

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian dengan judul Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Rutinitas Masyarakat Di Kecamatan Mantrijeron, Yogyakarta, telah selesai dilakukan pada bulan September hingga bulan November 2016, mendapatkan hasil yang akan dipaparkan pada bab ini. Penelitian bertujuan untuk melihat hubungan dari variabel yang di teliti dan hubungan intervensi pencegahan DBD terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan rutinitas masyarakat. Responden yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 120 orang yaitu orang yang bersedia mengisi kuesioner secara keseluruhan dan bersedia diperiksa atau dilakukan pengecekan jentik disetiap kontainer yang berisi air menggenang yang dimiliki oleh pemilik rumah baik yang berada di dalam rumah atau di luar rumah untuk mendapatkan nilai indikator keberhasilan pencegahan DBD berupa angka bebas jentik (ABJ), *Container Index* (CI), *House Index* (HI) dan *Breteau Index* (BI).

4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

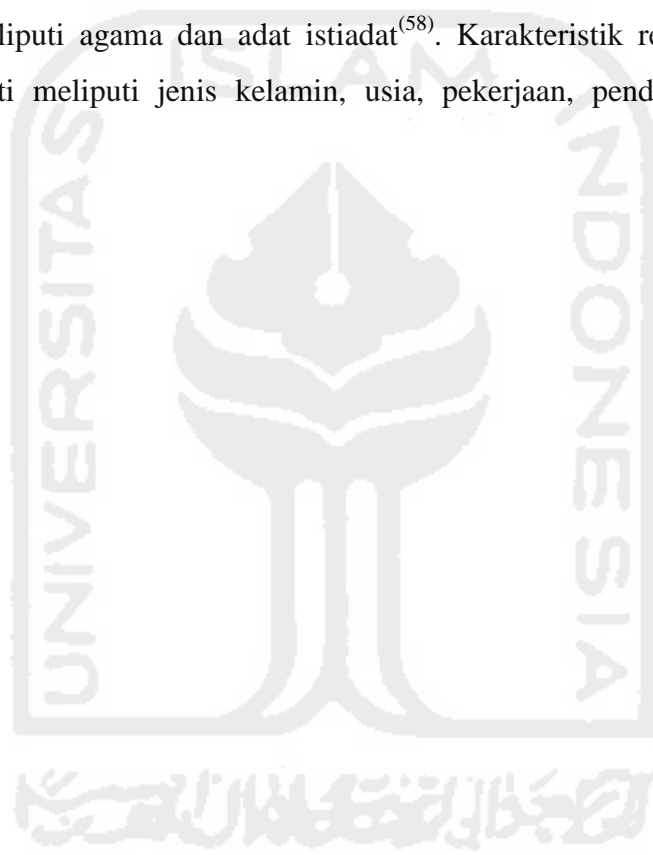
Kecamatan Mantrijeron, Kota Yogyakarta merupakan salah satu kecamatan dari 14 Kecamatan di Kota Yogyakarta yang terletak di sisi selatan Kota Yogyakarta dengan ketinggian dari permukaan laut 50-100 M dan luas 261,0000 Ha⁽⁹⁾ yang berbatasan dengan:

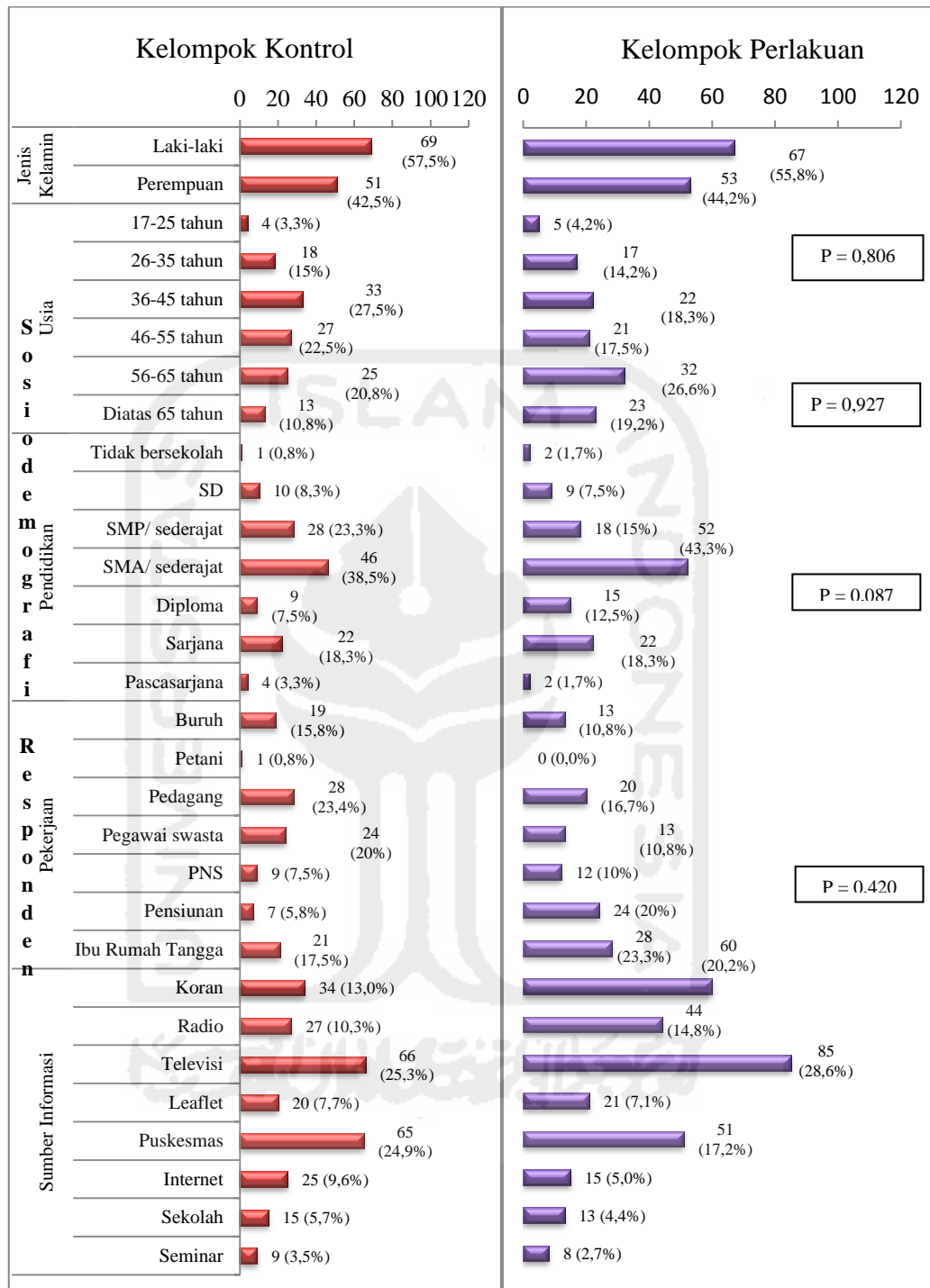
- a) Sebelah Utara : Kec. Ngampilan dan Kec. Kraton
- b) Sebelah Timur : Kec. Mergangsan
- c) Sebelah Selatan : Kec. Sewon, Bantul
- d) Sebelah Barat : Kec. Kasihan, Bantul dan Kec. Wirobrajan⁽⁵⁷⁾.



4.2. Gambaran Karakteristik Sociodemografi Responden

Demografi adalah ilmu yang mempelajari tentang penduduk dalam suatu wilayah dengan faktor-faktor pengubahnya (mortalitas, natalitas, migrasi dan distribusi). Komposisi penduduk dapat dilihat dari karakteristik biologi meliputi umur dan jenis kelamin, karakteristik sosial meliputi pendidikan dan status pernikahan, karakteristik ekonomi meliputi jenis pekerjaan, lapangan pekerjaan dan tingkat pendidikan, karakteristik geografi (tempat tinggal) serta karakteristik budaya meliputi agama dan adat istiadat⁽⁵⁸⁾. Karakteristik responden penelitian yang diteliti meliputi jenis kelamin, usia, pekerjaan, pendidikan dan sumber informasi.





Gambar 4.2. Distribusi Karakteristik Sosisodemografi Responden

4.2.1. Jenis Kelamin Responden

Gambar 4.2. menjelaskan bahwa data jenis kelamin responden yang diambil dari dua Kelurahan di Kecamatan Mantrijeron menunjukkan jumlah yang seimbang, tetapi jumlah jenis kelamin laki-laki sedikit lebih tinggi dibandingkan jenis kelamin perempuan. Jumlah jenis kelamin laki-laki yang di dapat di kelompok perlakuan sebanyak 67 responden (55,8%) dan di kelompok kontrol sebanyak 69 responden (57,5%). Perbandingan jumlah jenis kelamin laki-laki dan perempuan yang hampir seimbang disebabkan karena penelitian lebih banyak dilakukan pada hari libur atau hari non kerja yaitu hari sabtu dan minggu dimulai dari pukul 7 pagi hingga pukul 3 sore.

4.2.2. Usia Responden

Usia responden dikategorikan menjadi enam kelompok berdasarkan Depkes RI tahun 2009 yaitu dari masa remaja akhir (17-25 tahun), masa dewasa awal (26-35 tahun), masa dewasa akhir (36-45 tahun), masa lansia awal (46-55 tahun), masa lansia akhir (56-65 tahun) sampai masa manula (diatas 65 tahun)⁽⁵⁶⁾. Gambar 4.2. menunjukkan distribusi usia responden pada masing-masing kategori yang cukup merata. Pada kelompok perlakuan dari total 120 responden, usia responden terbanyak terdapat pada usia 56-65 tahun sebanyak 32 responden (26,6%), kemudian usia diatas 65 tahun yakni 23 responden (19,2%), diikuti usia 36-45 tahun yakni 22 responden (18,3%), usia 46-55 tahun yakni 21 (17,5%) responden, usia 26-35 tahun yakni 17 responden (14,2%) serta kategori usia dengan responden paling sedikit yaitu usia 17-25 tahun sebanyak 5 responden (4,2%). Sedangkan pada kelompok kontrol, usia responden terbanyak terdapat pada usia 36-45 tahun sebanyak 33 responden (27,5%), diikuti usia 46-55 tahun yakni 27 responden (22,5%), usia 56-65 tahun yakni 25 responden (20,8%), usia 26-35 tahun yakni 18 responden (15%), usia diatas 65 tahun yakni 13 responden (10,8%) serta usia 17-25 tahun yakni 4 responden (3,3%) yang menjadi kategori usia paling sedikit sama dengan kelompok perlakuan.

Kedua kelompok menunjukkan rentang usia 17-25 tahun memiliki jumlah responden paling sedikit, hal tersebut dikarenakan penelitian dilakukan dengan metode *accidental sampling*, dimana penduduk yang menjadi responden adalah

penduduk yang pada saat penelitian berlangsung ada dirumah dan bersedia menjadi responden⁽⁴⁸⁾. Selain itu, mayoritas penduduk yang bertempat tinggal di kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah penduduk dengan usia diatas 25 tahun dan sudah berumah tangga dengan jumlah anak lebih dari 2 orang.

4.2.3. Pendidikan Responden

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), pendidikan merupakan proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang melalui upaya pengajaran dan pelatihan⁽⁴⁵⁾. Pendidikan mempunyai peranan penting di dalam kehidupan, dimana masyarakat yang memiliki pendidikan lebih tinggi dapat mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan masyarakat yang memiliki pendidikan lebih rendah⁽⁵⁹⁾. Kategori pendidikan sebagaimana diatur di dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2010, dibagi menjadi pendidikan dasar/rendah (SD/MI, SMP/MTS serta bentuk lain yang sederajat), pendidikan menengah (SMA, MA, SMK, MA kejuruan atau bentuk lain yang sederajat) serta pendidikan tinggi (D3, S1, S2, Spesialis dan doktor)⁽⁵⁵⁾.

Karakteristik tingkat pendidikan yang diambil dalam penelitian dibagi menjadi 7 kelompok yaitu tidak pernah bersekolah, SD, SMP, SMU, Diploma, Sarjana, dan Pascasarjana. Data statistik dari Profil Kependudukan Kota Yogyakarta semester II tahun 2016, tingkat pendidikan tertinggi di Kecamatan Mantrijeron berada pada kategori SMA/ sederajat dengan jumlah 10.734 jiwa, diikuti dengan Sarjana sebanyak 5.500 jiwa, kemudian tidak pernah bersekolah sebanyak 4.769 jiwa, SMP/ sederajat sebanyak 4.345 jiwa serta Diploma/D3 dengan jumlah paling sedikit yakni 235 jiwa⁽⁵⁰⁾.

Tingkat pendidikan responden berdasarkan gambar 4.2. baik di kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menunjukkan angka tertinggi pada tingkat yang sama yaitu SMA/ sederajat sebanyak 52 responden (43,3%) dan 46 responden (38,5%) sesuai dengan data statistik dari Profil Kependudukan Kota Yogyakarta semester II tahun 2016. Perbedaan tingkat pendidikan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terletak pada urutan kedua, dimana pada kelompok perlakuan urutan kedua ditempati oleh tingkat pendidikan sarjana dengan jumlah 22

responden (18,3%). Sedangkan kelompok kontrol pada urutan kedua ditempati oleh tingkat pendidikan SMP/ sederajat dengan jumlah 28 responden (23,3%). Perbedaan tingkat pendidikan urutan kedua di kelompok kontrol dengan data Statistik Kependudukan Yogyakarta disebabkan karena responden yang merupakan ibu-ibu rumah tangga umumnya memiliki pendidikan yang masih cukup rendah.

4.2.4. Pekerjaan Responden

Pekerjaan adalah jenis perbuatan atau kegiatan yang dilakukan seseorang untuk memperoleh imbalan atau upah⁽⁶⁰⁾. Pekerjaan responden dalam penelitian dibagi menjadi delapan kategori yaitu buruh, petani, pedagang/wiraswasta, pegawai swasta, PNS, ibu rumah tangga, pensiunan dan lainnya. Gambar 4.2. menunjukkan pekerjaan responden yang paling banyak adalah ibu rumah tangga/IRT dan pedagang. Kelompok perlakuan menunjukkan responden dengan pekerjaan terbanyak ibu rumah tangga/IRT sebanyak 28 responden (23,3%). Sedangkan Kelompok kontrol menunjukkan responden dengan pekerjaan terbanyak pedagang sebanyak 28 responden (23,3%). Hasil penelitian yang didapatkan sesuai dengan data Statistik dari Profil Kependudukan Kota Yogyakarta semester II tahun 2016, dimana dua dari tiga pekerjaan di Kecamatan Mantrijeron terbanyak yaitu pedagang/wiraswasta sebanyak 4.839 jiwa dan ibu rumah tangga/IRT sebanyak 4.422 jiwa⁽⁵⁰⁾. Responden dengan kategori pekerjaan petani di kelompok perlakuan dan kontrol diperoleh dengan nilai terendah. Hal tersebut disebabkan karena batas wilayah bagian utara Kecamatan Mantrijeron adalah Kecamatan Kraton, dekat dengan pusat perdagangan dan wisata Kota Yogyakarta yaitu kawasan Malioboro, Pasar Beringharjo dan Kraton. Faktor lain yang menjadi penyebab yaitu tingginya tingkat kepadatan penduduk di Kecamatan Mantrijeron (11.980 jiwa/km²) sehingga luas lahan sawah menjadi lebih sedikit⁽¹²⁾.

4.2.5. Sumber Informasi Responden Mengenai DBD

Sumber Informasi berasal dari kata sumber dan informasi yang berarti tempat keluarnya pemberitahuan, kabar atau berita tentang sesuatu⁽⁴⁵⁾. Sumber informasi mengenai DBD dapat berupa pengertian penyakit DBD, siklus demam

DBD, vektor nyamuk penyebab DBD, siklus hidup nyamuk, siklus penularan DBD, terapi DBD, cara pencegahan DBD, maupun gerakan 3M plus. Sumber informasi yang dijadikan pilihan dalam kuesioner untuk mendapatkan informasi tersebut, diantaranya adalah koran, radio, televisi, *leaflet*, puskesmas, internet, sekolah dan seminar.

Gambar 4.2. dari total 120 responden pada masing-masing kelompok menunjukkan sumber informasi mengenai DBD terbanyak didapatkan dari televisi dengan jumlah 85 responden (28,6%) dan 66 responden (25,3%), diikuti puskesmas dengan jumlah 51 responden (17,2%) dan 65 responden (24,9%), kemudian koran dengan jumlah 60 responden (20,2%) dan 34 responden (13,0%) dan *leaflet* dengan jumlah 21 responden (7,1%) dan 20 responden (7,7%). Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa pemerintah sudah banyak peduli terhadap kejadian DBD terbukti dengan tingginya informasi yang disebarakan lewat media elektronik dan cetak seperti televisi dan koran. Peran puskesmas dalam menyebarkan informasi tentang DBD melalui fungsi juru pemantau jentik (Jumantik) juga cukup berhasil, hal ini dapat dilihat dari jumlah responden yang menyatakan banyak mendapat informasi dari puskesmas dan *leaflet-leaflet* yang telah dibuat oleh puskesmas. Sumber informasi paling sedikit didapatkan oleh responden berasal dari seminar, sekolah dan internet. Dua faktor yang mempengaruhi yaitu responden yang mayoritas ibu rumah tangga dan pedagang dengan tingkat pendidikan masih rendah sehingga jarang yang mengikuti seminar kesehatan tentang DBD dan umur responden yang banyak diatas 35 tahun dimana pada tahun tersebut internet belum berkembang pesat seperti tahun sekarang sehingga responden jarang yang mengetahui tentang internet bahkan menguasai internet.

4.3. Gambaran Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Rutinitas dan Keberadaan Jentik responden

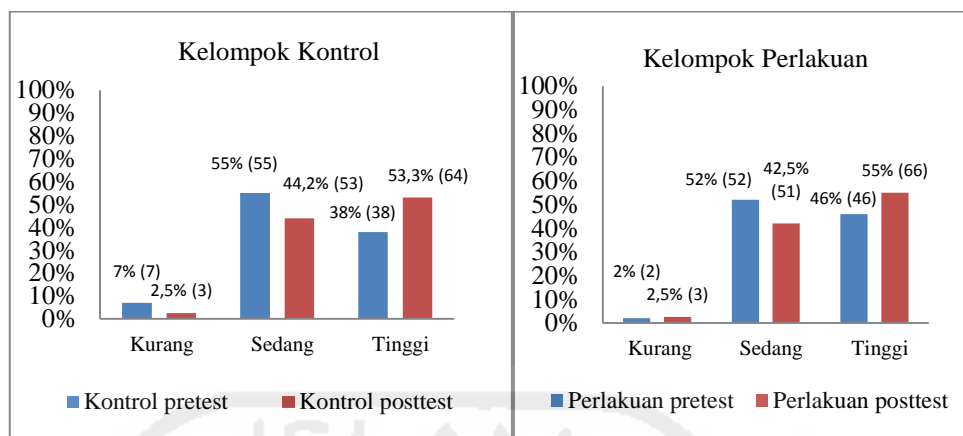
Distribusi data tingkat pengetahuan, sikap, tindakan, rutinitas PSN-DBD dan keberadaan jentik di masyarakat Kecamatan Mantrijeron berdasarkan jawaban kuesioner dan pengamatan jentik dalam kontainer disetiap rumah responden secara keseluruhan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.2. Distribusi Data Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Rutinitas dan Keberadaan Jentik Responden

Variabel	Kelompok Kontrol		Kelompok Perlakuan	
	Pretest n(%)	Posttest n(%)	Pretest n(%)	Posttest n(%)
Pengetahuan				
Kurang	7(7%)	3 (2,5%)	2 (2%)	3 (2,5%)
Sedang	55 (55%)	53 (44,2%)	52 (52%)	51 (42,5%)
Tinggi	38 (38%)	64 (53,3%)	46 (46%)	66 (55%)
Sikap				
Positif	79 (79%)	106 (88,3%)	82 (82%)	109 (90,8%)
Negatif	21 (21%)	14 (11,7%)	18 (18%)	11 (9,2%)
Tindakan				
Positif	64 (64%)	98 (81,7%)	70 (70%)	113 (94,2%)
Negatif	36 (36%)	22 (18,3%)	30 (30%)	7 (5,8%)
Rutinitas				
Kurang	54 (54%)	53 (44,2%)	53 (53%)	39 (32,5%)
Baik	46 (46%)	67 (55,8%)	47 (47%)	81 (67,5%)
Keberadaan Jentik				
Ada	5 (5%)	13 (10,8%)	17 (17%)	13 (10,8%)
Tidak	95 (95%)	107 (89,2%)	83 (83%)	107 (89,2%)

4.3.1. Pengetahuan Responden

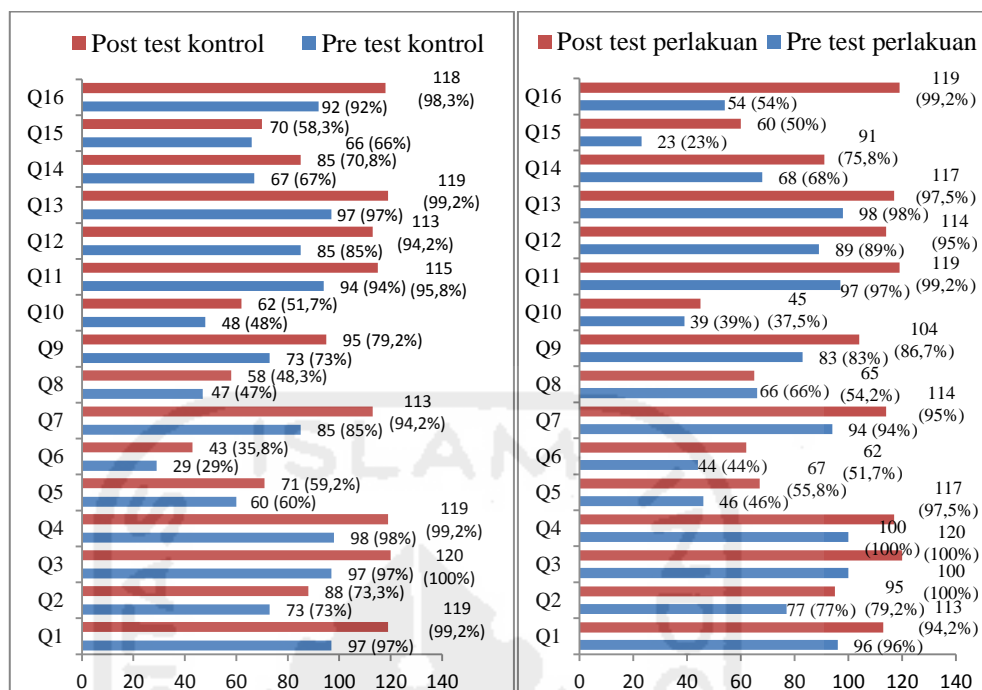
Pengetahuan merupakan hasil dari proses penginderaan manusia (mata, hidung dan sebagainya) terhadap suatu obyek sehingga manusia menjadi tahu (*Know*), paham, mampu mengaplikasikannya, mampu menganalisa, mampu membuat hubungan dari yang diketahuinya serta mampu mengevaluasi apa yang diketahuinya⁽⁴³⁾. Pengetahuan menjadi faktor pertama yang diperlukan dalam perubahan perilaku manusia. Perilaku dalam rangka pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) akan berubah jika masyarakat tahu tentang penyakit DBD. Kuesioner penelitian membagi tingkat pengetahuan responden menjadi tiga kategori yaitu pengetahuan kurang, sedang dan tinggi. Distribusi kategori pengetahuan dibuat untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan responden dari berbagai karakteristik sosiodemografi yang sudah didapatkan. Distribusi kategori pengetahuan responden secara keseluruhan dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 4.3. Distribusi Kategori Pengetahuan Responden

Gambar 4.3. menunjukkan presentase tingkat pengetahuan responden dengan kategori tinggi pada kelompok perlakuan *posttest* sebanyak 55% (66 responden), sedangkan kelompok perlakuan *pretest* sebanyak 46% (46 responden) hasil tersebut menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan kategori tinggi pada kelompok perlakuan *pretest posttest* meningkat. Hasil kuesioner di kelompok kontrol pada saat *posttest* menunjukkan responden dengan pengetahuan kurang sebanyak 3 orang (2,5%), responden dengan pengetahuan sedang sebanyak 53 orang (44,2%) dan responden dengan pengetahuan tinggi sebanyak 64 orang (53,3%). Hasil yang seimbang juga didapatkan di kelompok perlakuan *posttest*, dimana responden dengan pengetahuan rendah sebanyak 3 orang (2,5%), responden dengan pengetahuan sedang sebanyak 51 orang (42,5%) dan responden dengan pengetahuan tinggi sebanyak 66 orang (55%). Hasil tersebut telah menunjukkan bahwa jumlah responden dengan tingkat pengetahuan kurang, sedang dan tinggi baik di kelompok kontrol dan perlakuan setelah dilakukan intervensi pencegahan DBD menjadi setara.

Kategori pertanyaan tingkat pengetahuan tentang DBD dalam kuesioner terdiri dari 16 pertanyaan dengan rincian pertanyaan nomor 1, 2, 3, dan 10 merupakan pertanyaan mengenai vektor DBD, pertanyaan nomor 4, 5, 6, 7, 8, 9, dan 16 merupakan pertanyaan mengenai penularan DBD, dan pertanyaan nomor 11, 12, 13, 14, dan 15 merupakan pertanyaan mengenai pengobatan dan pencegahan DBD. Data yang didapat kemudian diolah menjadi bentuk presentase jawaban yang secara keseluruhan dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 4.4. Distribusi Persentase Pengetahuan Responden Tiap Pertanyaan Pengetahuan DBD

Hasil yang didapatkan pada penelitian *posttest* jika dibandingkan dengan data *pretest* menunjukkan bahwa presentase jawaban benar responden di kelompok kontrol tidak berbeda jauh akan tetapi di kelompok perlakuan terdapat beberapa perbedaan pertanyaan yang dijawab benar oleh responden. Pada kelompok *pretest* dan *posttest* baik di kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan dari total keseluruhan responden, kategori pertanyaan yang masih banyak dijawab salah adalah pertanyaan mengenai penularan penyakit DBD dan vektor DBD. Pertanyaan yang dimaksud yakni tentang wabah penularan DBD, DBD yang merupakan penyakit seperti flu, DBD yang dapat menular lewat darah, nyamuk penular DBD yang tidak hanya menggigit pada pagi hari dan parasetamol yang bukan terapi utama pada DBD.

Pengetahuan responden mengenai wabah DBD masih rendah terbukti dari hasil penelitian rata-rata kurang dari 55% responden yang menjawab dengan benar dan mengetahui bahwa wabah DBD tidak muncul pada cuaca panas melainkan muncul pada cuaca hujan⁽²³⁾. DBD merupakan penyakit seperti flu, tanda dan gejala DBD yang menyerupai flu inilah yang membuat penyakit DBD

sulit dibedakan dari penyakit flu pada umumnya. Presentase responden yang mengetahui dengan benar bahwa DBD merupakan penyakit seperti flu rata-rata kurang dari 40% yang berarti bahwa pengetahuan responden tentang hal tersebut masih rendah. Salah satu cara menularnya penyakit DBD pada manusia sehat adalah melalui nyamuk yang telah menggigit manusia yang sebelumnya sudah terinfeksi virus *dengue*⁽⁶¹⁾. Gigitan nyamuk menyebabkan virus dari dalam darah berpindah ke tubuh nyamuk sehingga pernyataan DBD dapat menular lewat darah merupakan pernyataan yang benar, namun rata-rata presentase responden yang mengetahui hal tersebut masih rendah yaitu kurang dari 54%. Presentase rata-rata responden yang mengetahui dengan benar bahwa nyamuk *Aedes aegypti* menggigit tidak hanya pada pagi hari melainkan juga pada sore hari pukul 16.00-17.00⁽²²⁾ masih rendah yaitu hanya kurang dari 44%. DBD merupakan penyakit yang tidak bisa di terapi dan terapi yang diberikan hanya bersifat *supportif* dan *symptomatic*, salah satu terapi yang dapat diberikan yaitu parasetamol sebagai penurun demam sehingga parasetamol bukan merupakan terapi pilihan pada DBD. Pernyataan tersebut dijawab benar oleh responden rata-rata kurang dari 49%.

Pengetahuan responden mengenai DBD yang masih rendah dalam beberapa hal tersebut menjadi pertimbangan bahwa masih diperlukan penyebaran informasi mengenai DBD secara luas oleh pemerintah baik melalui media elektronik, cetak atau melalui penggerakan juru pemantau jentik (Jumantik) pada puskesmas dari masing-masing wilayah.

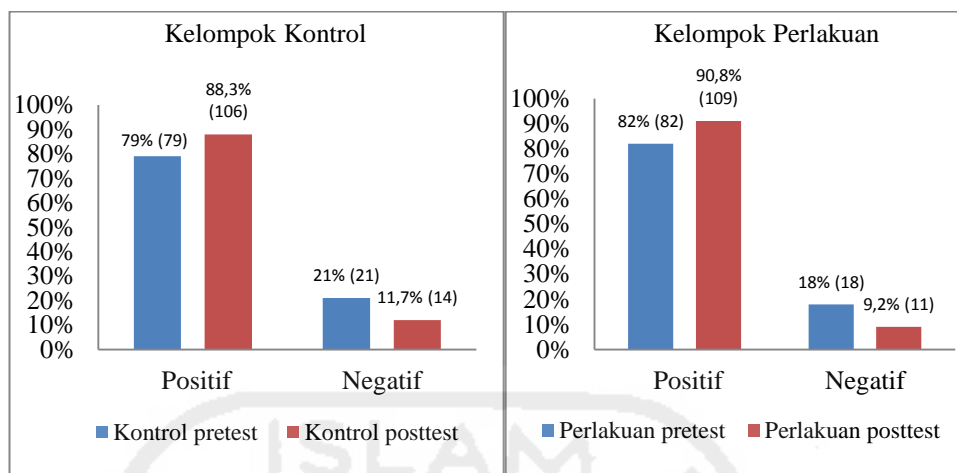
Berdasarkan gambar 4.4. mayoritas responden sudah mengetahui bahwa penyakit DBD disebabkan oleh virus yang ditularkan nyamuk *Aedes aegypti* terbukti rata-rata responden yang menjawab benar pada kelompok *pretest* dan *posttest* lebih dari 80%. Kelompok *pretest* dan *posttest* yang menjawab benar lebih dari 80% juga terdapat pada pertanyaan Q3, Q4, Q7, Q11, Q12 dan Q13 yang berarti bahwa responden sudah mengetahui dengan baik jika nyamuk *Aedes aegypti* dapat berkembang biak pada air yang menggenang dengan suasana yang gelap seperti pada bak kamar mandi atau kaleng-kaleng bekas, mengetahui bahwa DBD dapat menular pada semua umur, mengetahui bahwa demam tinggi,

menggigil (rasa dingin), sakit kepala yang hebat, sakit pada otot dan sendi merupakan tanda dan gejala DBD, mengetahui bahwa cara menanggulangi DBD adalah mencegah penyebaran dan perkembangbiakan nyamuk dengan cara menggunakan bubuk ABATE yang dapat memutus rantai perkembangbiakan nyamuk melalui kerjanya yang merusak dinding telur nyamuk⁽⁶²⁾, serta tindakan PSN melalui gerakan 3M (menguras, menutup penampung air, dan mengubur barang bekas)⁽⁶³⁾ merupakan cara efektif untuk pencegahan DBD.

Presentase responden yang menjawab beberapa pertanyaan dengan benar di kelompok perlakuan *posttest* jika dibandingkan dengan kelompok perlakuan *pretest* mengalami peningkatan. Peningkatan tersebut seperti responden *pretest* yang menjawab benar atau mengetahui bahwa DBD tidak dimulai saat cuaca panas awalnya 46% (46 responden) meningkat menjadi 55,8% (67 responden), responden yang mengetahui bahwa DBD merupakan penyakit seperti awalnya hanya 44% (44 responden) meningkat menjadi 51,7% (62 responden), responden yang mengetahui parasetamol bukan merupakan terapi utama awalnya hanya 23% (23 responden) meningkat menjadi 50% (60 responden) dan responden yang mengetahui bahwa dampak terburuk DBD adalah kematian yang disebabkan karena syok akibat perdarahan DBD⁽²⁵⁾ awalnya hanya 54% (54 responden) meningkat menjadi 99,2% (119 responden).

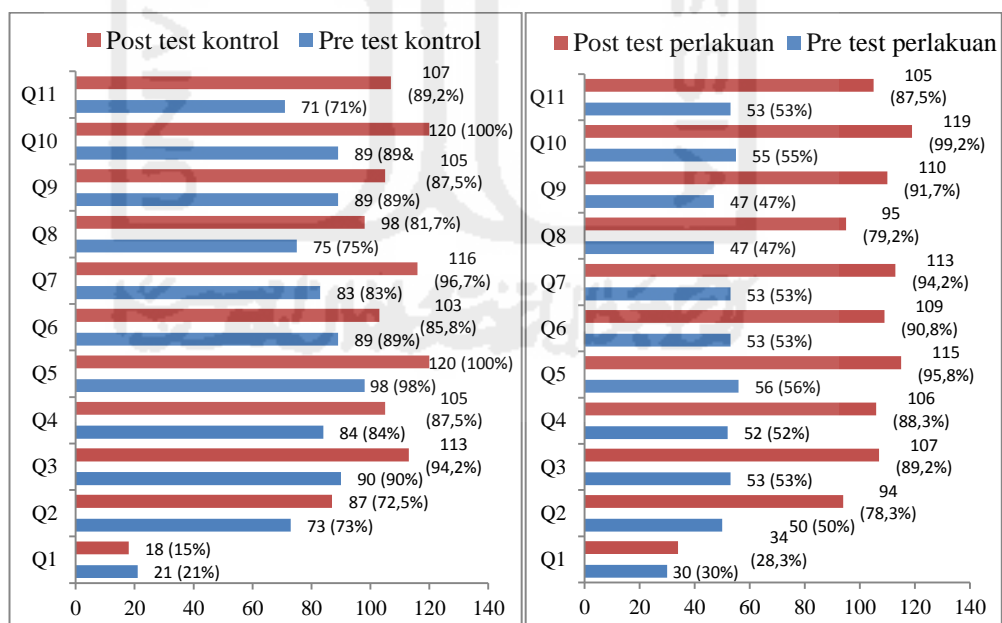
4.3.2. Sikap Responden

Sikap merupakan sindrom yang melibatkan pikiran, pendapat, perasaan/emosional (senang/tidak senang, suka/tidak suka), perhatian dan kejiwaan yang lain dalam merespon stimulus atau obyek tertentu. Sikap yang muncul dapat berupa sikap menerima, menanggapi, menghargai bahkan sikap bertanggung jawab terhadap sesuatu⁽⁴³⁾. Sikap dalam kuesioner penelitian dibagi menjadi dua kategori yaitu sikap positif dan sikap negatif.



Gambar 4.5. Distribusi Kategori Sikap Responden

Gambar 4.5. menjelaskan bahwa presentase sikap positif responden di kelompok perlakuan *posttest* meningkat dibandingkan kelompok *pretest*. Jumlah presentase responden yang bersikap positif semula hanya 82% (82 responden) meningkat menjadi 90,8% (109 responden). Distribusi frekuensi dan presentasi sikap responden dari tiap pertanyaan secara keseluruhan dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 4.6. Distribusi Persentase Sikap Responden Tiap Pertanyaan Mengenai DBD

Gambar 4.6. menunjukkan bahwa sikap responden dalam rangka pencegahan DBD dibagi menjadi 11 pertanyaan yang terdiri dari sikap terhadap tindakan pemerintah dalam pemberian *fogging*, sikap PSN rutin dalam melakukan kegiatan 3M dan pemberian bubuk ABATE, serta sikap pertama yang dilakukan jika terjadi DBD. Berdasarkan Gambar 4.5. Presentase sikap responden dalam rangka pencegahan DBD pada kelompok kontrol baik *pretest* maupun *posttest* sudah tinggi yaitu rata-rata lebih dari 70% responden menjawab benar atau menunjukkan sikap positif. Hal berbeda ditemukan pada kelompok perlakuan dimana presentase sikap responden pada kelompok *posttest* untuk setiap pertanyaan hampir semua meningkat jika dibandingkan dengan kelompok *pretest*.

Fogging merupakan salah satu cara yang dilakukan untuk mencegah penularan DBD. *Fogging* merupakan insektisida berisi malathion yang digunakan untuk memberantas nyamuk vektor dewasa (nyamuk *Aedes Aegypti*) yang mana digunakan dengan cara disemprot dan hanya bekerja sepanjang radius 100 meter dari titik awal semprotan dilakukan⁽³²⁾. Pemberian *fogging* dilakukan hanya dalam keadaan darurat atau kasus DBD sudah menjadi kejadian luar biasa/KLB. Upaya pemberian *fogging* diharapkan dapat memutus rantai perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*, namun telah banyak dilaporkan bahwa *fogging* dengan malathion yang digunakan sejak tahun 1972 sudah mengalami resistensi terbukti dari penelitian Yeni Arifianto, Sayono dan Ratih Sari Wardani (2014) menyebutkan bahwa meskipun pengasapan sudah dilakukan tiap 2 minggu sekali, tingkat penyebaran DBD di RSI Sultan Agung Semarang masih lebih dari 50%⁽⁶⁴⁾. Penggunaan *fogging* jika dilihat dari jarak radius kerjanya juga kurang efektif karena nyamuk dewasa yang semula berada di tempat pengasapan yang kemudian terbang ke tempat lain lebih dari 100 meter tidak akan mati, sehingga pernyataan nomor satu bahwa *fogging* cukup penting tidak benar. Responden yang menjawab pertanyaan nomor satu dengan benar atau tidak setuju dengan adanya *fogging* di kelompok kontrol *pretest* hanya 21 responden (21%) dan *posttest* hanya 18 responden (15%) begitu juga di kelompok perlakuan *pretest* hanya 30 responden (30%) dan *posttest* hanya 34 responden (28,3%), hal tersebut berarti banyak

responden yang masih menganggap pemberian *fogging* masih penting untuk mencegah DBD.

Pencegahan DBD merupakan tanggung jawab seluruh lapisan masyarakat dari mulai pemerintah sampai masyarakat karena masyarakat adalah orang yang terjun langsung ke lingkungan, tahu akan lingkungan kotor seperti sampah/kaleng bekas yang menjadi tempat penampung air dimana nyamuk *Aedes aegypti* dapat berkembang biak. Oleh sebab itu, pertanyaan terkait pencegahan DBD hanya merupakan tanggung jawab pemerintah tidak benar. Pertanyaan dijawab dengan benar atau tidak setuju oleh sebagian besar responden lebih dari 70% di kelompok kontrol *pretest posttest*, sedangkan responden di kelompok perlakuan *pretest* yang awalnya tidak setuju sebanyak 50 responden (50%) meningkat menjadi 94 responden (78,3%).

Siklus hidup nyamuk *Aedes aegypti* dimulai dari telur yang berkembang menjadi larva/jentik kemudian menjadi pupa dan terakhir menjadi nyamuk dewasa⁽²⁴⁾. Nyamuk penular virus *dengue* adalah nyamuk *Aedes aegypti* dewasa sehingga untuk mencegah penularan virusnya dapat dilakukan dengan memutus rantai perkembangbiakan nyamuk. Pertanyaan dalam kuesioner yang menyatakan bahwa memberantas pertumbuhan larva nyamuk adalah hal sia-sia merupakan pernyataan yang salah. Responden pada kelompok perlakuan *pretest* yang menyatakan bahwa pernyataan itu salah hanya 53% (53 responden), tetapi setelah dilakukan intervensi meningkat menjadi 89,2% (107 responden).

Kegiatan 3M (menguras, menutup dan mengubur) adalah salah satu cara pemberantasan sarang nyamuk/PSN yang efektif sebagaimana pertanyaan nomor sepuluh yang mana mayoritas responden sudah menjawab benar sebanyak 89 responden (89%) pada *pretest* kontrol dan 120 responden (100%) pada *posttest* kontrol. Kegiatan 3M yang dilakukan meliputi Menguras tempat penampungan air sekurang-kurangnya seminggu sekali, menutup rapat-rapat tempat penampungan air dan mengubur barang-barang bekas yang menjadi tempat penampungan air⁽⁶³⁾. Gerakan 3M sekarang sudah berkembang menjadi gerakan 3M mandiri, dimana kesadaran masyarakat memiliki peranan penting dalam pencegahan DBD karena kegiatan 3M yang dilakukan benar-benar atas kesadaran

pribadi tidak ada campur tangan jumatik wilayah dan pada setiap rumah ditempelkan kartu tentang kegiatan 3M yang telah dilakukan yang kemudian di isikan pada kartu tersebut kegiatan apa yang telah dilakukan. Pertanyaan nomor lima tentang masyarakat yang memiliki peranan penting dalam penanggulangan DBD adalah pernyataan yang benar. Jumlah responden yang merasa pertanyaan tersebut benar pada kelompok *posttest* lebih dari 90% dari total 120 responden yang didapatkan. Pertanyaan tentang menguras bak mandi merupakan hal sia-sia, penggantian air di dalam vas bunga atau tempat minum burung yang tidak diperlukan, tidak adanya waktu untuk mengubur kaleng bekas penampung air merupakan pertanyaan yang sebaiknya disikapi dengan sikap tidak setuju karena kaleng bekas, bak mandi, tempat minum burung merupakan contoh kontainer tempat nyamuk *Aedes aegypti* sering berkembang biak. Responden mayoritas sudah menyadari hal tersebut hanya saja pada kelompok *pretest* perlakuan masih sedikit yang menyadarinya namun saat *posttest* responden yang menyadari hal tersebut dan menyatakan tidak setuju sudah meningkat dengan rata-rata lebih dari 92% responden.

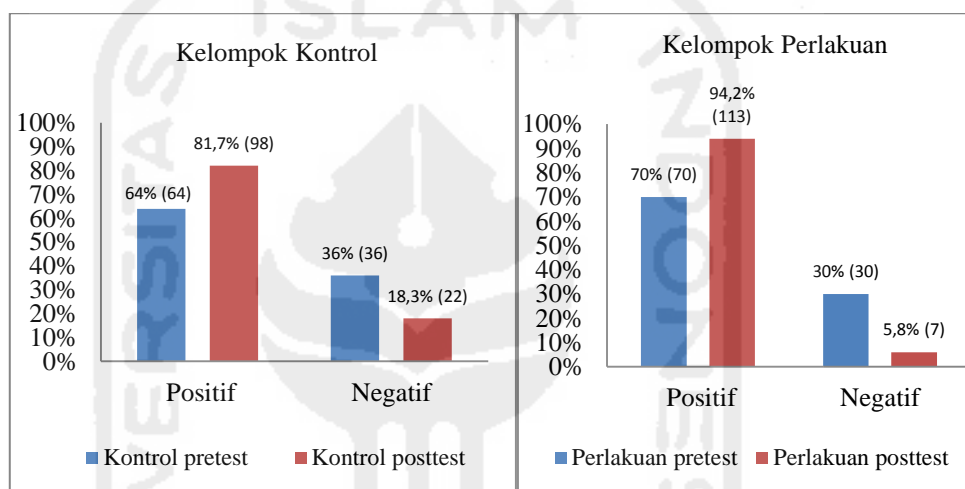
DBD merupakan penyakit yang perlu diwaspadai karena gejala demam pada DBD mengalami peningkatan dan penurunan tidak stabil selama 7 hari pertama⁽²³⁾. Kasus DBD dapat menyebabkan kematian jika DBD sudah berkembang ke *dengue shock syndrome* (DSS) sehingga kejadian DBD harus menjadi perhatian utama. Pertanyaan pada kategori sikap yang menyatakan bahwa mengobati DBD dengan segera tidak diperlukan adalah hal yang salah. Responden kelompok kontrol mayoritas sudah mengetahui tentang hal tersebut, namun berbeda dengan responden kelompok *pretest* perlakuan yang awalnya hanya 52% (52 responden) meningkat menjadi 88,3% (106 responden).

Abate (*temephos*) adalah bubuk pestisida yang dapat digunakan untuk membunuh larva nyamuk. Abate bekerja selama 3 bulan dan aman jika digunakan pada air minum karena abate tidak menyebabkan perubahan rasa, warna, dan bau pada air yang ditaburkan⁽⁶⁵⁾. Oleh sebab itu pertanyaan yang menyatakan bahwa penggunaan bubuk abate tidak diperlukan karena takut airnya terminum adalah hal yang salah. Responden kelompok kontrol mayoritas sudah mengetahui tentang

hal tersebut, namun berbeda dengan responden kelompok *pretest* perlakuan yang awalnya hanya 47% (47 responden) meningkat menjadi 79,2% (95 responden).

4.3.3. Tindakan Responden

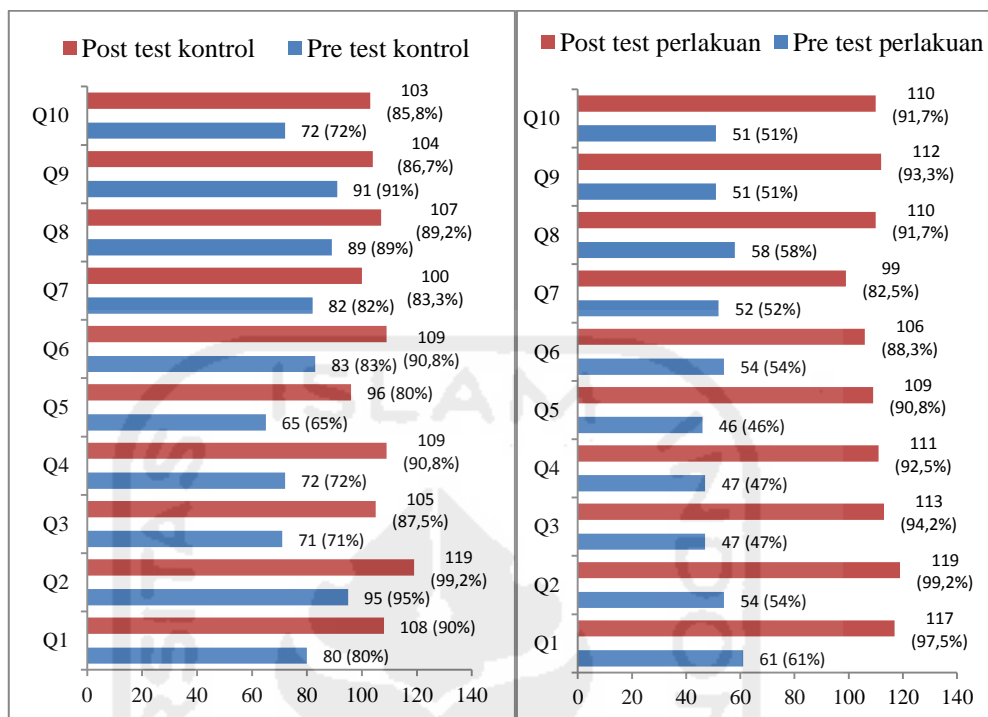
Tindakan adalah tahap lanjut dari sikap. Tindakan akan berlangsung jika terdapat faktor pendukung yaitu fasilitas atau sarana dan prasarana. Kuesioner penelitian membagi tindakan responden menjadi dua kategori yaitu kategori tindakan positif dan kategori tindakan negatif. Distribusi kategori tindakan responden secara keseluruhan dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 4.7. Distribusi Kategori Tindakan Responden

Gambar 4.7. menunjukkan bahwa tindakan positif kelompok perlakuan *pretest* dari 70% (70 responden) setelah diberikan intervensi meningkat menjadi 94,2% (113 responden) dan tindakan negatif menurun dari 30% (30 responden) menjadi hanya 5,8% (7 responden). Tindakan negatif menandakan bahwa masyarakat masih kurang dalam melakukan kegiatan yang bertujuan untuk mengurangi penularan kejadian DBD.

Kategori pertanyaan tindakan dalam kuesioner dibagi menjadi 10 pertanyaan. Distribusi frekuensi dan presentase jawaban benar dari tiap pertanyaan secara keseluruhan dapat dilihat pada gambar berikut.

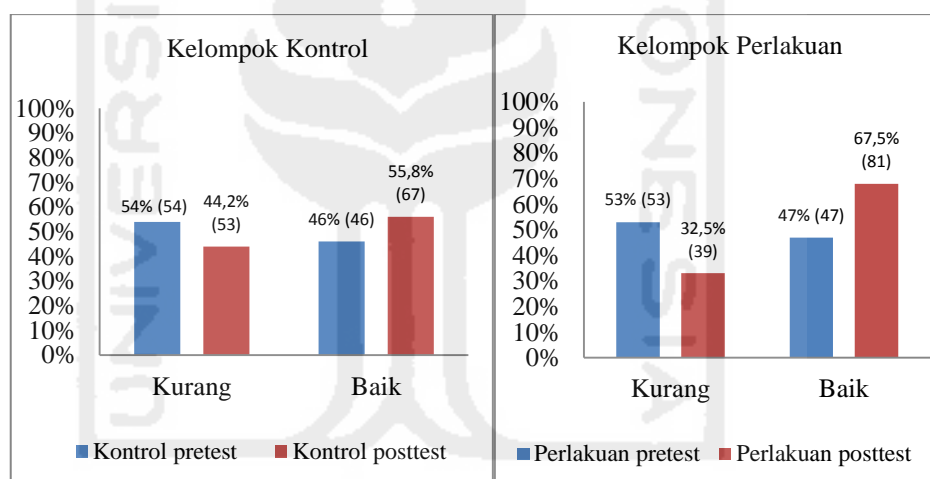


Gambar 4.8. Distribusi Persentase Tindakan Responden Tiap Pertanyaan Mengenai DBD

Gambar 4.8. menunjukkan bahwa tindakan responden dalam rangka pencegahan DBD cukup baik karena dilihat dari Gambar 4.8. baik kelompok kontrol *pretest posttest* maupun kelompok perlakuan *pretest posttest* secara keseluruhan sudah melakukan tindakan seperti menutup penampungan air setelah menggunakan, membersihkan bak penampung air jika ditemukan ada jentik nyamuk di dalam bak, mengganti air dalam pot bunga atau vas bunga, memeriksa dan membuang sampah yang dapat menyumbat aliran air, memeriksa tempat penampung air secara berkala untuk melihat keberadaan jentik-jentik nyamuk, memeriksa dan membersihkan saluran air ketika musim hujan dan ikut berpartisipasi dalam kegiatan pencegahan DBD di sekitar tempat tinggal responden.

4.3.4. Rutinitas Responden

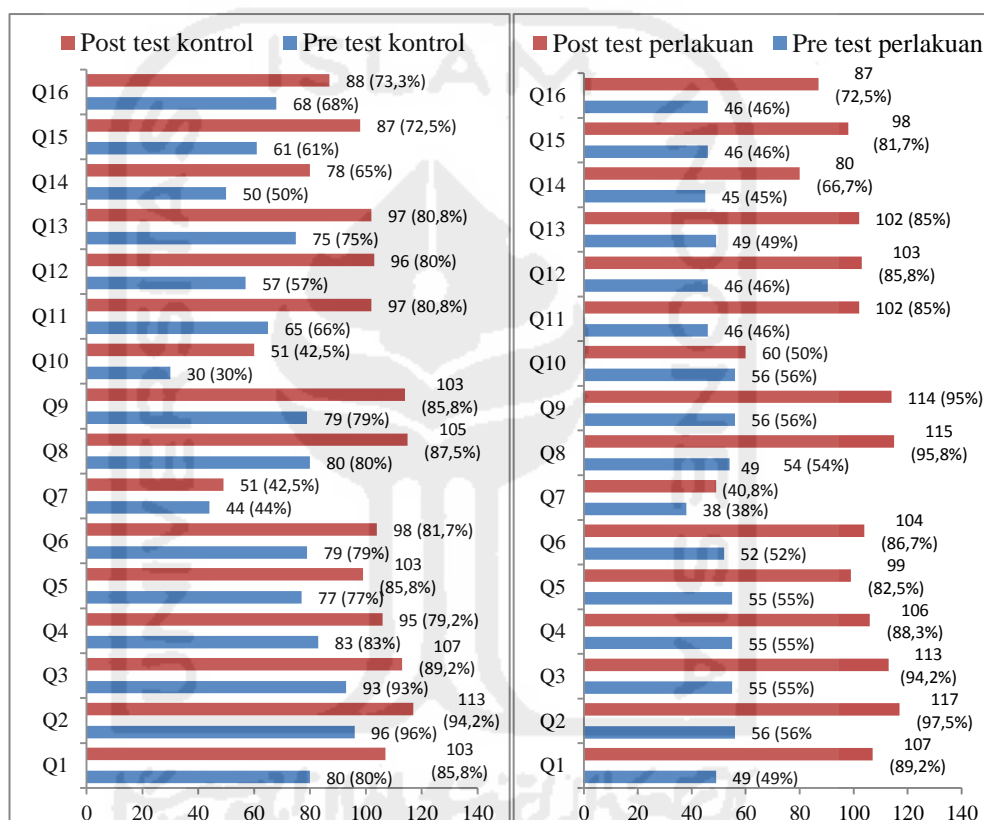
Rutinitas merupakan keteraturan tindakan yang dilakukan secara terus-menerus dan tidak berubah-ubah. Rutinitas diperlukan dalam rangka pencegahan DBD karena dengan melakukan tindakan secara terus menerus yang kemudian menjadi rutinitas dapat mencegah terjadinya penularan penyakit DBD. Kategori pertanyaan rutinitas dalam kuesioner merupakan kelanjutan dari kategori pertanyaan tindakan yang dilakukan secara berulang. Kuesioner dalam penelitian membagi rutinitas responden menjadi dua kategori yaitu rutinitas kurang baik dan rutinitas baik. Rutinitas kurang baik artinya responden belum secara rutin atau bahkan belum melakukan tindakan dalam rangka pencegahan DBD sama sekali. Distribusi kategori rutinitas responden secara keseluruhan dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 4.9. Distribusi Kategori Rutinitas Responden

Gambar 4.9. menunjukkan bahwa presentase responden dengan rutinitas kategori baik untuk kelompok perlakuan *posttest* lebih tinggi jika dibandingkan kelompok perlakuan *pretest* yaitu 67,5% (81 responden) untuk perlakuan *posttest* dan 47% (47 responden) untuk perlakuan *pretest*. Hasil yang sama juga didapatkan pada kelompok kontrol *posttest* yang menunjukkan angka lebih tinggi jika dibandingkan dengan kontrol *pretest* yaitu 55,8% (67 responden) untuk kontrol *posttest* dan 46% (46 responden) untuk kontrol *pretest*. Hal tersebut disebabkan karena distribusi usia kelompok *posttest* kontrol lebih banyak terdapat pada usia dewasa 36-45 tahun sebanyak 33 responden sedangkan *pretest* hanya 23

responden, dimana usia responden berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang, semakin dewasa usia tingkat pengetahuan responden semakin tinggi⁽⁵⁹⁾. Berdasarkan domain perilaku rutinitas merupakan keteraturan tindakan yang dipengaruhi oleh adanya sikap dan sikap dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan⁽⁴³⁾, sehingga rutinitas kelompok *posttest* menjadi lebih tinggi dari kelompok *pretest*. Distribusi frekuensi dan presentase tiap pertanyaan rutinitas secara keseluruhan dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 4.10. Distribusi Persentase Rutinitas Responden Tiap Pertanyaan Mengenai DBD

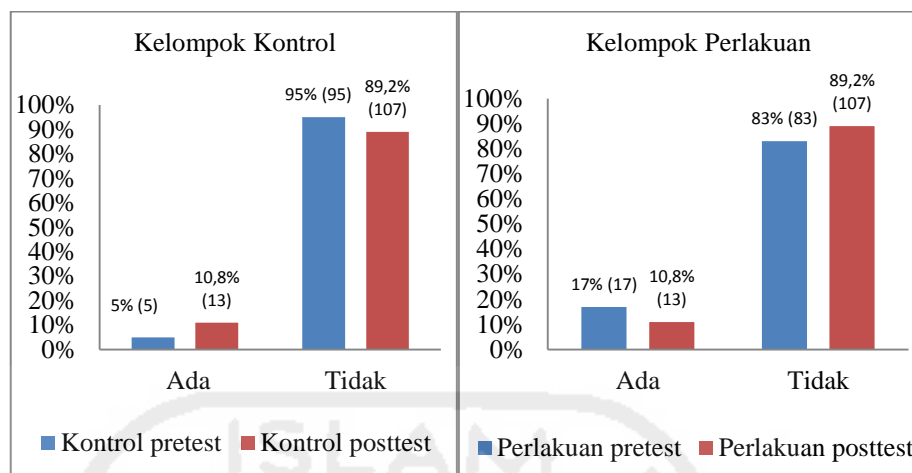
Kategori pertanyaan rutinitas pada kuesioner penelitian dibagi menjadi 16 pertanyaan yang terdiri dari tindakan 3M yang dilakukan secara berulang dan pemakaian bubuk abate secara berulang. Berdasarkan Gambar 4.7. rutinitas responden pada kelompok perlakuan *posttest* menunjukkan bahwa hampir semua pertanyaan yang dijawab benar meningkat dibandingkan kelompok perlakuan *pretest*. Pertanyaan yang dijawab benar dengan jumlah responden paling sedikit dari total 120 responden pada kelompok perlakuan *posttest* adalah pertanyaan

nomor tujuh dan nomor sepuluh. Rutinitas tentang pemanfaatan barang bekas dijawab benar paling sedikit oleh responden hanya sebanyak 49 responden (40,8%). Hal tersebut disebabkan karena di Kecamatan Mantrijeron khususnya kelompok perlakuan sudah diadakan bank sampah yaitu sebuah penampungan sampah yang menjadi satu dari 1 Rukun Warga (RW) sehingga banyak responden yang jarang memanfaatkan bahkan mengolah barang bekas atau sampah. Rutinitas tentang pemakaian bubuk abate secara berulang setiap 3 bulan sekali juga dijawab rendah hanya 60 responden (50%) responden yang menjawab benar. Bubuk abate yang bermanfaat untuk membunuh larva nyamuk harus diulang pemakaian setiap 3 bulan sekali, umumnya bubuk abate yang diberikan kepada warga berasal dari puskesmas dan dibagikan secara gratis, namun lambat laun pembagian secara gratis tersebut sudah menurun atau bahkan tidak pernah lagi sehingga banyak responden yang jarang mengulang pemakaian bubuk abate. Pemakaian bubuk abate juga sekarang tidak begitu efektif semenjak adanya sosialisasi baru tentang ikanisasi atau pemberian ikan pada bak mandi membuat banyak responden beralih ke teknik ikanisasi.

Rutinitas lain seperti membersihkan rumah, menguras bak mandi/WC, menguras drum/ember, menguras tempayan/gentong, membuang dan mengubur barang bekas yang menampung air, menutup tempat penampungan air, membersihkan vas bunga, tempat minum burung, tandon kulkas, talang atau saluran air, dispenser dan angin/ventilasi rumah masih dilakukan secara rutin minimal satu minggu sekali oleh responden.

4.3.5. Keberadaan Jentik

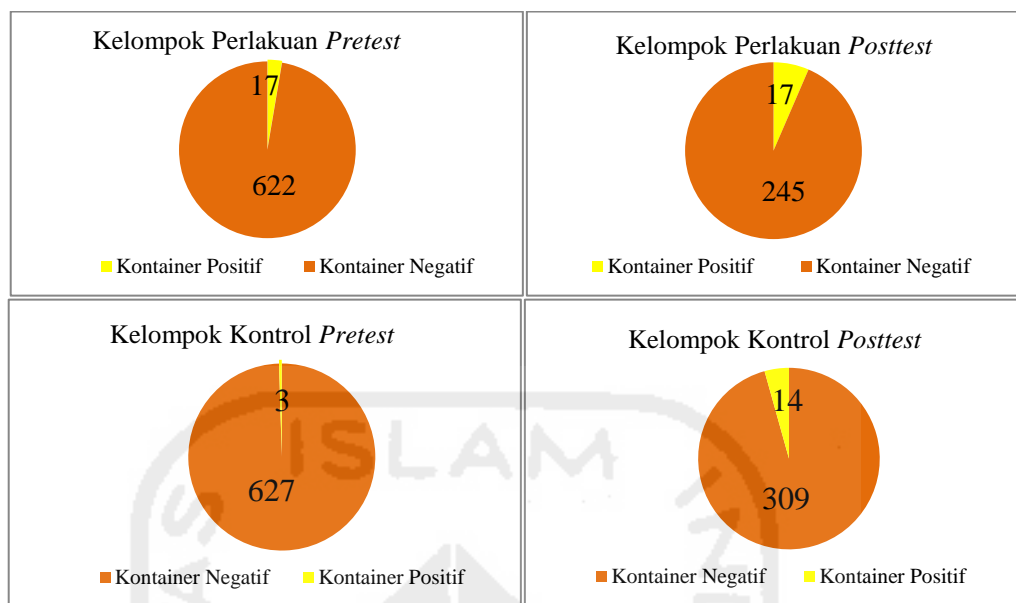
Keberadaan jentik pada penelitian dikategorikan menjadi dua yaitu ada dan tidak ada jentik pada setiap rumah responden. Keberadaan jentik merupakan variabel dependen pada penelitian. Variabel dependen merupakan variabel tergantung yang dipengaruhi oleh variabel bebas⁽⁶⁶⁾. Distribusi keberadaan jentik pada setiap rumah responden secara keseluruhan dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 4.11. Distribusi Keberadaan Jentik setiap Rumah Responden

Gambar 4.11. menunjukkan keberadaan jentik pada kelompok *pretest* tertinggi terjadi di kelompok perlakuan sebanyak 17 rumah (17%), kemudian keberadaan jentik diamati kembali setelah dilakukan intervensi hasilnya rumah dengan adanya jentik menurun menjadi 13 rumah (10,8%). Sedangkan pada Kelompok kontrol baik kelompok *pretest* maupun *posttest* tetap menunjukkan angka yang rendah atau sama dengan kelompok perlakuan *pretest* dan *posttest*. Hal tersebut disebabkan karena Kelompok kontrol adalah daerah pemukiman yang mayoritas perumahan sehingga tingkat kebersihan responden terjaga dan tidak ditemukan aliran sungai di sekitar wilayah tersebut. Berbeda dengan kelompok perlakuan yang mana banyak ditemukan aliran sungai di wilayah tersebut sehingga keberadaan jentik jauh lebih tinggi.

Pengamatan Jentik nyamuk dari setiap rumah responden dilakukan melalui kontainer atau tempat penampungan air baik di dalam rumah maupun di luar rumah. Distribusi jumlah kontainer dan keberadaan jentik dalam kontainer secara keseluruhan dapat dilihat pada gambar sebagai berikut.



Gambar 4.12. Jumlah Kontainer dengan Jentik pada Setiap Rumah Responden

Berdasarkan Gambar 4.12. jumlah kontainer kelompok kontrol *pretest* sebanyak 630 kontainer dengan 3 diantaranya terdapat jentik, kelompok kontrol *posttest* sebanyak 325 kontainer dengan 14 diantaranya terdapat jentik. Sedangkan pada kelompok perlakuan *pretest* jumlah kontainer sebanyak 639 kontainer dengan 17 diantaranya terdapat jentik dan kelompok perlakuan *posttest* sebanyak 262 kontainer dengan 17 diantaranya terdapat jentik.

Pencegahan DBD salah satunya dapat dilakukan dengan memutus rantai perkembangbiakan nyamuk. Jentik nyamuk merupakan bagian dari perkembangan nyamuk dewasa yang harus diberantas sehingga pemeriksaan keberadaan jentik nyamuk penting untuk dilakukan. Penelitian dari Tri Wurisastuti (2013) menyebutkan bahwa nyamuk *Aedes aegypti* suka bertelur di berbagai media air dengan nilai $p < 0,0001^{(67)}$. Penelitian lain dari Adifian, Hasanuddin Ishak, Ruslan La Ane (2013) juga menyebutkan bahwa nyamuk *Aedes aegypti* dapat berkembang biak dengan baik di berbagai jenis air seperti di air sumur gali, air selokan dan air hujan⁽⁶⁸⁾.

Pada hasil penelitian didapatkan bahwa keberadaan jentik nyamuk seringkali ditemukan di tempat-tempat penampungan air sebagaimana telah disebutkan dalam penelitian Tri Wurisastuti (2013) dan Adifian, Hasanuddin

Ishak, Ruslan La Ane (2013). Oleh sebab itu, penting untuk sadar, peduli, dan bersedia memeriksa tempat penampungan air yang terdapat di dalam rumah maupun di luar rumah seperti seperti bak kamar mandi, tempat galon, tandon kulkas, vas bunga, tempat air minum burung serta kaleng-kaleng bekas yang sering menampung air hujan.

4.4. Hubungan antara Karakteristik Sosiodemografi dengan Pengetahuan

Karakteristik sosiodemografi responden yang dihubungkan dengan tingkat pengetahuan meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan dan pekerjaan. Pengetahuan adalah kesan dari dalam pikiran manusia yang muncul sebagai hasil penggunaan panca indra⁽⁶⁹⁾. Tindakan seseorang dipengaruhi oleh tingkat pengetahuannya, semakin tinggi tingkat pengetahuan tindakan seseorang akan semakin positif. Menurut Lukman yang dikutip oleh Hendra (2008), tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh usia, pendidikan dan pekerjaan⁽⁵⁹⁾. Hubungan karakteristik sosiodemografi terhadap tingkat pengetahuan pada penelitian menggunakan hipotesis korelatif yang terbagi menjadi dua hipotesis yaitu hipotesis nol (H_0) yang bermakna tidak terdapat hubungan antara dua variabel yang dihubungkan dan hipotesis satu (H_1) yang bermakna terdapat hubungan antara dua variabel yang dihubungkan. Hasil analisis dikatakan terdapat hubungan jika nilai $p < 0,05$ atau H_0 ditolak⁽⁷⁰⁾. Analisis hubungan karakteristik sosiodemografi terhadap tingkat pengetahuan secara keseluruhan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.3. Analisis Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Tingkat Pengetahuan PSN-DBD Kelompok Kontrol

Variabel	Kategori	Kelompok Kontrol			Total	Nilai P
		Pengetahuan				
		Tinggi	Sedang	Kurang		
Jenis Kelamin	Laki-laki	35(29,2%)	34(28,3%)	0(0,0%)	69(57,5%)	0,073*
	Perempuan	29(24,2%)	19(15,8%)	3(2,5%)	51(42,5%)	
Usia	17-25 tahun	2(1,7%)	1(0,8%)	1(0,8%)	4(3,3%)	0,166*
	26-35 tahun	8(6,7%)	8(6,7%)	2(1,7%)	18(15,1%)	
	36-45 tahun	17(14,2%)	16(13,3%)	0(0,0%)	33(27,5%)	
	46-55 tahun	14(11,6%)	12(10%)	1(0,8%)	27(22,4%)	
	56-65 tahun	14(11,7%)	11(9,2%)	0(0,0%)	25(20,9%)	
	Diatas 65 tahun	9(7,5%)	4(3,3%)	0(0,0%)	13(10,8%)	
Pendidikan	Rendah	6(5%)	4(3,3%)	1(0,8%)	11(9,1%)	

	Sedang	39(32,5%)	34(28,4%)	1(0,8%)	74(61,7%)	0,888*
	Tinggi	19(15,9%)	15(12,5%)	1(0,8%)	35(29,2%)	
Pekerjaan	Tidak Bekerja	16(13,3%)	10(8,3%)	2(1,7%)	28(23,3%)	0,854*
	Bekerja	48(40%)	43(35,9%)	1(0,8%)	92(76,7%)	
	Total				120(100%)	

*P tidak signifikan pada level $>0,05$

Tabel 4.4. Analisis Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Tingkat Pengetahuan PSN-DBD Kelompok Perlakuan

Variabel	Kategori	Kelompok Perlakuan			Total	Nilai P
		Tinggi	Sedang	Kurang		
Jenis Kelamin	Laki-laki	32(26,7%)	34(28,3%)	1(0,8%)	67(55,8%)	0,106*
	Perempuan	34(28,3%)	17(14,2%)	2(1,7%)	53(44,2%)	
Usia	17-25 tahun	4(3,3%)	1(0,8%)	0(0,0%)	5(4,1%)	0,624*
	26-35 tahun	9(7,5%)	6(5%)	2(1,7%)	17(14,2%)	
	36-45 tahun	12(10%)	10(8,3%)	0(0,0%)	22(18,3%)	
	46-55 tahun	11(9,2%)	10(8,3%)	0(0,0%)	21(17,5%)	
	56-65 tahun	20(16,8%)	11(9,2%)	1(0,8%)	32(26,8%)	
	Diatas 65 tahun	10(8,3%)	13(10,8%)	0(0,0%)	23(19,1%)	
Pendidikan	Rendah	4(3,3%)	7(5,8%)	0(0,0%)	11(9,1%)	0,992*
	Sedang	42(35%)	26(21,7%)	2(1,7%)	70(58,4%)	
	Tinggi	20(16,7%)	18(15%)	1(0,8%)	39(32,5%)	
Pekerjaan	Tidak Bekerja	32(26,7%)	18(15%)	2(1,7%)	52(43,4%)	0,275*
	Bekerja	34(28,3%)	33(27,5%)	1(0,8%)	68(56,6%)	
	Total				120(100%)	

*P tidak signifikan pada level $>0,05$

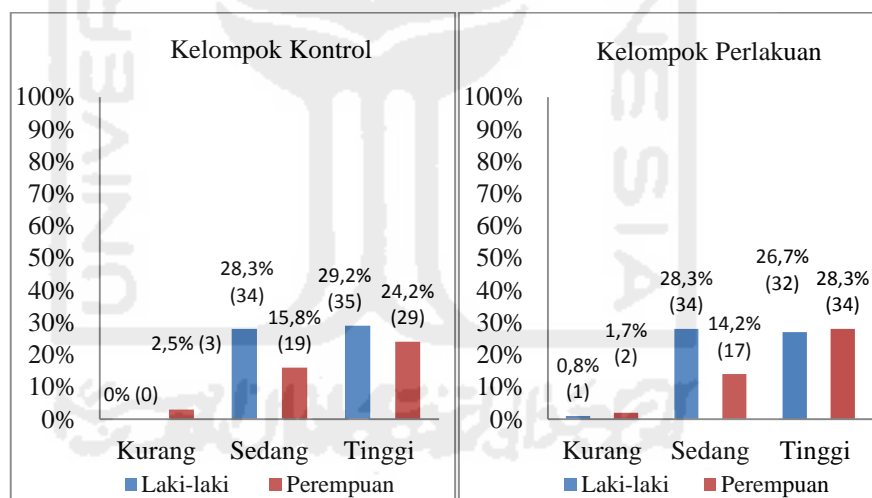
4.4.1. Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Pengetahuan

Jenis kelamin adalah karakteristik biologis yang melekat pada manusia sejak lahir yang kodratnya terbagi menjadi jenis kelamin perempuan dan laki-laki. Hubungan jenis kelamin dengan tingkat pengetahuan diolah dengan menggunakan SPSS 23,0 dengan analisis *Chi Square*. Hasil analisis dari tabel 4.3. dan 4.4. menunjukkan nilai p pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan $>0,05$ yaitu 0,073 untuk kontrol dan 0,106 untuk perlakuan. Nilai tersebut mengindikasikan bahwa H_0 diterima dan H_1 ditolak yang bermakna tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan tingkat pengetahuan responden dalam rangka pencegahan DBD.

Hasil penelitian yang didapatkan sesuai dengan penelitian dari M. Hasyimi, Yusniar Ariati, dan Miko Harnanto (2007) di Provinsi DKI Jakarta dan

Bali yang menyebutkan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan kejadian DBD di masyarakat (p value = 0,897)⁽⁷¹⁾. Penelitian lain dari Nur Purwoko Widodo (2012) juga menyebutkan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan kejadian DBD⁽⁷²⁾. Penelitian-penelitian yang sudah dilakukan tiak menyebutkan secara jelas bahwa jenis kelamin berhubungan dengan tingkat pengetahuan namun penelitian dari Ayong Liza, Imran dan Mudatsir (2015) menyebutkan bahwa tingkat pengetahuan berhubungan dengan partisipasi ibu rumah tangga dalam pencegahan DBD sehingga kejadian DBD dapat menurun⁽⁷³⁾.

Hasil penelitian tidak menunjukkan hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat pengetahuan karena salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah pengalaman⁽⁶³⁾. Pengalaman yang semakin luas memungkinkan pengetahuan seseorang semakin tinggi dan pengalaman yang luas pula tidak ditentukan oleh jenis kelamin perempuan atau jenis kelamin laki-laki.



Gambar 4.13. Distribusi Jenis Kelamin dengan Tingkat Pengetahuan

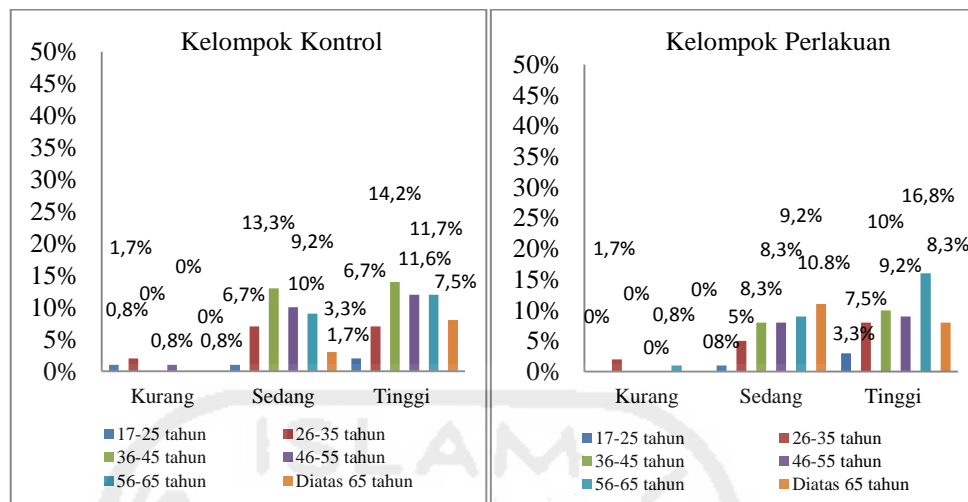
Gambar 4.13. juga menunjukkan distribusi tingkat pengetahuan dengan jenis kelamin laki-laki maupun perempuan seimbang, terbukti pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan jumlah responden yang berpengetahuan tinggi seimbang yaitu 32 responden laki-laki (26,7%) dan 34 responden perempuan (28,3%) di kelompok perlakuan serta 35 responden laki-laki (29,2%) dan 29 responden perempuan (24,2%) di kelompok kontrol.

4.4.2. Hubungan antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan

Kategori usia pada penelitian dibagi menjadi beberapa tingkatan sehingga data diolah dengan spss 23,0 menggunakan analisis *spearman rho*. Hasil yang didapatkan dapat dilihat dari tabel 4.3. dan 4.4. yang menunjukkan nilai p untuk kelompok kontrol sebesar 0,166 sedangkan untuk kelompok perlakuan sebesar 0,624. Hasil tersebut berada diatas nilai signifikansi atau $p > 0,05$ yang bermakna bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara usia dengan tingkat pengetahuan.

Beberapa penelitian yang sudah menganalisis tentang hubungan usia dengan tingkat pengetahuan juga menyatakan hal serupa yaitu tidak terdapat hubungan antara kedua variabel tersebut. Penelitian-penelitian yang dimaksud yaitu penelitian dari Maryam Hanifah (2010) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia dengan tingkat pengetahuan wanita tentang SADARI⁽⁷⁴⁾ dan penelitian dari Dina Setya Rahmah Kelrey (2015) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara usia dengan pengetahuan ($p = 0,507 > 0,05$)⁽⁷⁵⁾.

Berdasarkan kedua penelitian tersebut, pengetahuan yang dijelaskan bukan tentang DBD namun dari hasil yang ditunjukkan dimana tidak terdapat hubungan usia pada pengetahuan menyebabkan kemungkinan besar usia juga tidak mempengaruhi pengetahuan responden tentang pencegahan DBD. Usia tidak mempengaruhi pengetahuan responden karena pengetahuan merupakan hasil dari proses penginderaan manusia terhadap obyek tertentu⁽⁶⁹⁾, jika responden tidak tertarik untuk melakukan proses penginderaan tersebut maka pengetahuan terhadap obyek tersebut mungkin menjadi kurang atau bahkan tidak ada. Pendapat dari Lukman yang dikutip dari Hendra AW (2008) menyatakan bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh usia⁽⁵⁹⁾, namun dari hasil distribusi pada tabel 4.3. menunjukkan baik kelompok kontrol maupun perlakuan pada usia yang berbeda memiliki tingkat pengetahuan tinggi yang sama.



Gambar 4.14. Distribusi Usia dengan Tingkat Pengetahuan

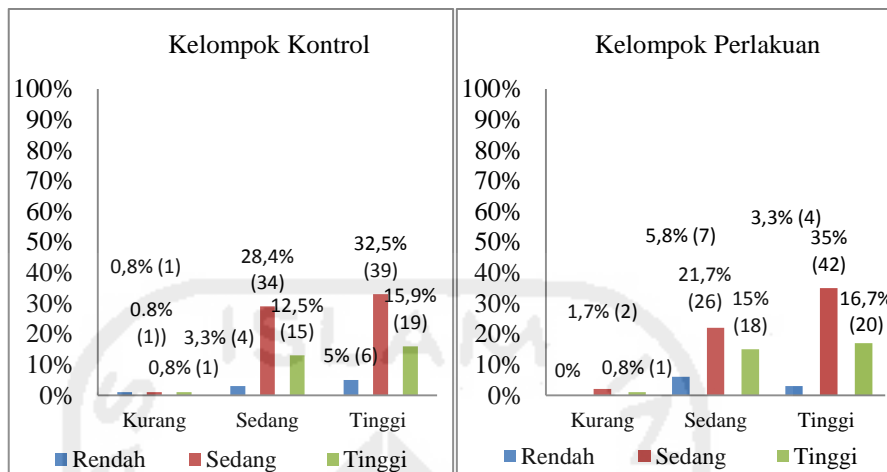
Gambar 4.14 menjelaskan bahwa pada kelompok kontrol responden usia 46-55 tahun dan usia 56-65 tahun berpengetahuan tinggi dengan jumlah yang sama yaitu 14 responden (11,6%). Responden usia diatas 65 tahun yang berpengetahuan tinggi pada kelompok perlakuan lebih besar dibandingkan kelompok kontrol yaitu 23 responden (19,1%) lebih besar dari 13 responden (10,8%).

4.4.3. Hubungan antara Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan

Pendidikan pada penelitian dibagi menjadi kategori bertingkat sehingga data diolah dengan spss 23,0 menggunakan analisis *spearman rho*. Tabel 4.3. dan 4.4. menunjukkan hasil nilai p dari analisis antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan responden pada kelompok kontrol sebesar 0,888 dan pada kelompok perlakuan sebesar 0,992. Kedua hasil tersebut menunjukkan nilai $p > 0,05$ dimana H_0 diterima H_1 ditolak dan bermakna bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan responden.

Hasil yang didapatkan menunjukkan perbedaan dengan teori yang telah dikemukakan oleh Wied hary A. (1996) yang dikutip oleh Hendra AW (2008) menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang semakin baik pula pengetahuannya⁽⁵⁹⁾. Hal tersebut mungkin disebabkan karena tingkat pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh pendidikan non formal atau pendidikan yang didapatkan tidak melalui bangku sekolah sehingga pendidikan formal

sebagaimana yang tertera pada kuesioner tidak cukup meningkatkan pengetahuan responden.



Gambar 4.15. Distribusi Pendidikan dengan tingkat Pengetahuan

Pendapat tersebut juga dapat dibuktikan dari distribusi pendidikan baik kelompok kontrol maupun perlakuan yang terdapat pada Gambar 4.15. responden dengan tingkat pendidikan sedang lebih banyak memiliki pengetahuan tinggi dibandingkan responden berpendidikan tinggi yaitu 39 (32,5%) responden di kelompok kontrol dan 42 (35%) responden di kelompok perlakuan.

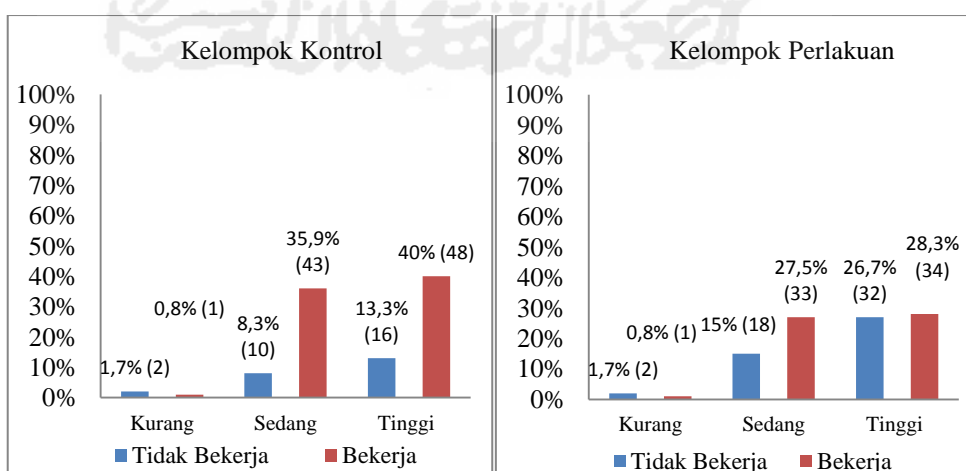
4.4.4. Hubungan antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan

Pekerjaan responden dalam pengolahan data dibagi menjadi dua kategori yaitu kategori bekerja dan tidak bekerja. Data diolah dengan spss 23,0 menggunakan analisis *spearman rho*. Tabel 4.3. dan 4.4. menunjukkan hasil analisis statistik hubungan antara pekerjaan dengan tingkat pengetahuan. Hasil didapatkan nilai p pada dua kelompok $>0,05$ yaitu 0,854 untuk kelompok kontrol dan 0,275 untuk kelompok perlakuan. Hasil tersebut mengindikasikan bahwa H_0 diterima dan H_1 ditolak yang bermakna bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara pekerjaan dengan tingkat pengetahuan.

Berdasarkan teori yang dikemukakan Notoatmodjo (2003) pekerjaan memiliki pengaruh pada pengetahuan seseorang. Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung⁽⁴²⁾. Teori tersebut sesuai dengan penelitian dari Pratamadhita Janu Nugroho (2012) yang menyatakan bahwa pekerjaan ibu

memiliki hubungan bermakna dengan kelengkapan status imunisasi dasar bayi (nilai $p=0,04<0,05$), dimana status imunisasi dipengaruhi secara bermakna oleh pengetahuan ibu (nilai $p=0,02<0,05$) sehingga jika dihubungkan maka akan terdapat hubungan antara pekerjaan dengan tingkat pengetahuan⁽⁷⁶⁾. Penelitian dengan hasil yang sama juga dikemukakan oleh Azzade Ellyn Derdiana, Mifbakhudin, Dian Nintyasari Mustika (2011) dengan hasil bahwa pekerjaan ibu berhubungan secara bermakna dengan teknik menyusui (p value $0,00<0,05$) dan teknik menyusi dipengaruhi secara bermakna oleh pengetahuan ibu (p value $0,00<0,05$) sehingga pekerjaan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu secara bermakna⁽⁷⁷⁾.

Hasil beberapa penelitian tersebut berbeda dengan hasil yang didapatkan pada penelitian, namun dari penelitian yang dikemukakan oleh Dina Setya Rahmah Kelrey (2015) menunjukkan hasil yang sama yaitu tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan pengetahuan ($p=0,66>0,05$)⁽⁷⁵⁾. Hal tersebut mungkin disebabkan karena dari gambar 4.2. tentang distribusi karakteristik sosiodemografi responden dijelaskan bahwa distribusi pekerjaan responden baik kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan urutan terbanyak kedua adalah pedagang atau pekerjaan di sektor informal. Pekerjaan di sektor informal seperti pedagang umumnya memiliki tingkat pendidikan, pengetahuan, modal dan ketrampilan yang terbatas⁽⁷⁸⁾ sehingga pengetahuan responden tentang pencegahan DBD dalam penelitian juga terbatas.



Gambar 4.16. Distribusi Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan

Gambar 4.16. juga menjelaskan bahwa pekerjaan tidak berhubungan dengan tingkat pengetahuan dimana jumlah responden yang bekerja maupun tidak bekerja memiliki pengetahuan tinggi yang hampir sama yaitu 32 (26,7%) responden untuk responden yang tidak bekerja dan 34 (28,3%) untuk responden yang bekerja.

4.5. Hubungan antara Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Rutinitas dan Keberadaan Jentik

Benyamin Bloom, seorang ahli psikologi pendidikan, membedakan perilaku menjadi 3 ranah yaitu kognitif (*Cognitive*), sikap (*Attitude*) dan tindakan atau praktik (*Practice*)⁽⁴³⁾, dimana perubahan perilaku terjadi melalui tiga tahapan yaitu tahapan perubahan pengetahuan kemudian perubahan sikap dan diikuti perubahan tindakan. Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku kesehatan merupakan respon dari stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungannya⁽⁴⁰⁾, sehingga faktor perilaku sangat berperan dalam upaya pencegahan penyakit DBD. Berdasarkan teori tersebut, maka peneliti menghubungkan variabel-variabel penelitian yang diteliti yaitu menghubungkan antara tingkat pengetahuan dengan sikap, sikap dengan tindakan, tindakan dengan rutinitas responden dan rutinitas dengan keberadaan jentik. Distribusi data hubungan antar variabel secara keseluruhan dapat dilihat pada tabel berikut.

4.5.1. Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Sikap Responden PSN-DBD

Tabel 4.5. Distribusi Data Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Sikap Responden PSN-DBD

Variabel	Kategori	Sikap		Total	Nilai P
		Positif	Negatif		
Kelompok Kontrol <i>posttest</i>	Tinggi	58(48,3%)	6(5%)	64(53,3%)	0,332*
	Sedang	46(38,4%)	7(5,8%)	53(44,2%)	
	Rendah	2(1,7%)	1(0,8%)	3(2,5%)	
Kelompok Perlakuan <i>Posttest</i>	Tinggi	60(50%)	6(5%)	66(55%)	0,963*
	Sedang	46(38,3%)	5(4,2%)	51(42,5%)	
	Rendah	3(2,5%)	0(0,0%)	3(2,5%)	
Total				240 (100%)	

*P tidak signifikan pada level >0,05

Tabel 4.5. menunjukkan hasil analisis hubungan antara pengetahuan terhadap sikap. Data pengetahuan dan sikap diolah dengan spss 23,0 menggunakan analisis *spearman rho* dengan hasil *p value* untuk kelompok kontrol 0,332 dan kelompok perlakuan 0,963. Kedua hasil tersebut menunjukkan nilai $p > 0,05$ yang berarti bahwa H_0 diterima dan H_1 ditolak atau tidak terdapat hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan dengan sikap responden dalam pencegahan DBD.

Distribusi tingkat pengetahuan responden terhadap sikap juga dapat dilihat pada tabel 4.5. yang menunjukkan bahwa responden berpengetahuan tinggi pada kedua kelompok yaitu kontrol dan perlakuan memiliki sikap positif lebih besar dibandingkan dengan responden berstatus pengetahuan yang lain. Hal tersebut bermakna bahwa tingkat pengetahuan tinggi berpengaruh terhadap sikap positif responden. Penelitian dari Arista Apriani (2010) dan penelitian dari Dwi Mardiantari (2012) juga menyatakan bahwa tingkat pengetahuan berhubungan secara bermakna dengan sikap responden (nilai $p < 0,05$), namun hasil analisis hubungan antara pengetahuan dengan sikap responden menunjukkan tidak adanya hubungan secara bermakna⁽⁷⁹⁾⁽⁸⁰⁾.

Hasil analisis yang didapat hubungan berbeda mungkin disebabkan karena sikap timbul ketika ada kesiapan dari pengetahuan yang didapatkan⁽⁸¹⁾, jika tidak ada kesiapan yang muncul dari pengetahuan yang telah didapatkan maka sikap positif atau negatif tidak akan muncul. Sikap terbentuk pula dari tiga komponen yaitu komponen kognitif (kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar dari objek yang dipelajari), komponen afektif (masalah emosional terkait obyek yang dipelajari) dan komponen konatif (cara berperilaku terkait dengan objek yang dipelajari)⁽⁸¹⁾, sehingga jika responden hanya memiliki kemampuan kognitif atau pengetahuan tanpa memiliki masalah emosional maka sikap mungkin tidak akan muncul.

4.5.2. Hubungan antara Sikap dengan Tindakan Responden PSN-DBD

Tabel 4.6. Distribusi Data Hubungan Sikap terhadap Tindakan Responden PSN-DBD

Variabel	Kategori	Tindakan		Total	Nilai P
		Positif	Negatif		
Kelompok Kontrol <i>Posttest</i>	Sikap	Positif	86(71,6%)	20(16,7%)	106(88,3%)
		Negatif	12(10%)	2(1,7%)	14(11,7%)
Kelompok Perlakuan <i>Posttest</i>	Sikap	Positif	103(85,9%)	6(5%)	109(90,9%)
		Negatif	10(8,3%)	1(0,8%)	11(9,1%)
Total				240(100%)	

*P tidak signifikan pada level $>0,05$

Tabel 4.6. menunjukkan hasil analisis hubungan antara sikap responden dengan tindakan responden. Data diolah dengan spss 23,0 menggunakan analisis *spearman rho* dengan hasil nilai $p=0,680$ untuk kelompok kontrol dan nilai $p=0,632$ untuk kelompok perlakuan. Kedua hasil kelompok menunjukkan nilai $p>0,05$ yang mengindikasikan H_0 diterima dan H_1 ditolak dengan makna bahwa tidak terdapat hubungan antara sikap dengan tindakan responden.

Hasil yang didapat sesuai dengan penelitian dari Mariana Dinah Charlota Lerik dan Marni (2008) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara variabel sikap dengan praktik ibu rumah tangga dalam PSN-DBD dengan nilai $p=1,000$ ($p>0,05$)⁽⁸²⁾. Penelitian dari Najwa Herfany (2015) juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara sikap dengan tindakan responden⁽¹¹⁾.

Tidak adanya hubungan antara sikap dengan tindakan responden disebabkan karena sikap merupakan respon yang masih tertutup, jika responden tidak sadar dan tidak bersedia mengimplementasikan sikap pada tindakannya mungkin tindakan positif tidak akan terjadi. Hal tersebut sebagaimana teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003) bahwa terwujudnya sikap dalam tindakan membutuhkan fasilitas atau sarana dan prasarana pendukung⁽⁴²⁾.

Kurangnya kesadaran responden menerapkan sikap pada tindakan juga terlihat dari tabel 4.6. sikap responden dengan tindakan positif PSN-DBD lebih besar dibandingkan sikap responden yang negatif terhadap PSN-DBD yaitu 86 responden (71,6%) untuk kelompok kontrol dan 103 responden (85,9%) untuk

kelompok perlakuan. Distribusi yang ada menunjukkan bahwa responden hanya menjawab pertanyaan dengan hal-hal yang baik saja tanpa disertai kesadaran untuk melakukan tindakan PSN-DBD.

4.5.3. Hubungan antara Tindakan dengan Rutinitas Responden PSN-DBD

Tabel 4.7. Distribusi Data Hubungan Tindakan terhadap Rutinitas Responden PSN-DBD

Variabel	Kategori	Rutinitas		Total	Nilai P	
		Baik	Kurang			
Kelompok Kontrol <i>Posttest</i>	Tindakan	Positif	62(51,6%)	36(30%)	98(81,7%)	0,000**
		Negatif	5(4,2%)	17(14,2%)	22(18,4%)	
Kelompok Perlakuan <i>Posttest</i>	Tindakan	Positif	79(65,8%)	34(28,3%)	113(94,1%)	0,023**
		Negatif	2(1,7%)	5(4,2%)	7(5,9%)	
Total				240 (100%)		

**P signifikan pada level $<0,05$

Tabel 4.7. menunjukkan hasil analisis hubungan antara tindakan dengan rutinitas. Data diolah dengan spss 23,0 menggunakan analisis *spearman rho* dengan hasil nilai $p=0,000$ untuk kelompok kontrol sedangkan nilai $p=0,023$ untuk kelompok perlakuan. Hasil tersebut menunjukkan nilai $p<0,05$ yang mengindikasikan bahwa H_0 ditolak H_1 diterima dan memiliki makna bahwa terdapat hubungan antara tindakan dengan rutinitas responden.

Harrianto (2005) mengemukakan bahwa rutinitas merupakan pekerjaan-pekerjaan yang dilakukan secara berulang dengan gerakan yang monoton yang seringkali sangat memberatkan individu, sehingga terdapat hubungan antara tindakan dengan rutinitas⁽⁸³⁾. Hal tersebut juga didukung oleh hasil distribusi tindakan responden terhadap rutinitas responden. Berdasarkan tabel 4.5. responden bertindak positif dengan rutinitas positif lebih banyak dibandingkan dengan responden bertindak negatif yaitu 62 responden (52%) untuk kelompok kontrol dan 79 responden (66%) untuk kelompok perlakuan.

Rutinitas merupakan kebiasaan yang terjadi jika tindakan positif selalu dilakukan oleh responden, dimana kebiasaan dilakukan jika responden sadar bahwa tindakan tersebut memiliki dampak positif terhadap kehidupannya. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Tien Aminatun, Tutiek Rahayu dan Victoria Henuhili (2014) yang menyatakan bahwa kejadian DBD dapat menurun melalui turunya densitas jentik nyamuk dengan melakukan kontinuitas PSN⁽⁸⁴⁾,

sehingga responden pada penelitian sudah beranggapan bahwa dengan teratur melakukan tindakan PSN-DBD dapat mencegah terjadinya DBD.

4.5.4. Hubungan antara Rutinitas dengan Keberadaan Jentik

Distribusi data hubungan rutinitas terhadap keberadaan jentik secara keseluruhan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.8. Distribusi Data Hubungan Rutinitas Responden terhadap Keberadaan Jentik

Variabel	Kategori	Keberadaan Jentik		Total	Nilai P
		Ada	Tidak ada		
Kelompok Kontrol <i>Posttest</i>	Baik	9(7,5%)	58(48,4%)	67(55,9%)	0,307*
	Kurang	4(3,3%)	49(40,8%)	53(44,1%)	
Kelompok Perlakuan <i>Posttest</i>	Baik	9(7,5%)	72(60%)	81(67,5%)	0,889*
	Kurang	4(3,3%)	35(29,2%)	39(32,5%)	
Total				240 (100%)	

*p tidak signifikan pada level $>0,05$

Tabel 4.8. menunjukkan hasil analisis rutinitas responden dengan keberadaan jentik. Data diolah dengan spss 23,0 dengan menggunakan analisis *spearman rho* dengan hasil nilai $p=0,307$ untuk kelompok kontrol dan nilai $p=0,889$ untuk kelompok perlakuan. Hasil tersebut menunjukkan nilai $p>0,05$ yang berarti H_0 diterima H_1 ditolak atau tidak terdapat hubungan secara bermakna antara rutinitas responden dengan keberadaan jentik.

Hasil analisis hubungan rutinitas responden dengan keberadaan jentik sebanding dengan distribusinya dimana masih banyak ditemukan rumah responden berrutinitas baik dengan adanya keberadaan jentik dibandingkan dengan rumah responden berrutinitas kurang baik yaitu sebanyak 9 responden (7,5%) di kelompok kontrol dan perlakuan.

Rutinitas responden yang diteliti dalam penelitian berkaitan dengan keteraturan tindakan PSN-DBD yang dilakukan secara berulang oleh responden penelitian. Tindakan PSN-DBD yang diteliti adalah tindakan dalam melakukan 3M dan tindakan dalam menggunakan bubuk abate secara teratur. Beberapa penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tindakan dengan keberadaan jentik. Penelitian-penelitian yang dimaksud yakni penelitian dari Dewi Mustika Jaya, Erniwati Ibrahim dan Anwar (2013) yang menyatakan bahwa tindakan 3M seperti menguras tempat penampungan air dan

menutup tempat penampungan air memiliki hubungan bermakna dengan keberadaan larva *Aedes aegypti* dengan nilai $p=0,000<0,05^{(85)}$ dan penelitian dari Yuni Ken Respati dan Soedjajadi Keman (2007) yang menyatakan bahwa abatisasi atau penggunaan bubuk abate memiliki hubungan secara bermakna dengan keberadaan jentik nyamuk *Aedes aegypti* pada kontainer dengan nilai $p<0,000^{(86)}$. Penelitian lain tentang hubungan rutinitas yaitu penelitian dari Aminatun, Tutiek Rahayu dan Victoria Henuhili (2014) yang menyatakan bahwa tindakan dan rutinitas PSN memiliki hubungan yang bermakna dengan densitas jentik nyamuk⁽⁸⁴⁾.

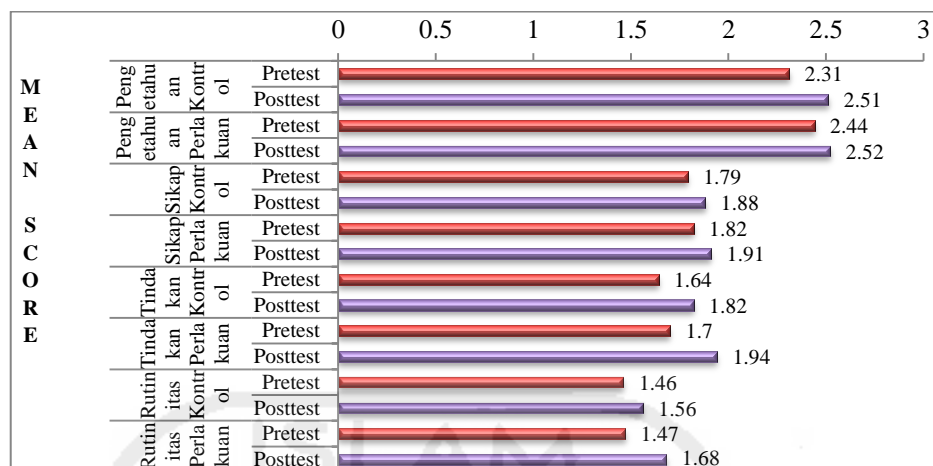
Hasil analisis hubungan yang didapatkan dalam penelitian berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Penemuan jentik di rumah responden dengan rutinitas baik, kemungkinan disebabkan karena beberapa hal, diantaranya yakni faktor kadang lupa dalam menutup tempat penampungan air padahal responden selalu menutup tempat penampung air setelah menggunakannya dan cara menguras bak mandi yang tidak benar dimana harusnya menguras bak penampungan air dengan menyikatnya menggunakan sabun sehingga telur-telur yang menempel di dinding bak mandi dapat dihilangkan⁽⁸⁷⁾. Selain itu, rutinitas responden dalam melakukan PSN-DBD kemungkinan masih berubah-ubah, meskipun dari tabel 4.7. kesadaran responden akan pentingnya melakukan tindakan PSN-DBD secara rutin sudah cukup tinggi, tetapi mayoritas responden hanya melakukan rutinitas PSN-DBD dengan sering saat penyakit DBD menjadi kejadian luar biasa/KLB di lingkungannya, namun saat penyakit DBD sudah menurun rutinitas yang awalnya dilakukan dengan sering menjadi turun. Responden juga melakukan rutinitas dengan sering dimungkinkan saat ada teguran dari juru pemantau jentik (jumantik) di lingkungannya saja. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kesadaran responden akan pentingnya rutinitas PSN-DBD tidak diikuti dengan motivasi atau dorongan dari dalam dirinya sendiri.

4.6. Hubungan Intervensi Pencegahan DBD terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Rutinitas Responden

Bentuk pemberian intervensi pencegahan DBD pada penelitian berupa penyuluhan dan pembagian *leaflet* tentang DBD sehingga harapannya responden yang tidak hadir dalam penyuluhan tetap mengetahui isi dari kegiatan penyuluhan tersebut. Data responden diambil setelah dilakukan intervensi pencegahan DBD baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Data *pretest* atau sebelum dilakukan intervensi dan data *posttest* atau setelah dilakukan intervensi diolah dengan spss menggunakan analisis *wilcoxon*. Analisis hubungan tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan rutinitas kelompok *pretest* dan *posttest* menggunakan hipotesis komparatif yang terbagi menjadi dua yaitu hipotesis nol (H_0) yang bermakna bahwa tidak terdapat perbedaan secara signifikan antara kelompok *pretest* dan *posttest* dan hipotesis 1 (H_1) yang bermakna bahwa terdapat perbedaan secara signifikan antara kelompok *pretest* dan *posttest*⁽⁷⁰⁾. Pemberian intervensi pencegahan DBD dikatakan berhubungan jika nilai $p < 0,05$. Distribusi hubungan intervensi pencegahan DBD terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan rutinitas responden secara keseluruhan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.9. Hubungan Intervensi Pencegahan DBD terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Rutinitas responden

Kelompok	Rata-rata		Nilai P	Selisih Nilai	Kesimpulan
	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>			
Pengetahuan					
Kontrol	2,31	2,51	0,007	0,2	Signifikan
Perlakuan	2,44	2,52	0,268	0,08	Tidak Signifikan
Sikap					
Kontrol	1,79	1,88	0,028	0,09	Signifikan
Perlakuan	1,82	1,91	0,012	0,09	Signifikan
Tindakan					
Kontrol	1,64	1,82	0,029	0,18	Signifikan
Perlakuan	1,7	1,94	0,000	0,24	Signifikan
Rutinitas					
Kontrol	1,46	1,56	0,131	0,1	Tidak Signifikan
Perlakuan	1,47	1,68	0,02	0,21	Signifikan



Gambar 4.17. Nilai Rata-Rata Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Rutinitas Responden

4.6.1. Hubungan Intervensi Pencegahan DBD dengan Tingkat Pengetahuan Responden

Tabel 4.9. menunjukkan hasil analisis hubungan pengetahuan *pretest* dengan pengetahuan *posttest* pada kelompok kontrol dan perlakuan. Rata-rata pengetahuan di kelompok perlakuan *posttest* lebih besar dari *pretest* yaitu $2,52 > 2,44$ dengan selisih nilai 0,08, hasil tersebut menunjukkan adanya perbedaan kemudian untuk memastikan berbeda signifikan atau tidak dilakukan uji statistik yang hasilnya nilai $p=0,268$ dimana nilai $p > 0,05$ yang mengindikasikan bahwa H_0 diterima H_1 ditolak dan bermakna bahwa tidak terdapat perbedaan secara bermakna antara pengetahuan kelompok perlakuan saat *pretest* dan saat *posttest*. Perbedaan yang tidak bermakna menunjukkan bahwa tidak ada hubungan pemberian intervensi pencegahan DBD terhadap tingkat pengetahuan responden.

Penelitian dari Adik Susilaningtias (2010) menyebutkan bahwa bentuk intervensi DBD berupa penyuluhan berpengaruh secara bermakna terhadap tingkat pengetahuan dengan nilai $p=0,000 < 0,05$ ⁽⁸⁸⁾. Penelitian dari Saleha Sungkar, Rawina Winita, Agnes Kurniawan (2010) juga menyebutkan bahwa penyuluhan dapat meningkatkan pengetahuan warga tentang PSN-DBD secara bermakna ($p=0,001 < 0,05$)⁽⁸⁹⁾. Hasil penelitian yang didapatkan berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, hal tersebut mungkin disebabkan karena tingkat pengetahuan tidak bisa meningkat dalam waktu 1 kali penyuluhan

atau dalam waktu 1 kali membaca *leaflet* tentang DBD. Pengetahuan sendiri berproses, artinya untuk mendapatkan pengetahuan yang banyak membutuhkan waktu yang lebih lama seperti pengetahuan di bangku sekolah yang memerlukan waktu lebih dari 10 tahun, sehingga pengetahuan mengenai DBD tidak bisa dilakukan dalam waktu 1 kali penyuluhan. Pengetahuan juga berhubungan dengan ingatan, semakin banyak informasi diberikan, tingkat mengetahui akan informasi tersebut dimungkinkan juga semakin tinggi.

Tabel 4.9. juga menunjukkan hasil analisis hubungan pengetahuan kelompok kontrol saat *pretest* dan *posttest*. Rata-rata pengetahuan di kelompok kontrol *posttest* lebih besar dari *pretest* yaitu $2,51 > 2,31$ dengan selisih nilai 0,2, hasil tersebut menunjukkan adanya perbedaan nilai kemudian untuk memastikan berbeda signifikan atau tidak dilakukan uji statistik yang hasilnya nilai $p=0,007 < 0,05$ yang bermakna terdapat perbedaan antara data pengetahuan *pretest* dengan data pengetahuan *posttest*. Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan seseorang tidak hanya berhubungan dengan pemberian intervensi pencegahan DBD melainkan juga dapat berhubungan dengan faktor lain seperti sumber informasi yang diberikan. Sumber informasi mengenai DBD baik melalui media cetak atau media elektronik pada saat *pretest* kemungkinan tidak sebanyak saat *posttest*, sehingga pengetahuan *posttest* kemungkinan dapat meningkat.

4.6.2. Hubungan Intervensi Pencegahan DBD dengan Sikap Responden

Tabel 4.9. menunjukkan hasil analisis hubungan sikap pada saat *pretest* *posttest* di kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Rata-rata sikap di kelompok kontrol *posttest* lebih besar dari *pretest* yaitu $1,88 > 1,79$ dengan selisih nilai 0,09 dan rata-rata sikap di kelompok perlakuan *posttest* lebih besar dari *pretest* yaitu $1,91 > 1,82$ dengan selisih nilai 0,09, hasil tersebut menunjukkan adanya perbedaan kemudian untuk memastikan berbeda signifikan atau tidak dilakukan uji statistik yang hasilnya nilai $p=0,028$ untuk kelompok kontrol dan nilai $p=0,012$ untuk kelompok perlakuan. Kedua hasil analisis memiliki nilai $p < 0,05$ yang berarti bahwa terdapat perbedaan secara bermakna antara sikap responden saat *pretest* dengan sikap responden saat *posttest*. Perbedaan yang

bermakna menunjukkan adanya hubungan intervensi pencegahan DBD terhadap sikap responden pada kelompok perlakuan.

Hasil yang didapat sesuai dengan penelitian dari Rumondang Pulungan (2007) menyatakan bahwa pemberian penyuluhan dengan metode ceramah-*leaflet* dapat meningkatkan sikap responden dengan nilai $p=0,00<0,05^{(90)}$ dan penelitian dari Engeline Wenur, Nursalam dan Tinny Akay (2016) yang menyatakan bahwa penyuluhan berhubungan dengan sikap responden sebelum intervensi pencegahan DBD dan sesudah intervensi pencegahan DBD⁽⁹¹⁾. Intervensi pencegahan DBD yang diberikan selain menjelaskan siklus hidup nyamuk juga banyak menggambarkan tentang tindakan yang harus dilakukan ketika ada jentik-jentik nyamuk di kontainer dalam rumah atau luar rumah sehingga responden yang awalnya belum tahu bagaimana cara menyikapinya menjadi tahu harus bersikap seperti apa ketika mengetahui ada jentik nyamuk di tempat penampungan air/TPA sekitar lingkungannya.

Pada kelompok perlakuan, pemberian intervensi pencegahan DBD memang berhubungan dengan sikap responden, namun sikap responden tidak hanya berhubungan dengan intervensi pencegahan DBD. Hal tersebut sesuai dengan hasil nilai p pada kelompok kontrol yang menunjukkan bahwa sikap *posttest* lebih baik dibandingkan sikap *pretest* meskipun tidak diberikan intervensi pencegahan DBD. Faktor lain yang kemungkinan dapat berhubungan yaitu tingkat kesadaran dan tingkat pemahaman responden bahwa adanya jentik nyamuk merupakan awal perkembangan dari nyamuk dewasa yang dapat membawa virus *dengue* ke manusia sehat lainnya dan meningkatkan penularan penyakit DBD. Responden yang memiliki kesadaran tinggi dan paham akan hal tersebut akan bersikap lebih baik dibandingkan responden yang masih kurang kesadaran dan pemahamannya.

4.6.3. Hubungan Intervensi Pencegahan DBD dengan Tindakan Responden

Tabel 4.9. menunjukkan hasil analisis hubungan tindakan pada saat *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Rata-rata tindakan di kelompok kontrol *posttest* lebih besar dari *pretest* yaitu $1,82>1,64$ dengan selisih nilai 0,18 dan rata-rata tindakan di kelompok perlakuan *posttest* lebih besar

dari *pretest* yaitu $1,94 > 1,7$ dengan selisih nilai 0,24, hasil tersebut menunjukkan adanya perbedaan kemudian untuk memastikan berbeda signifikan atau tidak dilakukan uji statistik yang hasilnya nilai $p=0,029$ untuk kelompok kontrol dan nilai $p=0,000$ untuk kelompok perlakuan. Kedua hasil analisis menunjukkan nilai $p < 0,05$ yang berarti bahwa terdapat perbedaan secara bermakna antara tindakan responden saat *pretest* dengan tindakan responden saat *posttest*. Perbedaan yang bermakna menunjukkan adanya hubungan intervensi pencegahan DBD terhadap tindakan responden pada kelompok perlakuan.

Penelitian dari Resmiati, Yatnita Parama Cita dan Arif Susila (2009) menyatakan hasil yang sesuai dengan penelitian yaitu terdapat hubungan yang bermakna antara penyuluhan DBD terhadap tindakan responden dengan hasil nilai rata-rata tindakan setelah penyuluhan meningkat dari (5,1;7,5%) menjadi (6,0;17,6%) dan nilai $p=0,000 < 0,05^{(92)}$. Pada saat penyuluhan berlangsung banyak responden yang antusias untuk mengetahui tindakan PSN-DBD secara lebih luas terbukti mayoritas responden bertanya kepada pemateri tentang PSN-DBD seperti takaran penggunaan bubuk abate, keamanan bubuk abate saat digunakan, dan jenis ikan apa yang dapat digunakan untuk membunuh jentik nyamuk di dalam bak kamar mandi sehingga pemberian intervensi pencegahan DBD seperti penyuluhan mampu mempengaruhi tindakan responden. Selain daripada itu, penyuluhan dan pemberian *leaflet* mampu membuat responden yang awalnya kurang tahu menjadi lebih tau tentang tindakan PSN-DBD dan bersedia untuk mengaplikasikannya.

Tindakan responden tidak hanya berhubungan dengan intervensi pencegahan DBD. Hal tersebut sesuai dengan hasil nilai p pada kelompok kontrol, meskipun kelompok kontrol tidak diberikan intervensi pencegahan DBD tetapi tindakan responden saat *posttest* lebih baik dari saat *pretest*. Faktor lain yang kemungkinan dapat berhubungan dengan tindakan yaitu munculnya perasaan khawatir dari dalam diri responden. Responden yang merasa khawatir terhadap penyakit DBD yang dapat menyebabkan kematian akan melakukan tindakan positif saat menemukan adanya jentik nyamuk di sekitar lingkungannya.

4.6.4. Hubungan Intervensi Pencegahan DBD dengan Rutinitas Responden

Tabel 4.9. menunjukkan hasil analisis hubungan rutinitas *pretest* dengan rutinitas *posttest* pada kelompok kontrol dan perlakuan. Rata-rata rutinitas di kelompok kontrol *posttest* lebih besar dari *pretest* yaitu $1,56 > 1,46$ dengan selisih nilai 0,1 dan rata-rata rutinitas di kelompok perlakuan *posttest* lebih besar dari *pretest* yaitu $1,68 > 1,47$ dengan selisih nilai 0,21, hasil tersebut menunjukkan adanya perbedaan kemudian untuk memastikan berbeda signifikan atau tidak dilakukan uji statistik yang hasilnya nilai $p=0,131 > 0,05$ untuk kelompok kontrol dan nilai $p=0,02 < 0,05$ untuk kelompok perlakuan. Hasil analisis statistik pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa terdapat perbedaan secara bermakna antara rutinitas kelompok perlakuan saat *pretest* dan saat *posttest*. Sedangkan pada kelompok kontrol, menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan secara bermakna antara rutinitas kelompok perlakuan saat *pretest* dan saat *posttest* atau rutinitas *pretest* sama dengan rutinitas *posttest*. Hal tersebut menunjukkan bahwa intervensi pencegahan DBD memang berhubungan secara bermakna dengan rutinitas responden pada kelompok perlakuan.

Intervensi pencegahan DBD yang dilakukan dalam penelitian diisi oleh pemateri kader juru pemantau jentik (jumantik) dari puskesmas. Peran jumantik dalam pencegahan DBD antara lain memberikan penyuluhan kepada keluarga dan masyarakat, mencatat dan melaporkan hasil PJB kepada kepala dusun atau puskesmas secara rutin minimal mingguan dan bulanan, mencatat dan melaporkan kasus kejadian DBD kepada rukun warga (RW), kepala dusun atau puskesmas, melakukan PSN dan pemberantasan DBD secara sederhana seperti pemberian bubuk abate dan ikan pemakan jentik⁽⁹³⁾. Pada saat penyuluhan kader jumantik selalu mengingatkan jumantik setiap wilayah untuk melakukan pengecekan tempat penampungan air/TPA setiap 2 minggu sekali, sehingga responden tergerak untuk melakukan tindakan PSN-DBD secara berulang karena apabila saat dilakukan pengecekan tempat penampungan air di setiap rumah terdapat jentik maka sesuai peraturan tiap Rukun Warga/RW di Kecamatan Mantrijeron harus membayar denda Rp.5000,00 untuk 1 jentik nyamuk yang ditemukan. Peraturan tersebut membuat responden takut rugi secara *financial*, sehingga membuat

responden melakukan tindakan PSN-DBD secara rutin. Rutinitas merupakan kegiatan yang muncul karena kebiasaan, tindakan paksaan seperti peraturan tersebut semakin lama akan memunculkan kebiasaan responden sehingga pemberian intervensi pencegahan DBD dalam bentuk penyuluhan pada penelitian digunakan sebagai perantara kader jumantik untuk meningkatkan rutinitas PSN-DBD secara tidak langsung.

4.7. Analisis Indikator Keberhasilan Pencegahan DBD

Tindakan PSN-DBD secara benar merupakan salah satu cara untuk melakukan pencegahan DBD. Analisis indikator keberhasilan pencegahan DBD di lingkungan dapat dilihat dari nilai ABJ, CI, HI dan BI. Nilai ABJ merupakan indikator suatu wilayah aman dari kejadian DBD dengan angka $\geq 95\%$ ⁽³⁵⁾. Sedangkan indikator suatu wilayah dikatakan berisiko tinggi penularan DBD jika $CI \geq 5\%$ dan $HI \geq 10\%$ serta indikator suatu wilayah dikatakan berisiko mengalami KLB DBD jika $BI \geq 50\%$ ⁽³⁷⁾. Data distribusi nilai ABJ, CI, HI dan BI pada saat *pretest* dan *posttest* secara keseluruhan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.10. Distribusi Nilai ABJ, CI, HI dan BI

Kelompok	Nilai Indikator (%)			
	ABJ	CI	HI	BI
Kelompok Kontrol				
<i>Pretest</i>	97%	0,48%	3%	3%
<i>Posttest</i>	90%	4,33%	10%	11,67%
Kelompok Perlakuan				
<i>Pretest</i>	83%	2,66%	17%	17%
<i>Posttest</i>	93,54%	4,91%	5%	5,83%

Tabel 4.10. menunjukkan nilai ABJ, CI, HI dan BI pada kelompok kontrol dan perlakuan saat *pretest* dan *posttest*. Kelompok perlakuan menunjukkan nilai ABJ *posttest* yang meningkat dari 83% saat *pretest* menjadi 93,54% ($<95\%$), nilai CI *posttest* yang meningkat dari 2,66% saat *pretest* menjadi 4,91% namun masih berada dibawah nilai $<5\%$, nilai HI *posttest* yang menurun dari 17% saat *pretest* menjadi 5% ($<10\%$) dan nilai BI *posttest* yang menurun dari 17% saat *pretest* menjadi 5,83% ($<50\%$).

Hasil yang didapatkan di kelompok perlakuan secara umum dapat dikatakan cukup baik karena nilai ABJ $<95\%$ yang bermakna bahwa tindakan PSN-DBD secara umum sudah dilakukan dengan benar namun masih dibawah target yakni

$\geq 95\%$, nilai CI $< 5\%$ dan HI $< 10\%$ yang bermakna bahwa kelompok perlakuan memiliki resiko rendah dalam kejadian DBD dan nilai BI $< 50\%$ yang bermakna bahwa penyakit DBD di kelompok perlakuan memiliki potensi rendah untuk menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB). Hasil-hasil tersebut menunjukkan perbedaan yang baik jika dibandingkan dengan nilai indikator saat *pretest*, hal ini berarti tindakan PSN-DBD saat *posttest* lebih baik dibandingkan saat *pretest* sehingga pemberian intervensi pencegahan DBD mampu mempengaruhi tindakan dan rutinitas PSN-DBD namun bukan menjadi faktor yang utama. Hal ini didukung dari hasil statistik hubungan rutinitas dengan keberadaan jentik, meskipun hasil pemberian intervensi pencegahan DBD mampu mempengaruhi tindakan dan rutinitas namun masih ditemukan responden bertindakan positif dan berrutinitas baik yang rumahnya ditemukan adanya keberadaan jentik nyamuk *Aedes aegypti*.

Tabel 4.10. juga menunjukkan nilai indikator ABJ, CI, HI dan BI di kelompok kontrol yang hasilnya nilai ABJ *posttest* menurun dari 97% saat *pretest* menjadi 90% ($< 95\%$), nilai CI *posttest* meningkat dari 0,48% saat *pretest* menjadi 4,33% namun masih dibawah nilai $< 5\%$, nilai HI *posttest* meningkat dari 3% saat *pretest* menjadi 10% ($\geq 10\%$) dan nilai BI *posttest* meningkat dari 3% saat *pretest* menjadi 11,67% ($< 50\%$). Hasil-hasil tersebut menunjukkan makna bahwa nilai indikator saat *posttest* menurun jika dibandingkan dengan nilai *pretest*. Kelompok kontrol saat *posttest* menjadi lebih berisiko terhadap penurunan penyakit DBD (nilai HI ≥ 10), namun nilai indikator yang lain masih berada pada rentang aman. Hal tersebut mungkin disebabkan karena responden beranggapan bahwa lingkungannya sudah tergolong aman dari kejadian DBD sehingga tindakan PSN-DBD seringkali diabaikan, dan tindakan PSN-DBD tidak dilakukan secara serentak. Pencegahan DBD dapat dikendalikan apabila terdapat kesadaran dari responden bahwa tindakan PSN-DBD berperan penting untuk pencegahan DBD, dan kemudian bersedia melakukan tindakan PSN-DBD secara serentak di lingkungannya, karena apabila faktor serentak tidak ada, maka jentik nyamuk dapat berkembang menjadi nyamuk dewasa dan terbang ke Tempat Penampungan Air/TPA rumah lain untuk bertelur di TPA tersebut dan membuat keberadaan jentik nyamuk *Aedes aegypti* menjadi lebih luas.

4.8. Keterbatasan Penelitian

- (1) Data pada penelitian diambil melalui kuesioner yang diolah dengan SPSS sehingga memungkinkan terjadinya bias pada hasil penelitian, hal ini disebabkan karena peneliti tidak mengetahui secara langsung tindakan PSN-DBD yang rutin dilakukan oleh responden.
- (2) Pemeriksaan Jentik Berkala/PJB yang dilakukan oleh peneliti dan jumentik setiap RT tidak dilakukan secara serentak pada waktu yang sama sehingga memungkinkan terjadinya bias antar wilayah yang diamati.
- (3) Peneliti tidak mencatat siklus pembersihan tempat penampungan air pada setiap rumah responden sehingga tidak mengetahui faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi keberadaan jentik selain kurangnya kegiatan menguras tempat penampungan air.
- (4) Pada saat penelitian berlangsung banyak responden yang menolak di teliti tempat penampungan air di dalam rumahnya dengan alasan sudah beralih ke teknik emberisasi sehingga data ABJ yang didapatkan pada penelitian belum mampu menggambarkan keamanan wilayah kelompok kontrol dan perlakuan dari kejadian DBD.
- (5) Peneliti hanya menganalisis hubungan tindakan PSN-DBD dengan sikap responden dimana hasil yang didapatkan tidak terdapat hubungan antara kedua variabel tersebut. Tindakan sendiri juga dapat dipengaruhi oleh karakteristik sosiodemografi responden seperti pekerjaan. Responden dengan latar belakang pekerjaan di bidang kesehatan dimungkinkan akan melakukan tindakan yang lebih positif dalam rangka pencegahan DBD.