

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
PENCEGAHAN MALARIA PADA WISATAWAN
DI DAERAH ENDEMIS MALARIA
PROVINSI LAMPUNG**

TESIS

Oleh

**Aprilina Sunardi
(2428021022)**



**MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
2026**

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
PENCEGAHAN MALARIA PADA WISATAWAN
DI DAERAH ENDEMIS MALARIA
PROVINSI LAMPUNG**

Oleh

APRILINA SUNARDI

Tesis

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

Pada

**Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
2026**

ABSTRAK

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN MALARIA PADA WISATAWAN DI DAERAH ENDEMIS MALARIA PROVINSI LAMPUNG

Oleh

APRILINA SUNARDI

Latar belakang: Indonesia menempati peringkat ke-32 secara global dan kedua di Asia Tenggara dengan kasus malaria. Kasus positif malaria di Indonesia terkait dengan mobilitas. Provinsi Lampung merupakan daerah endemis sedang sekaligus destinasi wisata nasional. Malaria menjadi hambatan bagi terwujudnya citra destinasi yang aman dan bereputasi. Perilaku wisatawan merupakan elemen penting dalam upaya pencegahan malaria. Teori *Health Belief Model* (HBM) digunakan untuk memprediksi perilaku. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria di Provinsi Lampung.

Metode: Penelitian menggunakan desain *cross sectional* dengan melibatkan 107 wisatawan domestik berusia >15 tahun yang menginap minimal satu malam di daerah endemis malaria pesisir Lampung pada bulan September-November 2025. Teknik sampling yang digunakan adalah non-probability *consecutive* sampling. Instrumen penelitian berupa kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Analisis data dilakukan menggunakan uji *Chi-Square* dan regresi logistik metode *Backward LR*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara *perceived susceptibility* ($p=0,001$; OR=4,8), *perceived severity* ($p=0,009$; OR=3,0), *perceived benefit* ($p=0,001$; OR=3,9), *perceived barrier* ($p=0,001$; OR=4,6), dan *cues to action* ($p=0,005$; OR=3,8) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan. Faktor yang paling dominan atau berpengaruh dengan perilaku pencegahan malaria di daerah endemis malaria Provinsi Lampung adalah *perceived barrier/ persepsi hambatan* ($p=0,002$; OR= 3,7).

Simpulan: Temuan ini mengindikasikan bahwa untuk mengatasi persepsi hambatan tinggi diharapkan wisatawan mencari informasi mengenai karakteristik daerah tujuan dari sumber resmi, mempersiapkan diri dengan membawa perlengkapan pencegahan malaria dan melakukan perilaku pencegahan malaria sebagai bagian dari praktik wisata yang aman dan bertanggung jawab.

Kata kunci: Pencegahan, Malaria, *Health Belief Model*, Perilaku, Wisatawan

ABSTRACT

FAKTORS ASSOCIATED WITH MALARIA PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG TOURISTS IN MALARIA-ENDEMIC AREAS OF LAMPUNG PROVINCE

By

APRILINA SUNARDI

Background: Indonesia ranks 32nd globally and second in Southeast Asia terms for malaria cases. Malaria incidence in Indonesia is closely associated with population mobility. Lampung Province is a moderately endemic malaria area as well as a national tourism destination. Malaria poses a barrier to establishing an image of a safe and reputable tourist destination. Tourists' behavior is a critical element in malaria prevention efforts. The Health Belief Model (HBM) is applied to predict health-related behaviors. This study aimed to analyze factors associated with malaria prevention behaviors among tourists in malaria-endemic areas of Lampung Province.

Methods: This study employed a cross-sectional design involving 107 domestic tourists aged over 15 years who stayed for at least one night in malaria-endemic coastal areas of Lampung Province between September and November 2025. A non-probability consecutive sampling technique was used. Data were collected using a questionnaire that had been tested for validity and reliability. Data analysis was conducted using the Chi-square test and logistic regression with the Backward Likelihood Ratio (LR) method.

Results: The findings indicated significant associations between perceived susceptibility ($p=0.001$; $OR=4.8$), perceived severity ($p=0.009$; $OR=3.0$), perceived benefits ($p=0.001$; $OR=3.9$), perceived barriers ($p=0.001$; $OR=4.6$), and cues to action ($p=0.005$; $OR=3.8$) with malaria prevention behaviors among tourists. The most dominant factor influencing malaria prevention behavior in malaria-endemic areas of Lampung Province was perceived barriers ($p=0.002$; $OR=3.7$).

Conclusion: These findings indicate that, to address high perceived barriers, tourists are expected to seek information on destination characteristics from official sources, prepare themselves by bringing malaria prevention equipment, and adopt malaria prevention behaviors as part of safe and responsible tourism practices.

Keywords: Prevention, malaria, Health Belief Model, tourists, behavior.

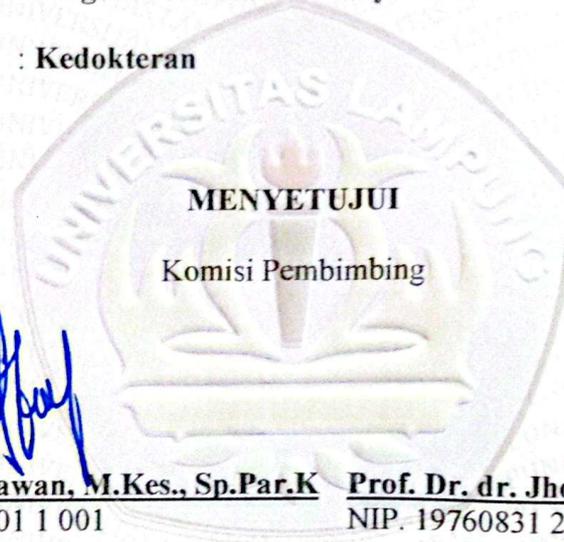
Judul Tesis : **FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGANN
PERILAKU PENCEGAHAN MALARIA PADAA
WISATAWAN DI DAERAH ENDEMIS MALARIAA
PROVINSI LAMPUNG**

Nama : **Aprilina Sunardi**

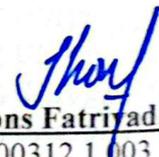
NPM : **2428021022**

Program Studi : **Magister Kesehatan Masyarakat**

Fakultas : **Kedokteran**




Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Par.K
NIP. 19781009 200501 1 001


Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi S, M.Kes., Sp.Par.K
NIP. 19760831 200312 1 003

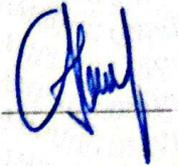
Koordinator Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat


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

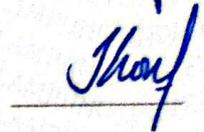
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

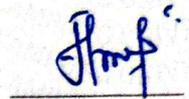
Ketua : **Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Par.K**



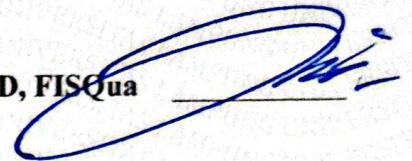
Sekretaris : **Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi, M.Kes., Sp.Par.K**



Anggota : **Dr. Suharmanto, S.Kep., MKM**



Anggota : **Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep.,Ns., MMR,PhD, FISQua**



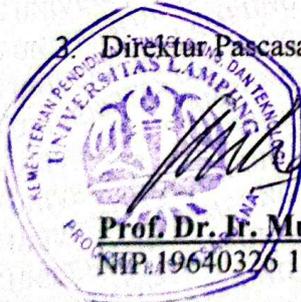
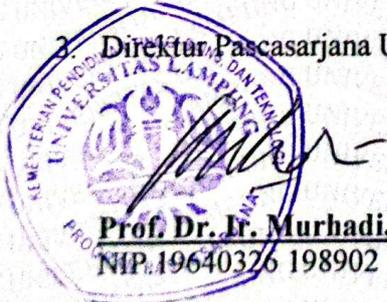
2. Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. dr Evi Kurniawaty, S.Ked.,M.Sc.
NIP.197601202003122001



3. Direktur Pascasarjana Universitas Lampung

Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si.
NIP.196403261989021001



Tanggal Lulus Ujian Tesis : 14 Januari 2026

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Tesis dengan judul “Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Malaria pada Wisatawan di Daerah Endemis Malaria Provinsi Lampung” adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak intelektualitas atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

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

Bandar Lampung, Januari 2026



Aprilina Sunardi

NPM. 2428021022

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Tanjungrejo Kabupaten Tanggamus pada tanggal 4 April 1982, terlahir sebagai anak pertama dari tiga bersaudara, dari pasangan Bapak Alm. Sunardi dan Ibu Sunayah.

Penulis menempuh pendidikan Sekolah Dasar (SD) Negeri 1 Tanjung Rejo Kabupaten Tanggamus diselesaikan tahun 1994, Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri 1 Pulau Panggung Kabupaten Tanggamus pada tahun 1997 dan Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri 1 Pringsewu Kabupaten Pringsewu yang diselesaikan tahun 2000. Melanjutkan Studi di Jurusan Analis Kesehatan Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang lulus pada tahun 2003 kemudian melanjutkan pendidikan di Universitas Malahayati dan lulus pada tahun 2017.

Tahun 2024, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan saat ini penulis bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) di Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu pada Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular.

MOTTO

“Sebaik-baik manusia adalah yang bermanfaat bagi orang lain”

(HR. Ahmad)

“Jadikan setiap tempat sebagai sekolah,
Dan jadikan setiap orang sebagai guru”

(Ki Hadjar Dewantara)

“Selalu ada harapan bagi mereka yang berdoa,
Dan selalu ada jalan bagi mereka yang berusaha”
“Ora et Labora”

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT dengan kemurahan dan ridho-Nya, Tesis ini dapat ditulis dengan baik dan dilancarkan hingga akhirnya selesai.

Dengan ini kupersembahkan Tesis ini kepada Orang tua ku tersayang Alm. Sunardi (Bapak) dan Sunayah (ibu), Apriyani Sunardi (adik) Ahmad Muzakir (adik) serta semua keluarga yang selalu memberikan motivasi, mendukung semua keputusan dan pilihan dalam hidupku, tidak pernah putus doanya dan nasihat serta solusi yang luar biasa, sehingga aku bisa menyelesaikan proses pendidikan Magisterku, Kalian sangat berarti bagiku.

Anak-anakku tersayang Nayla Salsa Ramadhani (kak caca) dan Daffa Al-Rafi (fafa) yang selalu memberi semangat, membantu dalam segala hal dan mendorong disepanjang waktu untuk berjuang dalam menyelesaikan pendidikan ini. Kalian pengingatku disaat aku sedang merasa lelah dan kehilangan daya juang untuk kembali bertarung menyelesaikan pendidikan dan tesis ini.

SANWACANA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul “Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Malaria pada Wisatawan di Daerah Endemis Malaria Provinsi Lampung” adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Lampung.

Selama proses penulisan Tesis, penulis juga banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terimakasih yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. Ir Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si Direktur Pascasarjana Universitas Lampung;
3. Dr. dr. Evi Kurniawaty, M.Sc. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. Dr.dr Indri Windarti, Sp.PA selaku Ketua Jurusan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
5. Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Par.K, selaku Koordinator Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung sekaligus selaku pembimbing utama dan atas kesediaannya memberikan bimbingan, arahan, saran dan dan kritik dalam penyelesaian tesis;
6. Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi, M.Kes.,Sp.Par.K selaku pembimbing pembantu dan atas kesediaannya memberikan bimbingan dan kritik dalam penyelesaian tesis;
7. Dr. Suharmanto, S,Kep.,MKM selaku pembahas pertama dan memberikan saran dan masukan dalam penyelesaian tesis;
8. Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep.,Ns.,MMR,PhD, FISQua selaku pembahas kedua dan atas kesediaannya memberikan saran dan masukan dalam penyelesaian tesis;

9. Seluruh dosen, staf dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu, waktu, bantuan yang telah diberikan selama proses perkuliahan dan penyusunan tesis;
10. Seluruh tim Dinas Kesehatan dan Dinas Pariwisata Kabupaten Pesawaran yang telah membantu dan memberikan informasi dukungan dan motivasi selama penelitian berjalan;
11. Seluruh tim enumerator yang sangat membantu dalam menyelesaikan tesis ini;
12. Seluruh responden dalam penelitian atas kesediaan menjadi subjek penelitian;
13. Bapak Sunardi (Almarhum) dan Ibu Sunayah terima kasih atas doa, kasih sayang, nasihat serta bimbingan dan motivasi yang telah diberikan serta selalu mengingatkan saya untuk selalu mengingat Allah SWT;
14. Adik-adikku Apriyani Sunardi, Ahmad Muzakir, Muhammad Umar Johan, Siti Hanifah serta keluarga besar yang selalu setia memberikan cinta, doa, dukungan dan menjadi inspirasi dalam menyelesaikan pendidikan ini;
15. Anak-anakku tersayang Nayla Salsa Ramadhani dan Daffa Al-Rafi terimakasih sudah membantu berjuang dan menjadi penyemangat dalam menyelesaikan Pendidikan ini;
16. Teman seangkatan dan seperjuangan RPL Batch 1 2024 dan Pascasarjana Kesehatan Masyarakat 2024, saya ucapkan terimakasih atas batuan serta dukungannya selama ini;
17. Seluruh pihak yang telah membantu saya dalam menyelesaikan penelitian ini yang tidak dapat saya sebut satu persatu.

Akhir kata, saya menyadari bahwa tesis yang saya tulis ini, masih jauh dari kata sempurna. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat untuk mendorong penelitian-penelitian lainnya dan bagi pengembangan ilmu.

Bandar Lampung, Januari 2026

Penulis

Aprilina Sunardi

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL DALAM	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
LEMBAR PENGESAHAN	vi
LEMBAR PERNYATAAN	vii
RIWAYAT HIDUP	viii
MOTTO	ix
PERSEMBAHAN	x
SANWACANA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	7
1.3. Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1. Tujuan Umum	7
1.3.2. Tujuan Khusus	7
1.4. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Malaria.....	10
2.1.1 Definisi Malaria.....	10
2.1.2 Gejala Malaria	10
2.1.3 Faktor Risiko Penularan Malaria.....	11
2.1.4 Inang (Host).....	13
2.1.5 Vektor Malaria.....	13
2.1.6. Parasit Plasmodium (Agent).....	17
2.1.7 Lingkungan.....	18
2.1.8 Dampak Malaria	20
2.1.9 Pencegahan Malaria.....	20
2.1.10 Pentingnya Faskes Primer Dan Rujukan Diwilayah Endemis.....	20
2.1.11 Penanggulangan Malaria	20
2.1.12 Hubungan Pengendalian Dan Pencegahan Malaria.....	21
2.1.13 Praktik Pencegahan Malaria/Pengendalian Faktor Risiko....	21

2.1.14 Aspek REESAA Dalam Pengendalian Vector	22
2.2 Wisatawan	22
2.2.1 Karakteristik Wisatawan.....	22
2.2.2 Upaya Memprediksi Risiko Penyakit Dalam Lingkungan Wisata ..23	
2.2.3 Penilaian Risiko Sebelum Perjalanan oleh Wisatawan	23
2.2.4 Perilaku Pencegahan Malaria saat di Lokasi Wisata	24
2.3 Faktor Sosial Demografi.....	26
2.4 Teori Hubungan Sosial Demografi Dan Perilaku Kesehatan	29
2.5 Penelitian Terkait Sosial Demografi Dan Perilaku Kesehatan	30
2.6. <i>Health Belief Model (HBM)</i>	31
2.6.1 Konsep <i>Health Belief Model</i>	31
2.6.2 Pengukuran <i>HBM</i>	33
2.6.3. Hubungan HBM dan Sub Skala HBM	34
2.7. Penelitian Terdahulu.....	38
2.8. Kerangka Teori	41
2.9. Kerangka Konsep	42
2.10. Hipotesis	42
BAB III METODE PENELITIAN	45
3.1. Jenis Penelitian	45
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian.....	45
3.3. Variabel Penelitian	45
3.4. Definisi Operasional.....	45
3.5. Populasi dan Sampel.....	49
3.6. Pengumpulan Data.....	50
3.6.1 Sumber Data	50
3.6.2 Instrumen Penelitian	51
3.6.3. Proses Pengumpulan Data	53
3.6.4. Persiapan Penelitian.....	54
3.6.5. Pelaksanaan Penelitian.....	54
3.6.6. Pengolahan Data	54
3.6.7. Uji Validitas Kuesioner	55
3.6.8. Uji Reliabilitas Kuesioner.....	57
3.6.8 Analisis Data.....	59
3.6.9. Etika Penelitian.....	61
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	62
4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	62
4.2. Karakteristik Responden.....	65
4.3. Analisis Univariat	65
4.4. Analisis Bivariat	67
4.5. Faktor Yang Paling Berhubungan	70
BAB V PEMBAHASAN	76
5.1. Pembahasan	76
5.2. Keterbatasan Penelitian	92

BAB VI PENUTUP	94
6.1. Kesimpulan	94
6.2. Saran	95

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.3. Penelitian Terdahulu	38
Tabel 3.1. Definisi Operasional	46
Tabel 3.2. Tabel r Product Moment	56
Tabel 3.3. Hasil Uji Validitas dengan Korelasi Product Moment.....	56
Tabel 3.4. Hasil Uji Validitas dengan Nilai Signifikansi.....	57
Tabel 3.5. Hasil Uji Reliabilitas Crombach's Alpha.....	58
Tabel 3.6. Hasil Uji Reliabilitas menggunakan Split-Half	59
Tabel 4.1. Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Umur Dan Jenis Kelamin	65
Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel.....	66
Tabel 4.3. Analisis Bivariat <i>Health Belief Model</i> dan Perilaku Pencegahan Malaria Pada Wisatawan	67
Tabel 4.4. Variabel Kandidat Multivariat	71
Tabel 4.5. Hasil Analisis Multivariat Model Awal	72
Tabel 4.6. Hasil Analisis Multivariat Model Akhir	72

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Segitiga Epidemiologi Penyakit Malaria.....	12
Gambar 2.2 Siklus Hidup Anopheles.....	15
Gambar 2.3 <i>Health Belief Model</i>	32
Gambar 2.4 <i>Health Belief Model</i>	32
Gambar 2.5 Kerangka Teori.....	41
Gambar 2.6 Kerangka Konsep	42
Gambar 4.1 Peta Wilayah Kabupaten Pesawaran.....	62

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar Penjelasan.....	1
Lampiran 2 <i>Informed consent</i>	4
Lampiran 3 Kuesioner Penelitian.....	5
Lampiran 4 Lampiran izin pra survey	14
Lampiran 5 Persetujuan etik.....	15
Lampiran 6 Persetujuan izin penelitian dari Unila.....	16
Lampiran 7 Rekomendasi penelitian dari Kesbangpol Pesawaran	17
Lampiran 8 Dokumentasi	18
Lampiran 9 Output SPSS uji Validitas.....	20
Lampiran 10 Output SPSS uji Reliabilitas	27
Lampiran 11 Output SPSS Karakteristik Responden	36
Lampiran 12 Output SPSS Univariat	37
Lampiran 13 Output bivariat.....	47
Lampiran 14 Output multivariat.....	53

DAFTAR SINGKATAN

API	: <i>Annual Parasite Incidence</i>
ASN	: Aparatur Sipil Negara
BPS	: Badan Pusat Statistik
BUMDES	: Badan Usaha Milik Desa
DEET	: <i>Diethyltoluamide</i>
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
HIV atau AIDS	: <i>Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ITNs	: <i>Insecticide-Treated Nets</i>
IRS	: <i>Indoor Residual Spraying</i>
MBS	: <i>Mass Blood Survei</i>
MMPs	: <i>Mobile Migrant Population</i>
OR	: <i>Odds Ratio</i>
OVOD	: <i>One Village One Destination</i>
PAD	: Pendapatan Asli Daerah
Polri	: Kepolisian Negara Republik Indonesia
REESAA	: <i>Rasional, Efektif, Efisien, Sustainable, Accep tabel , Affordable</i>
SABDA	: Sistem Aplikasi Pariwisata Daerah
SDG	: <i>Sustainable Development Goals</i>
TNI	: Tentara Nasional Indonesia
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pada tahun 2022, status epidemiologi malaria global melaporkan 252 juta kasus dan 600.000 kematian, meningkat menjadi 263 juta kasus dan 97.000 kematian pada tahun 2023, menunjukkan bahwa hampir separuh populasi global rentan terhadap malaria (WHO, 2024c). Malaria ditularkan melalui Afrika sub-Sahara, Asia Tenggara, Mediterania Timur, Pasifik Barat, dan Amerika. Pada tahun 2023, Kawasan Afrika masing-masing mewakili 94% dan 95% kasus kematian malaria. Pada tahun 2024, malaria mewakili hampir 76% dari total kematian di kawasan Afrika. Empat negara penyumbang malaria terbesar di Afrika adalah Nigeria (30,9%), Republik Demokratik Kongo (11,3%), Nigeria (5,9%), dan Republik Tanzania (4,3%) (WHO, 2024c). Pada tahun 2023, Indonesia, bersama dengan Pakistan, India, Myanmar, dan Papua Nugini, menyumbang 94% kasus malaria di Asia Pasifik (Kemenkes RI, 2025a).

Indonesia memang bukan negara dengan beban kasus malaria tertinggi di dunia, namun menempati peringkat ke-32 secara global dan urutan kedua di Asia Tenggara. Lebih dari 90% kasus malaria nasional berasal dari Papua, dan sekitar 20% di antaranya terjadi pada Populasi Migran Bergerak (*Mobile Migrant Population/MMPs*) sehingga menjadi tantangan dalam pencapaian eliminasi malaria (Kemenkes RI, 2025a). Dari tahun 2010 hingga 2024, seluruh provinsi di Indonesia mengalami penurunan kasus malaria, kecuali Papua. Di Indonesia, infeksi malaria meningkat menjadi 418.546 kasus pada tahun 2023, dan makin meningkat menjadi 543.965 kasus pada tahun 2024 (peningkatan sebesar 30%), dengan Angka Kejadian Parasit Tahunan/*Annual Parasite Incidence/API* sebesar 1,93 per 1.000 orang, yang mengakibatkan 132 kematian (Kemenkes RI, 2024). Pada tahun 2024, Indonesia melaporkan

69.952 kasus positif malaria pada anak-anak, dengan 317.393 kasus (58%) melibatkan laki-laki, yang terkait dengan faktor risiko mobilitas dan pekerjaan. Kasus malaria di Indonesia disebabkan oleh *Plasmodium falciparum* (51%) dan *Plasmodium vivax* (34%), yang menyebar melalui gigitan nyamuk Anopheles betina (Kemenkes RI, 2024).

Kabupaten/kota dengan endemis malaria sedang di Pulau Sumatera terletak di Sumatera Utara dan Lampung. Provinsi Lampung terdiri dari 15 kabupaten/kota, dengan 14 di antaranya telah memberantas malaria, sementara Kabupaten Pesawaran, yang terletak di ujung barat daya Pulau Sumatera belum dapat melakukan eliminasi malaria. Daerah dengan endemisitas sedang dan rendah, malaria terutama disebabkan oleh *Plasmodium vivax* dibandingkan spesies lain, sedangkan di daerah dengan endemisitas tinggi, proporsi kasus yang disebabkan oleh *Plasmodium falciparum* lebih besar daripada spesies plasmodium lainnya (Kemenkes RI, 2024).

Data malaria di Kabupaten Pesawaran bervariasi selama lima tahun terakhir, mencatat API sebesar 2,03‰ pada tahun 2019, diikuti penurunan pada tahun 2020–2022. Meskipun demikian, pada tahun 2023, kasus meningkat, melampaui 1 (1,48‰). Daerah endemis malaria di Kabupaten Pesawaran meliputi Kecamatan Teluk Pandan, Padang Cermin, dan Punduh Pidada, serta Marga Punduh. Wilayah ini berada di bawah pengawasan Puskesmas Hanura, Puskesmas Pedada, Puskesmas Padang Cermin, dan Puskesmas Maja. Angka API Puskesmas Hanura (12,09‰) lebih tinggi dibandingkan Puskesmas lainnya. Grafik persentase Plasmodium dalam sampel darah positif dari Kabupaten Pesawaran pada tahun 2023 menunjukkan *Plasmodium falciparum* (1,7%), *Plasmodium vivax* (97,73%), dan sisanya malaria campuran (0,57%). Tidak ada kematian akibat malaria pada 2020-2025 (Dinas Kesehatan Kab Pesawaran, 2025b).

Peningkatan Pendapatan Asli Daerah (PAD) dari industri pariwisata di pesisir Lampung sangat bergantung pada citra destinasi yang aman dan menarik. Namun, tujuan ini dapat terhambat oleh kasus malaria, di mana seorang wisatawan tertular penyakit tersebut di daerah endemis dan didiagnosis setelah kembali ke rumah. Wisatawan menghadapi peningkatan risiko malaria, begitu juga dengan bayi, anak-anak di bawah usia 5 tahun, ibu hamil, dan individu yang hidup dengan HIV atau AIDS (WHO, 2024c). Wisatawan yang berisiko malaria adalah mereka yang tidak menjalani kemoprofilaksis, mengunjungi daerah pedalaman, berlayar di antara pulau-pulau, atau berpartisipasi dalam aktivitas pantai malam hari. Wisatawan diimbau untuk tetap waspada terhadap gejala demam dan flu yang muncul dalam 7 hari hingga beberapa bulan setelah meninggalkan daerah rawan malaria (Damayanti & Yanti, 2020).

Meningkatnya kasus malaria di kawasan wisata dapat mengancam reputasi, karena lokasi tersebut dianggap berbahaya, yang dapat mengurangi daya tarik wisata dan pada akhirnya menggerogoti aliran pendapatan daerah. Sebagai inisiatif pengendalian vektor oleh pemerintah, penting untuk mengkaji praktik pencegahan malaria di kalangan wisatawan, guna mengelola faktor-faktor yang memengaruhi dan mendorong keberlanjutan industri pariwisata sekaligus memenuhi tujuan ekonomi pemerintah (Dinas Kesehatan Kab Pesawaran, 2025a).

WHO menyarankan wisatawan untuk mengumpulkan informasi mengenai lokasi wisata dan mengonsumsi obat kemoprofilaksis/antimalaria sebelum, selama, dan setelah mengunjungi daerah yang sering terjadi malaria (WHO, 2024c). Namun, WHO menyatakan bahwa tidak ada satu pun obat kemoprofilaksis yang sepenuhnya efektif, sehingga profilaksis harus digunakan bersamaan dengan strategi pencegahan gigitan nyamuk (Damayanti & Yanti, 2020). Pencegahan meliputi penggunaan pakaian pelindung (berwarna cerah dan menutupi seluruh tubuh), penggunaan obat anti nyamuk, pemasangan kasa jendela, dan tidur dengan kelambu di lokasi

wisata (WHO, 2024c). Tindakan pencegahan utama dilakukan saat senja (pukul 18.00-06.00), terutama saat beraktivitas di luar ruangan malam hari di pantai (Pratiwi, 2024).

Studi sebelumnya menunjukkan bahwa pencegahan malaria bagi wisatawan terutama menekankan edukasi melalui pesan digital mengenai risiko malaria dan menyoroti manfaat kemoprofilaksis untuk mencegah malaria (Suryapranata et al 2022, Higuaita et al 2021 dan Behren et al, 2015). Kesadaran publik, terutama di kalangan wisatawan, dan perubahan perilaku sosial merupakan elemen penting dalam pencegahan dan pengendalian malaria, termasuk mengenali gejala, melakukan diagnosis dan pengobatan dini, serta menerapkan langkah-langkah pencegahan. Penting mengklarifikasi kesalahpahaman dan melawan informasi palsu dengan memberikan fakta malaria yang akurat kepada masyarakat (WHO, 2024c).

Teori perilaku *Health Belief Model* (HBM) memprediksi perilaku kesehatan pribadi. HBM merupakan salah satu kerangka kerja yang paling umum digunakan dalam studi perilaku kesehatan, berfungsi untuk memperjelas perubahan dan persistensi tindakan yang berhubungan dengan kesehatan dan sebagai dasar untuk intervensi perilaku kesehatan (Skinner et al., 2024)(Pakpahan et al., 2021). Komponen HBM meliputi keyakinan pribadi: kerentanan yang dirasakan, intensitas yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, dan efikasi diri yang dirasakan, beserta faktor-faktor pengubah (elemen sosiodemografi) yang memengaruhi tindakan individu, yang didukung oleh isyarat untuk bertindak (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021).

Sebuah studi kohort yang dilakukan oleh Jeon et al pada tahun 2025 mengkaji fitur epidemiologi malaria impor yang terkait dengan perjalanan internasional di Korea, mengungkap 601 kasus dari pelancong Korea yang kembali dari daerah endemis malaria, terutama dari Afrika dan Asia. Sebuah studi yang dilakukan pada tahun 2024 oleh Viet et al mengungkapkan bahwa kebijakan

pemerintah Amerika Serikat mewajibkan profilaksis malaria untuk semua pelancong asal Amerika Serikat tujuan ke daerah-daerah rawan malaria di seluruh dunia. Kebijakan Inggris hanya mewajibkan kemoprofilaksis untuk pelancong ke Afrika sub-Sahara. Penelitian tahun 2025 oleh Essandoh et al berjudul studi tentang kesadaran risiko malaria dan hambatan terhadap pencegahan efektif di kalangan wisatawan Afrika Sub-Sahara dari Hamburg, Jerman, mengungkapkan bahwa wisatawan menganggap risiko malaria minimal, yang menyebabkan kepatuhan yang buruk terhadap panduan kesehatan perjalanan dan saran kemoprofilaksis. Terdapat 67% memiliki pemahaman yang memadai tentang penularan malaria, dan 51% menganggap risiko tertular malaria di daerah endemis rendah, yang menyebabkan penurunan kepatuhan terhadap tindakan profilaksis. Sebanyak 50% tidak berkonsultasi dengan penyedia layanan kesehatan sebelum keberangkatan atau menggunakan tindakan pencegahan karena mereka yakin risikonya minimal.

Sebuah studi yang dilakukan oleh Ruliansyah dan Pradani pada tahun 2020 di pesisir Indonesia tentang perilaku sosial yang terkait dengan peningkatan penularan malaria di kawasan wisata Pangandaran, Jawa Barat, mengungkapkan bahwa aktivitas malam hari, bepergian ke luar kota terutama ke daerah endemis, dan keberadaan tempat perkembangbiakan yang memungkinkan di dekat permukiman atau tempat wisata, meningkatkan risiko penularan. Penelitian tahun 2023 oleh Mufara dan Wahono tentang elemen perilaku untuk pencegahan malaria di Papua menemukan bahwa penggunaan kelambu, repelan dapat membantu menghentikan penularan malaria. Penelitian yang dilakukan pada tahun 2022 oleh Pranoto pada masyarakat pesisir Lampung mengidentifikasi tingkat perilaku pencegahan malaria yang tinggi (66,7%), persepsi kerentanan yang signifikan terhadap malaria (55,5%), persepsi manfaat yang signifikan dari tindakan pencegahan malaria (52,3%), persepsi hambatan yang minimal untuk mengadopsi tindakan pencegahan (59,9%), dan isyarat yang kuat untuk mengambil tindakan (63,8%). Terdapat korelasi antara persepsi kerentanan (nilai $p=$

0,000 dan OR= 6,4), persepsi manfaat (nilai $p= 0,000$ dan OR= 4,3), persepsi hambatan (nilai $p= 0,000$ dan OR= 3,1), dan isyarat untuk bertindak dalam perilaku pencegahan malaria (nilai $p= 0,000$ dan OR= 2,8). Variabel persepsi kerentanan memiliki dampak paling kuat terhadap perilaku pencegahan malaria, dengan OR sebesar 7,1.

Pesisir Lampung dipilih sebagai lokasi penelitian karena statusnya sebagai wilayah malaria dengan endemis sedang di Pulau Sumatra, yang menunjukkan tingkat penularan lebih tinggi dibandingkan lokasi lain. Kebijakan terkait Peraturan Daerah (Perda) Kabupaten Pesawaran Nomor 10 Tahun 2017 mengatur tentang eliminasi malaria, menetapkan tujuan, strategi, serta tahapan kegiatan untuk mencapai eliminasi penyakit malaria di wilayah Kabupaten Pesawaran sebagai upaya kesehatan masyarakat (Perda Pesawaran, 2019). Studi ini krusial dilakukan untuk mengenali dan mengatasi masalah kesehatan yang memengaruhi persepsi wisatawan, memastikan prioritas keselamatan wisatawan, membantu penerapan strategi pencegahan malaria yang efektif dalam konten promosi di seluruh rantai nilai pariwisata, menunjukkan dedikasi destinasi terhadap keselamatan dan kesehatan pengunjung, serta menjamin lingkungan bebas malaria. Studi ini berpotensi meningkatkan kemitraan antara Dinas Pariwisata dan Dinas Kesehatan, badan usaha pariwisata, dan masyarakat lokal dalam inisiatif bersama yang bertujuan untuk strategi pencegahan dan mitigasi risiko yang lebih terarah dan efektif, mendorong ekosistem pariwisata yang kohesif, respons krisis, dan menjaga citra destinasi (Dinas Kesehatan Kab Pesawaran, 2025a).

Penelitian terkait perilaku pencegahan malaria pada wisatawan daerah pesisir Lampung belum pernah dilakukan oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti “faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan daerah endemis malaria di pesisir Provinsi Lampung”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang diatas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah faktor apa saja yang berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Menganalisis faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Menganalisis distribusi frekuensi sosiodemografi (pendidikan, pekerjaan, pendapatan), perilaku pencegahan malaria, *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan terkena penyakit malaria), *perceived severity* (persepsi keparahan penyakit malaria), *perceived benefit* (persepsi manfaat tindakan pencegahan malaria), *perceived barrier* (persepsi hambatan untuk melakukan tindakan pencegahan), dan *cues to action* (isyarat untuk bertindak melakukan pencegahan) pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung.
2. Menganalisis hubungan sosiodemografi (pendidikan, pekerjaan, pendapatan), *perceived susceptibility* (persepsi Kerentanan terkena penyakit malaria), *perceived severity* (persepsi keparahan penyakit malaria), *perceived benefit* (persepsi manfaat pencegahan malaria), *perceived barrier* (persepsi hambatan untuk melakukan pencegahan), dan *cues to action* (isyarat untuk bertindak) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung.
3. Menganalisis faktor yang paling berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung

1.4. Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian yang ingin dicapai, maka penelitian ini diharapkan memiliki manfaat.

1.4.1. Bagi Institusi

Sebagai sumber dan referensi untuk studi tambahan mengenai praktik pencegahan malaria di kalangan wisatawan.

1.4.2. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Menjadi rujukan dan referensi bagi penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan dan mendukung pengembangan model epidemiologi berbasis risiko perilaku, sehingga dapat digunakan dalam perencanaan intervensi kesehatan masyarakat di daerah endemis malaria.

1.4.3. Bagi Wisatawan

Penelitian ini menawarkan landasan bagi wisatawan untuk mengenali pola perilaku yang dapat membantu menghindari infeksi malaria di wilayah dengan prevalensi malaria tinggi.

1.4.4. Bagi Pengelola Wisata

Temuan studi ini dapat membantu pengelola wisata dalam mengenali pentingnya tindakan pencegahan malaria di kalangan wisatawan sekaligus meningkatkan persepsi tempat wisata sebagai tempat yang memprioritaskan kesejahteraan pengunjung.

1.4.5. Bagi Pemerintah Daerah

Temuan studi ini dapat memandu pengambilan kebijakan terkait malaria di kawasan wisata, meningkatkan kerja sama antara Dinas Kesehatan, Dinas Pariwisata, dan pengelola wisata. Temuan studi ini dapat membantu Dinas Kesehatan Kabupaten Pesawaran mengidentifikasi wilayah geografis dan demografis yang memerlukan perhatian lebih. Dinas Pariwisata Kabupaten Pesawaran dapat

mengenali dan mengatasi masalah kesehatan yang memengaruhi persepsi wisatawan.

1.4.6. Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan pengalaman langsung dalam meneliti karya ilmiah serta menambah pengetahuan dibidang pencegahan dan penanggulangan penyakit malaria.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Malaria

2.1.1. Definisi Malaria

Malaria adalah penyakit menular yang disebabkan oleh parasit *Plasmodium* sp., yang hidup dan berkembang biak di dalam sel darah merah manusia (eritrosit) (Kemenkes RI, 2022b). Malaria merupakan penyakit yang penting secara global, sebagaimana tercantum dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/ *Sustainable Development Goals*, yang bertujuan untuk memberantas malaria pada tahun 2030. Malaria merupakan penyakit tropis yang menghadirkan tantangan besar bagi kesehatan masyarakat. Fokus pembangunan kesehatan dalam visi dan misi Presiden 2025-2029, dalam program pembangunan kesehatan kedua, berpusat pada penanggulangan penyakit dan advokasi pola hidup sehat, dengan kegiatan pembangunan kedelapan ditujukan untuk pengendalian penyakit menular, termasuk malaria (Kemenkes RI, 2025b). Malaria adalah penyakit berbahaya yang disebabkan oleh parasit yang ditularkan manusia melalui gigitan nyamuk *Anopheles* betina yang terinfeksi. Malaria disebabkan oleh parasit dan tidak menular antar individu (WHO, 2024c).

2.1.2. Gejala malaria

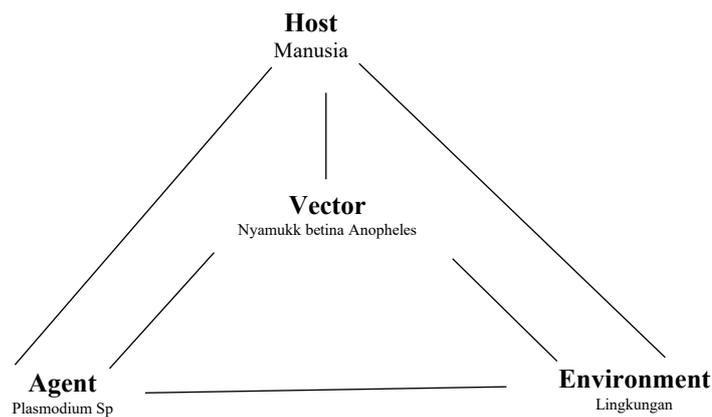
Malaria adalah penyakit demam yang timbul dengan gejala yang umumnya muncul 10–15 hari setelah gigitan nyamuk yang terinfeksi. Gejala malaria dapat bervariasi dari ringan hingga berat dan berpotensi fatal. Gejala ringan meliputi demam, menggigil, dan sakit kepala dan sulit dikenali sebagai malaria. Gejala kritis meliputi kelelahan dan kelemahan

yang hebat, perubahan kesadaran, kejang berulang, kesulitan bernapas, urin berwarna gelap atau berdarah, mata dan kulit menguning, dan perdarahan yang tidak biasa (WHO, 2024a). Berdasarkan jenis plasmodium, gejala-gejala tersebut meliputi:

- a. *Plasmodium falciparum*. Gejala demam dapat muncul secara sporadis dan mungkin juga persisten. Bentuk malaria ini biasanya menyebabkan malaria berat, yang dapat berakibat fatal.
- b. *Plasmodium vivax*. Gejala demam muncul kembali setelah periode bebas demam selama 2 hari. Kasus malaria berat yang disebabkan oleh *Plasmodium vivax* telah diketahui.
- c. *Plasmodium ovale*. Gejala klinis biasanya ringan. Pola demamnya mirip dengan malaria vivax.
- d. *Plasmodium malariae*. Gejala demam muncul kembali setelah periode tanpa demam yang berlangsung selama 3 hari.
- e. *Plasmodium knowlesi*. Gejala demamnya mirip dengan malaria falciparum. *Plasmodium knowlesi* umumnya menginfeksi monyet, terutama kera ekor panjang (*Macaca fascicularis*) (Kemenkes RI, 2022a).

2.1.3. Faktor Risiko Penularan Malaria

Faktor risiko adalah berbagai elemen yang membantu penyebaran penyakit antar manusia, baik individu maupun komunitas. Tiga faktor yang berkontribusi terhadap penularan malaria meliputi inang (manusia sebagai inang perantara dan nyamuk sebagai inang permanen parasit malaria), agen penyebab (parasit Plasmodium), dan lingkungan, yang semuanya berinteraksi satu sama lain, yang mengarah pada penularan dan perkembangbiakan malaria secara alami.



Gambar 2.1 Segitiga Epidemiologi Penyakit Malaria
 Sumber: John Gordon & Le Richt (1950) dalam (Kemenkes RI, 2022a)

Faktor penyebab penularan penyakit dapat dibagi berdasarkan sumber risiko, yaitu:

- a. Faktor intrinsik; dimana penyakit terjadi dan diperberat karena adanya kelemahan dalam diri manusia itu sendiri, misalnya:
 - 1) Wanita hamil rentan terhadap malaria.
 - 2) Orang yang menggunakan profilaksis akan kuat menghadapi malaria.
 - 3) Perilaku tidak menggunakan alat pelindung dari gigitan nyamuk.
 - 4) Penderita yang tidak minum obat secara memadai menyebabkan sering kambuh dan menjadi sumber penularan terhadap lingkungannya.
- b. Faktor ekstrinsik; dimana penularan terjadi ataupun diperberat sebagai akibat dari hal-hal yang berasal dari luar tubuh manusia, misalnya:
 - 1) Manusia memasuki wilayah endemis malaria dengan populasi nyamuk yang tinggi dan banyak penderita yang belum diobati.
 - 2) Tidak tersedia kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk.
 - 3) Tidak tersedia obat untuk terapi pengobatan profilaksis.
 - 4) Tidak ada petugas berkualifikasi untuk mendiagnosa malaria.
 - 5) Fasilitas rujukan untuk malaria berat tidak tersedia sehingga mudah terjadi kematian.
 - 6) Pengendalian populasi nyamuk tidak dilakukan.

- 7) Pencarian penderita dan pengobatan dini kasus tidak dilakukan (Kemenkes RI, 2022b).

2.1.4. Inang (*host*)

Terdapat dua jenis inang malaria yaitu manusia sebagai inang perantara/semantara karena reproduksi seksual tidak terjadi, dan nyamuk sebagai inang definitif/permanen karena reproduksi seksual terjadi.

a. Manusia.

Malaria dapat menyerang siapa saja, tanpa memandang jenis kelamin, di semua rentang usia, dari bayi hingga dewasa. Berbagai faktor yang memengaruhi kejadian malaria meliputi usia, jenis kelamin, imunitas, etnis, kesehatan gizi, profesi, dan aspek sosial budaya. Faktor sosial budaya meliputi tidur tanpa kelambu, mengabaikan obat anti nyamuk saat beraktivitas di luar ruangan atau di malam hari, dan penggunaan insektisida yang tidak konsisten di dalam ruangan. Kebiasaan berada di luar ruangan hingga larut malam, di mana terdapat vektor malaria eksofilik dan eksofagik, meningkatkan insiden gigitan nyamuk. Penggunaan kelambu, pemasangan kawat kasa di rumah tinggal, dan penggunaan obat anti nyamuk yang intensitasnya berbeda-beda berdasarkan status sosial, akan memengaruhi tingkat morbiditas malaria. Elemen penting lainnya adalah persepsi masyarakat yang menganggap infeksi malaria sebagai hal biasa, kejadian rutin di masyarakat yang berada di daerah endemis tinggi.

2.1.5. Vektor Malaria (Nyamuk *Anopheles Sp.*)

a. Siklus Hidup Nyamuk *Anopheles Sp.*

Siklus hidup nyamuk *Anopheles sp.* mengalami metamorfosa sempurna yaitu dari telur menjadi jentik (larva), kepompong (pupa), dan dewasa. Berdasarkan tempat hidup/habitat ada dua tingkatan kehidupan, yaitu:

- 1) Di dalam udara, fase telur (1-2 hari), menjadi jentik/larva memerlukan waktu 8-10 hari, kemudian jentik menjadi kepompong

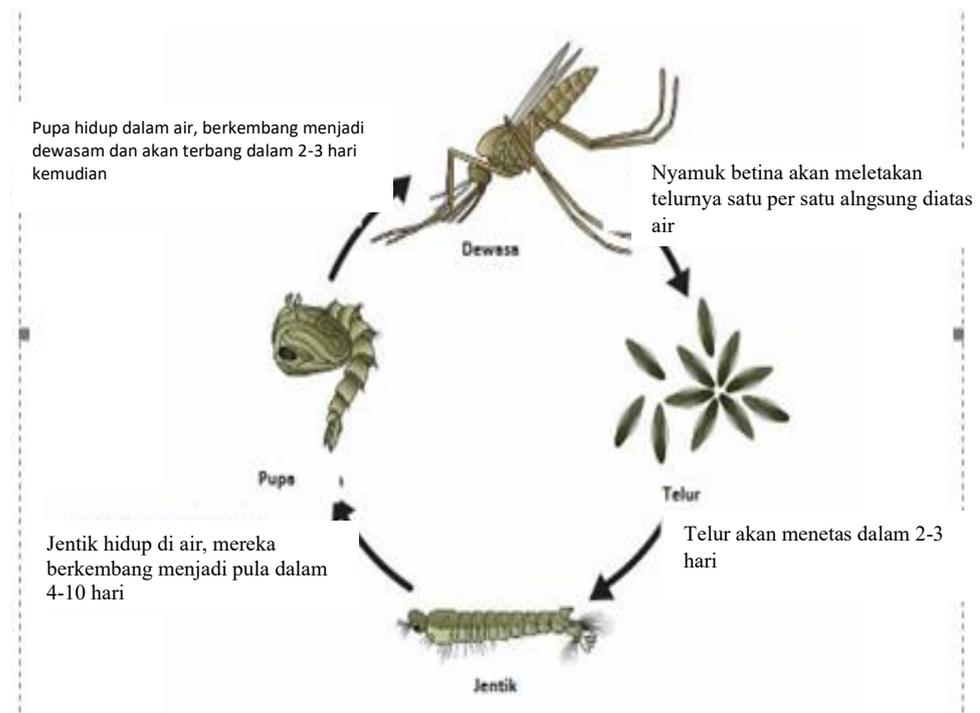
1-2 hari. Udara yang dipilih oleh nyamuk *Anopheles* merupakan udara yang terhubung langsung dengan tanah dan tidak terpolusi.

- 2) Di darat atau udara, diawali dari keluarnya nyamuk dewasa dari kepompong dalam waktu 1-2 hari.

Nyamuk *Anopheles sp.* betina sebagai inang definitif penular malaria menghisap darah orang dan atau hewan untuk pertumbuhan dan pemakanan telurnya. Pertumbuhan lama dari jentik sampai dewasa berkisar antara 8-12 hari. Perkembangan dari telur sampai nyamuk dewasa sebagai berikut:

- a. Telur. Telur nyamuk tergeletak di permukaan udara atau benda-benda lain di permukaan udara dengan ukuran telur kurang lebih 0,5 mm. Jumlah telur (sekali bertelur) 100 sampai 300 butir, rata-rata 150 butir dengan frekuensi pemancaran dua atau tiga hari. Lama menetas dapat beberapa saat setelah kena air, hingga dua sampai tiga hari, kemudian telur menetas menjadi jentik.
- b. Jentik (larva). Jentik mengalami pelepasan kulit sebanyak empat kali yaitu stadium I (1 hari), stadium II (1-2 hari), stadium III (2 hari) dan stadium IV (2-3 hari). Masing-masing stadium dapat dilihat dari ukurannya yang berbeda. Setiap pergantian stadium disertai dengan pergantian kulit. Belum ada perbedaan jantan dan betina dan pada pergantian kulit terakhir berubah menjadi kepompong (pupa).
- c. Kepompong (Pupa). Tingkatan pupa tidak memerlukan makanan, belum diketahui perbedaan diketahui jantan dan betina. Akan menetas dalam 1-2 hari menjadi nyamuk. Umumnya nyamuk jantan menetas lebih dahulu daripada betina.
- d. Nyamuk dewasa setelah menetas. Nyamuk melakukan perkawinan yang biasanya terjadi pada waktu senja. Perkawinan hanya terjadi sekali, sebelum nyamuk betina pergi untuk menghisap darah. Jumlah nyamuk jantan dan nyamuk betina yang menetas dari kelompok telur hampir sama banyak, berumur nyamuk jantan lebih pendek dari nyamuk betina (seminggu). Makanan nyamuk jantan

adalah cairan buah-buahan atau tumbuhan dan jarak terbangnya tidak jauh dari tempatnya perindukannya. Nyamuk betina berumur lebih panjang dan perlu menghisap darah untuk pertumbuhan telurnya serta dapat terbang jauh antara 0,5 sampai 5 km. (Kemenkes RI, 2022b).



Gambar 2.2. Siklus Hidup Anopheles
Sumber: (Kemenkes RI, 2022b)

b. Perilaku Vektor (Bionomi) Siklus Hidup Nyamuk

Siklus hidup nyamuk mencakup tiga elemen kebiasaan atau perilaku (bionomik) yang diperlukan untuk perkembangannya: tempat berkembang biak, area penghisapan darah (menggigit), dan tempat beristirahat (beristirahat). Ketiga faktor perilaku ini berkaitan dengan kelangsungan hidup nyamuk

1) Tempat perindukan (kebiasaan berkembang biak).

Tempat perkembangbiakan nyamuk berlangsung di dalam udara dan di darat/udara. Tingkatan kehidupan nyamuk di dalam air mulai dari telur, jentik (larva), dan kepompong (pupa). Sedangkan tingkatan kehidupan di darat/udara adalah nyamuk dewasa.

Nyamuk Anopheles betina mempunyai kemampuan memilih tempat yang sesuai untuk bertelur dan mengembangkannya. Beberapa spesies berkembang biak di air payau sedangkan sebagian besar spesies Anopheles yang lain berkembang biak di air tawar.

Habitat yang diantisipasi untuk vektor malaria/tempat berkembang biak nyamuk meliputi:

- a. *Anopheles sudaicus* dan *Anopheles subpictus* diprediksi ada di lingkungan pantai, laguna dan muara sungai.
- b. *Anopheles barbirostris* dan *Anopheles aconitus* diprediksi berada di lingkungan persawahan dan saluran air.
- c. *Anopheles maculatus* dan *Anopheles farauti* diprediksi berada di genangan air sungai dan lingkungan rawa sungai
- d. *Anopheles balabacensis* diprediksi berada di perbukitan (Kemenkes RI, 2022a).

2) Perilaku Menggigit/Mencari Darah (Kebiasaan Makan/Menggigit)

- a) Berdasarkan waktu. Nyamuk Anopheles pada umumnya aktif mencari darah pada waktu malam hari (sekitar jam 6 sore sampai jam 6 pagi). Perilaku bervariasi tergantung spesiesnya, ada yang menggigit mulai senja hingga tengah malam dan ada pula yang mulai tengah malam hingga menjelang menjelang halaman.
- b) Berdasarkan tempat: Kebiasaan nyamuk menggigit di luar rumah (eksofagik), ada pula di dalam rumah (endofagik).
- c) Berdasarkan sumber darah: Kebiasaan nyamuk mencari darah manusia (antropofilik) dan ada pula yang sifatnya mencari darah hewan (zoofilik). Setelah kawin, nyamuk betina mencari darah untuk proses pertumbuhan telurnya guna mempertahankan dan memperbanyak keturunannya. Nyamuk yang telah menghisap darah, akan tenggelam menjadi besar

berwarna merah karena perut penuh darah. Selanjutnya nyamuk mencari tempat untuk beristirahat sambil menunggu perkembangan telurnya. Apabila telur telah berkembang, maka perut yang semula berwarna merah menjadi kuning yang menunjukkan perut penuh dengan telur yang telah matang (gravid). Kemudian nyamuk tersebut mencari tempat perindukan yang sesuai untuk berbaring. Setelah bertelur nyamuk akan mencari darah kembali. Waktu yang diperlukan nyamuk mulai dari menghisap darah-perkembangan telur-meletakkan telur dan menghisap darah kembali disebut siklus gonotrofik. Untuk iklim tropis seperti Indonesia memerlukan waktu 2-3 hari, tergantung pada spesiesnya serta dipengaruhi oleh faktor iklim, terutama suhu dan kelembaban.

- d) Berdasarkan frekuensi menggigit. Nyamuk betina hanya satu kali kawin. Untuk mempertahankan keturunannya, nyamuk betina memerlukan darah. Frekuensi membutuhkan darah tergantung spesiesnya dan dipengaruhi oleh suhu dan kelembaban, untuk iklim tropis biasanya siklus ini berlangsung sekitar 48-96 jam (Kemenkes RI, 2022a).

3) Perilaku Istirahat (Kebiasaan Istirahat)

Nyamuk mempunyai dua cara beristirahat, yaitu

- 1) Istirahat yang sebenarnya, selama waktu menunggu proses perkembangan telur.
- 2) Istirahat sementara, pada waktu sebelum dan sesudah mencari darah di dalam rumah (endofilik) dan di luar rumah (eksofilik). Pada umumnya nyamuk beristirahat pada tempat yang teduh, lembab, aman, dan gelap (Kemenkes RI, 2022a).

2.1.6. Parasit Plasmodium (*Agent*)

Jenis plasmodium penyebab penyakit malaria adalah parasit plasmodium, pada umumnya yang ditemukan di Indonesia, yaitu:

- a. *Plasmodium falciparum*.

- b. *Plasmodium vivax*
- c. *Plasmodium ovale*
- d. *Plasmodium malariae*
- e. *Plasmodium knowlesi*

2.1.7. Lingkungan

Lingkungan yang dapat mendukung risiko penularan malaria:

1. Kondisi lingkungan. Unsur iklim, yang merupakan bagian penting dari lingkungan fisik, termasuk sinar matahari, suhu, kelembapan, curah hujan, dan kecepatan angin, memengaruhi prevalensi atau distribusi nyamuk Anopheles di wilayah tertentu. Indonesia wilayah beriklim tropis, dimana populasi nyamuk yang tinggi biasanya terjadi selama musim hujan. Ketika diintegrasikan dengan distribusi musiman, serta populasi dan usia vektor, hal ini menciptakan representasi yang tepat dari musim penularan.
2. Lingkungan kimiawi. Salinitas dan pH udara memengaruhi lingkungan kimiawi.
3. Lingkungan biologi. Unsur biologis meliputi vegetasi udara (bakau, alga), spesies predator (ikan *tinhead/Aplocheilus panchax*), gambusia, nila merah (*Oreochromis niloticus*), dan mujair (*Oreochromis mossambica*). Hewan besar seperti sapi dan kerbau dapat mengurangi jumlah gigitan nyamuk pada manusia jika kandangnya terletak di luar rumah tetapi cukup dekat dengan rumah (zooprofilaksis atau penghalang ternak).
4. Lingkungan sosial budaya
Komunitas yang rentan terhadap penularan malaria adalah mereka yang tinggal di daerah endemis atau rawan malaria, di mana praktik atau perilaku lokal mengharuskan mereka berada di luar ruangan pada malam hari. Selain itu, perpindahan penduduk atau relokasi yang disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk bencana alam dan situasi ekonomi, dapat mengakibatkan individu mencari pekerjaan di lokasi lain untuk memenuhi kebutuhan mereka. Pengaruh sosial budaya

terkadang dapat memiliki dampak yang lebih kuat daripada berbagai faktor lingkungan, seperti:

- a. Kebiasaan masyarakat yang berada di luar ruangan pada malam hari tanpa perlindungan, seperti begadang, memancing, merawat kebun, mengadakan acara sosial di malam hari, dan tidak memadainya fasilitas untuk mencuci, mandi, dan kakus.
- b. Penggunaan kelambu, kawat kasa di rumah, dan obat antiserangga, yang intensitasnya bervariasi tergantung pada status sosial ekonomi, semuanya akan berdampak pada angka kesakitan malaria.
- c. Kepercayaan di daerah endemis bahwa malaria bukan lagi penyakit mematikan, melainkan kondisi umum yang tidak memerlukan perhatian.
- d. Tren migrasi penduduk. Migrasi sementara atau permanen dari dan/atau ke daerah endemis malaria meliputi: kelompok migrasi (buruh migran) atau pekerja musiman (penambang, pekerja perkebunan, pekerja penambangan hutan, petani, nelayan), kelompok transmigrasi, anggota Tentara Nasional Indonesia (TNI) dan Kepolisian Negara Republik Indonesia (POLRI), pegawai negeri sipil (ASN), pedagang, pelajar, peneliti lapangan, dan wisatawan.
- e. Bencana alam di Indonesia berdampak pada jumlah tempat perkembangbiakan nyamuk *Anopheles*. Tentara dikerahkan ke zona tempur dalam skenario konflik atau perang, yang membuat mereka terpapar ke wilayah-wilayah yang berpotensi menjadi tempat penularan malaria, seperti hutan.
- f. Meningkatnya pariwisata dan perjalanan dari dan ke daerah endemis, yang berkontribusi pada peningkatan kasus malaria impor.
- g. Membuka wilayah baru untuk transmigrasi (Kemenkes RI, 2022a).

2.1.8. Dampak Malaria

Jika agen penyebabnya, malaria *Plasmodium falciparum*, tidak diobati dalam 24 jam, penyakit ini dapat berkembang menjadi penyakit berat dan kematian. Anak-anak dengan malaria berat sering menunjukkan satu atau lebih gejala, termasuk anemia berat, gangguan pernapasan akibat asidosis metabolik, atau malaria otak. Orang dewasa sering mengalami kegagalan multiorgan. Infeksi malaria selama kehamilan berpotensi mengakibatkan persalinan prematur atau berat badan lahir rendah (WHO, 2024c).

2.1.9. Pencegahan Malaria

Rencana strategis Kementerian Kesehatan 2025-2029 untuk pencegahan dan pengendalian malaria, serta promosi gaya hidup sehat, mencakup strategi-strategi seperti peningkatan kesadaran masyarakat tentang pencegahan penyakit, perluasan cakupan deteksi dan pengobatan kasus, serta penguatan manajemen malaria (Kemenkes RI, 2025b). Menurut (WHO, 2024d) sejak tahun 2000, strategi pencegahan malaria yang direkomendasikan WHO adalah pengendalian vektor yang efektif (kelambu berinsektisida tahan lama/LLIN) dan penggunaan profilaksis preventif (Kemenkes RI, 2022a).

2.1.10. Pentingnya Faskes Primer dan Rujukan di Wilayah Endemis Malaria

Individu yang menunjukkan gejala malaria berat harus segera memperoleh penanganan medis darurat (WHO, 2024c). Di wilayah pesisir Kabupaten Pesawaran, layanan kesehatan yang tersedia meliputi Puskesmas Hanura, Padang Cermin, dan Maja, serta klinik terapung milik Polres Pesawaran yang melayani masyarakat pesisir. Namun demikian, hingga saat ini belum terdapat fasilitas rumah sakit di kawasan tersebut (Dinas Kesehatan Kab Pesawaran, 2025b).

2.1.11. Penanggulangan Malaria

Upaya penanggulangan malaria memiliki tujuan utama untuk:

- a. Menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat infeksi malaria.

- b. Memberikan perlindungan kepada masyarakat agar terhindar dari penularan penyakit.
- c. Meningkatkan kualitas hidup individu yang terinfeksi malaria.
- d. Meminimalkan dampak sosial serta ekonomi yang ditimbulkan oleh malaria terhadap individu, keluarga, maupun komunitas (Kemenkes RI, 2022b)

Strategi penguatan transformasi layanan kesehatan primer di Indonesia dalam konteks pengendalian malaria mencakup kegiatan promosi kesehatan, pencegahan, serta pengendalian penyakit untuk mewujudkan masyarakat yang sehat di setiap tahapan kehidupan. Penguatan tersebut dilakukan melalui pendekatan kolaboratif berbasis model *pentahelix*, yang melibatkan sinergi antara pemerintah, akademisi, dunia usaha, komunitas, dan media dalam mendorong penerapan gaya hidup sehat (Kemenkes RI, 2025b). Selain itu, kemitraan dengan berbagai organisasi, pemerintah nasional, mitra lokal, serta pemangku kepentingan lainnya menjadi kunci dalam memperkuat efektivitas program pengendalian malaria di tingkat nasional dan daerah.

2.1.12. Hubungan Pengendalian dan Pencegahan Malaria

Keberhasilan pengendalian faktor risiko malaria sangat bergantung pada pelaksanaan yang didasarkan pada data serta informasi yang akurat mengenai karakteristik vektor, kondisi lingkungan tempat perkembangbiakannya, dan perilaku masyarakat setempat. Salah satu strategi utama dalam upaya tersebut adalah peningkatan kemandirian masyarakat dalam mengelola dan mengendalikan faktor risiko serta populasi vektor malaria (Kemenkes RI, 2022a).

2.1.13. Praktik Pencegahan Malaria/ Pengendalian Faktor Risiko

Pengendalian faktor risiko malaria bertujuan untuk mencegah terjadinya gigitan nyamuk serta menekan populasi nyamuk vektor penyebab malaria. Upaya ini juga dimaksudkan untuk mengurangi kemungkinan munculnya

kasus baru di masyarakat. Pelaksanaannya mencakup berbagai tindakan preventif, antara lain:

- a. Penempatan ternak sebagai penghalang alami antara manusia dan nyamuk.
- b. Penggunaan kelambu berinsektisida atau kelambu anti-nyamuk.
- c. Pemasangan kawat kasa pada ventilasi dan jendela rumah.
- d. Aplikasi bahan penolak nyamuk (*repellent*).
- e. Pemakaian pakaian pelindung berupa baju berlengan panjang dan celana panjang.
- f. Upaya pencegahan lain yang relevan (Kemenkes RI, 2022b).

2.1.14. Aspek REESAA dalam Pengendalian Vektor

Pelaksanaan pengendalian vektor malaria perlu mempertimbangkan prinsip REESAA, yang meliputi:

- a. Rasional, yaitu didasarkan pada bukti ilmiah dan data yang valid (*evidence-based*).
- b. Efektif, yakni memberikan hasil yang optimal karena metode yang digunakan selaras dengan perilaku vektor sasaran.
- c. Efisien, yaitu memanfaatkan sumber daya dengan biaya operasional serendah mungkin.
- d. Berkelanjutan (*Sustainable*), artinya kegiatan dilakukan secara konsisten hingga tingkat penularan mencapai level minimal.
- e. Dapat diterima (*Acceptabel*), yaitu memperoleh dukungan serta penerimaan dari masyarakat.
- f. Terjangkau (*Affordable*), yakni dapat diterapkan di wilayah dengan akses transportasi dan sumber daya yang memadai (Kemenkes RI, 2022a).

2.2. Wisatawan

2.2.1. Karakteristik Wisatawan

Karakteristik wisatawan menunjukkan keragaman yang cukup luas, mencakup wisatawan individu, wisatawan dalam kelompok, lanjut usia,

keluarga dengan anak kecil, perempuan hamil, serta wisatawan yang memiliki penyakit penyerta (WHO, 2024c). Wisatawan lanjut usia diketahui memiliki tingkat risiko yang lebih tinggi terhadap morbiditas dan mortalitas akibat malaria dibandingkan dengan kelompok usia yang lebih muda. Berdasarkan hasil *literature review*, kelompok wisatawan lansia juga cenderung memiliki tingkat kepatuhan yang lebih rendah terhadap tindakan pencegahan gigitan nyamuk penyebab malaria (Prete et al., 2019). Selain itu, perilaku wisatawan yang sering melakukan aktivitas di luar ruangan hingga larut malam turut meningkatkan risiko paparan gigitan nyamuk, mengingat vektor malaria memiliki sifat eksofilik dan eksofagik yang aktif di luar ruangan (Kemenkes RI, 2022a).

2.2.2. Upaya untuk Memprediksi Risiko Penyakit Dalam Lingkungan Wisata

Aspek perjalanan dan kesehatan masyarakat memiliki keterkaitan yang erat, di mana wisatawan berpotensi mengalami risiko terinfeksi malaria, terutama bagi mereka dengan kondisi kesehatan tertentu (Patel & Simons, 2019). Tingkat risiko penularan malaria dipengaruhi oleh sejumlah faktor, termasuk karakteristik individu wisatawan, rencana perjalanan yang dilakukan, serta kondisi geografis wilayah tujuan. Meskipun malaria merupakan penyakit yang dapat dicegah, laporan kasus pada kelompok wisatawan menunjukkan peningkatan yang konsisten dalam beberapa dekade terakhir. Oleh karena itu, upaya perlindungan terhadap wisatawan dari ancaman malaria menjadi penyakit yang berpotensi fatal dimana menjadi aspek krusial dalam menjaga keselamatan dan kesehatan selama perjalanan (Higuita et al., 2021)(Jeon et al., 2025).

2.2.3. Penilaian Risiko Sebelum Perjalanan Oleh Wisatawan

Penilaian risiko sebelum memulai perjalanan mencakup pengumpulan informasi terkait perjalanan dan perencanaan rute. Informasi wisatawan yang perlu digali adalah umur, jenis kelamin, sejarah medis (lampau dan terkini, termasuk riwayat keluarga), keterbatasan/disabilitas (cacat), status

kesehatan mental, kebutuhan khusus lainnya, pengobatan, riwayat alergi, data vaksinasi, pengalaman wisata sebelumnya, dan pengetahuan wisatawan tentang risiko kesehatan yang mungkin ada di tempat tujuan. Penting bagi perempuan untuk memahami kondisi kesehatan mereka, serta tujuan dan tantangan kesehatan mereka. Tujuan, waktu perjalanan, lama tinggal, moda transportasi, jadwal kegiatan, kualitas penginapan, biaya, taraf hidup di tempat tujuan, dan asuransi kesehatan. Penting untuk dicatat bahwa terdapat bukti yang bertentangan mengenai kemanjuran berbagai jenis pengobatan malaria pada anak-anak dan perempuan sehingga perilaku pencegahan adalah terpenting (Higuitya et al., 2021), (Suryapranata et al., 2022).

Informasi mengenai riwayat kesehatan harus diperhatikan, seperti jika wisatawan memiliki riwayat operasi limpa, epilepsi, kelainan ginjal, dan penyakit jantung dianjurkan tidak bepergian ke wilayah endemis malaria. Hal ini terkait dengan fakta bahwa hati merupakan organ penting dalam pengobatan infeksi malaria, serta perlunya kondisi ginjal dan hati yang optimal sepanjang waktu. Epilepsi juga memengaruhi risiko malaria, infeksi malaria, terutama malaria serebral/malaria yang menyerang otak, dapat memicu kejang. Penderita yang memiliki riwayat penyakit HIV harus mendapatkan perhatian lebih baik, karena imunitas menurun akan mudah mengalami gejala penyakit yang parah dan diberikan vaksin aktif akan sangat berisiko. Riwayat alergi juga sangat perlu diketahui, seperti alergi terhadap gigitan serangga, alergi terhadap obat kemoprofilaksis, dan obat lainnya. Alergi, vaksinasi, dan pengobatan diperlukan (Higuitya et al., 2021).

2.2.4. Perilaku Pencegahan Malaria saat di Lokasi Wisata

Pengumpulan informasi yang komprehensif mengenai wisatawan sangat penting dilakukan, meliputi tujuan destinasi, durasi kunjungan, riwayat penggunaan profilaksis malaria (baik kemoprofilaksis maupun tindakan pencegahan gigitan nyamuk), jenis kegiatan selama perjalanan, aktivitas di

area terbuka, serta riwayat kesehatan selama berwisata. Selain itu, pencatatan gejala klinis seperti demam, diare, gangguan saluran pernapasan, serta kelainan pada kulit dan jaringan lunak juga perlu diperhatikan secara cermat. Demam merupakan manifestasi klinis utama yang paling sering ditemukan pada wisatawan yang mencari layanan medis di rumah sakit, dengan sekitar 20–30% kasus demam diketahui disebabkan oleh infeksi *Plasmodium falciparum* penyebab malaria (Higuita et al., 2021), (Veit et al., 2024), (Essandoh et al., 2025).

Wisatawan disarankan untuk menerapkan berbagai langkah pencegahan guna mengurangi risiko gigitan nyamuk selama perjalanan. Penggunaan penolak nyamuk/repelant dalam bentuk semprotan atau lotion yang dioleskan langsung ke kulit perlu dilakukan sesuai dengan petunjuk penggunaan pada kemasan. Produk penolak nyamuk yang direkomendasikan umumnya mengandung salah satu bahan aktif seperti DEET (*diethyltoluamide*), Picaridin (Icaridin), IR3535, minyak lemon eucalyptus (OLE), para-menthane-diol (PMD), atau 2-undecanone. Apabila wisatawan juga menggunakan tabir surya, maka penolak nyamuk harus diaplikasikan setelah penggunaan pelindung matahari untuk memastikan efektivitas keduanya.

Wisatawan dianjurkan mengenakan pakaian berwarna terang yang menutupi sebagian besar permukaan tubuh, serta dapat menggunakan pakaian yang telah diberi perlakuan dengan permetrin sebagai tambahan perlindungan. Upaya perlindungan lingkungan juga penting, antara lain dengan memastikan tempat menginap memiliki pendingin ruangan/*Air Conditioner (AC)*, ventilasi yang tertutup kawat kasa, atau penggunaan kelambu berinsektisida saat beristirahat (Higuita et al., 2021), (Ruliansyah & Pradani, 2020), (Mufara & Wahyono, 2023).

2.3. Faktor Sosial Demografi

a. Pendidikan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), pendidikan merupakan proses pengubahan sikap dan perilaku individu dalam upaya mendewasakan manusia melalui kegiatan pengajaran dan pelatihan. Pendidikan mencakup seluruh pengalaman belajar yang diperoleh seseorang di berbagai lingkungan dan berlangsung sepanjang hayat (Mona et al., 2023). Mona et al 2023 menjelaskan bahwa pendidikan adalah usaha sadar yang dilaksanakan melalui kegiatan bimbingan, pengajaran, dan pelatihan, baik di dalam maupun di luar lingkungan sekolah. (Mona et al., 2023). Pendidikan menurut (Presiden RI, 2021) sebagai usaha sadar dan terencana untuk menciptakan suasana belajar serta proses pembelajaran yang memungkinkan peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya. Melalui pendidikan, peserta didik diharapkan memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang berguna bagi diri sendiri, masyarakat, bangsa, dan negara. Menurut (Mona et al., 2023) kegiatan pendidikan dapat berupa pendidikan formal, non formal dan informal.

1. Jalur pendidikan formal merupakan jalur pendidikan yang terstruktur dan jenjang pendidikan termasuk tingkatan pendidikan anak usia dini formal, pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi.
2. Jalur pendidikan nonformal merupakan jenjang pendidikan diluar dari pendidikan formal yang diadakan secara rapi dan memiliki tingkatan. Pendidikan non formal memiliki sistematika di luar sistem sekolah adalah bagian penting dari kegiatan skala besar yang dilakukan secara mandiri atau untuk membantu siswa tertentu mencapai tujuan belajarnya misalnya lembaga kursus, lembaga pelatihan, kelompok belajar, pusat kegiatan belajar masyarakat, dan majelis taklim, serta satuan pendidikan yang sejenis.

3. Jalur pendidikan informal merupakan jalur pendidikan yang dilakukan oleh keluarga dan lingkungan tempat tinggal. Hasil pendidikan diakui sama dengan pendidikan formal dan nonformal setelah peserta didik lulus ujian sesuai dengan standar nasional pendidikan.

Menurut (Presiden RI, 2021) jenjang pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai, dan kemampuan yang dikembangkan. Jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi:

- a. Pendidikan dasar, merupakan jenjang pendidikan yang melandasi jenjang pendidikan menengah, berbentuk Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau bentuk lain yang sederajat serta Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTs), atau bentuk lain yang sederajat.
- b. Pendidikan menengah. Pendidikan menengah merupakan lanjutan pendidikan dasar. Pendidikan menengah terdiri atas pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah kejuruan. Pendidikan menengah berbentuk Sekolah Menengah Atas (SMA), Madrasah Aliyah (MA), Sekolah Menengah Kejuruan (SMK), dan Madrasah Aliyah Kejuruan (MAK), atau bentuk lain yang sederajat.
- c. Pendidikan tinggi merupakan jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi. Perguruan tinggi dapat berbentuk akademi, politeknik, sekolah tinggi, institut, atau universitas.

Jenis pendidikan mencakup pendidikan umum, kejuruan, akademik, profesi, vokasi, keagamaan, dan khusus.

b. Pekerjaan

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS), bekerja diartikan sebagai kegiatan yang dilakukan dengan tujuan memperoleh atau membantu memperoleh penghasilan maupun keuntungan, dengan durasi minimal satu jam dalam periode tertentu. Definisi ini juga mencakup individu yang untuk sementara waktu tidak aktif bekerja, namun masih memiliki pekerjaan atau sedang dalam masa transisi menuju pekerjaan baru. Dengan demikian, konsep bekerja menurut BPS tidak hanya terbatas pada individu yang sedang menjalankan aktivitas kerja, tetapi juga mencakup mereka yang tetap terikat secara fungsional pada kegiatan ekonomi (Badan Pusat Statistik, 2025). Pekerjaan menurut kamus besar Bahasa Indonesia 2021 adalah pencaharian yang dijadikan pokok penghidupan, sesuatu yang dilakukan untuk mendapat nafkah. Tingkat pekerjaan dibedakan menjadi 3 golongan yaitu pekerjaan yang menunjukkan status sosial ekonomi tinggi (PNS golongan IV ke atas, pedagang besar, pengusaha besar dan dokter), sedang (pensiunan PNS golongan IV A keatas, pedagang menengah, PNS golongan III b-III d, guru SMP/SMA, pensiunan PNS golongan II d-IIIb, PNS golongan II d-III b) dan rendah (tukang bangunan, buruh tani, sopir angkutan, pekerjaan lain dengan pendapatan tidak menentu setiap bulannya) (Mona et al., 2023).

c. Pendapatan

Pendapatan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) merupakan hasil kerja (usaha dan sebagainya). Pendapatan adalah upah yang diperoleh dari pekerjaan seseorang. Jumlah pendapatan adalah gabungan pendapatan semua anggota rumah tangga. Sumber pendapatan tidak hanya diperoleh dari hasil kerja individu tapi pendapatan yang diterima dari investasi atau program sosial juga tergolong pendapatan (Mona et al., 2023). Upah minimum provinsi Lampung tahun 2025 berdasarkan Keputusan Gubernur Lampung Nomor: G/835/V.08/HK/2024 tanggal 10 Desember 2024 Tentang

Upah Minimum Provinsi Lampung Tahun 2025 (Gubernur Lampung, 2025) sebesar Rp. 3.305.367.

2.4. Teori Yang Menyatakan Ada Hubungan Faktor Sosial Demografi dengan Perilaku Kesehatan

a. Teori Sosialisasi (Socialization Theory)

Teori ini menyatakan bahwa individu mempelajari norma, nilai, kepercayaan, dan perilaku yang diterima dalam masyarakat melalui interaksi dengan agen-agen sosialisasi seperti keluarga, sekolah, kelompok sebaya, media, dan komunitas. Karakteristik demografi individu sangat memengaruhi proses sosialisasi yang dialaminya. Tahapan usia yang berbeda (anak-anak, remaja, dewasa, lansia) memiliki agen sosialisasi yang berbeda dan harapan perilaku yang berbeda. Sosialisasi gender membentuk peran dan perilaku yang diharapkan dari jenis kelamin laki-laki dan perempuan, yang seringkali berbeda dalam berbagai aspek kehidupan (misalnya, pilihan karir, ekspresi emosi, peran domestik). Latar belakang sosial ekonomi/kelas sosial/pendapatan memengaruhi akses terhadap sumber daya (pendidikan, perawatan kesehatan), jenis lingkungan sosial, dan nilai-nilai yang ditanamkan dalam keluarga, yang semuanya membentuk perilaku. Anak-anak dari keluarga berpendapatan rendah mungkin memiliki pengalaman sosialisasi yang berbeda dibandingkan anak-anak dari keluarga kaya (Maldonado et al., 2018).

b. Teori Pertukaran Sosial (Social Exchange Theory)

Individu melakukan interaksi sosial berdasarkan pertimbangan biaya dan manfaat. Mereka cenderung melakukan perilaku yang menghasilkan penghargaan dan menghindari yang menimbulkan biaya. Pendidikan dan Pekerjaan: Tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan seringkali menentukan sumber daya (finansial, sosial, pengetahuan) yang dimiliki individu, yang kemudian memengaruhi kemampuan mereka dalam interaksi sosial. Misalnya, individu dengan pendidikan tinggi mungkin memiliki akses ke jaringan sosial yang lebih luas dan peluang yang lebih baik.

c. Teori Peran Sosial (*Social Role Theory*)

Perilaku individu sebagian besar ditentukan oleh peran sosial yang mereka emban dalam masyarakat (misalnya, peran sebagai orang tua, karyawan, mahasiswa, warga negara). Peran ini datang dengan seperangkat harapan, norma, dan perilaku yang terkait. Teori ini sangat relevan untuk menjelaskan perbedaan perilaku berdasarkan jenis kelamin, di mana masyarakat menetapkan peran dan harapan yang berbeda untuk laki-laki dan perempuan. Peran sosial berubah seiring usia (misalnya, dari anak ke remaja, ke dewasa, ke pensiunan), dan setiap peran memiliki perilaku yang diharapkan. Status pekerjaan/pendidikan menentukan peran profesional dan sosial seseorang, yang memengaruhi bagaimana mereka berinteraksi di lingkungan kerja atau pendidikan (Maldonado et al., 2018).

2.5. Penelitian Terkait Hubungan Sosiodemografi dan Perilaku Kesehatan

Penelitian Maldonado et al tahun 2018 meneliti hubungan antara sosiodemografi, kesehatan yang dirasakan, dan kebahagiaan pada populasi pasien yang terdiri dari 221 orang dewasa yang direkrut dari 39 praktik perawatan primer di Alabama. Variabel dependen adalah kebahagiaan terbagi atas dua kategori bahagia vs tidak bahagia. Variabel independen meliputi ras (hitam atau putih), usia (< 65 vs. 65 dan lebih tua), jenis kelamin (laki-laki vs. perempuan), pendapatan yang dirasakan (cukup vs. tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar), literasi kesehatan (memadai vs. tidak memadai), dan kesehatan yang dinilai sendiri (sangat baik/sangat baik/baik vs. buruk/sedang). Hasil penelitian menunjukkan literasi kesehatan yang memadai dan kesehatan yang dirasakan lebih baik dikaitkan dengan peningkatan kemungkinan kebahagiaan. Selain itu, hubungan antara pendapatan yang cukup dan kebahagiaan yang dirasakan dimediasi oleh kesehatan yang dirasakan; padahal individu dengan pendapatan memadai cenderung memiliki persepsi kesehatan yang lebih baik, dan akibatnya, lebih mungkin untuk bahagia. Faktor individu lainnya, seperti jenis kelamin, usia, dan ras, tidak berhubungan secara signifikan dengan kebahagiaan atau persepsi Kesehatan (Maldonado et al., 2018).

Demografi adalah ilmu yang mempelajari tentang kependudukan. Sosiologi kesehatan adalah ilmu terapan dari kajian sosiologi dalam konteks kesehatan. Prinsip dasarnya adalah penerapan konsep dan metode disiplin sosiologi dalam mendeskripsikan, menganalisis dan memecahkan masalah kesehatan. Kajian demografi menjadi dasar bagi penyusunan kebijakan publik diantaranya Kesehatan. Sosial demografi adalah dimana ilmu kependudukan melihat hubungan antara populasi dengan faktor sosial. Demografi kesehatan adalah ilmu kependudukan yang menelaah faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan dan penyakit dalam populasi, dimana kajian ini membantu dalam merencanakan program kesehatan diantaranya pengobatan penyakit endemik. Karakteristik populasi diantaranya adalah usia, jenis kelamin, Tingkat pendidikan dan pekerjaan, pendapatan (Mifbakhuddin, 2024).

2.6. *Health Belief Model*

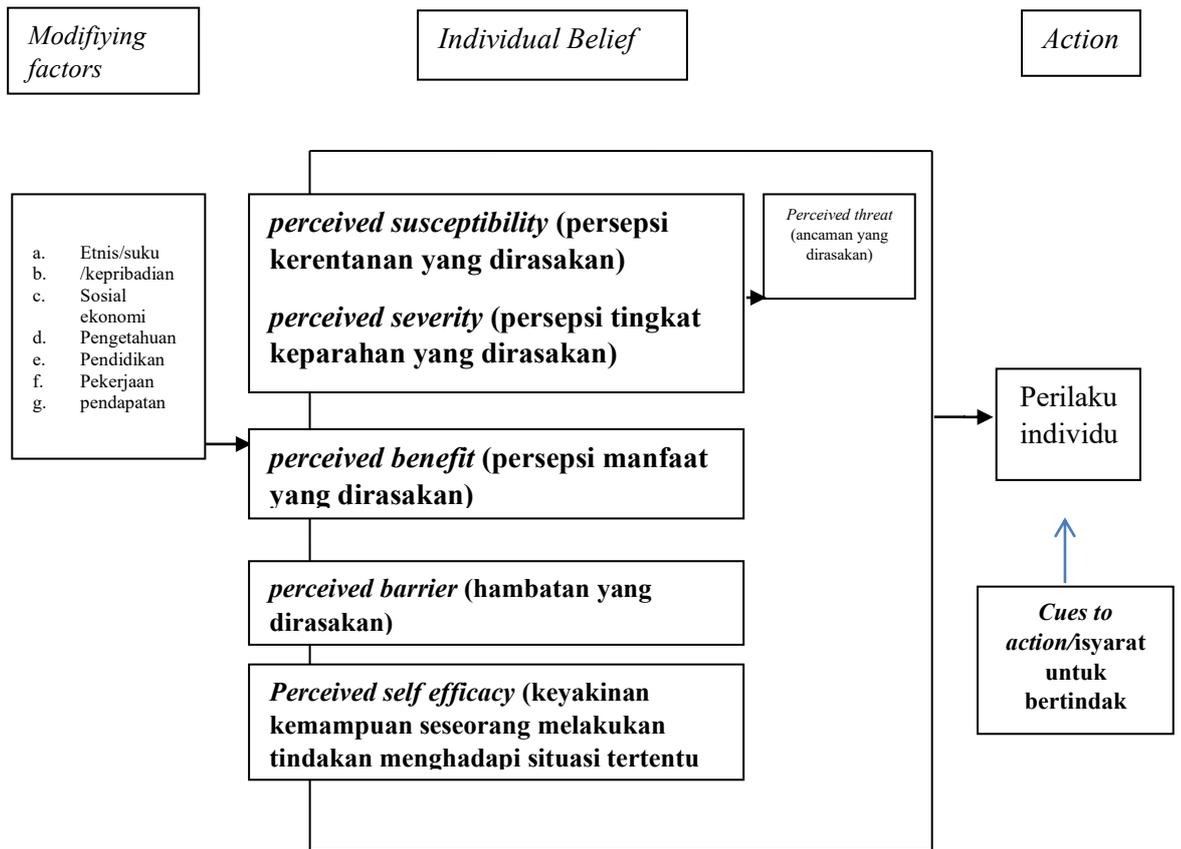
2.6.1. Konsep *Health Belief Model* (HBM)

Health Belief Model berisi beberapa konsep utama yang memprediksi mengapa seseorang akan mengambil tindakan untuk mencegah, melakukan skrining, atau mengendalikan penyakit termasuk kerentanaan (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021). Dengan mempertimbangkan *modifying faktor* seperti usia, jenis kelamin, etnis, personaliti, sosial ekonomi, ataupun pengetahuan, HBM adalah hasil dari kesatuan *core belief* / kepercayaan dasar individu terdiri atas:

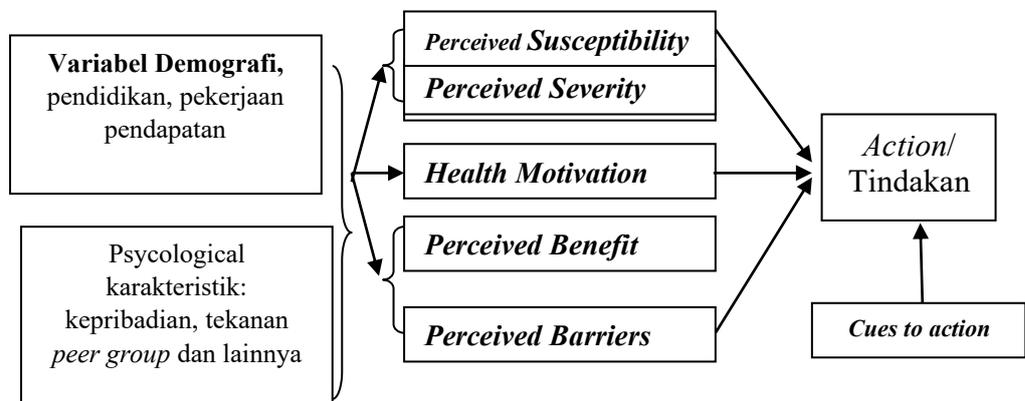
- a. *Perceived susceptibility* (persepsi kerentanan penyakit yang dirasakan).
- b. *Perceived severity* (tingkat keparahan penyakit yang dirasakan).
- c. *Perceived benefits* (persepsi manfaat tindakan pencegahan yang dirasakan).
- d. *Perceived barrier* (hambatan yang dirasakan)
- e. *Self efficacy* (keyakinan akan kemampuan seseorang melakukan tindakan pencegahan menghadapi situasi tertentu)

Serta dibantu *cues to action* (isyarat untuk bertindak) untuk mewujudkan aksi/perilaku (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021).

Gambaran HBM Menurut Beberapa Referensi



Gambar 2.3 *Health Belief Model* (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021)



Gambar 2.4 (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021)

Health Belief Model berfokus pada dua aspek representasi individu terhadap kesehatan dan perilaku kesehatan, yaitu persepsi ancaman dan evaluasi perilaku.

- Persepsi ancaman mencakup, yakni persepsi kerentanan terhadap penyakit atau masalah kesehatan, serta persepsi keparahan konsekuensi yang mungkin ditimbulkan.
- Evaluasi perilaku terdiri atas keyakinan mengenai manfaat atau efektivitas perilaku kesehatan yang dianjurkan, serta keyakinan mengenai hambatan atau biaya dalam menerapkan perilaku tersebut (Alyafei & Easton, 2024).

Selain itu, model ini mengemukakan bahwa isyarat untuk bertindak dapat memicu perilaku kesehatan ketika individu memiliki keyakinan yang tepat. Isyarat tersebut dapat berupa beragam pemicu, misalnya persepsi individu terhadap gejala, pengaruh sosial, maupun kampanye pendidikan kesehatan

Model ini memprediksi bahwa individu akan mengambil tindakan untuk melindungi atau mempromosikan kesehatan jika:

- a. Mereka menganggap diri mereka rentan terhadap suatu kondisi atau masalah.
- b. Mereka percaya itu akan berpotensi konsekuensi serius.
- c. Mereka percaya ada tindakan yang akan mengurangi kerentanan mereka, atau meminimalkan konsekuensinya.
- d. Mereka percaya bahwa manfaat dari mengambil tindakan akan lebih besar daripada biaya atau hambatan (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021).

2.6.2. Pengukuran HBM

Menurut pengukuran HBM dapat menggunakan kuesioner yang disusun sendiri oleh peneliti dengan berdasarkan pada komponen *Health Belief Model* (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021). Empat pilihan jawaban dari pertanyaan sangat setuju (ss), setuju (s), tidak setuju (ts), dan sangat tidak setuju (sts). Hal ini dilakukan dengan alasan bahwa jika ada lima alternatif jawaban, responden cenderung memilih alternatif yang di

tengah dan juga dengan alasan untuk lebih memudahkan subjek dalam pengisian alat ukur.

Skala Likert digunakan untuk mengungkap dimensi *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, dan *self efficacy*. Pernyataan-pernyataan dalam skala tersebut bersifat *favorable* (pernyataan positif), yaitu pernyataan yang mendukung objek sikap dengan bobot nilai $ss = 4$, $s = 3$, $ts = 2$, dan $sts = 1$ dan *unfavorable* (pernyataan negatif), yaitu pernyataan anti objek sikap dengan bobot nilai $ss = 1$, $s = 2$, $ts = 3$, dan $sts = 4$.

2.6.3. Hubungan HBM dan Sub Skala HBM

2.6.3.1. *Perceived Susceptibility* (Persepsi Kerentanan Yang Dirasakan)

Perceived susceptibility (persepsi kerentanan yang dirasakan). Kerentanan yang dirasakan mengacu pada keyakinan tentang kemungkinan terjangkit suatu penyakit/gangguan kesehatan tertentu. Operasionalisasi kerentanan adalah pertanyaan yang menekankan konsep kemungkinan dugaan terkena penyakit, kemungkinan menjadi sakit, kemungkinan pengulangan menjadi sakit kembali. Kepercayaan kerentanan bercirikan tiga tahap yaitu tahap pertama melibatkan kesadaran bahwa ancaman kesehatan ada, tahap kedua keterlibatan untuk menentukan seberapa berbahayanya ancaman itu dan seberapa banyak orang yang kemungkinan akan berpengaruh. Tahap ketiga adalah ketika ancaman telah dipersonalisasi, kerentanan pribadi akan diakui (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021).

2.6.3.2. *Perceived Severity* (Tingkat Keparahan Yang Dirasakan)

Penilaian tentang keseriusan tertular penyakit dan termasuk evaluasi konsekuensi medis dan klinis serta komplikasi yang mungkin timbul (misalnya penyakit dapat menimbulkan kesakitan, kecacatan atau bahkan kematian) dan kemungkinan konsekuensi sosial (seperti efek dari penyakit dapat mengganggu pekerjaan, mengganggu produktivitas kerja,

berefek pada kehidupan berkeluarga dan hubungan sosial). Kombinasi antara kerentanan dan tingkat keparahan disebut sebagai ancaman yang dirasakan. Terdapat 3 dimensi keparahan yaitu *visibilitas disablement* (ringan vs parah), waktu onset (dalam waktu dekat vs beberapa lama/jauh didepan), tingkat onset (bertahap vs tiba-tiba). Jika efek dari suatu penyakit kuat/parah maka semakin kuat niat untuk mengambil tindakan pencegahan. Komponen keparahan dapat juga dibagi menjadi (keparahan penyakit jika ditangani segera vs keparahan penyakit jika ditangani terlambat). Penilaian ancaman dianggap berkontribusi pada manfaat subjektif dari mengambil tindakan dibandingkan tidak mengambil tindakan (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021).

2.6.3.3. *Perceived Benefits* (Manfaat Yang Dirasakan)

Perceived benefit terdiri dari manfaat medis dan psikososial dalam perilaku yang meningkatkan Kesehatan. Bahkan jika seseorang mempersepsikan kerentanan pribadi sebagai hal yang serius/kondisi kesehatan (ancaman yang dirasakan), apakah persepsi ini mengarah pada perubahan perilaku akan dipengaruhi oleh keyakinan orang tersebut mengenai manfaat yang dirasakan dari beragam tindakan yang tersedia untuk mengurangi ancaman penyakit. Persepsi yang tidak terkait kesehatan lainnya, seperti tabungan finansial yang akan didapat jika dengan berhenti merokok atau berhenti merokok akan meningkatkan derajat kesehatan keluarga sehingga dapat juga memengaruhi keputusan perilaku. Individu yang menunjukkan keyakinan optimal dalam kerentanan dan keparahan tidak diharapkan untuk menerima tindakan kesehatan yang direkomendasikan kecuali mereka juga menganggap tindakan tersebut berpotensi bermanfaat dengan mengurangi ancaman (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021).

Perceived benefits, yaitu mengukur keyakinan orang mengenai manfaat yang dirasakan dari berbagai tindakan yang tersedia untuk mengurangi ancaman penyakit. Individu menunjukkan keyakinan optimal dalam

kerentanan dan keparahan yang tidak diharapkan untuk menerima tindakan kesehatan yang dianjurkan dan mereka juga menganggap tindakan yang dilakukan sebagai sesuatu yang berpotensi menguntungkan dan mengurangi ancaman (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021).

2.6.3.4. *Perceived Barrier* (Hambatan Yang Dirasakan)

Komponen hambatan terdiri atas hambatan praktis untuk melakukan perilaku (misal waktu, biaya, ketersediaan, transportasi, waktu tunggu, biaya psikologis terkait untuk melakukan perilaku tersebut, rasa sakit, rasa malu yang ditimbulkan, ancaman terhadap kesejahteraan hidup, gaya hidup dan mata pencaharian (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021).. Aspek negatif potensial dari tindakan kesehatan tertentu dirasakan hambatan dapat bertindak sebagai penghalang untuk melakukan perilaku yang direkomendasikan. Sebuah ketidaksadaran, analisis biaya-manfaat dilakukan individu dalam menimbang manfaat tindakan yang diharapkan dengan hambatan yang dirasakan. Misalnya analisis yang dilakukan individu adalah melakukan upaya mengelola penyakit bisa membantu untuk hidup lebih sehat, tapi mungkin saja mahal (karena melakukan anjuran), memiliki efek samping negatif (karena harus tidur menggunakan kelambu berinsektisida dianggap merepotkan, tidak menyenangkan, tidak nyaman). Dengan demikian, gabungan tingkat kerentanan dan tingkat keparahan menyediakan energi atau kekuatan untuk bertindak dan persepsi manfaat (minus hambatan) memberikan jalan tindakan yang disukai. *Perceived barriers*, yaitu mengukur penilaian individu mengenai besar hambatan yang ditemui untuk mengadopsi perilaku kesehatan yang disarankan, seperti hambatan finansial, fisik, dan psikososial (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021).

2.6.3.5. *Cues To Action* dengan HBM

Cues to action (isyarat untuk bertindak) merupakan variabel yang memengaruhi perilaku individu dalam ranah aksi. Isyarat dapat memicu

tindakan, kesiapan untuk mengambil tindakan (persepsi kerentanan dan manfaat yang dirasakan) hanya dapat ditingkatkan oleh faktor-faktor lain, terutama dengan isyarat untuk memicu tindakan, seperti peristiwa/keluhan di tubuh, atau oleh peristiwa lingkungan, seperti publikasi media. *Cues to action* merupakan pemicu/rangsangan yang mengaktifkan niat dan kesiapan individu setelah seseorang memiliki pengetahuan dan persepsi tertentu terhadap suatu masalah kesehatan. *Cues to action* dapat berasal dari faktor internal dan eksternal yang menggerakkan individu untuk bertindak. Faktor eksternal diantaranya tokoh agama, tokoh adat, aparat desa, menonton berita televisi atau berita radio tentang penyakit tertentu dan membaca petunjuk penanganan merupakan isyarat untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku yang terkait kesehatan (Skinner et al., 2024).

Agar perubahan perilaku berhasil, orang harus merasa terancam oleh pola perilaku mereka saat ini (persepsi kerentanan dan tingkat keparahan) dan percaya bahwa perubahan jenis tertentu akan menghasilkan hasil yang dihargai dengan biaya yang dapat diterima (dirasakan manfaat). Mereka juga harus merasa diri mereka kompeten (mandiri) untuk mengatasi hambatan yang dirasakan untuk mengambil tindakan (Skinner et al., 2024).

2.7. Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu untuk mendukung penelitian ini ada dalam tabel 2.3

Tabel 2.3 Penelitian Terdahulu

Nama Peneliti/tahun penelitian	Judul penelitian	Jenis penelitian	Populasi/sampel	Teknik analisis data	Hasil penelitian
(D. Rodríguez et al., 2021)	<i>Human Behavior, Livelihood, and Malaria Transmission in Two Sites of Papua New Guinea</i> (wilayah mungil/daerah hutan hujan pedalaman dan Lemakot/pulau utama)	<i>Mix method</i> (kuantitatif dan kualitatif)	Populasi 3364 individu di 4 desa di wilayah Mugil dan 5470 di 4 desa di wilayah Lemakot. Sampel survei mencakup 1927 peserta di 398 rumah tangga di Mugil dan 1202 peserta di 309 rumah tangga di Lemakot. Dilakukan 16 <i>Indept interview</i> dan 16 <i>FGD</i> . Data dikumpulkan dari September 2016 hingga oktober 2017.	Teknik analisis data kuantitatif melalui <i>Malaria Indicator Survey/MIS</i> menganalisis univariat, bivariat dengan chi square Kualitatif dengan <i>indepth interviews</i> /wawancara mendalam, <i>focus group discussions (FGD)</i>	Penggunaan kelambu adalah metode pencegahan yang paling sering disebutkan di kedua lokasi studi. Konsumsi antimalaria baru-baru ini dilaporkan oleh 8% orang di Mugil tetapi hanya 4% di Lemakot. Makan malam berlangsung antara pukul 18.00 dan 20.00 dan seluruh keluarga berkumpul di luar ruangan. mengandung risiko paparan potensial. Periode Setelah makan malam (Pukul 20.00 hingga Waktu Tidur) pergi memancing dengan tombak atau berburu di malam hari atau menonton pertandingan olahraga atau film di layar televisi luar ruangan merupakan risiko paparan potensial.

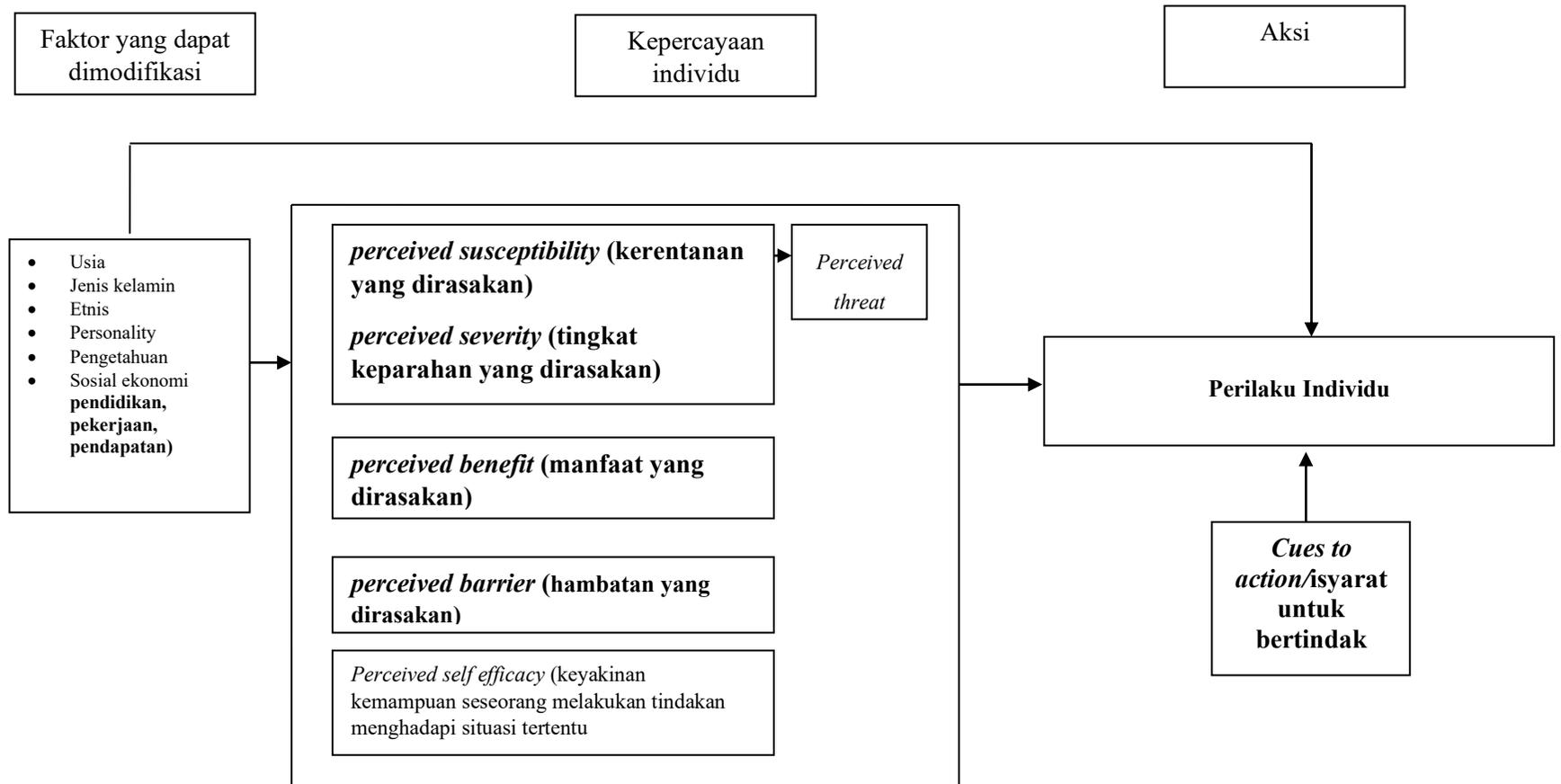
Tabel 2.3 Penelitian Terdahulu (lanjutan)

Nama Peneliti/tahun penelitian	Judul penelitian	Jenis penelitian	Populasi/sampel	Teknik analisis data	Hasil penelitian
(Pranoto, 2022)	Determinan yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Malaria di Wilayah Kerja UPTD. Puskesmas Hanura Kecamatan Teluk Pandan Kabupaten Pesawaran Tahun 2022	Kerentanan yang dirasakan tentang kemungkinan mendapatkan penyakit, tingkat keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, keyakinan akan kemampuan seseorang melakukan tindakan menghadapi situasi tertentu), bersama dengan modifying faktor (sosial demografi faktor) dan melakukan aksi (perilaku individu) dengan dibantu oleh <i>cues to action</i> (isyarat untuk bertindak)	Populasi 9.533 Kepala Keluarga, sampel 384 orang.	Kuantitatif dengan pendekatan cross sectional	Terdapat hubungan <i>Perceived susceptibility</i> (kerentanan yang dirasakan) ($OR=6,4$), (manfaat yang dirasakan) ($OR=4,3$), <i>Perceived barrier</i> (hambatan yang dirasakan) ($OR=3,1$), <i>cues to action</i> (isyarat untuk bertindak) ($OR=2,8$) <i>perceived susceptibility</i> menjadi variabel yang paling dominan pengaruhnya terhadap perilaku pencegahan malaria dengan ($OR 7,1$) disusul oleh <i>perceived barrier</i> ($OR 3,8$) dan <i>cues to action</i> ($OR 3,4$).

Tabel 2.3 Penelitian Terdahulu (lanjutan)

Nama Peneliti/tahun penelitian	Judul penelitian	Jenis penelitian	Populasi/sampel	Teknik analisis data	Hasil penelitian
(Apsari et al., 2023)	Malaria pada wisatawan hamil	Kualitatif		Studi literatur	Selain kemoprofilaksis, pencegahan malaria mencakup penggunaan tindakan penghindaran nyamuk seperti obat nyamuk
(Naserrudin et al., 2022)	<i>The Role of Human Behavior in Plasmodium knowlesi Malaria Infection: A Systematic Review</i> (Peran Perilaku Manusia dalam Infeksi Malaria <i>Plasmodium knowlesi</i> : Tinjauan Sistematis)	12 penelitian	kualitatif	<i>Literature rievew</i>	Sikap, kesalahpahaman tentang penyakit, ancaman penyakit yang dirasakan, kurangnya motivasi, dan kepercayaan supernatural atau tradisional yang menyebabkan individu mencari pengobatan dari tabib tradisional memengaruhi paparan individu atau komunitas terhadap malaria <i>Plasmodium knowlesi</i> , aktivitas kehutanan (2,48, 1,45–4,23, 95% CI, p = 0,0010) dan tidur di luar ruangan (3,611, 1,48–8,85, 95% CI, p = 0,0049)

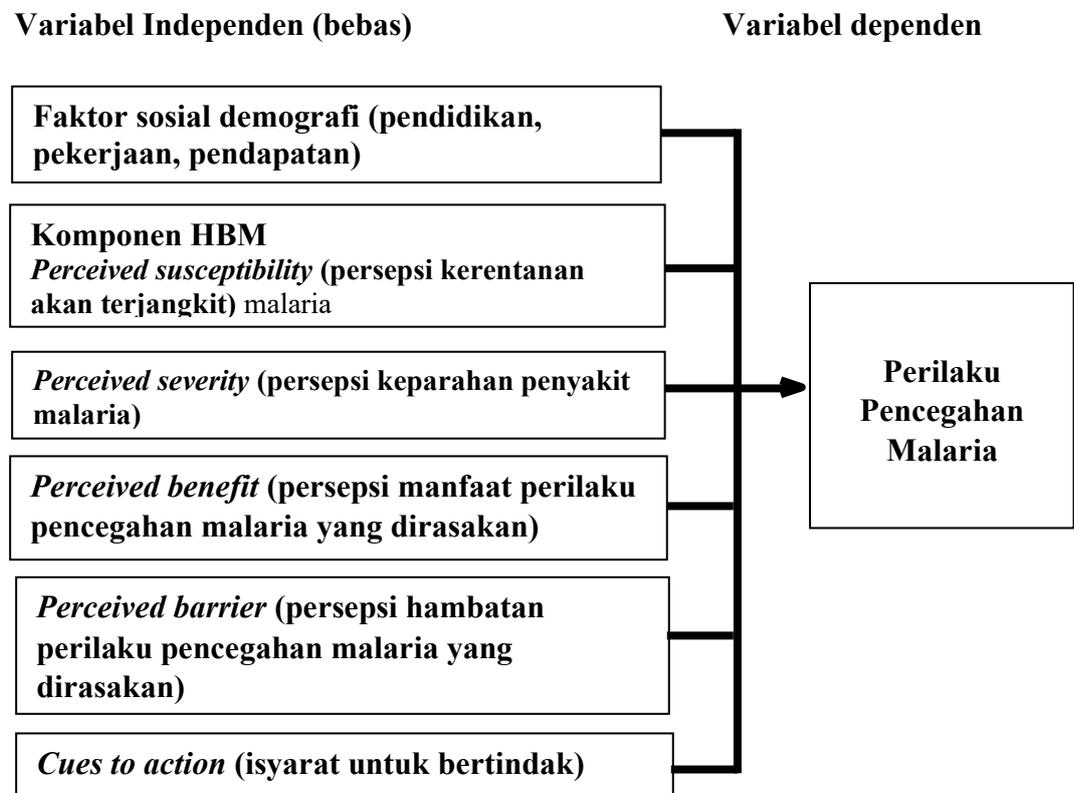
2.8. Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Modifikasi Teori HBM (Skinner et al., 2024) (Pakpahan et al., 2021)

2.9. Kerangka Konsep



Gambar 2.6 Kerangka Konsep Penelitian

2.10. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- Ho Tidak ada hubungan sosial demografi (pendidikan) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung

Ha Ada hubungan sosial demografi (pendidikan) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung
- Ho Tidak ada hubungan sosial demografi (pekerjaan) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung

- Ha Ada hubungan sosial demografi (pekerjaan) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung
3. Ho Tidak ada hubungan sosial demografi (pendapatan) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung
- Ha Ada hubungan sosial demografi (pendapatan) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung
4. Ho Tidak ada hubungan *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan terkena penyakit malaria) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung
- Ha Ada hubungan *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan terkena penyakit malaria) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung
5. Ho Tidak ada hubungan *perceived severity* (persepsi keparahan penyakit malaria) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung
- Ha Ada hubungan *perceived severity* (persepsi keparahan penyakit malaria) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung
6. Ho Tidak Ada hubungan *perceived benefit* (persepsi manfaat perilaku pencegahan malaria) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung
- Ha Ada hubungan *perceived benefit* (persepsi manfaat perilaku pencegahan malaria) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung
7. Ho Tidak ada hubungan *perceived barriers* (persepsi hambatan perilaku pencegahan malaria) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung
- Ha Ada hubungan *perceived barriers* (persepsi hambatan perilaku pencegahan malaria) dengan perilaku pencegahan malaria pada

wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung

8. Ho Tidak ada hubungan *cues to action* (isyarat bertindak pencegahan malaria) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung
- Ha ada hubungan *cues to action* (isyarat bertindak pencegahan malaria) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian analitik observasional dengan rancangan *cross sectional*.

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada Agustus - November 2025 di Kabupaten Pesawaran. Mengacu pada SK Dirjen P2 Nomor HK.02.02/C/246/2025 tanggal 27 April 2025 tentang penetapan kabupaten/kota endemis malaria serta Peraturan Bupati Pesawaran no 25 tahun 2016 tentang penetapan kawasan perdesaan berbasis wisata bahari dan warisan budaya di Kabupaten Pesawaran. Lokasi penelitian berada di wilayah wisata daerah endemis malaria yang mencakup tiga kecamatan: Punduh Pidada, Marga Punduh, dan Teluk Pandan.

3.3. Variabel Penelitian

Variabel independen dalam penelitian ini adalah sosial demografi (pendidikan, pekerjaan, pendapatan), *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan penyakit malaria), *perceived severity* (persepsi keparahan penyakit malaria), *perceived benefit* (persepsi manfaat perilaku pencegahan malaria), *perceived barriers* (persepsi hambatan perilaku pencegahan malaria), *cues to action* (isyarat untuk bertindak melakukan pencegahan malaria) serta variabel dependennya adalah perilaku pencegahan malaria pada wisatawan.

3.4. Definisi Operasional

Definisi Operasional penelitian ini terdapat pada tabel 3.1

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Dependen						
1	Perilaku pencegahan malaria	<p>Upaya yang dilakukan wisatawan dalam pencegahan malaria diantaranya saat merencanakan perjalanan, memilih penginapan dan travel dan saat dilokasi wisata.</p> <p>Saat merencanakan perjalanan mencakup mencari informasi tentang risiko kesehatan lokasi tujuan wisata, terpapar informasi tentang gejala, pencegahan malaria, cara perlindungan dari malaria (lotion anti nyamuk, baju cerah, baju tertutup)</p> <p>Saat memilih travel mencakup fasilitas pencegahan malaria yang tersedia, memilih penginapan memiliki kasa nyamuk dan menyediakan kelambu</p> <p>Saat dilokasi wisata (menggunakan pakaian tangan panjang dan celana panjang berwarna cerah, menggunakan lotion anti nyamuk saat beraktivitas, menggunakan kelambu saat tidur dan menghindari kegiatan luar ruangan dari jam 6 sore-6 pagi)</p>	Wawancara	Kuesioner	<p>0= Melakukan jika skor \geq mean 37 (37- 54)</p> <p>1= Tidak melakukan jika skor $<$ mean 37 (16-36)</p>	Ordinal
Variabel Independen						
2	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal yang berhasil ditamatkan dan mendapatkan ijazah	wawancara	Kuesioner	<p>0= Pendidikan tinggi (Perguruan Tinggi)</p> <p>1= Pendidikan menengah - rendah (SMA, SMP, SD sederajat)</p>	Ordinal

Tabel 3.1. Definisi Operasional (lanjutan)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
3	Pekerjaan	Kegiatan atau profesi yang dilakukan oleh responden untuk mendapatkan penghasilan.	wawancara	Kuesioner	0= Sektor formal 1= Sektor informal	Ordinal
4	Pendapatan	Jumlah rata-rata penghasilan uang yang diterima oleh suami dan istri dari berbagai sumber dalam waktu sebulan terakhir	wawancara	Kuesioner	0= \geq UMP Lampung Rp2.893.070 per bulan 1= $<$ UMP Lampung Rp2.893.070per bulan	Ordinal
5	<i>Perceived susceptibility</i>	Pernyataan tentang kesadaran bahwa a. ancaman kesehatan penyakit malaria ada, b. seberapa bahanya ancaman malaria dan seberapa banyak orang yang kemungkinan akan berpengaruh, c. ancaman malaria telah dipersonalisasi dan kerentanan pribadi diakui oleh responden	wawancara	Kuesioner	0= Tinggi jika skor \geq mean 31 (31-47) 1= Rendah jika skor $<$ mean 31 (14-30)	Ordinal
6	<i>Perceived severity</i>	Pernyataan perasaan tentang a. keseriusan tertular penyakit malaria serta evaluasi konsekuensi medis dan klinis akibat penyakit maria (dapat menimbulkan kesakitan, komplikasi dan kematian) b. keseriusan tertular penyakit malaria serta evaluasi konsekuensi sosial akibat penyakit maria (dapat mengganggu pekerjaan dan produktivitas kerja)	wawancara	Kuesioner	0= Tinggi jika skor \geq mean 22 (22-33) 1= Rendah jika skor $<$ mean 31 (10-21)	Ordinal

Tabel 3.1. Definisi Operasional (Lanjutan)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
7	<i>Perceived benefit</i>	Pernyataan wisatawan terkait keyakinan bahwa keuntungan dari melakukan tindakan pencegahan malaria dapat mengurangi ancaman penyakit, keuntungan finansial, dan menimbulkan rasa aman saat berwisata.	Wawancara	Kuesioner	0= Tinggi jika skor \geq mean 18 (18-27) 1= Rendah jika skor $<$ mean 18 (8-17)	Ordinal
8	<i>Perceived barrier</i>	Pernyataan wisatawan terkait a. hambatan waktu, akses sumber informasi dalam mencari informasi lokasi tujuan wisata b. hambatan dari pengelola wisata (tidak memberitahu bahwa lokasi wisata daerah endemis malaria, tidak menyediakan sarana dan waktu nyamuk malaria aktif) c. hambatan efek/dampak rasa tidak menyenangkan, tidak nyaman dan kerugian material jika melakukan tindakan pencegahan	Wawancara	Kuesioner	0= Rendah jika skor \geq median 27 (27-28) 1= Tinggi jika skor $<$ median 27(9-26)	Ordinal
9	<i>Cues to action</i> (isyarat untuk bertindak)	Pernyataan responden terkait a. Kesiapan untuk melakukan tindakan pencegahan malaria b. Adanya peristiwa yang memicu isyarat bertindak (membaca informasi ada wisatawan yang sepulang berwisata dari daerah endemis malaria sakit, dan atau meninggal karena malaria) c. Pernyataan bahwa responden merasa dirinya kompeten dan mampu melakukan secara mandiri untuk mengatasi hambatan dalam melakukan tindakan pencegahan malaria	wawancara	Kuesioner	0= Positif jika skor \geq median 26 (26-44) 1= Negatif jika skor $<$ median 26 (22-25)	Ordinal

3.5. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah rata-rata per bulan wisatawan lokal asal Warga Negara Indonesia (WNI) yang datang dan berkunjung ke kawasan pesisir pantai Kabupaten Pesawaran pada September - November 2025.

2. Sampel

Setelah didapatkan data populasi, maka sampel dalam penelitian dihitung menggunakan rumus proporsi sebagai berikut:

$$n = \frac{Z\alpha^2.P.Q}{d^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel yang dibutuhkan

d = tingkat kepercayaan / ketepatan yang diinginkan

z = nilai z untuk tingkat kepercayaan 95% adalah 1,96

$z\alpha = 1,96$

P-value = perkiraan proporsi populasi, karena tidak diketahui maka gunakan 5% = 0,5

Q = 1-p = 0,5

d = Tingkat kesalahan pada penelitian ini dipakai 10%

$$n = \frac{(1,96)^2.(0,5).(0,5)}{(0,1)^2}$$

$$n = \frac{(3,8416).(0,5).(0,5)}{(0,01)}$$

$$n = \frac{0,9604}{0,01}$$

$$n = 96,04 = 97$$

Jumlah sampel yang di dapat sebanyak 96,04 sampel, sehingga sampel dalam penelitian ini adalah 97 responden. Untuk mengantisipasi

responden yang mengundurkan diri selama penelitian maka sampel ditambahkan 10% dari perhitungan ($10\% \times 97 = 10$), sehingga total sampel adalah 107 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling*. *Consecutive sampling* atau pengambilan sampel berurutan (misal sesuai waktu saat ditemui) adalah teknik non-probabilitas di mana peneliti memilih sampel secara berurutan, dengan memasukkan semua individu yang memenuhi kriteria penelitian hingga jumlah sampel yang diinginkan tercapai. Ini adalah cara yang mudah dan cepat untuk mendapatkan sampel, terutama dalam penelitian eksplorasi atau ketika jumlah subjek yang memenuhi kriteria terbatas.

Kriteria inklusi responden, yaitu:

- a. Wisatawan domestik berusia ≥ 15 tahun
- b. Menginap di daerah endemis malaria pesisir Lampung minimal 1 malam
- c. Dapat membaca dan menulis
- d. Bersedia menjadi responden penelitian

Kriteria eksklusi, yaitu

- a. Wisatawan yang mengalami hambatan berkomunikasi (tuna rungu)

3.6. Pengumpulan Data

3.6.1. Sumber Data

Data yang dikumpulkan pada penelitian ini berupa data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang dikumpulkan secara langsung dari sumber datanya. Data primer diperoleh melalui wawancara peneliti berdasarkan kuesioner yang diajukan langsung kepada responden. Data primer yang dikumpulkan meliputi sosiodemografi (pendidikan, pekerjaan, pendapatan) *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan terkena malaria), *perceived severity* (persepsi keparahan penyakit malaria), *perceived benefit* (persepsi manfaat melakukan pencegahan malaria), *perceived barriers* (persepsi hambatan melakukan pencegahan malaria), *cues to action* (isyarat untuk bertindak) serta perilaku

pengecahan malaria. Data sekunder adalah data yang dikumpulkan dari berbagai sumber yang telah ada dimana peneliti sebagai tangan kedua, data sekunder meliputi data berjenjang malaria dari WHO, Kemenkes, Dinas Kesehatan Propinsi Lampung, Dinas Kesehatan Kabupaten Pesawaran serta data terkait pariwisata dari Dinas Pariwisata Kabupaten Pesawaran serta travel agen di Pesawaran.

3.6.2. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner penelitian, berisi:

- a. Pertanyaan tentang *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan terkena malaria) dengan 14 soal dan 4 pilihan jawaban jika menjawab SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1, skor dijumlahkan. Untuk mengetahui suatu data terdistribusi normal atau tidak, peneliti menggunakan nilai hasil nilai skewness dibagi standar eror jika hasilnya ≤ 2 maka artinya data terdistribusi normal dan nilai mean digunakan sebagai *cut off point*, jika hasilnya > 2 maka data tidak terdistribusi normal sehingga nilai median yang menjadi *cut off point*. Didapatkan $0,009/0,234 = 0,38 (< 2)$ artinya data terdistribusi normal dan nilai mean dipakai sebagai *cut off point*, dicari nilai mean didapatkan nilai (31) dan dilakukan koding. Koding 0 disebut kategori tinggi jika skor \geq mean (31), diberi koding 1 kategori rendah jika skor $<$ mean (31).
- b. Pertanyaan tentang *perceived severity* (persepsi keparahan penyakit malaria) dengan 10 soal dan 4 pilihan jawaban jika menjawab SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1, skor dijumlahkan. Untuk mengetahui suatu data terdistribusi normal atau tidak, peneliti menggunakan nilai hasil nilai skewness dibagi standar eror jika hasilnya ≤ 2 maka artinya data terdistribusi normal dan nilai mean digunakan sebagai *cut off point*, jika hasilnya > 2 maka data tidak terdistribusi normal sehingga nilai median yang menjadi *cut off point*. Didapatkan nilai $0,288/0,234 = 0,88 (< 2)$ artinya data terdistribusi normal dan nilai

mean dipakai sebagai *cut off point*. Dicari nilai mean (22) dan dilakukan koding. Koding 0 disebut kategori tinggi jika skor \geq mean (22), diberi koding 1 kategori rendah jika skor $<$ mean (22).

- c. Pertanyaan tentang *perceived benefit* (persepsi manfaat melakukan pencegahan malaria) 8 soal dengan 4 pilihan jawaban jika menjawab SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1, skor dijumlahkan. Untuk mengetahui suatu data terdistribusi normal atau tidak, peneliti menggunakan nilai hasil nilai skewness dibagi standar eror jika hasilnya ≤ 2 maka artinya data terdistribusi normal dan nilai mean digunakan sebagai *cut off point*, jika hasilnya > 2 maka data tidak terdistribusi normal sehingga nilai median yang menjadi *cut off point*. Didapatkan nilai $0,323/0,234 = 1,3 (< 2)$ artinya data terdistribusi normal dan nilai mean dipakai sebagai *cut off point*. Dicari nilai mean (18) dan dilakukan koding. Koding 0 disebut kategori tinggi jika skor \geq mean (18), diberi koding 1 kategori rendah jika skor $<$ mean (18).
- d. Pertanyaan tentang *perceived barriers* (persepsi hambatan melakukan pencegahan malaria) 9 soal dengan 4 pilihan jawaban jika menjawab SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1, skor dijumlahkan. Untuk mengetahui suatu data terdistribusi normal atau tidak, peneliti menggunakan nilai hasil nilai skewness dibagi standar eror jika hasilnya ≤ 2 maka artinya data terdistribusi normal dan nilai mean digunakan sebagai *cut off point*, jika hasilnya > 2 maka data tidak terdistribusi normal sehingga nilai median yang menjadi *cut off point*. Didapatkan nilai $0,562/0,234 = 2,4 (> 2)$ artinya data terdistribusi tidak normal dan nilai median dipakai sebagai *cut off point*. Dicari nilai median (27) dan dilakukan koding. Koding 0 disebut kategori hambatan rendah jika skor \geq median (27), diberi koding 1 kategori hambatan tinggi jika skor $<$ median (27).
- e. Pertanyaan tentang *cues to action* (isyarat untuk bertindak) 11 soal dengan 4 pilihan jawaban jika menjawab SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1, skor dijumlahkan. Untuk mengetahui suatu data terdistribusi normal atau tidak, peneliti menggunakan nilai hasil nilai skewness

dibagi standar eror jika hasilnya ≤ 2 maka artinya data terdistribusi normal dan nilai mean digunakan sebagai *cut off point*, jika hasilnya > 2 maka data tidak terdistribusi normal sehingga nilai median yang menjadi *cut off point*. Didapatkan nilai $0,689/0,234 = 2,9 (> 2)$ artinya data terdistribusi tidak normal dan nilai median dipakai sebagai *cut off point*. Dicari nilai median (26) dan dilakukan koding. Koding 0 disebut kategori positif jika skor \geq median (26) nilai 26-44, diberi koding 1 kategori negatif jika skor $<$ median (22-25).

- f. Pertanyaan tentang perilaku pencegahan malaria wisatawan diukur menggunakan dengan 16 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban tidak pernah skor 1, kadang-kadang skor 2, sering skor 3, selalu skor 4 lalu skor dijumlahkan. Untuk mengetahui suatu data terdistribusi normal atau tidak, peneliti menggunakan nilai hasil nilai skewness dibagi standar eror jika hasilnya ≤ 2 maka artinya data terdistribusi normal dan nilai mean digunakan sebagai *cut off point*, jika hasilnya > 2 maka data tidak terdistribusi normal sehingga nilai median yang menjadi *cut off point*. Didapatkan nilai $0,195/0,234 = 0,82 (< 2)$ artinya data terdistribusi normal dan nilai mean dipakai sebagai *cut off point*. Dicari nilai mean (37). Jika skor \geq mean (37) diberi koding 0 disebut kategori melakukan perilaku pencegahan, jika skor $<$ mean (37) diberi koding 1 dan masuk kategori tidak melakukan perilaku pencegahan.

3.6.3. Proses Pengumpulan Data

Penelitian dimulai pada bulan Agustus 2025, peneliti dibantu 4 orang enumerator dengan latar belakang pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat dan Sarjana Keperawatan. Untuk mempersiapkan responden dilakukan proses wawancara di lapangan. Sebelum melakukan pengumpulan data dengan terlebih dahulu peneliti melakukan *briefing* pada enumerator tentang kegiatan yang dilakukan untuk selanjutnya memberi penjelasan tentang kegiatan pada responden.

3.6.4. Persiapan Penelitian

Persiapan yang peneliti lakukan adalah melakukan pengambilan data sekunder di Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, Dinas Kesehatan Kabupaten Pesawaran Cq Bidang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, melakukan pengambilan data sekunder data kepariwisataan di Dinas Pariwisata Pesawaran dan travel agen.

3.6.5. Pelaksanaan Penelitian

Untuk memperoleh data primer dilakukan dengan cara wawancara pada responden berdasarkan kuesioner. Proses pengumpulan data primer dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

- a. Responden yang terpilih ditemui oleh enumerator langsung di tempat lokasi wisata atau dihubungi melalui nomor kontak yang didapat melalui pemilik tempat wisata/*travel agent*.
- b. Pengantar dan perkenalan mengenai tujuan, manfaat penelitian oleh peneliti dan enumerator terkait dengan kegiatan yang akan dilakukan.
- c. Penjelasan cara pengisian informed consent, penandatanganan lembar *informed consent* oleh responden sebagai bentuk persetujuan dan kesediaan menjadi responden.
- d. Pelaksanaan wawancara oleh peneliti dan enumerator, pengisian kuesioner dilakukan secara fisik oleh enumerator/peneliti.

3.6.6. Pengolahan data

Kuesioner yang telah diisi oleh responden dikumpulkan dan direkapitulasi dalam format Microsoft Excel untuk kemudian diolah menjadi data yang dapat menghasilkan informasi relevan guna menjawab tujuan penelitian. Agar proses analisis menghasilkan temuan yang valid dan reliabel, terdapat beberapa tahapan pengolahan data yang perlu dilakukan, meliputi:

- a. Penyuntingan Data (*Editing*)

Tahap penyuntingan data mencakup kegiatan pemeriksaan terhadap kelengkapan dan kejelasan jawaban responden dalam kuesioner. Data

mentah dari hasil pengisian kuesioner kemudian dikonversi ke dalam format Excel, dilanjutkan dengan proses koreksi serta pemberian skor berdasarkan pedoman yang telah dijelaskan pada bagian instrumen penelitian dalam metodologi penelitian.

b. Pengkodean Data (*Coding*)

Pengkodean data merupakan proses mengubah data berbentuk teks atau huruf menjadi angka sesuai kategori yang telah ditetapkan dalam definisi operasional. Tujuannya adalah untuk mempermudah proses entri dan analisis data. Tahap ini dilakukan setelah kuesioner selesai diperiksa dan diberi skor sesuai dengan kunci jawaban untuk setiap butir pertanyaan.

c. Pemasukan Data (*Entry Data*)

Setelah proses pengkodean selesai, seluruh data dimasukkan dari format Excel ke dalam perangkat lunak statistik. Pada tahap ini, dilakukan pengecekan ketelitian data guna menghindari kesalahan input, seperti duplikasi atau ketidaksesuaian entri.

d. Pembersihan Data (*Cleaning*)

Tahap pembersihan data dilakukan untuk memastikan keakuratan dan konsistensi data yang telah dimasukkan. Proses ini mencakup pemeriksaan terhadap kemungkinan adanya data yang belum dikode, kesalahan dalam pengkodean, atau data yang hilang (*missing data*). Pembersihan data juga mencakup identifikasi variasi dan konsistensi antarvariabel, dengan tujuan menjaga kualitas dan validitas data sebelum dilakukan analisis lebih lanjut (Hastono, 2022).

3.6.7. Uji Validitas Kuesioner

Uji validitas dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh dalam penelitian bersifat objektif dan akurat. Oleh karena itu, instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data harus memenuhi kriteria validitas. Uji validitas bertujuan untuk menilai sejauh mana instrumen penelitian mampu mengukur variabel yang dimaksud secara tepat (Hastono, 2022). Uji validitas dilakukan pada 30 wisatawan asal wilayah

Kabupaten Pringsewu yang sudah pernah berwisata menginap di pesisir Pantai Pesawaran. Pengujian validitas dilakukan terhadap instrumen kuesioner variabel *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan terkena penyakit malaria), *perceived severity* (persepsi keparahan penyakit malaria), *perceived benefit* (persepsi manfaat tindakan pencegahan malaria), *perceived barrier* (persepsi hambatan untuk melakukan tindakan pencegahan), dan *cues to action* (isyarat untuk bertindak melakukan pencegahan) dan perilaku pencegahan malaria.

- a. Uji validitas menggunakan teknik korelasi *Pearson Product Moment* untuk menentukan tingkat keterkaitan antar variabel. Dimana keputusan uji adalah:

Bila r hitung $>$ dari r tabel artinya variabel valid

Bila r hitung \leq r tabel artinya variabel tidak valid

Pada Tabel 3.1 menampilkan r *product moment* sebagai berikut :

Gambar tabel 3.2 Tabel r *Product Moment*

No	Taraf Signifikan		N	Taraf Signifikan		N	Taraf Signifikan	
	5%	1%		5%	1%		5%	1%
3	0,997	0,999	27	0,381	0,487	55	0,266	0,345
4	0,950	0,990	28	0,374	0,478	60	0,254	0,330
5	0,878	0,959	29	0,367	0,470	65	0,244	0,317
6	0,811	0,917	30	0,361	0,463	70	0,235	0,306

Pada tabel r *product moment*, dengan responden 30 dan *signifikansi* 5% maka r tabel adalah 0, 361. Hasil uji validitas di ditampilkan pada tabel 3.2

Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas dengan Korelasi *Product Moment*

Kuesioner Variabel	r tabel	r hitung <i>pearson product moment</i>		interpretasi
		Terendah	Tertinggi	
<i>Perceived susceptibility</i>	0,361	0,571	0,898	valid
<i>Perceived severity</i>	0,361	0,628	0,883	valid
<i>Perceived benefit</i>	0,361	0,716	0,925	valid
<i>Perceived barrier</i>	0,361	0,616	0,914	valid
<i>Cues to action</i>	0,361	0,661	0,868	valid
Perilaku pencegahan malaria	0,361	0,640	0,956	valid

Nilai r hasil perhitungan dilihat pada kolom *corrected item-total correlation*, jika r hasil pada kolom "*corrected item total correlation*" $> r$ tabel (0,361) maka pertanyaan disebut valid. Hasil uji validitas didapatkan r hitung $>$ dari r tabel (0,361) yang berarti seluruh pertanyaan dinyatakan valid.

b. Uji Validitas dengan nilai *signifikansi*

Pada uji validitas dengan membandingkan nilai *signifikansi* (sig.) $< 0,05$. Adapun hasil uji validitas dapat dilihat pada tabel 3.3

Tabel 3.4 Hasil Uji Validitas dengan Nilai *Signifikansi*

Kuesioner Variabel	Sig.	Nilai sig. (2 tailed)	interpretasi
<i>Perceived susceptibility</i>	$< 0,05$	0,000	valid
<i>Perceived severity</i>	$< 0,05$	0,000	valid
<i>Perceived benefit</i>	$< 0,05$	0,000	valid
<i>Perceived barrier</i>	$< 0,05$	0,000	valid
<i>Cues to action</i>	$< 0,05$	0,000	valid
Perilaku pencegahan malaria	$< 0,05$	0,000	Valid

Hasil uji validitas untuk semua pertanyaan dengan menggunakan r *product moment* dan nilai *signifikansi* terdapat pada lampiran 9.

3.6.8. Uji Reliabilitas Kuesioner

Reliabilitas merupakan ukuran yang menunjukkan tingkat konsistensi hasil pengukuran ketika dilakukan berulang kali terhadap fenomena yang sama dengan menggunakan instrumen yang identik. Suatu instrumen penelitian, seperti kuesioner, dikatakan reliabel apabila item pertanyaannya menghasilkan jawaban yang stabil dan konsisten dari waktu ke waktu. Uji reliabilitas dilakukan pada 30 wisatawan asal wilayah Kabupaten Pringsewu yang sudah pernah berwisata menginap di pesisir Pantai Pesawaran.

a. Dalam penelitian ini, pengujian reliabilitas dilakukan menggunakan metode *Crombach's Alpha*, yang bertujuan untuk menilai sejauh mana

seluruh item dalam instrumen memiliki keterpaduan internal yang memadai. Keputusan mengenai tingkat reliabilitas ditentukan berdasarkan nilai koefisien *alpha* yang diperoleh dari hasil pengujian dimana keputusan uji adalah

Bila *Crombach Alpha* $\geq 0,6$ artinya variabel reliabel

Bila *Crombach Alpha* $< 0,6$ artinya variabel tidak reliabel (Hastono, 2022).

Pada hasil uji reliabilitas didapatkan nilai *Crombach's Alpha* seluruhnya lebih besar dibandingkan dengan nilai *Crombach Alpha* $>0,6$. Adapun hasil uji reliabilitas dapat dilihat pada tabel 3.4.

Tabel 3.5 Hasil Uji Reliabilitas *Crombach's Alpha*

Kuesioner Variabel	<i>Crombach's Alpha</i>	Hasil <i>Crombach's Alpha</i>	Interpretasi
<i>Perceived susceptibility</i>	$>0,6$	0,955	reliabel
<i>Perceived severity</i>	$>0,6$	0,932	reliabel
<i>Perceived benefit</i>	$>0,6$	0,942	reliabel
<i>Perceived barrier</i>	$>0,6$	0,910	reliabel
<i>Cues to action</i>	$>0,6$	0,928	reliabel
Perilaku pencegahan malaria	$>0,6$	0,965	reliabel

Seluruh pertanyaan *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefit* *perceived barrier*, *cues to action* menggunakan uji *crombach's alpha* mendapatkan nilai $> 0,6$ yang berarti seluruh pertanyaan dinyatakan reliabel. Hasil uji reliabilitas untuk semua pertanyaan menggunakan *crombach's alpha* terdapat pada lampiran 10.

b. Uji Reliabilitas Dengan Metode *Split Half Spearman Brown*

Metode *split-half* adalah metode untuk mengukur konsistensi internal dengan membagi tes menjadi dua bagian yang setara dan kemudian mengkorelasikan hasilnya. Jika hasil analisis korelasinya $>0,80$ maka instrumen dinyatakan reliabel (Reken et al., 2024)

Tabel 3.6 Hasil Uji Reliabilitas Menggunakan Metode *Split-Half*

Kuesioner Variabel	Kriteria <i>Split half</i>	<i>Guttman split half coefficient</i>	Interpretasi
<i>Perceived susceptibility</i>	0,80	0,954	reliabel
<i>Perceived severity</i>	0,80	0,977	reliabel
<i>Perceived benefit</i>	0,80	0,932	reliabel
<i>Perceived barrier</i>	0,80	0,831	reliabel
<i>Cues to action</i>	0,80	0,950	reliabel
Perilaku pencegahan malaria	0,80	0,966	reliabel

Seluruh pertanyaan *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefit*, *perceived barrier*, *cues to action* menggunakan uji reliabilitas *split-half* mendapatkan nilai $> 0,80$ yang berarti seluruh pertanyaan dinyatakan reliabel. Hasil uji reliabilitas untuk semua pertanyaan menggunakan metode *split-half* terdapat pada lampiran 11.

3.6.9. Analisis Data

Proses analisis data dalam penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu analisis univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariat, dengan tujuan memperoleh pemahaman yang komprehensif terhadap hubungan antarvariabel penelitian:

a. Analisis Univariat.

Analisis univariat dilakukan dengan tujuan untuk menggambarkan serta menjelaskan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti. Bentuk analisis ini disesuaikan dengan jenis data yang digunakan. Untuk data berskala numerik, analisis dilakukan dengan menghitung nilai rata-rata (mean), median, serta standar deviasi. Secara umum, hasil dari analisis univariat disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase untuk setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2018).

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Dalam analisis bivariat ini dilakukan beberapa tahap, antara lain:

1) Analisis proporsi atau persentase, dengan membandingkan distribusi silang antara dua variabel yang bersangkutan.

2) Analisis dari Uji Statistik.

Analisis Chi Square pada tabel hasil 2x2 jika dijumpai nilai expected (harapan) kurang dari 5, maka yang digunakan adalah Fisher Exact test. Jika pada tabel 2x2 tidak ada nilai expected <5 maka uji yang dipakai adalah continuity correction.

3) Analisis keeratan hubungan antar variabel keeratan hubungan antara dua variabel dianalisis menggunakan *Odds Ratio (OR)*. Besar kecilnya nilai *OR* menunjukkan seberapa kuat hubungan antara variabel bebas dan variable terikat. Kriteria Pengambilan keputusan adalah:

- a. Jika nilai signifikansi (*p-value*) > 0,05 → H_0 ditolak → tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel.
- b. Jika nilai signifikansi (*p-value*) < 0,05 → H_a diterima → terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel (Hastono, 2022).

a. Analisis Multivariat

Penelitian ini menggunakan uji statistik Regresi logistik biner, karena variabel dependennya bersifat kategorik dengan dua kelompok nilai. Analisis ini digunakan untuk mengetahui pengaruh simultan dari beberapa variabel independen terhadap variabel dependen, serta untuk mengidentifikasi variabel bebas yang memiliki pengaruh paling dominan terhadap perilaku pencegahan malaria pada wisatawan. Menurut (Hastono, 2022), tahapan dalam proses pemodelan regresi logistik biner meliputi langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Dilakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Apabila hasil uji bivariat menunjukkan nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut dapat dimasukkan ke dalam model multivariat.
- b. Langkah selanjutnya adalah memilih variabel-variabel yang relevan untuk dimasukkan dalam model, dengan mempertahankan

variabel yang memiliki nilai $p < 0,05$ dan secara bertahap mengeluarkan variabel dengan $p > 0,05$. Proses pengeluaran variabel dilakukan secara berurutan, dimulai dari variabel dengan nilai p terbesar.

- c. Tahap terakhir adalah penyusunan model akhir, di mana variabel yang memiliki nilai $p < 0,05$ disertakan dalam analisis multivariat. Variabel independen dengan nilai *Odds Ratio* (OR) tertinggi dianggap sebagai faktor yang paling dominan dalam memengaruhi variabel dependen. (Hastono, 2022).

3.6.10. Etika Penelitian

Ethical Clearance diperoleh dari komite etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan Nomor: 4706/UN26.18/PP.05.02.00/2025.

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kabupaten Pesawaran merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Lampung yang terbentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2007. Secara administratif, Kabupaten Pesawaran terdiri dari 11 kecamatan dengan jumlah desa dan kelurahan lebih dari 140. Secara geografis Kabupaten Pesawaran terletak pada koordinat 104,92°-105,34" Bujur Timur dan 5,12°-5,84° Lintang Selatan, dengan luas wilayah 1.173,77 Km² dengan batas administratif sebagai berikut:

- Sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Lampung Tengah
- Sebelah selatan berbatasan dengan Teluk Lampung Kabupaten Tanggamus
- Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Pringsewu
- Sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Lampung Selatan dan Kota Bandar Lampung (Pemerintah Kabupaten Pesawaran, 2025).



Gambar 4.1 Peta Wilayah Kabupaten Pesawaran
Sumber: Pemerintah Kabupaten Pesawaran, 2025

Kabupaten Pesawaran memiliki wilayah dengan garis pantai 96 km disepanjang Teluk Lampung dan wilayah kepulauan dengan luas keseluruhan pulau adalah 3.721 Ha. Pesawaran menjadi salah satu destinasi wisata yang terkenal dengan potensi wisata baharinya, termasuk pantai-pantai yang indah dengan pasir putih dan pemandangan laut yang menawan (Napitupulu, 2025). Program “Kemilau Pesawaran” dengan *taqline* “Bumi Wisata Sejuta Pesona”.

Menurut Bupati Pesawaran No 29 tahun 2021 tentang penyelenggaraan dan pengelolaan kepariwisataan Kabupaten Pesawaran kawasan pariwisata adalah areal yang secara khusus disediakan untuk menampung berbagai kegiatan pariwisata dilengkapi dengan sarana penunjang kegiatan pariwisata yang dikelola oleh pemerintah, badan hukum atau perorangan. Zona kawasan wisata adalah zona yang telah ditetapkan atau dibagi dalam zona wisata alam, zona wisata bahari, zona wisata belanja, zona wisata hiburan dan zona wisata budaya (Bupati Pesawaran, 2021).

Penelitian ini dilakukan pada tiga kecamatan seperti yang tercantum pada Peraturan Bupati Pesawaran No 25 tahun 2016, yang menyatakan penetapan kawasan perdesaan berbasis wisata bahari dan warisan budaya di Kabupaten Pesawaran ditetapkan pada: Kecamatan Punduh Pidada meliputi Desa Pagar Jaya, Desa Pulau Legundi dan Desa Sidodadi. Kecamatan Marga Punduh meliputi Desa Pulau Pahawang, Desa Kekatang, Desa Kampungbaru, Desa Pekon Ampai, Desa Kunyaiyan, Desa Cilismus dan Desa Tajur. Kecamatan Teluk Pandan meliputi Desa Batumenyan (Bupati Pesawaran, 2016).

Destinasi wisata pantai di Pesawaran mencapai 131 lokasi dan terdapat 39 pulau. Lokasi dengan kunjungan terbanyak pada 2023 adalah pantai mutun (175.000 orang), pantai mutun tembikil (90.000 orang), pantai putri mutun (60.000 orang), pulau tangkil (56.000), pulau tegal mas (165.000), pantai sari ringgung (165.000), hutan mangrove petengoran 5.000 orang dan ekowisata mangrove cuku nyunyi (65.000). Lokasi wisata diperkirakan bertambah

dengan adanya program *One Village One Destination* (OVOD) dan target mewujudkan Pesawaran sebagai Bumi Wisata pada 2025 (Simanjuntak, 2023). Beberapa pantai populer lainnya yang bisa menjadi pilihan adalah pantai sari ringgung, pantai dewi mandapa, dan pantai teluk ratai (Napitupulu, 2025).

Data April 2025 berdasarkan Dinas Pariwisata dan Ekonomi Kreatif (Disparekraf) Kabupaten Pesawaran, jumlah kunjungan wisatawan (libur lebaran) selama periode 1 hingga 6 April 2025 mencapai 20.770 orang, jumlah itu jauh dari target Dinas Pariwisata Pesawaran yaitu 65 ribu kunjungan. Kunjungan wisatawan terbanyak adalah pantai mutun *MS Town* dilanjutkan ke pantai klara, pantai bensam, dan kawasan penyeberangan menuju pulau-pulau seperti pahawang (Napitupulu, 2025). Data terkait lokasi wisata yang menyediakan penginapan secara resmi belum tersedia.

Wisata-wisata yang ada di Pesawaran adalah milik orang per orang ataupun Badan Usaha Milik Desa (Bumdes). Lokasi wisata sebelumnya yang berstandar nasional adalah resort Andreas di pulau Pahawang yang sering disandingkan dengan keindahan Kepulauan Maldives. Pada tahun 2024 terdapat investor nasional membangun Lampung Marriott *Resort & Spa* berlokasi di desa Hurun Kecamatan Teluk Pandan, dengan investasi sebesar 360 M diresmikan pada tanggal 1 Juni 2024 dengan luas 5 hektar. Peresmian ini menandai beroperasinya hotel bintang lima berstandar internasional JW Marriott pertama di Kabupaten Pesawaran. Hotel ini mengangkat wajah Pesawaran dan Lampung secara umum di mata dunia. Dengan hadirnya hotel sekelas internasional di kawasan wisata maka daya jual wisata pesisir pantai Pesawaran akan menjadi lebih baik (Fitriani, 2021). Hotel ini berlokasi di Pantai Mutun, Desa Hurun, Kecamatan Teluk Pandan, Pesawaran.

4.2. Karakteristik Responden

Analisis univariat merupakan analisis yang digunakan pada satu variabel dengan tujuan untuk mengetahui dan mengidentifikasi karakteristik yang akan diteliti. Hasil analisis univariat dalam penelitian ini seperti tertera pada tabel 4.1 dibawah ini :

Tabel 4.1 Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Umur Dan Jenis Kelamin

Variabel	Kategori	Frekuensi	(%)
Jenis kelamin	Laki-laki	58	54,2
	Perempuan	49	45,8
Usia	15-24	26	24,3
	25-34	53	49,5
	35-44	28	26,2

Berdasarkan karakteristik responden, diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebesar 54,2%, dan kelompok usia terbanyak berada pada rentang 25–34 tahun, yaitu sebesar 49,5%.

4.3. Menganalisis Distribusi Frekuensi Sosiodemografi (Pendidikan, Pekerjaan, Pendapatan), Perilaku Pencegahan Malaria, *Perceived Susceptibility Perceived Severity, Perceived Benefit, Perceived Barrier, Dan Cues To Action* Pada Wisatawan Di Daerah Endemis Malaria Provinsi Lampung

Analisis univariat merupakan analisis yang digunakan pada satu variabel dengan tujuan untuk mengetahui dan mengidentifikasi variabel yang akan diteliti. Adapun hasil analisis univariat seperti yang tertera pada tabel 4.2

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel

Variabel	Kategori	Frekuensi	(%)
Tingkat Pendidikan	Tinggi (Sarjana /Diploma)	81	75,7
	Menengah (SMA/SMK/SMP)	26	24,3
Pekerjaan	Sektor Formal	76	71,0
	Sektor informal	31	29,0
Pendapatan	≥ UMP Lampung Rp2.893.070,- per bulan	68	63,6
	< UMP Lampung Rp2.893.070,- per bulan	39	36,4

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel (lanjutan)

Variabel	Kategori	Frekuensi	(%)
<i>Perceived susceptibility</i> (persepsi kerentanan terkena penyakit malaria)	Tinggi	46	43,0
	Rendah	61	57,0
<i>Perceived severity</i> (persepsi keparahan penyakit malaria)	Tinggi	51	47,7
	Rendah	56	52,3
<i>Perceived benefit</i> (persepsi manfaat tindakan pencegahan malaria)	Tinggi	50	46,7
	Rendah	57	53,3
<i>Perceived barrier</i> (persepsi hambatan untuk melakukan tindakan pencegahan)	Rendah	54	50,5
	Tinggi	53	49,5
<i>Cues to action</i> (isyarat untuk bertindak melakukan pencegahan)	Positif	75	70,1
	Negatif	32	29,9
Perilaku pencegahan Malaria	Melakukan	54	50,5
	Tidak melakukan	53	49,5

Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan tinggi (Diploma/Sarjana) yaitu sebanyak 81 responden (75,7%) dan bekerja di sektor formal sebanyak 76 responden (71,0%). Dari aspek pendapatan, mayoritas responden memiliki pendapatan \geq UMP Lampung sebesar Rp2.893.070 per bulan yaitu sebanyak 68 responden (63,6%).

Berdasarkan komponen *Health Belief Model*, sebagian besar responden memiliki persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) rendah sebanyak 61 responden (57%), persepsi keparahan (*perceived severity*) rendah sebanyak 56 responden (52,3%) dan persepsi manfaat (*perceived benefit*) rendah sebanyak 57 responden (53,3%). Untuk persepsi hambatan (*perceived barrier*) menunjukkan proporsi yang relatif seimbang antara kategori tinggi dan rendah. Pada variabel *cues to action*, sebagian besar responden berada pada kategori positif yaitu sebanyak 75 responden (70,1%). Sementara itu, perilaku pencegahan malaria menunjukkan proporsi yang hampir seimbang antara responden yang melakukan pencegahan sebesar (50,5%) dan tidak melakukan pencegahan (49,5%).

4.4. Menganalisis Hubungan Sosiodemografi (Pendidikan, Pekerjaan, Pendapatan), Perilaku Pencegahan Malaria, *Perceived Susceptibility*, *Perceived Severity*, *Perceived Benefit*, *Perceived Barrier*, Dan *Cues To Action* Pada Wisatawan Di Daerah Endemis Malaria Provinsi Lampung

Analisis bivariat merupakan metode analisis statistik yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu variabel bebas dengan variabel terikat. Analisis bivariat digunakan untuk mengidentifikasi apakah ada korelasi atau hubungan antara dua variabel dan untuk menentukan seberapa kuat hubungan tersebut. Adapun hasil analisis univariat seperti yang tertera pada tabel 4.3

Tabel 4.3 Analisis Bivariat rekuensi Perilaku Pencegahan Malaria dan *Health Belief Model* pada Wisatawan Di Daerah Endemis Malaria Provinsi Lampung

Variabel	Kategori	Perilaku Pencegahan Malaria				Total	<i>p-value</i>	OR (95% C.I)	
		Melakuka		Tidak melakukan					
		n	%	n	%				
Pendidikan	Tinggi	40	49,4	41	50,6	81	100	0,865	-
	Rendah	14	53,8	12	46,2	26	100		
Pekerjaan	Formal	37	48,7	39	51,3	76	100	0,715	-
	Informal	17	54,8	14	45,2	31	100		
Pendapatan	≥ UMP	32	47,1	36	52,9	68	100	0,465	-
	< UMP	22	56,4	17	43,6	39	100		
<i>Perceived Susceptibility</i>	Tinggi	33	71,7	13	28,3	46	100	0,001	4,8 (2,1-11,1)
	Rendah	21	34,4	40	65,6	61	100		
<i>Perceived Severity</i>	Tinggi	33	64,7	18	35,5	51	100	0,009	3 (1,3-6,7)
	Rendah	21	37,5	35	62,5	56	100		
<i>Perceived Benefit</i>	Tinggi	34	68,0	16	32,0	50	100	0,001	3,9 (1,7-8,7)
	Rendah	20	35,1	37	64,9	57	100		
<i>Perceived Barrier</i>	Rendah	37	68,5	17	31,5	54	100	<0,001	4,6 (2,0-10,4)
	Tinggi	17	32,1	36	67,9	53	100		
<i>Cues to Action</i>	Positif	45	60,0	30	40,0	75	100	0,005	3,8 (1,5-9,4)
	Negatif	9	28,1	23	23	32	100		

Berdasarkan hasil analisis didapatkan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan. Baik responden berpendidikan tinggi maupun rendah menunjukkan proporsi yang hampir sama dalam melakukan pencegahan ataupun tidak melakukan pencegahan. Dari hasil uji statistik menunjukkan *p-value*=0,86 dan OR=0,8 (95% CI 0,3–2,0), sehingga secara statistik tidak terdapat

hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan malaria.

Adapun hasil analisis untuk variabel pekerjaan didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan. Baik yang bekerja di sektor formal maupun sektor informal memiliki kecenderungan yang hampir sama dalam melakukan pencegahan atau tidak melakukan pencegahan. Hasil uji statistik menunjukkan $p\text{-value}=0,71$ dan $OR=0,7$ (95% CI 0,3–1,8), sehingga secara statistik tidak ditemukan perbedaan bermakna antara kedua kelompok pekerjaan.

Dari hasil analisis didapatkan bahwa terdapat proporsi perilaku pencegahan malaria yang lebih tinggi pada wisatawan dengan pendapatan di bawah UMP (56,4%) dibandingkan dengan pendapatan \geq UMP (47,1%). Dari hasil uji statistik menunjukkan nilai $p\text{-value}$ sebesar 0,46 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendapatan dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan. Nilai OR sebesar 0,6 dengan interval kepercayaan 95% (0,3–1,5) juga menunjukkan bahwa pendapatan bukan merupakan faktor yang berpengaruh kuat terhadap perilaku pencegahan malaria.

Selanjutnya, hasil analisis pada variabel *perceived susceptibility* didapatkan bahwa wisatawan dengan *perceived susceptibility* tinggi lebih banyak melakukan pencegahan malaria (71,7%) dibandingkan yang tidak melakukan pencegahan (28,3%). Sebaliknya, pada wisatawan dengan *perceived susceptibility* rendah, sebagian besar tidak melakukan pencegahan malaria (65,6%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p\text{-value}$ sebesar 0,001 sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *perceived susceptibility* dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan. Nilai OR sebesar 4,8 (95% CI: 2,1–11,1)

menunjukkan bahwa wisatawan dengan persepsi kerentanan tinggi memiliki peluang lebih besar untuk melakukan pencegahan malaria.

Temuan hasil analisis pada variabel *perceived severity* didapatkan bahwa wisatawan dengan *perceived severity* (persepsi keparahan) tinggi sebagian besar melakukan pencegahan malaria (64,7%), sedangkan 35,3% tidak melakukan pencegahan. Pada wisatawan dengan *perceived severity* rendah, sebagian besar tidak melakukan pencegahan malaria (62,5%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,009 yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara *perceived severity* dengan perilaku pencegahan malaria. Nilai OR sebesar 3 (95% CI: 1,3–6,7) menunjukkan bahwa wisatawan dengan persepsi keparahan tinggi memiliki peluang lebih besar untuk melakukan pencegahan malaria.

Hasil analisis pada variabel *perceived benefit* didapatkan bahwa wisatawan dengan *perceived benefit* (persepsi manfaat) tinggi lebih banyak melakukan pencegahan malaria (68,0%) dibandingkan yang tidak melakukan pencegahan (32,0%). Sebaliknya, pada wisatawan dengan *perceived benefit* rendah, sebagian besar tidak melakukan pencegahan malaria (64,9%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,001 sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *perceived benefit* dengan perilaku pencegahan malaria. Nilai OR sebesar 3,9 (95% CI: 1,7–8,7) menunjukkan bahwa wisatawan dengan persepsi manfaat tinggi memiliki peluang lebih besar untuk melakukan pencegahan malaria.

Adapun hasil analisis bivariat hubungan *perceived barrier* (persepsi hambatan untuk melakukan tindakan pencegahan) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan didapatkan bahwa wisatawan dengan *perceived barrier* rendah lebih banyak melakukan pencegahan malaria (68,5%) dibandingkan yang tidak melakukan pencegahan (31,5%). Sebaliknya, pada wisatawan dengan *perceived barrier* tinggi, sebagian besar tidak melakukan pencegahan malaria (67,9%). Hasil uji statistik

menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,001 yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara *perceived barrier* dengan perilaku pencegahan malaria. Nilai OR sebesar 4,6 (95% CI : 2,0–10,4) menunjukkan bahwa wisatawan dengan persepsi hambatan rendah memiliki peluang lebih besar untuk melakukan pencegahan malaria.

Berikutnya, hasil analisis pada variabel *cues to action* didapatkan bahwa responden dengan *cues to action* positif lebih banyak melakukan perilaku pencegahan malaria (60,0%) dibandingkan responden dengan *cues to action* negatif (28,1%). Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara *cues to action* dan perilaku pencegahan malaria ($p < 0,005$). Nilai OR sebesar 3,8 (95% CI: 1,5–9,4) menunjukkan bahwa responden dengan *cues to action* positif memiliki peluang sekitar 3,8 kali lebih besar untuk melakukan perilaku pencegahan malaria dibandingkan responden dengan *cues to action* negatif.

4.5. Menganalisis Faktor Yang Paling Berhubungan Dengan Perilaku Pencegahan Malaria Pada Wisatawan Di Daerah Endemis Malaria Provinsi Lampung

Analisis hubungan variabel-variabel penelitian dibahas menggunakan statistik inferensial melalui uji beberapa variabel yang berhubungan secara erat dengan variabel dependen menggunakan *multiple regression analyze*. Hasil analisis multivariat adalah untuk melihat variabel independen mana saja yang paling berpengaruh paling besar (dominan) pada perilaku pencegahan malaria. Analisis ini dilakukan melalui beberapa tahapan, dimulai dari tahapan pemilihan kandidat multivariat dengan mempertimbangkan nilai *P-value* $\leq 0,25$. Kemudian dilakukan pengujian menggunakan uji regresi logistik ganda (Hastono, 2022).

4.5.1 Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat

Variabel kandidat analisis multivariat seperti yang tertera pada tabel 4.4 sebagai berikut :

Tabel 4.4 Variabel Kandidat Analisis Multivariat

Variabel	<i>p-value</i>	Keterangan
Pendidikan	0,865	Bukan kandidat multivariat
Pekerjaan	0,715	Bukan kandidat multivariat
Pendapatan	0,465	Bukan kandidat multivariat
<i>Perceived susceptibility</i> (persepsi kerentanan terkena penyakit malaria)	0,001	Kandidat multivariat
<i>Perceived severity</i> (persepsi keparahan penyakit malaria)	0,009	Kandidat multivariat
<i>Perceived benefit</i> (persepsi manfaat tindakan pencegahan malaria)	0,001	Kandidat multivariat
<i>Perceived barrier</i> (persepsi hambatan untuk melakukan tindakan pencegahan)	0,001	Kandidat multivariat
<i>Cues to action</i> (isyarat untuk bertindak melakukan pencegahan)	0,005	Kandidat multivariat

Hasil analisis bivariat yang telah dilakukan antara variabel independen dan variabel dependen digunakan untuk seleksi pemodelan pada tahap analisis lanjutan, dengan cara menentukan variabel yang memiliki nilai $p\text{-value} \leq 0,25$ sebagai kandidat untuk analisis multivariat. Dari hasil analisis bivariat terhadap delapan variabel independen yang diuji, diperoleh lima variabel yang memenuhi kriteria dan dimasukkan sebagai kandidat dalam analisis multivariat yaitu variabel *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefit*, *perceived barrier*, dan *cues to action*. Sedangkan 3 variabel lainnya memiliki nilai signifikan yang melebihi kandidat multivariat atau $p\text{-value} > 0,25$.

4.5.2 Pemodelan Multivariat

Hasil pemodelan awal analisis multivariat yang dilakukan pada variabel-variabel kandidat analisis diperoleh seperti pada tabel 4.5

Tabel 4.5 Hasil Analisis Multivariat Model Awal

Variabel	B	<i>p-value</i>	OR	95% CI	
<i>Perceived susceptibility</i> (persepsi kerentanan terkena penyakit malaria)	0,294	0,722	1,342	0,265	6,790
<i>Perceived severity</i> (persepsi keparahan penyakit malaria)	0,633	0,383	1,883	0,455	7,796
<i>Perceived benefit</i> (persepsi manfaat tindakan pencegahan malaria)	0,123	0,888	1,131	0,203	6,291
<i>Perceived barrier</i> (persepsi hambatan untuk melakukan tindakan pencegahan)	0,634	0,487	1,886	0,315	11,30
<i>Cues to action</i> (isyarat untuk bertindak melakukan pencegahan)	1,050	0,097	2,856	0,826	9,883
<i>Constant</i>	-1,208	0,002	0,299		

Tahapan pemodelan multivariat dalam penelitian ini menghasilkan model akhir setelah melalui empat langkah proses pengujian bertingkat. Berdasarkan hasil pemodelan multivariat, setelah melalui empat tahapan seleksi, ditemukan variabel independen yang berhubungan signifikan dengan perilaku pencegahan malaria. Adapun hasil model akhir seperti pada tabel 4.6

Tabel 4.6 Hasil Analisis Multivariat Model Akhir

Variabel	B	<i>p-value</i>	OR	95% CI		R ²
				Lower	Upper	
<i>Perceived barrier</i> (persepsi hambatan untuk melakukan tindakan pencegahan)	1,323	0,002	3,756	1,618	8,720	0,219
<i>Cues to action</i> (isyarat untuk bertindak melakukan pencegahan)	1,025	0,035	2,788	1,077	7,217	0,219
<i>Constant</i>	-970	0,02	0,379			

Dari kedua variabel tersebut, diketahui nilai OR tertinggi terdapat pada variabel persepsi hambatan dengan nilai OR sebesar 3,756, maka disimpulkan pada penelitian ini persepsi hambatan merupakan variabel yang paling dominan. Hal ini menunjukkan bahwa wisatawan yang memiliki persepsi hambatan melakukan pencegahan rendah memiliki risiko 3,756 kali lebih tinggi untuk melakukan perilaku pencegahan malaria dibandingkan wisatawan yang memiliki persepsi hambatan tinggi. Dengan kata lain, persepsi hambatan memberikan perlindungan paling optimal dalam perilaku pencegahan malaria.

Selain itu, isyarat bertindak juga menjadi faktor yang signifikan. Wisatawan yang memiliki isyarat bertindak tinggi memiliki risiko 2,788 kali lebih tinggi melakukan perilaku pencegahan malaria dibandingkan wisatawan yang memiliki isyarat bertindak rendah. Meskipun kedua variabel menunjukkan signifikansi statistik ($p\text{-value} < 0,05$), dari sisi kekuatan pengaruh, persepsi hambatan memiliki efek protektif terbesar. Namun demikian, isyarat bertindak tetap menjadi kontributor penting dalam perilaku pencegahan malaria.

Koefisien determinasi (R^2) melihat besar pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Bila angka koefisien determinasi dalam model regresi terus menjadi kecil atau semakin dekat dengan nol berarti semakin kecil pengaruh semua variabel bebas terhadap variabel terikat atau nilai semakin mendekati 100% berarti semakin besar pengaruh semua variabel bebas terhadap variabel terikat (Sahir, 2022). Berdasarkan hasil perhitungan, diketahui bahwa nilai koefisien korelasi R-kuadrat (R^2) sebesar 0,219 atau 21,9%. Hal ini menunjukkan bahwa korelasi antara perilaku pencegahan malaria dengan kedua variabel independen, yaitu *perceived barrier* (persepsi hambatan untuk melakukan tindakan pencegahan) dan *cues to action* (isyarat untuk bertindak melakukan pencegahan), berada pada kategori sedang. Dengan demikian, kedua variabel tersebut berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria sebesar 21,9%, sedangkan sisanya

78,1% dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak dilibatkan dalam penelitian ini.

Hasil akhir analisis multivariat pada tabel 4.13 tersebut menghasilkan model regresi persamaan sebagai berikut:

$$\text{Logit (Y)} = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4$$

atau dalam bentuk probabilitas

$$P(Y) = 1 / [1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4)}]$$

Keterangan:

Y adalah variabel dependen,

α adalah konstanta,

β_1 hingga β_4 adalah nilai regresi,

X_1 hingga X_4 adalah variabel independen,

e adalah bilangan natural (2,718),

P(Y) adalah probabilitas terjadinya outcome.

Setelah dimasukkan nilai konstanta dan nilai regresi dari hasil analisis, maka diperoleh model persamaan spesifik:

$$\text{Logit (Y)} = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4$$

$$\begin{aligned} \text{Logit Y (perilaku pencegahan)} &= -0,970 + 1,323 (1) + 1,025 (1) \\ &= 1,378 \end{aligned}$$

Nilai $\beta_1 = 1,323$ merupakan nilai regresi untuk nilai regresi untuk variabel persepsi hambatan (X_1) yang dapat diinterpretasikan bahwa setiap peningkatan 1 unit persepsi hambatan akan menurunkan nilai logit sebesar 1,323 unit dengan asumsi variabel lain konstan. Nilai $\beta_2 = 1,025$ merupakan nilai regresi untuk nilai regresi untuk variabel persepsi hambatan (X_2) yang dapat diinterpretasikan bahwa setiap peningkatan 1 unit isyarat bertindak akan menurunkan nilai logit sebesar 1,025 unit dengan asumsi variabel lain konstan.

Nilai alfa (α) atau konstanta dalam model persamaan regresi logistik ini adalah -0,970. Konstanta ini merupakan nilai intercept yang menunjukkan nilai logit baseline ketika semua variabel independen (persepsi hambatan

dan isyarat bertindak) bernilai nol atau berada pada kategori referensi. Hal ini dapat diartikan bahwa kedua variabel diatas mempengaruhi secara signifikan terhadap perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis Provinsi Lampung.

Jika dilakukan perhitungan:

$$\begin{aligned} P &= \frac{1}{(1 + e^{-y})} \\ &= \frac{1}{(1 + (2,7)^{(-1)(-0,970)})} \\ &= 0,2762 \end{aligned}$$

Berdasarkan persamaan di atas, diperoleh nilai probabilitas bahwa responden dengan persepsi hambatan rendah dan isyarat untuk bertindak positif memiliki peluang untuk tidak melakukan perilaku pencegahan malaria sebesar 27,6%. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa persepsi hambatan merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan tingginya perilaku pencegahan malaria.

Selanjutnya hasil persamaan responden yang memiliki persepsi hambatan tinggi dan isyarat bertindak rendah maka persamaan yang diperoleh :

$$\begin{aligned} y (\text{perilaku pencegahan}) &= -0,970 + 1,323 (0) + 1,025 (0) \\ &= -0,970 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} P &= \frac{1}{(1 + e^{-y})} \\ &= \frac{1}{(1 + (2,7)^{(-1)(-0,970)})} \\ &= 0,79717 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan di atas, diperoleh nilai probabilitas bahwa responden yang memiliki persepsi hambatan tinggi dan isyarat untuk bertindak negatif memiliki peluang untuk tidak melakukan perilaku pencegahan sebesar 79,71%.

BAB VI PENUTUP

6.1. Kesimpulan

Hasil dari penelitian yang dilakukan pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung:

1. Distribusi frekuensi sosiodemografi wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung mayoritas berpendidikan tinggi sebesar 81 responden (75,5%), memiliki pekerjaan di sektor formal sebanyak 76 responden (71%) dengan pendapatan \geq UMP Lampung sebanyak 68 responden (63,6%). Untuk faktor HBM: responden yang melakukan pencegahan malaria sebanyak 54 responden (50,5%), memiliki persepsi kerentanan terkena penyakit malaria rendah sebesar 61 responden (57%), memiliki persepsi keparahan terkena penyakit malaria rendah sebesar 56 responden (52,3%), memiliki persepsi keuntungan melakukan pencegahan penyakit malaria rendah sebanyak 57 responden (53,3%), memiliki persepsi hambatan melakukan pencegahan penyakit malaria rendah sebanyak 54 responden (50,5%), dan memiliki persepsi isyarat bertindak melakukan pencegahan penyakit malaria positif sebanyak 75 responden (70,1%).
2. Tidak terdapat hubungan sosiodemografi pendidikan, pekerjaan dan pendapatan) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung. Terdapat hubungan *perceived susceptibility* ($p= 0,001$) *perceived severity* ($p= 0,009$), *perceived benefit* ($p= 0,001$), *perceived barrier* ($p= 0,001$), dan *cues to action* ($p= 0,005$) dengan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan di daerah endemis malaria Provinsi Lampung.
3. Faktor yang paling dominan atau berpengaruh dengan perilaku pencegahan malaria di daerah endemis malaria Provinsi Lampung

adalah *perceived barrier/ persepsi hambatan* ($p=0,002$; $OR= 3,7$). Berdasarkan variabel diatas diperoleh probabilitas yaitu responden yang memiliki persepsi hambatan tinggi dan isyarat bertindak rendah melakukan perilaku pencegahan malaria sebesar 79,71%.

6.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian hubungan faktor sosiodemografi (pendidikan, pekerjaan, pendapatan) dan faktor *Health Belief Model (HBM) perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barrier*, dan *cues to action* dengan perilaku pencegahan malaria di daerah endemis malaria Provinsi Lampung diketahui bahwa faktor *Health Belief Model (HBM) perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barrier*, dan *cues to action* merupakan faktor yang memengaruhi perilaku pencegahan malaria secara nyata. Oleh karena itu, peneliti menyarankan kepada instansi terkait sebagai berikut:

1. Bagi Wisatawan

Diharapkan wisatawan mempersiapkan diri dengan membawa perlengkapan pencegahan malaria, seperti obat anti-nyamuk dan pakaian tertutup yang nyaman digunakan, terutama pada pukul 18.00–06.00 WIB. Wisatawan juga dianjurkan mencari informasi mengenai karakteristik daerah tujuan dari sumber resmi sebelum melakukan perjalanan, sehingga hambatan personal maupun situasional dapat diminimalkan dan perilaku pencegahan dapat diterapkan secara optimal. Tindakan pencegahan malaria sebaiknya tidak dipandang sebagai beban, tetapi sebagai bagian dari praktik wisata yang aman dan bertanggung jawab. Langkah pencegahan sederhana antara lain menggunakan kelambu, mengoleskan repelan secara berkala, serta membatasi aktivitas luar ruangan pada waktu-waktu berisiko.

2. Bagi Pengelola Wisata

Pengelola resort atau hotel kelas menengah-atas perlu menyampaikan informasi tentang risiko malaria secara jelas kepada tamu. Hal ini

penting karena rasa aman semu yang muncul pada akomodasi mewah dapat menurunkan perilaku pencegahan malaria pada wisatawan.

3. Bagi Pemerintah Daerah

Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bagi pemerintah kabupaten dalam merumuskan kebijakan kesehatan pariwisata melalui strategi komunikasi dan promosi kesehatan yang lebih terstruktur. Pemerintah daerah disarankan menyediakan informasi pra-perjalanan mengenai risiko malaria dan langkah pencegahannya melalui brosur, situs resmi pemerintah, serta media sosial dinas terkait. Selain itu, perlu dilakukan peningkatan kapasitas penyedia perjalanan dan pemandu wisata dalam memberikan edukasi, serta kerja sama dengan pelaku pariwisata untuk penguatan konten digital. Upaya tersebut diharapkan dapat menurunkan persepsi hambatan, meningkatkan kepatuhan wisatawan dalam melakukan pencegahan, dan mengurangi risiko penularan malaria di kawasan wisata pesisir.

4. Bagi peneliti lanjutan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi untuk melakukan penelitian yang serupa atau mengembangkan penelitian dengan menambah variabel baru dengan mempertimbangkan kelemahan peneliti dan di perbaiki dengan metode dan variabel baru. Penelitian selanjutnya dapat dikembangkan dengan menggunakan desain kuasi eksperimen yang melibatkan pelaku sektor pariwisata, seperti agen perjalanan serta pemilik atau pengelola destinasi wisata. Intervensi yang diberikan berupa sosialisasi pencegahan malaria, dengan pengukuran komponen *Health Belief Model* sebelum dan sesudah intervensi untuk menilai perubahan persepsi dan perilaku pencegahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alao, J. O., Olowoshile, O. P., & James, T. A. (2025). Socioeconomic and educational influences on malaria prevention and treatment behaviours in rural Nigeria. *BMC Public Journal*, 25(3079), 1–10. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5525939
- Almung, Y., Hasmi, & Pariaribo, K. (2023). *Epidemiologi Penderita Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas* (1st ed.). Penerbit Adab. Indramayu. https://www.google.co.id/books/edition/Epidemiologi_Penderita_Malaria_Di_Wilaya/r0XrEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=pariwisata+dan+malaria&pg=PA71&printsec=frontcover
- Alyafei, A., & Easton, R. (2024). The Health Belief Model of Behavior Change. In *National Library of Medicine*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
- Apsari, P. I. B., Wahyuni, L. L., & Winianti, N. W. (2023). Malaria Pada Wisatawan Hamil. *WICAKSANA: Jurnal Lingkungan Dan Pembangunan*, 7(2), 88–92. <https://doi.org/10.22225/wicaksana.7.2.2023.88-92>
- Atusingwize, E., Deane, K., & Musoke, D. (2025). Social determinants of malaria in low- and middle-income countries: a mixed-methods systematic review. *Malaria Journal*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12936-025-05407-5>
- Aziz, M., Mariana, Alfian, & Alverina, C. (2024). *Memahami Kesehatan Komunitas Mengupas Determinan Kesehatan untuk Mewujudkan Masa Depan yang Sehat* (Pertama). PT. Nasya Expanding Management. Pekalongan Jawa Tengah. https://www.google.co.id/books/edition/Memahami_Kesehatan_Komunitas/sIM7EQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=hubungan+pendidikan+pekerjaan+pendapatan+dengan+perilaku+kesehatan&pg=PA21&printsec=frontcover
- Badan Pusat Statistik. (2025). *Statistik Menurut Subjek*. Www.Bps.Go.Id. <https://www.bps.go.id/id/statistics-table?subject=521>
- Bogacka, A., Wroczynska, A., & Grzybek, M. (2025). Polish travellers on the move: A study of knowledge of travel health and associated practices among polish travellers abroad. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 65(March). <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2025.102842>
- Bupati Pesawaran. (2016). *Peraturan Bupati pesawaran No 25 Tahun 2016 Tentang Penetapan Kawasan Perdesaan Berbasis Wisata Bahari dan*

Warisan Budaya di Kabupaten Pesawaran (pp. 1–3). Bupati Pesawaran. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/116096/perbup-kab-pesawaran-no-25-tahun-2016>

Bupati Pesawaran. (2021). *Peraturan Bupati Pesawaran No 29 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan dan Pengelolaan Kepariwisata Kabupaten Pesawaran* (pp. 1–4). Bagian Hukum Pemerintah Daerah Pesawaran. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/214129/perbup-kab-pesawaran-no-29-tahun-2021>

Chen, I., Doum, D., & Mannion, K. (2023). Applying the COM-B Behaviour Change Model to a Pilot Study Delivering Volatile Pyrethroid Spatial Repellents and Insecticide Treated Clothing to Forest Exposed Populations in Monduliri Province, Cambodia. *Malaria Journal*, 22(251), 1–23. <https://doi.org/10.1186/s12936-023-04685-1>

Christy, K., Tanumihardja, T. N., & Handayani, Y. S. (2014). Hubungan dan Sikap tentang Malaria dengan Perilaku Pencegahan pada Kehamilan pada Ibu Hamil di Desa Muara Siberut dan Desa Maillepet, Mentawai, Indonesia. *Cdkjournal.Com*, 4(5), 11. <https://cdkjournal.com/index.php/cdk/article/download/465/423/476>

Damayanti, P. A. A., & Yanti, N. luh P. E. (2020). *Malaria risk perceptions and barriers for effective prophylaxis among sub-Saharan African “visiting friends and relatives” travellers in Hamburg, Germany. Community of Publishing in Nursing (COPING)*, 8(3), 232–242. https://dlwqtxts1xzle7.cloudfront.net/74530204/37083-libre.pdf?1636648620=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRisiko_Mosquito_Borne_Diseases_Pada_Wisa.pdf&Expires=1749889466&Signature=bH9LWmdUniFZeaGQv2QTudOzB9-vpRLWNG9fLO43qY78GkcSLrJnUNzG

Dinas Kesehatan Kab Pesawaran. (2025a). *Analisis Kasus Malaria di Pesisir Kabupaten Pesawaran Tahun 2025* (p. 1). Dinas Kesehatan Kab Pesawaran.

Dinas Kesehatan Kab Pesawaran. (2025b). *Evaluasi Tahun 2023-2025 Program Pemberantasan Penyakit Menular (P2M) Malaria* (pp. 1–17). Dinas Kesehatan Kab Pesawaran. Evaluasi tahunan

Erika, Sari, W. V., & Fitrinama, R. F. (2025). *Antropologi Kesehatan*. https://www.google.co.id/books/edition/Antropologi_Kesehatan/NeNeEQA AQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=hubungan+pendidikan+pekerjaan+pendapatan+dengan+perilaku+kesehatan&pg=PA226&printsec=frontcover

Essandoh, M. N., Mackroth, M. S., Brehm, T. T., Michelitsch, P., Mbassi, F. E., Rakotonirinalalao, M., Ijagbemi, K., & Ramharter, M. (2025). Malaria risk perceptions and barriers for effective prophylaxis among sub-Saharan African “visiting friends and relatives” travellers in Hamburg, Germany. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 65(March).

<https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2025.102858>

- Evalina, I., Frida Lina Tarigan, & Mindo Tua Siagian. (2025). Factors Associated with Malaria Prevention Actions Based on the Health Belief Model in the Working Area of Pagurawan Health Center, Medang Deras District, Batubara Regency, 2025. *Jurnal Kesmas Dan Gizi (Jkg)*, 8(1), 67–73. <https://doi.org/10.35451/w1m4g308>
- Failoc-Rojas, V., Becerra-Silva, F., & Chero-Salvador, J. (2023). Knowledge, attitudes, and practices about malaria in travelers to risk areas in Peru. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 52(December 2022). <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102522>
- Fitriani, R. (2021). *JW Marriot Hadir di Pesawaran Lampung, Bangun Hurun Beach Resort Investasi Rp 360 Miliar*. <https://Lampung.Tribunnews.Com>. <https://lampung.tribunnews.com/2021/09/30/jw-marriot-hadir-di-pesawaran-lampung-bangun-hurun-beach-resort-investasi-rp-360-miliar>
- Gubernur Lampung. (2025). *Keputusan Gubernur Lampung Nomor: G/835/V.08/HK/2024 tanggal 10 Desember 2024 Tentang Upah Minimum Provinsi Lampung Tahun 2025*. <https://disnaker.lampungprov.go.id/berkas/uploads/fiaZu2NzKjY5Som4O9vCaj304O7ZhgwgEzwH1enU.pdf>
- Hastono, S. P. (2022). *Analisis Data Pada Bidang Kesehatan*. Raja Grafindo.
- Higuita, N., Agudelo, I., & White, B. P. (2021). An update on prevention of malaria in travelers. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, 8, 1–17. <https://doi.org/10.1177/204993612111040690>
- Hiranrusme, T., Piyaphanee, W., Kaewkungwal, J., Silachamroon, U., Leowattana, W., Chatapat, L., & Matsee, W. (2020). Risk perception of health problems among travelers visiting a travel clinic in Bangkok, Thailand. *Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines*, 6(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40794-020-00108-0>
- Hoefnagel, J. G. M., Massar, K., & Hautvast, J. L. A. (2020). Non-adherence to malaria prophylaxis: The influence of travel-related and psychosocial factors. *Journal of Infection and Public Health*, 13(4), 532–537. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.10.004>
- Huang, X., Dai, S., & Xu, H. (2020). Predicting Tourists' Health Risk Preventative Behaviour and Travelling Satisfaction in Tibet: Combining the Theory of Planned Behaviour and Health Belief Model. *Tourism Management Perspectives*, 33(2), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2019.100589>
- Jeon, B. H., Lee, J. A., Lee, S. Y., Lee, S. E., & Yeom, J. S. (2025). *Epidemiological characteristics of imported malaria related to international travel in the Republic of Korea from 2009 to 2018*. *Scientific Reports*, 15(1),

1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-84124-6>

- Kemkes RI. (2022a). Pengendalian Faktor Risiko Malaria. In *Kementerian kesehatan Republik Indonesia*. [https://malaria.kemkes.go.id/sites/default/files/2023-11/Petunjuk Teknis Pengendalian Faktor Risiko Malaria 2022_0.pdf](https://malaria.kemkes.go.id/sites/default/files/2023-11/Petunjuk_Teknis_Pengendalian_Faktor_Risiko_Malaria_2022_0.pdf)
- Kemkes RI. (2022b). Permenkes RI No 22 Tahun 2022 Tentang Penanggulangan Malaria. In *Kementerian kesehatan Republik Indonesia* (Vol. 151, Issue 2, pp. 1–103).
- Kemkes RI. (2024). *Laporan situasi terkini perkembangan program pengendalian malaria di indonesia tahun 2024* (pp. 1–44). Kemkes RI.
- Kemkes RI. (2025a). *9th Asia Pasific Leader's on Malaria Elemination 2025*. Kemkes RI. <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=eHLZRKuEYuk&sfnsn=wiwspwa>
- Kemkes RI. (2025b). *Draf Rencana Strategi Kementrian Kesehatan 2025-2029* (p. 1). Kemkes RI. <https://www.scribd.com/document/812119060/4-Paparan-Renstra-Kemkes-2025-2029-2-Desember-2024>
- Khatib, B., Mcha, J., & Pandu, Z. (2025). Early evening outdoor biting by malaria-infected *Anopheles arabiensis* vectors threatens malaria elimination efforts in Zanzibar. *Malaria Journal*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12936-025-05333-6>
- Khusaeni, A., Khusaini, K., & Widiarti, A. (2021). Dampak Usia, Struktur Keluarga, dan Tingkat Pendidikan Terhadap Perilaku Konsumen (Pengunjung) Destinasi Wisata di Kabupaten Tangerang. *Jurnal Inovasi Pendidikan Ekonomi (JIPE)*, 11Khusaeni(2), 175. <https://doi.org/10.24036/011129570>
- Laiton, P. M.-, Hernández-Valencia, J. C., & Correa, M. M. (2024). Community Knowledge, Attitudes and Practices About Malaria: Insights from a Northwestern Colombian Endemic Locality. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 9(11), 1–15. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed9110281>
- Lestari, M., Amal, F., & Mulyana, A. S. (2023). Health Belief Model Pencegahan Malaria pada Ibu Hamil. *Jurnal Kebidanan Malakbi*, 4(2), 75–84. <https://jurnal.poltekkesmamuju.ac.id/index.php/b/article/download/738/264/4169>
- Maldonado, R., Miller, M. J., & Lord, J. C. (2018). The Relationships Among Socio-Demographics, Perceived Health, and Happiness. *PMC Pubmed Central*, 1(12), 289–302. https://pmc-ncbi-nlm-nih.gov.translate.google/articles/PMC5531614/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc

- Marisa, A., Wahyono, T. Y. M., & Nasution, H. S. (2024). Faktor-faktor Berhubungan dengan Kejadian Malaria di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018. *The Indonesian Journal of Infectious Diseases*, 10(2), 111–128. <https://doi.org/10.32667/ijid.v10i2.294>
- Mifbakhuddin. (2024). *Buku Referensi Kependudukan dan Kesehatan Masyarakat*. Deepublish (Group Penerbitan CV Budi Utama). https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Referensi_Kependudukan_dan_Kesehata/vmMrEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=sosial+demografi+dan+kesehatan&pg=PA7&printsec=frontcover
- Mona, D., Suryani, I., & Gunawan. (2023). *Status Sosial Ekonomi Orang Tua sebagai Faktor Risiko Terjadinya Early Childhood Caries*. Penerbit Adab.
- Mufara, C. N., & Wahyono, T. Y. M. (2023). Faktor Perilaku Pencegahan Terhadap Kejadian Malaria di Papua: Analisis Riskesdas 2010-2018. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 6(5), 901–911. <https://doi.org/10.56338/mppki.v6i5.3294>
- Muzayyana, A., & Aini, Q. (2024). Bibliometric Analysis of the Health Belief Model in Healthcare Workers: Trends, Insights, and Future Directions. *Journal of Angiotherapy*, 8(5). <https://doi.org/10.25163/angiotherapy.859698>
- Napitupulu, D. (2025). *Dispar Pesawaran Evaluasi Kunjungan Wisatawan Libur Lebaran 2025*. <https://Lampost.Co/>. https://lampost.co/lampung/pesawaran/dispar-pesawaran-evaluasi-kunjungan-wisatawan-libur-lebaran-2025/#goog_rewarded
- Naserrudin, N. A., Hod, R., Jeffree, M. S., Ahmed, K., Culleton, R., & Hassan, M. R. (2022). The Role of Human Behavior in Plasmodium knowlesi Malaria Infection: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph19063675>
- Oaks & Mitchell. (1991). Social and Behavioral Aspects of Malaria. In *National Library of Medicine*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234325>
- Okoh, J. I., & Mercy, U. (2025). Assessment Of Caregivers ' Perception And Acceptance Of Intermittent Preventive treatment of Malaria in Under-Five Children Based On The Health Belief Model In Obio-Akpor Local Government Area, Rivers State Nigeria. *International Journal of Psysiology (IJPHY)*, 3(1), 14–51. https://iaeme.com/MasterAdmin/Journal_uploads/IJPHY/VOLUME_3_ISSUE_1/IJPHY_03_01_002.pdf
- Pakpahan, M., Siregar, D., Susilawaty, A., & Tasnim. (2021). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Park, J., Kang, S., Seok, D., Baek, Y. J., An, S. Y., Lee, J., Jun, A., & Kim, S. Y.

- (2023). Barriers against and strategies for malaria control during the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries: a systematic review. *Malaria Journal*, 22(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12936-023-04452-2>
- Pasalari, Z., Hosseini, Z., Torki, H., & Ghanbarnejad, A. (2024). Effect of an educational intervention based on health belief model on preventive behaviors against malaria in over 18-year-old Afghan immigrants living in Parsian. *BMC Infectious Disease*, 24(101), 2–10. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11451138/pdf/12879_2024_Article_10016.pdf
- Patel, D., & Simons, H. (2019). Travel health. *Public Health Journal*, 1(12), 148–149. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30797566/>
- Pemerintah Kabupaten Pesawaran. (2025). *Wilayah Geografis Pesawaran*. <https://Pesawarankab.Go.Id>. <https://pesawarankab.go.id/profil/wilayah-geografis-pesawaran>
- Peng, Z., He, M., Zhou, L., Wu, X., Wang, L., Li, N., & Deng, S. (2022). Mosquito Repellents : Efficacy Tests of Commercial. *Molecules*, 27(5543), 1–13. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9458079/pdf/molecules-27-05534.pdf>
- Perda Pesawaran. (2019). *Peraturan Daerah Kabupaten Pesawaran No 10 Tahun 2017 Tentang Malaria* (pp. 1–20).
- Pranoto, T. (2022). Determinan yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Malaria Di Wilayah Kerja UPTD. Puskesmas Hanura Kecamatan Teluk Pandan Kabupaten Pesawaran Tahun 2022. *Jurnal Dunia Kesmas*, 11(4), 1–12. <https://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/duniakesmas/article/view/7598/pdf>
- Pratiwi, A. P. (2024). *Perilaku Vektor Malaria Di Indonesia*. [Ayosehat.Kemkes.Go.Id](https://ayosehat.kemkes.go.id). <https://ayosehat.kemkes.go.id/perilaku-vektor-malaria-di-indonesia>
- Presiden RI. (2021). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia no 57 tahun 2021 tentang Standar Nasional Pendidikan*.
- Prete, V. Del, Mateo-Urdiales, A., Bueno-Cavanillas, A., & Ferrara, P. (2019). Malaria prevention in the older traveller: a systematic review. *Jurnal Travel Medicine*, 26(7), 1. <https://academic.oup.com/jtm/article-abstract/26/7/taz067/5562848?redirectedFrom=PDF&login=false>
- Rahman, H., & Sartika. (2022). Upaya Mencegah Wabah Travel Disease dalam Persepsi Travel Agent. *Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 13(3), 724–730. <http://forikes-ejournal.com/index.php/SF/article/download/sf13330/13330>

- Rapheal, E., Prithviraj, R., Campbell, S., Stoddard, S. T., & Paz-soldan, V. A. (2023). Using the Health Belief Model to Predict Pre-Travel Health Decisions among US based Travelers. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 109(4), 937–944. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.22-0633>
- Reken, F., Junita, A., & Hallatu, Y. A. (2024). *Metode Penelitian Kuantitatif*. CV Gita Lentera. https://www.google.co.id/books/edition/Metode_Penelitian_Kuantitatif/GDcpEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=reliabilitas+split+half&pg=PA115&printsec=frontcover
- Rivera, E. P., Urioste-stone, S. De, Rickard, L. N., Anup, K. C., Stimson, J. R., Caprara, A., & Estrada, L. N. (2025). Understanding international travelers ' health risk perceptions , preferences , and decisions : a segmentation analysis. *Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines*, 11(20), 1–14. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12167583/pdf/40794_2025_Article_252.pdf
- Rodríguez, C., Jacob, M., & Florido, C. (2020). Socioeconomic profile of tourists with a greater circular attitude and behaviour in hotels of a sun and beach destination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–28. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249392>
- Rodríguez, D., Katusele, M., & Auwun, A. (2021). Human Behavior, Livelihood, and Malaria Transmission in Two Sites of Papua New Guinea. *Journal of Infectious Diseases*, 223(Suppl 2), S171–S186. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa402>
- Ruliansyah, A., & Pradani, F. Y. (2020). Perilaku-Perilaku Sosial Penyebab Peningkatan Risiko Penularan Malaria di Pangandaran. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 23(2), 115–125. <https://doi.org/10.22435/hsr.v23i2.2797>
- Sahir, S. H. (2022). *Metodologi Penelitian*. Penerbit KBM indonesia.
- Salam, I., Sulistyawati, Sukesi, T. W., Lestari, A., Kahar, Anditiarina, D., Kamumu, N., Febriyanti, Basudewa, I. D. G., Fadhilah, I. Q., Junaidi, H., Anulus, A., & Wardhana, A. (2023). *Kesehatan Pariwisata (pertama)*. Penerbit Media Sains Indonesia. [https://eprints.uad.ac.id/51723/1/Buku_Digital_-_KESEHATAN_PARIWISATA_\(2\).pdf](https://eprints.uad.ac.id/51723/1/Buku_Digital_-_KESEHATAN_PARIWISATA_(2).pdf)
- Sardjono, W., Fitri, T., & Enggar, L. (2019). *Kupas Bahas Ringkas Tentang Malaria (pertama)*. UB Press. https://www.google.co.id/books/edition/Kupas_Bahas_Ringkas_tentang_Malaria/VHPcDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=pariwisata+dan+malaria&pg=PA131&printsec=frontcover
- Simanjuntak, S. (2023). *Pesawaran menuju bumi wisata sejuta pesona pada 2025*. <https://Lampung.Rilis.Id>. <https://lampung.rilis.id/Bisnis/Berita/Pesawaran->

Menuju-Bumi-Wisata-Sejuta-Pesona-pada-2025-HIDKCEO

- Skinner, C., Tiro, J. A., & Rodrigues, S. A. (2024). The Health Belief Model. In *Health Behavior, Theory, Research and Practice* (6th ed., pp. 44–55). Jhon Willey & Sons.inc. https://www.google.co.id/books/edition/Health_Behavior/_9UZEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=health+belief+model+2020&pg=PA50&printsec=frontcover
- Stanic, T., Koiso, S., & Fields, N. (2025). Economic value of pre-travel health interventions for communicable diseases in international travellers. *Journal Travel Medicine*, 32(7), 1–18. https://watermark02.silverchair.com/taaf053.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAA1AwggNMBgkqhkiG9w0BBwagggM9MIIDOQIBADCCAzIGCSqGSib3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMPwO4M5U1QVCZjATYAgEQgIIDAyl-QD3MgJHu428RYgsmFOe4DYc7HosvpFNCtSo7XKYX2
- Sulaeman, E. S. (2022). *Pendidikan dan Promosi Kesehatan Teori dan Implementasi di Indonesia* (pertama). UGM Press. https://www.google.co.id/books/edition/Pendidikan_dan_Promosi_Kesehatan/2FBqEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1
- Supinganto, A. (2024). *Pencegahan Tuberkulosis: Integrasi Konsep Health Belief Model*. Asadel Liamsindo Teknologi. https://www.google.co.id/books/edition/Pencegahan_Tuberkulosis_Integrasi_Konsep/3ysUEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=health+belief+model&pg=PA60&printsec=frontcover
- Suryapranata, F. S. T., Overbosch, F. W., Matser, A., Grobusch, M. P., McCall, M. B. B., van Rijckevorsel, G. G. C., Prins, M., & Sonder, G. J. B. (2022). Malaria in long-term travelers: Infection risks and adherence to preventive measures – A prospective cohort study. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 49(July), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102406>
- United Kingdom Health Security Agency. (2024). *Guidelines for malaria prevention in travellers from the UK 2024*. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/67f7c23ac6046b50261bc7f3/guidelines-for-malaria-prevention-in-travellers-from-the-UK-2024.pdf>
- Vajda, É. A., Ross, A., & Doum, D. (2025). Field evaluation of a volatile pyrethroid spatial repellent and etofenprox treated clothing for outdoor protection against forest malaria vectors in Cambodia. *Scientific Reports*, 14(17348), 1–13. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-67470-3>
- Veit, O., Maniewski-Kelner, Rothe, U., Eperon, C., & Gilles. (2024). Methodology of the joint malaria prevention recommendations of Switzerland, Germany, Belgium and The Netherlands. *Journal of Travel Medicine*, 31(8), 1. <https://academic.oup.com/jtm/article-abstract/31/8/taae129/7777620>

- Volkman, H. R., Walz, E. J., & Wanduragala, D. (2020). Barriers to malaria prevention among immigrant travelers in the United States who visit friends and relatives in sub-Saharan Africa: A cross-sectional, multi-setting survey of knowledge, attitudes, and practices. *Journal Plos.* <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0229565>
- Wang, Y., Fang, F., Li, C., Wang, J., Lu, G., & Huang, Y. (2025). Understanding international travelers' intentions to adopt protective behaviors against malaria during staying abroad: insights from a study of Chinese international travelers. *BMC Journal*, *21*(39), 2–9. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12228228/pdf/12992_2025_Article_1132.pdf
- Weber, R., Schlagenhauf, P., & Amsler, L. (2003). Knowledge, attitudes and practices of business travelers regarding malaria risk and prevention. *Pubmed*, *10*(4), 219. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12946300/>
- WHO. (2024a). *Determinants of Health*. [Www.Who.Int. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health)
- WHO. (2024b). International travel and health. In *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)* (Vol. 16, Issue 39). WHO. <https://link.springer.com/article/10.1186/s40794-020-00108-0>
- WHO. (2024c). *Malaria*. https://www.who.int/health-topics/malaria#tab=tab_1
- WHO. (2024d). WHO Guidelines for malaria. In *WHO* (1st ed., Issue June). WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379635/B09146-eng.pdf?sequence=1>
- Yirsaw, A. N., Gebremariam, R. B., Getnet, W. A., & Mi, M. S. (2021). Insecticide - treated net utilization and associated factors among pregnant women and under - five children in East Belessa District , Northwest Ethiopia : using the Health Belief model. *Malaria Journal*, *20*(130), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12936-021-03666-6>
- Zulka, A. N., Suryaningsih, Y., & Wahyuningsih, N. L. (2023). Analisis Faktor Determinan Peningkatan Resiko Sedentary lifestyle Mahasiswa Dengan Pendekatan Health belief model. *Professional Health Journal*, *5*(2), 362–369. <https://doi.org/10.54832/phj.v5i2.434>