

**HUBUNGAN PENGETAHUAN SIKAP DAN PERILAKU 3M PLUS
DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS BENGKURING SAMARINDA**

Skripsi

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana S-1**

**Minat Promosi Kesehatan
Program Studi Kesehatan Masyarakat**



Veronika Long
NPM. 21.13201.083

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS WIDYA GAMA MAHAKAM SAMARINDA
TAHUN 2026**

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini di ajukan oleh :

Nama : Veronika Long

NPM : 2113201083

Peminatan : Promosi Kesehatan

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Perilaku 3M Plus Dengan
Kejadian Demam Berdarah *Dengue* Di Wilayah Kerja
Puskesmas Bengkuring Samarinda

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji pada Tanggal 14 April
2026 dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh
gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kesehatan Masyarakat,
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda.

Menyetujui
Dewan Penguji :

Ketua Penguji/Pembimbing I
Herlina Magdalena, SKM., M.Kes
NIDN. 1123047203

(.....)

Anggota Penguji/Pembimbing II
Siti Hadijah Aspan, S.Keb., MPH
NIDN. 1112069701

(.....)

Anggota Penguji/Penguji I
Dr. Rosdiana, SKM., M.Kes
NIDN. 1105127601

(.....)

Anggota Penguji/Penguji II
Sulung Alfianto Akbar, S.Kom., M.MSI
NIDN. 1118048602

(.....)

Mengetahui
Dekan

Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda


Qham Rahmatullah, SKM., M.Ling
NIK. 2012.089.140

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Veronika Long

NPM : 21.13201.083

Judul Skripsi : HUBUNGAN PENGETAHUAN SIKAP DAN PERILAKU 3M PLUS DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BENGKURING SAMARINDA

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa penelitian Laporan Skripsi berdasarkan hasil penelitian, pemikiran dan pemaparan asli dari peneliti sendiri, baik untuk naskah laporan maupun kegiatan programing yang tercantum sebagai bagian dari Laporan Skripsi ini. Jika terdapat karya orang lain, peneliti akan mencantumkan sumber secara jelas.

Dengan demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dari ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis ini dan sanksi lain sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Samarinda, 14 April 2026

Yang membuat pernyataan,



Veronika Long
NPM: 21.13201.083

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Veronika Long

NPM : 21.13201.083

Fakultas / Jurusan : Kesehatan Masyarakat / Kesehatan Masyarakat

Jenis Karya : Skripsi

Judul : HUBUNGAN PENGETAHUAN SIKAP DAN PERILAKU
3M PLUS DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH
DENGUE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
BENGKURING SAMARINDA

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk

1. Memberikan hak bebas royalti kepada Perpustakaan UWGM Samarinda atas penelitian karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan / mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk *softcopy* untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan UWGM Samarinda, tanpa perlu meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai peneliti / pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan UWGM Samarinda, dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 14 April 2026

Yang membuat
pernyataan,



Veronika Long

NPM: 21.13201.083

ABSTRAK

Veronika Long.2026. Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Perilaku 3M Plus Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring Samarinda Tahun 2025. Di bawah bimbingan Herlina Magdalena, SKM., M.Kes Sebagai Pembimbing I dan Siti Hadijah Aspan, S.Keb., MPH Sebagai pembimbing II.

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang cukup penting di Indonesia. DBD merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus *dengue* yang ditularkan dari orang ke orang lain melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan sikap dan Perilaku 3M plus dengan kejadian demam berdarah *dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring Samarinda.

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan pendekatan penelitian *Cross sectional*, karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan sikap dan perilaku 3M Plus dengan kejadian demam berdarah *dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring kota Samarinda.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan pengetahuan, *P-value* = 0,014, ada hubungan antara sikap *P-value* = 0,040, tidak ada hubungan antara perilaku 3M Plus *P-value* 1,000 dengan kejadian demam berdarah *dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring.

Di sarankan untuk masyarakat memberikan edukasi dalam pencegahan Demam Berdarah *Dengue* seperti adanya sikap yang baik terhadap kesadaran dan perilaku 3M Plus dalam pencegahan DBD.

Kata kunci :Pengetahuan,Sikap, Perilaku 3M Plus, danKejdian DBD
Kepustakaan : 13 (2020-2025)

ABSTRACT

Veronika Long. 2026. The Relationship between Knowledge, Attitude, and Behavior of 3M Plus and the Incidence of Dengue Fever in the Work Area of the Bengkuring Community Health Center in Samarinda in 2025. Under the guidance of Herlina Magdalena, SKM., M.Kes as Supervisor I and Siti Hadijah Aspan, S.Keb., MPH as Supervisor II.

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) remains a significant public health problem in Indonesia. DHF is a disease caused by the dengue virus, which is transmitted from person to person through the bite of the Aedes aegypti mosquito. This study aims to determine the relationship between knowledge, attitudes, and behavior of 3M Plus and the incidence of dengue fever in the work area of the Bengkuring Community Health Center in Samarinda.

This study is quantitative and uses a cross-sectional approach. The aim is to determine the relationship between knowledge, attitudes, and behavior of 3M Plus and the incidence of dengue fever in the work area of the Bengkuring Community Health Center in Samarinda.

The results showed a correlation between knowledge (P-value = 0.014), attitude (P-value = 0.040), and no correlation between 3M Plus behavior (P-value = 1.000) and dengue fever incidence in the Bengkuring Community Health Center work area.

It is recommended that the community be educated on dengue fever prevention, including fostering positive attitudes and behaviors related to 3M Plus awareness and behavior in dengue fever prevention.

Keywords: Knowledge, Attitude, 3M Plus Behavior, and Dengue Fever Incidence

Bibliography: 13 (2020-2025)

RIWAYAT HIDUP



Veronika Long, lahir pada tanggal 04 April 2001 di Desa Long Hubung Kabupaten Mahakam Ulu, Provinsi Kalimantan Timur. Lahir dari pasangan Bapak Marselinus Anyang dan Ibu Sisilia Direq dan merupakan anak ke lima dari 5 bersaudara yakni anak pertama almarhum Antonius Liah, anak ke dua Bonifasius Binyo, anak ke tiga Agustinus Anyeq, dan anak ke empat Ambrosius Juan. Pendidikan dimulai dari Sekolah Dasar Negeri 01 Long Hubung Kecamatan Long Hubung pada tahun 2007 kemudian melanjutkan ke Sekolah Menengah Pertama 01 Negeri Long Hubung Kecamatan Long Hubung pada tahun 2014 setelah lulus, pendidikan dilanjutkan di SMK Sekolah Pertanian Pembangunan Negeri Samarinda mengambil jurusan Perkebunan pada tahun 2016 kemudian melanjutkan pendidikan di Perguruan Tinggi S1 (Stara Satu) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda Jurusan Promosi Kesehatan pada tahun 2021 dan telah melaksanakan kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) 1 dan 2 di Kelurahan L2 Kecamatan Tenggarong Seberang pada tahun 2024. Dan dilanjutkan dengan pelaksanaan kegiatan magang di Puskesmas Sempaja Kota Samarinda pada Tahun 2024.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena telah memberikan rahmat dan kuasa-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi yang berjudul “Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Perilaku 3M Plus Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring Tahun 2025” yang akan disidangkan dalam seminar proposal.

Penulis menyadari bahwa tersusunnya proposal skripsi ini karena adanya bantuan, dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu, peneliti akan menyampaikan ucapan Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat.

1. Bapak Prof. Dr. Husaini Usman, M.Pd., M.T selaku Rektor Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
2. Bapak Ilham Rahmahtullah, SKM., M. Ling selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
3. Ibu Apriyani, SKM., M.Kes selaku Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
4. Bapak Istiarto, SKM., M.Kes selaku Ketua Program Studi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
5. Ibu Siti Hadijah, Aspan, S.Kep., MPH selaku Seketaris prodi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
6. Ibu Herlina Magdalena, SKM., M.Kes selaku dosen pembimbing I peneliti yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan, baik secara teknis maupun secara konsepsional sampai selesai proposal ini
7. Ibu Siti Hadijah, Aspan, S.Kep., MPH selaku dosen pembimbing II peneliti yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan, baik secara teknis maupun secara konsepsional

sampai selesainya proposal ini

8. Ibu Dr. Rosdiana, SKM., M.Kes selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktu untuk menguji proposal skripsi ini
9. Bapak Sulung Alfianto Akbar, S.Kom., M.MSI selaku dosen penguji II yang telah meluangkan waktu untuk menguji proposal skripsi ini
10. Bapak/Ibu dosen dan staff di lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
11. Terima kasih kepada dua orang tua saya yang selalu memberikan saya nasehat dan dukungan hingga sampai sekarang dan tidak pernah lupa untuk selalu mendoakan saya. Serta keluarga yang selalu memberikan doa dan semangat yang tidak henti-hentinya kepada saya hingga dapat menyelesaikan skripsi ini

Akhir kata kritik dan saran yang bersifat membangun selalu diharapkan dari seluruh pembaca, sebab penulis menyadari akan kemampuan penulis yang terbatas. Penulis berharap semoga proposal skripsi ini berguna bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan dapat memberi wawasan bagi pembaca dan penulis pada umumnya.

Samarinda, 14 April 2026

Peneliti

Veronika Long

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
RIWAYAT HIDUP	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Klasifikasi DBD.....	6
B. Patofisiologi Penyakit DBD.....	8
C. Sikap	20
D. Perilaku 3M Plus	23
E. Faktor Pemudah <i>Enabling</i>	27
F. Dukungan Keluarga.....	29
G. Tenaga Kesehatan.....	29
H. Penelitian Terdahulu.....	30
I. Kerangka Teori.....	32
J. Kerangka Konsep.....	33
K. Hipotesis Penelitian	33
BAB III METODE PENELITIAN.....	35
A. Jenis Penelitian dan Pendekatan.....	35

B. Tempat dan Waktu Penelitian	35
C. Populasi dan Sampel	35
D. Sumber Data	37
E. Instrumen Penelitian	37
F. Teknik Pengujian Instrumen	39
G. Teknik Pengumpulan Data	42
H. Teknik Analisis Data	43
I. Teknik Pengolahan Data	43
J. Jadwal Penelitian	45
K. Definisi Operasional	46
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	48
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	48
B. Hasil Penelitian dan Analisis Data	49
C. Pembahasan	55
D. Keterbatasan Penelitian	66
BAB V PENUTUP	68
A. Kesimpulan	68
B. Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	70
LAMPIRAN	72

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu	30
Tabel 3.1 Skala Penelitian Likert Jadwal Penelitian.....	38
Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas.....	40
Tabel 3.3 Kisi-kisi Kuesioner	42
Tabel 3.4 Analisis Tabel 2x2.....	45
Tabel 3.5 Jadwal Penelitian.....	45
Tabel 3.6 Definisi Operasional	46
Tabel 4.1 Distribusi frekuensi berdasarkan Umur	49
Tabel 4.2 Distribusi frekuensi brdasarkan Pendidikan	50
Tabel 4.3Distribusi frekuensi Pekerjaan	50
Tabel 4.4 Distribusi Kejadian di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring.....	51
Tabel 4.5 Distribusi Pengetahuan di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring	51
Tabel 4.6 Distribusi Sikap di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring.....	52
Tabel 4.7 Distribusi Perilaku di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring.....	52
Tabel 4.8 Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian DBD	53
Tabel 4.9 Hubungan Sikap dengan Kejadian DBD	53
Tabel 4.10 Hubungan Perilaku dengan Kejadian DBD	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Nyamuk dewasa <i>Aedes aegypti</i> dan <i>Aedes Albopictus</i>	8
Gambar 2. 2 Jentik, pupa dan nyamuk dewasa	9
Gambar 2. 3 Siklus hidup nyamuk demam berdarah	9
Gambar 2. 4 Kerangka Teori.....	32
Gambar 2. 5 Kerangka Konsep	33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Permohonan	72
Lampiran 2 Surat Balasan Permohonan Izin Penelitian	73
Lampiran 3 Surat Selesai Penelitian.....	74
Lampiran 4 Surat Lembar Persetujuan Responden	75
Lampiran 5 Kuesioner Uji Validitas	76
Lampiran 6 Kuesioner Penelitian.....	80
Lampiran 7 Hasil Uji Validitas Kuesioner	84
Lampiran 8 Hasil Uji Realibilitas.....	91
Lampiran 9 Hasil Uji Univariat.....	92
Lampiran 10 Hasil Uji Bivariat.....	95
Lampiran 11 Master Data.....	99
Lampiran 12 Dokumentasi	100

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam berdarah dengue (DBD) merupakan salah satu masalah kesehatan pada masyarakat di negara tropis maupun sub-tropis di Asia Tenggara, Amerika Tengah, Latin, dan western pacific. Kasus demam berdarah diestimasikan sekitar 500.000 kasus yang membutuhkan perawatan inap setiap tahunnya dengan penderita paling banyak adalah anak-anak. Angka case fatality rate (CFR) dapat mencapai 20% jika kasus tidak mendapat pengobatan yang baik dan angka akan menurun kurang dari 1% jika kasus ditangani dengan terapi insentif.

Masalah utama dalam upaya menekan angka kesakitan DBD adalah masih belum optimalnya upaya pergerakan peran serta masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk Demam Berdarah Dengue. Oleh karena itu partisipasi masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk DBD tersebut perlu di tingkatkan antara lain pemeriksaan jentik secara berkala dan berkesinambungan serta menggerakkan masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk DBD. (Ustiawaty et al., 2020)

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang cukup penting di Indonesia. DBD merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus dengue yang ditularkan dari orang ke orang lain melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Angka kejadian kasus DBD di Indonesia dari tahun ke tahun cenderung mengalami peningkatan karena Indonesia menjadi salah satu negara yang endemis penyakit demam berdarah dengue (Astutiningsih et al., 2020)

Perlu diperhatikan aspek lingkungan dan kesadaran masyarakat, sebagai upaya untuk menurunkan angka kejadian kasus DBD.

Masyarakat masih beranggapan bahwa penyakit DBD merupakan penyakit demam biasa yang tidak berbahaya dan tidak menular.(Diani et al., 2023) Kasus demam berdarah yang dilaporkan oleh WorldHealth Organization (WHO) pada Tahun 1996-2005 hanya sekitar 0,4 juta sampai 1,3 juta dalam satu tahun. Pada tahun 2010 telah mencapai 2,2 juta dan 2015 menjadi 3,2 juta. Lima negara yang melaporkan rata-rata jumlah kasus DBD paling banyak ke WHO dalam satu pada kurun waktu 2004-2010 yaitu tertinggi dari Brazil (447.446 kasus), Indonesia (129.435 kasus), kemudian disusul oleh Vietnam (91,321 kasus), Mexico (73.353 kasus) dan Venezuela (61,612 kasus) Indonesia merupakan salah satu negara tropis yang mempunyai kelembaban udara yang cukup tinggi sehingga menjadi pemicu nyamuk *Aedes aegypti* menjadi vektor demam berdarah berkembang biak (Lesmana & Halim, 2020). DBD merupakan masalah kesehatan masyarakat dan endemik di Indonesia. Sejak pertama kali DBD ditemukan pada tahun 1968 di Jakarta dan Surabaya, jumlah kasus yang dilaporkan meningkat dan penyebarannya semakin meluas di seluruh Indonesia.

Di Indonesia, kasus DBD yang dilaporkan pada tahun 2021 sebanyak 73.518 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 705 kasus. Kasus maupun kematian akibat DBD mengalami penurunan jika dibandingkan pada tahun 2020 yaitu sebanyak 108.303 kasus dengan kematian 747 kasus. Dalam pengendalian penyakit demam berdarah, digunakan beberapa indikator untuk kegiatan pemantauan. Dua indikator utama yang digunakan adalah *Incidence Rate* per 100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate*. Incidence Rate demam berdarah per 100.000 penduduk menunjukkan kecenderungan penurunan dari 51,5 pada tahun 2019 menjadi 40 dan 27 pada tahun 2020 dan 2021 (Kementerian Kesehatan RI, 2021). (Fahmia & Pakki, 2024)

Terjadi peningkatan kasus DBD di Kalimantan Timur pada tahun 2021 sebesar 2.748 kasus (IR 73,0 per 100.000 penduduk dibandingkan

tahun 2020 sebesar 2.412 kasus (IR 64,1 per 100.000 penduduk). Jumlah kematian akibat demam berdarah pada tahun 2021 sebesar 22 kasus. Pada tahun 2022 jumlah kasus demam berdarah di Kalimantan Timur sebesar 5.887 kasus (IR 158,20 per 100.000 penduduk) dengan jumlah kematian sebesar 39 kasus (CFR 0,66%). (Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2022). Sedangkan kasus demam berdarah pada tahun 2023 dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur sebesar 3.067 kasus (IR 81) dengan kematian sebesar 14 kasus (CFR 0.46%) (Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2023).

Menurut Data Dinas Kesehatan Kota Samarinda pada tahun 2022 kasus demam berdarah yang paling tertinggi adalah Puskesmas Temindung Kecamatan Sungai Pinang dengan jumlah 153 kasus DBD, kemudian pada tahun 2023 kasus demam berdarah yang tertinggi adalah Puskesmas Bengkuring Kecamatan Samarinda Utara dengan jumlah 117 kasus DBD, dan pada tahun 2024 kasus demam berdarah semakin meningkat di Puskesmas Bengkuring kecamatan Samarinda Utara dengan jumlah 153 kasus DBD. Menurut data DBD dari Puskesmas Bengkuring Kecamatan Samarinda Utara pada tahun 2022 berjumlah 63 kasus DBD, kemudian pada tahun 2023 kasus demam berdarah bertambah dengan jumlah 97 kasus DBD dan jumlah kasus ini semakin meningkat pada tahun 2024 dengan jumlah 144 kasus DBD. Berdasarkan data kunjungan Puskesmas Bengkuring, jumlah kunjungan berobat dalam tiga bulan terakhir menunjukkan adanya peningkatan. Pada bulan Juli tercatat sebanyak 2.846 kunjungan, kemudian mengalami sedikit kenaikan pada bulan Agustus menjadi 2.892 kunjungan, dan meningkat pada bulan September dengan jumlah 3.145 kunjungan.

Demam berdarah dengue masih menjadi masalah kesehatan yang signifikan di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring, di mana kasus DBD cenderung meningkat terutama pada musim penghujan. Meskipun

program 3M Plus telah lama diterapkan sebagai upaya pencegahan, efektifitasnya sangat bergantung pada tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat dalam menerapkan secara konsisten. Kurangnya pemahaman atau kesadaran akan pentingnya 3M Plus dapat menjadi faktor penghambat dalam upaya pengendalian DBD. Oleh karena itu, penelitian mengenai hubungan pengetahuan sikap dan perilaku dengan 3M Plus dalam pencegahan demam berdarah dengue menjadi sangat penting untuk mendukung strategi pencegahan DBD yang lebih tepat sasaran di wilayah ini. Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian Hubungan pengetahuan sikap dan perilaku 3M Plus dengan kejadian demam berdarah *dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada "Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Perilaku 3M Plus Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* Di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring Samarinda".

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini, di klasifikasikan menjadi tujuan umum dan tujuan khusus, sebagai berikut :

a. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan sikap dan Perilaku 3M plus dengan kejadian demam berdarah *dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring Samarinda.

b. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan kejadian demam berdarah *dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring.
2. Untuk mengetahui hubungan sikap dengan kejadian demam berdarah *dengue* di wilayah kerja Puskemsas

Bengkuring.

3. Untuk mengetahui hubungan perilaku 3M Plus dengan kejadian demam berdarah *dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring

D. Manfaat Penelitian

a. Manfaat Teoritis

1. Bagi Fakultas

Penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai referensi bagi peneliti selanjutnya mengenai hubungan pengetahuan sikap dan perilaku 3M Plus dengan kejadian demam berdarah *dengue*.

2. Bagi Peneliti

Memperoleh pengalaman baru dan memperdalam kemampuan di bidang kesehatan masyarakat dalam promosi kesehatan.

b. Manfaat Praktis

1. Bagi Puskesmas Bengkuring

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi Institusi kesehatan sebagai saran dan masukan dalam menyusun program untuk bisa mencegah demam berdarah *dengue*.

2. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini secara praktis dapat bermanfaat bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring yang diberikan informasi mengenai pencegahan demam berdarah *dengue*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Klasifikasi DBD

1. Gambaran Klinis Penyakit DBD

Masa inkubasi virus *dengue* dalam manusia (inkubasi intrinsik) berkisar antara sampai 14 hari sebelum gejala muncul, gejala klinis rata-rata muncul pada hari keempat sampai hari ketujuh, sedangkan masa inkubasi ekstrinsik (di dalam tubuh nyamuk) berlangsung sekitar 8-10 hari. Manifestasi klinis mulai dari infeksi tanpa gejala demam, demam dengue (DD) dan DBD, ditandai dengan demam tinggi terus menerus selama 2-7 hari; pendarahan diatesis seperti uji tourniquet positif, trombositopenia dengan jumlah trombosit $\leq 100 \times 10^9/L$ dan kebocoran plasma akibat peningkatan permeabilitas pembuluh. Tiga tahap presentasi klinis diklasifikasikan sebagai demam, beracun dan pemulihan. (Siswanto Usnawati, 2019)

2. Penyebab Timbulnya Dengue

Demam *dengue* disebabkan oleh virus *dengue*. Dalam sistem ilmiah yang menamakan dan mengklasifikasikan virus, virus *dengue* tersebut merupakan bagian dari famili *Flaviviridae* dan genus *Flavivirus*. Virus lainnya juga merupakan bagian dari famili yang sama dan menyebabkan penyakit pada manusia. Contohnya, *virus yellow fever*, *West Nile virus*, *St. Louis encephalitis virus*, *Japanese encephalitis virus*, *tick-borne encephalitis virus*, *Kyasanur forest disease virus*, dan *Omsk hemorrhagic fever virus* all belong to the family *Flaviviridae*. Most of these viruses are spread by mosquitoes or ticks.

3. Cara Penularan DBD Pada Manusia

Dengue virus ditularkan (atau disebarkan) sebagian besar oleh nyamuk *Aedes*, khususnya tipe nyamuk *Aedes aegypti*.

Nyamuk ini biasanya hidup di antara garis lintang 35° Utara dan 35° Selatan, dibawah ketinggian 1000m. Nyamuk-nyamuk tersebut lebih sering menggigit pada siang hari, satu gigitan dapat menginfeksi manusia. Terkadang, nyamuk juga tertular dengue dari manusia. Jika nyamuk betina yang menggigit orang yang terinfeksi, nyamuk tersebut dapat tertular virus. Mulanya virus hidup di sel yang menuju saluran pencernaan nyamuk. Sekira 8 hingga 10 hari berikutnya, virus menyebar ke kelenjar saliva nyamuk, yang memproduksi saliva ("ludah"). Ini berarti bahwa saliva yang diproduksi oleh nyamuk tersebut terinfeksi virus dengue. Oleh karena itu, ketika nyamuk menggigit manusia, saliva yang terinfeksi tersebut masuk ke dalam tubuh manusia dan menginfeksi orang tersebut. Virus seperti ini tidak menimbulkan masalah pada nyamuk yang terinfeksi, yang akan terus terinfeksi sepanjang hidupnya. Nyamuk *Aedes aegypti* adalah nyamuk yang paling banyak menyebarkan dengue. Ini karena nyamuk tersebut menyukai hidup berdekatan dengan manusia dan makan dari manusia alih-alih dari binatang. Nyamuk ini juga suka bertelur di wadah-wadah air yang dibuat oleh manusia.

4. Tanda dan Gejala Penyakit DBD

Sekira 80% dari pasien (8 dari 10 pasien) yang terinfeksi virus *dengue* tidak menunjukkan gejala, atau hanya menunjukkan gejala ringan (seperti demam biasa). Sekira 5% dari orang yang terinfeksi (5 dari 100) akan mengalami infeksi berat. Penyakit tersebut bahkan mengancam jiwa sedikit dari mereka. Pada sebagian kecil penderita ini, penyakit tersebut mengancam jiwa. Gejala akan muncul antara 3 dan 14 hari setelah seseorang terpajan virus dengue. Seringkali gejala muncul setelah 4 hingga 7 hari.

5. Risiko Penyakit DBD

Dibandingkan dengan orang dewasa, bayi dan anak kecil yang menderita dengue lebih berisiko mengalami infeksi yang serius.

Anak- anak cenderung berisiko mengalami sakit berat apabila mereka tergolong anak- anak yang berkecukupan gizi (jika mereka sehat dan memakan makanan bergizi). Ini berbeda dari banyak infeksi lainnya, yang biasanya lebih parah terjadi pada anak-anak yang termasuk golongan kurang gizi, tidak sehat, atau tidak memakan makanan bergizi). Perempuan lebih cenderung terserang sakit yang lebih parah daripada laki-laki.

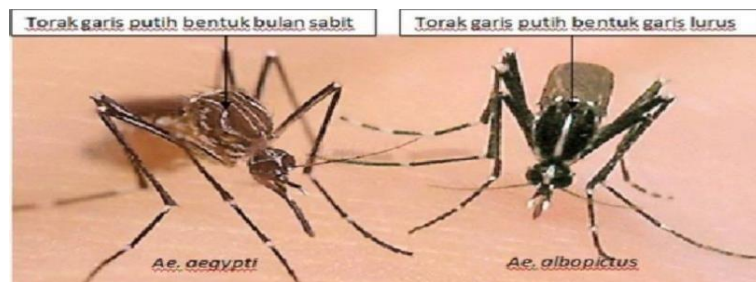
B. Patofisiologi Penyakit DBD

a. Morfologi

Nyamuk *aedes aegypti* mempunyai daur hidup yaitu sebagai berikut:

a. Nyamuk dewasa

Nyamuk dewasa berukuran lebih kecil, jika dibandingkan dengan rata-rata nyamuk yang lain. Mempunyai warna yang dasar hitam dengan bintik-bintik putih pada bagian badan dan kaki.



Gambar 2. 1 Nyamuk dewasa *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*

b. Pupa (Kepompong)

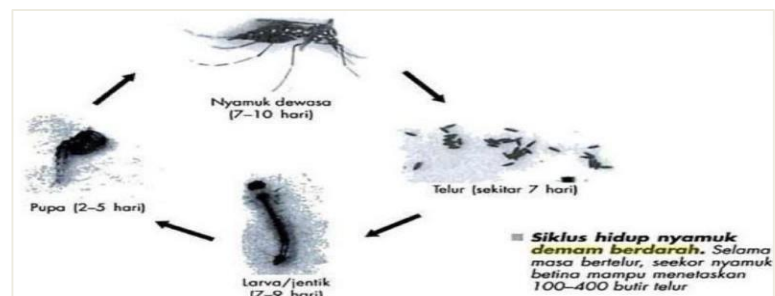
Pupa atau kepompong berbentuk seperti koma yang mana bentuknya lebih besar dan ramping dibandingkan dengan larva atau jentik. Pupa nyamuk *Aedes aegypti* berukuran lebih kecil jika dibandingkan dengan rata-rata pupa nyamuk lain.



Gambar 2. 2 Jentik, pupa dan nyamuk dewasa keluar dari kepompong

c. Larva (jentik)

Larva dan pupa hidup pada air yang jernih pada wadah atau tempat air buatan seperti pada potongan bambu, dilubang-lubang pohon, pelepah daun, kaleng kosong, pot bunga, botol pecah, tangki air, talang atap, tempolong atau bor, kolam air mancur, ban bekas, serta barang-barang lainnya yang berisi air.



Gambar 2. 3 Siklus hidup nyamuk demam berdarah

d. Telur

Telur berwarna hitam dengan ukuran lebih 0,08 mm. Telur berbentuk oval yang mengapung satu persatu pada permukaan air yang jernih, atau menempel pada dinding penampungan air, *Aedes aegypti* betina bertelur diatas permukaan air pada dinding vertikal bagian dalam pada tempat-tempat yang berair sedikit, jernih, terlindung dari sinar matahari langsung, dan biasanya berada di dalam dan dekat rumah.

b. Patofisiologi Penyakit DBD

Virus dengue di Indonesia ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* atau *Albopictus*. Nyamuk ini akan menggigit manusia dan virus akan berada dan berkembang di dalam darah manusia dan memperbanyak diri. Setelah ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* atau *Albopictus*, virus *dengue* akan bekerja atau menginkubasi selama 3-15 hari. Masa inkubasi virus dengue dalam manusia (inkubasi intrinsik) berkisar antara 3 sampai 14 hari sebelum gejala muncul, gejala klinis rata-rata muncul pada hari keempat sampai hari ketujuh, sedangkan masa inkubasi ekstrinsik (didalam tubuh nyamuk) berlangsung sekitar 8- 10 hari.

c. Waktu Terjadinya Penyakit DBD

Musim hujan biasanya musim musim yang begitu berarti bagi banyak orang apalagi bagi sebagian besar penduduk Indonesia mendapatkan julukan negara agraris. Tentu saja musim hujan mendatangkan keuntungan. Secara umum, musim hujan terjadi pada bulan Oktober- Maret. Namun, pada dasawarsa terakhir ini terjadi *Crime Climatologi akibat Global Warming* dimana musim hujan tidak terjadi pada bulannya melainkan mengalami pergeseran sehingga tak jarang hujan terjadi pada bulan-bulan kemarau. Selain menguntungkan penduduk di Negara agraris, tak jarang banyak pula penyakit yang mengintai di musim hujan, salah satunya demam berdarah ini.

Hal tersebut terjadi karena setelah hujan turun akan timbul genangan air kecil yang tertampung di dalam cekungan air, misalnya kaleng, kendi, pot bunga bekas, maupun tempat-tempat tertentu yang terisi air dan menjadi genangan air untuk beberapa waktu. Genangan itu lah nantinya yang akan menjadi tempat berkembangbiaknya nyamuk *Aedes aegypti*, nyamuk penular penyakit demam berdarah. Musim hujan memang erat kaitannya dengan berkembangbiaknya nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk jenis

ini memang sangat suka hidup di daerah tropis dan sub tropis.

Nyamuk ini sangat suka hidup di genangan air yang cukup stagnan walaupun jumlah airnya sedikit. Air yang kurang mengalir juga menjadi tempat favorit nyamuk ini. Genangan-genangan air inilah yang akan menjadi tempat nyamuk *Aedes aegypti* betina meletakkan telur-telurnya. Hal ini dikarenakan nyamuk jenis ini suka dengan air bersih dan bagian dasarnya tidak berhubungan langsung dengan dasar tanah.

d. Pencegahan DBD

Banyak sekali yang dapat dilakukan baik individu maupun masyarakat untuk mencegah terjadinya penularan penyakit DBD, dan bahkan untuk mencegah penyakit DBD ini tidak membutuhkan biaya yang besar (*low cost*) mulai dari membatasi agent (memberantas jentik nyamuk), mengendalikan *environment* (membersihkan lingkungan baik didalam maupun diluar / sekitar rumah) dan mengubah perilaku *hostage* mau hidup bersih dan sehat (PHBS).

a. Lingkungan

Mengendalikan nyamuk dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk. Contoh menguras bak mandi/penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu, mengubur kaleng-kalengan dan ban bekas, menutup dengan rapat bak penampungan air, dan mengganti/menguras vas bunga/tempat minum burung seminggu sekali.

b. Biologi

Yaitu berupa intervensi yang dilakukan dengan memanfaatkan musuh-musuh (predator) nyamuk yang ada di alam seperti ikan pemakan jentik (ikan cupang dan lain-lain) dan bakteri

c. Kimiawi

Pengendalian vektor dengan bahan kimia, baik bahan kimia sebagai racun, bahan penghambat pertumbuhan dan sebagai hormon. Penggunaan bahan kimia untuk mengendalikan vector harus mempertimbangkan kerentanan terhadap pestisida, bias diterim masyarakat, aman terhadap manusia dan organisme lain. Caranya adalah pengasapan/fogging, memberi bubuk abate pada tempat- tempat penampungan air seperti gentong, vas bunga, kolam, dan lain-lain.

d. Terpadu

Langkah ini tidak lain merupakan aplikasi dari ketiga cara yang dilakukan secara tepat dan/terpadu dan kerja sama lintas program maupun lintassektoral dan peran serta masyarakat. Melakukan 3M Plus (menutup, menguras, mengubur). Selain itu juga, melakukan beberapa plus seperti memelihara ikan pemakan jentik, menambur larvasida, menggunakan kelambu pada waktu tidur, memasang kasa, menyemprot dengan insektisida, menggunakan obat nyamuk, memeriksa jentik

Konsep pengetahuan

e. **Faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD**

Teori ini disebut juga model perubahan perilaku *Precede-Proced* dari Lawrence Green dan M. Kreuter (2005), bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan, dan karena itu memiliki dua bagian utama yang berbeda. Bagian pertama adalah *PROCEED* yang terdiri atas *Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in, Educational/Ecological, Diagnosis, dan Evalution*. Bagian kedua adalah *PROCED* yang terdiri atas *Policy, Regulatory, Organizational, Contructs in, Educational, Environment, dan Development*. (Fertman, 2020).

Menurut Green Lawrence dalam teori ini bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu :

a. Faktor *Predisposisi*

Predisposisi atau *predisposing factors* yaitu faktor yang mempermudah, mendasari atau memotivasi untuk melakukan suatu tindakan, nilai dan kebutuhan yang dirasakan, atau dengan kata lain faktor ini berhubungan dengan motivasi dapat dikatakan faktor predisposisi sebagai pertimbangan-pertimbangan personal dari suatu individu atau kelompok yang mempengaruhi terjadinya suatu perilaku.

1) Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan juga terjadi karena adanya pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh mata dan telinga. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

Sebagian besar mereka yang memiliki pengetahuan baik adalah melakukan yakni praktik PSN dan melakukan 3M Plus. Dalam hal ini pengetahuan dalam pencegahan DBD adalah disebabkan oleh mereka yang memiliki pengetahuan tinggi tentang pencegahan DBD akan lebih membentuk perilaku yang lebih baik. Selain itu masih ditemukan beberapa responden yang masih memiliki pengetahuan yang rendah dalam pencegahan DBD dikarenakan masih kurangnya paparan informasi tentang pemberantasan sarang nyamuk yang diterima.

2) Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah ingatan, kesaksian, minat, rasa ingin tahu, pikiran dan penalaran, logika, bahasa dan kebutuhan manusia (Sudarminta J, 2002). Sedangkan Notoatmojo tahun 2002 memaparkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah tingkat pendidikan, informasi, budaya, dan pengalaman.

Pengetahuan juga dibedakan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang. Dinyatakan baik apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 75-100% dari jumlah pertanyaan. Dinyatakan cukup apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 56-75% dari jumlah pertanyaan, sedangkan dinyatakan kurang apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 40-50% dari jumlah pertanyaan (Arikunto, 2006).

3) Tingkat pengetahuan

Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif yang tercakup mempunyai enam tingkatan:

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain

dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan, contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemcahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatann dari kasus yang diberikan.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan- rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian- penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab mengapa ibu-ibu tidak mau ikut KB dan sebagainya.

4) Cara Memperoleh Pengetahuan

Dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni:

a. Cara Tradisional untuk memperoleh pengetahuan

Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum dikemukakannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis. Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini antara lain

meliputi:

1. Cara Coba-Salah (*Trial and Error*)

Cara yang paling tradisional, yang pernah digunakan oleh manusia dalam memperoleh pengetahuan adalah melalui cara coba-coba atau dengan kata yang lebih dikenal “trial and error”. Cara ini telah dipakai orang sebelum adanya peradaban. Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba kembali dengan kemungkinan ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya.

2. Cara Kekuasaan atau Otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan ini biasanya diwariskan turun temurun dari generasi ke generasi berikutnya.

3. Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman adalah guru terbaik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan supaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi

pada masa lalu. Apabila dengan cara yang digunakan tersebut orang dapat memecahkan masalah yang dihadapi, maka untuk memecahkan masalah lain yang sama, orang dapat pula menggunakan cara tersebut. Tetapi bila gagal menggunakan cara tersebut, ia tidak akan mengulangi cara itu, dan berusaha untuk mencari cara lain, sehingga dapat berhasil memecahkannya.

4. Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berpikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deteksi.

Induksi dan deduksi pada dasarnya merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pernyataan- pernyataan yang dikemukakan, kemudian dicari hubungannya sehingga dapat dibuat kesimpulan. Apabila proses pembuatan kesimpulan itu melalui pernyataan-pernyataan khusus kepada yang umum dinamakan induksi. Sedangkan deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum kepada yang khusus.

b. Cara Modern dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut “metode penelitian ilmiah”, atau lebih populer disebut metodologi

penelitian (research methodology). Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626). Ia adalah seorang tokoh yang mengembangkan metode berpikir induktif. Mula-mula ia mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakatan. Kemudian hasil pengamatannya tersebut dikumpulkan dan diklasifikasikan dan akhirnya diambil kesimpulan umum. Kemudian metode berpikir induktif yang dikembangkan oleh Bacon ini dilanjutkan oleh Deobold van Dallen. Ia mengatakan bahwa dalam memperoleh kesimpulannya dilakukan dengan mengadakan observasi langsung dan membuat pencatatan- pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamatinya. Pencatatan ini mencakup tiga hal pokok yakni:

1. Segala sesuatu yang positif yakni gejala tertentu yang muncul pada saat dilakukan pengamatan.
2. Segala sesuatu yang negatif yakni gejala tertentu yang tidak muncul pada saat dilakukan pengamatan.
3. Gejala-gejala yang muncul secara bervariasi yaitu gejala-gejala yang berubah-ubah pada kondisi-kondisi tertentu.

5) Cara Mengukur Pengetahuan

Nursalam (2008) mengatakan, pengukuran kemampuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Selanjutnya dilakukan penilaian dimana setiap jawaban benar masing-masing pertanyaan diberi 1 jika salah diberi nilai 0.

C. Sikap

a. Pengertian

Sikap adalah predisposisi untuk memberikan tanggapan terhadap rangsangan lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut. Secara definitif sikap berarti suatu keadaan jiwa dan keadaan berfikir yang disiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu objek yang diorganisasikan melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada praktik atau tindakan. Sikap sebagai suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan (Notoadmodjo, 2021)

Sikap dikatakan sebagai respon yang hanya timbul bila individu bila individu dihadapkan pada suatu stimulus. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (favorable) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (unfavorable) pada objek tertentu. Sikap merupakan persiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoadmodjo, 2021)

Pengertian sikap dalam pencegahan DBD adalah merupakan reaksi atau respon seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Misalnya mereka yang memiliki sikap mendukung terhadap pencegahan DBD. Hal ini disebabkan karena mereka yang menganggap betapa pentingnya pencegahan DBD seperti perilaku hidup bersih dan sehat, melakukan 3M Plus (menguras, menutup, dan mendaur ulang barang bekas), dan melakukan kegiatan PSN

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pembentukan sikap, antara lain (Kristina, 2007):

a. Pengalaman pribadi

Sikap yang diperoleh lewat pengalaman akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap perilaku berikutnya. Pengaruh langsung tersebut dapat berupa predisposisi perilaku yang akan direalisasikan hanya apabila kondisi dan situasi memungkinkan.

b. Orang lain

Seseorang cenderung akan memiliki sikap yang disesuaikan atau sejalan dengan sikap yang dimiliki orang dianggap berpengaruh antara lain adalah orang tua, teman dekat, teman sebaya.

c. Kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup akan mempengaruhi pembentukan sikap seseorang.

d. Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai media massa seperti televisi, radio, surat kabar, dan internet mempunyai pengaruh dalam membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarah pada opini yang kemudian dapat mengakibatkan adanya landasan kognisikan sehingga mampu membentuk sikap.

e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap, dikarenakan keduanya meletakkan dasar, pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan diperoleh dari pendidikan dan pusat keagamaan serta ajarannya.

f. Faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan

dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi, yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu, begitu frustrasi telah hilang, akan tetapi dapat pula merupakan sikap lebih persisten dan bertahan lama. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan untuk terwujudnya agar sikap menjadi suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain harus didukung dengan fasilitas, sikap yang positif.

c. **Komponen Sikap**

Dalam bagian lain Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai komponen pokok:

- a. Kepercayaan (keyakinan) ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total *attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pemikiran, keyakinan, dan emosi memegang peran penting.

d. **Tingkatan Sikap**

- a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

- b. Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi

dari sikap, karena dapat suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengajarkan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko. Merupakan sikap yang paling tinggi.

e. Pengukuran Sikap

a. Skala Likert

Skala likert adalah skala pengukuran yang dikembangkan oleh likert (1932). Skala likert mempunyai empat atau lebih butir-butir pertanyaan yang dikombinasikan sehingga membentuk sebuah skor/nilai yang merespresen tasikan sifat individu, misalka pengeta- huan, sikap, dan perilaku (Budiaji, 2013). Menurut Azwar (2011) , pengukuran sikap diklasifikasikan menjadi 2 kategori, yaitu:

1. Sikap baik, apabila total skor $\geq 55\%$
2. Sikap kurang baik, apabila total skor $< 55\%$

D. Perilaku 3M Plus

a. Pengertian Perilaku

Perilaku merupakan bagian dari aktifitas suatu organisme. Perilaku adalah apa yang dilakukan organisme atau apa yang diamati oleh organisme lain. Perilaku juga merupakan bagian dari fungsi organisme yang terlibat dalam suatu tindakan. Perilaku merupakan respon, sehingga teori ini sering disebut dengan teori “S-O-R” atau Teori Organisme Stimulus (Skinner, 1938). Perilaku organisme adalah segala sesuatu yang dilakukan termasuk perilaku tertutup dan terbuka seperti berpikir dan

merasakan (Pierce, W. David; Cheney, 2013).

Berdasarkan definisi tersebut, maka perilaku dibagi menjadi 2 yaitu (Kholid, 2018):

- a. *Covert behavior*, merupakan perilaku tertutup yang terjadi jika respon terhadap stimulus masih belum dapat diamati oleh orang lain secara jelas, atau masih terselubung.
- b. *Overt behavior*, merupakan perilaku terbuka yang terjadi jika respon terhadap stimulus sudah diamati oleh orang lain, atau sudah berupa tindakan.

b. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan merupakan tindakan individu, kelompok, dan organisme termasuk perubahan sosial, pengembangan dan implementasi kebijakan, peningkatan keterampilan koping, dan peningkatan kualitas hidup. Perilaku kesehatan juga didefinisikan sebagai atribut pribadi seperti keyakinan, harapan, motif, nilai, persepsi, dan elemen kognitif lainnya, karakteristik kepribadian, termasuk keadaan dan sifat afektif dan emosional, dan pola perilaku, tindakan, dan kebiasaan tertentu yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan, dan peningkatan kesehatan.

Casl dan Cobb mendefinisikan tiga kategori perilaku kesehatan (Glanz, Lewis and Rimer, 2008) (Notoadmodjo, 2021):

- a. *Preventive health behavior*, dimana setiap aktifitas yang dilakukan oleh seseorang yang menyakini dirinya sehat dengan tujuan mencegah atau mendeteksi penyakit dalam keadaan asimtomatik. Menurut Cals and Cobb tahun 1966 preventive health behavior juga dijelaskan sebagai aktivitas yang dilakukan oleh seseorang yang meyakini dirinya sehat, untuk bertujuan mencegah penyakit atau mendeteksinya dalam tahap upaya gejala (Wacker, 1990).

b. *Illness behavior*, di mana setiap aktifitas yang dilakukan seseorang yang merasa dirinya sakit, untuk menentukan keadaan kesehatan dan menemukan obat yang sesuai, *Illness behavior* umumnya dianggap sebagai tindakan yang diambil seseorang setelah gejala muncul dan dirasakan (Wacker, 1990).

c. *Sick role behavior*, di mana setiap aktifitas yang dilakukan seseorang yang menganggap dirinya sakit, dengan tujuan untuk sembuh, termasuk menerima perawatan dari layanan kesehatan. Menurut Parons, ada empat komponen sick role yaitu (Wacker, 1990):

1. Seseorang tidak bertanggung jawab atas penyakitnya
2. Penyakit memberi individu alasan yang sah untuk tidak berpartisipasi dalam tugas dan kewajiban
3. Seseorang yang sakit diharapkan menyadari bahwa penyakit merupakan kondisi yang tidak diinginkan dan mereka harus dimotifasi untuk sembuh
4. Sembuh diasumsikan terkait dengan mencari bantuan layanan kesehatan

c. **Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan**

Terdapat banyak teori yang menjelaskan faktor yang mempengaruhi perilaku. Di dalam bidang perilaku kesehatan, salah satunya teori dalam kajian perilaku kesehatan masyarakat yakni teori menurut Lawrence Green :

a. Teori Lawrence Green

Teori ini disebut juga model perubahan perilaku Precede- Procede dari Lawrence Green dan M. Kreuter (2005), bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan, dan karena itu memiliki dua bagian utama yang berbeda. Bagian pertama adalah *PRECEDE* terdiri atas *Predisposing, Reinforcing, Enabling*,

Constructs in, Educational/Ecological, Diagnosis, dan Evalution. Bagian kedua adalah *PROCEED* yang terdiri atas *Policy, Regulatory, Organizational, Constructs in, Educational, Enviroment, dan Development*) (Fertman, 2010).

Menurut Green Lawrence dalam teori ini bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh dua faktor perilaku dan faktor diluar perilaku. Faktor perilaku dipengaruhi oleh 3 hal yakni (Notoatmodjo, 2010); (Irwan, 2017); (Gochman, 1988):

1. Faktor-faktor predisposisi, yakni faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Faktor-faktor ini terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, norma sosial, budaya, dan faktor sosiodemografi.
2. Faktor-faktor pendukung, yakni faktor-faktor yang memfasilitasi suatu perilaku. Yang termasuk kedalam faktor pendukung adalah sarana prasarana kesehatan.
3. Faktor-faktor pendorong, yakni faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya suatu perilaku. Faktor-faktor ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi perilaku masyarakat.

d. Pengukuran Perilaku

Pengukuran atau cara mengamati dapat dilakukan melalui dua cara, secara langsung tindakan dari subyek. Sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (recall), metode ini dilakukan melalui pertanyaan -pertanyaan terhadap subyek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan obyek tertentu. Perilaku dikatakan positif apabila total persentase $\geq 76\%$, sedangkan jika $< 76\%$ berarti perilaku negatif (Azwar, 2011).

E. Faktor Pemudah *Enabling*

Faktor pemungkin atau *enabling factor* yaitu faktor yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tertentu atau memungkinkan suatu motivasi direalisasikan. Yang termasuk dalam kelompok faktor pemungkin tersebut, adalah :

a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat dan/atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada perseorangan maupun masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang dilakukan oleh pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2024 Tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat, 2024) Akses Pelayanan Kesehatan.

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) memiliki arti jalan masuk. Sehingga secara umum akses pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai suatu bentuk pelayanan kesehatan dengan berbagai macam jenis pelayanannya yang dapat dijangkau oleh masyarakat (Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, 2016). (Maulany et al., 2021)

Fasilitas Pelayanan Kesehatan (sarana dan prasarana) dalam penanganan kejadian DBD di Indonesia sangat krusial untuk memastikan deteksi dini, tatalaksana yang tepat standar Kementerian Kesehatan, sarana prasarana yang diperlukan di Puskesmas maupun Rumah Sakit dalam menghadapi kasus DBD.

b. Saranana Diagnostik dan Laboratorium

a) Laboratorium Kesehatan Lingkungan

Terintegritas di Puskesmas untuk pemeriksaan faktor risiko

b) Pemeriksaan Darah Lengkap

Anayzer untuk memantau nilai *hematokrit* (>20% untuk DHF) dan *trombositopenia*.

c) *Rapid Diagnostic Test* (RTD)

Alat pemeriksaan NS1 untuk deteksi dini antigen virus *dengue*

d) Serologi

Pemeriksaan antibodi IgM/IgG anti *dengue*

c. Sarana Pelayanan Klinis (Perawaratan)

1. PSN

Perlengkapan untuk kader Jumantik (Juru Pemantau Jentik), yang meliputi senter, seragam, formulir pemeriksaan jentik, dan media KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi)

2. *Larvasida* (*Abate*) : Tersedia untuk pembagian kepada masyarakat

3. Alat *Fogging* (Pengasapan)

a. Aksesibilitas kejadian DBD

Aksesibilitas adalah merujuk pada sejauh man masyarakat dapat dengan mudah memperoleh layanan pencegahan, deteksi, dan penanganan penyakit DBD. Adapun penjelasan aspek aksesibilitas terkait kejadian DBD:

1) Aksesibilitas

Akses terhadap layanan kesehatan seperti mendapatkan pemeriksaan dini saat mengalami gejala (demam tinggi, nyeri, dan ruam) mengakses fasilitas kesehatan seperti Puskesmas, Klinik, atau Rumah Sakit, dan mendapatkan penanganan cepat untuk mencegah komplikasi

2) Akses terhadap lingkungan sehat

Informasi tentang cara pencegahan 3M Plus menguras, menutup, dan mengubur. Pengetahuan, tentang gejala awal DBD, dan edukasi tentang pentingnya menjaga kesehatan.

b. Model pengasapan untuk penanganan fokus

a) Faktor *Reinforcing* atau penguat

Faktor penguat adalah faktor yang memperkuat atau mempertahankan suatu perilaku setelah perilaku tersebut dilakukan. Artinya, faktor ini muncul sebagai umpan balik (feedback) yang membuat seseorang terus melakukan atau justru menghentikan suatu perilaku kesehatan

F. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu proses hubungan antara keluarga dan lingkungan sosialnya. Dukungan keluarga adalah proses yang terjadi sepanjang hidup, dimana sumber dan jenis dukungan keluarga berpengaruh terhadap tahapan lingkaran kehidupan keluarga. (Kayubi Kayubi et al., 2021)

Dukungan keluarga dapat memberikan rasa senang, rasa aman, rasa nyaman dan mendapat dukungan emosional yang akan mempengaruhi kesehatan jiwa. Karena itu keluarga sangat diperlukan dalam perawatan pasien, dapat meningkatkan semangat hidup dan menurunkan kecemasan pasien serta menguatkan komitmen pasien untuk menjalani pengobatan. (Prasetyo, 2021)

G. Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki sifat profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu

memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

H. Penelitian Terdahulu

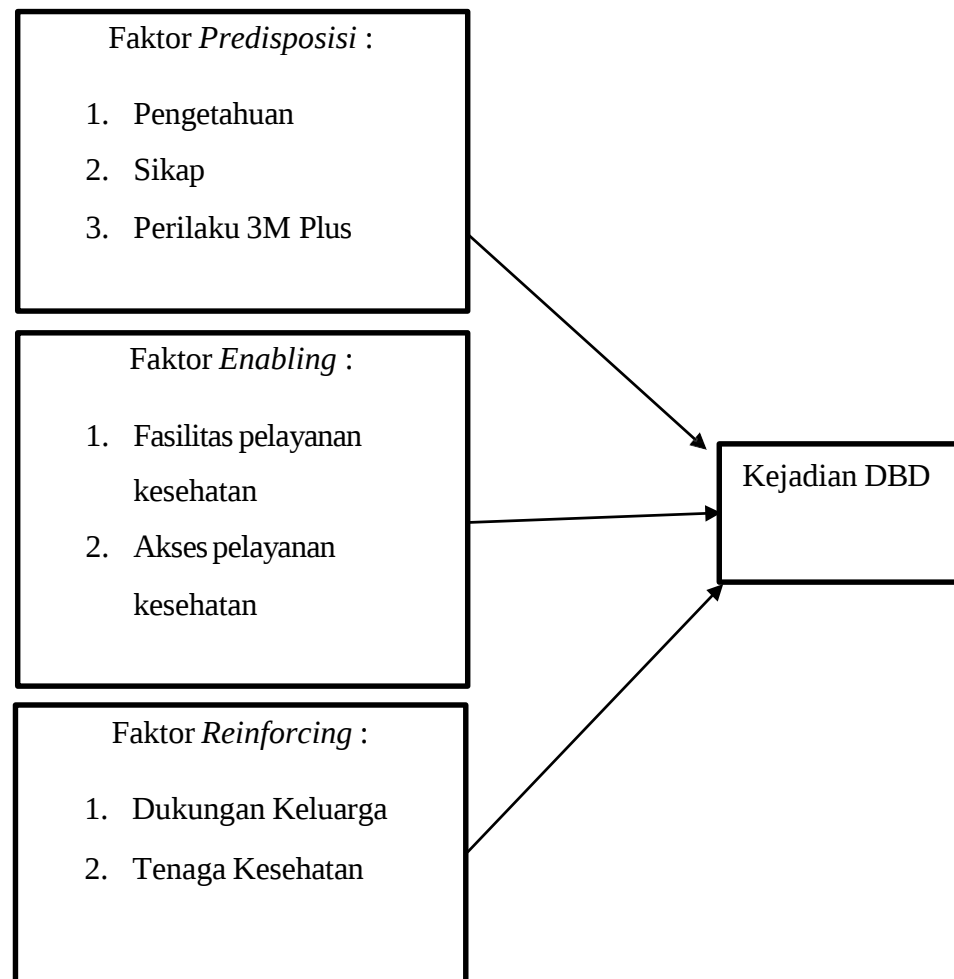
Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu

No	Penulis	Judul	Metode	Hasil
1.	Rastika Dewi, N. K. D. ., Satriani, N. L. A. ., & Pranata, G.K. A. W.. (2022)	Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue Pada Masyarakat di Kabupaten Buleleng	Jenis penelitian ini adalah analitik <i>correlation</i> , dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Responden 95 orang 1. Pengetahuan cukup yakni 53 (53.8%) Sikap cukup yakni 52 (54.7%) Perilaku cukup yakni 54 (56,8%)
2.	Santoso Ujang Effendi, Hadea Laini, Chandrainy Puri, Nurul Khairani	Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD)	Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian <i>Cross Sectional</i>	Populasi 230 KK, Sampel 70 KK, terdapa 29 KK (100,0%) pengetahuan kurang dan 27 KK (93,1%) kurang melaksanakan perilaku pencegahan

3.	Agung Sutriawan	Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Pengalaman Keluarga Sakit Demam Berdarah Dengue dengan Pencegahannya	Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain cross sectional.	Populasi seluruh anggotakeluarga, responden/sampel ibu rumah tangga, jumlah sampel 116 ibu rumah tangga
4.	Abelia Shandre Nabila, Retno Widiarni, Eddy Wasito	Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perilaku Masyarakat Tentang Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (DBD)	Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectionial</i> . Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah simple random sampling dengan jumlah sampel 133. Metode pengumpulan data dengan menggunakan Uji <i>Ci-Square</i> .	Hasil penelitian ini menunjukkan masyarakat memiliki pengetahuan baik (54,9%), sikap yang positif (55,6%), dan perilaku masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk baik (56,4%).
5.	Veronika Toru, Ester Radandima, Kartini Pekabanda, Anthonetha R.H Mila,	Hubungan Pengetahuan dan Sikap Pelajar dengan Tindakan Pencegahan DBD Pada Siswa SMA	Metode penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan rancangan analitik observasional	Pengetahuan yang kurang baik yaitu 70% Sikap yang kurang baik yaitu 60%

	Maria Kareri Haraa	Kristen		
--	-----------------------	---------	--	--

I. Kerangka Teori

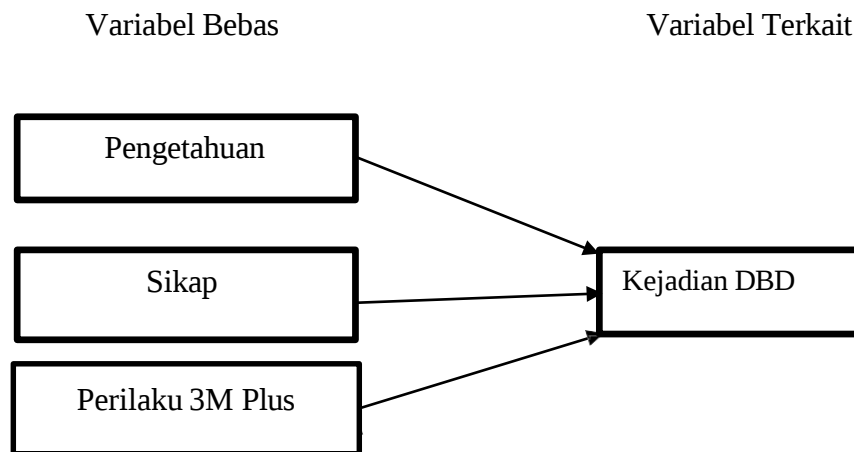


Gambar 2. 4 Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi Teori Lawreen Green dalam Notoatdmojo (2010)

J. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah penjelasan dan gambaran tentang bagaimana konsep-konsep berhubungan satu sama lain atau antara variabel dalam masalah yang ingin diteliti. Konsep adalah abstraksi yang dibuat dengan menggeneralisasikan makna. Oleh karena itu, ide-ide tidak dapat diamati dan diukur, harus dibagi menjadi variabel-variabel. Dari variabel itulah konsep dapat diamati dan diukur, jadi uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud kerangka konsep penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep-konsep atau variabel-variabel yang akan diamati (diukur) melalui penelitian yang dimaksud (Notoatmodjo, 2012).



Gambar 2. 5 Kerangka Konsep

K. Hipotesis Penelitian

Hipotesis berasal dari kata hupo dan thesis, hupo artinya sementara kebenarannya dan thesis artinya pernyataan atau teori. Jadi hipotesis adalah pernyataan sementara yang akan diuji kebenarannya. Hipotesis penelitian adalah suatu anggapan yang mungkin benar dan sering digunakan sebagai dasar pembuatan keputusan atau pemecahan persoalan ataupun untuk dasar pembuatan keputusan atau pemecahan persoalan ataupun untuk dasar penelitian lebih lanjut.

Berdasarkan tujuan dan landasan teori diatas, maka dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

- a. Hipotesis Awal (H_0)
 - a. Tidak ada hubungan antara pengetahuan masyarakat dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring kota Samarinda
 - b. Tidak ada hubungan antara sikap masyarakat dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring kota Samarinda
 - c. Tidak ada hubungan antara perilaku 3M Plus masyarakat dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring kota Samarinda
- b. Hipotesis Alternatif (H_a)
 - a. Ada hubungan antara pengetahuan masyarakat dengan kejadian Demam Berdarah *Dengeu* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring kota Samarinda
 - b. Ada hubungan antara sikap masyarakat dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring kota Samarinda
 - c. Ada hubungan antara perilaku 3M Plus masyarakat dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring kota Samarinda

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian dan Pendekatan

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan pendekatan penelitian *Cross sectional*, karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan sikap dan perilaku 3M Plus dengan kejadian demam berdarah dengue di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring kota Samarinda.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1) Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring kota Samarinda

2) Waktu Penelitian

Waktu penelitian dari bulan November sampai dengan bulan Desember pada Tahun 2025

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah suatu wilayah generalisasi yang didalamnya terdiri dari karakteristik atau kualitas tertentu yang sudah ditetapkan oleh para peneliti agar dipelajari (Sugiyono, 2020). Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat berjumlah 8.883 orang di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring Kota Samarinda.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini yaitu seluruh kunjung umum masyarakat yang berobat ke Puskesmas Bengkuring kota Samarinda. Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini yaitu teknik *non probability sampling* dengan jenis *Purposive sampling* ialah pengambilan sampel dibuat oleh oleh peneliti berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Pengambilan sampel ini menggunakan rumus slovin yaitu:

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

$$n = \frac{8.883}{1+8.883 \times (0,1)^2}$$

$$n = \frac{8.883}{1+8.883 \times (0,01)}$$

$$n = \frac{8.883}{1+88,83}$$

$$n = \frac{8.883}{89,83}$$

$$n = 98,9$$

Dibulatkan menjadi 99 sampel

Keterangan :

n = ukuran sampel

N = jumlah populasi

e = persentase kelonggaran ketelitian kesalahan mengambil sampel yang bias ditolerir = 0,10

Dari perhitungan diperoleh jumlah sampel dibulatkan menjadi 99 responden. Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi.

a. Teknik Pengambilan Sampel.

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Menurut (Sugiyono, 2020) teknik *purposive sampling* merupakan pengambilan sampel dengan kriteria inklusi,

1. Kriteria inklusi responden pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring
- b. Bersedia menjadi responden dalam penelitian ini

2. Kriteria eksklusi responden pada penelitian ini sebagai berikut :
 - a. Tidak bisa baca tulis
 - b. Tidak berada di lokasi penelitian saat pengambilan data

D. Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah teknik pengumpulan data yang diperoleh peneliti secara langsung ke lokasi penelitian, mencari data lengkap dan berkaitan dengan masalah yang diteliti. Data primer dikumpulkan dengan cara melakukan wawancara langsung dengan responden berdasarkan daftar pertanyaan yang telah tersedia. Adapun data primer yang diperlukan seperti karakteristik responden, karakteristik pengetahuan masyarakat, karakteristik sikap masyarakat, dan perilaku masyarakat.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui studi bahan-bahan kepustakaan yang diperlukan untuk mendukung data primer. Data sekunder yang dikumpulkan berkaitan dengan tujuan penelitian. Adapun data sekunder yang diperlukan seperti data DBD dari Dinas Kesehatan Kota Samarinda dan data DBD dari pihak Puskesmas Bengkuring Kota Samarinda

E. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini, instrumen yang digunakan adalah angket/kuisisioner. Kuisisioner yaitu pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi serangkaian pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawab. Angket yang diberikan dalam penelitian ini merupakan angket langsung dan tertutup yang diberikan langsung, artinya angket tersebut diberikan langsung kepada responden dan responden dapat

memilih salah satu alternatif jawaban yang tersedia. Instrumen dalam penelitian kuisisioner. Kuisisioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2020)

Dalam pengukurannya, setiap responden diminta pendapatnya mengenai suatu pernyataan, dengan skor penilaian merupakan rentangan dari 1 (satu/ sampai (empat), peneliti tidak mengambil nilai ragu-ragu dalam kuisisioner dikarenakan untuk menghindari nilai-nilai netral dari responden penelitian. Sehingga berdasarkan skala likert adapun skor jawabannya sebagai berikut :

Tabel 3.1 Skala Penelitian Likert

Jawaban	Skor
Sangat Setuju	4
Setuju	3
Tidak Setuju	2
Sangat Tidak Setuju	1

Sumber : (Sugiyono, 2020)

Skala tersebut diatas, penulis dilakukan untuk pertanyaan dalam pertanyaan kuisisioner yang bersifat positif (*Favorable*) dan pertanyaan yang bersifat negatif (*Unfavorable*).

1. Perilaku 3M Plus

Pada variabel ini menggunakan skala *Guttman* kuisisioner terdiri dari 10 pernyataan yang dikategorikan sebagai Ya = 2 Tidak = 1. Nilai maksimal dari keseluruhan pada variabel perilaku adalah 40 poit disusun menjadi 2 kategori :

- a) Negatif perilaku apa bila hasil jawaban responden $<76\%$
- b) Positif perilaku, apabila hasil jawaban responden $\geq 76\%$

2. Pengetahuan

Pada variable ini menggunakan skala *Guttman* kuisisioner terdiri

dari 16 pernyataan yang dikategorikan sebagai Ya = 2 Tidak = 1. Nilai maksimal dari keseluruhan pada variabel pengetahuan adalah 32 point lalu disusun menjadi 2 kategori

- a) Pengetahuan kurang baik, apabila hasil jawaban responden $<76\%$
- b) Pengetahuan baik, apabila hasil jawaban responden $\geq 76\%$

3. Sikap

Pada variabel ini menggunakan skala likert dengan pilihan jawaban sangat setuju diberi nilai 4, setuju diberi nilai 3, tidak setuju diberi nilai 2, dan sangat tidak setuju diberi nilai 1. Nilai maksimal dari keseluruhan pada variable sikap adalah 40 poit lalu disusun menjadi 2 kategori :

- a) Sikap negatif, apabila hasil jawaban responden $<55\%$
- b) Sikap positif, apabila hasil jawaban responden $\geq 55\%$

F. Teknik Pengujian Instrumen

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indek yang menunjukkan alat ukur itu benar- benar mengukur apa yang diukur. Uji validitas ini dilakukan untuk mengukur apabila data yang telah didapat setelah penelitian merupakan data yang valid atau tidak dengan menggunakan alat ukur yang digunakan (kuisisioner). Untuk mencapai uji validitas sebuah item, kita mengkolerasikan skor item dengan total item-item tersebut. Bila pertanyaan itu mempunyai kolerasi yang bermakna (*construck validity*). apabila kuisisioner tersebut telah memiliki validitas konstruk, berarti semua item pertanyaan yang ada di dalam kuisisioner itu mengukur konsep yang kita ukur (Notoatmodjo, 2018). Uji validitas dalam penelitian ini dilakukan terhadap 30 responden di Puskesmas Kota Samarinda. Karena memiliki karekteristik yang tidak jauh beda dengan Puskesmas Bengkuring Kota Samarinda

Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas

No	Variabel	R hitung	R tabel	Keterangan
1.	Pengetahuan			
	A1	0,545	0,361	Valid
	A2	0,545	0,361	Valid
	A3	-0,133	0,361	Tidak Valid
	A4	0,470	0,361	Valid
	A5	-0,200	0,361	Tidak Valid
	A6	0,539	0,361	Valid
	A7	0,447	0,361	Valid
	A8	-0,329	0,361	Tidak Valid
	A9	-0,279	0,361	Tidak Valid
	A10	0,276	0,361	Valid
	A11	0,387	0,361	Valid
	A12	-0,063	0,361	Tidak Valid
	A13	0,778	0,361	Valid
	A14	-0,226	0,361	Tidak Valid
	A15	0,651	0,361	Valid
	A16	0,615	0,361	Valid
2.	Sikap			
	B1	0,582	0,361	Valid
	B2	0,632	0,361	Valid
	B3	0,758	0,361	Valid
	B4	0,366	0,361	Valid
	B5	0,424	0,361	Valid
	B6	0,431	0,361	Valid
	B7	0,565	0,361	Valid
	B8	0,456	0,361	Valid
	B9	0,092	0,361	Tidak Valid

	B10	-0,117	0,361	Valid
3.	Perilaku 3M Plus			
	C1	0,369	0,361	Valid
	C2	0,530	0,361	Valid
	C3	0,177	0,361	Tidak Valid
	C4	0,500	0,361	Valid
	C5	0,016	0,361	Tidak Valid
	C6	-0,363	0,361	Tidak Valid
	C7	-0,181	0,361	Tidak Valid
	C8	0,540	0,361	Valid
	C9	0,615	0,361	Valid
		0,607	0,361	Valid

d. Pengetahuan

Dari 16 item pertanyaan terdapat 6 item pertanyaan dengan nilai R hitung lebih kecil dari 0,361 artinya tidak valid yaitu nomor 3, 5, 8, 9, 12 dan 14 sehingga dibuang dari kuisioner pengetahuan menjadi 10 item pertanyaan.

e. Sikap

Dari 10 item pertanyaan terdapat 1 item pertanyaan dengan nilai R hitung lebih kecil dari R table 0,361 artinya tidak valid yaitu nomor 9 sehingga dibuang dari kuisioner variable sikap menjadi 9 item pertanyaan

f. Perilaku pencegahan 3M Plus

Dari 10 item pertanyaan terdapat 4 item pertanyaan dengan nilai R hitung lebih kecil dari R table 0,361 artinya tidak valid yaitu nomor 3, 5, 6 dan 7 sehingga dibuang dari kuisioner variable perilaku pencegahan 3M Plus menjadi 6 item pertany

2. Uji Reabilitas

Uji reabilitas dilakukan terhadap item pertanyaan kuisioner yang dinyatakan valid. Nilai reabilitas dinyatakan dengan koefiensi

Alfa Cronbach 0,6. Bila kriteria terpenuhi maka kuisioner dinyatakan reliable (Sugiyono, 2020).

G. Teknik Pengumpulan Data

Menurut (Sugiyono, 2020) mengemukakan teknik pengumpulan data merupakan langkah penting dan langkah yang paling utama dalam penelitian untuk menguji hipotesis. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuisioner dan peneliti akan menggunakan beberapa metode, yaitu sebagai berikut :

1. Kuisioner

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi beberapa pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawab, yang dimana dalam penelitian ini kuesioner akan diukur dengan skala likert. Dalam kuisioner berisi pertanyaan yang bervariasi dengan pertanyaan *favorable* dan *unfavorable*. *Favarable* adalah pertanyaan mendukung penelitian, sedangkan unfaforable adalah pertanyaan yang tidak mendukung objek penelitian.

Tabel 3.3 Kisi-kisi Kuisioner

No	Komponen yang di Ukur	Nomor/Butir	Favorable (+)	Unfavorable (-)
1.	Perilaku 3M Plus	6	1,2,3,4,5,6	-
2.	Sikap	9	6,9	1,2,3,4,5,7,8
3.	Pengetahuan	10	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	-

2. Dokumentasi

Dokumentasi diajukan untuk memperoleh data langsung dari tempat penelitian, meliputi buku-buku yang relevan, peraturan-peraturan. Laporan kegiatan, foto-foto, dan data-data yang relevan bagi penelitian

H. Teknik Pengolahan Data

1. Penyuntingan (*Editing*)

Penyuntingan (*editing*) merupakan proses pengoreksian dalam pencatatan dan dengan cara memeriksa kelengkapan, kesalahan pengisian dan konsistensi dari jawaban yang diperoleh di tempat pengumpulan data sehingga dapat dilakukan perbaikan terhadap data yang sudah didapat.

2. Pengkodean (*Coding*)

Merupakan langkah memberi kode atau mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka. Selanjutnya peneliti memberikan kode pada masing-masing variabel, untuk paparan yang berisiko menimbulkan dampak diberi kode angka kecil misalnya 1 dan untuk paparan yang tidak berisiko diberi kode angka yang lebih besar.

3. Pemasukan Data (*Entry Data*)

Merupakan proses memasukan data yang dikumpulkan menggunakan program komputer Microsof Excel 2010 untuk selanjutnya dianalisis

4. Tabulasi (*Tabulating*)

Pada tahap ini pengkodean disusun dalam bentuk tabel yang dilakukan secara manual dan dihitung persentase

5. Pembersihan (*Cleaning*)

Pada tahap ini dilakukan pembersihan data (*cleaning*), merupakan pengecekan kembali data yang sudah dientry, apakah ada kesalahan atau tidak dengan cara melihat kembali kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, tidak lengkap dan hasil lainnya.

I. Teknik Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat menurut (Notoatmodjo, 2018 dalam (Cahyaningrum & Gunawan, 2023) merupakan suatu analisis yang

dilakukan untuk menjelaskan dan mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Tujuannya adalah untuk melihat seberapa proporsi variabel yang diteliti dan disajikan dalam bentuk tabel. Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan atau menjelaskan masing-masing variabel yang diteliti dalam bentuk distribusi frekuensi dari setiap variabel penelitian. Analisis univariat dengan presentase distribusi frekuensi dengan rumus sebagai berikut :

$$P = \frac{F}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase yang dicari

F = Frekuensi sampel untuk disetiap pertanyaan

n = Jumlah keseluruhan sampel

2. Analisis Bivariat

Menurut (Notoatmodjo, 2018 dalam (Cahyaningrum & Gunawan, 2023) analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisis bivariat merupakan analisis yang melibatkan sebuah variabel dependen dan sebuah variabel independen. Untuk mengetahui hubungan antar variabel independen dan variabel dependen digunakan analisis statistik dengan uji chi-square (χ^2). Adapun syarat penggunaan uji chi-square (χ^2) adalah sebagai berikut :

- a. Frekuensi yang diharapkan dan masing-masing sel tidak boleh kecil (< 5).
- b. Untuk tabel kontingensi 2×2 , penggunaan uji *chi-square* disarankan:
 - 1) Bila $n > 40$ gunakan χ^2 dengan koreksi kontinuitas (*Yate's Correction*) rumus untuk tabel kontigensi 2×2 .
 - 2) Bila n ada di antara 20 sampai 40, uji χ^2 dengan rumus

Yate's Correction boleh digunakan bila semua frekuensi diharapkan (E) = lima atau lebih. Bila frekuensi diharapkan <5 pakai uji Fisher.

- 3) Bila $n < 20$, pakailah uji *Fisher* untuk kasus apapun. Untuk tabel kontingensi 2x2 dapat dilakukan perhitungan uji *chi-square* menggunakan rumus sebagai berikut :

Tabel 3.4 Analisis Tabel 2x2 Koreksi Yate's

Variabel Independen	Variabel Dependen		Jumlah
	Ya DBD	Tidak DBD	
Baik	a	b	a+b
Kurang Baik	c	d	c+d
Jumlah	a+c	b+d	n

Dengan rumus sebagai berikut :

$$x^2 = \frac{n(|ad - bc| - \frac{n}{2})^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

Menentukan uji kemaknaan hubungan dengan cara membandingkan nilai p (p value) dengan nilai $\alpha = 0,05$ pada taraf kepercayaan 95% dan derajat kebebasan = 1 dengan kaidah keputusan sebagai berikut :

- Nilai p (p value) $\leq 0,05$ maka H_0 ditolak, yang berarti ada hubungan yang bermakna antara variabel terikat.
- Nilai p (p value) $\geq 0,05$ maka H_0 gagal ditolak, yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel bebas dengan variabel terikat.

J. Jadwal Penelitian

Tabel 3. 5 Jadwal Penelitian

Uraian	2024-2026				
	Sept-Agust	Oktob er	Nov- Des	Jan- Mar	April
Pengajuan Judul, penyusunan data konsultasi proposal					

Seminar Proposal					
Penelitian					
Pengolahan data dan konsultasi					
Seminar Hasil dan revisi					
Pendadaran					

K. Definisi Operasional

Definisi Operasional merupakan batasan ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati atau diteliti. Definisi operasional yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

Tabel 3. 6 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala Data
1.	Kejadian DBD	Penderita yang terkena Demam Berdarah Dengue	Laporan kasus dari Puskesmas Bengkuring	Ya, Penderita DBD Tidak, Menderita DBD	Nominal
2.	Pengetahuan	Pengetahuan adalah pemahaman tentang penyakit DBD, mengetahui cara pencegahannya, gejala dan tindakan yang efektif	Kuesioner	Pengetahuan kurang baik jika : <76% (<16) Baik: ≥85% (≥16) (Arikunto, 2010). <i>Favorable :</i> Ya = 1 Tidak = 2 <i>Unfavorable :</i> Ya= 2 Tidak = 1	Ordinal

3.	Sikap	Sikap dalam pencegahan DBD adalah seperti kesadaran masyarakat, Pandangan positif, dan tanggung jawab	Kuesioner	Negatif: <50% (<6) Positif : $\geq 50\%$ (≥ 6) (Notoatmodjo, 2017) <i>Favorable</i> : ST = 4, S = 3, TS = 2, STS = 1 <i>Unfavorable</i> : ST = 1, S = 2, TS = 3, STS = 4	Ordinal
4	Perilaku 3M Plus	Perilaku 3M Plus dalam pencegahan DBD mengacu pada tindakan dan kebiasaan yang dilakukan. Ini termasuk tindakan membersihkan lingkungan, menghilangkan tempat perkembangbiakan nyamuk, serta melindungi diri dari gigitan nyamuk	Kuesioner	Perilaku 3M Plus kurang baik jika skor <76% (<9) Perilaku 3M Plus baik, jika $\geq 76\%$ (≥ 9) Arikunto, (2018). <i>Favorable</i> : Ya = 2 Tidak = 1 <i>Unfavorable</i> : Ya = 1 Tidak = 2	Ordinal

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Puskesmas Bengkuring berdiri pada 25 Oktober 2001 berada diatas sebidang tanah dengan luas 2000m² serta luas bangunan 270m, yang diresmikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Samarinda. Pada Febuari 2020 dilakukan renovasi total dan selesai di bulan Januari 2021 terdiri dari lantai 2 dengan luas bangunan 891m² . beberapa Puskesmas antara lain Bayur, Pinang Seribu, Batu Besaung, dan Berambai dibawahhi oleh Puskesmas Bengkuring berlokasi di Kota Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur, Puskesmas Bengkuring terletak di jalan Raya di Sempaja Timur, Kecamatan Utara. Dengan bangga kami umumkan bahwa UPTD Puskesmas Bengkuring menjadi nama baru Puskesmas Bengkuring.

Puskesmas Bengkuring mencakup 2 Kelurahan yakni Sempaja Timur 35,4 km² dan Sempaja Utara 45,3 km² . Adapun batas-batas wilayah dari Puskesmas Bengkuring adalah sebagai berikut:

1. Sebelah Utara : Kabupaten Kutai Kartanegara
2. Sebalah Timur : Kecamatan Sungai Pinang dan wilayah kerja Puskesmas Remaja dan Puskesmas Lempake
3. Sebelah Selatan: Kelurahan Sempaja dan wilayah kerja Puskesmas Sempaja
4. Sebelah Barat : Kelurahan Sempaja Barat dan wilayah kerja Puskesmas Sempaja

Secara geografis, wilayah Puskesmas Bengkuring terdiri dari daratan, rawa, dan sebagian kecil berbukit. Secara topografi, sebagian kelurahan sering tergenang air atau terendam banjir pada

saat musim penghujan apalagi jika berbarengan dengan air laut naik, sehingga hal ini menyulitkan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan dan kegiatan lainnya.

2. Visi dan Misi Puskesmas Bengkuring

a. Visi

Menjadi Pusat pelayanan kesehatan dasar yang prima, demi terwujudnya masyarakat di wilayah kerja, yang mandiri untuk hidup sehat.

b. Misi

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, dan terjangkau oleh seluruh masyarakat.
2. Memberdayakan masyarakat untuk lebih mandiri dalam upaya kesehatan
3. Mendorong peningkatan kualitas sumber daya
4. Menciptakan suasana kerja yang nyaman dan kekeluargaan

B. Hasil Penelitian Dan Analisis Data

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring

Umur	Jumlah(N)	Persentase (%)
15-26	53	53.5%
27-38	25	25.3%
39-50	15	15.2%
51-57	6	6.1%
Total	99	100.0%

Sumber Hasil Kuisisioner (data diolah oleh peneliti 2026)

Berdasarkan pada table 4.1 data yang diperoleh dari responden dalam penelitian ini terdiri dari 4 kategori umur dari 40 responden. 15-26 dengan persentase (53.5%), umur 27-38 dengan persentase (25.3%), umur 39-50 dengan persentase (15.2%), dan 51-57 dengan persentase (6.1%)

b. Pendidikan Terakhir

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Jumlah (N)	Persentase (%)
SD	2	2.0%
SMP	15	15.2%
SMA	34	34.3%
SMK	26	26.3%
D3	4	4.0
S1	17	17.2
S2	1	1.0
Total	99	100.0%

Sumber Hasil Kuisisioner (data diolah peneliti 2026)

Berdasarkan Tabel 4.2 diatas diketahui status pendidikan SD berjumlah 2 orang (2.0%), SMP berjumlah 15 orang (15.2%), SMK 26 orang (26.3%), D3 berjumlah 4 orang (4.0%), S1 berjumlah 17 orang (17.2%), dan S2 berjumlah 1 orang (1.0%).

c. Pekerjaan

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah (N)	Persentase (%)
Tidak Berkeja	18	18.2%
IRT	28	28.3%
	53	53.5%
	99	100.0%

Sumber Hasil Kuisisioner (data diolah oleh peneliti 2026)

Berdasarkan tabel 4.3 diatas diketahui status pekerjaan Tidak Berkerja berjumlah 18 orang (18.2%), IRT berjumlah 28 orang (28.3%), dan Swasta berjumlah 53 (53.5%).

2. Analisis Univariat

a. Variabel Kejadian

Tabel 4.4 Distribusi Kejadian di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring

Kejadian	Jumlah (N)	Persentase (%)
Ya DBD	73	73.3%
Tidak DBD	26	26.3%
Total	99	100%

Sumber Hasil Kuisisioner (data diolah peneliti 2026)

Berdasarkan tabel 4.4 di atas diketahui dari hasil penelitian terhadap 99 responden menunjukkan bahwa variabel kejadian DBD dengan kategori tertinggi yaitu Kejadian Ya DBD sebanyak 73 responden (73.3%) sedangkan kejadian DBD Tidak DBD sebanyak 26 responden (26.3%).

b. Variabel Pengetahuan

Tabel 4.5 Distribusi Pengetahuan di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring

Pengetahuan	Jumlah (N)	Persentase (%)
Kurang Baik	62	62.6%
Baik	37	37.4%
Total	99	100%

Sumber Hasil Kuisisioner (data diolah peneliti 2026)

Berdasarkan tabel 4.5 di atas diketahui dari hasil penelitian terhadap 99 responden menunjukkan bahwa variabel Pengetahuan dengan kategori tertinggi yaitu Kurang Baik sebanyak 62 responden (62.6%) sedangkan Pengetahuan Baik sebanyak 37 responden (37.4%).

c. Variabel Sikap

Tabel 4.6 Distribusi Sikap di Wilayah Kerja Puskesmas
Bengkuring

Sikap	Jumlah (N)	Persentase(%)
Negatif	36	36.4%
Positif	63	63.6%
Total	99	100%

Sumber Hasil Kuisisioner (data diolah peneliti 2026)
Berdasarkan tabel 4.6 di atas diketahui dari hasil penelitian terhadap 99 responden menunjukkan bahwa variabel Sikap dengan kategori terendah yaitu Negatif sebanyak 36 responden (36.4%) sedangkan Sikap Positif sebanyak 63 responden (63.6%).

d. Variabel Perilaku 3M Plus

Tabel 4.7 Distribusi Perilaku 3M Plus di Wilayah Kerja
Puskermas Bengkuring

Perilaku 3M Plus	Jumlah (N)	Persentase (%)
Kurang Baik	34	34.7%
Baik	65	65.7%
Total	99	100%

Sumber Hasil Kuisisioner (data diolah peneliti)
Berdasarkan tabel 4.7 diatas diketahui dari hasil peneltian terhadap 99 responden menunjukkan bahwa variabel Perilaku 3MPlus dengan kategori terendah yaitu Kurang Baik sebanyak 34 responden (34.7%%) sedangkan Perilaku 3M Plus sebanyak 65 responden (65.7%).

3. Analisis Bivariat

- a. Ada Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring

Tabel 4.8 Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian DBD

Pengetahuan	Kejadian DBD				Total		<i>p-value</i>
	Ya DBD		Tidak DBD				
	n	%	n	%	n	%	
Kurang Baik	22	22.2%	40	40.4%	62	62.6%	0.014
Baik	4	4.0%	33	33.3%	37	37.4%	
Total	26	26.3%	73	73.7%	99	100%	

Sumber Hasil Kuisisioner (data diolah oleh peneliti 2026)

Berdasarkan Tabel 4.8 diketahui bahwa responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang baik dengan kejadian DBD berjumlah 22 responden (22.2%), dan yang tidak DBD berjumlah 40 responden (40.4%). Sedangkan yang memiliki pengetahuan baik berjumlah 4 responden (4.0%) dan yang tidak DBD 33 responden (33.3%)

Hasil penelitian mengenai kejadian DBD dengan tingkat tentang DBD menunjukkan bahwa pengetahuan mempunyai hubungan terhadap kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring dimana nilai $P\text{-value} = 0,014 < 0,05$ Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima

1. Untuk nilai sig 0,05
 2. Hasil Uji *Chi-square* memiliki 0 cells maka yang diambil *Continuity Correction* yaitu 0,014
- b. Ada Hubungan Antara Sikap dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas

Tabel 4.9 Hubungan Sikap dengan Kejadian DBD

Sikap	Kejadian DBD				Total		<i>p-value</i>
	Ya DBD		Tidak DBD				
	n	%	n	%	n	%	
Negatif	4	4.0%	2	2.0%	6	6.0%	0.040
Positif	22	22.2%	71	71.7%	93	93.9%	

Total	26	26.3%	73	73.7%	99	100%
--------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	-------------

Sumber Hasil Kusioner (data diolah oleh peneliti 2026)

Berdasarkan Tabel 4.9 diketahui bahwa sebanyak 4 responden (4.0%) yang memiliki sikap negatif dan yang tidak DBD sebanyak 2 responden (2.0%). Responden yang memiliki sikap positif sebanyak 22 responden (22.2%) dan yang tidak DBD sebanyak 71 responden (71.7%).

Hasil analisis menggunakan uji *Chi-square* antara sikap dengan kejadian DBD di peroleh nilai $P\text{-value} = 0,040 < 0.05$ yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring

1. Untuk nilai sig 0,05
2. Hasil uji *Chi-square* memiliki 2 cells maka yang diambil *Fisher's Exact Test* yaitu 0,040

- c. Ada hubungan antara perilaku 3M Plus dengan kejadian DBD di wilayah kerj Puskesmas Bengkuring.

Tabel 4.10 Hubungan Perilaku dengan Kejadian DBD

Perilaku	Kejadian DBD				Total		<i>p-value</i>
	Ya DBD		Tidak DBD				
	n	%	n	%	n	%	
3M Plus							
Kurang	25	25.3%	9	9.1%	34	34.3%	1.000
Baik							
Baik	48	48.5%	17	17.2%	65	65.7%	
Total	73	73.7%	26	26.3%	99	100%	

Sumber Hasil Kusioner (data diolah oleh peneliti 2026)

Berdasarkan data pada tabel 4.10 diketahui bahwa perilaku kurang baik berjumlah 9 responden (9.1%) dan yang tidak DBD 25 responden (25.3%). Sedangkan perilaku baik berjumlah 48 responden (48.5%) yang Ya DBD, sedangkan yang tidak DBD 17 responden (17.2%)

Hasil uji *Chi-square* antara perilaku dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring di peroleh hasil *P-value* = $1.000 > 0.05$ H_a ditolak dan H_o di terima. Hal ini berarti menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara perilaku 3M Plus dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring.

C. Pembahasan

1. Hubungan antara pengetahuan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden yang kurang baik pengetahuan. Sedangkan responden dengan pengetahuan baik nilai *P-value* $0,014 < 0,05$. Disimpulkan bahwa hasil analisis uji bivariat menunjukan bahwa terdapat hubungan pengetahuan dengan kejadian DBD di wilayah Puskesmas Bengkuring.

Hasil ini sejalan dengan penelitian terdahulu Ramadhani (2016) yang menyatakan terdapat hubungan antara pengetahuan ibu rumah tangga dengan kejadian demam berdarah dengue, dengan *p-value* = (0,004) ada hubungan antara pengetahuan dengan upaya pencegahan dengan kejadian demam berdarah *dengue* (DBD). Tinggi nya tingkat pengetahuan seseorang menekan bahwa seseorang tersebut mampu mampu menerapkan apa yang diperolehnya dari informasi, pengalaman dan berpikir sehingga ia mampu mengetahui bahaya penyakit DBD dan pentingnya melaksanakan pencegahan terhadap kejadian demam berdarah *dengue* (DBD). (Fatimah et al., 2025)

Pengetahuan terdiri dari berbagai tingkatan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi. Tingkat pengetahuan tentang penyakit DBD dapat dikelompokkan pada tingkatan mengetahui dan mampu memahami aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi. Masih adanya pengetahuan responden dengan

kategori kurang disebabkan responden hanya mengetahui tentang penyakit DBD, tetapi tidak mengaplikasikan, menganalisis, maupun mengevaluasi. (Frisilia, 2022)

Pengetahuan merupakan informasi atau pemahaman yang diperoleh seseorang melalui pengalaman, pendidikan, atau penginderaan tentang suatu hal atau objek. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yakni indra penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan membantu seseorang mengembangkan cakrawala berfikir sehingga mudah baginya untuk menentukan suatu sikap. Oleh karena itu kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu tergantung pada pengetahuan yang dia miliki. Dengan adanya pengetahuan, akan membawa seseorang untuk memahami sekaligus menerapkan apa yang ia ketahui dalam kehidupan sehari-hari (Muhaira et al., 2025)

Penyakit DBD merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus *dengue* dari genus *Flavivirus*. Virus ini ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang berperan sebagai vektor utama, Faktor penyebab utama agen penyakit adalah virus *dengue* yang memiliki empat serotipe, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Infeksi oleh salah satu serotipe akan memberikan kekebalan seumur hidup terhadap serotipe tersebut, namun tidak terhadap serotipe lainnya. Hal ini menyebabkan seseorang dapat terinfeksi lebih dari satu kali dan meningkatkan risiko terjadinya DBD yang lebih berat. Faktor vektor (Perantara Penularan) nyamuk *Aedes aegypti* merupakan vektor utama karena memiliki kebiasaan hidup dilingkungan pemukiman manusia aktif menggigit pada pagi hari. Nyamuk ini berkembangbiak ditempat penampungan air bersih seperti bak mandi, drum, dan wadah terbuka. Sementara itu, *Aedes albopictus* lebih banyak ditemukan di area luar rumah seperti kebun atau

semak-semak. Faktor lingkungan memiliki peran dalam penyebaran DBD.

Kondisi lingkungan yang mendukung perkembangbiakan nyamuk seperti genangan air yang tidak terkelola, curah hujan tinggi, suhu dan kelembaban yang tinggi akan meningkatkan populasi nyamuk dan risiko penularan penyakit DBD, faktor perilaku masyarakat yang kurang menjaga kebersihan lingkungan menjadi salah satu penyebab meningkatnya DBD seperti tidak menutup tempat penampungan air, jarang menguras bak mandi, menumpuk barang bekas yang dapat menampung air, faktor *host* (Manusia) daya tahan tubuh individu juga mempengaruhi tingkat keparahan penyakit. Anak-anak dan orang dengan sistem imun yang lemah cenderung lebih rentan mengalami DBD berat. Selain itu, infeksi memicu reaksi imun yang lemah.

Penularan DBD terjadi melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus* yang terinfeksi virus *dengue*. Nyamuk ini menjadi vektor setelah menghisap darah manusia yang telah terinfeksi, kemudian virus berkembangbiak di dalam tubuh nyamuk dan berpindah ke kelenjar ludahnya. Saat nyamuk tersebut menggigit individu lain, virus *dengue* masuk ke dalam aliran darah manusia dan menyebabkan infeksi. Proses ini menunjukkan bahwa penularan DBD tidak terjadi secara langsung dari manusia ke manusia, melainkan memerlukan perantara berupa nyamuk.

Upaya pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) berfokus pada pengendalian vektor dan pemutusan rantai penularan virus *dengue* di lingkungan masyarakat. Salah satu strategi yang paling efektif adalah penerapan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) melalui gerakan 3M, yaitu menguras tempat penampungan air secara rutin, menutup rapat wadah air, serta mendaur ulang atau memanfaatkan kembali barang bekas yang berpotensi menjadi tempat berkembang biak nyamuk. Selain itu, penggunaan larvasida

pada tempat penampungan air yang sulit dikuras dan pemasangan kelambu atau kasa pada ventilasi rumah juga dapat membantu mengurangi kontak antara manusia dan nyamuk. Upaya lain yang tidak kalah penting adalah meningkatkan kesadaran dan partisipasi masyarakat melalui edukasi kesehatan mengenai perilaku hidup bersih dan sehat. Pemerintah juga berperan melalui kegiatan fogging atau pengasapan sebagai langkah pengendalian sementara saat terjadi peningkatan kasus. Dengan kombinasi antara intervensi lingkungan, perlindungan individu, dan peran aktif masyarakat, diharapkan angka kejadian DBD dapat ditekan secara signifikan.

Pengetahuan yang baik mengenai Demam Berdarah *Dengue* (DBD) pada masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, baik dari aspek individu maupun lingkungan. Salah satu faktor utama adalah tingkat pendidikan, di mana individu dengan pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki kemampuan lebih baik dalam menerima, memahami, dan mengolah informasi kesehatan. Selain itu, akses terhadap informasi juga berperan penting, seperti paparan dari media massa, media sosial, maupun penyuluhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Pengalaman pribadi atau pengalaman orang terdekat yang pernah terpapar DBD turut meningkatkan kewaspadaan dan pemahaman seseorang terhadap penyakit ini.

Faktor lain yang memengaruhi adalah peran aktif petugas kesehatan dalam memberikan edukasi secara berkelanjutan, serta adanya program pemerintah yang mendukung peningkatan kesadaran masyarakat, seperti kampanye pemberantasan sarang nyamuk. Lingkungan sosial yang mendukung, seperti adanya kebiasaan gotong royong dan komunikasi antarwarga, juga dapat memperkuat penyebaran informasi yang benar sehingga membentuk pengetahuan yang baik tentang pencegahan dan penanganan DBD. Pengetahuan masyarakat yang kurang baik

mengenai Demam Berdarah *Dengue* (DBD) umumnya dipengaruhi oleh berbagai faktor yang bersifat individual maupun lingkungan.

Rendahnya tingkat pendidikan menjadi salah satu penyebab utama, karena keterbatasan dalam memahami informasi kesehatan dapat menghambat penyerapan pengetahuan yang benar tentang DBD. Selain itu, kurangnya akses terhadap sumber informasi yang akurat, seperti penyuluhan dari tenaga kesehatan atau media edukatif, juga berkontribusi terhadap terbatasnya wawasan masyarakat. Faktor lain yang berperan adalah minimnya kesadaran dan kepedulian terhadap kebersihan lingkungan, sehingga informasi yang diperoleh tidak diimplementasikan dalam kehidupan sehari-hari. Misinformasi atau kepercayaan yang keliru di masyarakat, seperti anggapan bahwa DBD tidak berbahaya atau hanya terjadi pada musim tertentu, turut memperburuk kondisi ini. Kurangnya peran aktif petugas kesehatan dalam memberikan edukasi yang berkelanjutan serta rendahnya partisipasi masyarakat dalam kegiatan pencegahan juga menjadi faktor pendukung terbentuknya pengetahuan yang tidak baik. Oleh karena itu, diperlukan upaya edukasi yang lebih intensif, merata, dan berkesinambungan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai DBD secara komprehensif.

Pengetahuan memiliki peran penting dalam mempengaruhi kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring, pengetahuan masyarakat yang baik mengenai penyebab, cara penularan, gejala, serta upaya pencegahan DBD, seperti pemberantasan sarang nyamuk melalui kegiatan 3M (Menguras, menutup, dan mengubur), sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya penyakit DBD. Sebaliknya, rendahnya tingkat pengetahuan seringkali berdampak pada kurangnya kesadaran dan perilaku preventif, sehingga lingkungan menjadi lebih berpotensi sebagai tempat berkembangbiaknya nyamuk *Aedes aegypti*.

2. Hubungan antara sikap dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden yang memiliki sikap negatif dan yang tidak DBD responden. Responden yang memiliki sikap positif responden dan yang tidak DBD responden. Hasil analisis menggunakan uji *Chi-square* antara sikap dengan kejadian DBD di peroleh nilai $P\text{-value} = 0.040 < 0.05$ yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring.

Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan terdapat hubungan signifikan antara sikap dengan kejadian demam berdarah dengue, dengan $p\text{-value} = 0,011$. Sikap merupakan perasaan atau pandangan seseorang yang disertai kecenderungan untuk bertindak terhadap suatu objek atau stimulus, ada sikap positif atau negatif. Sikap dapat di pengaruhi oleh beberapa komponen, salah satu komponen yang mempengaruhi sikap adalah pengetahuan. Pengetahuan yang baik tentang DBD menjadi dasar yang baik dalam melakukan pencegahan DBD, pengetahuan berperan dalam pembentukan sikap. Sikap ibu yang positif menciptakan kesadaran ibu untuk melakukan upaya pencegahan DBD yang berdampak menurunkan angka kejadian DBD (Tisnawati et al., 2023).

Sikap (*attitude*) adalah perasaan atau pandangan seseorang yang disertai kecenderungan untuk bertindak terhadap suatu objek atau stimulus menurut pandangan Band dalam *self perception theory* orang bersikap positif atau negative terhadap suatu objek sikap dibentuk melalui pengamatan pada perilaku sendiri. Sikap ialah reaksi atau respon yang masih tertutup dari hanya bisa ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Azwar (2016) mengatakan sikap adalah bentuk evaluasi atau reaksi

perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut. Selain pengetahuan, sikap juga menunjukkan korelasi negatif terhadap kejadian DBD. Responden dengan sikap positif terhadap pencegahan memiliki risiko lebih rendah untuk terinfeksi. Fenomena ini menjelaskan hubungan sinergis antara pengetahuan dan sikap, di mana peningkatan pemahaman dapat memperkuat motivasi individu dalam berperilaku sehat. Hasil ini sejalan dengan penelitian Nitbani dan Siagian (2022) serta Wirna dan Nursia (2023), yang menemukan bahwa kombinasi pengetahuan dan sikap positif secara signifikan menurunkan kejadian DBD di tingkat komunitas. Namun, masih ditemukan sebagian kecil responden dengan pengetahuan dan sikap baik tetapi tetap mengalami DBD. Hal ini menunjukkan bahwa faktor lingkungan, iklim, dan perilaku nyata seperti kebersihan lingkungan memiliki peran yang tak kalah penting (Irdianti, 2023). Karena itu, edukasi masyarakat perlu diiringi dengan penguatan perilaku kolektif, seperti program 3M Plus dan pemberantasan sarang nyamuk berbasis komunitas yang berkelanjutan.

Sikap merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kejadian demam berdarah dengue di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring, sikap masyarakat yang positif terhadap upaya pencegahan DBD, seperti kesadaran untuk menjaga kebersihan lingkungan, melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), serta berpartisipasi aktif dalam kegiatan kesehatan, dapat menurunkan risiko terjadinya penyakit DBD. Sikap positif masyarakat terhadap pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) dipengaruhi oleh berbagai faktor yang mendukung terbentuknya kesadaran dan kepedulian terhadap kesehatan lingkungan. Tingkat pengetahuan yang baik menjadi faktor utama, karena individu yang

memahami bahaya DBD serta cara pencegahannya cenderung memiliki sikap yang lebih proaktif dalam melakukan tindakan pencegahan. Selain itu, pengalaman pribadi atau adanya kasus DBD di lingkungan sekitar dapat meningkatkan kewaspadaan dan membentuk persepsi bahwa penyakit ini merupakan ancaman yang serius. Peran aktif tenaga kesehatan melalui penyuluhan dan edukasi yang berkelanjutan juga berkontribusi dalam membentuk sikap positif masyarakat. Dukungan lingkungan sosial, seperti adanya kegiatan gotong royong, peran tokoh masyarakat, serta budaya hidup bersih dan sehat, turut memperkuat sikap tersebut. Di samping itu, kepercayaan terhadap program pemerintah, seperti pemberantasan sarang nyamuk, mendorong masyarakat untuk berpartisipasi secara aktif. Dengan adanya kombinasi faktor pengetahuan, pengalaman, dukungan sosial, dan kepercayaan terhadap intervensi kesehatan, sikap positif masyarakat terhadap pencegahan DBD dapat terbentuk dan dipertahankan.

Sikap negatif masyarakat terhadap pencegahan dan penanggulangan Demam Berdarah Dengue (DBD) dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang kompleks, baik dari aspek kognitif, afektif, maupun lingkungan sosial. Salah satu penyebab utama adalah rendahnya tingkat pengetahuan, sehingga individu tidak memahami secara utuh bahaya DBD dan pentingnya tindakan pencegahan.

Kurangnya pengalaman langsung atau tidak adanya riwayat kasus DBD di lingkungan sekitar juga dapat menimbulkan persepsi bahwa penyakit ini bukan ancaman serius. Selain itu, faktor kepercayaan dan budaya, seperti anggapan bahwa penyakit merupakan takdir yang tidak dapat dicegah, dapat memengaruhi pembentukan sikap yang kurang peduli. Ketidakpercayaan terhadap program pemerintah, seperti kegiatan fogging yang dianggap tidak efektif, juga berkontribusi terhadap munculnya sikap apatis. Di sisi

lain, faktor lingkungan sosial, seperti rendahnya partisipasi masyarakat dalam kegiatan gotong royong dan kurangnya dukungan dari tokoh masyarakat, dapat memperkuat sikap negatif tersebut. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan edukatif dan persuasif yang tidak hanya meningkatkan pengetahuan, tetapi juga membangun kesadaran, kepercayaan, dan keterlibatan aktif masyarakat dalam upaya pencegahan DBD. Oleh Karena itu, pembentukan dan peningkatan sikap yang mendukung melalui penyuluhan dan promosi kesehatan secara berkelanjutan sangat diperlukan guna menekan angka kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring.

3. Hubungan antara Perilaku 3M Plus dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring

Berdasarkan data pada tabel 4.6 diketahui bahwa perilaku kurang baik berjumlah responden dan yang tidak DBD responden. Sedangkan perilaku baik berjumlah responden dan yang tidak DBD responden. Hasil penelitian mengenai hubungan antara perilaku 3M Plus dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring di peroleh *p- value* 1.000 yang menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara perilaku 3M Plus dengan kejadian DBD.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariyati tahun 2015 tentang hubungan antara perilaku PSN (3M Plus) dan kemampuan mengamati jentik dengan kejadian penyakit DBD di Kelurahan Tembalang Kecamatan Tembalang Kota Samarang. Dalam penelitian tersebut di peroleh bahwa tidak ada hubungan antara mengurus T(Tuba et al., 2023)(Wayan et al., 2015)PA, menutup TPA , menyingkirkan atau mendaur ulang barang bekas, memelihara ikan pemakan jentik, kebiasaan tidur menggunakan kelambu, dan menggunakan obat anti nyamuk Perilaku sehat adalah pengetahuan, sikap dan tindakan proaktif untuk memelihara dan mencegah risiko terjadinya penyakit,

melindungi diri dari ancaman penyakit. Perilaku seseorang berdasarkan teori Bloom, tersusun dari pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktik (*practice*).

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi dalam perilaku pencegahan, antara lain tingkat pendidikan, sosial ekonomi, pola hidup, faktor lingkungan dan tersedianya media dan informasi yang memuat langkah-langkah dalam pencegahan demam berdarah *dengue*. Selain itu, faktor perilaku dan partisipasi masyarakat yang masih kurang dalam kegiatan dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) serta faktor pertambahan penjumlah penduduk dan faktor peningkatan mobilitas penduduk yang sejalan dengan semakin membaiknya sarana prasarana transportasi menyebabkan penyebaran virus DBD, semakin mudah dan semakin luas.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel perilaku 3M Plus tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian demam berdarah *dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring, kondisi ini dilihat dari aspek pekerjaan responden yang beragam seperti yang tidak bekerja berjumlah 18 responden 18.2%, IRT berjumlah 28 responden 28.3%, dan swasta berjumlah 53 responden 53.5%. Selain itu, responden dengan jam kerja yang panjang cenderung memiliki keterbatasan waktu dalam menerapkan perilaku 3M Plus secara konsisten, sehingga praktik tersebut tidak menjadi faktor dominan yang memengaruhi hasil penelitian ini. Di sisi lain, lingkungan kerja yang relatif bersih, terkontrol atau memiliki program pencegahan tersendiri juga dapat meminimalkan risiko, sehingga hubungan antara perilaku 3M Plus dengan kejadian demam berdarah *dengue* yang diteliti menjadi tidak terlihat signifikan. Dengan demikian, faktor pekerjaan berperan sebagai variabel yang dapat menutupi hubungan antara perilaku 3M Plus dengan *outcome* penelitian.

Perilaku 3M Plus yang tidak baik dalam pencegahan Demam

Berdarah Dengue (DBD) umumnya disebabkan oleh kombinasi faktor pengetahuan, sikap, dan lingkungan yang kurang mendukung. Rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat mengenai penyebab, penularan, dan konsekuensi DBD menyebabkan individu kurang memahami pentingnya kegiatan menguras, menutup, dan mendaur ulang, serta tindakan tambahan seperti penggunaan larvasida dan perlindungan diri dari gigitan nyamuk. Sikap negatif atau apatis terhadap kebersihan lingkungan, misalnya menganggap DBD tidak berbahaya atau kegiatan pencegahan tidak efektif, turut memperlemah penerapan perilaku 3M Plus. Faktor lingkungan juga berperan, termasuk minimnya sarana dan prasarana untuk pengelolaan air bersih dan sampah, serta kurangnya partisipasi masyarakat dalam kegiatan gotong royong. Selain itu, kurangnya penyuluhan berkelanjutan dari tenaga kesehatan dan rendahnya dukungan tokoh masyarakat dapat menyebabkan masyarakat tidak termotivasi untuk melaksanakan 3M Plus secara rutin. Kondisi-kondisi ini mengakibatkan perilaku pencegahan yang tidak optimal, sehingga risiko penularan DBD tetap tinggi.

Langkah 3M Plus dalam pencegahan DBD merupakan suatu program pemerintah yang telah diterapkan sejak tahun 1992 dan pada tahun 2002 dikembangkan menjadi 3M Plus, dengan cara menggunakan larvasida, memelihara ikan dan mencegah gigitan nyamuk. Berbagai upaya penanggulangan tersebut belum menampakkan hasil yang diinginkan. Salah satu penyebab tidak optimalnya upaya penanggulangan tersebut karena belum adanya perubahan perilaku masyarakat dalam upaya PSN (Gultom et al., 2025). Responden yang melakukan praktik 3M lebih banyak dijumpai pada penelitian ini. Namun, banyak ditemukan responden yang telah melaksanakan praktik 3M tetapi belum sepenuhnya tepat. Selain itu, frekuensi pelaksanaan 3M masih cukup jarang dilakukan. Frekuensi pelaksanaan 3M yang jarang atau lebih dari

seminggu tidak dibersihkan/dikuras dapat memperbesar peluang telur *Aedes aegypti* menjadi nyamuk dewasa. Hal ini berkaitan dengan masa perkembangan telur nyamuk menjadi nyamuk dewasa adalah sekitar 7-14 hari (Siregar et al., 2023).

Perilaku 3M Plus di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring menunjukkan bahwa praktik pencegahan seperti menguras, menutup, dan memanfaatkan kembali barang bekas, serta tindakan tambahan (Plus) seperti penggunaan obat anti nyamuk atau pemasangan kawat kasa, belum memberikan pengaruh signifikan terhadap penurunan kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, seperti rendahnya konsistensi masyarakat dalam menerapkan 3M Plus, kurangnya pemahaman yang mendalam tentang pentingnya perilaku 3M Plus, serta adanya faktor lingkungan lain yang lebih dominan, seperti kondisi sanitasi, kepadatan penduduk, dan keberadaan tempat perindukan nyamuk yang belum terjangkau oleh intervensi rumah tangga. Selain itu, peran edukasi kesehatan dan pengawasan dari pihak terkait mungkin belum optimal, sehingga perilaku 3M Plus belum menjadi kebiasaan yang berkelanjutan dimasyarakat. Dengan demikian, diperlukan pendekatan yang lebih komprehensif dan terintegrasi untuk meningkatkan efektifitas upaya pencegahan.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh masyarakat yaitu menguras, menutup, mengubur plus melakukan langkah lain yang dapat memberantas perkembangbiakan nyamuk. Oleh karena itu, diharapkan kepada masyarakat untuk meningkatkan perilaku 3M Plus masyarakat untuk mengurangi perkembangbiakan nyamuk *aedes aegypti*

D. Keterbatasan penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah keterbatasan waktu yang dimiliki oleh responden untuk diwawancari dan mengisi kuisioner dikarenakan responden cenderung terburu-buru untuk pulang setelah

mendapatkan pelayanan di Puskesmas Bengkuring, sehingga peneliti susah mendapatkan responden.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Ada hubungan pengetahuan dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring dengan di peroleh nilai *P-value* $0.014 < 0.05$
2. Ada hubungan antara sikap dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring dengan diperoleh nilai *P-value* $0.040 < 0.05$
3. Tidak ada hubungan antara perilaku 3M Plus dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di wilayah kerja Puskesmas Bengkuring dengan diperoleh nilai *P-value* $1.000 > 0.05$

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di UPDT Puskesmas Bengkuring Kota Samarinda, peneliti memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Fakultas

Diharapkan dapat meningkatkan peran dalam mendukung pengembangan ilmu pengetahuan dan praktik kesehatan masyarakat ,khususnya terkait perilaku pencegahan penyakit melalui program 3M Plus dan fakultas dapat memperkuat kurikulum dengan menambahkan materi yang lebih aplikatif mengenai promosi kesehatan dan perubahan perilaku, sehingga mahasiswa memiliki pemahaman yang lebih yang tidak hanya secara terori tetapi juga praktik di lapangan.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Disarankan untuk menambahkan atau mengembangkan variabel lain yang belum diteliti juga dapat menggunakan metode yang berbeda guna memperoleh pemahaman yang lebih mendalam, dan instrumen yang lebih variatif dan mendalam.

3. Bagi Puskesmas Bengkuring

Diharapkan dapat meningkatkan upaya promosi kesehatan secara berkelanjutan terkait penerapan 3M Plus kepada masyarakat. Edukasi tidak hanya difokuskan pada peningkatan pengetahuan, tetapi juga pada pembentukan sikap dan perubahan perilaku melalui metode penyuluhan yang lebih menarik dan interaktif

4. Bagi masyarakat

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan mengenai pentingnya penerapan 3M Plus sebagai upaya pencegahan penyakit, serta lebih aktif dalam mencari informasi kesehatan dari sumber yang terpercaya. Pengetahuan yang baik diharapkan dapat membentuk sikap positif terhadap pentingnya menjaga kebersihan lingkungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astutiningsih, C., Septiana, R., Murti, B. T., & Putri, A. D. (2020). Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan Memanfaatkan Botol Bekas dan Ragi di Desa Kertosari, Kendal. *Jurnal Abdidas*, 1(6), 632–639. <https://doi.org/10.31004/abdidas.v1i6.134>
- Cahyaningrum, W., & Gunawan. (2023). *Hubungan Antara Intensitas Penggunaan Gawai dengan Perkembangan Literasi Awal Pada Anak Prasekolah Usia 4-6 Tahun di TK A isiyah Kedungharjo Mantingan*. 1, 228–239.
- Sugiyono, P. D. (2020). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D* (M. Dr. Ir. Sutopo. S.Pd (ed.); Kedua). ALFABETA,cv.
- Diani, N., Nurhalisa, R., Saputri, L. D., & Fitriarsi, D. (2023). *UPAYA MENINGKATKAN KESADARAN MASYARAKAT MENGENAI PENCEGAHAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DI DUKUH GORONGAN, DESA DONOHUDAN, NGEMPLAK, BOYOLALI*. 03(01), 256–262.
- Fahmia, M. M., & Pakki, I. B. (2024). Analisis Faktor Risiko Kejadian Demam Berdarah Dengue (Dbd) Di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring Kecamatan Samarinda Utara Kota Samarinda Tahun 2023. *J. Kedokteran Mulawarman*, 11(2), 88–97.
- Fatihah, A., Andriana, A., Sukmajaya, A., & Rinayu, N. P. (2025). *Hubungan Pengetahuan , Sikap dan Perilaku Ibu Rumah Tangga Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Melayu Kota Bima Tahun 2024*. 13(1), 394–407.
- Frisilia, M. (2022). *Hubungan Pengetahuan Tentang Demam Berdarah dengan Perilaku Pencegahan (DBD) di wilayah Kerja Puskesmas Jekan Raya Kota Palangka Raya Tahun 2022 Knowledge About Dengue Fever with Preventive Behavior (DBD) in the Region Jekan Raya City Puskesmas Work Palangka Raya 2022*.
- Gultom, T. B., Sapta, W. A., Murwanto, B., & Bayu, M. A. (2025). *Hubungan*

Perilaku 3M Plus dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Susunan Baru Kota Bandar Lampung Tahun 2024. 4.

- Kayubi Kayubi, Hasim Asyari, & Indra Ruswadi. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Ma Sentot Patrol Indramayu. *Jurnal Fisioterapi Dan Ilmu Kesehatan Sisthana*, 3(1), 22–34. <https://doi.org/10.55606/jufdikes.v3i1.112>
- Muhaira, N. N., Mien, & Dhesa, D. B. (2025). *Hubungan Pengetahuan Dengan Sikap Ibu Dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Pada Anak Di Desa Munse Wilayah Kerja Puskesmas Waworete. 05*, 11–16.
- Notoadmodjo, S. (2021). Promosi Kesehatan & Prilaku Kesehatan. In *Jakarta: EGC*.
- Prasetyo, M. (2021). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi : Literatur Review*.
- Tuba, S., Mariani, R., Faizah, A., Sutriyawan, A., & Ramadhan, A. (2023). Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Pengalaman Keluarga Sakit Demam Berdarah Dengue dengan Pencegahannya The Relationship Between Knowledge, Attitude, and Family Experience with Prevention of Dengue Hemorrhagic Fever. *The Indonesian Journal Of Infectious Disease*, 9(2).
- Ustiawaty, J., Pertiwi, A. D., & Aini, A. (2020). Upaya Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Melalui Pemberantasan Nyamuk Aedes aegypti. *Jurnal Pengabdian Magister Pendidikan IPA*, 3(2). <https://doi.org/10.29303/jpmipi.v3i2.528>

Lampiran 1. surat izin permohonan

	UNIVERSITAS WIDYA GAMA MAHAKAM SAMARINDA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT AKREDITASI BAIK SEKALI SK PENDIRIAN MENDIKBUD NO:0395/0/1986 TANGGAL 23 MEI 1986 SK LAM-PTKes NO: 0117/LAM-PTKes/Akr/Sari/II/2023 TANGGAL 10 FEBRUARI 2023
Samarinda, 01 Desember 2025	
Nomor : 318/FKM-UWGM/A/XII/2025 Lamp. : - Perihal : <u>Permohonan Izin Penelitian</u>	
Kepada Yth. Kepala UPT Puskesmas Bengkuring Di - <u>Samarinda</u>	
Dengan hormat, Dalam rangka penyusunan Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam (FKM-UWGM) Samarinda, kami mohon diberikan kesempatan melakukan penelitian di Puskesmas Bengkuring Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini : Nama : Veronika Long NPM : 2113201083 Peminatan : Promosi Kesehatan Judul Karya Ilmiah : <i>"Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Perilaku 3M Plus Dengan Pencegahan Demam Berdarah Dengue Di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring Samarinda Tahun 2025"</i> Demikian, atas bantuan dan kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.	
 Ketua Program Studi Isiarto, SKM., M.Kes NIK. 2010.085.116	
Contact Person: +62 823-3555-9304 Tembusan: 1. Arsip	
Telp : (0841) 4121117 Fax : (0841) 736572 Email : fkm@uwgm.ac.id Website : fkm.uwgm.ac.id	Kampus Biru UWGM Gedung C Lantai 1 FKM Jl. K.H. Wahid Hasyim 1, No.28 Rt.08 Samarinda, 75119

Lampiran 2. Surat balasan permohonan izin penelitian



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS BENGKURING

Jl. Bengkuring Raya, Samarinda, Telp. 0541-7776243 Kode. Pos 75119
<https://pkm-bengkuring.samarindakota.go.id> Pos-el: puskesmas_bengkuring@yahoo.com

Samarinda, 04 Desember 2025

Nomor : 400.7.11/ 976 /100.02.002
 Perihal : Balasan Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.
 Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
 Fakultas Kesehatan masyarakat
 di-

Tempat

Sehubungan dengan Surat dari Widya Gama Mahakam Samarinda Tanggal 01 Desember 2025 Nomor : 318/FKM-UWGMA/XII/2025 perihal Permohonan Izin Penelitian pada prinsipnya kami tidak keberatan dan menerima di UPTD Puskesmas Bengkuring sesuai dengan prosedur dan tidak bertentangan dengan peraturan yang berlaku. Adapun mahasiswa yang melaksanakan penelitian :

Nama : Veronika Long
 NIM : 2113201083
 Peminataan : Promosi Kesehatan
 Judul Karya : Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Prilaku 3M Plus Dengan Pencegahan Demam Berdarah Dengue Di Wilayah UPTD Puskesmas Bengkuring Kota Samarinda Tahun 2025

Demikian disampaikan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.


 Kepala UPTD Puskesmas Bengkuring
Agus Wibisono, S.ST
 NIP. 197209161993031005

Lampiran 3. Surat selesai penelitian



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS BENGKURING

Jl. Bengkuring Raya, Samarinda, Telp. 0541-7776243 Kode. Pos 75119
<https://pkm-bengkuring.samarindakota.go.id> Pos-el: puskesmas_bengkuring@yahoo.com

Samarinda, 24 Desember 2025

Nomor : 400.7/ 983 /100.02.002
 Perihal : Selesai Penelitian

Kepada Yth.
 Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
 Fakultas Kesehatan masyarakat
 di-

Tempat

Sehubungan dengan Surat dari Sehubungan dengan Surat dari Widya Gama Mahakam Samarinda Fakultas Kesehatan Masyarakat Nomor : 318/FKM-UWGM/A/XII/2025 tanggal 01 Desember 2025 perihal Permohonan Ijin penelitian, maka dengan ini menerangkan bahwa mahasiswa tersebut dibawah ini telah melakukan penelitian pada tanggal 05 s/d 19 Desember 2025 di UPTD Puskesmas Bengkuring.

Adapun nama mahasiswa :

Nama	: Veronika Long
NPM	: 2113201083
Peminatan	: Promosi Kesehatan
Judul Karya Ilmiah	: Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Prilaku 3M Plus Dengan Pencegahan Demam Berdarah Dengue Di Wilayah UPTD Puskesmas Bengkuring Kota Samarinda Tahun 2025

Demikian disampaikan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Kepala UPTD Puskesmas Bengkuring



Penata, S.ST
 Penata/IIIC
 NIP. 19720916 199303 1 005

Lampiran 4. Surat lembar persetujuan responden

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

(Informed Consent)

Yth, Bapak/Ibu

Puskesmas Bengkuring Kota Samarinda

Perkenalkan, nama saya Veronika Long. Saya mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda. Dalam rangka tugas akhir kelulusan (skripsi), saya akan mengadakan penelitian dengan topik “ **Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Perilaku 3M Plus Dengan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring Kota Samarinda**”. Jika Bapak/Ibu setuju untuk berpartisipasi. Bapak/Ibu akan diminta untuk mengisi serangkaian kuesioner yang menanyakan tentang informasi pribadi Bapak/Ibu. Proses pengisian kuesioner ini akan memakan waktu sekitar 10 – 15 menit. Jika Bapak/Ibu menemukan kesulitan dalam memahami item kuesioner Bapak/Ibu dapat bertanya kepada saya.

Penelitian ini telah disetujui oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda. Prosedur penelitian ini tidak akan merugikan Bapak/Ibu maupun instansi Bapak/Ibu. Identitas pribadi Bapak/Ibu dan informasi yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiaannya. Seluruh informasi dari penelitian ini akan bermanfaat untuk pengembangan masyarakat di Puskesmas. Tanda tangan Bapak/Ibu pada formulir ini akan menunjukkan bahwa Bapak/Ibu memahami prosedur penelitian dan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Terima kasih atas kerja sama Bapak/Ibu.

Samarinda, 2025

Responden

Peneliti,

(.....)

(Veronika Long)

Lampiran 5 Kuesioner Uji Validitas

KUISIONER PENELITIAN

HUBUNGAN PENGETAHUAN SIKAP DAN PERILAKU 3M PLUS DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BENGKURING KOTA SAMARINDA

Isilah identitas responden dan titik-titik dibawah ini dengan lengkap dan benar
Berikan tanda ceklis (✓) pada kolam yang disediakan dan jawab sesuai dengan
pertanyaan dibawah ini Untuk coding dan kotak disamping, tidak perlu diisi
(dikosongkan)

KODE :

Identitas Responden Nama :

Umur :

Pendidikan Terakhir :

Pekerjaan :

Kuisisioner Pengetahuan

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Penyebab DBD (Demam Berdarah <i>Dengue</i>) adalah virus <i>dengue</i> .		
2	Gigitan nyamuk merupakan sumber penularan DBD khususnya nyamuk <i>Aedes aegypti</i> yang telah terinfeksi virus <i>dengue</i> .		
3	Jenis nyamuk yang menular DBD adalah <i>Anopheles</i> .		
4	Ciri nyamuk DBD adalah sayap dan badannya belang-belang atau bergaris-garis putih pada sekujur tubuhnya serta menggigit pada pagi hari dan sore hari.		

5	Nyamuk DBD hidup dan berkembangbiak di air yang kotor		
6	Tanda atau gejala awal penderita DBD ialah demam tinggi mendadak dan bintik-bintik merah dikulit yang sering disertai dengan nyeri otot, sendi, dan sakit kepala yang hebat, terutama dibelakang mata		
7	Tindakan pertolongan pertama pada pasien DBD dirumah adalah dengan minum banyak air putih tujuan nya supaya memberikan banyak cairan untuk mencegah dehidrasi		
8	Demam dengue tidak dapat dicegah		
9	<i>Fogging</i> merupakan upaya yang dilakukan untuk membasmi jentik		
10	Program 3M merupakan upaya pencegahan DBD yang sangat efektif		
11	Menguras tempat penampungan air merupakan upaya bagian dari program 3M dan membersihkan tempat-tempat sarang nyamuk		
12	Program 3M meliputi menyikat, mengubur, dan Menutup		
13	Program 4M meliputi program 3M ditambah dengan memantau		
14	Abatitasi (pemberian bubuk abate) merupakan upaya pemberantasan nyamuk		
15	Upaya untuk memutus rantai penularan DBD ialah dengan memberantas sarang nyamuk.		
16	Menguras tempat penampungan air merupakan upaya bagian dari program 3M dan membersihkan tempat-tempat sarang nyamuk		

Kuisisioner Sikap

No	Pertanyaan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Pemakaian lotion anti nyamuk hanya digunakan pada malam hari saja				
2	Barang bekas tempat penampungan air hujan sebaiknya dibiarkan saja				
3	Menguras bak mandi dilakukan pada saat kotor saja				
5	Pakaian lebih baik digantung didalam ruangan atau didalam kamar				
6	Saya rutin melakukan kegiatan 4M				
7	Tempat yang dapat menampung air tidak perlu ditutup				
8	Genangan air di lingkungan rumah sebaiknya dibiarkan saja				
9	Tidur menggunakan kelambu dapat mengurangi gigitan nyam				
10	Penggunaan bubuk abate saya gunakan pada tempat penampungan air				

Kuisisioner Perilaku 3M Plus

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Menutup bak tempat penampungan air		
2	Memberikan bubuk abate pada bak air yang tidak dapat dikuras dengan baik sekali dua bulan		

3	Menguras bak penampungan air atau yang dapat menampung air seminggu sekali		
4	Memantau semua wadah air atau yang dapat menampung air seminggu sekali		
5	Memasang kawat kasa ventilasi udar		
6	Membiarkan pakaian kotor bergelantungan dibelakang pintu		
7	Memelihara ikan pemakan jentik seperti ikan cupang, ikan cere, dan ikan guppy		
8	Menyemprotkan insektisida atau memasang obat nyamuk bakar atau menggunakan kelambu saat tidur atau menggunakan baju lengan panjang atau lotion anti nyamuk secara rutin.		
9	Menelungkupkan barang bekas seperti ember bekas dan kaleng bekas		
10	Tidak perlu membuang sampah plastik keramik, kaleng, dll yang berpotensi menampung air bekas sembarang		

Kuisisioner Kejadian DBD

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda atau keluarga anda pernah mengalami DBD?		
2	Jika, iya siapa yang mengalami DBD?	a. Saya sendiri b. Ayah c. Ibu d. Anak e. Anggota keluarga lain	

Lampiran 6 Kuesioner Penelitian

KUISIONER PENELITIAN

HUBUNGAN PENGETAHUAN SIKAP DAN PERILAKU 3M PLUS DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BENGKURING KOTA SAMARINDA

Isilah identitas responden dan titik-titik dibawah ini dengan lengkap dan benar Berikan tanda ceklis (✓) pada kolom yang disediakan dan jawab sesuai dengan pertanyaan dibawah ini Untuk coding dan kotak disamping, tidak perlu diisi (dikosongkan)

KODE :

Identitas Responden Nama :

Umur :

Pendidikan Terakhir :

Pekerjaan :

Kuisisioner Pengetahuan

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Penyebab DBD (Demam Berdarah <i>Dengue</i>) adalah virus <i>dengue</i> .		
2	Gigitan nyamuk merupakan sumber penularan DBD khususnya nyamuk <i>Aedes aegypti</i> yang telah terinfeksi virus <i>dengue</i> .		
3	Ciri nyamuk DBD adalah sayap dan badannya belang-belang atau bergaris-garis putih pada sekujur tubuhnya serta menggigit pada pagi dan sore hari.		

4	Tanda atau gejala awal penderita DBD ialah demam tinggi mendadak dan bintik-bintik merah dikulit yang sering disertai dengan nyeri otot, sendi, dan sakit kepala yang hebat, terutama dibelakang mata.		
5	Tindakan pertolongan pertama pada pasien DBD dirumah adalah dengan minum banyak air putih tujuan nya supaya memberikan banyak cairan untuk mencegah dehidrasi		
6	Program 3M merupakan upaya pencegahan DBD yang sangat efektif		
7	Menguras tempat penampungan air merupakan upaya bagian dari program 3M dan membersihkan tempat-tempat sarang nyamuk		
8	Program 4M meliputi program 3M ditambah dengan memantau		
9	Upaya untuk memutus rantai penularan DBD ialah dengan memberantas sarang nyamuk.		
10	Penerapan program 4M dan abatisasi dapat menurunkan angka kesakitan DBD		

Kuisisioner Sikap

No	Pertanyaan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Pemakaian lotion anti nyamuk hanya digunakan pada malam hari saja				
2	Barang bekas tempat penampungan air hujan sebaiknya dibiarkan saja				

3	Menguras bak mandi dilakukan pada saat kotor saja				
4	Air pada vas bunga tidak perlu diganti				
5	Pakaian lebih baik digantung didalam ruangan atau didalam kamar				
6	Saya rutin melakukan kegiatan 4M				
7	Tempat yang dapat menampung air tidak perlu ditutup				
8	Genangan air di lingkungan rumah sebaiknya dibiarkan saja				
9	Penggunaan bubuk abate saya gunakan pada tempat penampungan air				

Kuisiener Perilaku 3M Plus

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Menutup bak tempat penampungan air		
2	Memberikan bubuk abate pada bak air yang tidak dapat dikuras dengan baik sekali dua bulan		
3	Memantau semua wadah air atau yang dapat menampung air seminggu sekali		
4	Menyemprotkan insektisida atau memasang obat nyamuk bakar atau menggunakan kelambu saat tidur atau menggunakan baju lengan panjang atau lotion anti nyamuk secara rutin.		
5	Menelungkupkan barang bekas seperti ember bekas dan kaleng bekas		

6	Tidak perlu membuang sampah plastik keramik, kaleng, dll yang berpotensi menampung air bekas sembarang		
---	--	--	--

Kuisisioner Kejadian DBD

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda atau keluarga anda pernah mengalami DBD?		
2	Jika, iya siapa yang mengalami DBD?	a. Saya sendriri b. Ayah c. Ibu d. Anak e. Anggota keluarga lain	

Lampiran 7. Hasil Uji Validitas Kuisioner

Variabel Pengetahuan

		Correlations																
		A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	TOTAL
A1	Pearson Correlation	1	1.000**	- .535**	.327	-.378*	.378*	.351	-.408*	-.378*	.408*	.306	.094	.351	-.288	.327	.327	.545**
	Sig. (2-tailed)		.000	.002	.077	.039	.039	.057	.025	.039	.025	.101	.619	.057	.122	.077	.077	.002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A2	Pearson Correlation	1.000**	1	- .535**	.327	-.378*	.378*	.351	-.408*	-.378*	.408*	.306	.094	.351	-.288	.327	.327	.545**
	Sig. (2-tailed)	.000		.002	.077	.039	.039	.057	.025	.039	.025	.101	.619	.057	.122	.077	.077	.002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A3	Pearson Correlation	-.535**	-.535**	1	-.442*	.354	-.177	-.311	.036	.530**	-.400*	-.235	-.177	.035	.049	-.102	.068	-.133
	Sig. (2-tailed)	.002	.002		.014	.055	.350	.094	.849	.003	.028	.210	.350	.856	.797	.591	.721	.484
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A4	Pearson Correlation	.327	.327	-.442*	1	-.433*	.289	.508**	- .505**	-.144	.356	.110	-.289	.508**	-.280	.306	.306	.470**
	Sig. (2-tailed)	.077	.077	.014		.017	.122	.004	.004	.447	.053	.563	.122	.004	.134	.101	.101	.009
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A5	Pearson Correlation	-.378*	-.378*	.354	-.433*	1	-.100	- .636**	.617**	.250	- .463**	- .381*	.200	-.342	.347	-.289	-.289	-.200

	Sig. (2-tailed)	.039	.039	.055	.017		.599	.000	.000	.183	.010	.038	.289	.064	.061	.122	.122	.288
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A6	Pearson Correlation	.378*	.378*	-.177	.289	-.100	1	.196	-.309	-.400*	.309	.523**	-.350	.342	-.139	.144	.289	.539**
	Sig. (2-tailed)	.039	.039	.350	.122	.599		.300	.097	.029	.097	.003	.058	.064	.465	.447	.122	.002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A7	Pearson Correlation	.351	.351	-.311	.508**	-	.196	1	-	-.342	.408*	.172	-.098	.426*	-.312	.367*	.367*	.447*
					.636**				.558**									
	Sig. (2-tailed)	.057	.057	.094	.004	.000	.300		.001	.064	.025	.363	.607	.019	.093	.046	.046	.013
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A8	Pearson Correlation	-.408*	-.408*	.036	-	.617**	-.309	-	1	.154	-.206	-.308	.309	-	.171	-.208	-.356	-.329
					.505**			.558**						.558**				
	Sig. (2-tailed)	.025	.025	.849	.004	.000	.097	.001		.416	.274	.097	.097	.001	.366	.270	.053	.076
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A9	Pearson Correlation	-.378*	-.378*	.530**	-.144	.250	-	-.342	.154	1	-	-	-.100	-.196	.139	-	-.144	-.276
						.400*					.463**	.381*			.433*			
	Sig. (2-tailed)	.039	.039	.003	.447	.183	.029	.064	.416		.010	.038	.599	.300	.465	.017	.447	.140
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A10	Pearson Correlation	.408*	.408*	-.400*	.356	-	.309	.408*	-.206	-	1	.308	.000	.408*	-.385*	.356	.356	.561**
					.463**					.463**								
	Sig. (2-tailed)	.025	.025	.028	.053	.010	.097	.025	.274	.010		.097	1.000	.025	.036	.053	.053	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

A11	Pearson Correlation	.306	.306	-.235	.110	-.381*	.523**	.172	-.308	-.381*	.308	1	-.333	.451*	-.053	.110	.110	.387*
	Sig. (2-tailed)	.101	.101	.210	.563	.038	.003	.363	.097	.038	.097		.072	.012	.782	.563	.563	.034
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A12	Pearson Correlation	.094	.094	-.177	-.289	.200	-.350	-.098	.309	-.100	.000	-.333	1	-.391*	.277	.144	-.433*	-.063
	Sig. (2-tailed)	.619	.619	.350	.122	.289	.058	.607	.097	.599	1.000	.072		.032	.138	.447	.017	.742
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A13	Pearson Correlation	.351	.351	.035	.508**	-.342	.342	.426*	-	-.196	.408*	.451*	-	1	-.312	.508**	.649**	.778**
	Sig. (2-tailed)	.057	.057	.856	.004	.064	.064	.019	.001	.300	.025	.012	.032		.093	.004	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A14	Pearson Correlation	-.288	-.288	.049	-.280	.347	-.139	-.312	.171	.139	-.385*	-.053	.277	-.312	1	-.280	-	-.226
	Sig. (2-tailed)	.122	.122	.797	.134	.061	.465	.093	.366	.465	.036	.782	.138	.093		.134	.480**	.230
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A15	Pearson Correlation	.327	.327	-.102	.306	-.289	.144	.367*	-.208	-.433*	.356	.110	.144	.508**	-.280	1	.444*	.651**
	Sig. (2-tailed)	.077	.077	.591	.101	.122	.447	.046	.270	.017	.053	.563	.447	.004	.134		.014	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A16	Pearson Correlation	.327	.327	.068	.306	-.289	.289	.367*	-.356	-.144	.356	.110	-	.649**	-	.444*	1	.615**
	Sig. (2-tailed)	.077	.077	.721	.101	.122	.122	.046	.053	.447	.053	.563	.433*	.480**	.007	.014		.000

N		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
TOTAL	Pearson	.545**	.545**	-.133	.470**	-.200	.539**	.447*	-.329	-.276	.561**	.387*	-.063	.778**	-.226	.651**	.615**
	Correlation																
	Sig. (2-tailed)	.002	.002	.484	.009	.288	.002	.013	.076	.140	.001	.034	.742	.000	.230	.000	.000
N		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

Variabel Sikap

		Correlations										
		B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	TOTAL
B1	Pearson Correlation	1	.253	.280	.202	.292	-.057	.340	.327	-.135	-.134	.582**
	Sig. (2-tailed)		.178	.133	.285	.118	.765	.066	.078	.476	.481	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B2	Pearson Correlation	.253	1	.356	.114	.253	.259	.234	.245	-.065	-.327	.636**
	Sig. (2-tailed)	.178		.054	.547	.178	.168	.214	.192	.735	.078	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B3	Pearson Correlation	.280	.356	1	.339	.132	.174	.400*	.359	.224	-.019	.758**
	Sig. (2-tailed)	.133	.054		.067	.487	.357	.028	.052	.234	.920	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B4	Pearson Correlation	.202	.114	.339	1	-.139	.136	.117	.306	.161	-.117	.366*
	Sig. (2-tailed)	.285	.547	.067		.465	.472	.539	.101	.395	.539	.047
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

B5	Pearson Correlation	.292	.253	.132	-.139	1	.167	.175	.117	-.327	-.381*	.424*
	Sig. (2-tailed)	.118	.178	.487	.465		.379	.355	.536	.078	.038	.020
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B6	Pearson Correlation	-.057	.259	.174	.136	.167	1	.182	-.069	.112	-.284	.431*
	Sig. (2-tailed)	.765	.168	.357	.472	.379		.335	.718	.556	.129	.017
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B7	Pearson Correlation	.340	.234	.400*	.117	.175	.182	1	.161	-.099	-.048	.565**
	Sig. (2-tailed)	.066	.214	.028	.539	.355	.335		.394	.604	.803	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B8	Pearson Correlation	.327	.245	.359	.306	.117	-.069	.161	1	-.233	-.161	.456*
	Sig. (2-tailed)	.078	.192	.052	.101	.536	.718	.394		.215	.394	.011
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B9	Pearson Correlation	-.135	-.065	.224	.161	-.327	.112	-.099	-.233	1	.099	.092
	Sig. (2-tailed)	.476	.735	.234	.395	.078	.556	.604	.215		.604	.630
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B10	Pearson Correlation	-.134	-.327	-.019	-.117	-.381*	-.284	-.048	-.161	.099	1	-.177
	Sig. (2-tailed)	.481	.078	.920	.539	.038	.129	.803	.394	.604		.349
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
TOTAL	Pearson Correlation	.582**	.636**	.758**	.366*	.424*	.431*	.565**	.456*	.092	-.177	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.047	.020	.017	.001	.011	.630	.349	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

Variabel Perilaku 3M Plus

		Correlations										
		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	TOTAL
C1	Pearson Correlation	1	.172	.015	.161	-.426*	-.154	-.027	.095	.261	-.132	.369*
	Sig. (2-tailed)		.363	.939	.394	.019	.417	.885	.617	.164	.486	.045
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C2	Pearson Correlation	.172	1	.106	.106	-.347	-.398*	-.198	.196	.397*	.408*	.530**
	Sig. (2-tailed)	.363		.578	.578	.060	.029	.295	.300	.030	.025	.003
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C3	Pearson Correlation	.015	.106	1	.206	.048	-.499**	-.535**	.000	-.029	.206	.177
	Sig. (2-tailed)	.939	.578		.274	.803	.005	.002	1.000	.878	.274	.349
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C4	Pearson Correlation	.161	.106	.206	1	.048	-.327	-.238	.154	-.029	.365*	.500**
	Sig. (2-tailed)	.394	.578	.274		.803	.078	.206	.416	.878	.047	.005
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C5	Pearson Correlation	-.426*	-.347	.048	.048	1	.189	.208	-.154	-.321	-.111	.016
	Sig. (2-tailed)	.019	.060	.803	.803		.317	.270	.416	.084	.559	.933
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C6	Pearson Correlation	-.154	-.398*	-.499**	-.327	.189	1	.129	-.279	-.116	-.499**	-.363*
	Sig. (2-tailed)	.417	.029	.005	.078	.317		.498	.136	.542	.005	.049
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C7	Pearson Correlation	-.027	-.198	-.535**	-.238	.208	.129	1	-.289	-.355	-.238	-.181
	Sig. (2-tailed)	.885	.295	.002	.206	.270	.498		.122	.055	.206	.339

	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C8	Pearson Correlation	.095	.196	.000	.154	-.154	-.279	-.289	1	.472**	.309	.540**
	Sig. (2-tailed)	.617	.300	1.000	.416	.416	.136	.122		.008	.097	.002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C9	Pearson Correlation	.261	.397*	-.029	-.029	-.321	-.116	-.355	.472**	1	.408*	.615**
	Sig. (2-tailed)	.164	.030	.878	.878	.084	.542	.055	.008		.025	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C10	Pearson Correlation	-.132	.408*	.206	.365*	-.111	-.499**	-.238	.309	.408*	1	.607**
	Sig. (2-tailed)	.486	.025	.274	.047	.559	.005	.206	.097	.025		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
TOTAL	Pearson Correlation	.369*	.530**	.177	.500**	.016	-.363*	-.181	.540**	.615**	.607**	1
	Sig. (2-tailed)	.045	.003	.349	.005	.933	.049	.339	.002	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

Lampiran 8. Hasil Uji Reliabilitas

Variabel Pengetahuan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.832	10

Variabel Sikap

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.657	8

Variabel Perilaku 3M Plus

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha		N of Items
	.632	6

Lampiran 9. Hasil Uji Univariat

Karakteristik Responden

Statistics

Umur			Pendidikan	Pekerjaan
N	Valid	99	99	99
	Missing	0	0	0

Umur

Frequency			Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-26	53	53.5	53.5	53.5
	27-38	25	25.3	25.3	78.8
	39-50	15	15.2	15.2	93.9
	51-57	6	6.1	6.1	100.0
	Total	99	100.0	100.0	

Pendidikan

Frequency			Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	2	2.0	2.0	2.0
	SMP	15	15.2	15.2	17.2
	SMA	34	34.3	34.3	51.5
	SMK	26	26.3	26.3	77.8
	D3	4	4.0	4.0	81.8

S1	17	17.2	17.2	99.0
S2	1	1.0	1.0	100.0
Total	99	100.0	100.0	

Pekerjaan

PEKERJAAN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	18	18.2	18.2	18.2
	IRT	28	28.3	28.3	46.5
	SWASTA	53	53.5	53.5	100.0
	Total	99	100.0	100.0	

Hasil Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Pengetahuan, Sikap dan Perilaku 3M Plus

Statistics					
		Kategori Pengetahuan	Kategori Sikap	Kategori Perilaku	kejadian
N	Valid	99	99	99	99
	Missing	0	0	0	0

Kategori Pengetahuan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	62	62.6	62.6	62.6
	Baik	37	37.4	37.4	100.0
	Total	99	100.0	100.0	

Kategori Sikap					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	6	6.1	6.1	6.1
	Positif	93	93.9	93.9	100.0
	Total	99	100.0	100.0	

Kategori Perilaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	34	34.3	34.3	34.3
	Baik	65	65.7	65.7	100.0
	Total	99	100.0	100.0	

kejadian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	73	73.7	73.7	73.7
	iya	26	26.3	26.3	100.0
	Total	99	100.0	100.0	

Lampiran 10. Hasil Uji Bivariat

Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas

Bengkuring

Case Processing Summary

Valid			Missing		Total	
N	Percent		N	Percent	N	Percent
Kategori Pengetahuan * kejadian	99	100.0%	0	0.0%	99	100.0%

Kategori Pengetahuan * kejadian Crosstabulation

kejadian					
Tidak				iya	Total
Kategori Pengetahuan	Kurang Baik	Count	40	22	62
		Expected Count	45.7	16.3	62.0
		% within Kategori Pengetahuan	64.5%	35.5%	100.0%
		% within kejadian	54.8%	84.6%	62.6%
		% of Total	40.4%	22.2%	62.6%
	Baik	Count	33	4	37
		Expected Count	27.3	9.7	37.0
		% within Kategori Pengetahuan	89.2%	10.8%	100.0%
		% within kejadian	45.2%	15.4%	37.4%
		% of Total	33.3%	4.0%	37.4%
Total		Count	73	26	99
		Expected Count	73.0	26.0	99.0
		% within Kategori Pengetahuan	73.7%	26.3%	100.0%
		% within kejadian	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	73.7%	26.3%	100.0%

Chi-Square Tests

			Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Value		df			
Pearson Chi-Square	7.284 ^a	1	.007	.009	.005
Continuity Correction ^b	6.066	1	.014		
Likelihood Ratio	8.009	1	.005	.009	.005
Fisher's Exact Test				.009	.005
Linear-by-Linear Association	7.211 ^c	1	.007	.009	.005
N of Valid Cases	99				

0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.72. Computed only for a 2x2 table
The standardized statistic is -2.685.

Hubungan Sikap dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Bengkuring

Case Processing Summary

Valid			Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori Sikap * kejadian	*99	100.0%	0	0.0%	99	100.0%

Kategori Sikap * kejadian Crosstabulation

			kejadian		
			Tidak	iya	Total
Kategori Sikap	Negatif	Count	2	4	6
		Expected Count	4.4	1.6	6.0
		% within Kategori Sikap	33.3%	66.7%	100.0%
		% within kejadian	2.7%	15.4%	6.1%

	Positif	% of Total	2.0%	4.0%	6.1%
		Count	71	22	93
		Expected Count	68.6	24.4	93.0
		% within Kategori Sikap	76.3%	23.7%	100.0%
		% within kejadian	97.3%	84.6%	93.9%
		% of Total	71.7%	22.2%	93.9%
Total		Count	73	26	99
		Expected Count	73.0	26.0	99.0
		% within Kategori Sikap	73.7%	26.3%	100.0%
		% within kejadian	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	73.7%	26.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5.384 ^a	1	.020	.040	.040
Continuity Correction ^b	3.392	1	.066		
Likelihood Ratio	4.610	1	.032	.040	.040
Fisher's Exact Test				.040	.040
Linear-by-Linear Association	5.330 ^c	1	.021	.040	.040
N of Valid Cases	99				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.58.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -2.309.

Hubungan Perilaku dengan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas
Bengkuring

Case Processing Summary

Valid				Missing		Total	
N				Percent	N	Percent	N
Kategori Perilaku	*99	100.0%	0	0.0%	99	100.0%	
kejadian							

Kategori Perilaku * kejadian Crosstabulation

kejadian | Total

			Tidak	iya	
Kategori Perilaku	Kurang Baik	Count	25	9	34
		Expected Count	25.1	8.9	34.0
		% within Kategori Perilaku	73.5%	26.5%	100.0%
		% within kejadian	34.2%	34.6%	34.3%
		% of Total	25.3%	9.1%	34.3%
	Baik	Count	48	17	65
		Expected Count	47.9	17.1	65.0
		% within Kategori Perilaku	73.8%	26.2%	100.0%
		% within kejadian	65.8%	65.4%	65.7%
		% of Total	48.5%	17.2%	65.7%
Total	Count	73	26	99	
	Expected Count	73.0	26.0	99.0	
	% within Kategori Perilaku	73.7%	26.3%	100.0%	
	% within kejadian	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	73.7%	26.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.001 ^a	1	.973	1.000	.577
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.973	1.000	.577
Fisher's Exact Test				1.000	.577
Linear-by-Linear Association	.001 ^c	1	.973	1.000	.577
N of Valid Cases	99				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.93.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -.034.

Lampiran 11. Master Data

Kategori										Siklus										Periode 15 Mei																			
A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	Total	coding	interview	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	Total	coding	interview	C1	C2	C3	C4	C5	Total	coding	interview	kegiatan DB	Keterangan					
1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	Korupsi	2	3	3	3	2	2	3	2	24	2	Paikol	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	Korupsi	8	Tidak	1	ura	
2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	Bah	1	3	3	3	2	2	3	2	24	2	Paikol	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	Bah	3	Tidak	1	ura	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Bah	1	3	3	3	2	2	3	2	22	2	Paikol	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	Bah	3	Tidak	1	ura	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Korupsi	1	3	3	3	2	2	3	2	22	2	Paikol	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	Korupsi	8	Tidak	1	ura	
1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	17	2	Bah	2	3	2	2	2	1	2	4	1	19	2	Paikol	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	4	Tidak	1	ura
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	Korupsi	2	3	3	3	2	2	3	2	24	2	Paikol	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Bah	1	3	3	3	2	2	3	2	24	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22	2	Bah	3	4	3	3	4	3	3	3	30	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	4	Tidak	1	ura	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	1	Korupsi	2	4	3	3	3	3	4	4	30	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	1	Tidak	1	ura	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	17	2	Bah	2	3	3	3	1	3	3	2	22	2	Paikol	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	Korupsi	8	Tidak	1	ura	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Bah	2	3	3	3	3	3	3	3	27	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	15	1	Korupsi	4	3	3	3	3	3	4	3	30	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	1	Tidak	1	ura	
1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	15	2	Bah	1	3	1	2	3	3	3	2	20	2	Paikol	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	Korupsi	8	Tidak	1	ura	
1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	15	2	Korupsi	1	3	3	3	3	3	3	3	27	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Bah	2	3	3	3	3	3	3	3	27	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Korupsi	2	4	3	3	3	3	4	4	30	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	1	Tidak	1	ura	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	17	2	Bah	2	3	3	3	2	2	3	2	23	2	Paikol	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	Korupsi	8	Tidak	1	ura	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Bah	2	3	3	3	3	3	3	3	27	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Bah	2	3	3	3	3	3	3	3	27	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Bah	2	3	3	3	3	3	3	3	27	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	15	1	Korupsi	2	3	2	2	2	2	3	3	22	2	Paikol	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	Korupsi	8	Tidak	1	ura	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Bah	2	3	3	3	3	3	3	3	27	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Bah	2	3	3	3	3	3	3	3	27	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Bah	2	3	3	3	3	3	3	3	27	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	15	1	Korupsi	1	3	3	3	3	3	3	3	27	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	17	2	Bah	2	3	3	3	2	2	3	2	23	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Bah	2	3	3	3	3	3	3	3	27	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Korupsi	1	3	3	3	3	3	3	3	27	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	Korupsi	2	3	3	3	2	2	3	2	24	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	Korupsi	2	3	3	3	2	2	3	2	24	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	2	Bah	1	3	3	3	2	2	3	2	24	2	Paikol	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Bah	3	Tidak	1	ura	

[illegible][illegible]

Lampiran 12. Dokumentasi Proses Pengambilan Data

