

**HUBUNGAN FAKTOR-FAKTOR DALAM TEORI *HEALTH BELIEF MODEL*
DENGAN *MAYA INDEX* DI KELURAHAN BANDUNGREJOSARI
KECAMATAN SUKUN, KOTA MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



Oleh :

Devi Annisa

155070101111020

**PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG**

2018

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

HUBUNGAN FAKTOR-FAKTOR DALAM TEORI HEALTH BELIEF MODEL
DENGAN MAYA INDEX DI KELURAHAN BANDUNGREJOSARI KECAMATAN
SUKUN, KOTA MALANG

Oleh:

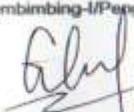
DEVI ANNISA
155070101111020

Telah diuji pada
Hari: Jumat
Tanggal: 30 November 2018
dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I


Dr. dr. Karyono Mintarroom, Sp.PA
NIP. 195011161980021001

Pembimbing-I/Penguji-II


Dr. Lilik Zuhriyah, SKM., M.Kes
NIP. 197306061997022001

Pembimbing-II/Penguji-III


dr. Fityo Yudhinata Brian N. M.Biomed
NIP. 2018079008141001

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Dokter.


dr. Triwahju Astitul, M.Kes., Sp.P(K)
NIP. 198310221996012001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : DEVI ANNISA

NIM : 155070101111020

Program Studi : Program Studi Pendidikan Dokter

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan dan pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang,

Yang membuat pernyataan,

Devi Annisa

NIM : 155070101111020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya, penulisan tugas akhir ini dapat diselesaikan dengan baik. Shalawat serta salam selalu turunkan kepada Rasulullah Muhammad Shalallahu Alaihi Wasallam, keluarga, para sahabat, dan pengikut beliau yang telah membawa dunia ini dari zaman kegelapan menuju zaman terang – benderang.

Penelitian dalam tugas akhir ini berjudul “Hubungan Faktor-Faktor dalam Teori *Health Belief Model* dengan *Maya Index* di Kelurahan Bandungrejosari Kecamatan Sukun, Kota Malang”. Tugas akhir ini diajukan untuk memenuhi persyaratan Pendidikan Sarjana Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes, selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya atas ilmu dan bimbingannya selama menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
2. dr. Tri Wahyu Astuti, M.Kes, Sp.P(K), selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya atas motivasi-motivasi penting yang telah diberikan untuk membangun semangat mahasiswa FK.
3. Dr. Lilik Zuhriyah, SKM., M.Kes selaku pembimbing pertama, atas bimbingan ilmu, kesabaran, kebaikan hati, kesediaan waktu, dan semangatnya dalam penyusunan tugas akhir ini sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik.

4. dr. Rivo Yudhinata Brian Nugraha, M.Biomed selaku pembimbing kedua, atas bimbingan, kesediaan waktu, dan kebaikan hati dalam penyusunan tugas akhir ini sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik.

5. Dr. dr. Karyono Mintaroem, Sp.PA selaku penguji tugas akhir penulis, yang telah memberi saran yang sangat bermanfaat, ilmu, dan kesediaan waktu dalam pengerjaan tugas akhir.

6. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas akhir FKUB, yang telah membantu melancarkan urusan administrasi, sehingga penulis dapat melaksanakan Tugas Akhir dengan lancar.

7. Yang tercinta, ibunda Yuni Mas Dewi dan ayahanda Noviardi Kuswan, terima kasih atas doa, kasih sayang, motivasi, semangat, dan dukungannya dalam hal ilmu dan finansial selama ini, serta Esti Asadina dan M. Kaka Ihsananda selaku saudara kandung penulis terimakasih atas motivasi dan dukungannya.

8. M. Furqon yang telah memberi banyak dukungan, bantuan, saran, dan selalu mendampingi selama proses pengerjaan hingga ujian.

9. Teman – teman penulis, Jessi Erizka Wati, Rizqina Permatasari Hidayat, Rafri Dinda Berbudhi Mulia, Colleen Inas Pratiwi serta teman-teman les kelompok “Zuke” atas masukan serta dukungannya.

10. Teman-teman Pendidikan Dokter angkatan 2015, terutama teman-teman PD-A serta teman-teman FIND Malang yang telah menemani perjuangan penulis dalam menempuh pendidikan di FKUB.

11. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari tugas akhir ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena

itu, penulis sangat mengharapkan saran dan masukan yang membangun.

Semoga karya tulis ini dapat menambah wawasan ilmu dan bermanfaat bagi

semua pihak.

Malang, 28 November 2018

Penulis



ABSTRAK

Annisa, Devi 2018. Hubungan Faktor- Faktor dalam Teori *Health Belief Model* dengan *Maya Index* di Kelurahan Bandungrejosari Kecamatan Sukun, Kota Malang. Tugas Akhir, Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Dr. Lilik Zuhriyah, SKM., M.Kes., (2) dr. Rivo Yudhinata Brian Nugraha, M.Biomed

Jentik nyamuk *Aedes aegypti* paling banyak ditemukan di pemukiman yang padat penduduk dengan sanitasi yang kurang baik. Tingginya populasi nyamuk pada suatu wilayah mengindikasikan tingginya transmisi virus *dengue* di wilayah tersebut. Secara global Angka kejadian DBD meningkat dengan sangat cepat setiap tahunnya. Pada tahun 2016 sampai April 2017 tercatat sebanyak 29 kasus DBD di Kelurahan Bandungrejosari Kecamatan Sukun Kota Malang. Penyebaran DBD yang sangat cepat dipengaruhi oleh tingkat kebersihan suatu wilayah yang dapat diukur dengan *Maya Index*. Status kebersihan lingkungan dan ketersediaan tempat berkembangbiakan nyamuk dipengaruhi oleh perilaku dan persepsi individu dalam melakukan perilaku sehat. Persepsi individu dalam melakukan atau memilih perilaku sehat dikaji dalam teori *Health Belief Model* (HBM) meliputi persepsi individu tentang kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan, kepercayaan diri untuk melakukan perilaku sehat, dan isyarat untuk bertindak. Tujuan penelitian ini adalah menganalisa hubungan faktor- faktor dalam teori HBM dengan *Maya Index* di kelurahan Bandungrejosari Kecamatan Sukun, Kota Malang. Penelitian ini menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* pada 87 sampel. Analisis data menggunakan uji *Chi square Linear by Linear* ($d=0,05$). Hasil penelitian menunjukkan tidak satupun faktor dalam teori HBM memiliki hubungan dengan *Maya Index* ($p > 0,05$). Namun secara keseluruhan responden mempunyai persepsi baik dan status *Maya Index* rendah (70,1%). Penelitian lanjutan dengan sampel yang lebih besar dan modifikasi instrumen perlu dilakukan untuk mengkaji hubungan faktor-faktor dalam teori HBM dengan *Maya Index* atau angka kepadatan vektor lainnya.

Kata kunci: Demam Berdarah *Dengue*, *Health Belief Model*, BRI, HRI, *Maya Index*, Malang

ABSTRACT

Annisa, Devi. 2018. Association of Factors in *Health Belief Model's Theory* with *Maya Index* in Bandungrejosari Sukun, Malang. Final Project, Medical Education Study Program, Faculty of Medicine, Brawijaya Universty. Supervisor: (1) Dr. Lilik Zuhriyah, SKM., M.Kes., (2) dr. Rivo Yudhinata Brian Nugraha, M.Biomed

The larvae of *Aedes aegypti* are most commonly found in densely populated settlements with poor sanitation. The high mosquito population in an area indicates the high transmission of dengue virus in the region. Globally, the incidence of DHF increases very rapidly every year. In 2016 until April 2017 there were 29 dengue cases in Bandungrejosari Village Sukun, Malang. The rapid spread of DHF is influenced by the level of cleanliness of an area that can be measured by Maya Index. The status of environmental cleanliness and availability of mosquito breeding sites is influenced by the behavior and perceptions of individuals in carrying out healthy behaviors. Individual perceptions in conducting or choosing healthy behaviors are reviewed in the Health Belief Model (HBM) theory contains individual perceptions of vulnerability, severity, benefits, barriers, confidence in carrying out healthy behaviors, and cues to action. The purpose of this study was to analyze factors in HBM theory associated with Maya Index in Bandungrejosari village Sukun, Malang. This study used an observational analytic design with cross sectional approach in 87 samples. Data analysis using Chi square Linear by Linear test ($d= 0,05$). The results showed that none of the factors in HBM had a relationship with Maya Index ($p>0,05$). However, most of respondent have good perceptions and low Maya Index status (70.1%). Further research with larger samples and modifications to the instrument needs to be done to examine the relationship of factors in HBM theory with Maya Index or other vector density numbers.

Keywords: Dengue Hemorrhagic Fever, Health Belief Model, BRI, HRI, Maya Index, Malang

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.1 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Akademik.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Teori <i>Helath Belief Model</i>	8
2.2 Breeding Risk Indicator (BRI) dan Hygine Risk Indicator (HRI).....	7

2.3	<i>Maya Index</i>	8
2.4	Demam Berdarah <i>Dengue</i>	10
2.4.1	Pengertian Demam Berdarah <i>Dengue</i>	10
2.4.2	Etiologi Demam Berdarah <i>Dengue</i>	10
2.4.3	Epidemiologi Demam Berdarah <i>Dengue</i>	10
2.4.4	Penularan <i>Dengue</i>	11
2.4.5	Morfologi <i>Aedes aegypti</i>	12
2.4.5.1	Telur <i>Aedes aegypti</i>	12
2.4.5.2	Jentik atau Larva <i>Aedes aegypti</i>	13
2.4.5.3	Pupa <i>Aedes aegypti</i>	13
2.4.5.4	Nyamuk Dewasa <i>Aedes aegypti</i>	13
2.4.6	Siklus Hidup Nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	14
2.4.7	Habitat dan Tempat Perindukan Nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	16
2.4.8	Kepadatan Vektor <i>dengue</i>	17
2.4.9	Pengendalian Penyakit.....	18
2.4.9.1	Pengendalian Vektor.....	18
2.4.9.2	Pemberantasan jentik <i>Aedes aegypti</i>	19
	BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	21
3.1	Kerangka Konsep.....	22
3.2	Hipotesis Penelitian.....	23
	BAB IV METODE PENELITIAN	24
4.1	Rancangan penelitian.....	24
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian.....	24

4.3 Estimasi Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel	25
4.3.1 Estimasi Besar Sampel	25
4.3.2 Teknik Pengambilan Sampel	25
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	26
4.5 Variabel Penelitian	26
4.6 Definisi Operasional	27
4.7 Instrumen Penelitian	33
4.8 Pengumpulan Data	33
4.8.1 Jenis dan Sumber Data	33
4.8.2 Cara Pengumpulan Data	34
4.9 Pengolahan Data dan Analisis Data	34
4.9.1 Pengolahan Data	34
4.9.2 Analisis Data	35
4.10 Jadwal Kegiatan	36
BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA	37
5.1 Deskripsi Data Penelitian	37
5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian	37
5.1.2 Gambaran Umum Responden	38
5.2 Analisis Data	39
5.2.1 Analisis Data	39
5.2.1.1 Faktor- Faktor dalam Teori <i>Health Belief Model</i>	39
5.2.1.2 Keberadaan Jentik Nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	46
5.2.1.3 <i>Maya Index</i>	47

5.2.2 Analisis Bivariat.....	48
5.2.2.1 Hubungan Persepsi tentang Kerentanan dengan <i>Maya Index</i>	48
5.2.2.2 Hubungan Persepsi tentang Keparahan dengan <i>Maya Index</i>	49
5.2.2.3 Hubungan Persepsi tentang Manfaat dengan <i>Maya Index</i>	49
5.2.2.4 Hubungan Persepsi tentang Hambatan dengan <i>Maya Index</i>	50
5.2.2.5 Hubungan Persepsi tentang Kepercayaan Diri dengan <i>Maya Index</i>	51
5.2.2.6 Hubungan Isyarat untuk Bertindak dengan <i>Maya Index</i>	51
5.2.3 Rangkuman Keseluruhan Analisis Bivariat	52
BAB VI PEMBAHASAN	53
6.1 Hubungan Persepsi tentang Kerentanan dengan <i>Maya Index</i>	53
6.2 Hubungan Persepsi tentang Keparahan dengan <i>Maya Index</i>	54
6.3 Hubungan Persepsi tentang Manfaat dengan <i>Maya Index</i>	56
6.4 Hubungan Persepsi tentang Hambatan dengan <i>Maya Index</i>	58
6.5 Hubungan Persepsi tentang Kepercayaan Diri dengan <i>Maya Index</i>	60
6.6 Hubungan Isyarat untuk Bertindak dengan <i>Maya Index</i>	62
6.7 Hambatan dan Kelemahan Penelitian.....	64
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	65
7.1 Kesimpulan	65
7.2 Saran.....	65
DAFTAR PUSTAKA	67
LAMPIRAN	71

DAFTAR GAMBAR

HALAMAN

Gambar 1 Telur *Aedes aegypti* 12

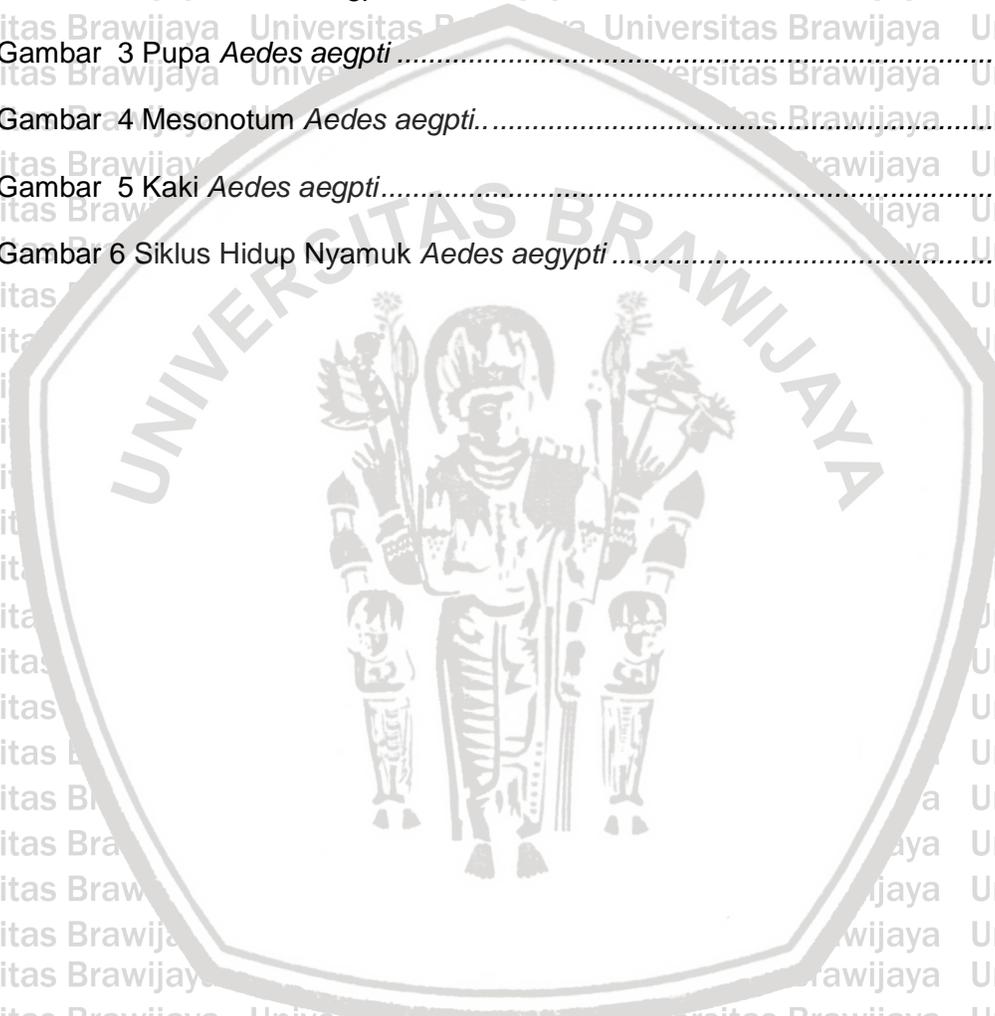
Gambar 2 Larva *Aedes aegypti* 13

Gambar 3 Pupa *Aedes aegypti* 13

Gambar 4 Mesonotum *Aedes aegypti* 14

Gambar 5 Kaki *Aedes aegypti* 14

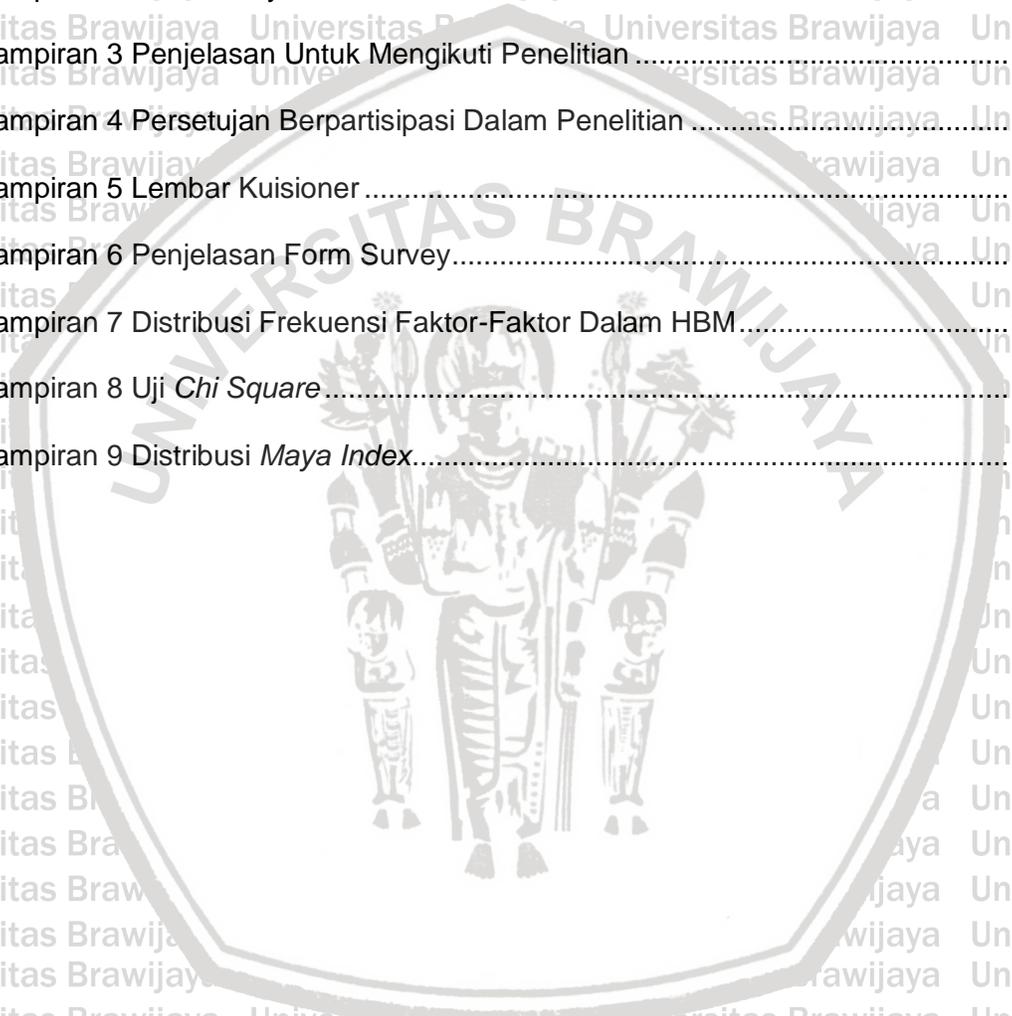
Gambar 6 Siklus Hidup Nyamuk *Aedes aegypti* 14



DAFTAR LAMPIRAN

HALAMAN

Lampiran 1 Surat Inform Consent.....	71
Lampiran 2 Surat Kelayakan Etik.....	72
Lampiran 3 Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian.....	73
Lampiran 4 Persetujuan Berpartisipasi Dalam Penelitian.....	75
Lampiran 5 Lembar Kuisisioner.....	76
Lampiran 6 Penjelasan Form Survey.....	81
Lampiran 7 Distribusi Frekuensi Faktor-Faktor Dalam HBM.....	83
Lampiran 8 Uji <i>Chi Square</i>	91
Lampiran 9 Distribusi <i>Maya Index</i>	95



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jentik nyamuk *Aedes aegypti* paling banyak ditemukan di pemukiman yang padat penduduk dengan sanitasi yang kurang baik. Tingginya populasi nyamuk pada suatu wilayah mengindikasikan tingginya transmisi virus *dengue* di wilayah tersebut. Kondisi tersebut kemudian diperburuk dengan pemahaman masyarakat yang kurang tentang Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dan juga partisipasi masyarakat yang sangat rendah (Sofia, Suhartono, Nur Endah Wahyuningsih, 2014).

Demam Berdarah *Dengue* merupakan salah satu penyakit infeksi tropis dengan angka kematian yang cukup tinggi di dunia. Penyakit ini disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Ae. aegypti*, *Ae. albopictus*, dan juga kadang-kadang ditularkan oleh *Aedes polynesiensis* dan beberapa spesies nyamuk lainnya yang aktif menghisap darah pada waktu siang hari. Nyamuk yang bertindak sebagai vektor *dengue* ini bersifat *antropofilik* yaitu lebih senang menghisap darah manusia dibandingkan dengan menghisap darah hewan (Sudarto, 2012).

Secara global, angka kejadian DBD meningkat dengan sangat cepat pada setiap tahunnya. Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 1996-2005 dilaporkan sebanyak 0,4-1,3 juta kasus DBD dalam setiap tahunnya. Pada tahun 2010 kasus DBD meningkat menjadi 3,2 juta kasus. Lima negara dengan angka kejadian DBD tertinggi di dunia adalah Brazil yaitu dengan 447.446 kasus, disusul Indonesia dengan 129.435 kasus kemudian disusul oleh

Vietnam dengan 91.321 kasus, Mexico 75.353 kasus dan Venezuela dengan 61.612 kasus (Wirawan, 2016)

Indonesia merupakan salah satu negara endemis DBD dimana jumlah penduduk yang menderita penyakit DBD semakin meningkat dari tahun ke tahun.

Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2016, jumlah penderita DBD di Indonesia sebanyak 8.487 orang dengan 180 kematian.

Golongan terbanyak yang menderita DBD adalah usia 5-14 tahun yang mencapai 43,44% dan usia 15-44 tahun mencapai angka 33,25% (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Menurut data dan informasi profil kesehatan Indonesia 2016, Jawa Timur merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang menyandang predikat tertinggi untuk kasus DBD yaitu pada tahun 2016 tercatat sebanyak 24.005 kasus DBD dengan insiden rate per 1000 penduduk adalah 61,43 kasus dengan 340 kematian (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Kelurahan Bandungrejosari adalah bagian dari wilayah Kecamatan Sukun Kota Malang dengan kepadatan penduduk yang tinggi yaitu 30.133 jiwa dengan luas wilayah sekitar 4.452 Ha dengan kasus kejadian DBD yang cukup tinggi pula. Pada bulan Februari 2016 tercatat 2 kasus, sedang pada bulan Maret 1 kasus, bulan Juni 3 kasus dan memuncak pada bulan Mei yaitu dengan 16 kasus DBD. Jumlah penderita DBD di kelurahan Bandungrejosari hingga bulan Desember 2016 mencapai 22 kasus tanpa kasus kematian. Pada tahun 2017 tercatat 7 kasus DBD hingga bulan April 2017, yaitu 2 kasus pada bulan Januari, 2 kasus pada bulan Maret dan 2 kasus pada bulan April (Bidang P2PL Dinkes Kota Malang, 2017).

Penularan DBD yang sangat cepat dipengaruhi oleh penambahan jumlah penduduk dan angka kepadatan vektor nyamuk yang cepat pula. Angka kepadatan vektor nyamuk bisa dilihat dari kepadatan jentik yang menggunakan indikator seperti *Container Index* (CI), *House Index* (HI), dan *Breteau Index* (BI). Namun index-index tersebut belum mampu menggambarkan kondisi lingkungan terkait segi bionomik.

Oleh karena itu, dibutuhkan juga data lingkungan terkait kebersihan seperti *Maya Index*. *Maya Index* itu sendiri adalah indikator baru untuk mengidentifikasi suatu area berisiko sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk *Ae. aegypti*. *Maya Index* diperoleh dengan mengacu pada dua indikator yaitu indikator risiko perkembangbiakan/ *Breeding Risk Indicator* (BRI) dan risiko kebersihan lingkungan/ *Hygiene Risk Indicator* (HRI) yang masing-masing dikategorikan ke dalam tiga tingkatan risiko yaitu tinggi, sedang, dan rendah (Rokhmawanti dkk, 2015).

Dalam kajian psikologi kesehatan, persepsi individu dalam melakukan atau memilih perilaku sehat dikaji dalam teori *Health Belief Model* (HBM). HBM adalah model kepercayaan kesehatan individu dalam menentukan sikap melakukan atau tidak melakukan perilaku sehat (Conner, 2005 **dalam** Fanani, S. & Dewi, 2014). Teori HBM sendiri dalam perkembangannya terdapat 6 konsep yaitu persepsi tentang kerentanan, persepsi tentang keparahan suatu penyakit, persepsi tentang manfaat perilaku sehat yang dilakukan, persepsi tentang hambatan dalam melakukan perilaku sehat, persepsi tentang kepercayaan diri untuk melakukan perilaku sehat dan isyarat untuk melakukan suatu tindakan (Karen et al, 2008). Teori HBM seringkali digunakan sebagai indikator penilaian sikap individu untuk berperilaku sehat (Karen et al, 2008). Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan perilaku sehat

adalah perilaku masyarakat dalam upaya pencegahan jentik yang berpotensi menjadi DBD. Hasil dari perilaku dapat dilihat dari angka kepadatan vektor.

Sementara tingkat kebersihan bisa dilihat dengan indikator kebersihan yaitu *Maya Index* (Purnama dan Baskoro, 2012). Peneliti berasumsi bahwa nilai *Maya Index* yang rendah mencerminkan HI/BI/CI yang rendah pula. Namun penelitian terkait HBM dikaitkan dengan *Maya Index* masih terbatas.

Oleh karena itu, merujuk pada fakta tersebut maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor dalam Teori HBM yang berhubungan dengan *Maya Index* di kelurahan Bandungrejosari Kota Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Apa sajakah faktor-faktor dalam teori HBM yang berhubungan dengan *Maya Index* di kelurahan Bandungrejosari?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor dari HBM yang berhubungan dengan *Maya Index* di kelurahan Bandungrejosari.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a) mengetahui persepsi tentang kerentanan warga Bandungrejosari terhadap DBD
- b) mengetahui persepsi tentang kaparahannya dari penyakit DBD menurut warga Bandungrejosari

c) mengetahui persepsi tentang manfaat pencegahan DBD bagi warga

Bandungrejosari

d) mengetahui persepsi tentang hambatan warga Bandungrejosari dalam melakukan tindakan pencegahan terhadap DBD

e) mengetahui Isyarat untuk bertindak yang dilakukan warga Bandungrejosari dalam upaya pencegahan DBD

f) mengetahui persepsi tentang kepercayaan diri warga Bandungrejosari untuk melakukan tindakan pencegahan terhadap DBD

g) mengetahui hubungan antara faktor-faktor dalam teori HBM dengan *Maya*

Index di Kelurahan Bandungrejosari Kecamatan Sukun Kota Malang

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademis

a) menambah dan memperluas pengetahuan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan *Maya Index* di kelurahan Bandungrejosari

b) menjadikan hasil penelitian sebagai referensi yang berkaitan dengan *Maya Index* terhadap kejadian DBD

1.4.2 Manfaat Praktis

a) membantu memecahkan masalah yang ada di masyarakat terutama untuk mencegah terjadinya DBD

b) sebagai tambahan informasi dan evaluasi bagi Jumantik, kader kesehatan dan masyarakat dalam melaksanakan pemeriksaan atau pengamatan jentik secara berkala tertuma tentang objek yang sering ditempati oleh jentik nyamuk

c) sebagai bukti akan pentingnya menjaga kebersihan lingkungan yang berhubungan terhadap nilai *Maya Index*



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori *Health Belief Model*

Health Belief Model berisi beberapa konsep utama yang memprediksi alasan seseorang untuk melakukan suatu pencegahan, skrining dan pengendalian suatu penyakit termasuk kerentanan, keseriusan, manfaat dan hambatan terhadap perilaku, isarat untuk bertindak, dan kepercayaan diri seseorang untuk melakukan suatu tindakan (Karen et al, 2008).

Dalam teori HBM terdapat 6 konsep, yaitu:

1. *Perceived Susceptibility* (persepsi tentang kerentanan). Persepsi tentang kerentanan mengacu pada keyakinan seseorang bahwa penyakit tersebut bisa menyerang siapa saja termasuk dirinya sendiri. Misalnya, seorang wanita percaya bahwa ada kemungkinan dirinya terkena DBD.
2. *Perceived Severity* (persepsi tentang keparahan). Persepsi tentang keparahan mengacu pada keyakinan seseorang bahwa penyakit tersebut bisa menyebabkan kematian, kecacatan, rasa sakit dan kemungkinan konsekuensi sosial seperti efek pada pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial.
3. *Perceived of Benefit* (persepsi tentang manfaat). Persepsi tentang manfaat merupakan suatu keadaan dimana seorang individu merasa yakin bahwa apa yang telah dilakukan akan bermanfaat untuk mencegah terjadinya suatu penyakit. Misalnya seorang wanita yakin bahwa dengan menggunakan *lotion* anti nyamuk dirinya akan terhindar dari penyakit DBD.

4. *Perceived of Barriers* (persepsi tentang hambatan). Persepsi tentang hambatan mengacu pada hambatan yang ditemui seseorang untuk berperilaku sehat yang menyebabkan individu tersebut ragu untuk melakukan perubahan seperti khawatir tidak cocok, tidak senang, dan gugup.

5. *Self efficacy* (persepsi tentang kepercayaan diri). Persepsi tentang kepercayaan diri mengacu pada kepercayaan diri seseorang akan kemampuan dirinya untuk melakukan suatu perilaku sehat .

6. *Cues to action* (isyarat untuk berperilaku sehat). Isyarat untuk berperilaku sehat merupakan kondisi dimana seseorang sudah merancang strategi untuk melakukan suatu perubahan. Hal tersebut ditandai dengan isyarat-isyarat untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku (Becker dkk, 1997 **dalam** Conner & Norman, 2003). Isyarat-isyarat tersebut berupa faktor-faktor eksternal maupun internal, misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran teman atau anggota keluarga lain, aspek sosiodemografis misalnya tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, pengasuhan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi, sosial dan budaya (Karen et al, 2008).

2.2 Breeding Risk Indicator (BRI) dan Hygine Risk Indicator (HRI)

Analisa Maya Index dilakukan dengan mengkategorikan kontainer yang diamati menjadi kontainer terkendali (*controllable container*) dan kontainer bekas (*disposable container*). Dari dua kategori kontainer tersebut maka dapat dihitung *Hygine Risk Indicator* (HRI) dan *Breeding Risk Indicator* (BRI) dari setiap rumah

yang diperiksa. Kontainer terkendali misalnya bak mandi, pot bunga, tampungan air di belakang kulkas, aquarium, tempat minum burung dan lain sebagainya sedangkan kontainer bekas contohnya adalah kaleng bekas, botol bekas, genangan air, pelastik bekas dan lain sebagainya (Rokhmawanti dkk, 2015).

BRI adalah pembagian jumlah *controllable container* (CC) di rumah tangga dengan rata-rata jentik positif di *controllable container* (CC) per rumah tangga. HRI adalah pembagian jumlah *disposable container* (DC) di rumah tangga dengan rata-rata *disposable container* (DC) per rumah tangga. Perhitungan HRI dan BRI tiap rumah menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{BRI} = \frac{\text{Jumlah CC tiap rumah}}{\text{Jumlah CC positif larva}} \quad \text{HRI} = \frac{\text{Jumlah DC tiap rumah}}{\text{Jumlah DC positif larva}}$$

Kedua indicator tersebut (BRI dan HRI) tiap rumah dikategorikan menjadi 3 yaitu redang, sedang dan tinggi yang kemudian dimasukkan dalam table 3x3 sehingga diperoleh *Maya Index* dengan kategori rendah, sedang dan tinggi (Danis-Lazano et al, 2002).

2.3 Maya Index

Maya Index adalah indikator baru untuk mengidentifikasi suatu area berisiko sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk *Ae. aegypti*. Hal ini didasarkan pada status kebersihan lingkungan/ *Hygine Risk Indicator* (HRI) dan ketersediaan tempat-tempat yang mungkin berpotensi sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk atau yang disebut sebagai *Breeding Risk Indicator* (BRI) (Rokhmawanti dkk, 2015).

Kedua indikator tersebut (BRI dan HRI) pada akhirnya akan dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu, tinggi, sedang dan rendah menurut distribusi tersier. Untuk mendapatkan *Maya Index* kedua kategori BRI dan HRI diplotkan dalam matriks 3x3 sehingga *Maya Index* dengan kategori tinggi, sedang, rendah dapat diperoleh. *Maya Index* dengan kategori tinggi berarti mempunyai risiko perkembangbiakan nyamuk yang tinggi begitu pula sebaliknya. *Maya Index* tinggi adalah BRI tinggi/HRI tinggi, BRI tinggi/HRI sedang, dan BRI sedang/HRI tinggi. Kategori sedang adalah BRI rendah/HRI tinggi, BRI sedang/HRI sedang, dan BRI tinggi/HRI rendah. Sementara, kategori rendah adalah BRI rendah/HRI rendah, BRI sedang/HRI rendah, BRI rendah/HRI sedang. BRI diperoleh dari jumlah kontainer yang bisa dikontrol dibagi dengan jumlah rata-rata kontainer yang dapat dikontrol yang mengandung larva *Ae. aegypti* per rumah diantara rumah yang di survey dalam sebuah komunitas, sedangkan HRI diperoleh dari jumlah kontainer yang akan dibuang dibagi dengan jumlah kontainer yang mengandung larva *Ae. aegypti* per rumah diantara rumah yang disurvey di sebuah komunitas (Danis-Lazano et al, 2002).

Penurunan *Maya Index* diperkirakan akan mengurangi beberapa index jumlah kepadatan larva *Ae. aegypti* yang meliputi *House Index* (HI), *Breteau Index* (BI), *Container Index* (CI) dan kombinasi dari ketiga index, yaitu *Density Index* (DI) (Danis-Lazano et al, 2002).

Tabel 2. 1 Matriks 3x3 Komponen *Breeding Risk Indicator* dan *Hyegine Risk Indicator* pada *Maya Index*

		BRI		
		1 (rendah)	2 (sedang)	3 (tinggi)
HRI	1 (rendah)	BRI 1/HRI 1 (rendah)	BRI2/HRI1 (rendah)	BRI3/HRI1 (sedang)
	2 (sedang)	BRI1/HRI2 (rendah)	BRI2/HRI2 (sedang)	BRI3/HRI2 (tinggi)
	3 (tinggi)	BRI1/HRI3 (sedang)	BRI2/HRI3 (tinggi)	BRI3/HRI3 (tinggi)

Sumber : Dhewantara, Pandji Wibawa dan Arda Dinata, 2012

2.4 Demam Berdarah *Dengue*

2.4.1 Pengertian Demam Berdarah *Dengue*

Demam berdarah *dengue* (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh salah satu dari empat serotipe virus *dengue* dari genus *Flavivirus* dan ditularkan oleh nyamuk *Ae. aegypti*. Virus *dengue* penyebab DBD ini diketahui memiliki 4 serotipe virus yaitu: DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Penyakit ini berbahaya karena dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat (Kementerian Kesehatan, 2016).

2.4.2 Etiologi Demam Berdarah *Dengue*

Demam Berdarah *dengue* (DBD) disebabkan oleh virus *dengue* yang termasuk dalam genus *Flavivirus*. Virus yang ditularkan melalui nyamuk *Ae. aegypti* ini tergolong ss RNA *positive-strand* virus dari keluarga *Flaviviridae*.

Terdapat empat serotipe virus DEN yang sifat antigeniknya berbeda, yaitu virus *dengue*-1 (DEN 1), virus *dengue*-2 (DEN 2), virus *dengue*-3 (DEN 3), dan virus *dengue*-4 (DEN 4). Virus DEN memiliki genom 11.000 basa yang mengkode tiga struktur protein, yaitu protein C, protein M dan protein E serta 7 monostruktur

protein (NS protein). Spesifikasasi virus *dengue* tersebut menunjukkan bahwa masing-masing serotipe virus *dengue* memiliki genotip yang berbeda (Soedarto, 2012).

2.4.3 Epidemiologi Demam Berdarah *Dengue*

Menurut Depkes RI (2010), penyakit DBD di Indonesia pada tahun 2008 tercatat 137.469 kasus 1.187 kasus diantaranya meninggal, CFR (*Case Fatality Rate*) sebesar 0,86%. Pada tahun 2009 terdapat 154.855 kasus, 1.384 kasus diantaranya meninggal, CFR (*Casae Fatality Rate*) 0,89% (Nisa, Notoatmojo dan Rohmani, 2013). Berdasarkan laporan Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, kasus DBD pada tahun 2010 sebanyak 148.560 kasus dan mengalami penurunan drastis di tahun 2011 yaitu sebanyak 49.869 kasus. Namun demikian, ditinjau dari *Case Fatality Rate* (CFR) tidak jauh berbeda yaitu masing-masing 0,86% dan 0,89% (Ditjen PP dan PL, 2014 **dalam** Hendri, Santya and Prasetyowati, 2015).

Pada tahun 2012 terdapat 14 kabupaten atau kota dari 8 provinsi yang melaporkan adanya KLB DBD dimana pada tahun tersebut kasus secara keseluruhan mengalami peningkatan daripada tahun sebelumnya yaitu sebanyak 90.245 kasus dengan CFR 0,9% (Ditjen PP dan PL, 2012 **dalam** Hendri, Santya and Prasetyowati, 2015).

Pada bulan Januari- Februari 2016 Kementerian Kesehatan RI mencatat jumlah penderita DBD di Indonesia sebanyak 8.487 orang dengan 108 kasus kematian. Golongan terbanyak yang mengalami DBD di Indonesia pada usia 5-14

tahun mencapai 43,44% dan usia 15-44 tahun mencapai 33,25 % (Kementrian Kesehatan RI, 2016).

2.4.4 Penularan *Dengue*

Dengue ditularkan pada manusia terutama oleh nyamuk *Ae. aegypti* dan nyamuk *Ae. albopictus*, dan juga kadang-kadang ditularkan oleh *Ae. polynesiensis* dan beberapa spesies nyamuk lainnya yang aktif menghisap darah pada waktu siang hari. Sesudah darah yang infeksi terhisap nyamuk, virus memasuki kelenjar liur nyamuk (*salivary gland*) lalu berkembang biak menjadi infeksi dalam waktu 8-10 hari, yang disebut masa inkubasi ekstrinsik (*ektrinsik incubation periode*). Sekali virus memasuki tubuh nyamuk dan berkembang biak, nyamuk akan tetap infeksi seumur hidupnya (Soedarto, 2012).

Virus *dengue* ditularkan dari seorang penderita ke orang lain melalui gigitan nyamuk *Ae. aegypti*. Virus *dengue* berkembang biak di dalam tubuh manusia, dan memerlukan waktu inkubasi sekitar 45 hari (*intrinsic incubtion periode*) sebelum dapat menimbulkan penyakit *dengue*. Penularan virus *dengue* terjadi melalui dua pola umum yaitu *dengue* epidemik dan *dengue* hiperendemik.

Penularan *dengue* epidemik terjadi bila virus *dengue* memasuki suatu daerah terisolasi, meskipun hanya melibatkan satu serotipe virus *dengue* (Soedarto, 2012). Penyebaran *dengue* hiperendemik memiliki ciri khas berupa sirkulasi atau adanya perputaran beberapa serotipe virus *dengue* di suatu daerah dimana jumlah hospes besar dan vektor penularannya terus menerus dijumpai di daerah tersebut dan tidak dipengaruhi musim. Pola penularan ini merupakan pola penularan utama dalam penyebaran global infeksi *dengue* (Soedarto, 2012).

2.4.5 Morfologi *Aedes aegypti*

2.4.5.1 Telur *Aedes aegypti*

Telur *Ae. aegypti* memiliki bentuk seperti *rugby shape* dengan ukuran sekitar 0,8 mm dan warna dominan hitam. Satu ekor nyamuk *Aedes aegypti* dewasa akan menghasilkan 100-300 telur dan menetas 1-2 hari didalam air setelah diletakkan di dinding *container* air (Suyanto, Sri Darnoto, 2011).



Gambar 1. Telur *Aedes aegypti* (Ishartadiati, 2009)

2.4.5.2. Jentik atau Larva *Aedes aegypti*

Berbeda dengan jentik pada spesies nyamuk lainnya *siphon* jentik *Aedes sp* memiliki bentuk yang lebih pendek, gemuk dan berwarna lebih gelap. Pada permukaan air larva akan terlihat berada pada sudut permukaan (Laboratorium Parasitologi FKUB, 2015). Selama di air jentik atau larva akan mengalami empat masa pertumbuhan. Pertumbuhan tersebut akan ditandai dengan adanya pergantian kulit (*molting*) dan saat pergantian kulit terakhir akan menjadi kepompong (Suyanto, Sri Darnoto, 2011).



Gambar 2. Larva *Aedes aegypti* (Ishartadiati, 2009)

2.4.5.3 Pupa *Aedes aegypti*

Pupa atau kepompong *Ae. aegypti* memiliki bentuk seperti terompet yang panjang dan ramping (Laboratorium Parasitologi FKUB, 2015).



Gambar 3. Pupa *Aedes aegypti* (CDCP, 2012)

2.4.5.4 Nyamuk Dewasa *Aedes aegypti*

Nyamuk *Ae. aegypti* yang sudah dewasa memiliki bentuk yang khas pada punggungnya (*mesonotum*) dimana *Ae. aegypti* mempunyai gambaran punggung berbentuk garis seperti lyre dengan dua garis lengkung dan dua garis lurus putih.



Gambar 4. *Mesonotum Aedes aegypti* (Leopoldo, 2004 **dalam** Rahayu and Ustiawan, 2013)

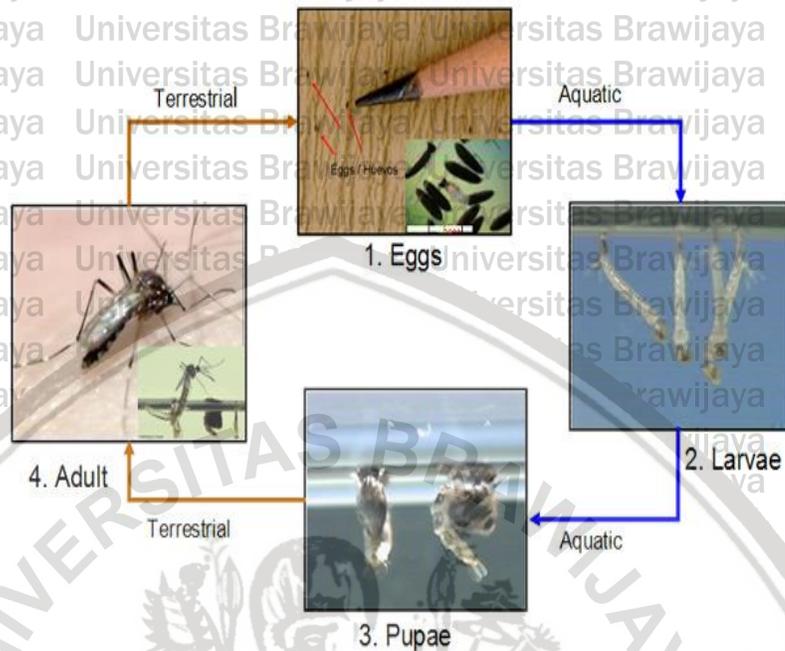
Selain itu bagian anterior pada kaki *Ae. aegypti* bagian femur kaki tengah terdapat *strip* putih memanjang.



Gambar 5 : Kaki *Aedes aegypti* (Leopoldo, 2004 **dalam** Rahayu and Ustiawan, 2013)

2.4.6 Siklus Hidup Nyamuk *Aedes aegypti*

Siklus hidup nyamuk nyamuk *Ae. aegypti* mengalami metamorfosis sempurna yang terdiri dari empat tahap (stadium). Waktu yang dibutuhkan dari telur hingga dewasa yaitu 7-14 hari.



Gambar 6. Siklus Hidup Nyamuk *Aedes aegypti* (CDC, 2012)

- Telur** berwarna putih tetapi setelah 1-2 jam berubah menjadi hitam. Bentuk bulat panjang (oval) menyerupai *torpedo*, mempunyai dinding yang bergaris-garis menyerupai sarang lebah. Seekor nyamuk betina meletakkan telurnya rata-rata sebanyak 100 butir setiap kali bertelur. Telur tidak berpelampung dan diletakkan satu persatu terpisah di atas permukaan air dalam keadaan menempel pada dinding tempat perindukannya. Media air yang dipilih untuk tempat peneluran adalah air bersih yang stagnan (tidak mengalir) dan tidak berisi spesies lain sebelumnya (Slamet, 2009 *dalam* Febriantoro at al, 2012).
- Larva** *Ae. aegypti* memiliki sifon yang pendek. Larva nyamuk semuanya hidup di air yang tahapannya terdiri atas empat *instar*. Keempat *instar* itu dapat diselesaikan dalam waktu 4 hari - 2 minggu tergantung keadaan

lingkungan seperti suhu air, keadaan air dan persediaan makanan. Larva menjadi pupa membutuhkan waktu 6-8 hari (Anies, 2006 **dalam** Febriantoro at al, 2012).

c. **Pupa atau kepompong** adalah fase inaktif yang tidak membutuhkan makan, namun tetap membutuhkan oksigen untuk bernapas. Untuk keperluan pernapasannya pupa berada di dekat permukaan air. Lama fase pupa tergantung dengan suhu air dan spesies nyamuk yang lamanya dapat berkisar antara satu hari sampai beberapa minggu. Pupa sangat sensitif terhadap pergerakan air (Anies, 2006 **dalam** Febriantoro at al, 2012).

d. **Nyamuk dewasa** keluar dari dalam pupa, nyamuk akan segera mengadakan *kopulasi* dengan nyamuk betina. Dalam waktu 24-36 jam sesudah *kopulasi*, nyamuk betina akan mengisap darah dan menjadi sumber protein essential untuk pematangan telurnya (Soedarto, 2012).

2.4.7 Habitat dan tempat perindukan nyamuk *Aedes aegypti*

Habitat yang baik untuk perkembangan nyamuk *Ae. aegypti* adalah air yang menggenang. Tempat perindukan yang ada di dalam rumah yang paling utama adalah tempat-tempat penampungan air, bak mandi, bak air, wc, tandon air, tempayan, gentong, tanah liat, gentong plastik, ember, drum, vas tanaman hias, perangkap semut dan lain-lain. Sedangkan tempat perindukan nyamuk *Ae. aegypti* yang ada diluar rumah adalah drum, kaleng bekas, pot tanaman hias yang terisi air hujan, tandon air minum dan lain-lain. Tempat air yang tertutup longgar lebih disukai oleh nyamuk betina sebagai tempat bertelur dibandingkan dengan tempat air yang

terbuka. Hal tersebut dikarenakan tutup yang tidak terpasang dengan baik dan sering dibuka mengakibatkan ruang didalamnya relatif lebih gelap dibandingkan dengan tempat air yang terbuka (Cahaya, 2011, *dalam* Febrianto at al, 2012).

2.4.8 Kepadatan Vektor *dengue*

Kepadatan vektor merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi meningkatnya kejadian DBD. Sehingga dibutuhkan suatu data dan informasi tentang situasi terkini kepadatan vektor DBD sebagai dasar pengendalian penyakit di Indonesia.

Index kepadatan vektor digunakan untuk mengetahui situasi kepadatan jentik vektor DBD di suatu wilayah. Kepadatan jentik *Ae. aegypti* di suatu daerah merupakan indikator terdapatnya populasi nyamuk *Ae. aegypti* di daerah tersebut.

Adapun index kepadatan vektor DBD yang digunakan antara lain *House Index (HI)*, *Breteau Index (BI)*, *Container Index (CI)* dan *Angka Bebas Jentik (ABJ)* merupakan konstanta dimana dapat ditemukan apakah daerah tersebut memiliki kecenderungan setiap tahun akan terjadi kejadian DBD atau tidak (Kinansi, Widjanti and Ayuningrum, 2017).

Index kepadatan vektor dinyatakan dengan rumus sebagai berikut:

$$HI = \frac{\text{Jumlah rumah positif}}{\text{Jumlah rumah diperiksa}} \times 100$$

$$BI = \frac{\text{Jumlah kontainer positif}}{\text{Jumlah rumah diperiksa}} \times 100$$

$$CI: \frac{\text{Jumlah kontainer positif}}{\text{Jumlah kontainer diperiksa}} \times 100$$

$$ABJ: \frac{\text{Jumlah rumah bebas jentik}}{\text{Jumlah rumah diperiksa}} \times 100$$

2.4.9 Pengendalian penyakit

2.4.9.1 Pengendalian Vektor

Pencegahan virus *dengue* berfokus pada pemberantasan nyamuk yang menjadi vektor pembawa virus *dengue* dan tempat perindukan nyamuk (*breeding places*).

Tindakan pencegahan harus dilakukan sebelum terjadinya masa penularan yaitu selama dan sesudah musim hujan dan pada saat epidemi. Adapun pencegahan yang dimaksud secara garis besar terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Mencegah gigitan nyamuk.

Nyamuk pembawa virus *dengue* menggigit pada siang hari. Untuk menghindari gigitan nyamuk dapat dilakukan dengan:

- a. Mengenakan pakaian yang menutupi seluruh bagian dan anggota badan;
- b. Mengoleskan pengusir nyamuk (*repellant*) pada anak dan orang lanjut usia;
- c. Menggunakan obat nyamuk bakar atau obat nyamuk listrik waktu siang hari;
- d. Menggunakan kelambu, lebih baik jika telah dicelup insektisida *piretroid* misalnya *permetrin* jika tidur siang. Tirai bambu atau kain berinsektisida yang dipasang di jendela atau pintu masuk dapat mengusir nyamuk;

e. Melindungi penderita *dengue* dari gigitan nyamuk agar tidak menularkan penyakit *dengue* yang di deritanya (Soedarto, 2012).

2. Mencegah nyamuk berkembang biak.

Nyamuk pembawa virus *dengue* (*Ae. aegypti* dan *Ae. albopictus*) hidup dan berkembangbiak di dalam dan di sekitar rumah. Untuk mencegah nyamuk berkembang biak di genangan air jernih atau hujan, dapat dilakukan tindakan-tindakan sebagai berikut:

a. Membuang air yang terdapat dalam alat pendingin, tangki, tong dan wadah bersih lain jika tidak digunakan;

b. Mengeluarkan semua benda yang berisi air misalnya cawan tanaman hias dari dalam rumah;

c. Membuang air yang terdapat pada penampungan air minimal 2 hari sekali;

d. Menutup rapat wadah penampung air, misalnya gentong atau ember penyimpanan air minum;

e. Mengubur semua sampah padat yang dapat menampung air hujan misalnya kaleng, botol plastik, ban bekas dan plastik yang berserakan di dalam rumah (Soedarto, 2012).

2.4.9.2 Pemberantasan jentik *Aedes Aegypti*

Pemberantasan jentik *Ae. aegypti* yang dikenal dengan istilah pemberantasan serangan nyamuk (PSN), dilakukan dengan cara:

1. Kimia: pemberantasan larva dilakukan dengan *larvasida* yang dikenal dengan istilah *abatisasi*. *Larvasida* yang biasa digunakan adalah *temefos*.

Formulasi *temefos* yang digunakan adalah *granules (sandgranues)*. Dosis yang digunakan 1 ppm atau 10 gram (± 1 sendok makan rata) untuk tiap 100 liter air. *Abatisasi* dengan *temefos* tersebut mempunyai efek *residu* 3 bulan.

2. Biologi: misalnya memelihara ikan pemakan jentik (ikan kepala timah, *ikan guppy*)

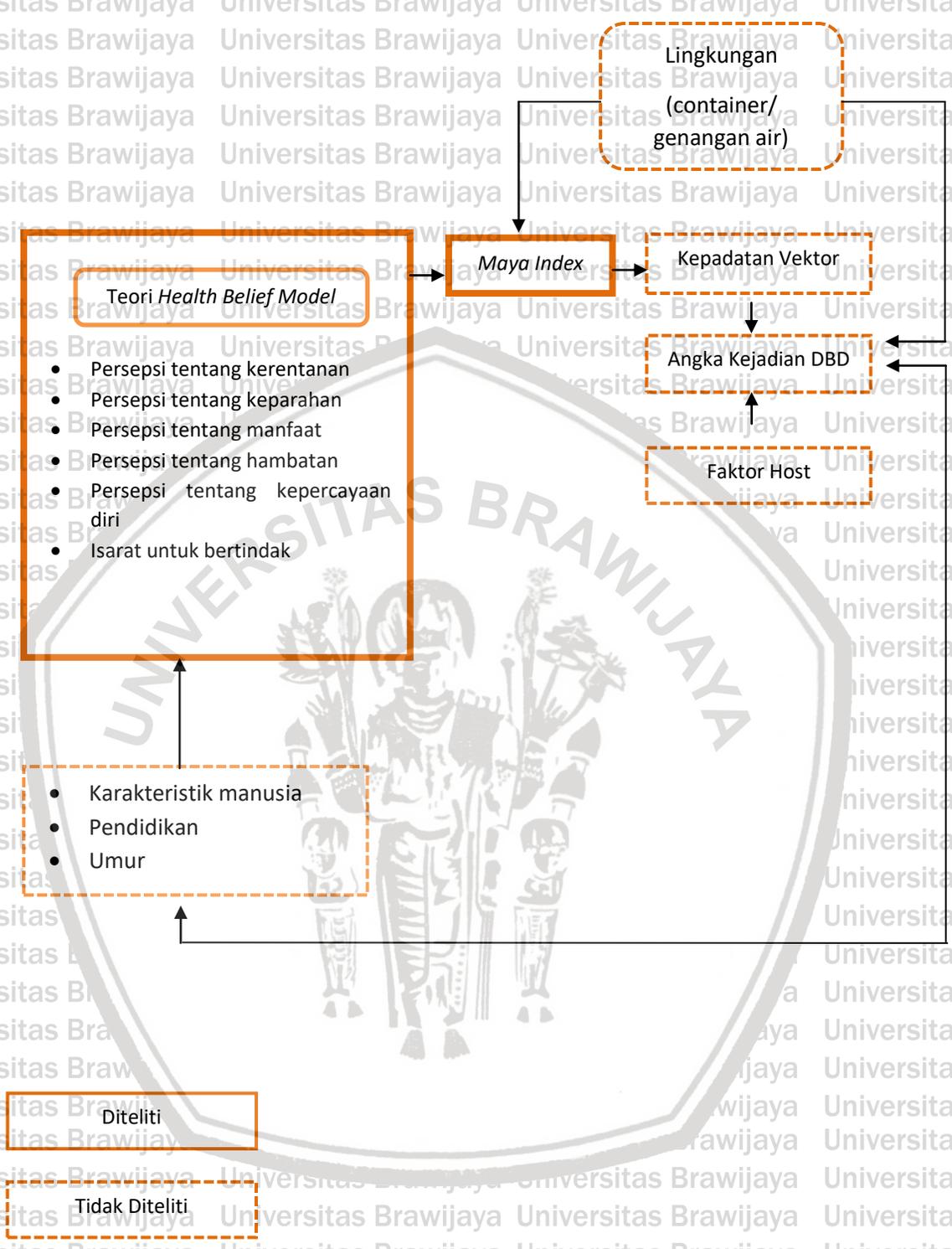
3. Fisik: cara ini dikenal dengan kegiatan 3M (menguras, menutup, mengubur) yaitu menguras bak mandi, bak WC, menutup tempat penampungan air rumah tangga (tempayan, drum dan lain-lain), serta mengubur atau memusnahkan barang bekas seperti kaleng, ban dan lain-lain. Pengurasan TPA perlu dilakukan secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali agar nyamuk tidak dapat berkembangbiak di tempat tersebut (Inge, Is Sumariah, Pudji dkk 2008).

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Karakteristik manusia, pendidikan dan usia dinilai dengan pendekatan teori HBM yaitu persepsi tentang kerentanan, persepsi tentang keparahan suatu penyakit, persepsi tentang manfaat perilaku sehat yang dilakukan, persepsi tentang hambatan dalam melakukan perilaku sehat, persepsi tentang kepercayaan diri untuk melakukan perilaku sehat dan isyarat untuk melakukan suatu tindakan. Teori HBM ini akan mempengaruhi nilai dari *Maya Index* yaitu sebagai indikator terkait kebersihan. Kemudian nilai dari *Maya Index* tersebut akan mempengaruhi angka kepadatan vektor yang pada akhirnya akan mempengaruhi angka kejadian DBD di suatu wilayah. Selain itu angka kejadian DBD juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan yang meliputi ada tidaknya genangan air atau kontainer. Sedangkan, faktor lain yang mempengaruhi angka kejadian DBD adalah faktor *host*. Kerentanan *host* terhadap suatu penyakit menyebabkan *host* tersebut mudah untuk terkena penyakit. Dengan demikian faktor *host* merupakan salah satu faktor yang sangat penting dan berhubungan erat dengan angka kejadian suatu penyakit termasuk pada kasus DBD ini.



3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dari penelitian ini adalah:

- a. Terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi tentang kerentanan dalam teori HBM dengan *Maya Index*
- b. Terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi tentang keparahan suatu penyakit dalam teori HBM dengan *Maya Index*
- c. Terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi tentang manfaat perilaku sehat yang dilakukan dalam teori HBM dengan *Maya Index*
- d. Terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi tentang hambatan dalam melakukan perilaku sehat dalam teori HBM dengan *Maya Index*
- e. Terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi tentang kepercayaan diri seseorang untuk melakukan perilaku sehat dalam teori HBM dengan *Maya Index*
- f. Terdapat hubungan yang signifikan antara isyarat untuk berperilaku sehat dalam teori HBM dengan *Maya Index*

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian dimana variabel-variabel yang termasuk faktor-faktor risiko dan variabel-variabel yang termasuk efek diobservasi sekaligus pada waktu yang sama. Alasan peneliti memilih rancangan penelitian ini adalah karena tidak membutuhkan waktu yang lama, relatif mudah dan murah sebab tidak memerlukan *follow up*, dan tidak memaksakan subjek untuk mengalami faktor yang diperkirakan bersifat merugikan kesehatan (Murti, 2006)

Kekurangan dari penelitian ini adalah tidak dapat digunakan untuk menganalisa hubungan kausal paparan dan penyakit, serta subjek diobservasi hanya sekali saja yaitu pada saat penelitian, sedangkan pengamatan terhadap kondisi yang akan datang atau sebelumnya tidak dapat diobservasi dalam penelitian ini (Murti, 2006).

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dan sampel penelitian sangat diperlukan dalam suatu penelitian. Populasi adalah wilayah generalis yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditentukan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya. Sedangkan sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Makin besar jumlah sampel yang mendekati populasi, maka peluang kesalahan generalisasi semakin kecil, dan begitu pula sebaliknya. Populasi dalam penelitian ini adalah

seluruh rumah di RW 3, RW 6 dan RW 9 di kelurahan Bandungrejosari Kota Malang.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah rumah-rumah yang tidak bersedia untuk dijadikan sampel penelitian.

4.3 Estimasi Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.3.1 Estimasi Besar Sampel

Estimasi besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2 \cdot 1 - \alpha / 2 \cdot P (1 - P)}{d^2}$$

Keterangan:

n= jumlah sampel minimal yang diperlukan

Z= nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada alfa (a) tertentu (1,96)

P= harga proporsi di populasi (0,35)

d= kesalahan absolut yang dapat di tolerir (0,1)

Dengan menggunakan rumus di atas, besar sampel pada penelitian ini yaitu sekitar n = 90 sampel.

4.3.2 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *multi stage sampling*. Pertama peneliti memilih puskesmas secara *purposive* di Kota Malang berdasarkan jumlah kasus DBD terbanyak. Puskesmas terpilih kemudian memilih kelurahan yang bersedia untuk dijadikan sampel penelitian. Berdasarkan

rekomendasi puskesmas terpilih RW 3 (RT 8, RT 12, RT 10, RT 11), RW 6 (RT 2 dan RT 3), dan RW 9 (RT 4 dan RT 6) sebagai sampel penelitian. Pemilihan RW dan RT tersebut berdasarkan pada kesamaan kondisi lingkungan dan tingkat kooperativitas warga menurut puskesmas. Pada tahap akhir, sampel rumah dipilih secara *random* oleh peneliti sejumlah 13 rumah untuk masing-masing RT.

4.4 Lokasi dan Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2017 di kelurahan Bandungrejosari Kota Malang. Alasan peneliti memilih RT/RW/Kelurahan tersebut sebagai lokasi penelitian karena kelurahan tersebut mempunyai angka kejadian DBD yang tinggi.

4.5 Variable Penelitian

Variabel yang digunakan dalam penelitaian ini meliputi dua macam variabel, yaitu variabel independen dan variabel dependen.

a. Variabel independen

Variabel independen merupakan variabel yang mempengaruhi/ menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen. Variabel independen pada penelitian ini adalah persepsi tentang kerentanan, persepsi tentang keparahan suatu penyakit, persepsi tentang manfaat perilaku sehat yang dilakukan, persepsi tentang hambatan dalam melakukan perilaku sehat, persepsi tentang kepercayaan diri seseorang untuk melakukan perilaku sehat dan isyarat untuk berperilaku sehat.

b. Variabel Dependen

Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena adanya variabel independen. *Maya index* merupakan variabel dependen pada penelitian ini.

4.6 Defenisi Operasional

Komponen-komponen yang diidentifikasi haruslah didefenisikan dengan jelas, sehingga tidak menimbulkan pengertian yang salah bagi responden pada saat pengumpulan data. Tabel 4.1 berisi tentang defenisi operasional yang menjelaskan tentang variabel-variabel penelitian.



Tabel 4.1 Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional Variabel

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional Variabel	Metode ukur	Hasil ukur	Skala ukur																	
<i>Varibel Independen</i>																						
1.	Persepsi tentang kerentanan	<p>Pendapat responden tentang kemudahan terserang penyakit DBD dilihat dari parameter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. peluang untuk terkena DBD 2. gigitan nyamuk 3. serangan virus dengue pada tubuh yang tidak sehat 4. DBD sebagai penyakit musiman 	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jawaban</th> <th colspan="2">Pernyataan</th> </tr> <tr> <th>Positif</th> <th>Negatif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>STS</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>TS</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>SS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Hasil minimal: 4 Hasil maximal:16</p> <p style="text-align: center;">Interpretasi: Baik: \geqmedian skor total Buruk: $<$ median skor total</p>	Jawaban	Pernyataan		Positif	Negatif	STS	4	1	TS	3	2	S	2	3	SS	1	4	Ordinal
Jawaban	Pernyataan																					
	Positif	Negatif																				
STS	4	1																				
TS	3	2																				
S	2	3																				
SS	1	4																				
2.	Persepsi tentang keparahan	Pendapat responden tentang keparahanpenyakit DBD dilihat dari parameter:	Wawancara dengan menggunakan	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Jawaban</th> <th>Pernyataan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Jawaban	Pernyataan			Ordinal													
Jawaban	Pernyataan																					

		<p>a. risiko kematian akibat DBD</p> <p>b. infeksi DBD dapat menyerang siapa saja</p> <p>c. tanda klinis yang muncul pada infeksi dengue</p> <p>d. fasilitas kesehatan dan ketakutan masyarakat terhadap DBD</p> <p>e. rasa takut terkena DBD meskipun bisa sembuh kembali</p>	kuesioner	<table border="1" data-bbox="1339 228 1733 523"> <thead> <tr> <th></th> <th>Positif</th> <th>Negatif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>STS</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>TS</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SS</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hasil minimal: 5</p> <p>Hasil maximal:20</p> <p>Interpretasi:</p> <p>Baik: \geq median skor total</p> <p>Buruk: $<$ median skor total</p>		Positif	Negatif	STS	4	1	TS	3	2	S	2	3	SS	1	4			
	Positif	Negatif																				
STS	4	1																				
TS	3	2																				
S	2	3																				
SS	1	4																				
3.	Persepsi tentang manfaat perilaku sehat	<p>Pendapat responden tentang manfaat dari tindakan pencegahan terhadap penyakit DBD dilihat dari parameter:</p> <p>a. manfaat fogging dalam mencegah DBD</p> <p>b. manfaat kehadiran dalam penyuluhan kesehatan sebagai upaya mengurangi</p>	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	<table border="1" data-bbox="1339 874 1733 1235"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jawaban</th> <th colspan="2">Pernyataan</th> </tr> <tr> <th>Positif</th> <th>Negatif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>STS</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>TS</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SS</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Jawaban	Pernyataan		Positif	Negatif	STS	4	1	TS	3	2	S	2	3	SS	1	4	Ordinal
Jawaban	Pernyataan																					
	Positif	Negatif																				
STS	4	1																				
TS	3	2																				
S	2	3																				
SS	1	4																				

		<p>risiko DBD</p> <p>c. praktik pencegahan DBD tidak menjamin responden bebas dari DBD</p> <p>d. manfaat lingkungan yang bersih dalam upaya pencegahan DBD</p> <p>e. manfaat 3 M dalam pencegahan DBD</p> <p>f. manfaat tidak adanya genangan air sebagai upaya meminimalisir risiko terjadinya DBD</p> <p>g. manfaat penggunaan kelambu</p> <p>h. manfaat penggunaan pembasmi nyamuk</p>		<p>Hasil minimal: 8</p> <p>Hasil maksimal:32</p> <p>Interpretasi:</p> <p>Baik: \geq median skor total</p> <p>Buruk: $<$ median skor total</p>															
4.	Persepsi tentang hambatan dalam melakukan perilaku sehat	<p>Pendapat responden tentang hambatan dalam melakukan tindakan pencegahan DBD dilihat dari parameter:</p> <p>a. bahaya penggunaan abate bagi kesehatan</p> <p>b. besarnya biaya yang dibutuhkan dalam praktik pencegahan DBD</p> <p>c. keterbatasan waktu</p>	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jawaban</th> <th colspan="2">Pernyataan</th> </tr> <tr> <th>Positif</th> <th>Negatif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>STS</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>TS</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Jawaban	Pernyataan		Positif	Negatif	STS	4	1	TS	3	2	S	2	3	Ordinal
Jawaban	Pernyataan																		
	Positif	Negatif																	
STS	4	1																	
TS	3	2																	
S	2	3																	

		<p>untuk membersihkan bak mandi dan mengawasi tempat penampungan air</p> <p>d. ketidaknyamanan dalam penggunaan kelambu</p>		<table border="1"> <tr> <td>SS</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>Hasil minimal: 4</p> <p>Hasil maksimal: 16</p> <p>Interpretasi:</p> <p>Baik: \geq median skor total</p> <p>Buruk: $<$ median skor total</p>	SS	1	4															
SS	1	4																				
5.	Kepercayaan diri untuk melakukan perilaku sehat	<p>Pendapat responden tentang kepercayaan diri dalam melakukan tindakan pencegahan terhadap DBD dilihat dari parameter:</p> <p>a. keyakinan adanya manfaat dari upaya pencegahan yang sudah dilakukan</p> <p>b. kecukupan pengetahuan tentang DBD</p> <p>c. ketepatan tindakan pencegahan DBD yang dilakukan</p> <p>d. pencegahan DBD yang dapat dilakukan bersama-sama</p>	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jawaban</th> <th colspan="2">Pernyataan</th> </tr> <tr> <th>Positif</th> <th>Negatif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>STS</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>TS</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SS</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hasil minimal: 4</p> <p>Hasil maksimal: 16</p> <p>Interpretasi:</p>	Jawaban	Pernyataan		Positif	Negatif	STS	4	1	TS	3	2	S	2	3	SS	1	4	Ordinal
Jawaban	Pernyataan																					
	Positif	Negatif																				
STS	4	1																				
TS	3	2																				
S	2	3																				
SS	1	4																				

				Baik: \geq median skor total Buruk: $<$ median skor total																		
6	Isarat untuk berperilaku sehat	<p>Kemauan responden dalam melakukan tindakan pencegahanDBD dilihat dari parameter:</p> <ol style="list-style-type: none"> kemauan membuang sampah rumah tangga secara rutin kemauan membersihkan area sekitar rumah secara rutin kemauan memastikan tidak adanya tempat yang menjadi sarana perkembangbiakan nyamuk kemauan untuk menjaga kebersihan rumah kemauan mengajak orang lain membersihkan lingkungan 	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jawaban</th> <th colspan="2">Pernyataan</th> </tr> <tr> <th>Positif</th> <th>Negatif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>STS</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>TS</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SS</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hasil minimal: 5 Hasil maksimal: 20</p> <p>Interpretasi: Baik: \geq median skor total Buruk: $<$ median skor total</p>	Jawaban	Pernyataan		Positif	Negatif	STS	4	1	TS	3	2	S	2	3	SS	1	4	Ordinal
Jawaban	Pernyataan																					
	Positif	Negatif																				
STS	4	1																				
TS	3	2																				
S	2	3																				
SS	1	4																				

Variabel Dependen

1.	Maya Index	Maya index dinilai dengan parameter: a. Kebersihan lingkungan (HRI) b. Tempat perkembangbiakan jentik nyamuk (BRI)	Observasi dengan lembar observasi	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Rendah (1)</th> <th>Sedang (2)</th> <th>Tinggi (3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th>BRI</th> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>HRI</th> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Rendah (1)</th> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> </tr> <tr> <th>Sedang (2)</th> <td>D</td> <td>E</td> <td>F</td> </tr> <tr> <th>Tinggi (3)</th> <td>G</td> <td>H</td> <td>I</td> </tr> </tbody> </table> <p>Interpretasi MI Rendah : A,B,D MI Sedang : C,E,G MI Tinggi : F,I,H</p>		Rendah (1)	Sedang (2)	Tinggi (3)	BRI				HRI				Rendah (1)	A	B	C	Sedang (2)	D	E	F	Tinggi (3)	G	H	I	Ordinal
	Rendah (1)	Sedang (2)	Tinggi (3)																										
BRI																													
HRI																													
Rendah (1)	A	B	C																										
Sedang (2)	D	E	F																										
Tinggi (3)	G	H	I																										

Keterangan :
ST: sangat tidak setuju
TS: tidak setuju

S: setuju
SS: sangat setuju
MI : Maya Index



4.7 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian pada penelitian ini menggunakan kuisisioner untuk mengetahui analisis faktor-faktor dalam teori HBM yang berhubungan dengan *Maya*

Index di kelurahan Bandungrejosari Kota Malang.

4.8 Pengumpulan Data

4.8.1 Jenis dan Sumber Data

Data primer pada penelitian ini diperoleh dengan mengajukan pertanyaan pada warga dengan menggunakan kuisisioner pada responden di RW 3, RW 6, dan RW 9 kelurahan Bandungrejosari Kota Malang.

Oleh karena data utama yang akan dianalisa dalam penelitian ini merupakan data yang diperoleh dari kuisisioner, maka diperlukan adanya uji validitas dan reliabilitas. Kedua uji ini diperlukan untuk memastikan bahwa kuisisioner yang disebarakan pada responden benar-benar valid dan *reliable*.

Dasar pengambilan keputusan untuk reliabilitas instrumen adalah jika $r_{\alpha} > r_{\text{tabel}}$, maka instrumen tersebut dikatakan reliabel. Tolak ukur untuk mempresentasikan derajat reliabilitas adalah dengan menggunakan metode *alpha cronbach*. Apabila dilakukan pengujian reliabilitas dengan menggunakan metode *alpha cronbach*, maka r dihitung diwakili oleh *alpha*. Apabila *alpha* hitung $> r_{\text{tabel}}$ dan *alpha* berhasil positif, maka instrumen penelitian bisa disebut reliabel (Triton, 2006).

Dari hasil perhitungan uji reliabilitas kuisisioner diperoleh nilai r_{α} pada setiap pertanyaan di kuisisioner ini yaitu $> 0,6$ yang berarti reliabel. Sementara hasil perhitungan uji validitas kuisisioner diperoleh nilai r_{α} pada setiap pertanyaan di

kuisisioner ini yaitu $r \geq 0,3$ yang berarti valid. Pertanyaan yang tidak valid akan dihapus. Hasil uji validitas pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2 Hasil Uji Validitas

No	Variable Penelitian	£ Pertanyaan Awal	£ Pertanyaan akhir
1	Kerentanan	7	4
2	Keparahan	6	5
3	Manfaat	9	8
4	Hambatan	10	4
5	Kepercayaan Diri	4	4
6	Isyarat untuk Bertindak	5	5

4.8.2 Cara pengumpulan data

Pengumpulan data diperoleh dengan cara:

a. Wawancara

Dalam penelitian ini dilakukan wawancara secara langsung kepada tiap-tiap rumah tangga yang dijadikan sampel penelitian.

b. Observasi

Observasi dilakukan untuk mendapatkan data tentang keberadaan jentik yang dihubungkan dengan *Maya Index*.

4.9 Pengolahan Data dan Analisis Data

4.9.1 Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah dengan dengan langkah-langkah:

- a. *Editing* adalah pengecekan atau pengoreksian data yang telah dikumpulkan karena kemungkinan data yang masuk (*raw data*) atau data yang terkumpul tidak logis dan meragukan.
- b. *Coding* adalah pemberian atau pembuatan kode-kode pada tiap data yang termasuk dalam kategori yang sama.
- c. *Entry* adalah memasukkan data untuk diolah menggunakan komputer.
- d. *Tabulating* adalah mengelompokkan data sesuai variabel yang akan diteliti guna memudahkan analisis data.

4.9.2 Analisis Data

Data yang telah terkumpul dianalisis dengan menggunakan program SPSS.

Analisis data meliputi:

a. Analisis Univariat

Analisis Univariat dilakukan untuk mendeskripsikan variabel independen dalam penelitian ini yaitu faktor- faktor dalam teori HBM yang meliputi persepsi individu tentang kerentanan terhadap DBD, persepsi individu tentang keparahan penyakit DBD, persepsi individu tentang manfaat perilaku sehat yang dilakukan, persepsi individu tentang hambatan dalam melakukan perilaku sehat, isyarat individu untuk berperilaku sehat, dan kepercayaan diri individu untuk melakukan perilaku sehat. Kemudian mendeskripsikan variabel dependen yaitu *Maya Index*.

b. Analisis Bivariat

Analisis *Bivariat* dilakukan untuk mengetahui hubungan antara teori HBM dengan *Maya Index*. Analisis *Bivariat* ini menggunakan uji statistik yang

disesuaikan dengan skala data, karena variabel independen dan variabel dependen pada penelitian ini merupakan data katagorik, maka teknik analisis data pada penelitian ini menggunakan uji *Chi-square* Linear by Linear.

4.10. Jadwal Kegiatan

Tabel 4.3 Jadwal Kegiatan

No	Hari/Tanggal	Kegiatan	Lokasi
1.	30 September 2017	Percobaan Kuisisioner	BCT Tidar
2.	4 November 2017	Penelitian	Bandungrejosari
3.	11 November 2017	Penelitian	Bandungrejosari
4.	12 November 2017	Penelitian	Bandungrejosari
5.	Desember 2017	Penelitian	Bandungrejosari

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Deskripsi Data Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Kelurahan Bandungrejosari mempunyai luas wilayah ± 4.452 ha dengan ketinggian tanah 429-667 meter dari permukaan laut dan banyaknya curah hujan 1.280 mm per-tahun, dengan suhu udara rata-rata sebesar 24-31 °C. Adapun batas wilayahnya yaitu:

- 1) Sebelah Utara : Kelurahan Sukun
- 2) Sebelah Timur : Kelurahan Ciptomulyo
- 3) Sebelah Selatan : Kelurahan Kebonsari
- 4) Sebelah Barat : Kelurahan Bangkalankrajan

Jumlah RT/RW di Kelurahan Bandungrejosari ada 127 RT dan 13 RW dengan kepadatan penduduk sekitar 30.133 jiwa/Km². Sebagian besar penduduk kelurahan ini menggunakan PAM sebagai sumber air kebutuhan sehari-hari (Sumber: <http://kelbandungrejosari.malangkota.go.id/kondisigeografi>).

5.1.2 Gambaran Umum Responden

Tabel 5.1 Karakteristik Responden

No	Karakteristik	Keterangan	
1	Umur	Tahun	
	Minimum	18	
	Maximum	75	
	Mean	56	
2	Jenis Kelamin	Jumlah	%
	Laki-laki	20	23
	Perempuan	67	77
	Total	87	100
3	Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
	Tamat Perguruan Tinggi (Diploma/Sarjana)	11	13
	Tamat Sekolah Menengah Atas	35	40
	Tamat Sekolah Menengah Pertama	20	23
	Tamat Sekolah Dasar	15	17
	Tidak Sekolah	6	7
Total	87	100	

Dari Tabel 5.1 diketahui bahwa umur tertua yang menjadi responden dalam penelitian ini yaitu 75 tahun, umur termuda 18 tahun, dan umur rata-rata yang mengikuti penelitian ini adalah 56 tahun. Sedangkan frekuensi tertinggi jenis kelamin responden yaitu perempuan sebanyak 77% dan frekuensi tertinggi pendidikan terakhir responden yaitu Tamat Sekolah Menengah Atas (SMA/Sederajat) sebanyak 40%.

5.2 Analisis Data

5.2.1 Analisis Univariat

5.2.1.1 Faktor- Faktor dalam Teori *Health Belief Model*

a. Persepsi Tentang Kerentanan

Tabel 5.2 Distribusi Tanggapan Responden tentang Kerentanan

No	Komponen Pertanyaan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	Berpeluang untuk terkena DBD	11 (12.6)	21 (24.1)	52 (59.8)	3 (3.4)	87 (100)
2	Tidak beres jika terkena DBD, jika tidak tergigit nyamuk	2 (2.3)	36 (41.4)	46 (52.9)	3 (3.4)	87 (100)
3	DBD tidak menyerang tubuh yang sehat	3 (3.4)	39 (44.8)	42 (48.3)	3 (3.4)	87 (100)
4	DBD hanya ada saat musim tertentu	1 (1.1)	51 (58.6)	32 (36.8)	3 (3.4)	87 (100)

Persepsi tentang kerentanan dalam penelitian ini digambarkan dalam 4 pertanyaan. Pada semua pertanyaan responden paling banyak menjawab setuju.

Nilai paling besar terdapat pada pertanyaan nomor 1 yaitu 59,8%.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Kerentanan

Kerentanan	N	%
Baik	47	54.0
Buruk	40	46.0
Total	87	100.0

Keterangan: *cut off point* = median (10,00)

Dari Tabel 5.3 kriteria persepsi responden tentang kerentanan terhadap penyakit DBD dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu baik dan buruk. Berdasarkan

hasil wawancara kuisisioner yang telah dilakukan diketahui bahwa dari 87 responden 54% (47 responden) memiliki nilai persepsi tentang kerentanan “baik”, sedangkan 46% (40responden) lainnya memiliki nilai persepsi tentang kerentanan “buruk”.

b. Persepsi Tentang Keparahan

Tabel 5.4 Distribusi Tanggapan Responden tentang Keparahan

No	Komponen Pertanyaan	Sangat Tidak Setuju n (%)	Tidak Setuju n (%)	Setuju n (%)	Sangat Setuju n (%)	Total n (%)
1	DBD beresiko kematian	0 (0,0)	5 (5.7)	63 (72.4)	19 (21.8)	87 (100)
2	DBD ditandai dengan munculnya ruam	1 (1.1)	20 (23.0)	53 (60.9)	13 (14.9)	87 (100)
3	Setiap individu bisa terinfeksi virus DBD	0 (0.0)	17 (19.5)	62 (71.3)	8 (9.2)	87 (100)
4	Merasa takut terinfeksi virus DBD, walaupun tersedia fasilitas pelayanan kesehatan	1 (1.1)	11 (12.6)	63 (72.4)	12 (13.8)	87 (100)
5	Merasa takut terinfeksi virus DBD, walaupun ada orang yang bisa sembuh	1 (1.1)	13 (14.9)	61 (70.1)	12 (13.8)	87 (100)

Persepsi tentang keparahan dalam penelitian ini digambarkan dalam 5 pertanyaan dimana diketahui bahwa pada masing-masing pertanyaan paling banyak responden menjawab setuju. Nilai paling besar terdapat pada pertanyaan 1 dan 4 yaitu 72,4%.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Keparahan

Keparahan	N	%
Baik	74	85.1
Buruk	13	14.9
Total	87	100.0

Keterangan: *cut off point* = median (15,00)

Dari Tabel 5.5 kriteria persepsi responden tentang keparahan penyakit DBD dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu baik dan buruk. Berdasarkan hasil wawancara kuisisioner yang telah dilakukan diketahui bahwa dari 87 responden 85,1% (74 responden) diantaranya memiliki nilai persepsi tentang keparahan "baik", sedangkan 14,9% (13 responden) lainnya memiliki nilai persepsi tentang keparahan "buruk".



c. Persepsi Tentang Manfaat

Tabel 5.6 Distribusi Tanggapan Responden tentang Manfaat

No	Komponen Pertanyaan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	Fogging penting untuk mencegah DBD	1 (1.1)	15 (17.2)	57 (65.5)	14 (16.1)	87 (100)
2	Mengikuti penyuluhan memberikan info penting dalam mengurangi risiko terserang DBD	0 (0.0)	5 (5.7)	69 (79.3)	13 (14.9)	87 (100)
3	Menghabiskan waktu dan uang untuk tindakan pencegahan tidak menjamin bebas dari infeksi virus DBD	3 (3.4)	23 (26.4)	59 (67.8)	2 (2.3)	87 (100)
4	Lingkungan bersih mencegah DBD	0 (0.0)	10 (11.5)	58 (66.7)	19 (21.8)	87 (100)
5	3M dapat mengurangi keberadaan jentik	0 (0.0)	0 (0.0)	61 (70.1)	26 (29.9)	87 (100)
6	Tidak adanya genangan air mengurangi resiko DBD	0 (0.0)	0 (0.0)	66 (75.9)	21 (24.1)	87 (100)
7	Pemakaian kelambu dapat menghindari gigitan nyamuk	1 (1.1)	25 (28.7)	55 (63.2)	6 (6.9)	87 (100)
8	Pemakaian pembasmi nyamuk dapat meminimalisir risiko terkena penyakit DBD	0 (0.0)	22 (25.3)	57 (65.5)	8 (9.2)	87 (100)

Persepsi tentang manfaat dalam penelitian ini digambarkan dalam 8 pertanyaan dimana diketahui bahwa pada masing-masing pertanyaan paling banyak responden menjawab setuju. Nilai paling besar terdapat pada pertanyaan nomor 2 yaitu 79,3%.

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Manfaat

Manfaat	N	%
Baik	55	63.2
Buruk	32	36.8
Total	87	100.0

Keterangan: *cut off point* = median (23,00)

Dari Tabel 5.7 kriteria persepsi responden tentang manfaat melakukan pencegahan penyakit DBD dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu baik dan buruk.

Berdasarkan hasil wawancara kuisioner yang telah dilakukan diketahui bahwa dari 87 responden 63,2% (55 responden) memiliki nilai persepsi tentang manfaat "baik", sedangkan 36,8% (32 responden) lainnya memiliki nilai persepsi tentang manfaat "buruk".

d. Persepsi Tentang Hambatan

Tabel 5.8 Distribusi Tanggapan Responden tentang Hambatan

No	Komponen Pertanyaan	Sangat Tidak Setuju n (%)	Tidak Setuju n (%)	Setuju n (%)	Sangat Setuju n (%)	Total n (%)
1	Abate berbahaya bagi kesehatan	5 (5.7)	57 (65.5)	22 (25.3)	3 (3.4)	87 (100)
2	Pencegahan DBD membutuhkan banyak biaya	7 (8.0)	73 (83.9)	7 (8.0)	0 (0.0)	87 (100)
3	Pengawasan tempat penampungan air dan membersihkan bak mandi membutuhkan waktu khusus	7 (8.0)	67 (77.0)	13 (14.9)	0 (0.0)	87 (100)
4	Pemakaian kelambu membuat tidak nyaman	1 (1.1)	42 (48.3)	41 (47.1)	3 (3.4)	87 (100)

Persepsi tentang hambatan dalam penelitian ini digambarkan dalam 4 pertanyaan dimana diketahui bahwa pada masing-masing pertanyaan paling banyak responden menjawab tidak setuju. Nilai paling besar terdapat pada pertanyaan 2 yaitu 83,9%.

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Hambatan

Hambatan	N	%
Baik	61	70.1
Buruk	26	29.9
Total	87	100.0

Keterangan: *cut off point* = median (11,00)

Dari Tabel 5.9 kriteria persepsi responden tentang adanya hambatan dalam upaya pencegahan penyakit DBD dikategorikan menjadi 2 yaitu baik dan buruk.

Berdasarkan hasil wawancara kuisisioner yang telah dilakukan diketahui bahwa dari 87 responden 70,1% (61 responden) memiliki nilai persepsi tentang hambatan "baik", sedangkan 29,9% (26 responden) lainnya memiliki nilai persepsi tentang hambatan "buruk".

a. Persepsi Tentang Kepercayaan Diri untuk Bertindak

Tabel 5.10 Distribusi Tanggapan Responden tentang Kepercayaan Diri

No	Komponen Pertanyaan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1	Tindakan yang dilakukan selama ini bermanfaat untuk mencegah DBD	1 (1.1)	4 (4.6)	72 (82.8)	10 (11.5)	87 (100)
2	Memiliki pengetahuan yang cukup tentang DBD	1 (1.1)	35 (40.2)	48 (55.2)	3 (3.4)	87 (100)
3	Sudah melakukan tindakan yang tepat untuk mencegah DBD	0 (0.0)	5 (5.7)	73 (83.9)	9 (10.3)	87 (100)
4	Pencegahan DBD dapat dilakukan masyarakat secara bersama-sama	0 (0.0)	5 (5.7)	63 (72.4)	19 (21.8)	87 (100)

Persepsi tentang kepercayaan diri dalam penelitian ini digambarkan dalam 4 pertanyaan dimana diketahui bahwa pada masing-masing pertanyaan paling banyak responden menjawab setuju. Nilai paling besar terdapat pada pertanyaan 3 yaitu 83.9%.

Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi Kepercayaan Diri

Kepercayaan Diri	N	%
Baik	53	60.9
Buruk	34	39.1
Total	87	100.0

Keterangan: *cut off point* = median (12,00)

Dari Tabel 5.11 kriteria kepercayaan diri responden untuk melakukan pencegahan penyakit DBD dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu baik dan buruk. Berdasarkan hasil wawancara kuisioner yang telah dilakukan diketahui bahwa dari

87 responden 60.9% (53 responden) diantaranya memiliki nilai kepercayaan diri “baik”, sedangkan 39.1% (34 responden) lainnya memiliki nilai kepercayaan diri “buruk”. Distribusi nilai kepercayaan diri dapat dilihat dalam tabel 5.11

b. Isyarat untuk bertindak

Tabel 5.12 Distribusi Tanggapan Responden tentang Isyarat Bertindak

No	Komponen Pertanyaan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	Akan membuang sampah secara rutin	0 (0.0)	0 (0.0)	70 (80.5)	17 (19.5)	87 (100)
2	Akan membersihkan sekitar area rumah secara rutin	0 (0.0)	1 (1.1)	68 (78.2)	18 (20.7)	87 (100)
3	Akan selalu memastikan tidak ada kontainer yang bisa menjadi tempat jentik sebelum berlibur	0 (0.0)	6 (6.9)	69 (79.3)	12 (13.8)	87 (100)
4	Akan menjaga kebersihan rumah	0 (0.0)	1 (1.1)	71 (81.6)	15 (17.2)	87 (100)
5	Akan mengajak orang lain untuk membersihkan lingkungan	0 (0.0)	3 (3.4)	68 (78.2)	16 (18.4)	87 (100)

Isyarat untuk bertindak dalam penelitian ini digambarkan dalam 5 pertanyaan dimana diketahui bahwa pada masing-masing pertanyaan paling banyak responden menjawab setuju. Nilai paling besar terdapat pada pertanyaan 4 yaitu 81.6%.

Tabel 5.13 Distribusi Frekuensi Isyarat Bertindak

Isyarat Bertindak	N	%
Baik	81	93.1
Buruk	6	6.9
Total	87	100.0

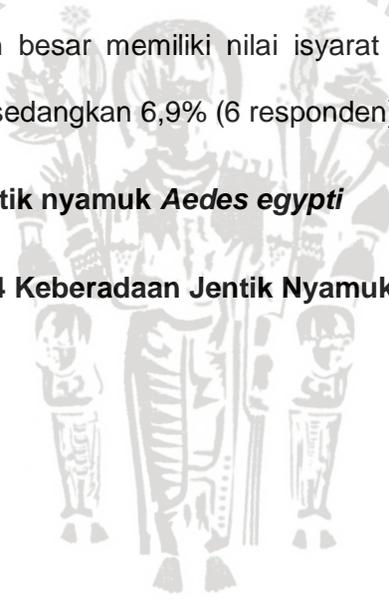
Keterangan: *cut off point* = median (15,00)

Dari Tabel 5.13 kriteria isyarat untuk bertindak melakukan pencegahan penyakit DBD ini dikelompokkan kedalam 2 kategori yaitu baik dan buruk.

Berdasarkan hasil wawancara kuisioner yang telah dilakukan diketahui bahwa dari 87 responden sebagian besar memiliki nilai isyarat bertindak "baik" yaitu sekitar 93,1% (81 responden), sedangkan 6,9% (6 responden) lainnya memiliki nilai "buruk".

5.2.1.2 Keberadaan jentik nyamuk *Aedes aegypti*

Tabel 5.14 Keberadaan Jentik Nyamuk *Aedes aegypti*



No	Obyek	Hasil Observasi Jentik									
		(+)		(-)		TD		TP		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Controllable Container</i>											
1	Bak Mandi/ember 1	8	9,2	79	90,8	0	0	0	0	87	100
2	Bak Mandi/ember 2	2	2,3	44	50,6	0	0	41	47,1	87	100
3	Bak Mandi/ember 3	0	0,0	14	16,1	0	0	73	83,9	87	100
4	Bak Mandi/ember 4	0	0	5	5,7	0	0	82	93,3	87	100
5	Tampungan air di dispenser	0	0	26	29,9	0	0	61	70,1	87	100
6	Tampungan air buangan di belakang kulkas	3	3,4	42	48,3	0	0,0	42	48,3	87	100
7	Vas bunga	0	0	7	8,0	0	0	80	92,0	87	100
8	Pot bunga air	0	0	22	25,3	0	0	65	74,7	87	100
9	Alas pot bunga	0	0,0	5	5,7	0	0	82	94,3	87	100
10	Kolam	0	0,0	4	8,7	0	0	83	95,4	87	100
11	Aquarium	0	0	11	12,6	0	0	76	87,4	87	100
12	Tempat penampungan air(gentong)	4	4,6	31	35,6	0	0	52	59,8	87	100
13	Tempat minum hewan peliharaan	1	1,1	28	32,2	2	2,3	56	64,4	87	100
	Total	18	-	318	-	2	-	793	-	1131	-
<i>Disposable Container</i>											
14	Kaleng bekas	0	0,0	3	3,4	0	0	85	97,6	87	100
15	Botol bekas	0	0,0	5	5,7	0	0	83	95,3	87	100
16	Sampah lainnya	1	1,1	2	2,3	0	0	85	97,6	87	100
	Total	2	-	15	-	0	-	298	-	315	-

Keterangan:

(+): Ada jentik

TD: Tidak diizinkan

(-): Tidak ada jentik

TP: Tidak punya

Berdasarkan tabel 5.14 diketahui bahwa dari 336 kontainer yang dapat dikontrol (*controllable container*) terdapat 18 kontainer yang positif jentik dengan persentase terbanyak pada kamar mandi/ember 1 yaitu sekitar 5,7%. Sedangkan untuk kontainer yang dapat dibuang (*disposable container*) terdapat 2 kontainer

yang positif jentik dari 17 kontainer yang ada atau sekitar 13,3%. Adapun jentik ditemukan pada seperti kaleng bekas, sampah plastik dan lain sebagainya.

5.2.1.3 Maya Index

Tabel 5.15 Distribusi BRI

Low/BRI 1 (%)	Medium/BRI 2 (%)	High/BRI 3 (%)	Total (%)
37 (42,5)	24 (27,6)	26 (29,9)	87 (100)

Keterangan: cut off point = low(0,00-3,00), medium(3,01-5,99), high($\geq 6,00$)

Dari Tabel 5.15 diketahui bahwa dari 87 rumah yang diobservasi paling banyak menunjukkan status BRI rendah yaitu 42,5% (37 rumah) sedangkan rumah dengan status BRI sedang 27,6% (24 rumah) dan BRI tinggi 29,9% (26 rumah).

Tabel 5.16 Distribusi HRI

Low/HRI 1 (%)	Medium/HRI 2 (%)	High/HRI 3 (%)	Total (%)
87 (100)	0 (0)	0 (0)	87 (100)

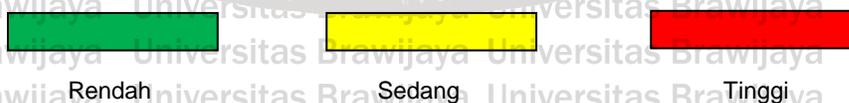
Keterangan cut off point =low($\leq 1,00$)

Dari Tabel 5.16 diketahui bahwa dari 87 rumah yang diobservasi semua rumah menunjukkan status HRI rendah.

Tabel 5.17 Distribusi Maya Index

Kategori	BRI 1 (Rendah)	BRI 2 (Sedang)	BRI 3 (Tinggi)
HRI 1 (Rendah)	37 (42,5%)	24 (27,6%)	26 (29,9%)
HRI 2 (Sedang)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HRI 3 (Tinggi)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

Keterangan :



Berdasarkan perhitungan yang telah dilakukan, dari tabel 5.17 diketahui bahwa dari 87 rumah yang diobservasi paling banyak menunjukkan nilai *Maya Index*

rendah yaitu 70,1% sedangkan rumah dengan status *Maya Index* sedang hanya 29,9%.

5.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk pengujian hipotesis, penelitian yang telah disusun sebelumnya. Analisis yang digunakan adalah *Chi Square Linear by Linear* dengan taraf signifikansi 95 % (α 0.05)

5.2.2.1 Hubungan persepsi tentang Kerentanan dengan *Maya Index*

Tabel 5.18. Hubungan Persepsi tentang Kerentanan dengan *Maya Index*

Persepsi Kerentanan	Maya Index		Total	Sig
	Low	Medium		
Baik	33 (70,2%)	14 (29,8%)	47 (100%)	0,983
Buruk	28 (70,0%)	12 (30,0%)	40 (100%)	

Chi square Linear by Linear: 0, 983

Dari tabel 5.18 diketahui bahwa dari 87 responden terdapat 47 responden mempunyai persepsi baik tentang kerentanan dimana paling banyak *Maya Index*nya rendah yaitu 70,2% (33 responden). Sedangkan terdapat 40 responden mempunyai persepsi buruk tentang kerentanan dimana paling banyak *Maya Index*nya juga rendah yaitu 70% (28 responden).

Hasil uji *Chi square Linear by Linear* diperoleh angka *Chi square Linear by Linear* hitung 0,000 lebih kecil dari *Chisquare* tabel 3,481 dan p value 0,983 lebih besar dari tingkat kesalahan α 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak

ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang kerentanan dengan *Maya Index*.

5.2.2.2 Hubungan persepsi tentang Keparahan dengan *Maya Index*

Tabel 5.19. Hubungan Persepsi tentang Keparahan dengan *Maya Index*

Persepsi Keparahan	Maya Index		Total	Sig
	Low	Medium		
Baik	53 (71,6%)	21 (28,4%)	74 (100%)	0.466
Buruk	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 (100%)	

Chi square Linear by Linear: 0, 466

Dari tabel 5.19 diketahui bahwa dari 87 responden terdapat 74 responden mempunyai persepsi baik tentang keparahan dimana paling banyak *Maya Index*nya rendah yaitu 71,6% (53 responden). Sedangkan terdapat 13 responden yang mempunyai persepsi buruk tentang keparahan dimana paling banyak *Maya Index*nya juga rendah yaitu 61,5% (8 responden). Hasil uji *Chi square Linear by Linear* diperoleh angka *Chi square Linear by Linear* hitung 0,530 lebih kecil dari *Chisquare* tabel 3,481 dan p value 0,466 lebih besar dari tingkat kesalahan α 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang keparahan dengan *Maya Index*.

5.2.2.3 Hubungan Persepsi tentang Manfaat dengan *Maya Index*

Tabel 5.20 Hubungan Persepsi tentang Manfaat dengan *Maya Index*

Persepsi Manfaat	Maya Index		Total	Sig
	Low	Medium		
Baik	37 (67,3%)	18 (32,7%)	55 (100%)	0.450
Buruk	24 (75,0%)	8 (25,0%)	32 (100%)	

Chi square Linear by Linear: 0, 450

Dari tabel 5.20 diketahui bahwa dari 87 responden terdapat 55 responden yang mempunyai persepsi baik tentang manfaat dimana paling banyak *Maya Index*nya rendah yaitu 67,3% (37 responden). Sedangkan terdapat 32 responden dengan persepsi buruk tentang manfaat dengan *Maya Index* paling banyak juga rendah yaitu 75% (24 responden). Hasil uji *Chi square Linear by Linear* diperoleh angka *Chi square Linear by Linear* hitung 0,570 lebih kecil dari *Chisquare* tabel 3,481 dan p value 0,450 lebih besar dari tingkat kesalahan α 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang manfaat dengan *Maya Index*.

5.2.2.4 Hubungan persepsi tentang Hambatan dengan *Maya Index*

Tabel 5.21. Hubungan Persepsi tentang Hambatan dengan *Maya Index*

Persepsi Hambatan	Maya Index		Total	Sig
	Low	Medium		
Baik	44 (72,1%)	17 (27,9%)	61 (100%)	0.532
Buruk	17 (65,4%)	9 (34,6%)	26 (34,6%)	

Chi square Linear by Linear: 0, 532

Dari tabel 5.21 diketahui bahwa dari 87 responden terdapat 61 responden mempunyai persepsi baik tentang hambatan dimana paling banyak *Maya Index*nya rendah yaitu 72,1% (44 responden). Sedangkan terdapat 26 responden dengan persepsi buruk tentang hambatan dengan *Maya Index* paling banyak juga rendah yaitu 65,4% (17 responden). Hasil uji *Chi square Linear by Linear* diperoleh angka *Chi square Linear by Linear* hitung 0,391 lebih kecil dari *Chisquare* tabel 3,481 dan p value 0,532 lebih besar dari tingkat kesalahan α 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang hambatan dengan *Maya Index*.

5.2.2.5 Hubungan persepsi tentang Kepercayaan Diri dengan *Maya Index*

Tabel 5.22 Hubungan Persepsi tentang Kepercayaan Diri dengan *Maya Index*

Persepsi Kepercayaan Diri	Maya Index		Total	Sig
	Low	Medium		
Baik	38 (71,7%)	15 (28,3%)	53 (100%)	0,689
Buruk	23 (67,6%)	11 (32,4%)	34 (100%)	

Chi square Linear by Linear: 0, 689

Dari tabel 5.22 diketahui bahwa dari 87 responden terdapat 53 responden mempunyai persepsi baik tentang kepercayaan diri dimana paling banyak *Maya Index*nya rendah yaitu 71,7% (38 responden). Sedangkan terdapat 34 responden mempunyai persepsi buruk tentang kepercayaan diri dengan *Maya Index* paling banyak juga rendah yaitu 67,6% (23 responden).

Hasil uji *Chi square Linear by Linear* diperoleh angka *Chi square Linear by Linear* hitung 0,160 lebih kecil dari *Chisquare* tabel 3,481 dan p value 0,689 lebih besar dari tingkat kesalahan α 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang kepercayaan diri dengan *Maya Index*.

5.2.2.6 Hubungan Isyarat untuk Bertindak dengan *Maya Index*

Tabel 5.23 Hubungan Isyarat Untuk Bertindak dengan *Maya Index*

Persepsi Isyarat Bertindak	Maya Index		Total	Sig
	Low	Medium		
Baik	58 (71,6%)	23 (28,4%)	81 (100%)	0,267
Buruk	3 (50,0%)	3 (50,0%)	6 (100%)	

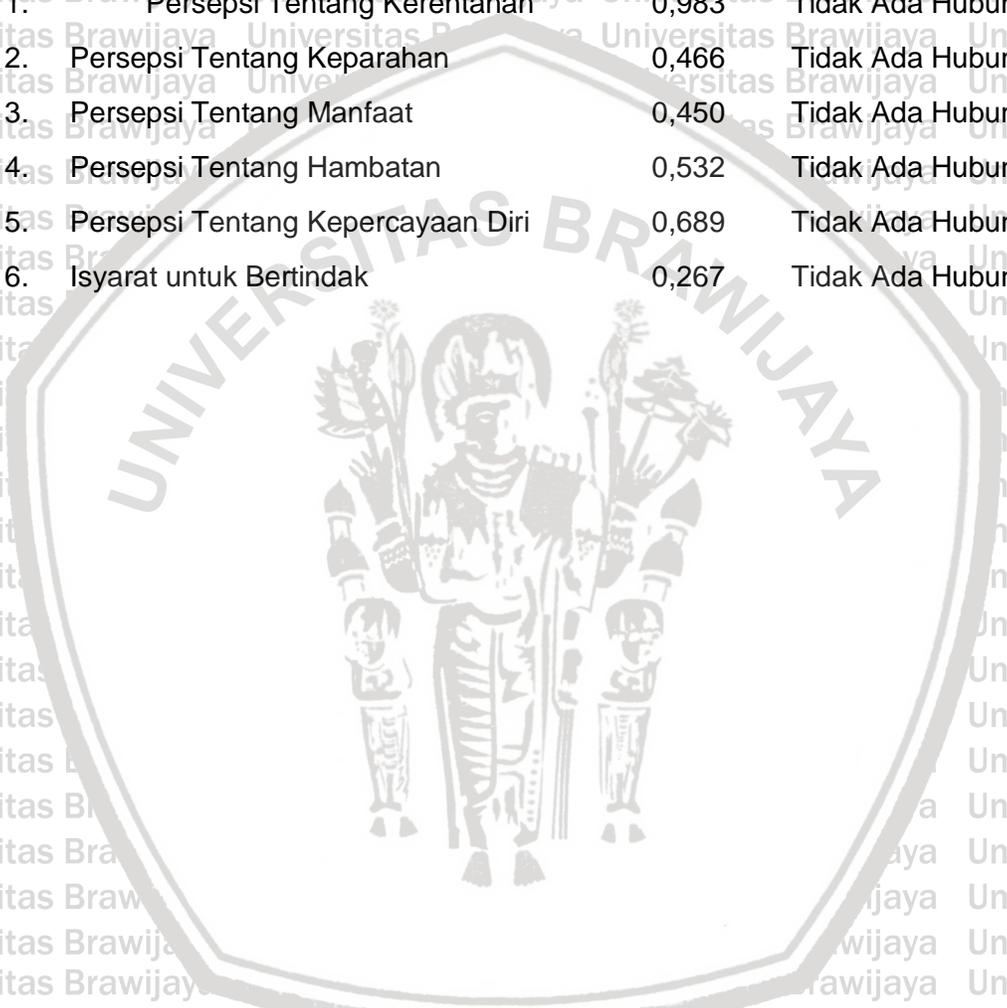
Chi square Linear by Linear: 0, 267

Dari tabel 5.23 diketahui bahwa dari 87 responden terdapat 81 responden memiliki persepsi baik tentang isyarat bertindak dimana paling banyak *Maya Index*nya rendah yaitu 71,6% (58 responden). Sedangkan terdapat 6 responden mempunyai persepsi buruk tentang isyarat bertindak 50% (3 responden) diantaranya mempunyai *Maya Index* rendah sedangkan 50% (3 responden) lainnya mempunyai *Maya Index* sedang. Hasil uji *Chi square Linear by Linear* diperoleh angka *Chi square Linear by Linear* hitung 1,230 lebih kecil dari *Chisquare* tabel 3,481 dan p value 0,267 lebih besar dari tingkat kesalahan α 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara isyarat untuk bertindak dengan *Maya Index*.

5.2.3 Rangkuman Keseluruhan Analisis Bivariat

Tabel 5.24 Hasil Uji *Chi Square Linear by Linear* dengan *Maya Index*

No	Variabel Bebas	Nilai p	Keterangan
1.	Persepsi Tentang Kerentanan	0,983	Tidak Ada Hubungan
2.	Persepsi Tentang Keparahan	0,466	Tidak Ada Hubungan
3.	Persepsi Tentang Manfaat	0,450	Tidak Ada Hubungan
4.	Persepsi Tentang Hambatan	0,532	Tidak Ada Hubungan
5.	Persepsi Tentang Kepercayaan Diri	0,689	Tidak Ada Hubungan
6.	Isyarat untuk Bertindak	0,267	Tidak Ada Hubungan



BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Hubungan Persepsi tentang Kerentanan terhadap Penyakit Demam Berdarah dengan *Maya Index*

Hasil penelitian menunjukkan dari 87 responden terdapat 47 responden mempunyai nilai persepsi tentang kerentanan **baik**. Dari 47 responden tersebut sebanyak 70,2 % (33 responden) mempunyai *Maya Index rendah* dan 29,8% (14 responden) lainnya mempunyai nilai *Maya Index sedang*. Sedangkan 40 responden lainnya mempunyai persepsinya **buruk** tentang kerentanan, dimana sebanyak 70% (28 responden) mempunyai *Maya Index rendah* dan 30% (12 responden) lainnya mempunyai *Maya Index sedang*. Dalam penelitian ini upaya pencegahan terhadap penyakit DBD yang dilakukan responden menentukan status *Maya Index* responden.

Setelah dilakukan uji statistik dengan *Chi square Linear by Linear* diperoleh angka *Chi square Linear by Linear* hitung 0,000 lebih kecil dari *Chisquare* tabel 3,481 dan p value 0,983 lebih besar dari tingkat kesalahan α 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang kerentanan untuk terkena penyakit DBD dengan *Maya Index*.

Hasil di atas dimungkinkan karena tidak selalu masyarakat dengan persepsi tentang kerentanan yang baik mempunyai perilaku yang baik pula dalam menjaga kebersihan lingkungan, begitu juga sebaliknya. Hal ini dibuktikan dengan sebanyak 70 % (28 responden) yang mempunyai persepsi buruk tentang

kerentanan justru mempunyai *Maya Index* rendah yang artinya sebanyak 28 responden beranggapan bahwa dirinya tidak rentan untuk terkena DBD namun responden tetap menjaga kebersihan lingkungan dengan baik, begitu pula sebaliknya. 29,8 % (14 responden) dengan persepsi baik (tahu bahwa responden rentan untuk terkena DBD) justru kurang memperhatikan kebersihan lingkungan dengan baik sehingga menghasilkan *Maya Index* sedang. Apabila dibandingkan distribusi nilai *Maya Index* sedang pada kedua kategori persepsi maka responden dengan persepsi baik menunjukkan jumlah yang lebih banyak. Artinya responden dengan persepsi baik lebih banyak yang kurang memperhatikan kebersihan lingkungan sehingga menghasilkan *Maya Index* sedang.

Penulis berpendapat hal ini terjadi dimungkinkan karena banyaknya individu yang mengabaikan bahaya atau ancaman dari suatu penyakit, yang membuat individu sering mengabaikan tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang mengancam dirinya. Hal ini sesuai dengan pendapat Smet (1994) yang menyebutkan bahwa individu sering mengabaikan kemungkinan dirinya tentang ancaman terhadap penyakitnya, sehingga tidak jarang individu tidak mengambil tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang mengancam dirinya.

6.2 Hubungan Persepsi tentang Keparahan Penyakit Demam Berdarah dengan *Maya Index*

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Chi square Linear by Linear* diperoleh angka *Chi square Linear by Linear* hitung 0,530 lebih kecil dari *Chisquare* tabel 3,481 dan p value 0,466 lebih besar dari tingkat kesalahan α 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi

tentang keparahan penyakit DBD dengan *Maya Index*. Hasil penelitian menunjukkan dari 87 responden terdapat 74 responden mempunyai persepsi tentang keparahan **baik**. Dari 74 responden tersebut sebanyak 71,6% (53 responden) mempunyai *Maya Index rendah* dan 28,4% (21 responden) lainnya mempunyai *Maya Index sedang*. Sedangkan 13 responden lainnya mempunyai persepsi **buruk** tentang keparahan dimana 61,5% (8 responden) diantaranya mempunyai *Maya Index rendah* dan 38,5% (5 responden) lainnya mempunyai *Maya Index sedang*. Dalam penelitian ini upaya pencegahan terhadap penyakit DBD yang dilakukan responden menentukan status *Maya Index* responden.

Hal tersebut menunjukkan sebagian besar responden 71,6 % (53 responden) paham tentang keparahan DBD yang menyebabkan kebanyakan dari responden mempunyai *Maya Index* rendah. Namun tidak selalu responden yang mempunyai persepsi baik tentang keparahan terhadap penyakit DBD mempunyai perilaku yang baik pula dalam menjaga kebersihan lingkungan dan memastikan tidak ada kontainer di rumah yang akan menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk. Hal ini dibuktikan dengan sebanyak 61,5 % (8 responden) dengan persepsi buruk tentang keparahan terhadap penyakit DBD juga mempunyai *Maya Index* yang rendah. Artinya sebanyak 61,5% (8 responden) tidak memahami keparahan dari penyakit DBD tetapi mereka sudah menjaga kebersihan lingkungan dengan baik. Sementara 28,4% (21 responden) yang mempunyai persepsi baik tentang keparahan justru memiliki *Maya Index* sedang.

Apabila dibandingkan distribusi nilai *Maya Index* sedang pada kedua kategori persepsi maka responden dengan persepsi baik menunjukkan jumlah yang lebih

banyak. Artinya responden dengan persepsi baik (tahu keparahan penyakit DBD) lebih banyak yang kurang memperhatikan kebersihan lingkungan sehingga menghasilkan *Maya Index* sedang. Hal ini sejalan dengan pendapat Azwar (2005) yang menyebutkan bahwa pengetahuan saja tidak cukup untuk mengubah perilaku, akan tetapi untuk dapat melakukan suatu tindakan, seseorang harus dapat memahami pesan atau arti dari tindakan yang akan dia lakukan (Azwar S 2005 **dalam** Pujiyanti dkk, 2010). Hal inilah yang mungkin menyebabkan terdapat kesamaan nilai *Maya Index* (rendah) antara responden dengan persepsi baik dan responden dengan persepsi buruk karena pengetahuan saja tidak cukup untuk membuat seorang individu melakukan tindakan melainkan terdapat faktor lain yang mempengaruhinya.

6.3 Hubungan Persepsi tentang Manfaat Melakukan Tindakan Pencegahan Penyakit Demam Berdarah dengan *Maya Index*

Hasil penelitian menunjukkan dari 87 responden terdapat 55 responden mempunyai persepsi tentang manfaat **baik**. Dari 55 responden tersebut sebanyak 67,3% (37 responden) mempunyai *Maya Index* **rendah** dan 32,7% (18 responden) lainnya mempunyai *Maya Index* **sedang**. Sedangkan 32 responden lainnya mempunyai persepsinya **buruk** tentang manfaat, dimana sebanyak 75% (24 responden) mempunyai *Maya Index* **rendah** dan 25% (8 responden) lainnya mempunyai *Maya Index* **sedang**.

Setelah dilakukan uji statistik dengan *Chi square Linear by Linear* diperoleh angka *Chi square Linear by Linear* hitung 0,570 lebih kecil dari *Chisquare* tabel 3,481 dan p value 0,450 lebih besar dari tingkat kesalahan α 0,05. Hasil ini

menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang manfaat melakukan tindakan pencegahan terhadap penyakit DBD dengan *Maya Index*. Dalam hal ini upaya responden dalam melakukan tindakan pencegahan penyakit DBD menentukan status *Maya Index* responden. Tidak adanya hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut dimungkinkan karena tidak semua responden dengan persepsi baik tentang manfaat memiliki perilaku yang baik pula dalam melakukan pencegahan penyakit DBD, begitu pula sebaliknya. Hal ini dibuktikan dengan sebanyak 75% (24 responden) memiliki persepsi buruk tentang manfaat (merasa tidak mendapat manfaat dari tindakan pencegahan yang dilakukan) namun responden sudah menjaga kebersihan lingkungan dengan baik sehingga menghasilkan *Maya Index* rendah. Sementara 32,7% (18 responden) dengan persepsi baik tentang manfaat justru memiliki *Maya Index* sedang.

Apabila dibandingkan distribusi nilai *Maya Index* sedang pada kedua kategori persepsi maka responden dengan persepsi baik menunjukkan jumlah yang lebih banyak. Penulis berpendapat hal ini dimungkinkan karena persepsi individu tidak selalu sejalan dengan tindakan yang dilakukannya karena terdapat faktor lain yang mempengaruhi persepsi tersebut. Hal ini sejalan dengan pendapat Jones & Bartlett (2010) yang menyebutkan bahwa persepsi yang dirasakan individu dipengaruhi oleh *modifying factors* antara lain usia, jenis kelamin, ras/suku, motivasi, kepribadian, sosial ekonomi, dan tingkat pendidikan (Jones & Bartlett, 2010 *dalam* Nur Fauziah dkk, 2015). Hal tersebut kemudian diperkuat oleh pendapat Maggie Davies dan Wendy Macdowall (2006) menyatakan bahwa individu akan melakukan suatu tindakan pencegahan dan pemeliharaan kesehatan apabila dalam diri individu

terdapat keyakinan bahwa manfaat yang akan diperoleh dari suatu tindakan jauh lebih besar apabila dibandingkan dengan rintangan yang mungkin dialami ketika memutuskan untuk melakukan tindakan tersebut (Maggie Davies dan Wendy Macdowall 2006 **dalam** Susanti 2016).

6.4 Hubungan Persepsi tentang Hambatan Melakukan Tindakan Pencegahan Penyakit Demam Berdarah dengan *Maya Index*

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *Chi square Linear by Linear* diperoleh angka *Chi square Linear by Linear* hitung 0,391 lebih kecil dari *Chisquare* tabel 3,481 dan p value 0,532 lebih besar dari tingkat kesalahan α 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang hambatan dalam melakukan tindakan pencegahan penyakit DBD dengan *Maya Index*. Hasil penelitian menunjukkan dari 87 responden terdapat 61 responden mempunyai persepsi tentang hambatan **baik**. Dari 61 responden tersebut sebanyak 72,1% (44 responden) mempunyai *Maya Index* **rendah** dan 27,9% (17 responden) lainnya mempunyai nilai *Maya Index* **sedang**. Sedangkan 26 responden lainnya mempunyai persepsi **buruk** tentang hambatan dimana 65,4% (17 responden) mempunyai *Maya Index* **rendah** sedangkan 34,6% (9 responden) lainnya mempunyai *Maya Index* **sedang**. Dalam penelitian ini upaya pencegahan terhadap penyakit DBD yang dilakukan responden menentukan status *Maya Index* responden.

Hal ini menunjukkan bahwa sebanyak 72,1% (44 responden) merasa dapat menyikapi hambatan tersebut dengan baik sehingga responden melakukan tindakan pencegahan terhadap penyakit DBD dan membuat responden mempunyai *Maya Index* rendah. Namun tidak selalu responden yang mempunyai persepsi baik tentang

hambatan (merasa mampu menyikapi hambatan dalam melakukan tindakan pencegahan terhadap penyakit DBD) akan menjaga kebersihan lingkungan dengan baik. Hal ini dibuktikan dengan sebanyak 65,4% (17 responden) dengan persepsi buruk tentang hambatan juga memiliki *Maya Index* rendah yang berarti bahwa sebanyak 65,4% (17 responden) merasa tidak mampu menyikapi hambatan dalam melakukan tindakan pencegahan DBD akan tetapi responden tetap melakukan tindakan pencegahan terhadap penyakit DBD tanpa menghiraukan hambatan tersebut. Sementara 27,9% (17 responden) dengan persepsi baik tentang hambatan justru memiliki *Maya Index* sedang.

Apabila dibandingkan distribusi nilai *Maya Index* sedang pada kedua kategori persepsi maka responden dengan persepsi baik menunjukkan jumlah yang lebih banyak. Artinya responden dengan persepsi baik (mampu menyikapi hambatan dengan baik) lebih banyak yang kurang memperhatikan kebersihan lingkungan sehingga menghasilkan *Maya Index* sedang.

Menurut pendapat Maggie Davies dan Wendy Macdowall (2006) menyatakan bahwa individu akan melakukan suatu tindakan pencegahan dan pemeliharaan kesehatan apabila dalam diri individu terdapat keyakinan bahwa manfaat yang akan diperoleh dari suatu tindakan jauh lebih besar apabila dibandingkan dengan rintangan yang mungkin dialami ketika memutuskan untuk melakukan tindakan tersebut (Maggie Davies dan Wendy Macdowall 2006 *dalam* Susanti 2016). Hal inilah yang membuat responden dengan persepsi buruk tidak selalu mempunyai *Maya Index* tinggi. Walaupun responden mempunyai persepsi buruk (merasa tidak mampu menyikapi hambatan dalam melakukan tindakan pencegahan penyakit DBD)

namun apabila seseorang individu tersebut yakin bahwa tindakan yang dilakukannya memberikan manfaat yang lebih besar dibandingkan rintangan yang mungkin dialaminya saat melakukan tindakan maka individu tersebut akan tetap melakukan tindakan itu tanpa menghiraukan rintangan yang akan dijumpainya.

6.5 Hubungan Kepercayaan Diri dalam Melakukan Pencegahan Demam Berdarah dengan *Maya Index*

Hasil penelitian menunjukkan dari 87 responden terdapat 53 responden mempunyai kepercayaan diri yang **baik** dalam melakukan pencegahan DBD. Dari 53 responden tersebut sebanyak 71,7% (38 responden) mempunyai *Maya Index rendah* dan 28,3% (15 responden) lainnya mempunyai *Maya Index sedang*. Sedangkan 34 responden lainnya mempunyai persepsi **buruk** tentang kepercayaan diri dalam melakukan pencegahan DBD, dimana sebanyak 67,6% (23 responden) mempunyai *Maya Index rendah* dan 32,4% (11 responden) lainnya mempunyai *Maya Index sedang*. Dalam penelitian ini upaya pencegahan terhadap penyakit DBD yang dilakukan responden menentukan status *Maya Index* responden.

Setelah dilakukan uji statistik dengan *Chi square Linear by Linear* diperoleh angka *Chi square Linear by Linear* hitung 0,160 lebih kecil dari *Chisquare* tabel 3,481 dan p value 0,689 lebih besar dari tingkat kesalahan α 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kepercayaan diri dalam melakukan tindakan pencegahan penyakit DBD dengan *Maya Index*. Tidak adanya hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut dimungkinkan karena tidak semua responden dengan kepercayaan diri baik akan melakukan tindakan pencegahan yang baik pula. Diantara mereka masih ada yang memiliki

kualitas kebersihan lingkungan yang kurang baik. Hal ini dibuktikan dengan dari 53 responden yang mempunyai kepercayaan diri baik 28,3% (15 responden) diantaranya mempunyai *Maya Index* sedang. Demikian pula dengan responden yang mempunyai kepercayaan diri buruk dalam melakukan tindakan pencegahan terhadap penyakit DBD. Tidak semua responden dengan kepercayaan diri buruk menunjukkan kualitas kebersihan lingkungan yang buruk pula. Hal ini dibuktikan dengan dari 34 responden dengan kepercayaan diri buruk 67,6% (23 responden) diantaranya justru memiliki *Maya Index* rendah.

Menurut Deci dan Ryan (2008) motivasi merupakan determinan penting bagi individu untuk dapat menjalankan perannya dengan baik. Individu yang memiliki motivasi kuat cenderung memiliki *self efficacy* yang kuat, bertanggung jawab dalam perannya dan lebih aktif secara sosial. Motivasi yang kuat membuat individu mengesampingkan hambatan dan berusaha menjalankan perannya secara optimal (Deci dan Ryan, 2008 *dalam* Nur Fauziah dkk, 2015).

Hal ini kemudian diperkuat oleh pendapat Friedman (2010) yang menyebutkan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam membuat keputusan dengan lebih tepat. Dengan adanya dukungan keluarga mendorong kemauan dan kemampuan untuk berperilaku (Friedman, 2010 *dalam* Nur Fauziah, Ika dkk, 2015). Peneliti berpendapat hal tersebutlah yang menjadi penyebab 28,3% (15 responden) dengan kepercayaan diri baik mempunyai *Maya Index* sedang, sebaliknya 67,6% (23 responden) dengan kepercayaan diri buruk justru memiliki *Maya Index* rendah. Hal ini sesuai dengan teori di atas yang menyebutkan bahwa ada faktor lain yaitu motivasi yang

mempengaruhi tingkat kepercayaan diri seorang individu, salah satu yang terpenting adalah motivasi keluarga. Walaupun individu sudah mempunyai kepercayaan diri baik belum tentu individu tersebut mempunyai motivasi untuk melakukan suatu tindakan begitu pula sebaliknya. Sehingga tidak jarang dijumpai individu dengan kepercayaan diri buruk justru memiliki *Maya Index* rendah.

Dalam penelitian lain menyebutkan bahwa kepercayaan diri tidak murni mempengaruhi pencegahan. Wong (2012) menyatakan bahwa walaupun individu memiliki kepercayaan diri yang baik dalam melakukan pencegahan tetapi jika tidak didukung oleh informasi terkait penyakit yang mengancam dirinya, maka individu tersebut cenderung untuk tidak melakukan tindakan pencegahan secara berkelanjutan. Sehingga walaupun responden mempunyai kepercayaan diri baik tidak menutup kemungkinan mempunyai *Maya Index* sedang.

6.6 Hubungan Isyarat Bertindak dalam Melakukan Pencegahan Demam Berdarah dengan *Maya Index*

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *Chi square Linear by Linear* diperoleh angka *Chi square Linear by Linear* hitung 1,230 lebih kecil dari *Chisquare* tabel 3,481 dan p value 0,267 lebih besar dari tingkat kesalahan α 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara isyarat untuk bertindak melakukan pencegahan DBD dengan *Maya Index*. Hasil penelitian menunjukkan dari 87 responden terdapat 81 responden mempunyai isyarat untuk bertindak **baik**. Dari 81 responden tersebut sebanyak 71,6% (58 responden) mempunyai *Maya Index* **rendah** dan 28,4% (23 responden) lainnya mempunyai nilai *Maya Index* **sedang**. Sedangkan 6 responden lainnya mempunyai isyarat untuk

bertindak **buruk** dimana 50% (3 responden) diantaranya memiliki *Maya Index* rendah sedangkan 50% (3 responden) lainnya memiliki *Maya Index* **sedang**. Dalam penelitian ini upaya pencegahan terhadap penyakit DBD yang dilakukan responden menentukan status *Maya Index* responden.

Hasil ini menunjukkan bahwa sebanyak 71,6% (58 responden) mempunyai isyarat untuk bertindak baik dengan *Maya Index* rendah. Namun tidak selalu responden dengan isyarat bertindak baik mempunyai tindakan pencegahan yang baik pula, begitu pula sebaliknya. Sebanyak 28,4 % (23 responden) dengan isyarat untuk bertindak baik justru memiliki *Maya Index* sedang.

Menurut *Resenstock* (1982) dalam teori HBM dalam melakukan tindakan terdapat faktor pendorong untuk memutuskan menerima atau menolak tindakan tersebut. Dorongan ada yang bersifat internal dan external (*HBM Resenstock 1982 dalam* Rizqi Nugrahani dkk, 2017). Isyarat bertindak pada penelitian ini untuk melakukan tindakan pencegahan DBD bisa berasal dari diri sendiri atau dari luar.

Dorongan dari dalam diri sendiri biasa berupa niat yang didasari responden merasa rentan terkena penyakit DBD, responden merasa mendapatkan manfaat dari tindakan tersebut, serta responden takut terhadap bahaya dari penyakit DBD.

Sedangkan dorongan dari luar bisa berupa riwayat keluarga yang terkena DBD, ajakan tetangga serta penyuluhan dari tenaga kesehatan terkait bahaya dari penyakit DBD yang membuat responden akhirnya memutuskan untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit DBD meskipun responden memiliki isyarat untuk bertindak buruk, begitupula sebaliknya. Walaupun responden mempunyai isyarat untuk bertindak baik namun jika tidak mempunyai dorongan dari dalam maupun luar

maka responden cenderung tidak melakukan tindakan pencegahan terhadap penyakit DBD.

Hasil ini kemudian diperkuat oleh pendapat Fauziah (2015) yang menyatakan bahwa tidak adanya hubungan antara *cues to action* dengan perilaku pencegahan dimungkinkan karena terdapat variabel lain yang tidak diteliti yaitu *perceived threat of disease*. Menurut teori HBM perilaku kesehatan individu dapat terbentuk karena adanya rasa takut akan acaman suatu penyakit (*perceived threat of disease*). Sehingga untuk mencari apakah ada hubungan tidak langsung anantara *cues to action* dengan *Maya Index* perlu diteliti variabel lain yang mungkin mempengaruhi sebagai variabel antara.

6.7 Hambatan dan Kelemahan Penelitian

Hambatan yang dijumpai saat melakukan penelitian ini adalah responden kurang kooperatif saat dilakukan wawancara dan pengamatan jentik. Hal tersebut disebabkan karena responden sudah membersihkan lingkungan terlebih dahulu sesaat sebelum dilakukan pengamatan. Sedangkan kelemahan dari penelitian ini yaitu beragamnya parameter yang digunakan untuk mengukur persepsi HBM dalam berbagai penelitian dan beragamnya pemahaman responden mengenai isi kuisioner membuat hasil interpretasi tidak akurat.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, analisis data dan pembahasan maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

7.1.1 Tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit DBD dengan *Maya Index* (p value 0,983).

7.1.2 Tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang keparahan penyakit DBD dengan *Maya Index* (p value 0,466).

7.1.3 Tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang manfaat pencegahan penyakit DBD dengan *Maya Index* (p value 0,450).

7.1.4 Tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang hambatan dalam pencegahan penyakit DBD dengan *Maya Index* (p value 0,532).

7.1.5 Tidak ada hubungan yang signifikan antara kepercayaan diri dalam melakukan pencegahan terhadap penyakit DBD dengan *Maya Index* (p value 0,689).

7.1.6 Tidak ada hubungan yang signifikan antara isyarat bertindak untuk melakukan pencegahan penyakit DBD dengan *Maya Index* (p value 0,267).

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang diperoleh dalam penelitian ini, peneliti ingin menyampaikan beberapa saran sebagai berikut :

7.2.1 Bagi Peneliti Lain

Melakukan penelitian lebih lanjut terkait hubungan faktor-faktor dalam teori HBM dengan indikator kebersihan lingkungan dan keberadaan jentik seperti *Maya Index* dengan sampel yang lebih besar dan terseleksi baik serta perencanaan penelitian yang lebih baik misalnya menggunakan parameter yang berbeda serta meneliti keluarga dengan riwayat pernah terkena DBD.

7.2.2 Bagi Masyarakat dan Kader Jumantik

Kader diharapkan mampu menjadi “*remainder*” bagi masyarakat akan pentingnya perilaku pencegahan DBD mengingat dampak dari DBD yang sangat merugikan. Masyarakat juga diharapkan mampu melakukan pemeriksaan jentik secara rutin dan mandiri.

7.2.3 Bagi Puskesmas

Baik puskesmas maupun jumantik diharapkan mampu memberikan penyuluhan secara berkala terkait pentingnya menjaga kebersihan lingkungan mengingat dampak dari penyakit DBD yang sangat merugikan serta aktif melakukan sidak atau pengamatan terhadap keberadaan kontainer yang menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Ae. aegypti*.

7.2.4 Bagi Pemerintah atau Dinas Kesehatan Setempat

Dinas Kesehatan setempat diharapkan mampu melakukan survey jentik rutin serta melakukan pencatatan terhadap masyarakat yang menderita DBD serta berkordinasi dengan Puskesmas untuk melakukan penyuluhan terkait pentingnya

melakukan upaya pencegahan terhadap DBD dan pembagian abate untuk
memberantas jentik nyamuk.



DAFTAR PUSTAKA

Bidang P2P Dinkes Malang, 2016 dalam Buku Saku Profil Kesehatan Kabupaten Malang tahun 2017. <http://dinkes.malangkab.go.id/konten-67.html>. (diakses tanggal 3 November 2017)

CDC.2012.MosquitoLifeCycle.Fromhttps://www.cdc.gov/dengue/entomologyecology/m_lifecycle.html, 15 November 2017.

CDCP, C. For D. C. And P. (2012) 'Dengue: Mosquito Life Cycle', *Dengue*. AvailableAt:Http://Www.Cdc.Gov/Dengue/Resources/Factsheets/Mosquitofecyclefinal.Pdf%5cnhttp://Www.Cdc.Gov/Dengue/Entomologyecology/M_Lifecycle.Html.

Conner, M & P. Norman (Eds.), Predicting Health Behaviour. Research and Practice with Social Cognition Models, 2015 : 121-162. Buckingham:Open University Press, (Online)([http://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgjt55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1587354](http://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgjt55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1587354), diakses pada 3 November 2017).

Danis-Lozano, R., Rodríguez, M.H., and Hernández-Avila, M. 2002. Gender-Related Family Head Schooling and Aedes aegypti Larval Breeding Risk in Southern Mexico. *Salud Pública Méx.* 2002. 44(3):237-242.

Depkes RI, 2016. Kendalikan DBD dengan PSN 3M Plus. From <http://www.depkes.go.id/article/view/16020900002/kendalikan-dbd-dengan-psn-3m-plus.html>, 15 November 2017.3e.

Dhewantara, P. W. and Dinata, A. 2015. Analisis Risiko Dengue Berbasis Maya Index Pada Rumah Penderita DBD di Kota Banjar Tahun

2012. *Balaba*, 2015. 11(1), pp. 1–8.

Fanani, S. & Dewi, T. K. (2014) 'Health Belief Model Pada Pasien Pengobatan Alternatif Supranatural Dengan Bantuan Dukun', *Jurnal Psikologi Klinis Dan Kesehatan Mental*, Vol.03, No(4), Pp. 54–59.

Fauziah I.N. Djuari, Lilik, dan Arief Y.S. Pengembangan Model Perilaku Ibu dalam Pencegahan Gizi Buruk Balita. *Jurnal Ners*, 2015, 10 (2): 195-207

Febriantoro, Y., Alvira, L., Hadi Hanif, A., Ardi Hidayat, B., Juita, N., Endah Wahyuningsih, N., ... Pengajar Bagian Kesehatan Lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat, S. (2012). " PAP " Prevent Aedes Pump Sebagai Alat Untuk Memutus Siklus Hidup Nyamuk Aedes Aegypti Dan Meningkatkan Efisiensi Pembersihan Air Di Bak Mandi Skala Rumah, 2(2), 71–75.

Hendri, J., Santya, R. N. R. E. And Prasetyowati, H. (2015) 'Distribusi Dan Kepadatan Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) Berdasarkan Ketinggian Tempat Di Kabupaten Ciamis Jawa Barat', *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 14(1), Pp.17–28. Available At:

[Http://Download.Portalgaruda.Org/Article.Php?Article=434791&Val=4887&Title=Distribusi Dan Kepadatan Vektor Demam Berdarah Dengue \(Dbd\) Berdasarkan Ketinggian Tempat Di Kabupaten Ciamis Jawa BARAT.](http://Download.Portalgaruda.Org/Article.Php?Article=434791&Val=4887&Title=Distribusi%20Dan%20Kepadatan%20Vektor%20Demam%20Berdarah%20Dengue%20(Dbd)%20Berdasarkan%20Ketinggian%20Tempat%20Di%20Kabupaten%20Ciamis%20Jawa%20BARAT.)

Infodatin Kementerian Kesehatan (2016) 'Situasi DBD Di Indonesia', *Infodatin*, P. P 12. Doi: ISSN 2442-7659.

Inge Sutanto, Is Sumariah Ismid, Pudji K. Sjarifudin, Saleha Sungkar. 2008. Buku. Ajar *Parasitologi* Kedokteran. Edisi 4. Jakarta: Balai Penerbit *FKUI*.

Ishartadiati, K. (2009) 'Aedes Aegypti Sebagai Vektor Demam Berdarah Dengue', *Universitas Wijaya Kusuma Surabaya*, P. 8.

Karen G., Barbara K., K. Viswanath. 2008. Health Behavior And Health Education, 4th Ed., Edited By C. Tracy Orleans. Jossey-Bass : USA.

Kelurahan Bandungrejosari. Kondisi Geografi, (Online), (<http://kelbandungrejosari.malangkota.go.id/kondisigeografi>, diakses pada 20 Agustus 2018)

Kementerian Kesehatan RI. 2016. Kendalikan DBD dengan PSN "3M Plus", (Online), (<http://www.depkes.go.id/article/view/16020900002/kendalikan-dbd-dengan-psn-3m-plus.html>, diakses pada 5 November 2017)

Kinansi, R. R., Widjajanti, W. And Ayuningrum, F. D. (2017) 'Endemis Di Indonesia (Sumatera Selatan , Jawa Tengah , Sulawesi TENGAH DAN PAPUA) Haemorrhagic Dengue Fever ' S Vector Density Status In Endemic Region In Indonesia (South Sumatera , Central Java , Central Sulawesi And Papua)', Pp. 1-9.

Murti, B., (2006), Desain Dan Ukuran Sampel Penelitian Kuantitatif Dan. Kualitatif Di Bidang Kesehatan, Gajah Mada University Press,. Yogyakarta:123-125.

Nisa, W. D., Notoatmojo, H. And Rohmani, A. (2013) 'Karakteristik Demam Berdarah Dengue Pada Anak Di Rumah Sakit Roemani Semarang Characteristics Of Dengue Hemorrhagic Fever In Children's Hospital In Roemani Semarang', 1(2), Pp. 93-98.

Novia R ; Martini;Praba G. Hubungan *Maya Index* Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kelurahan Tegalsari Kota Tegal.*Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2015, 3 (1) : 163.

Nur Fauziah, Ika, Lilik Djuari, Yuni Sufyanti Arief.Pengembangan Model Perilaku Ibu Dalam Pencegahan Gizi Buruk Balita. *Jurnal Ners*, 2015, 10 (2): 195-207.

Palgunadi, B. U. (2009) 'Aedes Aegypti Sebagai Vektor Penyakit Demam Berdarah Soedarto. 2012. Demam Berdarah *Dengue/ Dengue* Haemorrhagic Fever.

Jakarta : Sugeng Seto.

Pujiyanti, Aryanti, Ira Paramasti, Atik Triatnawati. Kepercayaan Ibu Rumah Tangga Tentang Nyamuk Aedes Dan Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* Di Kelurahan Endemis. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 2010, 26 (4): 179-186.

Purnama, Sang G; Baskoro Tri. Maya Index Dan Kepadatan Larva *Aedes Aegypti* terhadap Infeksi *Dengue*. *Makara Kesehatan*. 2012, 16 (2):59.

Rahayu, D. F. And Ustiawan, A. (2013) 'Identifikasi *Aedes Aegypti* Dan *Aedes*', *Balaba*, 9(1), Pp. 7-10.

Rizqi Nugrahani, Rosi, Uki Retno Budihastuti, Eti Pancorini Pamungakasari. Health Belief Model on the Factors Associated with the Use of HPV Vaccine for the Prevention of Cervical Cancer among Women in Kediri, East Java. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 2017, 2 (1): 70-81.

Rokhmawanti, Novia, Martini, Praba Ginandjar Hubungan Maya Index Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* di Kelurahan Tegalsari Kota Tegal. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2015, 3(1): 162.

Smet, B. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : Gramedia Widiasarana Dalam Sholihah, Maratush. 2014. Gambaran Peluang Perubahan Perilaku Perokok Dengan *Health Belief Model* Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Ciputat Tangerang Selatan. Skripsi. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

Soedarto. 2012. Demam Berdarah *Dengue*/ *Dengue Haemorrhagic Fever*. Jakarta : Sugeng Seto.

Sofia, Suhartono, Nur Endah Wahyuningsih. Hubungan Kondisi Rumah dan perilaku keluarga dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di Kabupaten Aceh Besar. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*. 2014, 13 (1):30.

Sri Rezeki Hadinegoro, Ismoedijanto Moedjito, Alex Chairulfatah. 2014. Pedoman Diagnosis Dan Tatalaksana Infeksi Virus *Dengue* Pada Anak. Pengurus Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI).

Suyanto, Sri Darnoto, dan D. A., 2011. Pengendalian Nyamuk *Aedes aegypti* di Kelurahan Sangkrah Kecamatan Pasar Kliwon Kota Surakarta, *Jurnal Kesehatan*, 2011, hal 1-13.

Staf Laboratorium Parasitologi FKUB, *DIKTAT PROTOZOA*. Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Malang, 2015.

Susanti. Penerapan Health Belief Model Terhadap Keputusan Keluarga Untuk Melakukan Kunjungan Ke Puskesmas Dalam Penanganan Dini *Dengue*

Haemorrhagic Fever (Dhf). *Jurnal Ners Lentara LENTERA*, 2016, 4 (2): 125-139.

Wirawan, D. N. (2016). Masalah Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Ketersediaan Vaksin Daftar Pustaka. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 4(2), 118–119.

Wong, Li Ping. 2012. Health Beliefs and Practices Related to Danguge Fever: A Focus Group Study. *PLoS Negl Trop Dis* 7(7) : e230.
Doi:10.1371/journal.pntd.00002310.

