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DENGAN PERILAKU
PENGENDALIAN DBD DI KELURAHAN MAYANG MANGURAI KOTA
JAMBI TAHUN 2024**



Pebimbing I

Pebimbing II

Oka Lesmana S., S.KM. M.KM
NIP. 19881228201901012

Muhammad Syukri, S.KM., M.Kes (Epid)
NIP.198705152019031013

**HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DENGAN PERILAKU
PENGENDALIAN DBD DI KELURAHAN MAYANG MANGURAI KOTA
JAMBI TAHUN 2024**

Disusun Oleh :

Rahmat Rafi Albari

G1D121183

Telah dipertahankan dan dinyatakan lulus di depan Tim Penguji

Pada tanggal2025

Susunan Tim Penguji

Ketua : Oka Lesmana S., S.K.M., M.K.M
Sekretaris : Muhammad Syukri, S.K.M., M.Kes (Epid)
Anggota : 1. Fajrina Hidayati, S.K.M., M.KL.
2. Puspita Sari, S.K.M., M.Kes

Disetujui :

Pembimbing Substansi

Pembimbing Metodologi

Oka Lesmana S., S.K.M., M.K.M

Muhammad Syukri, S.K.M., M.Kes (Epid)

NIP. 198812282019031012

NIP. 198705152019031013

Skripsi ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar

Sarjana Kesehatan Masyarakat

Tanggal.....2025

Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu
Kesehatan Universitas Jambi

Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dr. dr. Humaryanto, Sp.OT., M.Kes

NIP. 197302092005011001

Dr. Dwi Noerjoedianto, SKM., M.Kes

NIP. 1970011101994021001

**HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DENGAN PERILAKU
PENGENDALIAN DBD DI KELURAHAN MAYANG MANGURAI KOTA
JAMBI TAHUN 2024**

Disusun Oleh :

Rahmat Rafi Albari

G1D121183

Telah dipertahankan dan dinyatakan lulus di depan Tim Penguji
pada tanggal.....2025

Ketua	<u>Oka Lesmana S., S.K.M., M.K.M</u> NIP. 198812282019031012
Sekretaris	<u>Muhammad Syukri, S.K.M., M.Kes (Epid)</u> NIP. 198705152019031013
Penguji Utama	<u>Fajrina Hidayati, S.K.M., M.KL.</u> NIP. 199302042019032022
Anggota Penguji	<u>Puspita Sari, S.K.M., M.Kes</u> NIP. 199205132019032022

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rahmat Rafi Albari

NIM : G1D121183

Program Studi : Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKIK UNJA

Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan, Sikap Dengan Perilaku Pengendalian
DBD di Kelurahan Mayang Mangurai 2024

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir Skripsi yang saya tulis ini benar benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir Skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Jambi, 2025
Yang Membuat Pernyataan

Rahmat Rafi Albari
G1D121183

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan proposal penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan, Sikap Dengan Perilaku Pengendalian Dbd Di Kelurahan Mayang”. sebagai salah satu syarat akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah pada peminatan Kesehatan Lingkungan, Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan, Universitas Jambi.

Sehingga proses penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapat bimbingan dan petunjuk serta bantuan yang bermanfaat dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Helmi, S.H., M.H., selaku Rektor Universitas Jambi.
2. Bapak Dr. dr. Humaryanto, Sp.OT., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi.
3. Bapak Dr. Dwi Noerjoedianto S.K.M., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi.
4. Bapak Budi Aswin, S.K.M.,M.Kes, selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi.
5. Bapak Oka Lesmana S., SKM, MKM selaku Pembimbing I dan Bapak Muhammad Syukri, S.KM., M.Kes. (Epid) selaku Pembimbing II atas segala doa, bimbingan, saran, motivasi, dan bantuan yang telah diberikan selama penyusunan proposal ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jambi yang telah memberikan ilmu, nasihat, dan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Teristimewa kedua orang tua saya, Mama dan Papa serta seluruh keluarga besar yang penuh kesabaran, pengorbanan, kabaikan dan tak henti-hentinya mendoakan dengan tulus memberikan dorongan dan dukungan moral maupun materi selama mengikuti perkuliahan hingga terselesaikannya penulisan proposal penelitian ini.

8. Pemilik NIM 231011500268 yang telah memberikan semangat kepada penulis dan selalu ada disaat penulis membutuhkan tempat bercerita.
9. Semua pihak yang terlibat dalam pembuatan dan penyelesaian proposal ini.

Semoga semua bantuan dan dukungan yang telah diberikan kepada penulis, mendapatkan balasan, kebaikan dari Allah SWT. Penulis menyadari proposal ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan yang di harapkan, untuk itu dengan segala kerendahan hati, peneliti menerima masukan, kritik dan saran yang bersifat membangun.

Jambi, 2025

Rahmat Rafi Albari

DAFTAR ISI

PERSETUJUAN SKRIPSI	ii
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
RIWAYAT HIDUP PENULIS	xiv
ABSTRACT.....	xv
ABSTRAK	xvi
BAB I.....	1
PENDAHALUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan	6
1.3.1. Tujuan Umum	6
1.3.2. Tujuan Khusus	6
1.4. Manfaat Penelitian	7
1.4.1. Manfaat Teoritis	7
1.4.2. Manfaat Praktis	7
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Telaah Pustaka	8
2.1.1. Demam Berdarah Dengue (DBD).....	8
2.1.2 Pengetahuan	10
2.1.3. Sikap dalam kesehatan	13
2.1.4 Perilaku	15
2.1.5 Teori Lawrance Green.....	19
2.2. Kerangka Teori.....	24
2.3 Kerangka Konsep	25
2.4. Hipotesis.....	25

BAB III	26
METODOLOGI PENELITIAN	26
3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian	26
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	26
3.3 Subjek Penelitian.....	26
3.3.1 Populasi.....	26
3.3.2 Sampel Penelitian dan Besar Sampel	26
3.3.3 Teknik Pengumpulan Data	27
3.3.4 Kriteria Inklusi dan Eklusi	28
3.4 Metode Pengumpulan Data	28
3.4.1 Sumber Data.....	28
3.5 Definisi operasional	30
3.7. Pengolahan dan Analisis Data.....	34
3.8. Etika Penelitian	35
3.9. Jalannya Penelitian.....	35
BAB IV	37
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	37
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	37
4.2 Hasil	38
4.2.1 Analisis Univariat.....	38
4.3 Pembahasan.....	46
4.3.1 Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan DBD di Kelurahan .	46
Mayang Magurai, Kota Jambi.....	46
4.3.2 Hubungan Sikap dengan Perilaku Pencegahan DBD di Kelurahan Mayang	52
Magurai, Kota Jambi.....	52
BAB V.....	57
KESIMPULAN DAN SARAN.....	57
5.1 Kesimpulan	57
5.2 Saran.....	57
5.2.1 Bagi Masyarakat.....	57
5.2.2 Bagi Instansi Kesehatan	57
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	58

DAFTAR PUSTAKA	59
LAMPIRAN.....	65

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Penentuan Sample	28
Tabel 3.2 Definisi Operasional	30
Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas.....	31
Tabel 3.4 Hasil Uji Reliabilitas	33
Tabel 4. 1 Distribusi Karakteristik Responden terhadap Pengendalian DBD pada Kelurahan Mayang Mangurai, Kota Jambi.....	39
Tabel 4. 2 Distribusi Responden berdasarkan Variabel Pengetahuan.....	40
Tabel 4. 3 Deskripsi Pengetahuan Responden terhadap Perilaku Pencegahan DBD	40
Tabel 4. 4 Distribusi Responden berdasarkan Variabel Sikap	41
Tabel 4. 5 Deskripsi Sikap Responden terhadap Perilaku Pencegahan DBD.....	42
Tabel 4. 6 Distribusi Responden berdasarkan Variabel Perilaku Pencegahan DBD	43
Tabel 4. 7 Deskripsi Perilaku Pencegahan DBD	44
Tabel 4. 8 Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Magurai, Kota Jambi	45
Tabel 4. 9 Hubungan Sikap dengan Perilaku Pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Magurai, Kota Jambi.....	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	24
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	25
Gambar 4.1 Peta Lokasi Kelurahan Mayang Mangurai.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Naskah Penjelasan	66
Lampiran 2 Lembar Persetujuan	67
Lampiran 3 Kusioner Penelitian.....	68
Lampiran 4 Surat Izin Penelitian.....	76
Lampiran 5 Output Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisiuner.....	79
Lampiran 6 Output SPSS	92
Lampiran 7 Dokumentasi Penelitian.....	111

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Rahmat Rafi Albari
Jenis Kelamin : Laki-laki
Tempat, Tanggal Lahir : Kerinci, 01 September 2005
Agama : Islam
Nama Ayah : Yosi Trinova, ST
Nama Ibu : Mulyati, S.Pdi

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 08III Semerah Kabputen Kerinci : 2009 - 2015
2. SMP Negeri 02 Kota Sungai Penuh : 2016 - 2018
3. SMA Negeri 01 Kota Sungai Penuh : 2018 - 2021

ABSTRACT

Background : Dengue infection can cause various clinical manifestations, ranging from mild fever to serious conditions such as Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) and Dengue Shock Syndrome (SSD), which are potentially fatal if not treated appropriately. One of the areas with a high incidence of DHF is Mayang Mangurai Village in Jambi City. In 2022, there were 12 cases of DHF, which increased to 18 cases in 2023. This study aims to determine the relationship between knowledge, attitudes, and behavior of the community towards the incidence of DHF in Mayang Mangurai Village.

Methods : This study uses a quantitative method with a cross-sectional design. The sampling technique was carried out by probability sampling with the Systematic Random Sampling method, namely selecting samples based on interval data. The number of research samples was 96 respondents.

Result : The chi-square statistical test showed a relationship between community knowledge level and DHF prevention with a p-value = 0.000 and a prevalence ratio (PR) of 3.253 (95% CI = 2.034-5.203). In addition, there was a relationship between community attitude and DHF prevention with a p-value = 0.014 and a PR of 1.867 (95% CI = 1.152-3.026).

Conclusion : The results showed that 61 respondents (63.5%) had a good level of knowledge, while 48 respondents (50%) had a negative attitude towards dengue prevention. In addition, 43 respondents (44.8%) had poor dengue prevention behavior. Statistical analysis showed a significant relationship between knowledge level and DHF prevention behavior, as well as between attitude and DHF prevention behavior in Mayang Mangurai Village, Jambi City.

Keyword : Dengue Hermorrhagic Fever, Knowledge, Atitude, Practice

ABSTRAK

Latar Belakang: Infeksi Dengue dapat menyebabkan berbagai manifestasi klinis, mulai dari demam ringan hingga kondisi serius seperti Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Sindrom Syok Dengue (SSD), yang berpotensi fatal jika tidak ditangani dengan tepat. Salah satu wilayah dengan angka kejadian DBD yang tinggi adalah Kelurahan Mayang Mangurai di Kota Jambi. Pada tahun 2022, terdapat 12 kasus DBD, yang meningkat menjadi 18 kasus pada tahun 2023. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat terhadap kejadian DBD di Kelurahan Mayang Mangurai.

Metode Penelitian: Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain cross-sectional. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara probability sampling dengan metode Systematic Random Sampling, yaitu memilih sampel berdasarkan data interval. Jumlah sampel penelitian sebanyak 96 responden.

Hasil: Uji statistik chi-square menunjukkan hubungan antara tingkat pengetahuan masyarakat dan pencegahan DBD dengan nilai $p\text{-value} = 0.000$ serta prevalence ratio (PR) sebesar 3.253 (95% CI = 2.034-5.203). Selain itu, terdapat hubungan antara sikap masyarakat dan pencegahan DBD dengan nilai $p\text{-value} = 0.014$ serta PR sebesar 1.867 (95% CI = 1.152-3.026).

Kesimpulan: Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 61 responden (63,5%) memiliki tingkat pengetahuan yang baik, sedangkan 48 responden (50%) memiliki sikap negatif terhadap pencegahan DBD. Selain itu, 43 responden (44,8%) memiliki perilaku pencegahan DBD yang tidak baik. Analisis statistik menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku pencegahan DBD, serta antara sikap dengan perilaku pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Mangurai, Kota Jambi.

Kata Kunci : Demam Berdarah Dengue, Pengetahuan, Sikap, Praktik

BAB I

PENDAHALUAN

1.1 Latar Belakang

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *Dengue* dari genus *Flavivirus*, yang ditularkan terutama melalui gigitan nyamuk betina *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Penyakit ini menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang signifikan di berbagai negara tropis dan subtropis, termasuk Indonesia, karena potensinya yang mematikan serta dampaknya terhadap kehidupan sosial-ekonomi masyarakat. Virus *Dengue* memiliki empat serotipe utama, yakni DENV-1, DENV-2, DENV-3, dan DENV-4, yang semuanya mampu menyebabkan infeksi pada manusia.¹ Infeksi *Dengue* dapat menimbulkan berbagai manifestasi klinis mulai dari demam ringan hingga kondisi yang lebih serius seperti Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dan Sindrom Syok *Dengue* (SSD), yang dapat berakibat fatal bila tidak ditangani dengan tepat (WHO, 2024).² Penyakit DBD dapat menyerang orang-orang dari segala usia dan terjadi setiap tahun.³ Kemunculan penyakit ini sendiri berhubungan erat dengan faktor Pengetahuan, Sikap dan perilaku masyarakat.⁴

DBD telah menjadi salah satu penyakit yang mengalami peningkatan prevalensi dalam beberapa dekade terakhir. Di seluruh dunia, menurut laporan WHO pada tahun 2024, tercatat lebih dari 7,6 juta kasus DBD, dengan lebih dari 3000 kematian dan 16.000 kasus parah.⁵ Wilayah Asia Tenggara, termasuk Indonesia, merupakan salah satu daerah dengan tingkat insiden DBD yang tertinggi di dunia, berkontribusi sekitar 52% dari beban penyakit global. Hal ini menunjukkan bahwa upaya pengendalian penyakit DBD, meskipun telah diterapkan secara luas, belum sepenuhnya berhasil dalam menekan angka kejadian di banyak wilayah endmik.⁶

Di Indonesia, DBD merupakan masalah kesehatan masyarakat yang besar, terutama karena tingginya angka morbiditas dan mortalitas akibat penyakit ini. Kementerian Kesehatan RI melaporkan bahwa pada tahun 2024, Indonesia mencatat 88.593 kasus terkonfirmasi DBD dengan 621 kematian hingga April, hampir tiga kali lipat dibandingkan dengan periode yang sama pada tahun 2023.⁷ Ini menunjukkan bahwa penyakit ini terus menjadi ancaman serius bagi masyarakat, khususnya di daerah-daerah dengan lingkungan yang mendukung perkembangbiakan nyamuk vektor. Peningkatan

kasus DBD di berbagai provinsi di Indonesia menjadi bukti nyata bahwa pengendalian DBD masih memerlukan perhatian serius dari pemerintah dan masyarakat.⁸

Provinsi Jambi adalah salah satu wilayah di Indonesia yang terus menghadapi ancaman DBD. Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jambi pada tahun 2022 mencatat adanya 1.381 kasus DBD dengan 9 kematian, angka yang meningkat dari 357 kasus dan 5 kematian pada tahun 2021. Salah satu wilayah dengan angka kejadian DBD yang cukup tinggi adalah Kelurahan Mayang Mangurai di Kota Jambi, yang pada tahun 2022 mencatat 12 kasus DBD, dan meningkat menjadi 18 kasus pada tahun 2023. Fenomena ini menunjukkan bahwa meskipun program pencegahan telah berjalan, masih terdapat kesenjangan dalam penerapannya di masyarakat.

Wabah *Dengue* ini bisa berdampak merusak stabilitas medis, sosial, kemasyarakatan, ekonomi, dan politik melalui masuknya pasien dengan cepat ke dalam sistem perawatan kesehatan, beban keuangan pada pemerintah dan rumah tangga, serta dampak ketidakpuasan dan ketidakpedulian masyarakat terhadap langkah-langkah pengendalian wabah. Dampak multi-sektoral ini, meskipun terbatas, mengakibatkan gangguan sosial dan politik.⁹ Sehingga kegiatan pencegahan demam berdarah dan program-program yang dijalankan untuk mengendalikan penyebarannya melibatkan berbagai tindakan yang melibatkan masyarakat, pemerintah, dan tenaga kesehatan. Adapun program untuk pencegahan dan pengendalian demam berdarah adalah Program Pemberantasan Sarang Nyamuk PSN, Fogging dan Pengasapan Insektisida, Penyuluhan dan Edukasi Masyarakat, Surveilans dan Pengawasan Epidemiologis, dan Vaksinasi.¹⁰

Program Pengendalian Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus merupakan salah satu strategi utama yang diterapkan pemerintah dalam upaya pencegahan DBD. melakukan Pengendalian vektor risiko secara fisik, kimia, dan biologis melalui keterlibatan masyarakat dalam Pengendalian Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus merupakan cara paling efektif untuk mengurangi faktor risiko. PSN 3M Plus merupakan inisiatif Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (G1R1J) untuk menghilangkan sarang nyamuk secara berkelanjutan dan berkelanjutan.¹¹ Adapun yang dimaksud dengan PSN 3M Plus adalah praktik 3 yang dimaksud adalah menutup, menguras, dan mendaur ulang. Menurut Kemenkes RI, menguras merupakan kegiatan membersihkan/menguras tempat yang sering menjadi penampungan air seperti bak mandi, kendi, toren air, drum dan tempat penampungan air

lainnya. Dinding bak maupun penampungan air juga harus digosok untuk membersihkan dan membuang telur nyamuk yang menempel erat pada dinding tersebut. Saat musim hujan maupun pancaroba, kegiatan ini harus dilakukan setiap hari untuk memutus siklus hidup nyamuk yang dapat bertahan di tempat kering selama 6 bulan. Selanjutnya menutup, merupakan kegiatan menutup rapat tempat-tempat penampungan air seperti bak mandi maupun drum. Menutup juga dapat diartikan sebagai kegiatan mengubur barang bekas di dalam tanah agar tidak membuat lingkungan semakin kotor dan dapat berpotensi menjadi sarang nyamuk. dan yang terakhir adalah Memanfaatkan kembali limbah barang bekas yang bernilai ekonomis (daur ulang), kita juga disarankan untuk memanfaatkan kembali atau mendaur ulang barang-barang bekas yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk demam berdarah.

Serta yang dimaksudkan Plus-nya adalah bentuk Upaya pencegahan tambahan seperti Memelihara ikan pemakan jentik nyamuk, Menggunakan obat anti nyamuk, menggunakan kelambu saat tidur Memasang kawat kasa pada jendela dan ventilasi, Gotong Royong membersihkan lingkungan, Periksa tempat-tempat penampungan air, Meletakkan pakaian bekas pakai dalam wadah tertutup, Memberikan larvasida pada penampungan air yang susah dikuras, Memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar, dan Menanam tanaman pengusir nyamuk.¹² Meskipun program PSN 3M Plus telah gencar disosialisasikan di berbagai daerah, termasuk di Kelurahan Mayang Mangurai, kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa penerapan praktik pencegahan ini masih kurang optimal. Banyak masyarakat yang tidak konsisten dalam melaksanakan 3M Plus, terutama di daerah dengan kepadatan penduduk tinggi dan lingkungan yang kurang terawat, yang kemudian meningkatkan risiko terjadinya penularan DBD.

Pencegahan dan pengendalian adalah dua konsep penting yang sering berjalan beriringan dalam upaya meminimalkan risiko dan dampak dari suatu masalah kesehatan, seperti penyakit menular. Pencegahan berarti mengambil langkah-langkah proaktif sebelum masalah kesehatan terjadi. Tujuan utamanya adalah untuk mengurangi atau menghilangkan faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit. Misalnya, vaksinasi, kebersihan tangan, serta menghindari faktor-faktor risiko adalah bagian dari upaya pencegahan. Dan Pengendalian di sisi lain adalah tindakan yang dilakukan setelah masalah kesehatan muncul dengan tujuan membatasi penyebarannya dan mengurangi

dampaknya. Pengendalian bertujuan menekan penyebaran penyakit agar tidak meluas dan menyebabkan kerugian lebih besar. Contoh dari pengendalian adalah isolasi pasien yang terinfeksi dan pemberian pengobatan yang sesuai.¹³

Adapun Pengetahuan, sikap, dan praktik (PSP) memiliki hubungan yang erat dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) karena ketiga aspek ini berperan penting dalam pencegahan dan pengendalian penyakit tersebut. Pengetahuan mengenai DBD sangat penting untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap penyakit ini. DBD disebabkan oleh virus yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Pemahaman yang baik tentang cara penularan, gejala, dan langkah pencegahan dapat mengurangi risiko infeksi.³ Edukasi kesehatan yang informatif membantu masyarakat mengerti pentingnya menjaga kebersihan lingkungan dan menghindari genangan air, tempat berkembang biaknya nyamuk.¹⁴

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa individu yang memiliki pengetahuan lebih baik cenderung mengambil tindakan pencegahan yang lebih efektif. Selain itu, sikap masyarakat terhadap DBD juga memengaruhi keberhasilan pencegahan. Sikap positif mendorong individu lebih aktif menjaga kebersihan dan menerapkan langkah preventif, seperti melakukan 3M (Menguras, Menutup, Mengubur) untuk mengendalikan populasi nyamuk, yang berdampak pada pengurangan kasus DBD di masyarakat.¹⁵ Praktik pencegahan nyata yang dilakukan masyarakat sangat dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap. Masyarakat dengan pengetahuan dan sikap positif lebih aktif dalam membersihkan lingkungan dan menggunakan obat nyamuk. Praktik atau perilaku nyata dari individu dalam mencegah DBD sangat dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap mereka. Tindakan preventif yang dilakukan oleh masyarakat merupakan hasil dari pengetahuan yang dimiliki dan sikap yang diambil terhadap masalah kesehatan ini Keterlibatan Masyarakat. Partisipasi masyarakat dalam program-program pencegahan DBD sangat penting, karena keberhasilan pengendalian vektor bergantung pada seberapa baik masyarakat menerapkan praktik-praktik tersebut.¹⁴

Berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat sangat berpengaruh terhadap efektivitas upaya pencegahan DBD. Namun, terdapat kesenjangan antara tingkat pengetahuan masyarakat dan penerapan praktik pencegahan di lapangan. Sebagai contoh, penelitian Rahman et al. (2019) di Bangladesh¹⁶

dan Al-Shabi (2020) di Yaman menemukan bahwa meskipun masyarakat memiliki pengetahuan dasar tentang DBD dan vektornya, mereka cenderung tidak menerapkan langkah-langkah pencegahan dengan benar, terutama di daerah pedesaan. Hal ini mungkin disebabkan oleh berbagai faktor seperti kurangnya dukungan sosial, akses terhadap layanan kesehatan yang terbatas, serta kurangnya pemahaman mendalam tentang bahaya DBD dan pentingnya tindakan pencegahan.¹⁷

Kondisi serupa juga ditemukan di Indonesia, di mana tingkat pengetahuan masyarakat sering kali tidak diikuti oleh perilaku pencegahan yang memadai. Meskipun sosialisasi 3M Plus telah dilakukan secara intensif, masih banyak masyarakat yang belum memahami pentingnya konsistensi dalam menerapkan praktik pencegahan tersebut. Selain itu, rendahnya jumlah kader jumantik dan terbatasnya pengawasan dari petugas kesehatan juga menjadi hambatan dalam mengoptimalkan program pencegahan DBD.¹⁸ Di Kelurahan Mayang Mangurai, banyak rumah kosong yang tidak terawasi dan menjadi tempat potensial berkembang biaknya nyamuk, serta minimnya kader jumantik yang aktif dalam pengawasan lingkungan setempat.

Teori perilaku kesehatan yang dikemukakan oleh Green & Kreuter (1999) menyatakan bahwa perilaku individu dan masyarakat dipengaruhi oleh faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat. Dalam konteks pencegahan DBD, pengetahuan, sikap, dan kepercayaan masyarakat termasuk faktor predisposisi yang dapat mempengaruhi perilaku mereka dalam melakukan tindakan pencegahan. Selain itu, lingkungan fisik seperti keberadaan tempat penampungan air terbuka dan kurangnya fasilitas kesehatan yang memadai dapat menjadi faktor pemungkin yang menghambat penerapan 3M Plus. Faktor penguat, seperti dukungan dari petugas kesehatan dan kebijakan pemerintah lokal, juga memiliki peran penting dalam mendorong masyarakat untuk menjalankan program pencegahan DBD secara konsisten.¹⁹

Kesenjangan antara pengetahuan dan praktik pencegahan DBD yang ditemukan dalam berbagai penelitian menunjukkan adanya kebutuhan untuk memahami lebih lanjut faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan masyarakat.²⁰ Di Kelurahan Mayang Mangurai, peningkatan kasus DBD dalam beberapa tahun terakhir menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap masyarakat mungkin belum sepenuhnya sejalan dengan upaya pencegahan yang diharapkan. Oleh karena itu, diperlukan penelitian lebih lanjut

untuk mengeksplorasi tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat dalam mencegah DBD, serta faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan program 3M Plus.

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Mangurai. Dengan memahami kesenjangan yang ada antara pengetahuan dan penerapan perilaku pencegahan, penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi yang lebih efektif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dan mendorong implementasi program 3M Plus secara lebih konsisten di wilayah ini. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi landasan bagi pemerintah daerah dan petugas kesehatan dalam merancang strategi pengendalian DBD yang lebih terfokus dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

1.2. Rumusan Masalah

Uraian latar belakang yang telah diberikan sebelumnya, beserta penjelasan permasalahannya sendiri, memungkinkan saya untuk merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut “Bagaimana Gambaran Pengetahuan, Sikap, dengan Perilaku Yang Mempengaruhi Kejadian Demam Berdarah (DBD) di Kelurahan Mayang Mangurai?”

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan utama penelitian ini adalah untuk mengetahui pengetahuan, sikap, perilaku dalam kejadian Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Kelurahan Mayang Mangurai.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui distribusi frekuensi pengetahuan masyarakat dalam upaya pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Mangurai.
2. Untuk mengetahui distribusi frekuensi sikap masyarakat dalam upaya pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Mangurai.
3. Untuk mengetahui distribusi frekuensi perilaku masyarakat dalam Upaya pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Mangurai
4. Untuk mengetahui hubungan Pengetahuan masyarakat dalam Upaya pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Mangurai

5. Untuk mengetahui hubungan Sikap masyarakat dalam Upaya pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Mangurai

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini bertujuan untuk memperluas pemahaman ilmiah khususnya di bidang kesehatan masyarakat, serta mengumpulkan data mengenai sikap dan pengetahuan masyarakat seputar penyakit demam berdarah (DBD).

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat memperluas pengetahuan dan pemahaman peneliti mengenai penerapan teori ilmiah untuk mengumpulkan informasi tentang tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap demam berdarah *Dengue* (DBD).

2. Bagi Instansi Kesehatan

Penelitian ini dimaksudkan untuk dapat menjadi bahan pertimbangan, kajian, referensi, dan informasi mengenai sejauh mana pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap penyakit demam berdarah *Dengue* (DBD).

3. Bagi Masyarakat

Penelitian ini dimaksudkan untuk meningkatkan kewaspadaan masyarakat, yang akan membantu meningkatkan pemahaman masyarakat tentang tingkat pengetahuan dan sikap mereka terhadap penyakit demam berdarah *Dengue* (DBD).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Telaah Pustaka

2.1.1. Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

1. Pengertian Demam Berdarah *Dengue*

Di seluruh dunia, demam berdarah merupakan ancaman serius bagi kesehatan masyarakat di semua daerah tropis dan subtropis. Penyakit demam berdarah menyebar paling cepat oleh nyamuk.²¹ Nyamuk *Aedes Aegypti* betina yang membawa virus demam berdarah di dalam tubuhnya, menggigit manusia dan menularkan penyakit demam berdarah. Nyamuk *Aedes Polynesiensis*, *Aedes Scutellaris*, dan *Aedes Albopictus* termasuk di antara spesies nyamuk lain yang dapat menularkan demam berdarah, namun frekuensinya lebih jarang.²²

Virus *Dengue* (DENV) membentuk kompleks *Dengue* dalam genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*, dan terdiri dari empat serotipe DENV yang terkait secara antigenik tetapi berbeda (DENV-1, DENV-2, DENV-2, DENV-3, dan DENV-4). DENV ini dapat menyebabkan spektrum penyakit mulai dari infeksi *Dengue* asimtomatik hingga demam *Dengue* (DF) hingga demam berdarah *Dengue* (DHF) hingga sindrom syok *Dengue* (DSS). Keempat serotipe asli DENV memiliki riwayat alamiah yang serupa, termasuk siklus enzootik yang melibatkan primata non manusia dan nyamuk penghuni kanopi di Asia, dan siklus perkotaan yang melibatkan manusia sebagai inang vertebrata primer dan nyamuk *Aedes* dari subgenus *Stegomyia* sebagai vektor nyamuk primer secara global dalam topik tersebut²³

2. Epidemiologi Penyakit DBD

Epidemiologi adalah Studi tentang frekuensi, distribusi, dan penyebab kondisi dan kejadian yang berhubungan dengan kesehatan pada populasi tertentu, dan penerapan studi tersebut untuk pengendalian masalah Kesehatan. Epidemiologi suatu kegiatan untuk melihat prevalensi penyakit dan dampaknya terhadap populasi serta faktor risiko dan penyebab penyakit tersebut.²⁴

Menurut sejarah, awal mulanya demam berdarah dari Mesir lalu menyebar ke seluruh dunia. Nyamuk hidup di bagian dunia subur yang memiliki iklim tropis dan

subtropis seperti Asia, Afrika, Australia dan Amerika. Penyakit DBD pertama kali dilaporkan di Indonesia pada tahun 1968 di Jakarta dan Surabaya, Indonesia. 8 kejadian penyakit DBD terus meningkat. Meskipun sejak dimulainya program pengendalian DBD pada tahun 1970, pemerintah memulai berbagai intervensi untuk pencegahan dan pengendalian, namun upaya tersebut belum mampu memperlambat laju penyakit ini secara nasional (kotak 1). Sejak tahun 2005 hingga sekarang kejadian penyakit DBD terus meningkat hingga mencapai puncaknya pada tahun 2016. Angka kematian akibat DBD yang semula sebesar 41,3% pada saat penyakit ini pertama kali ditemukan (1968) telah menurun drastis menjadi <1% sejak tahun 2008 hingga sekarang.⁸ Secara khusus, CFR demam berdarah di Indonesia menurun dari 0,9% menjadi 0,69% pada tahun 2012 dan 2020. Sekali lagi, persentase ini meningkat menjadi 0,96%.²⁵ Angka kejadian DBD (IR) per 100.000 orang diperkirakan antara 0,96% dan 0,97% pada tahun 2012 dan 2020. 51,5 per 100.000 orang pada tahun 2019, 40 per 100.000 orang pada tahun 2020, dan 27 per 100.000 orang pada tahun 2021.⁸

Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan kasus ialah variabel pejamu (jenis kelamin, umur, dan mobilitas), faktor lingkungan (curah hujan, tempat perindukan nyamuk, tempat peristirahatan nyamuk, kepadatan nyamuk, jumlah jentik bebas/berkembang biak), kepadatan, dan perumahan semuanya berdampak pada peningkatan kasus demam berdarah. aspek perilaku (mengeringkan, membuang/mengubur, pola tidur, dan tindakan menghilangkan tempat perkembangbiakan nyamuk).²⁶

3. Etiologi DBD

Virus *Dengue* adalah penyebab utama penyakit ini. Saat ini, ada empat serotipe virus yang diketahui, yaitu DENV-1 hingga DENV-4. Virus ini tergolong dalam kelompok B virus yang ditularkan oleh arthropoda. Keempat jenis virus ini tersebar di berbagai daerah di Indonesia, dengan tipe 2 dan tipe 3 yang paling dominan. Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa serotipe virus *Dengue* tipe 3 paling sering menyebabkan kasus berat.²⁷

4. Penularan Virus *Dengue*

Manusia merupakan pembawa dan pengganda virus demam berdarah yang paling penting menular melalui gigitan nyamuk *Aedes betina* setelah gejalanya muncul pada

orang yang terinfeksi. Nyamuk *Aedes* akan tertular setelahnya ia menghisap darah yang mengandung virus demam berdarah dari pasien dan kemudian dapat menularkan virus tersebut ke orang lain.

Penularan virus *Dengue* secara transovarial merupakan faktor penting yang harus dipertahankan penyebaran virus *Dengue* pada suatu populasi. Nyamuk *Aedes* betina bisa terinfeksi juga menularkan virus secara transovarial kepada keturunannya. Banyak penelitian yang menegaskan hal itu nyamuk *Aedes* betina dapat menularkan virus demam berdarah ke keturunannya secara transovarial.²⁸

2.1.2 Pengetahuan

1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari persepsi atau penginderaan terhadap suatu hal. Indera manusia meliputi penciuman, pengecap, pendengaran, penglihatan, dan peraba yang digunakan untuk merasakan sesuatu. Pengetahuan, yang juga dikenal sebagai aspek kognitif, memiliki peran penting dalam mempengaruhi bagaimana seseorang berperilaku. Pengetahuan terdapat berbagai jenis yaitu :

- a. Pengetahuan Faktual: Informasi mengenai disiplin ilmu yang mendasar dan spesifik mencakup istilah-istilah serta rincian peristiwa.
- b. Pengetahuan Konseptual: hubungan antara unsur-unsur dalam struktur lebih besar, seperti teori dan skema
- c. Pengetahuan Prosedural: Proses terdiri dari langkah-langkah atau tahapan tertentu.
- d. Pengetahuan Metakognitif: kesadaran dan pemahaman tentang bagaimana seseorang berpikir secara sendiri.

Tingkat pengetahuan dalam domain kognitif mencakup enam level yaitu mengetahui, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi.^{19,29}

Pengetahuan tentang kesehatan sangat penting untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan kesehatan dan literasi kesehatan memainkan peran kunci dalam membantu individu memahami dan menerapkan informasi kesehatan. Literasi kesehatan yang baik memungkinkan pengambilan keputusan yang tepat terkait kesehatan, sementara pendidikan yang tekanan kesehatan holistik membantu

mengembangkan kebiasaan sehat yang berkelanjutan. Serta media dan teknologi informasi juga memiliki peran penting dalam pendidikan kesehatan, yang dapat membantu individu mengelola kesehatan mereka dengan lebih baik.³⁰

Adapun penelitian yang dilakukan di subdistrik Ermera, Timor-Leste. Penelitian ini menyelidiki faktor-faktor yang memengaruhi insiden Demam Berdarah Dengue (DBD), dengan penekanan pada hubungan antara pengetahuan, kondisi rumah, dan perilaku pencegahan. Penelitian ini menemukan bahwa Tingkat pengetahuan secara signifikan mempengaruhi perilaku pencegahan demam berdarah, seperti yang ditunjukkan dalam penelitian ini. Bahwa pengetahuan yang baik berkorelasi dengan praktik pencegahan yang lebih baik, yang berdampak pada kejadian Demam Berdarah Dengue.³¹

2. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan kesehatan

Pengetahuan dipengaruhi oleh berbagai hal. Secara umum, unsur-unsur yang mempengaruhi ada dua: kekuatan eksternal yang berasal dari lingkungan di luar individu dan kekuatan internal yang berasal dari dalam diri seseorang.

1) Faktor Internal

- a. Usia Menurut Hurlock, Usia merupakan jumlah waktu yang telah dijalani seseorang sejak tanggal kelahirannya hingga saat ini. Seiring bertambahnya usia, individu yang lebih tua cenderung menjadi lebih matang dalam pemikiran dan pekerjaan. Dalam masyarakat, orang yang lebih dewasa sering dianggap lebih dapat dipercaya daripada yang lebih muda. Usia memengaruhi kemampuan memahami dan pola pikir seseorang.
- b. Jenis kelamin Pada pertengahan abad ke-19, peneliti hanya bisa memeriksa otak pria dan wanita untuk membedakan keduanya. Meskipun penelitian terkini menunjukkan bahwa secara fisik tidak ada perbedaan antara otak pria dan wanita, penelitian yang dilakukan oleh Verma menemukan bahwa sirkuit otak pria dan wanita berbeda meskipun berada dalam situasi yang sama. Sebuah studi menarik mengenai perbedaan otak pria dan wanita dilaksanakan di Universitas Tel Aviv pada tahun 2015. Sebanyak 1.400 orang disurvei oleh para peneliti mengenai lokasi materi abu-abu di otak. Peneliti menyebut pola pikir ini sebagai peta jalan otak. Dalam penelitian ini, area terakhir di otak pria

dan wanita diidentifikasi sebagai wilayah akhir otak pria dan wanita. Karena wanita lebih sering menggunakan otak kanan mereka, mereka cenderung lebih mampu menarik kesimpulan dan melihat dari berbagai perspektif. Penelitian yang dilakukan oleh Ragini Verma menunjukkan bahwa otak wanita memiliki kapasitas yang lebih besar untuk menghubungkan ingatan dan situasi sosial; oleh karena itu, wanita lebih sering mengandalkan perasaan mereka. Studi di Universitas Tel Aviv juga menunjukkan bahwa wanita dapat menyerap informasi lima kali lebih cepat dibandingkan pria. Akibatnya, wanita dapat membuat kesimpulan lebih cepat daripada pria, sedangkan pria memiliki kemampuan motorik yang lebih baik.

2) **Faktor Eksternal**

- a. Pendidikan, Pendidikan adalah seperangkat aturan yang diberikan oleh seseorang untuk membantu pertumbuhan orang lain menuju cita-cita tertentu yang menginstruksikan orang tentang bagaimana berperilaku dan menghabiskan hidup mereka dengan cara yang mengarah pada keamanan dan kebahagiaan. Pendidikan mempunyai peran penting dalam memberikan informasi tentang faktor-faktor pendukung kesehatan sehingga kualitas hidup masyarakat dapat ditingkatkan.
- b. Pekerjaan, Pekerjaan pada dasarnya adalah aktivitas apa pun yang dilakukan orang untuk mendapatkan keuntungan finansial atau kompensasi selain untuk memenuhi kebutuhan mendasar mereka, seperti membersihkan rumah. Pengalaman dan pengetahuan dapat diperoleh dari tempat kerja seseorang, baik secara langsung maupun tidak langsung. Seseorang mungkin mendapati bahwa pekerjaan mereka menawarkan kesempatan yang lebih besar untuk belajar, atau bahwa pekerjaan mereka menghalangi mereka untuk mempelajari hal-hal tertentu.
- c. Pengalaman, pengalaman merupakan sumber pengetahuan karena dapat digunakan untuk memecahkan masalah dengan menggunakan informasi dari masa lalu untuk sampai pada kebenaran. Pengalaman adalah segala sesuatu yang pernah dialami seseorang di masa lalu. Seseorang pada umumnya memperoleh lebih banyak pengetahuan dengan semakin banyak

pengalaman yang dimilikinya. Terkait situasi ini, seharusnya ibu yang pernah melahirkan lebih tahu dibandingkan ibu yang belum melahirkan.

- d. Sumber Informasi Salah satu hal yang dapat mempermudah perolehan pengetahuan masyarakat adalah adanya akses terhadap berbagai sumber informasi melalui berbagai media. Kemajuan teknologi terkini telah memudahkan akses masyarakat terhadap hampir semua informasi yang diperlukan. Seseorang dengan jumlah sumber informasi yang lebih banyak akan memiliki pengetahuan yang lebih banyak. Seseorang umumnya menerima informasi baru, semakin cepat semakin mudah untuk mengaksesnya.
- e. Faktor minat. Ketertarikan seseorang akan memotivasinya untuk mencoba hal baru dan pada akhirnya menambah pengetahuannya. Passion atau bidang minat seseorang akan mendukungnya dan menjadi katalisator untuk membantunya mewujudkan tujuannya. Keinginan yang kuat terhadap sesuatu disebut minat. Seseorang yang tertarik pada suatu hal akan berusaha mengeksplorasinya untuk mengetahui lebih jauh mengenai hal tersebut.
- f. Faktor lingkungan. Segala sesuatu yang ada di sekitar seseorang, baik biologis, fisik, atau sosial, dan pengaruhnya terhadap cara mereka berkembang dan berperilaku sebagai individu atau kelompok, adalah lingkungannya. Misalnya, masyarakat di sekitar suatu tempat kemungkinan besar akan menjaga kebersihan lingkungan jika lokasi tersebut menunjukkan pola pikir tersebut.
- g. unsur sosiokultural. Cara masyarakat menerima informasi dapat dipengaruhi oleh struktur sosial budaya budayanya. Biasanya seseorang yang berasal dari lingkungan terbatas sulit menyerap ilmu-ilmu segar. Hal ini biasanya terjadi pada kelompok sosial tertentu.³²

2.1.3. Sikap dalam kesehatan

1. Definisi Sikap

Sikap adalah merupakan Rasa ingin tahu individu mengenai hal yang mereka sukai atau benci dikenal sebagai perspektif. Meskipun tidak mungkin untuk mengamati sikap seseorang secara langsung, sikap tersebut dapat dipahami melalui tindakan atau pernyataan yang mereka buat. Perilaku dan keyakinan sangat erat kaitannya dengan

perspektif. Oleh karena itu, sikap berperan sebagai indikator untuk munculnya minat seseorang untuk bertindak.³³

Sikap positif terhadap pencegahan kesehatan sangat penting untuk meningkatkan perilaku kesehatan dan kesejahteraan secara keseluruhan. Penelitian menunjukkan bahwa individu dengan orientasi positif-ditandai dengan optimisme, harga diri, dan kepuasan hidup-lebih mungkin untuk terlibat dalam perilaku yang meningkatkan kesehatan, yang sangat penting untuk mencegah penyakit kronis. Sikap positif terhadap pencegahan kesehatan sangat penting untuk meningkatkan perilaku kesehatan dan kesejahteraan secara keseluruhan. Penelitian menunjukkan bahwa individu dengan orientasi positif-ditandai dengan optimisme, harga diri, dan kepuasan hidup-lebih mungkin terlibat dalam perilaku yang meningkatkan kesehatan, yang penting untuk mencegah penyakit kronis.³⁴

Menurut Azwar, berpendapat bahwa ada 6 (enam) unsur yang membentuk sikap, misalnya:

- a. Pengalaman pribadi mempunyai peranan penting dalam membentuk opini masyarakat. Dasar terciptanya sikap adalah reaksi atau stimulus. Pertama- tama seseorang harus memiliki pengalaman yang relevan dengan objek psikologis agar dapat merespons dan mengapresiasinya. Pertemuan langsung harus mempunyai dampak yang bertahan lama. Sikap akan lebih mudah terbentuk jika pengalaman pribadi melibatkan keadaan emosional.
- b. dampak dari individu lainnya. Orang-orang di sekitar orang tersebut mempunyai pengaruh terhadap pandangan mereka karena mereka dipandang sebagai individu penting yang persetujuannya dicari dalam semua tindakan, seseorang yang memiliki arti khusus bagi mereka, dan seseorang yang tidak akan mengecewakan mereka. Orang biasanya menyesuaikan atau menyelaraskan pandangan dengan pandangan orang lain yang mereka anggap penting. Orang-orang juga mempunyai kecenderungan untuk didorong oleh keinginan untuk menyesuaikan diri dan menghindari masalah dengan orang-orang yang mereka anggap penting. Mereka yang memiliki status sosial lebih tinggi, orang tua, guru, teman sekelas, kekasih, rekan kerja, dan sebagainya biasanya dipandang sebagai individu yang penting.

- c. Pengaruh kebudayaan: Kebudayaan di mana seseorang dibesarkan memiliki perilaku mereka, masyarakat memberikan dukungan kepada mereka, dan pola perilaku yang konsisten membentuk kepribadian mereka saat ini. Tanpa disadari, kebudayaan memengaruhi cara seseorang bertindak terhadap berbagai masalah.
- d. Media massa, sebagai sarana komunikasi, memiliki dampak yang besar terhadap pemikiran dan keyakinan seseorang. Apabila informasi yang disampaikan mengandung pesan sugestif, maka faktor afektif akan memengaruhi sikap, baik secara positif maupun negatif.
- e. Lembaga Agama dan Pendidikan. Pendidikan ini menawarkan dasar bagi pemahaman individu, prinsip etika, dan pengajaran agama. Konsep agama dan moralitas berdampak besar pada sistem kepercayaan, yang pada gilirannya memengaruhi perasaan orang terhadap berbagai hal.
- f. Dampak unsur emosional. Sikap seseorang belum tentu dibentuk oleh pendidikan dan pengalaman hidupnya. Emosi terkadang dapat mempengaruhi sikap, bertindak sebagai katup pelepas kekecewaan atau pengalih perhatian dari ego.³⁵

2.1.4 Perilaku

Perilaku adalah apa yang dilakukan atau dilihat makhluk lain, dan merupakan komponen tindakan suatu organisme. Fungsi-fungsi organisme yang terlibat dalam suatu tindakan juga termasuk dalam perilaku. Salah satu cara untuk mengkonseptualisasikan perilaku adalah sebagai jawaban atau reaksi terhadap suatu rangsangan. Teori "S-O-R" atau Teori Organisme Stimulus sering dikemukakan karena perilaku terjadi melalui proses respons. Perilaku organisme mencakup semua tindakan, termasuk berpikir dan merasakan, serta perilaku yang bersifat tertutup maupun terbuka, maka perilaku dibagi menjadi 2 yaitu :

- A. Covert behavior, Perilaku tertutup terjadi ketika respons terhadap stimulus tidak dapat dilihat oleh orang lain atau tetap terselubung.
- B. Overt behavior, perilaku terbuka, terjadi jika respon terhadap stimulus sudah dapat dilihat oleh orang lain atau jika tindakan sudah terjadi sebelumnya.³³

1. Perilaku Kesehatan

Keadaan dan sifat afektif dan emosional, serta pola perilaku, tindakan, dan kebiasaan yang dapat diamati, juga termasuk dalam definisi perilaku kesehatan. Kualitas

pribadi mencakup keyakinan, harapan, motivasi, nilai, persepsi, dan elemen kognitif lainnya. Perilaku kesehatan juga mencakup tindakan yang diambil oleh individu, kelompok, dan organisasi, seperti meningkatkan kualitas hidup, mengembangkan dan menerapkan kebijakan, dan mengubah masyarakat. Tiga kategori perilaku kesehatan diidentifikasi oleh Casl dan Cobb:

- A. Preventive health behavior, Perilaku kesehatan preventif mencakup semua tindakan yang diambil oleh individu yang merasa sehat, dengan tujuan untuk mencegah atau mendeteksi penyakit dalam kondisi tanpa gejala. Menurut Casl dan Cobb pada tahun 1966, perilaku kesehatan preventif juga dapat didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang merasa sehat, dengan maksud untuk mencegah atau menemukan penyakit yang tidak menunjukkan gejala.
- B. Illness behavior, di mana setiap tindakan yang diambil oleh individu yang merasa tidak sehat untuk memahami kondisi kesehatannya dan menemukan pengobatan yang sesuai. Setelah gejala muncul dan dirasakan, perilaku terkait penyakit biasanya dianggap sebagai tindakan yang dilakukan oleh seseorang.
- C. Sick role behavior, di mana setiap tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang menganggap dirinya sakit dalam upaya untuk sembuh, termasuk mendapatkan perawatan medis. Menurut Parsons, ada empat elemen penyakit peran, yaitu:
 - a) Individu tidak dapat dianggap bertanggung jawab atas penyakit yang dideritanya.
 - b) Penyakit memberikan individu alasan yang valid untuk menolak berpartisipasi dalam tugas dan tanggung jawab.
 - c) Individu yang sakit perlu diberikan motivasi untuk sembuh dan menyadari bahwa kondisi penyakit yang mereka alami adalah sesuatu yang tidak diinginkan. Mencari bantuan layanan kesehatan dianggap penting terkait dengan kesembuhan.³³

Adapun penelitian yang telah dilakukan di Kelurahan 30 Ilir, Palembang Terhadap Ibu rumah tangga menyatakan bahwa peran dalam perilaku penting dalam

pencegahan penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) karena sikap seseorang dapat mempengaruhi tindakan yang diambil untuk mencegah penyakit tersebut. Sikap merupakan faktor predisposisi terhadap perilaku, dan pengetahuan yang baik dapat mendorong seseorang untuk berperilaku sesuai dengan pemahaman mereka tentang pencegahan DBD.³⁶ dan untuk melaksanakan perilaku pencegahan dengan benar, harus didukung oleh pengetahuan, perilaku, dan tindakan yang sesuai.³⁷

2. Teori Perilaku Kesehatan

Health Belief Model (HBM) adalah teori psikologi kesehatan yang dirancang untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan individu dalam konteks pencegahan penyakit dan kepatuhan terhadap pengobatan. HBM diperkenalkan oleh para psikolog sosial seperti Irwin M. Rosenstock pada 1950-an, yang kemudian dikembangkan lebih lanjut oleh Becker dan lainnya pada tahun 1970-an. Model ini digunakan untuk memahami mengapa orang tidak terlibat dalam perilaku kesehatan preventif, meskipun informasi yang mendukung tindakan tersebut sudah tersedia.

HBM berfokus pada persepsi individu terhadap ancaman penyakit dan evaluasi mereka terhadap manfaat dan hambatan yang terkait dengan tindakan kesehatan. Ada beberapa komponen utama dalam HBM yang mempengaruhi apakah seseorang akan mengambil tindakan kesehatan tertentu atau tidak.

Berikut Komponen Utama HBM:

A. Perceived Susceptibility (Persepsi Kerentanan):

Merupakan persepsi individu tentang kemungkinan atau risiko mereka terkena penyakit atau kondisi tertentu. Semakin seseorang merasa rentan terhadap penyakit, semakin besar kemungkinan mereka akan terlibat dalam perilaku pencegahan.

B. Perceived Severity (Persepsi Keseriusan):

Persepsi mengenai tingkat keparahan atau keseriusan konsekuensi penyakit. Jika individu merasa bahwa penyakit tersebut dapat menyebabkan dampak serius, seperti gangguan fisik yang berat atau kematian, mereka cenderung lebih termotivasi untuk mengambil tindakan.

C. Perceived Benefits (Persepsi Manfaat):

Persepsi individu tentang seberapa efektif tindakan kesehatan dalam mengurangi risiko penyakit atau memperbaiki kondisi kesehatannya. berperilaku positif terhadap kesehatan.

D. Perceived Barriers (Persepsi Hambatan):

Hambatan yang dirasakan seseorang dalam mengambil tindakan kesehatan. Ini dapat mencakup faktor seperti biaya, ketidaknyamanan, atau efek samping dari pengobatan. Jika hambatan ini dianggap rendah dibandingkan dengan manfaat yang diperoleh, individu lebih mungkin untuk bertindak.

E. Cues to Action (Rangsangan untuk Bertindak):

Faktor-faktor yang memicu individu untuk memulai tindakan kesehatan, seperti kampanye kesehatan, gejala fisik, atau rekomendasi dari tenaga kesehatan. Cues ini bertindak sebagai pemicu eksternal yang mendorong individu untuk mengambil tindakan.

F. Self-Efficacy (Efikasi Diri):

Ditambahkan ke model pada tahun 1980-an, efikasi diri merujuk pada keyakinan individu akan kemampuannya untuk melakukan tindakan kesehatan yang dibutuhkan. Jika seseorang merasa percaya diri dalam kemampuan mereka untuk menjalankan tindakan tertentu (misalnya, berhenti merokok), mereka lebih cenderung melakukannya.³⁸

2.1.5 Teori Lawrance Green

Memilih kerangka teori *Lawrence Green* dalam penelitian tentang Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) memiliki beberapa alasan yang kuat. Berikut adalah penjelasan mengenai alasan tersebut:

1. Pendekatan Komprehensif

Teori *Lawrence Green*, khususnya model Precede-Proceed, menawarkan pendekatan yang komprehensif dalam memahami perilaku kesehatan. Teori ini mengidentifikasi tiga faktor utama yang mempengaruhi perilaku:

Model PRECEDE-PROCEED dari *Lawrence Green* terdiri dari 9 fase yang berfungsi sebagai panduan untuk merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi program kesehatan. Setiap fase memiliki peran spesifik dalam proses perencanaan dan evaluasi intervensi kesehatan. Berikut penjelasan rinci dari kesembilan fase tersebut:

1) Fase PRECEDE

Fokus dari fase ini adalah mendiagnosis dan memahami masalah sebelum melakukan intervensi. Ada 5 fase dalam PRECEDE:

a. Diagnosis Sosial (Social Diagnosis)

Tujuan: Mengidentifikasi masalah sosial yang memengaruhi kualitas hidup masyarakat dan menentukan prioritas intervensi yang dirasakan oleh komunitas.

- Langkah-Langkah: Melakukan survei, wawancara, atau diskusi kelompok untuk memahami persepsi masyarakat tentang isu yang mempengaruhi kesejahteraan mereka. Misalnya, rendahnya kualitas hidup akibat penyakit menular atau masalah kesehatan mental.
- Output: Identifikasi isu sosial yang akan diatasi oleh program kesehatan.

b. Diagnosis Epidemiologis (Epidemiological Diagnosis)

- Tujuan: Menetapkan masalah kesehatan utama yang perlu ditangani berdasarkan data epidemiologis, seperti angka kesakitan, kematian, atau kecacatan yang berhubungan dengan masalah sosial yang ditemukan di fase pertama.
- Langkah-Langkah: Mengumpulkan dan menganalisis data kesehatan (misalnya dari dinas kesehatan, rumah sakit, atau penelitian) untuk

mengidentifikasi masalah yang paling mendesak. Misalnya, penyakit jantung, demam berdarah *Dengue* diabetes, atau HIV/AIDS.

- Output: Prioritas masalah kesehatan yang akan menjadi fokus intervensi.
- c. Diagnosis Perilaku dan Lingkungan (Behavioral and Environmental Diagnosis)
 - Tujuan: Mengidentifikasi perilaku individu dan faktor lingkungan yang memengaruhi masalah kesehatan yang ditemukan pada fase epidemiologis.
 - Langkah-Langkah: Menggali perilaku-perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, seperti kebiasaan makan, merokok, atau aktivitas fisik. Selain itu, faktor lingkungan seperti akses terhadap fasilitas kesehatan atau kondisi tempat tinggal juga dianalisis.
 - Output: Daftar perilaku dan faktor lingkungan yang perlu diubah atau ditingkatkan untuk memperbaiki kesehatan masyarakat.
- d. Diagnosis Pendidikan dan Ekologis (Educational and Ecological Diagnosis)
 - Tujuan: Menilai faktor-faktor pendidikan dan ekologis yang mempengaruhi perilaku kesehatan, yaitu faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan dan motivasi individu untuk mengubah perilaku.
 - Langkah-Langkah:
 - Faktor Predisposisi: Faktor internal individu seperti pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, dan kepercayaan diri.
 - Faktor Penguat: Dukungan atau umpan balik dari lingkungan sosial (keluarga, teman, atau komunitas) yang memperkuat atau melemahkan perilaku.
 - Faktor Pemungkin: Ketersediaan sumber daya kesehatan, aksesibilitas sumber daya kesehatan, komunitas/pemerintah hukum, prioritas, dan komitmen terhadap kesehatan, keterampilan yang berhubungan dengan kesehatan atau fasilitas yang memungkinkan individu untuk mengadopsi perilaku sehat (misalnya, adanya pusat kesehatan, akses air bersih, dsb).
 - Output: Analisis tentang faktor-faktor yang dapat dimodifikasi melalui program pendidikan dan intervensi lingkungan.
- e. Diagnosis Administratif dan Kebijakan (Administrative and Policy Diagnosis)
 - Tujuan: Menilai kebijakan, sumber daya, dan struktur organisasi yang

mendukung atau menghambat pelaksanaan program intervensi.

- Langkah-Langkah: Mengidentifikasi peraturan, undang-undang, dan kebijakan yang terkait dengan masalah kesehatan yang ditemukan. Misalnya, kebijakan terkait penggunaan tembakau, program imunisasi nasional, atau anggaran kesehatan.
- Output: Pemahaman tentang faktor administratif yang dapat mempengaruhi implementasi program.

2) Fase PROCEED

Pada fase ini, fokus beralih ke implementasi dan evaluasi program intervensi yang telah dirancang berdasarkan temuan pada fase PRECEDE. Terdiri dari 4 fase:

a. Implementasi (Implementation)

- Tujuan: Melaksanakan intervensi yang telah dirancang berdasarkan analisis dari fase sebelumnya.
- Langkah-Langkah: Melaksanakan program yang mencakup komponen pendidikan, pengembangan keterampilan, atau perubahan lingkungan dan kebijakan yang mendukung perilaku sehat. Ini bisa melibatkan pendidikan masyarakat, kampanye promosi kesehatan, atau pembangunan fasilitas kesehatan.
- Output: Pelaksanaan nyata dari program intervensi di masyarakat.

b. Evaluasi Proses (Process Evaluation)

- Tujuan: Mengevaluasi apakah intervensi yang dirancang dilaksanakan sesuai rencana dan apakah semua komponen berjalan dengan baik.
- Langkah-Langkah: Memantau pelaksanaan program untuk memastikan kegiatan dilakukan sesuai rencana. Hal ini melibatkan pengumpulan data tentang kegiatan yang dilakukan, jumlah peserta, dan kualitas pelaksanaan program.
- Output: Penilaian tentang kelancaran proses pelaksanaan program dan identifikasi masalah yang muncul selama pelaksanaan.

c. Evaluasi Dampak (Impact Evaluation)

- Tujuan: Mengukur dampak langsung dari intervensi terhadap perilaku,

lingkungan, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan.

- Langkah-Langkah: Menilai apakah intervensi telah mengubah perilaku kesehatan masyarakat atau kondisi lingkungan yang relevan. Misalnya, apakah ada peningkatan aktivitas fisik atau penurunan merokok di kalangan peserta.
- Output: Hasil perubahan perilaku atau kondisi lingkungan jangka pendek sebagai akibat dari intervensi.

d. Evaluasi Hasil (Outcome Evaluation)

- Tujuan: Mengukur efek jangka panjang dari intervensi terhadap status kesehatan masyarakat dan kualitas hidup.
- Langkah-Langkah: Mengukur indikator kesehatan jangka panjang seperti penurunan angka kesakitan, kematian, atau peningkatan kualitas hidup yang terkait dengan masalah kesehatan yang ditargetkan.
- Output: Dampak akhir dari program terhadap kesehatan masyarakat dalam jangka panjang, seperti peningkatan kualitas hidup atau penurunan angka penyakit.

Model PRECEDE menekankan pada diagnosis dan perencanaan berbasis data sosial, epidemiologis, perilaku, dan lingkungan, sementara PROCEED berfokus pada implementasi, serta evaluasi proses, dampak, dan hasil intervensi program kesehatan.³⁹

2. Relevansi dengan KAP

Kerangka teori Green sangat relevan untuk penelitian KAP karena:

- a. Interaksi antara Pengetahuan, Sikap, dan Praktik: Teori ini menekankan bahwa perubahan dalam pengetahuan tidak selalu langsung berujung pada perubahan praktik. Namun, dengan memahami sikap dan faktor pendukung yang ada, peneliti dapat merancang intervensi yang lebih efektif untuk meningkatkan praktik kesehatan di masyarakat.
- b. Diagnosis Masalah Kesehatan: Model ini memungkinkan peneliti untuk mendiagnosis masalah kesehatan secara lebih mendalam dengan mempertimbangkan berbagai faktor yang saling berinteraksi. Hal ini penting dalam merancang program intervensi yang tepat sasaran.⁴⁰

3. Bukti Empiris

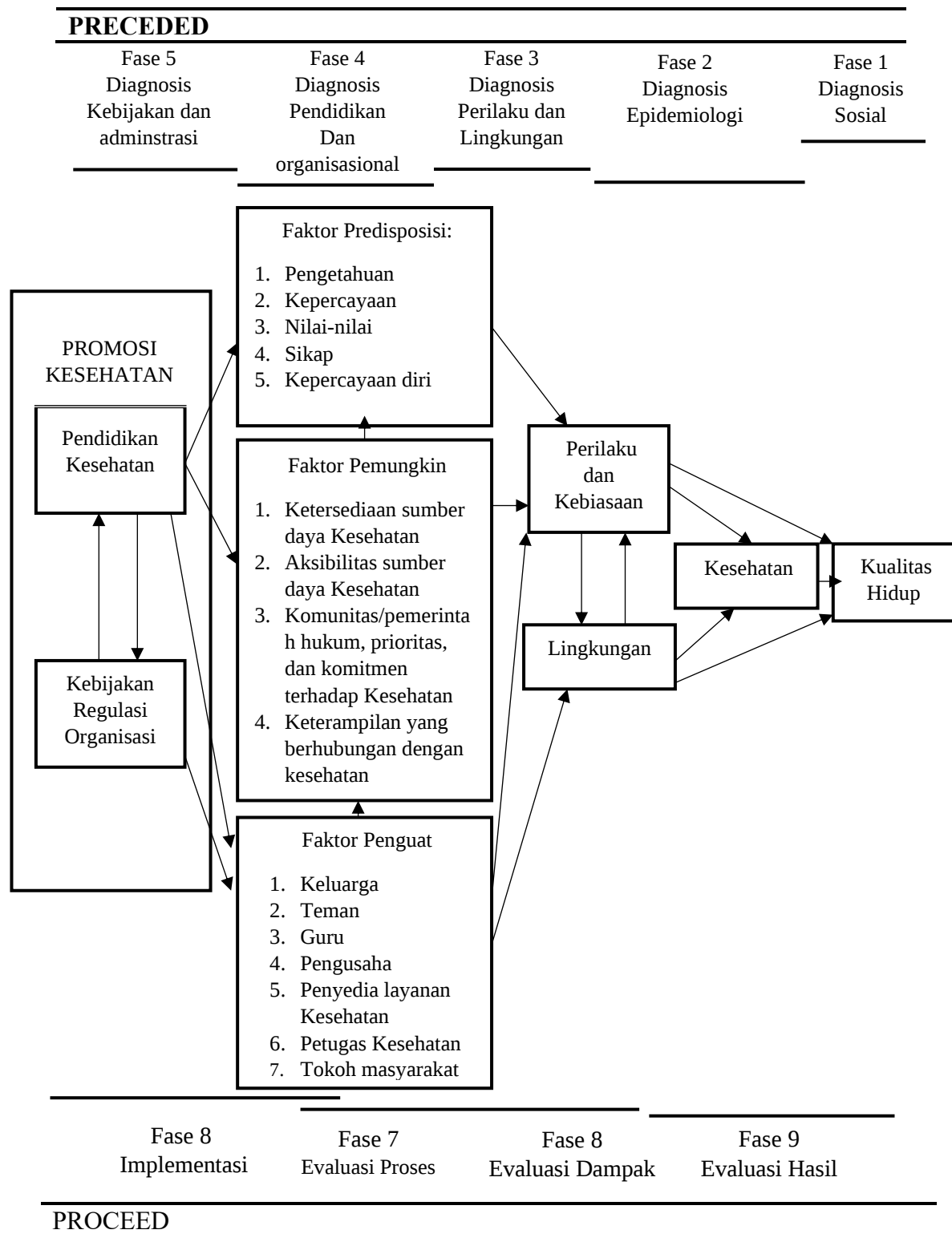
Banyak penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa penerapan teori Green dalam konteks KAP menghasilkan temuan yang signifikan. Misalnya, penelitian menunjukkan bahwa individu dengan pengetahuan tinggi tentang pencegahan DBD cenderung memiliki perilaku pencegahan yang lebih baik. Ini mendukung validitas teori sebagai kerangka kerja dalam penelitian.³⁹

4. Fleksibilitas dalam Aplikasi

Teori Green bersifat fleksibel dan dapat diterapkan di berbagai konteks kesehatan masyarakat. Peneliti dapat menyesuaikan model ini dengan kebutuhan spesifik dari populasi atau masalah kesehatan tertentu, sehingga meningkatkan relevansi dan efektivitas intervensi.⁴¹

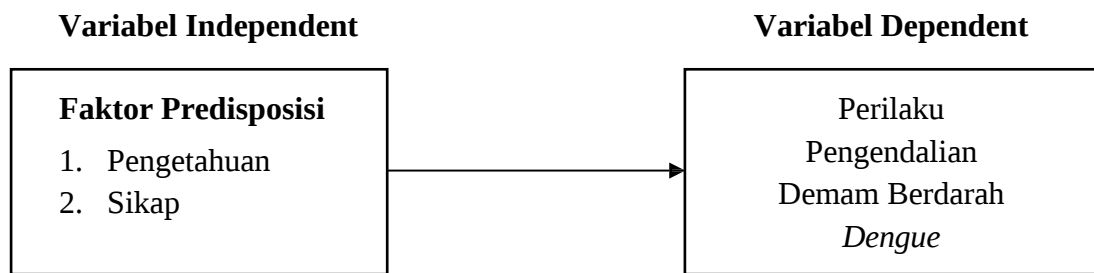
Dengan mempertimbangkan semua aspek di atas, pemilihan kerangka teori *Lawrence Green* dalam penelitian KAP menjadi pilihan yang logis dan strategis untuk memahami serta mengatasi masalah kesehatan di masyarakat.

2.2. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori
Kerangka Teori Lawrence Green (1991)³⁹

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

2.4. Hipotesis

1. Terdapat hubungan pengetahuan dengan Pencegahan Demam Berdarah *Dengue*
2. Terdapat hubungan sikap dengan Pencegahan Demam Berdarah *Dengue*

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Pada penelitian ini jenis penelitian yang digunakan ialah penelitian kuantitatif. Dengan menggunakan desain *cross sectional*, yaitu peneliti melakukan observasi atau pengukuran terhadap variabel dalam waktu yang bersamaan. Penelitian ini mendeskripsikan dan menjelaskan faktor pengetahuan, sikap, dan perilaku terhadap pencegahan Demam Berdarah *Dengue* Kelurahan Mayang Mangurai.⁴²

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan Kelurahan Mayang Mangurai, Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan November - Desember.

3.3 Subjek Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi suatu negara, wilayah, atau wilayah geografis adalah seluruh warga negaranya pada waktu tertentu, tanpa memandang jenis kelamin atau kelompok umur. Dalam istilah demografi, ini adalah jumlah total penduduk dari jenis kelamin dan/atau kelompok usia tertentu yang benar-benar tinggal di dalam batas wilayah negara, wilayah, atau area geografis pada suatu waktu tertentu.⁴³ Berdasarkan data yang di dapat dari Puskesmas Rawasari. Pada tahun 2024 jumlah populasi seluruh Kepala Keluarga di Kelurahan Mayang Mangurai Kota Jambi adalah sebanyak 6.262 KK.

3.3.2 Sampel Penelitian dan Besar Sampel

Penentuan jumlah sampel digunakan perhitungan melalui rumus *Lemeshow* dalam ilmu kesehatan⁴⁴, yaitu sebagai berikut:

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel yang dicari

z : 1,96

p : 0,5

d : 10% atau 0,1

Berdasarkan perhitungan rumus *lemeshow* diatas, maka didapatkan:

$$n = \frac{1,96^2 0,5(1-0,5)}{0,1^2}$$
$$n = 96,04$$

Jumlah dari hasil perhitungan sampel sebanyak 96,04 sampel dan dibulatkan menjadi 96 sampel.

3.3.3 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik probability, adapun teknik sampling yang akan digunakan adalah Systematic Random Sampling, yang mana dalam metode ini menggunakan data interval untuk memilih sampel penelitian yang akan digunakan.⁴⁵

a. Tahap Pertama

Pada tahap ini dilakukan random jumlah RT dengan teknik random sampling. Di Kelurahan Kenali Asam Bawah terdapat 49 RT yang kemudian dilakukan pemilihan jumlah RT secara acak didapatkan 7 RT dengan jumlah sampel setiap RT rata-rata sejumlah 15 sampel.

b. Tahap kedua

Pada tahap ini, dilakukan perhitungan sampel menggunakan teknik Systematic Random Sampling dengan membutuhkan jumlah KK per RT. teknik Pada metode ini, data interval digunakan untuk memilih sampel penelitian yang akan digunakan.

$$k = \frac{N}{n}$$

Keterangan:

N = Jumlah total rumah tangga atau individu dalam kerangka sampel

n = Ukuran sampel yang diinginkan

Tabel 3.1 Penentuan Sample

No.	RT	Jumlah Populasi	Perhitungan Sampel	Interval
1	33	181	$k = \frac{181}{15} = 12,06$	12
2	43	103	$k = \frac{103}{15} = 6,86$	7
3	27	182	$k = \frac{182}{15} = 12,13$	12
4	10	86	$k = \frac{86}{15} = 5,73$	6
5	22	73	$k = \frac{73}{6} = 12,16$	12
6	28	600	$k = \frac{600}{15} = 40$	40
7	12	80	$k = \frac{80}{15} = 5,33$	5
Jumlah				96

3.3.4 Kriteria Inklusi dan Eklusi

Pada penelitian ini menetapkan beberapa kriteris inklusi sebagai persyaratan menjadi seorang responden , yaitu:

1. Penduduk berusia 17 tahun yang memiliki Kartu Tanda Penduduk
2. Penduduk yang tinggal di Kelurahan Mayang Mangurai, dibuktikan melalui Kartu Tanda Penduduk
3. Penduduk yang tinggal di Kelurahan Mayang Mangurai lebih dari 1 tahun
4. Bersedia menjadi responden penelitian

Kriteria Eklusi

1. Penduduk yang berusia dibawah 17 tahun atau belum memiliki Kartu Tanda Penduduk

3.4 Metode Pengumpulan Data

3.4.1 Sumber Data

Metode pengumpulan data dapat diidentifikasi berdasarkan sumber data dari penelitian yang dilakukan oleh peneliti, yaitu:

1. Data Primer

Data primer dalam penelitian ini diperoleh langsung oleh peneliti atau melalui hasil wawancara dengan responden menggunakan kusioner yang sudah disiapkan oleh peneliti dan dilaksanakan di Kelurahan Mayang Mangurai dan Puskesmas Rawasari.

2. Data Sekunder

Data sekunder ialah data awal yang diambil dari Dinas Kesehatan Kota Jambi Profil Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2022, Survei keesehatan Indonesia serta sumber pustaka lainnya.

3.5 Definisi operasional

Tabel 3.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Dependent					
Pengendalian demam berdarah <i>Dengue</i>	Semua keaktifan Individu dalam melakukan pengendalian terhadap demam berdarah <i>Dengue</i> (mengacu pada tindakan 3M plus menurut Kemenkes RI)	Wawancara	Kusioner	1. Tidak Baik jika skor < median kurang 2. Baik, jika skor > median	Nominal
Variabel Independent					
Pengetahuan	Tingkat pemahaman dan informasi yang dimiliki responden mengenai penyebab, gejala, dan pencegahan penyakit demam berdarah <i>Dengue</i> , yang disebut dengan pengetahuan mereka mengenai infeksi virus demam berdarah <i>Dengue</i> .	Wawancara	Kusioner	1. Tidak Baik jika skor < median 2. Baik, jika skor > median	Nominal
Sikap	Pandangan mengenai pentingnya mengambil sikap pencegahan terhadap demam berdarah <i>Dengue</i> , tingkat keparahan penyakit, dan kesiapan responden untuk berpartisipasi dalam inisiatif pencegahan	Wawancara	Kusioner	1. Negatif, jika skor < median 2. Positif baik, jika skor > median /median	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	dan pengobatan demam berdarah <i>Dengue</i> semuanya tercermin dalam sikap untuk menghindari penyakit tersebut.				

3.6. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk menentukan apakah suatu kuesioner sah atau tidak. Sebuah instrumen atau kuesioner dianggap valid jika pertanyaannya dapat mencerminkan apa yang ingin diukur. Uji signifikansi koefisien korelasi biasanya dilakukan pada tingkat signifikansi 0,05, yang berarti suatu item dianggap valid jika memiliki korelasi yang signifikan dengan skor total. Untuk melakukan uji signifikansi, nilai *r* tabel dan *r* hitung dibandingkan. Sebuah butir, pertanyaan, atau variabel dinyatakan valid jika *r* hitung lebih besar dari *r* tabel dan memiliki nilai positif. Sebaliknya, jika *r* hitung lebih kecil dari *r* tabel, maka butir, pertanyaan, atau variabel tersebut dianggap tidak valid.⁴⁶

Berdasarkan hasil uji validitas terhadap 30 responden didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas

Variabel	Item	<i>r</i> hitung	<i>r</i> tabel	Keterangan
Pengetahuan	II.1	0.636	0.361	Valid
	II.2	0.733	0.361	Valid
	II.3	0.738	0.361	Valid
	II.4	0.737	0.361	Valid
	II.5	0.793	0.361	Valid
	II.6	0.772	0.361	Valid
	II.7	0.722	0.361	Valid
	II.8	0.747	0.361	Valid
	II.9	0.41	0.361	Valid
	II.10	0.747	0.361	Valid

Variabel	Item	r hitung	r tabel	Keterangan
Sikap	II.11	0.743	0.361	Valid
	II.12	0.877	0.361	Valid
	III.1	0.741	0.361	Valid
	III.2	0.715	0.361	Valid
	III.3	0.798	0.361	Valid
	III.4	0.907	0.361	Valid
	III.5	0.661	0.361	Valid
	III.6	0.656	0.361	Valid
	III.7	0.755	0.361	Valid
	III.8	0.852	0.361	Valid
	III.9	0.854	0.361	Valid
	III.10	0.721	0.361	Valid
	III.11	0.803	0.361	Valid
	III.12	0.922	0.361	Valid
	III.13	0.755	0.361	Valid
	III.14	0.875	0.361	Valid
	III.15	0.821	0.361	Valid
	III.16	0.875	0.361	Valid
	III.17	0.852	0.361	Valid
	III.18	0.727	0.361	Valid
	III.19	0.755	0.361	Valid
Perilaku Pencegahan DBD	III.20	0.771	0.361	Valid
	IV.1	0.607	0.361	Valid
	IV.2	0.65	0.361	Valid
	IV.3	0.814	0.361	Valid
	IV.4	0.672	0.361	Valid
	IV.5	0.814	0.361	Valid
	IV.6	0.607	0.361	Valid
	IV.7	0.65	0.361	Valid
	IV.8	0.607	0.361	Valid
	IV.9	0.65	0.361	Valid
	IV.10	0.607	0.361	Valid
	IV.11	0.672	0.361	Valid
	IV.12	0.814	0.361	Valid
	IV.13	0.814	0.361	Valid
	IV.14	0.607	0.361	Valid
	IV.15	0.65	0.361	Valid
	IV.16	0.814	0.361	Valid

Variabel	Item	r hitung	r tabel	Keterangan
	IV.17	0.672	0.361	Valid
	IV.18	0.814	0.361	Valid

Sumber: Data Primer, 2024

Berasarkan hasil pada tabel di atas diketahui bahwa nilai r hitung > r tabel dan semua item pertanyaan valid untuk digunakan sebagai kuisisioner penelitian.

2. Uji reliabilitas

Menurut Sugiyono, uji reliabilitas dilakukan pada responden dengan menggunakan pertanyaan yang telah diuji validitasnya untuk menentukan sejauh mana hasil pengukuran dapat dipercaya, dengan objek yang sama menghasilkan data yang konsisten. Berdasarkan kriteria ini, variabel dianggap reliabel jika r-alpha positif dan lebih besar dari r-tabel, sedangkan jika r-alpha negatif dan lebih kecil dari r-tabel, maka pernyataan tersebut dianggap tidak reliabel⁴⁵ Jika nilai Cronbach's Alpha > 0,6 maka reliable dan Jika nilai Cronbach's Alpha < 0,6 maka tidak reliable Variabel dikatakan baik apabila memiliki nilai Cronbach's Alpha > dari 0,6.⁴⁷

Adapun hasil uji relibilitas diketahui pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.4 Hasil Uji Reliabilitas

Variabel	r hitung	r tabel	Keterangan
Pengetahuan	0.769	0.6	Reliabel
Sikap	0.766	0.6	Reliabel
Perilaku Pencegahan DBD	0.761	0.6	Reliabel

Sumber: Data Primer, 2024

Berdasarkan hasil uji reliabilitas pada tabel di atas diketahui bahwa nilai cronbach's alpha >0,6. Sehingga semua kuisisioner reliabel untuk digunakan sebagai kuisisioner penelitian.

3.7. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

- A. Mengedit Data (Editing) Setelah data wawancara dikumpulkan, data tersebut akan ditinjau dan diedit untuk memastikan jawaban responden akurat dan komprehensif sehingga menghasilkan hasil yang diinginkan.
- B. Tindakan coding Coding adalah proses mengkategorikan dan mengkodekan data. Tahap selanjutnya setelah mengedit kuesioner adalah mengkodekan setiap respon sehingga langkah selanjutnya lebih sederhana.
- C. Entri Data: Menginput setiap tanggapan responden ke dalam program.
- D. Cleaning Data (Pembersihan) memeriksa kembali apakah ada kendala dalam pemasukan data, baik pada kode maupun pada data yang belum lengkap, apakah sudah terlanjur menginput data tersebut pada aplikasi atau software pengolah data.

1) Analisis Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk melihat distribusi, frekuensi, dan persentase, kemudian data yang di dapat ditabulasikan menggunakan rumus:⁴⁸

$$P = F/N \times 100 \%$$

Keterangan:

P = persentase

F = responden frekuensi

N = jumlah data/ sampel

2) Analisis Bivariate

Analisis *bivariate* ialah suatu analisis yang digunakan untuk mencari hubungan antara dua variable independent dan pencegahan demam berdarah *Dengue* sebagai variable dependent, dikarenakan data yang dipakai bersifat nominal dan ordinal sehingga berdasarkan tujuannya ialah untuk membuktikan proporsi, uji statistic yang akan digunakan ialah uji *Chi-Square* dengan *Confident Interval (CI)* <95% dengan batas signifikansi ($\alpha < 0,05$) dan diolah menggunakan *softwear computer* dalam bentuk SPSS. Oleh karena itu dapat ditarik kesimpulan, jika $P < \alpha$ ($P < 0,05$) maka H_a diterima yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara variable bebas dengan variable tidak bebas.

3.8. Etika Penelitian

Kode etik dalam penelitian merupakan sebuah panduan yang digunakan untuk mengambil tindakan sebagaimana berperilaku baik, jujur, menghargai informan dan tidak menimbulkan kerugian pada masing-masing sisi. Panduan ini akan digunakan sepanjang berlangsungnya penelitian dan berlaku disetiap tindakan yang melibatkan subjek, yang mana terdapat hal-hal yang harus dilakukan peneliti selama berjalannya penelitian yaitu:

1. Informed Consent Adalah Persetujuan tertulis yang diperoleh sebelum penelitian dimulai adalah persetujuan yang diberikan oleh responden kepada peneliti setelah penjelasan mengenai tujuan penelitian. Jika responden setuju, mereka akan menandatangani formulir persetujuan dan bersedia untuk diwawancarai oleh peneliti. Namun, jika responden menolak, peneliti tidak akan memaksakan apa pun dan akan menghormati keputusan mereka.
2. Tanpa Nama (Anonymity) Identitas responden dijaga kerahasiaannya untuk mencegah potensi ancaman dari pihak luar. Hal ini dilakukan dengan hanya memberikan informasi berupa kode dan tidak mencantumkan nama responden dalam tabel data.
3. Kerahasiaan (confidentiality) Adalah peneliti berkomitmen untuk menjaga dan melindungi hasil penelitian, termasuk informasi sensitif lainnya, agar tetap rahasia.
4. Protection from Discomfort Responden harus dilindungi demi kenyamanan.⁴⁹

3.9. Jalannya Penelitian

1. Tahap Awal Penelitian

Penelitian dimulai dengan tahap awal, di mana peneliti melakukan identifikasi masalah, melakukan kajian literatur, merumuskan tujuan atau hipotesis, menentukan sampel dari populasi yang akan digunakan dan menyusun rencana penelitian serta instrumen pengumpulan data, seperti kuesioner atau panduan wawancara serta perizinan pelaksanaan penelitian.

2. Tahap Pelaksanaan Penelitian

Tahap pelaksanaan pada penelitian ini adalah peneliti melakukan wawancara kepada informan yang telah ditentukan pada panduan teknik pengumpulan data serta mengumpulkan data-data yang berhubungan dengan hasil penelitian.

3. Tahap Akhir Penelitian

Pada tahap akhir penelitian, peneliti melakukan pengolahan data yang telah diperoleh menggunakan software komputer dan memastikan data yang akan diolah dengan benar. kemudian menyusun laporan akhir yang mencakup semua aspek penelitian, Peneliti juga merumuskan kesimpulan berdasarkan temuan penelitian dan memberikan rekomendasi jika diperlukan. Selanjutnya, peneliti melakukan review dan revisi terhadap draft laporan untuk memastikan akurasi dan kelengkapan informasi. dan mempersiapkan presentasi hasil penelitian untuk disampaikan dengan format yang telah digunakan, dan yang terakhir melakukan Proses refleksi dan evaluasi yang berguna untuk mendapatkan pembelajaran yang berguna bagi penelitian di masa depan. Akhirnya, data penelitian diarsipkan secara sistematis untuk memudahkan penggunaan di masa mendatang atau untuk keperluan verifikasi. Seluruh tahapan ini memastikan integritas penelitian dan kontribusinya yang berarti bagi bidang yang bersangkutan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

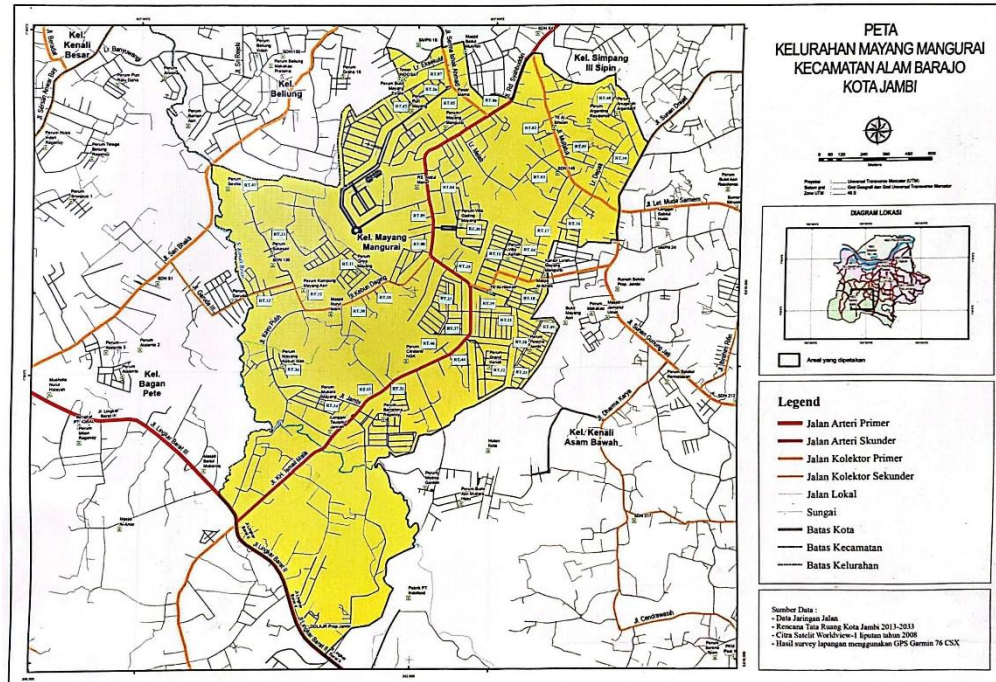
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kelurahan Mayang Mangurai merupakan salah satu dari 7 kelurahan di Kecamatan Alam Barajo Kota Jambi, dimana kelurahan ini berdiri pada tahun 2002. Kelurahan Mayang Mangurai Kecamatan Alam Barajo Kota Jambi terbagi atas 49 RT dengan luas wilayah 380,76 Hektar dapat ditempuh dengan kendaraan umum dengan jarak kurang lebih 10 km dari pusat perdagangan Kota Jambi. Kelurahan Mayang Mangurai merupakan Kelurahan yang terletak di Kecamatan Alam Barajo Kota Jambi yang berbatasan dengan Kelurahan Simpang Tiga Sipin, Desa Pondok Meja, Kelurahan Kenali Asam Bawah, Kelurahan Beliung dan Kelurahan Bagan Pete. Secara geografis Kelurahan Mayang Mangurai terletak di Kota Jambi dan Kota Jambi berada di antara: 103°30'1,67" Bujur Timur sampai 103°40'0,22" Bujur Timur 01°30'2,98" Lintang Selatan sampai 01°40'1,07" Lintang Selatan dengan luas wilayah 205,38 km atau sekitar 0,38 persen dari luas Provinsi Jambi.

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan dengan pemegang program DBD sekaligus program kesehatan lingkungan bahwa kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas Rawasari disebabkan oleh minimnya kesadaran masyarakat dalam menerapkan pola hidup bersih dan sehat padahal sudah dilakukan sosialisasi mengenai 1 rumah 1 Jumantik. Selain itu juga, masih banyak masyarakat yang tidak menutupi tempat penampungan air sehingga berpotensi bagi nyamuk untuk berkembang biak didalamnya. Kelurahan Mayang merupakan daerah yang menempati kasus DBD tertinggi hal ini disebabkan banyaknya rumah kosong sehingga banyak air yang tertampung, serta membuat semak yang tinggi dan lebat yang memungkinkan perkembangbiakan nyamuk dan juga minimnya kader jumatik di wilayah kerja Puskesmas Rawasari menjadi penyebab terjadinya peningkatan kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas Rawasari Kota Jambi.

Kelurahan Mayang Mangurai adalah Salah satu wilayah dengan angka kejadian DBD yang cukup tinggi di Kota Jambi, yang pada tahun 2022 mencatat 12 kasus DBD, dan meningkat menjadi 18 kasus pada tahun 2023. Berikut adalah peta lokasi Kelurahan Mayang Mangurai.

PETA WILAYAH KELURAHAN MAYANG MANGURAI



Gambar 4. 1 Peta Lokasi Kelurahan Mayang Mangurai

4.2 Hasil

4.2.1 Analisis Univariat

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan penelitian yang dilakukan kepada 96 responden yang merupakan masyarakat di Kelurahan Mayang Magurai, Kota Jambi. Didapatkan karakteristik responden yakni usia, agama, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status perkawinan, jumlah anggota keluarga, jenis rumah, akses ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat, lama tinggal di lokasi. Adapun distribusi karakteristik responden dapat dilihat pada tabel di bawah in:

Tabel 4. 1 Distribusi Karakteristik Responden terhadap Pengendalian DBD pada Kelurahan Mayang Mangurai, Kota Jambi

Karakteristik Responden	n	Persentase (%)
Usia		
20-32 tahun	46	47.9
33-45 tahun	50	52.1
Pendidikan		
SMP/MTS	27	28.1
SMA/MA	37	38.5
D3/D4/S1	32	33.3
Pekerjaan		
PNS/TNI/POLRI/BUMN	11	11.5
Pegawai Swasta	11	11.5
Pelajar/Mahasiswa	11	11.5
Ibu Rumah Tangga	53	55.2
Tidak Bekerja	10	10.4
Jenis Rumah		
Permanen	42	43.8
Semi Permanen	46	47.9
Kayu/Bambu	8	8.3
Akses ke Fasilitas Kesehatan Terdekat		
Puskesmas	79	82.3
Rumah Sakit	15	15.6
Klinik Pratama	2	2.1
Lama Tinggal di Lokasi		
1-5 tahun	27	28.1
6-10 tahun	44	45.8
>10 tahun	25	26.0

Sumber: Data Primer Terolah, 2024

Hasil penelitian pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan karakteristik responden mayoritas yakni usia 33-45 tahun dengan jumlah sebanyak 50 responden (52.1%), agama islam dengan jumlah sebanyak 56 responden (58.3%), pendidikan SMA/MA dengan jumlah sebanyak 37 responden (38.5%), pekerjaan ibu rumah tangga dengan jumlah sebanyak 53 responden (55.2%), pendapatan Rp. 1-3 juta dengan jumlah sebanyak 38 responden (39.6%), status perkawinan menikah dengan jumlah sebanyak 49 responden (51%), jumlah anggota keluarga sebagian besar responden sejumlah 1-2 orang yakni 38 responden (39.6%), jenis rumah semi permanen yakni sebanyak 46 responden

(47.9%), akses ke fasilitas kesehatan terdekat yakni puskesmas dengan responden sebanyak 79 responden (82.3%), lama tinggal di lokasi sebagian besar 6-10 tahun yakni sebanyak 44 responden (45.8%).

2. Variabel Penelitian

Berdasarkan penelitian yang dilakukan kepada 96 responden yang merupakan masyarakat di Kelurahan Mayang Magurai, Kota Jambi. Didapatkan hasil univariat berdasarkan variabel penelitian yakni pengetahuan, sikap, dan perilaku pencegahan DBD.

a. Pengetahuan

Tabel 4. 2 Distribusi Responden berdasarkan Variabel Pengetahuan

Variabel Penelitian	n	Persentase (%)
Pengetahuan		
Tidak Baik	35	36.5
Baik	61	63.5

Sumber: Data Primer Terolah, 2024

Hasil penelitian pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan variabel penelitian. Diketahui responden memiliki pengetahuan tidak baik yakni sebanyak 35 responden (36.5%). Adapun deksiripsi pengetahuan responden terhadap perilaku pecegahan DBD yakni:

Tabel 4. 3 Deskripsi Pengetahuan Responden terhadap Perilaku Pencegahan DBD

No	Pertanyaan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
1	Apa penyebab penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)?	47	49.0	49	51.0
2	Nyamuk manakah yang menularkan virus DBD?	69	71.9	27	28.1
3	Bagaimana virus DBD ditularkan?	57	59.4	39	40.6
4	Apakah lalat dapat menularkan virus DBD?	36	37.5	60	62.5
5	Apakah DBD dapat ditularkan melalui kontak fisik biasa sehari-hari?	62	64.6	34	35.4
6	Di mana nyamuk Aedes aegypti biasanya bertelur?	38	39.6	58	60.4
7	Kapan nyamuk pembawa virus DBD paling aktif menggigit manusia?	37	38.5	59	61.5
8	Apakah DBD dapat terjadi pada semua rentang umur?	39	40.6	57	59.4
9	Apakah seseorang dapat terkena DBD lebih dari sekali?	40	41.7	56	58.3
10	Apakah penggunaan kelambu dan kawat kasa di jendela efektif mencegah gigitan nyamuk?	33	34.4	63	65.6

No	Pertanyaan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
11	Apakah obat nyamuk semprot dapat mengurangi risiko terkena gigitan nyamuk pembawa DBD?	37	38.5	59	61.5
12	Apakah DBD dapat berakibat fatal jika tidak ditangani dengan cepat?	36	37.5	60	62.5

Sumber: Data Primer Penelitian, 2024

Pada tabel 4.3 menunjukkan mayoritas responden (51,0%) belum mengetahui bahwa DBD disebabkan oleh virus. Sebagian besar (71,9%) mengetahui nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor penular, namun 62,5% salah memahami bahwa lalat juga dapat menularkan virus DBD. Sebanyak 64,6% responden benar memahami bahwa DBD tidak ditularkan melalui kontak fisik sehari-hari. Pada pertanyaan tentang tempat bertelurnya nyamuk dan waktu aktif menggigit, mayoritas responden (60,4% dan 61,5%) tidak mengetahui jawabannya. Sebanyak 59,4% tidak mengetahui bahwa DBD bisa terjadi di semua usia, dan 58,3% tidak menyadari bahwa seseorang bisa terkena DBD lebih dari sekali. Sebagian besar responden (65,6%) salah menilai efektivitas penggunaan kelambu, dan 61,5% memiliki pemahaman keliru tentang manfaat obat nyamuk semprot. Akhirnya, 62,5% responden tidak mengetahui bahwa DBD dapat berakibat fatal jika tidak segera ditangani.

b Sikap

Tabel 4. 4 Distribusi Responden berdasarkan Variabel Sikap

Variabel Penelitian	n	Persentase (%)
Sikap		
Negatif	48	50.0
Positif	48	50.0

Sumber: Data Primer Terolah, 2024

Hasil penelitian pada tabel 4.4 menunjukan bahwa distribusi responden berdasarkan variabel sikap. Yaitu distribusi berdasarkan variabel sikap adalah berimbang dikarenakan sebanyak 48 responden memiliki sikap positif (50%) dan sikap negatif sebanyak 48 responden (50%). Adapun deskripsi sikap responden terhadap perilaku pencegahan DBD yakni:

Tabel 4. 5 Deskripsi Sikap Responden terhadap Perilaku Pencegahan DBD

No	Pertanyaan	STS		TS		S		TS	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Demam berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang berbahaya	17	17.7	22	22.9	15	15.6	42	43.8
2	Anda termasuk salah satu orang yang memiliki risiko tertular DBD	23	24.0	19	19.8	27	28.1	27	28.1
3	Menurut Anda, DBD dapat dicegah	45	46.9	14	14.6	23	24.0	14	14.6
4	Mengontrol tempat bertelur nyamuk merupakan usaha yang ampuh dan tepat dalam mencegah DBD	20	20.8	27	28.1	24	25.0	25	26.0
5	Air yang tergenang di pekarangan rumah adalah tempat perkembangbiakan nyamuk pembawa DBD	15	15.6	31	32.3	29	30.2	21	21.9
6	Masyarakat umum harus ikut secara aktif mengontrol nyamuk pembawa virus DBD	28	29.2	21	21.9	30	31.3	17	17.7
7	Semua orang memiliki risiko tertular DBD	29	30.2	35	36.5	19	19.8	13	13.5
8	Jika mengalami tanda/gejala DBD, maka akan segera berobat ke dokter/puskesmas	25	26.0	25	26.0	18	18.8	28	29.2
9	Anda memiliki peran penting dalam pencegahan DBD	21	21.9	32	33.3	14	14.6	29	30.2
10	Semua pasien DBD memiliki kesempatan sembuh secara sempurna	26	27.1	30	31.3	17	17.7	23	24.0
11	Pemerintah telah melakukan hal terbaik menanggulangi DBD di Kota Jambi	23	24.0	23	24.0	35	36.5	15	15.6
12	Daerah di sekitar Anda merupakan daerah berisiko tinggi terhadap DBD	26	27.1	17	17.7	27	28.1	26	27.1
13	Masyarakat umum mampu melakukan pencegahan DBD	27	28.1	9	9.4	24	25.0	36	37.5
14	Anda mampu melakukan pencegahan DBD	29	30.2	21	21.9	16	16.7	30	31.3
15	Pemerintah diperlukan dalam pencegahan DBD	20	20.8	20	20.8	37	38.5	19	19.8
16	Fogging saja cukup untuk memberantas nyamuk DBD	21	21.9	18	18.8	40	41.7	17	17.7
17	Memangkas dan membersihkan tanaman liar adalah upaya pemberantasan sarang nyamuk DBD	28	29.2	21	21.9	29	30.2	18	18.8
18	Menabur larvasida pada air penampungan dapat memberantas nyamuk DBD	27	28.1	32	33.3	19	19.8	18	18.8

No	Pertanyaan	STS		TS		S		TS	
		n	%	n	%	n	%	n	%
19	Kebiasaan menggantung pakaian di dalam rumah menyebabkan banyak nyamuk DBD	20	20.8	22	22.9	31	32.3	23	24.0
20	Tidak perlu membersihkan bak mandi secara rutin jika tidak kotor	36	37.5	17	17.7	26	27.1	17	17.7

Sumber: Data Primer Penelitian, 2024

Pada tabel 4.5 menunjukkan mayoritas responden (43,8%) setuju bahwa DBD merupakan penyakit berbahaya dan 46,9% percaya bahwa DBD dapat dicegah. Sebanyak 28,1% menyatakan mengontrol tempat bertelur nyamuk sebagai langkah ampuh, dan 32,3% menganggap air tergenang sebagai tempat utama perkembangbiakan nyamuk. Sebanyak 31,3% responden mendukung partisipasi aktif masyarakat dalam pengendalian nyamuk, sementara 36,5% kurang setuju bahwa semua orang berisiko tertular DBD. Mayoritas (29,2%) menyatakan akan segera berobat jika mengalami gejala. Terkait pencegahan, 37,5% menilai masyarakat belum mampu melakukannya mandiri, dan 38,5% menilai peran pemerintah sangat penting. Sebanyak 41,7% tidak setuju bahwa fogging saja cukup untuk memberantas nyamuk, namun 30,2% mendukung pemangkasan tanaman liar sebagai upaya pencegahan. Sebagian besar responden juga setuju bahwa kebiasaan menggantung pakaian meningkatkan risiko nyamuk, dan membersihkan bak mandi secara rutin tetap penting meski tidak terlihat kotor.

c Perilaku Pencegahan DBD

Tabel 4. 6 Distribusi Responden berdasarkan Variabel Perilaku Pencegahan DBD

Variabel Penelitian	n	Persentase (%)
Perilaku Pengendalian DBD		
Tidak Baik	43	44.8
Baik	53	55.2

Sumber: Data Primer Terolah, 2024

Hasil penelitian pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan variabel perilaku pencegahan DBD. Diketahui mayoritas responden memiliki perilaku pengendalian DBD tidak baik yakni sebanyak 43 responden (44.8%). Adapun deskripsi perilaku pencegahan DBD yakni:

Tabel 4. 7 Deskripsi Perilaku Pencegahan DBD

No	Pertanyaan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
1	Menggunakan insektisida (obat nyamuk) semprot	50	52.1	46	47.9
2	Memasang jaring-jaring (kawat kasa) nyamuk di jendela	52	54.2	44	45.8
3	Menghilangkan genangan air di perkarangan rumah misalnya di parit / selokan	48	50.0	48	50.0
4	Memotong atau membabat semak-semak yang berada di dekat rumah	39	40.6	57	59.4
5	Menggunakan ikan pemakan nyamuk untuk mengurangi nyamuk	58	60.4	38	39.6
6	Membersihkan sampah-sampah serta barang-barang tidak berguna	48	50.0	48	50.0
7	Mengubur atau membakar tempat-tempat penampungan air misalnya ban bekas, botol bekas, pot bekas, lainnya	52	54.2	44	45.8
8	Menggunakan pengusir nyamuk oles (misalnya Autan)	50	52.1	46	47.9
9	Menggunakan kipas angin jika tidur untuk mengurangi gigitan nyamuk	47	49.0	49	51.0
10	Menggunakan asap (fogging) untuk mengusir nyamuk	43	44.8	53	55.2
11	Menutup tubuh dengan pakaian jika bekerja di tempat-tempat yang berisiko tergigit nyamuk	50	52.1	46	47.9
12	Menutup rapat tempat penampungan air	51	53.1	45	46.9
13	Membersihkan bak mandi atau tempat penampungan air setiap minggu	39	40.6	57	59.4
14	Mengganti air di pot bunga	54	56.3	42	43.8
15	Mengecek dan membersihkan sampah yang menghambat aliran air di sekitar rumah	51	53.1	45	46.9
16	Berpartisipasi dalam kampanye Anti-DBD atau program lainnya terkait DBD	42	43.8	54	56.3
17	Mengecek dan membersihkan saluran air di atap rumah saat musim hujan	47	49.0	49	51.0
18	Menggunakan kelambu saat tidur	47	49.0	49	51.0

Sumber: Data Primer Penelitian, 2024

Pada tabel 4.7 menunjukkan mayoritas responden memiliki pandangan positif terhadap berbagai upaya pencegahan DBD. Sebanyak 54,2% memasang kawat kasa di jendela, 56,3% mengganti air di pot bunga, dan 53,1% menutup rapat tempat penampungan air. Sebagian besar juga mendukung penggunaan ikan pemakan nyamuk (60,4%) serta penguburan atau pembakaran barang bekas yang dapat menjadi tempat penampungan air (54,2%). Sebanyak 52,1% responden menggunakan insektisida semprot, pengusir nyamuk oles, dan pakaian pelindung saat bekerja di area berisiko. Selain itu, 53,1% rutin membersihkan sampah yang menghambat aliran air di sekitar rumah. Namun, upaya lain seperti membersihkan bak mandi (40,6%), memotong semak-semak (40,6%), dan berpartisipasi dalam kampanye anti-DBD (43,8%) mendapat dukungan lebih rendah. Penggunaan

fogging (44,8%), kelambu, serta kipas angin (masing-masing 49,0%) juga menunjukkan respons berimbang antara dukungan dan ketidaksetujuan.

4.2.2 Analisis Bivariat

1. Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan DBD

Hasil analisis menggunakan uji *Chi-Square* antara variabel pengetahuan dengan perilaku pencegahan DBD didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4. 8 Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Magurai, Kota Jambi

Pengetahuan	Perilaku Pencegahan DBD				Total		P Value	PR (95%CI)
	Tidak Baik		Baik					
	N	%	N	%	N	%		
Tidak Baik	28	80	7	20	35	100	0.000	3.253
Baik	15	24.6	46	75.4	61	100		(2.034-
Total	43	44.8	53	55.2	96	100		5.203)

Sumber: Data Primer Terolah, 2024

Berdasarkan data dari tabel 4.8 dapat terlihat bahwa responden yang memiliki pengetahuan tidak baik dan memiliki perilaku pencegahan DBD tidak baik yakni sebanyak 28 responden (80%). Sementara itu responden yang memiliki pengetahuan baik dan melakukan perilaku pencegahan DBD tidak baik yakni sebanyak 15 responden (24.6%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan uji *chi square* didapatkan nilai p-value 0.000 ($p < 0.05$), hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Magurai. Hasil analisis juga mendapatkan nilai *prevelance ratio* (PR) sebesar 3.253 (95%CI=(2.034-5.203)), artinya responden dengan kategori pengetahuan tidak baik beresiko 3.253 kali lebih besar melakukan perilaku pencegahan DBD tidak baik dibandingkan dengan responden dengan pengetahuan baik.

2. Hubungan Sikap dengan Perilaku Pencegahan DBD

Hasil analisis menggunakan uji *Chi-Square* antara variable sikap dengan perilaku pencegahan DBD didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4. 9 Hubungan Sikap dengan Perilaku Pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Magurai, Kota Jambi

Sikap	Perilaku Pencegahan DBD				Total		P Value	PR (95%CI)
	Tidak Baik		Baik					
	N	%	N	%	N	%		
Negatif	28	58.3	21	41.7	48	100	0.014	1.867
Positif	15	31.3	33	68.8	48	100		(1.152-
Total	43	44.8	53	55.2	96	100		3.026)

Sumber: Data Primer Terolah, 2024

Berdasarkan data dari tabel 4.9 dapat terlihat bahwa responden yang memiliki sikap negatif dan memiliki perilaku pencegahan DBD tidak baik yakni sebanyak 28 responden (58.3%). Sementara itu responden yang memiliki sikap positif dan melakukan perilaku pencegahan DBD tidak baik yakni sebanyak 15 responden (31.3%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan uji *chi square* didapatkan nilai p-value 0.014 ($p < 0.05$), hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan perilaku pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Mangurai, Hasil analisis juga mendapatkan nilai *prevelance ratio* (PR) sebesar 1.867 (95%CI=(1.152-3.026)), artinya responden dengan kategori sikap negatif beresiko 1.867 kali lebih besar melakukan perilaku pencegahan DBD tidak baik dibandingkan dengan responden dengan sikap positif.

4.3 Pembahasan

4.3.1 Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Magurai, Kota Jambi

Hasil penelitian ini menemukan bahwa pengetahuan responden yang tidak baik adalah sebanyak 35 responden (36.5%) Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pemahaman masyarakat terhadap penyakit demam berdarah dengue (DBD) masih tergolong rendah dan terdapat banyak miskonsepsi yang perlu diluruskan. Berdasarkan data yang diperoleh, mayoritas responden belum mengetahui bahwa DBD disebabkan oleh virus. Hal ini mencerminkan kurangnya

sosialisasi dan edukasi mengenai etiologi penyakit ini, yang berpotensi mempengaruhi tindakan pencegahan dan pengobatan yang tepat.

Meskipun sebagian besar responden telah mengetahui bahwa nyamuk *Aedes aegypti* merupakan vektor utama penularan DBD, masih terdapat kesalahan pemahaman yang cukup signifikan. Terdapat juga responden keliru menganggap bahwa lalat juga dapat menularkan virus DBD. Kesalahpahaman ini dapat menyebabkan kekeliruan dalam upaya pencegahan, di mana perhatian masyarakat bisa saja teralihkan dari pemberantasan sarang nyamuk ke hewan lain yang tidak berperan dalam penularan DBD.

Dalam aspek penularan, responden memahami dengan benar bahwa DBD tidak dapat menyebar melalui kontak fisik sehari-hari, seperti bersalaman atau berbagi peralatan makan. Pemahaman yang benar ini cukup penting karena dapat mengurangi stigma terhadap penderita DBD. Namun, meskipun ada pemahaman yang cukup baik mengenai metode penularan, masih banyak responden yang belum memahami perilaku nyamuk sebagai vektor penyakit ini. Serta responden juga tidak mengetahui tempat bertelur nyamuk *Aedes aegypti*, yang umumnya berada di genangan air bersih, seperti di bak mandi, vas bunga, dan tempat penampungan air lainnya. Selain itu, responden juga tidak mengetahui waktu aktif menggigit nyamuk ini, yang umumnya terjadi pada pagi dan sore hari. Kurangnya pengetahuan ini dapat berdampak pada rendahnya efektivitas strategi pencegahan yang dilakukan masyarakat.

Dalam hal kelompok rentan, responden tidak menyadari bahwa DBD dapat menyerang semua kelompok usia. Persepsi yang keliru ini dapat berakibat pada kurangnya kewaspadaan terhadap individu di luar kelompok yang dianggap rentan, seperti anak-anak. Padahal, orang dewasa dan lansia juga berisiko terkena DBD, terutama jika memiliki kondisi kesehatan yang lemah. Responden tidak mengetahui bahwa seseorang bisa terkena DBD lebih dari satu kali. Padahal, infeksi ulang oleh serotipe virus DBD yang berbeda dapat meningkatkan risiko terjadinya DBD berat atau *dengue hemorrhagic fever* (DHF), yang dapat berakibat fatal.

Dalam aspek pencegahan, masih banyak responden yang memiliki persepsi yang kurang tepat terhadap metode perlindungan dari gigitan nyamuk. responden salah menilai efektivitas penggunaan kelambu, yang pada dasarnya tidak terlalu efektif dalam mencegah DBD karena nyamuk *Aedes aegypti* lebih aktif di pagi dan sore hari, bukan pada malam hari saat kelambu biasanya digunakan. Selain itu, responden memiliki pemahaman keliru tentang manfaat obat nyamuk semprot, yang sering kali digunakan secara tidak tepat, misalnya hanya saat nyamuk sudah banyak terlihat. Padahal, pencegahan yang lebih efektif adalah dengan memberantas sarang nyamuk melalui program 3M (Menguras, Menutup, dan Mendaur ulang) serta penggunaan larvasida untuk mencegah perkembangbiakan nyamuk.

Yang lebih mengkhawatirkan, responden tidak menyadari bahwa DBD dapat berakibat fatal jika tidak segera ditangani. Kurangnya pemahaman ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam mencari pertolongan medis, yang berpotensi meningkatkan angka komplikasi dan kematian akibat DBD. Oleh karena itu, edukasi mengenai tanda dan gejala DBD, seperti demam tinggi mendadak, nyeri otot dan sendi, ruam kulit, serta tanda-tanda perburukan seperti perdarahan spontan dan syok, perlu ditingkatkan agar masyarakat lebih waspada dan dapat segera mencari penanganan medis yang tepat.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menyoroti pentingnya peningkatan edukasi dan sosialisasi mengenai DBD, baik melalui program kesehatan masyarakat, kampanye di media sosial, maupun pelibatan tenaga kesehatan dalam penyuluhan langsung ke masyarakat. Pengetahuan yang kurang dan miskonsepsi yang masih banyak terjadi menunjukkan bahwa upaya pencegahan belum sepenuhnya dipahami dan diterapkan dengan baik oleh masyarakat. Oleh karena itu, strategi komunikasi kesehatan yang lebih efektif dan berbasis bukti perlu diterapkan untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat guna menekan angka kejadian DBD serta mencegah dampak yang lebih fatal.

Pengetahuan merupakan salah satu faktor penting dalam perilaku pengendalian DBD. Untuk menerapkan perilaku yang baik perlu adanya pengetahuan yang baik dan cukup. Pengetahuan yang baik dipengaruhi oleh

beberapa faktor, salah satunya adalah faktor dari Pendidikan responden. Pada penelitian ini karakteristik Pendidikan terakhir responden mayoritas adalah SMA/MA sebanyak 37 (38.5%). Menurut hasil penelitian dari Ariga 2022 menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan positif antara tingkat pendidikan dengan perilaku hidup sehat di lingkungan rumah.

Terbukti dengan hasil keeratan hubungan dalam kategori tinggi. Artinya semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pula perilaku hidup sehat kualitas lingkungan rumah. Mulai dari aspek, pengetahuan, pemahaman, kesadaran, tindakan, hingga tanggung jawab.⁵⁰ serta faktor usia juga mempengaruhi kemampuan daya tangkap dan pola pikir seseorang, yang pada gilirannya akan memperbaiki Berdasarkan pengetahuannya⁵¹ Menurut Wawan & Dewi (2011) pengetahuan bisa dipengaruhi juga oleh pekerjaan, pendidikan dan usia. Apabila Tingkat kekuatan dan kematangan akan lebih baik dalam berfikir dan juga jika usia seseorang semakin cukup.⁵²

Berdasarkan hasil penelitian terdapat hubungan antara usia dengan perilaku pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Magurai, Kota Jambi. Hasil analisis juga mendapatkan nilai *prevelance ratio* (PR) sebesar 3.253 (95%CI=(2.034-5.203)), artinya responden dengan kategori pengetahuan tidak baik beresiko 3.253 kali lebih besar melakukan perilaku pencegahan DBD tidak baik dibandingkan dengan responden dengan pengetahuan baik.

Pengetahuan berasal dari memahami dan hasil rasa ingin tahu muncul ketika seseorang menggunakan kedua mata (melihat) dan telinga (mendengar) untuk mempersepsi suatu objek. Ini semua mengarah pada pengetahuan yang dimiliki oleh masyarakat. Minimnya informasi yang mengakibatkan rendahnya kesadaran untuk menerapkan hidup bersih dan sehat menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap perilaku buruk masyarakat dalam pencegahan penyakit demam berdarah.⁵³

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan akan bahaya dan ketidaknyamanan seseorang

yang diakibatkan oleh nyamuk akan membuat penyakit DBD di lingkungan mereka.⁵⁴

Untuk menurunkan frekuensi demam berdarah di masa depan, pendekatan masyarakat dalam mengobati penyakit ini harus ditingkatkan dengan pengetahuan yang lebih baik.⁵⁵ sehingga ibu akan cenderung mengambil tindakan yang baik dalam pencegahan demam berdarah jika mereka mendapat informasi yang baik mengenai hal tersebut. Di sisi lain, masyarakat yang tidak tahu apa-apa seringkali melakukan tindakan yang merugikan dalam pencegahan penyakit demam berdarah.⁵⁶

Penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Maulida et al. (2016) menunjukkan bahwa pekerjaan dapat menjadi faktor yang mempengaruhi pengetahuan, sikap dan praktik seseorang baik secara langsung atau tidak langsung, karena lingkungan pekerjaan memberikan pengetahuan dan pengalaman yang lebih. Selvarajoo et al. (2020) serta Sumarni et al. (2019) menjelaskan bahwa seseorang yang bekerja memiliki tingkat pengetahuan dan sikap yang lebih baik mengenai pencegahan DBD dibandingkan dengan yang tidak bekerja.⁵⁷

Informasi yang baik mengenai kesehatan diri dan lingkungan sangat penting untuk menyadarkan masyarakat akan pentingnya kesehatan baik bagi diri sendiri maupun lingkungan disekitarnya. Keadaan lingkungan yang tidak baik yang disebabkan oleh perilaku buruk dapat mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kesehatan penghuninya. Menjaga lingkungan dan menggalakkan hidup bersih dan sehat (PHBS) dapat menurunkan prevalensi penyakit demam berdarah sekaligus meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup masyarakat.⁵⁸

Pelayanan kesehatan masyarakat merupakan hak asasi manusia yang harus dilaksanakan oleh suatu negara. Negara juga bertanggung jawab untuk ketersediaan informasi untuk mempermudah masyarakat dalam mengakses fasilitas kesehatan. Hal ini tecantum dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, pasal 17 menyebutkan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan

kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.⁵⁹

Serta didukung oleh hasil dari penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pemanfaatan pelayanan Puskesmas. Artinya bahwa semakin baik pengetahuan responden maka semakin tinggi untuk memanfaatkan pelayanan Puskesmas, begitupun sebaliknya semakin kurang baik pengetahuan responden maka semakin rendah pemanfaatan pelayanan Puskesmas.⁶⁰

Hasil dari penelitian ini didukung oleh Widiya,dkk tahun 2023 yang menyatakan bahwasanya terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan DBD dengan perilaku pencegahan yang baik pula sebanyak 6,8% dan pengetahuan yang kurang parallel dengan tindakan pencegahan yang kurang baik sebanyak 50%. Hal ini menunjukkan bahwa landasan pengembangan perilaku pribadi untuk meningkatkan kemampuan akting adalah informasi. didukung oleh teori keperawatan Health Believe Model (HBM), yang menjelaskan mengapa terjadi perubahan perilaku kesehatan di masyarakat dan bagaimana perubahan tersebut dicapai melalui tindakan yang menonjolkan sikap dan keyakinan setiap orang terhadap perilaku kesehatan. Masyarakat akan mampu mempraktikkan perilaku sehat sesuai dengan keyakinannya jika mereka mengembangkan rasa percaya dan keyakinan terhadap pemahamannya tentang kesehatan.⁵³

Hasil dari penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuliandari,dkk pada tahun 2022 yang menyatakan berdasarkan dari hasil Analisis Uji Chi-Square menunjukkan pengetahuan pencegahan DBD berhubungan dengan praktik pencegahan DBD (p value=0.000; PR=1.886; CI=1.385-2.568) dan sikap negatif berhubungan dengan praktik pencegahan DBD (p value = 0,001;PR=1.647;CI=1.209- 2.243) , penelitian ini menunjukkan tingkat pengetahuan berhubungan dengan praktik pencegahan DBD.⁶¹

Berdasarkan hasil penelitian, kesesuaian teori dan penelitian terdahulu, maka dapat dikatakan bahwasanya pengetahuan memiliki pengaruh terhadap perilaku pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Magurai, Kota Jambi. Hal ini dikarenakan, Perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh pendidikannya, dan

memperoleh lebih banyak informasi akan membantu mencegah masalah kesehatan. Masyarakat akan bertindak tepat dan berperan dalam upaya pencegahan penyakit DBD jika mengetahui dasar-dasar pencegahan DBD, meliputi apa itu demam berdarah dengue, cara penularannya, dan cara pencegahannya.

4.3.2 Hubungan Sikap dengan Perilaku Pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Magurai, Kota Jambi

Sikap seseorang merupakan reaksi bagaimana ia menyikapi suatu stimulus atau obyek yang diterimanya.⁶² Sikap merupakan faktor yang berperan dalam perilaku kesehatan. Semakin positif pandangan sikap seseorang atau terhadap sesuatu hal, maka semakin baik pula tindakan yang dilakukan dalam hal tersebut. Beberapa faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap antara lain pengalaman pribadi, orang lain yang dianggap penting dan pengaruh kebudayaan.⁶³

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan dari sikap responden didapatkan hasil sebanyak 48 responden (50.0%) yang bersikap negatif. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat terhadap bahaya DBD dan upaya pencegahannya masih beragam. Mayoritas responden setuju bahwa DBD merupakan penyakit berbahaya, dan percaya bahwa penyakit ini dapat dicegah. Namun, meskipun kesadaran mengenai ancaman DBD cukup tinggi, pemahaman mengenai metode pencegahan yang tepat masih perlu ditingkatkan. Hanya sedikit responden yang menganggap pengendalian tempat bertelur nyamuk sebagai langkah efektif, sementara sedikitnya pemahaman bahwa air tergenang merupakan lokasi utama perkembangbiakan nyamuk. Kurangnya pemahaman ini dapat menghambat efektivitas upaya pencegahan berbasis komunitas.

Dari segi partisipasi masyarakat dalam pengendalian nyamuk, sedikitnya responden yang mendukung keterlibatan aktif masyarakat, menunjukkan masih rendahnya kesadaran akan pentingnya gotong royong dalam pemberantasan sarang nyamuk. Selain itu, masih terdapat kesalahan persepsi terkait kelompok rentan, di mana responden kurang setuju bahwa semua orang berisiko tertular DBD. Persepsi ini berisiko menurunkan kewaspadaan di kalangan kelompok yang dianggap tidak

rentan, padahal DBD dapat menyerang siapa saja, termasuk orang dewasa dan lansia.

Dalam aspek respons terhadap gejala, mayoritas responden menyatakan akan segera mencari pengobatan jika mengalami gejala DBD. Sikap ini mencerminkan pemahaman yang cukup baik tentang pentingnya deteksi dini dan perawatan medis untuk mencegah komplikasi serius. Namun, kesadaran ini harus didukung dengan edukasi lebih lanjut mengenai gejala DBD yang sering kali mirip dengan penyakit lain, sehingga masyarakat dapat segera mengenali dan mengambil tindakan yang tepat.

Terkait efektivitas pencegahan, responden menilai bahwa masyarakat belum mampu melakukan pencegahan secara mandiri, menandakan bahwa masih ada ketergantungan terhadap intervensi eksternal, seperti program pemerintah. Hal ini sejalan dengan responden yang menganggap peran pemerintah sangat penting dalam pengendalian DBD, baik melalui kampanye edukasi, program pemberantasan sarang nyamuk, maupun penyediaan fasilitas kesehatan yang memadai.

Meskipun fogging sering digunakan sebagai metode pemberantasan nyamuk, responden tidak setuju bahwa fogging saja cukup untuk mengatasi masalah ini. Hal ini menunjukkan kesadaran bahwa pendekatan yang lebih menyeluruh, seperti penerapan 3M Plus (Menguras, Menutup, Mendaur ulang, serta penggunaan larvasida dan perlindungan pribadi), lebih efektif dalam mengendalikan populasi nyamuk. Selain itu, responden mendukung pemangkasan tanaman liar sebagai bagian dari strategi pencegahan, yang menunjukkan pemahaman bahwa lingkungan yang bersih dan terawat dapat membantu mengurangi tempat persembunyian nyamuk.

Sebagian besar responden juga menyadari bahwa kebiasaan menggantung pakaian dapat meningkatkan risiko nyamuk bersarang, yang merupakan salah satu faktor yang sering diabaikan dalam pencegahan DBD. Selain itu, mereka juga memahami bahwa membersihkan bak mandi secara rutin tetap penting meskipun air tampak bersih, karena telur nyamuk *Aedes aegypti* dapat bertahan di dinding bak mandi dan berkembang saat terkena air kembali.

Namun dari hasil pengamatan yang diperoleh peneliti terhadap kondisi lingkungan tempat tinggal, berbanding terbalik, dimana kondisi lingkungan tempat tinggal masih jauh dari kebersihan. Dikarnakan Kondisi lingkungan di Mayang Mangurai banyaknya rumah kosong sehingga banyak air yang tertampung, banyaknya semak belukar yang tinggi dan lebat, kondisi rumah yang lembab dan minim pencahayaan yang memungkinkan untuk terjadinya perkembangbiakan nyamuk.⁶⁴

Serta berdasarkan observasi yang telah dilakukan terhadap jenis rumah responden hampir setiap rumah responden baik rumah panggung maupun rumah permanen memiliki karakteristik lingkungan yang sama dengan kejadian DBD seperti keberadaan saluran pembuangan air limbah, keberadaan breeding place, keberadaan resting place, maupun keberadaan kontainer dalam dan luar rumah. Faktor yang diteliti bukan berdasarkan pada persyaratan fisik dari sebuah rumah sehat melainkan hanya melihat dari jenis bangunannya yaitu jenis rumah panggung dan rumah permanen, dikarenakan pada saat observasi awal sebelum penelitian terdapat beberapa rumah panggung yang diwaktu musim hujan airnya tergenang dibawah rumah.⁶⁵

Temuan ini mengindikasikan bahwa meskipun masyarakat memiliki tingkat kesadaran yang cukup mengenai DBD, masih terdapat kesenjangan dalam pemahaman dan penerapan langkah-langkah pencegahan. Oleh karena itu, diperlukan upaya edukasi yang lebih intensif, baik melalui penyuluhan langsung, kampanye kesehatan, maupun pemanfaatan media sosial, guna meningkatkan pemahaman dan mendorong perubahan perilaku yang lebih efektif dalam pencegahan DBD. Selain itu, kolaborasi antara masyarakat, pemerintah, dan tenaga kesehatan perlu diperkuat agar strategi pengendalian DBD dapat berjalan lebih optimal dan berkelanjutan.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat hubungan antara sikap dengan perilaku pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Magurai, Kota Jambi. Hasil analisis juga mendapatkan nilai *prevelance ratio* (PR) sebesar 1.867 (95%CI=(1.152-3.026)), artinya responden dengan kategori sikap negaif beresiko

1.867 kali lebih besar melakukan perilaku pencegahan DBD tidak baik dibandingkan dengan responden dengan sikap positif.

Menurut perspektif Band dalam *self perception theory*, sikap individu merupakan gabungan dari sentimen atau pendapatnya serta kecenderungannya untuk berperilaku terhadap suatu stimulus atau objek. Orang dapat mempunyai sikap baik atau negatif terhadap suatu benda, dan sikap dikembangkan dengan mengamati perilakunya sendiri. Sikap individu merupakan reaksinya yang masih tertutup terhadap suatu rangsangan atau benda. Hanya dengan terlebih dahulu menafsirkan tingkah laku yang tertutup maka ekspresi tingkah laku itu dapat diamati. Sikap seseorang terhadap suatu obyek dapat digolongkan menjadi positif atau meihak (*favorable*) dan negatif atau tidak memihak (*unfavorable*).⁶⁶

Bentuk sikap dipengaruhi oleh pengetahuan, dan pemahaman yang kuat tentang demam berdarah menjadi landasan yang kokoh dalam pencegahan penyakit tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa keterampilan kognitif berperan dalam pembentukan sikap. Karena orang tua menyadari perlunya tindakan pencegahan demam berdarah untuk menurunkan kejadian penyakit demam berdarah pada anak-anak, maka sikap orang tua yang positif sangat diharapkan. Intinya, sikap perlu diimbangi dengan informasi yang akurat dan perilaku yang tepat.⁶¹ Oleh karena itu, sikap seseorang memegang peranan penting dalam membentuk perilakunya ketika membutuhkan informasi lebih lanjut. Hal ini menunjukkan betapa pentingnya variabel penelitian pengetahuan dan sikap.

Menurut Espiana,dkk pada tahun 2022 Responden yang cenderung positif biasanya menunjukkan perilaku yang baik. Responden yang mempunyai sikap negatif namun berperilaku positif terhadap PSN DBD, hal tersebut karena mereka mengetahui dan memahami pentingnya PSN DBD, sehingga menimbulkan kemauan atau keinginan mereka. Responden yang cenderung positif mungkin menunjukkan perilaku negatif terkait PSN DBD karena kurangnya motivasi untuk melakukan PSN DBD karena tidak menyadari signifikansinya.⁶⁷

Hasil dari penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuliandri,dkk tahun 2022 menyatakan sebagian besar responden (76,7%) memiliki sikap yang negatif, masih adanya sikap negatif terhadap pencegahan DBD

menandakan bahwa masyarakat kurang peduli terhadap upaya-upaya pencegahan penularan DBD. Hasil analisis sikap berhubungan dengan praktik pencegahan DBD dan sejalan dengan beberapa penelitian dimana sikap memberikan kontribusi terhadap praktik pencegahan DBD.⁶¹

Hasil penelitian ini juga didukung oleh Nurkhasanah,dkk pada tahun 2021 yang menyatakan adanya hubungan pengetahuan dengan pencegahan DBD diperoleh dari 33 responden yang mempunyai pengetahuan baik sebanyak 25 orang (75,8%) dengan pencegahan DBD baik dan 8 orang (24,2%) dengan pencegahan DBD kurang baik. Dari hasil analisis diperoleh nilai p. value 0,001. artinya ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pencegahan DBD. Diperoleh juga nilai OR: 10.938 artinya responden yang berpengetahuan baik memiliki kecendrungan 10.938 kali untuk pencegahan DBD dengan baik dibandingkan dengan yang berpengetahuan yang kurang baik.⁶⁸

Berdasarkan hasil penelitian, kesesuaian teori dan penelitian terdahulu, maka dapat dikatakan bahwasanya pengetahuan memiliki pengaruh terhadap perilaku pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Magurai, Kota Jambi. Hal ini dikarenakan, sikap seorang individu dapat mempengaruhi perilaku kesehatan, sehingga sikap yang baik merupakan salah satu awal dari terbentuknya perilaku kesehatan yang baik termasuk dalam hal pencegahan penyakit seperti DBD.

4.3 Keterbatasan Penelitian

1. Kendala Komunikasi dengan Responden

Dalam proses pengumpulan data, terdapat kendala komunikasi dengan responden, terutama karena perbedaan tingkat pemahaman dan interpretasi terhadap pertanyaan yang diajukan. Hal ini berpotensi menimbulkan bias dalam hasil penelitian.

2. Lingkungan yang Dinamis

Penelitian dilakukan di lokasi yang memiliki kondisi lingkungan dan aktivitas masyarakat yang dinamis. Perubahan situasi seperti curah hujan yang tinggi, jadwal kegiatan warga, atau program pemerintah setempat yang sedang berjalan dapat memengaruhi fokus dan waktu pelaksanaan penelitian.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Distribusi pengetahuan responden yakni sebanyak 61 responden (63.5%) *dengan* kategori pengetahuan baik.
2. Distribusi sikap responden yakni sebanyak 48 responden (50%) dengan kategori sikap negatif.
3. Distribusi perilaku pencegahan DBD responden yakni sebanyak 43 responden (44.8%) dengan kategori perilaku tidak baik.
4. Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan DBD pada Kelurahan Mayang Mangurai Kota Jambi.
5. Ada hubungan antara sikap dengan perilaku pencegahan DBD pada Kelurahan Mayang Mangurai Kota Jambi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Masyarakat

Masyarakat dapat menghadiri kegiatan edukasi atau penyuluhan kesehatan yang diadakan instansi kesehatan seperti puskesmas serta dapat melaksanakan 3M Plus secara sederhana mulai dari mengurus tempat penampungan air, menutup rapat tempat penampungan air, mengubur barang bekas dan menggunakan kelambu, obat nyamuk atau fogging jika diperlukan.

5.2.2 Bagi Instansi Kesehatan

Instansi kesehatan terkait dapat melakukan edukasi masyarakat melalui kegiatan penyuluhan, seminar, atau diskusi kelompok terkait pencegahan DBD dan melakukan kampanye yang menggugah kesadaran masyarakat tentang pentingnya berperan aktif dalam pencegahan DBD dengan pendekatan berbasis komunitas dengan melibatkan tokoh masyarakat, kader kesehatan, atau relawan untuk memberikan contoh sikap positif. Serta dapat melibatkan pemerintah, sekolah, dan organisasi masyarakat untuk menciptakan sinergi dalam upaya pencegahan DBD di Kelurahan Mayang Mangurai.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dikaji secara lebih mendalam dengan metode yang berbeda dan cakupan yang lebih luas, untuk memperoleh perbandingan hasil dan pembahasan yang mendalam dengan karakteristik yang berbeda, sehingga output dari penelitian dapat dihasilkan sebagai rekomendasi kebijakan yang terstruktur dan terencana dengan basis data ilmiah.

DAFTAR PUSTAKA

1. Tayal, A., Kabra, S. K. & Lodha, R. Management of Dengue: An Updated Review. *Indian J. Pediatr.* 90, 168–177 (2023).
2. WHO. Dengue and severe dengue. *WHO* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue> (2024).
3. Mahardika, I. G. W. K., Rismawan, M. & Adiana, I. N. Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Perilaku Pencegahan Dbd Pada Anak Usia Sekolah Di Desa Tegallingsah. *J. Ris. Kesehat. Nas.* 7, 51–57 (2023).
4. Nguyen, H. Van, Quoc, P., Than, T., Nguyen, T. H. & Vu, G. T. Knowledge , Attitude and Practice about Dengue Fever among Patients Experiencing the 2017 Outbreak in Vietnam. (2019) doi:10.3390/ijerph16060976.
5. WHO. Dengue - Global situation. *WHO* <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON518> (2024).
6. Stanaway, J. D. *et al.* Europe PMC Funders Group The Global Burden of Dengue : an analysis from the Global Burden of Disease Study 2013. 16, 712–723 (2016).
7. Salawati, T., Astuti, R. & Nurdiana, H. Kejadian Demam Berdarah Dengue berdasarkan faktor lingkungan dan praktik pemberantasan sarang nyamuk (studi kasus di wilayah kerja Puskesmas Sronдол Kecamatan Banyumanik Kota Semarang). *J. Kesehat. Masy. Indones.* 6, 57–66 (2010).
8. Kemenkes RI. Membuka Lembaran Baru Untuk Hidup Sejahtera. *Lap. Tah. 2022 Demam Berdarah Dengue* 17–19 (2022).
9. Audureau, E. & Saba, J. Societal impact of dengue outbreaks : Stakeholder perceptions and related implications . A qualitative study in Brazil , 2015. 1–16 (2017) doi:10.1371/journal.pntd.0005366.
10. Vinet, L. & Zhedanov, A. A ‘missing’ family of classical orthogonal polynomials. *J. Phys. A Math. Theor.* 44, 1–29 (2011).
11. Darwis, R. *et al.* Profil Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2022. *Profil Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2022* 01, 297 (2023).
12. Kemenkes RI. Upaya Pencegahan DBD dengan 3M Plus. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia* <https://ayosehat.kemkes.go.id/upaya-pencegahan-dbd->

dengan-3m-plus (2019).

13. Rahmat, D., Yang, T. & Esa, M. Menemukan kesalahan ketik dalam dokumen? Klik di sini untuk perbaikan. www.hukumonline.com. 1969, 1–24 (2008).
14. Yuliandra, V., Susilawaty, A., Syarifuddin, N. & Basri, S. Partisipasi Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale Kabupaten Maros. *J. Hig. J. Kesehat. Masy.* 5, 142–247 (2019).
15. Wijonarko & Wulandari, Y. Sosialisasi Dan Edukasi Dalam Pencegahan Penyakit Dbd Di Lingkungan Panti Asuhan Raudatul Aitam Ii Kel.Tanjung Raya Bandar Lampung. *J. Pengabd. Masy.* 2, 30–35 (2023).
16. Rahman, M. M. *et al.* Knowledge, Attitude and Practices Towards Dengue Fever Among Slum Dwellers: A Case Study in Dhaka City, Bangladesh. *Int. J. Public Health* 68, (2023).
17. Internasional, K. berdarah di daerah pedesaan Perkenalan. 753, (2015).
18. Di, B. *et al.* Artikel Penelitian Artikel Penelitian mengikuti Pemantauan Jentik Berkala. 15, 1–7 (2024).
19. Mahendra, D., Jaya, I. M. M. & Lumban, A. M. R. Buku Ajar Promosi Kesehatan. *Progr. Stud. Diploma Tiga Keperawatan Fak. Vokasi UKI* 1–107 (2019).
20. Wahyudi, W., Lidiyawati, H., Bormasa, M. F., Sari, F. D. N. & Khatimah, N. H. Dukungan kader jumentik dengan perilaku masyarakat tentang pencegahan demam berdarah dengue (DBD). *Holistik J. Kesehat.* 17, 30–36 (2023).
21. Qureshi, A. I. *Dengue Virus Infection. Dengue Virus Disease: From Origin to Outbreak* (Elsevier Inc., 2019). doi:10.1016/B978-0-12-818270-3.00001-1.
22. Tansil, M. G., Rampengan, N. H. & Wilar, R. Faktor Risiko Terjadinya Kejadian Demam Berdarah Dengue Pada Anak. *J. BiomedikJBM* 13, 90 (2021).
23. Murugesan, A. & Manoharan, M. *Chapter 16 - Dengue Virus. Emerging and Reemerging Viral Pathogens* vol. 21 (2020).
24. Rezekieli Zebua, Vivian Eliyantho Gulo, Immanuel Purba & Malvin Jaya Kristian Gulo. Perubahan Epidemiologi Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia Tahun 2017-2021. *SEHATMAS J. Ilm. Kesehat. Masy.* 2, 129–136 (2023).
25. Firmansyah. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Ibu Rumah

- Tangga Terhadap Kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk Dbd Di Desa Sambirejo Timur. *J. Progr. Stud. PGMI* 10, 289 (2023).
26. Kementerian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. vol. 1227 (2018).
 27. Sukohar. Demam Berdarah Dengue (DBD). *Medula* 2, 1–15 (2014).
 28. Nasarudin Khairunisa. *Knowledge, Attitude and Practice Regarding Dengue: A Case Study in Taman Temerloh Jaya, Malaysia*. LAP Lambert Academic Publishing vol. 1 (2014).
 29. Nurmala, I. *et al. Promosi Kesehatan*. Airlangga University Press (2018).
 30. Stock, C. *et al.* OPEN ACCESS EDITED AND REVIEWED BY Editorial: Health literacy and disease prevention. I,.
 31. Sudarta. The Relationship of Knowledge Level, Home Environment and Prevention Behavior to Dengue Incidence Crispim. 16, 1–23 (2022).
 32. Darsini, Fahrurrozi & Cahyono, E. A. Pengetahuan; Artikel Review. *J. Keperawatan* 12, 97 (2019).
 33. Notoadmodjo, S. *Promosi Kesehatan & Prilaku Kesehatan*. Jakarta: EGC (2012).
 34. Suppan, K. K., Basińska, M. & Błachnio, A. Positive orientation and health behaviors in older patients with atherosclerosis. *Heal. Psychol. Rep.* 12, 133–141 (2024).
 35. Laoli, J., Lase, D. & Waruwu, S. Analisis Hubungan Sikap Pribadi Dan Harmonisasi Kerja Pada Kantor Kecamatan Gunungsitoli Alo'Oa Kota Gunungsitoli. *J. Ilm. Simantek* 6, 145–151 (2022).
 36. Damanik, H. D., Indri Astuti & Kamsul. Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Behavior to Prevent. *J. Promkes* 11, 65–70 (2023).
 37. Anliyanita, R., Anwar, C. & Fajar, N. A. Effect of physical environment and community behavior on dengue hemorrhagic fever (DHF): A literature review. *Community Res. Epidemiol.* 3, 74–76 (2023).
 38. Rosenstock, I. M. & Ph, D. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Educ. Monogr.* 2, 328–335 (1960).
 39. Green, Lawrence W., & Kreuter, M. W. *Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach*. (Toronto–Mayfield Publishing Company., London, 1991).

40. Tuba, S., Mariani, R., Faizah, A., Sutriyawan, A. & Ramadhan, A. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Pengalaman Keluarga Sakit Demam Berdarah Dengue dengan Pencegahannya. *Indones. J. Infect. Dis.* 9, (2023).
41. Crosby, R. A., DiClemente, R. J., & Salazar, L. F. *Health Behavior Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications*. (Jones & Bartlett Learning., Burlington, MA, 2013).
42. Prof. Dr. H.M. Sidik Priadana, M. & Denok Sunarsi, S.Pd., M.M., Ch. *METODE PENELITIAN KUANTITATIF*. (Pascal Books, 2021).
43. Population. *WORLD HEALTH ORGANIZATION*
<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/1121>.
44. Lemeshow, S., Hosmer, D.W., Klar, J & Lwanga, S. K. (1997). *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. (Gajahmada university press, Jogjakarta).
45. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. (Alfabeta, Bandung, 2017).
46. Ghozali, I. *Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program IBM SPSS 25*. (Universitas Diponegoro, 2018).
47. Dwi Priyatno. *Mandiri Belajar SPSS: Untuk Analisis Data Dan Uji Statistik*. (Mediakom, Yogyakarta, 2008).
48. Notoatmodjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. (Rineka cipta. Carpenito & MOyet, JAKARTA, 2015).
49. H. Anang Setiana, SKM., M. *Riset Terapan Kebidanan*. (Lovrinz, 2021).
50. Ariga, S. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Hidup Sehat , Berkualitas di Lingkungan Rumah The Relationship Between Education Level and Knowledge Level with Healthy , Quality Life Behavior in the Home Environment. *Edu Soc. J. Pendidikan, Ilmu Sos. dan Pengabd. Kpd. Masy.* 2, 723–730 (2022).
51. Notoatmodjo, S. *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta (2012).
52. Wawan, A, D. M. *Teori Dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Manusia Dilengkapi Contoh Kuesioner*. (Nuha Medika, Yogyakarta, 2011).
53. Widiya Ratnasari, Hoiriyah Arifah, Nikko Izza Amaliyah, Diani Ayu Safitri,

- Sarifatur Rizkiyah, A. M. Hubungan Antara Pengetahuan Masyarakat Dengan Persepsi Pencegahan Terhadap Demam Berdarah Dengue Di Desa Pejeng *J. Pendidik. Biol.* ... 2, (2023).
54. Dewi, R. S., Sutiningsih, D. & Martini. Hubungan Pengetahuan Dan Praktik Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Dengan Bionomik Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Ngaliyan Kota Semarang. 4, (2024).
 55. Jantika, D. *et al.* Peningkatan Pengetahuan Masyarakat Sebagai Upaya Penanggulangan Demam Berdarah Dengue di Dusun III Desa Tegalsari. *Pros. Semin. Nas. Kesehat. Masy. Univ. Muhammadiyah Surakarta* (2021).
 56. Mahardika, I. G. W. K., Rismawan, M. & Adiana, I. N. Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Perilaku Pencegahan Dbd Pada Anak Usia Sekolah Di Desa Tegallingsah. *J. Ris. Kesehat. Nas.* 7, (2023).
 57. Putri, C. A. M., Asniar, A. & Ridwan, A. Perbandingan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Pencegahan Demam Berdarah Dengue pada Ibu Bekerja dan tidak Bekerja di Kota Banda Aceh. *Holist. Nurs. Heal. Sci.* 6, 1–11 (2023).
 58. Rastika Dewi, N. K. D., Satriani, N. L. A. & Pranata, G. K. A. W. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue Pada Masyarakat Di Kabupaten Buleleng. *J. Ris. Kesehat. Nas.* 6, (2022).
 59. Susilawati & Azzahra, D. Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Pesisir. *J. Heal. Med. Res.* 3, 267–72 (2023).
 60. Marada Nurhayati. Hubungan Jarak Tempat Tinggal dan Pengetahuan Masyarakat. *Jurn J. Kolaboratif Sains* 7, 3075–3080 (2024).
 61. Yuliandari, D., Arfan, I., Trisnawati, E., Alamsyah, D. & Rizky, A. Hubungan Pengetahuan, Sikap Dengan Praktik Pencegahan Dbd. *J. Kesehat.* 15, (2022).
 62. Al-Fariqi, M. Z. & Setiawan, D. Pengaruh Pengetahuan, Sikap, Dan Peran Tenaga Kesehatan Terhadap Pemberian Vitamin A. *Nutr. J. Pangan, Gizi, Kesehatan* 1, 60–65 (2020).
 63. M., A. W. D. *Teori Dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Manusia.* (nuha medika, 2017).
 64. Febrina, M., Samin, M. & Rahmawati, (Satari dan Meliasari , 2015). Kasus demam berdarah dengue di Indonesia sudah menjangkau dari wilayah provinsi ,

- kabupaten / kota dan juga kelurahan . 18, 126–146 (2022).
65. Sofia, Suhartono & Wahyuningsih, N. E. Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah dan Perilaku Keluarga dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kabupaten Aceh Besar. *J. Kesehat. Lingkung. Indones.* 13, 30–39 (2014).
 66. Tisnawati, T., Pangesti, N. A. & Ilda, Z. A. Analisis Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (Dbd) Pada Anak Di Puskesmas Andalas Kota Padang. *Menara Ilmu* 17, (2023).
 67. Espiana, I., Lestari, R. M. & Ningsih, F. Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Masyarakat tentang Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (DBD). *J. Surya Med.* 8, (2022).
 68. Nurkhasanah, D. A., Sitorus, R. J. & Listiono, H. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD). *J. Ilm. Univ. Batanghari Jambi* 21, (2021).

LAMPIRAN

Lampiran 1 Naskah Penjelasan

HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DENGAN PERILAKU PENGENDALIAN DBD DI KELURAHAN MAYANG MANGURAI KOTA JAMBI TAHUN 2024

Saudara/I

Dengan hormat,

Saya Rahmat Rafi Albari, Mahasiswa Peminatan Kesehatan Lingkungan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi sedang menyusun penelitian skripsi sebagai syarat menyelesaikan Pendidikan Strata 1 (S1). Oleh karena itu, saya mohon kesediaan Saudara/I sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul “Hubungan Pengetahuan, Sikap Dengan Perilaku Pengendalian Dbd Di Kelurahan Mayang Mangurai Kota Jambi Tahun 2024”

Responden dalam penelitian ini bersifat sukarela. Saudara/I berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian ini. Segala informasi yang Saudara/I berikan akan digunakan sepenuhnya hanya dalam penelitian ini. Saya sepenuhnya akan menjaga kerahasiaan identitas Saudara/I dan tidak akan disebarluaskan dalam bentuk apapun. Jika ada yang dirasa belum jelas, Saudara/I dipersilahkan untuk bertanya kepada saya. Setelah Saudara/I memahami penjelasan ini dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian, Saudara/I dipersilahkan untuk menandatangani lembar Informed Consent yang akan dilampirkan. Saya mengucapkan terima kasih atas bantuan dan kesediaan Saudara/I yang sangat berarti sebagai responden dalam penelitian saya.

Lampiran 2 Lembar Persetujuan

INFORMED CONSENT

Dengan hormat,

Perkenalkan saya Rahmat Rafi Albari, mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, prodi Kesehatan Masyarakat yang saat ini sedang melakukan penelitian yang berjudul “HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN DBD DI KELURAHAN MAYANG MANGURAI KOTA JAMBI TAHUN 2024 ”.

Segala informasi dalam kusioner ini terjamin kerahasiaannya dan peneliti bersedia untuk bertanggung jawab terhadap segala informasi yang diberikan. Oleh karena itu, peneliti memohon kesediaan dan partisipasi ibu sebagai responden dalam penelitian ini dengan mengisi kusioner yang peneliti berikan.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Nomor Wa/Telp :

Dengan ini menyatakan SETUJU untuk menjadi responden dan bekerjasama pada penelitian ini serta bersedia dihubungi kembali apabila diperlukan .

Jambi,2024

Responden

(.....)

Lampiran 3 Kusioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN
DBD DI KELURAHAN MAYANG MANGURAI
KOTA JAMBI TAHUN 2024

I. IDENTITAS RESPONDEN			
1.	Nama Responden		
2.	Usia Responden	_____ Tahun	
3.	Tempat Tanggal Lahir		
4.	Agama		
5.	Pendidikan Responden	1. Tidak Sekolah 2. Tidak Tamat SD/MI 3. Tamat SD/MI 4. Tamat SMP/MTS 5. Tamat SMA/MA 6. Tamat D3/D4/S1 7. Tamat S2/S3	☐
6.	Pekerjaan	1. PNS/TNI/POLRI/BUMN 2. Pegawai Swasta 3. Wiraswasta 4. Petani 5. Nelayan 6. Buruh 7. Pelajar/Mahasiswa 8. Ibu Rumah Tangga 9. Tidak Bekerja 10. Lainnya _____	☐
7.	Pendapatan Bulanan Keluarga	1. <Rp 1.000.000 2. Rp 1.000.000 - 3.000.000 3. Rp 3.000.000 - 5.000.000 4. Rp 5.000.000 – 10.000.000 5. >Rp 10.000.000	☐
8.	Status Perkawinan	1. Belum Menikah 2. Menikah 3. Duda/Janda	☐
9.	Jumlah Anggota Keluarga	1. 1 - 2 Orang 2. 3 - 4 Orang	☐

		3. 5 - 6 Orang 4. > 6 Orang	
10.	Jenis Rumah	1. Rumah Permanen 2. Rumah Semi Permanen 3. Rumah Kayu/Bambu	☐
11.	Akses ke Fasilitas Kesehatan Terdekat	1. Puskesmas 2. Rumah Sakit 3. Klinik Pratama 4. Pengobatan Tradisional 5. Lainnya : _____	☐
12.	Lama Tinggal di Lokasi Saat Ini	1. <1 Tahun 2. 1 – 5 Tahun 3. 6 – 10 Tahun 4. > 10 Tahun	☐

II. KUESIONER PENGETAHUAN TENTANG DBD

Petunjuk pengisian:

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan cermat sebelum menjawab.
 2. Jawablah dengan memberikan tanda checklist (✓) pada salah satu pilihan yang Anda anggap paling tepat.
 3. Pastikan menjawab pertanyaan sesuai dengan pemahaman dan pengetahuan Anda.
1. Apa penyebab penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD)?
 - A. Bakteri
 - B. Jamur
 - C. Virus
 - D. Parasit
 2. Nyamuk manakah yang menularkan virus DBD?
 - A. *Anopheles*
 - B. *Aedes aegypti*
 - C. *Culex*
 - D. Semua nyamuk
 3. Bagaimana virus DBD ditularkan?
 - A. Melalui air minum
 - B. Gigitan nyamuk
 - C. Makanan yang tercemar
 - D. Udara yang tercemar
 4. Apakah lalat dapat menularkan virus DBD?
 - A. Ya
 - B. Tidak
 - C. Tergantung situasi
 - D. Belum diketahui
 5. Apakah DBD dapat ditularkan melalui kontak fisik biasa sehari-hari?
 - A. Ya
 - B. Tidak

- C. Hanya dalam beberapa kasus
 - D. Tidak yakin
6. Di mana nyamuk *Aedes aegypti* biasanya bertelur?
- A. Air yang bersih dan tergenang
 - B. Tanah yang basah
 - C. Genangan air kotor
 - D. Daun basah
7. Kapan nyamuk pembawa virus DBD paling aktif menggigit manusia?
- A. Pagi dan siang hari
 - B. Tengah malam
 - C. Sepanjang hari
 - D. Saat cuaca panas
8. Apakah DBD dapat terjadi pada semua rentang umur?
- A. Hanya anak-anak
 - B. Hanya dewasa
 - C. Semua rentang umur
 - D. Hanya orang tua
9. Apakah seseorang dapat terkena DBD lebih dari sekali?
- A. Ya
 - B. Tidak
 - C. Hanya jika imunitasnya rendah
 - D. Hanya Pada Anak-anak
10. Apakah penggunaan kelambu dan kawat kasa di jendela efektif mencegah gigitan nyamuk?
- A. Sangat efektif karena menghalangi nyamuk masuk ke dalam ruangan
 - B. Kurang efektif tanpa tambahan penggunaan obat nyamuk
 - C. Tidak memiliki pengaruh terhadap pencegahan gigitan nyamuk
 - D. Efektif hanya untuk mencegah gigitan nyamuk di siang hari

11. Apakah obat nyamuk semprot dapat mengurangi risiko terkena gigitan nyamuk pembawa DBD?

- A. Ya, karena dapat membunuh nyamuk didalam ruangan
- B. Tidak efektif karena nyamuk pembawa DBD kebal terhadap obat nyamuk semprot
- C. Hanya dalam jangka pendek
- D. Hanya mengusir nyamuk tanpa membunuhnya

12. Apakah DBD dapat berakibat fatal jika tidak ditangani dengan cepat?

- A. Ya dapat menyebabkan komplikasi serius yang berakibat fatal
- B. Hanya menimbulkan gejala ringan dan sembuh dengan sendirinya
- C. Hanya pada anak-anak
- D. Hanya pada orang tua

III. Sikap Terhadap Pencegahan DBD					
Gunakan skala berikut untuk menjawab setiap pertanyaan:					
1 = STS					
2 = TS					
3 = S					
4 = SS					
No	Pertanyaan	1	2	3	4
1.	Demam berdarah <i>Dengue</i> (DBD) merupakan penyakit yang berbahaya				
2.	Anda termasuk salah satu orang yang memiliki resiko tertular DBD				
3.	Menurut Anda, DBD dapat dicegah				
4.	Mengontrol tempat bertelur nyamuk merupakan salah satu usaha yang ampuh dan tepat dalam mencegah DBD				
5.	Air yang tergenang di perkarangan rumah, botol-botol pecah, pot bunga adalah tempat perkembangbiakan nyamuk pembawa virus DBD				
6.	Masyarakat umum harus ikut terlibat langsung secara aktif dalam mengontrol nyamuk pembawa virus DBD				
7.	Semua orang memiliki resiko tertular DBD				
8.	Jika mengalami tanda/gejala DBD, maka akan segera berobat ke dokter/puskesmas				
9.	Anda adalah salah satu orang yang memiliki peran penting dalam pencegahan DBD				
10.	Semua pasien DBD memiliki kesempatan untuk sembuh secara sempurna				
11.	Pemerintah telah melakukan hal terbaik dalam menanggulangi				

	atau menyelesaikan masalah DBD di Kota Jambi				
12	Daerah di sekitar Anda merupakan daerah yang memiliki resiko tinggi terhadap kasus DBD				
13	Masyarakat umum mampu melakukan pencegahan DBD				
14	Anda mampu melakukan pencegahan DBD				
15	Pemerintah diperlukan dalam pencegahan DBD				
16	Fogging saja cukup untuk memberantas nyamuk DBD				
17	Memangkas dan membersihkan tanaman liar di pekarangan rumah merupakan upaya pemberantasan sarang nyamuk DBD				
18	Menabur larvasida/bubuk abate pada penampungan air dapat memberantas nyamuk DBD				
19	Kebiasaan menggantung pakaian di dalam rumah menyebabkan banyaknya nyamuk DBD				
20	Tidak perlu membersihkan bak mandi secara rutin jika tidak kotor				

IV. PERILAKU PECEGAHAN DBD			
Petunjuk pengisian: 1. Bacalah pertanyaan di bawah dengan cermat dan teliti dalam kuesioner ini sebelum menjawab 2. Jawablah pertanyaan dengan jujur sesuai dengan keadaan yang sebenarnya 3. Berikan tanda cecklist (✓) pada jawaban yang sesuai			
No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Menggunakan insektisida (obat nyamuk) semprot		
2.	Memasang jaring-jaring (kawat kasa) nyamuk di jendela		
3.	Menghilangkan genangan air di perkarangan rumah misalnya di parit / selokan		
4.	Memotong atau membabat semak-semak yang berada di dekat rumah		
5.	Menggunakan ikan pemakan jentik untuk mengurangi nyamuk		
6.	Membersikan sampah-sampah serta barang-barang tidak berguna		
7.	Mengubur atau membakar tempat-tempat penampungan air misalnya ban bekas, botol bekas, pot bekas atau yang lainny		
8.	Menggunakan pengusir nyamuk oles (misalnya Autan)		
9.	Menggunakan kipas angin jika tidur untuk mengurangi gigitan nyamuk		
10.	Menggunakan asap (fogging) untuk mengusir nyamuk		
11.	Menutup tubuh dengan pakaian jika bekerja di tempat-tempat yang beresiko tergigit nyamuk misalnya hutan, semak belukar, kebun atau sawah		
12.	Menutup rapat tempat penampungan air		
13.	Membersihkan bak mandi atau tempat penampungan air setiap minggu		
14.	Mengganti air di pot bunga		
15.	Mengecek dan membersihkan sampah yang menghambat aliran air di sekitar rumah		
16.	Berpartisipasi dalam kampanye Anti-DBD atau program lainnya terkait DBD		
17.	Mengecek dan membersihkan saluran air di atap rumah saat musim hujan		
18.	Menggunakan kelambu saat tidur		

Lampiran 4 Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN
RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JAMBI
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN



Jalan : Letjend Soeprapto No. 33 Telanaipura Jambi Kode Pos 36122 Telp: (0741) 60246
website: www.fkik.unja.ac.id e-mail: fkik@unja.ac.id

Nomor : 4007 /UN21.8/PT.01.04/2024
Hal : Uji Validitas

Kepada Yth,
Lurah Kelurahan Bagan Pete
di -
Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka penyusunan Skripsi Mahasiswa Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKIK Universitas Jambi Tahun Akademik 2024/2025, bersama ini mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberi izin pada mahasiswa kami untuk melakukan uji validitas, atas nama :

Nama : Rahmat Rafi Albari
NIM : G1D121183
Judul Penelitian : Hubungan Pengetahuan, Sikap Dengan Perilaku Pengendalian Dbd Di Kelurahan Mayang Mangurai Kota Jambi Tahun 2024
Pembimbing I : Oka Lesmana S., S.KM. M.MKM
Pembimbing II : Muhammad Syukri S.KM., M.Kes (Epid)

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Jambi, 07 NOV 2024
An. Dekan
Ketua Jurusan
Kesehatan Masyarakat

Dr. Dwi Noerjoedianto, SKM., M.Kes
NIP.197011101994021001

Tembusan Yth :
1. Pembimbing I dan Pembimbing II mahasiswa.
2. Mahasiswa yang bersangkutan.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN
RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JAMBI



FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

Jalan : Letjend Soeprapto No. 33 Telanaipura Jambi Kode Pos 36122 Telp: (0741) 60246
website: www.fkik.unja.ac.id e-mail: fkik@unja.ac.id

Nomor : 4021/UN21.8/PT 01.04/2024
Hal : Izin Penelitian

Kepada Yth,
Lurah Kelurahan Mayang Mangurai
di -
Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka penyusunan Skripsi Mahasiswa Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi Tahun Akademik 2024/2025, bersama ini mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberi izin pada mahasiswa/i kami untuk melakukan penelitian, atas nama :

Nama : Rahmat Rafi Albari

NIM : G1D121183

Judul Penelitian : Hubungan Pengetahuan, Sikap Dengan Perilaku Pengendalian Dbd Di
Kelurahan Mayang Mangurai Kota Jambi Tahun 2024

Pembimbing I : Oka Lesmana S., S.KM. M.MKM

Pembimbing II : Muhammad Syukri S.KM., M.Kes (Epid)

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Jambi, 01 NOV 2024



Dr. Dwi Noerjoedianto, SKM., M.Kes
NIP. 197011101994021001

Tembusan Yth :

1. Pembimbing I dan Pembimbing II mahasiswa.
2. Mahasiswa yang bersangkutan.



PEMERINTAH KOTA JAMBI
KECAMATAN ALAM BARAJO
KELURAHAN MAYANG MANGURAI

Komp. Villa Kenali Permai Blok H-9 RT. 017
J A M B I

REKOMENDASI MELAKUKAN PENELITIAN

Nomor : PPG.00.00 / 367 /MM/2024

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : TITI SUMANTI, SE,Kp
NIP : 19670205 199102 1001
Jabatan : LURAH MAYANG MANGURAI

Memperhatikan surat dari Universitas Jambi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Nomor 4021/UN21.8/PT 01.04/2024 tanggal 01 November 2024 .

Dengan ini memberikan izin Penelitian Kepada :

Nama : RAHMAT RAFI ALBARI
Program Studi : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Judul Penelitian : Hubungan pengetahuan, Sikap dengan Perilaku
Pengendalian Dbd di Kelurahan Mayang
Mangurai Kecamatan Alam Barajo Kota Jambi
Lokasi Kegiatan : Kelurahan Mayang Mangurai Kecamatan Alam Barajo
Kota Jambi

Izin ini diberikan dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Hanya untuk mencari data atau bahan penulisan Skripsi/Proposal
2. Mentaati ketentuan yang berlaku.
3. Setelah tiba dilokasi dan sebelum melaksanakan penelitian terlebih dahulu harus melaporkan kepada Ketua RT setempat.
4. Harus Memperhatikan keamanan dan ketertiban umum selama kegiatan berlangsung.
5. Harus memperhatikan adat istiadat setempat.
6. Izin ini berlaku hingga penelitian selesai dilaksanakan.

Demikian surat izin ini penelitian ini kami berikan kepada yang bersangkutan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya dan kepada pihak yang berkaitan agar dapat memberikan bantuan untuk kelancaran kegiatan dimaksud.

Jambi, 11 November 2024.

LURAH MAYANG MANGURAI

TITI SUMANTI, SE,Kp
Kepala Tk.I
NIP. 19670205 199102 1001



ADA PUNGLI LAPORKAN KE :

082175256484 @saberpunglikotajambi |saberpunglikotajambi@gmail.com |saberpunglikotajambi

CS Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 5 Output Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisisioner

1. Pengetahuan

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.769	13

Correlations

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Skor_P
P1	Pearson Correlation	1	.700**	.489**	.693**	.463**	.253	.253	.253	.094	.253	.177	.577**	.636**
	Sig. (2-tailed)		.000	.006	.000	.010	.177	.177	.177	.619	.177	.350	.001	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P2	Pearson Correlation	.700**	1	.636**	.693**	.463**	.253	.443*	.253	.094	.253	.354	.866**	.733**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.010	.177	.014	.177	.619	.177	.055	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P3	Pearson Correlation	.489**	.636**	1	.636**	.558**	.402*	.402*	.402*	.351	.402*	.311	.649**	.738**
	Sig. (2-tailed)	.006	.000		.000	.001	.028	.028	.028	.057	.028	.094	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P4	Pearson Correlation	.693**	.693**	.636**	1	.757**	.337	.337	.337	.141	.337	.264	.585**	.737**

	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.069	.069	.069	.457	.069	.159	.001	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P5	Pearson Correlation	.463**	.463**	.558**	.757**	1	.683**	.488**	.488**	.117	.488**	.582**	.653**	.793**
	Sig. (2-tailed)	.010	.010	.001	.000		.000	.006	.006	.539	.006	.001	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P6	Pearson Correlation	.253	.253	.402*	.337	.683**	1	.760**	.760**	.239	.760**	.894**	.548**	.772**
	Sig. (2-tailed)	.177	.177	.028	.069	.000		.000	.000	.203	.000	.000	.002	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P7	Pearson Correlation	.253	.443*	.402*	.337	.488**	.760**	1	.520**	.239	.520**	.894**	.548**	.722**
	Sig. (2-tailed)	.177	.014	.028	.069	.006	.000		.003	.203	.003	.000	.002	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P8	Pearson Correlation	.253	.253	.402*	.337	.488**	.760**	.520**	1	.598**	1.000**	.671**	.548**	.747**
	Sig. (2-tailed)	.177	.177	.028	.069	.006	.000	.003		.000	.000	.000	.002	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P9	Pearson Correlation	.094	.094	.351	.141	.117	.239	.239	.598**	1	.598**	.200	.327	.410*
	Sig. (2-tailed)	.619	.619	.057	.457	.539	.203	.203	.000		.000	.288	.077	.025
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P10	Pearson Correlation	.253	.253	.402*	.337	.488**	.760**	.520**	1.000**	.598**	1	.671**	.548**	.747**
	Sig. (2-tailed)	.177	.177	.028	.069	.006	.000	.003	.000	.000		.000	.002	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P11	Pearson Correlation	.177	.354	.311	.264	.582**	.894**	.894**	.671**	.200	.671**	1	.612**	.743**
	Sig. (2-tailed)	.350	.055	.094	.159	.001	.000	.000	.000	.288	.000		.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P12	Pearson Correlation	.577**	.866**	.649**	.585**	.653**	.548**	.548**	.548**	.327	.548**	.612**	1	.877**

	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.001	.000	.002	.002	.002	.077	.002	.000		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Skor_P	Pearson Correlation	.636**	.733**	.738**	.737**	.793**	.772**	.722**	.747**	.410*	.747**	.743**	.877**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.025	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

2. Sikap

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.766	21

Correlations

		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	Skor
S1	Pearson Correlation	1	.749**	.820**	.647**	.525**	.476**	.529**	.455*	.455*	.364*	.535**	.669**	.529**	.715**	.445*	.715**	.455*	.618**	.529**	.611**	.741**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.003	.008	.003	.012	.012	.048	.002	.000	.003	.000	.014	.000	.012	.000	.003	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S2	Pearson Correlation	.749**	1	.872**	.674**	.621**	.394*	.341	.515**	.566**	.449*	.565**	.601**	.341	.682**	.555**	.682**	.515**	.540**	.341	.475**	.715**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.031	.065	.004	.001	.013	.001	.000	.065	.000	.001	.000	.004	.002	.065	.008	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

S3	Pearson Correlation	.820**	.872**	1	.702**	.543**	.521**	.469**	.621**	.665**	.510**	.660**	.640**	.469**	.718**	.570**	.718**	.621**	.601**	.469**	.551**	.798**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.002	.003	.009	.000	.000	.004	.000	.000	.009	.000	.001	.000	.000	.000	.009	.002	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S4	Pearson Correlation	.647**	.674**	.702**	1	.641**	.630**	.574**	.803**	.783**	.706**	.722**	.848**	.574**	.856**	.783**	.856**	.803**	.589**	.574**	.591**	.907**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.001	.001	.001	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S5	Pearson Correlation	.525**	.621**	.543**	.641**	1	.309	.263	.614**	.614**	.597**	.489**	.605**	.263	.581**	.537**	.581**	.614**	.615**	.263	.326	.661**
	Sig. (2-tailed)	.003	.000	.002	.000		.097	.160	.000	.000	.000	.006	.000	.160	.001	.002	.001	.000	.000	.160	.078	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S6	Pearson Correlation	.476**	.394*	.521**	.630**	.309	1	.602**	.424*	.463**	.359	.448*	.505**	.602**	.476**	.442*	.476**	.424*	.366*	.602**	.695**	.656**
	Sig. (2-tailed)	.008	.031	.003	.000	.097		.000	.019	.010	.051	.013	.004	.000	.008	.014	.008	.019	.046	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

S7	Pearson Correlation	.529**	.341	.469**	.574**	.263	.602**	1	.490**	.490**	.396*	.491**	.709**	1.000**	.527**	.491**	.527**	.490**	.585**	1.000**	.814**	.755**
	Sig. (2-tailed)	.003	.065	.009	.001	.160	.000		.006	.006	.031	.006	.000	.000	.003	.006	.003	.006	.001	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S8	Pearson Correlation	.455*	.515**	.621**	.803**	.614**	.424*	.490**	1	.978**	.758**	.730**	.778**	.490**	.764**	.824**	.764**	1.000**	.500**	.490**	.489**	.852**
	Sig. (2-tailed)	.012	.004	.000	.000	.000	.019	.006		.000	.000	.000	.000	.006	.000	.000	.000	.000	.005	.006	.006	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S9	Pearson Correlation	.455*	.566**	.665**	.783**	.614**	.463**	.490**	.978**	1	.713**	.730**	.755**	.490**	.787**	.824**	.787**	.978**	.475**	.490**	.489**	.854**
	Sig. (2-tailed)	.012	.001	.000	.000	.000	.010	.006	.000		.000	.000	.000	.006	.000	.000	.000	.000	.008	.006	.006	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S10	Pearson Correlation	.364*	.449*	.510**	.706**	.597**	.359	.396*	.758**	.713**	1	.557**	.632**	.396*	.573**	.726**	.573**	.758**	.509**	.396*	.449*	.721**
	Sig. (2-tailed)	.048	.013	.004	.000	.000	.051	.031	.000	.000		.001	.000	.031	.001	.000	.001	.000	.004	.031	.013	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

S1 1	Pearson Correlation	.535 **	.565 **	.660 **	.722 **	.489 **	.448 *	.491**	.730**	.730 **	.557 **	1	.812 **	.491**	.705**	.765 **	.705**	.730**	.573 **	.491**	.544 **	.803 **
	Sig. (2-tailed)	.002	.001	.000	.000	.006	.013	.006	.000	.000	.001		.000	.006	.000	.000	.000	.000	.001	.006	.002	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S1 2	Pearson Correlation	.669 **	.601 **	.640 **	.848 **	.605 **	.505 **	.709**	.778**	.755 **	.632 **	.812 **	1	.709**	.820**	.758 **	.820**	.778**	.716 **	.709**	.737 **	.922 **
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.004	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S1 3	Pearson Correlation	.529 **	.341	.469 **	.574 **	.263	.602 **	1.000 **	.490**	.490 **	.396 *	.491 **	.709 **	1	.527**	.491 **	.527**	.490**	.585 **	1.000 **	.814 **	.755 **
	Sig. (2-tailed)	.003	.065	.009	.001	.160	.000	.000	.006	.006	.031	.006	.000		.003	.006	.003	.006	.001	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S1 4	Pearson Correlation	.715 **	.682 **	.718 **	.856 **	.581 **	.476 **	.527**	.764**	.787 **	.573 **	.705 **	.820 **	.527**	1	.757 **	1.000 **	.764**	.593 **	.527**	.535 **	.875 **
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.001	.008	.003	.000	.000	.001	.000	.000	.003		.000	.000	.000	.001	.003	.002	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

S1 5	Pearson Correlation	.445 *	.555 **	.570 **	.783 **	.537 **	.442 *	.491**	.824**	.824 **	.726 **	.765 **	.758 **	.491**	.757**	1	.757**	.824**	.430 *	.491**	.506 **	.821 **
	Sig. (2- tailed)	.014	.001	.001	.000	.002	.014	.006	.000	.000	.000	.000	.000	.006	.000		.000	.000	.018	.006	.004	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S1 6	Pearson Correlation	.715 **	.682 **	.718 **	.856 **	.581 **	.476 **	.527**	.764**	.787 **	.573 **	.705 **	.820 **	.527**	1.000 **	.757 **	1	.764**	.593 **	.527**	.535 **	.875 **
	Sig. (2- tailed)	.000	.000	.000	.000	.001	.008	.003	.000	.000	.001	.000	.000	.003	.000	.000		.000	.001	.003	.002	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S1 7	Pearson Correlation	.455 *	.515 **	.621 **	.803 **	.614 **	.424 *	.490**	1.000 **	.978 **	.758 **	.730 **	.778 **	.490**	.764**	.824 **	.764**	1	.500 **	.490**	.489 **	.852 **
	Sig. (2- tailed)	.012	.004	.000	.000	.000	.019	.006	.000	.000	.000	.000	.000	.006	.000	.000	.000		.005	.006	.006	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S1 8	Pearson Correlation	.618 **	.540 **	.601 **	.589 **	.615 **	.366 *	.585**	.500**	.475 **	.509 **	.573 **	.716 **	.585**	.593**	.430 *	.593**	.500**	1	.585**	.624 **	.727 **
	Sig. (2- tailed)	.000	.002	.000	.001	.000	.046	.001	.005	.008	.004	.001	.000	.001	.001	.018	.001	.005		.001	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

S19	Pearson Correlation	.529**	.341	.469**	.574**	.263	.602**	1.000**	.490**	.490**	.396*	.491**	.709**	1.000**	.527**	.491**	.527**	.490**	.585**	1	.814**	.755**
	Sig. (2-tailed)	.003	.065	.009	.001	.160	.000	.000	.006	.006	.031	.006	.000	.000	.003	.006	.003	.006	.001		.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S20	Pearson Correlation	.611**	.475**	.551**	.591**	.326	.695**	.814**	.489**	.489**	.449*	.544**	.737**	.814**	.535**	.506**	.535**	.489**	.624**	.814**	1	.771**
	Sig. (2-tailed)	.000	.008	.002	.001	.078	.000	.000	.006	.006	.013	.002	.000	.000	.002	.004	.002	.006	.000	.000		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Sko	Pearson Correlation	.741**	.715**	.798**	.907**	.661**	.656**	.755**	.852**	.854**	.721**	.803**	.922**	.755**	.875**	.821**	.875**	.852**	.727**	.755**	.771**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3. Perilaku Pencegahan DBD

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.761	19

Correlations

		Pen1	Pen 2	Pen 3	Pen 4	Pen5	Pen6	Pen7	Pen 8	Pen 9	Pen 10	Pen1 1	Pen1 2	Pen 13	Pen 14	Pen 15	Pen 16	Pen 17	Pen1 8	Skor
Pen 1	Pearson	1	.073	.267	.200	.267	1.000	.073	1.00	.073	1.00	.200	.267	.267	1.00	.073	.267	.200	.267	.607**
	Correlation						**		0**		0**				0**					
	Sig. (2-tailed)		.702	.153	.289	.153	.000	.702	.000	.702	.000	.289	.153	.153	.000	.702	.153	.289	.153	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 2	Pearson	.073	1	.408*	.509*	.408*	.073	1.000	.073	1.00	.073	.509**	.408*	.408*	.073	1.00	.408*	.509*	.408*	.650**
	Correlation				*			**		0**						0**		*		
	Sig. (2-tailed)	.702		.025	.004	.025	.702	.000	.702	.000	.702	.004	.025	.025	.702	.000	.025	.004	.025	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 3	Pearson	.267	.408*	1	.401*	1.000	.267	.408*	.267	.408*	.267	.401*	1.000	1.00	.267	.408*	1.00	.401*	1.000	.814**
	Correlation					**							**	0**			0**		**	
	Sig. (2-tailed)	.153	.025		.028	.000	.153	.025	.153	.025	.153	.028	.000	.000	.153	.025	.000	.028	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

Pen 4	Pearson Correlation	.200	.509*	.401*	1	.401*	.200	.509**	.200	.509*	.200	1.000**	.401*	.401*	.200	.509*	.401*	1.000**	.401*	.672**
	Sig. (2-tailed)	.289	.004	.028		.028	.289	.004	.289	.004	.289	.000	.028	.028	.289	.004	.028	.000	.028	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 5	Pearson Correlation	.267	.408*	1.000**	.401*	1	.267	.408*	.267	.408*	.267	.401*	1.000**	1.000**	.267	.408*	1.000**	.401*	1.000**	.814**
	Sig. (2-tailed)	.153	.025	.000	.028		.153	.025	.153	.025	.153	.028	.000	.000	.153	.025	.000	.028	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 6	Pearson Correlation	1.000**	.073	.267	.200	.267	1	.073	1.000**	.073	1.000**	.200	.267	.267	1.000**	.073	.267	.200	.267	.607**
	Sig. (2-tailed)	.000	.702	.153	.289	.153		.702	.000	.702	.000	.289	.153	.153	.000	.702	.153	.289	.153	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 7	Pearson Correlation	.073	1.000**	.408*	.509*	.408*	.073	1	.073	1.000**	.073	.509**	.408*	.408*	.073	1.000**	.408*	.509*	.408*	.650**
	Sig. (2-tailed)	.702	.000	.025	.004	.025	.702		.702	.000	.702	.004	.025	.025	.702	.000	.025	.004	.025	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 8	Pearson Correlation	1.000**	.073	.267	.200	.267	1.000**	.073	1	.073	1.000**	.200	.267	.267	1.000**	.073	.267	.200	.267	.607**
	Sig. (2-tailed)	.000	.702	.153	.289	.153	.000	.702		.702	.000	.289	.153	.153	.000	.702	.153	.289	.153	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 9	Pearson Correlation	.073	1.000**	.408*	.509*	.408*	.073	1.000**	.073	1	.073	.509**	.408*	.408*	.073	1.000**	.408*	.509*	.408*	.650**
	Sig. (2-tailed)	.702	.000	.025	.004	.025	.702	.000	.702		.702	.004	.025	.025	.702	.000	.025	.004	.025	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

Pen 10	Pearson Correlation	1.000**	.073	.267	.200	.267	1.000**	.073	1.000**	.073	1	.200	.267	.267	1.000**	.073	.267	.200	.267	.607**
	Sig. (2-tailed)	.000	.702	.153	.289	.153	.000	.702	.000	.702		.289	.153	.153	.000	.702	.153	.289	.153	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 11	Pearson Correlation	.200	.509*	.401*	1.000**	.401*	.200	.509**	.200	.509*	.200	1	.401*	.401*	.200	.509*	.401*	1.000**	.401*	.672**
	Sig. (2-tailed)	.289	.004	.028	.000	.028	.289	.004	.289	.004	.289		.028	.028	.289	.004	.028	.000	.028	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 12	Pearson Correlation	.267	.408*	1.000**	.401*	1.000**	.267	.408*	.267	.408*	.267	.401*	1	1.000**	.267	.408*	1.000**	.401*	1.000**	.814**
	Sig. (2-tailed)	.153	.025	.000	.028	.000	.153	.025	.153	.025	.153	.028		.000	.153	.025	.000	.028	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 13	Pearson Correlation	.267	.408*	1.000**	.401*	1.000**	.267	.408*	.267	.408*	.267	.401*	1.000**	1	.267	.408*	1.000**	.401*	1.000**	.814**
	Sig. (2-tailed)	.153	.025	.000	.028	.000	.153	.025	.153	.025	.153	.028	.000		.153	.025	.000	.028	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 14	Pearson Correlation	1.000**	.073	.267	.200	.267	1.000**	.073	1.000**	.073	1.000**	.200	.267	.267	1	.073	.267	.200	.267	.607**
	Sig. (2-tailed)	.000	.702	.153	.289	.153	.000	.702	.000	.702	.000	.289	.153	.153		.702	.153	.289	.153	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 15	Pearson Correlation	.073	1.000**	.408*	.509*	.408*	.073	1.000**	.073	1.000**	.073	.509**	.408*	.408*	.073	1	.408*	.509*	.408*	.650**
	Sig. (2-tailed)	.702	.000	.025	.004	.025	.702	.000	.702	.000	.702	.004	.025	.025	.702		.025	.004	.025	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

Pen 16	Pearson Correlation	.267	.408*	1.000**	.401*	1.000**	.267	.408*	.267	.408*	.267	.401*	1.000**	1.000**	.267	.408*	1	.401*	1.000**	.814**
	Sig. (2-tailed)	.153	.025	.000	.028	.000	.153	.025	.153	.025	.153	.028	.000	.000	.153	.025		.028	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 17	Pearson Correlation	.200	.509*	.401*	1.000**	.401*	.200	.509**	.200	.509*	.200	1.000**	.401*	.401*	.200	.509*	.401*	1	.401*	.672**
	Sig. (2-tailed)	.289	.004	.028	.000	.028	.289	.004	.289	.004	.289	.000	.028	.028	.289	.004	.028		.028	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Pen 18	Pearson Correlation	.267	.408*	1.000**	.401*	1.000**	.267	.408*	.267	.408*	.267	.401*	1.000**	1.000**	.267	.408*	1.000**	.401*	1	.814**
	Sig. (2-tailed)	.153	.025	.000	.028	.000	.153	.025	.153	.025	.153	.028	.000	.000	.153	.025	.000	.028		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Skor	Pearson Correlation	.607**	.650*	.814*	.672*	.814**	.607**	.650**	.607*	.650*	.607*	.672**	.814**	.814*	.607*	.650*	.814*	.672*	.814**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Lampiran 6 Output SPSS

1. Normalitas

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
skor_pengetahuan	.172	96	.000	.898	96	.000
skor_sikap	.129	96	.000	.964	96	.009
skor_perilaku	.123	96	.001	.973	96	.045

a. Lilliefors Significance Correction

Berdasarkan hasil uji normalitas kollmogorov smirnov diketahui bahwa sig <0,05 sehingga data tidak berdistribusi normal. Maka yang digunakan adalah median (Arikunto, 2012).

Descriptives			
		Statistic	Std. Error
skor_pengetahuan	Mean	5.5313	.21913
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.0962
		Upper Bound	5.9663
	5% Trimmed Mean	5.4444	
	Median	5.0000	
	Variance	4.610	
	Std. Deviation	2.14698	
	Minimum	3.00	
	Maximum	11.00	
	Range	8.00	
	Interquartile Range	4.00	
	Skewness	.285	.246
	Kurtosis	-1.059	.488
skor_sikap	Mean	49.4792	.49802
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	48.4905
		Upper Bound	50.4679
	5% Trimmed Mean	49.6227	
	Median	49.5000	
	Variance	23.810	
	Std. Deviation	4.87956	

skor_perilaku	Minimum	35.00	
	Maximum	58.00	
	Range	23.00	
	Interquartile Range	8.00	
	Skewness	-.351	.246
	Kurtosis	-.361	.488
	Mean	9.0417	.23690
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	8.5714
		Upper Bound	9.5120
	5% Trimmed Mean	9.0694	
	Median	9.0000	
	Variance	5.388	
	Std. Deviation	2.32115	
	Minimum	3.00	
	Maximum	15.00	
	Range	12.00	
	Interquartile Range	3.00	
	Skewness	-.139	.246
	Kurtosis	-.142	.488

2. Karakteristik Responden

		Usia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-32 tahun	46	47.9	47.9	47.9
	33-45 tahun	50	52.1	52.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

		Agama			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Budha	12	12.5	12.5	12.5
	Islam	56	58.3	58.3	70.8
	Kristen	28	29.2	29.2	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP/MTS	27	28.1	28.1	28.1
	SMA/MA	37	38.5	38.5	66.7
	D3/D4/S1	32	33.3	33.3	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS/TNI/POLRI/BUMN	11	11.5	11.5	11.5
	Pegawai Swasta	11	11.5	11.5	22.9
	7.00	11	11.5	11.5	34.4
	Ibu Rumah Tangga	53	55.2	55.2	89.6
	Tidak Bekerja	10	10.4	10.4	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Pendapatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rp 1.000.000 - 3.000.000	38	39.6	39.6	39.6
	Rp 3.000.000 - 5.000.000	30	31.3	31.3	70.8
	Rp 5.000.000 – 10.000.000	28	29.2	29.2	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Status Perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum Menikah	47	49.0	49.0	49.0
	Menikah	49	51.0	51.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Jumlah Anggota Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 orang	38	39.6	39.6	39.6
	3-4 orang	28	29.2	29.2	68.8
	5-6 orang	30	31.3	31.3	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Jenis Rumah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Permanen	42	43.8	43.8	43.8
	Semi Permanen	46	47.9	47.9	91.7
	Kayu/Bambu	8	8.3	8.3	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Akses Faskes Terdekat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Puskesmas	79	82.3	82.3	82.3
	Rumah Sakit	15	15.6	15.6	97.9
	Klinik Pratama	2	2.1	2.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Lama Tinggal di Lokasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 tahun	27	28.1	28.1	28.1
	6-10 tahun	44	45.8	45.8	74.0
	>10 tahun	25	26.0	26.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

3. Analisis Univariat Variabel Penelitian

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Baik	35	36.5	36.5	36.5
	Baik	61	63.5	63.5	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	48	50.0	50.0	50.0
	Positif	48	50.0	50.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Perilaku Pengendalian DBD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Baik	43	44.8	44.8	44.8
	Baik	53	55.2	55.2	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

4. Analisis Univariat Jawaban Kuisisioner

P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	49	51.0	51.0	51.0
	1.00	47	49.0	49.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

P2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	27	28.1	28.1	28.1
	1.00	69	71.9	71.9	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

P3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	39	40.6	40.6	40.6
	1.00	57	59.4	59.4	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

P4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	60	62.5	62.5	62.5
	1.00	36	37.5	37.5	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

P5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	34	35.4	35.4	35.4
	1.00	62	64.6	64.6	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

P6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	58	60.4	60.4	60.4
	1.00	38	39.6	39.6	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

P7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	59	61.5	61.5	61.5
	1.00	37	38.5	38.5	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

P8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	57	59.4	59.4	59.4
	1.00	39	40.6	40.6	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

P9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	56	58.3	58.3	58.3
	1.00	40	41.7	41.7	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

P10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	63	65.6	65.6	65.6
	1.00	33	34.4	34.4	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

P11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	59	61.5	61.5	61.5
	1.00	37	38.5	38.5	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

P12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	60	62.5	62.5	62.5
	1.00	36	37.5	37.5	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	17	17.7	17.7	17.7
	2.00	22	22.9	22.9	40.6
	3.00	15	15.6	15.6	56.3
	4.00	42	43.8	43.8	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	23	24.0	24.0	24.0
	2.00	19	19.8	19.8	43.8
	3.00	27	28.1	28.1	71.9
	4.00	27	28.1	28.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	45	46.9	46.9	46.9
	2.00	14	14.6	14.6	61.5
	3.00	23	24.0	24.0	85.4
	4.00	14	14.6	14.6	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	20	20.8	20.8	20.8
	2.00	27	28.1	28.1	49.0
	3.00	24	25.0	25.0	74.0
	4.00	25	26.0	26.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	15	15.6	15.6	15.6
	2.00	31	32.3	32.3	47.9
	3.00	29	30.2	30.2	78.1
	4.00	21	21.9	21.9	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	28	29.2	29.2	29.2
	2.00	21	21.9	21.9	51.0
	3.00	30	31.3	31.3	82.3
	4.00	17	17.7	17.7	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	29	30.2	30.2	30.2
	2.00	35	36.5	36.5	66.7
	3.00	19	19.8	19.8	86.5
	4.00	13	13.5	13.5	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	25	26.0	26.0	26.0
	2.00	25	26.0	26.0	52.1
	3.00	18	18.8	18.8	70.8
	4.00	28	29.2	29.2	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	21	21.9	21.9	21.9
	2.00	32	33.3	33.3	55.2
	3.00	14	14.6	14.6	69.8
	4.00	29	30.2	30.2	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	26	27.1	27.1	27.1
	2.00	30	31.3	31.3	58.3
	3.00	17	17.7	17.7	76.0
	4.00	23	24.0	24.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	23	24.0	24.0	24.0
	2.00	23	24.0	24.0	47.9
	3.00	35	36.5	36.5	84.4
	4.00	15	15.6	15.6	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	26	27.1	27.1	27.1
	2.00	17	17.7	17.7	44.8
	3.00	27	28.1	28.1	72.9
	4.00	26	27.1	27.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	27	28.1	28.1	28.1
	2.00	9	9.4	9.4	37.5
	3.00	24	25.0	25.0	62.5
	4.00	36	37.5	37.5	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	29	30.2	30.2	30.2
	2.00	21	21.9	21.9	52.1
	3.00	16	16.7	16.7	68.8
	4.00	30	31.3	31.3	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	20	20.8	20.8	20.8
	2.00	20	20.8	20.8	41.7
	3.00	37	38.5	38.5	80.2
	4.00	19	19.8	19.8	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	21	21.9	21.9	21.9
	2.00	18	18.8	18.8	40.6
	3.00	40	41.7	41.7	82.3
	4.00	17	17.7	17.7	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	28	29.2	29.2	29.2
	2.00	21	21.9	21.9	51.0
	3.00	29	30.2	30.2	81.3
	4.00	18	18.8	18.8	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	27	28.1	28.1	28.1
	2.00	32	33.3	33.3	61.5
	3.00	19	19.8	19.8	81.3
	4.00	18	18.8	18.8	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	20	20.8	20.8	20.8
	2.00	22	22.9	22.9	43.8
	3.00	31	32.3	32.3	76.0
	4.00	23	24.0	24.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

S20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	36	37.5	37.5	37.5
	2.00	17	17.7	17.7	55.2
	3.00	26	27.1	27.1	82.3
	4.00	17	17.7	17.7	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	46	47.9	47.9	47.9
	1.00	50	52.1	52.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	44	45.8	45.8	45.8
	1.00	52	54.2	54.2	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	48	50.0	50.0	50.0
	1.00	48	50.0	50.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	57	59.4	59.4	59.4
	1.00	39	40.6	40.6	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	38	39.6	39.6	39.6
	1.00	58	60.4	60.4	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	48	50.0	50.0	50.0
	1.00	48	50.0	50.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	44	45.8	45.8	45.8
	1.00	52	54.2	54.2	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	46	47.9	47.9	47.9
	1.00	50	52.1	52.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	49	51.0	51.0	51.0
	1.00	47	49.0	49.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	53	55.2	55.2	55.2
	1.00	43	44.8	44.8	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	46	47.9	47.9	47.9
	1.00	50	52.1	52.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	45	46.9	46.9	46.9
	1.00	51	53.1	53.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	57	59.4	59.4	59.4
	1.00	39	40.6	40.6	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	42	43.8	43.8	43.8
	1.00	54	56.3	56.3	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	45	46.9	46.9	46.9
	1.00	51	53.1	53.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	54	56.3	56.3	56.3
	1.00	42	43.8	43.8	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	49	51.0	51.0	51.0
	1.00	47	49.0	49.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Per18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	49	51.0	51.0	51.0
	1.00	47	49.0	49.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

5. Analisis Bivariat

Pengetahuan * Perilaku Pengendalian DBD

Crosstab					
			Perilaku Pengendalian DBD		
			Tidak Baik	Baik	Total
Pengetahuan	Tidak Baik	Count	28	7	35
		% within Pengetahuan	80.0%	20.0%	100.0%
	Baik	Count	15	46	61
		% within Pengetahuan	24.6%	75.4%	100.0%
Total		Count	43	53	96
		% within Pengetahuan	44.8%	55.2%	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	27.612 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	25.417	1	.000		
Likelihood Ratio	28.962	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	27.324	1	.000		
N of Valid Cases	96				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.68.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Tidak Baik / Baik)	12.267	4.456	33.771
For cohort Perilaku Pengendalian DBD = Tidak Baik	3.253	2.034	5.203
For cohort Perilaku Pengendalian DBD = Baik	.265	.135	.522
N of Valid Cases	96		

Sikap * Perilaku Pengendalian DBD

Crosstab

			Perilaku Pengendalian DBD		
			Tidak Baik	Baik	Total
Sikap Negatif	Count		28	20	48
	% within Sikap		58.3%	41.7%	100.0%
Positif	Count		15	33	48
	% within Sikap		31.3%	68.8%	100.0%
Total	Count		43	53	96
	% within Sikap		44.8%	55.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	7.119 ^a	1	.008		
Continuity Correction ^b	6.066	1	.014		
Likelihood Ratio	7.214	1	.007		
Fisher's Exact Test				.013	.007
Linear-by-Linear Association	7.045	1	.008		
N of Valid Cases	96				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap (Negatif / Positif)	3.080	1.333	7.118
For cohort Perilaku Pengendalian DBD = Tidak Baik	1.867	1.152	3.026
For cohort Perilaku Pengendalian DBD = Baik	.606	.412	.891
N of Valid Cases	96		

Lampiran 7 Dokumentasi Penelitian

Wawancara Responden



Observasi

