

# HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN TINDAKAN MASYARAKAT DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) (STUDI DI KELURAHAN PUTAT JAYA SURABAYA TAHUN 2010–2014)

*The Association Knowledge and Community Practice with the Incidence of DHF (Study in the Village of Putat Jaya Surabaya on 2010–2014)*

**Rahmawati Sari Budi Utami**

FKM UA,rahmawati\_sbu@yahoo.co.id

Alamat Korespondensi: Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

## ABSTRAK

Demam Berdarah Dengue (DBD) atau *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) masih menjadi salah satu permasalahan sampai saat di Indonesia. *Incident Rate* (IR) dan *Case Fatality Rate* (CFR) merupakan indikator kejadian DBD. Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi dan menganalisis hubungan pengetahuan dan tindakan masyarakat dengan kejadian DBD di Kelurahan Putat Jaya Surabaya tahun 2010–2014. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*. Wawancara dilaksanakan pada 397 orang di Kelurahan Putat Jaya Surabaya dengan proporsi masing-masing yaitu 8 orang di RW 1, 62 orang di RW 2, 35 orang di RW 3, 29 orang di RW 4, 24 orang di RW 5, 12 orang di RW 6, 16 orang di RW 7, 59 orang di RW 8, 23 orang di RW 9, 12 orang di RW 10, 16 orang di RW 11, 22 orang di RW 12, 25 orang di RW 13, 50 orang di RW 14 dan 4 orang di RW 15. Subjek ditarik dari populasi dengan cara *simple random sampling*. Variabel terikat adalah kejadian DBD. Variabel bebas adalah pengetahuan dan tindakan masyarakat. Analisis data menggunakan uji *Chi-Square* dengan level signifikansi 95%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan masyarakat ( $p = 0,206$ ) dengan kejadian DBD. Tindakan masyarakat ( $p = 0,009$ ) memiliki hubungan dengan kejadian DBD. Kesimpulan hasil penelitian bahwa tindakan masyarakat memiliki hubungan dengan kejadian DBD. Dinas Kesehatan disarankan untuk bekerja sama lintas sektor, sosialisasi DBD melalui media elektronik, pelatihan kader bumantik secara rutin, meningkatkan partisipasi masyarakat melalui kegiatan PSN DBD dan membagikan lotion anti nyamuk secara gratis ke masyarakat.

**Kata Kunci:** pengetahuan, tindakan masyarakat, kejadian DBD, IR & CFR, partisipasi masyarakat

## ABSTRACT

*Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is still one of problems today in Indonesia. Incident Rate (IR) and Case Fatality Rate (CFR) is DHF incidence indicator. The objective of the research was to identify and analyze relationship between knowledge and community practice with dengue incidence in the Village Putat Jaya Surabaya 2010–2014. This study used a cross-sectional study. Interviews were conducted on 397 people in Village Putat Jaya Surabaya with each proportion 8 people in RW 1, 62 people in RW 2, 35 people in RW 3, 29 people in RW 4, 24 people in RW 5, 12 people in RW 6, 16 people in RW 7, 59 people in RW 8, 23 people in RW 9, 12 people in RW 10, 16 people in RW 11, 22 people in RW 12, 25 people in RW 13, 50 people in RW 14 and 4 people in RW 15. Subjects were selected by simple random sampling. The dependent variable is incidence of DHF. The independent variables are knowledge and community practice. Data analysis using Chi-Square test with significancy level at 95%. The results showed that there was no relationship between knowledge society ( $p = 0.206$ ) with dengue's incidence. Practice ( $p = 0.009$ ) had a association with dengue's incidence. Conclusion of study is practice have a significant relationship with DHF occurrence. Health ministry is recommended to work together across sectors between related stakeholder, dissemination of dengue through electronic media, training of bumantik cadres regularly, increasing community participation through PSN DBD and distribute free mosquito repellent to public.*

**Keywords:** knowledge, community practice, incidence of DHF, IR & CFR, community participation

## PENDAHULUAN

Penyakit infeksi virus Dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue golongan grup arbovirus (Soegijanto, 2006). Setiap tahun terjadi 50–100 juta kasus Demam Dengue dan 250–500 ribu

kasus Demam Berdarah Dengue (DBD). Separuh penduduk dunia tinggal di wilayah endemis (Eppy, 2012). Terdapat empat serotype virus (DEN-1, 2, 3 dan 4) yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Penyakit ini

dapat terjadi pada semua kelompok umur. Infeksi virus Dengue merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian di negara tropis dan sub tropis di seluruh dunia. Tidak semua orang yang terinfeksi virus dengue akan menunjukkan manifestasi DBD yang berat. Ada yang memiliki manifestasi demam ringan yang akan sembuh dengan sendirinya atau bahkan ada yang sama sekali tanpa gejala sakit (asimtomatik). Sebagian lagi akan menderita Demam Dengue saja yang tidak menimbulkan kebocoran plasma dan mengakibatkan kematian. Sejak tahun 1968 penyakit ini ditemukan di Surabaya dan Jakarta (Kemenkes RI, 2013). Tahun 1968 kasus DBD ditemukan pertama kali di Surabaya dengan jumlah kasus DBD sebanyak 58 orang yang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (CFR: 41,3%). Sejak saat itu, penyakit ini menyebar luas ke seluruh Indonesia dan sering terjadi kejadian luar biasa (Kemenkes RI, 2010).

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus Dengue yang ditandai dengan demam 2–7 hari disertai dengan manifestasi perdarahan, penurunan trombosit (trombositopenia), adanya hemokonsentrasi yang ditandai dengan kebocoran plasma (peningkatan hematokrit, asites, efusi pleura, hipoalbuminemia), dapat disertai dengan gejala-gejala tidak khas seperti nyeri kepala, nyeri otot dan tulang, ruam kulit atau nyeri belakang bola mata (Kemenkes RI, 2013).

Patofisiologi utama yang menentukan beratnya penyakit dan membedakan DHF dengan DF adalah meningkatnya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadinya hipotensi, trombositopenia dan diathesis hemoragik (Kemenkes RI, 2005). Dua perubahan patofisiologis yang utama pada DHF adalah peningkatan permeabilitas pembuluh darah dan gangguan hemostasis yang mekanismenya belum diketahui. Peningkatan permeabilitas kapiler pada infeksi virus Dengue yang berat menimbulkan dugaan bahwa sel endotel kapiler berperan langsung terhadap terjadinya kebocoran pembuluh darah dan perdarahan yang terjadi pada DHF/DSS (Kemenkes RI, 2013).

Tempat-tempat yang potensial untuk terjadinya penularan DBD adalah daerah endemis, tempat-tempat umum (sekolah, rumah sakit), hotel, pertokoan, pasar, restoran, dan tempat ibadah) dan pemukiman baru di pinggir kota. Sekolah menjadi tempat yang potensial karena murid sekolah berasal dari berbagai wilayah tempat tinggal yang

memungkinkan membawa jenis-jenis virus *dengue* yang berbeda. Anak-anak merupakan umur yang *susceptible* terserang DBD. Nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor utamanya aktif menggigit pada jam 09.00–10.00 dan 16.00–17.00, di mana anak sekolah dasar sedang aktif belajar di sekolah. Lingkungan sekolah sebaiknya lebih diperhatikan lagi agar terbebas dari nyamuk penular DBD (Depkes RI 3, 2010).

Faktor yang mempengaruhi permasalahan epidemiologi DBD adalah Manusia sebagai hospes di mana dipengaruhi oleh mobilitas dan kepadatan rumah penduduk yang tinggi di Indonesia, Nyamuk *Aedes spp* sebagai vektor penularan DBD tersebar luas di seluruh tanah air Indonesia, Empat jenis serotipe virus Dengue (DEN-1, DEN-2 dan DEN-3 serta DEN-4) sebagai penyebab DBD yang sudah dapat diidentifikasi di Indonesia dan dapat ditemukan di kota-kota besar, Perilaku masyarakat, Perubahan iklim (*climate exchange*), Pertumbuhan ekonomi, Ketersediaan air bersih (Kemenkes RI, 2013, Sumarmo, 1999 dan Suroso, 1999). Faktor yang menyebabkan keparahan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) yaitu belum adanya obat atau vaksin yang spesifik, tetapi bila ada pasien yang berobat dini dan mendapat penatalaksanaan yang adekuat, umumnya untuk kasus penyakit yang dapat diselamatkan (Kemenkes RI, 2013).

Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, *World Health Organization* (WHO) mencatat negara Indonesia merupakan negara endemik Dengue dengan kasus tertinggi urutan pertama di Asia Tenggara (Kemenkes RI, 2010). Pada tahun 2006 Indonesia melaporkan 57% dari kasus Dengue dan hampir 80% kematian Dengue di daerah Asia Tenggara (1132 kematian dari jumlah 1558 kematian dalam wilayah regional). Infeksi virus Dengue di Indonesia selalu dijumpai sepanjang tahun di beberapa kota besar, seperti Jakarta, Surabaya, Medan dan Bandung. Perbedaan pola klinis kejadian infeksi Dengue ditemukan setiap tahun. Perubahan musim secara global, pola perilaku hidup bersih dan dinamika populasi masyarakat berpengaruh terhadap kejadian penyakit infeksi virus Dengue. Sampai saat ini penyakit DBD menjadi masalah kesehatan masyarakat.

*World Health Organization* (WHO) memperkirakan terjadi 50 juta kasus infeksi Dengue di seluruh dunia setiap tahun. Kasus pertama di Indonesia dengan pemeriksaan serologis dibuktikan

pada tahun 1968 di Surabaya. Angka kematian karena infeksi virus Dengue menurun secara drastis dari 41,3% di tahun 1968 menjadi kurang dari 3% di tahun 1991, namun Sindroma Syok Dengue masih merupakan kegawatan yang sulit diatasi. Morbiditas dan mortalitas karena DHF/DSS yang dilaporkan berbagai negara bervariasi disebabkan beberapa faktor, antara lain status umur penduduk, kepadatan vektor, tingkat penyebaran virus Dengue, prevalensi serotipe virus Dengue dan keadaan meteorologist (Hanafiati, 2010).

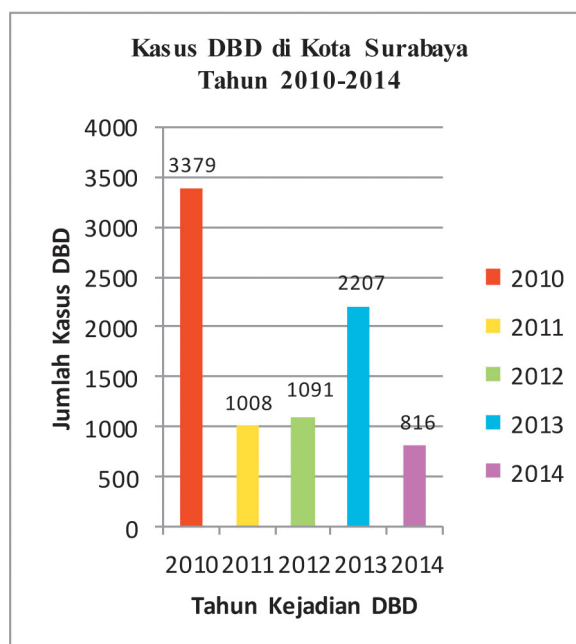
Kota Surabaya adalah salah satu daerah endemik penyakit DBD di Indonesia dengan jumlah kasus DBD menduduki peringkat tertinggi di provinsi Jawa Timur. Kejadian KLB Dengue biasanya banyak terjadi di daerah endemik dan daerah yang saling berkaitan seperti kota Surabaya karena pengaruh musim hujan yang tidak menentu sehingga dapat menyebabkan terjadinya penularan penyakit DBD pada manusia melalui vektor *Aedes*. Sehubungan dengan morbiditas dan mortalitasnya, DBD disebut *the most mosquito transmitted disease* (Heri, 2011).

Data dari Dinas Kesehatan (Dinkes) Kota Surabaya menunjukkan bahwa IR kasus DBD di Kota Surabaya dari tahun 2010–2014 sudah mampu mencapai target IR yang telah ditetapkan namun masih dalam angka yang cukup tinggi. Target CFR kasus DBD dari tahun 2010–2014 sebesar < 1%. Namun CFR di Kota Surabaya cenderung meningkat drastis dengan angka CFR melebihi target yang telah ditetapkan (Dinkes Kota Surabaya, 2014).

Angka IR dan CFR untuk kasus DBD di Kota Surabaya masih sangat tinggi dibandingkan kota lainnya yang ada di Provinsi Jawa Timur setiap tahunnya. Kejadian kasus DBD setiap tahunnya cenderung menurun namun tetap masih dalam angka yang tinggi sehingga perlu perhatian khusus dari pemerintah untuk menanggulangi kasus DBD yang endemis setiap tahun agar tidak menyebar luas ke daerah lainnya.

Optimalisasi upaya promotif dan preventif perlu ditingkatkan karena proses kuratif dan rehabilitatif membutuhkan waktu yang lebih lama, biaya yang relatif lebih mahal dan ketergantungan masyarakat terhadap upaya pemerintah dapat diefisiensikan (Waris, 2013).

Angka IR di Kota Surabaya mengalami penurunan sedangkan angka CFR di Kota Surabaya mengalami peningkatan. Penyebab tingginya angka CFR di Kota Surabaya karena faktor seperti: Pemahaman masyarakat yang masih kurang



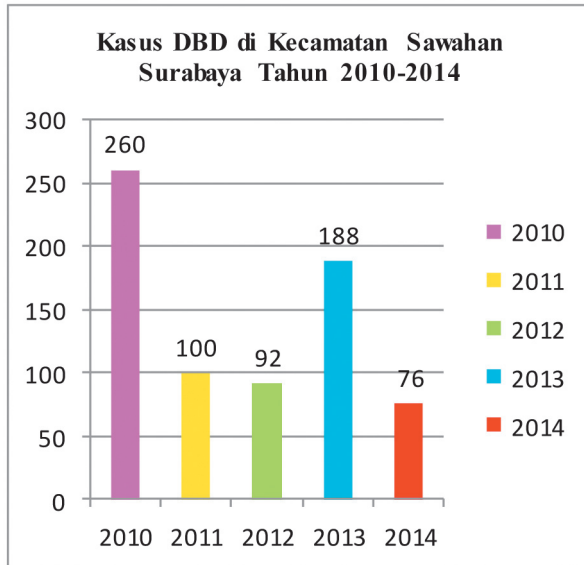
Sumber: Dinkes Kota Surabaya, 2014

**Gambar 1.** Kasus DBD di Kota Surabaya Tahun 2010–2014

mengenai penegakan diagnosis dan penatalaksanaan penderita DBD sehingga sering terjadi keterlambatan dalam mendiagnosa kasus DBD, Penderita terlambat dalam memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan, Belum adanya petugas surveillans khusus DBD sehingga penanggulangan kasus DBD masih belum optimal (Dinkes Kota Surabaya, 2014).

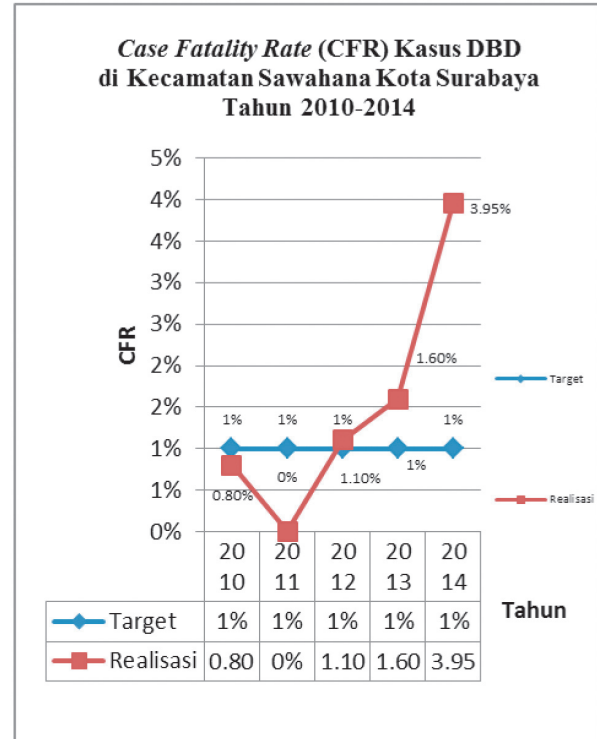
Kota Surabaya sebagai salah satu kota yang ada di Propinsi Jawa Timur yang terdiri dari 31 Kecamatan tersebar di wilayah Surabaya Pusat, Surabaya Utara, Surabaya Selatan, Surabaya Timur, dan Surabaya Barat (Pemerintah Kota Surabaya, 2013). Kecamatan di Surabaya yang selalu menduduki peringkat pertama dengan jumlah kasus DBD tertinggi dari tahun 2010–2014 adalah Kecamatan Sawahan. Jumlah kasus DBD di Kecamatan Sawahan pada tahun 2010–2014 cenderung menurun namun tetap masih dalam angka yang tinggi (Dinkes Kota Surabaya, 2014). Perlu adanya peran serta masyarakat dan partisipasi masyarakat sebagai upaya pemberantasan dan pencegahan penyakit DBD agar tidak menyebar luas ke daerah-daerah lainnya.

*Incident Rate* (IR) kasus DBD di Kecamatan Sawahan cenderung menurun dan masih di bawah target yang telah ditetapkan. Gambar 3 menunjukkan data *Incident Rate* (IR) kasus DBD di Kecamatan Sawahan tahun 2010–2014.



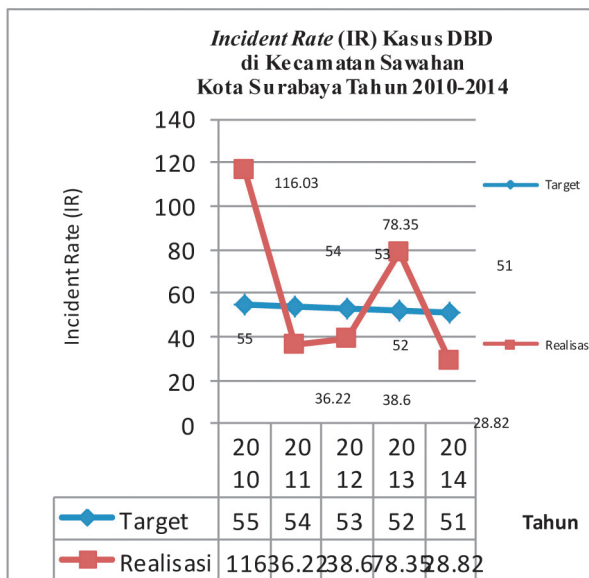
Sumber: Dinkes Kota Surabaya, 2014

**Gambar 2.** Kasus DBD di Kecamatan Sawahan Kota Surabaya Tahun 2010–2014



Sumber: Dinkes Kota Surabaya, 2014

**Gambar 4.** Case Fatality Rate (CFR) Kasus DBD di Kecamatan Sawahan Kota Surabaya Tahun 2010–2014



Sumber: Dinkes Kota Surabaya, 2014

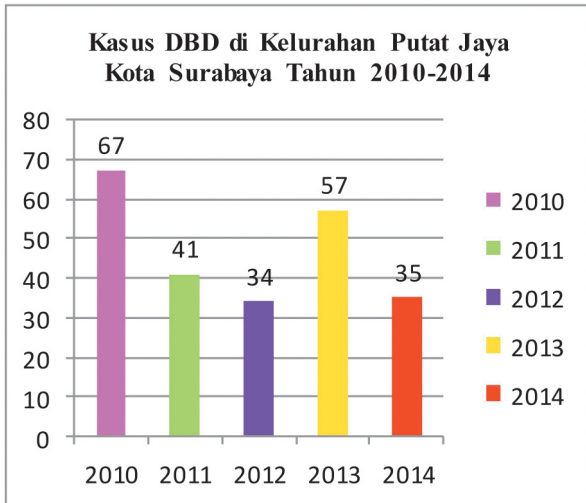
**Gambar 3.** Incident Rate (IR) Kasus DBD di Kecamatan Sawahan Kota Surabaya Tahun 2010–2014

Case Fatality Rate (CFR) kasus DBD di Kecamatan Sawahan cenderung meningkat dan melebihi target. Gambar 4 menunjukkan data Case Fatality Rate (CFR) kasus DBD di Kecamatan Sawahan tahun 2010–2014.

Penyebab tingginya jumlah kasus DBD yang ada di Kecamatan Sawahan dari tahun 2010-2014 adalah Pemahaman masyarakat yang masih kurang mengenai penegakan diagnosis dan penatalaksanaan penderita DBD sehingga sering terjadi keterlambatan dalam mendiagnosa kasus DBD, Mobilitas penduduk yang tinggi, Perilaku masyarakat yang masih kurang baik akibat aktivitas masyarakat sehari-hari yang sangat padat sehingga tidak sempat untuk melakukan kegiatan PSN DBD (Dinkes Kota Surabaya, 2014).

Kecamatan Sawahan memiliki 6 kelurahan yaitu kelurahan Sawahan, Kelurahan Petemon, Kelurahan Putat Jaya, Kelurahan Pakis, kelurahan Banyu Urip dan Kelurahan Kupang Krajan. Hasil data kasus DBD tahun 2010–2014 menunjukkan bahwa Kelurahan Putat Jaya yang berada di wilayah Kecamatan Sawahan yang selalu menduduki peringkat pertama dengan jumlah kasus DBD tertinggi dari tahun 2010–2014 (Dinkes Kota Surabaya, 2014). Kasus DBD di Kelurahan Putat Jaya Surabaya dari tahun 2010–2014 mengalami penurunan.



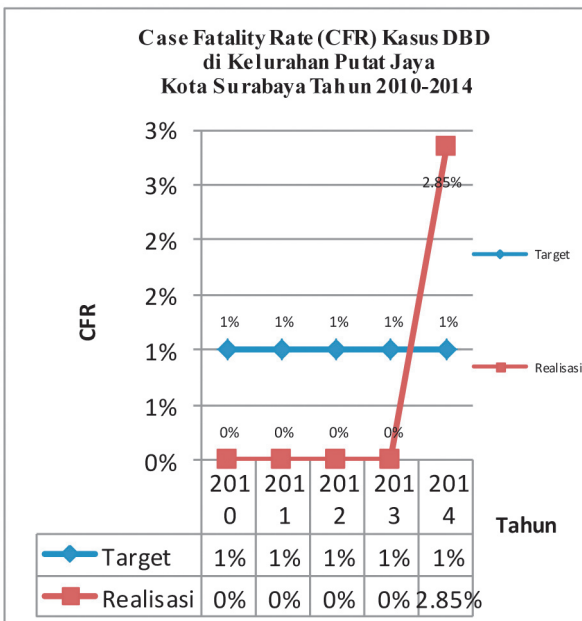


Sumber: Dinkes Kota Surabaya, 2014

**Gambar 5.** Kasus DBD di Kelurahan Putat Jaya Kota Surabaya Tahun 2010–2014

Case Fatality Rate (CFR) kasus DBD di Kelurahan Putat Jaya Surabaya cenderung meningkat dan melebihi target. Gambar 6 menunjukkan data Case Fatality Rate (CFR) kasus DBD di Kelurahan Putat Jaya Surabaya tahun 2010–2014.

Perlu adanya perhatian lebih lanjut untuk menanggulangi kasus DBD agar tidak terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) di Kelurahan Putat Jaya Surabaya. Perilaku masyarakat yang diharapkan



Sumber: Dinkes Kota Surabaya, 2014

**Gambar 6.** Kasus DBD di Kelurahan Putat Jaya Kota Surabaya Tahun 2010–2014

adalah yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah terjadinya risiko penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berpartisipasi aktif dalam gerakan peningkatan kesehatan masyarakat (Suhardiono,2005). Partisipasi masyarakat merupakan proses panjang dan memerlukan ketekunan, kesabaran dan upaya dalam memberikan pemahaman dan motivasi kepada individu, kelompok, masyarakat, bahkan pejabat secara berkesinambungan. Program yang melibatkan masyarakat adalah mengajak masyarakat mau dan mampu melakukan 3M plus atau PSN di lingkungan mereka. Istilah tersebut sangat populer dan mungkin sudah menjadi *trade mark* bagi program pengendalian DBD, namun karena masyarakat kita sangat heterogen dalam tingkat pendidikan, pemahaman dan latar belakangnya sehingga belum mampu mandiri dalam pelaksanaannya (Kemenkes RI, 2011).

Tingginya angka CFR di Kelurahan Putat Jaya Kota Surabaya tahun 2014 menjadi latar belakang penelitian tentang “hubungan pengetahuan dan tindakan masyarakat dengan kejadian DBD (Studi kasus di Kelurahan Putat Jaya Surabaya tahun 2010–2014)”. Kelurahan Putat Jaya Kota Surabaya memiliki angka kejadian kasus DBD yang sangat tinggi dari tahun 2010–2014 dibandingkan kelurahan lainnya. Kelurahan Putat Jaya Surabaya merupakan kelurahan yang berada di wilayah Kecamatan Sawahan yang selalu menduduki peringkat pertama dengan jumlah kasus DBD tertinggi dari tahun 2010–2014.

Tujuan umum penelitian adalah mengidentifikasi dan menganalisis tingkat pengetahuan dan tindakan masyarakat terhadap kejadian DBD di masyarakat. Tujuan khusus penelitian adalah mengidentifikasi dan menganalisis hubungan pengetahuan masyarakat dan tindakan masyarakat dengan kejadian DBD yang ada di Kelurahan Putat Jaya Surabaya Tahun 2010–2014.

**METODE**

Lokasi penelitian ini yaitu Kelurahan Putat Jaya Surabaya. Waktu penelitian telah dilakukan mulai bulan Oktober 2014–Mei 2015.

Penelitian apabila dilihat menurut jenisnya termasuk penelitian observasional karena peneliti tidak memberikan perlakuan kepada subjek peneliti. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik yaitu suatu penelitian yang berusaha untuk

menguji hubungan paparan dan akibatnya. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh penjelasan tentang faktor risiko dan penyebabnya dengan mengamati kejadian dan paparan pada periode waktu yang sama. Rancang bangun pada penelitian ini adalah *cross sectional* (Murti, 1997).

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua masyarakat yang bertempat tinggal di Kelurahan Putat Jaya Surabaya pada tahun 2014 yang berjumlah 48.438 orang. Sampel dalam penelitian ini adalah masyarakat yang bertempat tinggal di Kelurahan Putat Jaya Surabaya pada tahun 2014. Responden dalam penelitian ini adalah masyarakat yang berumur minimal 15 tahun atau yang dapat mempertanggungjawabkan jawaban kuesioner. Penentuan jumlah sampel diperoleh berdasarkan hasil perhitungan dengan menggunakan rumus *simple random sampling* sebanyak 397 orang. Wawancara dilaksanakan pada 397 orang di Kelurahan Putat Jaya Surabaya dengan proporsi masing-masing yaitu 8 orang di RW 1, 62 orang di RW 2, 35 orang di RW 3, 29 orang di RW 4, 24 orang di RW 5, 12 orang di RW 6, 16 orang di RW 7, 59 orang di RW 8, 23 orang di RW 9, 12 orang di RW 10, 16 orang di RW 11, 22 orang di RW 12, 25 orang di RW 13, 50 orang di RW 14 dan 4 orang di RW 15. Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu dengan cara dilakukan secara acak menggunakan metode *simple random sampling* dengan teknik undian atau *lottery technique*.

Variabel bebas (*independent*) dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan tindakan masyarakat. Variabel terikat (*dependent*) dalam penelitian ini adalah kejadian DBD.

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan 2 cara yaitu Data primer adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung berpedoman pada lembar kuesioner yang telah tersedia berdasarkan daftar variabel penelitian yang telah disusun. Adapun variabel yang diambil meliputi identitas responden, pengetahuan masyarakat dan perilaku masyarakat; Data sekunder adalah data yang ada di wilayah Kelurahan Putat Jaya Surabaya. Adapun variabel yang diambil yaitu karakteristik responden dan kejadian DBD.

Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini adalah lembar kuesioner yang diwawancarai langsung oleh peneliti. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan analisis kuantitatif menggunakan *Chi-Square*. Analisis data

dengan menggunakan *Chi-Square* digunakan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel. Tingkat signifikansi dalam penelitian ini adalah 95% atau  $\alpha$  sebesar 0,05.

## HASIL

### Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang diteliti dalam penelitian ini meliputi umur, pendidikan dan pekerjaan. Kelompok umur responden dikategorikan menjadi 2, yaitu 15–40 tahun dan > 40 tahun. Responden yang berusia > 40 tahun lebih banyak yaitu terdapat sebanyak 230 orang atau sekitar 56,7% dan responden yang berusia 15–40 tahun terdapat sebanyak 176 orang atau sekitar 43,3%.

Tingkat pendidikan responden dikategorikan menjadi 6 yaitu tidak sekolah, tamat SD/ sederajat, tamat SMP/ sederajat, tamat SMA/ sederajat, tamat akademi (D1,D2,D3) dan tamat sarjana (S1,S2,S3). Sebagian besar responden tingkat pendidikannya adalah tamat SMA/ sederajat sebesar 193 orang atau sekitar 47,5%. Responden lain tingkat pendidikannya adalah tidak sekolah sebesar 6 orang atau sekitar 1,5%, tamat SD/ sederajat sebesar 69 orang atau sekitar 17%, tamat SMP/ sederajat sebesar 97 orang atau sekitar 23,9%, tamat akademi (D1,D2,D3) sebesar 12 orang atau sekitar 3,0% dan tamat sarjana (S1,S2,S3) sebesar 29 orang atau sekitar 7,1%.

Jenis pekerjaan responden di Kelurahan Putat Jaya Surabaya sangat bervariasi yaitu PNS, TNI, POLRI, swasta, wiraswasta, pedagang, ibu rumah tangga, pelajar/ mahasiswa dan belum bekerja. Jenis pekerjaan responden yang bertempat tinggal di Kelurahan Putat Jaya tahun 2015 adalah PNS sebesar 5 orang atau sekitar 1,2%, tidak ada yang bekerja sebagai TNI atau POLRI, swasta sebesar 78 orang atau sekitar 19,2%, wiraswasta sebesar 28 orang atau sekitar 6,9%, pedagang sebesar 22 orang atau sekitar 5,4%, ibu rumah tangga sebesar 253 orang atau sekitar 62,3%, pelajar/ mahasiswa sebesar 11 orang atau sekitar 2,7% dan belum bekerja sebesar 9 orang atau sekitar 2,2%. Sebagian besar jenis pekerjaan responden yang banyak dijumpai dalam penelitian ini yaitu bekerja sebagai ibu rumah tangga sebesar 230 orang atau 56,7%.

### Pengetahuan Masyarakat

Pengetahuan dibagi dalam 3 kategori yaitu baik, cukup dan kurang. Distribusi pengetahuan

masyarakat tentang DBD di Kelurahan Putat Jaya Surabaya Tahun 2015 disajikan dalam tabel 1.

**Tabel 1.** Pengetahuan Masyarakat di Kelurahan Putat Jaya Kota Surabaya Tahun 2015

Tingkat Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	334	82,3
Cukup baik	64	15,8
Kurang baik	8	2
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>100</b>

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar pengetahuan masyarakat dalam penelitian ini memiliki pengetahuan yang baik yaitu sebesar 203 orang atau sekitar 50%.

### Tindakan Masyarakat

Tindakan masyarakat dibagi menjadi 3 kategori yaitu baik, cukup baik dan kurang baik. Distribusi tindakan masyarakat di Kelurahan Putat Jaya Surabaya Tahun 2015 disajikan dalam tabel 2.

**Tabel 2.** Tindakan Masyarakat di Kelurahan Putat Jaya Kota Surabaya Tahun 2015

Tindakan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	111	27,3
Cukup Baik	203	50
Kurang Baik	92	22,7
Total	406	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar tindakan masyarakat dalam penelitian ini memiliki tindakan yang cukup baik yaitu sebesar 203 orang atau sekitar 50%.

### Kejadian DBD

Kejadian DBD di Kelurahan Putat Jaya dibedakan menjadi 2 kelompok yaitu pernah menderita kasus DBD dan tidak pernah menderita kasus DBD. Distribusi kejadian DBD di Kelurahan Putat Jaya Surabaya Tahun 2010–2014 disajikan dalam tabel 3.

**Tabel 3.** Kejadian DBD di Kelurahan Putat Jaya Kota Surabaya Tahun 2015

Kejadian DBD	Jumlah	Persentase (%)
Pernah	39	9,6
Tidak pernah	367	90,4
Total	406	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat dalam penelitian ini tidak mengalami kejadian DBD sebesar 367 orang atau sekitar 90,4%.

### Hubungan Pengetahuan Masyarakat dengan Kejadian DBD

Hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat yang memiliki pengetahuan baik tentang DBD dan pernah terjangkit kasus DBD sebanyak 36 orang atau sebesar 10,78% sedangkan masyarakat yang memiliki pengetahuan baik namun tidak pernah terjangkit kasus DBD sebanyak 298 orang atau sebesar 89,22%. Masyarakat yang memiliki pengetahuan cukup tentang DBD dan pernah terjangkit kasus DBD sebanyak 3 orang atau sebesar 4,68% sedangkan masyarakat yang memiliki pengetahuan cukup namun tidak pernah terjangkit kasus DBD sebanyak 61 orang atau sebesar 95,32%. Tidak ada masyarakat yang memiliki pengetahuan kurang tentang DBD serta pernah terjangkit kasus DBD sedangkan masyarakat yang memiliki pengetahuan kurang namun tidak pernah terjangkit kasus DBD sebanyak 8 orang atau sekitar 100%. Sebagian besar masyarakat yang pernah terjangkit kasus DBD memiliki pengetahuan yang baik.

Hasil analisis data dengan menggunakan uji *Chi-square* diperoleh hasil nilai  $p = 0,206$  dengan  $\alpha = 0,05$  di mana  $p > \alpha$  maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. Uji statistik menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat dengan kejadian DBD tidak bermakna secara statistik atau tidak ada hubungan antara pengetahuan masyarakat dengan kejadian DBD.

### Hubungan Tindakan Masyarakat dengan Kejadian DBD

Hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat yang memiliki tindakan baik dan pernah terjangkit kasus DBD sebanyak 4 orang atau sebesar 3,60% sedangkan masyarakat yang memiliki tindakan baik namun tidak pernah terjangkit kasus DBD sebanyak 107 orang atau sebesar 96,40%. Masyarakat yang memiliki tindakan cukup baik dan pernah terjangkit kasus DBD sebanyak 20 orang atau sebesar 9,85% sedangkan masyarakat yang memiliki tindakan cukup baik namun tidak pernah terjangkit kasus DBD sebanyak 183 orang atau sebesar 90,15%. Masyarakat yang memiliki tindakan kurang baik serta pernah terjangkit kasus DBD sebanyak 15 orang atau sebesar 16,31% sedangkan masyarakat

yang memiliki tindakan kurang baik namun tidak pernah terjangkit kasus DBD sebanyak 77 orang atau sekitar 83,69%. Sebagian besar masyarakat yang pernah terjangkit kasus DBD memiliki tindakan yang cukup baik.

Hasil analisis data dengan menggunakan uji *Chi-square* diperoleh hasil nilai  $p = 0,009$  dengan  $\alpha = 0,05$  di mana  $p < \alpha$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Uji statistik menunjukkan bahwa tindakan masyarakat dengan kejadian DBD bermakna secara statistik atau terdapat hubungan antara tindakan masyarakat dengan kejadian DBD.

## PEMBAHASAN

### Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang diteliti dalam penelitian ini meliputi umur, pendidikan dan pekerjaan. Sebagian besar penderita DBD berusia > 40 tahun. Usia > 40 tahun ini termasuk kategori dewasa. Masa dewasa merupakan masa usia matang di mana usia tersebut lebih banyak melakukan aktivitas terutama di luar rumah. Usia > 40 tahun termasuk dalam golongan masa dewasa tengah yang merupakan masa usia canggung, jenuh dan sepi. Bagi orang yang berusia > 40 tahun ini biasanya lebih banyak mencari kesibukan dalam beraktivitas baik di dalam rumah maupun di luar rumah yang membuat dirinya merasa nyaman (Purwanto, 1998).

Tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah tamat SMA/ sederajat. Pendidikan SMA termasuk dalam kategori tingkat pendidikan tinggi di mana masyarakat lebih banyak memahami tentang cara pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD. Tingkat pendidikan yang tinggi akan membuat seseorang lebih mudah menerima atau memperoleh informasi dari berbagai sumber media sehingga pengetahuan dan wawasan seseorang akan semakin bertambah (Notoatmodjo, 2005). Tingkat pendidikan seseorang sangat mempengaruhi dalam mengambil suatu keputusan. Seseorang yang berpendidikan tinggi apabila menemui suatu masalah akan berusaha menyelesaikan masalah tersebut sebaik mungkin. Orang yang berpendidikan tinggi cenderung akan mampu berpikir tenang terhadap suatu masalah. Masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan tinggi lebih berorientasi pada tindakan preventif, mengetahui lebih banyak tentang masalah kesehatan dan memiliki status kesehatan yang lebih baik (Waris, 2013).

Sebagian besar jenis pekerjaan responden yang banyak dijumpai dalam penelitian ini yaitu bekerja sebagai ibu rumah tangga. IRT memiliki lebih banyak waktu dalam memperhatikan masalah DBD yang ada di lingkungan sekitarnya. IRT juga dapat menjadi sasaran utama dalam program promosi kesehatan sebagai upaya pencegahan terhadap penyakit DBD di lingkungan sekitar. IRT lebih banyak berinteraksi dengan lingkungan sekitar sehingga dapat menambah wawasan dan pengetahuan masyarakat tentang cara pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD. Pengetahuan yang baik akan menyebabkan orang tersebut mau melakukan suatu tindakan sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Peran IRT dalam pengendalian penyakit DBD sangat besar karena mereka menganggap bahwa DBD merupakan masalah yang penting baik dari sisi ekonomi, emosi dan dampak terhadap kesehatan keluarga (Perez-Guerra *et al*, 2009).

Seorang IRT juga mempunyai kesempatan lebih banyak dalam melakukan kegiatan PSN DBD dengan tujuan untuk mencegah terjangkitnya kasus DBD terutama dalam melakukan kegiatan 3M plus (Menguras, Mengubur, dan Menutup).

### Pengetahuan Masyarakat

Sebagian besar pengetahuan masyarakat dalam penelitian ini memiliki pengetahuan yang baik tentang DBD. Masyarakat lebih banyak mendapatkan informasi mengenai DBD berasal dari media elektronik sebesar 263 orang atau sekitar 24,51%.

Menurut penelitian Waris (2013) bahwa pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka orang tersebut akan semakin mudah dalam menyerap dan memahami pesan-pesan kesehatan dalam upaya pencegahan dan pemberantasan nyamuk *Aedes aegypti*. Tingkat pendidikan seseorang juga sangat mempengaruhi dalam mengambil suatu keputusan. Seseorang yang berpendidikan tinggi apabila menemui suatu masalah akan berusaha menyelesaikan masalah tersebut sebaik mungkin. Orang yang berpendidikan tinggi cenderung akan mampu berpikir tenang terhadap suatu masalah. Masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan tinggi lebih berorientasi pada tindakan preventif, mengetahui lebih banyak tentang masalah kesehatan dan memiliki status kesehatan yang lebih baik. Tindakan preventif sebagai upaya pencegahan sejak dini untuk menanggulangi kasus DBD.



Pengetahuan yang baik tidak berarti dapat memprediksi perilaku seseorang dengan cepat karena ketika pengetahuan seseorang baik bisa saja perilaku yang dikerjakannya tidak sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya (Nugrahaningsih *et al.*, 2010).

Pendapat Nugrahaningsih *et al.*, (2010) didukung oleh pendapat Green (1991) bahwa selain faktor pengetahuan juga terdapat faktor lain yang berpengaruh terhadap perilaku seseorang yaitu faktor demografi seperti umur, status ekonomi, pekerjaan dan pendidikan. Faktor demografi merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang sehingga mendorong orang untuk mau melakukan suatu tindakan (Perez-Guerra *et al.*, 2009).

### **Tindakan Masyarakat**

Sebagian besar tindakan masyarakat dalam penelitian ini memiliki tindakan yang cukup baik. Seseorang akan melakukan suatu tindakan terlebih dahulu mengomunikasikan rangsangan yang diterimanya dengan keadaan dalam diri dan perasaannya. Keadaan dalam diri yang dimaksud adalah pengetahuan, kepercayaan dan sikap. Komunikasi inilah yang disebut sebagai proses mental yang akan mendorong seseorang untuk mau melakukan tindakan tertentu (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan memiliki peranan yang sangat penting dalam pembentukan suatu tindakan. Pengetahuan yang dimiliki seseorang akan sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang dan mendorong seseorang untuk melakukan suatu tindakan.

Adopsi penerimaan tindakan baru yang didasari dengan pengetahuan dan kesadaran yang positif akan bersifat langgeng (*long lasting*) sehingga mendorong masyarakat untuk melakukan suatu tindakan sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya, sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari dengan pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama sehingga mendorong masyarakat untuk melakukan suatu tindakan tidak sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2007).

### **Kejadian DBD**

Sebagian besar masyarakat dalam penelitian ini tidak pernah mengalami kejadian DBD. Hal ini terbukti dalam penelitian bahwa sebagian besar masyarakat memiliki pengetahuan yang baik tentang pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD

serta memiliki tindakan yang cukup baik dalam melakukan kegiatan PSN DBD.

Kegiatan PSN DBD sebaiknya dilakukan secara rutin sehingga dapat meminimalisir kejadian DBD sejak dini. Partisipasi masyarakat sangat dibutuhkan untuk memberantas kejadian DBD yang selalu endemik setiap tahun agar tidak menyebar luas ke daerah-daerah lainnya.

### **Hubungan Pengetahuan Masyarakat dengan Kejadian DBD**

Tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan masyarakat dengan kejadian DBD. Masyarakat dalam penelitian ini sebagian besar mendapatkan informasi tentang cara pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD berasal dari media elektronik.

Semakin banyak informasi yang diperoleh maka semakin banyak pengetahuan yang didapat sehingga pengetahuan seseorang akan semakin bertambah. Pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat bermanfaat bagi siapa saja yaitu baik bagi diri sendiri maupun bagi orang lain.

Penyakit DBD dapat menyerang siapa saja dan kapan saja karena penyakit DBD merupakan suatu penyakit yang menyerang seseorang tanpa mengenal status orang tersebut. Terbukti pada hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat yang pernah terjangkit DBD memiliki pengetahuan yang baik tentang DBD. Penelitian ini sesuai dengan pendapat Nugrahaningsih *et al.* (2010) yang menyatakan bahwa pengetahuan yang baik tidak berarti dapat memprediksi tindakan seseorang dengan cepat karena ketika pengetahuan seseorang baik bisa saja tindakan yang dikerjakannya tidak sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Waris (2013) menyatakan bahwa pengetahuan yang baik tidak bisa menjamin seseorang untuk terbebas dari penyakit DBD karena bisa jadi orang yang memiliki pengetahuan yang baik akan melakukan tindakan yang bertentangan dengan pengetahuan yang dimilikinya. Pengetahuan yang baik sebaiknya dilandasi dengan rasa kesadaran yang tinggi sehingga seseorang akan bertindak sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Apabila pengetahuan yang dimiliki seseorang tidak dilandasi dengan rasa kesadaran yang tinggi maka orang tersebut bertindak tidak sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

Perilaku manusia terbentuk dari faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor

pemungkin (*enabling factors*) dan faktor penguat (*reinforcing factors*). Seseorang akan bertindak untuk melakukan sesuatu disebabkan oleh pemikiran dan perasaan dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian-penilaian seseorang terhadap suatu objek. Pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi (*predisposing factors*) sehingga pengetahuan akan ikut berperan dalam pembentukan perilaku seseorang. Perilaku tersebut akan mendorong seseorang dalam melakukan suatu tindakan (Green, 1991).

Kewaspadaan dini sangat diperlukan oleh seseorang agar kasus DBD tidak menyebar luas. Perhatian khusus dari pemerintah juga sangat diperlukan untuk menanggulangi kasus DBD yang selalu endemis setiap tahun di berbagai wilayah agar tidak menyebar luas ke daerah-daerah lainnya sehingga kejadian DBD dapat diminimalisir sedini mungkin.

### **Hubungan Tindakan Masyarakat dengan Kejadian DBD**

Terdapat hubungan yang bermakna antara tindakan masyarakat dengan kejadian DBD bermakna secara statistik atau ada hubungan antara tindakan masyarakat dengan kejadian DBD. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat yang pernah terjangkit kasus DBD memiliki tindakan yang cukup baik. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Suarez *et al.* (2005) yang menunjukkan bahwa tindakan pencegahan DBD bukan merupakan hal mudah untuk dipecahkan sendiri melainkan sebagai suatu kerja sama dari setiap rumah tangga, anggota komunitas yang lain dan pemerintah.

Menurut penelitian Heri (2013) menyatakan bahwa seseorang akan bertindak untuk melakukan sesuatu disebabkan oleh pemikiran dan perasaan dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian-penilaian seseorang terhadap suatu objek. Partisipasi masyarakat dan dukungan dari pemerintah terkait sangat dibutuhkan dalam kegiatan pemberantasan dan pencegahan penyakit DBD sehingga dapat meminimalisir kejadian DBD agar tidak menyebarluas ke berbagai daerah. Kegiatan PSN DBD sebaiknya dilakukan secara rutin sebagai upaya pencegahan penyakit DBD sejak dini.

Masyarakat dalam bertindak untuk melakukan sesuatu hal sebaiknya dilandasi dengan rasa kesadaran yang tinggi agar dalam bertindak sesuai dengan pengetahuan yang mereka miliki. Apabila

suatu tindakan tidak dilandasi dengan rasa kesadaran yang tinggi maka kegiatan PSN DBD sebagai upaya untuk mencegah dan menanggulangi terjadinya kasus DBD tidak akan berjalan maksimal. Namun jika suatu tindakan dilandasi dengan rasa kesadaran yang tinggi maka kegiatan PSN DBD sebagai upaya untuk mencegah dan menanggulangi terjadinya kasus DBD dapat berjalan secara maksimal sehingga kejadian DBD dapat diminimalisir sedini mungkin.

Seseorang akan melakukan suatu tindakan terlebih dahulu mengomunikasikan rangsangan yang diterimanya dengan keadaan dalam diri dan perasaannya. Keadaan dalam diri yang dimaksud adalah pengetahuan, kepercayaan dan sikap. Komunikasi inilah yang disebut sebagai proses mental yang akan mendorong seseorang untuk mau melakukan tindakan tertentu sesuai dengan pengetahuan yang dia miliki (Notoatmodjo, 2003).

Bandura (1986) *cit* Bartholomew *et al.* (2006) menyatakan bahwa individu memiliki kepercayaan sendiri yang memungkinkan mereka untuk mengolah informasi yang mereka terima dari luar berdasarkan pikiran, pengetahuan, perasaan dan tindakan, apa yang orang disekitarnya pikirkan, percayai, rasakan, mempengaruhi cara mereka untuk berperilaku. Kepercayaan dan sikap seseorang sangat penting untuk mendorong terbentuknya suatu tindakan yang diharapkan. Seseorang akan mau mencoba melakukan suatu tindakan yang baru biasanya berdasarkan pada pengalaman dan pengetahuan yang dimilikinya.

Notoatmodjo (2005) juga menyatakan bahwa tindakan masyarakat mempunyai pengaruh terhadap lingkungan sekitarnya karena lingkungan sekitarnya merupakan lahan untuk perkembangan tindakan seseorang tersebut.

Kegiatan PSN DBD sebagai upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD sebaiknya dilakukan secara rutin dan berkesinambungan oleh masyarakat di lingkungannya masing-masing agar dapat mencegah berkembangnya nyamuk *Aedes aegypti* dan mencegah penularan penyakit DBD yang semakin meluas.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Kesimpulan hasil penelitian yang dilakukan di Kelurahan Putat Jaya Kota Surabaya tahun 2015 yaitu responden yang pernah menderita penyakit DBD sebagian besar berusia > 40 tahun, tingkat pendidikan responden sebagian besar tamat SMA/

sederajat dan pekerjaan responden sebagian besar Ibu Rumah Tangga (IRT).

Sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik dan tindakan yang cukup baik dan mendapatkan informasi melalui media elektronik.

Tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan masyarakat dengan kejadian DBD karena pengetahuan yang baik tidak berarti dapat memprediksi tindakan seseorang dengan cepat sebab ketika pengetahuan seseorang baik bisa saja tindakan yang dilakukan tidak sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

Ada hubungan yang signifikan antara tindakan masyarakat dengan kejadian DBD karena masyarakat yang mau melakukan kegiatan PSN DBD secara rutin dan berkesinambungan maka akan dapat mencegah berkembangnya nyamuk *Aedes aegypti* yang semakin meluas.

## Saran

### Bagi Pihak Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Kerja sama lintas sektor antara pemerintah kota dengan pihak dinas kesehatan harus ditingkatkan dalam pembuatan kebijakan mengenai program PSN DBD.

Rapat koordinasi pokjanel DBD dengan berbagai instansi terkait lebih ditingkatkan lagi agar bisa berkoordinasi dengan baik untuk mencegah kasus DBD agar tidak menyebar secara luas ke daerah-daerah lainnya.

Pengetahuan masyarakat tentang penularan serta pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD sebaiknya ditingkatkan lagi dengan cara melakukan kegiatan penyuluhan melalui berbagai media terutama melalui media elektronik serta sosialisasi langsung (*face to face*) ke rumah warga secara rutin sehingga dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam mencegah terjadinya penyakit DBD.

Kerja sama lintas sektor antara pihak dinas pendidikan dengan pihak dinas kesehatan dalam mengaktifkan kembali rumantik dan wamantik dengan cara dilakukan piket siswa secara bergilir.

Kerja sama lintas sektor antara pihak dinas kesehatan dengan pihak puskesmas untuk membagikan lotion anti nyamuk secara gratis ke masyarakat secara langsung untuk kegiatan preventif sebelum terjangkit penyakit DBD.

### Bagi Pihak Puskesmas Putat Jaya Surabaya

Kerja sama pihak puskesmas dan pihak dinas kesehatan untuk memberikan pelatihan kepada kader

bumantik secara rutin sehingga dapat terbentuk percontohan wilayah yang bebas DBD.

Pengetahuan masyarakat tentang penularan serta pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD sebaiknya ditingkatkan lagi dengan cara melakukan kegiatan penyuluhan melalui berbagai media terutama melalui media elektronik serta sosialisasi langsung (*face to face*) ke rumah warga secara rutin sehingga dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam mencegah terjadinya penyakit DBD.

Mendorong masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam melakukan kegiatan PSN DBD secara rutin dan berkesinambungan seperti melakukan program 3M Plus maupun melakukan kerja bakti di lingkungan sekitarnya maupun di rumah masing-masing agar terhindar dari kasus DBD baik.

Kerja sama lintas sektor antara pihak dinas kesehatan dengan pihak puskesmas untuk membagikan lotion anti nyamuk secara gratis ke masyarakat secara langsung untuk kegiatan preventif sebelum terjangkit penyakit DBD.

### Bagi Masyarakat Kelurahan Putat Jaya Surabaya

Masyarakat hendaknya lebih ikut berpartisipasi serta lebih peduli terhadap kondisi lingkungan sekitarnya dengan cara melakukan kegiatan PSN DBD melalui kerja bakti rutin setiap hari minggu di kampung masing-masing serta melakukan kegiatan 3M Plus (Menguras, Mengubur dan Menutup) di rumah masing-masing sehingga kejadian DBD dapat diminimalisir sedini mungkin.

### Bagi Peneliti Selanjutnya

Perlu penelitian lebih lanjut terhadap faktor-faktor lainnya yang memicu timbulnya kasus DBD seperti kondisi geografis (ketinggian dari permukaan laut, curah hujan, angin, kelembapan, musim).

## REFERENSI

- Bandura. 1996. Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs.dalam Bartholomew, Parcel, Kok dan Gotlieb, 2006. *Planning Health Promotion Programs*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Depkes RI. 2010. Buku 3: *Pemberantasan Nyamuk Penular Demam Berdarah Dengue*, Depkes RI, Jakarta.
- Dinkes Kota Surabaya. 2014. *Profil Kesehatan Kota Surabaya*. Surabaya: Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

- Eppy. 9 Desember 2012. *Aspek Genetik Demam Berdarah Dengue*. CDK 197. Vol. 39 No. 9: 665.
- Green, L.W., & Kreuter. 1991. *Health Promotion Planning on Education and Environmental Approach 2<sup>nd</sup>*. Ed. USA: Mayfield Publishing Company.
- Hanafiaty, Evisina. 2010. *Jurnal Patogenesis Infeksi Virus Dengue*. Jakarta.
- Heri, Supriyanto. 2011. *Hubungan antara Pengetahuan, Sikap, Praktek Keluarga tentang Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Wetan Kota Semarang*. Artikel Ilmiah. Universitas Diponegoro. (Sitasi tanggal 30 April 2015 pukul 21.30 WIB).
- Kemendes RI. November 2005. *Penemuan dan Tata Laksana Penderita Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kemendes RI. Agustus 2010. *Buletin Jendela Epidemiologi Demam Berdarah Dengue: Volume 2*. Jakarta. (Sitasi tanggal 29 September 2014 pukul 09.00 WIB).
- Kemendes RI. November 2011. *Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (Sitasi tanggal 13 November 2014 pukul 18.05 WIB).
- Kemendes RI. 2013. *Pedoman Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Murti, B. 1997. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta. Gajah Mada University Press: 220.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2005. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugrahaningsih, et al. 2010. *Hubungan Faktor Lingkungan dan Masyarakat dengan Keberadaan Jentik Nyamuk Penular Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Kuta Utara*. Jurnal ECOTROPHIC Volume 5 Nomor 2 Tahun 2010: ISSN: 1907–5626. Denpasar.
- Pemerintah Kota Surabaya. 2013. *Gambaran Umum Kondisi Daerah*. www.surabaya.go.id (Sitasi tanggal 28 September 2014 pukul 15.00 WIB).
- Perez-Guerra, et al. 2009. Community beliefs and practices about dengue in Puerto Rico. *PanAmerican Health Organization*. Volume 25. Hal: 218–226.
- Purwanto, Heri. 1998. *Pengantar Perilaku Manusia*. Jakarta: EGC.
- Soegijanto, Soegeng. 20 Februari 2006. *Buletin Patogenesis dan Perubahan Patofisiologi Infeksi Virus Dengue*. (Sitasi tanggal 26 September 2014 pukul 17.30 WIB).
- Suarez, P., Olarte, Ana, Gonzalez. 2005. *Is what I have just a cold or is it dengue? Addressing the gap between the politics of dengue control and daily life in Villavicencio Colombia*. *Social Science and Medicine* Vol. 61. Hal: 495–502.
- Suhardiono. Desember 2005. *Jurnal Sebuah Analisis Faktor Risiko Perilaku Masyarakat terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Helvetia Tengah, Medan, Tahun 2005*, Vol. 1 No. 2: 49. Medan. (Sitasi tanggal 7 Desember 2014 pukul 17.00 WIB).
- Sumarmo, P., S. 1999. *Masalah Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Pelatihan Bagi Pelatih Dokter Spesialis Anak & Dokter Spesialis Penyakit Dalam Tatalaksana Kasus DBD. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Suroso, T., 1999. *Epidemiological Situation of Dengue Haemorrhagic Fever and It's Control in Indonesia*. International Seminar on Dengue fever/Dengue Haemorrhagic Fever. Surabaya: TDC Unair.
- Utami, R., S., B. 2015. Hubungan Pengetahuan, Lingkungan dan Perilaku Masyarakat dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (Studi Kasus di Kelurahan Putat Jaya Surabaya Tahun 2010–2014). *Skripsi*. Surabaya: FKM Universitas Airlangga.
- Waris, Lukman, Windy, T. Juni 2013. *Jurnal Buski Pengetahuan dan Perilaku Masyarakat terhadap Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Batulicin Kabupaten Tanah Bumbu Provinsi Kalimantan Selatan*, Vol. 4 No. 3: 144–149. Kalimantan Selatan. (Sitasi tanggal 30 April 2015 pukul 20.00 WIB).