

Faktor Sosiodemografi yang Berhubungan dengan Penerapan Protokol Kesehatan di Provinsi Jawa Barat

Nissa Noor Annashr, Neni, Rofiya Dienul Haq Ratnasari
Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Siliwangi
alamat email : annashr.nissa46@gmail.com

Abstrak

Kasus COVID-19 terus meningkat terutama sejak diberlakukannya era new normal. Prevalensi COVID-19 di Jawa Barat terbanyak ke-2 di Indonesia. Hingga tanggal 21 November 2021 terdapat 706.314 kasus di Jawa Barat. Penelitian ini menggunakan rancangan potong lintang. Sampel diambil dengan teknik accidental sampling. Sampel dalam penelitian ini adalah masyarakat di Jawa Barat yang mengisi kuesioner secara sukarela yang didistribusikan secara online melalui media sosial. Sampel yang diperoleh sebanyak 2.502 orang. Variabel bebas penelitian adalah faktor sosiodemografi, berupa pendidikan, jenis kelamin, umur, status pernikahan. Sementara itu, variabel terikat adalah penerapan protokol Kesehatan (menjaga jarak, memakai masker, mencuci tangan). Setelah data dikumpulkan, dilakukan pengolahan dan analisis data. Analisis data terdiri dari analisis univariat, bivariat menggunakan uji chi square dan multivariat menggunakan uji regresi logistik ganda. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa variabel umur ($p = 0,000$; OR = 1,748), jenis kelamin ($p = 0,000$; OR = 2,626) dan status pernikahan ($p = 0,000$; OR = 1,867) memiliki hubungan signifikan dengan penerapan protokol kesehatan. Sementara itu, variabel tingkat pendidikan tidak berhubungan secara bermakna dengan protokol kesehatan ($p = 0,622$). Berdasarkan analisis multivariat, variabel jenis kelamin terbukti memiliki hubungan yang paling kuat dengan penerapan protokol kesehatan (OR = 2,475).

Kata kunci: Umur, Jenis kelamin, Tingkat Pendidikan, Status pernikahan, Penerapan protokol kesehatan

Abstract

COVID-19 cases have continued to increase, especially since the new normal era was enacted. The prevalence of COVID-19 in West Java was the 2nd highest in Indonesia. Until November 21, 2021, there were 706,314 cases in West Java. This study used a cross-sectional design. The sample was taken by accidental sampling technique. The sample in this study was people in West Java who filled out questionnaires voluntarily which were distributed online through social media. The samples obtained were 2,502 people. The independent variables of the study were sociodemographic factors, in the form of education, gender, age, marital status. Meanwhile, the dependent variable is the implementation of Health protocols (maintaining distance, wearing masks, washing hands). After the data is collected, data processing and analysis are carried out. Data analysis consisted of univariate analysis, bivariate using chi square test and multivariate using multiple logistic regression test. The results of the bivariate analysis showed that the variables of age ($p = 0.000$; OR = 1.748), gender ($p = 0.000$; OR = 2.626) and marital status ($p = 0.000$; OR = 1.867) had a significant relationship with the implementation of health protocols. Meanwhile, the education level variable was not significantly related to the health protocol ($p = 0.622$). Based on multivariate analysis, gender was proven to have the strongest relationship with the implementation of health protocols (OR = 2.475).

Keywords : Age, Gender, Level of education, Marital status, Implementation of health protocol

PENDAHULUAN

Wabah coronavirus 2 (SARS-CoV-2), sebuah sindrom pernafasan akut yang parah telah diumumkan oleh WHO (*World Health Organization*) pada bulan Maret 2020 (1). SARS-CoV-2 merupakan jenis baru dari coronavirus yang sebelumnya belum pernah dikenali pada infeksi manusia (2). Infeksi virus tersebut menyebabkan penyakit bernama COVID-19 (*coronavirus disease 2019*). Penyakit yang pertama kali muncul di negara Cina pada akhir 2019 tersebut kemudian berkembang pesat dan berbagai negara di seluruh dunia telah melaporkan kasus tersebut (3).

Penyakit COVID-19 mulai menyebar di Indonesia sejak Maret 2020 (4). Kemudian kasusnya semakin meningkat dengan signifikan. Pemerintah Indonesia mengumumkan kasus positif COVID-19 yang telah terkonfirmasi hingga tanggal 5 Agustus 2020 sebanyak 116.871 kasus, dengan total kematian sebanyak 5.452 (5). Jumlah kasus terkonfirmasi COVID-19 hingga tanggal 21 November 2021 sebanyak 4.253.412 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 143,739. Jawa Barat merupakan provinsi dengan jumlah kasus positif terbanyak ke-2 di Indonesia dengan total kasus sebanyak 706.314 (6).

Sebagai upaya untuk mengendalikan penularan COVID-19 di Indonesia, Pemerintah Indonesia telah menetapkan bermacam-macam strategi (7). Salah satu upaya Pemerintah Indonesia adalah mengeluarkan kebijakan mengenai PSBB (Pembatasan Sosial Berskala Besar). Kebijakan PSBB itu sendiri mencakup kebijakan untuk meliburkan sekolah dan tempat kerja, fasilitas umum, kegiatan sosial dan budaya, pelarangan kerumunan orang, pertemuan politik, olahraga, hiburan, akademik, dan budaya, moda transportasi, kegiatan lainnya khusus terkait aspek pertahanan dan keamanan (8). Peliburan kegiatan sekolah dan pekerjaan mengharuskan aktivitas sekolah dan pekerjaan tersebut dilakukan di dalam rumah.

Akan tetapi, strategi dalam mengimplementasikan kebijakan tinggal di

rumah memiliki keterbatasan dan tantangan yang harus dihadapi. Tantangan-tantangan yang dihadapi adalah dampak ekonomi akibat COVID-19, perjuangan untuk bekerja dari rumah, dan kemampuan para pemimpin untuk memengaruhi masyarakat (7). Pemerintah akhirnya menerapkan era *new normal* dan menghimbau masyarakat untuk dapat berdamai dengan virus corona, berdamai menghadapi pandemi ini dan menjalankan kehidupan normal baru (*new normal*) (9).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (10) menunjukkan bahwa rata-rata kasus terkonfirmasi COVID-19 lebih tinggi pada masa *new normal* dibandingkan pada saat penerapan *lockdown/PSBB*. Rata-rata kasus COVID-19 terkonfirmasi pada masa *lockdown/PSBB* sebesar $338,56 \pm 213,09$, sedangkan pada masa *new normal* sebesar $1483,74 \pm 485,6$. Rata-rata kematian COVID-19 juga lebih tinggi pada saat penerapan *new normal* ($20,7 \pm 14,1; 58,9 \pm 21,9$). Hal ini menunjukkan bahwa angka konfirmasi kasus mengalami peningkatan. Angka konfirmasi kasus yang mengalami peningkatan dapat disebabkan proses penularan penyakit COVID-19 yang masih terus berlangsung. Oleh karena itu, penerapan "new normal" itu sendiri harus diikuti oleh kedisiplinan terhadap protokol kesehatan yakni menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) (9). Kedisiplinan terhadap protokol kesehatan dan menerapkan PHBS memerlukan komitmen, kerja sama dan peran anggota masyarakat agar dapat menghentikan penyebaran COVID-19 yang semakin meningkat (8), (Balkhi, Nasir, Zehra, & Riaz, 2020).

PHBS yang dapat diterapkan pada masa *new normal* atau dikenal juga dengan istilah Adaptasi kehidupan Baru/AKB, untuk menekan penyebaran COVID-19, adalah selalu mencuci tangan, memakai masker, melakukan etika batuk yang tepat dan tetap menjaga jarak dengan orang lain, melakukan aktivitas di dalam rumah (9), serta melakukan istirahat yang cukup agar imunitas tubuh tetap terpelihara dengan baik (8). Kegiatan-kegiatan ini memerlukan perubahan perilaku sehingga perlu proses penyesuaian atau adaptasi yang dilakukan oleh setiap anggota masyarakat (11).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat banyak faktor yang dapat mempengaruhi implementasi protokol kesehatan untuk mencegah peningkatan risiko terinfeksi COVID-19, diantaranya yaitu faktor sosiodemografi yang terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan (11), dan status pernikahan (12), (13).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara faktor sosiodemografi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status pernikahan) dan penerapan protokol kesehatan di fase adaptasi kebiasaan baru (AKB).

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan menggunakan rancangan potong lintang. Penelitian dilaksanakan di Provinsi Jawa Barat, pada Bulan September 2020. Populasi penelitian ini adalah seluruh masyarakat Provinsi Jawa Barat yang memiliki umur ≥ 12 tahun. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *accidental sampling*. Hal ini dikarenakan sampel dalam penelitian ini adalah orang-orang yang mengisi formulir atau kuesioner secara online dengan sukarela, yang disebarluaskan melalui media sosial berupa whatsapp, instagram dan facebook. Dari proses tersebut, berhasil didapatkan sampel sebanyak 2.502 orang.

Variabel bebas yang diteliti dalam penelitian ini adalah faktor sosiodemografi, yang terdiri dari tingkat pendidikan, jenis kelamin, umur, dan status pernikahan. Sementara itu, variabel terikat adalah implementasi protokol kesehatan, terdiri dari perilaku 3M (menjaga jarak, memakai masker, mencuci tangan). Variabel tingkat pendidikan menunjukkan pendidikan terakhir yang ditempuh responden. Tingkat pendidikan responden terdiri dari responden yang menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar (SD), responden yang menyelesaikan pendidikan Sekolah Menengah Pertama (SMP), responden yang menyelesaikan pendidikan SMA (Sekolah Menengah Atas) dan responden yang menyelesaikan pendidikan dari perguruan tinggi. Tingkat pendidikan diklasifikasikan menjadi 2 kategori untuk keperluan analisis

bivariat, yaitu kategori pendidikan rendah jika responden telah menyelesaikan pendidikan SD dan SMP, sedangkan kategori pendidikan tinggi merupakan responden yang telah menyelesaikan pendidikan SMA dan perguruan tinggi.

Umur adalah umur responden yang dihitung dari selisih tahun saat penelitian dilaksanakan dan tahun kelahiran responden. Umur responden diklasifikasikan menjadi 2 kategori menggunakan nilai median sebagai *cut off point* karena setelah dilakukan uji normalitas data, data mengenai umur tidak berdistribusi normal. Oleh karena itu, terdapat 2 kategori untuk variabel umur yaitu responden yang berumur ≤ 21 tahun dan responden berumur > 21 tahun. Jenis kelamin terdiri dari 2 kelompok yaitu laki-laki dan perempuan. Untuk mengetahui status pernikahan, responden diminta mengisi variabel status pernikahan dengan pilihan jawaban "belum menikah", "menikah" dan "janda/duda". Untuk memudahkan proses analisis bivariat, ketiga kategori tersebut dirubah menjadi 2 kategori yaitu responden yang belum menikah dan sudah menikah-pernah menikah.

Proses pengumpulan data dilakukan melalui pengisian kuesioner yang disebarluaskan secara online pada media sosial berupa whatsapp, instagram dan facebook. Data yang berhasil dikumpulkan kemudian diolah melalui tahap proses pengeditan, pengkodean, pemrosesan dan pembersihan. Langkah selanjutnya adalah melakukan analisis data secara univariat, bivariat dan multivariat. Uji chi square digunakan dalam menganalisis bivariat sedangkan uji regresi logistik ganda digunakan dalam analisis multivariat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut adalah hasil analisis univariat mengenai distribusi frekuensi responden berdasarkan faktor sosiodemografi yang ditunjukkan oleh tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Sosiodemografi

Variabel Sosiodemografi	n	%
Umur		
< 21 tahun	1.183	47,3
≥ 21 tahun	1.319	52,7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	638	25,5
Perempuan	1.864	74,5
Tingkat Pendidikan		
Lulus SD	15	0,6
Lulus SMP	76	3,0
Lulus SMA	1.615	64,5
Lulus PT	796	31,8
Status Pernikahan		
Belum menikah	2.076	83,0
Menikah	410	16,4
Janda/duda	16	0,6

Tabel 1 menunjukkan 52,7% responden berumur ≥ 21 tahun. Mayoritas responden adalah perempuan dengan persentase sebesar 74,5%. Untuk variabel tingkat pendidikan, proporsipresponden terbanyak merupakan lulusan SMA (64,5%). Distribusi responden berdasarkan status pernikahan menunjukkan bahwa mayoritas responden belum menikah (83,0%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penerapan Protokol Kesehatan

Variabel Implementasi Protokol Kesehatan	n	%
Menerapkan jaga jarak		
Frekuensi jarang	481	19,1
Frekuensi Sering	2.021	80,9
Memakai masker		
Frekuensi Jarang	168	6,7
Frekuensi Sering	1.864	93,3
Praktik cuci tangan		
Frekuensi Jarang	227	9,1
Frekuensi Sering	2.275	90,9

Berdasarkan tabel 2, diketahui bahwa mayoritas menerapkan jaga jarak saat berada di luar rumah dengan frekuensi sering dimana persentasenya sebesar 80,9%. Mayoritas

responden memakai masker dengan frekuensi sering, persentasenya sebesar 93,3%. Sebagian besar responden menerapkan praktik mencuci tangan dengan frekuensi sering, persentasenya sebesar 90,9%.

Variabel penerapan protokol kesehatan yang terdiri dari tiga perilaku tersebut kemudian dikalkulasikan dan diklasifikasikan menjadi 2 kategori.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Penerapan Protokol Kesehatan

Variabel Penerapan Protokol Kesehatan	n	%
Kurang	668	26,7
Baik	1.834	73,3

Berdasarkan tabel 3, diketahui bahwa umumnya responden sudah menerapkan protokol kesehatan dalam rangka mencegah penularan COVID-19 dengan kategori baik, yaitu persentasenya sebesar 73,3%.

Selanjutnya dilakukan analisis bivariat antara variabel sosiodemografi dan penerapan protokol kesehatan, sebagaimana ditunjukkan oleh tabel 4. Berdasarkan tabel 4, diketahui bahwa dari 4 variabel sosiodemografi yang diteliti, terdapat 3 variabel yang memiliki hubungan yang signifikan dengan penerapan protokol kesehatan. Ketiga variabel tersebut yaitu umur ($p = 0,000$; $OR = 1,748$; $95\% CI : 1,413-2,162$), jenis kelamin ($p = 0,000$; $OR = 2,626$; $95\% CI : 2,109-3,271$), dan status pernikahan ($p = 0,000$; $OR = 1,867$; $95\% CI : 1,344-2,593$). Sementara itu, variabel pendidikan tidak terbukti memiliki berhubungan secara bermakna dengan penerapan protokol kesehatan ($p = 0,622$)

Tabel 4. Analisis Bivariat Faktor Sosiodemografi Dan Penerapan Protokol Kesehatan

Variabel Sosiodemografi	Penerapan protokol kesehatan				Total		Nilai p	OR (95% CI)
	Kurang baik		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Umur								
< 21 Tahun	247	20,9	936	79,1	1.183	100	0,0001	1,748
≥ 21 Tahun	173	13,1	1.146	86,9	1.319	100		(1,413-2,162)
Jenis kelamin								
Laki-laki	179	28,1	459	71,9	638	100	0,0001	2,626
Perempuan	241	12,9	1.623	87,1	1.864	100		(2,109-3,271)
Tingkat Pendidikan								
Rendah	17	18,7	74	81,3	91	100	0,622	-
Tinggi	403	16,7	2.008	83,3	2.411	100		
Status Pernikahan								
Belum menikah	375	18,1	1.701	81,9	2.076	100	0,0001	1,867
Menikah dan pernah menikah	45	10,6	381	89,4	426	100		(1,344-2,593)

Setelah selesai dilakukan analisis bivariat, langkah selanjutnya adalah menyeleksi variabel mana saja, dengan nilai $p < 0,25$. Variabel tersebut kemudian untuk dimasukkan ke dalam model analisis multivariat. Dari keseluruhan variabel yang diteliti terdapat 3 variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$ yaitu

variabel umur, jenis kelamin, dan status pernikahan. Oleh karena itu, ketiga variabel tersebut dianalisis secara multivariat menggunakan uji regresi logistik ganda. Adapun hasil akhir analisis multivariat ditunjukkan oleh tabel 5.

Tabel 5. Hasil Akhir Analisis Multivariat

Variabel Penerapan Protokol Kesehatan	Nilai p	Exp (B)	95% CI
Umur	0,007	0,762	0,625-0,929
Jenis kelamin	0,000	2,475	2,035-3,008
Status pernikahan	0,014	1,422	1,073-1,886
Constant	0,011	0,630	

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel jenis kelamin memiliki nilai OR paling besar jika dibandingkan variabel lainnya (OR = 2,475, 95% CI : 2,035-3,008) sehingga variabel ini memiliki hubungan yang lebih besar dengan penerapan protokol kesehatan dalam mencegah penularan COVID-19.

Rata-rata umur responden dalam penelitian ini adalah 22,85 tahun. Berdasarkan hasil pengelompokan umur responden,

diketahui lebih dari sebagian responden berumur ≥ 21 tahun (52,7%). Sementara itu, hasil analisis univariat juga menunjukkan bahwa mayoritas responden sudah menerapkan protokol kesehatan untuk mencegah COVID-19 dengan baik (83,2%). Penelitian ini menemukan adanya hubungan yang signifikan antara variabel umur dengan penerapan protokol kesehatan ($p=0,000$; OR = 1,748, 95% CI : 1,413-2,162). Responden yang berumur ≥ 21 tahun memiliki kecenderungan

untuk menerapkan protokol kesehatan yang baik jika dibandingkan dengan responden berumur < 21 tahun.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian sebelumnya di Bangladesh yang melibatkan penduduk berusia 12-64 tahun. Hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa

Menunjukkan semakin tua umur seseorang, mereka akan cenderung mengimplementasikan tindakan pencegahan COVID-19 yang lebih baik. Hal ini dikarenakan semakin tua umur seseorang, semakin banyak pengetahuan yang mereka miliki. Pengetahuan itulah yang menjadi dasar mereka untuk bertindak. Sebagaimana dibuktikan melalui penelitian di Arab Saudi yang menemukan bahwa orang dewasa yang lebih tua cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik serta dapat mengimplementasikan praktik untuk mencegah infeksi COVID-19 yang lebih baik (15). Penelitian lainnya yang dilakukan di Kamerun menunjukkan hal serupa dimana responden yang berumur > 20 tahun secara signifikan memiliki pengetahuan yang lebih tinggi dibandingkan responden yang umurnya lebih muda (16).

Rahman & Sathi dalam penelitiannya di Bangladesh menunjukkan responden yang berumur 30 ke atas memiliki sikap lebih optimis dalam menghadapi pandemi COVID-19 dibandingkan responden usia 18-29 tahun. Dengan adanya pengetahuan yang memadai dan sikap yang lebih optimis atau positif pada kelompok usia yang lebih tua maka akan mempengaruhi mereka untuk bertindak lebih baik dalam mencegah penularan COVID-19 (17).

Berdasarkan variabel jenis kelamin, mayoritas responden berjenis kelamin perempuan (74,5%). Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa jenis kelamin ($p=0,000$; $OR=2,626$; $95\% CI : 2,109-3,271$) berhubungan secara bermakna dengan upaya pencegahan COVID-19. Responden laki-laki cenderung berupaya kurang baik untuk mencegah COVID-19 dibandingkan dengan responden perempuan.

Penelitian di Jakarta dan di Vietnam menunjukkan hal serupa bahwa bahwa jenis kelamin menjadi salah satu variabel yang memiliki hubungan secara bermakna dengan

penduduk dengan usia lebih tua ternyata lebih sering mempraktikkan tindakan pencegahan COVID-19 di Bangladesh dibandingkan penduduk usia muda (14). Penelitian di Vietnam menunjukkan hal yang sama dimana orang muda cenderung tidak mempraktikkan semua tindakan pencegahan COVID-19 (13). praktik pencegahan COVID-19 (18), (13). Penduduk pria di Vietnam cenderung tidak mempraktikkan semua tindakan pencegahan COVID-19. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian di Bangladesh. Penelitian tersebut membuktikan bahwa penduduk dengan jenis kelamin perempuan lebih sering mempraktikkan perilaku pencegahan COVID-19 dibandingkan penduduk laki-laki (14).

Adanya perbedaan perilaku pencegahan COVID-19 antara laki-laki dan perempuan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Sebagaimana hasil penelitian Al-Hanawi et, al. menunjukkan bahwa laki-laki memiliki pengetahuan yang lebih rendah mengenai penyakit COVID-19 serta sikap yang kurang optimis. Kedua faktor tersebut yang pada akhirnya terbukti menyebabkan laki-laki menerapkan praktik pencegahan COVID-19 yang kurang baik dibandingkan perempuan (15). Di samping itu, perempuan memiliki kehati-hatian lebih tinggi dibandingkan laki-laki sehingga lebih cenderung untuk menerapkan pola hidup sehat dalam kesehariannya (18). Dalam penelitian Wiranti, et al., menyimpulkan bahwa perempuan cenderung lebih patuh terhadap regulasi yang sudah ditetapkan oleh pemerintah. Oleh karena itu, perempuan memiliki peran yang besar untuk dapat memobilisasi masyarakat dalam mengimplementasikan perilaku pencegahan COVID-19 melalui berbagai perannya, baik sebagai ibu rumah tangga, kader, maupun tokoh masyarakat (19).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan tinggi (96,3%). Analisis bivariat menunjukkan pendidikan tidak berhubungan secara bermakna dengan perilaku pencegahan COVID-19 ($p=0,622$). Hasil ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan di Bangladesh (14) dan pada masyarakat Sulawesi Utara, Indonesia(20). Dalam kedua penelitian tersebut dilaporkan bahwa semakin

tinggi tingkat pendidikan penduduk, maka semakin sering dan baik pula mereka mempraktikkan perilaku pencegahan COVID-19.

Penelitian Akalu, et al., melaporkan pendidikan berkontribusi terhadap tinggi rendahnya pengetahuan seseorang mengenai COVID-19. Dengan adanya pengetahuan yang memadai tersebut, maka perilaku seseorang akan semakin baik (12). Akan tetapi, hasil dari penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya. Hal ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Meskipun secara teori semakin tinggi pendidikan seseorang akan berkontribusi terhadap peningkatan pengetahuan orang tersebut, namun dewasa ini pengetahuan dapat ditingkatkan tidak hanya melalui pendidikan formal saja.

Penelitian di Uganda menunjukkan bahwa pengetahuan tentang COVID-19 secara signifikan lebih tinggi di antara petugas kesehatan yang menggunakan media berita seperti televisi dan surat kabar. Ada banyak sumber informasi yang dapat kita akses untuk meningkatkan pengetahuan dan mengikuti perkembangan mengenai penyakit COVID-19. Penelitian tersebut juga melaporkan bahwa sumber informasi yang digunakan responden bervariasi dari mulai situs WHO, media dan situs pemerintah, media massa (TV, radio, koran), media social (*Face book, whatsapp*, dan lain-lain), jurnal penelitian dan lainnya (21). Oleh karena itu, terdapat kemungkinan seseorang yang menerapkan perilaku pencegahan yang baik ternyata tidak memiliki pendidikan yang tinggi, akan tetapi orang tersebut secara rutin mengakses berbagai media informasi untuk dapat meningkatkan pengetahuannya mengenai COVID-19 sehingga ia dapat mempraktikkan upaya pencegahan dengan baik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden belum menikah (83,0%). Berdasarkan analisis bivariat, ditemukan adanya hubungan yang signifikan status pernikahan ($p=0,000$; $OR=1,867$; 95% CI : 1,344-2,593) dengan penerapan protokol kesehatan. Orang yang belum menikah cenderung untuk menerapkan protokol kesehatan kurang baik. Temuan ini didukung oleh hasil penelitian di Vietnam yang menyatakan bahwa status perkawinan

berhubungan secara signifikan dengan praktik yang ditujukan untuk pencegahan COVID-19 (13). Orang yang sudah menikah dan orang dengan tingkat pengetahuan yang tinggi lebih mungkin untuk mempraktikkan semua tindakan pencegahan. Penelitian yang dilakukan oleh Akalu, et al. (12) juga menunjukkan bahwa status pernikahan belum menikah berkorelasi secara bermakna dengan praktik pencegahan yang kurang baik.

Hal ini mungkin dapat dijelaskan karena adanya perbedaan kondisi antara orang yang belum menikah dan orang yang sudah menikah. Sebagaimana dalam penelitiannya di Amerika Serikat, membuktikan bahwa orang yang belum menikah memiliki pengetahuan yang lebih rendah mengenai COVID-19 dibandingkan orang yang sudah menikah. Bahkan dilaporkan pula bahwa orang yang belum menikah lebih cenderung menganggap diri mereka kurang siap atau bahkan tidak memiliki kesiapan yang baik dalam menghadapi pandemi COVID-19 (22). Senada dengan hal tersebut, dalam penelitian lain menjelaskan bahwa peluang untuk menerapkan praktik pencegahan yang buruk di antara masyarakat yang belum menikah lebih besar dari yang sudah menikah. Hal ini mungkin didasari dari adanya perasaan bertanggungjawab dari seseorang yang sudah menikah untuk dapat menjaga dirinya dengan baik dengan cara menerapkan PHBS sehingga saat berinteraksi dengan pasangannya tidak menjadi sumber penularan penyakit (12). Selain itu, bagi orang yang sudah menikah, mereka akan mendapatkan motivasi dari pasangannya untuk menerapkan perilaku pencegahan dengan baik

SIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan mayoritas masyarakat Jawa Barat sudah menunjukkan perilaku yang baik. Umur, jenis kelamin, dan status pernikahan berhubungan secara signifikan dengan penerapan protokol kesehatan dalam mencegah penularan COVID-19.

Berdasarkan hasil penelitian, disarankan pemerintah tetap melakukan pengawasan yang massif untuk memutus

rantai penularan COVID-19 dan tetap berupaya untuk meningkatkan kesadaran masyarakat pada berbagai kelompok umur, melibatkan atau memobilisasi perempuan melalui berbagai perannya untuk mengedukasi anggota keluarga dan mendorong keluarganya menerapkan protokol kesehatan.

UCAPAN TERIMAKASIH :

Ucapan terimakasih disampaikan kepada civitas akademik Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Siliwangi, yang telah mendukung secara support moril terhadap jalannya penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA :

1. Lopez A, Duclos G, Pastene B, Bezulier K, Guilhaumou R, Solas C, et al. Effects of Hydroxychloroquine on Covid-19 in Intensive Care Unit Patients: Preliminary Results. *Int J Antimicrob Agents* [Internet]. 2020;15(23):1–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32853673>
2. Ganing A, Salim A, Muslimin I, Kesehatan J, Poltekkes L, Mamuju K, et al. STUDI LITERATUR : PENGETAHUAN SEBAGAI SALAH SATU FAKTOR UTAMA PENCEGAHAN PENULARAN COVID-19 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia . menimbulkan gejala berat seperti Middle East Respiratory Syndrome (MERS) da. 2020;
3. Nishiura H, Linton NM, Akhmetzhanov AR. Serial interval of novel coronavirus (COVID-19) infections. *Int J Infect Dis*. 2020 Apr 1;93:284–6.
4. Naully PG, Nursidika P. Hasil Positif Palsu dan Negatif Palsu pada Pemeriksaan Cepat Antibodi SARS CoV-2. *J Kesehat Vokasional* [Internet]. 2021;6(2):81. Available from: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkesvo/article/view/62775/31321>
5. WHO Indonesia. Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) : Situation Report 19 [Internet]. 2020. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/covid19/who-situation-report-19.pdf?sfvrsn=531a8fe6_2
6. Satuan Tugas Penanganan COVID-19. Peta Sebaran COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 21]. Available from: <https://covid19.go.id/peta-sebaran>
7. Setyawan FEB, Lestari R. Challenges of Stay-At-Home Policy Implementation During the Coronavirus (Covid-19) Pandemic in Indonesia. *J Adm Kesehat Indones* [Internet]. 2020;8(2):15–20. Available from: <https://ejournal.unair.ac.id/JAKI/article/view/18789>
8. Syafrida, Hartati R. Bersama Melawan Virus Covid 19 di Indonesia. *SALAM J Sos dan Budaya Syar-i*. 2020;7(6):495–508.
9. Anggraeni LD, Daryati EI. Optimalisasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Menuju Adaptasi Kebiasaan Baru. *J Kreat Pengabdian Kpd Masy* [Internet]. 2020;3(2):495–500. Available from: <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kreativitas/article/view/3227>
10. Susanto N. Perbedaan Kasus Covid-19 pada Masa Lockdown dan New Normal di Indonesia. *J Kesehat Vokasional* [Internet]. 2021;6(3):182. Available from: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkesvo/article/view/62889/32027>
11. Putri SI, Karlinda. ANALISIS FAKTOR SOSIODEMOGRAFI YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PENCEGAHAN TRANSMISI COVID-19. *J Kesehat Manarang*. 2021;7(1):53–9.
12. Akalu Y, Ayelign B, Molla MD. Knowledge, attitude and practice towards covid-19 among chronic disease patients at addis zemen hospital, Northwest Ethiopia. *Infect Drug Resist* [Internet]. 2020;13:1949–60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7322118/>
13. Van Nhu H, Tuyet-Hanh TT, Van NTA, Linh TNQ, Tien TQ. Knowledge,

- Attitudes, and Practices of the Vietnamese as Key Factors in Controlling COVID-19. *J Community Health* [Internet]. 2020;45(6):1263–9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00919-4>
14. Ferdous MZ, Islam MS, Sikder MT, Mosaddek ASM, Zegarra-Valdivia JA, Gozal D. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 outbreak in Bangladesh: An online-based cross-sectional study. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(10):1–17. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239254>
 15. Al-Hanawi MK, Angawi K, Alshareef N, Qattan AMN, Helmy HZ, Abudawood Y, et al. Knowledge, Attitude and Practice Toward COVID-19 Among the Public in the Kingdom of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Front Public Heal* [Internet]. 2020;8:1–10. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00217/full>
 16. Ngwewondo A, Nkengazong L, Ambe LA, Ebogo JT, Mba FM, Goni HO, et al. Knowledge, attitudes, practices of/towards COVID 19 preventive measures and symptoms: A cross-sectional study during the exponential rise of the outbreak in Cameroon. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2020;14(9):1–15. Available from: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0008700>
 17. Rahman A, Sathi NJ. Knowledge , Attitude , and Preventive Practices toward COVID-19 among Bangladeshi Internet Users. 2020;17(5). Available from: <https://www.ejgm.co.uk/download/knowledge-attitude-and-preventive-practices-toward-covid-19-among-bangladeshi-internet-users-8223.pdf>
 18. Syadidurrahmah F, Muntahaya F, Islamiyah SZ, Fitriani TA, Nisa H. Perilaku physical distancing mahasiswa UIN Syarif Hidayatullah Jakarta pada masa pandemi covid-19. *J Perilaku dan Promosi Kesehatan* [Internet]. 2020;2(1):29–37. Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiT9Lvu34HtAhWDXSsKHdxID1MQFjACegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fjournal.fkm.ui.ac.id%2Fppk%2Farticle%2Fdownload%2F4004%2F991&usg=AOvVaw1yFPWCgvXpDB88ZS-94zWB>
 19. Wiranti, Ayun Sriatmi, Wulan Kusumastuti. Determinan Kepatuhan Masyarakat Kota Depok terhadap Kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Pencegahan Covid-19. *J Kebijak Kesehat Indones JKKI* [Internet]. 2020;09(03):117–24. Available from: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/58484/29397>
 20. Gannika L, Sembiring EE. Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Pencegahan Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pada Masyarakat Sulawesi Utara Lenny Gannika. *NERS J Keperawatan* [Internet]. 2020;16(2):83–9. Available from: <http://ners.fkep.unand.ac.id/index.php/ners/article/view/377/0>
 21. Olum R, Chekwech G, Wekha G, Nassozi DR, Bongomin F. Coronavirus Disease-2019: Knowledge, Attitude, and Practices of Health Care Workers at Makerere University Teaching Hospitals, Uganda. *Front Public Heal* [Internet]. 2020;8(April):1–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7204940/>
 22. Wolf MS, Serper M, Opsasnick L, O’Conor RM, Curtis L, Benavente JY, et al. Awareness, Attitudes, and Actions Related to COVID-19 Among Adults With Chronic Conditions at the Onset of the U.S. Outbreak: A Cross-sectional Survey. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020;173(2):100–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151355/>