

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP
DENGAN PERILAKU PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN)
PADA MASYARAKAT DI KECAMATAN RAJABASA
KOTA BANDAR LAMPUNG**

(Skripsi)

**Oleh:
AVISA JINAN AZURA
1958011010**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP
DENGAN PERILAKU PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN)
PADA MASYARAKAT DI KECAMATAN RAJABASA
KOTA BANDAR LAMPUNG**

Oleh

AVISA JINAN AZURA

SKRIPSI

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

Judul Skripsi

**: HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP
DENGAN PERILAKU PEMBERANTASAN
SARANG NYAMUK (PSN) PADA MASYARAKAT
DI KECAMATAN RAJABASA KOTA BANDAR
LAMPUNG**

Nama Mahasiswa

: Avisia Jinan Azura

Nomor Pokok Mahasiswa

: 1958011010

Program Studi

: Pendidikan Dokter

Fakultas

: Kedokteran




MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II


Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Par.K., AIFO-K
NIP. 197810092005011001


dr. Risti Graharti, S.Ked, M.Ling
NIP. 199003232022032010



2. Dekan Fakultas Kedokteran

Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, SKM., M.Kes
NIP. 19720628 199702 2 001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji
Ketua

: **Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Par.K., AIFO-K**



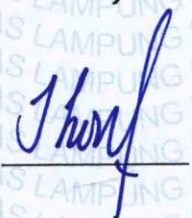
Sekretaris

: **dr. Risti Graharti, S.Ked, M.Ling**



Penguji

Bukan pembimbing: **Dr. dr. Jhons Fatriyadi, M.Kes., Sp.Par.K**



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, S.K.M., M.Kes

NIP. 19720628 199702 2 001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 30 Januari 2023

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Skripsi dengan judul “Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Pada Masyarakat di Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung” adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam akademik atau yang dimaksud dengan plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 6 Januari 2023

Pembuat pernyataan,



Avisa Jinan Azura

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Kota Bandar Lampung, Provinsi Lampung pada tanggal 14 Februari 2001. Merupakan anak pertama dari tiga bersaudara yang dilahirkan dari pasangan Bapak Kombes. Pol. Hengki, S.I.K., M.H. dan Ibu Elitha Martharina Ulfa, S.H. Penulis memiliki adik laki-laki bernama Athallah Noufal Mubarak dan adik perempuan bernama Aura Cinta Angelica.

Penulis menyelesaikan Pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) di Evfialand School pada tahun 2007, Sekolah Dasar (SD) di SDN 2 Serang pada tahun 2013, Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMPN 1 Serang pada tahun 2016, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) di SMAN 3 Batam pada tahun 2019.

Pada tahun 2019, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung Program Studi Pendidikan Dokter. Selama menjadi mahasiswa, penulis aktif dalam mengikuti kegiatan Lembaga Kemahasiswaan Forum Studi Islam Ibnu Sina sebagai staff FSI Ibnu Sina pada tahun 2021.

SANWACANA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Pada Masyarakat di Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung”. Sholawat serta salam selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW.

Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, masukan, saran, pertolongan, dukungan, motivasi, serta doa dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini dengan segala kerendahan hati, penulis ingin menyampaikan ucapan rasa terima kasih yang mendalam kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A.IPM., selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Prof. Dr. Dyah Wulan SRW, S.K.M., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
3. Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, M.Kes., AIFO selaku Kepala Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Par.K., AIFO-K selaku Pembimbing I yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis selama penyusunan skripsi ini, serta membantu, memberi kritik dan saran. Terima kasih atas ilmu, bimbingan, kebaikan, serta arahan dalam proses penyusunan skripsi ini;
5. dr. Risti Graharti, S.Ked, M.Ling selaku Pembimbing II yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis selama penyusunan skripsi ini, serta membantu, memberi kritik dan saran. Terima

kasih atas ilmu, bimbingan, kebaikan, serta arahan dalam proses penyusunan skripsi ini.;

6. Dr. dr. Jhons Fatriyadi, M.Kes., Sp.Par.K selaku pembahas yang telah bersedia meluangkan waktu untuk kesediaannya dalam membahas serta memberikan kritik dan saran yang membangun dalam penyelesaian skripsi ini. Terima kasih atas ilmu, kebaikan, serta arahan dalam proses penyusunan skripsi ini.
7. dr. Intanri Kurniati, S.Ked., Sp.PK, selaku dosen Pembimbing Akademik penulis yang telah memberikan masukan serta dukungan dalam bidang akademik selama penulis menjadi mahasiswa;
8. Seluruh Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu dan bimbingan yang telah diberikan selama proses perkuliahan;
9. Seluruh staff dan civitas akademik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang telah membantu proses penyusunan skripsi ini;
10. Masyarakat Kecamatan Rajabasa yang bersedia menjadi responden, terima kasih atas bantuan, partisipasi, dan doa selama proses penelitian;
11. Kedua orangtua tercinta, mama Elitha Martharina Ulfa, S.H. dan papa Kombes. Pol. Hengki, S.I.K., M.H., terima kasih atas segala doa, cinta dan kasih sayang, perhatian, dukungan, nasihat, serta ridho teruntuk nda selama ini. Terima kasih untuk segala kebaikan dan keikhlasan yang selalu mama dan papa berikan kepada nda;
12. Adik-adik tersayang nda, Athallah Noufal Mubarak dan Aura Cinta Angelica, terima kasih atas doa, cinta dan kasih, serta dukungan abang dan adek untuk nda selama ini;
13. Segenap keluarga besar penulis, keluarga Thouby dan keluarga Badaruddin, terima kasih atas doa dan dukungan kepada nda;
14. Sobat Cantikku, Nanda, Sista, Karen, Sherly, Liza, dan Helsa terima kasih telah menjadi sobat yang selalu ada di saat suka dan duka, menjadi pendengar, tempat berkeluh kesah dan tukar pikiran, terima kasih sudah membantu, mendukung, menemani, dan mendoakan satu sama lain dari awal perkuliahan hingga saat ini;

15. Teman-teman seperbimbingan dan teman-teman parasit DBD Rajabasa, Fitri, Nanda, Ferra, Sema, Morsa, dan Nisa terima kasih untuk kerja sama, dukungan, dan bantuan selama proses penelitian;
16. Teman-teman L19AMENTUM x L19AND Fakultas Kedokteran Universitas Lampung Angkatan 2019, terima kasih telah menjadi teman seperjuangan selama ini;
17. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan waktu, dukungan, serta menyumbangkan ilmu, ide, buah pemikirannya dalam pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna. Penulis berharap agar skripsi ini dapat bermanfaat bagi orang banyak dan dapat menambah pengetahuan serta informasi bagi pembaca.

Bandar Lampung, 6 Januari 2023

Penulis,

Avisa Jinan Azura

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE WITH THE BEHAVIOR OF ERADICATION OF MOSQUITO NESTS (PSN) IN COMMUNITIES IN RAJABASA DISTRICT BANDAR LAMPUNG CITY

BY

AVISA JINAN AZURA

Background: Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is still a public health problem. The number of DHF cases in Indonesia, Lampung Province and Bandar Lampung City tends to fluctuate. Rajabasa sub-district currently has the highest number of dengue cases in Bandar Lampung. Efforts that can be made to prevent an increase in DHF cases are through the Eradication of Mosquito Nests (PSN) which involves the active role of the community. This study aims to determine the relationship between knowledge and attitudes with PSN behavior in society.

Methods: This research is analytic observational with a cross-sectional approach. This research was conducted in Rajabasa District. The research sample was selected using proportional random sampling technique and totaling 105 heads of families residing in Rajabasa District. Data collection is done by questionnaire. Data were analyzed using the Fisher Exact test because the Chi square requirements were not met.

Results: The test results showed that the probability value for the relationship between knowledge and PSN behavior was 0.002 ($p < 0.05$), while for the relationship between attitude and PSN behavior was 0.01 ($p < 0.05$).

Conclusion: There is a significant relationship between knowledge and attitudes with PSN behavior in society.

Keywords: Knowledge, attitude, behavior, Eradication of Mosquito Nests (PSN), Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)

ABSTRAK

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN PERILAKU PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN) PADA MASYARAKAT DI KECAMATAN RAJABASA KOTA BANDAR LAMPUNG

OLEH

AVISA JINAN AZURA

Latar Belakang: Demam Berdarah Dengue (DBD) masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat. Jumlah kasus kejadian DBD di Indonesia, Provinsi Lampung, dan Kota Bandar Lampung cenderung berfluktuatif. Kecamatan Rajabasa saat ini memiliki jumlah kasus DBD tertinggi di Bandar Lampung. Upaya yang dapat dilakukan dalam mencegah peningkatan kasus DBD yaitu melalui Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang melibatkan peran aktif masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku PSN pada masyarakat.

Metode: Penelitian ini bersifat observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Rajabasa. Sampel penelitian dipilih dengan teknik *proportional random sampling* dan berjumlah 105 kepala keluarga yang bertempat tinggal di Kecamatan Rajabasa. Pengambilan data dilakukan dengan kuesioner. Data dianalisis menggunakan uji *Fisher Exact* dikarenakan syarat *Chi square* tidak terpenuhi.

Hasil: Hasil uji didapatkan nilai probabilitas untuk hubungan pengetahuan dengan perilaku PSN sebesar 0,002 ($p < 0,05$), sedangkan untuk hubungan sikap dengan perilaku PSN sebesar 0,01 ($p < 0,05$).

Kesimpulan: Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku PSN pada masyarakat.

Kata Kunci: Pengetahuan, sikap, perilaku, Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), Demam Berdarah Dengue (DBD)

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR LAMPIRAN	vi
I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Umum	4
1.3.2 Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Bagi Peneliti.....	4
1.4.2 Bagi Institusi	5
1.4.3 Bagi Peneliti Lain	5
1.4.4 Bagi Masyarakat	5
1.4.5 Bagi Puskesmas	5
II. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Demam Berdarah Dengue (DBD).....	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Etiologi.....	6
2.1.3 Vektor DBD	7
2.1.4 Epidemiologi.....	8
2.1.5 Patogenesis.....	9
2.1.6 Diagnosis.....	11
2.1.7 Derajat Penyakit DBD	12
2.2 Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN).....	13

2.3 Pengetahuan	14
2.3.1 Definisi Pengetahuan	14
2.3.2 Tingkat Pengetahuan.....	14
2.3.3 Pengukuran Pengetahuan	16
2.4 Sikap.....	17
2.4.1 Definisi Sikap.....	17
2.4.2 Tingkat Sikap	17
2.4.3 Pengukuran Sikap	18
2.5 Perilaku	19
2.5.1 Definisi Perilaku	19
2.5.2 Faktor Terjadinya Perilaku.....	19
2.5.3 Pengukuran Perilaku	20
2.6 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	21
2.7 Kerangka Teori.....	22
2.8 Kerangka Konsep	23
2.9 Hipotesis Penelitian.....	23
III. METODE PENELITIAN	24
3.1 Desain Penelitian.....	24
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	24
3.2.1 Waktu Penelitian	24
3.2.2 Tempat Penelitian	24
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	24
3.3.1 Populasi.....	24
3.3.2 Sampel.....	25
3.4 Kriteria Penelitian	27
3.4.1 Kriteria Inklusi	27
3.4.2 Kriteria Eksklusi	27
3.5 Identifikasi Variabel Penelitian.....	27
3.5.1 Variabel Bebas (<i>Independent Variable</i>).....	27
3.5.2 Variabel Terikat (<i>Dependent Variable</i>)	27
3.6 Definisi Operasional.....	28
3.7 Instrumen dan Prosedur Penelitian.....	29
3.7.1 Instrumen Penelitian	29
3.7.2 Prosedur Penelitian	29
3.8 Alur Penelitian	29
3.9 Pengolahan dan Analisis Data.....	30
3.9.1 Pengolahan Data	30
3.9.2 Analisis Data.....	30
3.10 Etika Penelitian	31

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	32
4.1 Hasil Penelitian	32
4.1.1 Analisis Univariat	32
4.1.2 Analisis Bivariat.....	34
4.2 Pembahasan.....	35
4.2.1 Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku PSN	35
4.2.2 Hubungan Sikap dengan Perilaku PSN.....	38
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	41
V. KESIMPULAN DAN SARAN	42
5.1 Kesimpulan	42
5.2 Saran.....	42
DAFTAR PUSTAKA	44
LAMPIRAN.....	48

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Skala Likert untuk pernyataan positif dan negatif	18
2. Distribusi Proporsi Berdasarkan Kelurahan.....	27
3. Definisi Operasional.....	28
4. Karakteristik responden	33
5. Distribusi frekuensi berdasarkan pengetahuan, sikap, dan PSN.....	34
6. Hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku PSN.....	35

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka teori modifikasi.....	22
2. Kerangka konsep.....	23
3. Alur penelitian.....	29

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Surat Izin Pre-Survey Penelitian	49
2. Surat Izin Penelitian	50
3. Surat Persetujuan Etik	51
4. Surat Izin Penelitian DPMPTSP	52
5. Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung	53
6. Lembar Informed Consent	54
7. Lembar Kuesioner Penelitian	56
8. Dokumentasi Penelitian	59
9. Data Hasil Penelitian	60
10. Hasil Analisis Univariat	64
11. Hasil Analisis Bivariat	66

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan global masih dalam bahaya dari infeksi Demam Berdarah Dengue (DBD). Selama 20 tahun terakhir, terjadi peningkatan tajam frekuensi kasus DBD. Lebih dari 2,4 juta kasus DBD dilaporkan ke *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2010 dan 5,2 juta kasus telah tercatat pada tahun 2019. Secara global, 100-400 juta infeksi DBD dilaporkan setiap tahun oleh WHO. Setiap tahun, Asia memiliki persentase pasien DBD tertinggi sebanyak 70% (WHO, 2021).

Di Indonesia, penyakit DBD terus menjadi masalah kesehatan masyarakat. Jumlah kasus kejadian DBD di Indonesia cenderung berfluktuatif, hal ini tampak pada tahun 2018 terdapat 65.602 kasus, kemudian meningkat secara signifikan pada tahun 2019 menjadi 138.127 kasus, lalu menurun pada tahun 2020 menjadi 108.303 kasus, dan menurun kembali pada tahun 2021 menjadi 73.518 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2020b, 2021, 2022).

Di Provinsi Lampung, DBD masih menyebar luas dan merupakan masalah kesehatan masyarakat. Jumlah kasus kejadian DBD di Provinsi Lampung juga cenderung berfluktuatif, hal ini tampak pada tahun 2018 terdapat 2.872 kasus, kemudian meningkat secara signifikan pada tahun 2019 menjadi 5.437 kasus, meningkat kembali pada tahun 2020 menjadi 6.340 kasus, dan menurun secara signifikan pada tahun 2021 menjadi 2.271 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2020b, 2021, 2022).

Kota Bandar Lampung memiliki kasus DBD tertinggi di Provinsi Lampung. Jumlah kasus DBD di Bandar Lampung juga cenderung berfluktuatif, hal ini tampak pada tahun 2018 terdapat 1.113 kasus, meningkat pada tahun 2019 menjadi 1.159 kasus, menurun pada tahun 2020 menjadi 1.048 kasus, dan menurun kembali pada tahun 2021 menjadi 624 kasus. Kecamatan Rajabasa menempati peringkat pertama kasus DBD tertinggi di Bandar Lampung dengan 97 kasus, peringkat kedua yaitu Kecamatan Kemiling dengan 91 kasus, dan peringkat ketiga yaitu Kecamatan Way Halim dengan 53 kasus. Peringkat terakhir dengan kasus DBD terendah yaitu Kecamatan Enggal dengan 4 kasus (BPS Kota Bandar Lampung, 2020, 2021; Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2020).

Lawrence Green (dalam Notoatmodjo, 2014a), menyatakan bahwa pengetahuan dan sikap merupakan faktor predisposisi yang berfungsi sebagai dasar atau motivasi seseorang untuk bertindak, dalam hal ini untuk membasmi sarang nyamuk. Penelitian di Pontianak, menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) *Aedes aegypti* (Sholihah et al., 2018). Penelitian lain di Banjar Badung, didapatkan hubungan signifikan ($p < 0,0001$) antara tingkat pengetahuan dan sikap dengan perilaku PSN, dimana semakin tinggi tingkat pengetahuan dan sikap yang mendukung perilaku PSN, maka akan dilakukan PSN yang benar (Bakta & Bakta, 2015).

Lawrence Green (dalam Notoatmodjo, 2014a) menegaskan bahwa pengetahuan dan sikap adalah elemen predisposisi yang berfungsi sebagai dasar bagi motivasi seseorang untuk bertindak, dalam contoh ini, untuk membasmi sarang nyamuk.

Penelitian lain di Manado, diperoleh nilai probabilitas untuk hubungan pengetahuan dengan tindakan PSN DBD sebesar 0,008 ($p < 0,05$).

Sedangkan untuk hubungan sikap dengan tindakan PSN DBD sebesar 0,014 ($p < 0.05$) yang bermakna bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan PSN dan ada hubungan antara sikap dengan tindakan PSN (Simatupang et al., 2012). Pada penelitian Kanthoe (2017) di Bitung, uji hubungan antara pengetahuan dengan tindakan PSN diperoleh nilai $p = 0,782$ dan uji hubungan antara sikap dengan tindakan PSN diperoleh $p = 0,013$ yang bermakna bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan tindakan PSN *Aedes aegypti* dan terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan tindakan PSN *Aedes aegypti* (Kantohe et al., 2017).

Metode pengendalian vektor yang efektif sangat penting untuk pencegahan dan pengendalian DBD. Keterlibatan masyarakat secara berkelanjutan dapat meningkatkan upaya pengendalian vektor (WHO, 2021). Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) merupakan upaya memberantas jentik di tempat berkembang biaknya dengan tujuan menghentikan penyebaran penyakit DBD. Kegiatan ini dapat dilakukan dengan cara 3M Plus yaitu menguras, menutup, dan memanfaatkan kembali barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan, serta upaya-upaya lain seperti mengenakan kelambu saat tidur, memelihara ikan pemakan jentik, memperbaiki saluran dan talang air yang rusak, mengupayakan pencahayaan dan ventilasi di ruangan, menaburkan bubuk abate, dan mengganti air vas bunga atau tempat minum burung seminggu sekali (Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2017; Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Penyakit DBD masih terus menimbulkan risiko berat bagi kesehatan masyarakat. Meskipun saat ini DBD bukanlah penyakit baru, banyak kasus masih dilaporkan setiap tahun. PSN yang membutuhkan partisipasi aktif masyarakat merupakan salah satu strategi yang bisa digunakan untuk menghentikan lonjakan kasus DBD. Kecamatan Rajabasa saat ini memiliki jumlah kasus DBD tertinggi di Bandar Lampung. Tingginya kasus DBD di

Kecamatan Rajabasa dapat disebabkan karena perilaku PSN yang kurang baik pada masyarakat. Perilaku PSN merupakan perilaku kesehatan yang dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor internal dari diri individu seperti pengetahuan dan sikap. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengambil judul penelitian tentang “Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) pada Masyarakat di Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah, “Apakah terdapat hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku pemberantasan sarang nyamuk di Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku pemberantasan sarang nyamuk di Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung.

1.3.2 Khusus

1. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan perilaku pemberantasan sarang nyamuk di Kecamatan Rajabasa
2. Untuk mengetahui hubungan sikap dengan perilaku pemberantasan sarang nyamuk di Kecamatan Rajabasa

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Menambah, memperluas, dan meningkatkan minat, pengetahuan, pembelajaran, dan keterampilan peneliti di bidang penelitian.

1.4.2 Bagi Institusi

Memberikan kontribusi ilmiah terutama dalam bidang ilmu kesehatan terkait hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku PSN sehingga dapat dijadikan sumber bacaan untuk pembelajaran.

1.4.3 Bagi Peneliti Lain

Menjadi dasar untuk pengembangan penelitian selanjutnya terkait hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku PSN.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Menjadi sumber informasi dan memberikan pemahaman kepada masyarakat terkait hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku PSN. Selain itu, sebagai penggerak PSN mandiri agar masyarakat berinisiatif dalam mencegah DBD dan tidak hanya mengandalkan petugas kesehatan.

1.4.5 Bagi Puskesmas

Menjadi referensi pengambilan kebijakan program yang berkaitan dengan pemberantasan sarang nyamuk dalam rangka pencegahan DBD.

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Demam Berdarah Dengue (DBD)

2.1.1 Definisi

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dan penularannya diperantai oleh vektor nyamuk. Nyamuk spesies *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* adalah vektor utama penyakit DBD. Nyamuk spesies *Aedes polynesiensis* dan *Aedes scutellaris* adalah vektor sekunder penyakit DBD (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Gejala penyakit DBD meliputi demam akut yang berlangsung 2-7 hari, nyeri otot dan/atau sendi, manifestasi pendarahan dari hidung, mulut, gusi, atau kulit, trombositopenia, dan ditandai bukti kebocoran plasma seperti peningkatan hematokrit atau akumulasi cairan dalam rongga tubuh (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2.1.2 Etiologi

Virus dengue termasuk ke dalam grup *B Arthropoda Borne Viruse (arboviruses)* atau virus yang ditularkan melalui serangga, genus Flavivirus, dan famili Flaviviridae. Flavivirus terdiri dari asam ribonukleat rantai tunggal dengan diameter 50 nm (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Ada empat serotipe virus dengue yang berbeda yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Keempat serotipe tersebut dapat ditemukan di Indonesia. Serotipe yang paling umum di Indonesia adalah DEN-3, diikuti oleh DEN-2, DEN-1, dan DEN-4 (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2.1.3 Vektor DBD

Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan vektor utama penyakit DBD. Nyamuk ini berukuran lebih kecil dibandingkan nyamuk rumah biasa (*Culex quinquefasciatus*). Nyamuk ini berwarna hitam dan terdapat bintik-bintik putih terutama pada kaki-kakinya. Pada mesonotum atau punggungnya terdapat morfologi khas yaitu *lyre form* putih. Telurnya memiliki gambaran seperti kain kasa dengan dinding yang bergaris-garis. Larvanya memiliki gigi sisir berduri lateral dan pelana yang terbuka (Sutanto et al., 2009).

Nyamuk betina meletakkan telur pada dinding tempat perindukannya 1-2 cm di atas permukaan air. Telur membutuhkan waktu dua hari untuk menetas menjadi larva, melakukan empat kali pengelupasan kulit, kemudian menjadi pupa dan akhirnya menjadi nyamuk dewasa. Siklus hidup nyamuk dari telur hingga menjadi nyamuk dewasa membutuhkan waktu 9 hari (Sutanto et al., 2009).

Tempat-tempat penampungan air bersih yang berdekatan dengan rumah penduduk merupakan tempat perindukkan utama *Aedes aegypti*. Tempat perindukkan tersebut ada yang berupa buatan manusia seperti bak mandi, wadah atau gentong air minum, vas bunga, ban mobil bekas, botol, drum, dan kaleng dan ada yang alami seperti tonggak bambu, lubang pohon berisi air hujan, tempurung kelapa, dan pelepah pisang (Sutanto et al., 2009).

Nyamuk betina aktif mengisap darah pada pagi hingga sore dengan dua puncak waktu yaitu setelah matahari terbit (08.00-10.00) dan sebelum matahari terbenam (15.00-17.00). Nyamuk ini beristirahat di semak-semak, rerumputan di halaman atau kebun, dan benda-benda yang tergantung di dalam rumah seperti pakaian. Nyamuk dewasa hanya hidup selama sekitar 10 hari di alam liar, tetapi mereka dapat bertahan hingga dua bulan di laboratorium. Jarak terbang nyamuk *Aedes aegypti* biasanya pendek hanya sekitar 40 meter (Sutanto et al., 2009).

2.1.4 Epidemiologi

Penyebaran DBD terjadi di wilayah Karibia, Pasifik Barat, dan Asia Tenggara. Pada tahun 1653, Kejadian Luar Biasa (KLB) DBD pertama kali terjadi di Kepulauan Karibia. DBD awalnya tercatat di Australia pada tahun 1897, dan Italia dan Taiwan menyusul pada tahun 1931. Setelah KLB di Filipina pada tahun 1953-1954, penyakit ini menyebar ke berbagai negara Asia Tenggara seperti Indonesia, Singapura, Malaysia, Vietnam, India, New Caledonia, Kepulauan Maladewa, Sri Lanka, Myanmar, Tahiti, dan Filipina, Thailand, dan Kamboja (Suhendro et al., 2016).

DBD pertama kali dilaporkan di Indonesia pada tahun 1968 di Jakarta dan Surabaya. Sejak awal ditemukan, kasus DBD terus meningkat setiap tahun terutama pada tahun 2004. Pada tahun 2010, DBD telah menyebar ke 33 provinsi dan 440 kabupaten dan kota (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Pada awal dilaporkan di Surabaya, *Case Fatality Rate* (CFR) atau proporsi kematian terhadap seluruh kasus DBD mencapai 41,3%. Angka tersebut menurun drastis hingga 0,9% pada tahun 2012 (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Dalam kurun waktu 2012-2020, CFR DBD di Indonesia menunjukkan kecenderungan

penurunan, yaitu dari 0.9% menjadi 0,69%. Pada tahun 2021, angka ini kembali meningkat menjadi 0,96% (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Dalam kurun waktu 2012-2020 *Incidence Rate* (IR) DBD per 100.000 penduduk cenderung berfluktuasi. Pada tahun 2016, IR DBD mencapai 78,9 per 100.000 penduduk, tahun 2017 menurun mencapai 26,1, tahun 2018 menurun hingga 24,8 , tahun 2019 meningkat kembali menjadi 51,5 , tahun 2020 di angka 40 dan di tahun 2021 menurun hingga angka 27 per 100.000 penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Beberapa faktor penyebab meningkatnya DBD yaitu faktor pejamu (jenis kelamin, umur, mobilitas), faktor lingkungan (curah hujan, tempat perindukan nyamuk, tempat peristirahatan nyamuk, kepadatan nyamuk , angka bebas jentik, kepadatan rumah), faktor perilaku (kegiatan pemberantasan sarang nyamuk, menguras, membuang/mengubur sarang nyamuk, pola tidur) (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2.1.5 Patogenesis

Patofisiologi dan patogenesis DBD hingga saat ini belum diketahui secara pasti sehingga masih menganut teori "*the secondary heterologous infection hypothesis*" yang menyatakan bahwa DBD dapat terjadi apabila seseorang terinfeksi ulang virus dengue dengan tipe virus dengue yang berbeda dalam jangka waktu tertentu yang diperkirakan antara 6 bulan sampai 5 tahun. Konsentrasi kompleks imun yang tinggi diproduksi sebagai hasil dari reaksi amnestik antibodi yang disebabkan oleh infeksi berulang (Suhendro et al., 2016).

Infeksi virus dengue menyebabkan aktivasi makrofag yang memfagositosis kompleks antibodi-virus non netralisasi sehingga virus bereplikasi di makrofag. Ketika virus dengue menginfeksi makrofag, sel-sel *T-helper* dan T-sitotoksik diaktifkan dan menghasilkan limfokin dan *interferon gamma*. Mediator inflamasi seperti $TNF-\alpha$, IL-1, PAF (*platelet activating factor*), IL-6, dan histamin diproduksi oleh monosit setelah diaktifkan oleh *interferon gamma*, hal ini menyebabkan disfungsi sel endotel dan kebocoran plasma. Sistem komplemen akan diaktifkan lebih lanjut sebagai akibat terbentuknya kompleks antigen-antibodi. Kebocoran plasma juga disebabkan oleh pelepasan C3a dan C5a yang membuat dinding pembuluh darah menjadi lebih permeable (Departemen Kesehatan RI, 2010).

Kelainan hematologis trombositopenia sering terjadi pada pasien DBD. Pada fase demam, nilai trombosit mulai turun, kemudian meningkat pada fase pemulihan dan kembali normal biasanya pada hari ke-10 setelah penyakit dimulai. Ada 2 mekanisme terjadinya trombositopenia yaitu destruksi serta pemendekan masa hidup trombosit dan supresi sumsum tulang. Sumsum tulang menunjukkan gambaran hiposelular dan supresi megakariosit pada fase awal infeksi (<5 hari). Keadaan trombositopenia menyebabkan mekanisme kompensasi berupa peningkatan kadar trombopoetin. Destruksi trombosit terjadi melalui pengikatan fragmen C3g, konsumsi trombosit selama proses koagulopati dan sekuestrasi di perifer, dan terdapatnya antibodi. Gangguan fungsi trombosit terjadi melalui mekanisme gangguan pelepasan ADP dan peningkatan kadar b-tromboglobulin dan PF4 yang merupakan pertanda degranulasi trombosit (Suhendro et al., 2016).

Gangguan pendarahan pada pasien DBD disebabkan oleh kelainan sistem koagulasi. Perubahan faktor koagulasi disebabkan oleh

aktivasi sistem koagulasi melalui jalur ekstrinsik (*tissue factor pathway*). Pada pasien DBD, faktor-faktor koagulasi seperti fibrinogen, faktor II, V, VII, IX, X, dan XII akan menurun (Suhendro et al., 2016).

2.1.6 Diagnosis

Berdasarkan kriteria WHO tahun 2011 (dalam Kementerian Kesehatan RI, 2020), diagnosis DBD ditegakkan jika semua hal berikut terpenuhi:

1. Demam mendadak dan tinggi, selama 2-7 hari
2. Terdapat minimal satu dari manifestasi perdarahan berikut:
 - a. Uji bendung positif
 - b. Petekie, ekimosis, atau purpura
 - c. Perdarahan mukosa (tersering epitaksis atau perdarahan gusi), atau perdarahan dari tempat lain
 - d. Hematemesis atau melena
3. Trombositopenia (kadar trombosit $<100.000/\mu\text{l}$)
4. Terdapat minimal satu tanda-tanda *plasma leakage* (kebocoran plasma) sebagai berikut:
 - a. Peningkatan hematokrit $>20\%$ dibandingkan standar sesuai dengan umur dan jenis kelamin.
 - b. Penurunan hematokrit $>20\%$ setelah mendapat terapi cairan, dibandingkan dengan nilai hematokrit sebelumnya.
 - c. Tanda kebocoran plasma seperti efusi pleura, asites atau hipoproteinemia.

Kriteria diagnostik laboratoris merupakan standar diagnosis dengan konfirmasi laboratorium. Kriteria diagnostik laboratoris infeksi dengue meliputi (Kementerian Kesehatan RI, 2017):

1. *Probable*

Jika hasil pemeriksaan serologi antidengue (deteksi antibodi) dari serum tunggal mendukung diagnosis klinis dan/atau pasien

tinggal atau pernah ke daerah endemik DBD selama masa inkubasi.

2. *Confirmed*

Jika setidaknya salah satu pemeriksaan di bawah ini mendukung diagnosis klinis:

- a. Isolasi virus dengue dari serum atau sampel otopsi.
- b. Pemeriksaan Hemaglutinasi Inhibisi (HI) ketika terjadi peningkatan antibodi IgM spesifik untuk virus dengue atau peningkatan titer antibodi 4 kali pada pasangan serum akut dan konvalesen.
- c. Positif antigen virus dengue pada pemeriksaan otopsi jaringan, serum atau cairan serebrospinal dengan metode *immunofluorescence*, *immunohistochemistry*, atau serokonversi pemeriksaan IgG dan IgM (dari negatif menjadi positif) pada pemeriksaan serologi berpasangan atau *Enzymed-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA).
- d. Positif pemeriksaan NS1 dengue atau dengan *Polymerase Chain Reaction* (PCR).

2.1.7 Derajat Penyakit DBD

DBD dibagi menjadi empat derajat. Derajat I, ditandai dengan demam disertai gejala klinis tidak khas dan satu-satunya manifestasi pendarahan adalah dengan uji *tourniquet*. Derajat II, ditandai dengan gejala seperti derajat I, disertai pendarahan spontan biasanya dalam bentuk pendarahan di kulit. Derajat III, terdapat kegagalan sirkulasi yang ditandai dengan denyut nadi yang cepat dan lemah, tekanan nadi menurun (20 mmHg atau kurang), sianosis di sekitar mulut, kulit dingin, lembab, dan pasien tampak gelisah. Derajat IV, syok berat ditandai nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur. Perbedaan DBD dengan Demam Dengue (DD) yaitu keadaan trombositopenia

(<100.000/ μ l) dan ada bukti kebocoran plasma (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2.2 Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)

Pemberantasan sarang nyamuk (PSN) merupakan program pemerintah yang meliputi kegiatan masyarakat dalam rangka pencegahan dan pengendalian DBD secara efektif, terus menerus, dan berkesinambungan. Tujuan dari program kegiatan PSN ini adalah memberantas tempat-tempat perkembangbiakan nyamuk aedes melalui upaya pembinaan peran serta masyarakat sehingga penyakit DBD dapat dicegah atau dibatasi (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Pemberantasan sarang nyamuk dilaksanakan oleh masyarakat di lingkungan masing-masing. Lokasi kegiatan PSN meliputi seluruh wilayah terjangkau dan wilayah sekitarnya yang merupakan satu kesatuan epidemiologis. Program PSN berfokus pada semua tempat yang berpotensi untuk perkembangbiakan nyamuk, seperti tempat penampungan air, barang bekas (botol, pecahan gelas, ban bekas, dan lain-lain) lubang pohon, tiang pagar, pelepah pisang, tempat minum burung, alas pot, dispenser, tempat penampungan air di bawah kulkas, dibelakang kulkas dan lain sebagainya, di rumah atau bangunan dan tempat umum (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Program PSN dapat dilakukan dengan cara 3M Plus, yaitu dengan menguras dan menyikat tempat-tempat penampungan air, seperti bak mandi atau wc, drum, dan lain-lain seminggu sekali, menutup rapat-rapat tempat penampungan air, seperti gentong air atau tempayan, dan lain-lain, memanfaatkan atau mendaur ulang barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan, mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali, memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar atau rak, menutup lubang-lubang pada potongan bambu atau pohon, dan lain-lain (dengan tanah, dan lain-

lain), menaburkan bubuk larvasida, misalnya di tempat-tempat yang sulit dikuras atau di daerah yang sulit air, memelihara ikan pemakan jentik di kolam atau bak-bak penampungan air, memasang kawat kasa, menghindari kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar, mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai, menggunakan kelambu, dan memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

PSN yang dilakukan secara ekstensif, serentak, rutin, dan berkesinambungan akan memberikan hasil yang baik dan positif. PSN sebaiknya dilakukan minimal seminggu sekali sehingga terjadi pemutusan siklus pertumbuhan nyamuk. Angka Bebas Jentik (ABJ) dapat digunakan untuk menilai keberhasilan PSN, apabila ABJ lebih atau sama dengan 95% diharapkan penularan DBD berkurang dan dapat dicegah (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2.3 Pengetahuan

2.3.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu seseorang terhadap objek setelah melakukan penginderaan. Tingkat pengetahuan masing-masing individu bervariasi tergantung pada bagaimana mereka bereaksi terhadap suatu objek atau sesuatu. (Notoatmodjo, 2014a).

2.3.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan dibagi menjadi beberapa tingkatan (Notoatmodjo, 2014a), yaitu:

1. Tahu (*Know*)

Tingkat pengetahuan terendah dicapai pada titik ini karena hanya sekadar mengingat kembali pengetahuan sebelumnya. Pada tingkat ini, pengetahuan setara dengan mendefinisikan, mencatat, mendeskripsikan, dan menyatakan. Menyebutkan

konsep pengetahuan, pengertian rekam medis, atau merinci tanda dan gejala suatu penyakit adalah contoh dari tahapan ini.

2. Memahami (*Comprehension*)

Tingkat pengetahuan ini dapat didefinisikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan hal-hal atau objek secara tepat. Seseorang yang telah memahami pelajaran dapat menguraikan, menarik kesimpulan dari, dan menafsirkan item atau hal yang telah dipelajarinya. Contoh tahap ini yaitu dapat menjelaskan pentingnya dokumen rekam medis.

3. Aplikasi (*Application*)

Pada tingkat ini, individu memiliki kemampuan untuk menerapkan pengetahuan yang diperolehnya pada situasi yang nyata. Contoh tingkat ini seperti menyusun dokumen rekam medis dan melakukan tugas pelayanan pendaftaran.

4. Analisis (*Analysis*)

Pada tingkat ini individu dapat memecah suatu materi atau objek menjadi komponen serupa. Individu pada tingkat ini memiliki kemampuan analitis seperti kemampuan untuk mendeskripsikan (membuat bagan), membedakan, atau membandingkan. Contoh tingkat ini yaitu menganalisis dan membandingkan kelengkapan dokumen rekam medis dengan metode Hatta dan Huffman.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Pada tingkat ini individu mampu untuk menggabungkan berbagai elemen atau bagian dari informasi sebelumnya menjadi pola baru yang lebih menyeluruh. Keterampilan tahap ini meliputi menulis, mengorganisasikan, mengklasifikasikan, merancang, dan memproduksi. Misalnya merencanakan alur rawat jalan atau rawat inap dan menyusun formulir rekam medis.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Pada tahap ini individu mampu mempertahankan atau menilai suatu materi atau objek. Evaluasi merupakan suatu proses pengorganisasian, perolehan, dan penyebaran informasi yang diperlukan untuk mencapai keputusan yang berbeda. Tingkat pengetahuan ini dicapai setelah berbagai proses seperti mencari, bertanya, belajar, atau mengandalkan pengalaman pribadi.

2.3.3 Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan dapat diukur melalui pengisian kuesioner atau wawancara tentang materi yang ingin diukur dari responden (Notoatmodjo, 2014a). Tingkat pengetahuan diukur dengan pertanyaan-pertanyaan yang bertujuan untuk memperoleh informasi seberapa besar pengetahuan responden tentang suatu objek, misalnya pengetahuan tentang cara pencegahan suatu penyakit. Jawaban benar diberi skor 1 sedangkan jawaban salah diberi skor 0 (Notoatmodjo, 2018).

Penelitian di Madiun menggunakan alat ukur kuesioner untuk mengukur pengetahuan masyarakat tentang PSN. Kuesioner tersebut telah di uji validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan terhadap 20 responden di Kelurahan Klegan Kota Madiun menunjukkan bahwa kuesioner pengetahuan masyarakat tentang PSN hasilnya valid karena r hitung (r person) $\geq r$ tabel dan reliabel karena nilai *alpha cronbach* $>0,6$ sehingga bisa digunakan sebagai kuesioner pada responden penelitian. Pertanyaan dalam kuesioner tersebut berbentuk pernyataan tertutup (*closed ended dichotomy question*) dengan jawaban dari setiap pernyataan adalah “benar” atau “salah”. Instrumen ini memiliki 10 pernyataan tentang PSN. Responden yang menjawab pernyataan dengan benar diberikan skor 1 dan jika tidak diberi skor 0. Responden yang memperoleh skor $>50\%$ dikategorikan memiliki

pengetahuan baik sedangkan responden dengan skor $\leq 50\%$ dikategorikan memiliki pengetahuan kurang baik (Liestyana, 2019).

2.4 Sikap

2.4.1 Definisi Sikap

Menurut Allport (dalam Notoatmodjo, 2014a) sikap adalah kecenderungan seseorang untuk bertindak dan berpersepsi. Sikap seseorang berupa respon tertutup terhadap stimulus atau item tertentu yang sudah mencakup variabel pendapat dan emosi yang relevan seperti setuju atau tidak setuju, senang atau tidak senang, baik atau tidak baik, dan sebagainya

2.4.2 Tingkat Sikap

Sikap dapat dibagi menjadi beberapa tingkatan (Notoatmodjo, 2014b), yaitu:

1. Menerima (*receiving*)
Menerima berarti bahwa subjek terbuka dan menerima stimulus yang diberikan oleh objek.
2. Merespon (*responding*)
Merespon berarti memberi tanggapan ketika ditanya, fokus, dan menyelesaikan tugas. Tingkat ini menunjukkan penerimaan seseorang terhadap suatu ide terlepas dari ide tersebut benar atau salah.
3. Menghargai (*valuing*)
Pada tingkat ini seseorang menunjukkan sikap dengan mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap tertinggi adalah ketika individu dapat bertanggung jawab penuh atas semua yang telah dipilihnya dengan segala resiko yang ada.

2.4.3 Pengukuran Sikap

Sikap dapat diukur secara langsung ataupun tidak langsung. Peneliti dapat menanyakan langsung mengenai pendapat atau pernyataan responden tentang suatu objek. Peneliti juga dapat mengukur sikap secara tidak langsung dengan mengajukan beberapa pernyataan hipotesis kepada responden dan kemudian bertanya kepada mereka bagaimana perasaan mereka tentang pernyataan tersebut (Notoatmodjo, 2014b).

Pertanyaan mengenai sikap biasanya dalam bentuk pernyataan yang *favourable* atau pernyataan yang *unfavourable*. Pernyataan ini digunakan untuk mendapatkan tanggapan mengenai perasaan, kepercayaan, konsepsi, pendapat, atau ide responden terhadap suatu objek. Penilaian jawaban untuk sikap responden yaitu dengan menggunakan Skala Likert (Notoatmodjo, 2014a).

Tabel 1. Skala Likert untuk pernyataan positif dan negatif

Skala Likert	Skor	
	Pernyataan Positif	Pernyataan Negatif
Sangat Setuju (SS)	4	1
Setuju (S)	3	2
Tidak Setuju (TS)	2	3
Sangat Tidak Setuju (STS)	1	4

Pada penelitian di Madiun, digunakan alat ukur berupa kuesioner untuk mengukur sikap masyarakat tentang PSN. Kuesioner tersebut telah di uji validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan terhadap 20 responden di Kelurahan Klegen Kota Madiun menunjukkan bahwa kuesioner pengetahuan

masyarakat tentang PSN hasilnya valid karena r hitung (r person) $\geq r$ tabel dan reliabel karena nilai *alpha cronbach* $>0,6$ sehingga bisa digunakan sebagai kuesioner pada responden penelitian. Pertanyaan dalam kuesioner tersebut berbentuk pernyataan tertutup (*closed ended dichotomy question*) dengan jawaban dari setiap pernyataan “Sangat Setuju (SS)”, “Setuju (S)”, “Tidak Setuju (TS)”, atau “Sangat Tidak Setuju (STS)”. Instrumen ini memiliki 10 pernyataan sikap tentang PSN. Skor yang digunakan menggunakan Skala Likert berdasarkan pernyataan *favourable* atau *unfavourable*. Responden yang memperoleh skor $>50\%$ dikategorikan memiliki sikap positif sedangkan responden dengan skor $\leq 50\%$ dikategorikan memiliki sikap negatif (Liestyana, 2019).

2.5 Perilaku

2.5.1 Definisi Perilaku

Perilaku adalah tindakan yang dilakukan oleh organisme atau makhluk hidup lainnya yang bersangkutan. Perilaku seseorang memiliki jangkauan yang sangat luas namun pada dasarnya perilaku adalah tindakan atau aktivitas manusia itu sendiri (Notoatmodjo, 2014b).

2.5.2 Faktor Terjadinya Perilaku

Perilaku sehat terbentuk dan dipengaruhi atau dirangsang oleh berbagai faktor seperti pengetahuan, sikap, pengalaman, kepercayaan, faktor sosial budaya, atau sarana fisik.

Menurut Green (dalam Notoatmodjo, 2014a) faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan, yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor predisposisi merupakan aspek internal individu, komunitas, atau masyarakat yang mempermudah seseorang

untuk bertindak dengan cara tertentu. Contoh faktor ini yaitu sikap, kepercayaan, pengetahuan, nilai-nilai budaya. Pengetahuan sangat penting dalam menentukan bagaimana seseorang berperilaku.

2. Faktor pendukung (*enabling factor*)

Faktor pendukung merupakan faktor yang membantu atau memfasilitasi suatu perilaku atau tindakan yang diwujudkan dalam lingkungan fisik. Contoh faktor ini yaitu ketersediaan atau ketiadaan fasilitas atau layanan medis, seperti obat-obatan, alat-alat steril, puskesmas, dan lain sebagainya.

3. Faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor pendorong merupakan faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terbentuknya perilaku seseorang. Contoh faktor ini yaitu sikap dan tindakan para profesional medis atau petugas lain yang menjadi panutan bagi perilaku masyarakat.

2.5.3 Pengukuran Perilaku

Perilaku dapat diukur secara langsung dengan mengobservasi responden ataupun secara tidak langsung dengan mewawancarai responden tentang kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa waktu yang lalu (*recall*) (Notoatmodjo, 2014b). Pertanyaan tentang perilaku digunakan untuk memperoleh informasi tentang apa yang telah dilakukan responden terhadap suatu objek (Notoatmodjo, 2018).

Pada penelitian di Madiun, digunakan alat ukur berupa kuesioner untuk mengukur perilaku PSN pada masyarakat. Kuesioner tersebut telah di uji validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan terhadap 20 responden di Kelurahan Klegen Kota Madiun menunjukkan bahwa kuesioner pengetahuan masyarakat tentang PSN hasilnya valid karena r hitung (r person) $\geq r$ tabel dan reliabel karena nilai *alpha cronbach* $>0,6$ sehingga bisa

digunakan sebagai kuesioner pada responden penelitian. Pertanyaan dalam tes ini berbentuk pernyataan tertutup (*closed ended dichotomy question*) dengan jawaban dari setiap pertanyaan adalah “Ya” atau “Tidak”. Instrumen ini memiliki 10 pernyataan tentang kegiatan-kegiatan PSN. Responden yang memilih jawaban “Ya” berarti melakukan dan diberikan skor 1 dan responden yang memilih jawaban “Tidak” berarti tidak melakukan dan diberikan skor 0. Responden yang memperoleh skor >50% dikategorikan memiliki perilaku PSN baik sedangkan responden dengan skor \leq 50% dikategorikan memiliki perilaku PSN kurang baik (Liestyana, 2019).

2.6 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Secara administratif Kecamatan Rajabasa dibagi menjadi tujuh kelurahan, yaitu Kelurahan Gedong Meneng, Kelurahan Rajabasa, Kelurahan Rajabasa Raya, Kelurahan Rajabasa Jaya, Kelurahan Gedong Meneng Baru, dan Kelurahan Rajabasa Nunyai. Kecamatan Rajabasa memiliki luas wilayah sebesar 13,53 km², luas wilayah tersebut terbagi atas:

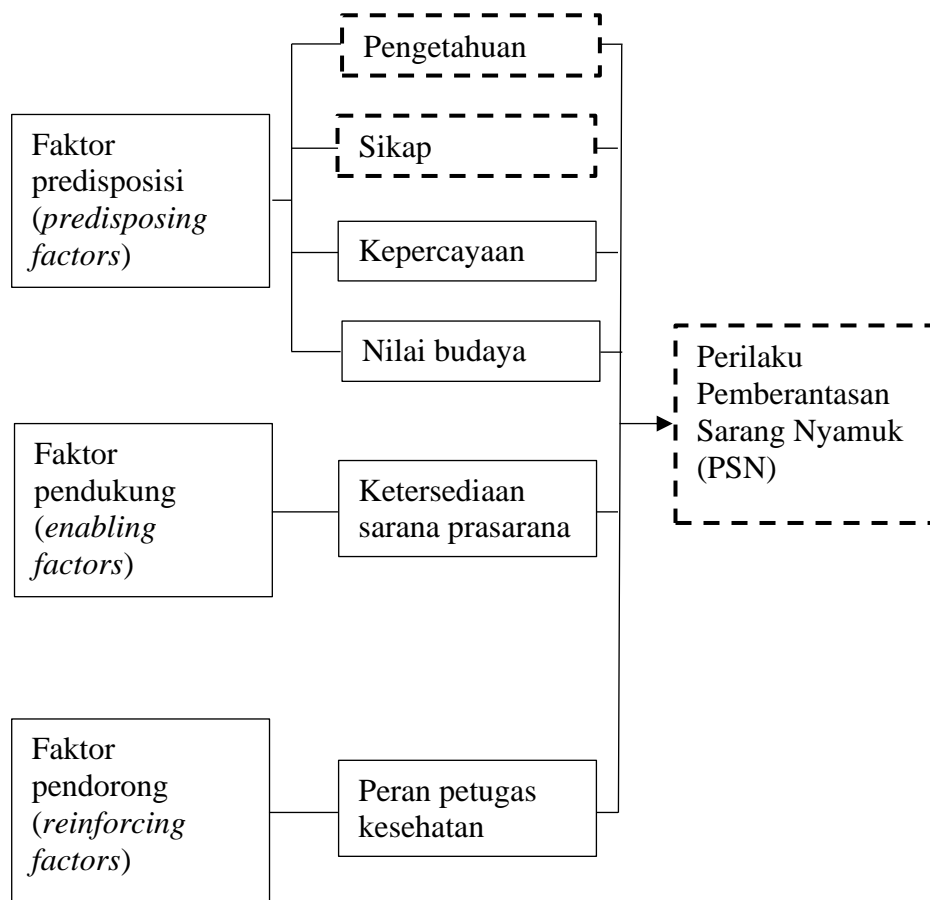
1. Gedong Meneng : 1,94 km²
2. Rajabasa : 0,98 km²
3. Rajabasa Raya : 3,58 km²
4. Rajabasa Jaya : 3,59 km²
5. Gedong Meneng Baru : 0,83 km²
6. Rajabasa Pemuka : 1,14 km²
7. Rajabasa Nunyai : 1,47 km²

Ketujuh kelurahan di Kecamatan Rajabasa tersebut merupakan lahan pertanian datar tadah hujan yang sebagian besar digunakan untuk tempat tinggal penduduk (BPS Kota Bandar Lampung, 2021).

Batas-batas wilayah Kecamatan Rajabasa adalah sebagai berikut (BPS Kota Bandar Lampung, 2021):

1. Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Tanjung Senang dan Kecamatan Labuhan Ratu
2. Sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Langkapura
3. Sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Labuhan Ratu
4. Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Lampung Selatan

2.7 Kerangka Teori



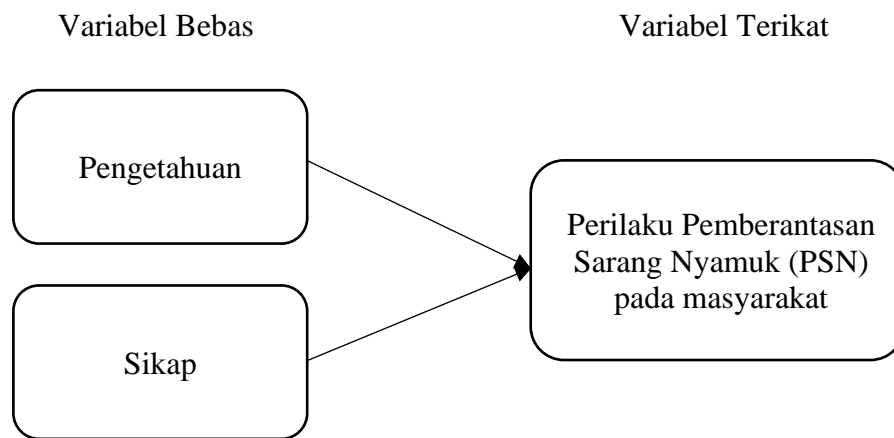
Keterangan:

 = variabel yang diteliti

Gambar 1. Kerangka teori modifikasi

Sumber: Teori Lawrence Green (dalam Notoatmodjo, 2014a), (Sholihah et.al, 2018), dan (Simatupang et al, 2012)

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

2.9 Hipotesis Penelitian

Ho: Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) pada masyarakat di Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung.

Ha: Terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) pada masyarakat di Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung.

Ho: Tidak terdapat hubungan antara sikap dengan perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) pada masyarakat di Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung.

Ha: Terdapat hubungan antara sikap dengan perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) pada masyarakat di Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung.

III. METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*, yaitu pengukuran variabel bebas dan variabel terikat yang dilakukan dalam satu waktu. Dalam penelitian ini, analisis data diperoleh dari data primer berupa lembar kuesioner.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November-Desember 2022.

3.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Rajabasa.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh keluarga yang bertempat tinggal di Kecamatan Rajabasa. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 10.101 keluarga.

3.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah kepala keluarga di Kecamatan Rajabasa yang melakukan maupun tidak melakukan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN).

3.3.2.1 Teknik Sampel

Pada penelitian ini, peneliti mengambil sampel dengan teknik *proportional simple random sampling*, dengan menentukan jumlah sampel pada masing-masing kelurahan Kecamatan Rajabasa.

3.3.2.2 Besar Sampel

Besar sampel penelitian ini didapat dengan rumus (Lemeshow et al., 1997):

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}$$

Keterangan:

n = besar sampel

N = besar populasi

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = standar deviasi normal untuk 1,96 dengan tingkat kepercayaan 95%

P = perkiraan proporsi (0,5)

d = derajat ketepatan 0,1

Kepala keluarga di Kecamatan Rajabasa berjumlah 10.101 kepala keluarga, maka diperoleh jumlah sampel minimal sebanyak:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 10.101}{0,1^2(10.101 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$n = 95,144$ dibulatkan menjadi 95 kepala keluarga

Hasil perhitungan diatas menunjukkan jumlah sampel minimal dan untuk menghindari sampel yang *drop out*, maka peneliti menambahkan 10% dari jumlah sampel minimal sehingga jumlah sampel yang akan diambil adalah:

$$n = n + 10\% n$$

$$n = 95 + 10\% (95)$$

$$n = 95 + 10$$

$$n = 105 \text{ keluarga}$$

Setelah itu, setiap kelurahan diambil sampel sesuai dengan jumlah populasi dengan rumus proporsi yaitu:

$$N_i = \frac{\text{Besar populasi}}{\text{Besar populasi total}} \times \text{Besar sampel}$$

N_i = besar sampel untuk setiap kelurahan

Adapun sebaran jumlah sampel pada masing-masing kelurahan dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Distribusi Proporsi Berdasarkan Kelurahan

No.	Kelurahan	Jumlah KK	Perhitungan	Jumlah Sampel
1.	Rajabasa Nunyai	1.424	$(1.424:10.101) \times 105$	15
2.	Rajabasa Jaya	2.373	$(2.373:10.101) \times 105$	25
3.	Rajabasa Raya	1.857	$(1.857:10.101) \times 105$	19
4.	G. Meneng Baru	420	$(420:10.101) \times 105$	4
5.	Rajabasa Pemuka	1.700	$(1.700:10.101) \times 105$	18
6.	Rajabasa	1.262	$(1.262:10.101) \times 105$	13
7.	Gedung Meneng	1.065	$(1.065:10.101) \times 105$	11
Total				105

3.4 Kriteria Penelitian

3.4.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Kepala keluarga yang bertempat tinggal di Kecamatan Rajabasa minimal 1 tahun
2. Bersedia menjadi responden
3. Dapat berkomunikasi dengan baik

3.4.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah alamat tidak dapat ditemukan

3.5 Identifikasi Variabel Penelitian

3.5.1 Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap.

3.5.2 Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) pada masyarakat.

3.6 Definisi Operasional

Definisi operasional penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Skala	Kriteria	Skor
Pengetahuan	Kemampuan responden mengetahui dan memahami DBD dan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)	Kuesioner	Nominal	0 = Kurang baik ($\leq 50\%$) 1 = Baik ($\geq 50\%$)	Kurang baik = 0 Baik = 1 Skor total: 10
Sikap	Respon tertutup atau reaksi responden tentang cara pemberantasan sarang nyamuk	Kuesioner	Nominal	0 = Sikap negatif T ($\leq 50\%$) 1 = Sikap positif T ($\geq 50\%$)	Dengan hasil penilaian pernyataan <i>favourable</i> SS = 4 S = 3 TS = 2 STS = 1 <i>unfavourable</i> SS = 1 S = 2 TS = 3 STS = 4 Skor total: 40
Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)	Kegiatan yang dilakukan oleh responden meliputi 3M Plus yaitu (menutup, menguras, dan mengubur, serta memakai kelambu, tidak menggantung pakaian, memakai lotion anti nyamuk, menabur bubuk abate, memelihara ikan pemakan jentik) dalam program PSN	Kuesioner	Nominal	0 = Kurang baik ($\leq 50\%$) 1 = Baik ($\geq 50\%$)	Tidak dilakukan = 0 Dilakukan = 1 Skor total: 10

3.7 Instrumen dan Prosedur Penelitian

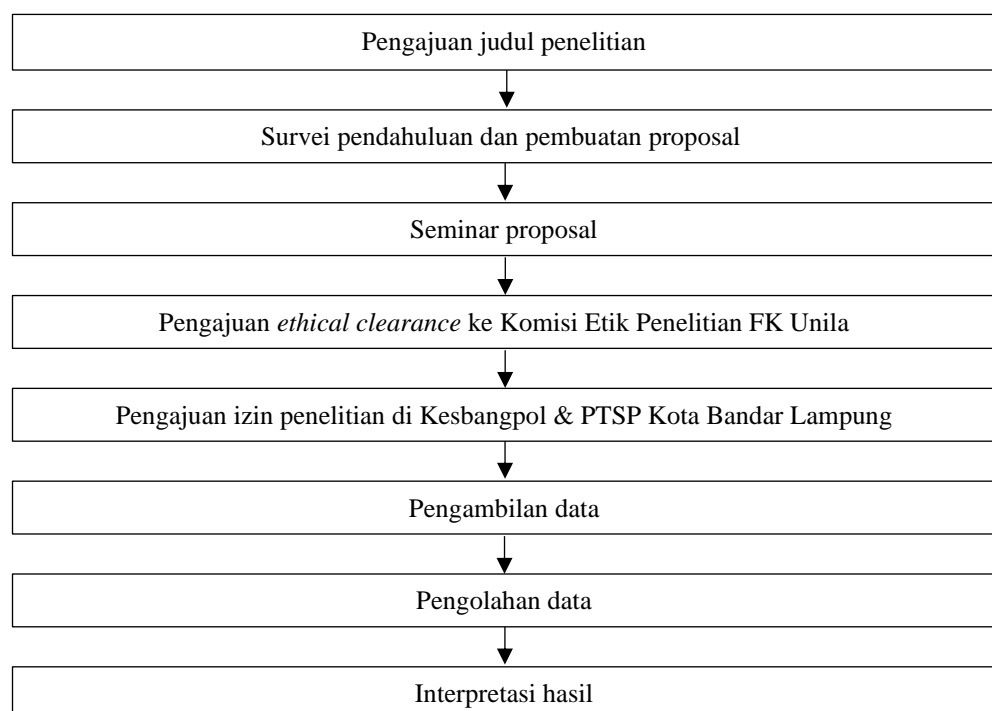
3.7.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar *informed consent* dan lembar kuesioner yang diadopsi dari penelitian Liestyana C (2019) yang berisi 3 instrumen yang meliputi kuesioner tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku PSN.

3.7.2 Prosedur Penelitian

1. Mengumpulkan data tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku PSN melalui kuesioner kepada responden.
2. Melakukan pengambilan sampel penelitian sesuai dengan kriteria inklusif dan eksklusif.
3. Melakukan pengolahan data dan analisis data.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3. Alur Penelitian

3.9 Pengolahan dan Analisis Data

3.9.1 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan beberapa tahap, yaitu sebagai berikut:

1. *Editing* (Penyuntingan Data)

Editing merupakan kegiatan yang dilakukan untuk meninjau kembali data yang telah terkumpul.

2. *Coding* (Pengkodean Data)

Coding merupakan kegiatan yang bertujuan untuk mengubah suatu kode sesuai dengan kode yang tercantum pada definisi operasional.

3. *Data Entry* (Memasukkan Data)

Data yang telah di-coding dimasukkan ke dalam program perangkat lunak statistik di komputer untuk melihat distribusi.

4. *Tabulating* (Tabulasi Data)

Pada proses ini data yang telah diperoleh diolah menggunakan program perangkat lunak statistik di komputer. Data ini dikelompokkan ke dalam tabel menurut sifatnya masing-masing.

3.9.2 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan aplikasi statistik komputer. Analisis data yang digunakan yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

3.9.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan dengan pembuatan tabel distribusi frekuensi sehingga didapatkan hasil distribusi dan persentase untuk mendeskripsikan variabel-variabel dalam penelitian ini yaitu pengetahuan, sikap, dan perilaku PSN.

3.9.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah jenis analisis data yang digunakan untuk mengetahui hubungan variabel bebas dengan variabel terikat. Penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan antar data nominal (kategorik) pengetahuan dan sikap dengan perilaku PSN. Analisis dalam penelitian ini menggunakan uji alternatif *Fisher's exact* karena syarat uji *Chi square* tidak terpenuhi. Batas kemaknaan antara data yang diobservasi dengan data yang diharapkan adalah ($\alpha < 0,05$). Data dikatakan berhubungan bila nilai signifikannya kurang dari *alpha* (p value $< \alpha$).

3.10 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan diterbitkannya surat persetujuan etik nomor 4046/UN26.18/PP.05.02.00/2022.

V. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian mengenai hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku PSN pada masyarakat di Kecamatan Rajabasa, penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku pemberantasan sarang nyamuk pada masyarakat di Kecamatan Rajabasa (*p-value* 0,002)
2. Terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan perilaku pemberantasan sarang nyamuk pada masyarakat di Kecamatan Rajabasa (*p-value* 0,01)

5.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, maka saran yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi Puskesmas
 - a. Diharapkan bagi petugas kesehatan untuk meneruskan penyuluhan intensif mengenai PSN sebagai upaya pencegahan DBD baik yang dilakukan secara langsung dengan alat bantu seperti gambar, *flipchart*, atau video sehingga masyarakat lebih tertarik dan paham maupun secara tidak langsung melalui stiker, baliho, dan *leaflet*.
 - b. Diharapkan petugas kesehatan untuk menjadwalkan waktu penyuluhan agar masyarakat bisa meluangkan waktu untuk mengikuti penyuluhan yang diadakan.

2. Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat dapat berpartisipasi secara aktif, rutin, dan konsisten dalam PSN dan dapat saling membantu dalam melakukan kerja bakti lingkungan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan agar dapat meneliti faktor-faktor lain yang belum sempat diteliti seperti faktor petugas kesehatan, kebijakan pemerintah tentang program PSN, dana yang tersedia, dan kepadatan penduduk.

DAFTAR PUSTAKA

- Bakta, N. N. Y. K., & Bakta, I. M. 2015. Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Sebagai Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Banjar Badung, Desa Melinggih, Wilayah Puskesmas Payangan Tahun 2014. *E-Jurnal Medika Udayana*, 4(6), 1–12.
- BPS Kota Bandar Lampung. 2020. Kota Bandar Lampung dalam Angka 2020. BPS Kota Bandar Lampung.
- BPS Kota Bandar Lampung. 2021. Kecamatan Rajabasa Dalam Angka 2021. BPS Kota Bandar Lampung.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. Demam Berdarah Dengue. *Buletin Jendela Epidemiologi*, 2.
- Dewi, N. K. D. R., Satriani, N. L. A., & Pranata, G. K. A. W. 2022. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue Pada Masyarakat Di Kabupaten Buleleng. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*, 6(1), 67–73. <https://doi.org/10.37294/jrkn.v6i1.360>
- Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. 2017. Profil Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung 2017.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. 2020. Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2019.
- Engkeng, S., & Mewengkang, R. M. D. 2017. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Kepala Keluarga dengan Tindakan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Paniki bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. *Al-Sihah : Public Health Science Journal*, 9(1), 1–8.

- Hidayat, F., Siagian, M. T., & Sitorus, M. E. 2021. Hubungan Perilaku Kepala Keluarga dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN-DBD). *Jurnal SAGO Gizi Dan Kesehatan*, 3(1), 114. <https://doi.org/10.30867/gikes.v3i1.771>
- Kantohe, J. R., Kaunang, W. P. J., & Sekeon, S. A. S. 2017. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Dengan Tindakan Masyarakat Dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) *Aedes Aegypti* di Kelurahan Girian Permai. *Kesmas*. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/kesmas/article/view/23082>
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. Situasi Penyakit Demam Berdarah Di Indonesia 2017. In *Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI* (Vol. 31, Issue 1, pp. 71–78). <https://www.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/Infodatin-Situasi-Demam-Berdarah-Dengue.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. 2020a. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/9845/2020 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Infeksi Dengue Pada Dewasa.
- Kementerian Kesehatan RI. 2020b. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2021. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2022. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kristanto, B., & Setyaningsih, R. 2020. Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue Dengan Tindakan Pemberantasan Sarang Nyamuk. In *KOSALA : Jurnal Ilmu Kesehatan* (Vol. 8, Issue 1, pp. 45–52). <https://doi.org/10.37831/jik.v8i1.187>
- Kurniawan, W., & Agustini, A. 2021. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Terhadap Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue. *Jurnal Health Sains*, 2(3), 420–431.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Gadjah Mada University Press.

- Lerik, M. D. C., & Marni. 2008. Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap dengan Praktik Ibu Rumah Tangga dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN-DBD) di Kelurahan Oebufu Kecamatan Oebobo Kota Kupang Tahun 2008. *Media Kesehatan Masyarakat*, 3(1), 34–44. <https://mediakesehatanmasyarakat.files.wordpress.com/2012/06/jurnal-5.pdf>
- Liestyana, C. 2019. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Perilaku PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) pada Masyarakat di Kelurahan Oro-Oro ombo Kota Madiun.
- Notoatmodjo, S. 2014a. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2014b. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nurfitriani. 2016. Peran Keluarga dalam Upaya Pencegahan Penyakit DBD di Kelurahan Mayang Mengurai Kecamatan Kota Baru Jambi. *Scientia Journal*, 5(1), 14–19.
- Salbiah, Susilawati, & Iswono. 2022. Hubungan Pengetahuan Terhadap Perilaku Masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk *Aedes aegypti* di Wilayah Kerja Puskesmas Pal. 3 Pontianak. *Jurnal Kesehatan Lingkungan: Jurnal Dan Aplikasi Teknik Kesehatan Lingkungan*, 19(2), 191–202.
- Sartiwi, W., Apriyeni, E., & Sari, I. K. 2017. Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Keluarga tentang Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue. *Jurnal Kesehatan Medika Sainatika*, 9(2), 129–135. <https://doi.org/10.33084/jsm.v8i1.3454>
- Sholihah, D., Hajimi, H., & Adib, M. 2018. Hubungan Antara Pengetahuan Dan Motivasi Dengan Perilaku Masyarakat Dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk *Aedes Aegypti* Khususnya Di RW 007 Kelurahan Sungai Jawi Dalam Pontianak. *Jurnal Sanitarian Khatulistiwa*, 9(1), 102–107. <http://ejournal.poltekkes-pontianak.ac.id/index.php/SJK/article/view/201>
- Simatupang, M. R., Polii, B., & Joseph, W. B. S. 2012. Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (*Aedes Sp*) di Kelurahan Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. 008.

- Suhendro, Nainggolan, L., Chen, K., & Pohan, H. 2016. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam (S. Setiati, I. Alwi, A. Sudoyo, B. Setyohadi, & A. Syam (eds.); 6th ed.). Interna Publishing.
- Sutanto, I., Ismid, I. S., Sjarifuddin, P. K., & Sungkar, S. 2009. Buku Ajar Parasitologi Kedokteran (Edisi Keempat). Balai Penerbit FKUI.
- Tutu, C. 2017. Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Tindakan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue pada Masyarakat di Kelurahan Pondang Kecamatan Amurang Timur Kabupaten Minahasa Selatan. <https://ejournalhealth.com/index.php/medkes/article/download/327/319>
- WHO. 2021. Dengue and severe dengue. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>