BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan menuju "Indonesia Sehat 2010" bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Depkes RI, 1999). Tingkat pertumbuhan penduduk kota di Indonesia yang relatif tinggi menjadi salah satu permasalahan yang mempengaruhi kesehatan masyarakat dan akses pelayanan kesehatan di Indonesia. Pada tahun 2000, sepertiga dari seluruh penduduk (kurang lebih 75 juta jiwa) tinggal di kota-kota besar maupun kecil. Penduduk perkotaan di negara berkembang dalam periode tahun 1975 – 2000 bertambah proporsinya terhadap seluruh penduduk dari 28% menjadi 42% (Sarjadi, 1999). Kondisi ini dihadapkan pada ketidakmampuan pemerintah kota dalam melayani dan menyediakan fasilitas yang diperlukan, seperti : perumahan, air bersih, sanitasi, sarana pelayanan kesehatan, transportasi, sekolah dan sarana publik lainnya. Akibatnya adalah terdapat banyak pemukiman dengan fasilitas sederhana, kepadatan tinggi, dan berjangkitnya penyakit menular. Salah satunya adalah Demam Berdarah Dengue (DBD). (Hidayatulloh, 2003)

Demam Berdarah Dengue atau lazim disebut Penyakit Demam Berdarah (DB) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia (Soedarmo, 2002). Hampir seluruh wilayah di Indonesia mempunyai risiko untuk terjangkit Penyakit DBD, sebab baik virus penyebab (*dengue*) maupun nyamuk penularnya yaitu *Aedes Aegypty* dan *Aedes Albopictus* sudah tersebar luas di perumahan

MILIK PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

maupun tempat-tempat umum di seluruh Indonesia, kecuali wilayah dengan ketinggian lebih dari 1000 meter diatas permukaan laut (Hendrawanto,1999). Disamping itu, keberadaan Nyamuk Aedes ini yang dipengaruhi faktor lingkungan (makro dan mikro) dan sosio-kultural, memberikan andil besar bagi terjadinya endemisitas di suatu daerah. Hal ini menyebabkan jumlah kasus tetap tinggi, karena perlu keterlibatan berbagai sektor dan masyarakat secara langsung (Achmadi, 1998). Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) sebagai kegiatan yang menjadi strategis sampai saat ini belum optimal dilaksanakan. Hal ini terbukti dari rendahnya Angka Bebas Jentik (ABJ) tahun 1999 sebesar 62,60%, sedangkan ABJ yang dapat membatasi penularan Penyakit DBD adalah 95% atau lebih (Arsin, 2004).

Berdasarkan laporan dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia, sampai pertengahan tahun 2001 kasus Penyakit DBD sudah menjadi masalah yang endemis di 122 kabupaten, 605 kecamatan dan 1800 desa/kelurahan di Indonesia (www.ppmplp.depkes.go.id, 2003), sehingga sering terjadi berjangkitnya Penyakit DBD di berbagai wilayah di Indonesia hampir di sepanjang waktu dalam satu tahun (Kristina,2004). KLB (Kejadian Luar Biasa) DBD terbesar terjadi pada tahun 1998, dengan *Incidence Rate (IR)* = 35,19 per 100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate (CFR)* = 2%. Pada tahun 1999 *IR* menurun tajam sebesar 10,17%, namun tahun-tahun berikutnya *IR* cenderung meningkat yaitu 15,99 (tahun 2000); 21,66 (tahun 2001); 19,24 (tahun 2002); dan 23,87 (tahun 2003). Data terakhir mengungkapkan (Suharto, 2003) bahwa sejak Januari sampai dengan 5 Maret 2004, total kasus Penyakit DBD di seluruh propinsi di Indonesia sudah mencapai 26.015, dengan jumlah kematian sebanyak 389 orang (CFR=1,53%). Kasus tertinggi terdapat di

Propinsi DKI Jakarta (11.534 orang) sedangkan CFR tertinggi terdapat di Propinsi NTT (3,96%).

Kota Semarang sebagai ibukota Propinsi Jawa Tengah sampai akhir Desember 2003 mempunyai jumlah penduduk 1.378.193 jiwa, yang terdiri dari 684.705 jiwa penduduk laki-laki dan 693.488 jiwa penduduk perempuan, sehingga Kota Semarang termasuk 5 besar kabupaten/kota yang mempunyai jumlah penduduk terbesar di Jawa Tengah. Kepadatan penduduknya sebesar 3.688 jiwa per km^2, tingkat pertumbuhan penduduk 2,09%, dan arus urbanisasi mencapai 36.778 jiwa. Disamping itu mobilitas penduduk Kota Semarang pada siang hari cukup tinggi, karena aktivitas ekonomi kebanyakan dilakukan pada siang hari. Secara geografis wilayah Kota Semarang terbagi menjadi dua, yaitu daerah dataran rendah/pantai (kota bawah) dan daerah perbukitan (kota atas), dengan penyebaran penduduk tidak merata dan daya dukung lingkungan yang tidak seimbang. Ciri masyarakat Kota Semarang juga terbagi dua, yakni masyarakat karakteristik perkotaan yang menempati daerah sekitar pusat kota dengan lingkungan pemukiman yang bercirikan perkotaan, dan masyarakat karakteristik pedesaan yang menempati daerah perluasan / pinggiran dengan kondisi yang lebih tradisional (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2003).

Sebagai Kota Metropolitan di JawaTengah dengan ketinggian 0,75 sampai dengan 348 diatas permukaan air laut, suhu udara berkisar antara 25^0 – 30^0 C dan kelembaban udara berada diantara 62 – 84%, Kota Semarang mempunyai tingkat risiko Penyakit DBD yang tinggi. Ini dapat dilihat dari data RSU Kota Semarang bahwa Penyakit DBD menempati peringkat 4 besar penyakit yang banyak diderita penduduk Kota Semarang (Suara Merdeka, 2004), dan berdasarkan Profil Kesehatan

Kota Semarang Tahun 2003 menempati prioritas pertama dalam program penanggulangan penyakit menular. Jumlah Penderita DBD sebanyak 1.128 kasus dimana jumlah ini menunjukkan adanya peningkatan dari tahun sebelumnya yang hanya 607 kasus. Dari hasil catatan pada Dinkes Dati II Kota Semarang, sejak tahun 1969 telah terjadi beberapa kali letusan KLB, yaitu pada tahun 1973, 1978, 1983, 1988, 1990, 1996, dan yang terakhir pada tahun 1998. Dari 177 kelurahan yang ada pada 16 kecamatan di Kota Semarang, tercatat 124 kelurahan merupakan kelurahan yang endemis Penyakit DBD, 41 kelurahan merupakan kelurahan sporadis Penyakit DBD, dan hanya 12 kelurahan yang bebas (potensial) dari Penyakit DBD (Wuryanto, 2002). Data lain menyebutkan bahwa Kota Semarang merupakan salah satu kota di Indonesia yang endemis Penyakit DBD (Udiyono, 2002). Setiap tahun selalu dijumpai kasus Penyakit DBD. Berdasarkan data tahun 1998/1999, dijumpai sebanyak 1400 kasus dengan jumlah kematian 3 orang. Tingkat kepadatan jentik masih cukup tinggi yaitu pada tingkat kepadatan 3 sampai 5 (HI=19,4%, CI 9,5% dan BI=35). Dari berbagai penelitian epidemiologis telah banyak diketahui bahwa nyamuk Aedes Aegypti banyak dijumpai didalam rumah dan mencari makan pada siang hari. Penelitian yang dilakukan oleh Depkes RI didapatkan 34% nyamuk Aedes Aegypti dijumpai di rumah, 37% di sekolah, dan 29% ditempat-tempat umum (Udiyono, 2002).

Kecamatan Tembalang memiliki jumlah penduduk sebesar 103.343 jiwa dengan komposisi penduduk laki-laki sebesar 52.052 jiwa dan penduduk perempuan sebesar 51.291 jiwa, dengan pertumbuhan penduduk paling tinggi diantara kecamatan-kecamatan di Kota Semarang, yaitu 4,40%. Kecamatan Tembalang dengan karakteristik luas daerah 44,20 km^2, 12 kelurahan , 25.418 KK, dan

kepadatan penduduk 2,338/km^2, hanya memiliki 2 puskesmas rawat inap yang berada di Kelurahan Kedungmundu dan Kelurahan Rowosari dan 2 puskesmas pembantu di Kelurahan Kedungmundu dan Kelurahan Tembalang. Dari data kasus DBD dan klasifikasi desa di Kota Semarang Tahun 2004 yang dilaporkan Dinas Kesehatan Kota Semarang, Kecamatan Tembalang merupakan salah satu kecamatan endemis tinggi (angka endemisnya = 12,6) Penyakit DBD dengan jumlah kasus terbesar di Kota Semarang, yaitu 136 kasus. Dari 12 kelurahan yang dimiliki oleh Kecamatan Tembalang, 2 kelurahan merupakan kelurahan sporadis dan 10 kelurahan merupakan kelurahan endemis Penyakit DBD. Salah satu kelurahan endemis adalah Kelurahan Meteseh, terutama di Perum Bukit Kencana Jaya.

Tabel 1.1 Data Kasus DBD dan Klasifikasi Kecamatan Di Kota Semarang Jawa Tengah

No	Kecamatan	Kasus		Klasifikasi Kecamatan		
		2002	2003	Endemis		
				Tinggi	Sedang	Rendah
1	Semarang Tengah	27	37	10.1		
2	Semarang Utara	43	79	8.5		
3	Semarang Timur	26	59	10.2		
4	Semarang Selatan	53	97	13.1		
5	Semarang Barat	47	112	15.5		
6	Gayamsari	31	50	12.4		
7	Candisari	59	89		8.9	
8	Gajahmungkur	22	97	14.0		
9	Genuk	55	69	9.9		
10	Pedurungan	80	103	10.3		
11	Tembalang	**71**	**113**	**12.6**		
12	Banyumanik	42	92	12.2		
13	Gunungpati	9	28			5.2
14	Mijen	3	13		5.8	
15	Ngaliyan	27	75	17.4		
16	Tugu	12	15	18.9		

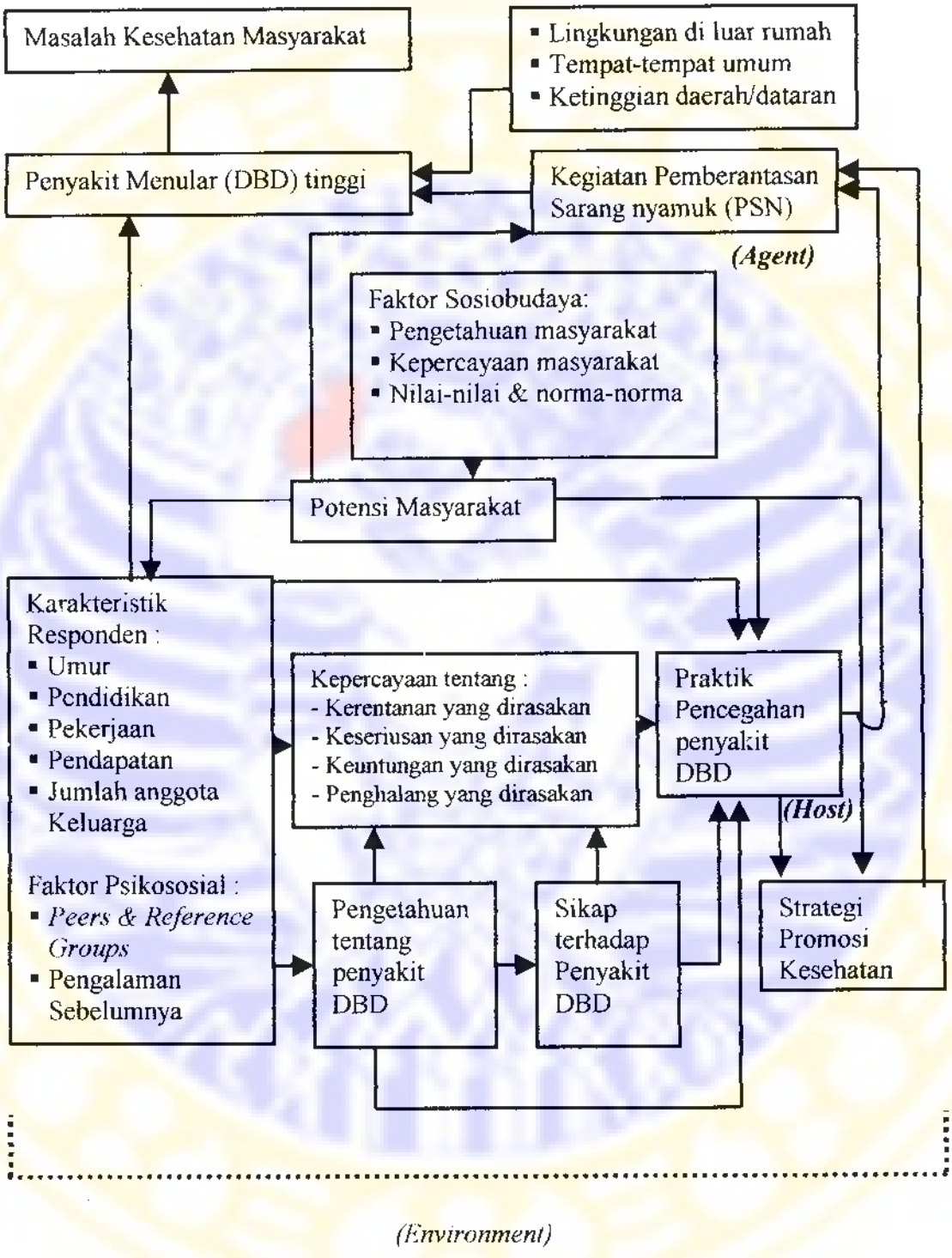
Sumber : Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2003.

Kelurahan Meteseh, khususnya Perum Bukit Kencana Jaya (BKJ) yang terdiri dari 3 blok (A, B, C) memiliki 5 RW (Rukun Warga), yaitu RW XI, XII, XIII, XIV, XV dan 35 RT (Rukun Tetangga) merupakan perumahan dengan karakteristik yang khas, yaitu secara sosial ekonomi berpenghuni mulai dari kelas menengah - rendah dan menengah – tinggi. Kebanyakan rumah dihuni, namun tidak sedikit rumah yang tidak dihuni, karena biasanya hanya berstatus rumah investasi. Semua rumah memiliki tandon air (tempat penampung air), karena sumber air dari PDAM hanya mengalir setiap 2 hari sekali. Kerja bakti warga (yang diwujudkan dalam bentuk bersih-bersih blok/gang) tidak selalu dilakukan setiap 1 bulan sekali. Pada setiap ujung blok terdapat tanah kosong dan pada setiap RW memiliki fasilitas Taman dan Lapangan. Jarak antar rumah tidak ada karena rumah saling berhimpitan dan sebagian besar penduduk bekerja di kantor, baik swasta maupun pemerintah, yang memiliki jam kerja tertentu. Tingkat pendidikan termasuk tinggi, yaitu kebanyakan SMU dan Perguruan Tinggi. Perum BKJ dikenal sebagai Perum yang agamis dengan tingkat toleransi antar umat beragama tinggi, memiliki 2 masjid, 7 musholla, dan 2 gereja. Perum BKJ juga memiliki 1 Sekolah Dasar, 2 Taman Kanak-Kanak, 2 Playgroup dan 9 Taman Pendidikan Al-Qur'an. Perum BKJ hanya memiliki dua orang dokter praktik dan 1 fisioterapis praktik . Secara geografis dan transportasi, Perum BKJ yang berada di Kelurahan Meteseh, tidaklah terlalu sulit dan dekat dengan pusat kota (kira-kira 15 km), namun kasus Penyakit DBD cukup tinggi. Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan peneliti di RW XIV (peneliti bertempat tinggal disini), dalam bulan Pebruari 2005 diketahui terdapat 7 kasus dengan jumlah kematian 1 orang (bayi berumur 8 bulan). Kendala yang dapat diamati peneliti adalah ketidaktahuan masyarakat tentang cara pencegahan Penyakit

DBD yang efektif dan ketidakmauan masyarakat untuk melakukan tindakan pencegahan. Salah satu cirinya adalah bahwa mereka hanya akan melakukan tindakan pengasapan dan pembersihan lingkungan jika sudah ada warga yang terkena gejala-gejala/penyakit DBD.

Dari permasalahan diatas, peneliti ingin mengetahui peranan keluarga sebagai ujung tombak pembangunan dan sebagai unit terkecil dalam masyarakat perumahan yang menjadi pusat pelaksana kegiatan didalam masyarakat perumahan, ikut serta dalam upaya pencegahan Penyakit DBD. (WHO, 1999). Keluarga adalah satu-satunya lembaga sosial yang secara resmi telah berkembang di semua masyarakat. Disamping itu, keluarga sebagai suatu unsur dalam struktur sosial merupakan dasar pembentuk utama struktur sosial yang lebih luas. Peran tingkah laku yang dipelajari didalam keluarga merupakan contoh atau prototip peran tingkah laku yang diperlukan dalam segi-segi lainnya dalam masyarakat (Goode, 1995). Oleh karena itu, keluarga sebagai sendi masyarakat mempunyai posisi yang sangat strategis dalam penanggulangan Penyakit DBD, terutama memotong rantai penularan penyakit dengan melaksanakan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) DBD.

1.2 Identifikasi Permasalahan



Gambar 1.1 : Identifikasi Permasalahan

Penjelasan :

Salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia adalah masalah penyakit menular yang mengalami peningkatan angka kesakitan dan angka kematian. Salah satunya adalah peningkatan prevalensi penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD). Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yang saling terkait dan saling berpengaruh. Faktor-faktor karakteristik responden yang berpengaruh antara lain : umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga. Karakteristik responden yang berkaitan dengan umur seperti kebanyakan kasus penyakit DBD yang menyerang anak-anak karena kerentanan pertahanan tubuh (antibodi) mereka. Pendidikan mempengaruhi tingkat pengetahuan, pembentukan sikap dan perwujudan tindakan yang tepat dalam mencegah penularan penyakit DBD. Pekerjaan dan pendapatan tidak secara langsung berpengaruh terhadap angka kejadian penyakit DBD, namun faktor ini mempunyai andil dalam pengambilan tindakan yang tepat dan cepat dalam penanganan kasus DBD. Jumlah anggota keluarga akan berpengaruh terhadap interaksi antar individu, seningga kemungkinan penularan penyakit DBD lebih besar.

Karakteristik tersebut diatas, masih dipengaruhi oleh faktor psikososial yang ada di sekitarnya, seperti *peers & reference groups*, serta pengalaman sebelumnya. Ini dikarenakan norma-norma yang ada di masyarakat masih mempertimbangkan nilai-nilai psikososial yang ada, jika ia masih ingin diterima sebagai anggota masyarakat yang bersangkutan. Hal ini juga ikut berpengaruh dalam pengambilan keputusan untuk bertindak/praktik.

Faktor-faktor karakteristik responden ini juga berpengaruh terhadap perilaku (pengetahuan, sikap, praktik) responden dalam mencegah penularan penyakit DBD.

Dimana pengetahuan dan sikap akan berpengaruh terhadap pembentukan kepercayaan responden tentang kerentanan, keseriusan, keuntungan dan penghalang yang dirasakan responden. Keempat hal tersebut akan menentukan dilakukan atau tidaknya praktik pencegahan penyakit DBD.

Perilaku responden dalam pencegahan penyakit DBD diaplikasikan dalam bentuk Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) (sebagai kegiatan yang strategis menurut Depkes RI), dimana tindakan PSN ini dipengaruhi oleh bagaimana kebijakan strategi promosi kesehatan yang dilakukan pemerintah dan apa saja potensi masyarakat yang dapat diterapkan dalam kegiatan PSN ini. Strategi promosi kesehatan yang diterapkan sebaiknya mempertimbangkan potensi masyarakat yang ada, agar dalam penerapannya sesuai dengan situasi dan kondisi wilayah setempat. Potensi masyarakat biasanya dipengaruhi oleh faktor sosiobudaya yang meliputi pengetahuan masyarakat tentang penyakit DBD, kepercayaan masyarakat terhadap penyakit DBD serta nilai-nilai dan norma-norma yang ada dimasyarakat.

Kebijakan strategi promosi kesehatan ini akan berpengaruh terhadap lingkungan fisik (termasuk tempat-tempat umum, musim dan ketinggian dataran). Aspek-aspek lingkungan fisik ini secara langsung akan berpengaruh terhadap terhadap tinggi atau rendahnya angka kejadian penyakit DBD.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah perilaku keluarga (pengetahuan, sikap, praktik) dalam upaya pencegahan Penyakit DBD ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui perilaku keluarga (pengetahuan, sikap, praktik) dalam upaya pencegahan Penyakit DBD di Perumahan Bukit Kencana Jaya Kelurahan Meteseh Kecamatan Tembalang Kota Semarang.

1.4.2 Tujuan Khusus

a. Mengetahui karakteristik responden yang meliputi : umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga.
b. Mengetahui karakteristik lingkungan psikososial responden, meliputi *peer & reference groups*, dan pengalaman sebelumnya.
c. Mengetahui pengetahuan responden mengenai Penyakit DBD.
d. Mengetahui kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.
e. Mengetahui praktik responden dalam upaya pencegahan Penyakit DBD.
f. Mengetahui hubungan antara karakteristik dan faktor psikososial dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.
g. Mengetahui hubungan antara pengetahuan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.
h. Mengetahui hubungan antara karakteristik dan faktor psikososial dengan praktik responden dalam upaya pencegahan Penyakit DBD.

i. Mengetahui hubungan antara pengetahuan dengan praktik responden dalam upaya pencegahan Penyakit DBD.

j. Mengetahui hubungan antara kepercayaan mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan dengan praktik responden dalam pencegahan Penyakit DBD.

k. Mengkaji sikap responden terhadap Penyakit DBD.

l. Mengkaji kepercayaan masyarakat yang bisa menjadi potensi pendukung atau penghambat dalam upaya pencegahan Penyakit DBD.

m. Mengkaji potensi masyarakat untuk mendukung perencanaan strategi promosi kesehatan dalam upaya pencegahan Penyakit DBD

1.5 Manfaat Peuelitian

a. Sebagai masukan bagi pemerintah, khususnya Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Puskesmas Rowosari Kecamatan Tembalang untuk membuat perencanaan promosi kesehatan yang lebih tepat dan menetapkan kebijakan yang strategis dalam mendukung upaya penanggulangan Penyakit DBD.

b. Sebagai bahan informasi bagi masyarakat umum, untuk ikut berpartisipasi dalam rangka membantu pemerintah menanggulangi masalah Penyakit DBD.

c. Sebagai sarana peneliti untuk berlatih mengembangkan ilmu yang dimiliki dan melihat fenomena-fenomena di bidang kesehatan , khususnya mengenai hubungan perilaku keluarga dengan pencegahan Penyakit DBD.

d. Sebagai informasi untuk penelitian lebih lanjut di bidang Perilaku dan Promosi Kesehatan di masa yang akan datang, terutama mengenai pencegahan Penyakit DBD.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyebaran Penyakit DBD

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit menular berbahaya yang dapat menimbulkan kematian dalam waktu singkat dan sering menimbulkan KLB/wabah. Penyakit ini terdapat pada anak-anak dan orang dewasa dengan gejala utama demam, nyeri otot dan sendi, yang biasanya memburuk setelah dua hari pertama (Maegraith, 1985). Uji tourniquet akan positif dengan/tanpa ruam disertai beberapa atau semua gejala perdarahan, seperti *patekie* spontan yang timbul serentak, *trombositopenia* (berkurangnya jumlah trombosit dalam darah sampai 100.000/mm^3, masa perdarahan dan masa protrombin memanjang, hematokrit meningkat, dan lain-lain (Hendarwanto, 1999).

Penyakit DBD juga sering salah didiagnosis dengan penyakit lain seperti flu atau tipus. Hal ini disebabkan karena infeksi virus dengue yang menyebabkan DBD bisa bersifat asimtomatik atau tidak jelas gejalanya. Data di bagian anak RSCM menunjukkan pasien DBD sering menunjukkan gejala batuk, pilek, muntah, mual, maupun diare. Masalah bisa bertambah karena virus tersebut dapat masuk bersamaan dengan infeksi penyakit lain seperti flu atau tipus. Oleh karena itu diperlukan kejelian pemahaman tentang perjalanan penyakit infeksi virus dengue, patofisiologi, dan ketajaman pengamatan klinis. Dengan pemeriksaan klinis yang baik dan lengkap, diagnosis DBD serta pemeriksaan penunjang (laboratorium) dapat membantu terutama bila gejala klinis kurang memadai. (Kristina, dkk, 2004)

Penyakit DBD pertama kali ditemukan di Manila (Filipina) pada tahun 1953, selanjutnya menyebar ke berbagai negara. Di Indonesia ditemukan pertama kali pada tahun 1968 di Surabaya dan DKI Jakarta dengan jumlah kematian 24 orang, kemudian menyebar keseluruh wilayah Indonesia karena virus penyebab dan nyamuk penularnya tersebar luas baik di rumah maupun di tempat-tempat umum, kecuali daerah dengan ketinggian 1000 meter diatas permukaan air laut. Selama kurun waktu 1968 sampai dengan 1998 di Indonesia, setiap tahun rata-rata 18.000 orang dirawat di rumah sakit karena terserang Penyakit DBD, tahun 1998 terdapat 34.167 kasus DBD dan 799 kasus diantaranya meninggal dunia. (Soedarmo, dkk, 2002)

KLB DBD terbesar terjadi pada tahun 1998, dengan *Incidence Rate (IR)* = 35,19 per 100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate (CFR)* = 2%. Pada tahun 1999 IR menurun tajam sebesar 10,17%, namun tahun-tahun berikutnya IR cenderung meningkat yaitu 15,99 (tahun 2000); 21,66 (tahun 2001); 19,24 (tahun 2002); dan 23,87 (tahun 2003). Sejak Januari sampai dengan 5 Maret tahun 2004 total kasus DBD di seluruh propinsi di Indonesia sudah mencapai 26.015, dengan jumlah kematian sebanyak 389 orang (CFR=1,53%). Kasus tertinggi terdapat di Propinsi DKI Jakarta (11.534 orang) sedangkan CFR tertinggi terdapat di Propinsi NTT (3,96%). Jumlah kasus dalam beberapa tahun periode dapat dilihat sebagai berikut (Suharto, 2003) :

- Tahun 1996 : jumlah kasus 45.548 orang, dengan jumlah kematian sebanyak 1.234 orang.
- Tahun 1998 : jumlah kasus 72.133 orang, dengan jumlah kematian sebanyak 1.414 orang (terjadi ledakan)
- Tahun 1999 : jumlah kasus 21.134 orang.

- Tahun 2000 : jumlah kasus 33.443 orang.
- Tahun 2001 : jumlah kasus 45.904 orang
- Tahun 2002 : jumlah kasus 40.377 orang.
- Tahun 2003 : jumlah kasus 50.131 orang.
- Tahun 2004 : sampai tanggal 5 Maret 2004 jumlah kasus sudah mencapai 26.015 orang, dengan jumlah kematian sebanyak 389 orang. (Kristina, 2004)

Meningkatnya jumlah kasus serta bertambahnya wilayah yang terjangkit, disebabkan karena semakin baiknya sarana transportasi penduduk, adanya pemukiman baru, kurangnya perilaku masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk, terdapatnya vektor nyamuk hampir di seluruh pelosok tanah air serta adanya empat sel tipe virus yang bersirkulasi sepanjang tahun. (Wulandari, 2004)

2.2 Penyebab Penyakit DBD

Penyakit DBD disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan nyamuk *Aedes albopictus*. Infeksi pertama dengan virus dengue menimbulkan imunitas spesifik yang relatif. Virus dengue termasuk famili *Flaviviridae*, yang berukuran kecil sekali yaitu 35-45 nm dan serotipenya adalah DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. virus ini dapat tetap hidup (*survive*) dialam ini melalui dua mekanisme. *Pertama*, yaitu transmisi vertikal dalam tubuh nyamuk. Dimana virus dapat ditularkan oleh nyamuk betina pada telurnya, yang nantinya akan menjadi nyamuk. Virus juga dapat ditularkan dari nyamuk jantan pada nyamuk betina melalui kontak seksual. *Kedua*, yaitu transmisi virus dari nyamuk ke dalam tubuh makhluk "*vertebrata*" (manusia dan kelompok kera tertentu) dan sebaliknya

(WHO, 1999) (Handayani, 2003). Adapun mekanisme virus dengue dapat diuraikan sebagai berikut (http:///www.asuransicigna.com/dengue.html, 2003) :

1. **Virus dengue dalam tubuh nyamuk**

   Nyamuk mendapatkan virus ini pada saat melakukan gigitan pada manusia (makhluk vertebrata) yang pada saat ini sedang mengandung virus dengue didalam darahnya (*viraemia)*. Virus yang sampai kedalam lambung nyamuk akan mengalami replikasi (memecah diri/berkembang biak), kemudian akan migrasi yang akhirnya akan sampai dikelenjar ludah. Virus yang ada di lokasi ini setiap saat siap untuk masuk kedalam kulit tubuh manusia melalui gigitan nyamuk.

2. **Virus dengue dalam tubuh manusia.**

   Virus memasuki tubuh manusia melalui gigitan nyamuk yang menembus kulit. Setelah itu disusul oleh periode tenang selama kurang lebih 4 hari, dimana virus melakukan replikasi secara cepat dalam tubuh manusia. Apabila jumlah virus sudah cukup maka virus akan memasuki sirkulasi darah (*viraemia)*,dan pada saat ini manusia yang terinfeksi akan mengalami gejala panas. Dengan adanya virus dengue dalam tubuh manusia, maka tubuh akan memberi reaksi. Bentuk reaksi tubuh terhadap virus ini antara manusia satu dengan manusia yang lain dapat berbeda, dimana perbedaan reaksi ini akan memanifestasikan perbedaan penampilan gejala klinis dan perjalanan penyakit. Pada prinsipnya, bentuk reaksi tubuh manusia terhadap keberadaan virus dengue adalah sebagai berikut :

   a. Bentuk reaksi pertama

      Terjadi netralisasi virus dan disusul dengan mengendapkan bentuk netralisasi virus pembuluh darah kecil di kulit berupa gejala ruam (*rash)*.

b. Bentuk reaksi kedua

Terjadi gangguan fungsi pembekuan darah sebagai akibat dari penurunan jumlah dan kualitas komponen-komponen pembekuan darah yang menimbulkan manifestasi perdarahan.

c. Bentuk reaksi ketiga

Terjadi kebocoran pada pembuluh darah yang mengakibatkan keluarnya komponen plasma darah dalam pembuluh darah menuju ke rongga perut berupa gejala *ascites* dan rongga selaput paru berupa gejala *efusi pleura*.

Apabila tubuh manusia hanya memberi reaksi bentuk 1 dan 2 saja maka orang tersebut akan menderita demam dengue, sedangkan apabila ketiga bentuk reaksi terjadi maka orang tersebut akan mengalami demam berdarah dengue.

2.3 Nyamuk Penular DBD

2.3.1 Daur Hidup Nyamuk Penular Penyakit DBD

a. Nyamuk betina meletakkan telurnya di dinding Tempat Penampungan Air (TPA) atau barang-barang yang memungkinkan air tergenang sedikit dibawah permukaan air.

b. Perkembangan dari telur menjadi nyamuk memerlukan waktu 7 – 10 hari.

c. Tiap 2 hari nyamuk betina menghisap darah manusia untuk bertelur.

(Yatim, 2001)

2.3.2 Ciri-Ciri Nyamuk Penular Penyakit DBD

a. Sifat-sifat Nyamuk Penular Penyakit DBD

1) Berwarna hitam dan belang-belang (loreng) putih pada seluruh tubuhnya.

2) Berkembang biak di TPA dan barang-barang yang memungkinkan air tergenang, misalnya :

- Bak mandi/WC, tempayan, drum
- Tempat minum burung
- Vas bunga dan pot tanaman air
- Kaleng, ban bekas, botol, plastik yang dibuang disembarang tempat.
- Pagar bambu dan potongan bambu.

3) Nyamuk Penular Penyakit DBD tidak dapat berkembang biak di selokan/got, atau kolam yang airnya langsung berhubungan dengan tanah.
4) Biasanya menggigit (menghisap darah) pada pagi hari (pukul 9-10) sampai sore hari (pukul 15-17).
5) Mempunyai jarak terbang 40 – 100 meter.

b. Sifat-sifat jentik Nyamuk Penular Penyakit DBD

1) Ukuran 0,5 – 1 cm.
2) Selalu bergerak aktif dalam air.
3) Gerakkannya berulang-ulang dari bawah ke atas permukaan air untuk bernafas, kemudian turun kembali ke bawah dan seterusnya.
4) Pada waktu istirahat, posisinya tegak lurus dengan permukaan air.

(Purdom, 1980)

c. Sifat-sifat telur Nyamuk Penular Penyakit DBD

1) Ukuran sangat kecil : 0,7 mm
2) Warna hitam
3) Tahan sampai 6 bulan di tempat kering.

(WHO, 1999)

2.4 Cara dan Tempat Penularan Penyakit DBD

Penyebab penyakit ini adalah infeksi virus yang disebut *Virus Dengue*. Mekanisme penularannya adalah sebagai berikut (Handayani, 2003) :

1. Virus deman berdarah atau disebut virus dengue, ditularkan Virus masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* (senang berada didalam rumah) atau *Aedes albopictus* (senang hidup diluar rumah) . Nyamuk ini hidup di Tempat Penampungan Air (TPA) dan senang hinggap pada baju-baju yang bergelantungan di balik pintu kamar atau tirai.
2. Sewaktu menggigit untuk menghisap darah, virus yang berkembang biak di dalam kelenjar liur di pangkal belalai nyamuk (8-10 hari nyamuk menjadi infektif), ikut masuk ke dalam darah, Virus hidup dan berkembang subur di dalam darah manusia. Keadaan ini disebut viraemia. Orang Ini merupakan sumber penular Penyakit DBD.
3. Sesudah nyamuk menghisap darah dari orang viraemia, maka virus berkembang
4. Sebagai reaksi tubuh melawan benda asing di dalam tubuh, timbul panas badan yang secara alamiah maksudnya untuk melebarkan lubang saluran pembuluh darah kecil (kapiler) untuk mempercepat aliran darah hingga zat penangkal (anti bodi) yang normalnya ada di dalam darah manusia, bisa segera memusnahkan benda asing tersebut. Pada kondisi ini, orang tidak sakit, karena virus dibuat tidak berdaya oleh anti bodi, dan sebaliknya.
5. Masa inkubasi (dari digigit sampai sakit) adalah sekitar 10-14 hari.

Akibat lain yang tidak wajar dari reaksi zat anti bodi (daya tahan tubuh) dengan virus, antara lain :

1. Terjadi kerusakan sel-sel pembeku darah (trombosit), sehingga mudah rusak/hancur yang menimbulkan jumlah trombosit berkurang.
2. Reaksi zat anti bodi dan virus juga bisa menimbulkan kerusakan dinding pembuluh darah.
3. Meskipun tidak sering terjadi, bisa terjadi penggumpalan darah yang tidak lazim didalam pembuluh darah secara luas (DIC).

Penularan Virus Dengue melalui gigitan nyamuk aedes bisa saja terjadi dimana-mana (Yatim, 2001), yaitu :

1. Di tempat kerja / sekolah / kampus (38%)
2. Di tempat tinggal / rumah, terutama lingkungan padat huni (32 %)
3. Di tempat-tempat umum, seperti pasar, mall, pertokoan, bioskop, dll
4. Di sarana transportasi umum dan tempat industri
5. Dan tempat-tempat lain yang memungkinkan untuk berkembang biaknya nyamuk aedes.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecepatan penularan Penyakit DBD adalah (Yatim, 2001) :

1. Kepadatan nyamuk
2. Banyaknya orang berkumpul pada siang dan sore hari
3. Kepadatan penduduk
4. Mobilitas penduduk
5. Endemisitas suatu daerah

2.5 Gejala Penyakit DBD

Namanya demam berdarah, berarti harus ada demam (panas badan) dan tanda-tanda perdarahan (Yatim, 2001), antara lain:

1. Panas badan berkisar 38 – 40^0 Celcius mendadak (2-7 hari) tanpa sebab yang jelas kemudian turun secara cepat.
2. Terjadinya demam secara tiba-tiba, biasanya tidak didahului dengan gejala anak rewel, nafsu makan turun, batuk pilek, dll.
3. Manifestasi pendarahan, dengan bentuk : uji tourniquet positif puspura pendarahan, konjungtiva, epistaksis, melena, hematemesis, dsb.
4. Perdarahan tidak selalu terlihat dari luar, misalnya bintik-bintik merah di kulit. Untuk membedakannya, kulit diregangkan. Bila bintik merah hilang berarti bukan tanda Penyakit DBD.
5. Tanda perdarahan akan mengancam, hanya diketahui melalui pemeriksaan laboratorium darah, untuk menghitung jumlah sel pembekuan darah (trombosit).
6. *Trombositopenia,* pada hari ke 3 - 7 ditemukan penurunan trombosit sampai 100.000 /mm^3. Untuk menghitung trombosit, dilakukan beberapa kali pada hari awal sakit dengan selang waktu 4-6 jam, meskipun pada pemeriksaan pertama jumlah trombosit normal (berkisar antara 200.000 – 400.000/mm^3 darah).
7. *Hemokonsentrasi*, meningkatnya nilai Hematokrit sampai ≥ 20% dari normal
8. Hepatomegali (pembesaran hati).
9. Perlu diwaspadai keadaan dimana tubuh kekurangan cairan (dehidrasi), seperti pada penyakit muntah-berak, nyeri didaerah ulu hati (karena perdarahan di lambung), kadang-kadang mimisan dan perdarahan di gusi. Gejala-gejala klinik lainnya yang dapat menyertai: anoreksia, lemah, mual, muntah, sakit perut, diare kejang dan sakit kepala

10. Syok, tekanan nadi menurun menjadi 20 mmHg atau kurang, tekanan sistolik sampai 80 mmHg atau lebih rendah.
11. Bila keadaan semakin parah, penderita akan gelisah dan mengeluarkan keringat dingin pada ujung tangan dan kaki. Bila tidak segera ditolong, 2-3 hari dapat meninggal dunia. (Pusparini, 2004)

2.6 Penanggulangan dan Pencegahan Penyakit DBD

2.6.1 Menanggulangi dalam keadaan darurat (P3K), terutama pada anak-anak.

a. Penggantian cairan tubuh. (cairan infus Ringer Lactat atau glukosa 5%)
b. Apabila anak tidak muntah-muntah, bisa diberikan minum yang banyak (1,5 – 2 liter selama 24 jam). Cairan ini bisa berupa air putih, teh manis, susu, sirup, oralit, dsb.
c. Ada beberapa pakar menganjurkan pemberian jus buah lebih menguntungkan, karena banyak mengandung vitamin dan mineral.
d. Untuk mengurangi demam, boleh diberikan obat turun panas seperti para setamol, tetapi lebih aman dengan cara mengompres anak dengan air dingin pada kepala atau dada sebelah kiri
e. Segera dibawa ke unit pelayanan kesehatan terdekat. (Yatim, 2001)

2.6.2 Pencegahan Penularan di dalam Keluarga

Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti*. Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yang tepat (Kristina, 2004), yaitu :

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. Sebagai contoh :

- Menguras bak mandi/penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu.
- Mengganti/menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali.
- Menutup dengan rapat tempat penampungan air.
- Mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas di sekitar rumah dan lain sebagainya.

2. Biologis

Pengendalian biologis antara lain dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang), dan bakteri (Bt.H-14).

3. Kimiawi

Cara pengendalian ini antara lain dengan :

- Pengasapan/fogging (dengan menggunakan malathion dan fenthion), berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu.
- Memberikan bubuk abate (temephos) pada tempat-tempat penampungan air seperti, gentong air, vas bunga, kolam, dan lain-lain dengan ukuran 1 gram per 10 liter air untuk membunuh telur dan jentik nyamuk, membubuhkan garam pada perangkap semut dan menggantikan air di vas bunga, aquarium, dsb.

Cara yang paling efektif dalam mencegah penyakit DBD adalah dengan mengkombinasikan cara-cara di atas, yang disebut dengan "3M Plus", yaitu

menutup, menguras, menimbun. Selain itu juga melakukan beberapa plus seperti (Martini, 2004) :

a. memelihara ikan pemakan jentik, menabur larvasida, menggunakan kelambu pada waktu tidur, memasang kasa, menyemprot dengan insektisida, menggunakan repellent, memasang obat nyamuk, memeriksa jentik berkala, memakai kipas angin , menabur minyak sereh, dan sebagainya sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing.
b. singkirkan pakaian-pakaian yang bergantungan dibalik pintu didalam kamar dan bersihkan korden-korden karena Nyamuk Aedes senang berada dan beristirahat ditempat agak gelap.
c. Hindari tidur siang terutama di pagi hari antara jam 9-10 atau sore hari sekitar jam 3-5, karena Nyamuk Aedes mempunyai kebiasaan menggigit pada jam-jam tersebut.

2.7 Kebijakan Pemerintah

Dalam rangka mengatasi dampak yang ditimbulkan oleh penyakit demam berdarah, pemerintah Indonesia telah mengambil beberapa kebijakan (Kristina, 2004), di antaranya :

a. Memerintahkan semua rumah sakit baik swasta maupun negeri untuk tidak menolak pasien yang menderita DBD.
b. Meminta direktur/direktur utama rumah sakit untuk memberikan pertolongan secepatnya kepada penderita DBD sesuai dengan prosedur tetap yang berlaku serta membebaskan seluruh biaya pengobatan dan perawatan penderita yang tidak mampu sesuai program PKPS-BBM/ program kartu sehat . (SK Menkes No. 143/Menkes/II/2004 tanggal 20 Februari 2004).

c. Melakukan *fogging* secara massal di daerah yang banyak terkena DBD.

d. Membagikan bubuk Abate secara gratis di daerah yang banyak terkena DBD.

e. Melakukan penggerakan masyarakat untuk melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk melalui 3M dan merekrut juru pemantau jentik (jumantik).

f. Penyebaran pamflet lewat udara tentang pentingnya melakukan gerakan 3 M (Menguras, Menutup, Mengubur).

g. Menurunkan tim bantuan teknis untuk membantu RS di daerah , yang terdiri dari unsur-unsur :

   - Ikatan Dokter Anak Indonesia
   - Persatuan Dokter Ahli Penyakit Dalam Indonesia.
   - Asosiasi Rumah Sakit Daerah

h. Membantu propinsi yang mengalami KLB dengan dana masing-masing Rp. 500 juta, di luar bantuan gratis ke rumah sakit.

i. Mengundang konsultan WHO untuk memberikan pandangan, saran dan bantuan teknis.

j. *Menyediakan "call center"* di DKI Jakarta, yaitu Pusdaldukes (021) 34835188 (24 jam) DEPKES, Sub Direktorat Surveilans (021) 4265974, (021) 42802669 DEPKES, Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan (PPMK) (021) 5265043.

k. Melakukan Kajian Sero-Epidemiologis untuk mengetahui penyebaran virus dengue.

2.8 Konsep Kesehatan dan Penyakit

Kesehatan menurut WHO adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan dan kecacatan. Sedangkan menurut Undang-Undang RI No.23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan dinyatakan bahwa kesehatan adalah suatu keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Penyakit mempunyai dua pengertian yaitu *disease* dan *illness*. Secara ilmiah *disease* (penyakit) diartikan sebagai gangguan fungsi fisiologis dari suatu organisme sebagai akibat dari infeksi atau tekanan dari lingkungan. Jadi penyakit itu bersifat obyektif. Sebaliknya, *illness* (sakit) adalah penilaian individu terhadap pengalaman menderita suatu penyakit. Fenomena subyektif ini ditandai dengan perasaan tidak enak. Mungkin saja terjadi bahwa secara obyektif individu terserang penyakit dan salah satu organ tubuh terganggu fungsinya, namun dia tidak merasa sakit dan tetap menjalankan tugasnya sehari-hari. Sebaliknya, seseorang mungkin merasa sakit tetapi dari pemeriksaan medis tidak terbukti bahwa dia sakit. (Sarwono, 1997) (Notoatmodjo, 2003)

Konsep sehat-sakit berakar pada tumbuh kembangnya sistem sosial budaya masyarakat yang bersangkutan disamping pengalaman masa lalu seseorang, sehingga dapat dipastikan bahwa konsep tersebut dipersepsikan secara beragam di masyarakat. Persepsi ini bisa bersifat obyektif dan lebih sering bersifat subyektif. Hal inilah yang sering berbenturan dengan konsep yang dibawa oleh petugas kesehatan. Persepsi sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pelayanan kesehatan.

Setidaknya ada enam perilaku sehubungan dengan respon seseorang terhadap penyakit (Notoatmodjo, 2003), yaitu :

1. Tidak bertindak apa-apa *(no action)*
2. Mengobati sendiri *(self treatment)*
3. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional *(traditional remedy)*
4. Membeli obat-obat ke warung obat *(chemist shop)* dan sejenisnya, termasuk ke tukang-tukang jamu.
5. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern milik pemerintah dan lembaga-lembaga kesehatan swasta.
6. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek.

Lebih lanjut **Notoatmodjo** (2003) menjelaskan tentang 5 konsep yang berguna untuk analisis perilaku sakit, yaitu :

1. *Shoping* atau proses mencari beberapa sumber yang berbeda dari *medical care* untuk satu persoalan atau yang lai, meskipun tujuan biasanya adalah untuk mencari dokter yang akan mendiagnosa dan mengobati yang sesuai dengan harapan.
2. *Fragmentation* atau proses pengobatan oleh beberapa fasilitas kesehatan pada lokasi yang sama.
3. *Procastination* atau proses penundaan pencarian pengobatan sewaktu gejala dirasakan.
4. *Self Medication* atau mengobati sendiri dengan berbagai ramuan atau membelinya di warung obat.

5. *Discontinuity* atau proses tidak melanjutkan (menghentikan) pengobatan.

2.9 Konsep Perilaku

2.9.1 Pengertian dan Bentuk Operasional Perilaku

Perilaku manusia merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon). *Skinner* (1938) membedakan adanya dua respon (Notoatmodjo, 2003), yaitu :

1. *Reflexive response (respondent response)* adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus ini disebut *elicating stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap. Misalnya : makanan yang lezat menimbulkan keinginan untuk makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. *Respondent respons* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih atau menangis, lulus ujian menjadi gembira sehingga ingin mengadakan pesta, dan sebagainya.
2. *Operant response (instrumental response)*, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respon yang telah dilakukan oleh organisme sehari-hari. Misalnya apabila seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respon terhadap uraian tugas), kemudian memperoleh penghargaan dari atasan (stimulus baru), maka petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya. *Operant respons* merupakan bagian terbesar dari perilaku manusia dan kemungkinan untuk memodifikasinya sangat besar.

Perilaku adalah segala bentuk tanggapan dari individu terhadap lingkungannya. Bentuk operasional untuk perilaku tersebut mencakup tiga komponen utama (Brotosaputro, 1997), yaitu Pengetahuan, Sikap dan Praktik (PSP), atau *Knowledge, Attitude, and Practice (KAP).*

Bentuk operasional perilaku menurut **Notoatmodjo** (1984) dapat dikelompokkan menjadi 3 jenis, yaitu :

1. Perilaku dalam bentuk pengetahuan, yakni dengan mengetahui situasi/rangsangan dari luar.
2. Perilaku dalam bentuk sikap, yaitu tanggapan batin terhadap keadaan atau rangsangan dari luar subyek yang menimbulkan suka/tidak suka.
3. Perilaku dalam bentuk yang sudah konkrit berupa perbuatan *(action)* terhadap situasi/rangsangan dari luar.

2.9.2 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan yang diuraikan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2003) :

a. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia berrespon, baik secara **pasif** (mengetahui, bersikap dan mempersepsikan penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya) maupun **aktif** (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Perilaku terhadap sakit dan penyakit ini dengan sendirinya sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit, yakni :

   ⇨ Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan *(health promotion behavior)*

- ⇨ Perilaku pencegahan penyakit *(health prevention behavior)* adalah respon untuk melakukan pencegahan penyakit
- ⇨ Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan *(health seeking behavior)* adalah perilaku untuk mencari pengobatan.
- ⇨ Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan *(health rehabilitation behavior*, yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit.

b. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan baik yang modern maupun tradisional.

c. Perilaku terhadap makanan adalah respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan.

d. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia.

Sementara **Green** (2000), menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh faktor perilaku (gaya hidup) dan lingkungan. Faktor perilaku dan gaya hidup dipengaruhi oleh :

1. Faktor-faktor pemudah *(prediposing)*

   Meliputi : pengetahuan, kepercayaan, nilai-nilai, dan sikap.

2. Faktor-faktor pemungkin *(enabling)*

   Yakni : fasilitas kesehatan yang tersedia, ketercapaian fasilitas kesehatan, hukum kepemerintahan/masyarakat, prioritas dan komitmen dibidang kesehatan, serta ketrampilan yang berhubungan dengan kesehatan.

3. Faktor-faktor penguat *(reinforcing)*

Yaitu : keluarga, teman sebaya, guru-guru, pekerja, petugas kesehatan, pemimpin masyarakat dan pengambil keputusan.

Becker (Notoatmodjo, 2003) mengemukakan klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan sebagai berikut :

a. Perilaku kesehatan *(health behavior)*, yaitu hal-hal yang berhubungan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya termasuk tindakan untuk mencegah penyakit.
b. Perilaku sakit *(illness behavior)*, yaitu segala tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang merasa sakit untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit termasuk kemampuan untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit, serta usaha-usaha untuk mencegah penyakit.
c. Perilaku peran sakit *(the sick role behavior)*, yaitu segala tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan.

Secara garis besarnya teori *health belief models* juga menjabarkan beberapa kelompok variabel sebagai berikut :

a. Kelompok variabel latar belakang sosio-demografis, seperti : kelompok umur, jenis kelamin, kelompok etnis, tingkat pendidikan, tingkat sosio-psikologi, adat istiadat, norma-norma, kebiasaan, dan lain-lain.
b. Kelompok variabel yang menyangkut pengertian tentang ancaman penyakit yang bersangkutan *(perceived threat)* yang terdiri dari :
   - Pengertian tentang kerentanan terhadap penyakit tersebut *(perceived susceptibility)*, misalnya pengertian tentang seberapa besar

kemungkinannya ia untuk dapat dihinggapi penyakit atau terlibat dalam masalah kesehatan yang bersangkutan.

- Pengertian tentang keparahan penyakit tersebut *(perceived severity)*, misalnya pengertian tentang seberapa parahnya bila ia sampai terjangkit penyakit atau terlibat masalah kesehatan yang bersangkutan.

c. Kelompok variabel yang memberi jalan untuk melakukan tindakan yang diharapkan *(path of action / outcome expectation)* :

- Pengertian tentang kegunaan (yang sifatnya positif) untuk melakukan tindakan yang bersangkutan *(perceived benefits)*, misalnya bila ia bersedia melakukan tindakan tadi, apakah ancaman kerentanan dan keparahan penyakit akan berkurang atau teratasi.
- Pengertian tentang hambatan (yang bersifat negatif) untuk melakukan tindakan yang bersangkutan *(perceived barriers)*, misalnya yang menyangkut mahalnya biaya, bahaya efek samping atau komplikasi, khawatir menghadapi rasa sakit atau ketidaknyamanan lainnya.

d. Kemampuan diri untuk berperilaku melaksanakan tindakan yang bersangkutan *(self efficacy)*, misalnya dengan kondisi yang ada pada dirinya apakah ia merasa mampu berperilaku (bertindak, *health action*) sebagaimana seharusnya.

e. Dorongan dari luar *(cues)* antara lain adanya sumber informasi tambahan yang akan mempengaruhi pengertian-pengertian *(perceptions)* tersebut diatas, misalnya pesan atau informasi dari media massa, para pendidik atau juru penerang, tokoh masyarakat, dan lain-lain.

f. Cetusan peristiwa (terutama pengalaman pribadi atau keluarga) yang secara kebetulan terjadi pada saat yang bersamaan dan yang ada kaitannya dengan tindakan *(health action)* yang diharapkan

2.10 Perubahan Perilaku

Faktor-faktor yang menjadi pendorong dalam proses perubahan perilaku adalah (Sarwono, 1985):

1. Menggunakan kekuasaan/kekuatan atau dorongan

   Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan pada seseorang, sehingga ia melakukakan hal-hal baru yang diharapkan. Hasilnya memang akan cepat, tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama. Setelah paksaan mengendor/tidak ada, maka kemungkinan ia kembali lagi kepada perilaku lama.

2. Pemberian informasi

   Dengan memberikan informasi akan meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan kesehatan. Dalam hal ini perubahan perilaku yang diharapkan akan berdasarkan pengertian dan kesadaran orang yang bersangkutan, sehingga perubahan perilaku dapat menetap lebih lama.

3. Diskusi dan partisipasi

   Ini adalah salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi kesehatan kepada masyarakat, karena masyarakat sebagai obyek dan subyek pelayanan kesehatan. Selanjutnya informasi ini dapat berpengaruh terhadap meningkatnya pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan demikian terjadi perubahan perilaku yang lebih menetap.

Untuk mengubah atau memotivasikan seseorang agar mau menerima sebuah sikap atau perilaku baru bukanlah hal yang mudah, sebab didalamnya menyangkut proses intra personal yaitu apa keuntungan yang diperoleh dengan mengubah pendapatnya, dan proses inter personal yaitu apakah dengan menerima gagasan yang baru itu ia tidak tersisih dari kelompoknya.

Menurut **Rogers** dalam teori "adopsi inovasi" mengatakan bahwa untuk menuju ke tingkah laku diperlukan 4 macam fase perubahan perilaku (Rimawati, 2003), yaitu :

1. *Knowledge*

   Dengan memberikan pengetahuan-pengetahuan mengenai kesehatan.

2. *Persuasion*

   Kondisi dimana masyarakat sudah mulai mengambil hati terhadap pengetahuan yang telah diperoleh. Tugas pendidik kesehatan pada tahap ini adalah melakukan pendekatan individu.

3. *Decision*

   Dimana masyarakat sudah mulai mencoba tingkah laku baru, sehingga diperlukan motivasi yang kuat dari pendidik kesehatan dan penerangan yang jelas agar keputusan mereka tidak berdasarkan paksaan. Pada tahap ini bisa terjadi adopsi dan atau penolakan/rejeksi

4. *Confirmation*

   Masyarakat telah mau melaksanakan tingkah laku baru sesuai dengan norma kesehatan. Pada tahap ini bisa terjadi adopsi dan atau penolakan/rejeksi.

2.11 Analisis Perilaku Terapan

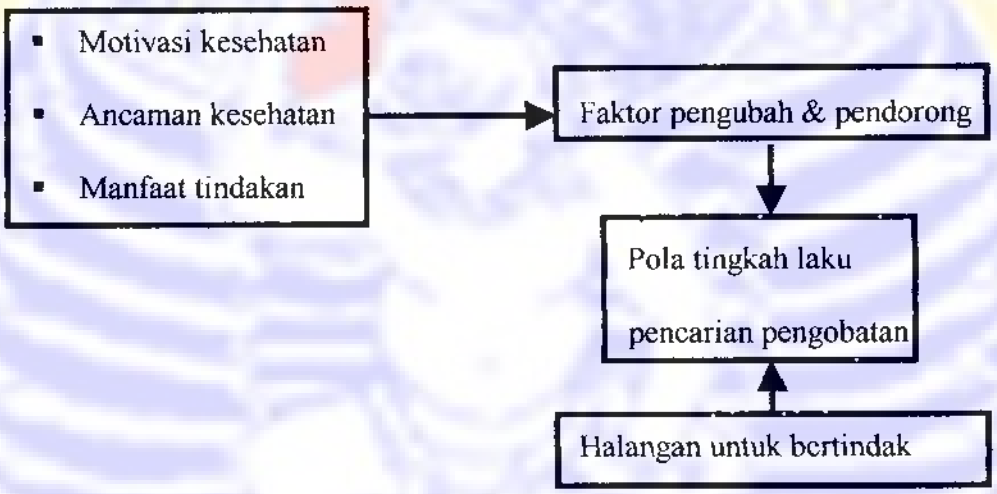
Analisis perilaku merupakan ilmu perilaku yang mengembangkan serta menganalisis prosedur-prosedur praktik secara eksperimental supaya menghasilkan perubahan perilaku yang bermakna secara sosial (Graeff, 1993). Untuk mempermudah bisa didefinisikan sebagai disiplin ilmu yang mempelajari kaitan-kaitan antara perilaku dan lingkungan (interpersonal atau fisik) dan memodifikasi kaitan-kaitan ini sedemikian rupa sehingga dapat membantu individu mengadopsi perilaku baru yang lebih fungsional .

Empat prinsip utama analisis perilaku adalah sebagai berikut (Graeff, 1993) :

1. Kebanyakan perilaku dipelajari dalam konteks kultural, sosioekonomik dan individual, sehingga perilaku tersebut dapat dipelajari kembali, tidak dipelajari atau diperkenalkan perilaku-perilaku baru. Individu-individu dapat belajar mengadopsi praktik-praktik kesehatan baru dan menjadikan perilaku-perilaku yang telah mereka miliki menjadi lebih efektif.
2. Perilaku, termasuk yang berkaitan dengan kesehatan, dibentuk oleh peristiwa-peristiwa dan reaksi-reaksi dalam lingkungan sosial maupun lingkungan fisik. Bila kondisi berubah, maka perilaku seseorang juga cenderung berubah.
3. Kondisi lingkungan yang diperlukan untuk dapat mempelajari perilaku-perilaku baru tidak harus sama dengan kondisi untuk memelihara perilaku-perilaku tersebut setelah perilaku tersebut dijalankan.
4. Eksistensi tingkat-tingkat akal budi *(inner states)*, seperti kepercayaan dan pengetahuan, hanya dapat ditafsirkan berdasarkan observasi-observasi berkenaan dengan apa yang orang-orang lakukan atau dengan apa yang orang-orang katakan sehubungan dengan hal-hal yang mereka lakukan.

2.12 Epidemiologi Perilaku Pencarian Pengobatan

Epidemiologi Perilaku Pencarian Pengobatan mempelajari tentang pola tingkah laku pencarian pengobatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Berdasarkan definisi ini maka **Lapau** (Hidayatulloh, 2003) dengan merujuk pada *The Health Belief Model and Personal Behavior Summary of The Model for Predicting and Explaining Sick Role Behavior* oleh **Becker** (1974) menggambarkan model tingkah laku pencarian pengobatan sebagai berikut :



Gambar 2.1 Model Tingkah Laku Pencarian Pengobatan

Pola tingkah laku pencarian pengobatan oleh **Suchman** (Hidayatulloh, 2003) secara teoritis dapat dirasakan pada tingkah laku kesakitan yang dapat dirumuskan sebagai berikut : ***Pertama,*** seseorang merasa terancam. Dalam hal ini mungkin ia merasa tidak enak badan secara fisik, merasa nyeri, atau gejala lain yang tidak diketahui. Jadi ia berpersepsi sakit. ***Kedua,*** Ia berobat sendiri atau meminta nasehat kepada orang awam dalam bidang kesehatan (pengobatan dirumah). ***Ketiga,*** ia

mencari pengobatan ke dukun atau tenaga profesional dari pelayanan kesehatan modern. Ketiga tahap model **Suchman** tersebut sesuai dengan 3 sektor pelayanan kesehatan di negara-negara berkembang, yaitu pengobatan rumah, dukun, dan sektor profesional atau pelayanan kesehatan modern.

2.13 Kerangka Teori

Ada 3 teori utama yang menjadi kerangka teori penelitian ini adalah :

1. Model Sistem Kesehatan *(Health System Models)*

Anderson *(1974)* menggambarkan model sistem kesehatan yang dibagi dalam tiga kategori (Notoatmodjo, 2003), yaitu :

1. Karakteristik Predisposisi *(Predisposing Characteristics)*

   Menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda, karena :

   a. Ciri demografi : umur, jenis kelamin.

   b. Struktur sosial : pendidikan, pekerjaan, suku, ras.

   c. Manfaat-manfaat kesehatan.

2. Karakteristik Pendukung *(Enabling Characteristics)*

   Menggambarkan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan bergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar.

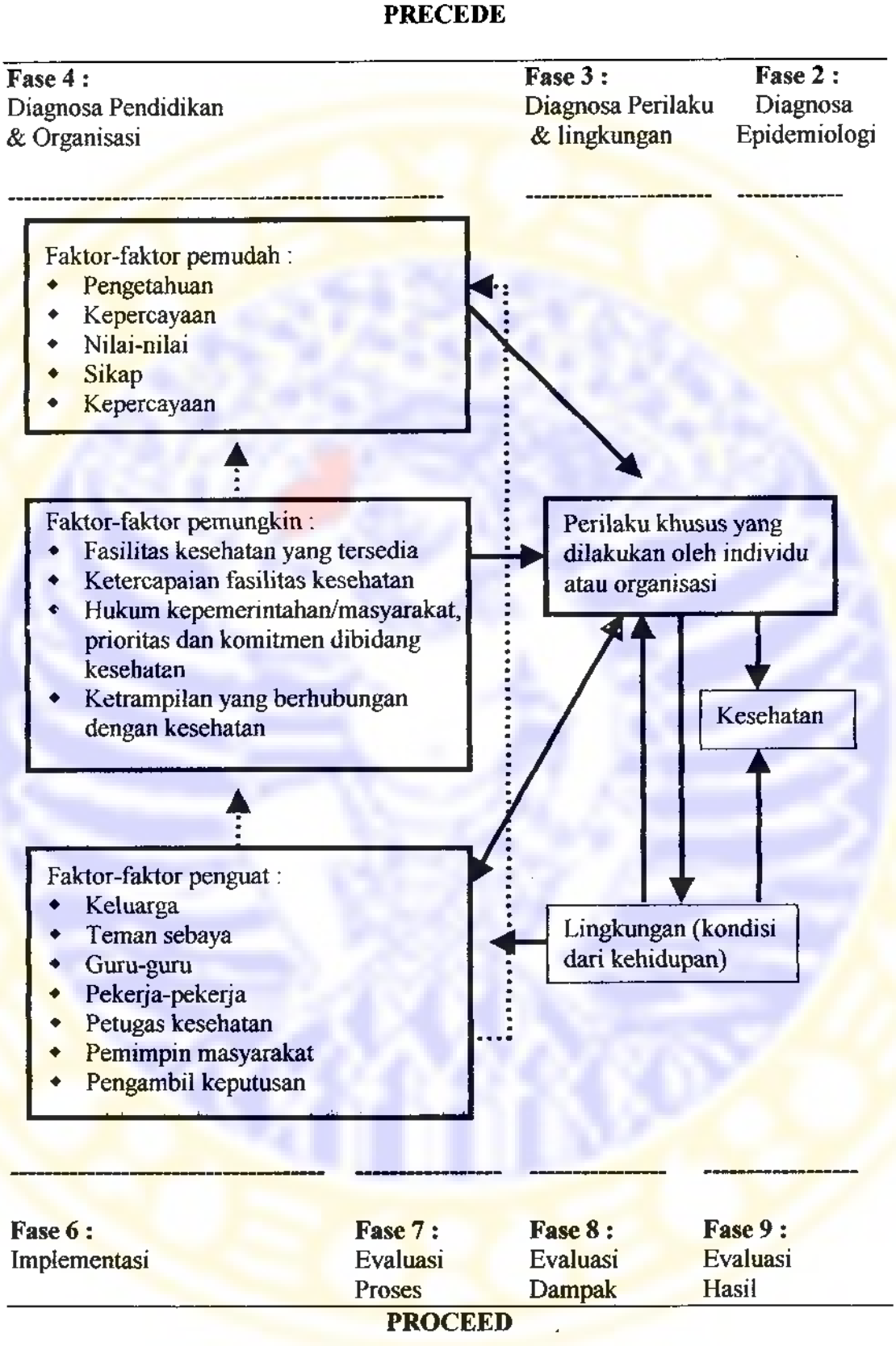
3. Karakteristik Kebutuhan *(Need Characteristics)*

   Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan bilamana terdapat tingkat predisposisi dan pendukung. Kebutuhan dibagi menjadi 2 kategori, yaitu dirasa/*perceived (subjective assessment)* dan *evaluated (clinical diagnosis/objective assessment)*.

Gambar 2.2 Illustrasi Model Anderson

2. Karangka Kerja Precede – Proceed *(Precede – Proceed Framework)*

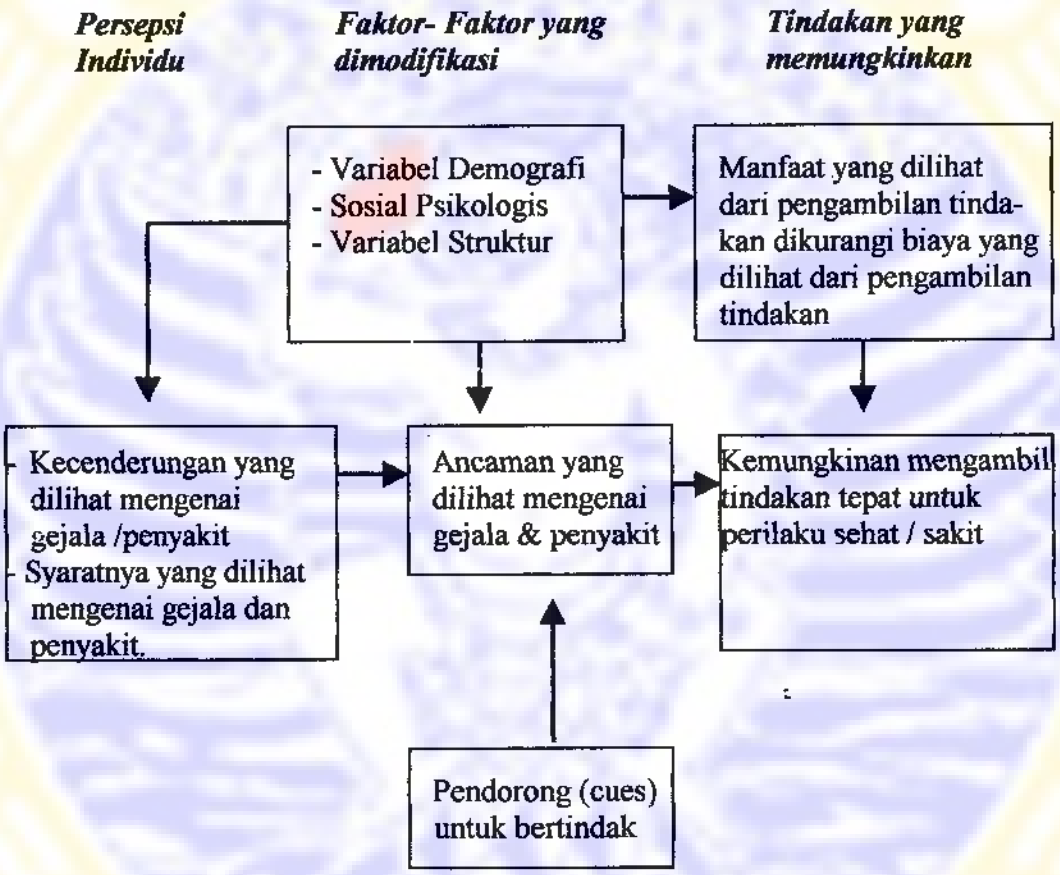
Ada 3 faktor yang mempengaruhi perilaku (Green, 2000), yaitu faktor predisposisi *(predisposing factors)*, faktor pemungkin *(enabling factors)*, dan faktor penguat *(reinforcing factors)*. Masing-masing faktor memiliki pengaruh yang berbeda atas perilaku. Pada kerangka kerja *precede* digunakan mencari penyebab masalah secara subyektif yang disebabkan oleh sejumlah faktor yang kompleks dan menghasilkan tujuan dan kriteria khusus untuk dievaluasi. Sedangkan pada kerangka kerja *proceed* digunakan untuk merencanakan dan mengembangkan proses intervensi dan evaluasi secara bertahap.



Gambar 2.3 Kerangka Kerja Precede - Proceed

3. Model Kepercayaan Kesehatan *(Health Belief Models)*

Kerangka teori berdasarkan pada Teori *Health Belief Model* (Glanz, 1990, Soekidjo, 2003) yang dikembangkan oleh **Hochbaum** *(1958)*, **Rosenstock** *(1960-1974)*, **Becker** *(1974)*.

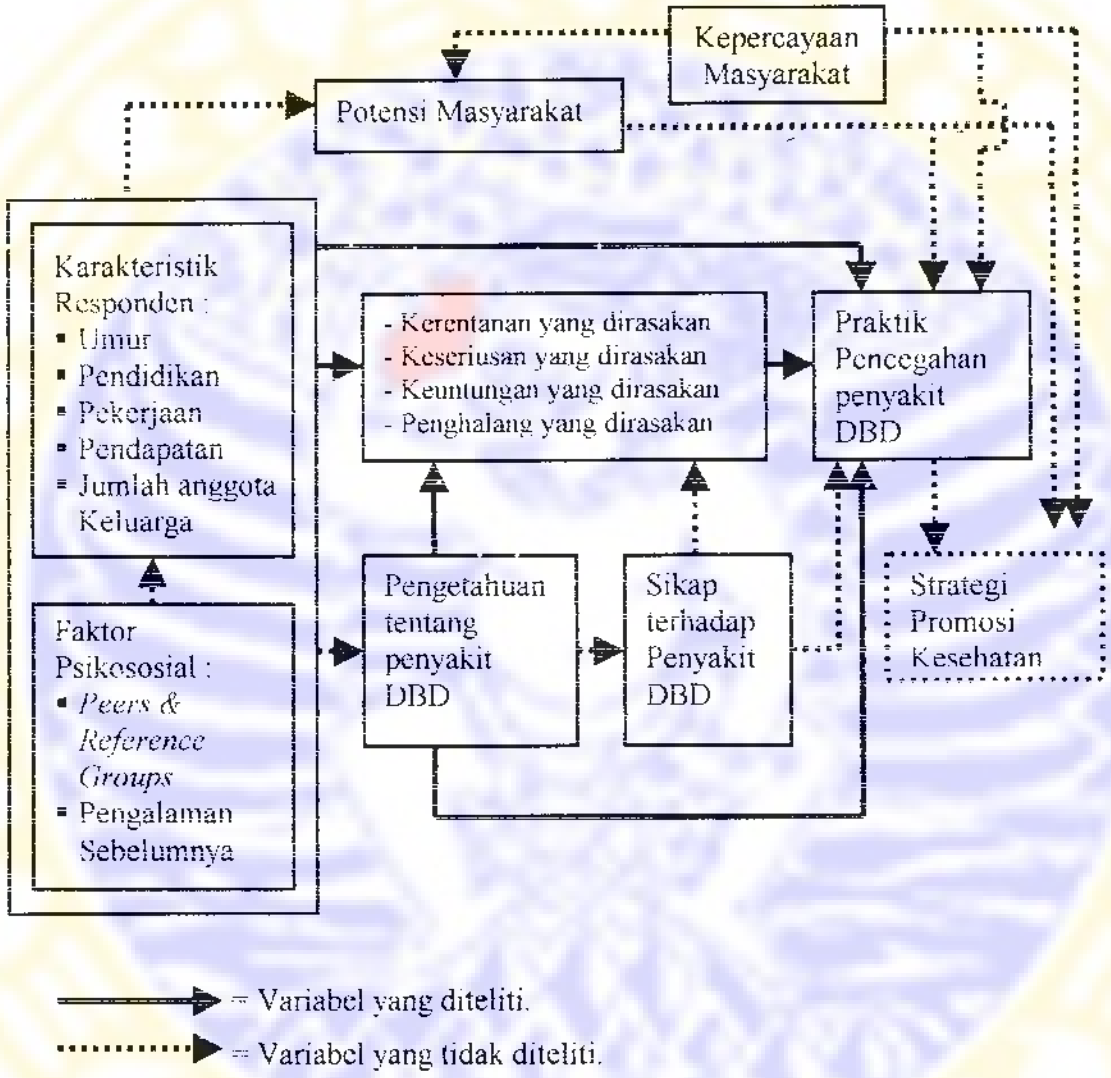


Gambar 2.4 Model Kepercayaan Kesehatan

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual

Penjelasan :

Secara garis besar, kerangka konsep ini mengacu pada teori *Health Belief Models*. Pada dasarnya manusia mempunyai karakteristik yang berbeda-beda antara individu yang satu dengan yang lain. Karakteristik ini menggambarkan fakta bahwa

masing-masing individu mempunyai kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan yang berbeda-beda. Hal itu tergantung pada umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan jumlah anggota keluarga yang dimiliki. Umur akan berpengaruh terhadap pola pikir seseorang untuk bertindak dengan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang ia peroleh. Hal ini disebabkan pandangan-pandangan yang ia peroleh selama hidup dan semasa sekolah akan menjadi referensi pribadi dalam menentukan suatu tindakan/praktik. Akan tetapi, tindakan ini tidak akan ia lakukan jika ia tak mampu menggunakannya. Oleh karena itu, kemampuan untuk bertindak juga dipengaruhi oleh tingkat pendapatan, pekerjaan dan jumlah keluarga yang ia miliki.

Karakteristik tersebut diatas, biasanya belum cukup untuk memastikan tindakan apa yang akan ia lakukan. Hal tersebut akan dipengaruhi oleh faktor psikososial yang ada di sekitarnya, seperti *peers & reference groups*, serta pengalaman sebelumnya. Ini dikarenakan norma-norma yang ada di masyarakat merupakan nilai-nilai psikososial yang perlu dipertimbangkan, jika ia masih ingin diterima sebagai anggota masyarakat yang bersangkutan. Faktor kepercayaan masyarakat juga ikut berpengaruh dalam pengambilan keputusan untuk bertindak, selain sebagai potensi yang mendukung atau menghambat dalam bertindak/praktik.

Pengetahuan dan sikap responden mengenai Penyakit DBD mempunyai andil dalam penentuan tindakan/praktik. Ini terkait dengan referensi pribadi yang khusus mengenai masalah-masalah kesehatan yang ia hadapi. Hal ini akan berpengaruh terhadap penilaian individu terhadap kerentanan dan keseriusan masalah kesehatan yang dihadapi. Setelah mempertimbangkan , keuntungan dan kerugian yang akan ia terima, maka ia akan melakukan suatu tindakan/praktik sesuai dengan kebutuhannya. Seberapa jauh faktor-faktor /variabel-variabel ini saling berkaitan, menjadi suatu

kajian yang menarik dalam penelitian ini. Hasil penelitian yang diperoleh, dapat digunakan untuk merancang strategi promosi kesehatan yang tepat dan sesuai dengan situasi dan kondisi. Perencanaan strategi promosi kesehatan perlu mempertimbangkan potensi masyarakat dan faktor kepercayaan masyarakat.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis Penelitian yang peneliti ajukan adalah :

a. Ada hubungan antara karakteristik dan faktor psikososial dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.
b. Ada hubungan antara pengetahuan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan. keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.
c. Ada hubungan antara karakteristik dan faktor psikososial dengan praktik responden dalam upaya pencegahan Penyakit DBD.
d. Ada hubungan antara pengetahuan dengan praktik responden dalam upaya pencegahan Penyakit DBD.
e. Ada hubungan antara kepercayaan mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan dengan praktik responden dalam pencegahan Penyakit DBD.

BAB 4

MATERI DAN METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan metode penelitian kuantitatif dengan dilengkapi data kualitatif, yaitu menggunakan pendekatan studi kuantitatif untuk mencari variabel-variabel yang berpengaruh (meliputi : karakteristik responden , pengetahuan responden, sikap responden dan praktik responden), dan pendekatan studi kualitatif untuk menggali informasi dari variabel-variabel lain, seperti potensi masyarakat, faktor kepercayaan, dan faktor sikap. Penggunaan metode penelitian ini didasarkan pada hubungan yang saling melengkapi dengan beberapa pertimbangan (Kusnanto, 2000) :

1. Data kualitatif dapat melengkapi data yang didapat dari metode kuantitatif.
2. Data kualitatif dapat dipakai untuk menemukan istilah-istilah atau kata-kata yang paling bisa dipahami, yang akan dipakai dalam kuesioner riset lanjutan.
3. Data kualitatif dapat mengeksplorasi fenomena atau bidang komplek, bisa menjangkau aspek perilaku, sikap dan interaksi kompleks yang tidak bisa didekati oleh metode kuantitatif.

Secara kuantitatif, penelitian yang dilakukan ini termasuk dalam penelitian *explanatory research*, yaitu penelitian yang dilakukan untuk menjelaskan hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas melalui pengujian hipotesis. Metode yang digunakan adalah *metode survei*, yaitu metode penelitian yang mengumpulkan

sejumlah besar individu untuk mencari sejumlah variabel. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional study*, yaitu dengan melakukan observasi pada subyek penelitian hanya satu kali pada saat yang sama. (Murti, 1997)

4.2 Populasi, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga (blok A, B dan C) di Perumahan Bukit Kencana Jaya Kelurahan Meteseh Kecamatan Tembalang Kota Semarang yang berjumlah 664 KK. Keluarga yang menjadi responden dimaksud disini adalah salah satu dari bapak atau ibu atau anak, dan bukan mereka secara keseluruhan (artinya : mereka tidak diwawancarai secara bersama-sama, melainkan hanya salah satu dari mereka sesuai dengan kondisi yang ada, dengan lebih mengutamakan melakukan wawancara kepada bapak atau ibu)

4.2.2 Besar Sampel

$$n = \{Nx(Z)^2 \times p \times q\} / \{(N-1)x(d)^2+(Z)^2 \times p \times q\}$$

p = estimator proporsi populasi (50%);

q = 1 - p

N = besar populasi;

n = besar sampel yang akan diambil;

t= absis kurva normal yang memotong daerah α pada sisi-sisinya.

d = derajat toleransi penyimpangan terhadap p (galat = 5%);

Z = tingkat kepercayaan 95 % (1,96).

(Zainuddin,2000; Sugiarto,2001)

Berdasarkan rumus diatas, maka besar sampel masing-masing unit/blok adalah sebagai berikut :

1. Blok A dengan populasi 161 KK maka jumlah sampelnya sebesar 25 KK.
2. Blok B dengan populasi 183 KK maka jumlah sampelnya sebesar 35 KK.
3. Blok C dengan populasi 320 KK maka jumlah sampelnya sebesar 40 KK

Total sampel adalah 100 KK.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yaitu diambil secara proporsional dengan *simple random sampling*, karena jumlah populasi yang besar dan setiap unit atau anggota populasi cenderung homogen. Penentuan sampel dilakukan dengan cara mengundi nomor rumah yang ada dengan memakai tabel bilangan random (pada setiap gang dimasing-masing blok mempunyai nomor rumah dari nomor 1 – 30). Apabila dijumpai satu rumah memiliki 2 keluarga, maka yang diambil sebagai sampel adalah keluarga induk yang tercatat dipengurus RT setempat. Jika sampel terpilih menemui rumah kosong/tidak ada penghuni, maka diambil nomor rumah berikutnya sesuai tabel bilangan random (Danim, 2000 ; Notoatmodjo, 1993).

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Klasifikasi Variabel

Dalam penelitian ini yang dimaksud variabel penelitian dibedakan menjadi :

a. Variabel bebas (independen) :
   - Karakteristik responden, yang meliputi : umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga.
   - Faktor-faktor psikososial, yang meliputi : *Peers & Reference Groups*, serta pengalaman sebelumnya
   - Pengetahuan responden tentang Penyakit DBD

b. Variabel antara : Kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.

c. Variabel terikat (dependen) : Praktik responden dalam upaya pencegahan Penyakit DBD.

4.3.2 Definisi Operasional

1. Umur : Jumlah tahun dihitung mulai tahun kelahiran sampai ulang tahun terakhir . Skala pengukuran rasio. Untuk kepentingan analisis, maka data umur yang diperoleh kemudian dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu:

   1. Umur ≥ 40 tahun

   2. Umur < 40 tahun

   (Kategori ditentukan berdasarkan *Levinson* (Monks, 1999; dalam Agustiansyah, 2003) yang mengatakan bahwa umur 40 tahun merupakan puncak masa dewasa dimana seseorang dengan mantap akan mengambil keputusan berdasarkan keyakinannya)

   Skala : Ordinal

2. Pendidikan : Jenis pendidikan tertinggi yang ditamatkan secara formal.

   Kategori :

   1. Tidak sekolah
   2. Tidak Tamat SD
   3. Tamat SD
   4. Tamat SLTP
   5. Tamat SMU
   6. Tamat Akademi/Perguruan Tinggi

   Untuk kepentingan analisis, data pendidikan kemudian dikelompokkan menjadi 2 kategori berdasarkan program wajib belajar 9 tahun, yaitu :

   1. Pendidikan dasar

   2. Pendidikan lanjutan

   Skala : Ordinal

3. Pekerjaan : Aktivitas untuk mendapatkan upah/gaji selain sebagai ibu rumah tangga/suami/siswa/mahasiswa, yang menghasilkan nilai ekonomi.

   Kategori :

   1. Tidak bekerja atau ibu rumah tangga atau masih sekolah.
   2. Buruh
   3. Petani
   4. Pedagang
   5. Wiraswasta/pengusaha
   6. Karyawan swasta
   7. PNS/TNI-POLRI.
   8. Lain-lain

   Untuk kepentingan analisis, data pekerjaan dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu :

   1. Tidak bekerja
   2. Bekerja

   Skala : Nominal

4. Pendapatan : Jumlah uang/gaji/upah yang diterima setiap bulan. Skala pengukuran rasio. Untuk kepentingan analisis, data pendapatan dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu :

   1. Pendapatan < Rp 1.000.000,-
   2. Pendapatan ≥ Rp 1.000.000,-

   (Kategori ditentukan berdasarkan Upah Minimum Regional/UMR Kota Semarang Tahun 2004 sebesar Rp. 473.650,- per bulan dikali 2)

   Skala : Ordinal

5. **Jumlah anggota keluarga** : Banyaknya orang yang tinggal dan menetap di rumah tangga tersebut dalam kurun waktu tertentu.

   Kategori :

   1. Kecil : ≤ 4 orang
   2. Sedang : 5 – 7 orang
   3. Besar : > 7 orang

   (Dasar penentuan kategori adalah ayah, ibu dan 2 orang anak).

   Skala : Ordinal

6. *Peers & reference groups* : Keluarga, orang lain dan kelompok sebaya yang menjadi referensi/panutan dalam menentukan tindakan, terutama yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Pertanyaan mengenai *peers & reference groups*, meliputi : hal-hal yang berkaitan dengan kegiatan yang ada dimasyarakat dan orang/kelompok rujukan responden.

   Kategori :

   1. Teman
   2. Tetangga
   3. Keluarga (selain bapak/ibu, misalnya paman/bibi, kakek/nenek, dsb)
   4. Bapak/ibu
   5. Suami/istri

   Untuk keperluan analisis, data *peer &reference groups* dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu :

   1. Tidak ada *peer & reference groups*
   2. Ada *peer & reference groups*

   Skala : Nominal

7. Pengalaman sebelumnya : Kejadian yang pernah dialami oleh responden sebelumnya tentang Penyakit DBD. Pertanyaannya meliputi : tindakan yang dilakukan dan perasaan responden pada saat itu.

   Kategori :

   1. Tidak Pernah
   2. Pernah

   Skala : Nominal

8. Pengetahuan : Merupakan pemahaman responden tentang Penyakit DBD yang dapat dilihat dari kemampuan responden dalam menjawab pertanyaan yang berkaitan dengan Penyakit DBD, meliputi pengertian, tanda/gejala, penyebab, cara penularan, cara pertolongan pertama dan cara pencegahan.

   Ketentuannya adalah jawaban benar bernilai = 1, dan jawaban salah bernilai = 0. Total skor pertanyaan pengetahuan = 24

   Kategori :

   1. Pengetahuan kurang = Jika mempunyai skor < 20
   2. Pengetahuan baik = Jika mempunyai skor ≥ 20

   Skala : Ordinal

9. Kerentanan yang dirasakan : mengacu pada persepsi subyektif responden menyangkut risiko dari suatu kondisi kesehatan. Kerentanan yang dirasakan juga mencakup pengertian tentang seberapa besar kemungkinan responden untuk dapat dihinggapi Penyakit DBD atau terlibat dalam masalah kesehatan yang bersangkutan. Total skor pertanyaan ini = 45

Kategori :

1. Mempunyai persepsi kerentanan yang rendah = < 31
2. Mempunyai persepsi kerentanan yang tinggi = ≥ 31

Skala : Ordinal

10. Keseriusan yang dirasakan : Perasaan mengenai keseriusan perhatian responden terhadap Penyakit DBD dan akibat-akibatnya (konsekuensi klinis, medis dan sosial). Keseriusan yang dirasakan juga mencakup pengertian tentang seberapa parah bila responden sampai terjangkit Penyakit DBD atau terlibat masalah kesehatan yang bersangkutan.

Total skor pertanyaan keseriusan yang dirasakan = 20

Kategori :

1. Mempunyai perasaan keseriusan yang rendah = < 8
2. Mempunyai perasaan keseriusan yang tinggi = ≥ 8

Skala : Ordinal

11. Keuntungan/manfaat yang dirasakan : Kepercayaan responden mengenai efektifitas dari berbagai tindakan yang tersedia dalam mengurangi ancaman Penyakit DBD, atau manfaat yang dirasakan dalam mengambil tindakan kesehatan/praktik pencegahan Penyakit DBD.

Total skor pertanyaan keuntungan yang dirasakan = 45

Kategori :

1. Mempunyai kepercayaan adanya manfaat, yang rendah = < 36
2. Mempunyai kepercayaan adanya manfaat, yang tinggi = ≥ 36

Skala : Ordinal

12. Penghalang yang dirasakan : Aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu tindakan kesehatan/praktik pencegahan Penyakit DBD. Penghalang yang dirasakan juga berarti mungkin berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku (praktik pencegahan Penyakit DBD).

    Total skor pertanyaan penghalang yang dirasakan 40

    Kategori :

    1. Mempunyai aspek-aspek penghalang yang tinggi = < 32
    2. Mempunyai aspek-aspek penghalang yang rendah = ≥ 32

    Skala : Ordinal

13. Praktik : Tindakan atau aktivitas yang dilakukan responden dalam upaya pencegahan Penyakit DBD.

    Kategori :

    1. Tidak melakukan praktik = Jika mempunyai skor < 11
    2. Melakukan praktik = Jika mempunyai skor ≥ 11

    Skala : Nominal

4.4 Instrumen Penelitian

Insrumen penelitian yang dipakai adalah kuesioner yang digunakan sebagai alat utama yang disusun menurut variabel yang akan diteliti, bagi 100 responden terpilih. Bentuk pertanyaan yang dipakai berupa pertanyaan terbuka dan tertutup. Alat bantu penelitian lain yang dipakai adalah lembar observasi untuk responden penelitian kuantitatif, panduan wawancara untuk Wawancara Mendalam (WM) yang ditujukan bagi tokoh masyarakat dan petugas kesehatan, serta panduan wawancara Diskusi Kelompok Terarah (DKT) yang ditujukan bagi suami/istri/anak responden.

4.5 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji coba dilaksanakan sebelum penelitian dilakukan dengan tujuan memperoleh validitas dan reliabilitas dari kuesioner. Uji coba dilakukan pada responden selain subyek penelitian dan bertempat tinggal didaerah lain yang mempunyai karakteristik hampir sama dengan daerah penelitian (berjumlah 30 responden). Uji coba dilakukan di Perumahan Dinar Mas Kecamatan Tembalang.

4.5.1 Uji Validitas

Uji ini dilakukan untuk mengetahui ketepatan dan kecermatan suatu alat dalam melakukan fungsi ukurnya. Dalam uji validitas, setiap item pertanyaan dilakukan uji terhadap total skor seluruh pertanyaan tersebut dengan menggunakan uji *Pearson Product Moment*. Apabila hasil dari uji tersebut untuk setiap item pertanyaan ternyata signifikan (p value < 5%), maka item pertanyaan tersebut sudah valid dan bisa digunakan. Tetapi apabila tidak signifikan (p value > 5 %), maka item pertanyaan tersebut tidak valid dan harus dikeluarkan dari kuesioner. (Azwar, 1997)

4.5.2 Uji Reliabilitas

Pengukuran reliabilitas berarti sejauh mana hasil suatu pengukuran dapat dipercaya. Uji Reliabilitas adalah uji yang dilakukan untuk mengetahui apakah instrumen yang digunakan telah reliabel (dapat digunakan berulang-ulang dengan waktu yang berbeda). Reliabilitas alat ukur disini sangat berkaitan dengan *error of measurement*. Dalam uji reliabilitas, item-item pertanyaan yang sudah valid diuji reliabilitasnya dengan menggunakan penilaian konsistensi internal (*internal consistency*). Konsistensi internal merujuk kepada homogenitas item-item dalam mencerminkan satu dimensi yang sama dari suatu alat ukur. Pengujian reliabilitas pada penelitian ini yaitu item-item pertanyaan yang sudah valid kemudian diuji

reliabilitasnya dengan menggunakan koefisien alpha (*Alpha Cronbach*). Apabila Alpha yang diperoleh dari uji reliabilitas ini lebih besar atau sama dengan 0.7 maka instrumen penelitian tersebut telah reliabel. (Azwar, 1997).

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian terletak di Perumahan Bukit Kencana Jaya Kelurahan Meteseh Kecamatan Tembalang Kota Semarang.

Waktu kegiatan penelitian dimulai bulan Desember 2004 sampai bulan Agustus 2005. Pembuatan proposal penelitian dimulai pada bulan Desember 2004. Pengambilan data dimulai pada bulan Juni 2005 sampai bulan Juli 2005. Pengolahan data dan analisis data bulan Juli 2005 dan selesai penulisan pada bulan Agustus2005.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Berdasarkan sumber data, maka data pada penelitian ini dapat digolongkan menjadi 2 (dua), yaitu :

1. Data Primer

   Data yang langsung didapatkan dari responden melalui kunjungan rumah dan diperoleh melalui wawancara dengan kuesioner (untuk responden), wawancara mendalam (untuk petugas kesehatan dan tokoh masyarakat/agama) dan diskusi kelompok terarah (untuk suami/istri/anak responden). Penelitian ini dilakukan oleh peneliti sendiri dan dibantu oleh 4 (empat) orang asisten peneliti. Langkah awal pada tahap ini adalah menentukan sampel secara proporsional dengan cara *simple random sampling.*

2. Data Sekunder

Data yang didapat dari laporan di instansi-instansi terkait, kajian kepustakaan dan penelitian sebelumnya.

4.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data

4.8.1 Cara Pengolahan Data

a. *Editing*

Meliputi memeriksa kelengkapan data (pengisian kuesioner), konsistensi, kesinambungan, dan keseragaman data.

b. *Koding*

Yaitu memberikan kode pada atribut variabel penelitian untuk memudahkan dalam analisa data.

c. *Entry*

Yaitu memasukkan data menjadi *file* dalam program komputer, serta diolah dengan menggunakan *SPSS For Windows Versi 10.*

d. *Cleaning*

Adalah perbaikan/pembersihan isi data yang akan dianalisa.

e. *Tabulating*

Menyajikan data dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan tabel silang.

4.8.2 Cara Analisis Data

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini ada 3 (tiga) macam, yaitu :

1. Analisis secara univariat (deskriptif)

Analisis data ini untuk melihat gambaran atau distribusi responden menurut variabel yang diteliti dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

2. Analisis secara bivariat (analitik)

   Analisis ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel antara. Uji statistik yang digunakan adalah uji kendall's tau dan uji chi-square. (Djarwanto, 2001; Sudjana, 2003)

3. Analisis secara Multivariat (analitik)

   Analisis data ini dipakai untuk melihat hubungan antara beberapa variabel bebas dengan variabel terikat. Uji statistik yang digunakan adalah uji Regresi Logistik Ganda (Murti, 1997; Sudjana, 2003)

4.9 Validitas dan Realiabilitas Data Kualitatif

Menurut **Matthew** (1992), uji validitas yang dilakukan pada penelitian kualitatif disebut *Triangulasi.* Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Triangulasi data dilakukan dengan *cross check* data kepada suami/istri/anak responden (dengan menggunakan teknik Diskusi Kelompok Terarah), tokoh masyarakat/agama (dengan menggunakan wawancara mendalam, dan petugas kesehatan dari Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Puskesmas Rowosari (dengan menggunakan wawancara mendalam).

Untuk data kualitatif, akan dilakukan pemeriksaan keabsahan data yang didasarkan atas beberapa kriteria, yaitu kepercayaan, keteralihan, kebergantungan, dan kepastian (Maleong, 2001). Triangulasi dan kecukupan referensi digunakan sebagai teknik pemeriksaan terhadap derajat kepercayaan (validitas). Kriteria kebergantungan dan kepastian pemeriksaan (reliabilitas) dilakukan dengan teknik auditing, yaitu dengan cara memeriksa,menyeleksi dan mengelompokkan data hasil wawancara yang disesuaikan dengan topik-topik penelitian.

4.10 Analisis Data Kualitatif

Secara kualitatif, penelitian ini menggunakan metode penelitian naturalistik-kualitatif, yaitu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang dan perilaku yang dapat diamati. (Maleong, 2001)

Analisis data kualitatif yang digunakan disini bersifat terbuka dan mengikuti pola pikir *induktif.* Dalam proses berpikir induktif, pengujiannya bertitik tolak dari data yang telah terkumpul untuk dianalisis. Data kualitatif diolah sesuai dengan karakteristik penelitiannya dan diolah dengan metode analisis deskripsi. Pengolahan data disesuaikan dengan tujuan penelitian. Selanjutnya data diverifikasi dan disajikan dalam bentuk deskriptif. (Kusnanto, 2000)

Tahapan analisis data adalah pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, verifikasi dan penarikan simpulan. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan emik *(Emic Dimension)*, yaitu peneliti mengidentifikasi masalah informan dan menguraikan dari apa yang telah didengar secara nyata tanpa mempengaruhi opini informan (Rahmat, 2001).

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

5.1 Data Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Kota Semarang

Kota Semarang terletak antara garis 6°50' - 7°10' Lintang Selatan dan garis 109°35' - 110°50' Bujur Timur. Dibatasi sebelah Barat dengan Kabupaten Kendal, sebelah Timur dengan Kabupaten Demak, sebelah Selatan dengan Kabupaten Semarang, dan sebelah Utara dibatasi oleh Laut Jawa dengan panjang garis pantai meliputi 13,6 Km. Ketinggian Kota Semarang terletak antara 0,75 sampai dengan 348 dpa, suhu udara berkisar antara $25^0 - 30^0$ C dan kelembaban udara berada diantara 62 – 84%. Letak Kota Semarang hampir berada ditengah bentangan panjang Kepulauan Indonesia dari arah Barat ke Timur. Akibat posisi letak geografis tersebut, Kota Semarang termasuk beriklim tropis dengan 2 musim, yaitu musim hujan dan musim kemarau yang silih berganti sepanjang tahun.

Dengan luas wilayah sebesar 373,70 km^2, Kota Semarang terbagi dalam 16 kecamatan dan 177 kelurahan. Kota Semarang sebagai ibukota Propinsi Jawa Tengah sampai akhir Desember 2003 mempunyai jumlah penduduk 1.378.193 jiwa, yang terdiri dari 684.705 jiwa penduduk laki-laki dan 693.488 jiwa penduduk perempuan, sehingga Kota Semarang termasuk 5 besar kabupaten/kota yang mempunyai jumlah penduduk terbesar di Jawa Tengah. Kepadatan penduduknya sebesar 3.688 jiwa per km^2, tingkat pertumbuhan penduduk 2,09%, dan arus urbanisasi mencapai 36.778 jiwa. Secara geografis wilayah kota semarang terbagi menjadi dua, yaitu daerah dataran rendah/pantai

(kota bawah) dan daerah perbukitan (kota atas), dengan penyebaran penduduk tidak merata dan daya dukung lingkungan yang tidak seimbang. Ciri masyarakat Kota Semarang juga terbagi dua, yakni masyarakat karakteristik perkotaan yang menempati daerah sekitar pusat kota dengan lingkungan pemukiman yang bercirikan perkotaan, dan masyarakat karakteristik pedesaan yang menempati daerah perluasan / pinggiran dengan kondisi yang lebih tradisional (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2003).

Adapun sarana dan prasarana kesehatan yang dimiliki kota semarang dapat dilihat pada tabel 5.1 dibawah ini :

Tabel 5.1 Sarana dan Prasarana Kesehatan di Kota Semarang Tahun 2002 – 2003

No	Sarana dan Prasarana Kesehatan	2002 (th)	2003 (th)
1	Rumah Sakit Umum :		
	- Tipe A	0	0
	- Tipe B	3	4
	- Tipe C	8	8
	- Tipe D	2	2
	- Tipe E	0	0
2	Rumah Sakit Khusus :		
	- RS Jiwa	1	1
	- RS Bedah Plastik	1	1
3	Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA)	3	4
4	Rumah Sakit Bersalin (RSB)	4	4
5	Rumah Bersalin (RB)	29	30
6	Balai Pengobatan Umum Swasta	100	110
7	Balai Pengobatan Gigi Swasta	8	10
8	Klinik 24 Jam	40	44
9	Praktek Berkelompok Dokter Spesialis (PBDS)	9	10
10	Toko Obat	86	86
11	Optik	83	88
12	Dokter Umum Praktek Swasta	688	790
13	Dokter Spesialis Swasta	339	342
14	Dokter Gigi Swasta	175	189
15	Bidan Praktek Swasta	450	472
16	Dukun Bayi Terlatih	479	479
17	Tabib (yang memiliki Wajib Daftar)	6	8

18	Sinshe (yang memiliki Wajib Daftar)	24	42
19	Akupunktur (yang memiliki Wajib Daftar)	36	74
20	Pijat Urut (yang memiliki Wajib Daftar)	5	7
21	Terapi Zona (yang memiliki Wajib Daftar)	17	34
22	Rei Ki (yang memiliki Wajib Daftar)	7	7
23	Puskesmas Non Perawatan	26	26
24	Puskesmas Perawatan	11	11
25	Puskesmas Pembantu	34	34
26	Puskesmas Keliling	19	19
27	Klino Mobil	1	1
28	Kelurahan PKMD	177	177
29	Posyandu yang ada	1363	1383
30	Posyandu yang aktif	1341	1373
31	Kader Kesehatan yang ada	9152	9435
32	Kader Kesehatan yang aktif	7567	7794
33	Apotek	201	230
34	Pedagang Besar Farmasi	120	148
35	Industri Farmasi	19	25
36	Laboratorium Kesehatan Swasta	41	27

Sumber : Profil Kesehatan Kota Semarang, 2003

5.1.2 Gambaran Umum Kelurahan Meteseh

Kelurahan Meteseh merupakan salah satu kelurahan yang ada di Kota Semarang memiliki luas wilayah 498.969 Ha. Kelurahan Meteseh terletak di sebelah timur Kota Semarang dengan ketinggian 450 meter dpl, memiliki curah hujan 180 Mm/th dengan suhu rata-rata 25-30 ^{0} C. Jarak Kelurahan Meteseh ke pusat pemerintahan kecamatan 1,25 Km, ke pusat pemerintahan kota 13 Km, ke ibu kota propinsi 11 Km, dan ke ibu kota negara 499 Km. Batas wilayah Kelurahan Meteseh adalah sebelah Utara dengan Kelurahan Sendangmulyo dan Kelurahan Mangunharjo, sebelah Selatan dengan Kelurahan Jabungan, sebelah Timur dengan Kelurahan Rowosari, serta sebelah Barat dengan Kelurahan Bulusan. Kelurahan Meteseh memiliki 19 RW dan 88 RT dengan jumlah penduduk sebesar 9270 jiwa (Monografi Kelurahan Meteseh, 2004). Komposisi jumlah penduduk laki-laki adalah 4703 jiwa dan penduduk wanita adalah 4567. Data Kependudukan dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut ini :

Tabel 5.2 Data Kependudukan Kelurahan Meteseh Tahun 2005

No	Jenis Data	Jumlah	%
1	Jumlah penduduk :	9270	100
	- Jumlah penduduk laki-laki	4703	50,7
	- Jumlah penduduk wanita	4567	49,3
2	Jumlah penduduk usia balita	1640	17,7
3	Jumlah penduduk usia Sekolah	2668	28,8
4	Jumlah penduduk usia produktif	5829	62,9
5	Jumlah penduduk usia lanjut	288	3,1
6	3 jenis mata pencaharian terbanyak :		
	- Jasa-jasa	1573	27,0
	- Petani sendiri	1300	22,3
	- Buruh bangunan	1223	21,0
7	Jumlah penduduk berdasarkan tingkat pendidikan	7666	82,7
8	3 jenis pendidikan terbanyak :		
	- Tamat SD	2154	28,1
	- Belum tamat SD	1837	24,0
	- Tamat SLTA	1555	20,3
9	Banyaknya pemeluk agama :		
	- Islam	8489	91,6
	- Katholik	460	5,0
	- Protestan	291	3,0
	- Budha	2	0,1
	- Hindu	28	0,3
10	Jumlah penduduk mutasi :		
	- Pendatang (penduduk mutasi masuk)	34	0,4
	- Pindah (penduduk mutasi keluar)	18	0,2

Sumber : Laporan Bulanan Kelurahan Meteseh, Januari 2005

Adapun sarana prasarana yang dimiliki Kelurahan Meteseh berdasarkan Monografi Kelurahan Meteseh Tahun 2004, dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini :

Tabel 5.3 Data Sarana Prasarana Kelurahan Meteseh Tahun 2005

No	Jenis Sarana Prasarana	Jumlah
1	Pendidikan umum :	
	- Taman kanak-kanak	7 gedung
	- Sekolah dasar	1 gedung
	- Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama	2 gedung
	- Sekolah Lanjutan Tingkat Atas	1 gedung
2	Pendidikan khusus :	
	- Pondok pesantren	3 gedung
	- Madrasah	2 gedung
	- Sarana pendidikan non formal	1 gedung
3	Penunjang kegiatan :	
	- Olahraga	5 jenis 35 buah
	- Kesenian	3 jenis 6 buah
	- Sosial	3 jenis 8 buah
4	Kesehatan :	
	- Posyandu	19 buah
	- Dokter praktek	3 buah
	- Bidan praktek	2 buah
5	Organisasi sosial :	
	- Dasa wisma	165 anggota
	- Pramuka	183 anggota
	- Karang taruna	620 anggota
	- PKK	355 anggota
6	Keagamaan :	
	- Masjid	9 buah
	- Musholla	26 buah
	- Gereja	2 buah
	- Majelis ta'lim	35 kelompok 1099 anggota
	- Majelis gereja	2 kelompok 300 anggota
	- Remaja masjid	9 kelompok 650 anggota
	- Remaja gereja	2 kelompok 121 anggota

5.1.3 Data Hasil Observasi

Dari 100 responden yang diwawancari, 40 responden menyatakan kesediaannya untuk diobservasi kondisi bak mandi, kondisi tempat tidur, kondisi tempat penampungan air, dan sebagainya. Tabel-tabel berikut ini akan menampilkan hasil observasi.

a. **Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Hasil Observasi Kondisi Tempat Penampungan Air Responden.**

No	Jenis dan Kondisi Tempat Penampungan Air (TPA)	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Bak mandi :	40	100.0%
	- Bersih	33	82.5%
	- Kotor	6	15%
	- Tidak ada barang	1	2.5%
2	Vas bunga :	40	100.0%
	- Bersih	13	32.5%
	- Kotor	0	0.0%
	- Tidak ada barang	27	67.5%
3	Gentong :	40	100.0%
	- Bersih	33	82.5%
	- Kotor	4	10.0%
	- Tidak ada barang	3	7.5%
4	Tempat minum burung :	40	100.0%
	- Bersih	4	10.0%
	- Kotor	1	2.5%
	- Tidak ada barang	35	87.5%
5	Barang-barang bekas :	40	100.0%
	- Bersih	0	0.0%
	- Kotor	1	2.5%
	- Tidak ada barang	39	97.5%
6	Pagar bambu :	40	100.0%
	- Bersih	0	0.0%
	- Kotor	0	0.0%
	- Tidak ada barang	40	100.0%
7	Kolam ikan :	40	100.0%
	- Bersih	1	2.5%
	- Kotor	0	0.0%
	- Tidak ada barang	39	97.5%

Dari tabel 5.4 dapat diketahui bahwa 33 responden (82.5%) memiliki bak mandi bersih, 6 responden (15.0%) memiliki bak mandi kotor, dan 1 responden (2.5%) tidak memiliki bak mandi. Sebagian besar responden, yaitu 27 responden (67.5%) tidak memiliki vas bunga, dan sisanya 13 responden (32.5%) memiliki vas bunga dalam kondisi bersih. Responden yang memiliki gentong air dalam kondisi bersih sebanyak 33 orang (82.5%), sedangkan 4 responden (10.0%) memiliki gentong air dalam kondisi kotor dan 3 responden (7.5%) tidak memiliki gentong air. Sebagian besar responden yaitu 35 orang (87.5) tidak memiliki tempat minum burung, sedangkan 4 responden (10.0%) memiliki tempat minum burung dalam kondisi bersih dan 1 responden (2.5%) memiliki tempat minum burung dalam kondisi kotor. Hampir seluruh responden yaitu 39 orang (97.5%) tidak memiliki barang-barang bekas, sedangkan 1 responden (2.5%) memiliki barang-barang bekas dalam kondisi kotor. Semua responden 40 orang (100.0%) tidak memiliki pagar bambu. Terdapat 1 responden (2.5%) yang memiliki kolam ikan dalam keadaan bersih, sedangkan sisanya 39 responden (97.5%) tidak memiliki kolam ikan.

b. Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Hasil Observasi Jentik Nyamuk di Tempat Penampungan Air Responden.

No	Jenis dan Kondisi Jentik Nyamuk Tempat Penampungan Air (TPA)	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Bak mandi :	40	100.0%
	- Ada TPA dan ada jentik	1	2.5%
	- Ada TPA dan tidak ada jentik	38	95.0%
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik	1	2.5%
2	Vas bunga :	40	100.0%
	- Ada TPA dan ada jentik	0	0.0%
	- Ada TPA dan tidak ada jentik	13	32.5%
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik	27	67.5%
3	Gentong :	40	100.0%
	- Ada TPA dan ada jentik	3	7.5%
	- Ada TPA dan tidak ada jentik	34	85.0%
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik	3	7.5%
4	Tempat minum burung :	40	100.0%
	- Ada TPA dan ada jentik	0	0.0%
	- Ada TPA dan tidak ada jentik	5	12.5%
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik	35	87.5%
5	Barang-barang bekas :	40	100.0%
	- Ada TPA dan ada jentik	0	0.0%
	- Ada TPA dan tidak ada jentik	1	2.5%
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik	39	97.5%
6	Pagar bambu :	40	100.0%
	- Ada TPA dan ada jentik	0	0.0%
	- Ada TPA dan tidak ada jentik	0	0.0%
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik	40	100.0%
7	Kolam ikan:	40	100.0%
	- Ada TPA dan ada jentik	0	0.0%
	- Ada TPA dan tidak ada jentik	1	2.5%
	- Tidak ada TPA dan tidak ada jentik	39	97.5%

Dari tabel 5.5 dapat dilihat bahwa 38 responden (95.0%) memiliki bak mandi yang bebas jentik nyamuk, 1 responden (2.5%) memiliki bak mandi yang ada jentik nyamuk, dan 1 responden (2.5%) tidak memiliki bak mandi. 13 responden (32.5) memiliki vas bunga yang bebas jentik nyamuk, sedangkan sisanya 27 responden (67.5%) tidak memiliki vas bunga. Sebagian besar responden yaitu 34 orang (85.0%) memiliki gentong air bebas jentik nyamuk, sedangkan 3 responden (7.5%) memiliki gentong air yang ada jentik nyamuk dan 3 responden (7.5%) tidak memiliki gentong air. Terdapat 35

responden (87.5%) yang tidak memiliki tempat minum burung, sedangkan sisanya 5 responden (12.5%) memiliki tempat minum burung bebas jentik nyamuk. Sebagian besar responden yaitu 39 orang (97.5%) tidak memiliki barang-barang bekas, sedangkan 1 responden (2.5%) memiliki barang-barang bekas yang tidak terdapat jentik nyamuk. Semua responden 40 orang (100.0%) tidak memiliki pagar bambu. Terdapat 1 responden (2.5%) yang memiliki kolam ikan dalam keadaan bebas jentik nyamuk, sedangkan sisanya 39 responden (97.5%) tidak memiliki kolam ikan. Kriteria bersih dan kotor dapat dilihat pada lampiran 6.

c. **Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Jumlah Barang milik Responden yang berhubungan dengan Penelitian**

No	Jenis Barang	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Tempat tidur :	40	100.0%
	- Memiliki 1 tempat tidur	9	22.5%
	- Memiliki 2 tempat tidur	19	47.5%
	- Memiliki 3 tempat tidur	10	25.0%
	- Memiliki 4 tempat tidur	2	5.0%
2	Kelambu :	40	100.0%
	- Tidak ada kelambu	40	100.0%
3	Obat nyamuk :	40	100.0%
	- Memiliki 1 jenis obat nyamuk	24	60.0%
	- Memiliki 2 jenis obat nyamuk	8	20.0%
	- Memiliki 3 jenis obat nyamuk	3	7.5%
	- Tidak ada obat nyamuk	5	12.5%
4	Pakaian yang digantung :	40	100.0%
	- Ada 1 buah pakaian	1	2.5%
	- Ada 2 buah pakaian	7	17.5%
	- Ada 3 buah pakaian	12	30.0%
	- Ada 4 buah pakaian	4	10.0%
	- Ada 5 buah pakaian	1	2.5%
	- Ada 6 buah pakaian	1	2.5%
	- Tidak ada pakaian	14	35.0%
5	Gorden :	40	100.0%
	- Ada 1 buah gorden	14	35.0%
	- Ada 2 buah gorden	12	30.0%
	- Ada 3 buah gorden	8	20.0%
	- Ada 4 buah gorden	6	15.0%

Dari tabel 5.6 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu 19 orang (47.5%) memiliki 2 tempat tidur, 10 responden (25.0%) memiliki 3 tempat tidur, 9 responden (22.5%) memiliki 1 tempat tidur, dan 2 responden (5.0%) memiliki 4 tempat tidur. Semua responden, yaitu 40 orang (100.0%) tidak memiliki kelambu tempat tidur. Sebagian besar responden 24 orang (60.0%) memiliki 1 jenis obat nyamuk, 8 responden (20.0%) memiliki 2 jenis obat nyamuk, 3 responden (7.5%) memiliki 3 jenis obat nyamuk, dan 5 responden (12.5%) tidak memiliki obat nyamuk. 14 responden (35.0%) tidak terdapat pakaian yang digantung, 12 responden (30.0%) terdapat 3 pakaian yang digantung, 7 responden (17.5%) terdapat 2 pakaian yang digantung, 4 responden (10%) terdapat 4 pakaian yang digantung, 1 responden (2.5%) terdapat 1 pakaian yang digantung, 1 responden (2.5%) terdapat 5 pakaian yang digantung dan 1 responden (2.5%) terdapat 6 pakaian yang digantung. Sebanyak 14 responden (35.0%) memiliki 1 gorden, 12 responden (30.0%) memiliki 2 gorden, 8 responden (20.0%) memiiiki 3 gorden, dan 6 responden (15.0%) memiliki 4 gorden .

d. Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Kondisi Barang milik Responden yang berhubungan dengan Penelitian

No	Kondisi Barang	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Tempat tidur :	40	100.0%
	- Ada dan kondisi bersih	37	92.5%
	- Ada dan kondisi tidak bersih	3	7.5%
	- Tidak ada tempat tidur	0	0.0%
2	Kelambu :	40	100.0%
	- Tidak ada kelambu	40	100.0%
3	Obat nyamuk :	40	100.0%
	- Ada dan kondisi bersih	23	57.5%
	- Ada dan kondisi tidak bersih	12	30.0%
	- Tidak ada obat nyamuk	5	12.5%
4	Pakaian yang digantung :	40	100.0%
	- Ada dan kondisi bersih	7	17.5%
	- Ada dan kondisi tidak bersih	20	50.0%
	- Tidak ada pakaian bergelantungan	13	32.5%
5	Gorden :	40	100.0%
	- Ada dan kondisi bersih	34	85.0%
	- Ada dan kondisi tidak bersih	6	15.0%
	- Tidak ada gorden	0	00.0%

Dari tabel 5.7 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu 37 orang (92.5%) memiliki tempat tidur dalam kondisi bersih, dan sisanya 3 responden (7.5%) memiliki tempat tidur tempat tidur dalam kondisi kotor. Semua responden yaitu 40 orang (100.0%) tidak memiliki kelambu tempat tidur. Sebagian besar responden 23 orang (57.5%) memiliki obat nyamuk dalam kondisi bersih, 12 responden (30.0%) memiliki obat nyamuk dalam kondisi kotor, dan 5 responden (12.5%) tidak memiliki obat nyamuk. 20 responden (50.0%) terdapat pakaian yang digantung dalam kondisi tidak bersih, 7 responden (17.5%) terdapat pakaian yang digantung dalam kondisi bersih, dan 13 responden (32.5%) tidak terdapat pakaian yang digantung. Sebagian besar responden yaitu 34 responden (85.0%) memiliki gorden dalam kondisi bersih ,dan sisanya 6 responden (15.0%) memiliki gorden dalam kondisi tidak bersih.

5.2 Analisis dan Hasil Penelitian Kuantitatif

5.2.1 Analisis Univariat

A. Karakteristik Umum Subyek Penelitian

Dari 100 responden terdiri dari kalangan ibu sebanyak 70 responden (70%), bapak sebanyak 28 responden (28%) dan anak sebanyak 2 responden (2%). Berikut akan ditampilkan karakteristik umum subyek penelitian dalam bentuk tabel.

a. Umur responden

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Umur Responden

No	Umur	Frekuensi	Jumlah (%)
1	≥ 40 tahun	27	27.0
2	< 40 tahun	73	73.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.8 diatas dapat dilihat bahwa umur responden yang terbanyak adalah kelompok umur < 40 tahun (73.0%), yaitu tiga kali lebih besar dari kelompok umur ≥ 40 tahun (27.0%).

b. Pendidikan responden

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden

No	Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Pendidikan dasar	18	18.0
2	Pendidikan lanjutan	82	82.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.9 diatas dapat dilihat bahwa tingkat pendidikan responden yang terbesar adalah tingkat pendidikan lanjutan (82.0%), yaitu hampir limakali dari tingkat pendidikan dasar (18.0%).

c. Pekerjaan responden

Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Pekerjaaan Responden

No	Jenis Pekerjaan	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Tidak bekerja atau ibu rumah tangga	50	50.0
2	PNS atau TNI/POLRI	15	15.0
3	Karyawan swasta	14	14.0
4	Wiraswasta atau pengusaha	12	12.0
5	Pedagang	2	2.0
6	Buruh	1	1.0
7	Lain-lain	6	6.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.10 diatas dapat dilihat bahwa jenis pekerjaan responden yang paling banyak adalah tidak bekerja atau ibu rumah tangga (ibu yang bekerja dirumah sendiri), yaitu separo (50.0%), sedangkan yang paling sedikit adalah bekerja sebagai buruh sebanyak 1 orang (1.0%).

d. Pendapatan responden

Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi Pendapatan Responden

No	Tingkat Pendapatan	Frekuensi	Jumlah (%)
1	< Rp. 1.000.000,-	36	36.0
2	≥ Rp. 1.000.000,-	64	64.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.11 diatas dapat dilihat bahwa tingkat pendapatan responden yang tertinggi adalah tingkat pendapatan ≥ Rp. 1.000.000 (diatas satu juta rupiah) sebanyak 64 orang (64.0%), sedangkan tingkat pendapatan < Rp. 1.000.000 (dibawah satu juta rupiah) sebanyak 36 orang (36.0%).

e. Jumlah anggota keluarga responden

Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi Jumlah Anggota Keluarga Responden

No	Jumlah Anggota Keluarga	Frekuensi	Jumlah (%)
1	> 7 orang	1	1.0
2	5 – 7 orang	35	35.0
3	≤ 4 orang	64	64.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.12 dapat dilihat bahwa jumlah anggota keluarga responden yang terbanyak adalah jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang (64.0%), duakali lebih besar dari jumlah anggota keluarga 5-7 orang (35.0%). Ada satu hal yang perlu ditulis bahwa ada jumlah anggota keluarga > 7 orang (1.0%).

B. Karakteristik Lingkungan Psikososial Subyek Penelitian

Karakteristik lingkungan psikososial subyek penelitian, meliputi : *peers and reference groups* dan pengalaman sebelumnya yang berhubungan dengan penyakit DBD.

a. Jenis kegiatan yang diikuti

Tabel 5.13 Distribusi Frekuensi Jenis Kegiatan yang Diikuti Responden

No	Jenis Kegiatan yang Diikuti	Frekuensi Tidak	Frekuensi Ya	Frekuensi Tidak Ikut	Jumlah (%)
1	PKK	31	62	7	100.0
2	Pengajian	39	54	7	100.0
3	Olahraga	80	13	7	100.0
4	Kerjabakti	80	13	7	100.0
5	Kesenian	91	2	7	100.0
6	Lain-lain (arisan, rapat RT, posyandu, ronda, dawis)	44	49	7	100.0

Dari tabel 5.13 diatas dapat dilihat bahwa jenis kegiatan yang diikuti responden adalah PKK/Pendidikan Kesejahteraan Keluarga (62.0%), pengajian (54.0%), serta lain-lain (arisan, rapat RT, posyandu, ronda/siskamling, dasa wisma) sebanyak 49.0%.

Kegiatan kesenian (2.0%), kegiatan olahraga (13.0%), dan kerja bakti (13.0%). Ada yang tidak mengikuti kegiatan-kegiatan yang ada (7.0%).

b. Jenis kegiatan yang paling sering diikuti

Tabel 5.14 Distribusi Frekuensi Jenis Kegiatan yang Paling Sering Diikuti Responden

No	Jenis Kegiatan yang Paling Sering	Frekuensi	Jumlah (%)
1	PKK	24	24.0
2	Pengajian	44	44.0
3	Olahraga	3	3.0
4	Kerjabakti	1	1.0
5	Kesenian	0	0.0
6	Lain-lain (rapat RT, arisan, ronda)	21	21.0
7	Tidak ikut kegiatan	7	7.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.14 dapat dilihat bahwa jenis kegiatan yang paling sering diikuti responden adalah pengajian/keagamaan (44.0%), dimana hampir dua kali lebih besar dari kegiatan PKK (24.0%) dan kegiatan lain-lain (arisan, rapat RT, ronda/siskamling) sebanyak 21.0%.sebagian kecil Responden menjawab kegiatan olahraga (3.0%), kegiatan kerja bakti (1.0%), dan kegiatan kesenian tidak ada yang menjawab (0.0%)

c. Keberadaan *peer & reference groups* pertama kali

Tabel 5.15 Distribusi Frekuensi Keberadaan *peer & reference groups* Pertama kali Responden

No	Keberadaan *peer & reference groups* Pertama Kali	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Tidak ada	15	15.0
2	Ada	85	85.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.15 diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar responden (85.0%) mempunyai ***peer & reference groups*** pertama kali, sedangkan sebagian responden (15.0%) mengaku tidak mempunyai ***peer & reference groups*** pertama kali.

d. Jenis *peer & reference groups*

Tabel 5.16 Distribusi Frekuensi Jenis *peer & reference groups* Responden

No	Jenis *peer & reference groups*	Frekuensi Tidak	Frekuensi Ya	Frekuensi Tidak Punya	Jumlah (%)
1	Suami/Istri	26	59	15	100.0
2	Tetangga	77	8	15	100.0
3	Bapak/Ibu	78	7	15	100.0
4	Keluarga	79	6	15	100.0
5	Teman	82	3	15	100.0
6	Lain-lain (ketua RT, kakak, ustad, ibu RT)	77	8	15	100.0

Dari tabel 5.16 dapat diketahui bahwa lebih dari separo responden menjawab ahwa suami/istri sebagai ***peer & reference groups*** (59.0%). Sebagian kecil responden enjawab tetangga (8.0%), bapak/ibu (7.0%), keluarga (6.0%), dan teman (3.0%).

e. Jenis informasi rujukanyang diberikan untuk pencegahan Penyakit DBD

Tabel 5.17 Distribusi Frekuensi Jenis Informasi Rujukan yang Diberikan untuk Pencegahan Penyakit DBD Responden

No	Jenis Informasi Rujukan yang Diberikan untuk Pencegahan Penyakit DBD	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Tidak	5	5.0
2	Ya	80	80.0
3	Tidak punya *peer & reference groups*	15	15.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.17 dapat diketahui bahwa sebagaian besar responden (80.0%) enjawab bahwa jenis informasi rujukan yang diberikan untuk mencegah penyakit DBD, edangkan sebagian kecil (5.0%) menjawab jenis informasi rujukan yang diberikan bukan ntuk mencegah penyakit DBD. Ada responden yang menjawab tidak mempunyai ***peer & eference groups*** (15.0%).

f. Partisipasi *peer & reference groups*

Tabel 5.18 Distribusi Frekuensi Partisipasi *peer & reference groups* Responden

No	Partisipasi *peer & reference groups*	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Mengajak untuk kerja bakti	25	25.0
2	Memberikan perintah untuk pencegahan Penyakit DBD	19	19.0
3	Memberikan penyuluhan tentang Penyakit DBD	6	6.0
4	Lain-lain (bersih-bersih rumah, pemantauan jentik, jaga kebersihan)	35	35.0
5	Tidak punya rujukan	15	15.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.18 dapat diketahui bahwa partisipasi ***peer & reference groups*** dalam pencegahan penyakit DBD sepertiga responden (35.0%) menjawab lain-lain (bersih-bersih rumah, pemantauan jentik, menjaga kebersihan), sedangkan seperempat responden (25.0%) menjawab berupa mengajak untuk kerja bakti. Bentuk lainnya (19.0%) berupa memberikan perintah untuk pencegahan penyakit DBD, dan berupa memberikan penyuluhan tentang penyakit DBD (6.0%).

g. Pengalaman pernah terkena Penyakit DBD

Tabel 5.19 Distribusi Frekuensi Pengalaman Pernah Terkena Penyakit DBD Responden

No	Pengalaman Pernah Terkena Penyakit DBD	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Tidak pernah	89	89.0
2	Pernah	11	11.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.19 dapat diketahui bahwa kebanyakan responden (89.0%) belum pernah terkena penyakit DBD, sedangkan sebagian responden (11.0%) pernah mempunyai pengalaman terkena penyakit DBD.

h. Pengalaman anggota keluarga pernah terkena Penyakit DBD

Tabel 5.20 Distribusi Frekuensi Pengalaman Anggota Keluarga/Tetangga Responden Terkena Penyakit DBD

No	Pengalaman Anggota Keluarga / Tetangga Terkena Penyakit DBD	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Tidak pernah	54	54.0
2	Pernah (anak, tetangga, keluarga)	46	46.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.20 dapat diketahui bahwa lebih dari separo anggota keluarga/tetangga responden (54.0%) belum pernah terkena penyakit DBD (anak, tetangga,keluarga), sedangkan kurang dari separo anggota keluarga/tetangga responden (46.0%) pernah mempunyai pengalaman terkena penyakit DBD.

i. Tindakan terhadap penderita Penyakit DBD

Tabel 5.21 Distribusi Frekuensi Tindakan Responden Terhadap Penderita Penyakit DBD

No	Tindakan Terhadap Penderita Penyakit DBD	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Membiarkan saja	2	2.0
2	Memberikan pertolongan	44	44.0
3	Tidak pernah terkena Penyakit DBD	54	54.0
	Total	100	100.0

Tabel 5.21 memperlihatkan bahwa kebanyakan responden (44.0%) memberikan pertolongan terhadap penderita Penyakit DBD, sedangkan sebagian kecil (2.0%) membiarkan saja dan tidak pernah terkena Penyakit DBD (54.0%).

C. Karakteristik Perilaku Subyek Penelitian

a. Pengetahuan responden mengenai Penyakit DBD

Tabel 5.22 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Mengenai Penyakit DBD

No	Pengetahuan Responden Mengenai Penyakit DBD	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Kurang	41	41.0
2	Baik	59	59.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.22 dapat dilihat bahwa sebagaian besar responden (59.0%) mempunyai pengetahuan yang baik mengenai Penyakit DBD, dan sebagian responden (41.0%) mempunyai pengetahuan yang kurang mengenai Penyakit DBD.

b. Persepsi responden terhadap kerentanan Penyakit DBD

Tabel 5.23 Distribusi Frekuensi Persepsi Responden Terhadap Kerentanan Penyakit DBD

No	Persepsi Responden Terhadap Kerentanan Penyakit DBD	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Rendah	40	40.0
2	Tinggi	60	60.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.23 dapat dilihat bahwa lebih dari separo responden (60.0%) mempunyai persepsi kerentanan yang tinggi terhadap Penyakit DBD, dan kurang dari separo responden (40.0%) mempunyai persepsi kerentanan yang rendah terhadap Penyakit DBD.

c. Perasaan responden terhadap keseriusan Penyakit DBD

Tabel 5.24 Distribusi Frekuensi Perasaan Responden Terhadap Keseriusan Penyakit DBD

No	Perasaan Responden Terhadap Keseriusan Penyakit DBD	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Rendah	23	23.0
2	Tinggi	77	77.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.24 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden (77.0%) mempunyai perasaan keseriusan yang tinggi terhadap Penyakit DBD, dan sebagian kecil responden (23.0%) mempunyai perasaan keseriusan yang rendah terhadap Penyakit DBD.

d. Kepercayaan responden terhadap manfaat pencegahan Penyakit DBD

Tabel 5.25 Distribusi Frekuensi kepercayaan Responden Terhadap Keuntungan/Manfaat Pencegahan Penyakit DBD

No	Kepercayaan Responden Terhadap Keuntungan Pencegahan Penyakit DBD	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Rendah	20	20.0
2	Tinggi	80	80.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.25 dapat dilihat bahwa kebanyakan responden (80.0%) mempunyai kepercayaan keuntungan yang tinggi terhadap Penyakit DBD, dan sisanya (20.0%) mempunyai kepercayaan keuntungan yang rendah terhadap Penyakit DBD.

e. Kepercayaan responden terhadap penghalang pencegahan Penyakit DBD

Tabel 5.26 Distribusi Frekuensi Kepercayaan Responden Terhadap Aspek-Aspek Penghalang Pencegahan Penyakit DBD

No	Kepercayaan Responden Terhadap Aspek-Aspek Penghalang Pencegahan Penyakit DBD	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Rendah	38	38.0
2	Tinggi	62	62.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.26 dapat dilihat bahwa sebagaian besar responden (62.0%) mempunyai aspek-aspek hambatan yang tinggi terhadap Penyakit DBD, dan hampir dua kali lebih besar dari responden yang mempunyai aspek-aspek hambatan yang rendah terhadap Penyakit DBD (38.0%).

f. Praktik responden dalam pencegahan Penyakit DBD

Tabel 5.27 Distribusi Frekuensi Praktik Responden Dalam Pencegahan Penyakit DBD

No	Praktik Responden Dalam Pencegahan Penyakit DBD	Frekuensi	Jumlah (%)
1	Tidak melakukan praktik	32	32.0
2	Melakukan praktik	68	68.0
	Total	100	100.0

Dari tabel 5.27 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden (68.0%) melakukan praktik dalam pencegahan Penyakit DBD, dan lebih dari dua kali responden yang tidak melakukan praktik dalam pencegahan Penyakit DBD (32.0%).

5.2.2 Analisis Bivariat

A. Hubungan antara umur dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.

a. Tabel 5.28 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Umur dengan Kepercayaan Responden mengenai Persepsi Kerentanan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Persepsi Kerentanan		Total
	Rendah	Tinggi	
Umur (tahun) ≥ 40	13 (48.1%)	14 (51.9%)	27 (100.0%)
Umur (tahun) < 40	27 (37.0%)	46 (63.0%)	73 (100.0%)
Total	40 (40.0%)	60 (60.0%)	100 (100.0%)

α = 0.05, *P-value* = 0.314 (> 0.05)

Tabel 5.28 menunjukkan bahwa persentase persepsi kerentanan rendah pada responden yang berumur ≥ 40 (48.1%) lebih besar dari pada persentase persepsi kerentanan rendah pada responden yang berumur < 40 (37.0%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *kendall's tau* didapatkan nilai probabilitas *(p-value)* sebesar 0.314 (> 0.05), berarti Ho diterima. Hal ini berarti bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur responden dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

b. Tabel 5.29 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Umur dengan Kepercayaan Responden mengenai Perasaan Keseriusan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Perasaan Keseriusan		Total
	Rendah	Tinggi	
Umur (tahun) ≥ 40	3 (11.1%)	24 (88.9%)	27 (100.0%)
Umur (tahun) < 40	20 (27.4%)	53 (72.6%)	73 (100.0%)
Total	23 (23.0%)	77 (77.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 0.087 (> 0.05)

Tabel 5.29 menunjukkan bahwa persentase perasaan keseriusan rendah pada responden yang berumur < 40 (27.4%) lebih besar dua kali daripada persentase perasaan keseriusan rendah pada responden yang berumur ≥ 40 (11.1%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *kendall's tau* didapatkan nilai probabilitas *(p-value)* sebesar 0.087 (> 0.05), berarti Ho diterima. Hal ini berarti bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur responden dengan kepercayaan responden mengenai keseriusan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

c. Tabel 5.30 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Umur dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Keuntungan yang Dirasakan padaPencegahan Penyakit DBD

	Aspek-Aspek Keuntungan		Total
	Rendah	Tinggi	
Umur (tahun) ≥ 40	6 (22.2%)	21 (77.8%)	27 (100.0%)
Umur (tahun) < 40	14 (19.2%)	59 (80.8%)	73 (100.0%)
Total	20 (20.0%)	80 (80.0%)	100 (100.0%)

α - 0.05, *P-value* 0.737 (> 0.05)

Tabel 5.30 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang berumur ≥ 40 (22.2%) lebih besar daripada persentase responden yang memiliki aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang berumur < 40 (19.2%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *kendall's tau* didapatkan nilai probabilitas *(p-value)* sebesar 0.737 (> 0.05), berarti Ho diterima. Hal ini berarti pada taraf signifikansi (α)= 0.05 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur responden dengan kepercayaan responden mengenai keuntungan yang dirasakan terhadap Pencegahan Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

d. Tabel 5.31 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Umur dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Penghalang yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Aspek-Aspek Penghalang		Total
	Tinggi	Rendah	
Umur (tahun) ≥ 40	9 (33.3%)	18 (66.7%)	27 (100.0%)
Umur (tahun) < 40	29 (39.7%)	44 (60.3%)	73 (100.0%)
Total	38 (38.0%)	62 (62.0%)	100 (100.0%)

α = 0.05, *P-value* = 0.561 (> 0.05)

Tabel 5.31 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki aspek-aspek penghalang tinggi pada responden yang berumur ≥ 40 (33.3%) lebih kecil daripada persentase responden yang memiliki aspek-aspek penghalang tinggi pada responden yang berumur < 40 (39.7%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *kendall's tau* didapatkan nilai probabilitas *(p-value)* sebesar 0.561 (> 0.05), berarti Ho diterima. Hal ini berarti pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur responden dengan kepercayaan responden mengenai penghalang yang dirasakan terhadap Pencegahan Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

Hasil uji *kendall's tau* hubungan antara umur dan kepercayaan kesehatan adalah sebagai berikut :

No	Variabel Independen	Variabel Antara	P-Value	Keterangan Hubungan
1	Umur	Kerentanan	0.314	Tidak signifikan
2	Umur	Keseriusan	0.087	Tidak signifikan
3	Umur	Keuntungan	0.737	Tidak signifikan
4	Umur	Penghalang	0.561	Tidak signifikan

B. Hubungan antara pendidikan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.

a. Tabel 5.32 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Pendidikan dengan Kepercayaan Responden mengenai Persepsi Kerentanan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Persepsi Kerentanan		
	Rendah	Tinggi	Total
Pendidikan dasar	10 (55.6%)	8 (44.4%)	18 (100.0%)
Pendidikan lanjutan	30 (36.6%)	52 (63.4%)	82 (100.0%)
Total	40 (40.0%)	60 (60.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 0.139 (> 0.05)

Dari tabel 5.32 dapat dilihat bahwa persentase responden yang memiliki persepsi kerentanan rendah pada responden yang berpendidikan dasar (55.6%) lebih besar dari pada persentase persepsi kerentanan rendah pada responden yang berpendidikan lanjutan (36.6%). Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit DBD, dengan menggunakan uji *kendall's tau* diperoleh nilai probabilitas *(P-value)* = 0.139. Harga tersebut diatas taraf signifikansi *(α)* = 0.05, dengan demikian dapat diartikan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

b. Tabel 5.33 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Pendidikan dengan Kepercayaan Responden mengenai Perasaan Keseriusan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Perasaan Keseriusan		Total
	Rendah	Tinggi	
Pendidikan dasar	1 (5.6%)	17 (94.4%)	18 (100.0%)
Pendidikan lanjutan	22 (26.8%)	60 (73.2%)	82 (100.0%)
Total	23 (23.0%)	77 (77.0%)	100 (100.0%)

α = 0.05, *P-value* = 0.053 (> 0.05)

Dari tabel 5.33 dapat dilihat bahwa persentase perasaan keseriusan rendah pada responden berpendidikan lanjutan (26.8%) limakali lebih besar daripada persentase perasaan keseriusan rendah pada responden berpendidikan dasar (5.6%). Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan kepercayaan responden mengenai keseriusan yang dirasakan terhadap penyakit DBD, dengan menggunakan uji *kendall's tau* diperoleh nilai probabilitas *(P-value)* = 0.053. Harga tersebut diatas taraf signifikansi *(α)* = 0.05, dengan demikian dapat diartikan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kepercayaan responden mengenai keseriusan yang dirasakan terhadap penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

c. Tabel 5.34 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Pendidikan dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Keuntungan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Aspek-Aspek Keuntungan		Total
	Rendah	Tinggi	
Pendidikan dasar	4 (22.2%)	14 (77.8%)	18 (100.0%)
Pendidikan lanjutan	16 (19.5%)	66 (80.5%)	82 (100.0%)
Total	20 (20.0%)	80 (80.0%)	100 (100.0%)

α = 0.05, *P-value* = 0.796 (> 0.05)

Dari tabel 5.34 dapat dilihat bahwa persentase aspek-aspek keuntungan rendah pada responden berpendidikan dasar (22.2%) lebih besar daripada persentase aspek-aspek keuntungan rendah pada responden berpendidikan lanjutan (19.5%). Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan kepercayaan responden mengenai keuntungan yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD, dengan menggunakan uji *kendall's tau* diperoleh nilai probabilitas *(P-value)* = 0.796. Harga tersebut diatas taraf signifikansi *(α)* = 0.05, dengan demikian dapat diartikan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kepercayaan responden mengenai keuntungan yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

d. Tabel 5.35 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Pendidikan dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Penghalang yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Aspek-Aspek Penghalang		
	Tinggi	Rendah	Total
Pendidikan dasar	11 (61.1%)	7 (38.9%)	18 (100.0%)
Pendidikan lanjutan	27 (32.9%)	55 (67.1%)	82 (100.0%)
Total	38 (38.8%)	62 (62.0%)	100 (100.0%)

***α* = 0.05, *P-value* = 0.026 (< 0.05), ada hubungan bermakna.**

Dari tabel 5.35 dapat dilihat bahwa responden berpendidikan dasar memiliki duakali lebih besar aspek-aspek penghalang tinggi (61.1%) daripada responden yang berpendidikan lanjutan (32.9%). Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan kepercayaan responden mengenai penghalang yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD, dengan menggunakan uji *kendall's tau* diperoleh nilai probabilitas *(P-value)* = 0.026. Harga tersebut dibawah taraf signifikansi *(α)* = 0.05, dengan demikian dapat diartikan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kepercayaan

responden mengenai penghalang yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang. Hubungan ini mempunyai kekuatan hubungan yang lemah karena hanya memiliki nilai *correlation coefficient* = 0.223 (≤ 0.5)

Hasil uji *kendall's tau* hubungan antara pendidikan dan kepercayaan kesehatan adalah sebagai berikut :

No	Variabel Independen	Variabel Antara	P-Value	Keterangan Hubungan
1	Pendidikan	Kerentanan	0.139	Tidak signifikan
2	Pendidikan	Keseriusan	0.053	Tidak signifikan
3	Pendidikan	Keuntungan	0.796	Tidak signifikan
4	Pendidikan	Penghalang	**0.026**	**Signifikan**

C. Hubungan antara pekerjaan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.

a. Tabel 5.36 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Antara Pekerjaan dengan Kepercayaan Responden mengenai Persepsi Kerentanan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Persepsi Kerentanan		Total
	Rendah	Tinggi	
Tidak bekerja	25 (50.0%)	25 (50.0%)	50 (100.0%)
Bekerja	15 (30.0%)	35 (70.0%)	50 (100.0%)
Total	40 (40.0%)	60 (60.0%)	100 (100.0%)

α = 0.05, *P-value* = 0.066 (> 0.05), χ^2 hitung = 3.375

Tabel 5.36 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki persepsi kerentanan rendah pada responden yang tidak bekerja (50.0%) hampir duakali lebih besar dari pada persentase persepsi kerentanan rendah pada responden yang bekerja (30.0%). Setelah dilakukan analisis hubungan antara pekerjaan dengan kepercayaan responden

mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit DBD, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai χ^2 hitung sebesar 3.375 dan nilai *p-value* sebesar 0.066 (> 0.05). Hal ini berarti Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05, tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

b. **Tabel 5.37 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Antara Pekerjaan dengan Kepercayaan Responden mengenai Perasaan Keseriusan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD**

	Perasaan Keseriusan		
	Rendah	Tinggi	Total
Tidak bekerja	11 (22.0%)	39 (78.0%)	50 (100.0%)
Bekerja	12 (24.0%)	38 (76.0%)	50 (100.0%)
Total	23 (23.0%)	77 (77.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 1.000 (> 0.05), χ^2 hitung = 0.000

Tabel 5.37 menunjukkan bahwa persentase perasaan keseriusan rendah pada responden yang tidak bekerja (22.0%) lebih kecil daripada persentase perasaan keseriusan rendah pada responden yang bekerja (24.0%). Analisis hubungan antara pekerjaan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit DBD, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai χ^2 hitung sebesar 0.000 dan nilai *p-value* sebesar 1.000 (> 0.05). Hal ini berarti Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05 tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kepercayaan responden mengenai keseriusan yang dirasakan terhadap penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

c. **Tabel 5.38 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Antara Pekerjaan dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Keuntungan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD**

	Aspek-Aspek Keuntungan		
	Rendah	Tinggi	Total
Tidak bekerja	9 (18.0%)	41 (82.0%)	50 (100.0%)
Bekerja	11 (22.0%)	39 (78.0%)	50 (100.0%)
Total	20 (20.0%)	80 (80.0%)	100 (100.0%)

α = 0.05, *P-value* 0.803 (> 0.05), χ^2 hitung = 0.063

Tabel 5.38 menunjukkan bahwa persentase aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang tidak bekerja (18.0%) lebih kecil daripada persentase aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang bekerja (22.0%). Setelah dilakukan analisis hubungan antara pekerjaan dengan kepercayaan responden mengenai keuntungan yang dirasakan terhadap penyakit DBD, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai χ^2 hitung sebesar 0.063 dan nilai *p-value* sebesar 0.803 (> 0.05). Hal ini berarti Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05 tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kepercayaan responden mengenai keuntungan yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

d. Tabel 5.39 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Antara Pekerjaan dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Penghalang yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Aspek-Aspek Penghalang		
	Tinggi	Rendah	Total
Tidak bekerja	19 (38.0%)	31 (62.0%)	50 (100.0%)
Bekerja	19 (38.0%)	31 (62.0%)	50 (100.0%)
Total	38 (38.0%)	62 (62.0%)	100 (100.0%)

α 0.05, *P-value* 1.000 (> 0.05), χ^2 hitung = 0.000

Tabel 5.39 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki aspek-aspek penghalang tinggi pada responden yang tidak bekerja (38.0%) sama dengan persentase responden yang memiliki aspek-aspek penghalang tinggi pada responden yang bekerja (38.0%). Setelah dilakukan analisis hubungan antara pekerjaan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit DBD, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai χ^2 hitung sebesar 0.000 dan nilai *p-value* sebesar 1.000 (> 0.05). Hal ini berarti Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05 tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

Hasil uji *chi-square* hubungan antara pekerjaan dan kepercayaan kesehatan adalah sebagai berikut :

No	Variabel Independen	Variabel Antara	P-Value	χ^2 Hitung	Keterangan Hubungan
1	Pekerjaan	Kerentanan	0.066	3.375	Tidak signifikan
2	Pekerjaan	Keseriusan	1.000	0.000	Tidak signifikan
3	Pekerjaan	Keuntungan	0.803	0.063	Tidak signifikan
4	Pekerjaan	Penghalang	1.000	0.000	Tidak signifikan

D. Hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.

a. Tabel 5.40 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Kepercayaan Responden mengenai Persepsi Kerentananyang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Persepsi Kerentanan		Total
	Rendah	Tinggi	
Jumlah anggota keluarga > 7 orang	0 (00.0%)	1 (100.0%)	1 (100.0%)
Jumlah anggota keluarga 5 - 7 orang	13 (37.1%)	22 (62.9%)	35 (100.0%)
Jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang	27 (42.2%)	37 (57.8%)	64 (100.0%)
Total	40 (40.0%)	60 (60.0%)	100 (100.0%)

α 0.05, *P-value* 0.519 (> 0.05)

Tabel 5.40 memperlihatkan bahwa persentase responden yang memiliki persepsi kerentanan rendah pada responden yang memiliki jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang (42.2%) lebih besar dari persentase persepsi kerentanan rendah pada responden yang memiliki jumlah anggota keluarga 5-7 orang (37.1%). Ada responden yang memiliki jumlah anggota keluarga > 7 orang , tetapi memiliki persepsi kerentanan tinggi. Hasil uji statistik *kendall's tau* didapatkan hasil *p-value* sebesar 0.519 dan nilai tersebut diatas taraf kepercayaan *(α)* = 0.05, berarti Ho diterima, sehingga dapat diartikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

b. Tabel 5.41 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Kepercayaan Responden mengenai Perasaan Keseriusanyang Dirasakanterhadap Penyakit DBD

	Perasaan Keseriusan		Total
	Rendah	Tinggi	
Jumlah anggota keluarga > 7 orang	0 (00.0%)	1 (100.0%)	1 (100.0%)
Jumlah anggota keluarga 5 - 7 orang	9 (25.7%)	26 (74.3%)	35 (100.0%)
Jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang	14 (21.9%)	50 (78.1%)	64 (100.0%)
Total	23 (23.0%)	77 (77.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* – 0.757 (> 0.05)

Tabel 5.41 memperlihatkan bahwa persentase responden yang memiliki perasaan keseriusan rendah pada responden yang memiliki jumlah anggota keluarga 5-7 orang (25.7%) lebih besar dari persentase persepsi kerentanan rendah pada responden yang memiliki jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang (21.9%). Ada responden yang memiliki jumlah anggota keluarga > 7 orang , tetapi memiliki persepsi kerentanan tinggi. Hasil uji statistik *kendall's tau* didapatkan hasil *p-value* sebesar 0.757 dan nilai tersebut diatas taraf kepercayaan *(α)* = 0.05, berarti Ho diterima, sehingga dapat diartikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan kepercayaan responden mengenai keseriusan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

c. **Tabel 5.42 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Keuntungan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD**

	Aspek-Aspek Keuntungan		Total
	Rendah	Tinggi	
Jumlah anggota keluarga > 7 orang	1 (100.0%)	0 (00.0%)	1 (100.0%)
Jumlah anggota keluarga 5 - 7 orang	7 (20.0%)	28 (80.0%)	35 (100.0%)
Jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang	12 (42.2%)	52 (57.8%)	64 (100.0%)
Total	20 (20.0%)	80 (80.0%)	100 (100.0%)

α 0.05, *P-value* 0.577 (> 0.05)

Tabel 5.42 memperlihatkan bahwa persentase responden yang memiliki aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang memiliki jumlah anggota keluarga > 7 orang (100.0%) hampir duakali lebih besar dari persentase persepsi kerentanan rendah pada responden yang memiliki jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang (42.2%), serta limakali lebih besar dari presentase kerentanan rendah pada responden yang memiliki jumlah anggota keluarga 5-7 orang (20.0%). Hasil uji statistik *kendall's tau* didapatkan hasil *p-value* sebesar 0.577 dan nilai tersebut diatas taraf kepercayaan *(α)* 0.05, berarti Ho diterima, sehingga dapat diartikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan kepercayaan responden mengenai keuntungan yang dirasakan terhadap pencegahan Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

d. Tabel 5.43 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Penghalang yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Aspek-Aspek Penghalang		
	Tinggi	Rendah	Total
Jumlah anggota keluarga > 7 orang	1 (100.0%)	0 (00.0%)	1 (100.0%)
Jumlah anggota keluarga 5 - 7 orang	14 (40.0%)	21 (60.0%)	35 (100.0%)
Jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang	23 (35.9%)	41 (64.1%)	64 (100.0%)
Total	38 (38.0%)	62 (62.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 0.515 (> 0.05)

Tabel 5.43 memperlihatkan bahwa persentase responden yang memiliki aspek-aspek penghalang rendah pada responden yang memiliki jumlah anggota keluarga > 7 orang (100.0%) hampir duakali lebih besar dari persentase persepsi kerentanan rendah pada responden yang memiliki jumlah anggota keluarga 5-7 orang (40.0%), serta tigakali lebih besar dari presentase kerentanan rendah pada responden yang memiliki jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang (35.9%). Hasil uji statistik *kendall's tau* didapatkan hasil *p-value* sebesar 0.515 dan nilai tersebut diatas taraf kepercayaan *(α)* = 0.05, berarti Ho diterima, sehingga dapat diartikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan kepercayaan responden mengenai penghalang yang dirasakan terhadap pencegahan Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

Hasil uji *kendall's tau* hubungan antara jumlah anggota keluarga dan kepercayaan kesehatan adalah sebagai berikut :

No	Variabel Independen	Variabel Antara	P-Value	Keterangan Hubungan
1	Jumlah anggota keluarga	Kerentanan	0.519	Tidak signifikan
2	Jumlah anggota keluarga	Keseriusan	0.757	Tidak signifikan
3	Jumlah anggota keluarga	Keuntungan	0.577	Tidak signifikan
4	Jumlah anggota keluarga	Penghalang	0.515	Tidak signifikan

E. Hubungan antara pendapatan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.

a. Tabel 5.44 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Pendapatan dengan Kepercayaan Responden mengenai Persepsi Kerentanan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Persepsi Kerentanan		
	Rendah	Tinggi	Total
Pendapatan < Rp 1.000.000,-	19 (52.8%)	17 (47.2%)	36 (100.0%)
Pendapatan ≥ Rp 1.000.000,-	21 (32.8%)	43 (67.2%)	64 (100.0%)
Total	40 (40.0%)	60 (60.0%)	100 (100.0%)

α = 0.05, *P-value* = 0.052 (> 0.05)

Dari tabel 5.44 dapat dilihat bahwa persentase responden yang memiliki persepsi kerentanan rendah pada responden yang memiliki pendapatan < Rp 1.000.000,- (52.8%) lebih besar dari persentase persepsi kerentanan rendah pada responden yang memiliki Pendapatan ≥ Rp 1.000.000,- (32.8%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *kendall's tau* didapatkan hasil *p-value* = 0.052. Nilai tersebut berada diatas taraf kepercayaan *(α)* = 0.05, dengan demikian dapat diartikan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

b. Tabel 5.45 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Pendapatan dengan Kepercayaan Responden mengenai Perasaan Keseriusan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Perasaan Keseriusan		Total
	Rendah	Tinggi	
Pendapatan < Rp 1.000.000,-	6 (16.7%)	30 (83.3%)	36 (100.0%)
Pendapatan ≥ Rp 1.000.000,-	17 (26.6%)	47 (73.4%)	64 (100.0%)
Total	23 (23.0%)	77 (77.0%)	100 (100.0%)

α = 0.05, *P-value* = 0.261 (> 0.05)

Dari tabel 5.45 dapat dilihat bahwa persentase responden yang memiliki perasaan keseriusan rendah pada responden yang memiliki pendapatan < Rp 1.000.000,- (16.7%) lebih kecil dari persentase perasaan keseriusan rendah pada responden yang memiliki Pendapatan ≥ Rp 1.000.000,- (26.6%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *kendall's tau* didapatkan hasil *p-value* = 0.261. Nilai tersebut berada diatas taraf kepercayaan *(α)* = 0.05, dengan demikian dapat diartikan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan kepercayaan responden mengenai keseriusan yang dirasakan terhadap penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

c. Tabel 5.46 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Pendapatan dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Keuntungan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Aspek-Aspek Keuntungan		Total
	Rendah	Tinggi	
Pendapatan < Rp 1.000.000,-	8 (22.2%)	28 (77.8%)	36 (100.0%)
Pendapatan ≥ Rp 1.000.000,-	12 (18.8%)	52 (81.3%)	64 (100.0%)
Total	20 (20.0%)	80 (80.0%)	100 (100.0%)

α = 0.05, *P-value* = 0.678 (> 0.05)

Dari tabel 5.46 dapat dilihat bahwa persentase responden yang memiliki aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang memiliki pendapatan < Rp 1.000.000,- (22.2%) lebih besar dari persentase aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang memiliki Pendapatan ≥ Rp 1.000.000,- (18.8%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *kendall's tau* didapatkan hasil *p-value* = 0.678. Nilai tersebut berada diatas taraf kepercayaan *(α)* = 0.05, dengan demikian dapat diartikan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan kepercayaan responden mengenai keuntungan yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

d. Tabel 5.47 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Pendapatan dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Penghalang yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Persepsi Penghalang		
	Tinggi	Rendah	Total
Pendapatan < Rp 1.000.000,-	14 (38.9%)	22 (61.1%)	36 (100.0%)
Pendapatan ≥ Rp 1.000.000,-	24 (37.5%)	40 (62.5%)	64 (100.0%)
Total	38 (38.0%)	62 (62.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 0.891 (> 0.05)

Dari tabel 5.47 dapat dilihat bahwa persentase responden yang memiliki aspek-aspek penghalang rendah pada responden yang memiliki pendapatan < Rp 1.000.000,- (38.9%) lebih besar dari persentase aspek-aspek penghalang rendah pada responden yang memiliki Pendapatan ≥ Rp 1.000.000,- (37.5%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *kendall's tau* didapatkan hasil *p-value* = 0.891. Nilai tersebut berada diatas taraf kepercayaan *(α)* = 0.05, dengan demikian dapat diartikan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan kepercayaan responden mengenai penghalang

yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

Hasil uji *kendall's tau* hubungan antara pendapatan dan kepercayaan kesehatan adalah sebagai berikut :

No	Variabel Independen	Variabel Antara	P-Value	Keterangan Hubungan
1	Pendapatan	Kerentanan	0.052	Tidak signifikan
2	Pendapatan	Keseriusan	0.261	Tidak signifikan
3	Pendapatan	Keuntungan	0.678	Tidak signifikan
4	Pendapatan	Penghalang	0.891	Tidak signifikan

F. Hubungan antara *peer & reference groups* dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.

a. Tabel 5.48 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Antara *Peer & Reference Groups* dengan Kepercayaan Responden mengenai Persepsi Kerentanan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Persepsi Kerentanan		Total
	Rendah	Tinggi	
Tidak ada *peer & reference groups*	9 (60.0%)	6 (40.0%)	15 (100.0%)
Ada *peer & reference groups*	31 (36.5%)	54 (63.5%)	85 (100.0%)
Total	40 (40.0%)	60 (60.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 0.153 (> 0.05), χ^2 hitung = 2.042

Tabel 5.48 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki persepsi kerentanan rendah pada responden yang tidak memiliki *peer & reference groups* (60.0%) hampir duakali lebih besar daripada persentase persepsi kerentanan rendah pada responden yang memiliki *peer & reference groups* (36.5%). Setelah dilakukan analisis hubungan antara *peer & reference groups* dengan kepercayaan responden mengenai

kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit DBD, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai χ^2 hitung sebesar 2.042 dan nilai *p-value* sebesar 0.153 (> 0.05). Hal ini berarti Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05, tidak ada hubungan yang bermakna antara *peer & reference groups* dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

b. Tabel 5.49 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Antara *Peer & Reference Groups* dengan Kepercayaan Responden mengenai Perasaan Keseriusan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Perasaan Keseriusan		
	Rendah	Tinggi	Total
Tidak ada ***Peer & Reference Groups***	2 (13.3%)	13 (86.7%)	15 (100.0%)
Ada ***Peer & Reference Groups***	21 (24.7%)	64 (75.3%)	85 (100.0%)
Total	23 (23.0%)	77 (77.0%)	100 (100.0%)

α = 0.05, *P-value* = 0.527 (> 0.05), χ^2 hitung = 0.400

Tabel 5.49 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki perasaan keseriusan rendah pada responden yang memiliki *peer & reference groups* (24.7%) hampir duakali lebih besar daripada persentase perasaan keseriusan rendah pada responden yang tidak memiliki *peer & reference groups* (13.3%). Setelah dilakukan analisis hubungan antara *peer & reference groups* dengan kepercayaan responden mengenai keseriusan yang dirasakan terhadap penyakit DBD, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai χ^2 hitung sebesar 0.400 dan nilai *p-value* sebesar 0.527 (> 0.05). Hal ini berarti Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05, tidak ada hubungan yang bermakna antara *peer & reference*

groups dengan kepercayaan responden mengenai keseriusan yang dirasakan terhadap penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

c. **Tabel 5.50 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Antara *Peer & Reference Groups* dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Keuntungan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD**

	Aspek-Aspek Keuntungan		Total
	Rendah	Tinggi	
Tidak ada ***Peer & Reference Groups***	6 (40.0%)	9 (60.0%)	15 (100.0%)
Ada ***Peer & Reference Groups***	14 (16.5%)	71 (83.5%)	85 (100.0%)
Total	20 (20.0%)	80 (80.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 0.080 (> 0.05), χ^2 hitung = 3.064

Tabel 5.50 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang tidak memiliki *peer & reference groups* (40.0%) tigakali lebih besar daripada persentase aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang memiliki *peer & reference groups* (16.5%). Setelah dilakukan analisis hubungan antara *peer & reference groups* dengan kepercayaan responden mengenai keuntungan yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai χ^2 hitung sebesar 3.064 dan nilai *p-value* sebesar 0.080 (> 0.05). Hal ini berarti Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05, tidak ada hubungan yang bermakna antara *peer & reference groups* dengan kepercayaan responden mengenai keuntungan yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

d. Tabel 5.51 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Antara *Peer & Reference Groups* dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Penghalang yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Aspek-Aspek Penghalang		Total
	Tinggi	Rendah	
Tidak ada *Peer & Reference Groups*	7 (46.7%)	8 (53.3%)	15 (100.0%)
Ada *Peer & Reference Groups*	31 (36.5%)	54 (63.5%)	85 (100.0%)
Total	38 (38.0%)	62 (62.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 0.644 (> 0.05), χ^2 hitung = 0.213

Tabel 5.51 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki aspek-aspek penghalang rendah pada responden yang tidak memiliki *peer & reference groups* (46.7%) lebih besar dari persentase aspek-aspek penghalang rendah pada responden yang memiliki *peer & reference groups* (36.5%). Setelah dilakukan analisis hubungan antara *peer & reference groups* dengan kepercayaan responden mengenai penghalang yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai χ^2 hitung sebesar 0.213 dan nilai *p-value* sebesar 0.644 (> 0.05). Hal ini berarti Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05, tidak ada hubungan yang bermakna antara *peer & reference groups* dengan kepercayaan responden mengenai penghalang yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

Hasil uji *chi-square* hubungan antara orang/kelompok rujukan dan kepercayaan kesehatan adalah sebagai berikut :

No	Variabel Independen	Variabel Antara	P-Value	χ^2 Hitung	Keterangan Hubungan
1	Orang/kelompok rujukan	Kerentanan	0.153	2.042	Tidak signifikan
2	Orang/kelompok rujukan	Keseriusan	0.527	0.400	Tidak signifikan
3	Orang/kelompok rujukan	Keuntungan	0.080	3.064	Tidak signifikan
4	Orang/kelompok rujukan	Penghalang	0.644	0.213	Tidak signifikan

G. Hubungan antara pengalaman sebelumnya dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.

a. Tabel 5.52 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Antara Pengalaman Sebelumnya dengan Kepercayaan Responden mengenai Persepsi Kerentananyang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Persepsi Kerentanan		Total
	Rendah	Tinggi	
Tidak pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya	38 (42.7%)	51 (57.3%)	89 (100.0%)
Pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya	2 (18.2%)	9 (81.8%)	11 (100.0%)
Total	40 (40.0%)	60 (60.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 0.215 (> 0.05), χ^2 hitung = 1.536

Tabel 5.52 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki persepsi kerentanan rendah pada responden yang tidak pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya (42.7%) duakali lebih besar daripada persentase persepsi kerentanan rendah pada responden yang pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya (18.2%). Setelah dilakukan analisis hubungan antara pengalaman sebelumnya dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit DBD, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai χ^2 hitung sebesar 1.536 dan nilai *p-value* sebesar 0.215 (> 0.05). Hal ini berarti Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05, tidak ada hubungan yang bermakna antara pengalaman sebelumnya dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

b. Tabel 5.53 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Antara Pengalaman Sebelumnya dengan Kepercayaan Responden mengenai Perasaan Keseriusanyang Dirasakan terhadapPenyakit DBD

	Perasaan Keseriusan		Total
	Rendah	Tinggi	
Tidak pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya	19 (21.3%)	70 (78.7%)	89 (100.0%)
Pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya	4 (36.4%)	7 (63.6%)	11 (100.0%)
Total	23 (23.0%)	77 (77.0%)	100 (100.0%)

α 0.05, *P-value* - 0.461 (> 0.05), χ^2 hitung = 0.543

Tabel 5.53 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki perasaan keseriusan rendah pada responden yang tidak pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya (21.3%) lebih kecil dari persentase perasaan keseriusan rendah pada responden yang pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya (36.4%). Setelah dilakukan analisis hubungan antara pengalaman sebelumnya dengan kepercayaan responden mengenai keseriusan yang dirasakan terhadap penyakit DBD, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai χ^2 hitung sebesar 0.543 dan nilai *p-value* sebesar 0.461 (> 0.05). Hal ini berarti Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada taraf signifikansi *(α)* - 0.05, tidak ada hubungan yang bermakna antara pengalaman sebelumnya dengan kepercayaan responden mengenai keseriusan yang dirasakan terhadap penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

c. **Tabel 5.54 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Antara Pengalaman Sebelumnya dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Keuntungan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD**

	Aspek-Aspek Keuntungan		Total
	Rendah	Tinggi	
Tidak pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya	17 (19.1%)	72 (80.9%)	89 (100.0%)
Pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya	3 (27.3%)	8 (72.7%)	11 (100.0%)
Total	20 (20.0%)	80 (80.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 0.811 (> 0.05), χ^2 hitung = 0.057

Tabel 5.54 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang tidak pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya (19.1%) lebih kecil dari persentase aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya (27.3%). Setelah dilakukan analisis hubungan antara pengalaman sebelumnya dengan kepercayaan responden mengenai keuntungan yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai χ^2 hitung sebesar 0.057 dan nilai *p-value* sebesar 0.811 (> 0.05). Hal ini berarti Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05, tidak ada hubungan yang bermakna antara pengalaman sebelumnya dengan kepercayaan responden mengenai keuntungan yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

d. Tabel 5.55 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Antara Pengalaman Sebelumnya dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Penghalang yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Aspek-Aspek Penghalang		Total
	Tinggi	Rendah	
Tidak pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya	34 (38.2%)	55 (61.8%)	89 (100.0%)
Pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya	4 (36.4%)	7 (63.6%)	11 (100.0%)
Total	38 (38.0%)	62 (62.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 1.000 (> 0.05), χ^2 hitung = 0.000

Tabel 5.55 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki aspek-aspek penghalang rendah pada responden yang tidak pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya (38.2%) lebih besar dari persentase aspek-aspek penghalang rendah pada responden yang pernah mempunyai pengalaman terkena DBD sebelumnya (36.4%). Setelah dilakukan analisis hubungan antara pengalaman sebelumnya dengan kepercayaan responden mengenai penghalang yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai χ^2 hitung sebesar 0.000 dan nilai *p-value* sebesar 1.000 (> 0.05). Hal ini berarti Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada taraf signifikansi *(α)* = 0.05, tidak ada hubungan yang bermakna antara pengalaman sebelumnya dengan kepercayaan responden mengenai penghalang yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

Hasil uji *chi-square* hubungan antara pengalaman sebelumnya dan kepercayaan kesehatan adalah sebagai berikut :

No	Variabel Independen	Variabel Antara	P-Value	χ^2 Hitung	Keterangan Hubungan
1	Pengalaman sebelumnya	Kerentanan	0.215	1.536	Tidak signifikan
2	Pengalaman sebelumnya	Keseriusan	0.461	0.543	Tidak signifikan
3	Pengalaman sebelumnya	Keuntungan	0.811	0.057	Tidak signifikan
4	Pengalaman sebelumnya	Penghalang	1.000	0.000	Tidak signifikan

H. hubungan antara pengetahuan dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.

a. Tabel 5.56 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Pengetahuan dengan Kepercayaan Responden mengenai Persepsi Kerentanan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Persepsi Kerentanan		Total
	Rendah	Tinggi	
Pengetahuan kurang	20 (48.8%)	21 (51.2%)	41 (100.0%)
Pengetahuan baik	20 (33.9%)	39 (66.1%)	59 (100.0%)
Total	40 (40.0%)	60 (60.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 0.137 (> 0.05)

Tabel 5.56 memperlihatkan bahwa persentase responden yang memiliki persepsi kerentanan rendah pada responden yang mempunyai pengetahuan kurang (48.8%) lebih besar dari persentase persepsi kerentanan rendah pada responden yang mempunyai pengetahuan baik (33.9%). Hasil uji statistik *kendall's tau* didapatkan hasil *p-value* sebesar 0.137 dan nilai tersebut diatas taraf kepercayaan *(α)* = 0.05, berarti Ho diterima, sehingga dapat diartikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan

dengan kepercayaan responden mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang

b. Tabel 5.57 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Pengetahuan dengan Kepercayaan Responden mengenai Perasaan Keseriusan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD

	Perasaan Keseriusan		Total
	Rendah	Tinggi	
Pengetahuan kurang	20 (48.8%)	21 (51.2%)	41 (100.0%)
Pengetahuan baik	20 (33.9%)	39 (66.1%)	59 (100.0%)
Total	40 (40.0%)	60 (60.0%)	100 (100.0%)

α = 0.05, *P-value* = 0.033 (< 0.05), ada hubungan bermakna.

Tabel 5.57 memperlihatkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan kurang memiliki lebih besar perasaan keseriusan rendah (48.8%) daripada responden yang mempunyai pengetahuan baik (33.9%). Hasil uji statistik *kendall's tau* didapatkan hasil *p-value* sebesar 0.033 dan nilai tersebut dibawah taraf kepercayaan *(α)* = 0.05, berarti Ho ditolak, sehingga dapat diartikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepercayaan responden mengenai keseriusan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang. Hubungan ini mempunyai kekuatan hubungan yang lemah karena hanya memiliki nilai *correlation coefficient* = 0.214 ($\leq$ 0.5).

c. **Tabel 5.58 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Pengetahuan dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Keuntungan yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD**

	Aspek-Aspek Keuntungan		
	Rendah	Tinggi	Total
Pengetahuan kurang	11 (26.8%)	30 (73.2%)	41 (100.0%)
Pengetahuan baik	9 (15.3%)	50 (84.7%)	59 (100.0%)
Total	20 (20.0%)	80 (80.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 0.157 (> 0.05)

Tabel 5.58 memperlihatkan bahwa persentase responden yang memiliki aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang memiliki pengetahuan kurang (26.8%) lebih besar dari persentase aspek-aspek keuntungan rendah pada responden yang memiliki pengetahuan baik (15.3%). Hasil uji statistik *kendall's tau* didapatkan hasil *p-value* sebesar 0.157 dan nilai tersebut diatas taraf kepercayaan *(α)* -- 0.05, berarti Ho diterima, sehingga dapat diartikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepercayaan responden mengenai keuntungan yang dirasakan terhadap pencegahan Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang.

d. **Tabel 5.59 Hasil Uji *Kendall's Tau* Hubungan Antara Pengetahuan dengan Kepercayaan Responden mengenai Aspek-Aspek Penghalang yang Dirasakan terhadap Penyakit DBD**

	Aspek-Aspek Penghalang		
	Tinggi	Rendah	Total
Pengetahuan kurang	21 (51.2%)	20 (48.8%)	41 (100.0%)
Pengetahuan baik	17 (28.8%)	42 (71.2%)	59 (100.0%)
Total	38 (38.0%)	62 (62.0%)	100 (100.0%)

$\alpha = 0.05$, *P-value* = 0.024 (< 0.05), ada hubungan bermakna.

Tabel 5.59 memperlihatkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan kurang memiliki duakali lebih besar aspek-aspek penghalang tinggi (51.2%) daripada responden yang mempunyai pengetahuan baik (28.8%). Hasil uji statistik *kendall's tau* didapatkan hasil *p-value* sebesar 0.024 dan nilai tersebut dibawah taraf kepercayaan *(α)* = 0.05, berarti Ho ditolak, sehingga dapat diartikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepercayaan responden mengenai penghalang yang dirasakan terhadap pencegahan Penyakit DBD di Kelurahan Meteseh, Kota Semarang. Hubungan ini mempunyai kekuatan hubungan yang lemah karena hanya memiliki nilai *correlation coefficient* = 0.227 (≤ 0.5).

Hasil uji *kendall's tau* hubungan antara pengetahuan dan kepercayaan kesehatan adalah sebagai berikut :

No	Variabel Independen	Variabel Antara	P-Value	Keterangan Hubungan
1	Pengetahuan	Kerentanan	0.137	Tidak signifikan
2	Pengetahuan	Keseriusan	**0.033**	**signifikan**
3	Pengetahuan	Keuntungan	0.157	Tidak signifikan
4	Pengetahuan	Penghalang	**0.024**	**signifikan**

5.2.3 Analisis Multivariat

Hubungan antara karakteristik, faktor psikososial, pengetahuan dan kepercayaan kesehatan dengan praktik responden dalam upaya pencegahan Penyakit DBD

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan secara bersama-sama antara beberapa variabel berpengaruh *(independent)* dengan variabel terikat *(dependent)*. Analisis yang digunakan dengan analisis multivariat melalui regresi logistik ganda.

Tabel 5.60 Hasil Uji Regresi Logistik Ganda Hubungan Antara Karakteristik, Faktor Psikososial, Pengetahuan dan Kepercayaan Kesehatan dengan Praktik Responden dalam Upaya Pencegahan Penyakit DBD

Variabel	B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95.0% C.I for Exp (B)	
							Lower	Upper
Umur	- 0.313	0.637	0.242	1	0.623	0.731	0.210	2.546
Pendidikan	- 0.117	0.757	0.024	1	0.877	0.889	0.202	3.918
Pekerjaan	- 0.686	0.566	1.468	1	0.226	0.504	0.166	1.527
Jumlah ART	- 0.832	0.578	2.077	1	0.150	0.435	0.140	1.350
Pendapatan	0.852	0.556	2.347	1	0.126	2.344	0.788	6.974
Peers & reference groups	- 0.967	0.861	1.263	1	0.261	0.380	0.070	2.053
Pengalaman sebelumnya	0.393	0.897	0.192	1	0.661	1.481	0.255	8.596
Pengetahuan	1.273	0.559	5.184	1	0.023	3.570	1.194	10.677
Kerentanan	1.675	0.600	7.793	1	0.005	5.338	1.647	17.298
Keseriusan	1.732	0.673	6.618	1	0.010	5.652	1.511	21.148
Keuntungan	- 1.129	0.721	2.454	1	0.117	0.323	0.079	1.328
Penghalang	0.404	0 604	0.452	1	0.502	1.501	0.459	4.909
Constant	- 2.341	0.996	5.524	1	0.019	0.096		

Dari hasil uji statistik regresi logistik ganda diatas, didapatkan hasil variabel yang berpengaruh adalah yang terlihat pada tabel 5.61 berikut ini :

Tabel 5.61 Hasil Analisis Multivariat Antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen yang Akan Dijadikan Model

Variabel	B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95.0% C.I for Exp (B)	
							Lower	Upper
Pengetahuan	1.273	0.559	5.184	1	0.023	3.570	1.194	10.677
Kerentanan	1.675	0.600	7.793	1	0.005	5.338	1.647	17.298
Keseriusan	1.732	0.673	6.618	1	0.010	5.652	1.511	21.148
Constant	- 2.341	0.996	5.524	1	0.019	0.096		

Dari proses analisis multivariat diatas maka didapatkan variabel yang berhubungan secara signifikan terhadap praktik pencegahan Penyakit DBD, yaitu : pengetahuan mengenai Penyakit DBD (*p-value* = 0.023), persepsi kerentanan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD (*p-value* = 0.005), dan persepsi keseriusan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD (*p-value* = 0.010). Diantara ketiga variabel tersebut, kerentanan merupakan variabel yang paling dominan, karena memiliki nilai *p-value* paling kecil (0.005). Nilai odd rasio (OR) pada masing-masing variabel yang berpengaruh dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Pengetahuan

OR = exp (1.273) = 3.570. Artinya, probabilitas untuk tidak melakukan praktik pencegahan Penyakit DBD karena mempunyai pengetahuan yang kurang adalah 4 kali lebih besar daripada mempunyai pengetahuan yang baik.

2. Kerentanan

OR = exp (1.675) = 5.338. Artinya, probabilitas untuk tidak melakukan praktik pencegahan Penyakit DBD karena mempunyai persepsi kerentanan yang rendah adalah 5 kali lebih besar daripada mempunyai persepsi kerentanan yang tinggi.

3. Keseriusan

OR = exp (1.732) = (5.652). Artinya, probabilitas untuk tidak melakukan praktik pencegahan Penyakit DBD karena mempunyai persepsi keseriusan yang rendah adalah 6 kali lebih besar daripada mempunyai persepsi keseriusan yang tinggi.

Selanjutnya, model persamaan logistik dapat dijadikan dasar untuk memprediksi peluang terjadinya praktik pencegahan Penyakit DBD. Berdasarkan hasil perhitungan regresi logistik ganda diperoleh persamaan regresi sebagai berikut :

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{-\{(-2.341) + (1.273)\,(\text{pengetahuan}) + (1.675)(\text{kerentanan}) + (1.732)(\text{keseriusan})\}}}$$

dimana :

P (X) = Probabilitas untuk terjadinya praktik pencegahan Penyakit DBD

Pengetahuan = Pengetahuan mengenai Penyakit DBD

Kerentanan = Persepsi kerentanan terhadap Penyakit DBD

Keseriusan = Persepsi keseriusan terhadap Penyakit DBD

Kemudian dapat disimpulkan bahwa secara bersama-sama variabel pengetahuan, kerentanan dan keseriusan mempengaruhi praktik pencegahan Penyakit DBD. Apabila variabel tersebut dimasukkan dalam persamaan regresi logistik ganda, maka akan didapatkan hasil sebagai berikut :

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{-\{(-2.341) + (1.273)\,(1) + (1.675)(1) + (1.732)(1)\}}}$$

Keterangan :

a. Apabila kondisi variabel pengetahuan (baik), kerentanan (tinggi) dan keseriusan (tinggi), maka diperoleh probabilitas kejadian praktik responden dalam pencegahan Penyakit DBD sebesar 91.21% atau P(X) = 0.9121

b. Apabila kondisi variabel kerentanan (tinggi) dan keseriusan (tinggi), maka diperoleh probabilitas kejadian praktik responden dalam pencegahan Penyakit DBD sebesar 64.73% atau P(X) = 0.6473

c. Apabila hanya kondisi variabel kerentanan (tinggi) saja yang dipakai untuk memprediksi praktik pencegahan Penyakit DBD, maka diperoleh probabilitas kejadian praktik responden dalam pencegahan Penyakit DBD sebesar 33.94% atau P(X) = 0.3394

5.3 Analisis dan Hasil Penelitian Kualitatif

Berdasarkan cara kualitatif yang dilakukan untuk mendapatkan data tentang faktor kepercayaan, faktor sikap dan potensi masyarakat, maka dilakukan diskusi kelompok terarah (DKT) kepada istri/suami/anak responden dan wawancara mendalam (WM) dari sumber tokoh masyarakat/agama dan petugas kesehatan.

5.3.1 Deskripsi Hasil Analisis Kualitatif

a. Faktor kepercayaan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam (WM) terhadap 2 orang tokoh masyarakat (toma) / agama (toga), yaitu AB dan S mengenai kepercayaan terhadap Penyakit DBD, didapatkan hasil bahwa AB percaya jika Penyakit DBD menular, jika nyamuk yang sudah menggigit penderita kemudian menggigit orang yang mempunyai golongan darah sama dan kondisi badan dalam keadaan lemah. S mengatakan Penyakit DBD bisa menular, tapi tidak semua menular, hanya karena kebetulan siapa yang kena gigitan.

Kotak 1

(AB): "saya percaya...e..e..sebab dari gigitan nyamuk, nyamuk yang nggigit itu kemudian berpindah menggigit yang belum kena DB, akhirnya kena ... cepat menular... ada penelitiannya...kalo biasanya semacem punya golongan darah sama, kondisi yang ditularkan dalam kondisi lemah..."

(S) : "Bisa menular... tapi menurut saya ndak semua menular, tapi kok namanya demam itu ndak menular ya...tapi karena kecampuran obatnya dia (nyamuk) darah kita bercampur jadi cuman kebetulan siapa yang kena gigitan"

(WM : toma/toga

)

Kepercayaan mengkonsumsi jambu biji untuk upaya pencegahan Penyakit DBD ternyata dipercayai oleh AB, karena sudah pernah ada yang mencobanya dan berhasil, tetapi apabila kondisi penderita belum parah. Sedangkan S tidak mempercayai mengkonsumsi jambu biji bisa mencegah DBD, bahkan jambu biji bisa berbahaya bagi usus.

Kotak 2

(AB): " iya...saya dengar itu udah banyak yang mencoba dan yang sebagian besar banyak berhasil asal belum parah, kalo yang udah parah menurut pendapat saya ya agak berat itu bisa menyembuhkan.."

(S) : " ooh...*jambu klutuk* itu, kalo saya kok nggak begitu pas, kadang-kadang ada bijinya kalo dimakan bisa masuk usus...bisa membahayakan usus."

(WM : toma/toga)

Kepercayaan olahraga dan makan teratur dapat mencegah Penyakit DBD dipercayai oleh AB, dengan syarat lingkungan disekitarnya tetap terpelihara kebersihannya. S mengatakan kalau sering berolahraga memang menyebabkan jarang terkena penyakit, namun makan yang teratur belum tentu mencegah penyakit, karena hal itu tergantung kebiasaan yang ada dimasyarakat. AB dan S sepakat bahwa dengan menjaga kebersihan lingkungan, maka membantu orang lain untuk tidak terkena DBD.

Kotak 3

(AB) : "... Saya tidak percaya sepenuhnya, karena begini ..... Olahraga cukup. Makan teratur, gizi cukup tapi.....kalo lingkungan tidak mendukung nyamuk itu bisa menyerang soalnya, bisa saja saat itu kondisinya agak lemah, bisa diserang dan bisa terjangkit tapi tidak hanya itu ..."

(S) : "... saya ndak pernah naik sepeda, saya akui saya sampai tua ini jarang sakit, ya sering olahraga iya. Makanan orang begini makan seadanya... "

(AB) : " e...seperti yang telah saya katakan dimulai dari rumah masing-masing diri ya, kalolah masing-masing rumah sudah membersihkan dengan sendirinya akan menunjang antara satu dengan yang lain, ada keterikatan tapi biasanya kalo yang dibersihkan satu yang lain tidak saya kira e....tidak menunjang..."

(S) : " iya percaya , kalo rumah kita bersih otomatis bebas dari nyamuk ..."

(WM : toma/toga)

Hubungan antara pencegahan Penyakit DBD dengan ajaran agama (berdoa supaya tidak sakit, mematuhi nasehat ustad/kyai), mendapat respon positif dari AB dan S. Menurut AB, Islam (agama) mengajarkan untuk selalu menjaga kebersihan, berdoa supaya terhindar dari penyakit dan tidak tidur pada jam-jam bekerja. Biasanya selalu ada nasehat-nasehat tersebut dari ustad/kyai, sehingga mereka patuh. Menurut AB, akan lebih baik lagi jika ustad/kyai memberikan penyuluhan tentang DBD. S mengatakan ajaran agama islam sangat berhubungan dengan kebersihan seperti wudhu dan membersihkan pakaian kalau mau ibadah. Apabila ustad/kyai memberi nasehat sesuai syariat harus dipatuhi. AB mengatakan bahwa kondisi daerah yang aman dari Penyakit DBD tetap perlu diwaspadai, sedangkan S lebih percaya bahwa Penyakit DBD belum terlalu berbahaya bagi dirinya dan masyarakat.

Kotak 4

(AB) : " Saya katakan iya...kalo masyarakat betul-betul melaksanakan atau melihat ustad/kyai begitu kalo betul-betul melaksanakan itu sangat menunjang sekali untuk tidak terjangkitnya DB. Sebab apa ... yang pertama" Kebersihan merupakan sebagian dari iman", yang kedua ada e..e..ada saat nyamuk itu bisa mudah menggigit dan mudah menular kira-kira dari antara jam 9 ampai 10 pagi.Islam e..e...tidak pernah menganjurkan jam-jam itu untuk tidur... Ketiga , e...Islam sendiri mengajarkan kita selalu berdoa agar kita dijauhkan dari segala penyakit ataupun dari marabahaya... e..e...diharapkan ustad/kyai bisa memberikan satu penyuluhan dimana bahwa kebersihan lingkungan itu perlu..."

(S) : " ... kita sebagai seorang Islam banyak menyangkut di bidang kesehatan, misalnya pertama pagi wudhu dalam rangka kebersihan badan ... seimbang "kebersihan sebagian dari iman" pakaian bersih, ibadah itu kan ada ..."

(AB) : " ... Kalo merasa aman tidak artinya namanya penyakit itu, tidak bisa dikatakan steril dari penyakit ini, ya dijamin tidak akan seperti itu, menurut saya tidak kita tetep waspada dengan penyakit ini..."

(S) : " ... selama saya disini kurang lebih 10 tahun kok 2 tahun yang lalu baru ada kejadian dua kali tapi yang diserang parah itu baru satu belum sampai membahayakan..tidak sampai meninggal.."

(WM : toma/toga)

b. Faktor sikap

Berdasarkan hasil diskusi kelompok terarah (DKT) terhadap istri dan suami responden kuantitatif yang berjumlah 8 orang, didapatkan hasil bahwa sebagian besar peserta diskusi tidak sependapat bahwa makan makanan bergizi dan pemeriksaan kesehatan secara rutin dapat mencegah Penyakit DBD.

Kotak 5

(NS) :" ... tidak setuju, misalkan kita makan yang bergizi ya mas, tapi penanggulangan nyamuk itu bukan dilihat dari makanan yang dikonsumsi ..."
(NB) :" ... penyakit kan nggak tentu kalo ada penyakit itu kan yang nularkan lewat nyamuk kita tetep nyamuk nggigit kita bisa kena DB ..."
(NM) :" ... kalo saya, nggak tentu. Bisa iya.... bisa tidak...kan nyamuk selalu ada..."
(NH) :" ... kalo saya *ndak* dijamin, dalam perjalanan ndak tahu ternyata ada nyamuk yang nggigit, ternyata digigit sekali kena sakit itu kan takdir.."
(BS) :" ... *ndak* yakin, karena itu yang nampak seolah-olah seperti *bola salju*, apa yang tampak itu tidak kelihatan dalam jumlah banyak..."
(NT) :" ... seperti BS tidak yakin, kita kan *ndak* tahu datangnya ...kebanyakan di sekolahan.."

(DKT : istri dan suami)

Para peserta percaya bahwa Penyakit DBD merupakan penyakit yang berbahaya, tetapi *nongkrong/cangkrukan* disore hari menurut mereka tidak berbahaya dan menyenangkan, serta tidak berisiko tergigit nyamuk Aedes Agypty. Mereka berpendapat bahwa dekat/bergaul dengan orang yang terkena DBD, tidak akan berisiko terkena DBD.

Kotak 6

(NS) : "... menular, iya berbahaya karena dia bisa meninggal.."
(NH) : "... menular lewat nyamuk, karena itu bisa sangat berbahaya.."
(NH) : "... kalo sore, baik. Kalo malam hari mungkin kita nongkrong ditempat *padang* itu terang, ramai nyamuk kan takut kesana, nyamuk itu di dalem yo..*mas*, ya ndak apa-apa baik-baik aja.."
(IS) : "... kebetulan kegiatan saya itu ya sore, arisan sore, keluarnya sore, kalo sore berbahaya ya ndak keluar rumah.."

(BS) : "... yang berkaitan DB ya, itu saya pikir nggak ada untuk penyebarannya dibukit seperti itu.."
(NB) : "... kita kan, *ndak* tahu nyamuk mana yang gigit.."
(NR) : "... *ndak* ya, itu kan yang nularkan kan nyamuk.."
(NS) : "... tidaklah, nyamuk itu kan jangkauan terbangnya kan terbatas.."
(NH) : "... saya ndak setuju pak, satu rumah saya , anak saya kena DB saya *ndak* kena kok..."

(DKT : istri/suami)

Semua peserta menyatakan tidak keberatan untuk menolong apabila ada tetangga yang sakit DBD. Mereka juga prihatin jika melihat ada tetangga yang sering terkena DBD. Sebagian besar informan tidak keberatan untuk melakukan kerja bakti supaya bebas dari sarang nyamuk. Semua peserta bisa berpartisipasi dalam pemberantasan Penyakit DBD, tanpa dihalangi oleh keluarganya.

Kotak 7

(NH) : "... iya prihatin, orang yang kena DB belum tentu orangnya yang kurang perhatian dengan lingkungannya.."
(NT) : "... prihatin, mungkin dia kena DB karena tergigit penyakit di sekolah atau dikebun.."
(BS) : "... tidak, kita hidup..kan..bertetangga ya harus menolonglah dan membantunya sesuatu saat mereka butuh bantuan kita.."
(NS) : "... tidak, ya kita berusaha untuk menolong
(NH) : "... iya sukalah kalo tetangga ada yang minta tolong..ya..kita harus menolongnya
(BS) : "... tidak, bagus sekali..*mas*..kalo kita rutin kerja bakti..kan disana banyak tempat nyamuk terutama rumput-rumput yang rimbun jadinya sebulan sekali disini rutin ada kerja bakti.."
(IS) : "... tidak, orang disini dibayar tiap bulan, dulu *dawis* rutin ada kerja bakti, sekarang udah ngga turun ...bapak-bapaknya yang rutin sekarang.."
(NR) : "... tidak, saya akan ikut *bareng-bareng* masyarakat memberantas DB.."
(NM) : "..: tidak, semua itu..kan demi kesehatan bersama..ya ikut berpartisipasi apalagi kalo ada kerja bakti.."
(NB) : "... *ndak*, DB dapat diberantas dengan bersama-sama.."

(DKT : istri/suami)

Semua informan setuju bahwa agama menganjurkan hidup bersih dan sehat, tetapi informan tidak pernah membersihkan TPQ (Tempat Pendidikan Al-Qur'an) dan masjid, karena sudah ada petugasnya. Sebagian besar informan percaya adanya takdir, tapi harus ada usaha terlebih dahulu dalam hal Pencegahan Penyakit DBD.

Kotak 8

(BS) : "...iya setuju, dalam agama juga disampaikan bersih itu indah, kebersihan sebagian dari iman.."
(IS) : "...jelas setuju saya,karena kebersihan dan kesehatan itu kan berawal dari pribadi masing-masing.."
(NR) : "...setuju, karena biar kita sehat dan terhindar dari penyakit kita kan harus menjaga kebersihan dan kesehatan dan sukarela.."
(NM): "...tidak pernah, karena di masjid itu ada takmir masjid yang akan membersihan masjid dan TPQ.."
(NH) : "...kalo disekolah itu udah ada orangnya, kadang kepala yayasan yang bersih-bersih sendiri bahkan sampai memotong rumput.."
(IS) : "...dalam agama bersih itu indah, iya selalu berdoa agar pribadi kita, keluarga kita akan terhindar dari penyakit terutama DB.."
(BS) : "...Kalo saya takdir itu memang ada, cuman takdir itu kan urusan Tuhan, masalahnya *begini oke aku siki rak duwe duit* mungkin takdir itu bisa tapi tugas kita sebagai manusia hubungannya dengan DB..ya pencegahannya kalo ndak punya uang ya berusaha , DB itu ada jadi tugas kita kan tetap berusaha.."
(NH) : "...sebelum ada takdir itu kan kita berusaha, salah satunya dengan menjaga lingkungan.."
(NT) : "...kalo udah berusaha optimal itu baru takdir.."
(NR) : "...kita serahkan, udah *diresiki* tapi kita kena sakit DB mungkin itu takdir tadi.."

(DKT : istri/suami)

Semua informan merasa tidak repot apabila membersihkan tempat penampungan air (TPA) seminggu sekali, karena sumber air lancar. Semua informan selalu membersihkan ruangan-ruangan dalam rumah supaya tidak lembab,kotor dan gelap. Para peserta berbeda pendapat mengenai menggantungkan baju habis pakai.

Kotak 9

(NR) : "...ndak merepotkan , kalo disini air mengalirnya kan dua hari sekali jadi sebelum seminggu tempat itu udah dibersihkan.."
(NM): "...tidak merepotkan,kalo saya rutin mengurus penampungan itu seminggu sekali"
(NH) : "...iya apalagi di tempat-tempat yang gelap kayak di kolong – kolong meja, almari , tempat tidur apalagi diatap kalo udah kelihatan ada *sawangnya...*"
(NT) : "...iya, kalo saya tiap pagi selalu membersihkan ruangan-ruangan di rumah.."
(NS) : "...iya harus..*tho*,..kan biar bersih enak dipandang dan untuk kesehatan itu perlu dilakukan masing-masing individu..."
(NH) : "...tidak, karena itu yang menyebabkan sarang nyamuk dalam arti kita sering cuci baju itu..."
(NR) : "...iya kadang-kadang gantungnya tidak lama..."
(NT) : "...tergantung lama gantungnya ya, nyamuk kelurnya malam, kalo bersih ndak ada nyamuk, jadi nyamuk cari tempat gantungan yang gelap-gelap.."
(NS) : "...enak kan, efektif praktis, tapi tempat yang terbuka sinarnya cukup..."
(NB) : "...iya karena banyak kegiatan, kalo udah ada yang bersihkan jadi nunggu banyak dulu..."

(DKT : istri/suami)

c. Potensi masyarakat

Berdasarkan hasil wawancara mendalam (WM) terhadap 2 orang petugas dari puskesmas dan dinas kesehatan yaitu Z dan W mengenai potensi masyarakat berkaitan dengan pencegahan Penyakit DBD, didapatkan hasil bahwa semua informan sudah bekerja dibidangnya lebih dari 4 tahun. Z mengatakan, secara umum karakteristik masyarakat masih berbudaya paternalistik dan tradisional. Perilaku masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan masih kurang baik. Namun, budaya kekerabatan/kekeluargaan dan kebersamaan masih tinggi.

Kotak 10

(Z) : "...Saya bertugas disini sejak tahun 2001..."
(W) : "...Saya bekerja disini sejak tahun 1997..."
(Z) : "...petani sebagian besar petani terus buruh-buruh bangunan... interaksinya disana itu baru istilahnya kekeluargaan, kalau disana itu bagus gitu, istilahnya kalo punya kerja atau apa disana itu bagus... berkaitan dengan pendidikannya itu masih sulit untuk mencerna karena masih rendah...antisipasi dan motivasi kemasyarakat juga sulit gitu loh.. kadang tuh dibilang kaya anak-anak ya, itu memangnya dia

DB, kan ya mamang itu kayak anak gejalanya kadangkan ada yang panas, kalo masyarakat disitu istilahnya kalo panas kayaknya mau diare, tumbuh gigi oh.. itu yang pendek-pendek giu lho, jadi kita itu..."""

(W) : "...Saya kira pendidikan pun tidak menjamin ,justru kadang-kadang kepala kelurahan,camat, ya... bukannya kenal dia sendiri belum bisa menerima PSN, 3M jadi dia mintanya semprot... aja..."

(Z) : "...Ya disini tuh perilakunya masih sangat minim ya, jadi kadang kita umpamanya kayak posyandu. Nah..mana umpamanya kaya sebangsa imunisasi DBT dia kan panas yach, kan masyarakat sana itu beranggapan kalo kita itu selalu menyakiti, wong namanya disuntik itu panaskan berarti baik, kadangkan itu memang proses dari vaksinnya itu emang kalo DBT kan panas gitu, tapi setelah itu kan kita kasih turun panas gitu lho..."

(Z) : "...Iya masih kaya Kebun Taman (nama desa) itu padahal disitu tuh dulu banyak balitanya, tapi belum tentu itu semua mau disuntik, di imunisasi, katanya itu gak boleh sama bapaknya, soalnya kalo disuntik itu panas. kok ini kadang-kadang ibu-ibu kader juga sudah kasih tau ya, maksudnya kan orang itu lebih dekat kemasyarakat yach, tapi ternyata belum begitu mencapai gitu lho. Walaupun *mbo*k juga kita pendekatan sama tokoh masyarakatnya.."

(W) : "...masyarakat masih *fogging minded*...Peran serta untuk PSN nya kurang, terus kita punya petugas pemantau sendiri. Tahun kemaren itu 1 petugas pemantau itu rata-rata 4 kelurahan, hasilnya belum sesuai yang kita harapkan..."

(WM : petugas kesehatan)

Pandangan petugas kesehatan terhadap Penyakit DBD adalah masih menjadi penyakit yang berbahaya, apalagi dengan adanya resistensi terhadap obat pembasmi serangga, perubahan gejala-gejala dan kejadian-kejadian khas lainnya. Partisipasi masyarakat dalam pencegahan Penyakit DBD masih kecil/kurang, sehingga perlu trobosan-trobosan, seperti pemeriksaan jentik berkala (PJB) anak sekolah, dasawisma, dan petugas khusus PJB (TPJ/Tugas pemantau jentik).

Kotak 11

(W) : "...kasus tahun 2003 atau 2004 sempat *outbreak* tahun 1998, 2004 ternyata juga *outbreak* lagi...Bukan jenisnya, em.... jadi nyamuk ini resisten terhadap insektisida apa gitu...grit 1 dan 2 nya gak muncul, langsung munculnya..3, masuk rumah sakit itu 3.. hari pertama trombositnya baik, hari ke 2=100, hari ke 3=38 hari ke 4=35 nah itu..."

(W) : "...Seperti ini di Baru sari, satu RT ada 2 meninggal, karena sudah ada 2 dalam 1 RT, sudah masuk kriteria untuk di foging. Kita sudah foging 2x ya.. dengan mmh... siklus 1 minggu, 2x habis itu ada lagi meninggal ya dalam 1 RT itu. Saya juga heran...ya mungkin nyamuknya sudah resisten terhadap insektisidanya.. ya.. mungkin kalo dia *ngga* PSN kan nantinya nyamuk itu muncul lagi ya,tapi waktunya itu *lho*... kok deket, ga ada 1 minggu itu sudah ada lagi..."

(W) : "jangan-jangan nyamuknya udah resisten dengan Malation atau dengan losband tapi kalo dengan Malation itu pernah tahun 1990 pernah resisten kita, tapi dah lama gitu ya, terus kita mulai lagi itu belum ada 3 tahunan ya 2 tahunan kita pakai Malation dari 2004 ya 2004, 2005 saya pake Malation, jadi sesudah resisten itu saya pakainya Losband 1998 itu. Saya belum tau nih hasilnya dari BVRP sana juga gimana hasilnya. Saya ambil di Sendang Mulyo sama di Kali Pancur..."

(Z) : "..yang saya temukan selama ini ya, sebangsa DBD itu kebetulan memang terutama dari masyarakat..ya disini rata-rata pendidikannya menengah kebawah, jangankan DBD untuk TB juga begitu, jadi istilahnya untuk kesadaran memanfaatkan pelayanan kesehatan disini tuh kurang gitu lho. Juga sebagai petugas dari sini ya kurang begitu aktif ya..."

(Z) : "untuk partisipasi... kayaknya, untuk ini ya masih minim banget ya..."

(W) : "Petugas TPJ itu...bukan pegawai negeri dan umurnya masih dibawah 50 tahun, minimal lulusan SMA, mau bekerja selama satu tahun untuk bantuan kemarin... ehh... kader bisa atau petugas puskesmas yang masih honorer, jadi kalo kemaren kendala kita kan waktunya mepet saya diminta untuk mengirim petugas sekian orang ke Gombong...sehingga merekrut seadanya.."

(WM :petugas kesehatan)

Menurut W dan Z, potensi yang ada cukup besar untuk dikembangkan, namun butuh dukungan secara luas dari masyarakat dan khususnya pemerintah kota. Namun kendala-kendala yang ada juga membutuhkan penyelesaian secara tuntas. Perlu terobosan-terobosan kegiatan yang aplikatif di tingkat masyarakat, serta dituntut menciptakan strategi dan kebijakan cerdik yang sesuai dengan situasi-kondisi yang ada.

Kotak 12

(W) : "...Ya peran serta masyarakat kurang dalam PSN, acuh mereka...."

(W) : "...Ya termasuk kemarin '*resik-resik kuto*' itu sebenernya sudah bagus dan PSN nya ini di kecamatannya dilombakan. '*Resik-resik kuto*' kan salah satunya kan PSN, mau dimasukin *fogging* oleh aksi promo itu..."

(W) : "pak tujuan dari resik-resik kota itu ada untuk penghargaan adipura, ada kita menggerakkan untuk PSN. Kenapa masyarakat misal sudah sadar PSN kok mau dimasukin foging, itu permintaan camat-camat dan lurah-lurah saya tetap *ngotot dan ngeyel* (memaksa) dengan *pak Wido*... sayang pak kalo nanti foging masuk kesitu biar aja,biar aja PSN..."

(W) : "... Ya itukan ada namanya foging (PSN) sebelum musim penularan, jadi sebelum musim penularan...ya itu disemprot, itu namanya *foging massal*..."

(W) : "...Kalau agen foging swasta...lumayan banyak ada sekitar 12-15 agen, kadang-kadang ini ya saya nggak tahu ya sekarang 12 nanti bulan berikutnya masa berlakunya sudah selesai, *ndak* di daftar lagi..."

(W) : "...strateginya, e... dari dinkes sendiri, lebih menyarankan ke PSN nya...strategi 'mempopulerkan' untuk PSN itu... yang jelas kita punya ujung tombak, puskesmas harus selalu sosialiasi PSN, 3 M mungkin melalui *person*, bisa melalui posyandu itu...saya terus terang ada pertemuan kader, saya masuk kesana, saya memberikan penyuluhan terus e...seperti petugas pemantau jentik, mereka disamping memantau melihat jentik-jentik dia juga memberi penyuluhan. Tuntutan kita secara kelompok, tapi otomatis kalau dia menemukan jentik..kan dia langsung ngomong *Bu*, atau *Pak*, *Mba*, *Mas* ini ada *uget-ugetnya* ini harus dikuras. Itukan juga sudah termasuk penyuluhan kan. Tapi itu secara perorangan tapi kita petugas pemantau jentik itu memang kita minta dia penyuluhan secara kelompok. Entah itu Dasawisma entah itu di RT atau RW itu ada yang dilaporkan setiap bulan..."

(W) : "... ya tugas pemantau, makanya dicari pendidikan minimal SMU ,SI juga *nggak* kurang banyak, saya merekrut SKM-SKM lulusan Unimus(salahsatu universitas swasta di Semarang) karena banyak puskesmas yang mencari kader sulit, lulusan-lulusan Unimus yang menganggur, dia minta kerjaan saya suruh *metoki* (meminta) kepala puskesmas...karena seperti tahun kemarin kita evaluasi mereka yang SKM-SKM itu hasilnya baik."

(WM : petugas kesehatan)

Kerjasama juga digalang Dinas Kesehatan Kota Semarang dengan beberapa pihak terkait, seperti dasa wisma (Dawis), LSM, sekolah-sekolah, dinas-dinas lain.

Kotak 13

(W) : "...Dulu kita ada namanya '*piket bergilir Dasawisma*', ya kita kerjasama dengan *rotari club* itu sulit dievaluasi karena pihak rotarian sendiri seperti supervisornya itu jarang turun. Nah mana saya bisa minta laporan –laporan itu seharusnya. Supervisor rotariannya itu kan melihat sendiri itu laporan dibuat atau *ndak*, kemana-mana, puskesmas sendiri karena format laporannya itu desainnya dari rotari...kita ngikuti aja gitu. Trus *dioyak-oyak* ada yang jalan ada yang gak. Sebetulnya konsepnya itu sudah dari rotari. Jadi dia ...ini saya cerita sedikit ya! *Piket bergilir Dasawisma*. Eh... Dasawisma itu singkatan. Dasa itu 10 Wisma rumah jadi 10 rumah jadi dari Dasawisma ini, misalnya itu dari Dasawisma A minggu kemarin ia masuk dari rumah kerumah 10 rumah mencatat ada jentik atau tidak..."

(W) : "...Ya... sembilan rumah lain termasuk dia juga tetap harus dipantau juga ya. Minggu berikutnya ibu Dasawisma ini gantian keliling terus seterusnya ini seminggu sekali lho tidak setiap hari. Jadi ibu Dasawisma keliling 10 rumah. Kalau kita hitung satu ibu Dawis itu totalnya kelilingnya 2,5 bulan sekali, itupun banyak yang *gak jalan*... Kita disain *matur* supervisornya, rotariannya dan itu tanpa stimulan sama sekali..lah itu...selain faktor itu..ya..mungkin kurang pemantauannya ya, kurang supervisinya ya... "

(W) : "...trus saya sekarang juga PSN anak sekolah, karena saya lihat di Cirebon itu berhasil, kalau piket bergilir Dasawisma itu di Purwokerto berhasil, terus PSN anak sekolah di Cirebon berhasil ini di Semarang sulit ya..kota besar bagaimana? Di Semarang PSN anak-anak sekolah juga *hidup tak segan mati tak mau*..."

(W) : "...Anak sekolah tu gini ya! Jadi mungkin advokasi bebas jentiknya sulit ya karena satu sekolah itukan kadang-kadang siswanya dari beberapa daerah, dan beberapa kelurahan jadi kita harapkan disekolah sudah ada UKS, kan piket toh itu SD tidak mungkin, kelas 1 SD kalo disuruh *nyenterin* (mensenter TPA)...tapi dia bisa bilang kepada bapak, ibu, mas, pembantunya, *aku intuk tugas iki jum,at* harus nyenterin tempat penampungan air bersih. Mungkin ia minta tolong ke ibunya itukan suatu apa... moment yang bagus untuk mengingatkan orang tua atau lingkungan keluarganya, hari sabtunya mereka melaporkan pada guru kelasnya dengan sudah ditandatangani orang tua murid.itu ada formatnya PSN anak sekolah mencontoh format PMT AS. kemudian tiap 10 kelas itu merekap untuk dilaporkan ke kepala sekolah, kepsek merekap dari kelas 1-6 nanti kepsek menugaskan kepada siapa guru UKS atau siapa saya gak tau ya! Terus dari sekolah itu melapor 1 bulan sekali bukan seminggu, memantaunya seminggu 1x tapi melaporkan 1 bulan sekali ke kantor cabang dinas pendidikan kecamatan-nah dari puskesmas mengambil ke kantor Cabang dinas itu. Puskesmas dilaporkan ke kita. Jadi sementara ini memang puskesmas harus merekap, ya! Kita bawa kesini tapi puskesmas belum kita tugasi *tuk* menganalisa..tapi kemarin saya sudah ngomong-ngomong sama pak Wido kalo Cuma merekap di puskesmas *enteng toh*

gaweane, harusnya kan puskesmas itu sudah bisa mengolah, menganalisa data itu, itupun tidak ada honor untuk puskesmas maupun untuk sekolah tapi saya berusaha format dipersiapkan khusus untuk murid, c...format untuk murid itu menggunakan buku tulis, karena kita gak mampu menyediakan buku tulis untuk sejumlah siswa SD di kota Semarang, saya hanya mampu menyediakan rekap guru kelas, rekap kepala sekolah kemudian rekap puskesmas.."

(W) : "..... yang jalan lumayan..meskipun tidak sampai 50%..ya lumayan lah, kan makanya saya pokoknya gigih tetep terus tiap tahun saya usulkan terus, itu ada stimulan setahun hanya dapat 2 kali kalo kemarin 10 stimulan untuk guru maupun puskesmas setahun 2x perkalinya hanya 14 ribu jadi ya gak seberapa, tapi itu saya anggap bukan honor tapi stimulan saja..."

(WM : petugas kesehatan)

Penggalangan bantuan ke LSM-LSM baru pada tahap persiapan, sedangkan pengembangan PJB melalui pegawai pemerintah Kota Semarang tidak/belum mendapat persetujuan.

Kotak 14

(W) : "...oh...iya itu ada usulan lagi, tapi tidak disetujui. Saya pak Wido sudah rembuk, sudah *mateng matur* kepala dinas tidak menyetujui, kenapa e... kita itu dapat tugas untuk e... K3 kalo gak salah... apa anu ya itu sama itu juga jalan-jalan rame itulah semua pejabat struktural di kenakan, bagaimana ini kalau karyawan-karyawati pemkot semarang juga kita kenakan untuk PSN dirumah masing-masing ya... toh trus melaporkan kepada atasannya... tidak disetujui oleh kepala dinas konsepnya sudah jadi secara tertulis, yang nyusun saya pak Wido, maju kepala dinas tidak disetujui...*Urung saate gitu*, yah ...sudah. kenapa dinas perhubungan bisa seperti ini, dinas kebersihan bisa e... pejabat struktural semua dikenakan toh..."

(W) : "...Ndak sebetulnya karena kepala dines sebelumnya juga deket dengan pejabat walikota, diakan juga *press release* DB riilnya itu sama *pak Kadarusman* (Sekda), trus ini *resik-resik kuto* PSN dimasukkan.trus dilombakan, kecamatan dimanan kelurahan, e...kecamatan itu kelurahan endemisnya berapa ya..toh.. terus angka kesakitannya yang terendah masuk juara 1 jadi misalnya... kalau yang non endemis..ya itu ada nanti kalau mau *diperiksani* ada...jadi saya membuat kecamatan dengan juga kelurahan yang endemis berapa, trus angka kesakitannya yang terendah mana! Ada 8 kriteria kalau ga salah..."""

(W) : "...Terus jadi saya lanjutkan *PSNe*, Dasawisma sudah anak sekolah sudah terus saya pernah gerakin PSN massal seluruh kota Semarang surat edarannya dari walikota kepada camat, lurah RT,RW serentak pada hari minggu kalau gak salah tgl 4 januari, terus yang supervisi kita-kita dari dinas kesehatan. Pejabat struktural beserta pejabat yang ada di subdin P2P dan PMKL yang terlibat seperti itu. Itu ya... ada yang suratnya belum sampai ke RT-RW ada yang suratnya belum sampai ke kelurahan ada yang sudah sampai kekelurahan, tapi belum ditindak lanjuti..."

(W) : "...kalau penyuluhan sudah ibaratnya kita ngomong sudah sampai *merem ke ngerungukke mlebu kuping nganan mettu kuping kiwo*..."

(W) : "...E... kemarin kita sudah membuat edaran yang tandatangan walikota agar menggerakkan kembali Pokja DBD baik ditingkat lurah namanya pokja, kecamatan Pokjana DBD agar diaktifkan kembali karena disitu kelompok kerja itu yang merupakan e... tim atau tempat memecahkan segala sesuatu masalah yang ada. Ada kaitannya dengan demam berdarah selama ini kan gak, gak jalan memang gak ada dananya . kitapun yang di Dati 2 gak ada dana. Kita sudah berusaha kita udah usulkan keperubahan anggaran juga gak bisa, meskipun kalau pokja atau pokjana itu jalan kan...ya.. kemarin sudah suratnya dan harus membuat laporan ke DKK ya sampai sekarang ya cuman 1,2 yang membuat laporan ke dinas, sebetulnya sudah punya SK-nya semua, hampir semualah..."

(WM : petugas kesehatan)

Beberapa kendala yang terjadi juga ternyata karena berhubungan dengan sumber daya manusianya, yang masih kekurangan dalam banyak hal. Meskipun demikian, beberapa potensi lokal muncul dalam wawancara mendalam.

Kotak 15

(Z) : "...Iya, pola pemikiran masyarakat sini masih kaya gitu...ya disini tuh perilakunya masih sangat minim ya... keterbatasan tenaga yang bisa masyarakat sini kebanyakan menengah kebawah ya pendidikan juga, ya... jaranglah lulusan SMA keatas...sampai kita juga menyadari emang istilahnya pendidikan orang itu kan ya.. minim jadi untuk mengingat-ingat ini program yang sudah pernah kita laksanakan itu, memang ya pas kita kesana ya nanggap gitu..."

(Z) : "... Ya mungkin dari faktor pekerjaan bisa penghasilan ya, karena dilihat dari penghasilan minim ya! Penghasilan cuman sedikit istilahnya cukup makan saja kurang ya, gimana orang itu mau memanfaatkan sarana kesehatan yan ada disini...disamping juga ada masalah budaya seperti tadi masalah yang *enteng-entengi* itu"

(Z) : "...Cuma kalau diperumahan itu istilahnya kan e....untuk menyampaikan kalau ada penyuluhan gitu yah... e...sangat-sangat sulit. Karena perumahan itu kan otomatis orang itu suami istri tuh kerja gitu loh. Jadi e... umpamanya kalau ada apa namanya informasi tuh memang ya..lebih apa namanya sulit karena gak ada orangnya..."

(Z) : ""...Ini apa, dulu itukan kita kadangkan umpamanya anaknya panas terus gak langsung dibawa kesini,diam dirumah, terus *ngerti-ngerti* anaknya sudah istilahnya sampai mimisan. Ada yang memang panasnya udah mungkin 40 derajat ya, itu langsung dirujuk kerumah sakit gitu. Jadi kadang kita kelemahannya disitu, jadi kadang kalau sudah dirumah sakit kan nanti rumah sakit laporan ke dinas ya. Dinasnya kesini jadi istilahnya kan makan waktu yang lama gitu lho. Jadi umpamanya kalau dari masyarakatnya itu langsung istilahnya kaya cekatan kita langsung bisa ambil jalan gitu lho. Biar gak sampai *mondok(opname)*..."

(W) : "Ya...apa mungkin tadi ya, disamping masyarakat, tadi saya bilang masalah kedua mungkin e... dari puskesmas sendiri kurang aktif untuk sosialisasi..mungkin ya baru rabaan..kalo PE (penyelidikan epidemiologi) itu apa betul-betul atau didengkul lho gitu ya! Seperti petugas pemantau jentik tahun kemarin banyak yang didengkul gitu lho..."

(W) : "... Politis juga ya kalau saya bilang bisa politis kalau kita pejabatnya sendiri tidak mengerti sebab dengan DB...terutama walikota, kalo walikota sudah bilang a semua pejabat pasti ikut, terutama camat, lurah..."

(WM : petugas kesehatan)

Beberapa potensi lokal juga disebutkan oleh kedua informan, meskipun banyak kendala yang ada. Beberapa potensi sudah disebutkan diatas dan bebarapa strategi promosi yang sudah dilaksanakan oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Kotak 16

(Z) : "...Pernah, dulu kan jadi kita bikin kayak *refreshing* kader namanya ya..kadernya pas orang itu arisan, setiap bulan pasti ada arisan jadi orang itu menyampaikan gitu, terus kita kan setiap bulan posyandu, disitu sekalian kita istilahnya menambahi lagi gitu ya.. per RT kadernya 3 orang.."

(Z) : "...Ya paling -- paling penyemprotan , foging dari puskesmas tapi kalau puskesmas gak ada biaya ya iuran ya! Iuran rumah ke rumah..."

(Z) : "oya..dulu juga kadernya *ngomong mbok* kita tuh pas pertemuan arisan ibunya (petugas puskesmas) dateng gitu.."

(Z) : "Kalau dari segi positifnya memang kalau dilihat dari tingkat kebersihan ditimbang pedesaan itu memang lebih baik yang tinggal diperumahan itu...Kalau partisipasinya baik, cuman memang kita juga menentukan waktu ya pas hari libur karena otomatis kalo hari libur kebanyakan tuh dirumah..."

(W) : "... Kalau masyarakat apa ya...itu sebetulnya yang sudah bagus itu Dasawisma, asal itu bisa diteruskan...ya.. kalau perguruan tinggi melibatkan hanya dilingkungannya mereka, apa istilahnya PBL ya, jadi dipuskesmas diwajibkan semua siswa maupun mahasiswa yang pratek di puskesmas diwajibkan untuk PJB (pemantauan jentik berkala)..."

(W) : "kadang-kadang puskesmas kalau telah disibukkan doleh pekerjaannya itu, program –program seperti itu tuh terlupakan, *opo meneh sing ora ono duwite*, ya.. manusiawi bendahara dibebankan pada orang yang potensial untuk memegang program untuk dipekerjakan sebagai bendahara. Bendahara itu membutuhkan tenaga, pikiran, yang memang tersendiri dan itu tidak bisa dicampuradukkan, misalnya perawat, bidan di *dadekke* bendahara lha itu, padahal diakan harus memegang program pokok dia. Ya sekarangkan Pemprop memberi dana tersendiri dari Pemprop langsung ke puskesmas. Kalo dulu kan difokuskan disini jadi satu, sekarang kan setiap puskesmas dapat, jadi harus ada bendahara Pemprop-nya..."

(W) : "ada solusi lain itu dari rotari dan juga dari peneliti dari di BPVRP Salatiga itu dokter Susti Ayunalin. itu kalo kesulitan air itu disaring airnya jangan dibuang, tempatnya mungkin bisa dikuras tapi airnya bisa kembali dipakai, tapi disaring gitu, tapi *yo kan rodo kangelan...* "

(WM : petugas kesehatan)