

**STUDI KUALITATIF PERILAKU PEMBERANTASAN SARANG
NYAMUK DENGAN PENDEKATAN *HEALTH BELIEF MODEL* DI
WILAYAH KAMPUNG BANDARSARI KECAMATAN PADANG RATU
KABUPATEN LAMPUNG TENGAH**

TESIS

**OLEH
INDAH DWI PRATIWI
NPM. 2428021023**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

Judul Tesis : STUDI KUALITATIF PERILAKU
PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK
DENGAN PENDEKATAN HEALTH BELIEF
MODEL DI WILAYAH KAMPUNG
BANDARSARI KECAMATAN PADANG RATU
KABUPATEN LAMPUNG TENGAH

Nama Mahasiswa : **Indah Dwi Pratiwi**

NPM : 2428021023

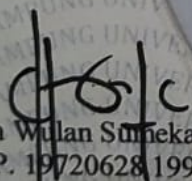
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

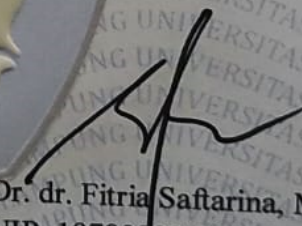
Fakultas : Kedokteran



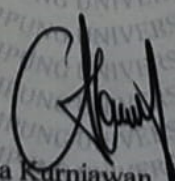
MENYETUJUI

Komisi Pembimbing


Prof. Dr. Dyah Wulan Sunekar RW, SKM, M.Kes
NIP. 197206281997022001


Dr. dr. Fitria Saftarina, M.Sc
NIP. 197809032006042001

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat


Dr. dr. Betta Kurniawan, S. Ked., M. Kes
NIP. 197810092005011001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, SKM, M.Kes

Sekretaris : Dr. dr. Fitria Saftarina, M.Sc

Penguji 1 : Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi, S.Ked, M.Kes, Sp. Par.K

Penguji 2 : Dr. dr. Betta Kurniawan S.Ked, M.Kes, Sp.Par.K

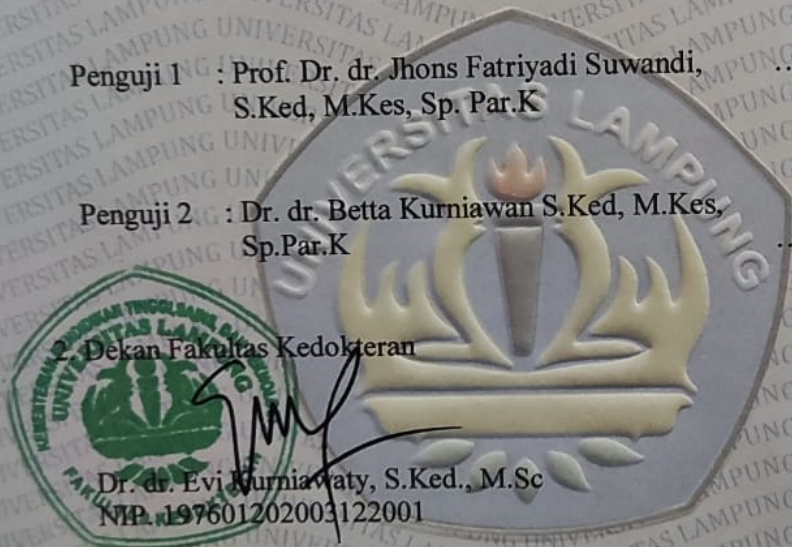
2. Dekan Fakultas Kedokteran

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

3. Direktur Program Pascasarjana

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

4. Tanggal Lulus Ujian Tesis : 27 Maret 2026



[Handwritten signatures of Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, SKM, M.Kes; Dr. dr. Fitria Saftarina, M.Sc; Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi, S.Ked, M.Kes, Sp. Par.K; Dr. dr. Betta Kurniawan S.Ked, M.Kes, Sp.Par.K; and Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc]

ABSTRAK

STUDI KUALITATIF PERILAKU PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK DENGAN PENDEKATAN *HEALTH BELIEF MODEL* DI WILAYAH KAMPUNG BANDARSARI KECAMATAN PADANG RATU KABUPATEN LAMPUNG TENGAH

Oleh
INDAH DWI PRATIWI

Latar Belakang: Demam Berdarah *Dengue* (DBD) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia. Kampung Bandarsari di wilayah kerja Puskesmas Surabaya merupakan lokasi dengan angka kejadian DBD tertinggi. Pencegahan utama melalui Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan strategi 3M+ sangat bergantung pada partisipasi masyarakat, yang perilakunya dipengaruhi oleh persepsi individu. Penelitian kualitatif fenomenologis ini bertujuan mengeksplorasi persepsi masyarakat dan petugas kesehatan terhadap PSN dengan menggunakan kerangka *Health Belief Model* (HBM).

Metode: Jenis Penelitian menggunakan kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian dilaksanakan pada Januari 2026 di Kampung Bandarsari melibatkan 11 informan yang dipilih secara purposif, meliputi Kepala Kampung, Bidan Desa, Pemegang Program, Ketua Dusun, dan Ketua RT. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan *Focus Group Discussion* (FGD), kemudian dianalisis menggunakan analisis tematik dengan validitas data melalui triangulasi sumber.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi kerentanan masyarakat terhadap DBD masih cenderung bersifat reaktif. Meskipun pemahaman mengenai kerentanan sudah cukup baik, persepsi keseriusan terhadap penyakit cukup baik, kesadaran pencegahan lebih banyak muncul ketika terjadi kasus di lingkungan sekitar. Persepsi manfaat PSN dan 3M+ juga tergolong tinggi, namun belum diikuti oleh praktik pencegahan yang konsisten. Persepsi hambatan seperti rendahnya motivasi, minimnya figur penggerak di masyarakat, serta ketergantungan pada pemicu eksternal masih memengaruhi perilaku pencegahan. Peran isyarat dalam mendorong perilaku PSN masih didominasi oleh faktor eksternal seperti Puskesmas. Efikasi diri masyarakat dalam melakukan tindakan pencegahan secara mandiri masih belum optimal.

Simpulan: Hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa diperlukan penguatan promosi kesehatan serta pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran dan mendorong perilaku pencegahan DBD yang lebih konsisten dan berkelanjutan.

Kata Kunci: Demam Berdarah *Dengue*, *Health Belief Model*, Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk, Kualitatif.

ABSTRACT

A QUALITATIVE STUDY OF MOSQUITO NEST ERADICATION BEHAVIOR USING THE HEALTH BELIEF MODEL APPROACH IN BANDARSARI VILLAGE, PADANG RATU DISTRICT CENTRAL LAMPUNG REGENCY

BY :
INDAH DWI PRATIWI

Background: Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) remains a serious public health concern in Indonesia. Kampung Bandarsari, located within the working area of Surabaya Community Health Center (Puskesmas Surabaya), has been identified as the area with the highest incidence of DHF. Primary prevention through Mosquito Nest Eradication (MNE) employing the 3M+ strategy is heavily dependent on community participation, which is fundamentally shaped by individual perceptions. This phenomenological qualitative study aimed to explore the perceptions of community members and health workers regarding PSN implementation, utilizing the Health Belief Model (HBM) as the conceptual framework.

Methods: This study employed a qualitative research design with a phenomenological approach. The study was conducted in January 2026 in Kampung Bandarsari, involving 11 purposively selected informants, comprising the Village Head, Village Midwife, Program Holder, Hamlet Chairperson, and Neighborhood Unit Chairpersons. Data were collected through in-depth interviews and Focus Group Discussions (FGDs), and subsequently analyzed using thematic analysis. Data validity was verified through source triangulation.

Results: The findings revealed that community perceptions of susceptibility to DHF remained predominantly reactive in nature. Although awareness of susceptibility was reasonably adequate and perceptions of disease severity were fairly well-established, preventive consciousness tended to emerge primarily in response to confirmed cases within the immediate environment. Perceived benefits of PSN and the 3M+ strategy were similarly high; however, this was not consistently reflected in preventive practice. Perceived barriers including low motivational levels, a lack of community mobilizers, and reliance on external triggers continued to impede preventive behavior. Cues to action that prompted PSN-related behavior remained largely driven by external sources, particularly the Community Health Center. Furthermore, community self efficacy in independently sustaining preventive measures had yet to reach an optimal level.

Conclusion: The findings of this study indicate that strengthened health promotion efforts and community empowerment initiatives are necessary to enhance awareness and foster more consistent and sustained dengue hemorrhagic fever prevention behaviors within the community.

Keywords: Dengue Hemorrhagic Fever, *Health Belief Model*, Mosquito Nest Eradication Behavior, Qualitative.

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Tesis dengan judul “Studi Kualitatif Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk Dengan Pendekatan *Health Belief Model* Di Wilayah Kampung Bandarsari Kecamatan Padang Ratu Kabupaten Lampung Tengah” adalah karya saya sendiri dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan yang tidak sesuai dengan etika ilmiah yang berlaku dalam isi banding akademik atau yang disebut *plagiarism*.
2. Hak intelektual atas karya ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya, maka saya bersedia dan sanggup dituntut sesuai hukum yang berlaku.

Bandar Lampung, 27 Maret 2026
Pembuat Pernyataan



Indah Dwi Pratiwi
Indah Dwi Pratiwi
NPM. 2428021023

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Bandar Jaya pada tanggal 13 Februari 1990, sebagai anak ke 2 dari 5 bersaudara, dari Ibu Dra. Malia Herlena

Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SD Negeri 1 Bandarjaya pada tahun 2002, Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) diselesaikan di SLTP Negeri 1 Terbanggi Besar pada tahun 2005 dan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di SMA Negeri 1 Terbanggi Besar pada tahun 2008

Penulis menempuh pendidikan tinggi pada tahun 2008 sebagai mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter di Universitas Lampung dan menyelesaikan program profesi dokter pada tahun 2015. Pada tahun 2017 penulis bekerja di RSIA Puri Adhya Paramita dan PT Great Giant Food. Pada tahun 2019, penulis mulai bekerja sebagai PNS di UPTD Puskesmas Surabaya. Pada tahun 2024, penulis melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Lampung.

Dengan penuh rasa syukur,

Karya ilmiah ini saya persembahkan kepada orangtua tercinta, atas doa, kasih sayang, dan pengorbanan yang tidak pernah berhenti. Kepada suami tercinta, yang senantiasa memberikan dukungan, pengertian, dan semangat selama proses penyusunan tesis ini. Kepada anak-anakku tercinta, yang menjadi sumber motivasi dan penguat langkah. Serta keluarga besar, atas doa dan dukungan yang selalu menyertai.

Semoga karya ilmiah ini dapat memberikan manfaat untuk dunia pendidikan dan kesehatan.

“Barang siapa menempuh jalan untuk mencari ilmu, maka Allah akan memudahkan baginya jalan menuju surga.”

(HR. Muslim no.2699)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya Penulis dapat menyelesaikan Proposal penelitian dengan judul “ STUDI KUALITATIF PERILAKU PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK DENGAN PENDAKATAN *HEALTH BELIEF MODEL* DI WILAYAH KAMPUNG BANDARSARI KECAMATAN PADANG RATU KABUPATEN LAMPUNG TENGAH”. Proposal penelitian ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat. Selama penyusunan karya ilmiah ini, penulis mendapat bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dengan segala hormat dan kerendahan hati penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M., selaku Rektor Universitas Lampung
2. Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si., selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Lampung;
3. Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. Dr. dr. Indri Windarti, Sp.A, selaku Ketua Jurusan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
5. Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Park., selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
6. Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, SKM, M.Kes, selaku Pembimbing utama yang telah bersedia meluangkan waktu, dalam membimbing, memberikan masukan, ilmu, kritik, saran dan nasihat bermanfaat dalam penyelesaian tesis ini;
7. Dr. dr. Fitria Saftarina, M.Sc, selaku Pembimbing kedua yang telah bersedia meluangkan waktu, dalam membimbing, memberikan masukan, ilmu, kritik, saran dan nasihat bermanfaat dalam penyelesaian tesis ini;
8. Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi, S.Ked, M.Kes, Sp. Par.K, selaku Pembahas pertama yang telah bersedia meluangkan waktu, dalam

membimbing, memberikan masukan, ilmu, kritik, saran dan nasihat bermanfaat dalam penyelesaian tesis ini;

9. Dr. dr. Betta Kurniawan S.Ked, M.Kes, Sp.Par.K, selaku Pembahas kedua yang telah bersedia meluangkan waktu, dalam membimbing, memberikan masukan, ilmu, kritik, saran dan nasihat bermanfaat dalam penyelesaian tesis ini.
10. Suamiku, dan anak-anakku, orangtua serta seluruh keluarga, terima kasih atas dukungan dan doa-doanya hingga semua bisa berjalan sesuai harapan dan saya mampu menyelesaikan pendidikan dengan baik;
11. Seluruh Pegawai Puskesmas Surabaya yang telah memberikan doa dan dukungannya dalam penyelesaian thesis ini;
12. Perangkat Kampung Bandarsari dan seluruh jajaran, terima kasih atas dukungannya;
13. Seluruh informan, terima kasih atas dukungannya;
14. Seluruh staf pengajar Program Studi Kesehatan Masyarakat Unila atas ilmu yang telah diberikan kepada saya untuk menambah wawasan yang menjadi landasan untuk mencapai cita-cita;
15. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu-persatu yang telah memberikan bantuan dan memberi semangat selama proses belajar di Magister Kesehatan Masyarakat dan dalam penulisan tesis.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan akan tetapi, semoga tesis ini dapat memberikan manfaat kepada kita semua

Bandar Lampung, Maret 2026

Indah Dwi Pratiwi

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERSETUJUAN	ii
PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
PERNYATAAN	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vii
MOTTO	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Landasan Teori	8
2.2 Penelitian Terdahulu	26
2.3 Kerangka Teori	30
2.4 Kerangka Konsep.....	30
BAB III METODE PENELITIAN	31
3.1 Jenis Penelitian.....	31
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	31
3.3 Subjek Penelitian.....	31
3.4 Definisi Operasional.....	32
3.5 Pengumpulan Data	33

3.6 Analisa Data.....	33
3.7 Keabsahan Data.....	34
3.8 Etika Penelitian	36
BAB IV HASIL PENELITIAN	37
4.1 Hasil Wawancara Mendalam dan FGD	37
BAB V PEMBAHASAN	59
5.1 Pembahasan.....	59
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	71
6.1 Kesimpulan	71
6.2 Saran	73
DAFTAR PUSTAKA.....	76
LAMPIRAN.....	81

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu.....	26
Tabel 3.1 Triangulasi Sumber	34
Tabel 4.1 Karakteristik Informan	37
Tabel 4.2 Tematik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan FGD	46
Tabel 4.3 Tematik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan Triangulasi .	49
Tabel 4.4 Matrik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan FGD dan Informan Triangulasi	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 1. Kerangka Teori.....	30
Gambar 2. Kerangka Konsep	30
Gambar 3. Observasi genangan air, bambu, ban ban bekas, dan pasar.....	82
Gambar 4. Observasi lingkungan	83
Gambar 5. FGD dengan informan	84
Gambar 6. Triangulasi Sumber dengan Pemegang Program P2 dan Bidan Desa	85
Gambar 7. Wawancara Mendalam dengan Kepala Kampung	86

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam berdarah *dengue* (DBD) merupakan salah satu penyakit endemis yang mengancam kesehatan masyarakat Indonesia, terutama saat musim hujan. Penyakit ini disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*. Pencegahan utama DBD dapat dilakukan melalui pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan strategi 3M Plus, yaitu menguras, menutup, dan mendaur ulang barang bekas yang dapat menampung air, serta langkah tambahan seperti penggunaan larvasida dan fogging. Namun, upaya ini membutuhkan partisipasi aktif masyarakat agar dapat berhasil secara berkelanjutan (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Jumlah kumulatif kasus DBD di Indonesia tahun 2023 adalah 114.720 kasus, dengan 894 kematian (Kemenkes, 2023). Secara umum, Provinsi Lampung mencatat lebih dari 5.000 kasus DBD hingga Mei 2024 dan menempati peringkat ke-9 tertinggi secara nasional. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, pada tahun 2022 tercatat 482 kasus DBD di Kabupaten Lampung Tengah dengan 3 kasus kematian. Pada tahun 2023, meskipun ada sedikit penurunan kasus, data provinsi tetap menunjukkan angka yang tinggi. Memasuki tahun 2024, jumlah kasus DBD di Lampung Tengah kembali meningkat signifikan, yakni mencapai 602 kasus dengan 1 kematian hanya dalam kurun waktu hingga akhir April (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2024).

Data Kejadian DBD di Kabupaten Lampung Tengah tahun 2020 sebanyak 886 kasus, tahun 2021 sebanyak 223 kasus, tahun 2022 sebanyak 485 kasus, tahun 2023 sebanyak 330 kasus, tahun 2024 sebanyak 1193 kasus. Data Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Surabaya tahun 2020 sebanyak 40 kasus, tahun 2021 sebanyak 4 kasus, tahun 2022 sebanyak 10 kasus, tahun 2023 sebanyak 4 kasus, dan tahun 2024 sebanyak

65 kasus, berdasarkan data tersebut, dapat disimpulkan bahwa trend tahun 2020-2023 mengalami penurunan, dan pada tahun 2023-2024 mengalami trend kenaikan (Data P2PM Dinkes Lampung Tengah, 2024).

Adanya kenaikan trend angka kasus kejadian DBD disebabkan oleh beberapa faktor penyebab seperti kondisi lingkungan (genangan air), perilaku sosial (kebersihan, pengetahuan masyarakat), dan faktor ekonomi serta kapasitas pelayanan kesehatan. Keberhasilan pelaksanaan PSN sangat bergantung pada persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, hambatan, peran isyarat dan efikasi diri dalam perilaku PSN. Puskesmas Surabaya merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang ada di Kabupaten Lampung Tengah dan tengah menghadapi tantangan signifikan dalam pengendalian penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD). Berdasarkan data P2PM Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah tahun 2024, Puskesmas Surabaya menempati peringkat keempat tertinggi untuk kejadian DBD, setelah Bandar Jaya (81 kasus), Kalirejo (75 kasus), dan Poncowati (72 kasus). Sebaran kasus di wilayah kerja Puskesmas Surabaya bersifat tidak merata, dengan rincian: Bandarsari 19 kasus, Karang Tanjung 10 kasus, Purworejo 10 kasus, Purwosari 9 kasus, Sendang Ayu 6 kasus, Surabaya 4 kasus, Margorejo 4 kasus, dan Mojokerto 3 kasus (Dinkes Lampung Tengah, 2024).

Tingginya angka kasus kejadian DBD di Kampung Bandarsari, dapat menyebabkan masalah kesehatan lainnya akibat dari DBD, sehingga diperlukan adanya intervensi utama yang dikenal sebagai PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk), atau 3M/3M Plus (menguras, menutup, mengubur, serta tambahan seperti penggunaan kelambu), terbukti efektif jika didukung oleh partisipasi masyarakat, koordinasi lintas-sektor, dan ketersediaan sumber daya. Selain faktor tersebut, ada faktor lain yang mempengaruhi peningkatan kejadian DBD diantaranya faktor *host* yang mempengaruhi kerentanan meliputi usia, status imun, perilaku hidup, serta tingkat pengetahuan dan persepsi terhadap risiko penyakit, Tingginya kepadatan vektor di suatu wilayah meningkatkan peluang penularan dan

risiko wabah, faktor lingkungan seperti curah hujan, suhu, kelembapan, serta kondisi pemukiman dan sanitasi mempengaruhi perkembangan larva nyamuk. Dari penyebab tersebut, yang menjadi faktor risiko seperti perilaku, tingkat pengetahuan masyarakat, kondisi pemukiman dan sanitasi yang dapat mempengaruhi perkembangan larva nyamuk (Wahyuni dan Prasetyo, 2022; Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Fenomena tersebut dapat dianalisis dengan pendekatan *Health Belief Model* (HBM), yang menjelaskan bahwa perilaku dalam pencegahan DBD sangat dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap penyakit dan upaya pencegahannya. Dalam konteks ini, masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Surabaya mungkin memiliki tingkat persepsi kerentanan (*Perceived Susceptibility*) dan keseriusan (*perceived severity*) yang berbeda-beda terhadap risiko DBD. Sebagian masyarakat mungkin belum merasa rentan atau menganggap DBD sebagai penyakit yang tidak terlalu berbahaya, sehingga tidak melakukan tindakan pencegahan secara konsisten (Kemenkes RI, 2022; Junaidi ., 2023).

Selain itu, tingkat persepsi manfaat (*Perceived Benefits*) terhadap kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) 3M Plus di Kampung Bandar Sari melalui program inovasi Jumat Pagi Berantas Sarang Nyamuk (Jumpa Besanmu). Program ini dirancang sebagai kegiatan PSN kolektif yang dilakukan setiap hari Jumat pagi oleh masyarakat, kader kesehatan, dan petugas puskesmas secara gotong royong. Aktivitas yang dilakukan meliputi pembersihan lingkungan, edukasi bahaya DBD, dan pemeriksaan tempat perindukan nyamuk di rumah-rumah warga. Melalui kegiatan ini, masyarakat tidak hanya menjadi objek tetapi juga subjek dalam upaya pencegahan penyakit. serta hambatan yang dirasakan (*Perceived Barriers*) seperti keterbatasan waktu, tenaga, atau akses terhadap informasi kesehatan juga turut memengaruhi perilaku masyarakat. Kurangnya isyarat untuk bertindak (*Cues to Action*) seperti penyuluhan, dukungan kader, dan pesan media kesehatan dapat menurunkan motivasi masyarakat dalam melakukan pencegahan mandiri (Nuraini dan Hasanah, 2021). Peningkatan efikasi diri

(*Self-Efficacy*) atau keyakinan masyarakat terhadap kemampuan mereka melakukan tindakan pencegahan secara efektif dapat menjadi kunci keberhasilan program PSN di tingkat rumah tangga (Rizky ., 2022; Kemenkes RI, 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh Murni (2023) tentang analisis pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis *Health Belief Model* (HBM) terhadap faktor risiko kejadian demam berdarah *dengue* (DBD) Kelurahan Benteng Kota Palopo Sulawesi Selatan. Hasil penelitian menunjukkan, terdapat pengaruh intervensi kesehatan berbasis HBM terhadap persepsi kerentanan (nilai $p = 0,021$), persepsi keparahan (nilai $p = 0,000$), persepsi keuntungan (nilai $p = 0,001$), persepsi hambatan (nilai $p = 0,000$) dan perilaku mencegah kontak vektor (nilai $p = 0,015$). Analisis *Maya Index* menunjukkan kategori rendah (71,83%) sesudah dilakukan intervensi kesehatan lingkungan berbasis HBM. Untuk indeks entomologi diperoleh nilai CI kategori sedang menjadi rendah, nilai BI dan HI kategori tinggi menjadi sedang setelah dilakukan intervensi. Artinya daerah tersebut beresiko rendah sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes sp.* dan terjadi penurunan kepadatan larva *Aedes sp.* Setelah dilakukan intervensi. Untuk itu intervensi kesehatan lingkungan berbasis HBM dapat direkomendasikan sebagai upaya dalam menurunkan faktor risiko kejadian DBD.

Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Smitth (2012) dengan judul Analisis Kualitatif: Menggunakan Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model*) untuk Menjelaskan Demam Berdarah di Dua Komunitas di Trinidad dan Tobago. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kesadaran terhadap demam berdarah dan nyamuk *Aedes aegypti* cukup tinggi, namun penyakit ini tidak dianggap sebagai prioritas utama. Responden menganggap peningkatan populasi nyamuk sebagai masalah pemerintah, bukan sebagai masalah rumah tangga. Persepsi mereka terhadap program pengendalian nyamuk *aedes aegypti* juga dinilai kurang penting di kedua komunitas tersebut. Secara umum, anggota kedua komunitas

memiliki pengetahuan tentang demam berdarah dan nyamuk *aedes aegypti*, tetapi pengetahuan tersebut tidak diterjemahkan menjadi perubahan perilaku yang signifikan. Identifikasi terhadap hambatan lebih dominan dibandingkan dengan manfaat dari praktik pengendalian nyamuk. Oleh karena itu, pengembangan intervensi pendidikan kesehatan sebaiknya mempertimbangkan lingkungan sosial dan budaya tempat praktik pengendalian nyamuk tersebut didorong dan dilaksanakan.

Dengan demikian, penggunaan *Health Belief Model* dalam penelitian ini diharapkan dapat membantu memahami determinan perilaku masyarakat dalam upaya pencegahan DBD di Kampung Bandarsari, Kampung Bandarsari merupakan salah satu kampung di wilayah kerja Puskesmas Surabaya dengan angka kasus DBD tertinggi, selain itu Kampung Bandarsari merupakan kampung yang dekat dengan pasar, kurangnya kesadaran masyarakat di Kampung Bandarsari, kurangnya partisipasi masyarakat dalam kegiatan PSN, dan banyaknya ban, patok bambu yang meninggalkan genangan air. Pendekatan ini tidak hanya menilai faktor eksternal seperti kondisi lingkungan atau fasilitas kesehatan, tetapi juga menelaah aspek kognitif dan persepsi individu yang memengaruhi kesediaan masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (Sulastri ., 2023). Integrasi teori HBM dalam analisis diharapkan memberikan dasar konseptual yang kuat dalam merancang strategi promosi kesehatan berbasis perubahan perilaku yang lebih efektif dan berkelanjutan di Kampung Bandar Sari Kabupaten Lampung Tengah, sehingga peneliti mengambil judul “studi kualitatif perilaku pemberantasan sarang nyamuk dengan pendekatan *Health Belief Model* di Kampung Bandarsari Kecamatan Padang Ratu Kabupaten Lampung Tengah”.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, hambatan, peran isyarat dan efikasi diri dalam perilaku PSN di Kampung

Bandar Sari Kecamatan Padang Ratu Kabupaten Lampung Tengah tahun 2025?''.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, hambatan, peran isyarat dan efikasi diri tentang perilaku PSN di Kampung Bandar Sari Kecamatan Padang Ratu Kabupaten Lampung Tengah.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis persepsi kerentanan (*Perceived Susceptibility*) masyarakat tentang perilaku PSN.
2. Menganalisis persepsi keseriusan (*perceived severity*) masyarakat tentang perilaku PSN.
3. Menganalisis persepsi manfaat (*Perceived Benefits*) masyarakat tentang perilaku PSN.
4. Menganalisis persepsi hambatan (*Perceived Barriers*) yang dihadapi masyarakat tentang perilaku PSN.
5. Menganalisis peran isyarat untuk bertindak (*Cues to Action*) masyarakat tentang perilaku PSN.
6. Menganalisis tingkat efikasi diri (*Self-Efficacy*) masyarakat tentang perilaku PSN

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Untuk memberikan landasan bagi para peneliti lain dalam melakukan penelitian lain yang sejenis dalam rangka meningkatkan kemampuan memecahkan masalah.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi pada institusi Universitas Lampung agar dijadikan dokumentasi ilmiah untuk merangsang minat peneliti selanjutnya.

2. Bagi Tempat Penelitian

Membantu memberikan informasi kepada Puskesmas mengenai hasil program pemberantasan sarang nyamuk dalam pencegahan DBD.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Konsep Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

2.1.1.1 Pengertian

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini ditandai dengan demam mendadak, nyeri otot dan sendi, serta munculnya ruam pada kulit. Menurut WHO (2023), Demam berdarah *dengue* merupakan salah satu penyakit tropis yang mengalami peningkatan kasus signifikan dalam beberapa dekade terakhir, terutama di negara-negara beriklim tropis dan subtropis. Penyebarannya sangat erat kaitannya dengan urbanisasi, perubahan iklim, dan mobilitas manusia yang tinggi.

Virus *dengue* memiliki empat serotipe utama yaitu DENV-1 hingga DENV-4, yang masing-masing dapat menyebabkan infeksi dan meningkatkan risiko terjadinya bentuk parah seperti *dengue* berat atau *dengue* shock syndrome. Infeksi oleh salah satu serotipe memberikan kekebalan seumur hidup terhadap serotipe tersebut, namun hanya perlindungan jangka pendek terhadap serotipe lainnya. Hal ini menjadikan seseorang rentan mengalami infeksi berulang dengan tingkat keparahan yang lebih tinggi.

DBD bukan hanya menjadi masalah kesehatan individu, tetapi juga menjadi beban sistem kesehatan masyarakat. Dampak ekonomi yang ditimbulkan, seperti biaya pengobatan, kehilangan produktivitas kerja, dan pengendalian vektor, sangat signifikan. Menurut laporan dari Gubler (2020), beban ekonomi akibat DBD di negara berkembang bisa mencapai miliaran dolar setiap tahunnya.

Dalam konteks Indonesia, DBD menjadi salah satu penyakit endemik yang sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), terutama

pada musim hujan. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI tahun 2023, lebih dari 100.000 kasus dilaporkan setiap tahunnya, dengan angka kematian yang masih cukup tinggi di beberapa daerah.

Pemahaman terhadap definisi, penyebab, dan dampak dari DBD menjadi dasar penting dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit ini secara efektif. Upaya ini mencakup edukasi pada masyarakat, pemberantasan sarang nyamuk, dan penguatan sistem deteksi dini di fasilitas kesehatan primer.

2.1.1.2 Epidemiologi

Demam berdarah *dengue* (DBD) merupakan salah satu penyakit menular yang paling cepat menyebar di dunia. WHO (2023) melaporkan bahwa lebih dari 3,9 miliar orang di lebih dari 129 negara berisiko terinfeksi virus *dengue*, dengan 390 juta kasus setiap tahunnya. Sebagian besar kasus terjadi di Asia Tenggara, termasuk Indonesia, yang merupakan salah satu negara dengan jumlah kasus tertinggi di dunia.

Tren epidemiologi DBD menunjukkan peningkatan yang konsisten dalam beberapa dekade terakhir. Studi oleh Bhatt . (2021) menunjukkan bahwa urbanisasi yang pesat, perubahan iklim, dan mobilitas manusia merupakan faktor-faktor yang berkontribusi besar terhadap penyebaran DBD. Perubahan iklim terutama berpengaruh terhadap habitat nyamuk *Aedes*, yang kini ditemukan di daerah yang sebelumnya tidak terjangkau.

Di Indonesia, data dari Sistem Informasi Surveilans Terpadu (SIST) menunjukkan bahwa beberapa provinsi seperti Jawa Barat, Banten, dan Nusa Tenggara Timur mengalami lonjakan kasus setiap tahun. Faktor lingkungan seperti curah hujan tinggi, suhu hangat, dan kepadatan penduduk tinggi menjadi faktor risiko utama penyebaran DBD di wilayah tersebut.

Selain itu, migrasi penduduk dari daerah endemik ke daerah non-endemik juga mempercepat penyebaran virus. Studi oleh Martinez . (2020) menemukan bahwa peningkatan mobilitas penduduk menyebabkan

serotipe baru menyebar lebih cepat ke wilayah yang sebelumnya belum terdampak, menyebabkan peningkatan kasus infeksi sekunder yang lebih parah.

Kondisi ini menuntut peningkatan kapasitas sistem kesehatan untuk melakukan deteksi dini, surveilans, dan respons cepat terhadap lonjakan kasus. Upaya pencegahan berbasis masyarakat juga harus diperkuat untuk mengurangi faktor risiko lingkungan dan perilaku yang memperburuk penyebaran penyakit.

2.1.1.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis DBD bervariasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit. Fase pertama merupakan fase demam yang berlangsung selama 2–7 hari, diikuti oleh fase kritis dengan risiko kebocoran plasma, perdarahan, dan syok, kemudian fase pemulihan (WHO, 2023; Santos ., 2020; Martina ., 2020).

Gejala umum meliputi demam tinggi mendadak, nyeri otot, nyeri sendi, nyeri belakang mata, mual, muntah, dan ruam (Guzman dan Harris, 2021; Shepard ., 2022). Pada fase kritis, gejala bisa memburuk secara mendadak dengan manifestasi seperti hipotensi, takikardia, dan penurunan kesadaran (Hadinegoro ., 2020; Horstick ., 2021).

Tanda-tanda peringatan yang perlu diwaspadai antara lain nyeri perut hebat, muntah terus-menerus, perdarahan spontan, dan pembesaran hati (WHO, 2023; Santos ., 2020). Kegagalan menangani fase kritis dapat menyebabkan kematian, terutama pada anak-anak.

Manifestasi klinis lainnya terbagi atas :

1. Demam *dengue*
2. DBD *Grade I*
3. DBD *Grade II*
4. DSS.

Demam dengue adalah diagnosis paling ringan dari infeksi DENV. Manifestasi klinis Demam dengue tergantung dengan usia dari pasien. Infant dan anak mempunyai *undiffereianted febrile illness* terkadang dengan rash makopular. Remaja dan dewasa mempunyai keluhan demam ringan dan pola klasik *intermittent* dengan demam tinggi, terkadang terjadi dengan 2 puncak, disertai cephalgia, nyeri *retroorbita*, *atralgia*, *myalgia*, mual muntah dan kemerahan (*rash*). Mengingat variasi manifestasi klinis yang tinggi pada infeksi dengue, maka tidak tepat mengadopsi definisi klinis demam berdarah. Kebutuhan pemeriksaan penunjang terutama laboratorium sangat diperlukan dalam menegakkan diagnosis Manifestasi lanjut dari demam *dengue* adalah demam berdarah *dengue* mempunyai manifestasi utama diantaranya adalah demam tinggi, pendarahan, kadang disertai kelainan hematologi dan pada kasus berat ditemukan kegagalan sirkulasi. Beberapa pasien yang terinfeksi dapat berkembang menjadi syok hipovolemik dan menghasilkan plasma *leakage* (Nugraheni, 2023).

2.1.1.4 Diagnosis

Diagnosis DBD melibatkan pendekatan klinis dan laboratoris. Secara klinis, diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala dan riwayat epidemiologi, seperti tinggal di wilayah endemis (WHO, 2023; Sari ., 2020).

Pemeriksaan darah menunjukkan leukopenia, trombositopenia, dan peningkatan hematokrit. Pemeriksaan NS1 antigen berguna untuk deteksi dini pada fase akut, karena memiliki sensitivitas tinggi pada 5 hari pertama infeksi (Nguyen ., 2021; Guzman dan Harris, 2021).

Selain itu, tes IgM dan IgG antibodi *dengue* juga digunakan untuk mendeteksi infeksi primer dan sekunder (Santos ., 2020; Wahyuni ., 2020).

RT-PCR adalah metode diagnostik paling spesifik dan sensitif, meskipun keterbatasannya adalah biaya dan ketersediaan alat (Biswal .,

2022; Yudhaputri ., 2021). Kombinasi metode serologi dan molekuler semakin dianjurkan untuk akurasi tinggi.

2.1.1.5 Penatalaksanaan

Hingga saat ini, belum ada obat antivirus yang secara khusus dirancang untuk mengatasi Demam Berdarah Dengue (DBD). Pendekatan pengobatan yang dilakukan lebih bersifat mendukung kondisi tubuh pasien, yakni dengan memantau keseimbangan cairan secara cermat serta memberikan cairan melalui infus guna mengatasi kebocoran plasma yang terjadi (WHO, 2023; Horstick ., 2021; Sari ., 2020). Apabila penanganan tidak diberikan tepat waktu, kondisi pasien bisa memburuk hingga mengalami syok bahkan berujung pada kematian.

Untuk menekan suhu tubuh yang tinggi, dokter biasanya meresepkan parasetamol sebagai obat penurun panas. Sebaliknya, golongan obat antiinflamasi nonsteroid seperti ibuprofen justru perlu dihindari karena berpotensi meningkatkan risiko perdarahan pada pasien (Martina ., 2020; Hadinegoro ., 2020). Oleh karena itu, pemantauan berkala terhadap tanda-tanda vital serta jumlah trombosit dalam darah menjadi hal yang tidak bisa diabaikan.

Keputusan untuk merawat pasien di rumah sakit didasarkan pada sejumlah kondisi, seperti munculnya tanda-tanda bahaya, penurunan trombosit yang berlangsung cepat, serta gejala yang mengarah pada syok. Sementara itu, pasien yang hanya mengalami gejala ringan masih bisa menjalani perawatan dari rumah, asalkan telah mendapat pembekalan informasi yang memadai mengenai tanda-tanda yang perlu diwaspadai (Wahyuni ., 2020; Guzman dan Harris, 2021; Santos ., 2020).

2.1.1.6 Pencegahan

Upaya pencegahan DBD pada dasarnya bertumpu pada dua pilar utama, yaitu pengendalian populasi nyamuk sebagai vektor penular dan pemberian vaksinasi. Dalam hal pengendalian vektor, masyarakat diajak

untuk menerapkan metode 3M, yakni menguras tempat penampungan air, menutup wadah yang berpotensi menjadi sarang nyamuk, serta mendaur ulang barang-barang bekas. Selain itu, penggunaan larvasida, pengasapan atau fogging, hingga pemanfaatan agen biologis juga menjadi bagian dari strategi pengendalian yang diterapkan (Wahyuni ., 2020; Kemenkes RI, 2022; Salje ., 2021).

Di sisi lain, vaksinasi dipandang sebagai solusi jangka panjang yang menjanjikan dalam menekan angka kasus DBD. Vaksin Dengvaxia (CYD-TDV) menjadi yang pertama mendapat persetujuan dari WHO, meskipun penggunaannya dibatasi hanya bagi mereka yang sebelumnya telah terpapar infeksi dengue (Hadinegoro ., 2020). Adapun vaksin generasi berikutnya, TAK-003 yang dikembangkan oleh Takeda, memperlihatkan hasil yang lebih menjanjikan karena terbukti efektif terhadap cakupan serotipe yang lebih luas (Biswal ., 2022; Guzman dan Harris, 2021).

Tak kalah penting, program edukasi yang menyoar masyarakat luas juga memegang peranan krusial. Pemahaman tentang cara pencegahan serta kesadaran untuk segera melaporkan gejala sejak dini diyakini mampu mempercepat respons penanganan dan mempersempit penyebaran penyakit (Martina ., 2020; WHO, 2023; Santos ., 2020; Shepard ., 2022).

Berbagai upaya penanggulangan DBD, baik yang bersifat preventif maupun kuratif, terus digalakkan hingga saat ini. Menurut Riri (2019), langkah-langkah pemberantasan DBD dapat dikelompokkan menjadi tiga pendekatan utama, yaitu melalui metode kimiawi, hayati, dan fisika.

1. Pemberantasan secara kimiawi Pengendalian DBD secara kimiawi, dapat ditempuh dengan 2 teknik, yaitu:
 - a. Pengasapan (*fogging*) yaitu teknik yang digunakan untuk mengendalikan DBD dengan menggunakan senyawa kimia malathion dan fenthion, yang berguna untuk mengurangi penularan sampai batas waktu tertentu.

b. Pemberantasan larva nyamuk dengan zat kimia. Namun, mengingat tempat perkembangbiakan larva vector DBD banyak terdapat pada penampungan air yang airnya digunakan bagi kebutuhan sehari-hari terutama minum dan masak, maka larvasida (kimia pemberantas larva) yang digunakan mempunyai sifat sebagai berikut: efektif pada dosis rendah, tidak bersifat racun bagi manusia, tidak menyebabkan perubahan rasa, warna, bau pada air, dan efektivitasnya lama.

2. Pemberantasan secara hayati

Pengendalian larva *aedes aegypti* secara hayati tidak sepopuler cara kimiawi oleh karena penurunan pada populasi yang diakibatkannya terjadi perlahan-lahan tidak sedrastis bila menggunakan larvasida. Organisme yang digunakan dalam pengendalian secara hayati umumnya bersifat *predator*, *parasitic* atau patogenik dan umumnya ditemukan pada habitat yang sama dengan larva yang menjadi mangsanya. Beberapa agen hayati adalah ikan cupang dan larva ikan nila yang mangsanya adalah larva nyamuk.

3. Pemberantasan secara fisika

Sampai saat ini, pendekatan yang masih dianggap paling efektif dalam meredam laju penyebaran DBD adalah dengan menekan populasi nyamuk sebagai pembawa penyakit sekaligus memutus rantai penyebarannya. Salah satu metode yang paling dikenal adalah gerakan 3M, yang mencakup menguras tempat penampungan air sambil menaburkan bubuk abate, menutup rapat wadah-wadah yang bisa menjadi genangan air, serta menimbun atau menyingkirkan barang-barang bekas yang berpotensi menampung air hujan.

Secara lebih luas, pemberantasan DBD mencakup seluruh rangkaian tindakan yang bertujuan untuk mencegah munculnya kasus baru sekaligus menangani yang sudah terjadi, termasuk langkah-langkah

untuk membatasi agar penyakit tidak meluas ke wilayah yang lebih luas. Strategi yang diutamakan dalam upaya ini adalah tindakan pencegahan, salah satunya melalui penyemprotan massal yang dilakukan sebelum musim penularan tiba, khususnya di desa atau kelurahan yang tergolong endemis DBD.

Strategi tersebut kemudian diperkuat dengan menggerakkan partisipasi aktif warga dalam program Pemberantasan Sarang Nyamuk atau yang lebih dikenal dengan singkatan PSN. Kegiatan PSN dilaksanakan melalui kunjungan rutin ke rumah-rumah maupun tempat-tempat umum, minimal setiap tiga bulan sekali, dengan tujuan memberikan penyuluhan sekaligus memeriksa keberadaan jentik nyamuk. Program ini dirancang untuk mendorong setiap keluarga dan pengelola tempat umum agar secara konsisten dan berkelanjutan menjalankan upaya PSN, sehingga lingkungan tempat tinggal maupun fasilitas umum dapat terbebas dari jentik nyamuk *Aedes aegypti*.

2.1.2 *Health Belief Model*

2.1.2.1 *Pengertian Health Belief Model*

Health Belief Model (HBM) adalah sebuah kerangka teori dalam psikologi yang dirancang untuk memahami sekaligus memperkirakan bagaimana seseorang berperilaku dalam menjaga kesehatannya, dengan menempatkan sikap dan keyakinan pribadi sebagai titik fokus utama (Purwodihardjo dan Suryani, 2020). Inti dari teori ini adalah gagasan bahwa keputusan seseorang untuk menjaga kesehatan sangat dipengaruhi oleh cara pandang dan keyakinannya terhadap suatu penyakit, termasuk penilaiannya atas berbagai cara yang dapat dilakukan untuk mencegah penyakit tersebut muncul.

HBM sendiri lahir dari perpaduan tiga teori pembentukan perilaku, yakni *stimulus-response theory*, *cognitive theory*, dan *value expectation theory*

(Janz, Champion, dan Strecher, 2002 dalam Purwodihardjo dan Suryani, 2020).

Stimulus-response theory memandang bahwa tindakan seseorang, baik itu memunculkan, mengubah, mempertahankan, maupun menghilangkan suatu perilaku, sangat bergantung pada bagaimana ia memaknai dampak dari tindakan yang telah dilakukannya. Dengan kata lain, persepsi individu terhadap apakah suatu konsekuensi bersifat sebagai penguatan, hukuman, atau hadiah menjadi penentu utama perubahan perilakunya. Sementara itu, *cognitive theory* lebih menitikberatkan pada peran harapan subjektif yang tumbuh dari dalam diri individu, baik yang berasal dari persepsi, sikap, maupun keinginannya. Teori ini menegaskan bahwa upaya mengubah perilaku seseorang akan jauh lebih berhasil jika dilakukan dengan memengaruhi cara pandang dan harapannya terlebih dahulu, ketimbang langsung mengintervensi perilakunya secara frontal. Adapun *value expectation theory* berpandangan bahwa perilaku manusia merupakan hasil dari perpaduan antara seberapa besar nilai yang dilekatkan seseorang pada suatu konsekuensi dengan seberapa besar kemungkinan konsekuensi tersebut benar-benar akan terjadi. Ketiga landasan teori inilah yang pada akhirnya membentuk fondasi dari *Health Belief Model* (Purwodihardjo dan Suryani, 2020).

Dalam praktiknya, HBM dimanfaatkan sebagai pendekatan untuk menanamkan keyakinan pada individu bahwa menjalani perilaku hidup sehat adalah hal yang penting dan perlu dilakukan, baik dalam bentuk tindakan pencegahan maupun dalam hal pemanfaatan layanan kesehatan yang tersedia. Model ini juga kerap digunakan sebagai alat prediksi terhadap perilaku kesehatan yang bersifat preventif, serta untuk memahami respons perilaku pasien dalam menghadapi penyakit, baik yang bersifat akut maupun kronis (Purwodihardjo dan Suryani, 2020).

2.1.2.2 Perkembangan *Health Belief Model*

Health Belief Model pertama dikembangkan pada tahun 1950-an oleh sekelompok psikolog sosial pada *US Public Health Service* untuk menjelaskan kegagalan orang berpartisipasi dalam program pencegahan atau pendeteksian penyakit. Kemudian model tersebut diperluas agar dapat diterapkan pada respons orang terhadap gejala dan perilakunya dalam respons pada diagnosis penyakit, khususnya kepatuhan pada regimen medis. Meskipun model tersebut lambat laun berkembang dalam respons terhadap masalah program praktis, diberikan dasar teori psikologi sebagai bantuan untuk memahami sebab serta kekuatan dan kelemahannya (Pakpahan ., 2021).

Teori *Health Belief Model* telah berhasil diterapkan pada berbagai bidang kesehatan untuk memprediksi perilaku yang tidak menunjukkan gejala-gejala sakit, seperti misalnya melakukan vaksinasi, penyakit serius seperti kanker, maupun penyakit kronis yang bersifat menahun (Janz ., 1984). HBM yang dirumuskan oleh Hochbaum, Leventhal, Kegeles, dan Rosenstock selama tahun 1950-an menjelaskan bahwa perilaku oleh HBM sebagai hasil dari kombinasi sikap yang terkait dengan empat konsep: kerentanan, keseriusan, manfaat, hambatan. Selain empat konsep asli, motivasi kesehatan juga telah digunakan sebagai bagian dari HBM dalam memprediksi perilaku terkait kesehatan. Motivasi kesehatan mengacu pada keadaan umum yang menghasilkan perilaku untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatan, konsep ini pertama kali diperkenalkan untuk dimasukkan dalam HBM oleh Becker (Champion, 1984).

Secara lebih rinci, berikut penjelasan terkait lima konsep tersebut:

1. *Perceived Susceptibility* (Kerentanan yang Dirasakan) Kerentanan yang dirasakan mengacu pada persepsi subyektif atau pandangan seseorang tentang kemungkinan mengalami kondisi tertentu yang berpotensi berbahaya dalam periode waktu yang ditentukan

(Champion, 1984). Perasaan kerentanan individu sangat bervariasi terhadap suatu kondisi (dalam kasus penyakit yang ditegakkan secara medis, dimensi ini telah dirumuskan kembali untuk pertanyaan seperti perkiraan kerentanan, kepercayaan pada diagnosis, dan kerentanan terhadap penyakit pada umum). Dengan demikian, dimensi ini mengacu pada persepsi subjektif seseorang terhadap risiko tertular suatu kondisi (Janz ., 1984).

2. *Perceived severity/Seriousness* (Keparahan/ Keseriusan yang Dirasakan) Keseriusan yang dirasakan berkaitan dengan tingkat ancaman pribadi yang dirasakan terkait dengan kondisi tertentu. Ancaman didefinisikan sebagai konsekuensi berbahaya yang dirasakan dari kondisi tersebut sehubungan dengan mengubah kesehatan fisik pribadi, peran dan status sosial, dan kemampuan untuk menyelesaikan tugas yang diinginkan (Champion, 1984). Perasaan seseorang tentang keseriusan tertular penyakit atau membiarkannya tidak diobati juga berbeda-beda. Dimensi ini mencakup evaluasi konsekuensi medis/klinis (misalnya, kematian, kecacatan, dan rasa sakit) dan kemungkinan konsekuensi sosial (misalnya, efek kondisi pada pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial) (Janz ., 1984).
3. *Perceived benefit* (Manfaat yang Dirasakan) Manfaat yang dirasakan berfokus pada keyakinan mengenai efektivitas perilaku baru tertentu atau perilaku alternatif dalam mencegah atau mendeteksi penyakit, menjaga kesehatan, dan menyembuhkan atau mengurangi konsekuensi yang tidak diinginkan dari keadaan yang sakit (Champion, 1984). Sementara penerimaan kerentanan pribadi terhadap suatu kondisi yang juga diyakini serius diadakan untuk menghasilkan kekuatan yang mengarah pada perilaku, itu tidak menentukan tindakan tertentu yang mungkin akan diambil; ini dihipotesiskan bergantung pada keyakinan mengenai keefektifan berbagai tindakan yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit. Dengan demikian, individu yang “cukup terancam” tidak akan diharapkan untuk menerima tindakan

kesehatan yang direkomendasikan kecuali dianggap layak dan manjur (Janz ., 1984).

4. *Perceived Barriers* (Hambatan yang Dirasakan) Hambatan yang dirasakan adalah komponen negatif dari perilaku yang diantisipasi, yang akan dilakukan untuk mencegah atau mendeteksi penyakit, menjaga kesehatan, dan menyembuhkan atau mengurangi konsekuensi yang tidak diinginkan dari keadaan penyakit. Aspek negatif mungkin melibatkan masalah seperti konsekuensi moneter, rasa sakit, perubahan kebiasaan, ketidaknyamanan, rasa malu, efek samping, atau kebutuhan akan pola perilaku baru (Champion, 1984). Potensi aspek negatif dari tindakan kesehatan tertentu dapat bertindak sebagai hambatan untuk melakukan perilaku yang direkomendasikan. Semacam analisis biaya-manfaat diperkirakan terjadi di mana individu menimbang keefektifan tindakan terhadap persepsi bahwa itu mungkin mahal, berbahaya (misalnya, efek samping, hasil iatrogenik), tidak menyenangkan (misalnya, menyakitkan, sulit, menjengkelkan), tidak nyaman, waktu mengkonsumsi, dan lain sebagainya (Janz ., 1984).
5. *Health Motivation* (Motivasi Kesehatan) Motivasi kesehatan berkaitan dengan keadaan perhatian (artipenting) tentang masalah kesehatan umum, yang menghasilkan kegiatan kesehatan yang positif, kemauan untuk mencari dan mematuhi perintah yang diyakini mengurangi penyakit dan juga menghasilkan perilaku untuk mempertahankan atau meningkatkan (Champion, 1984). Seperti yang dicatat oleh Rosenstock, “Gabungan tingkat kerentanan dan keparahan memberikan energi atau kekuatan untuk bertindak dan persepsi manfaat (lebih sedikit hambatan) memberikan tindakan yang lebih disukai. Beberapa stimulus diperlukan untuk memicu proses pengambilan keputusan, ini disebut *Cues to Action* (isyarat untuk bertindak) dari internal (gejala) atau eksternal (misalnya, komunikasi media massa, interaksi interpersonal, atau kartu pengingat dari penyedia layanan kesehatan). Beberapa studi HBM telah berusaha

menilai kontribusi cues (isyarat) untuk memprediksi tindakan kesehatan, akhirnya diasumsikan bahwa variabel demografis, sosiopsikologis, dan struktural yang beragam dapat mempengaruhi persepsi individu dan dengan demikian secara tidak langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Janz ., 1984).

Cues to Action menekankan pada sikap, keyakinan dan persepsi individu dalam berperilaku khususnya perilaku kesehatan. Adanya persepsi yang baik atau tidak baik dapat berasal dari pengetahuan, pengalaman, peristiwa, informasi yang diperoleh individu yang bersangkutan sehingga terjadi tindakan dalam memandang sesuatu (Pakpahan ., 2021).

Self-Efficacy yaitu sejauh mana individu merasa yakin bahwa ia mampu melaksanakan suatu tindakan sehingga mencapai tujuan yang diharapkan. Di sini individu membuat perkiraan, sejauh mana perilaku kesehatan yang direncanakannya dapat membawanya pada tujuan/capaian tertentu. *Self-Efficacy* akan berfungsi efektif pada tahap inisiasi atau untuk mempertahankan perilaku kesehatan yang kompleks dalam waktu yang panjang. Dalam upaya mencapai perubahan perilaku yang sukses, maka seseorang perlu merasa terancam dengan kondisi pola perilakunya saat ini dan percaya bahwa perubahan pada suatu perilaku yang spesifik akan mendatangkan manfaat, mereka juga perlu merasa mampu untuk menghadapi dan mengatasi hambatan-hambatan yang muncul sehingga dapat menampilkan tindakan (Pakpahan ., 2021).

2.1.2.3 Program Edukasi berdasarkan HBM

Menurut (Kissal dan Kartal, 2019) program edukasi tentang penyakit kanker payudara dan sadari berdasarkan HBM serta tujuan pembelajaran secara umum sebagai berikut:

1. *Perseived Susceptibility* (Kerentanan yang Dirasakan) Kerentanan yang dirasakan adalah diskusi tentang kesadaran kesehatan, kesadaran tentang penyakit DBD, pengetahuan tentang DBD, epidemiologi DBD, orang yang mungkin menderita DBD, “mengapa DBD penting?” dan gejala DBD.
2. *Perceived Seriousness* (Keseriusan yang Dirasakan) Untuk menjelaskan perubahan hidup yang terjadi akibat DBD atau kemungkinan DBD.
3. *Health Motivation* (Motivasi Kesehatan) Diskusi tentang cara mendeteksi masalah kesehatan sejak dini dan keinginan untuk menjaga kesehatan, diskusi tentang tanggung jawab terhadap kesehatan diri sendiri
4. *Confidence / Self-Efficacy* (Keyakinan / Kepercayaan Diri) PSN diajarkan dengan masyarakat diberitahu bagaimana mereka bisa berhasil melakukan PSN. PSN didemonstrasikan menggunakan model turun ke lapangan. Masyarakat didorong untuk terlibat dalam PSN dan menjawab pertanyaan
5. *Perception of Benefit* (Persepsi Manfaat) Manfaat PSN (kualitas hidup, diagnosis dini dan manfaat, biaya, dan gambaran pelaksanaan) dibahas
6. *Perception of Barrier* (Persepsi Penghalang) masyarakat disarankan bagaimana menangani masalah seperti kurang ilmu, malu, terabaikan, takut, masih muda, mudah lupa, kurang waktu, dan pengalaman sebelumnya
7. *Cue to Action* (Petunjuk untuk Bertindak) masyarakat diperlihatkan berita tentang PSN dan DBD di media. Sebuah video tentang PSN dan DBDD juga diputar. Terakhir, masyarakat diberikan leaflet tentang PSN dan DBD untuk referensi dikemudian hari

2.1.2 Pemberantasan Sarang Nyamuk

2.1.2.2 Definisi PSN

PSN menurut Kemenkes RI: Serangkaian tindakan pencegahan sistematis terhadap tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti*, yang mencakup strategi 3M (menguras, menutup, mendaur ulang barang bekas) dan tambahan strategi *plus* seperti penggunaan larvasida, kelambu, ikan pemakan jentik, serta pendukung lainnya (Kemenkes RI, 2023)

Pendekatan menurut WHO: PSN dalam kerangka pengendalian vektor yang berbasiskan masyarakat; metode ini dianggap lebih berkelanjutan daripada pengendalian kimia semata (WHO, 2020). Tujuan utama PSN: Memutus rantai penularan DBD dengan mengurangi jumlah habitat dan populasi nyamuk dewasa melalui pengelolaan lingkungan dan kebiasaan masyarakat sehari-hari.

2.1.2.3 Sejarah dan Perkembangan PSN di Indonesia

Latar belakang: Pada 2016, terjadi lonjakan kasus dan Kejadian Luar Biasa (KLB) DBD di berbagai provinsi, sehingga Kemenkes mengeluarkan Surat Edaran tentang PSN 3M Plus dan gerakan “1 Rumah 1 Jumantik” (G1R1J) untuk memperluas pemantauan jentik secara mandiri oleh masyarakat (Kemenkes RI, 2016) Perubahan pendekatan: Dari metode reaktif seperti fogging massal ke pendekatan preventif yang berbasis komunitas melalui gerakan 3M Plus secara mandiri.

2.1.2.4 Dasar Hukum dan Kebijakan PSN

Surat Edaran Kemenkes: Penjabaran PSN 3M Plus dan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik tahun 2016 menjadi landasan kebijakan nasional (Kemenkes RI, 2016). Standar ABJ (Angka Bebas Jentik): Minimal 95% tempat pemeriksaan harus bebas jentik sebagai tolok ukur efektivitas PSN. Integrasi dalam program DBD nasional: PSN diimplementasikan sebagai bagian dari strategi pencegahan penyakit vektor sesuai rencana Kemenkes.

2.1.2.5 Komponen Utama PSN – 3M Plus

3M:

1. Menguras dan menyikat: Setiap minggu dilakukan untuk memutus tahapan pra-dewasa nyamuk dan menghancurkan telur yang menempel
2. Menutup penampungan air: Mencegah nyamuk bertelur di dalam wadah air
3. Mengubur atau mendaur ulang barang bekas: Barang bekas yang dapat menampung air harus dikubur atau didaur ulang agar tidak menjadi tempat nyamuk berkembang biak

Plus:

Penggunaan larvasida (misalnya bubuk abate), kelambu, obat antinyamuk, dan kawat kasa pada ventilasi/jendela

Memelihara ikan pemakan jentik, menanam tanaman pengusir nyamuk, serta mengatur pencahayaan dan ventilasi rumah

2.1.2.6 Prinsip dan Strategi Pelaksanaan PSN

Pendekatan berbasis komunitas: Kader Jumantik dan keluarga secara mandiri melakukan kegiatan PSN, contohnya penerapan Lintas sektor: Kolaborasi antara Dinkes, Puskesmas, RT/RW, dan masyarakat untuk melakukan pemantauan dan edukasi secara konsisten.

Monitoring rutin: Survei jentik dilakukan secara berkala untuk mengukur indikator seperti ABJ dan mengidentifikasi wilayah prioritas.

2.1.2.7 Indikator Keberhasilan PSN

Angka Bebas Jentik (ABJ): Standar minimal 95% menjadi indikator utama. Penurunan *Incidence Rate* (IR): Berkurangnya angka kasus DBD secara signifikan. Cakupan pemeriksaan: Banyaknya rumah yang terjangkau dan diawasi oleh Jumantik serta masyarakat. Partisipasi aktif masyarakat: terlihat dari peningkatan skor perilaku PSN – misalnya di

Jember, 40% responden menunjukkan perbaikan perilaku PSN setelah intervensi.

2.1.2.8 Hubungan PSN dengan Pencegahan DBD

Studi lintas daerah menunjukkan bahwa PSN signifikan dalam menurunkan kasus DBD dibanding fogging semata; contoh inovasi Wolbachia menunjukkan penurunan kasus sebesar 77% di Yogyakarta. PSN bersifat preventif, berkelanjutan, dan murah dibanding metode reaktif seperti fogging.

2.1.3 Analisis Kualitatif

Menurut Sugiyono (2022), analisis kualitatif adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi, dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesis, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, serta membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami.

Penelitian kualitatif berlandaskan pada filsafat postpositivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, di mana peneliti adalah instrumen kunci. Analisis dilakukan secara induktif, dan hasilnya lebih menekankan makna daripada generalisasi (Sugiyono, 2022).

Tahapan analisis kualitatif menurut Sugiyono meliputi:

1. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Proses merangkum, memilih hal-hal pokok, memfokuskan pada hal-hal penting, dan mencari tema atau pola. Data yang direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya.

2. Penyajian Data (*Data Display*)

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, atau flowchart. Tujuannya adalah

memudahkan pemahaman apa yang terjadi dan merencanakan tindakan selanjutnya.

3. Penarikan Kesimpulan/Verifikasi (*Conclusion Drawing/Verification*)

Kesimpulan awal bersifat sementara dan akan berubah jika tidak ditemukan bukti kuat yang mendukung. Jika didukung oleh bukti yang valid dan konsisten, maka kesimpulan tersebut dapat dipercaya.

Sugiyono menekankan bahwa analisis kualitatif dilakukan sepanjang proses penelitian, bukan hanya setelah data terkumpul. Analisis ini bersifat interaktif dan berkesinambungan hingga data dianggap jenuh.

2.2 Penelitian Terdahulu

Dibawah ini merupakan tabel penelitian terdahulu :

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Peneliti, Tahun	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Santoso, dkk. (2020).	Determinan Perilaku Pengendalian Vektor Demam Berdarah Dengue Berdasarkan <i>Health Belief Model</i>	Jenis penelitian: Kualitatif deskriptif. Pendekatan: <i>Health Belief Model</i> (HBM). Subjek penelitian: Tokoh masyarakat, kader kesehatan, dan warga di wilayah endemis DBD. Teknik pengumpulan data: Wawancara mendalam (in-depth interview), Focus Group Discussion (FGD), dan observasi lingkungan. Instrumen: Pedoman wawancara semi-terstruktur berbasis konstruk HBM (persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, hambatan, isyarat bertindak). Analisis data: Analisis tematik dengan tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.	Persepsi kerentanan dan keseriusan masyarakat terhadap DBD masih rendah. Hambatan utama dalam PSN adalah kurangnya waktu, kebiasaan, dan rendahnya dukungan lingkungan.
2	Harapan, dkk. (2019).	<i>A Health Belief Model-based questionnaire to assess factors associated with prevention of malaria among Indonesian migrant workers in Republic of Indonesia: A mixed-method study.</i>	Mixed-Method (Kuantitatif dan Kualitatif). Fase kualitatif menggunakan FGD untuk mengeksplorasi persepsi.	Konstruk HBM seperti persepsi manfaat, persepsi hambatan, dan isyarat untuk bertindak sangat mempengaruhi perilaku pencegahan. Hambatan termasuk biaya, ketidaknyamanan, dan kurangnya akses.

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

3	Smith. (2012).	A Qualitative Analysis Using <i>Health Belief Model</i> to Explain Dengue Fever Prevention	Jenis penelitian: Kualitatif eksploratif. Pendekatan: <i>Health Belief Model</i> . Subjek penelitian: Masyarakat umum di wilayah endemis dengue. Teknik pengumpulan data: Focus Group Discussion (FGD) dan wawancara mendalam. Instrumen: Panduan diskusi berbasis persepsi risiko, persepsi manfaat, dan hambatan perilaku pencegahan dengue. Analisis data: Content analysis dengan pengkodean terbuka dan kategorisasi tema berdasarkan konstruk HBM.	Perilaku pencegahan dengue dipengaruhi oleh anggapan bahwa pengendalian nyamuk merupakan tanggung jawab pemerintah serta rendahnya persepsi manfaat tindakan PSN mandiri.
4	Vitania. (2021).	Perilaku Pencegahan Penyakit Menular Berdasarkan <i>Health Belief Model</i> pada Kelompok Rentan	Jenis penelitian: Kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pendekatan: <i>Health Belief Model</i> . Subjek penelitian: Kelompok rentan (ibu hamil). Teknik pengumpulan data: Wawancara mendalam dan observasi perilaku. Instrumen: Pedoman wawancara mendalam berbasis pengalaman subjektif responden. Analisis data: Analisis fenomenologis dengan penggalian makna pengalaman responden terkait perilaku pencegahan penyakit.	Persepsi manfaat dan isyarat bertindak menjadi faktor pendorong utama perilaku pencegahan, sedangkan hambatan berupa rasa tidak nyaman dan keterbatasan informasi menghambat perilaku sehat.

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

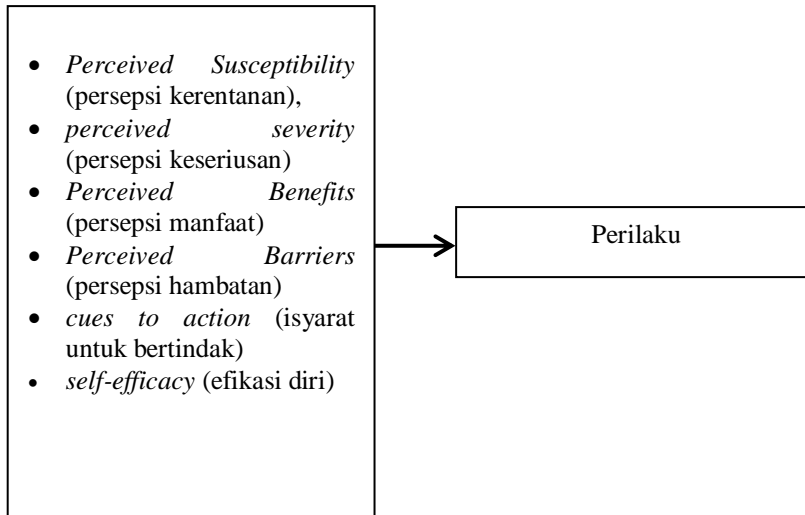
5	Heukelbach, dkk. (2015)	Community Participation in Mosquito Breeding Site Control: A Mixed-Methods Study	Jenis penelitian: Mixed Methods. Desain: Sequential explanatory. Tahap kuantitatif: Survei menggunakan kuesioner berbasis HBM untuk mengukur persepsi dan perilaku PSN. Tahap kualitatif: Wawancara mendalam dan FGD untuk memperdalam hasil survei. Analisis data: Analisis statistik deskriptif pada tahap kuantitatif dan analisis tematik pada tahap kualitatif.	Partisipasi masyarakat dalam PSN dipengaruhi oleh persepsi hambatan, sikap, dan dukungan sosial. Integrasi metode memberi pemahaman komprehensif tentang perilaku PSN.
6	Sari, D. M., dan Purnama, I. K. (2023).	Analisis Faktor Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Berdasarkan Teori <i>Health Belief Model</i> di Kelurahan X.	Studi Kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Wawancara mendalam terhadap 10 partisipan.	Masyarakat memiliki persepsi kerentanan dan keparahan yang tinggi, namun persepsi hambatan (malas, sibuk, mengandalkan fogging) sangat kuat menghambat tindakan PSN yang konsisten.
7	Wong, L. P., dkk. (2020).	Factors influencing the implementation of a school-based <i>dengue</i> control intervention program in Malaysia: A qualitative study.	Studi Kualitatif menggunakan wawancara mendalam dan FGD dengan guru dan orang tua.	Konstruk HBM seperti persepsi manfaat (melindungi anak), hambatan (kurangnya waktu dan sumber daya), dan efikasi diri (keyakinan untuk melaksanakan) mempengaruhi penerapan program. Dukungan dari sekolah menjadi isyarat tindakan yang kuat.
8	Notoatmodjo, S., dkk. (2021).	The Effect of Health Education Based on <i>Health Belief Model</i> on Preventive Behaviors of <i>Dengue Hemorrhagic Fever</i> .	Eksperimen Kuasi (Pre-Post Test with Control Group). Intervensi berupa pendidikan kesehatan berbasis HBM.	Terdapat peningkatan yang signifikan pada semua konstruk HBM dan perilaku pencegahan DBD pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol. Pendidikan kesehatan berbasis HBM terbukti efektif.

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

9	Martiningsih, (2025)	dkk. Strategi Promosi Kesehatan dalam Pencegahan dan Pengendalian DBD: Studi Kualitatif	Jenis penelitian: Kualitatif deskriptif. Pendekatan: Promosi kesehatan berbasis <i>Health Belief Model</i> . Subjek penelitian: Petugas kesehatan, kader jumantik, dan masyarakat. Teknik pengumpulan data: Wawancara mendalam, FGD, dan studi dokumentasi. Instrumen: Panduan wawancara terstruktur dan semi-terstruktur. Analisis data: Analisis tematik dengan triangulasi sumber dan metode.	Edukasi kesehatan yang berkesinambungan dan sesuai konteks sosial mampu meningkatkan persepsi manfaat dan mendorong perubahan perilaku PSN.
10	Aung, T., dkk. (2023).	"Why we do not do it?" A qualitative study on community perceptions of <i>dengue</i> fever and its prevention in suburban areas of Myanmar.	Studi Kualitatif dengan wawancara mendalam dan FGD. Analisis menggunakan <i>framework analysis</i> .	Persepsi kerentanan dianggap biasa, persepsi keparahan kurang akan komplikasi fatal. Hambatan utama adalah keterbatasan ekonomi (tidak mampu beli kelambu) dan kurangnya air bersih yang memaksa menampung air.

2.3 Kerangka Teori

Kerangka teori pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

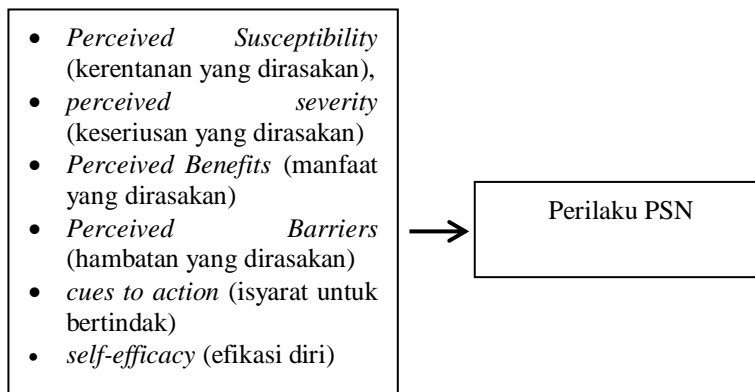


Gambar 1. Kerangka Teori

Sumber : (Kissal dan Kartal, 2019)

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 2. Kerangka Konsep

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis Penelitian Kualitatif dengan fenomenologi, yaitu salah satu pendekatan dalam penelitian kualitatif yang memusatkan perhatiannya pada upaya memahami dan mengungkap makna dari suatu pengalaman hidup yang dialami secara langsung oleh individu. Pendekatan ini berangkat dari keyakinan bahwa setiap manusia memiliki cara tersendiri dalam memaknai dan menghayati sebuah fenomena atau peristiwa yang ia jalani, sehingga pemahaman yang mendalam terhadap perspektif subjektif tersebut menjadi inti dari seluruh proses penelitian.

3.2 Waktu Pengumpulan Data dan Tempat Penelitian

1. Waktu Penelitian

Waktu pengumpulan data telah dilaksanakan pada Januari 2026

2. Tempat penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di Kampung Bandarsari Kecamatan Padang Ratu Kabupaten Lampung Tengah

3.3 Subjek Penelitian

Pada penelitian kualitatif subjek penelitian disebut dengan istilah informan, yaitu orang yang memberikan informasi tentang data yang diinginkan peneliti berkaitan dengan penelitian yang sedang dilaksanakan. Informan pada wawancara mendalam dalam penelitian ini yaitu Kepala Kampung Bandarsari dan FGD dilakukan pada kepala dusun sebanyak 9 orang.

3.4 Definisi Operasional

1. PSN

Pemberantasan sarang nyamuk (PSN) adalah serangkaian upaya yang dilakukan masyarakat, kader kesehatan, dan tenaga kesehatan dalam rangka mengurangi populasi vektor nyamuk *Aedes aegypti* dengan cara membersihkan, menguras, menutup, mendaur ulang barang bekas, dan melakukan pemantauan jentik berkala (PJB). PSN dilaksanakan secara partisipatif berbasis keluarga dan komunitas dengan tujuan menurunkan angka kepadatan jentik serta mencegah penularan Demam Berdarah *Dengue* (DBD).

2. *Perceived Susceptibility* (kerentanan yang dirasakan)

Tingkat keyakinan individu bahwa dirinya atau keluarganya berisiko tertular DBD berdasarkan kondisi lingkungan, perilaku, dan pengalaman sebelumnya

3. *Perceived severity* (keseriusan yang dirasakan)

Keyakinan individu tentang tingkat keparahan dan konsekuensi serius dari penyakit DBD terhadap kesehatan, pekerjaan, dan kehidupan.

4. *Perceived Benefits* (manfaat yang dirasakan)

Tingkat keyakinan individu bahwa melakukan tindakan pencegahan (misalnya PSN 3M Plus) akan menurunkan risiko tertular DBD

5. *Perceived Barriers* (hambatan yang dirasakan)

Persepsi individu mengenai kendala yang menghambat pelaksanaan tindakan pencegahan DBD, baik dari segi waktu, tenaga, fasilitas, maupun dukungan sosial

6. *Cues to Action* (isyarat untuk bertindak)

Faktor pemicu eksternal yang mendorong seseorang untuk melakukan tindakan pencegahan DBD

7. *Self-Efficacy* (efikasi diri)

Kepercayaan diri individu terhadap kemampuannya dalam melaksanakan tindakan pencegahan DBD secara mandiri dan konsisten

3.5 Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2021), cara pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Peneliti menggunakan panduan wawancara dan melakukan wawancara semiterstruktur pada informan pendukung
2. Peneliti melakukan observasi terstruktur atau tersamar pada objek penelitian untuk memastikan hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan
3. Alat ukur yang peneliti gunakan yaitu pedoman wawancara dan lembar observasi. Pedoman wawancara dilakukan dengan beberapa pertanyaan yang mendasar sesuai dengan tujuan peneliti
4. Setelah data didapatkan, peneliti kemudian melakukan analisa data, dan keabsahan data untuk mengolah data tersebut menjadi hasil penelitian atau informasi. Berdasarkan metode pengumpulan data dalam penelitian ini, maka instrumen yang digunakan terdiri dari :
 - a. Peneliti sebagai pengumpul data
 - b. Pedoman wawancara, lembar observasi
 - c. HP Android untuk merekam
 - d. Alat tulis

3.6 Analisis Data

Analisis data kualitatif adalah sebagai berikut :

Analisis Tematik

Analisis ini menekankan mengidentifikasi, menganalisis, dan menafsirkan pola data kualitatif. Cara melakukan analisis tematik sebagai berikut :

1. Pengenalan

Tahap pertama dalam analisis tematik adalah memeriksa data untuk tema yang luas. Tahap ini untuk menyalin data audio ke teks. Pada tahap ini, peneliti harus memutuskan apa yang akan dikodekan, apa yang akan digunakan, dan kode mana yang paling mewakili isi

penelitian, dan peneliti dapat mempertimbangkan penekanan dan tujuan topik.

2. Mencari tema dalam kode

Pada tahap ini, peneliti mencari pola atau tema pengkodean, dari kode ke tema bukanlah proses yang mulus atau langsung. Peneliti perlu menetapkan kode atau tema alternatif untuk mempelajari lebih lanjut tentang data.

3. Tinjau Tema

Sekarang setelah peneliti mengetahui kode, tema, dan subtema. Evaluasi topik penelitian. Pada tahap ini, peneliti akan memverifikasi bahwa semua yang peneliti klasifikasikan sebagai tema cocok dengan data dan apakah ada dalam data. Jika ada tema yang hilang, peneliti dapat melanjutkan ke langkah berikutnya, mengetahui bahwa peneliti telah mengkodekan semua tema dengan benar dan menyeluruh.

4. Selesaikan Tema

Analisis akan terbentuk sekarang setelah meninjau dan menyempurnakan tema, memberi label, dan menyelesaikannya.

5. Penulisan Laporan

Pada tahap ini, penelitian hampir selesai, setelah peneliti memeriksa data, tulis laporan.

6. Kesimpulan

Pada tahap ini, peneliti menyimpulkan hasil penelitian, dan memungkinkan peneliti untuk memilih kerangka teoretis dengan kebebasan.

3.7 Keabsahan Data

Dalam pengecekan data peneliti menggunakan teknik pemeriksaan keabsahan data yaitu dengan cara triangulasi. Menurut Moleong (2010) triangulasi merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain. Peneliti mengomparasikan hasil data

yang telah diobservasi dengan panduan wawancara. Kemudian, dengan cara triangulasi berbagai sumber, yaitu mengomparasikan hasil temuan data dari informan satu dan informan lainnya ditempat dan waktu berbeda. Selanjutnya menggunakan triangulasi metode yaitu data yang diperoleh pada saat (di) dan setelah (dari) lapangan diabstraksikan dengan perspektif teoritis yang relevan. Proses triangulasi ini dilakukan oleh peneliti sejak memperoleh data di lapangan dan setelah data-data di lapangan itu terkumpulkan secara komprehensif.

Langkah pertama dalam keabsahan data, yakni uji vrealitasnya maka peneliti menggunakan Triangulasi

1. Triangulasi sumber

Peneliti mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama. Peneliti mengumpulkan data dari informan yang berbeda-beda melalui FGD.

Triangulasi sumber penelitian ini diantaranya sebagai berikut :

No	Jabatan	Jumlah
1	Pemegang Program dan Surveilans	1
2	Bidan Desa	1

2. Triangulasi Metode

Peneliti mengumpulkan data dengan cara yang berbeda yaitu wawancara mendalam. Dalam hal ini peneliti menggunakan teknik pengumpulan data menggunakan teknik pengumpulan data menggunakan metode wawancara semiterstruktur, observasi, dan FGD.

3. Triangulasi Analisis Data

Data yang telah direduksi dalam bentuk matriks dianalisis dan kemudian dilakukan konfirmasi ulang kepada informan mengenai hasil analisis data tersebut. Pada penelitian ini hasil dianalisis dilakukan konfirmasi terhadap informan

3.8 Etika Penelitian

Ethical Clearance diperoleh dari komite etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan Nomor : 90/UN26.18/PP.05.02.00/2026

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan pada Januari tahun 2026 kepada Kepala Kampung Bandar Sari dan 9 orang Kepala Dusun di Kampung Bandar Sari yang merupakan salah satu wilayah kerja Puskesmas Surabaya Kabupaten Lampung Tengah, didapatkan hasil sebagai berikut :

4.1 Hasil Wawancara Mendalam dan *Focus Group Discussion* (FGD)

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis persepsi masyarakat dan petugas kesehatan di Kampung Bandarsari berdasarkan konstruk *Health Belief Model* (HBM). Data diperoleh melalui wawancara mendalam dengan Kepala Kampung dan Bidan Desa serta *Focus Group Discussion* (FGD) dengan masyarakat.

Penelitian dilakukan dengan metode wawancara mendalam kepada informan dengan jumlah informan sebanyak 11 orang yang terdiri dari kepala kampung, Kadus, RT, Bidan Desa, Pemegang Program. Gambaran tentang informan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.1 karakteristik informan.

Tabel 4.1 Karakteristik Informan (n=11)

Kode	Jabatan	Pekerjaan	Umur (Tahun)	Pendidikan	Jenis Informan
I1	Kepala Kampung	Wiraswasta	48	SMA	Wawancara Mendalam
I2	RT	IRT	30	SMA	FGD
I3	Kadus	Wiraswasta	34	SMA	FGD
I4	Kadus	Wiraswasta	44	SMA	FGD
I5	Kadus	Wiraswasta	38	SMA	FGD
I6	Kadus	Tani	44	SMA	FGD
I7	Kadus	Tani	41	SMA	FGD
I8	Kadus	Tani	49	SMA	FGD
I9	RT	IRT	42	SMA	FGD
I10	Bidan Desa	PNS	43	D3	Triangulasi
I11	Pemegang Program	PNS	42	S2	Triangulasi

Peneliti melakukan wawancara mendalam kepada seluruh informan baik informan kunci maupun informan pendukung menggunakan pedoman wawancara yang telah disusun dan pertanyaan tersebut berkembang sesuai dengan kebutuhan informasi yang dibutuhkan oleh peneliti. Triangulasi sumber yang digunakan dalam penelitian ini adalah bidan desa dan oemegang program P2. Proses wawancara dilakukan untuk mendapatkan informasi yang bisa menjawab tujuan dari penelitian ini. Berikut adalah tema yang didapati dari hasil temuan wawancara mendalam terkait studi kualitatif perilaku pemberantasan sarang nyamuk dengan *Health Belief Model* di Wilayah Kampung Bandarsari Kecamatan Padang Ratu Kabupaten Lampung Tengah. Berikut adalah temuan yang dikelompokkan berdasarkan tujuan penelitian.

a. Persepsi Kerentanan (*Perceived Susceptibility*) dan Keseriusan (*Perceived severity*)

Bagian ini menganalisis persepsi individu mengenai kemungkinan terkena DBD (kerentanan) dan keyakinan akan keparahan penyakit DBD (keseriusan).

4.1.1 Persepsi Kerentanan terhadap DBD

Masyarakat memahami bahwa DBD dapat menyerang siapa saja, namun terdapat perbedaan pandangan mengenai kelompok yang paling rentan. Penyebab kerentanan dikaitkan dengan faktor imunitas, perilaku, dan lingkungan tempat tinggal.

Hal ini sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

“.....Kalo orang yang terkena dbd itu siapa saja bisa terkena dbd, tergantung imunnya, kalo umur setau saya sih mulai dari balita sampai yang tua bisa kena.....” (I1)

“.....Semua pasti berisiko.....” (I1)

“.....Yang berisiko terkena dbd itu yang imunnya rendah, orangnya kurang suka olahraga, terutama kebersihan lingkungan tempat tinggal...” (I1)

Pernyataan serupa muncul dalam FGD mengenai kelompok rentan:
 “.....Biasanya sih anak-anak umur 17 kebawah.....” (I5)

“.....Mungkin kalo usia yang balita ya memang rawan ya, selain itu tergantung kondisi fisik.....” (I8)

“.....Kalo menurut saya semua umur bisa terkena dbd sih bu, yang berisiko anak anak karena imunnya.....” (I2)

Lingkungan tertentu, khususnya daerah padat seperti pasar dan wilayah dengan banyak barang bekas, dianggap sebagai zona risiko tinggi penularan.

“.....Kalo di Bandar sari ini sering banyak kasus dbd itu di dusun 4 karena daerah pasar, karena di pasar kan lokasinya yang sempit, kadang juga masyarakatnya kurang peduli.....” (I1)

“.....Kalo yang kebanyakan terkena dbd itu biasanya yang kerja di keramaian seperti pasar, kan gak tau terkena nya cues to action ?.....” (I6)

“.....Biasanya tuh bu ya, radius 100 meter sering terjadi penularan.....” (I6)

Hasil ini sejalan dengan triangulasi sumber yang dilakukan pada petugas kesehatan, yang menyatakan bahwa kerentanan masyarakat terhadap DBD sering kali meningkat ketika terdapat kasus di lingkungan sekitar, terutama di wilayah yang telah dikenal sebagai daerah endemis atau memiliki kepadatan aktivitas masyarakat yang tinggi.

Kesimpulan : Berdasarkan hasil wawancara dan FGD, dapat disimpulkan bahwa persepsi kerentanan masyarakat Kampung Bandarsari terhadap DBD sudah terbentuk dengan cukup baik. Masyarakat memahami bahwa DBD dapat menyerang semua kelompok usia, dengan kelompok balita, anak-anak, dan lansia dipersepsikan lebih rentan karena faktor imunitas. Selain itu, faktor lingkungan seperti kawasan padat penduduk, area pasar, serta

keberadaan barang bekas yang dapat menampung air diidentifikasi sebagai sumber utama peningkatan risiko penularan. Namun demikian, persepsi kerentanan ini masih cenderung bersifat situasional, di mana kewaspadaan masyarakat meningkat terutama ketika terdapat kasus DBD di lingkungan sekitar.

4.1.2 Persepsi Keseriusan DBD

Mayoritas informan menyadari bahwa DBD adalah penyakit berbahaya yang dapat menyebabkan kematian, terutama jika tidak ditangani dengan cepat. Kesadaran ini seringkali muncul setelah mengalami atau melihat langsung dampak penyakit.

“.....Setau saya kalo dbd itu gejalanya keluar jentik jentik itu, kalo gak segera ditangani itu apa namanya, trombosit kan turun terus, kalo tidak segera ditangani dapat menyebabkan kematian.....” (I1)

“.....Bahaya terkena dbd, kalo biasanya dbd itu kan ada masa kritisnya... bahkan bisa sampe meninggal.....” (I1)

“.....Kalo menurut saya yang paling bahaya itu dbd, karena saya pernah merasakan orang tua saya itu kena dbd, pernah ngurusin selama 7 hari.....” (I1)

Hal ini juga sesuai dengan triangulasi sumber yang dilakukan pada petugas kesehatan yang mengonfirmasi bahwa masyarakat pada umumnya telah memahami bahaya DBD, meski tingkat pemahaman detailnya bervariasi.

“.....Ada yang tau iya bahaya, ada juga yang menganggapnya ringan.....” (I10)

Kesimpulan: Berdasarkan hasil wawancara dan FGD, dapat disimpulkan bahwa persepsi kerentanan masyarakat Kampung Bandarsari terhadap DBD sudah terbentuk dengan baik. Mereka memahami bahwa semua usia berisiko, dengan faktor penentu utama adalah daya tahan tubuh dan kebersihan lingkungan. Lingkungan padat

(pasar) dan area dengan banyak barang bekas diidentifikasi sebagai wilayah dengan kerentanan tinggi. Persepsi keseriusan juga cukup tinggi, di mana DBD dianggap sebagai penyakit yang berbahaya dan berpotensi fatal, terutama pada fase kritisnya. Kesadaran ini sering kali dipicu oleh pengalaman langsung atau kejadian di lingkungan sekitar.

b. Persepsi Manfaat (*Perceived Benefits*) dan Hambatan (*Perceived Barriers*)

Bagian ini menganalisis keyakinan masyarakat terhadap efektivitas tindakan pencegahan (manfaat) serta hambatan-hambatan yang dirasakan dalam melaksanakan tindakan tersebut.

4.1.3 Persepsi Manfaat PSN dan 3M+

Masyarakat percaya bahwa Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan metode 3M+ adalah cara yang efektif dan bermanfaat untuk mencegah DBD.

“.....Cara mengatasi nya ya yang jelas bersih bersih dan menjaga kebersihan lingkungan, 3M (menguras, mengubur, menutup.....).” (I1)

“.....Ya sebenarnya kalo menurut saya sudah efektif, keluarga juga untuk kesadarannya sudah mulai tinggi.....” (I1)

“.....Menurut saya 3M+ itu sangat bermanfaat, karena menjaga kebersihan, barang barang bekas itu kita kubur, nyamuk juga bisa berkurang.....” (I1)

Hasil ini diperkuat melalui triangulasi sumber pada petugas kesehatan, yang menyatakan bahwa upaya PSN dan 3M+ telah didukung dengan adanya program inovasi “Jumpa Besanmu” (Jumat Pagi Berantas Sarang Nyamuk). Program tersebut dipandang sebagai langkah yang baik dalam mendorong partisipasi masyarakat, meskipun pelaksanaannya dinilai masih memerlukan optimalisasi.

“.....Untuk jumpa besanmu ya baik lah.....” (I10)

“.....Inovasi jumpa besanmu muncul dari puskesmas, dan koordinasi dengan kecamatan.....” (I10)

Kesimpulan : berdasarkan hasil wawancara, FGD, dan triangulasi sumber, dapat disimpulkan bahwa persepsi manfaat masyarakat terhadap PSN dan 3M+ sudah terbentuk dengan baik. Masyarakat meyakini bahwa PSN dan 3M+ merupakan cara yang efektif untuk mencegah DBD melalui pengendalian lingkungan dan pengurangan tempat perkembangbiakan nyamuk. Program inovasi Jumpa Besanmu juga dipersepsikan sebagai upaya yang bermanfaat dalam mendukung kegiatan PSN, namun pelaksanaannya masih perlu ditingkatkan agar manfaatnya dapat dirasakan secara optimal oleh seluruh lapisan masyarakat.

4.1.4 Persepsi Hambatan dalam Pelaksanaan PSN

Terdapat beberapa hambatan yang diidentifikasi, baik dari sisi masyarakat maupun sistem pelayanan. Hambatan utama meliputi rendahnya kesadaran dan motivasi sebagian masyarakat, kurangnya figur penggerak, serta kendala teknis berdasarkan hasil dari triangulasi sumber dan wawancara mendalam.

“.....Kalo berdasarkan analisa saya sih, di masyarakat ada beberapa hambatan itu, diantaranya motornya yang kurang penggeraknya... yang kedua tingkat kesadarannya yang kurang, yang ketiga ya sebagian memang kurang pengetahuan.....” (I10)

“.....Jadi dia taunya bersih, nyapu ngepel sudah, tapi dia tidak tahu di belakang rumah ada pecahan piring, gelas, ada genangan air.....” (I10)

“.....Kadang ya transportasi.....” (I10)

Hambatan juga terlihat dari pola respons masyarakat yang masih reaktif (gerak ketika sudah ada kasus) dibandingkan preventif.

“.....Kadang-kadang masyarakat menyepelakan, kalo belum ada kasus belum gerak, tapi kalo sudah ada kasus, baru masyarakat gerak.....” (I1)

“.....Terkait program jumpa besanmu... belum berjalan dengan maksimal... karena untuk program jumpa besanmu itu kan kegiatan untuk pencegahan, tapi pada fakta nya ketika ada kasus baru, baru turun.....” (I10)

Kendala teknis seperti ketersediaan alat fogging juga menjadi penghambat respons cepat.

“.....Kalo untuk fogging, kita harus koordinasi... itu yang kadang jadi hambatan karena puskesmas kita gak punya alat fogging sendiri.....” (I10)

Kesimpulan: Persepsi manfaat terhadap tindakan PSN dan 3M+ di Kampung Bandarsari sangat tinggi. Masyarakat dan petugas kesehatan yakin bahwa upaya tersebut efektif untuk mengurangi nyamuk dan mencegah DBD. Namun, persepsi hambatan juga cukup signifikan. Hambatan utama bersifat sosio-behavioral, yaitu kurangnya kesadaran dan motivasi berkelanjutan dari sebagian masyarakat, serta pola pikir yang masih reaktif. Selain itu, terdapat hambatan teknis seperti koordinasi untuk fogging yang dapat memperlambat respons. Program "Jumpa Besanmu" yang dirancang sebagai tindakan preventif masih terkendala oleh budaya pencegahan yang belum sepenuhnya mengakar.

c. Peran Isyarat untuk Bertindak (*Cues to Action*) dan Efikasi Diri (*Self-Efficacy*)

Bagian ini menganalisis faktor pemicu yang mendorong tindakan pencegahan serta keyakinan individu atas kemampuannya untuk melaksanakan tindakan tersebut.

4.1.5 Isyarat untuk Bertindak (*Cues to Action*)

Isyarat bertindak utama yang dilakukan pada saat triangulasi sumber di Kampung Bandarsari bersifat eksternal dan berasal dari institusi kesehatan serta kejadian kasus di lingkungan. Sosialisasi oleh puskesmas melalui berbagai kanal menjadi pemicu penting.

“.....Untuk sosialisasi sudah tersosialisasi, artinya kita datang sampai ke perangkat kampung, sehingga perangkat kampung terpapar, setelah itu mereka bisa memaparkan pada masyarakat.....” (I10)

“.....Ya kalo itu, salah satunya dengan poster jumpa besanmu itu terpampang, dan itu media secara manual, kalo teknologi, kita ada facebook, setiap kegiatan kita upload... kita punya grup wa linsek.....” (I10)

Selain itu, kejadian kasus DBD itu sendiri merupakan isyarat internal yang paling kuat untuk memicu aksi kolektif.

“.....Kalo masyarakat suruh bersih bersih kerja bakti malah masyarakat semangat... biasanya kalo yang sadar itu banyak, misalkan lingkungan yang ada terkena dbd itu masyarakat sadar.....” (I1)

Program "Jumpa Besanmu" dirancang sebagai isyarat rutin, namun efektivitasnya masih bergantung pada faktor eksternal lain seperti insentif atau perintah langsung.

“.....Jadi kan seharusnya jumpa besanmu, yang sudah jadi program, yang kita harapkan itu kan mereka sadar dengan sendirinya tanpa diperintah.....” (I10)

Kesimpulan : berdasarkan hasil wawancara, FGD, dan triangulasi sumber, dapat disimpulkan bahwa isyarat untuk bertindak dalam pencegahan DBD di Kampung Bandarsari masih didominasi oleh faktor eksternal, terutama sosialisasi dari institusi kesehatan dan kejadian kasus DBD di lingkungan sekitar. Kejadian kasus terbukti menjadi pemicu paling kuat dalam mendorong aksi kolektif masyarakat. Sementara itu, program Jumpa Besanmu telah berperan sebagai isyarat rutin pencegahan, namun efektivitasnya masih belum optimal karena kesadaran mandiri masyarakat belum sepenuhnya terbentuk.

4.1.6 Efikasi Diri (*Self-Efficacy*)

Terdapat perbedaan tingkat keyakinan diri antara petugas kesehatan/figur masyarakat dengan masyarakat umum. Petugas dan

Kepala Kampung menunjukkan efikasi diri yang tinggi dalam menjalankan dan mempromosikan PSN.

“.....Ya kalo saya, insya allah yang namanya kepala kampung kan untuk percontohan lah, kalo kepala kampung nya tidak bersih, apalagi yang lainnya.....” (I1)

“.....Ban-ban kita bakar, bak mandi kita gunakan ember, 3 hari sekali dikuras.....” (I1)

Namun, dari sisi masyarakat luas, efikasi diri untuk melaksanakan PSN secara mandiri dan berkelanjutan tampaknya masih variatif. Meski pengetahuan tentang cara PSN ada, implementasi konsisten seringkali terkendala oleh faktor hambatan yang telah disebutkan. Keberhasilan kolektif dalam menurunkan kasus memberikan penguatan terhadap efikasi diri komunitas.

“.....Ehhh, artinya kalo kita lihat yaa sudah efektif, walaupun belum seperti yang kita harapkan... Cuma selalu ada peningkatan... untuk 2025 ini juga menurun... termasuk program jumpa besanmu juga menurun.....” (I10)

Kesimpulan: Isyarat untuk bertindak di Kampung Bandarsari masih sangat bergantung pada faktor eksternal seperti sosialisasi petugas dan kejadian kasus nyata. Isyarat internal berupa kesadaran untuk bertindak preventif secara rutin belum kuat. Efikasi diri tampak kuat pada level petugas dan tokoh masyarakat yang menjadi contoh. Namun, efikasi diri masyarakat secara kolektif untuk melaksanakan PSN secara mandiri dan berkelanjutan masih perlu ditingkatkan, meski adanya tren penurunan kasus dapat berkontribusi pada peningkatan keyakinan ini. Keberhasilan kecil yang dirasakan dapat menjadi umpan balik positif untuk memperkuat efikasi diri komunitas.

Tabel 4.2 Tematik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan FGD

Tema	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Kesimpulan
Persepsi Kerentanan	Penyebab DBD	<p>“Penyakit yang ditularkan lewat nyamuk, penyebabnya ya pastinya dari lingkungan.” (I7)</p> <p>“Penyebabnya dari genangan air, bisa jadi jentik nyamuk.” (Suparmin)</p> <p>“DBD itu dari nyamuk <i>Aedes aegypti</i>.” (Eko)</p> <p>“Nyamuk itu asalnya dari lingkungan yang kotor dan barang bekas yang ada genangan airnya.” (I6)</p> <p>“DBD dari nyamuk yang mengeluarkan virus.” (I9)</p>	Informan memahami bahwa DBD ditularkan oleh nyamuk yang berkembang di lingkungan dengan genangan air dan kebersihan yang buruk, menunjukkan persepsi kerentanan yang kuat terhadap faktor lingkungan.
	Kelompok usia berisiko	<p>“Biasanya anak-anak umur 17 ke bawah.” (I5)</p> <p>“Balita memang rawan, tergantung kondisi fisik dan daya tahan tubuh.” (I8)</p> <p>“Semua umur bisa kena, tapi yang berisiko anak-anak karena imunnya.” (I2)</p> <p>“Yang paling banyak terkena orang tua, mungkin karena imunnya.” (I8)</p>	Persepsi kerentanan mencakup semua kelompok usia, dengan fokus risiko pada balita, anak-anak, dan lansia akibat daya tahan tubuh yang lebih lemah.
	Lingkungan dan musim	<p>“Tempat tinggal bersih tapi ada genangan air, musim hujan.” (I6)</p> <p>“Radius 100 meter sering terjadi penularan.” (I6)</p>	Informan menyadari bahwa meskipun lingkungan terlihat bersih, keberadaan genangan air dan kondisi musim hujan meningkatkan risiko penularan DBD.
Mobilitas dan profesi	<p>“Pulang merantau sudah bawa penyakit DBD.” (I6)</p> <p>“Banyak dari pedagang di dusun 9 dan 7.” (I6)</p> <p>“Yang kerja di keramaian seperti pasar.” (I6)</p>	Mobilitas penduduk dan aktivitas di tempat ramai dipersepsikan meningkatkan risiko penularan DBD lintas wilayah.	

Tabel 4.2 Tematik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan FGD (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Kesimpulan
Persepsi Keseriusan	Dampak klinis	<p>“Kalau tidak segera ditangani trombosit turun dan bisa menyebabkan kematian.” (I1)</p> <p>“DBD itu ada masa kritisnya, bisa sampai meninggal.” (I1)</p>	Informan memandang DBD sebagai penyakit serius dan berpotensi fatal bila tidak ditangani dengan cepat.
	Pengalaman pribadi	<p>“Saya pernah merawat orang tua saya kena DBD selama 7 hari.” (I1)</p>	Pengalaman langsung memperkuat persepsi keseriusan DBD.
	Dampak pasca sakit	<p>“Kalau sudah lewat biasanya lemes, tulang-tulang nyeri.” (I1)</p>	DBD dipersepsikan berdampak jangka pendek dan menurunkan kualitas hidup.
	Persepsi masyarakat	<p>“Ada yang tahu bahaya, ada juga yang menganggapnya ringan.” (I10)</p>	Tidak semua masyarakat memiliki persepsi keseriusan yang sama terhadap DBD.
Persepsi Manfaat	PSN dan 3M Plus	<p>“3M itu menguras, mengubur, menutup.” (I1)</p> <p>“3M+ sangat bermanfaat, nyamuk bisa berkurang.” (I1)</p>	PSN dan 3M Plus dipersepsikan efektif dalam pencegahan DBD.
	Edukasi dan penyuluhan	<p>“Di setiap posyandu kami memberikan penyuluhan tentang DBD.” (I10)</p>	Penyuluhan dianggap bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat.
	Program Jumpa Besanmu	<p>“Jumpa besanmu itu kegiatan pencegahan.” (I11)</p>	Program dipersepsikan bermanfaat secara konsep, namun belum optimal secara implementasi.
	Infrastruktur	<p>“Sekarang kampung punya mesin foging sendiri.” (I1)</p>	Dukungan sarana meningkatkan efektivitas pengendalian DBD.

Tabel 4.2 Tematik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan FGD (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Kesimpulan
Persepsi Hambatan	Kesadaran masyarakat	<i>“Kalau belum ada kasus belum gerak.”</i> (I1)	Kesadaran preventif masyarakat masih rendah.
	Pengetahuan	<i>“Dia taunya bersih itu nyapu, tapi tidak tahu di belakang rumah ada genangan.”</i> (I11)	Pemahaman teknis PSN masih terbatas.
	Partisipasi	<i>“Sebagian tidak datang saat sosialisasi karena kerja.”</i> (I11)	Aktivitas ekonomi menghambat partisipasi masyarakat.
	Sarana dan transportasi	<i>“Puskesmas tidak punya alat foging sendiri.” (Pemegang P2) “Kadang kendalanya transportasi.”</i> (I10)	Keterbatasan sarana dan akses memperlambat respon pengendalian.
Cues to Action	Adanya kasus	<i>“Kalau sudah ada kasus, masyarakat sadar.”</i> (I1)	Kasus DBD menjadi pemicu utama tindakan.
	Kunjungan petugas	<i>“Kita turun cek rumah warga radius 100 meter.”</i> (I11)	Kunjungan lapangan memperkuat respon masyarakat.
	Media dan sosialisasi	<i>“Poster jumpa besanmu terpampang, ada Facebook dan WA.”</i> (I11)	Media komunikasi berperan sebagai pengingat tindakan PSN.
Efikasi Diri	Perilaku individu	<i>“Bak mandi dikuras 3 hari sekali.”</i> (I1)	Sebagian individu memiliki keyakinan mampu melakukan pencegahan mandiri.
	Keteladanan	<i>“Kepala kampung harus jadi percontohan.”</i> (I1)	Keteladanan pemimpin meningkatkan efikasi diri masyarakat.
	Kader dan pelatihan	<i>“Saat ini tidak ada pelatihan kader.”</i> (I11)	Tidak adanya pelatihan membatasi peningkatan efikasi diri kolektif.

Berdasarkan hasil triangulasi pada pemegang program P2 dan Bidan Desa maka dapat disusun tema sesuai variable yang diamati yang tertuang pada table 4.3 berikut :

Tabel 4.3 Tematik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan Triangulasi

Tema	Sub Tema	Pemegang Program P2	Bidan Desa	Kesimpulan
Perceived Susceptibility (Persepsi Kerentanan)	Penyebab DBD	<i>“bahkan, ketika mereka tidak ada kasus ya udah balik lagi dengan zona nyamannya mereka, kayak kemarin tahun 2025 ada 13 kasus”</i>	<i>“terkadang juga di Bandar sari juga dapat kasusnya dari orang yang pulang merantau, baru pulang pas sakit, ketika di cek terkena dbd”</i>	Persepsi kerentanan masyarakat masih bersifat situasional dan muncul ketika terdapat kasus DBD
	Kelompok usia berisiko	<i>“sekedar mengingatkan bapak/ibu kepala kampung daerah rawan atau wilayah yang memang endemis diantaranya Bandar sari dan sendang ayu, kedua wilayah itu setiap tahun tidak pernah absen”</i>	<i>“sekarang dengan berjalan 2 tahun, di tempat lain yang ada banyak kasus dbd seperti di dusun 9”</i>	Wilayah endemis telah diketahui oleh petugas, namun belum sepenuhnya dimaknai sebagai risiko berkelanjutan oleh masyarakat

Tabel 4.3 Tematik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan Triangulasi (Lanjutan)

Tema	Sub Tema	Pemegang Program P2	Bidan Desa	Kesimpulan
<i>Perceived severity</i> (Persepsi Keseriusan)	Dampak Klinis	“bagi masyarakat awam, kalo diasap ya sudah selesai”	“ada yang tau iya bahaya, ada juga yang menganggapnya ringan”	Persepsi keseriusan DBD belum merata, sebagian masyarakat masih menyepelekan penyakit DBD
<i>Perceived Benefits</i> (Persepsi Manfaat)	PSN dan 3M Plus	“Untuk sosialisasi sudah tersosialisasi, artinnya kita datang sampai ke perangkat kampung, sehingga perangkat kampung terpapar, setelah itu mereka bisa memaparkan pada masyarakat”	“Di desa itu tidak hanya dbd saja, posyandu, kemasyarakatan, dan di setiap posyandu kita memberikan penyuluhan pada masyarakat tentang dbd, karena kan di kampung Bandar sari ditemukan kasus dbd, tapi tahun ini tidak seperti tahun tahun sebelumnya, dan kami selalu memberikan penyuluhan cara pencegahan dbd dengan 3M+”	Penyuluhan dipandang sebagai upaya penting dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang DBD

Tabel 4.3 Tematik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan Triangulasi (Lanjutan)

Tema	Sub Tema	Pemegang Program P2	Bidan Desa	Kesimpulan
	Edukasi dan Penyuluhan	<i>“kita ada facebook, setiap kegiatan kita upload”</i>	<i>“ya, untuk penyuluhan dilakukan melalui posyandu, bisa juga linsek, dan kalo banyak kejadian, kami turun langsung, karena kami dapat laporan juga”</i>	Penyuluhan dilakukan melalui berbagai media dan kegiatan masyarakat
	Program Jumpa Besanmu	<i>“terkait program jumpa besanmu, belum berjalan dengan maksimal”</i>	<i>“untuk jumpa besanmu ya baik lah”</i>	Program dipersepsikan bermanfaat namun belum berjalan optimal
Perceived Barriers (Persepsi Hambatan)	Kesadaran Masyarakat	<i>“motornya yang kurang penggerakannya... tingkat kesadarannya yang kurang... sebagian memang kurang pengetahuan”</i>	<i>“warga kurang sadar”</i>	Rendahnya kesadaran dan pengetahuan menjadi hambatan utama pencegahan DBD
	Pengetahuan	<i>“Jadi dia taunya bersih, nyapu ngepel sudah, tapi dia tidak tahu di belakang rumah ada pecahan piring, gelas, ada genangan air”</i>	<i>“barang-barang bekas, ember ember dibelakang”</i>	Lingkungan rumah masih menjadi sumber utama jentik nyamuk

Tabel 4.3 Tematik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan Triangulasi (Lanjutan)

Tema	Sub Tema	Pemegang Program P2	Bidan Desa	Kesimpulan
Cues to Action (Isyarat untuk Bertindak)	Partisipasi	<i>“mungkin waktu disosialisasikan di posyandu sebagian tidak datang, karena rata rata tani dan pedagang sampai ke luar daerah”</i>	—	Aktivitas ekonomi menghambat partisipasi masyarakat dalam kegiatan pencegahan
	Sarana dan transportasi	<i>“puskesmas kita gak punya alat foging sendiri”</i>	<i>“kadang ya transportasi”</i>	Keterbatasan sarana dan transportasi menghambat pelaksanaan program
	Adanya kasus	<i>“saat epidemiologi... radius 100meter dari rumah penderita dengan memeriksa lebih dari 30 rumah”</i>	<i>“kalo saya biasanya dapatnya dari RS, kami koordinasi, terus juga dari puskes”</i>	Tindakan pencegahan lebih banyak dilakukan setelah adanya kasus
	Kunjungan petugas	<i>“kalo untuk abate tidak ada kendala, karena untuk stok kita cukup atau berlebih”</i>	<i>“kita edukasi terus, untuk memilah sampah, yang bisa menampung air jangan ada di halaman”</i>	Foging dan abate digunakan sebagai tindakan lanjutan setelah PSN

Tabel 4.3 Tematik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan Triangulasi (Lanjutan)

Tema	Sub Tema	Pemegang Program P2	Bidan Desa	Kesimpulan
Self-Efficacy (Efikasi Diri)	Perilaku individu	<i>“seharusnya... mereka sadar dengan sendirinya tanpa diperintah”</i>	<i>“Untuk tahun 2025 ini sangat berkurang, karena sekarang masyarakat sadar, dibanding dengan tahun sebelumnya, di tambah ikut serta kepala kampung”</i>	Efikasi diri masyarakat mulai meningkat namun belum merata
	Kader dan pelatihan	<i>“saat ini tidak ada pelatihan”</i>	<i>“kalo untuk kepala dusun harusnya sudah paham”</i>	Penguatan kapasitas kader dan aparat masih perlu ditingkatkan

Berdasarkan hasil tematik wawancara informan dan triangulasi maka didapat hasil kesimpulan yang tertuang dalam table 4.4

Tabel 4.4 Matrik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan FGD dan Informan Triangulasi

Tema	Sub Tema	Kesimpulan Informan FGD	Kesimpulan Triangulasi	Kesimpulan
Persepsi Kerentanan (<i>Perceived Susceptibility</i>)	Penyebab DBD	Informan memahami bahwa DBD ditularkan oleh nyamuk yang berkembang di lingkungan dengan genangan air dan kebersihan yang buruk, menunjukkan persepsi kerentanan yang kuat terhadap faktor lingkungan.	Persepsi kerentanan masyarakat masih bersifat situasional dan muncul ketika terdapat kasus DBD.	Persepsi kerentanan terhadap DBD telah terbentuk, namun masih bersifat reaktif dan dipengaruhi oleh keberadaan kasus.
Persepsi Kerentanan (<i>Perceived Susceptibility</i>)	Kelompok usia berisiko	Persepsi kerentanan mencakup semua kelompok usia, dengan fokus risiko pada balita, anak-anak, dan lansia akibat daya tahan tubuh yang lebih lemah.	Risiko usia rentan telah diketahui oleh petugas, namun belum dimaknai sebagai risiko berkelanjutan oleh masyarakat.	Kelompok usia rentan telah dikenali, tetapi belum sepenuhnya mendorong kewaspadaan jangka panjang.
Persepsi Kerentanan (<i>Perceived</i>)	Lingkungan dan musim	Informan menyadari bahwa meskipun	Wilayah endemis telah diketahui oleh	Lingkungan dan musim hujan merupakan

Tabel 4.4 Matrik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan FGD dan Informan Triangulasi (Lanjutan)

Tema	Sub Tema	Kesimpulan Informan FGD	Kesimpulan Triangulasi	Kesimpulan
Susceptibility)		lingkungan terlihat bersih, keberadaan genangan air dan kondisi musim hujan meningkatkan risiko penularan DBD.	petugas, namun belum sepenuhnya dimaknai sebagai risiko berkelanjutan oleh masyarakat.	faktor risiko utama DBD, namun kesadaran masyarakat masih kontekstual.
Persepsi Kerentanan (<i>Perceived Susceptibility</i>)	Mobilitas dan profesi	Mobilitas penduduk dan aktivitas di tempat ramai dipersepsikan meningkatkan risiko penularan DBD lintas wilayah.	Kasus DBD juga ditemukan berasal dari warga yang pulang merantau dan wilayah tertentu dengan mobilitas tinggi.	Mobilitas penduduk meningkatkan risiko penularan DBD lintas wilayah.
Persepsi Keseriusan (<i>Perceived severity</i>)	Dampak klinis	Informan memandang DBD sebagai penyakit serius dan berpotensi fatal bila tidak ditangani dengan cepat.	Persepsi keparahan DBD belum merata, sebagian masyarakat masih menyepelekan penyakit DBD.	DBD dipahami sebagai penyakit berbahaya, namun persepsi keseriusannya belum merata di masyarakat.
Persepsi Keseriusan (<i>Perceived severity</i>)	Pengalaman pribadi	Pengalaman langsung memperkuat persepsi keseriusan DBD.	Pengalaman langsung dinilai meningkatkan kewaspadaan individu terhadap DBD.	Pengalaman pribadi berperan penting dalam membentuk persepsi keseriusan DBD.
Persepsi	Dampak	DBD	Dampak pasca	Dampak pasca

Tabel 4.4 Matrik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan FGD dan Informan Triangulasi (Lanjutan)

Tema	Sub Tema	Kesimpulan Informan FGD	Kesimpulan Triangulasi	Kesimpulan
Keseriusan (<i>Perceived severity</i>)	pasca sakit	dipersepsikan berdampak jangka pendek dan menurunkan kualitas hidup.	sakit belum menjadi perhatian utama dalam persepsi masyarakat.	sakit ada, namun belum menjadi pertimbangan utama pencegahan.
Persepsi Manfaat (<i>Perceived Benefits</i>)	PSN dan 3M Plus	PSN dan 3M Plus dipersepsikan efektif dalam pencegahan DBD.	Penyuluhan dan edukasi 3M Plus dipandang sebagai upaya penting meningkatkan pengetahuan masyarakat.	PSN dan 3M Plus dipahami sebagai strategi utama pencegahan DBD.
Persepsi Manfaat (<i>Perceived Benefits</i>)	Edukasi dan penyuluhan	Penyuluhan dianggap bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat.	Penyuluhan dilakukan melalui posyandu, perangkat desa, dan berbagai media.	Edukasi dan penyuluhan berperan penting dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat.
Persepsi Manfaat (<i>Perceived Benefits</i>)	Program Jumpa Besanmu	Program dipersepsikan bermanfaat secara konsep, namun belum optimal secara implementasi.	Program Jumpa Besanmu dinilai baik, namun belum berjalan maksimal.	Program Jumpa Besanmu memiliki manfaat, tetapi pelaksanaannya belum optimal.
Persepsi Manfaat (<i>Perceived Benefits</i>)	Infrastruktur	Dukungan sarana meningkatkan efektivitas pengendalian DBD.	Keterbatasan sarana dan transportasi masih menjadi kendala pelaksanaan	Sarana prasarana berperan penting, namun masih memerlukan penguatan.

Tabel 4.4 Matrik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan FGD dan Informan Triangulasi (Lanjutan)

Tema	Sub Tema	Kesimpulan Informan FGD	Kesimpulan Triangulasi	Kesimpulan
			program.	
Persepsi Hambatan (<i>Perceived Barriers</i>)	Kesadaran masyarakat	Kesadaran preventif masyarakat masih rendah.	Rendahnya kesadaran dan pengetahuan menjadi hambatan utama pencegahan DBD.	Rendahnya kesadaran masyarakat menjadi hambatan utama pencegahan DBD.
Persepsi Hambatan (<i>Perceived Barriers</i>)	Pengetahuan	Pemahaman teknis PSN masih terbatas.	Lingkungan rumah masih menjadi sumber utama jentik nyamuk.	Keterbatasan pengetahuan teknis PSN meningkatkan risiko DBD.
Persepsi Hambatan (<i>Perceived Barriers</i>)	Partisipasi	Aktivitas ekonomi menghambat partisipasi masyarakat.	Faktor pekerjaan menghambat keterlibatan masyarakat dalam pencegahan.	Aktivitas ekonomi menjadi penghambat partisipasi pencegahan DBD.
Persepsi Hambatan (<i>Perceived Barriers</i>)	Sarana dan transportasi	Keterbatasan sarana dan akses memperlambat respon pengendalian.	Keterbatasan sarana dan transportasi menghambat pelaksanaan program.	Hambatan logistik memengaruhi efektivitas pengendalian DBD.
<i>Cues to Action</i>	Adanya kasus	Kasus DBD menjadi pemicu utama tindakan.	Tindakan pencegahan lebih banyak dilakukan setelah adanya	Kejadian kasus menjadi pemicu utama tindakan pencegahan.

Tabel 4.4 Matrik Hasil Wawancara Mendalam pada Informan FGD dan Informan Triangulasi (Lanjutan)

Tema	Sub Tema	Kesimpulan Informan FGD	Kesimpulan Triangulasi	Kesimpulan
			kasus.	
<i>Cues to Action</i>	Kunjungan petugas	Kunjungan lapangan memperkuat respon masyarakat.	Respon dilakukan melalui penyelidikan epidemiologi dan koordinasi layanan kesehatan.	Kunjungan petugas memperkuat respon pencegahan DBD.
<i>Cues to Action</i>	Media dan sosialisasi	Media komunikasi berperan sebagai pengingat tindakan PSN.	Media digunakan sebagai sarana penyuluhan dan informasi masyarakat.	Media berfungsi sebagai pengingat dan penguat perilaku pencegahan.
Efikasi Diri (<i>Self-Efficacy</i>)	Perilaku individu	Sebagian individu memiliki keyakinan mampu melakukan pencegahan mandiri.	Efikasi diri masyarakat mulai meningkat namun belum merata.	Efikasi diri mulai terbentuk, tetapi belum merata di seluruh masyarakat.
Efikasi Diri (<i>Self-Efficacy</i>)	Keteladanan	Keteladanan pemimpin meningkatkan efikasi diri masyarakat.	Peran kepala dusun dan aparat dinilai penting dalam pencegahan.	Keteladanan pemimpin lokal memperkuat efikasi diri masyarakat.
Efikasi Diri (<i>Self-Efficacy</i>)	Kader dan pelatihan	Tidak adanya pelatihan membatasi peningkatan efikasi diri kolektif.	Penguatan kapasitas kader dan aparat masih perlu ditingkatkan.	Pengembangan kader menjadi kebutuhan untuk meningkatkan efikasi diri.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Persepsi kerentanan (*Perceived Susceptibility*) masyarakat terhadap risiko penularan DBD di Kampung Bandarsari telah terbentuk dengan cukup baik, ditandai dengan pemahaman bahwa DBD dapat menyerang seluruh kelompok usia dan dipengaruhi oleh kondisi lingkungan serta daya tahan tubuh. Namun demikian, persepsi kerentanan tersebut masih bersifat reaktif dan kontekstual, di mana kesadaran terhadap risiko meningkat terutama setelah muncul kasus DBD di lingkungan sekitar, dan belum sepenuhnya terinternalisasi sebagai kewaspadaan berkelanjutan dalam kehidupan sehari-hari.
2. Persepsi keseriusan (*perceived severity*) masyarakat terhadap dampak kesehatan, sosial, dan ekonomi akibat DBD tergolong tinggi, dengan pandangan bahwa DBD merupakan penyakit berbahaya yang dapat berakibat fatal dan menimbulkan beban bagi keluarga. Kesadaran terhadap keseriusan penyakit ini umumnya muncul dari pengalaman langsung atau pengamatan terhadap kasus di lingkungan terdekat, namun persepsi tersebut belum secara konsisten mendorong perilaku pencegahan yang proaktif sebelum terjadinya kasus.
3. Persepsi manfaat (*Perceived Benefits*) masyarakat terhadap pelaksanaan kegiatan PSN sebagai upaya pencegahan DBD sangat tinggi, di mana PSN dan 3M+ diyakini efektif dalam memutus siklus hidup nyamuk dan menurunkan risiko penularan DBD. Program Jumpa Besanmu juga dipersepsikan sebagai inisiatif yang positif. Namun, tingginya persepsi manfaat ini belum sepenuhnya diikuti oleh praktik PSN yang konsisten dan berkelanjutan di tingkat rumah tangga dan komunitas.
4. Persepsi hambatan (*Perceived Barriers*) dalam pelaksanaan PSN masih kuat dan menjadi faktor utama yang menghambat keberhasilan pencegahan DBD, khususnya hambatan sosio-behavioral seperti

rendahnya motivasi dan disiplin berkelanjutan, kurangnya figur penggerak di tingkat komunitas, serta ketidakmerataan pengetahuan praktis tentang sumber perkembangbiakan nyamuk.

5. Peran isyarat untuk bertindak (*Cues to Action*) dalam mendorong perilaku PSN di Kampung Bandarsari masih didominasi oleh faktor eksternal seperti Puskesmas yang menggerakkan PSN di masyarakat dan insidental, terutama sosialisasi dari petugas kesehatan dan kejadian kasus DBD di lingkungan sekitar. Isyarat internal berupa kesadaran untuk melakukan PSN secara rutin tanpa pemicu eksternal belum terbentuk secara kuat, sehingga perilaku pencegahan cenderung muncul setelah terjadi kasus, bukan sebagai tindakan preventif yang berkelanjutan.
6. Tingkat efikasi diri (*Self-Efficacy*) masyarakat dalam melaksanakan PSN secara mandiri dan berkelanjutan masih belum optimal, meskipun efikasi diri relatif tinggi pada petugas kesehatan dan tokoh masyarakat. Penurunan angka kasus DBD dari tahun ke tahun mulai memberikan umpan balik positif yang berpotensi meningkatkan keyakinan masyarakat terhadap kemampuan mereka mengendalikan DBD. Namun, penguatan efikasi diri individu dan kolektif masih diperlukan agar upaya pencegahan dapat berjalan lebih efektif dan berkelanjutan.

6.2 Saran

1. Peneliti lain, diharapkan penelitian ini dapat memberikan landasan ilmu pengetahuan bagi para peneliti lain, sehingga peneliti lainnya dapat meneliti dengan variabel yang berbeda, tempat yang berbeda dan lingkup yang lebih luas.
2. Institusi Pendidikan, diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi dan bahan bacaan bagi mahasiswa di Perpustakaan Universitas Lampung, sehingga dapat dijadikan sebagai dokumentasi ilmiah untuk meningkatkan minat peneliti selanjutnya.
3. Tempat penelitian, diharapkan penelitian ini dapat meningkatkan kesadaran masyarakat dalam mengikuti Program Pemberantasan Sarang Nyamuk serta konsisten dengan cara kepala kampung bersama kepala dusun mengajak masyarakat melaksanakan program PSN setiap jumat secara rutin, kemudian bagi Puskesmas Surabaya diharapkan dapat mengadakan kunjungan secara mendadak dan bergantian disetiap hari jumat untuk memastikan PSN benar dijalankan dan memberikan reward pada dusun yang melaksanakan PSN secara rutin sehingga dapat menjadi motivasi bagi kampung lainnya, sehingga program JUMPA BESANMU dapat berjalan konsisten dalam pencegahan terjadinya DBD di wilayah kerja Puskesmas Surabaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Dubai, S. A. R., Alshagga, M. A., . (2019). *A study of knowledge, attitudes and practices of dengue prevention among people in Yemen*. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 14(3), 295–301.
- Aung, T., Aung, T., .. (2023). *"Why we do not do it?" A qualitative study on community perceptions of dengue fever and its prevention in suburban areas of Myanmar*. *PLOS ONE*, 18(8), e0288595.
- Bhatt, S., Gething, P. W., . (2021). *The global distribution and burden of dengue*. *Nature*, 496(7446), 504–507.
- Biswal, S., Borja-Tabora, C., . (2022). *Efficacy of a tetravalent dengue vaccine in healthy children and adolescents*. *New England Journal of Medicine*, 381(24), 2345–2356.
- Champion, V. L. (1984). *Instrument development for Health Belief Model constructs*. *Advances in Nursing Science*, 6(3), 73–85.
- Champion, V. L., dan Skinner, C. S. (2008). *The Health Belief Model*. In K. Glanz, B. K. Rimer, dan K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 45–65). Jossey-Bass.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah. (2024). *Data P2PM Kasus DBD Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2020-2024*. Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. (2024). *Laporan Bulanan Kasus DBD Provinsi Lampung Triwulan I 2024*. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.
- Febriani, D., Suryati, T., dan Fauzi, A. (2021). *Determinan perilaku pemberantasan sarang nyamuk pada masyarakat di Kota Pangkalpinang berdasarkan Health Belief Model*. *Jurnal Psikologi Unimus*, 13(2), 145-156.
- Feriyanto, F. (2015). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Pustaka Pelajar.
- Glanz, K., Rimer, B. K., dan Viswanath, K. (Eds.). (2020). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Gubler, D. J. (2020). *The economic burden of dengue*. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 86(5), 743–744.

- Guzman, M. G., dan Harris, E. (2021). *Dengue. The Lancet*, 385(9966), 453–465.
- Hadinegoro, S. R., Arredondo-García, J. L., . (2020). *Efficacy and long-term safety of a dengue vaccine in regions of endemic disease*. *New England Journal of Medicine*, 373(13), 1195–1206.
- Handoko, T. H. (1999). *Manajemen (2nd ed.)*. BPFEE.
- Harapan, H., Rajamo, Y., . (2019). *A Health Belief Model-based questionnaire to assess factors associated with prevention of malaria among Indonesian migrant workers in Republic of Indonesia: A mixed-method study*. *Malaria Journal*, 18(1), 226.
- Horstick, O., Tozan, Y., dan Wilder-Smith, A. (2021). *Reviewing the development, evidence base, and application of the revised WHO dengue case classification*. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 9(4), e0003632.
- Janz, N. K., dan Becker, M. H. (1984). *The Health Belief Model: A decade later*. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47.
- Junaidi, I., Syahputra, R. A., dan Harahap, M. (2023). *Faktor yang mempengaruhi perilaku pemberantasan sarang nyamuk (PSN) pada masyarakat di wilayah endemis DBD: Aplikasi Health Belief Model*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(2), 210-221.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Surat Edaran Nomor: HK.02.02/MENKES/186/2016 tentang Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Laporan Nasional Surveilans DBD Triwulan IV 2023*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kissal, A., dan Kartal, B. (2019). *Effects of Health Belief Model based education on health beliefs and breast self-examination in nursing students*. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(2), 769–774.

- Lestari, Y. D., Sari, F. M., dan Wahyuni, S. (2021). *Hubungan Health Belief Model dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue pada ibu rumah tangga di wilayah endemis*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, 16(1), 45-56.
- Lestari, Y. D., Sari, F. M., dan Wahyuni, S. (2022). *Hubungan Health Belief Model dengan perilaku pencegahan demam berdarah dengue pada ibu rumah tangga di wilayah endemis*. Journal of Nutrition and Public Health, 5(1), 45-56.
- Martina, B. E., Koraka, P., dan Osterhaus, A. D. (2020). *Dengue virus pathogenesis: An integrated view*. Clinical Microbiology Reviews, 22(4), 564–581.
- Martinez, D. R., Yount, B., Nivarthi, U., Munt, J. E., Delacruz, M. J., dan Whitehead, S. S. (2020). *Antigenic variation of the dengue virus 2 genotypes impacts the neutralization activity of human antibodies in vaccinees*. Cell Reports, 32(12), 107615.
- Murni, A. W. (2023). *Analisis pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Health Belief Model (HBM) terhadap faktor risiko kejadian demam berdarah dengue (DBD) Kelurahan Benteng Kota Palopo Sulawesi Selatan*. Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia, 22(1), 12-25.
- Nguyen, N. M., Kien, D. T., Tuan, T. V., Quyen, N. T., Tran, C. N., Thi, L. V., dan Farrar, J. (2021). *Diagnostic accuracy of NS1 ELISA and lateral flow rapid tests for dengue sensitivity, specificity and relationship to viraemia and antibody responses*. PLOS Neglected Tropical Diseases, 7(1), e2000.
- Notoatmodjo, S., Hidayat, T. S., dan Kurniawan, B. (2021). *The effect of health education based on Health Belief Model on preventive behaviors of dengue hemorrhagic fever*. International Journal of Nursing Research, 3(2), 112-120.
- Nuraini, S., dan Hasanah, U. (2021). *Efektivitas penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap masyarakat dalam pencegahan DBD*. Journal of Community Health, 7(2), 89-98.
- Pakpahan, M., Fitriani, Y., dan Sari, D. K. (2021). *Teori Perilaku Kesehatan dan Aplikasinya*. Kencana.
- Purwodihardjo, S., dan Suryani, N. (2020). *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Salemba Medika.

- Rizky, A., Pratiwi, D., dan Sari, M. (2022). *Self-Efficacy* sebagai faktor dominan dalam keberhasilan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) mandiri. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 13(1), 55-67.
- Rosenstock, I. M. (1974). The *Health Belief Model* and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354–386.
- Salje, H., Cummings, D. A., dan Rodriguez-Barraquer, I. (2021). Reconstruction of antibody dynamics and infection histories to evaluate *dengue* risk. *Nature*, 557(7707), 719–723.
- Santos, M. A., Almeida, M. M., dan Rocha, B. A. (2020). Clinical and laboratory characteristics of *dengue* fever in a Brazilian cohort. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 24(1), 1–6.
- Sari, D. K., Lestari, Y., dan Wahyuni, S. (2023). Meta-analysis: Effectiveness of *Health Belief Model* in predicting preventive behavior for tropical infectious diseases. *Journal of Tropical Medicine*, 2023, 1-10.
- Sari, D. M., dan Purnama, I. K. (2023). Analisis faktor perilaku pemberantasan sarang nyamuk (PSN) berdasarkan teori *Health Belief Model* di Kelurahan X. *Journal of Health Studies*, 7(1), 201-210.
- Sari, F. M., Lestari, Y. D., dan Wahyuni, S. (2020). Diagnosis dan tatalaksana demam berdarah *dengue*: Tinjauan pustaka. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 15(2), 123-134.
- Shafie, A. A., dan Khan, A. A. (2022). Application of *Health Belief Model* (HBM) in assessing community's preventive behavior towards *dengue* fever in Petaling District, Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2611.
- Shepard, D. S., Undurraga, E. A., dan Halasa, Y. A. (2022). Economic and disease burden of *dengue* in Southeast Asia. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 7(2), e2055.
- Siswanto, H. B. (2008). *Manajemen Tenaga Kerja Indonesia*. Bumi Aksara.
- Smith, J. (2012). Analisis Kualitatif: Menggunakan Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model*) untuk Menjelaskan Demam Berdarah di Dua Komunitas di Trinidad dan Tobago [Disertasi doktoral, University of the West Indies].
- Sugiyono. (2022). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan RdanD (Edisi Ke-3)*. Alfabeta.

- Sulastris, E., Yulianti, D., dan Handayani, D. (2023). Pendekatan *Health Belief Model* dalam memahami partisipasi masyarakat untuk pencegahan DBD. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 18(1), 78-90.
- Susanto, T., Sari, M., dan Pratiwi, D. (2022). Faktor sosial dan lingkungan yang mempengaruhi perilaku pencegahan DBD di masyarakat urban. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 14(2), 145-156.
- Wahyuni, S., dan Prasetyo, B. (2022). Faktor yang mempengaruhi perilaku pemberantasan sarang nyamuk (PSN) pada masyarakat di daerah endemis DBD: Pendekatan *Health Belief Model*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 17(3), 321-330.
- Wahyuni, S., Sari, F. M., dan Lestari, Y. D. (2020). Pencegahan demam berdarah *dengue*: Peran masyarakat dan inovasi program. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 112-124.
- Wong, L. P., Shakir, S. M. M., Atefi, N., dan AbuBakar, S. (2020). Factors influencing the implementation of a school-based *dengue* control intervention program in Malaysia: A qualitative study. *PLOS ONE*, 15(5), e0233476.
- World Health Organization. (2020). *Dengue and severe dengue*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Global strategy for dengue prevention and control, 2021–2030*. WHO.
- World Health Organization. (2023). *Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control: New edition*. WHO.
- Yudhaputri, F. A., Trimarsanto, H., Perkasa, A., dan Yohan, B. (2021). Molecular surveillance of *dengue* in Indonesia: A review of current practices and challenges. *Journal of Infection in Developing Countries*, 15(3), 321–328.
- Zulhakim, M. F., Sari, N. P., dan Fauzan, A. (2023). Faktor yang berhubungan dengan perilaku pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah *dengue* (PSN DBD) di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Ciputat Timur. *Jurnal Kesehatan Edware*, 5(2), 210-225.