**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENERIMAAN MASYARAKAT TERHADAP PROGRAM-PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) STUDI DI KELURAHAN METESEH KOTA SEMARANG**

Chintya Adela Kusumaningrum1, Martini2, Ari Udijono3 Retno Hestiningsih4

1Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro

2 Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro

3Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro

43Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro

Jl. Prof. Soedharto, SH, Tembalang, Semarang 50275, Indonesia

E-mail: [chintyaadela229@gmail.com](mailto:chintyaadela229@gmail.com),

**ABSTRAK.**

Demam Berdarah Dengue (DBD) disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk spesies *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus* yang telah terinfeksi virus dengue. Kejadian DBD dipengaruhi oleh banyak faktor risiko antara lain faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing*. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis hubungan berbagai faktor terhadap penerimaan terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD. Penelitian ini bersifat observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh penduduk di Kelurahan Meteseh dengan sampel sebanyak 105 responden. Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan (p<0,001), dukungan tokoh masyarakat (p<0,001) dan peran petugas kesehatan (p<0,001) dan tidak terdapat hubungan antara sikap (p>0,191) dan sarana prasarana (p>0,431) dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD di Kelurahan Meteseh. Dapat disimpulkan bahwa variabel tingkat pengetahuan, dukungan tokoh masyarakat dan peran petugas kesehatan memiliki hubungan yang signifikan dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD di Kelurahan Meteseh.

**Kata Kunci:** penerimaan; demam berdarah dengue; program pencegahan dan pengendalian

***ABSTRACT.***

*Dengue fever is caused by the dengue virus and is transmitted through the bite of Aedes aegypti or Aedes albopictus species mosquitoes that have been infected with the dengue virus. The incidence of DHF is influenced by many risk factors including predisposing factors, enabling factors and driving factors. The purpose of this study was to analyze the relationship of various factors to the acceptance of dengue prevention and control programs. This study was an observational study with a cross sectional approach. The population of this study was all residents in Meteseh Village with a sample of 105 respondents. There was a relationship between the level of knowledge of respondents (p<0.000), support from community leaders (p<0.000) and the role of health workers (p<0.000) with community acceptance of the dengue prevention and control program in Meteseh Village. There was no relationship between respondents' attitude (p>0.191) and facilities and infrastructure (p>0.431) with community acceptance of the DHF prevention and control program in Meteseh Village. It can be concluded that the variables of knowledge level, support from community leaders and the role of health workers have a significant relationship with community acceptance of the dengue prevention and control program in Meteseh Village.*

***Keywords:*** *acceptance;dengue hemorraghic fever; prevention and control program*

**PENDAHULUAN**

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk spesies *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus* yang telah terinfeksi virus dengue sebelumnya kemudian masuk ke dalam darah manusia.2 DBD merupakan suatu penyakit berbasis lingkungan yang mana terjadi karena adanya interaksi manusia dengan lingkungan yang dapat menyebabkan potensi Kejadian Luas Biasa (KLB) di beberapa wilayah. Insiden dengue dalam beberapa dekade terakhir meningkat secara signifikan di seluruh dunia.3 Berdasarkan laporan WHO prevalensi DBD diperkirakan terdapat 3,9 miliar jiwa yang terinfeksi akibat virus dengue. WHO juga memiliki komitmen untuk menanggulangi dengue melalui the Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2012–2020 (WHO, 2012) dan A Road Map for Neglected Tropical Diseases (NTDs) 2021-2030.

Kasus DBD di Indonesia pada tahun 2022 di minggu ke-48 naik dari tahun sebelumnya menjadi 116.127 kasus, sedangkan kematian akibat dengue mencapai 1.023 kasus di tahun tersebut. Pada tahun 2023 kasus dengue sebanyak 114.720 kasus dengan kasus kematian DBD di Indonesia pada tahun 2023 sebanyak 894 kasus. Sedangkan di minggu ke-43 tahun 2024 kasus DBD melonjak hingga 210.644 kasus dengan jumlah kematian 1.239 kasus yang terjadi di 259 kabupaten/kota di 32 provinsi.8 Jumlah kasus DBD tahun 2024 di wilayah Jawa Tengah mencapai 15.547 kasus. Pada tahun 2024 sebanyak 244 diantaranya adalah kasus kematian. Jumlah kasus DBD di Jateng tahun 2024 ini lebih tinggi dibandingkan dengan tahun sebelumnya.9 Karena data kasus DBD di tahun 2023 sebanyak 5.814 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 362 kasus. Sedangkan data kasus DBD di tahun 2022 cukup tinggi yaitu hingga 12.476 kasus dengan jumlah kematian mencapai 260 kasus. Terlihat pada tahun 2023 kasus mengalami penurunan, hal ini disebabkan karena terjadi kemarau yang cukup panjang. Sedangkan kasus DBD di Jawa Tengah mengalami lonjakan saat musim penghujan di tahun 2024.

Kota Semarang sering menduduki peringkat atas untuk angka kejadian DBD, baik tingkat nasional maupun Jawa Tengah. Dari tahun ke tahun Dinkes Kota Semarang mengidentifikasi semakin banyaknya wilayah kelurahan endemik DBD. Wilayah yang memiliki rentan kasus yaitu di daerah yang padat seperti Tembalang, Banyumanik dan Semarang Utara.10 Kecamatan Tembalang berada di bawah wilayah kerja Puskesmas Rowosari yang meliputi 5 kelurahan diantaranya Kelurahan Bulusan, Kelurahan Kramas, Kelurahan Meteseh, Kelurahan Rowosari dan Kelurahan Tembalang. Namun mulai pertengahan tahun 2024 wilayah kerja Puskesmas Rowosari hanya membawahi 3 kelurahan yaitu Kelurahan Mangunharjo, Kelurahan Rowosari dan Kelurahan Meteseh. Tahun 2022 kasus DBD tertinggi di wilayah kerja Puskesmas Rowosari yaitu Kelurahan Meteseh dengan IR sebesar 126,25/100.000 penduduk (27 kasus DBD) lalu disusul Kelurahan Bulusan (3 kasus DBD), Kelurahan Rowosari (5 kasus DBD), Kelurahan Kramas (1 kasus DBD) dan Kelurahan Tembalang (0 kasus DBD). Pada tahun 2023 kasus DBD tertinggi ada pada Kelurahan Rowosari dengan IR sebesar 81,41/100.000 penduduk (10 kasus DBD), Kelurahan Meteseh (7 kasus DBD), Kelurahan Tembalang (2 kasus DBD), Kelurahan Bulusan dan Kelurahan Kramas (0 kasus DBD). Tahun 2024 kasus DBD tertinggi kembali ada pada Kelurahan Meteseh dengan IR sebesar 56,98/100.000 penduduk (7 kasus DBD), Kelurahan Rowosari (6 kasus DBD) dan Kelurahan Mangunharjo (3 kasus DBD).

Kejadian DBD dipengaruhi oleh banyak faktor risiko baik dari faktor agent yang berkaitan dengan kehadiran virus dengue, faktor host yang diartikan sebagai faktor manusia dan faktor lingkungan yang mencakup letak geografis.10 Dalam upaya pencegahan DBD tentunya perilaku mengenai kesehatan tidak dapat dipisahkan, dimana perilaku kesehatan sendiri dapat dipengaruhi oleh faktor dari individu itu sendiri. Menurut Lawrence Green, perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama antara lain faktor predisposisi, faktor pemungkin atau pendukung dan faktor penguat atau faktor pendorong. Berdasarkan permasalahan yang telah dijelaskan bahwa tingginya angka kasus DBD hampir setiap tahunnya membuat masyarakat untuk mengharuskan melakukan upaya-upaya perubahan perilaku untuk mencegah terjadinya DBD di lingkungan rumah. Perilaku atau tindakan positif dapat dibentuk melalui proses interaksi antara manusia dan lingkungan. Perubahan perilaku seseorang dalam upaya pemberantasan nyamuk DBD dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku penerimaan masyarakat, seperti faktor pengetahuan, sikap, sarana prasarana, dukungan tokoh masyarakat dan dukungan petugas kesehatan. Maka dari itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit demam berdarah dengue (DBD) di Kelurahan Meteseh.

**METODE**

Pada pelaksanaan penelitian ini dilaksanakan di wilayah Kelurahan Meteseh Kecamatan Tembalang Kota Semarang. Dengan rentang waktu peneltiian pada bulan januari – juni 2025. Kemudian Pada penelitian ini dilakukan menggunakan jenis penelitian kuantitatif yang bersifat observasional analitik dengan pendekatan studi cross-sectional (potong lintang). Untuk pengambilan sampel dilakukan dalam satu waktu yang serentak pada periode tertentu.1,2 Selain itu, responden dalam penelitian hanya berkesempatan satu kali untuk menjadi responden, dan tidak terdapat pengulangan dalam pengambilan sampel data.

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini oleh peneliti dengan melakukan investigasi yang kemudian akan ditarik kesimpulan. Populasi yang digunakan penelitian ini yaitu seluruh penduduk yang tinggal di Kelurahan Meteseh Kota Semarang yang berjumlah 24.134 orang. Sedangkan Sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu sebagian penduduk di wilayah Kelurahan Meteseh baik yang pernah menderita maupun tidak pernah menderita penyakit DBD yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi berikut ini: Kriteria inklusi: 1) Responden yang berdomisili di wilayah Kelurahan Meteseh, 2) Responden berusia dibawah 10 tahun diwakilkan oleh orangtua, 3) Bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi: 1) Responden yang memiliki kesulitan dalam berkomunikasi 2) Responden yang sakit atau meninggal atau pindah rumah pada saat penelitian masih berlangsung. Adapun teknik pengambilan sampel dengan *simple random sampling* Pengambilan sampel dilakukan dengan cara undian tanpa melihat strata dalam populasi penelitian.2

Sumber data yang dipakai dalam penelitian ini merupakan data primer dan data sekunder. Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara dengan kader serta hasil pengisian kuesioner dengan pertanyaan yang diajukan kepada responden secara langsung. Sedangkan data sekunder merupakan suatu data yang diperoleh dari studi pustaka, internet, laporan dari dinas kesehatan, puskesmas serta data penunjang lainnya yang diperoleh dari literatur jurnal ilmiah. Adapun pada Pengolahan data merupakan bagian terpenting dari penelitian dan dilakukan menggunakan software pengolah data statistika yaitu SPSS dan Microsoft Excel sebagai pendukung. Adapun tahap-tahap dalam pengolahan data yaitu editing, coding, entry, cleaning, tabulating. Kemudian pada analisis datanya pada penelitian kuantitatif ini yaitu dengan analisis univariat dan analisis bivariat melalui sistem komputerisasi SPSS versi 26 dengan taraf signifikansi yang digunakan dalam penelitian ini adalah 95% atau taraf kesalahan yang masih dapat di toleransi sebesar 0,05%.1

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

Lokasi penelitian ini di Kelurahan Meteseh terletak di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang dengan luas wilayah sebesar 855,838 Ha. Wilayah Kelurahan Meteseh sendiri terbagi menjadi 31 RW (Rukun Warga) dan 189 RT (Rukun Tetangga). Jumlah penduduk berdasarkan data tahun 2024 sebanyak 24.134 jiwa, sebanyak 12.093 diantaranya merupakan penduduk laki-laki dan sebanyak 12.041 merupakan penduduk perempuan dengan kepadatan penduduk sebesar 28 jiwa/km2.

Kemudian pada analisis univariat bertujuan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dari varibel independen dan variabel dependen. Penelitian ini memiliki responden sebanyak 105 orang. Data yang disajikan dalam analisis univariat yaitu karakteristik responden, kategori pada kuesioner tingkat pengetahuan, sikap, sarana dan prasarana, dukungan tokoh masyarakat dan peran petugas kesehatan serta penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD. Pada karakterustik responden pada penelitian ini dijabarkan melalui tabel berikut.

**Tabel 1** Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Karakteristik Responden** | **f** | **%** |
| **Jenis Kelamin** |  |  |
| Laki-laki | 37 | 35,2 |
| Perempuan | 68 | 64,8 |
| **Total** | **105** | **100,0** |
| **Kategori Usia** |  |  |
| Remaja (10-18 tahun) | 1 | 1,0 |
| Dewasa (18-59 tahun) | 97 | 92,1 |
| Lansia (diatas 60 tahun) | 7 | 6,9 |
| **Total** | **105** | **100,0** |
| **Pendidikan Terakhir** |  |  |
| Tidak sekolah | 0 | 0 |
| SD/Sederajat | 4 | 3,8 |
| SMP/Sederajat | 13 | 12,4 |
| SMA/Sederajat | 50 | 47,6 |
| Perguruan Tinggi | 38 | 36,2 |
| **Total** | **105** | **100,0** |
| Status **Pekerjaan** |  |  |
| Tidak bekerja | 2 | 1,9 |
| Ibu Rumah Tangga | 39 | 37,1 |
| Buruh | 11 | 10,5 |
| Wirausaha | 4 | 3,8 |
| Wiraswasta | 4 | 3,8 |
| Swasta | 18 | 17,1 |
| PNS | 7 | 6,7 |
| Lainnya | 20 | 19,0 |
| **Total** | **105** | **100,0** |

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa terdapat lebih banyak responden perempuan (64,8%) dibandingkan dengan responden laki-laki (35,2%). Mayoritas responden termasuk dalam kategori usia dewasa dengan rentang usia 18-59 tahun (92,1%). Pendidikan terakhir responden paling banyak tamat SMA/sederajat (47,6%), sedangkan paling sedikit responden tamat SD/sederajat (3,8%). Saat ini mayoritas responden bekerja sebagai ibu rumah tangga (37,1%) dan yang paling sedikit responden sudah tidak bekerja (1,9%). Kemudian para karakteristik Riwayat Kesehatan responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 2** Distribusi Frekuensi Karakteristik Riwayat Kesehatan Responden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Karakteristik Riwayat Terinfeksi DBD** | **f** | **%** |
| **Status Terinfeksi DBD** |  |  |
| Ya | 61 | 58,1 |
| Tidak | 44 | 41,9 |
| **Total** | **105** | **100,0** |
| **Status Terinfeksi DBD Anggota Keluarga yang Lain** |  |  |
| Ya | 39 | 37,1 |
| Tidak | 66 | 62,9 |
| **Total** | **105** | **100,0** |

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa mayoritas responden mengaku bahwa pernah terkena penyakit DBD (58,1%) dan tidak sedikit juga yang mengaku tidak pernah terkena penyakit DBD (41,9%). Mayoritas responden juga mengaku bahwa anggota keluarga yang lain tidak pernah terkena penyakit DBD (62,9%), sedangkan sisanya mengaku bahwa anggota keluarga yang lain pernah terkena penyakit DBD (37,1%). Kemudian pada Penerimaan Program oleh Responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 3** Distribusi Frekuensi Penerimaan Program oleh Responden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD** | **f** | **%** |
| Tidak Mendukung | 1 | 1,0 |
| Mendukung | 104 | 99,0 |
| **Total** | **105** | **100,0** |

Berdasarkan Tabel 3 dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden (99%) menerima/mendukung program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD, sedangkan terdapat 1 responden (1%) yang tidak menerima/mendukung program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD. Kemudian pada Tingkat Pengetahuan Responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 4** Distribusi Frekuensi Kategori Tingkat Pengetahuan Responden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tingkat Pengetahuan** | **f** | **%** |
| Kurang | 2 | 1,9 |
| Baik | 103 | 98,1 |
| **Total** | **105** | **100,0** |

Berdasarkan Tabel 4 dapat diketahui kategori tingkat pengetahuan responden, dimana dari 105 responden sebanyak (98,1%) memiliki tingkat pengetahuan yang baik dan sebanyak (1,9%) responden memiliki tingkat pengetahuan kurang. Kemudian pada Sikap Responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 5** Distribusi Frekuensi Kategori Sikap Responden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sikap** | **f** | **%** |
| Kurang | 0 | 0 |
| Cukup | 39 | 37,1 |
| Baik | 66 | 62,9 |
| **Total** | **105** | **100,0** |

Berdasarakan Tabel 5 dapat diketahui kategori sikap terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD, dimana terdapat lebih banyak responden yang memiliki sikap yang baik (62,9%) dibandingkan dengan yang memiliki sikap yang cukup terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD (37,1%). Kemudian pada Sarana dan Prasarana Respondendapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 6** Distribusi Frekuensi Kategori Sarana dan Prasarana Responden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sarana dan Prasarana** | **f** | **%** |
| Kurang | 65 | 61,9 |
| Baik | 40 | 38,1 |
| **Total** | **105** | **100,0** |

Berdasarkan Tabel 6 dapat diketahui kategori sarana dan prasarana dalam pencegahan dan pengendalian penyakit DBD, dimana mayoritas responden memiliki sarana dan prasarana yang kurang (61,9%) sedangkan sisanya memiliki sarana dan prasarana yang baik (38,1%) dalam pencegahan dan pengendalian penyakit DBD. Kemudian pada Dukungan Tokoh Masyarakat dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 7** Distribusi Frekuensi Kategori Dukungan Tokoh Masyarakat

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dukungan Tokoh Masyarakat** | **f** | **%** |
| Kurang | 6 | 5,7 |
| Baik | 99 | 94,3 |
| **Total** | **105** | **100,0** |

Berdasarkan Tabel 7 dapat diketahui kategori dukungan tokoh masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD, dimana lebih banyak responden yang merasa dukungan dari tokoh masyarakat sudah baik (94,3%) dan responden yang merasa dukungan dari tokoh masyarakat masih kurang terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD sebanyak (5,7%). Kemudian pada Peran Petugas Kesehatan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 8** Distribusi Frekuensi Kategori Peran Petugas Kesehatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Peran Petugas Kesehatan** | **f** | **%** |
| Kurang | 8 | 7,6 |
| Baik | 97 | 92,4 |
| **Total** | **105** | **100,0** |

Berdasarkan Tabel 8 dapat diketahui kategori peran petugas kesehatan terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD, dimana mayoritas responden merasa peran petugas kesehatan sudah baik (92,4%) dibandingkan dengan responden yang merasa peran petugas kesehatan masih kurang (7,6%) terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD.

Pada Analisis Bivariat dilakukan untuk melihat hubungan setiap variabel independen (tingkat pengetahuan, sikap, sarana dan prasarana, dukungan tokoh masyarakat dan peran petugas kesehatan) dengan variabel dependen (penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD) di Kelurahan Meteseh Kota Semarang. Pada Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 9** Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tingkat Pengetahuan** | **Penerimaan Masyarakat terhadap Program** | | | | | | **p-value** |
| Tidak Mendukung | | Mendukung | |  | Total |
| f | % | f | % | f | % |
| **Kurang** | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 2 | 100,0 | **0,000** |
| **Baik** | 0 | 0,0 | 103 | 100,0 | 103 | 100,0 |

Berdasarkan Tabel 9 diperoleh hasil bahwa proporsi responden yang mendukung penerimaan program pencegahan dan pengendalian lebih besar pada responden dengan tingkat pengetahuan baik (100,0%) dibandingkan dengan responden dengan tingkat pengetahuan kurang (50,0%). Berdasarkan uji statistik didapatkan hasil p-value sebesar 0,000 (p-value<0,05), maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan responden dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD. Kemudian pada Hubungan Sikap dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD dapat dilihat melalui tabel berikut.

**Tabel 10** Hubungan Sikap dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sikap** | **Penerimaan Masyarakat terhadap Program** | | | | | | **p-value** |
| Tidak Mendukung | | Mendukung | |  | Total |
| f | % | f | % | f | % |
| **Kurang** | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | **0,191** |
| **Cukup** | 1 | 2,6 | 38 | 97,4 | 39 | 100,0 |
| **Baik** | 0 | 0,0 | 66 | 100,0 | 66 | 100,0 |

Berdasarkan Tabel 10 diperoleh hasil bahwa proporsi responden yang  
mendukung penerimaan program pencegahan dan pengendalian lebih besar pada responden dengan sikap yang baik (100,0%) dibandingkan dengan responden dengan sikap yang cukup (97,4%). Berdasarkan uji statistik didapatkan hasil *p-value* sebesar 0,191 (*p-value*>0,05), maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sikap responden dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD. Kemudian pada Hubungan Sarana dan Prasarana dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD dapat dilihat melalui tabel berikut.

**Tabel 11** Hubungan Sarana dan Prasarana dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sarana dan Prasarana** | **Penerimaan Masyarakat terhadap Program** | | | | | | **p-value** |
| Tidak Mendukung | | Mendukung | |  | Total |
| f | % | f | % | f | % |
| **Kurang** | 1 | 1,5 | 64 | 98,5 | 65 | 100,0 | **0,431** |
| **Baik** | 0 | 0,0 | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Berdasarkan Tabel 11 diperoleh hasil bahwa proporsi responden yang  
mendukung penerimaan program pencegahan dan pengendalian lebih besar pada responden yang memiliki sarana dan prasarana baik (100,0%) dibandingkan dengan responden dengan tingkat pengetahuan kurang (98,5%). Berdasarkan uji statistik didapatkan hasil *p-value* sebesar 0,431 (*p-value*>0,05), maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sarana dan prasarana responden dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD. Kemudian pada Hubungan Dukungan Tokoh Masyarakat dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD dapat dilihat melalui tabel berikut.

**Tabel 12** Hubungan Dukungan Tokoh Masyarakat dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dukungan Tokoh Masyarakat** | **Penerimaan Masyarakat terhadap Program** | | | | | | **p-value** |
| Tidak Mendukung | | Mendukung | |  | Total |
| f | % | f | % | f | % |
| **Kurang** | 1 | 16,7 | 5 | 83,3 | 6 | 100,0 | **0,000** |
| **Baik** | 0 | 0,0 | 99 | 100,0 | 99 | 100,0 |

Berdasarkan Tabel 12 diperoleh hasil bahwa proporsi responden yang  
mendukung penerimaan program pencegahan dan pengendalian lebih besar pada responden yang merasa dukungan tokoh masyarakat sudah baik (100,0%) dibandingkan dengan responden yang merasa dukungan tokoh masyarakat masih kurang (83,3%). Berdasarkan uji statistik didapatkan hasil *p-value* sebesar 0,000 (*p-value*<0,05), maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan tokoh masyarakat dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD. Kemudian pada Hubungan Peran Petugas Kesehatan dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD dapat dilihat melalui tabel berikut..

**Tabel 13** Hubungan Peran Petugas Kesehatan dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Peran Petugas Kesehatan** | **Penerimaan Masyarakat terhadap Program** | | | | | | **p-value** |
| Tidak Mendukung | | Mendukung | |  | Total |
| f | % | f | % | f | % |
| **Kurang** | 1 | 12,5 | 7 | 87,5 | 8 | 100,0 | **0,000** |
| **Baik** | 0 | 0,0 | 97 | 100,0 | 97 | 100,0 |

Berdasarkan Tabel 13 diperoleh hasil bahwa proporsi responden yang  
mendukung penerimaan program pencegahan dan pengendalian lebih besar pada responden yang merasa peran petugas kesehatan sudah baik (100,0%) dibandingkan dengan responden yang merasa peran petugas kesehatan masih kurang (87,5%). Berdasarkan uji statistik didapatkan hasil *p-value* sebesar 0,000 (*p-value*<0,05), maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara peran petugas kesehatan dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD. Kemudian pada Rekapitulasi Analisis Bivariat dapat dilihat melalui tabel berikut.

**Tabel 14** Rekapitulasi Analisis Bivariat Hubungan Variabel dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Variabel** | **p-value** | **Interpretasi** |
| 1. | Pengetahuan | 0.000 | Signifikan |
| 2. | Sikap | 0.191 | Tidak Signifikan |
| 3. | Sarana dan Prasarana | 0.431 | Tidak Signifikan |
| 4. | Dukungan Tokoh Masyarakat | 0.000 | Signifikan |
| 5. | Peran Petugas Kesehatan | 0.000 | Signifikan |

Tabel 14 diatas menunjukkan bahwa dari 5 variabel independen, terdapat 3 variabel yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan terhadap penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD (nilai p<0,05) yaitu variabel pengetahuan (p-value 0,000), dukungan tokoh masyarakat (p-value 0,000), peran petugas kesehatan (p-value 0,000).

Pada Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD Berdasarkan hasil analisis bivariat, terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD (p-value = 0,000). Dari 103 responden yang memiliki pengetahuan baik, seluruhnya (100%) mendukung program tersebut. Sebaliknya, dari dua responden yang berpengetahuan kurang, hanya satu yang mendukung program. Pengetahuan merupakan faktor dasar dalam model perilaku kesehatan seperti Health Belief Model dan Theory of Planned Behavior. Individu yang memiliki pengetahuan memadai mengenai penyebab, gejala, serta metode pencegahan DBD akan lebih mudah memahami urgensi dari upaya pengendalian penyakit tersebut, sehingga lebih mungkin menerima atau bahkan berpartisipasi aktif dalam program.

Hasil ini konsisten dengan penelitian Wahab et al. (2024), yang menyatakan bahwa pengetahuan yang baik meningkatkan kemungkinan seseorang bersikap positif terhadap program pencegahan DBD (OR = 2,24; p < 0,001) dan meningkatkan praktik pencegahan seperti PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) secara berkala.13 Selain itu dalam penelitian ini menyebutkan bahwa tingkat literasi kesehatan terkait DBD berbanding lurus dengan keterlibatan masyarakat dalam kegiatan 3M Plus. Dalam konteks Kelurahan Meteseh, temuan ini menunjukkan bahwa penyuluhan, kampanye kesehatan, dan program edukasi sebelumnya tampaknya telah berjalan cukup efektif. Namun demikian, keberadaan dua responden dengan pengetahuan rendah menandakan masih ada celah dalam jangkauan edukasi atau efektivitas penyampaiannya.

Kemudian Pada Hubungan Dukungan Tokoh Masyarakat dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD, Hasil penelitian Nugraheni et al (2023), menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara dukungan tokoh masyarakat dengan penerimaan program pencegahan DBD (p-value = 0,000).14 Sebanyak 99 responden yang menilai dukungan tokoh masyarakat sudah baik semuanya (100%) mendukung program, sementara dari 6 responden yang merasa dukungan kurang, hanya 5 (83,3%) yang mendukung. Tokoh masyarakat memiliki peran sebagai agen perubahan sosial dalam masyarakat. Mereka sering kali menjadi panutan dan memiliki pengaruh tinggi terhadap sikap warga. Keikutsertaan aktif tokoh masyarakat dalam mendukung program DBD contohnya dengan menjadi juru kampanye PSN, mendukung kader Jumantik, atau membuka ruang diskusi di forum warga dapat menumbuhkan rasa percaya dan keterlibatan yang lebih luas dari warga lainnya.

Penelitian menyatakan bahwa dukungan figur lokal seperti ketua RT/RW dan tokoh agama memiliki pengaruh signifikan terhadap keberhasilan implementasi program kesehatan lingkungan. Selain itu, studi di Puskesmas Karangdoro menunjukkan bahwa pendekatan berbasis komunitas melalui kader dan tokoh lokal berhasil meningkatkan kepatuhan masyarakat dalam pencegahan DBD. Dalam konteks Meteseh yang memiliki 31 RW dan 189 RT, efektivitas komunikasi lintas level sosial menjadi krusial. Dukungan tokoh masyarakat yang tidak merata dapat menyebabkan disparitas penerimaan program antarwilayah. Maka dari itu, pendekatan bottom-up perlu dikedepankan, dengan menjadikan tokoh masyarakat sebagai mitra strategis dalam sosialisasi dan pelaksanaan program kesehatan.

Pada Hubungan Peran Petugas Kesehatan dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD, Penelitian ini juga menunjukkan hubungan yang signifikan antara peran petugas kesehatan dan penerimaan program DBD (p-value = 0,000). Dari 97 responden yang menilai peran petugas kesehatan baik, semuanya (100%) mendukung program. Sementara itu, dari 8 responden yang merasa peran petugas kesehatan masih kurang, hanya 7 (87,5%) yang mendukung. Petugas kesehatan merupakan jembatan utama antara pengetahuan ilmiah dan praktik masyarakat. Mereka memegang peranan penting dalam mengedukasi masyarakat, melakukan pemantauan jentik nyamuk, memberikan layanan penyuluhan langsung, hingga mendampingi kader posyandu dan Jumantik.

Penelitian Febriansyah et al (2023), menyatakan bahwa intensitas penyuluhan oleh petugas kesehatan berkorelasi positif dengan tingkat penerimaan masyarakat terhadap intervensi berbasis lingkungan seperti 3M Plus dan penggunaan ovitrap.11 Dengan tingginya penilaian positif terhadap petugas kesehatan menunjukkan kepercayaan masyarakat yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan primer. Namun demikian, adanya 7,6% responden yang menganggap peran petugas masih kurang mengindikasikan perlunya pemerataan kualitas layanan antarwilayah RT/RW, serta peningkatan inovasi edukatif seperti penggunaan media digital, infografis, atau kunjungan rumah berbasis jadwal.

Pada Hubungan Sikap dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD, Berdasarkan hasil uji statistik, tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara sikap responden dan penerimaan terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD (p-value = 0,191). Walaupun mayoritas responden memiliki sikap yang baik (62,9%) dan sisanya memiliki sikap cukup (37,1%), dukungan terhadap program relatif tinggi di kedua kelompok. Sikap merupakan komponen afektif dalam perilaku kesehatan, yang menggambarkan kecenderungan individu dalam merespons suatu objek, tetapi tidak selalu terwujud dalam perilaku nyata atau penerimaan, kecuali ditopang oleh faktor kognitif (pengetahuan) dan lingkungan (dukungan sosial dan fasilitas).15

Penelitian oleh Yuliandari et al (2022),dalam Journal of Public Health Research menunjukkan bahwa meskipun responden memiliki sikap positif terhadap program PSN, partisipasi mereka dalam tindakan nyata sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan dukungan tokoh masyarakat.12 Penelitian ini menekankan bahwa sikap tanpa pemahaman mendalam dan stimulus sosial kurang cukup mendorong penerimaan. Tingginya dukungan terhadap program meski dengan kategori sikap yang hanya “cukup” pada sebagian responden mengindikasikan bahwa penerimaan dapat didorong oleh faktor lain yang lebih kuat seperti informasi yang sering diulang, tekanan sosial dari lingkungan sekitar, dan pengalaman pribadi menghadapi kasus DBD.

Pada Hubungan Sarana dan Prasarana dengan Penerimaan Program Pencegahan dan Pengendalian DBD, Hasil uji chi-square menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kategori sarana dan prasarana dengan penerimaan program pencegahan DBD (p-value = 0,431). Meskipun sebagian besar responden (61,9%) memiliki sarana-prasarana yang kurang, mereka tetap mendukung program pencegahan DBD. Sarana dan prasarana yang dimaksud meliputi tersedianya tempat penampungan air tertutup, penggunaan kelambu, alat fogging, atau larvasida.16 Meskipun keterbatasan fasilitas dapat menjadi hambatan dalam pelaksanaan praktik pencegahan, dukungan terhadap program tidak hanya bergantung pada aspek fisik, tetapi juga dipengaruhi oleh persepsi risiko, solidaritas warga, serta informasi yang diterima.

Berdasarkan hasil analisis, tidak terdapat hubungan signifikan antara ketersediaan sarana dan prasarana dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD (p-value = 0,431). Hal ini menunjukkan bahwa meskipun sarana prasarana memadai atau kurang, sebagian besar responden tetap menyatakan mendukung program tersebut. Temuan ini mengindikasikan bahwa dukungan masyarakat tidak selalu bergantung pada ketersediaan fisik alat atau fasilitas penunjang. Namun demikian, hasil ini bertolak belakang dengan temuan Yuliandari et al. (2022) dalam Jurnal Kesehatan yang menyatakan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana yang baik seperti tempat sampah tertutup, selokan lancar, dan ketersediaan bubuk abate sangat berpengaruh terhadap praktik pencegahan DBD. Dalam penelitiannya, ditemukan bahwa masyarakat dengan sarana yang memadai lebih aktif dalam melakukan 3M Plus dan pemberantasan sarang nyamuk. Penelitian ini juga menekankan bahwa kesadaran akan pentingnya lingkungan bersih meningkat apabila didukung oleh fasilitas yang menunjang.

Dalam konteks Kelurahan Meteseh, ketidaksesuaian ini bisa dijelaskan dengan adanya kemungkinan bahwa masyarakat sudah menyadari pentingnya program DBD, tetapi belum semua rumah atau lingkungan dilengkapi dengan fasilitas pendukung. Hal ini dapat memunculkan kesenjangan antara pengetahuan/dukungan masyarakat dan praktik aktualnya di lapangan. Oleh karena itu, penting bagi pemerintah dan stakeholder lokal untuk tidak hanya mengedukasi, tetapi juga memastikan tersedianya infrastruktur seperti fogging, alat penampungan air tertutup, dan dukungan logistik lainnya untuk memperkuat dampak program pencegahan DBD. Program tidak boleh hanya menitikberatkan pada edukasi, tetapi juga menyediakan sarana fisik secara merata, seperti pembagian tutup bak air, larvasida gratis, dan fogging berkala, agar niat warga untuk berpartisipasi dapat direalisasikan dengan optimal.

**KESIMPULAN**

Mayoritas responden dengan berpendidikan tamat SMA/sederajat (47,6%) dengan jenis kelamin paling banyak adalah perempuan (64,8%) dan mayoritas Bekerja sebagai ibu rumah tangga (37,1%). Mayoritas responden mengaku pernah terkena penyakit DBD (58,1%) serta mayoritas responden mendukung program pencegahan dan pengendalian DBD (99,0%). Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan responden dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD di Kelurahan Meteseh (p value=0,000). Tidak terdapat hubungan antara sikap responden dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD di Kelurahan Meteseh (p value=0,191).

Tidak terdapat hubungan antara sarana dan prasarana responden dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD di Kelurahan Meteseh (p value=0,431). Terdapat hubungan antara dukungan tokoh masyarakat responden dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD di Kelurahan Meteseh (p value=0,000). Dan tidak terdapat hubungan antara peran petugas Kesehatan dengan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan dan pengendalian DBD di Kelurahan Meteseh (p value=0,000).

**REFERENSI**

1. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2018.
2. Nursalam. (2020). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan (Edisi 5). Salemba Medika.
3. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia. Jakarta; 2017.
4. Ministry of health. National Guideline for Clinical Management of Dengue. Nay Pyi Taw. Vector Borne Disease Control Programme. [cited 2020 12 December].
5. Wijaya YN., Bestari RS., Dewi LM., & Nurhayani N. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Persepsi dengan Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) pada Siswa SMA2 Bae Kudus. Prosiding University Research Colloquium. 2021: 136-142.
6. Widiyantoro W, Nurjazuli, Darundiati YH. Pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) Berbasis Masyarakat di Indonesia: Systematic Review. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. 2021; 10 (3): 191-199.
7. AhbiRami R, Zuharah WF. School-based health education for dengue control in Kelantan, Malaysia: impact on knowledge, attitude and practice. PLoS Neglected Tropic Disease. 2020; 14(3).
8. Astuti NP, Nugroho EGZ, Lattu JC, Potempu IR, Swandana DA. Persepsi Masyarakat terhadap Penerimaan Vaksinasi Covid-19. Literature Review. Jurnal Keperawatan. 2021; 13(3): 569–80.
9. Sukesi TW, Satoto TBT, Murhandarwati EH, Padmawati RS. Effects of health education based intervention on community’s perception, healthy house, and social capital of dengue in endemic area of sleman regency indonesia. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. 2021; 9: 428-436. Available from: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/6087/5693>
10. Hidayah NN, Prabamurti PN, Handayani N. Determinan Penyebab Perilaku Pengelolaan Sampah Rumah Tangga dalam Pencegahan DBD oleh Ibu Rumah Tangga di Kelurahan Sendangmulyo. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2021; 20(4): 229-239.
11. Zulkarnain MR., & Surjadi T. Gambaran Pengetahuan dan Perilaku Masyarakat Mengenai Demam Berdarah Dengue di Wilayah Puskesmas Gembong. Jurnal Ners. 2024; 8(2): 1825-1830.
12. Febriansyah, M. A., Mulyadi, E., & Tarwati, K. (2023). Hubungan pengetahuan, tingkat pendidikan, dan persepsi masyarakat pada petugas kesehatan terhadap pencegahan DBD di wilayah kerja Puskesmas Baros. Jurnal Ilmu Psikologi dan Kesehatan (Sikontan), 2(1), 115–124. <https://doi.org/10.47353/sikontan.v2i1.1257>
13. Dewi Yuliandari, Arfan, I., Trisnawati, E., Alamsyah, D., & Rizky, A. (2022). Hubungan pengetahuan, sikap dengan praktik pencegahan DBD. Jurnal Kesehatan, 15(2), 132–136. <https://doi.org/10.23917/jk.v15i2.18373>
14. Wahab, L. A., Laksanawati, I. S., Padmawati, R. S., Mulyadi, A. W. E., Triadmajani, W., & At Thobari, J. (2024). Knowledge, attitude, and practice regarding dengue vaccine: a baseline study in Indonesia. Clinical and Experimental Pediatrics, 67(2), 123–132. <https://doi.org/10.3345/cep.2024.00962>
15. Nugraheni E, Rizqoh D, & Sundari M. Manifestasi Klinis Demam Berdarah Dengue (DBD). Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan : Publikasi Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya. 2023;10(3), 267–274. https://doi.org/ 10.32539/jkk.v10i3.21425.
16. WHO. Dengue. 2016a. Retrieved July 28, 2024, from <http://www.who.int/denguecontrol/en/>
17. Zulfa AA., Martini., Udijono A., Hestiningsih R., Jayanti S. (2021). Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Daerah Endemis Tinggi Kota Semarang. Jurnal Riset Kesehatan Masyarakat, 1(2).