

APLIKASI HEALTH BELIEF MODEL PADA PERILAKU PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE

HEALTH BELIEF MODEL APPLICATION ON DENGUE FEVER PREVENTION BEHAVIOR

Helmy Bachtiar Attamimy¹⁾, M. Bagus Qomaruddin²⁾

^{1,2}Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku,
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya.
Email : baktihelmi@yahoo.com

Abstract: *Dengue fever is an acute fever disease that caused by dengue virus by the bite of mosquito of the genus aedes. In Indonesia, large number of dengue fever was fluctuated every year, including East Java. One of large number cases is the Kediri. The effort of dengue fever preventions should have been comprehensive, including behavior factors. The aim know the relationship between the trust factor through effort of dengue fever preventions in the working area of Community Health Center Sukorame, Mojojoto, Kediri. This research uses quantitative approach that shaped descriptive analytic by correlation study and cross sectional design. An instrument that is used was interview by the simple random sampling technique. The data conducted in research is respondents as many as 100 people in the workplace of Community Health Center Sukorame. The dengue fever preventions effort as variable dependent, and the trust of perceived susceptibility, severity, cues to action, benefits, and barriers as independent variables. The result show that relation between dengue fever prevention effort and perceived susceptibility $r_s = 0,292$, severity $r_s = 0,406$, cues to actions $r_s = 0,432$, benefits $r_s = 0,239$, and barriers $r_s = -0,122$. Beside that, among independent variable factors, perceived barriers is not significant by sign = 0,144. Conclusion of the research that there is relation between the trust factor on perceived severity, susceptibility, cues to action and benefits for dengue fever prevention in the working area of Community Health Center Sukorame, Mojojoto, Kediri, and perceived barriers which aren't in related with dengue fever prevention in that areas.*

Keyword: *belief factor, HBM, dengue fever prevention behavior*

Abstrak: *Demam Berdarah adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue melalui gigitan nyamuk dari genus Aedes. Jumlah kasus DBD di Indonesia fluktuatif setiap tahun, salah satunya Jawa Timur. Salah satu kabupaten dengan jumlah kasus yang tinggi adalah Kota Kediri. Upaya-upaya pencegahan DBD sudah seharusnya dilakukan secara menyeluruh, termasuk perilakunya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara faktor kepercayaan dengan upaya pencegahan DBD yang telah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota Kediri. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif yang berbentuk deskriptif analitik, dengan studi korelasi dan rancang bangun cross sectional. Instrumen yang digunakan yaitu kuisioner wawancara dengan teknik simple random sampling. Sumber data penelitian dalam penelitian ini yaitu responden sebanyak 100 orang pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota Kediri. Variabel pada penelitian ini yaitu faktor kepercayaan berupa kerentanan, keparahan, isyarat tindakan, manfaat, dan hambatan yang dirasa sebagai variabel independen, dan upaya pencegahan DBD sebagai variabel dependen. Hasil penelitian diperoleh hubungan upaya pencegahan DBD dengan faktor kerentanan $r_s = 0,292$, faktor kerentanan $r_s = 0,406$, faktor isyarat melakukan tindakan $r_s = 0,432$, faktor manfaat $r_s = 0,239$, dan faktor hambatan yang dirasa $r_s = -0,122$. Sedangkan diantara variabel independen, faktor hambatan tidak signifikan dengan nilai signifikansi 0,144. Kesimpulan pada penelitian ini bahwa terdapat hubungan faktor kepercayaan berupa keparahan, kerentanan, isyarat melakukan tindakan serta manfaat yang dirasa terhadap upaya pencegahan DBD di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota*

Kediri, tetapi hambatan yang dirasa tidak berhubungan terhadap upaya pencegahan DBD di wilayah tersebut.

Kata Kunci: faktor kepercayaan, HBM, pencegahan DBD

PENDAHULUAN

Demam Berdarah merupakan penyakit disebabkan oleh virus dengue dengan gejala demam akut, dengan cara masuk ke peredaran darah manusia melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*. Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) telah menyebar luas ke seluruh wilayah provinsi di Indonesia. Penyakit ini sering muncul sebagai KLB dengan angka kesakitan dan kematian yang relatif tinggi. Angka insiden DBD secara nasional berfluktuasi dari tahun ke tahun.

Jumlah kasus DBD di Indonesia memiliki kecenderungan mengalami peningkatan. Berdasarkan laporan Kemenkes tahun 2014, jumlah kasus yang dilaporkan di Indonesia sebanyak 100.347, serta IR/angka kesakitan sebesar 40 per 100.000 penduduk. Sedangkan tahun 2015, jumlah kasusnya meningkat sebanyak 129.650 dengan angka IR/angka kesakitan sebesar 51 per 100.000 penduduk. Padahal dalam renstra Kemenkes untuk angka kesakitan DBD tahun 2015 sebesar <49 per 100.000 penduduk.

Jawa Timur adalah bagian dari yang belum mencapai renstra Kemenkes pada angka kesakitan DBD. Berdasarkan laporan dalam Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2014, angka kesakitan DBD di Jawa Timur sebesar 52 per 100.000 penduduk. Selain masalah tersebut, jumlah kematian tertinggi juga terjadi di Jawa Timur dengan 283 kematian, dan kemudian diikuti oleh provinsi lain, seperti Jawa Tengah dengan 255 orang dan Kalimantan Timur dengan 65 orang. Jumlah kasus DBD di Kota Kediri Tahun 2015 sebesar 276 kasus. Hal ini justru terjadi peningkatan dari tahun sebelumnya yaitu 172 kasus di tahun 2014. Sedangkan untuk angka case fatality rate (CFR) mengalami peningkatan 0,4 % dengan adanya 1 kasus kematian. Hal diatas didasarkan pada Profil Kesehatan Kota Kediri 2015. Profil tersebut juga menggambarkan dengan jumlah angka kesakitan/ incident rate (IR) terbanyak berada di wilayah kerja Puskesmas Sukorame

Kecamatan Mojorojo Kota Kediri yaitu sebesar 52 orang, lalu dibawahnya Puskesmas Pesantren I dengan 44 orang dan Puskesmas Campurejo dengan 43 orang.

Upaya-upaya pencegahan kejadian luar biasa (KLB) sudah seharusnya dilakukan secara komprehensif. Baik pada tingkat kelompok maupun pada tingkat individu. Salah satu contohnya pada tingkat kelompok melalui program pemberantasan sarang nyamuk oleh desa siaga. Tercatat dalam data profil Dinkes Kota Kediri tahun 2015, Desa Siaga pada wilayah utara Kota Kediri merupakan tertinggi dengan strata purnama. Yaitu 6 berstrata purnama, dan hanya 2 berstrata pratama. Selain dari faktor Desa Siaga, pemberantasan DBD juga bergantung dari tingkatan kelompok yang lebih kecil seperti rumah tangga. Seperti halnya pada acuan tingkat STBM, rumah sehat dan perilaku Hidup bersih dan sehat (PHBS). Tercatat berdasarkan data kelurahan di kota Kediri tahun 2015, kelurahan yang melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) berjumlah 46 Kelurahan. Sedangkan untuk kelurahan yang stop BABS (SBS) berjumlah 22 kelurahan (47,82%) terdiri dari Mojoroto 40,91%, kota 36,36% dan Pesantren 22,73%. Sedangkan di Kota Kediri, dari jumlah rumah tangga yang ada, terdapat sebanyak 82.668 jumlah rumah tangga yang dibina/dipantau sebesar 10.521 dan yang ber-PHBS 5.535 (52,6%) dari jumlah rumah tangga yang ada. Dari data tersebut disimpulkan pada tingkat rumah tangga kondisi lingkungan masih menjadi permasalahan yang memungkinkan angka kejadian DBD masih tinggi, walaupun tingkat kelompok sebetulnya sudah terdapat upaya-upaya pencegahan DBD. Oleh karenanya, pada tingkatan individu menjadi hal yang penting untuk dilihat dan diamati perilaku pencegahan penyakit, bukan hanya pada tingkat kelompok.

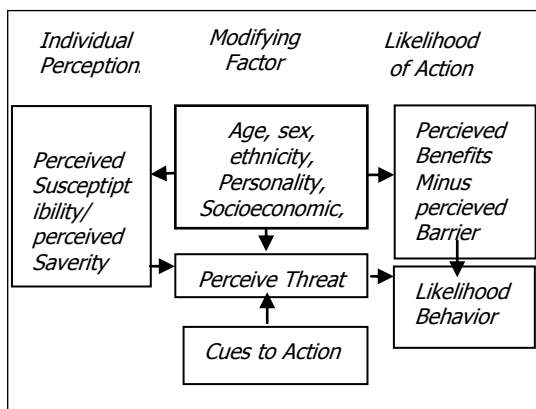
Teori Blum (H.L Bloom: 1998) menjelaskan ada empat faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Keempat faktor tersebut merupakan faktor

determinan timbulnya masalah kesehatan. Keempat faktor tersebut terdiri dari faktor perilaku/gaya hidup (45 persen), faktor lingkungan (30 persen), faktor pelayanan kesehatan (20 persen) dan faktor genetik (5 persen). Diantara faktor tersebut faktor perilaku manusia merupakan faktor determinan yang paling besar dan paling sukar ditanggulangi. Perilaku dalam bentuk tindakan adalah suatu respon terhadap rangsangan atau stimulus dalam bentuk nyata yang dapat diobservasi secara langsung melalui kegiatan wawancara dan kegiatan responden, merupakan bentuk tindakan nyata/ tindakan seseorang (overt behaviour), misalnya: pemakaian kelambu, kebiasaan keluar malam, pemakaian obat anti nyamuk dll (Arsin, 2012).

Penelitian ini bertujuan untuk melihat pada tingkat individu mengenai pandangan dalam melakukan perilaku pencegahan DBD di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota Kediri. Menurut Irwin Rosenstock (1974) setiap individu mempunyai penilaian kepercayaan pada tingkat kerentanan dan keparahan masing-masing sehingga melakukan upaya pencegahan. Konsep *Health Belief Model* dapat memberikan penilaian pada tindakan sehat untuk mencegah DBD pada tingkat individu. Sehingga akan diperoleh faktor kepercayaan yang menjadi latar belakang melakukan pencegahan DBD di wilayah tersebut.

METODE

Penelitian ini menggunakan kerangka konsep *Health Belief Model*, dengan dijelaskan berdasarkan teori Rosenstock 1977.



Gambar 1. Bagan Kerangka Konsep Penelitian Berdasarkan Teori Health Belief Model. (Rosenstock:1977)

Konsep *Health Belief Model* memberikan gambaran bahwa terdapat 5 variabel independen yang diteliti untuk dilihat hubungan dengan variabel dependen berupa upaya pencegahan DBD.

Pertama, kerentanan yang dirasakan (*Perceived Susceptibility*). Penelitian ini melihat kerentanan dengan memunculkan pendapat pada instrumen berupa: anggapan kerentanan pada saat berada kondisi lingkungan tertentu, kerentanan pada seluruh usia dan seluruh orang, dan kerentanan bila tidak melakukan upaya perlindungan DBD. Anggapan dikategorikan menjadi tingkatan mulai tidak rentan, cukup rentan, dan rentan.

Kedua, keparahan yang dirasakan (*Perceived Severity*). Pengukuran keparahan dilihat pada anggapan bahwa DBD bisa menyebabkan kematian, dan kerugian yang didapat, serta penilaian pada akibat yang ditimbulkan dari DBD. Anggapan keparahan pada DBD dikategorikan mulai tidak parah, cukup parah, dan parah.

Ketiga, isyarat untuk melakukan tindakan (*Cues to action*). Penelitian ini mengategorikan isyarat mulai tingkatan tidak pernah, jarang dan selalu mendapatkan isyarat melakukan tindakan. Isyarat dalam instrumen penelitian memberikan pilihan pada hal-hal yang mengingatkan melakukan tindakan mulai dari media massa, elektronik, dan non elektronik.

Keempat, manfaat yang dirasakan (*Perceived Benefits*). Faktor persepsi manfaat diperoleh berdasarkan instrumen yang menanyakan tentang anggapan manfaat dari melakukan pencegahan DBD. Baik 3M (Menguras, mengubur, dan menutup) dan plus berupa tambahan berupa memakai pelindung diri saat tidur dan sebagainya. Persepsi manfaat akan dikategorikan menjadi 3 yaitu, anggapan tidak bermanfaat, cukup bermanfaat, dan bermanfaat.

Kelima, hambatan yang dirasakan (*Perceived Barriers*). Variabel ini merupakan lawan dari persepsi manfaat. Persepsi hambatan menggambarkan beberapa kendala yang dirasa oleh subjek penelitian. Instrumen penelitian ini akan menggambarkan bentuk persetujuan pada hambatan-hambatan untuk melakukan tindakan pencegahan DBD. Persepsi hambatan dikategorikan menjadi tidak hambatan, cukup hambatan, dan hambatan.

Kerangka konsep diatas juga menjelaskan bahwa terdapat variabel yang dapat mempengaruhi sebuah kepercayaan atau persepsi seseorang secara tidak langsung. Variabel tidak langsung meliputi umur, budaya, ekonomi, serta kepercayaan dan kesanggupan diri. Namun dalam penelitian ini tidak diteliti faktor tersebut karena bukan merupakan variabel langsung yang berpengaruh pada sebuah tindakan pencegahan DBD. Hal yang mendasar bahwa penelitian ini akan melihat tindakan pencegahan DBD di wilayah tersebut dengan cukup mencari variabel yang terdapat kaitan dengan tindakan mengatasi Demam Berdarah *Dengue* yang telah dilakukan di wilayah yang menjadi tempat penelitian secara langsung.

Bentuk penelitian yang dilakukan adalah deskriptif analitik. Deskriptif analitik adalah suatu penelitian yang mencoba menemukan terus menerus segala proses yang menjadi alasan sebuah fenomena kesehatan inmi terjadi. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif. Model yang digunakan adalah non eksperimental dengan studi korelasi. Studi korelasional adalah studi untuk mencari ada tidaknya hubungan antara variabel yang diteliti. Sedangkan rancang bangun penelitian ini yaitu *cross sectional*. *Cross sectional* yang mempelajari dinamika korelasi antara faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (Notoatmodjo: 2005)

Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojoroto Kota Kediri. Sedangkan untuk jumlah masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah tersebut sejumlah 39.339 orang.

Sampel

Terdapat satu sumber data penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini. Yaitu responden. Responden adalah kelompok masyarakat yang dapat memberikan informasi yang mendalam tentang faktor kepercayaan yang dijadikan variabel pada penelitian ini. Responden ini terdiri dari masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas

Sukorame Kecamatan Mojorojo Kota Kediri. Seluruh masyarakat yang masuk dalam kelompok sampel merupakan masyarakat yang pernah menderita DBD maupun yang tidak pernah.

Penelitian ini secara acak melakukan pengambilan data, namun dalam pelaksanaannya, untuk kelompok umur <18 tahun dan >70 tahun diwakilkan oleh orang tua atau yang mendampingi. Hal ini dimaksudkan agar instrumen penelitian bisa dipahami secara optimal oleh objek penelitian.

Cara Pengambilan Sampel

Teknik yang digunakan dalam pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu teknik *simple random sampling*. Menurut Kerlinger (2006), *simple random sampling* merupakan sebuah metode penarikan dari sebuah populasi atau semesta melalui cara tertentu sehingga setiap anggota populasi atau semesta yang dimaksudkan memiliki peluang yang sama untuk terpilih atau terambil.

Menurut Sugiyono (2001) dijelaskan bahwa dikatakan *simple* (sederhana) karena pengambilan sampel anggota populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu. Selain itu, Margono (2004) juga menyatakan bahwa *simple random sampling* merupakan teknik untuk memperoleh sampel yang langsung dilakukan pada unit *sampling*. Cara seperti ini dilakukan ketika anggota populasi diasumsikan homogen. Rumus dalam menentukan jumlahnya menggunakan rumus slovin:

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

Dimana:

- N : Jumlah populasi
- n : Besar sampel
- d : Tingkat kesalahan (0,1)

Sehingga dilakukan perhitungan sebagai berikut:

$$n = 39.939 / (1 + (39.939 (0.1)^2))$$

$$n = 99,75$$

Setelah dilakukan seleksi populasi, didapatkan besarnya sampel dalam penelitian ini sebesar 100 responden. Sedangkan yang dimaksud dengan besarnya sampel adalah sebagian dari jumlah populasi yang disajikan subjek penelitian. (Sugiyono, 2009). Setelah identifikasi terhadap 39.939 orang yang terdiri dari jumlah populasi di wilayah kerja puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota Kediri, sehingga besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian yang dilakukan sejumlah 100 warga. Hal tersebut mengacu pada kerangka sampel yang merupakan kelompok masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota Kediri.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota Kediri. Pemilihan lokasi yang menjadi penelitian karena berdasarkan data, wilayah tersebut merupakan wilayah dengan tingkan *incident rate* (IR)/angka kesakitan paling tinggi diantara wilayah kerja puskesmas lainnya di kota Kediri. Penelitian dilakukan dari November 2016 hingga April 2017, mulai dari penyusunan proposal sampai pengolahan hasil. Lama waktu pengambilan data dari responden tidak ditentukan hingga mendapat hasil atau data yang valid.

Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah pedoman wawancara kepada responden melalui kuisioner yang dibagikan secara mendalam.

Pedoman wawancara berbentuk sebuah pertanyaan yang $n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$ dalam melakukan wawancara menggali informasi. Kuisioner identitas responden dan pertanyaan tentang persepsi yang menyusun teori *Health belief model*.

Teknik Analisis Data

Untuk melakukan pengujian hipotesis, teknik analisis data yaitu analisis univariat dan

bivariat. Analisis univariat merupakan analisis yang bertujuan untuk menggambarkan dan menguraikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Variable yang diteliti secara univariat dalam penelitian ini adalah faktor kepercayaan personal dalam melakukan upaya pencegahan demam berdarah, sehingga terdiri dari variabel persepsi manfaat, dan hambatan. Data akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

Analisis bivariat yaitu analisis yang bertujuan untuk menguji hubungan/pengaruh, perbedaan antara 2 variabel. Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap 2 variabel (variabel bebas dengan variabel terikat) yang diduga berhubungan. (Soekidjo Notoadmojo, 2005: 188). Pemilihan ini dilakukan untuk mengetahui persepsi yang berhubungan dengan upaya pencegahan Demam Berdarah Dengue yang dilakukan.

Uji statistik yang akan digunakan dalam penelitian ini yaitu uji korelasi. Pemilihan ini didasarkan bahwa uji korelasi bertujuan untuk melakukan analisis yang didasarkan pada jumlah populasi, skala data, dan sampel serta jumlah variabel yang akan diteliti.

HASIL dan PEMBAHASAN

Gambaran hasil hubungan variabel dijelaskan pada analisis bivariat penelitian ini dengan cara mencari hubungan 2 variabel. Yaitu variabel dependen berupa upaya Demam Berdarah Dengue dengan variabel independen berupa faktor persepsi pada teori *Health Belief Model* yang meliputi persepsi kerentanan, keparahan, isyarat melakukan tindakan, manfaat dan hambatan melakukan tindakan pencegahan DBD.

Hubungan Faktor Persepsi Kerentanan dengan Upaya pencegahan DBD

Penelitian yang telah dilakukan dapat diamati bahwa hasil hubungan faktor persepsi kerentanan dengan upaya pencegahan DBD dapat diketahui berdasarkan tabel 1.

Tabel 1. Hubungan Persepsi Kerentanan dengan Upaya Pencegahan DBD

		Upaya Pencegahan DBD			Σ	Sign	r_s	
		Kurang	Cukup	Baik				
Persepsi Kerentanan	Tidak Rentan	Σ	0	1	0	1		
		%	0,0	100	0,0	100		
	Cukup Rentan	Σ	0	1	1	2		
		%	0,0	33,3	33,3	100	,002	,294
		Σ	1	2	94	97		
		%	1,03	2,06	96,9	100		

Hasil penelitian yang dilakukan pada 100 orang yang berada di wilayah yang menjadi lokasi objek penelitian, didapatkan bahwa mayoritas objek penelitian yang menganggap rentan melakukan pencegahan DBD dengan baik. Namun masih ditemukan adanya objek penelitian yang tidak menganggap rentan, namun melakukan pencegahan DBD cukup baik. Data menunjukkan 97 orang menganggap rentan terdapat 94 melakukan upaya pencegahan dengan baik, dan hanya 3 orang yang melakukan upaya pencegahan DBD dalam kategori cukup dan kurang baik. Namun disisi lain, juga terdapat objek penelitian yang menganggap tidak rentan, namun melakukan pencegahan cukup baik. Walaupun dalam jumlah yang sangat kecil.

Jika dilihat dari kekuatan hubungan antara variabel independen berupa faktor persepsi kerentanan dengan variabel dependen berupa upaya pencegahan BDB, terjadi hubungan yang lemah.

Hal ini dilihat dari persebaran faktor persepsi dengan upaya pencegahan serta koefisien korelasi yang menunjukkan angka 0,294. Hal tersebut mengacu pada nilai 0,201-0,401 dianggap lemah. (Nugroho:2005). Selain itu, nilai hubungan yang positif ini menandakan ada hubungan yang berbanding lurus, artinya bahwa jika individu semakin menganggap rentan, maka semakin baik melakukan upaya pencegahan DBD.

Penilaian dari faktor persepsi kerentanan ditinjau dari beberapa anggapan oleh subjek penelitian. Anggapan tersebut meliputi lingkungan yang kumuh beresiko tinggi terserang DBD, semua umur dapat terserang DBD, seluruh anggota keluarga bisa terserang DBD setiap saat, dan tidak selalu

rumah yang bersih terhindar dari wabah DBD serta anggapan bahwa tidak melakukan upaya perlindungan setiap saat memungkinkan terserang DBD.

Persepsi kerentanan sebetulnya mengacu penilaian subjektif dari risiko terhadap masalah kesehatan. Individu yang percaya bahwa mereka memiliki risiko yang rendah terhadap penyakit lebih mungkin untuk melakukan tindakan yang tidak sehat, dan individu yang memandang memiliki risiko tinggi mereka akan lebih mungkin untuk melakukan perilaku untuk mengurangi risiko terserang penyakit (Onoruoiza, 2015).

Beberapa kondisi menjelaskan bahwa persepsi peningkatan kerentanan akan mempunyai hubungan yang kuat dengan perilaku yang lebih sehat, dan penurunan kerentanan untuk perilaku yang lebih tidak sehat. Namun, dalam kondisi tertentu konsep ini tidak selalu terjadi. (Courtenay, 1998). Hasil ini juga selaras dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Widodo (2009) di lokasi Koplak Grobogan, bahwa semakin rendah persepsi kerentanan seseorang, semakin rendah pula upaya pencegahan penyakit. Begitu juga sebaliknya. Hal ini semakin menguatkan bahwa hubungan persepsi kerentanan berbanding lurus dengan tindakan kesehatan, jika dalam penelitian ini maka berupa upaya pencegahan DBD. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa persepsi kerentanan terdapat hubungan dengan tindakan pencegahan DBD.

Hubungan Faktor Persepsi Keperahan dengan Upaya pencegahan DBD

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, dapat diketahui bahwa hasil hubungan persepsi

keparahan dengan upaya pencegahan DBD pada penelitian ini dapat diketahui berdasarkan informasi pada tabel berikut:

Hasil penelitian yang telah dilakukan dapat diketahui bahwa faktor persepsi keparahan mempunyai hubungan dengan upaya pencegahan DBD yang dilakukan oleh subjek penelitian, serta mengkategorikan tingkat hubungan yang kuat. Hal ini didasarkan temuan bahwa walaupun sebagian besar subjek penelitian yang beranggapan parah melakukan upaya pencegahan dengan baik, masih terdapat juga yang cukup beranggapan parah, dan bahkan tidak beranggapan parah masih melakukan pencegahan DBD yang cukup baik, walaupun sebagian kecil.

Berdasarkan uji statistik korelasi spearman, hubungan variabel independen berupa faktor persepsi keparahan dan variabel dependen berupa upaya pencegahan DBD yang telah dilakukan subjek penelitian diperoleh koefisien korelasi 0,406. Jika koefisien korelasi diantara 0,41-0,70 maka dinyatakan kuat. (Nugroho: 2005). Sehingga hubungan antara variabel tersebut dikuatkan melalui uji statistik bahwa hubungan kedua variabel tersebut adalah kuat. Sedangkan nilai positif pada koefisien menandakan hubungan antara variabelnya berbanding lurus. Artinya jika persepsi kerentanannya tinggi, maka akan semakin besar upaya pencegahan DBD yang dilakukan oleh subjek penelitian. Begitu juga sebaliknya, jika semakin kecil penilaian pada persepsi keparahan, maka semakin buruk upaya pencegahan DBD yang dilakukan.

Terdapat beberapa hal yang menjadi faktor pendukung dalam penilaian persepsi keparahan. Diantaranya yaitu anggapan bahwa DBD bisa menyebabkan kematian, sangat merugikan karena tidak produktif bekerja hingga 1 minggu. Selain itu juga terdapat anggapan bahwa DBD bisa mengakibatkan anggota keluarga menurun aktifitas selama beberapa hari.

Penilaian pada keparahan membahas kepada kepercayaan individu tentang keparahan

dari sebuah penyakit. Persepsi keparahan sering berdasarkan informasi kedokteran atau pengetahuan lain. Terdapat kemungkinan juga akan datang dari kepercayaan seseorang tentang tingkat sebuah penyakit yang menghasilkan dampak pada kehidupan secara umum. (Mc Cormick Brown, 1999). Pendapat tersebut menjadi penguat dalam penelitian ini bahwa kerentanan berhubungan positif dengan variabel independen berupa upaya pencegahan DBD yang pernah dilakukan.

Hasil penelitian ini juga selaras dengan konsep keparahan menurut ahli. Salah satunya menjelaskan bahwa persepsi keparahan juga merupakan keseriusan suatu penyakit terhadap individu, keluarga, atau masyarakat yang mendorong seseorang untuk melakukan pencarian pengobatan atau pencegahan penyakit tersebut. (Notoadmojo, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Sholiha (2014) menguatkan hasil pada penelitian ini. Dimana tingkat keparahan terhadap penyakit yang dirasakan menyebabkan individu percaya bahwa konsekuensi dari tingkat keparahan yang dirasakan merupakan ancaman bagi hidupnya. Sehingga individu akan mengambil tindakan untuk mencari pengobatan dan pencegahan terhadap penyakit.

Hasil penelitian ini juga dikuatkan kembali dengan penelitian yang dilakukan oleh Fibriana (2013), berdasarkan teori *Health Belief Model* (Rosenstock, 1977), dinyatakan bahwa dalam melakukan tindakan dalam mencegah terjadinya suatu penyakit maupun mencari pengobatan dipengaruhi oleh persepsi terhadap keseriusan yang dirasakan. Artinya ketika apabila seseorang menderita suatu penyakit. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara faktor persepsi keparahan dengan upaya pencegahan DBD yang dilakukan.

Hubungan Faktor Isyarat Melakukan Tindakan dengan Upaya Pencegahan DBD

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, dapat diketahui hasil hubungan faktor isyarat melakukan tindakan dengan upaya

Tabel 2. Hubungan Persepsi Keparah dengan Upaya Pencegahan DBD

		Upaya Pencegahan DBD			Σ	Sign	r _s
		Kurang	Cukup	Baik			
Persepsi Keparahan	Tidak	Σ	0	1	1	,00	,406
	Parah	%	0	50	50		
	Cukup	Σ	1	1	0		
	Parah	%	50	50	0		
	Parah	Σ	0	2	94		
	Parah	%	0	2,1	97,9		

pencegahan DBD berdasar tabel 3. Hubungan isyarat melakukan tindakan dengan upaya pencegahan DBD.

Penelitian yang telah dilakukan antara variabel isyarat melakukan tindakan dengan upaya pencegahan di wilayah kerja puskesmas Sukorame Kecamatan Mojoroto Kota Kediri dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara isyarat melakukan tindakan yang tinggi dengan upaya pencegahan yang baik. Artinya bahwa mayoritas subjek ketika terdapat isyarat melakukan tindakan akan melakukan upaya pencegahan DBD dengan baik. Walaupun masih terdapat subjek penelitian yang tidak memperoleh isyarat melakukan tindakan namun upaya pencegahan DBD cukup baik dan baik.

Jika diamati pada uji statistik yang dilakukan pada variabel isyarat melakukan tindakan dengan upaya pencegahan DBD, maka dapat diketahui bahwa terdapat hubungan yang kuat. Nilai koefisien korelasi 0,432. Artinya bahwa terdapat hubungan yang kuat karena diantara 0,401-0,701 (Nugroho: 2005). Sehingga hal ini menguatkan dari gambaran hasil kedua variabel ini. Selain itu, nilai positif pada koefisien korelasi menggambarkan hubungan yang berbanding lurus. Artinya bahwa jika terdapat isyarat melakukan tindakan semakin tinggi maka upaya pencegahan DBD semakin tinggi pula. Begitu juga sebaliknya semakin tidak ada isyarat melakukan tindakan, maka semakin buruk tindakan upaya pencegahan DBD.

selaras dengan konsep bahwa isyarat melakukan tindakan berhubungan dengan dorongan untuk menjalankan sebuah tindakan.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aryani (2015) bahwa tingkat keaktifan mencari informasi melalui segala bentuk media informasi baik langsung maupun tak langsung seperti teman, penyuluhan, petugas kesehatan, media cetak maupun elektronik memengaruhi cara menjaga kebersihan higiene. Semakin tinggi keaktifan dan memperoleh informasi semakin baik menjaga kebersihan higiene. Sehingga dapat disimpulkan bahwa isyarat melakukan tindakan menjadi pengaruh yang kuat untuk melakukan tindakan kesehatan.

Hubungan Faktor Persepsi Manfaat dengan Upaya Pencegahan DBD

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, dapat diketahui bahwa hubungan faktor persepsi manfaat dengan upaya pencegahan DBD dapat diketahui berdasarkan tabel 4.

Hasil penelitian yang dilakukan tentang faktor persepsi manfaat dengan upaya pencegahan DBD dapat diketahui bahwa terdapat hubungan persepsi manfaat yang dirasakan oleh subjek penelitian dengan upaya pencegahan DBD. Hasil penelitian menggambarkan bahwa terdapat kecenderungan bahwa anggapan bermanfaat yang dirasakan subjek penelitian diikuti dengan upaya

Tabel 3. Hubungan Isyarat Melakukan Tindakan dengan Upaya Pencegahan DBD

		Upaya Pencegahan DBD			Σ	Sign	r_s
		Kurang	Cukup	Baik			
Isyarat	Tidak	Σ	0	1	3	,00	,432
		%	0	25	75		
Melakukan Tindakan	Jarang	Σ	1	3	14	,00	,432
		%	5,5	16,5	78		
	Sering	Σ	0	0	78		
		%	0	0	100		

Isyarat melakukan tindakan adalah kegiatan, orang, dan sesuatu yang bergerak untuk mengganti sebuah perilaku awal. Contohnya mencangkup kesakitan dari anggota keluarga, laporan media, dan lain sebagainya. (Gramham, 2002). Sehingga penelitian ini

pencegahan DBD. Selain itu, juga masih ada anggapan cukup bermanfaat justru upaya melakukan pencegahan DBD yang kurang baik.

Hasil gambaran hubungan didukung dengan uji statistik untuk faktor persepsi

manfaat dengan upaya pencegahan DBD disimpulkan lemah. Hal ini karena koefisien korelasi yang menunjukkan 0,239. Hal ini didasarkan pada kategori dibawah 0,401 dianggap lemah. (Nugroho: 2005). Selain itu, nilai positif pada koefisien menggambarkan hubungan yang berbanding lurus. Artinya semakin besar persepsi manfaat yang dirasakan oleh subjek penelitian, maka semakin baik upaya pencegahan DBD yang dilakukan. Begitu juga sebaliknya.

Jika dilihat pada persepsi manfaat yang dirasakan, subjek penelitian digambarkan dengan perasaan dan anggapan manfaat yang dirasakan dalam beberapa aspek. Aspek tersebut meliputi penggunaan kelambu di tempat tidur, mengubur dan menjual benda-benda bekas, tidak menggantung.

Pembentuk rasa manfaat dalam penelitian ini adalah berdasarkan dari pendapat orang tentang nilai guna dari sebuah perilaku yang baru dalam menurunkan resiko dari perkembangan sebuah penyakit. Masyarakat cenderung mengadopsi perilaku lebih sehat ketika masyarakat dalam dirinya terdapat keyakinan bahwa perilaku hasil mengadopsi akan menurunkan kesempatan pengembangan penyakit yang lebih parah pada mereka.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilaksanakan oleh Widodo (2009), bahwa semakin tinggi persepsi manfaat

ada hubungan yang signifikan antara faktor persepsi manfaat yang dirasakan dengan komitmen melakukan upaya pencegahan tersier penyakit hipertensi. Hal tersebut sesuai dengan nilai OR=7.05 dan p=0.0001. Artinya bahwa ada kecenderungan yang tinggi adanya pengaruh kedua variabel, sehingga dari penelitian yang dilakukan dan penelitian yang sejenis diketahui bahwa terdapat hubungan positif antara persepsi manfaat yang dirasakan dengan upaya pencegahan DBD. Semakin tinggi merasakan manfaat, semakin tinggi melakukan perilaku pencegahan yang dimaksudkan.

Hubungan Faktor Persepsi Hambatan dengan Upaya pencegahan DBD

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, dapat diketahui bahwa hasil hubungan faktor persepsi hambatan dengan upaya pencegahan DBD dapat diketahui berdasarkan tabel 5.

Hasil penelitian yang telah dilakukan dapat diketahui bahwa tidak terdapat hubungan faktor persepsi hambatan dengan upaya pencegahan DBD yang dilakukan. Hal ini karena anggapan persepsi hambatan terdapat upaya pencegahan DBD yang kurang dan ada juga yang baik. Selain itu, bahkan anggapan tidak hambatan juga terdapat upaya pencegahan DBD yang baik.

Berdasarkan uji statistik korelasi spearman, hubungan variabel independen berupa

Tabel 4. Hubungan Faktor Persepsi Manfaat dengan Upaya pencegahan DBD

		Upaya Pencegahan DBD			Σ	Sign	r _s
		Kurang	Cukup	Baik			
Persepsi Manfaat	Kurang	Σ	0	0	0	,008	,239
	Bermanfaat	%	0	0	0		
	Cukup	Σ	1	0	2		
	Bermanfaat	%	33,3	0	66,7		
	Bermanfaat	Σ	0	4	93		
	Bermanfaat	%	0	4,1	95,9		

pencegahan terhadap infeksi menular seksual dan HIV&AIDS semakin baik praktiknya dalam pencegahan datangnya penyakit infeksi menular seksual dan HIV&AIDS.

Penelitian yang sejenis dari hasil temuan penelitian juga dikuatkan dengan penelitian yang dilakukan Purwono (2014) bahwa terdapat

faktor persepsi hambatan dengan variabel dependen berupa upaya pencegahan DBD yang telah dilakukan subjek penelitian diperoleh koefisien korelasi -0,122. Walaupun hubungan kedua variabel ini tidak signifikan, terlihat nilai korelasi demikian, diantara 0,001-0,201 maka dinyatakan sangat lemah. (Nugroho: 2005). Sehingga hubungan antara variabel tersebut

dapat disimpulkan sangat lemah. Sedangkan nilai negatif pada koefisien menandakan hubungan antara variabelnya berbanding terbalik. Artinya jika persepsi hambatan yang diarahkan subjek penelitian tinggi, maka akan semakin buruk upaya pencegahan DBD yang dilakukan oleh subjek penelitian. Begitu juga sebaliknya, jika semakin kecil penilaian pada persepsi hambatan, maka semakin baik upaya pencegahan DBD yang dilakukan. Namun dalam uji statistik dapat diketahui bahwa nilai signifikansi yang diatas 0,05, yaitu 0,144, sehingga tidak memenuhi syarat untuk diterima dalam uji korelasi spearman, atau tidak bermakna secara signifikan.

Hasil penelitian ini temuan hubungan berbanding terbalik ini dikuatkan dengan pendapat menurut Conner dan Norman (2012) bahwa hubungan persepsi hambatan dengan perilaku sehat adalah negatif. Artinya bahwa jika persepsi hambatan terhadap perilaku sehat tinggi maka perilaku sehat tidak akan dilakukan.

Terdapat beberapa hal yang menjadi faktor pendukung dalam penilaian persepsi hambatan, diantaranya anggapan hambatan pada pelayanan kesehatan sulit diakses, lingkungan yang sulit untuk diubah, obat anti nyamuk sangat merepotkan dan tidak terbiasa, serta tindakan memasang kelambu ditempat tidur membutuhkan biaya yang mahal dan mengganggu. Beberapa hal yang menyebabkan

iklim pada waktu tertentu. Subjek penelitian menjelaskan jika pada musim penghujan ada kecenderungan lebih memakai kelambu dan upaya pencegahan DBD lainnya karena tidak menjadi hambatan. Berbeda ketika musim kemarau yang relatif suhu tinggi sehingga menggunakan kelambu, obat nyamuk saat tidur dan lain-lain menjadi hambatan tersendiri.

Kedua, alasan kondisi perekonomian yang dimaksudkan adalah keadaan kepemilikan sumberdaya untuk membeli pelindung anti nyamuk. Sebagian besar subjek penelitian menganggap hambatan ketika keluarga tidak memprioritaskan membeli obat anti nyamuk karena terdapat kebutuhan lain yang lebih mendesak. Begitu juga sebaliknya, pada waktu tertentu banyak subjek penelitian yang tidak menjadikan hambatan karena selalu ada sumberdaya untuk memenuhi kebutuhan seperti pelindung dari serangan DBD.

Ketiga, faktor lingkungan lainnya. Faktor lingkungan lainnya yang dimaksud seperti kurangnya dukungan dalam menjaga kebersihan bersama, dan menurunnya motivasi.

Hambatan yang dirasakan sebetulnya adalah persepsi tentang segala hal yang menjadi penghambat dalam melaksanakan dan mengadopsi sebuah perilaku baru. (Janz & Becker, 2002). Jika kita melihat penelitian yang sejenis tentang sebuah hambatan dalam konsep health belief seperti adanya hambatan pun

Tabel 5. Hubungan Faktor Persepsi Hambatan dengan Upaya pencegahan DBD

		Upaya pencegahan DBD			Σ	Sign	r _s
		Kurang	Cukup	Baik			
Persepsi Hambatan	Tidak	Σ	1	1	67	0,144	-0,122
	Hambatan	%	1,5	1,5	97		
	Cukup	Σ	0	3	22		
	Hambatan	%	0	12	88		
	Hambatan	Σ	0	0	6		
	Hambatan	%	0	0	100		

tidak signifikan adalah banyak dari subjek penelitian yang tidak menentu dalam menganggap suatu hambatan yang dirasakan. Terdapat beberapa alasan seperti cuaca, kondisi perekonomian keluarga, hingga faktor lingkungan lainnya.

Pertama, cuaca yang dimaksud dalam hal hambatan melakukan tindakan adalah kondisi

perilaku baru diadopsi. Dalam percobaan meningkatkan praktek periksa payudara sendiri (SADARI) pada sekelompok wanita, terlihat bahwa ancaman kanker payudara akan mendorong adopsi dari praktek diagnosis dini. Namun dalam peneingkatan praktek tersebut juga dipengaruhi oleh hambatan melakukan SADARI. Artinya bahwa persepsi hambatan

memberikan pengaruh yang lebih dominan pada perilaku daripada ancaman kanker itu sendiri (Umeh & Rogan-Gipson, 2011).

SIMPULAN

Dari penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Ada hubungan faktor kerentanan yang dirasakan individu terhadap perilaku pencegahan DBD di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota Kediri.
2. Ada hubungan faktor keparahan yang dirasakan individu terhadap perilaku pencegahan DBD di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota Kediri.
3. Ada hubungan faktor isyarat melakukan tindakan terhadap perilaku pencegahan DBD di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota Kediri.
4. Ada hubungan faktor penilaian manfaat yang dirasakan terhadap perilaku pencegahan DBD di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota Kediri.
5. Tidak ada hubungan faktor penilaian hambatan yang dirasakan terhadap perilaku pencegahan DBD di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota Kediri.

DAFTAR PUSTAKA

- Aryani, R. 2012. Kesehatan Remaja: Problem dan Solusinya. Jakarta: Salemba Medika.
- Bhuono Agung, Nugroho. 2005. Strategi Jitu Memilih Metode Statistik Penelitian dengan SPSS. Yogyakarta : ANDI
- Conner MT & Norman PD. 2012. *Health behaviour: Current issues and challenges Psychology and Health*, 32(8), 895-906.
- Fibriana, A. I. 2013. Determinan keikutsertaan pelanggan wanita pekerja seks (WPS) dalam program *Voluntary Conseling and Testing (VCT)*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 08(02), 146-151.
- Hastono, S.P. 2007. *Basic Data Analysis For Health Research*. Depok: FKM-UI
- Hanson, J.A., & Becker, M.H. (2002) . *Use of Health Belief Model to examine older adultt's food-handling behavior. Journal of Nutrition Education*, 34, 525-530.

Notoatmodjo, S. 2005, Promosi kesehatan teori dan Aplikasi, Jakarta : PT Rineka Cipta

Notoatmodjo, S. 2007. Perilaku kesehatan dan ilmu perilaku, Jakarta: PT Rineke Cipta.

Onoruoiza SI, Musa, Umar BD, Kunle. 2015. *Using Health Beliefs Model as an Intervention to Non Compliance with Hypertension Information among Hypertensive Patient. IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*, 20(9): V.

Pemkot Kediri. 2015. Profil Kesehatan Kota Kediri Tahun 2015. Kediri. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kediri.

Purwono J. 2014. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Komitmen Pencegahan Tersier Penyakit Hiper-tensi Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Metro Tahun 2014. *Jurnal Keperawatan Aisyiyah* 1.

Rosenstock, Irwin M., 1974. The Health Belief and Preventive Health Behavior. *Health Education Monograph*, 2(4): 354.

Sholiha, Mushallinas. 2014. Hubungan Paritas Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum Pada Ibu Bersalin. *Jurnal Penelitian Kesehatan Vol 5, No 1 (2014): Bojonegoro. Akademi Kesehatan Rajekwesi Bojonegoro.*

Sirait, Linda Mayarni. 2012. Tesis: Hubungan Komponen *Health Belief Model (HBM)* dengan Tindakan Penggunaan Kondom pada Anak Buah Kapal (ABK) di Pelabuhan Belawan. Sumatra Utara.

Sugiyono. 2008. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung : Penerbit Alfabeta.

Umeh, K. & Rogan-Gipson, J. 2011. *Perception of Theath, Benefits, and Barriers in Breast Self Examination Amongst Young Asymptomatic Woman. Britist Journal of Health Psychology*. 6 (4), 361-673

Widodo, Rahayu. 2009. Pemberian Makanan, Suplemen dan Obat pada Anak. Jakarta : EGC.