

HUBUNGAN PERILAKU DENGAN KEJADIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH KERJA PUSKEMAS BAKUNASE KOTA KUPANGPutra A. U. Retang^{1*}, Johny A. R. Salmun², Agus Setyobudi³¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana²⁻³Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja, FKM Universitas Nusa Cendana

*Korespondensi: umbuputra62@gmail.com

Abstract

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is a disease caused by the dengue virus and transmitted through mosquito bites. The *Aedes aegypti* mosquito is the main vector. However, other species such as *Aedes albopictus* can also be vector transmitters. Some of the factors that influence the occurrence of DHF include low immunity status of community groups and increased mosquito population density due to the large number of breeding places in the rainy season. Currently, DHF is still a common disease and is one of the main public health problems in Indonesia. The number of cases of dengue fever in East Nusa Tenggara (NTT) Province in 2015 was 665 cases, in 2016 as many as 1,213 cases, and in 2017 as many as 542 cases. This study aims to analyze the relationship between behavior and the incidence of dengue fever in the working area of the Bakunase Health Center, Kupang City. This study was an analytic observational study with a case-control design. Data were collected in January-February 2020. The results of this study indicate that there is no significant relationship between knowledge and attitude with the incidence of DHF, while action has a significant relationship with the incidence of DHF. Community empowerment efforts related to preventive measures need to be prioritized so that the risk of DHF disease can be reduced.

Keywords: Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), Behavior.

Abstrak

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk. Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan vektor utama. Namun spesies lain seperti *Aedes albopictus* juga dapat menjadi vektor penular. Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya penyakit DBD antara lain rendahnya status kekebalan kelompok masyarakat dan meningkatnya kepadatan populasi nyamuk akibat banyaknya tempat perindukan pada musim penghujan. Saat ini, penyakit DBD masih menjadi penyakit yang sering terjadi dan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia. Jumlah kejadian penyakit DBD di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) pada tahun 2015 sebanyak 665 kasus, tahun 2016 sebanyak 1.213 kasus, dan tahun 2017 sebanyak 542 kasus. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan perilaku dengan kejadian penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Bakunase Kota Kupang. Penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan rancangan kasus-kontrol. Pengambilan data dilakukan pada bulan Januari-Februari tahun 2020. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap dengan kejadian penyakit DBD sementara tindakan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian penyakit DBD. Upaya pemberdayaan masyarakat yang mengedepankan tindakan pencegahan perlu diprioritaskan agar resiko kejadian penyakit DBD dapat diturunkan.

Kata Kunci: Demam Berdarah Dengue, Perilaku.

Pendahuluan

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk.¹ Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan vektor utama, namun spesies lain seperti *Aedes albopictus* juga dapat menjadi vektor penular. Nyamuk penular dengue ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat yang memiliki ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut. Penyakit DBD banyak dijumpai terutama di daerah tropis dan sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB).

Beberapa faktor yang mempengaruhi munculnya DBD antara lain rendahnya status kekebalan kelompok masyarakat dan meningkatnya kepadatan populasi nyamuk penular akibat banyaknya tempat perindukan nyamuk di musim penghujan.²

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa penyakit DBD banyak terjadi di daerah tropis dan subtropis. Negara-negara pada wilayah tersebut mengalami peningkatan kasus DBD dari 2,2 juta di tahun 2010 hingga 3,2 juta di tahun 2015. Penyakit DBD menjadi wabah di wilayah Asia Tenggara pada tahun 2015. Tercatat lebih dari 169.000 kasus di Filipina serta 111.000 kasus terjadi di Malaysia. Kejadian penyakit DBD tersebut mengalami peningkatan dari 16% menjadi 59,5% dari tahun sebelumnya.³ Di Indonesia, penyakit DBD merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama. Jumlah penderita penyakit DBD semakin meningkat seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk. Pada tahun 2015 kejadian penyakit DBD sebanyak 129.650 kasus dengan nilai *Incidence Rate* (IR) 50,75 per 100.000 penduduk. Jumlah kasus meninggal sebanyak 1.071 kasus dengan nilai *Case Fatality Rate* (CFR) 0,83%. Pada tahun 2016, terjadi peningkatan dengan jumlah kasus sebanyak 204.171 dan nilai IR 78,85 per 100.000 penduduk. Jumlah kematian sebanyak 1.598 kasus dengan nilai CFR 0,78%. Pada tahun 2017 terjadi penurunan dengan jumlah kasus sebanyak 59.094 dan nilai IR 22,55 per 100.000 penduduk. Jumlah kematian sebanyak 444 kasus dengan nilai CFR 0,75%. Pada tahun 2018, kembali meningkat menjadi 65.602 kasus dengan nilai IR 24,73 per 100.000 penduduk. Jumlah kematian sebanyak 462 kasus dengan nilai CFR 0,70%.⁴ Penyakit ini selain merenggut nyawa, juga menimbulkan dampak sosial ekonomi bagi masyarakat. Pada tahun 2016, kejadian penyakit DBD di Indonesia telah menyebabkan kerugian ekonomi sebesar 986 miliar. Kerugian ekonomi ini meliputi biaya berobat dan kerugian waktu produktif kerja dari penderita DBD.⁵

Gambaran beban penyakit DBD yang sama juga terjadi di Provinsi NTT. Jumlah kejadian penyakit DBD di NTT pada tahun 2015 sebanyak 665 kasus dengan nilai IR 13,0 per 100.000 penduduk. Jumlah kasus meninggal sebanyak 4 kasus dengan nilai CFR 0,6%. Pada tahun 2016 meningkat menjadi 1.213 kasus dengan nilai IR 23,3 per 100.000 penduduk. Jumlah yang meninggal sebanyak 4 kasus dengan nilai CFR 0,3%. Pada tahun 2017 mengalami penurunan menjadi 542 kasus dengan nilai IR 10,3 per 100.000 penduduk. Jumlah kematian sebanyak 6 kasus dengan nilai CFR 1,1%.⁶

Sementara itu, kejadian penyakit DBD di wilayah Kota Kupang pada tahun 2015 sebanyak 239 kasus dengan 3 kasus meninggal. Nilai IR 61,1 per 100.000 penduduk dan nilai CFR 31,5%. Pada tahun 2016 meningkat menjadi 381 kasus dengan nilai IR 94,7 per 100.000 penduduk. Rincian jumlah kejadian penyakit DBD terbanyak pada tahun 2014 sampai dengan 2016 berada di wilayah kerja Puskesmas Bakunase yakni sebanyak 119 kasus.⁷ Wilayah kerja Puskesmas Bakunase mencakup delapan kelurahan yaitu: Bakunase I, Bakunase II, Kuanino, Nunle'u, Fontein, Naikoten I, Naikoten II. Wilayah ini termasuk dalam kategori wilayah endemis penyakit DBD dalam kurun waktu tiga tahun terakhir. Jumlah kejadian penyakit DBD pada tahun 2015 sebanyak 40 kasus, tahun 2016 sebanyak 67 kasus, tahun 2017 sebanyak 15 kasus, dan tahun 2018 sebanyak 25 kasus. Khusus pada tahun 2019 periode bulan januari sampai maret terdapat 43 kasus penyakit DBD.⁸

Pengendalian penyakit DBD dapat dilakukan dengan upaya peningkatan kemampuan masyarakat dalam berperilaku hidup bersih dan sehat serta menjaga kebersihan lingkungan khususnya pada daerah endemis. Kemampuan tersebut dapat ditingkatkan melalui aspek pengetahuan, sikap dan peran aktif individu, keluarga serta masyarakat sesuai sosial budaya setempat.² Kesadaran dan kemampuan masyarakat yang meningkat dapat membantu penurunan penyakit DBD dengan memelihara dan bersikap proaktif terhadap upaya-upaya pencegahan terjadinya resiko penyakit DBD tersebut.

Bentuk pengendalian penyakit DBD yang tepat adalah pemutusan rantai penularan yaitu dengan pengendalian vektornya, karena sampai dengan saat ini vaksin dan obat masih dalam proses penelitian. Tindakan pengendalian vektor merupakan upaya menurunkan faktor risiko penularan oleh vektor dengan meminimalkan habitat perkembangbiakan vektor, menurunkan kepadatan dan umur vektor, mengurangi kontak antara vektor dengan manusia serta memutus rantai penularan penyakit.² Pengendalian vektor DBD yang paling efisien dan efektif adalah dengan memutus rantai penularan melalui pemberantasan jentik. Pelaksanaannya di level masyarakat dilakukan melalui Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) dalam bentuk kegiatan Menguras, Menutup, Mendaur ulang dan ditambah kegiatan pencegahan lain yang berhubungan dengan pencegahan penyakit DBD (3M *Plus*). Untuk mendapatkan hasil yang diharapkan, kegiatan 3M *Plus* ini harus dilakukan secara luas/serempak dan terus menerus/berkesinambungan. Bentuknya nyata dari kegiatan “menguras” antara lain menguras tempat penampungan air seperti bak mandi, bak WC, dan lain-lain. Tindakan ini perlu dilakukan secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali dengan menyikat dan menggunakan sabun sehingga nyamuk tidak berkembang biak di tempat tersebut.⁹ Bentuk nyata dari tindakan “menutup” adalah menutup tempat penampungan air seperti drum, kendi, tong air, dan lain sebagainya. Tujuannya agar tempat-tempat tersebut tidak menjadi tempat perindukan nyamuk *Aedes*.¹⁰ Bentuk nyata dari tindakan “mendaur ulang” adalah menguburkan barang bekas seperti ban, botol, kaleng, drum, ember yang sudah tidak dimanfaatkan lagi dan berpotensi menampung air hujan untuk tempat perkembangbiakan nyamuk. Sementara barang-barang bekas yang masih bernilai ekonomis dapat didaur ulang seperti ban bekas yang dijadikan kursi dan meja, drum bekas yang dijadikan tempat sampah atau botol bekas yang dijadikan pot bunga, dan lain sebagainya.¹¹ Kegiatan tambahan dalam PSN adalah larvasida atau pemberian abate untuk mematikan hama serangga pada tingkat larva yang hidup di dalam air sebelum mencapai ukuran dewasa. Bubuk larvasida dapat ditaburkan pada tempat-tempat penampungan air yang sulit dibersihkan atau dikuras, dan di daerah sulit air. Umumnya dosis yang digunakan adalah 10 gram (kurang lebih 1 sendok makan) untuk tiap 100 liter air.⁹ Kegiatan tambahan lainnya adalah penggunaan obat anti nyamuk, penggunaan kelambu berinsektisida, perbaikan ventilasi rumah, dan perubahan perilaku menggantung pakaian di dalam rumah.¹²⁻¹⁴

Hampir semua kegiatan PSN melalui 3M *Plus* berhubungan erat dengan perilaku hidup bersih dan sehat. Perilaku merupakan keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan eksternal. Ada tiga domain perilaku yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*).¹⁵ Dalam perkembangan selanjutnya, tiga tingkat ranah perilaku berkembang menjadi pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Proses penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan seperti senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya. Dengan kata lain, sikap merupakan suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain.¹⁶ Meskipun sikap sudah melibatkan perasaan tetapi sikap tidak bisa teramati. Sikap hanyalah sebuah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap tertentu dalam diri seseorang belum tentu termanifestasi dalam bentuk tindakan/praktik karena untuk terwujudnya tindakan diperlukan faktor lain.

Tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan penyakit DBD di masyarakat sangat beragam. Keberagaman ini sering menghambat suksesnya gerakan 3M *Plus*. Berbagai

kegiatan sosialisasi kepada masyarakat/ individu untuk melakukan kegiatan ini secara rutin telah dilakukan namun kejadian penyakit DBD terus terjadi dari tahun ke tahun. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan perilaku masyarakat dengan kejadian penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Bakunase Kota Kupang Tahun 2019.

Metode

Penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan rancangan kasus-kontrol.¹⁷ Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bakunase Kota Kupang. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Januari sampai Februari tahun 2020. Populasi kasus dalam penelitian ini adalah semua penderita DBD yang berumur 11 tahun ke atas sebanyak 15 orang dan perbandingan sampel kasus dan sampel kontrol yang dipakai adalah 1:2. Dengan demikian jumlah sampel kontrol sebanyak 30 orang dan total sampel dalam penelitian ini sebanyak 45 orang.¹⁸ Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dengan menggunakan wawancara terstruktur. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Data yang sudah dikumpulkan kemudian diolah menggunakan komputer. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi Square* (X^2) dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$).¹⁹

Hasil

Hasil penelitian mengenai deskripsi karakteristik responden, selengkapnya dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Tempat Tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Bakunase Tahun 2020

Karakteristik	Kasus (+)		Kontrol (-)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Umur						
<i>11-20 Tahun</i>	0	0	3	10	3	6,7
<i>21-30 Tahun</i>	7	46,68	12	40	19	42,2
<i>31-40 Tahun</i>	4	26,66	10	33,33	14	31,1
<i>>40 Tahun</i>	4	26,66	5	16,67	9	20
Jenis Kelamin						
<i>Laki-laki</i>	6	40	14	46,67	20	44,4
<i>Perempuan</i>	9	60	16	53,33	25	55,6
Tingkat Pendidikan						
<i>SD</i>	0	0	0	0	0	0
<i>SMP</i>	4	26,66	3	10	7	15,5
<i>SMA</i>	8	53,34	10	33,33	18	40
<i>Sarjana (S1)</i>	3	20	17	56,67	20	44,5
Tempat Tinggal						
<i>Bakunase I</i>	3	20	6	20	9	20
<i>Bakunase II</i>	2	13,33	4	13,33	6	13,33
<i>AirNona</i>	3	20	6	20	9	20
<i>Naikoten I</i>	1	6,67	2	6,67	3	6,67
<i>Naikoten II</i>	2	13,33	4	13,33	6	13,33
<i>Nunleu</i>	3	20	6	20	9	20
<i>Kuanino</i>	1	6,67	2	6,67	3	6,67
<i>Fontein</i>	0	0	0	0	0	0

Tabel 1 menunjukkan bahwa berdasarkan umur, proporsi terbesar responden pada kelompok kasus berumur 21-30 tahun. Kondisi yang sama juga ditemukan pada kelompok kontrol. Berdasarkan karakteristik jenis kelamin diketahui bahwa proporsi terbesar adalah perempuan, baik pada kelompok kasus maupun pada kelompok kontrol. Berdasarkan tingkat pendidikan, proporsi terbesar pada kelompok kasus adalah SMA sedangkan pada kelompok kontrol adalah Sarjana (S1). Berdasarkan kelurahan tempat tinggal, proporsi terbesar pada kelompok kasus dan kontrol terdapat di Kelurahan Bakunase II dan Naikoten II.

Hasil analisis hubungan antar variabel menunjukkan bahwa variabel pengetahuan ($\rho=0,524$) dan variabel sikap ($\rho= 0,464$), tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian DBD. Sedangkan variabel tindakan ($\rho= 0,002$) menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan kejadian DBD dengan nilai OR = 13,00. Selengkapnya dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Hubungan antara Pengetahuan, Sikap dan Tindakan dengan Kejadian Penyakit DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Bakunase Tahun 2020

Variabel	Kasus (+)		Kontrol (-)		ρ -value	OR
	n	%	n	%		
Tingkat Pengetahuan						
<i>Pengetahuan Baik</i>	13	28,9	29	64,4	0,254	4,462
<i>Pengetahuan Buruk</i>	2	4,4	1	2,2		
Sikap						
<i>Sikap Baik</i>	10	22,2	24	53,3	0,464	2,000
<i>Sikap Buruk</i>	5	11,1	6	13,3		
Tindakan						
<i>Tindakan Baik</i>	2	4,4	20	44,4	0,002	13,00
<i>Tindakan Buruk</i>	13	28,9	10	22,2		

Pembahasan

1. Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Penyakit DBD

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia. Dengan kata lain, pengetahuan merupakan hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya yakni mata, hidung, telinga, dan sebagainya. Proses penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran dan indera penglihatan. Dengan demikian, pengetahuan seseorang terhadap objek memiliki intensitas atau tingkatan yang berbeda-beda.¹⁵ Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kejadian penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Bakunase Kota Kupang. Hampir semua responden baik pada kelompok Kontrol maupun kelompok kasus memiliki tingkat pengetahuan yang baik. Pengetahuan ini diperoleh dari hasil kegiatan penyuluhan dan pembinaan yang dilakukan tenaga kesehatan dan juga dari berbagai media penyebar informasi kesehatan lainnya. Umumnya informasi yang diperoleh berkaitan dengan faktor risiko kejadian penyakit DBD. Meskipun secara statistik kedua variabel ini tidak berkorelasi namun kondisi aktual masyarakat yang sebagian besar memiliki pengetahuan baik tentang pencegahan DBD adalah kondisi yang positif dan harus dipertahankan. Hal ini penting karena kurangnya pengetahuan akan mempengaruhi tingkat kesadaran. Jika tingkat kesadaran masyarakat rendah dalam pencegahan penyakit DBD maka akan berdampak kurang baik terhadap pencapaian derajat kesehatan masyarakat. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan biasanya lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.²⁰

Untuk memelihara perilaku pencegahan kejadian penyakit DBD di level masyarakat, maka komunikasi dan edukasi tentang penyakit DBD harus terus menerus diberikan oleh tenaga kesehatan melalui berbagai saluran informasi. Peran tenaga kesehatan dan pemerintah dalam memberikan informasi mengenai penyakit DBD sangat diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat. Materi yang dibagikan idealnya harus berisi konsep-konsep dasar dengan bahasa yang mudah dimengerti mengenai penyakit DBD dimulai dari penyebab, tanda dan gejala, vektor penularan, cara penularan, pola penyebaran penyakit, pengobatan serta pencegahan terhadap penyakit DBD. Bentuk konkrit dari komunikasi dan edukasi tersebut dapat dilakukan melalui kegiatan penyuluhan secara langsung dan juga menggunakan media elektronik dan media cetak. Selain itu, juga dapat dikombinasikan dengan program bina suasana yang berbasis gerakan masyarakat seperti mengadakan kerja bakti bersama, lomba kebersihan lingkungan dan sebagainya. Intinya, peran serta masyarakat dalam pencegahan kejadian penyakit DBD harus didasari dengan pengetahuan yang cukup dan diharapkan dapat memiliki sikap serta tindakan yang konsisten dalam melakukan pemberantasan penyakit DBD. Temuan penelitian ini mendukung temuan penelitian sebelumnya di Kelurahan Baler Bale Agung Kecamatan Negara Tahun 2012 yang juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan responden dengan kejadian penyakit DBD.²¹

2. Hubungan antara Sikap dengan Kejadian Penyakit DBD

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap dalam kata lain belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau (reaksi tertutup).¹⁵ Hasil penelitian menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kejadian penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Bakunase Kota Kupang. Dari hasil wawancara diketahui bahwa sebagian besar responden baik pada kelompok kasus maupun Kontrol memiliki sikap yang positif terhadap penyakit DBD. Misalnya, responden tidak menyukai keberadaan jentik nyamuk dan beranggapan bahwa kebiasaan menggantung pakaian merupakan tempat persinggahan atau tempat peristirahatan nyamuk. Responden yang lain juga beranggapan bahwa penggunaan *lotion* anti nyamuk dilakukan tidak hanya pada saat ada keluarga yang menderita DBD tetapi juga dilakukan sebagai bentuk komitmen untuk pencegahan. Hal ini tentu berkaitan erat dengan responden yang sudah memiliki pengetahuan yang cukup mengenai pencegahan DBD. Umumnya, sikap positif atau negatif yang terbentuk dalam diri seseorang akan sangat tergantung dari segi manfaat atau tidaknya komponen pengetahuan. Makin banyak manfaat yang diketahui semakin banyak pula sikap positif yang terbentuk.²²

Meskipun sebagian besar responden memiliki sikap positif, namun tidak serta merta membuat mereka melakukan tindakan pencegahan penyakit DBD. Hal ini terbukti dengan masih adanya responden yang menggantung pakaian yang telah dipakai dan tidak menggunakan obat pengusir nyamuk. Hal ini dapat dimengerti bahwa terbentuknya suatu perilaku baru (adopsi perilaku) pada seseorang dimulai dari seseorang harus mengetahui terlebih dahulu apa arti dan manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Dalam proses adopsi perilaku baru, di dalam diri seseorang terjadi proses yang berturut-turut antara lain *awareness* (kesadaran) yaitu seseorang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu. Setelah memiliki kesadaran lalu dilanjutkan dengan dengan *interest* (ketertarikan) yakni seseorang mulai tertarik kepada stimulus. Selanjutnya seseorang akan melakukan *evaluation* (evaluasi) yakni menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Jika hasil evaluasi menunjukkan bahwa hal itu baik maka akan dilanjutkan dengan proses adopsi perilaku.²³ Temuan penelitian ini mendukung temuan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara sikap dengan tindakan pencegahan penyakit DBD.²⁴

3. Hubungan antara Tindakan dengan Kejadian Penyakit DBD

Dalam teori perilaku, komponen pengetahuan mendasari sikap. Sikap positif atau negatif sebagai kecenderungan untuk bertindak tidak selamanya terwujud dalam bentuk Tindakan. Hal ini didasarkan pada konsep bahwa untuk terwujudnya tindakan diperlukan faktor lain misalnya ketersediaan fasilitas atau sarana dan prasarana dan contoh atau teladan dari tokoh atau orang yang dihormati (*personal reference*). Misalnya, seorang yang sakit atau sedang menderita penyakit tertentu sudah pasti mempunyai niat untuk melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan. Agar sikap ini meningkat menjadi tindakan, maka diperlukan biaya pengobatan, tenaga kesehatan, atau puskesmas yang dekat dari rumahnya, atau fasilitas tersebut mudah dicapainya. Apabila tidak didukung hal-hal tersebut maka kemungkinan individu tidak akan melakukan tindakan pemeriksaan segera.¹⁵

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tindakan dengan kejadian penyakit DBD. Dari sebaran data yang ada diketahui bahwa sebagian besar responden pada kelompok kasus memiliki tindakan yang buruk dalam pencegahan penyakit DBD dibandingkan dengan kelompok kontrol. Pada kelompok kasus, sebagian besar responden tidak menggunakan insektisida atau *lotion* pengusir nyamuk saat tidur dan juga tidak menggunakan kelambu. Dari hasil wawancara diketahui bahwa alasan tidak melakukan tindakan tersebut adalah karena responden merasa risih dan tidak nyaman saat tidur menggunakan *lotion* atau kelambu. Pada kelompok kasus juga didapati bahwa responden tidak menutup bak mandi dan tempat penampungan air yang ada dengan baik. Alasannya adalah kurang praktis saat melakukan kegiatan mandi atau mengambil air. Perilaku yang seperti ini dapat menyebabkan nyamuk dengan mudah berkembang biak di tempat penampungan air yang terbuka. Responden juga masih banyak yang menggantung pakian sebelum dicuci dengan alasan bahwa pakaian yang baru dipakai sekali masih bisa dipakai lagi. Kebiasaan menggantung pakian sebelum dicuci dapat menjadi sarang nyamuk sebelum menularkan virus kepada manusia. Hal ini membuktikan bahwa pengetahuan dan sikap yang baik tidak menjamin tindakan yang baik pada seseorang. Ada kemungkinan bahwa pengetahuan dan sikap positif yang dimiliki responden belum sampai pada tahap pengaplikasian.²² Di masa datang, untuk menjamin terbentuknya tindakan yang konsisten oleh masyarakat dalam pencegahan penyakit DBD, maka pemerintah daerah perlu melakukan pengawasan secara berkala di setiap rumah tangga untuk memantau tindakan-tindakan pencegahan yang mendukung pencegahan penyakit DBD. Temuan penelitian ini mendukung temuan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tindakan dengan kejadian penyakit DBD.²¹

Kesimpulan

Berdasarkan uraian dan pembahasan maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kejadian penyakit DBD ($p\text{-value} = 0,254 > \alpha=0,05$); tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kejadian penyakit DBD ($p\text{-value}=0,464 > \alpha=0,05$), dan ada hubungan yang bermakna antara tindakan dengan kejadian penyakit DBD ($p\text{-value}=0,002 < \alpha=0,05$; OR=13,00).

Daftar Pustaka

1. Pusat Data dan Surveilens Epidemiologi. Demam Berdarah Dengue. Vol. 2, Buletin Jendela Epidemiologi. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011. Available from: <https://www.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/buletin/buletin-dbd.pdf>

3. World Health Organization. Weekly Epidemiological Record [Internet]. Vol. 91, World Health Organization. Geneva; 2016. Available from: <https://www.who.int/wer/2016/wer9130.pdf?ua=1>
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2018 [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019. Available from: <https://pusdatin.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>
5. Putri AD, Mutakin. Perbandingan Efektivitas Biaya Vaksin Dengue dari Berbagai Negara. *Farmaka* [Internet]. 2018;16(2):161–70. Available from: <http://jurnal.unpad.ac.id/farmaka/article/view/17654/pdf>
6. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. Kupang: Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur; 2019.
7. Dinas Kesehatan Kota Kupang. Profil Kesehatan Kota Kupang Tahun 2018. Kota Kupang: Dinas Kesehatan Kota Kupang; 2019.
8. Puskesmas Bakunase. Data Register Penyakit DBD. Kota Kupang; 2019.
9. Desniawati F, Rosidati C, Sumantri A. Pelaksanaan 3M Plus Terhadap Keberadaan Larva *Aedes aegypti* di Wilayah Kerja Puskesmas Ciputat Kota Tangerang Selatan Bulan Mei-Juni Tahun 2014 [Internet]. UIN Syarif Hidayatullah; 2015. Available from: <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/25721>
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Situasi DBD di Indonesia [Internet]. Jakarta; 2016. Available from: [https://www.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin dbd 2016.pdf](https://www.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin%20dbd%202016.pdf)
11. Sari DM, Sarumpaet SM, Hiswani. Determinan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kecamatan Medan Tembung. *J Kesehat Pena Med* [Internet]. 2018;8(1):9–25. Available from: <https://www.jurnal.unikal.ac.id/index.php/medika/article/view/745/581>
12. Rianti DDE. Mekanisme Paparan Obat Anti Nyamuk Elektrik dan Obat Anti Nyamuk Bakar terhadap Gambaran Paru Tikus. *J Inov* [Internet]. 2017;XIX(2):58–68. Available from: <https://erepository.uwks.ac.id/1241/>
13. Pujiati IT. Kontribusi Faktor Lingkungan terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Daerah Endemis di Kabupaten Grobogan [Internet]. Universitas Negeri Semarang; 2017. Available from: <https://lib.unnes.ac.id/28158/>
14. Yunita J, Mitra, Susmaneli H. Pengaruh Perilaku Masyarakat dan Kondisi Lingkungan terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue. *J Kesehat Komunitas* [Internet]. 2012;1(4):193–8. Available from: <https://jurnal.htp.ac.id/index.php/keskom/article/view/28/22>
15. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
16. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
17. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
18. Syamruth YK. Biostatistika Inferensial (Aplikasi dalam Ilmu-ilmu Kesehatan). Kota Kupang: Undana Press; 2009.
19. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif. Bandung: Alfabeta; 2008.
20. Riyanto BC. Hubungan Tingkat Pendidikan, Pengetahuan dan Sikap Ibu Rumah Tangga dengan Kegiatan 3M Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Loa Ipuh Kabupaten Kutai Kartanegara [Internet]. Universitas Sebelas Maret; 2010. Available from: <https://digilib.uns.ac.id/dokumen/detail/17538/Hubungan-tingkat-pendidikan->

- pengetahuan-dan-sikap-Ibu-rumah-tangga-dengan-kegiatan-3m-Demam-berdarah-dengue-di-puskesmas-Loa-Ipuh-Kabupaten-Kutai-Kartanegara
21. Aryati IKC, Sali IW, Aryasih IGAM. Hubungan Pengetahuan Sikap dan Tindakan Masyarakat dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Baler Bale Agung Kecamatan Negara Tahun 2012. *J Kesehat Lingkungan* [Internet]. 2012;4(2):118–23. Available from: [http://poltekkes-denpasar.ac.id/files/JURNAL KESEHATAN LINGKUNGAN/V4N2/I Ketut Catur Aryati1, I Wayan Sali2, I Gusti Ayu Made Aryasih3.pdf](http://poltekkes-denpasar.ac.id/files/JURNAL%20KESEHATAN%20LINGKUNGAN/V4N2/I%20Ketut%20Catur%20Aryati1,%20I%20Wayan%20Sali2,%20I%20Gusti%20Ayu%20Made%20Aryasih3.pdf)
 22. Akhmadi, Ridha MR, Marlinae L, Setyaningtyas DE. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Masyarakat terhadap Demam Berdarah Dengue di Kota Banjarbaru, Kalimantan Selatan. *J Buski* [Internet]. 2012;4(1):7–13. Available from: <https://media.neliti.com/media/publications/21427-ID-hubungan-pengetahuan-sikap-dan-perilaku-masyarakat-terhadap-demam-berdarah-dengu.pdf>
 23. Sari TW, Yulia MS. Hubungan Pengetahuan dengan Sikap Ibu Rumah Tangga tentang Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Payung Sekaki Kota Pekanbaru. *Collab Med J*. 2019;2(3):144–52.
 24. Pantouw RG, Lampus BS. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat dengan Tindakan Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Tuminting. *J Kedokt Komunitas Dan Trop*. 2017;4(4):217–21.