

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN
DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) PADA MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH TAHUN 2024**



OLEH

RAUZATUL MAQFIRAH

NPM : 1807110083

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
BANDA ACEH
2024**

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN
DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) PADA MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH TAHUN 2024**

**Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Mencapai Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh**



OLEH

RAUZATUL MAQFIRAH

NPM : 1807110083

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
BANDA ACEH
2024**

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rauzatul Maqfirah
NPM : 1807110083
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024

Dengan ini menyatakan bahwa Proposal yang saya buat merupakan hasil karya sendiri/bukan plagiat*. Apabila dikemudian hari diketahui bahwa Proposal ini merupakan hasil dibuat oleh pihak-pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh (FKM-UNMUHA),

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, Juli 2024



(Rauzatul Maqfirah)

ABSTRAK

Nama : Rauzatul Maqfirah

NPM : 1807110083

Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024

xii + 75 halaman + 12 tabel + 7 lampiran

Demam berdarah dengue (DBD) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang penting di Indonesia. Perilaku pencegahan DBD di masyarakat menjadi kunci utama dalam mengendalikan penyakit ini. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan DBD pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

Penelitian ini bersifat deskriptif analitik dengan desain *cross-sectional*, populasi sebanyak 9.007 KK, teknik pengambilan sampel menggunakan metode *random sampling* sebanyak 100 responden, penelitian dilakukan pada tanggal 18 s.d 26 Mei Tahun 2024. Analisis data menggunakan Uji chi square dengan SPSS versi 21.

Hasil penelitian secara univariat menunjukkan bahwa 51,0% yang pengetahuan kurang baik, 55,0% sikap negatif, 74,0% yang tidak terpapar iklan. Secara bivariat bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan (p value = 0,005), sikap (p value = 0,007), sumber informasi (p value = 0,002) dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

Kesimpulan adalah variabel pengetahuan, sikap, sumber informasi menjadi faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024. Disarankan bagi Puskesmas untuk melakukan upaya penyuluhan secara rutin oleh petugas kesehatan (Puskesmas), program jumantik yaitu memantau jentik nyamuk dari rumah ke rumah warga lainnya dengan melakukan kerjasama dengan kader desa.

Kata Kunci: Pengetahuan, Sikap, Informasi, DBD

Daftar Kepustakaan : 33 buah (2010 – 2019).

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, 09 Agustus 2024

Pembimbing I



(Dr. Farrah Fahdhienie, SKM., MPH.)

Pembimbing II



(dr. Riza Septiani, MPubHlthAdv.)

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh




(Dr. Basri Alamin, SKM., MPH)
NIK: 19811029 200603 1001

PENGESAHAN PEMBIMBING

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN
DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) PADA MASYARAKAT
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATOH
KOTA BANDA ACEH TAHUN 2024**

Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh

OLEH :

**RAUZATUL MAQFIRAH
NPM : 1807110083**

Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh
Telah Lulus Ujian Skripsi Pada Hari Jumat , 09 Agustus 2024

Banda Aceh, 09 Agustus 2024

Pembimbing I

(Dr. Farrah Fahdhienie, SKM., MPH.)

Pembimbing II

(dr. Riza Septiani, MPubHlthAdv.)

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh

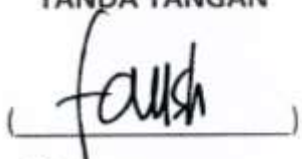
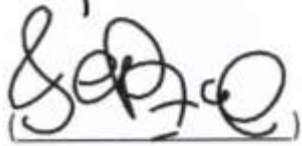





(Dr. Basri Aramico Ib, SKM., MPH)

NIK: 19811029 200603 1001

PENGESAHAN PENGUJI

**Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh**

	TANDA TANGAN
Ketua : Dr.Farrah Fahdhienie, SKM.,MPH.	
Penguji I : dr. Riza Septiani, MPubHlthAdv.	
Penguji II : Nopa Arlianti, SKM., MKM.	
Penguji III : Dr.Tahara Dilla Santi, M.Biomed.	

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh




(Dr. Basti Aramico Ib, SKM., MPH)
NIK: 19811029 200603 1001

BIODATA

Nama : Rauzatul maqfirah
Tempat/Tgl.Lahir : Jambomasi 26 November 2000
Agama : Islam
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Gampong keuramat
Status : Belum Menikah

Ibu

Nama : Nuari
Pekerjaan : IRT

Ayah

Nama : Mihibbusaabri
Pekerjaan : Petani

Pendidikan yang ditempuh

1. SD : SD Negeri 3 Jaya Tahun 2007 - 2012
2. SMP : SMP Negeri 2 Jaya Tahun 2012 - 2015
3. SMA : MA Swasta Lamno Tahun 2015 - 2018
4. Sarjana : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh
Tahun 2018 – Sampai Sekarang

Tertanda

(Rauzatul Maqfirah)

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan Puji syukur kehadirat Allah SWT dimana atas rahmat dan hidayahnya serta skripsi ini, shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita dari alam jahiliyah ke alam yang Islamiyah, sehingga telah dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024”.

Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh (FKM-UNMUHA) dan secara khusus penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu **Dr. Farrah Fahdhienie, SKM., MPH.**, selaku Pembimbing I dan Ibu **dr. Riza Septiani, MPubHlthAdv.**, selaku Pembimbing II yang telah meluangkan banyak waktu untuk memberi petunjuk, arahan dan bimbingan serta dukungan mulai dari awal penulisan sampai selesainya skripsi ini. Selanjutnya penulis juga menyampaikan berterima kasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Aslam Nur, MA., selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh
2. Dr. Basri Aramico, SKM., MPH., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.
3. Bapak dan Ibu dosen penguji skripsi yang telah memberikan masukan demi perbaikan skripsi ini.

4. Seluruh dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh yang telah memberikan ilmu yang berharga bagi penulis dan membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan dan semangat hingga terselesaikannya skripsi ini.
6. Seluruh pihak yang telah banyak membantu hingga terselesaikannya skripsi ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, baik dari segi isi maupun cara penyusunannya. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritikan yang bersifat membangun dari pembaca demi kesempurnaan skripsi ini di masa mendatang. Penulis berharap, semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat kepada para pembaca pada umumnya dan bagi penulis pada khususnya.

Banda Aceh, Juli 2024

Penulis

Rauzatul Maqfirah

KATA – KATA MUTIARA

Ya Allah yang maha pengasih dan maha penyayang, sepercik ilmu telah engkau karuniai kepadaku yang hanya mengetahui sebagian kecil dari yang engkau miliki sebagaimana firmanNya
“Seandainya air laut menjadi tinta untuk menulis kalimat-kalimat tuhanKu, maka pasti habislah lautan itu sebelum selesai penulisan kalimat-kalimat tuhanKu, meskipun kami datangkan tambahan sebanyak itu pula”
(Q.S. Al-Kahfi, 109).

Syukur alhamdulillah, segala puji bagi Allah
Perjalanan panjang yang telah kutempuh penuh luka liku dan tanjakan serta terjal dan suram namun langkah senantiasa ringan karena doa orang tercinta dengan penuh kesabaran tiada pernah berhenti untuk terus berjuang. Akhirnya sebuah perjalanan berhasil kutempuh begitu berharga, waktu yang terus berlalu memang sangat melelahkan tetapi hasil ini tidak akan menjadi sebuah penyesalan, terimakasih Ya Allah atas waktu yang engkau berikan untuku..

Ayahanda dan Ibunda.....

Inilah kata-kata yang mewakili seluruh raga, sungguh aku tak mampu menggantikan kasihmu dengan apapun, tiada yang dapat kuberikan agar setara dengan pengorbananmu padaku, kasih sayangmu tak pernah pudar, cintamu yang tak pernah berujung... Berkat doa mu membuat perjalananku begitu mudah dalam melangkah dan motivasimu yang membuatku selalu menyadari bahwa apa yang ingin dicapai harus benar benar dengan kerja keras tanpa mengeluh begitu tantangan datang menghampiri.

Terimakasih untuk Ayahanda dan Ibunda kupersembahkan gelar sarjana ini kepadamu dengan ungkapan berjuta maaf dan terimakasihku. Dengan ini aku hanya ingin melihat cahaya senyuman yang menghaspus sejenak lelah, letih dan air mata. Hanya untukmu Ayahanda dan Ibunda tercinta.

Terimakasih untuk yang selalu menyemangatiKu, dan selalu memberi dukungan serta pihak-pihak yang telah banyak memberikan bimbingan dan dukungan yang tak mungkin disebutkan satu persatu.

Semoga Allah S.W.T meridhai langkah yang kita tempuh selama ini.

Wassalam

DAFTAR ISI

JUDUL LUAR	
JUDUL DALAM	
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	i
ABSTRAK	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN	iii
PENGESAHAN PENGUJI	iv
BIODATA	v
KATA PENGANTAR.....	vi
KATA – KATA MUTIARA.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Ruang Lingkup Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian	7
1.5. Manfaat Penelitian	7
1.6. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN	10
2.1. Pengertian Demam Berdarah Dengue (DBD).....	10
2.2. Penyebab Demam Berdarah Dengue	11
2.3. Gejala-Gejala Klinik Demam Berdarah Dengue.....	12
2.4. Diagnosis DBD.....	14
2.5. Cara Penularan Penyakit Demam Berdarah Dengue.....	15
2.6. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Demam Berdarah Dengue	17
2.7. Faktor yang Berhubungan Dengan Upaya Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue.....	21
2.8. Kerangka Teoritis	31
BAB III KERANGKA KONSEPSIONAL	32
3.1. Kerangka Konsep	32
3.2. Variabel Penelitian.....	32
3.3. Definisi Operasional.....	33
3.4. Cara Pengukuran Variabel.....	34
3.5. Hipotesis Penelitian	35
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	36
4.1. Jenis Penelitian	36
4.2. Populasi dan Sampel.....	36
4.3. Tehnik Pengambilan Sampel	37

4.4.	Jenis Data	39
4.5.	Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian.....	39
4.6.	Pengumpulan Data	40
4.7.	Pengolahan Data.....	40
4.8.	Analisa Data.....	41
4.9.	Penyajian Data.....	43
BAB V	GAMBARAN UMUM.....	44
5.1.	Letak Geografis.....	44
5.2.	Keadaan Demografi	44
5.3.	Tenaga Kesehatan.....	44
5.4.	Fasilitas Kesehatan	45
BAB VI	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	47
6.1.	Hasil Penelitian	47
6.2.	Pembahasan	55
BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN.....	60
7.1.	Kesimpulan	60
7.2.	Saran	60

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 6.1	Distribusi Frekuensi Umur Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024	47
Tabel 6.2	Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024	48
Tabel 6.3	Distribusi Frekuensi Lama Tinggal Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024	48
Tabel 6.4	Distribusi Frekuensi Anggaran Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024	49
Tabel 6.5	Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024	49
Tabel 6.6	Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024	50
Tabel 6.7	Distribusi Frekuensi Perilaku Pencegahan Dbd Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.....	50
Tabel 6.8	51Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tentang Pencegahan Dbd Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh.....	51
	Tahun 2024.....	51
Tabel 6.9	Distribusi Frekuensi Sikap Tentang Pencegahan Dbd Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.....	51
Tabel 6.10	Distribusi Frekuensi Sumber Informasi Tentang Pencegahan Dbd Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024	52
Tabel 6.11	Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Pencegahan Dbd Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024	52
Tabel 6.12	Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Pencegahan Dbd Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024	53
Tabel 6.13	Hubungan Sumber Informasi Dengan Perilaku Pencegahan Dbd Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teoritis	30
Gambar 3.1. Kerangka Konsep	31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian

Lampiran 2. Surat Balasan Penelitian

Lampiran 3. Kuesioner

Lampiran 4. Master Tabel Penelitian

Lampiran 5. OUTPUT SPSS

Lampiran 6. Dokumentasi Penelitian

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit demam berdarah dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi yang dapat berakibat fatal dalam waktu yang relative singkat, penyakit ini sulit dibedakan dari penyakit demam berdarah yang lain (Handrawan, 2018). Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan vektor penularan virus dengue dari penderita kepada orang lain melalui gigitan. Nyamuk *Aedes aegypti* berkembang biak di tempat lembab dan genangan air bersih. Tempat perkembangbiakan utama nyamuk *Aedes aegypti* adalah tempat penyimpanan air di dalam atau di luar rumah, atau di tempat-tempat umum, biasanya berjarak tidak lebih 500 meter dari rumah. Nyamuk ini tidak dapat berkembang biak di genangan air yang berhubungan langsung dengan tanah (Frida, 2019).

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis (Pasal 3 Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009) (Kemenkes RI, 2019).

Pembangunan kesehatan dalam Rencana strategis Kementerian Kesehatan difokuskan pada delapan prioritas yang salah satunya adalah pengendalian penyakit menular serta penyakit tidak menular dan diikuti dengan penyehatan lingkungan (Kemenkes RI, 2019). Penyakit DBD merupakan penyakit menular yang sangat

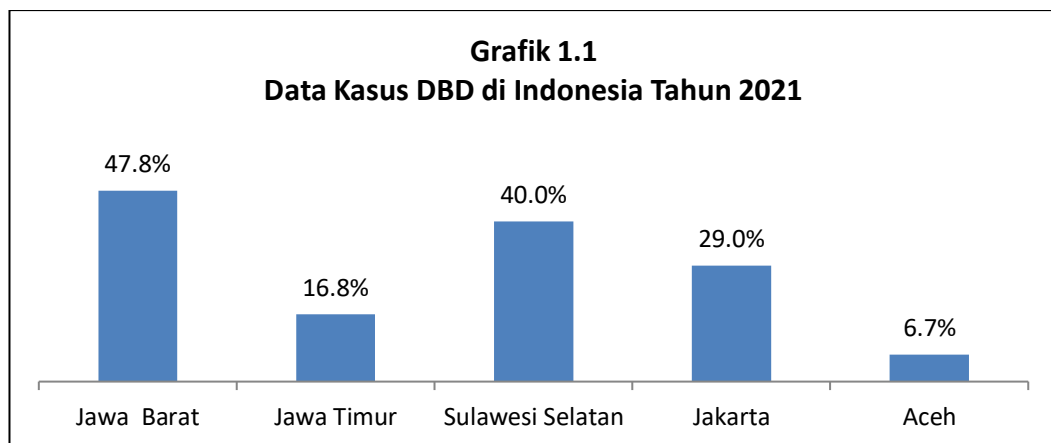
dominan di daerah tropis dan sub-tropis serta dapat mematikan lebih dari sejuta manusia setiap tahunnya (Ikhtiar, 2017).

Untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dilakukan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD melalui kegiatan pengasapan (*fogging*), dan pemberantasan larva nyamuk dengan zat kimia. Secara biologis dengan memelihara ikan cupang dan larva ikan nila yang mangsanya adalah larva nyamuk. Secara fisika melalui kegiatan 3M (menguras dan menaburkan bubuk abate, menutup tempat penampungan air dan mendaur ulang barang-barang bekas) (Irma, 2022).

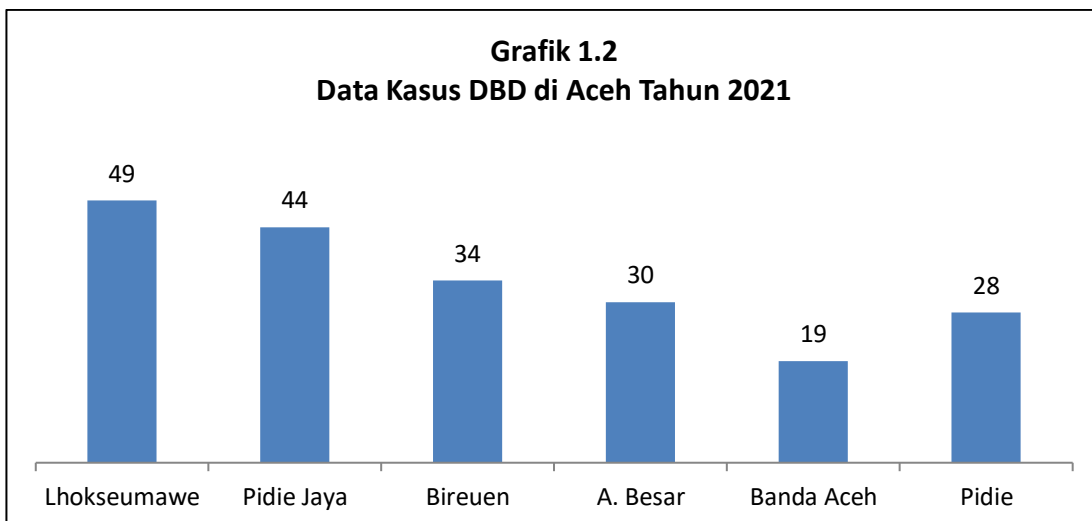
Perilaku kesehatan dapat diwujudkan dengan perilaku hidup bersih dan sehat. Penerapan perilaku hidup bersih dan sehat harus dimulai dari unit terkecil masyarakat yaitu PHBS di rumah tangga sebagai upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat (Kemenkes RI, 2019).

Faktor penyebab dari tingginya Demam Berdarah Dengue diantaranya adalah : kepadatan penduduk, perilaku hidup bersih dan sehat kurang, pengetahuan dan pendidikan masyarakat yang rendah, informasi dari rumah sakit yang terlambat, petugas kesehatan yang kurang dan kerja sama lintas sektor yang kurang. Berbagai cara juga telah diupayakan oleh pelayanan kesehatan khusus baik dengan cara penyuluhan masyarakat, pemberian abate pada tempat tempat penampungan air dan penyemprotan didaerah yang diduga tempat sarang nyamuk dan daerah yang terjadi KLB (Irma, 2022).

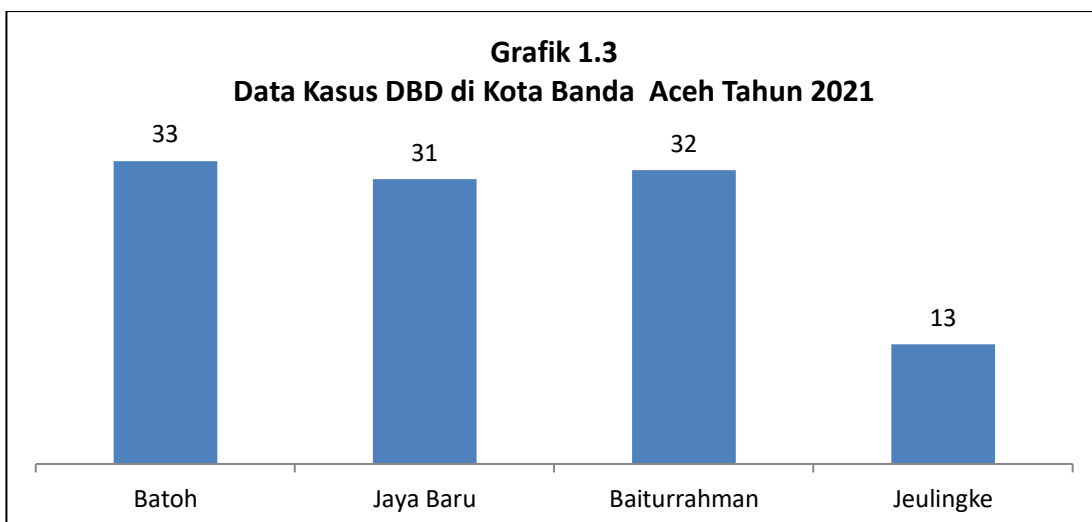
Indonesia diperkirakan 50% penduduknya masih tinggal di daerah endemis malaria. Menurut perkiraan *world health organization* (WHO), tidak kurang dari 30 juta kasus DBD terjadi setiap tahunnya dengan 30 ribu kematian. Berdasarkan survei kesehatan nasional tahun 2018 didapatkan angka kematian akibat DBD sekitar 8 sampai 11 per 100 ribu orang per tahun. Dari 579 kabupaten/kota di Indonesia, jumlah kabupaten/kota endemik tahun 2019 sebanyak 424 dengan perkiraan persentase penduduk yang beresiko tertular sebesar 42,42% (WHO, 2019).



Dari grafik 1.1 di atas menunjukkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2021 mencatat jumlah kasus DBD mencapai 73.518 kasus. Daerah dengan kasus DBD tertinggi yaitu Jawa Barat sebanyak 23.959 kasus (47,8%), Jawa Timur sebanyak 6.760 kasus (16,8%), Sulawesi Selatan sebanyak 3.585 kasus (40,0%), Jakarta 3.092 kasus (29,0%), dan Aceh sebanyak 366 kasus (6,7%). Adapun persentase meninggal diakibatkan kasus DBD di Indonesia Tahun 2021 sebesar 0,96%, tertinggi Jawa Tengah 2,71% (121 kasus), Gorontalo 2,69% (15 kasus), Sulawesi Utara 2,68% (32 kasus) dan Aceh 1,91% (7kasus) (Kemenkes RI, 2021).

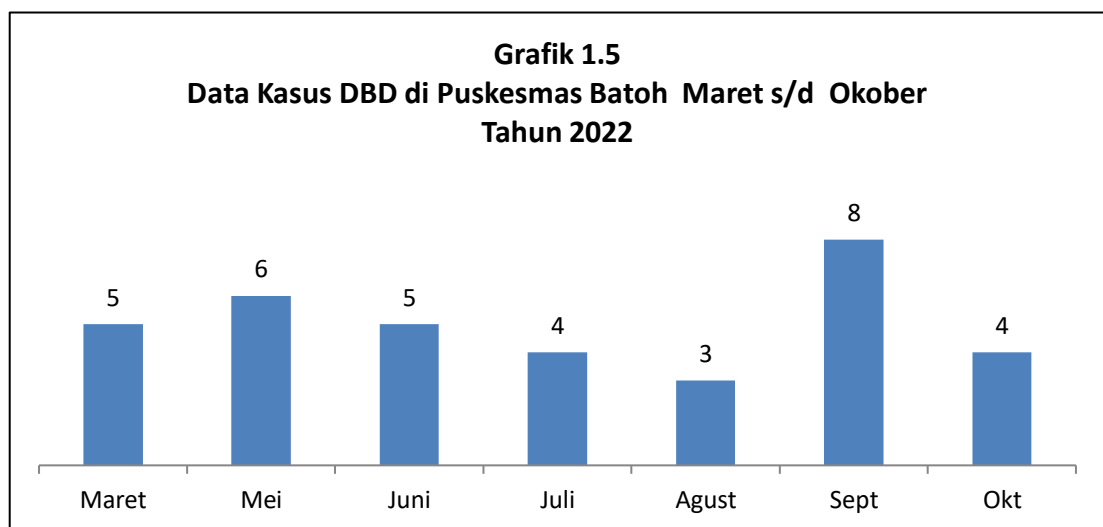
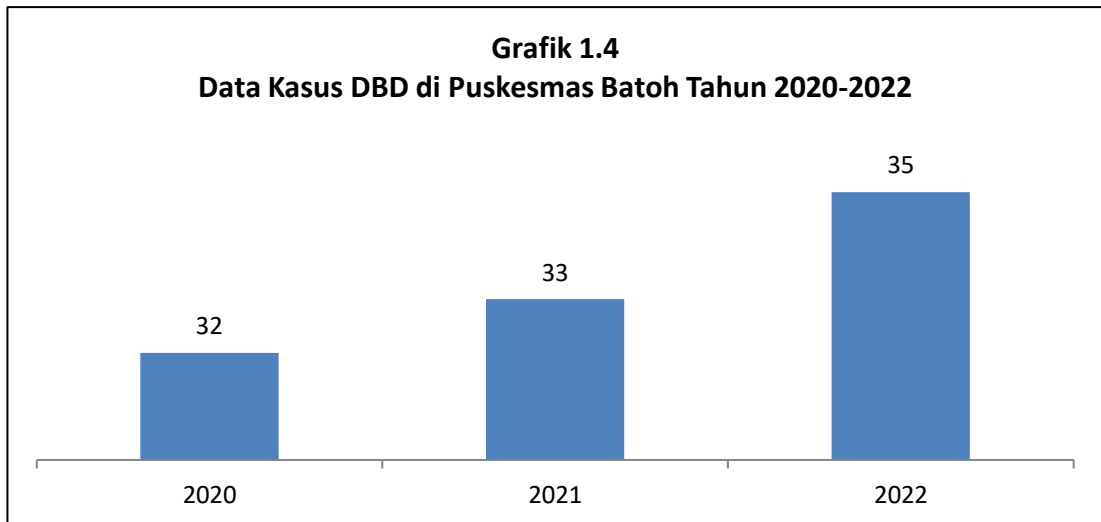


Laporan Dinas Kesehatan Aceh Tahun 2021 menurut grafik 1.2 di atas bahwa terdapat 366 kasus. Daerah dengan kasus DBD tertinggi Lhokseumawe sebanyak 49 kasus, Pidie Jaya sebanyak 44 kasus, Bireuen sebesar 34 kasus, Aceh Besar sebesar 30 kasus, Pidie sebanyak 28 kasus dan Banda Aceh sebesar 19 kasus. Persentase meninggal akibat DBD sebesar 1,91%, berada pada Banda Aceh 10,53% dan Aceh Selatan 6,67% (Dinkes Aceh, 2021).



Laporan Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2021 menurut grafik 1.3 di atas bahwa daerah dengan kasus DBD tertinggi Puskesmas Batoh sebanyak 33

kasus, Puskesmas Jaya Baru sebesar 31 kasus, Puskesmas Baiturrahman sebesar 32 kasus dan Puskesmas Jeulingke sebanyak 13 kasus (Dinkes Kota Banda Aceh, 2021).



Laporan Puskesmas Batoh Tahun 2020 terdapat 32 kasus DBD meningkat menjadi 33 kasus tahun 2021 dan tahun 2022 menjadi 35 kasus. Dari hasil observasi awal penelitian kepada masyarakat diketahui bahwa masyarakat memiliki pengetahuan yang kurang baik tentang pencegahan DBD, masyarakat memiliki sikap kurang baik dalam upaya mencegah penyakit DBD seperti membiarkan air

tergenang di kaleng-kaleng bekas dan tempat penampungan air yang dibiarkan terbuka dan lingkungan masyarakat yang masih kurang baik akan sampah yang dapat menjadi tempat berkembang biak nyamuk. Adapun desa Lamdom yang tidak terdapat kasus DBD hal ini dikarenakan masyarakat sadar akan kebersihan lingkungan sekitar rumah sehingga seminggu sekali masyarakat desa melakukan gotong royong di rumah masing-masing.

1.2. Rumusan Masalah

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Puskesmas Batoh dalam 3 tahun terakhir mengalami peningkatan yaitu Tahun 2020 terdapat 32 kasus DBD meningkat menjadi 33 kasus tahun 2021 dan tahun 2022 menjadi 35 kasus. Dampak Demam Berdarah *Dengue* (DBD) bagi tubuh penderita dapat menyebabkan beberapa komplikasi seperti perdarahan internal tubuh, kerusakan organ tekanan darah turun yang menyebabkan syok, dan bisa juga menyebabkan kematian. Maka dari itu perlu dilakukan penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

1.3. Ruang Lingkup Penelitian

Untuk membatasi ruang lingkup penelitian dan keterbatasan waktu serta dana dan tenaga, maka dalam skripsi ini penulis hanya melakukan penelitian pada ruang lingkup yaitu pengetahuan, sikap, dan sumber informasi yang ingin peneliti teliti.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.
2. Untuk mengetahui hubungan sikap dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.
3. Untuk mengetahui hubungan sumber informasi dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

1.5. Manfaat Penelitian

Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan dan menambah pengetahuan dan wawasan penulis dibidang kesehatan serta sebagai kajian keilmuan dibidang kesehatan.

Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pada puskesmas untuk melakukan upaya pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) pada masyarakat.

Institusi Pendidikan

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi baru bagi institusi pendidikan khususnya mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat dan referensi bagi penulis lain yang meneliti tentang upaya pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD).

1.6. Sistematika Penulisan

Bab I Pendahuluan

Dalam bab ini menerangkan mengenai latar belakang, rumusan masalah, ruang lingkup penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan.

Bab II Tinjauan Kepustakaan

Penulis menguraikan tentang pengertian demam berdarah, dan faktor yang mempengaruhi upaya pencegahan demam berdarah.

Bab III Kerangka Konsep

Peneliti menguraikan tentang kerangka konsep, variabel penelitian, definisi operasional, analisa variabel.

Bab IV Metodologi penelitian

Peneliti mengurai tentang jenis penelitian, populasi dan sampel, lokasi penelitian, teknik pengumpulan data dan penyajian data.

Bab VI Hasil Penelitian dan Pembahasan

Dalam bab ini menjabarkan hasil penelitian yang telah didapatkan dan pembahasannya.

Bab VII Kesimpulan dan Saran

Dalam bab ini memuatkan kesimpulan dan saran-saran dari hasil penelitian

BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. Pengertian Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti*. Demam Berdarah Dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan dapat juga ditularkan oleh *Aedes albopictus*, yang ditandai dengan : Demam tinggi mendadak, tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus-menerus selama 2-7 hari, manifestasi perdarahan, termasuk uji Tourniquet positif, trombositopeni (jumlah trombosit = $100.000/\mu\text{l}$), hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit = 20%), disertai dengan atau tanpa perbesaran hati (Irma, 2022).

Demam Berdarah Dengue adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot/nyeri sendi yang disertai ruam, trombositopenia dan ditiesis hemoragik (Masriadi, 2017). Penyakit DBD adalah penyakit infeksi virus *dengue* akut yang disebabkan oleh virus *dengue*, virus dengue ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* atau nyamuk *aedes albopictus*, yang masuk kedalam tubuh melalui gigitannya (Agustiawan, 2022).

Demam Berdarah Dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue sejenis virus yang tergolong arbovirus dan masuk kedalam tubuh penderita melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* (Padila, 2013). Penyakit DBD adalah penyakit menular yang sering menimbulkan wabah dan menyebabkan kematian pada banyak orang penyakit ini disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan oleh nyamuk *aedes*

aegypti. Nyamuk ini tersebar luas di rumah-rumah, sekolah dan tempat-tempat umum lainnya seperti tempat ibadah, restoran, kantor, balai desa dan lain-lain (Irwan, 2017).

2.2. Penyebab Demam Berdarah Dengue

Penyakit demam berdarah adalah virus dengue merupakan penyakit yang disebabkan oleh irus DEN-1, DEN-2, DEN-3 atau DEN-4 yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *aedes albopictus* yang sebelumnya telah terinfeksi oleh virus dengue dari penderita DBD lainnya (Farida, 2019). Gejala demam berdarah baru muncul saat seseorang yang pernah terinfeksi oleh salah satu dari empat jenis virus dengue mengalami infeksi oleh jenis virus dengue yang berbeda. Sistem imun yang sudah terbentuk di dalam tubuh setelah infeksi pertama justru akan mengakibatkan kemunculan gejala penyakit yang lebih parah saat terinfeksi untuk ke dua kalinya. Seseorang dapat terinfeksi oleh sedikitnya dua jenis virus dengue selama masa hidup, namun jenis virus yang sama hanya dapat menginfeksi satu kali akibat adanya sistem imun tubuh yang terbentuk (Amroni, 2018).

Virus dengue dapat masuk ke tubuh manusia melalui gigitan vektor pembawanya, yaitu nyamuk dari genus *Aedes* seperti *Aedes aegypti* betina dan *Aedes albopictus*. *Aedes aegypti* adalah vektor yang paling banyak ditemukan menyebabkan penyakit ini. Nyamuk dapat membawa virus dengue setelah menghisap darah orang yang telah terinfeksi virus tersebut (Handrawan, 2018).

Sesudah masa inkubasi virus di dalam nyamuk selama 8 - 10 hari, nyamuk yang terinfeksi dapat mentransmisikan virus dengue tersebut ke manusia sehat yang digigitnya. Nyamuk betina juga dapat menyebarkan virus dengue yang dibawanya ke keturunannya melalui telur (transovarial) (Frida, 2019).

2.3. Gejala-Gejala Klinik Demam Berdarah Dengue

Demam dengue ditandai oleh gejala-gejala klinik berupa demam, tanda-tanda perdarahan, hematomegali dan syok. Gejala - gejala tersebut yaitu demam tinggi yang mendadak, terus – menerus berlangsung selama 2 sampai 7 hari, yang dapat mencapai 40°C. Demam sering disertai gejala tidak spesifik, seperti tidak nafsu makan (anoreksia), lemah badan (malaise), nyeri sendi dan tulang, serta rasa sakit didaerah belakang bola mata dan wajah kemerah-merahan. Adanya tanda pendarahan seperti mimisan, pendarahan gusi, perdarahan pada gusi, serta BAB berwarna kehitaman (Ayumi, 2016).

Menurut WHO (2015) dengue merupakan penyakit sistemik yang dinamis. Perubahan yang terjadi terdiri dari beberapa fase. Setelah periode inkubasi, penyakit mulai berkembang menuju 3 fase yaitu febris, kritis dan penyembuhan.

1. Fase Febris

Pasien mengalami demam tinggi secara tiba-tiba. Fibrilasi akut ini bertahan 2-7 hari dan disertai sritma kulit, wajah yang memerah, sakit sekujur tubuh, arthralgia dan sakit kepala. Pada beberapa pasien juga ditemukan radang tenggorokan, infeksi faring dan konjungtiva, anorexia, pusing, dan muntah-muntah juga sering ditemui. Febris antara dengue dan non dengue

pada awal fase febris sulit dibedakan. Oleh karena itu, monitoring dari tanda bahaya dan parameter klinik lainnya sangat krusial untuk menilau progresi ke fase kritis.

Manifestasi hemoragik seperti patechie dan perdarahan membrane mukosa (hidung dan gusi) mungkin timbul. Perdarahan massif vagina dan gastrointestinal juga mungkin timbul dalam fase ini, hepatomegaly muncul setelah beberapa hari demam. Tanda abnormal dari pemeriksaan darah rutin adalah penurunan total sel darah putih (Satari, 2016).

2. Fase Kritis

Penurunan suhu tubuh setelah demam hingga suhu tubuh menjadi 37,5-38°C atau bahkan kurang dapat terjadi 3-7 hari dan peningkatan hematokrit. Leukopenia progresif yang diikuti penurunan jumlah platelet biasa terjadi setelah kebocoran plasma. Pada kondisi ini pasien yang permeabilitas kapilernya tidak meningkat, kondisinya membaik. Sebaliknya pada pasien yang permeabilitas kapilernya meningkat, terjadi kehilangan banyak volume plasma.

Derajat kebocoran plasma pun berbeda-beda. Efusi pleura dan aites dapat terjadi. Derajat tingginya hematocrit menggambarkan kebocoran plasma. Syok dapat terjadi ketika banyak kehilangan volume cairan plasma. Kemudian kondisi tersebut dilanjutkan dengan tanda suhu tubuh yang abnormal. Apabila syok terjadi cukup banyak dapat menyebabkan kerusakan organ, asidosis metabolic dan Disseminated intravascular coagulation (DIC) (Satari, 2016).

3. Fase Penyembuhan

Apabila pasien bertahan setelah 24-48 jam fase kritis, reabsorpsi gradual cairan ekstrasvaskular akan terjadi dalam 48-72 jam kemudian. Kondisi ini akan membaik, nafsu makan meningkat, gejala gastrointestinal mereda, hemodinamik makin stabil dan diuresis membaik. Namun pada fase ini dapat terjadi pruritus, bradikardi dan perubahan pada EKG. Distress pernafasan yang diakibatkan oleh efusi pleura masif dan asites dapat muncul bila pasien diberikan cairan berlebihan dihubungkan dengan edema pulmoner dan gagal jantung kongestif.

2.4. Diagnosis DBD

Diagnosis DBD ditegakkan berdasarkan kriteria diagnosis, terdiri dari kriteria klinis dan laboratories. Penggunaan kriteria ini dimaksudkan untuk mengurangi diagnosis yang berlebihan (overdiagnosis) (Handrawan, 2018).

1. Kriteria Klinis:

Demam tinggi mendadak, tanpa sebab jelas, berlangsung terus menerus selama 2-7 hari. Terdapat manifestasi perdarahan ditandai dengan: Uji tourniquet positif. petechiae, ekimosis, purpura, perdarahan mukosa, epistaksis, perdarahan gusi, hematemesis, pembesaran hati, syok, ditandai nadi cepat dan lemah serta penurunan tekanan nadi, hipotensi, kaki dan tangan dingin, kulit lembab dan pasien tampak gelisah (Handrawan, 2018).

2. Laboratories:

Trombositopenia (100.000/ul atau kurang), hemokonsentrasi. Dua kriteria pertama ditambah trombositopenia dan hemokonsentrasi atau peningkatan hematokrit cukup untuk menegakkan diagnosis klinis DBD. Efusi pleura dan atau hipoalbumnemia dapat memperkuat diagnosis terutama pada pasien anemia dan atau terjadi perdarahan. Pada kasus syok, peningkatan hemotokrit dan adanya trombositopenia mendukung diagnosis DBD (Handrawan, 2018). Derajat penyakit Demam Berdarah Dengue dapat diklasifikasikan dalam 4 derajat (Frida, 2019):

- 1) Derajat I: apabila terdapat tanda-tanda demam disertai gejala tidak khas dan satu-satunya manifestasi perdarahan ialah uji tourniquet menunjukkan hasil positif (+).
- 2) Derajat II: apabila terdapat tanda-tanda dan gejala seperti yang terdapat pada DBD derajat 1 disertai perdarahan spontan di kulit dan atau perdarahan lainnya seperti gusi, mimisan dan lain-lain.
- 3) Derajat III: Didapatkan kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lambat, tekanan nadi menurun (20 mmHg atau kurang) atau hipotensi, sianosis di sekitar mulut, kaki dingin dan lembab dan tampak gelisah.
- 4) Derajat IV: syok berat, nadi tidak dapat diraba dan tekanan darah tidak terukur.

2.5. Cara Penularan Penyakit Demam Berdarah Dengue

Terdapat tiga faktor yang memegang peranan pada penularan infeksi virus dengue, yaitu mausia, virus dan vektor perantara. Virus dengue ditularkan kepada manusia melalui nyamuk *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis* dan

beberapa spesies yang lain dapat juga menularkan virus ini, namun merupakan vektor yang kurang berperan (Irma, 2022).

Aedes tersebut mengandung virus dengue pada saat menggigit manusia yang sedang mengalami viremia. Viremia adalah keadaan dimana di dalam darah ditemukan virus. Kemudian virus yang berada di kelenjar liur berkembang biak dalam waktu 8 – 10 hari (*extrinsic incubation period*) sebelum dapat ditularkan kembali pada manusia pada saat gigitan berikutnya. Sekali virus dapat masuk dan berkembang biak di dalam tubuh nyamuk tersebut akan dapat menularkan virus selama hidupnya (infektif) (WHO, 2015). Di tubuh manusia, virus memerlukan waktu masa tunas 4 – 6 hari (*intrinsic incubation period*) sebelum menimbulkan penyakit. Penularan dari manusia kepada nyamuk dapat terjadi bila nyamuk menggigit manusia yang sedang mengalami viremia, yaitu 2 hari sebelum panas sampai 5 hari setelah demam timbul (Frida, 2019).

Irma (2022) mengemukakan ada dua faktor yang menyebabkan penyebaran penularan penyakit DBD adalah sebagai berikut :

1. Faktor Internal

Faktor internal meliputi ketahanan tubuh atau stamina seseorang. Jika kondisi badan tetap bugar kemungkinannya kecil untuk terkena penyakit DBD. Hal tersebut dikarenakan tubuh memiliki daya tahan cukup kuat dari infeksi baik yang disebabkan oleh bakteri, parasite, atau virus seperti penyakit DBD. Oleh karena itu sangat penting untuk meningkatkan daya tahan tubuh pada musim hujan dan pancaroba. Pada musim itu terjadi perubahan cuaca yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan virus dengue penyebab

DBD. Hal ini menjadi kesempatan jentik nyamuk berkembangbiak menjadi lebih banyak.

2. Faktor Eksternal

Faktor eksternal merupakan faktor yang datang dari luar tubuh manusia. Faktor ini tidak mudah dikontrol karena berhubungan dengan pengetahuan, lingkungan, dan perilaku manusia baik di tempat tinggal, lingkungan sekolah, atau tempat bekerja. Faktor yang memudahkan seseorang menderita DBD dapat dilihat dari kondisi berbagai tempat berkembangbiaknya nyamuk seperti di tempat penampungan air, karena kondisi ini memberikan kesempatan pada nyamuk untuk hidup dan berkembangbiak. Hal ini dikarenakan penampungan air masyarakat Indonesia umumnya lembab, kurang sinar matahari dan sanitasi atau kebersihannya.

2.6. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Demam Berdarah Dengue

2.6.1 Agent (Penyebab)

Agent atau penyebab penyakit DBD berupa virus *dengue* dari genus *Flavivirus* (*arbovirus grup B*) salah satu genus familia *Flaviviridae*. Virus dengue ini memiliki masa inkubasi yang tidak terlalu lama yaitu antara 3-7 hari, virus akan terdapat didalam tubuh manusia (Agustiawan, 2022). Dikenal ada empat serotipe virus *dengue* yaitu Den-1, Den-2, Den-3 dan Den-4. Nyamuk *dengue* menggigit manusia pada pagi sampai sore hari, biasanya pukul 08.00-12.00 dan 15.00-17.00. Nyamuk

mendapatkan virus *dengue* setelah menggigit orang yang terinfeksi virus *dengue* (Rinaldi, 2022). Virus ini dapat tetap hidup di alam lewat dua mekanisme.

1. Mekanisme pertama, transmisi vertikal dalam tubuh nyamuk. Virus dapat ditularkan oleh nyamuk betina pada telurnya, yang nantinya akan menjadi nyamuk. Virus ini dapat ditularkan dari nyamuk jantan ke nyamuk betina melalui kontak seksual (Masriadi, 2017).
2. Mekanisme kedua, transmisi virus dari nyamuk ke dalam tubuh makhluk vertebrata dan sebaliknya. Yang dimaksud dengan makhluk vertebrata disini adalah manusia dan kelompok kera tertentu. Virus yang sampai ke dalam lambung nyamuk akan mengalami replikasi (memecah diri atau berkembang biak), kemudian akan bermigrasi dan akhirnya sampai ke kelenjar ludah. Empat hari kemudian virus akan mereplikasi dirinya secara cepat. Apabila jumlahnya sudah cukup, virus akan memasuki sirkulasi darah dan saat itulah manusia yang terinfeksi akan mengalami gejala panas (Masriadi, 2017).

2.6.2 Host (Faktor Penjamu)

Virus *dengue* dapat menginfeksi manusia dan beberapa spesies primata. Manusia reservoir utama virus *dengue* di daerah perkotaan (WHO, 2015). Beberapa faktor yang mempengaruhi *host* dijelaskan sebagai berikut (Sumampouw, 2017):

1. Usia

Salah satu karakteristik individu yang mempunyai peranan penting pada perkembangan penyakit adalah usia. Peranan tersebut menjadi penting dikarenakan usia dapat memberikan gambaran tentang faktor penyebab penyakit tersebut, selain itu dapat digunakan untuk mengamati perbedaan

frekuensi penyakit. usia juga mempunyai hubungan dengan besarnya risiko dan resistensi penyakit.

2. Jenis kelamin

Faktor jenis kelamin merupakan salah satu variabel deskriptif yang dapat memberikan perbedaan angka/*rate* kejadian pria dan wanita. Perbedaan jenis kelamin harus dipertimbangkan dalam hal kejadian penyakit, hal tersebut dikarenakan timbul karena bentuk anatomis, fisiologis dan sistem hormonal yang berbeda.

3. Pekerjaan

Mobilitas seseorang berpengaruh terhadap resiko kejadian DBD. Hal ini identik dengan pekerjaan yang dilakukan sehari-hari dan berkaitan dengan pendapatan dan daya beli seseorang. Semakin tinggi mobilitas seseorang, semakin besar resiko untuk menderita penyakit DBD. Semakin baik tingkat penghasilan seseorang, semakin mampu ia untuk memenuhi kebutuhannya, termasuk dalam hal pencegahan dan pengobatan suatu penyakit.

4. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni penglihatan, pendengaran, penghirup, perasa, dan peraba. Tetapi sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

5. Sikap

Sikap merupakan respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak langsung dilihat akan tetapi harus ditafsirkan terlebih dahulu sebagai tingkah laku yang tertutup. Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan juga tidak langsung. Secara langsung dapat dinyatakan bagaimana pendapat atau pertanyaan respon terhadap suatu objek.

6. Perilaku

Perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Ada 2 hal yang dapat mempengaruhi perilaku yaitu faktor genetik/keturunan dan faktor lingkungan. Faktor keturunan merupakan konsepsi dasar atau modal perkembangan perilaku makhluk hidup itu untuk selanjutnya. Faktor lingkungan adalah kondisi atau merupakan lahan untuk perkembangan perilaku tersebut (Martina, 2021).

Ichsan (2021) menyatakan bahwa perilaku masyarakat sangat erat hubungannya dengan kebiasaan hidup bersih dan kesadaran terhadap bahaya DBD. Perilaku membersihkan lingkungan dan secara rutin melakukan kegiatan 3M, yakni menguras tempat penampungan air, mengubur barang bekas dan menutup tempat penampungan air akan efektif mengurangi tempat perkembangbiakan nyamuk, sehingga dapat mengurangi kejadian DBD di lingkungannya (Irwan, 2017).

2.6.3 Environment (Lingkungan)

Lingkungan yang mempengaruhi timbulnya penyakit *dengue* adalah (Rinaldi, 2022):

1. Keberadaan kontainer/Tempat Penampungan Air (TPA)

Penggunaan penutup kontainer yang baik, dapat mencegah berkembangbiaknya nyamuk *Aedes aegypti*, sedangkan banyaknya jenis kontainer ditemukan sebagai tempat berkembangbiaknya nyamuk *Aedes aegypti* tergantung pada kebiasaan masyarakat menggunakan wadah sebagai tempat penampungan air untuk kebutuhan sehari-hari (Rinaldi, 2022).

2. Kepadatan hunian

Kepadatan hunian adalah perbandingan jumlah penghuni dengan luas rumah dan merupakan salah satu persyaratan rumah sehat. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan no. 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan, disebutkan bahwa kepadatan hunian = 8 m dikategorikan sebagai tidak padat (Rinaldi, 2022).

2.7. Faktor yang Berhubungan Dengan Upaya Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue

Tindakan yang terbaik memang seharusnya dilakukan secara dini dan difokuskan melalui PSN. Pemberantasan sarang nyamuk dapat pula dilakukan dengan cara (Irma, 2022):

1. Pemakaian kasa, pemakaian kasa pada ventilasi yang dilakukan merupakan pencegahan fisik terhadap nyamuk yang bertujuan agar nyamuk tidak sampai masuk ke rumah ataupun kamar tidur, sehingga dengan tidak adanya nyamuk masuk ke rumah, maka kemungkinan nyamuk untuk menggigit semakin kecil.

2. Pemakaian kelambu, bertujuan sama dengan pemakaian kasa hanya fokusnya pada wilayah tempat tidur.
3. Menghindari kebiasaan menggantungkan pakaian, hal ini berhubungan langsung dengan tempat peristirahatan nyamuk. Nyamuk betina lebih menyukai beristirahat pada gantungan pakaian.

Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti*. Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yang tepat, yaitu (Agustiawan, 2022):

1. Lingkungan. Metode lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia dan perbaikan desain rumah. Hal yang dilakukan yaitu sebagai berikut (Febry, 2020):
 - a. Menguras tempat-tempat penampungan air secara teratur. Tempat penampungan air seperti bak mandi sebaiknya dikuras minimal satu minggu sekali agar jentik-jentik nyamuk *Aedes aegypti* tidak mampu hidup dan berkembangbiak didalamnya. Pemberian bubuk abate (bubuk pembasmi nyamuk perlu diberikan setiap 3 bulan sekali guna mencegah munculnya jentik-jentik nyamuk).
 - b. Mengubur barang-barang bekas. Mengubur merupakan salah satu kegiatan 3M yang dapat dilakukan untuk mengurangi jumlah genangan air yang dapat digunakan sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*. Pemilihan barang-barang yang akan dikubur salah satunya adalah barang-barang yang

tidak dapat dibakar seperti kaca atau pecahan kaca, botol, dan kaleng bekas yang dapat menampung air hujan. Umumnya barang-barang tersebut dikubur pada kedalaman 2,5 meter. Proses penguburan dilakukan secara tepat agar tidak timbul genangan air pada gundukan tanah. Selain itu perlu diperhatikan jarak antara tempat mengubur sampah dengan sumber air, agar air tidak tercemar oleh sampah tersebut yaitu dengan jarak ± 10 meter.

- c. Menutup rapat-rapat tempat penampungan air Tempat-tempat yang dapat menampung air perlu ditutup dengan rapat agar nyamuk *Aedes aegypti* tidak dapat bertelur di tempat itu. Adapun tempat-tempat yang perlu ditutup yaitu tempayan, bak penampungan air seperti ember maupun bak mandi.

2. Biologis

Pengendalian biologis antara lain dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang).

3. Sosial

Kebiasaan masyarakat yang merugikan kesehatan dan kurang memperhatikan kebersihan lingkungan seperti kebiasaan menggantung baju, kebiasaan tidur siang, kebiasaan membersihkan TPA, kebiasaan membersihkan halaman rumah, dan juga partisipasi masyarakat khususnya dalam rangka pembersihan sarang nyamuk, maka akan menimbulkan resiko terjadinya transmisi penularan penyakit DBD di dalam masyarakat. Kebiasaan ini akan menjadi lebih buruk dimana masyarakat sulit mendapatkan air bersih, sehingga mereka cenderung untuk menyimpan air dalam tandon bak air, karena TPA

tersebut sering tidak dicuci dan dibersihkan secara rutin pada akhirnya menjadi potensial sebagai tempat perindukan nyamuk *Ae. Aegypti*.

4. Kimia, cara pengendalian ini antara lain dengan (Febry, 2020):
 - a. Pengasapan/*fogging* (dengan menggunakan malathion dan fenthion), berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu.
 - b. Memberikan bubuk abate (temephos) pada tempat-tempat penampungan air seperti, gentong air, vas bunga, kolam dan lain-lain.

Upaya pencegahan penyakit DBD merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah baik lintas sektor maupun lintas program dan masyarakat termasuk sektor swasta. Tugas dan tanggung jawab pemerintah dalam upaya pemberantasan penyakit DBD antara lain : 1) membuat kebijakan dan rencana strategis penanggulangan penyakit DBD, 2) mengembangkan teknologi pemberantasan, 3) mengembangkan pedoman pemberantasan, 4) memberikan pelatihan dan bantuan teknis dan 5) melakukan penyuluhan dan promosi kesehatan serta penggerakan masyarakat (Widyono, 2016).

Pencegahan penyakit DBD merupakan faktor yang terpenting yang harus diperhatikan oleh setiap masyarakat. Kebiasaan masyarakat perlu timbul kesadaran, sehingga keinginan dan kemauanya untuk mencegah terjadinya penyakit DBD dapat ditingkatkan tanpa paksaan dari orang lain. Mencegah timbulnya penyakit DBD oleh setiap individu atau kelompok membutuhkan kesadaran yang tinggi serta adanya kemauan yang kuat untuk meningkatkan hidup bersih dan sehat dilingkungan

tempat tinggal sehingga dapat bermanfaat untuk keluarga dan masyarakat pada umumnya (Deri, 2020).

Pencegahan penyakit DBD adalah faktor yang terpenting yang harus di perhatikan oleh setiap masyarakat. Kebiasaan masyarakat perlu timbul kesadaran sehingga keinginan dan kemauannya untuk mencegah penyakit DBD dapat di tingkatkan tanpa ada paksaan dari orang lain, mencegah timbulnya penyakit DBD oleh setiap individu atau kelompok membutuhkan kesadaran yang tinggi serta adanya kemauan yang kuat untuk meningkatkan hidup bersih dan sehat lingkungan tempat tinggal sehingga dapat bermanfaat untuk masyarakat (Kemenkes RI, 2017).

Untuk mencapai kesadaran masyarakat terhadap pencegah penyakit DBD tersebut perlu diadakan penyuluhan tentang pentingnya penerapan 3M Plus (Menguras, Menutup dan Mengubur). Penyuluhan yang dimaksud adalah untuk merangsang dan menumbuhkan tanggung jawab masyarakat terhadap penerapan 3 M Plus, sehingga masyarakat dapat terhindar dari DBD (Satari, 2016).

Tindakan pencegahan dapat dilakukan dengan menaburkan bubuk abate di tempat penampungan air. Abate dapat diperoleh/dibeli di puskesmas atau di apotik, memelihara ikan pemakan jentik nyamuk, mengusir nyamuk dengan menggunakan obat nyamuk, mencegah gigitan nyamuk dengan memakai obat nyamuk gosok, memasang kawat kasa pada jendela dan ventilasi, serta tidak membiasakan menggantung pakaian di dalam kamar (Gede, 2017).

2.7.1. Hubungan pengetahuan dengan Upaya Pencegahan Penyakit DBD

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca

indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Martina, 2021).

Pengetahuan itu sendiri terdiri di pengaruhi oleh tingkatan pendidikan, dimana pengetahuan kesehatan akan berpengaruh kepada perilaku sebagai hasil jangka menengah (*Intermediate Impact*) dari pendidikan kesehatan, selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh pada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran dari pendidikan (Trisnawati, 2018).

Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak disegaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu. Perilaku yang didasar oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (misalnya perilaku karena paksaan atau adanya aturan wajib) (Mubarak, 2015).

Tingkat pengetahuan dikategorikan menjadi 4, yaitu baik (76-100% jawaban benar), Cukup (56-75% jawaban benar), Kurang (40-55% jawaban benar), dan tidak baik (<40% jawaban benar) (Riyadi, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan oleh Maroji (2016) di peroleh bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan pencegahan penyakit DBD ($P\text{-Value} = 0,22$) ini membuktikan bahwa semakin baik pengetahuan masyarakat maka akan semakin baik pula dalam pencegahan penyakit DBD dalam hal ini pengetahuan berpengaruh terhadap tindakan apa yang akan diambil ketika dihadapi dengan masalah kesehatan yang ada di lingkungannya masyarakat harus dapat memahami

tindakan apa yang akan diambil terhadap penularan dan pencegahan penyakit demam berdarah dengue tersebut. Menurut Tawi (2013), pengukuran pengetahuan dibagi atas 2 kategori, antara lain:

- a. Baik : \geq Mean/median
- b. Kurang Baik : $<$ Mean/median

2.7.2. Hubungan Sikap dengan Upaya Pencegahan DBD

Salah satu kegiatan yang dianjurkan dalam pelaksanaan PSN adalah pengurasan TPA sekurang-kurangnya dalam frekuensi 1 minggu sekali, karena TPA yang sering tidak dicuci dan dibersihkan secara rutin pada akhirnya menjadi potensial sebagai tempat perindukan nyamuk *Aedes aegypti* (Riyadi, 2019).

Penelitian Lulut Wrisnia tahun 2017, dengan judul hubungan antara frekuensi menguras TPA dalam pencegahan DBD di wilayah kerja Puskesmas Minanga Kota Manado Tahun 2017, menunjukkan bahwa 79,5% masyarakat tidak ada frekuensi menguras TPA sedangkan 20,5% ada frekuensi menguras TPA sekali dalam seminggu. Dimana nilai *P value*= 0,032 yang artinya adanya hubungan antara frekuensi menguras TPA dalam pencegahan DBD di wilayah kerja Puskesmas Minanga Kota Manado Tahun 2017.

Menurut Deri (2020) mengatakan bahwa pemilihan waktu pengurasan tempat penampungan air seminggu sekali ini berkaitan dengan siklus hidup nyamuk *Aedes aegypti* dimana perkembangan dari telur hingga nyamuk dewasa membutuhkan waktu 7-8 hari, tetapi dapat lebih lama jika kondisi lingkungan tidak mendukung sehingga dapat dikatakan bahwa pengurasan tempat-tempat penampungan air

kurang dari seminggu sekali sangat efektif untuk memutuskan siklus perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* ini.

Metode lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia dan perbaikan desain rumah. Dilakukan yaitu Sebagai berikut (Deri, 2020):

1. Menguras tempat-tempat penampungan air secara teratur.

Tempat penampungan air seperti bak mandi sebaiknya dikuras minimal satu minggu sekali agar jentik-jentik nyamuk *Aedes aegypti* tidak mampu hidup dan berkembangbiak didalamnya. Pemberian bubuk abate (bubuk pembasmi nyamuk perlu diberikan setiap 3 bulan sekali guna mencegah munculnya jentik-jentik nyamuk).

2. Mengubur barang-barang bekas

Mengubur merupakan salah satu kegiatan 3 M yang dapat dilakukan untuk mengurangi jumlah genangan air yang dapat digunakan sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*. Pemilihan barang-barang yang akan dikubur salah satunya adalah barang-barang yang tidak dapat dibakar seperti kaca atau pecahan kaca, botol, dan kaleng bekas yang dapat menampung air hujan. Umumnya barang-barang tersebut dikubur pada kedalaman 2,5 meter. Proses penguburan dilakukan secara tepat agar tidak timbul genangan air pada gundukan tanah. Selain itu perlu diperhatikan jarak antara tempat mengubur sampah dengan sumber air, agar air tidak tercemar oleh sampah tersebut yaitu dengan jarak ± 10 meter.

3. Menutup rapat-rapat tempat penampungan air

Tempat-tempat yang dapat menampung air perlu ditutup dengan rapat agar nyamuk *Aedes aegypti* tidak dapat bertelur di tempat itu. Adapun tempat-tempat yang perlu ditutup yaitu tempayan, bak penampungan air seperti ember maupun bak mandi.

2.7.3. Hubungan Sumber Informasi dengan Upaya Pencegahan DBD

Gunarsa (2017) mengelompokkan beberapa pengertian informasi antara lain: Pertama, informasi adalah sesuatu yang menunjukkan fakta atau data yang diperoleh dari berbagai sumber baik dari seseorang, koran, majalah, buku, radio, TV dan sebagainya. Informasi yang diperoleh atau diterima oleh siswa tidak hanya dari media elektronik saja, namun informasi tentang *personal hygiene* juga harus diperoleh dari tenaga kesehatan, pelayanan kesehatan, pamflet, poster, dan lain-lain. Dengan demikian informasi identik dengan dengan wujud material, Karena itu menurut pandangan ini, kuantitas informasi dapat dihitung dalam arti makin banyak usaha seseorang mengumpulkan fakta dan data, semakin banyak informasi yang dimilikinya. Siswa yang rajin mengikuti segala bentuk media komunikasi tentu akan mempunyai lebih banyak informasi dibandingkan siswa yang tidak memiliki minat mengetahui perkembangan yang ada di sekitarnya.

Kedua, informasi adalah menunjukkan makna. Menurut pandangan ini, informasi berbeda dari data, informasi adalah arti, maksud makna atau arti yang dikandung data. Dalam hal ini peranan seseorang untuk memberikan makna pada data memegang posisi yang sangat penting. Suatu data baru dikatakan mempunyai nilai informasi jika dianggap memiliki arti oleh penafsirannya. Berkenaan dengan

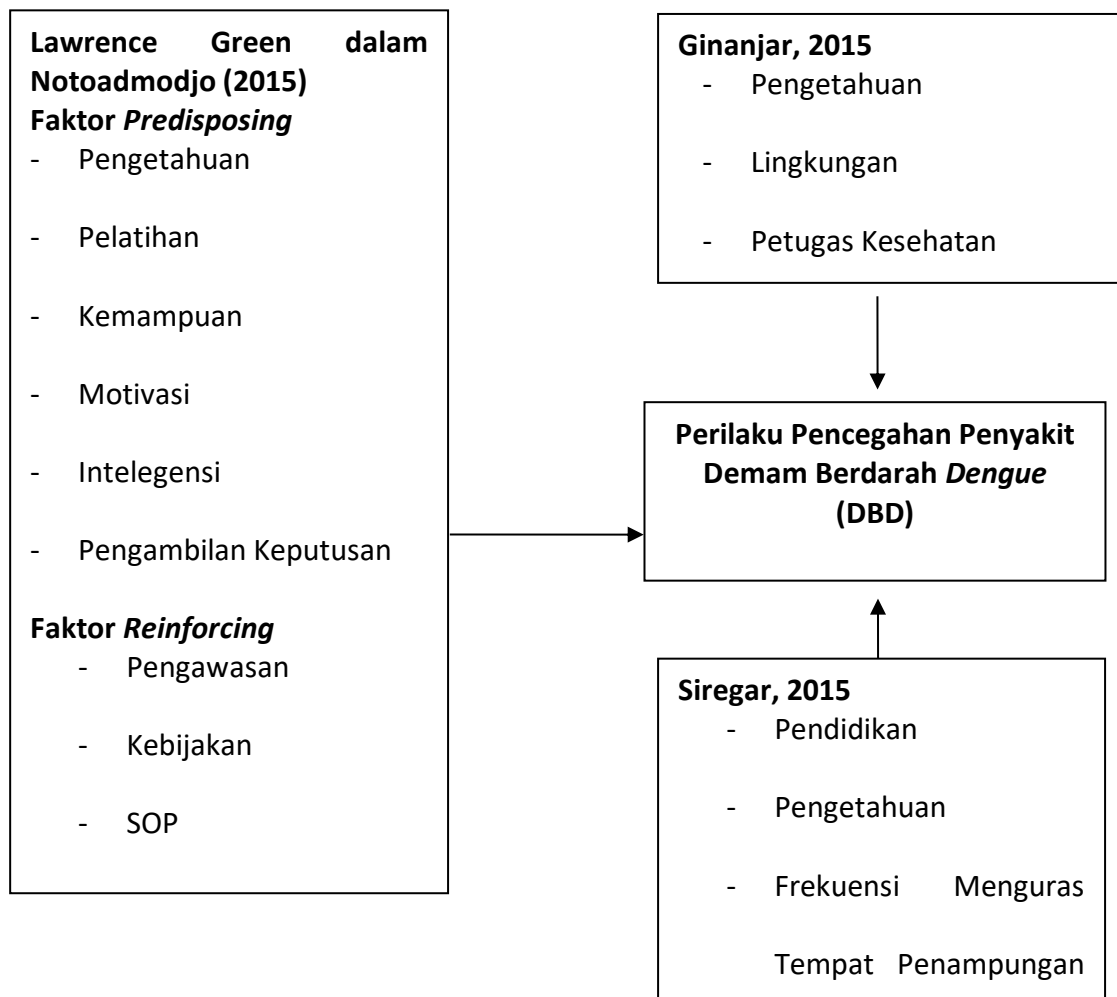
pernyataan dan kenyataan informasi perlu ditingkatkan baik kualitas maupun kuantitas sehingga dapat menambah dan meningkatkan pengetahuan seseorang.

Pemberian informasi yang lebih awal dari berbagai sumber terpercaya dapat mempengaruhi perilaku *hygiene* seseorang. Dalam hal ini guru mempunyai peran penting sebagai sumber informasi, sehingga harus memberikan informasi yang sejelas-jelasnya mengenai suatu pengetahuan, begitu juga dengan pendidikan kesehatan tentang *hygiene* perorangan (Rahman, 2015). Menurut Kalsum (2019) jumlah sumber informasi keseluruhan adalah 10 sumber yaitu radio, TV, surat kabar, guru spiritual, tokoh agama, tokoh adat, guru sekolah, petugas kesehatan, teman, anggota keluarga, dan lain-lain (Sutarman, 2019).

Informasi adalah data yang telah diproses kedalam suatu bentuk yang mempunyai arti bagi si penerima dan mempunyai nilai nyata dan terasa bagi keputusan saat itu dan keputusan mendatang (Sutabri, 2015). Sedangkan menurut Suwarno (2016) Informasi merupakan konten dari berbagai format, misalnya informasi yang tertulis atau tercetak, tersimpan dalam *database*, atau terkumpul dalam suatu internet.

2.8. Kerangka Teoritis

Menurut teori Lawrence Green dalam Notoadmodjo (2015), Ginanjar (2015) dan Siregar (2015) tentang faktor-faktor yang berhubungan Pencegahan Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD), untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada skema di bawah ini :

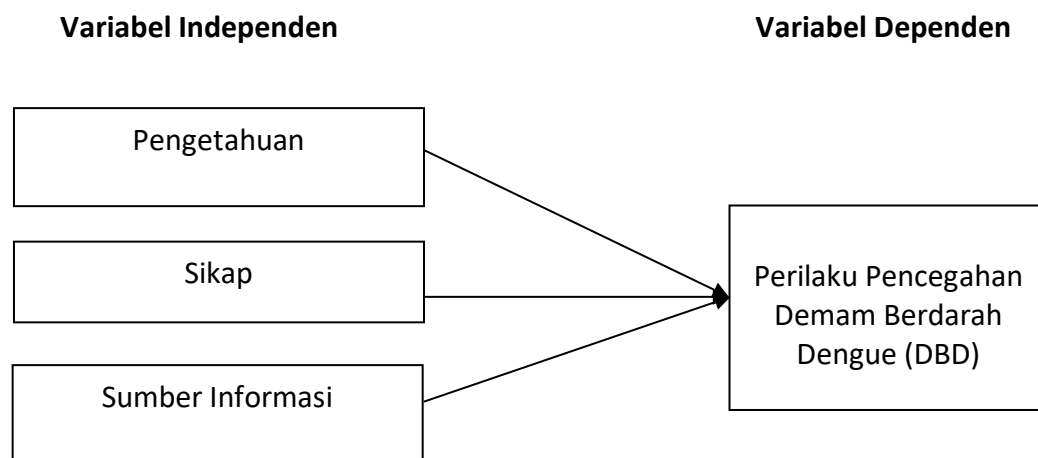


Gambar 2.1. Kerangka Teoritis
Sumber: Lawrence Green (Notoatmodjo, 2015)

BAB III KERANGKA KONSEPSIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan teori yang dikemukakan berdasarkan Teori Modifikasi Lawrence Green dalam dalam Notoadmodjo (2015), Ginanjar (2015) dan Siregar (2015). maka dapat disusun kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2. Variabel Penelitian

3.2.1. Variabel Independent (bebas) yaitu pengetahuan, sikap, sumber informasi.

3.2.2. Variabel Dependent (terikat) adalah perilaku pencegahan DBD pada masyarakat.

3.3. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependent						
1.	Perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD)	Upaya melakukan pencegahan penyakit DBD meliputi : penerapan 3M Plus (menguras, menutup dan mendaur-ulang), menggunakan kawat kasa pada ventilasi, menggunakan obat nyamuk tidak menggantungka n pakaian di belakang pintu dan menggunakan kelambu.	Wawancara Dan Observasi	Kuesioner Dan Checklist	Tidak Dilakukan Dilakukan	Ordinal
Variabel Independen						
1	Pengetahuan	Tingkat Pemahaman masyarakat dalam melakukan tindakan pencegahan penyakit DBD	Wawancara	Kuesioner	Kurang Baik Baik	Ordinal
2	Sikap	Pandangan atau reaksi kepala keluarga dalam perilaku pencegahan DBD didalam keluarga	Wawancara	Kuesioner	Negatif Positif	Ordinal

3	Sumber Informasi	Sumber informasi yang diperoleh keluarga tentang perilaku pencegahan DBD	Wawancara	Kuesioner	Tidak Terpapar Terpapar	Ordinal
---	------------------	--	-----------	-----------	----------------------------	---------

3.4. Cara Pengukuran Variabel

Pengukuran variabel yang dilakukan peneliti dengan memberi bobot nilai terhadap variabel dependen dan variabel independen. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat sebagai berikut:

3.4.1. Perilaku Pencegahan DBD (Kemenkes RI, 2019)

- a. Tidak dilakukan, jika responden menjawab dengan skor < 7
- b. Dilakukan, jika responden menjawab dengan skor ≥ 7

3.4.2. Pengetahuan (Tawi, 2013)

- a. Kurang Baik, jika responden menjawab dengan skor $< 11,7$
- b. Baik, jika responden menjawab dengan skor $\geq 11,7$

3.4.4. Sikap (Kemenkes RI, 2019)

- a. Negatif, jika responden menjawab dengan skor $< 16,6$
- b. Positif, jika responden menjawab dengan skor $\geq 16,6$

3.4.6 Sumber Informasi (Ginanjar, 2015)

- a. Tidak Terpapar, jika responden menjawab dengan Skor < 1
- b. Terpapar, jika responden menjawab dengan Skor ≥ 1

3.5. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu pernyataan yang menunjukkan dugaan tentang hubungan antara dua variabel atau lebih (Arikunto, 2012). Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ha: Ada hubungan pengetahuan dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.
2. Ha: Ada hubungan sikap dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.
3. Ha: Ada hubungan sumber informasi dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian yang bersifat *deskriptif analitik* menggunakan rancangan *cross sectional*, yaitu jenis penelitian yang menentukan pada waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada saat yang sama, setiap subjek hanya di observasi satu kali saja dengan pendekatan kuantitatif yang ditujukan untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan DBD pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Swarjana, 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh tahun 2023 sebanyak 9.007 KK meliputi 9 desa.

4.2.2. Sampel

Sampel adalah sebagian populasi atau himpunan bagian dari suatu populasi (Sugiono, 2019). Besarnya sampel dalam penelitian ini berdasarkan rumus yang di kemukakan Slovin:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Ket:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah Populasi

d = derajat ketepatan ditetapkan dalam penelitian adalah 10 %(0,1)

Maka jumlah sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah :

$$n = \frac{9007}{1 + 90,07} \qquad n = \frac{9007}{91,07}$$

$$n = 98,9 = 99 + 10\%$$

$$n = 100 \text{ orang sebagai sampel}$$

4.3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *Non-Random Sampling* yaitu secara *random sampling*, yaitu pengambilan sampel yang Untuk tiap desa dilakukan dengan cara mengambil beberapa sampel dari populasi tiap desa dengan cara diacak atau diundi berdasarkan nomor KK. Setelah diambil sampel tiap desa. Lalu peneliti membagikan kuesioner kepada 100 responden. Berikut sampel penelitian di setiap desa:

TABEL 4.1
SAMPEL PENELITIAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATOH
KOTA BANDA ACEH TAHUN 2024

No	Desa	Populasi	Kasus DBD	Rumus	Sampel
1	Batoh	1042	8	$\frac{1042}{9007} \times 100$	12
2	Blang Cut	996	5	$\frac{996}{9007} \times 100$	11
3	Cot Mesjid	1769	2	$\frac{1769}{9007} \times 100$	20
4	Lampaloh	1264	1	$\frac{1264}{9007} \times 100$	14
5	Lamdom	685	-	$\frac{685}{9007} \times 100$	8
6	Lamseupeung	541	2	$\frac{541}{9007} \times 100$	6
7	Lueng Bata	501	6	$\frac{501}{9007} \times 100$	5
8	Panteriek	1354	7	$\frac{1354}{9007} \times 100$	15
9	Sukadamai	855	2	$\frac{855}{9007} \times 100$	9
Jumlah		9007	33		100

Sumber: Puskesmas Batoh, 2024

Pengambilan sampel pada tiap desa yang sudah diperoleh dari hasil rumus cluster dilakukan secara random dengan cara pengambilannya menggunakan sistem acak sederhana (secara lotery). Dalam penelitian ini memiliki kriteria sampel sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi
 - a. Kepala Keluarga
 - b. Telah tinggal selama 6 bulan di rumah tersebut
 - c. Mampu berkomunikasi dengan baik

2. Kriteria Eksklusi
 - a. Responden tidak bersedia menjadi responden
 - b. Responden tidak berada ditempat/dirumah
 - c. 1 Rumah 2 Kepala keluarga

4.4. Jenis Data

Adapun jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder.

1. Data primer yaitu data yang diambil dengan cara membagikan kuesioner kepada responden yaitu pasien DBD. Kuesioner yang akan diberikan kepada responden harus terlebih dulu mendapat persetujuan dan ditandatangani oleh responden tersebut. Sebelum mengisi kuesioner, responden diberi penjelasan tentang cara pengisiannya. Jika responden mengalami kesulitan untuk memahami atau menjawab kuesioner maka peneliti akan memberikan penjelasan yang dapat dipahami oleh responden.
2. Data sekunder yaitu berupa data yang didapatkan dari Puskesmas Batoh.

4.5. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

2. Waktu Penelitian dilakukan pada tanggal 18 sampai dengan 26 Mei tahun 2024 di Kecamatan Batoh Kota Banda Aceh.

4.6. Pengumpulan Data

Adapun pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Wawancara yang dilakukan oleh peneliti dan responden untuk menggali informasi yang relevan dengan tujuan penelitian.
2. Kuesioner Pengumpulan data dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah dibuat dalam memperoleh data dalam penelitian, dimana kuisisioner tersebut diajukan hal-hal yang relevan dan berkaitan dengan tujuan penelitian.
3. Studi pustaka
Teknik pengumpulan data dengan mengumpulkan data melalui buku - buku, literatur - literatur, berbagai artikel yang dicari melalui website, majalah, maupun koran yang berkaitan dengan penelitian ini.
4. Observasi
Pengamatan secara langsung yang dilakukan oleh penulis terhadap objek penelitian guna memperoleh bahan dan data-data yang diperlukan.

4.7. Pengolahan Data

Setelah melakukan pengumpulan data, maka selanjutnya data tersebut akan diolah melalui beberapa tahap sebagai berikut:

1. *Editing*

Data yang telah dikumpulkan diperiksa kembali oleh peneliti apakah semua pertanyaan telah terisi lalu peneliti memberikan skoring pada semua jawaban responden berdasarkan tabel skor kemudian di input ke dalam master tabel.

2. *Coding*

Peneliti memberikan kode pada setiap jawaban yang telah diisi untuk memudahkan dalam mengolah data. Pemberian kode dalam pengumpulan data ini berupa angka dan dimasukkan kedalam tabel sesuai dengan variable yang diteliti.

3. *Transferring*

Data yang telah diberi kode pada tiap kategori jawaban yang telah dibuat kemudian disusun secara berurutan dari responden 1 sampai 100 untuk dimasukkan kedalam tabel sesuai dengan variabel yang diteliti.

4. *Processing/entry data* merupakan seluruh data yang telah diberi kode berupa angka di input ke dalam SPSS untuk di analisis sesuai uji yang digunakan.

5. *Tabulating*

Pengelompokkan data sesuai dengan kategori yang telah dibuat tiap-tiap variabel yang diukur dan selanjutnya dimasukkan kedalam tabel distribusi frekuensi dan tabel silang. Semua penyajian data dalam bentuk distribusi frekuensi dan menghitung jumlah dan nilai rata-rata sehingga dapat ditentukan kategori-kategori untuk masing-masing variabel.

4.8. Analisa Data

1. Analisa Univariat

Pada analisis univariat, data yang diperoleh dari hasil pengumpulan dapat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, ukuran tendensi sentral atau grafik. Distribusi frekuensi merupakan susunan data angka menurut besarnya

(kuantitas) atau menurut kategorinya (kualitas). Susunan data angka menurut besarnya disebut distribusi frekuensi kuantitatif, sedangkan yang disusun menurut kategorinya disebut distribusi frekuensi kualitatif (Sugiono, 2019).

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat disertai uji kemaknaan statistik dengan uji *chi square* (Kai Kuadrat) dengan tingkat kepercayaan 95%. Keputusan uji *chi square*, H_0 ditolak apabila $p < \alpha$ (0.05), artinya ada hubungan bermakna antara variabel dependen dengan variabel independen. H_0 gagal ditolak apabila $p \geq \alpha$ (0.05), artinya tidak ada hubungan bermakna antara variabel dependen dengan variabel independen (Setyawan, 2021). Uji *chi square* menggunakan data kategori (nominal dan ordinal). Aturan yang berlaku untuk uji *chi-square* adalah sebagai berikut (Setyawan, 2021) :

1. Bila pada tabel *contingency 2x2* dijumpai nilai e (harapan) kurang dari 5, maka hasil yang akan di gunakan adalah *fisher exact test*.
2. Bila pada tabel *contingency 2x2* tidak dijumpai nilai e (harapan) kurang dari 5, maka hasil yang di gunakan adalah *continuity correction*.
3. Bila pada tabel *contingency* yang lebih dari 2×2 misalnya 3×2 , 3×3 , dan lain-lain, maka hasil yang di gunakan adalah *pearson chi-square*.
4. Bila pada tabel *contingency 3x2* ada sel dengan nilai frekuensi harapan e kurang dari 5, maka akan dilakukan *merger* sehingga menjadi *table contingency 2x2*.

4.9. Penyajian Data

Data yang telah diuji statistik kemudian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan tabel silang antara variabel penelitian disertai penjelasannya.

BAB V GAMBARAN UMUM

5.1. Letak Geografis

Puskemas Batoh Kecamatan Lueng Bata Banda Aceh merupakan puskesmas yang terletak di tengah Kota Banda Aceh. Puskesmas Batoh merupakan puskesmas rawat jalan yang berada di Kecamatan Lueng Bata Banda Aceh dengan luas bangunan puskesmas 320 m² dan luas wilayah kerja puskesmas Batoh 534.125 km dengan tata letak geografis :

1. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Baiturrahman Kota Banda Aceh
2. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Ingin Jaya Kabupaten Aceh Besar
3. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Darul Imarah Kabupaten Aceh besar
4. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Kuta Alam Kota Banda Aceh

5.2. Keadaan Demografi

Jumlah penduduk kecamatan Lueng Bata pada tahun 2024 adalah 26.119 jiwa, yang terdiri dari penduduk laki- laki 13.370 jiwa dan perempuan 12.749 jiwa. Rata-rata sekitar 6 jiwa per rumah tanggatangga (Puskesmas Jatoh, 2024).

5.3. Tenaga Kesehatan

Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Batoh Tahun 2024 sebanyak 42 tenaga kesehatan yang terdiri dari DIII kebidanan sebanyak 16 orang, D-III perawat sebanyak 6 orang, dokter umum 5 orang, D-IV bidan 5 orang, SKM 3 orang, tenaga

gizi 1 orang, tenaga lab 2 orang, tenaga SPPH 2 orang, dokter gigi 1 orang, dan tenaga SPK 1 orang.

5.4. Fasilitas Kesehatan

Cakupan wilayah kerja puskesmas Batoh dibantu oleh 2 Pustu (Puskesmas Pembantu) 9 posyandu (pos pelayanan terpadu), dan 3 Polindes, yang mencakup 1 mukim dan 9 desa. Jenis pelayanan di puskesmas Bathoh terdiri dari pelayanan kesehatan rawat jalan, pelayanan Gizi, pelayanan kesehatan Ibu dan Anak, pelayanan kesehatan gigi, pelayanan kesehatan rehabilitasi medis (fisioterapi) dan pelayanan rujukan.

BAB VI HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1. Hasil Penelitian

Pengumpulan data penelitian dilakukan pada bulan Mei 2024, pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh. Jumlah sampel ada 100 responden. Sampel diambil dengan menggunakan teknik *random sampling*. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan penyebaran kuesioner. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan yaitu:

6.1.1. Karakteristik Responden

6.1.2.1. Umur Responden

**TABEL 6.1
DISTRIBUSI FREKUENSI UMUR RESPONDEN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2024**

No	Umur Responden	F	%
1.	Lansia (≥ 50 tahun)	17	17,0
2.	Dewasa (< 50 tahun)	83	83,0
Jumlah		100	100

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.1 menunjukkan bahwa dari 100 responden sebanyak 83 responden (83,0%) yang berusia lansia (≥ 50 tahun) dibandingkan dengan responden yang berusia dewasa (< 50 tahun) sebanyak 83 responden (83,0%).

6.1.2.2. Umur Responden

TABEL 6.2
DISTRIBUSI FREKUENSI JENIS KELAMIN RESPONDEN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2024

No	Jenis Kelamin	F	%
1.	Laki-laki	34	34,0
2.	Perempuan	66	66,0
Jumlah		100	100

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.1 menunjukkan bahwa dari 100 responden sebanyak 66 responden (66,0%) yang jenis kelamin perempuan dibandingkan dengan responden yang jenis kelamin laki-laki sebanyak 34 responden (34,0%).

6.1.2.3. Lama Tinggal

TABEL 6.3
DISTRIBUSI FREKUENSI LAMA TINGGAL RESPONDEN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2024

No	Lama Tinggal	F	%
1.	≤2 tahun	10	10,0
2.	> 2 tahun	90	90,0
Jumlah		100	100

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.3 menunjukkan bahwa dari 100 responden sebanyak 90 responden (90,0%) yang lama tinggal > 2 tahun dibandingkan dengan responden yang ≤2 tahun sebanyak 10 responden (10,0%).

6.1.2.4. Pendapatan Keluarga

TABEL 6.4
DISTRIBUSI FREKUENSI ANGGARAN KELUARGA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2024

No	Pendapatan Keluarga	F	%
1.	< 2,9 jt/bln	33	33,0
2.	≥2,9 jt/bln	67	67,0
Jumlah		100	100

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.4 menunjukkan bahwa dari 100 responden sebanyak 67 responden (67,0%) yang anggaran keluarga $\geq 2,9$ jt/bln dibandingkan dengan responden yang anggaran keluarga $< 2,9$ jt/bln sebanyak 33 responden (33,0%).

6.1.2.5. Pendidikan

TABEL 6.5
DISTRIBUSI FREKUENSI PENDIDIKAN RESPONDEN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2024

No	Pendidikan	F	%
1.	Tinggi (DIII/S1/Sedrajat)	20	20,0
2.	Menengah (SMA)	80	80,0
Jumlah		100	100

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.5 menunjukkan bahwa dari 100 responden sebanyak 80 responden (80,0%) yang tamatan SMA dibandingkan dengan responden yang pendidikan tinggi (DIII/S1/Sedrajat) sebanyak 20 responden (20,0%).

6.1.2.6. Pekerjaan Responden

TABEL 6.6
DISTRIBUSI FREKUENSI PEKERJAAN RESPONDEN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2024

No	Pekerjaan	F	%
1.	IRT	57	57,0
2.	PNS	11	11,0
3	Swasta	22	22,0
4	Pedagang	10	10,0
Jumlah		100	100

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.6 menunjukkan bahwa dari 100 responden sebanyak 57 responden (57,0%) yang pekerjaan IRT dibandingkan dengan responden yang sebagai PNS sebanyak 11 responden (11,0%), swasta sebanyak 22 responden (22,0%) dan pedagang sebanyak 10 (10,0%).

6.1.2. Analisa Univariat

6.1.2.1. Perilaku Pencegahan DBD

TABEL 6.7
DISTRIBUSI FREKUENSI PERILAKU PENCEGAHAN DBD PADA MASYARAKAT
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2024

No	Perilaku Pencegahan DBD	F	%
1.	Tidak Dilakukan	57	57,0
2.	Dilakukan	43	43,0
Jumlah		100	100

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.7 menunjukkan bahwa dari 100 responden sebanyak 57 responden (57,0%) yang tidak melakukan perilaku pencegahan DBD dibandingkan dengan responden yang melakukan perilaku pencegahan DBD sebanyak 43 responden (43,0%).

6.1.2.2. Pengetahuan

TABEL 6.8
DISTRIBUSI FREKUENSI PENGETAHUAN TENTANG PENCEGAHAN DBD PADA MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH TAHUN 2024

No	Pengetahuan	F	%
1.	Kurang Baik	51	51,0
2.	Baik	49	49,0
Jumlah		100	100

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.8 menunjukkan bahwa dari 100 responden sebanyak 51 responden (51,0%) yang pengetahuan kurang baik dibandingkan dengan responden yang pengetahuan baik sebanyak 49 responden (49,0%).

6.1.2.3. Sikap

TABEL 6.9
DISTRIBUSI FREKUENSI SIKAP TENTANG PENCEGAHAN DBD PADA MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH TAHUN 2024

No	Sikap	F	%
1.	Negatif	55	55,0
2.	Positif	45	45,0
Jumlah		100	100

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.9 menunjukkan bahwa dari 100 responden sebanyak 55 responden (55,0%) yang memiliki sikap negatif dibandingkan dengan responden yang memiliki sikap positif sebanyak 45 responden (45,0%).

6.1.2.4. Sumber Informasi

TABEL 6.10
DISTRIBUSI FREKUENSI SUMBER INFORMASI TENTANG PENCEGAHAN DBD PADA MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH TAHUN 2024

No	Sumber informasi	F	%
1.	Tidak Terpapar	74	74,0
2.	Terpapar	26	26,0
Jumlah		100	100

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.10 menunjukkan bahwa dari 100 responden sebanyak 74 responden (74,0%) yang tidak terpapar iklan berpengaruh dan sebanyak 26 responden (26,0%) yang terpapar iklan berpengaruh.

6.1.3. Analisa Bivariat

6.1.3.1. Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Pencegahan DBD

TABEL 6.11
HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN DBD PADA MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH TAHUN 2024

No	Pengetahuan	Perilaku Pencegahan DBD				Total		P value
		Tidak Dilakukan		Dilakukan		N	%	
		n	%	n	%			
1	Kurang Baik	36	70,6	15	29,4	51	100	0,005
2	Baik	21	42,9	28	57,1	49	100	
Total		57	57,0	43	43,0	100	100	

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.11 menunjukkan bahwa responden yang tidak melakukan perilaku pencegahan DBD hasilnya lebih besar terdapat pada masyarakat pengetahuan kurang baik sebesar 70,6% dibandingkan responden dengan pengetahuan baik sebesar 42,9%. Sedangkan responden yang melakukan perilaku pencegahan DBD hasilnya lebih besar terdapat pada masyarakat pengetahuan baik sebesar 57,1% dibandingkan responden dengan pengetahuan kurang baik sebesar 29,4%. Hasil uji statistik menghasilkan nilai (*P value* =0,005) yang artinya bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

6.1.3.2. Hubungan Sikap Dengan Perilaku Pencegahan DBD

TABEL 6.12
HUBUNGAN SIKAP DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN DBD PADA MASYARAKAT DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2024

No	Sikap	Perilaku Pencegahan DBD				Total		P value
		Tidak Dilakukan		Dilakukan		N	%	
		n	%	n	%			
1	Negatif	38	69,1	17	30,9	55	100	0,007
2	Positif	19	42,2	26	57,8	45	100	
Total		57	57,0	43	43,0	100	100	

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.12 menunjukkan bahwa responden yang tidak melakukan perilaku pencegahan DBD hasilnya lebih besar terdapat pada masyarakat sikap negatif sebesar 69,1% dibandingkan responden dengan sikap positif sebesar 42,2%. Sedangkan responden yang melakukan perilaku pencegahan DBD hasilnya lebih

besar terdapat pada masyarakat sikap positif sebesar 57,8% dibandingkan responden dengan sikap negatif sebesar 30,9%. Hasil uji statistik menghasilkan nilai ($P\ value = 0,007$) yang artinya bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

6.1.3.3. Hubungan Sumber Informasi Dengan Perilaku Pencegahan DBD

TABEL 6.13
HUBUNGAN SUMBER INFORMASI DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN DBD PADA MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH TAHUN 2024

No	Sumber informasi	Perilaku Pencegahan DBD				Total		P value
		Tidak Dilakukan		Dilakukan		N	%	
		n	%	n	%			
1	Tidak Terpapar	48	64,9	26	35,1	74	100	0,002
2	Terpapar	9	34,6	17	65,4	26	100	
Total		57	57,0	43	43,0	100	100	

Sumber: data diolah tahun 2024

Berdasarkan tabel 6.13 menunjukkan bahwa responden yang tidak melakukan perilaku pencegahan DBD hasilnya lebih besar terdapat pada masyarakat yang tidak terpapar sumber informasi sebesar 64,9% dibandingkan responden dengan terpapar sumber informasi sebesar 34,6%. Sedangkan responden yang melakukan perilaku pencegahan DBD hasilnya lebih besar terdapat pada masyarakat yang terpapar sumber informasi sebesar 65,4% dibandingkan responden dengan tidak terpapar sumber informasi sebesar 35,1%. Hasil uji statistik menghasilkan nilai ($P\ value = 0,002$) yang artinya bahwa ada hubungan yang signifikan antara sumber

informasi dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

6.2. Pembahasan

6.2.1. Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Pencegahan DBD

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak melakukan perilaku pencegahan DBD hasilnya lebih besar terdapat pada masyarakat pengetahuan kurang baik sebesar 70,6%. Sedangkan responden yang melakukan perilaku pencegahan DBD hasilnya lebih besar terdapat pada masyarakat pengetahuan baik sebesar 57,1%. Hasil uji statistik menghasilkan nilai (P value = 0,005) yang artinya bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan I Made Dwie tahun 2013, dengan judul hubungan tingkat pengetahuan dengan pencegahan DBD di Banjar Pegok, Desa Sasetan Kecamatan Denpasar Selatan, menunjukkan bahwa responden dengan pencegahan DBD lebih tinggi pada responden yang pengetahuan baik 34,5%. Sedangkan responden yang tidak ada pencegahan DBD lebih tinggi pada responden yang pengetahuan kurang baik 65,5% dimana p -value = 0,019, yang artinya ada hubungan tingkat pengetahuan dengan pencegahan DBD di Banjar Pegok, Desa Sasetan Kecamatan Denpasar Selatan.

Sumber teori lain yang sejalan dengan penelitian ini adalah teori dari Notoatmodjo (2012) bahwa apabila seseorang memiliki pengetahuan tentang kesehatan yang baik, maka orang itu akan berusaha untuk menghindari atau

meminimalkan segala sesuatu yang akan berpeluang untuk terjadinya penyakit, setidaknya ia akan mencoba untuk berperilaku mendukung dalam peningkatan derajat kesehatan pribadi. Terkadang kepala keluarga mengetahui tentang demam berdarah namun tidak mengaplikasikannya dalam perilaku pencegahan demam berdarah.

Berdasarkan hasil temuan yang diperoleh peneliti dilapangan maka dapat disimpulkan adanya hubungan pengetahuan dengan perilaku pencegahan DBD dikarenakan responden kurang baik dalam mengetahui penyebab DBD, gejala yang ditimbulkan dari DBD seperti demam tiba-tiba berlangsung lebih dari 3 hari, sakit kepala bagian belakang mata, nyeri otot dan sendi, ruam kulit dan muntah. Masyarakat juga tidak mengetahui bahaya dari DBD sehingga masyarakat juga tidak mengetahui mencegah DBD dengan menguras tempat penampungan air, menaburkan abate.

6.2.2. Hubungan Sikap Dengan Perilaku Pencegahan DBD

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak melakukan perilaku pencegahan DBD hasilnya lebih besar terdapat pada masyarakat sikap negatif sebesar 69,1%. Sedangkan responden yang melakukan perilaku pencegahan DBD hasilnya lebih besar terdapat pada masyarakat sikap positif sebesar 57,8%. Hasil uji statistik menghasilkan nilai (*P value* =0,007) yang artinya bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

Penelitian Lulut Wrisnia tahun 2017, dengan judul hubungan antara frekuensi menguras TPA dalam pencegahan DBD di wilayah kerja Puskesmas Minanga Kota Manado Tahun 2017, menunjukkan bahwa 79,5% masyarakat tidak ada frekuensi menguras TPA sedangkan 20,5% ada frekuensi menguras TPA sekali dalam seminggu. Dimana nilai $P\ value= 0,032$ yang artinya adanya hubungan antara frekuensi menguras TPA dalam pencegahan DBD di wilayah kerja Puskesmas Minanga Kota Manado Tahun 2017.

Pencegahan penyakit DBD adalah faktor yang terpenting yang harus di perhatikan oleh setiap masyarakat. Kebiasaan masyarakat perlu timbul kesadaran sehingga keinginan dan kemauannya untuk mencegah penyakit DBD dapat di tingkatkan tanpa ada paksaan dari orang lain, mencegah timbulnya penyakit DBD oleh setiap individu atau kelompok membutuhkan kesadaran yang tinggi serta adanya kemauan yang kuat untuk meningkatkan hidup bersih dan sehat lingkungan tempat tinggal sehingga dapat bermanfaat untuk masyarakat (Kemenkes RI, 2017). Untuk mencapai kesadaran masyarakat terhadap pencegah penyakit DBD tersebut perlu diadakan penyuluhan tentang pentingnya penerapan 3M Plus (Menguras, Menutup dan Mengubur). Penyuluhan yang dimaksud adalah untuk merangsang dan menumbuhkan tanggung jawab masyarakat terhadap penerapan 3 M Plus, sehingga masyarakat dapat terhindar dari DBD (Satari, 2016).

Berdasarkan hasil temuan yang diperoleh peneliti dilapangan maka dapat disimpulkan adanya hubungan sikap dengan perilaku pencegahan DBD dikarenakan responden lebih banyak memiliki sikap negatif dalam mencegah DBD seperti memandang penyakit ini bukan sebagai ancaman serius, tidak mau ikut serta

gotong royong dalam lingkungan gampong maupun rumah. sikap yang positif terhadap DBD dan pentingnya pencegahan akan mendorong seseorang untuk berperilaku sesuai, yaitu melakukan tindakan pencegahan secara lebih konsisten dan rutin. Hubungan sikap dan perilaku ini dapat diperkuat melalui edukasi, kampanye, dan intervensi yang tepat sasaran. Responden yang memiliki sikap positif terhadap pencegahan DBD cenderung lebih aktif dalam menerapkan tindakan pencegahan, seperti membersihkan lingkungan dan menggunakan obat nyamuk. Masyarakat yang menyadari risiko dan dampak DBD lebih mungkin mengembangkan sikap yang mendukung tindakan pencegahan.

6.2.3. Hubungan Sumber Informasi Dengan Perilaku Pencegahan DBD

Hasil penelitian menunjukkan responden yang tidak melakukan perilaku pencegahan DBD hasilnya lebih besar terdapat pada masyarakat yang tidak terpapar sumber informasi sebesar 64,9%. Sedangkan responden yang melakukan perilaku pencegahan DBD hasilnya lebih besar terdapat pada masyarakat yang terpapar sumber informasi sebesar 65,4%. Hasil uji statistik menghasilkan nilai (P value =0,002) yang artinya bahwa ada hubungan yang signifikan antara sumber informasi dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024.

Gunarsa (2017) mengelompokkan beberapa pengertian informasi antara lain: Pertama, informasi adalah sesuatu yang menunjukkan fakta atau data yang diperoleh dari berbagai sumber baik dari seseorang, koran, majalah, buku, radio, TV dan sebagainya. Informasi yang diperoleh atau diterima oleh siswa tidak hanya dari media elektronik saja, namun informasi tentang *personal hygiene* juga harus

diperoleh dari tenaga kesehatan, pelayanan kesehatan, pamflet, poster, dan lain-lain. Dengan demikian informasi identik dengan dengan wujud material, Karena itu menurut pandangan ini, kuantitas informasi dapat dihitung dalam arti makin banyak usaha seseorang mengumpulkan fakta dan data, semakin banyak informasi yang dimilikinya. Siswa yang rajin mengikuti segala bentuk media komunikasi tentu akan mempunyai lebih banyak informasi dibandingkan siswa yang tidak memiliki minat mengetahui perkembangan yang ada di sekitarnya.

Berdasarkan hasil temuan yang diperoleh peneliti dilapangan maka dapat disimpulkan adanya hubungan sumber informasi dengan perilaku pencegahan DBD dikarenakan masyarakat tidak pernah mengikuti penyuluhan yang diberikan petugas puskesmas sehingga sumber informasi yang diperoleh banyak bersumber dari media masa ataupun tidak terpapar sama sekali sehingga masih ada masyarakat menganggap perilaku pencegahan DBD tidak penting dilakukan jika tidak ada kematian warga gampong yang diakibatkan DBD. Masyarakat yang mendapatkan informasi dari sumber yang terpercaya, seperti tenaga medis, lembaga kesehatan, atau kampanye pemerintah, cenderung lebih sadar akan pentingnya pencegahan DBD. Informasi yang disampaikan dengan jelas, akurat, dan mudah dipahami dapat meningkatkan pemahaman masyarakat tentang cara pencegahan DBD, sehingga mempengaruhi perilaku mereka.

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024, dengan nilai p value = 0,005.
2. Ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024, dengan nilai p value = 0,007.
3. Ada hubungan yang signifikan antara sumber informasi dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue (DBD) pada masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Batoh Kota Banda Aceh Tahun 2024, dengan nilai p value = 0,002.

7.2. Saran

1. Bagi masyarakat diharapkan untuk melakukan 5M Plus (mengubur barang bekas, menutup tempat penampungan air, menguras bak mandi, menabur bubuk abate dan mengganti air yang berada di pot bunga) di rumah dan di lingkungan luar rumah secara rutin yaitu seminggu sekali dan menerapkan PHBS didalam keluarga.
2. Bagi Puskesmas, upaya penyuluhan secara rutin oleh petugas kesehatan (Puskesmas), program jumantik yang rajin mengontrol perindukan vektor sekaligus mengingatkan warga untuk menjaga kebersihan lingkungan dari genangan air bersih.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya, agar bisa meneliti lebih dalam lagi mengenai faktor yang mempengaruhi upaya pencegahan DBD dengan variabel yang lebih variatif dan jenis metode penelitian kualitatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustiawan, *Epidemiologi Penyakit Menular*. Padang: Global Eksekutif Teknologi, 2022.
- Amroni, 'Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan Dan Pengendalian Kasus Demam Berdarah Dengue Di Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru Tahun 2018, *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*', in. Riau: Universitas Riau. Available at: <https://jurnal.stikes-alinsyirah.ac.id/index.php/kesmas/article/view/85/57>. 2018.
- Ayumi, 'Hubungan Iklim dan Kondisi Lingkungan Fisik Rumah Terhadap Insidensi Demam Berdarah Dengue di Beberapa Zona Musim di Daerah Istimewa Yogyakarta (Studi Kasus di Kecamatan Kasihan, Kabupaten Bantul, Yogyakarta).', in *Tesis*. Yogyakarta: UGM, 2016.
- Deri, *Pemberantasan Sarang Nyamuk*. Jakarta: Media Sains Indonesia, 2020.
- Dinkes Aceh, 'Profil Dinas Kesehatan Provinsi Aceh Tahun 2021', in. Aceh: Dinas Kesehatan Aceh, 2021.
- Dinkes Kota Banda Aceh, 'Profil Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2021', 2021.
- Febry, *Buku Ajar Pengendalian Vektor*. Jakarta: Ahli Media PRESS, 2020.
- Frida, *Mengenal Demam Berdarah Dengue*. Semarang: ALPRIN, 2019.
- Gede, 'Diktat Pengendalian Vektor', in *Skripsi Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Universitas Udayana, 2017.
- Ginanjari, G. *Demam Berdarah*, Bandung: B First. 2015.
- Handrawan, *Cara Mudah Mengalahkan Demam Berdarah*. Jakarta: Kompas Media Nusantara, 2018.
- Ichsan, *Pendidikan dan Promosi Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis, 2021.
- Ikhtiar, *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Puspa Swara, 2017.
- Irma, *Epidemiologi Penyakit Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Literasi Nusantara, 2022.
- Irwan, *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Yogyakarta: Deepublish, 2017.

- Kemenkes RI, *Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Petunjuk Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) oleh Juru Pemantau Jentik (Jumantik)*. Jakarta: Kemenkes RI, 2017.
- Kemenkes RI, 'Pencegahan Dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue', in. Jakarta: Kemenkes RI, 2019.
- Kemenkes RI, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*. Available at: Pdf/profilKesehatan-Indonesia. 2021.
- Martina, *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis, 2021.
- Masriadi, *Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Grafindo, 2017.
- Mubarak, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Salemba Medika, 2015.
- Nurmala, I.,dkk. *Promosi Kesehatan*, Yogyakarta: Deepublish, 2015.
- Rinaldi, *Dasar Surveilans Epidemiologi*. Padang: Global Eksekutif Teknologi, 2022.
- Riyadi, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: ANDI, 2019.
- Satari, *Demam Berdarah Perawatan Dirumah Dan Dirumah Sakit*. Jakarta: Puspa Sehat, 2016.
- Setyawan, *Buku Ajar Statistika*, Jawa Barat: Penerbit Adab, 2021.
- Sugiono, *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan RD*. Bandung: Alfabeta, 2019.
- Swarjana, *Statistika Kesehatan*. Jakarta: ANDI, 2016.
- Trisnawati, *Perencanaan Program Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, 2018.
- WHO, *Panduan Lengkap Pencegahan dan Pengendalian Dengue dan Demam Berdarah Dengue*. Jakarta, 2015.
- WHO, *Panduan Lengkap Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: EGC, 2019.
- Widyono, *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga, 2016.

KUESIONER

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) PADA MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATOH KOTA BANDA ACEH TAHUN 2024

I. Identitas Responden

1. No. Responden :
2. Jenis Kelamin :
3. Umur :
4. Jumlah Anggaran
Keluarga :
5. Lama Tinggal :
6. Pekerjaan :
7. Pendidikan :

II. Perilaku Pencegahan DBD (Kemenkes RI, 2019)

No	Pernyataan	Dilakukan	Tidak Dilakukan
1	Bapak/Ibu ikut melakukan pemberantasan DBD dirumah seperti membersihkan lingkungan sekitar rumah		
2	Bapak/Ibu menyediakan lotion anti nyamuk dirumah untuk mencegah gigitan nyamuk DBD pada pagi hingga sore hari		
3	Bapak/Ibu menggunakan kawat nyamuk pada ventilasi rumah untuk mencegah nyamuk aedes memasuki rumah saya		
4	Bapak/Ibu melakukan kegiatan 3M (menguras, menutup dan mengubur) seminggu sekali		

5	Bapak/Ibu tidak mengantung pakaian bekas pakai dibelakang pintu kamar		
6	Bapak/Ibu tidak membiarkan adanya tempat atau wadah yang tergenang air tempat kembang biak nyamuk <i>aedes</i>		
7	Bapak/Ibu menaburkan bubuk abate pada bak penampungan air dirumah		

III. Pengetahuan (Wirakusuma, 2016)

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Benar	Salah
1	Penyebab DBD adalah virus		
2	Gigitan nyamuk merupakan sumber penularan DBD		
3	Jenis nyamuk yang menularkan DBD adalah anopheles		
4	Ciri-ciri nyamuk DBD adalah sayap dan badannya belang-belang atau bergaris putih		
5	Nyamuk DBD berkembang biak di air kotor		
6	Tanda atau gejala awal penderita DBD ialah demam tinggi dan bintik-bintik merah		
7	Tindakan atau pertolongan pertama pada pasien DBD dirumah adalah minum yang banyak		
8	DBD tidak dapat dicegah		
9	Fogging merupakan upaya untuk membasmi jentik nyamuk		
10	Program 3 M merupakan upaya pencegahan DBD		
11	Menguras tempat penampungan air adalah bagian dari program 3 M		
12	Program 3M meliputi menyikat, mengubur dan menutup		
13	Program 4 M ditambah dengan memantau		
14	Abatisasi (pemberian bubuk abate) merupakan upaya pemberantasan jentik nyamuk		
15	Upaya untuk memutus rantai penularan DBD ialah dengan memberantas sarang nyamuk		

IV.Sikap (Kemenkes RI, 2019)

No	Pernyataan	SS	S	KS	STS
1	Menguras tempat penampungan air seminggu sekali seperti bak mandi, tempat tampung air di dispenser dan tempat air minum				
2	Menutup tempat-tempat penampungan air dengan rapat seperti penampungan air dispenser dan tempat air minum agar nyamuk aedes tidak bertelur dan berkembang biak				
3	Mengubur barang-barang bekas yang sudah tidak terpakai seperti kaleng susu, makanan, dll ke dalam tanah agar tidak terjadi genangan air ketika hujan				
4	Menaburkan bubuk abate di tempat penampungan air yang sulit dibersihkan seperti bak mandi				
5	Menggunakan obat nyamuk/Lotion anti nyamuk ketika hendak tidur				
6	Menggunakan kelambu atau selimut saat tidur di siang atau sore hari				
7	Menghindari kebiasaan menggantung pakaian bekas pakai di dalam rumah				
8	Menanam tanaman pengusir nyamuk seperti bunga lavender, sereh dan pandan				

V.Sumber Informasi

1. Apakah anda pernah mendapatkan informasi tentang pencegahan DBD?

- a. Ya
- b. Tidak

Jika “ya “ lanjut ke nomor selanjutnya

2. Jika ya mendapat informasi tentang pencegahan DBD dari mana? (Informasi bagi responden)
 - a. Petugas puskesmas
 - b. Leflet
 - c. Poster
 - d. Majalah
 - e. Televisi
 - f. Media Sosial

3. Apakah anda mendapatkan informasi tentang pentingnya berperilaku pencegahan DBD yang baik dari kegiatan Gampong? (Informasi bagi responden)
 - a. Ya
 - b. Tidak

TABEL SKOR

No	Variabel	Pertanyaan	Skor		Keterangan (0-7)
			Ya	Tidak	
1	Perilaku Pencegahan DBD	1	1	0	Tidak Dilakukan jika < 7 Dilakukan jika ≥ 7
		2	1	0	
		3	1	0	
		4	1	0	
		5	1	0	
		6	1	0	
		7	1	0	
No	Variabel	Pertanyaan	Benar	Salah	Keterangan (mean)
2	Pengetahuan	1	1	0	Kurang Baik jika < 11,7 Baik jika ≥ 11,7
		2	1	0	
		3	1	0	
		4	1	1	
		5	0	1	
		6	1	0	
		7	1	0	
		8	0	1	
		9	1	0	
		10	1	0	
		11	1	0	
		12	1	0	
		13	1	0	
		14	1	0	
		15	1	0	

No	Variabel	Pertanyaan	Skor				Keterangan (mean)
			SS	S	KS	STS	
3	Sikap	1	4	3	2	1	Negatif jika skor < 16,6 Positif jika skor > 16,6
		2	4	3	2	1	
		3	4	3	2	1	
		4	4	3	2	1	
		5	4	3	2	1	
		6	4	3	2	1	
		7	4	3	2	1	
		8	4	3	2	1	

No	Variabel	Pertanyaan	Skor		Keterangan (0-1)
			Ya	Tidak	
4	Sumber Informasi	1	1	0	Tidak terpapar <1 Terpapar jika ≥ 1
		2	1	0	
		3	1	0	

MASTER TABEL

No	Karakteristik Responden						Variabel Dependen								Variabel Independen																														
							Perilaku Pencegahan DBD								Pengetahuan								Sikap								Sumber Informasi														
	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Anggaran keluarga	Lama Tinggal	1	2	3	4	5	6	7	Jumlah	Ket	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Jumlah	Ket	1	2	3	4	5	6	7	8	Jumlah	Ket	1	Ket	
1	55	Perempuan	SMA	PNS	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	B	2	1	2	3	1	1	3	1	14	N	0	TT		
2	45	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	0	1	1	1	0	1	1	5	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	12	B	4	1	1	4	4	1	3	1	19	P	0	TT	
3	48	Laki-laki	Sarjana	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	12	B	1	4	1	4	1	3	1	3	18	P	1	T	
4	47	Laki-laki	SMA	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	0	1	0	5	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	10	KB	1	4	1	4	1	3	1	4	19	P	0	TT
5	49	Laki-laki	Sarjana	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	9	KB	3	1	1	4	1	4	2	1	17	P	0	TT	
6	48	Laki-laki	Sarjana	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	1	1	0	5	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	10	KB	1	3	1	4	1	4	1	2	17	P	1	T	
7	55	Laki-laki	Diploma	PNS	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	0	1	0	5	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	13	B	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	0	TT
8	42	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	1	5	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	10	KB	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	1	T
9	46	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	B	1	4	2	1	3	1	3	1	16	N	1	T	
10	53	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	0	1	1	1	0	1	5	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	10	KB	4	1	2	1	1	1	3	2	15	N	0	TT	
11	42	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	0	1	0	1	0	1	1	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	13	B	1	1	2	3	1	3	2	1	14	N	0	TT	
12	47	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	0	1	0	1	0	1	1	4	Tidak Dilakukan	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	11	KB	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	1	T	
13	48	Laki-laki	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B	3	1	3	1	1	1	1	4	15	N	0	TT	
14	48	Laki-laki	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	0	1	0	1	0	1	1	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	10	KB	1	1	4	3	1	4	1	3	18	P	0	TT	
15	48	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	1	1	0	5	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	12	B	1	4	4	1	3	4	1	1	19	P	0	TT		
16	43	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	12	B	1	1	3	3	1	4	4	1	18	P	0	TT		
17	47	Laki-laki	Sarjana	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	0	1	1	0	5	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	12	B	2	1	3	1	3	1	1	3	15	N	0	TT		
18	49	Laki-laki	Sarjana	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	10	KB	1	4	1	4	1	3	1	3	18	P	0	TT	
19	37	Perempuan	Sarjana	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	11	KB	1	4	1	4	1	3	1	4	19	P	0	TT	
20	53	Laki-laki	Sarjana	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	9	KB	3	1	1	4	1	4	2	1	17	P	1	T	
21	48	Perempuan	SMA	PNS	≥2,9 jt/bln	10	1	0	1	1	1	0	1	5	Tidak Dilakukan	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	11	KB	3	1	2	1	1	1	4	2	15	N	0	TT	

22	47	Perempuan	SMA	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	12	B	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	1	T	
23	49	Perempuan	SMA	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	B	3	1	1	2	1	2	3	1	14	N	0	TT
24	48	Perempuan	Diploma	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	9	KB	1	1	4	1	4	2	4	1	18	P	0	TT					
25	57	Perempuan	Sarjana	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	0	1	0	1	1	1	5	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	10	KB	4	1	2	1	1	1	3	2	15	N	1	T						
26	42	Laki-laki	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	11	KB	1	1	2	3	1	3	2	1	14	N	1	T						
27	46	Laki-laki	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	B	1	1	1	4	1	3	3	1	15	N	0	TT						
28	53	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	1	5	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	10	KB	4	3	4	1	4	2	1	1	20	P	0	TT						
29	42	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	B	1	4	2	1	3	1	3	1	16	N	0	TT						
30	47	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	12	B	4	1	2	1	1	1	3	2	15	N	0	TT						
31	48	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	0	1	0	1	0	1	1	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	13	B	1	1	2	3	1	3	2	1	14	N	0	TT						
32	48	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	1	5	Tidak Dilakukan	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	11	KB	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	0	TT						
33	48	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	B	4	1	2	1	1	1	3	2	15	N	0	TT						
34	43	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	2	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	11	KB	3	1	3	1	1	1	1	4	15	N	0	TT						
35	47	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	2	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	11	KB	1	4	1	4	1	3	1	4	19	P	0	TT						
36	49	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	12	B	3	1	1	4	1	4	2	1	17	P	0	TT						
37	57	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	0	1	1	1	0	1	5	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	13	B	4	1	2	1	1	1	3	2	15	N	0	TT						
38	59	Laki-laki	SMA	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	12	B	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	0	TT						
39	55	Laki-laki	Sarjana	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	10	KB	1	4	1	4	1	3	1	4	19	P	0	TT						
40	45	Perempuan	Sarjana	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	9	KB	3	1	1	4	1	4	2	1	17	P	1	T							
41	48	Laki-laki	SMA	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	10	KB	4	1	1	4	4	1	3	1	19	P	0	TT						
42	47	Perempuan	SMA	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	10	KB	1	4	1	4	1	3	1	3	18	P	1	T						
43	49	Perempuan	SMA	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	11	KB	1	4	1	4	1	3	1	4	19	P	0	TT						
44	48	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	10	KB	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	0	TT							
45	57	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	B	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	0	TT						

46	42	Perempuan	SMA	Swasta	<2,9 jt/bln	2	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	11	KB	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	0	TT	
47	46	Laki-laki	SMA	Swasta	<2,9 jt/bln	2	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	B	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	0	TT
48	53	Laki-laki	SMA	Swasta	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	1	5	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	13	B	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	0	TT	
49	42	Laki-laki	SMA	Swasta	<2,9 jt/bln	10	1	0	1	1	1	1	0	5	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	13	B	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	0	TT	
50	47	Laki-laki	SMA	Swasta	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	B	1	2	1	1	2	3	1	3	14	N	0	TT		
51	48	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	1	5	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	10	KB	1	1	1	4	1	4	3	1	16	N	0	TT			
52	48	Laki-laki	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	1	5	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	10	KB	1	4	4	3	1	3	1	3	20	P	0	TT			
53	48	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12	B	1	3	1	1	3	1	1	3	14	N	0	TT			
54	43	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	2	1	1	1	1	0	1	0	5	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	12	B	1	4	4	3	1	3	1	3	20	P	0	TT			
55	47	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	2	0	1	0	1	1	1	0	4	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	9	KB	4	4	1	3	1	3	4	1	21	P	0	TT			
56	49	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	0	1	0	1	0	1	1	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	12	B	3	1	1	4	1	1	4	3	18	P	0	TT			
57	57	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12	B	4	1	1	3	1	1	3	1	15	N	0	TT			
58	59	Laki-laki	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	15	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	11	KB	1	2	1	3	4	1	4	4	20	P	0	TT			
59	48	Laki-laki	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	10	KB	1	2	4	2	1	4	1	4	19	P	0	TT			
60	47	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	11	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	11	KB	1	2	4	3	1	4	1	2	18	P	1	T			
61	49	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	B	1	2	1	1	2	2	1	4	14	N	0	TT			
62	48	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	12	B	2	1	4	1	1	3	1	3	16	N	1	T			
63	57	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	B	1	2	1	3	1	4	3	1	16	N	0	TT			
64	42	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	11	KB	4	1	1	4	4	1	3	1	19	P	1	T			
65	46	Laki-laki	SMA	IRT	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	B	1	4	1	4	1	3	1	3	18	P	1	T				
66	53	Laki-laki	SMA	IRT	≥2,9 jt/bln	12	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	B	1	4	1	4	1	3	1	4	19	P	1	T				
67	42	Perempuan	SMA	Swasta	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	12	B	3	1	1	4	1	4	2	1	17	P	0	TT				
68	47	Perempuan	SMA	Swasta	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	13	B	1	4	1	1	4	1	4	1	17	P	1	T			
69	48	Laki-laki	Diploma	Swasta	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	B	4	1	2	1	1	1	3	2	15	N	1	T				

70	48	Laki-laki	Diploma	Swasta	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	B	1	1	2	3	1	3	2	1	14	N	0	TT
71	48	Perempuan	Diploma	Swasta	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	1	5	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	10	KB	1	4	2	1	3	1	3	1	16	N	0	TT
72	43	Laki-laki	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	1	5	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	10	KB	3	1	1	3	1	3	1	4	17	P	0	TT
73	47	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	B	1	4	2	1	3	1	3	1	16	N	0	TT
74	49	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	10	KB	4	1	2	1	1	1	3	2	15	N	0	TT	
75	37	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	9	KB	1	4	2	1	3	1	3	1	16	N	0	TT		
76	39	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	11	KB	4	1	2	1	1	1	3	2	15	N	0	TT			
77	42	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	1	5	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	10	KB	1	1	2	3	1	3	2	1	14	N	0	TT		
78	46	Laki-laki	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	B	1	3	1	3	1	1	3	1	14	N	0	TT	
79	53	Laki-laki	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	8	0	1	0	1	0	1	1	4	Tidak Dilakukan	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	10	KB	1	4	1	1	3	4	1	3	18	P	0	TT			
80	42	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	8	1	1	0	1	1	1	0	5	Tidak Dilakukan	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	11	KB	2	2	4	1	1	3	1	3	17	P	0	TT				
81	47	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	10	KB	1	2	4	2	1	4	1	4	19	P	0	TT				
82	48	Perempuan	Sarjana	IRT	<2,9 jt/bln	8	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B	4	1	2	1	1	1	3	2	15	N	0	TT		
83	48	Perempuan	Sarjana	IRT	<2,9 jt/bln	2	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	12	B	1	1	2	3	1	3	2	1	14	N	0	TT				
84	48	Perempuan	Sarjana	Swasta	≥2,9 jt/bln	2	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	11	KB	1	4	2	1	3	1	3	1	16	N	0	TT				
85	43	Perempuan	Sarjana	IRT	≥2,9 jt/bln	2	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	12	B	4	1	2	1	1	1	3	2	15	N	0	TT				
86	47	Perempuan	Sarjana	IRT	≥2,9 jt/bln	4	1	0	1	1	1	1	1	6	Tidak Dilakukan	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	B	1	1	2	3	1	3	2	1	14	N	0	TT			
87	49	Perempuan	SMA	IRT	≥2,9 jt/bln	5	1	1	0	1	0	1	0	4	Tidak Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	9	KB	1	4	1	1	3	4	1	3	18	P	1	T				
88	37	Perempuan	SMA	IRT	≥2,9 jt/bln	5	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	B	2	2	4	1	1	3	1	3	17	P	1	T			
89	39	Perempuan	SMA	IRT	<2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13	B	1	2	4	2	1	4	1	4	19	P	1	T			
90	48	Laki-laki	SMA	PNS	≥2,9 jt/bln	2	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	11	KB	1	4	1	1	3	4	1	3	18	P	1	T				
91	47	Laki-laki	SMA	PNS	≥2,9 jt/bln	8	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	KB	2	2	4	1	1	3	1	3	17	P	1	T			
92	49	Perempuan	SMA	PNS	≥2,9 jt/bln	8	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	10	KB	1	2	4	2	1	4	1	4	19	P	1	T				
93	48	Laki-laki	SMA	PNS	≥2,9 jt/bln	10	1	1	1	1	1	1	1	7	Dilakukan	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B	1	4	2	1	3	1	3	1	16	N	1	T			

DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar 1
Peneliti melakukan wawancara dengan Responden



Gambar 2
Peneliti Menjelaskan Cara Mengisi Kuesioner Pada Responden



Gambar 3
Peneliti Mewawancarai Responden



Gambar 4
Peneliti Mewawancarai Responden



Gambar 5
Peneliti Berada Di Tempat Penelitian