

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian dengan judul Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan DBD terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, dan Kontinuitas Masyarakat Kecamatan Godean dan Mlati yang telah dilaksanakan pada bulan September-Oktober 2016, akan disajikan dalam bab ini. Penelitian dilakukan di tiga kelurahan yaitu kelurahan Sidoagung di Kecamatan Godean serta kelurahan Sinduadi dan Sumberadi di Kecamatan Mlati. Responden yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 110 orang, yaitu warga yang bersedia mengisi kuesioner secara lengkap dan bersedia diperiksa kontainer air di rumah untuk mengetahui angka bebas jentik serta indikator lain untuk mengetahui keberhasilan pencegahan DBD pada setiap rumah.

4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

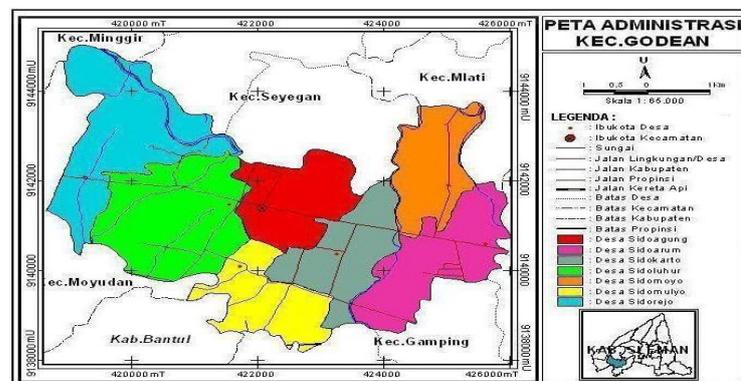
Kecamatan Godean dan Kecamatan Mlati merupakan Kecamatan yang berada di Kabupaten Sleman. Kecamatan Godean berada sekitar 10 km sebelah barat daya dari Ibukota Kabupaten Sleman dan menjadi pusat ekonomi bagi wilayah Sleman bagian barat. Luas wilayah Kecamatan Godean yaitu 2.684 Ha atau 26,84 km², berbatasan dengan⁽⁶⁴⁾:

Barat : Kecamatan Minggir

Utara : Kecamatan Mlati, Kecamatan Seyegan

Timur : Kecamatan Gamping

Selatan: Kecamatan Moyudan



Gambar 4.1. Wilayah Kecamatan Godean

Kecamatan Godean terdiri atas 7 desa/kelurahan yaitu Sidoagung, Sidoarum, Sidoluhur, Sidorejo, Sidomoyo, Sidokarto dan Sidomulyo dengan total jumlah penduduk sebanyak 70.522 jiwa terbagi atas 35.633 laki-laki dan 34.889 perempuan⁽⁵⁶⁾. Penelitian dilakukan di Desa Sidoagung yang merupakan ibukota Kecamatan Godean. Selanjutnya, desa Sidoagung disebut sebagai kelompok perlakuan.

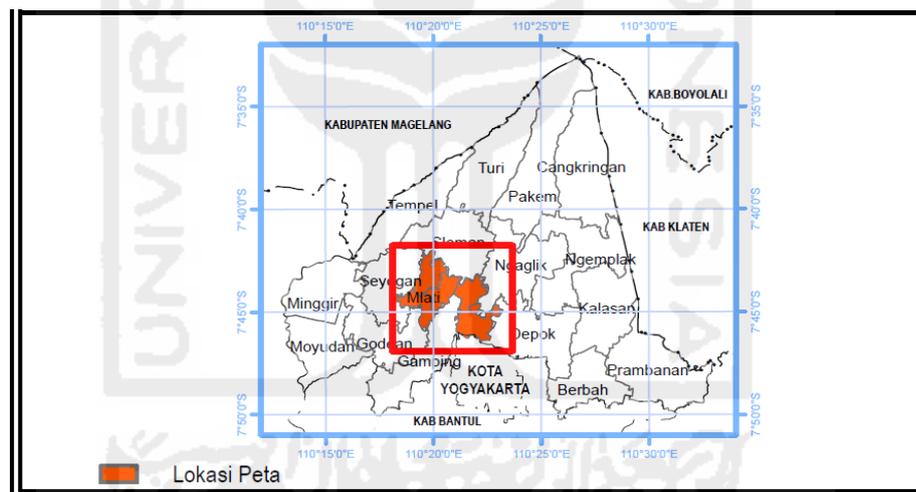
Kecamatan Mlati berada di sebelah selatan dari Ibukota Kabupaten Sleman. Luas wilayah Kecamatan Mlati yaitu 2.852 Ha atau 28,52 km², berbatasan dengan⁽⁶⁵⁾:

Utara : Kecamatan Sleman

Timur : Kecamatan Depok

Selatan: Kecamatan Godean

Barat : Kecamatan Seyegan



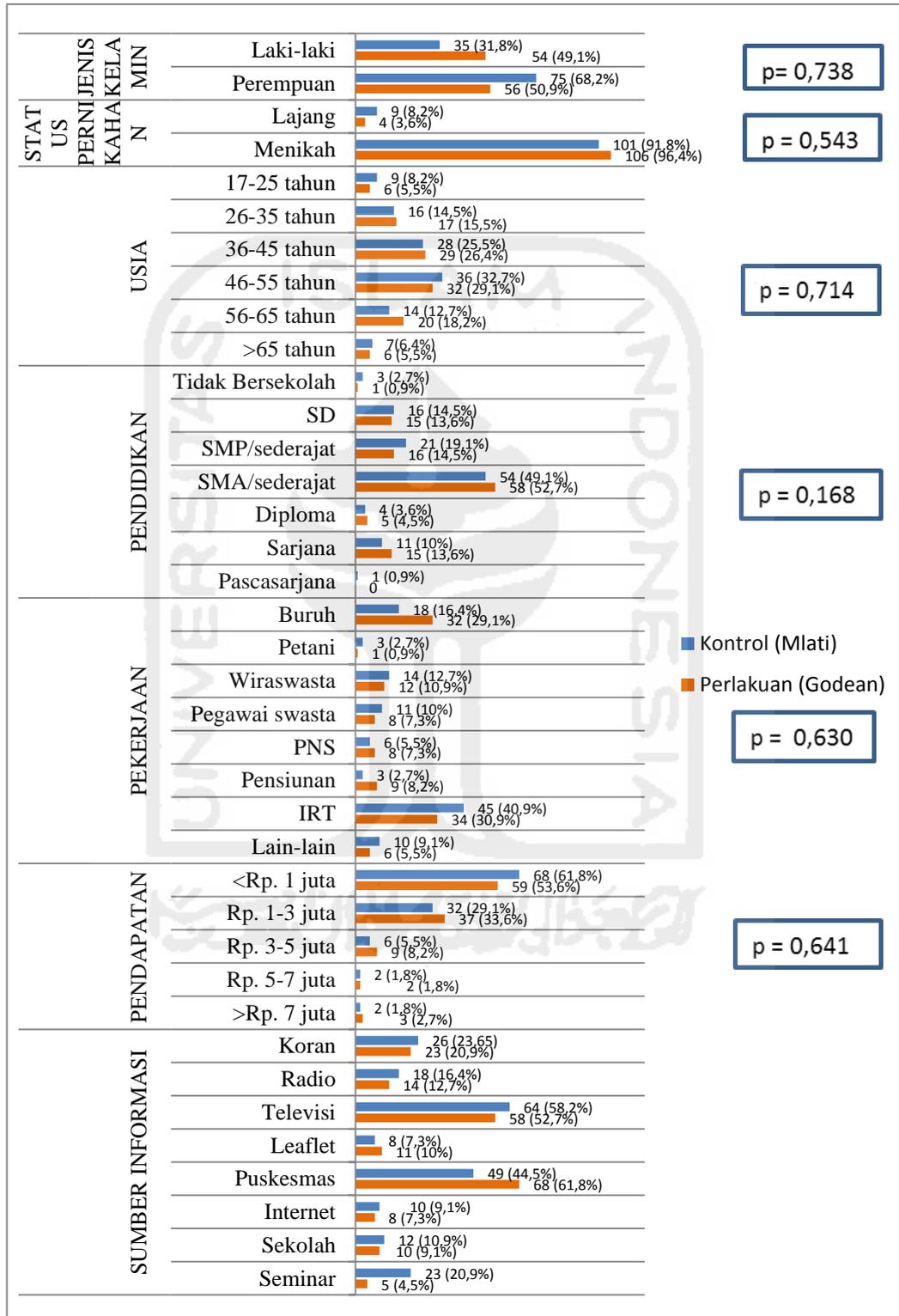
Gambar 4.2. Wilayah Kecamatan Mlati

Kecamatan Mlati terdiri dari 5 lima desa yaitu Sinduadi, Sendangadi, Tlogoadi, Tirtoadi, dan Sumberadi dengan total jumlah penduduk sebanyak 89.666 jiwa terbagi atas 40.037 laki-laki dan 44.629 perempuan⁽⁵⁶⁾. Penelitian dilakukan di Desa Sinduadi dan Desa Sumberadi, yang selanjutnya disebut sebagai kelompok kontrol.

4.2. Karakteristik Sosiodemografi Responden

Karakteristik sosiodemografi responden merupakan data diri responden yang mencakup karakteristik sosial dan demografi. Karakteristik sosiodemografi

yang dibahas dalam penelitian meliputi jenis kelamin, status pernikahan, usia, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan responden.



Gambar 4.3. Distribusi Karakteristik Sosiodemografi Responden

4.2.1. Jenis Kelamin

Berdasarkan gambar 4.3. diketahui bahwa dari 110 responden di kelompok perlakuan, jumlah responden laki-laki dan perempuan hampir sama yaitu perempuan sebanyak 54 (49,1%) dan laki-laki 56 (50,1%). Hasil ini sebanding dengan jumlah penduduk kelompok perlakuan berdasarkan jenis kelamin yang juga seimbang antara laki-laki dan perempuan⁽⁵⁶⁾. Sedangkan di kelompok kontrol, jumlah responden perempuan yaitu 75 responden. Jumlah ini lebih banyak dari responden laki-laki yang hanya 35 responden. Hal tersebut terjadi karena pengambilan sampel dilakukan dengan metode insidental sampling pada siang hari, sehingga responden yang peneliti jumpai berjenis kelamin perempuan karena laki-laki banyak beraktivitas di luar rumah pada siang hari.

4.2.2. Status Pernikahan

Mayoritas responden yang berpartisipasi dalam penelitian bertatus sudah menikah. Diketahui responden di kelompok perlakuan yang telah menikah sebanyak 106 responden, sedangkan 4 responden lain berstatus lajang. Responden di kelompok kontrol yang telah menikah sebanyak 101 responden, sedangkan yang belum menikah yaitu 9 responden. Salah satu kriteria inklusi yang ditetapkan dalam penelitian adalah warga yang berusia >17 tahun, yang juga merupakan usia minimal untuk menikah bagi perempuan. Sehingga di wilayah penelitian, seseorang dengan kriteria usia >17 tahun lebih banyak dijumpai warga yang telah menikah dibandingkan warga yang masih lajang untuk menjadi responden.

4.2.3. Usia

Usia adalah waktu yang dihitung dimulai sejak seseorang dilahirkan hingga berulang tahun yang terakhir sebelum penelitian dilakukan. Usia merupakan faktor yang diperhatikan dalam penelitian karena semakin cukup usia akan mempengaruhi kematangan seseorang dalam berpikir⁽⁶⁶⁾. Responden pada penelitian ini tersebar dalam kelompok usia yang beragam, namun paling banyak berada pada kelompok usia 46-55 tahun yaitu di kelompok perlakuan berjumlah 32 responden dan kelompok kontrol berjumlah 36 responden. Sedangkan jumlah paling sedikit yaitu responden dengan usia >65 tahun, karena pada usia tersebut seseorang sudah mulai sulit diajak berkomunikasi. Perkembangan mental

seseorang akan bertambah baik seiring pertambahan usia, namun dilain hal Ahmadi (2001) mengemukakan bahwa usia seseorang juga mempengaruhi daya ingatnya. Sehingga pada usia tertentu atau menjelang usia lanjut, kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan cenderung berkurang⁽⁶⁶⁾.

4.2.4. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu usaha untuk mengembangkan potensi individu melalui proses pembelajaran sehingga seseorang memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan dan keterampilan⁽⁶⁷⁾. Pendidikan menjadi sarana seseorang untuk memperoleh pengetahuan, pemahaman dan cara bertingkah laku. Pendidikan dibagi menjadi beberapa kategori berdasarkan jenjang pendidikan formal yang ada di Indonesia yaitu pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi.

Hampir separuh dari jumlah total responden baik di kelompok perlakuan atau kelompok kontrol memiliki pendidikan hingga SMA/ sederajat yang merupakan pendidikan tingkat menengah, sedangkan responden dengan tingkat pendidikan tinggi yaitu diploma, sarjana dan pascasarjana relatif sedikit. Data kependudukan Kabupaten Sleman pada semester pertama tahun 2016 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan terbanyak adalah SMA/ sederajat, sebanyak 21.854 orang di kelompok perlakuan dan 27.065 orang di kelompok kontrol sedangkan posisi ke dua jumlah penduduk berdasarkan jenjang pendidikan adalah penduduk tidak bersekolah yaitu 11.906 orang di kelompok perlakuan serta 15.007 orang di kelompok kontrol⁽⁵⁶⁾. Meskipun jumlah penduduk di wilayah penelitian banyak yang tidak bersekolah, namun jumlah responden dengan tingkat pendidikan tersebut sangat kecil yaitu hanya 1 responden di kelompok perlakuan (0,9%) dan 3 responden di kelompok kontrol (2,7%). Hal tersebut dikarenakan salah satu kriteria inklusi pemilihan responden dalam penelitian yaitu warga yang bisa membaca dan menulis, sedangkan keterampilan membaca dan menulis merupakan tujuan pembelajaran yang dicapai melalui jenjang pendidikan dasar⁽⁶⁷⁾. Namun tidak menutup kemungkinan orang yang tidak bersekolah tetap memiliki kemampuan membaca dan menulis, seperti yang dikemukakan Farida (2011) bahwa selain pendidikan, kemampuan membaca dapat dipengaruhi oleh faktor

lain yaitu faktor lingkungan dan psikologis (motivasi, minat, dan penyesuaian diri)⁽⁶⁸⁾.

4.2.5. Pekerjaan

Masyarakat yang berada di wilayah penelitian, umumnya bekerja dalam berbagai jenis pekerjaan yang sangat banyak jenis dan variasinya. Pekerjaan merupakan suatu rangkaian tugas yang dirancang untuk dikerjakan oleh seseorang dan sebagai imbalan diberikan upah dan gaji menurut kualifikasi dan berat ringannya pekerjaan tersebut⁽⁶⁹⁾. Berdasarkan gambar 4.3. didapatkan hasil bahwa responden terbanyak merupakan ibu rumah tangga, karena peneliti melakukan pemilihan sampel dengan insidental sampling sehingga banyak ditemui responden IRT yang lebih banyak beraktivitas di rumah. Kategori pekerjaan lain yang jumlahnya cukup tinggi yaitu buruh, di kelompok perlakuan responden yang memiliki pekerjaan ini sebanyak 32 orang dan di Kecamatan Mlati sebanyak 18 orang. Jenis pekerjaan lain yang digeluti responden yaitu petani, wiraswasta, pegawai swasta PNS dan pensiunan. Sedangkan kategori pekerjaan lain-lain yang tidak disebutkan namun dilakukan oleh sebagian responden di antaranya yaitu penjahit, sopir, dan perangkat desa.

4.2.6. Pendapatan

Pendapatan responden dibagi menjadi 5 kategori yaitu pendapatan kurang dari 1 juta, 1 juta hingga 3 juta, 3 juta hingga 5 juta, 5 juta hingga 7 juta dan di atas 7 juta. Berdasarkan gambar 4.3. diketahui bahwa lebih dari 50 persen responden, yaitu 59 responden di kelompok perlakuan dan 68 responden di kelompok kontrol memiliki pendapatan kurang dari satu juta rupiah. Pendapatan tersebut masih berada di bawah Upah Minimum Kabupaten Sleman tahun 2016. Pemerintah melalui Surat Keputusan Gubernur DIY Nomor 255/KEP/2015 tentang Upah Minimum Kabupaten/Kota (UMK) Tahun 2016 di Daerah Istimewa Yogyakarta yang berlaku mulai 1 Januari 2016 menetapkan bahwa besaran UMK di Kabupaten Sleman adalah Rp. 1.338.000,00⁽⁷⁰⁾.

Responden lain banyak menduduki kategori pendapatan antara 1 juta hingga 3 juta. Hal ini sesuai dengan jenis pekerjaan yang dimiliki oleh mayoritas responden, yaitu IRT dan buruh. Ibu rumah tangga hanya melakukan aktivitas di

rumah, sebagian besar tidak memiliki pekerjaan sendiri di luar rumah dan hanya mengatur perekonomian keluarga yang didapatkan dari penghasilan suami. Sedangkan pendapatan lebih dari 7 juta hanya dimiliki oleh 3 responden di kelompok perlakuan dan 2 responden di kelompok kontrol.

4.2.7. Sumber Informasi

Sumber informasi merupakan penyedia yang memberikan pemberitahuan, kabar, atau berita seputar penyakit DBD termasuk cara pencegahan demam berdarah melalui program Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus. Penelitian ini menyediakan beberapa pilihan yang mungkin digunakan responden untuk memperoleh informasi tersebut, diantaranya adalah koran, radio, televisi, leaflet, puskesmas, internet, sekolah, dan seminar. Sebanyak 58 responden (52,7%) di kelompok perlakuan dan 64 responden (58,2%) di kelompok kontrol mendapatkan informasi melalui televisi. Hal tersebut dikarenakan televisi merupakan media elektronik yang dimiliki hampir setiap rumah. Informasi yang disampaikan melalui perpaduan gambar dan suara mampu menarik perhatian sekaligus memberikan pengaruh yang kuat terhadap pemirsanya.

Sumber informasi lain yang banyak memberikan informasi mengenai DBD kepada responden yaitu puskesmas. Di kelompok perlakuan, lebih dari separuh jumlah responden mendapatkan informasi melalui puskesmas. Hal ini sesuai dengan dilakukannya intervensi yang merupakan rangkaian dalam penelitian yaitu intervensi berupa penyuluhan mengenai pencegahan DBD kepada masyarakat kelompok perlakuan yaitu wilayah Godean. Penyuluhan dilakukan melalui kerjasama peneliti dengan progamer DBD Puskesmas Godean 1 yang bertindak sebagai narasumber. Sumber informasi yang kurang diminati responden adalah *leaflet*. Hal ini dimungkinkan karena masyarakat masih kurang familier dengan bentuk dan kegunaan *leaflet*, sehingga informasi yang tercantum dalam *leaflet* tidak dibaca dengan sungguh-sungguh.

4.3. Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Kontinuitas dan Keberadaan Jentik

Gambaran tingkat pengetahuan, sikap, tindakan, kontinuitas masyarakat mengenai pencegahan demam berdarah *dengue* serta keberadaan jentik di wilayah

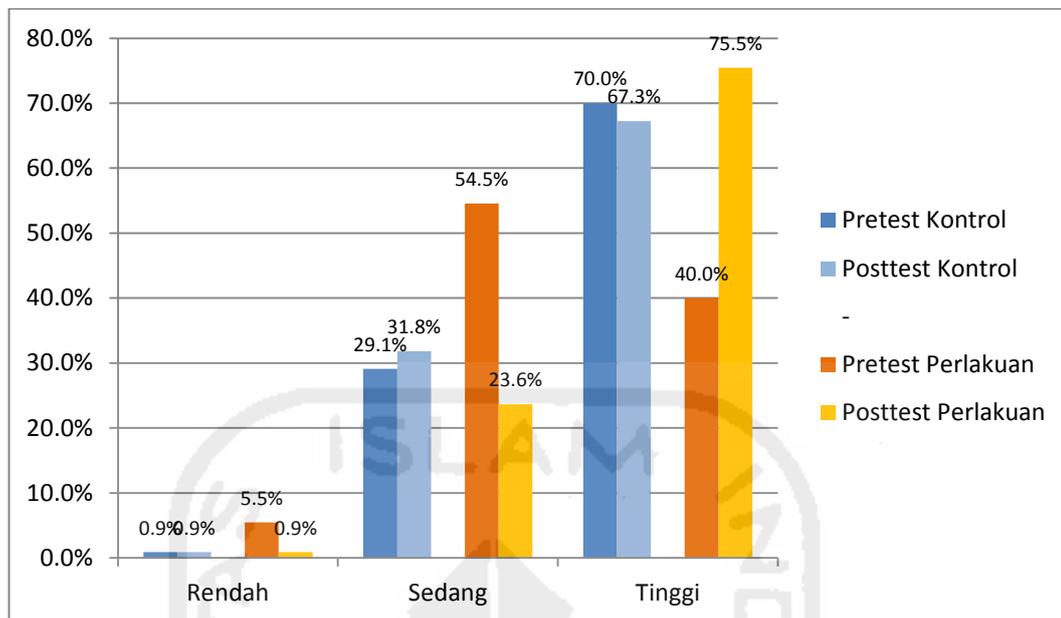
kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan jawaban kuesioner dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.1. Distribusi Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Kontinuitas, dan Keberadaan Jentik

Kategori	Mlati (Kontrol)		Godean (Perlakuan)	
	<i>Pretest</i> n (%)	<i>Posttest</i> n (%)	<i>Pretest</i> n (%)	<i>Posttest</i> n (%)
Pengetahuan				
Rendah	1 (0,9%)	1 (0,9%)	6 (5,5%)	1 (0,9%)
Sedang	32 (29,1%)	35 (31,8%)	60 (54,5%)	26 (23,6%)
Tinggi	77 (70%)	74 (67,3%)	44 (40%)	83 (75,5%)
Sikap				
Negatif	11 (10%)	10 (9,1%)	26 (23,6%)	13 (11,8%)
Positif	99 (90%)	100 (90,9%)	84 (76,4%)	97 (88,2%)
Tindakan				
Negatif	47 (42,7%)	45 (40,9%)	35 (31,8%)	25 (22,7%)
Positif	63 (57,3%)	65 (59,1%)	75 (68,2%)	85 (77,3%)
Kontinuitas				
Kurang	93 (84,5%)	87 (80,9%)	67 (60,9%)	71 (64,5%)
Baik	17 (15,5%)	23 (19,1%)	43 (39,1%)	39 (35,5%)
Keberadaan Jentik				
Ada	19 (17,3%)	16 (14,5%)	20 (18,2%)	11 (10%)
Tidak	91 (82,7%)	94 (85,5%)	90 (81,8%)	99 (90%)

4.3.1. Pengetahuan

Pengetahuan responden berdasarkan kuesioner terbagi menjadi tiga kategori yaitu pengetahuan kurang, pengetahuan sedang, dan pengetahuan baik. Pengetahuan merupakan keseluruhan pemikiran, gagasan, ide, konsep dan pemahaman yang diperoleh melalui penginderaan melalui mata dan telinga oleh manusia. Pengetahuan menjadi unsur yang penting untuk membentuk perilaku seseorang⁽⁴²⁾, sehingga adanya tingkat pengetahuan yang baik akan menimbulkan kesadaran yang baik dan menjadi faktor awal dari tindakan seseorang.

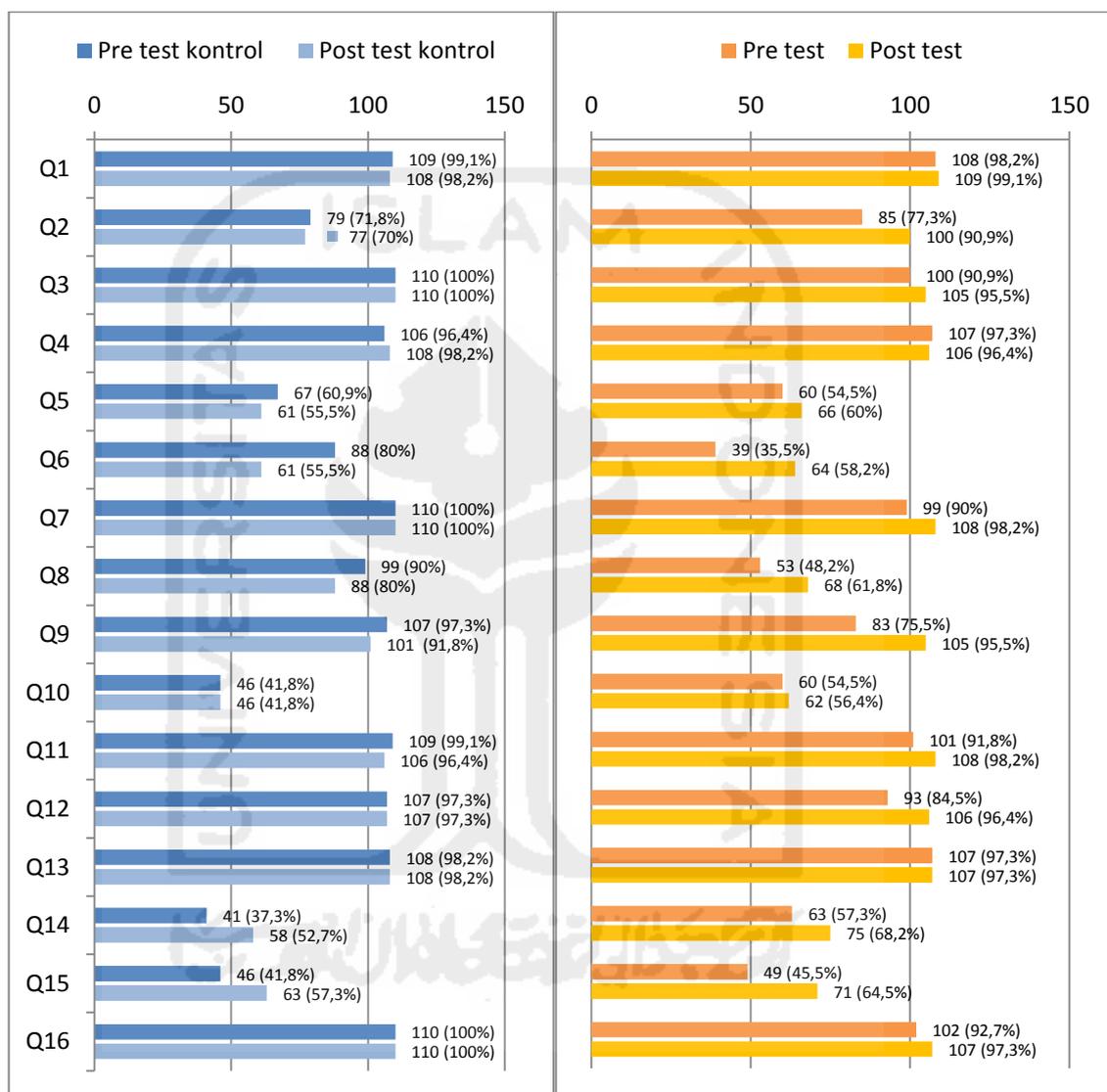


Gambar 4.4. Distribusi Persentase Tingkat Pengetahuan Responden

Gambar 4.4. menunjukkan tingkat pengetahuan responden kelompok kontrol saat pretest yaitu 1 (0,9%) responden memiliki pengetahuan rendah, 32 (29,1%) responden memiliki pengetahuan sedang dan 77 (70%) responden memiliki pengetahuan yang tinggi. Pada saat *post-test*, terjadi sedikit perubahan pengetahuan yang terlihat dari penurunan jumlah responden yang memiliki pengetahuan tinggi menjadi 74 (67,3%) responden, dan peningkatan responden yang memiliki pengetahuan sedang dari 32 responden menjadi 35 responden. Sedangkan pada kelompok perlakuan, hasil *pre-test* menunjukkan bahwa 6 (5,5%) responden memiliki tingkat pengetahuan rendah, 60 (54,5%) responden memiliki pengetahuan sedang dan 44 (40%) responden memiliki pengetahuan yang tinggi. Setelah responden mendapatkan perlakuan pemberian informasi mengenai DBD, jumlah responden dengan pengetahuan rendah mengalami penurunan menjadi 1 (0,9%) orang, sedangkan responden dengan tingkat pengetahuan yang tinggi meningkat menjadi 83 (75,5%) orang.

Kuesioner tingkat pengetahuan terdiri dari 16 pertanyaan mengenai DBD 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. Pertanyaan nomor 11, 12, 13, 14, dan 15 merupakan pertanyaan mengenai pengobatan dan pencegahan DBD.



Gambar 4.5. Distribusi Persentase Pengetahuan Responden Tiap Pertanyaan Pengetahuan Mengenai DBD

Keterangan :

- Q1 : DBD (Demam Berdarah *Dengue*) disebabkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*
 Q2 : Siklus hidup nyamuk *Aedes* adalah satu minggu
 Q3 : Air yang menggenang merupakan tempat nyamuk berkembang biak

- Q4 : DBD tidak mengenal usia
- Q5 : Wabah DBD dimulai saat cuaca panas
- Q6 : DBD merupakan penyakit seperti flu
- Q7 : Tanda dan gejala umum DBD adalah demam tinggi, menggigil (rasa dingin), sakit kepala yang hebat, sakit pada otot dan sendi
- Q8 : DBD dapat menular lewat darah
- Q9 : Siklus penularan DBD adalah manusia – nyamuk – manusia lain
- Q10 : Nyamuk penular *dengue* hanya menggigit pada pagi hari saja
- Q11 : Cara menanggulangi DBD adalah dengan mencegah penyebaran dan perkembangbiakan nyamuk
- Q12 : Bubuk ABATE bermanfaat untuk membunuh larva nyamuk *dengue*
- Q13 : Gerakan 3M adalah menguras, menutup penampung air serta mengubur barang bekas
- Q14 : Ada vaksin untuk mencegah DBD
- Q15 : Parasetamol adalah obat pilihan untuk DBD
- Q16 : Penyakit DBD dapat menimbulkan kematian

Presentase tingkat pengetahuan berdasarkan jawaban responden untuk setiap nomor pertanyaan dapat dilihat pada Gambar 4.5. Diketahui bahwa mayoritas responden yaitu lebih dari 98% pada kelompok kontrol ataupun perlakuan mengetahui bahwa penyakit DBD merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang disebarkan nyamuk *Aedes aegypti*, namun tidak semua responden tersebut mengetahui bahwa siklus hidup nyamuk Aedes adalah satu minggu. Hasil *post-test* menunjukkan hanya 70% responden kelompok kontrol dan 90,91% responden kelompok perlakuan yang menjawab pertanyaan tersebut dengan benar. Semua responden kelompok kontrol juga mengetahui bahwa air menggenang merupakan tempat nyamuk *Aedes Aegypti* berkembang biak, sedangkan responden kelompok perlakuan yang mengetahui hal ini setelah diberi penyuluhan hanya 95,45%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa responden memiliki pengetahuan yang cukup baik mengenai vektor DBD yaitu nyamuk *Aedes aegypti*, meskipun masyarakat masih belum memahami mengenai waktu vektor beraktivitas. Hal tersebut terlihat dari sedikitnya jumlah responden yang

mengetahui bahwa nyamuk *Aedes* tidak hanya menggigit pada pagi hari saja yaitu pukul 08.00-10.00, namun nyamuk juga menggigit pada sore hari antara pukul 15.00-17.00⁽²⁹⁾.

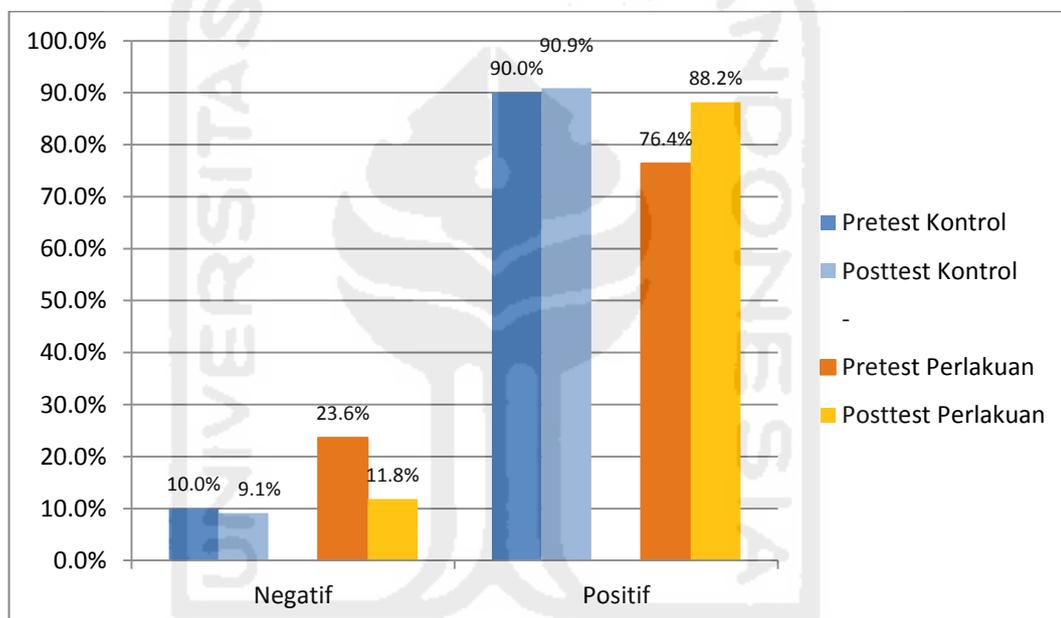
Pengetahuan responden mengenai penyakit DBD masih rendah. Responden tahu bahwa penyakit DBD dapat menyerang semua orang dari berbagai usia, namun responden belum cukup tahu bahwa wabah DBD tidak dimulai saat cuaca panas melainkan ketika musim penghujan. Berdasarkan hasil *post-test* kelompok perlakuan, hanya 61,82% responden yang mengetahui bahwa DBD dapat menular lewat darah, meskipun 95,45% responden telah mengetahui bahwa siklus penularan virus yaitu dari manusia-nyamuk-manusia. Ketika nyamuk menggigit manusia yang terinfeksi virus *dengue*, maka virus dalam darah akan ikut terhisap ke dalam tubuh nyamuk dan tersebar di dalam kelenjar liur sehingga saat nyamuk menghisap darah manusia lain, orang tersebut akan terinfeksi virus *dengue*⁽⁷¹⁾. Tanda dan gejala umum DBD sudah dipahami oleh responden, diantaranya yaitu demam tinggi, menggigil (rasa dingin), sakit kepala yang hebat, sakit pada otot dan sendi serta dapat mengakibatkan kematian jika tidak segera ditangani.

Pengetahuan responden mengenai pencegahan dan penanggulangan DBD sudah cukup baik, dilihat dari presentase responden menjawab benar pertanyaan terkait pada kuesioner. Responden mengetahui bahwa cara menanggulangi DBD adalah dengan mencegah penyebaran dan perkembangbiakan nyamuk, yang dilakukan dengan pengendalian kimia melalui penggunaan ABATE untuk membunuh larva nyamuk serta dengan pengendalian lingkungan berupa gerakan 3M yaitu menguras, menutup penampungan air dan mengubur barang bekas^(10,28). Vaksin DBD sudah mendapatkan izin edar di Indonesia, namun belum dipasarkan secara luas sehingga dapat dikatakan bahwa belum tersedia vaksin untuk mencegah DBD. Sebanyak 52,73% responden kelompok kontrol dan 68,18% responden kelompok perlakuan mengetahui hal tersebut. Terapi untuk DBD terdiri dari 2 yaitu terapi suportif dan terapi simptomatik. Parasetamol bukan merupakan obat pilihan untuk DBD sebab tidak dimaksudkan untuk membunuh virus *dengue*,

melainkan hanya sebagai terapi simptomatik yaitu untuk penurun panas serta anti nyeri dan 64,55% responden mampu menjawab dengan tepat.

4.3.2. Sikap

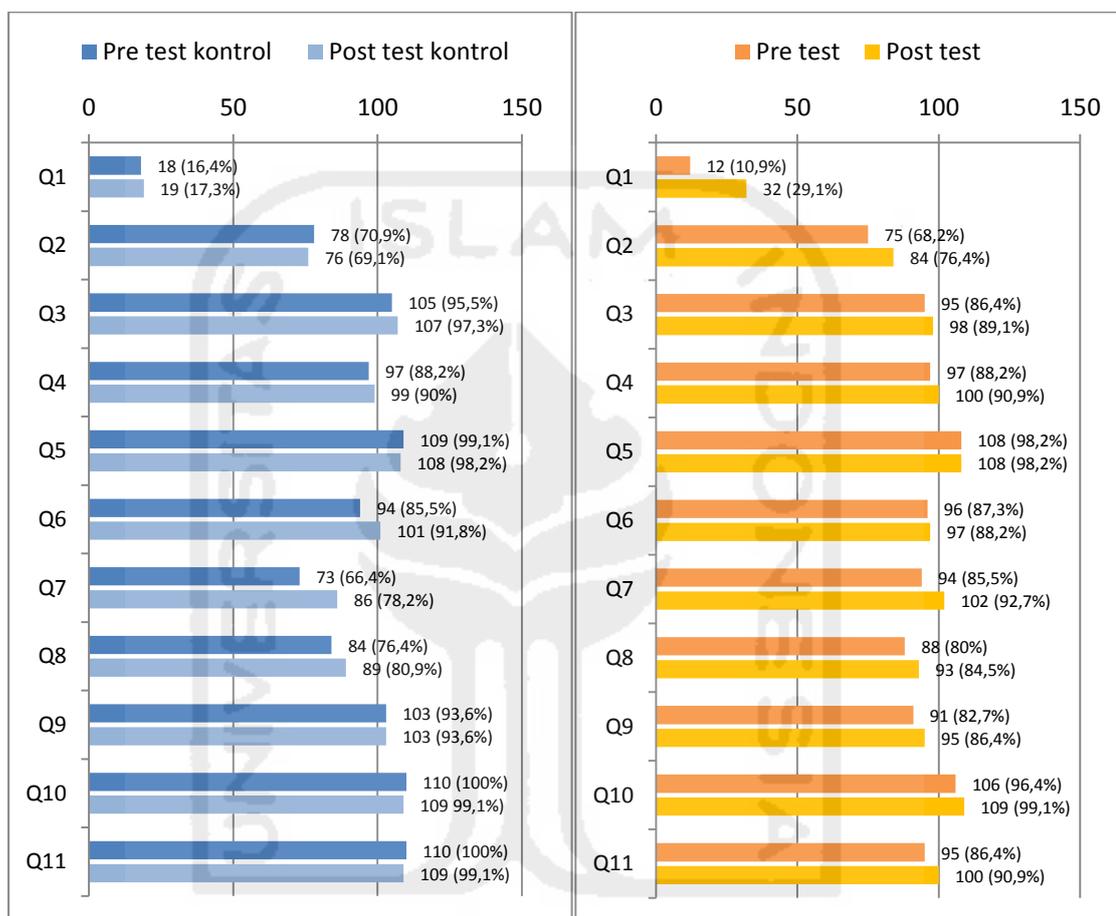
Sikap merupakan suatu pola kebiasaan yang berhubungan dengan cara merasakan, berpikir, bertindak laku dalam suatu situasi⁽⁴⁴⁾. Sikap menggambarkan respon tertutup seseorang terhadap suatu objek, sebagai persiapan untuk bertindak. Sikap responden dibagi menjadi dua kategori, yaitu sikap positif dan sikap negatif.



Gambar 4.6. Distribusi Presentase Kategori Sikap Responden

Gambar 4.6 menjelaskan bahwa responden kelompok kontrol pada saat *pre-test* yang bersikap positif yaitu sebanyak 99 (90%) responden dan sikap negatif 11 (10%) responden. Pada saat *post-test*, 100 responden memiliki sikap positif dan 10 responden memiliki sikap negatif. Sedangkan pada kelompok perlakuan, hasil *post-test* menunjukkan bahwa 97 responden memiliki sikap positif dan 13 responden memiliki sikap negatif. Jumlah responden dengan sikap positif kelompok perlakuan lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol, namun sudah mengalami peningkatan dibandingkan sikap responden kelompok perlakuan saat *pre-test* yaitu 84 responden. Secara umum, sikap positif responden terhadap

pengecahan demam berdarah *dengue* lebih banyak dibandingkan responden dengan sikap negatif. Sikap yang dimiliki oleh seseorang baik positif ataupun negatif, akan mendorong seseorang tersebut untuk melakukan suatu tindakan⁽⁷²⁾.



Gambar 4.7. Distribusi Persentase Sikap Responden Tiap Pertanyaan Sikap Mengenai DBD

Keterangan :

- Q1 : Pengasapan (*fogging*) oleh dinas kesehatan cukup penting untuk mencegah DBD
- Q2 : Pencegahan DBD adalah tanggung jawab petugas kesehatan dan Pemerintah Daerah.
- Q3 : Memberantas pertumbuhan larva nyamuk adalah tindakan sia – sia
- Q4 : Mengobati DBD dengan segera tidak diperlukan sebab tidak ada obat untuk menyembuhkannya

- Q5 : Masyarakat memiliki peranan yang paling penting dalam penanggulangan DBD
- Q6 : Menguras bak penampung air merupakan kegiatan yang sia – sia sebab bak tersebut hampir digunakan setiap hari
- Q7 : Anda merasa perlu mengganti air dalam vas bunga maupun air minum burung meskipun masih jernih
- Q8 : Anda merasa tidak perlu menaburkan bubuk ABATE pada bak penampung air karena takut airnya terminum
- Q9 : Anda tidak ada waktu untuk mengubur kaleng atau barang bekas yang dapat menampung air
- Q10 : Anda merasa gerakan 3M penting dilakukan untuk mencegah DBD
- Q11 : Anda takut terhadap DBD

Berdasarkan Gambar 4.7. Sebagian besar responden menganggap bahwa pengasapan (*fogging*) yang dilakukan oleh dinas kesehatan cukup penting untuk mencegah DBD, padahal *fogging* sendiri baru dilakukan jika terdapat laporan bahwa dalam suatu wilayah telah terjadi kasus DBD⁽²⁸⁾. Selain itu, *fogging* hanya dimaksudkan untuk membunuh nyamuk dewasa tanpa memberantas fase lain dari vektor, sehingga yang menjawab benar bahwa *fogging* tidak cukup penting dalam mencegah DBD pada kelompok kontrol hanya 17,27% responden dan pada kelompok perlakuan hanya 29,09% responden meskipun sebelumnya telah mendapat penyuluhan pencegahan DBD. Perlu dilakukan metode lain untuk meningkatkan keberhasilan pencegahan DBD, yaitu dengan pemberantasan larva nyamuk seperti yang telah diketahui oleh 97,27% responden kelompok kontrol dan 89,09% responden kelompok perlakuan. Sebanyak 76,36% responden kelompok perlakuan sepakat bahwa pencegahan DBD bukan hanya tanggung jawab petugas kesehatan serta pemerintah daerah, akan tetapi justru masyarakat yang memiliki peranan paling penting dalam penanggulangan DBD. Pernyataan tersebut disetujui sebanyak 98,18% responden baik dari kelompok kontrol ataupun kelompok perlakuan.

Peran masyarakat dalam penanggulangan DBD dapat dimulai dari pelaksanaan gerakan 3M untuk memberantas sarang nyamuk dan memutus

perkembangbiakan nyamuk vektor DBD serta perlu untuk melakukan penaburan bubuk abate pada bak penampungan air tanpa harus takut terminum. Abate merupakan butiran yang memiliki kandungan temephos, yaitu pestisida golongan organofosfat yang biasa digunakan sebagai larvasida untuk mengontrol perkembangbiakan larva nyamuk. Abate memiliki kemampuan membunuh larva selama 3 bulan sejak ditaburkan di penampungan air, dengan catatan penampungan tersebut tidak dibersihkan dengan cara digosok. Pada konsentrasi yang dianjurkan yaitu 1 gram dalam 10 liter air, abate tidak berbahaya bagi manusia, burung, ikan, dan binatang peliharaan lain⁽⁷³⁾.

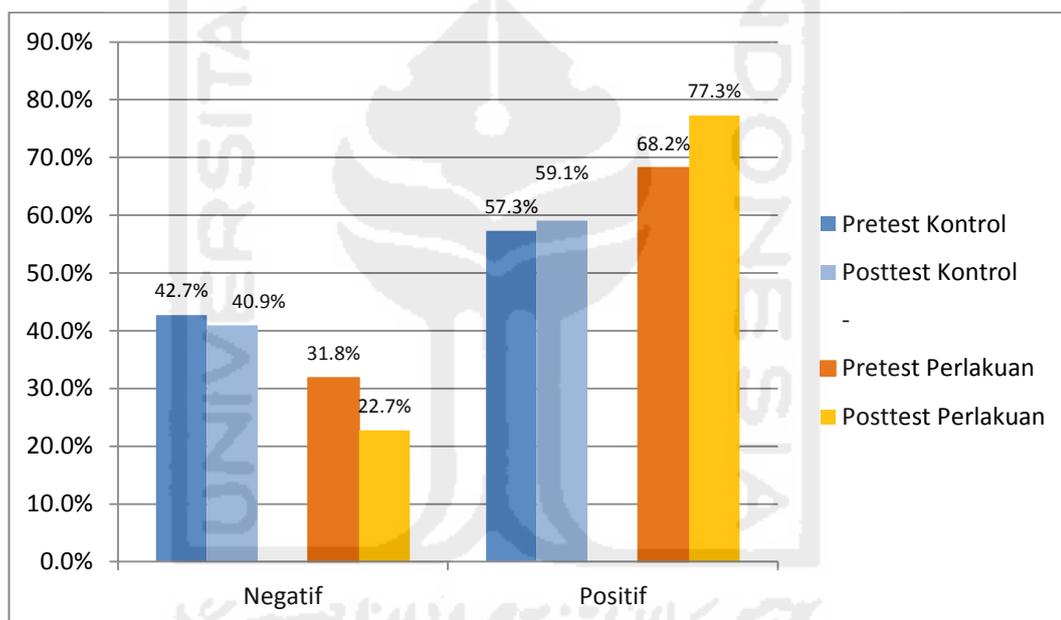
Pernyataan menguras adalah hal yang sia-sia merupakan sikap yang tidak baik, sebanyak 91,82% responden kelompok kontrol dan 88,18% responden kelompok perlakuan tidak setuju dengan hal tersebut. Selain menguras bak penampung air, 92,73% responden kelompok perlakuan merasa bahwa air pada vas bunga dan air minum burung juga perlu diganti dengan rutin meskipun masih jernih. Sikap kelompok kontrol dalam menyikapi hal tersebut sedikit berbeda, yaitu hanya 78,18% responden yang memiliki sikap baik dalam menanggapi hal tersebut. Mengubur barang bekas yang dapat menampung air seharusnya dilakukan oleh masyarakat karena hal tersebut merupakan salah satu yang dapat dilakukan untuk mencegah DBD dan sebanyak 93,64% responden dari kelompok kontrol dan 86,36% responden dari kelompok perlakuan menjawab dengan sikap baik.

Tingkat kematian akibat DBD tidak akan tinggi apabila penderita DBD segera dirawat dengan perawatan yang tepat. Oleh karena itu, pernyataan bahwa pengobatan DBD dengan segera tidak diperlukan merupakan pernyataan yang tidak tepat, responden menjawab dengan baik sebanyak 99,09% responden baik dari kelompok kontrol ataupun kelompok perlakuan. Pernyataan takut terhadap DBD merupakan pernyataan yang tepat, sebab adanya rasa takut terhadap penyakit DBD dapat mendorong kepedulian masyarakat agar bersedia melakukan pencegahan terhadap penyakit DBD dan mengupayakan pengobatan sesegera mungkin untuk penderita DBD. Sebanyak 99,09% responden kelompok kontrol

setuju, sedangkan pada kelompok perlakuan hanya 90,91% responden yang setuju terhadap pernyataan tersebut.

4.3.3. Tindakan

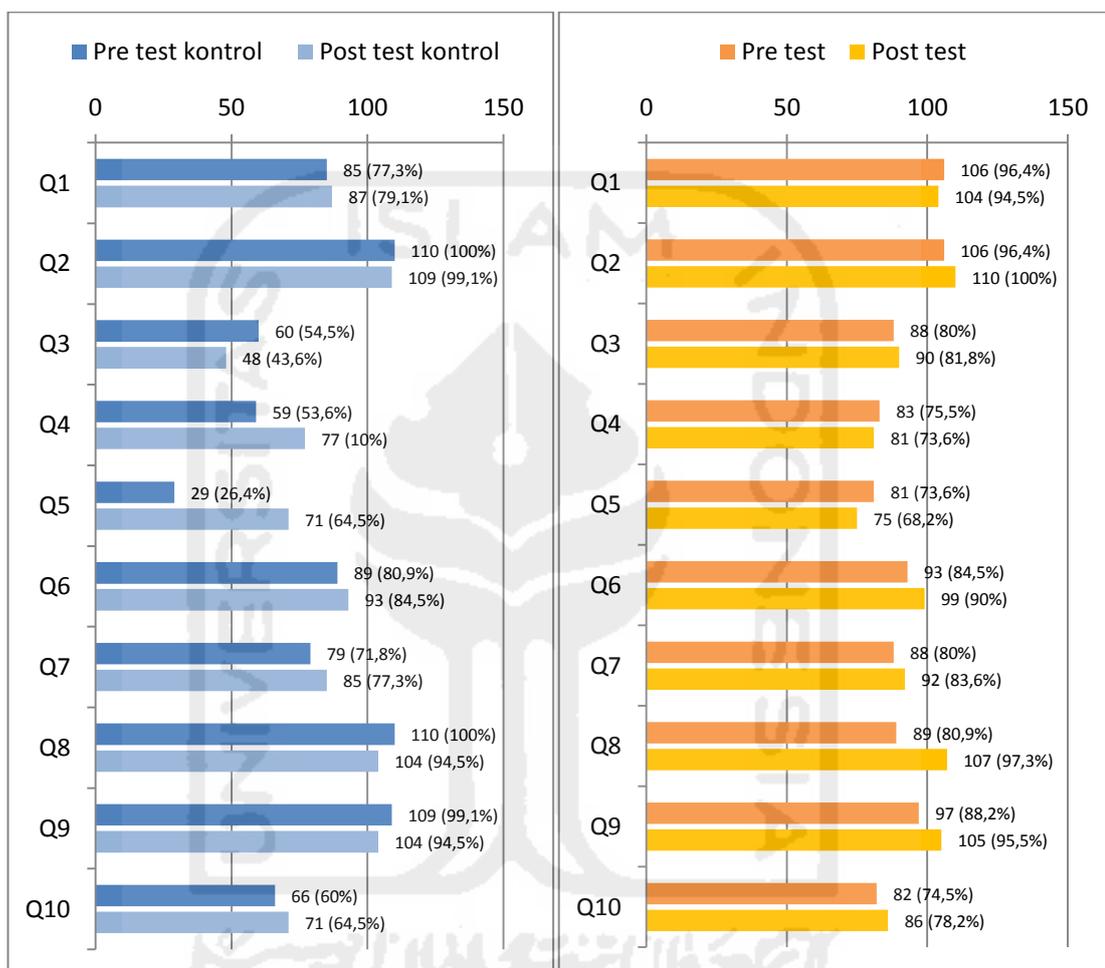
Tindakan merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang telah tampak dan merupakan perwujudan dari suatu sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata⁽⁴³⁾. Pengukuran tindakan dilakukan dengan mengetahui kegiatan-kegiatan yang dilakukan responden melalui pengisian kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan. Tindakan responden dalam pencegahan demam berdarah, selanjutnya dibagi menjadi dua kategori yaitu tindakan positif dan negatif.



Gambar 4.8. Distribusi Kategori Tindakan Responden

Berdasarkan Gambar 4.8 diketahui bahwa pada kelompok kontrol, tindakan responden saat *pre-test* yaitu 47 (42,7%) responden memiliki tindakan negatif dan 63 (57,3%) responden memiliki tindakan positif. Hasil *post-test* menunjukkan sedikit perubahan yaitu responden dengan tindakan positif meningkat menjadi 65 (59,1%) dan responden dengan tindakan negatif berkurang menjadi 45 (40,9%) responden. Pada kelompok perlakuan, tindakan responden juga mengalami peningkatan setelah mendapat penyuluhan. Semula ketika *pre-test*, responden dengan tindakan negatif sebanyak 35 (31,8%) dan tindakan positif

25 (22,7%) responden. Sedangkan ketika *post-test*, tindakan negatif berkurang menjadi 25(22,7%) responden dan tindakan positif meningkat menjadi 85 (77,3%) responden.



Gambar 4.9. Distribusi Persentase Tindakan Responden Tiap Pertanyaan Tindakan Mengenai Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) DBD

Keterangan :

- Q1 : Apakah Anda segera menutup tempat penampungan air (contoh: ember) setelah menggunakannya?
- Q2 : Apabila terdapat jentik-jentik nyamuk Aedes di dalam bak penampungan air, apakah Anda segera melakukan sesuatu untuk membersihkannya?
- Q3 : Apakah Anda selalu mengganti air dalam pot bunga di dalam rumah setiap minggu?

- Q4 : Apakah Anda mengganti air di dalam vas bunga?
- Q5 : Apakah Anda memeriksa adanya jentik nyamuk di dalam vas bunga ?
- Q6 : Apakah Anda memeriksa terdapat sampah atau limbah yang dapat menghambat aliran air di sekitar rumah Anda? (contoh: aliran air comberan, aliran air talang rumah.
- Q7 : Jika iya, apakah Anda membuangnya ke tempat sampah?
- Q8 : Apakah Andan ikut berpartisipasi dalam kegiatan pencegahan demam berdarah di wilayah Anda?
- Q9 : Apakah Anda memeriksa adanya jentik nyamuk Aedes di tempat penampungan air?
- Q10 : Apakah Anda memeriksa dan membersihkan saluran air/talang air ketika musim hujan

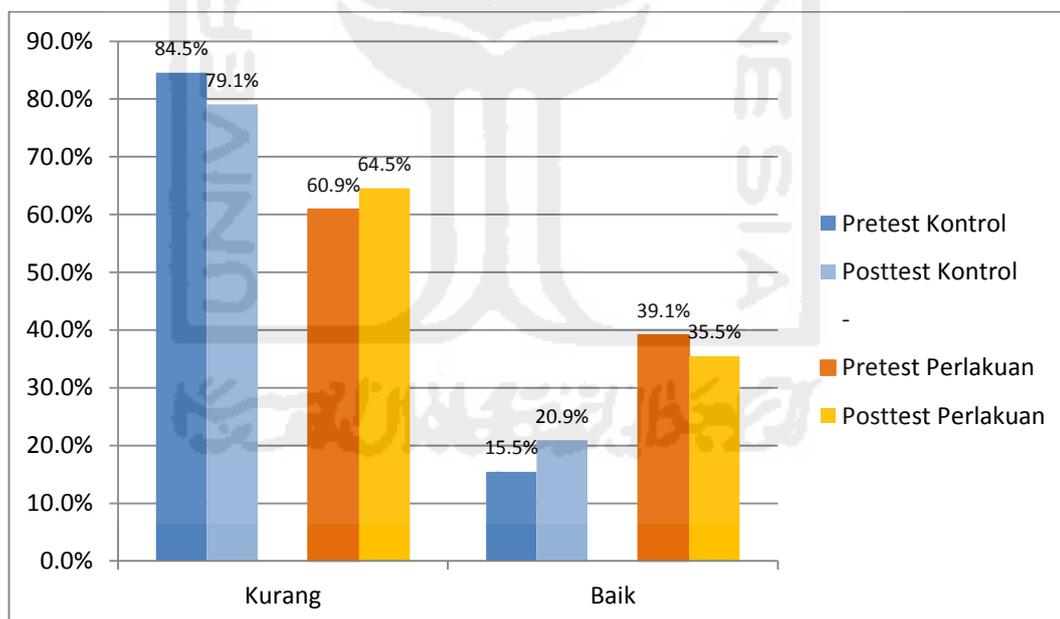
Gambar 4.9. menggambarkan presentase tindakan responden dalam setiap pertanyaan. Salah satu gerakan 3M adalah menutup penampungan air setelah digunakan. Hal ini hanya dilakukan oleh 79,09% responden dari kelompok kontrol, sedangkan pada kelompok perlakuan yang telah mendapatkan penyuluhan, tindakan tersebut sudah dilakukan oleh 94,55% responden. Lebih dari 94% responden di kelompok kontrol dan perlakuan juga ikut berpartisipasi dalam kegiatan pencegahan demam berdarah di daerah masing-masing melalui tindakan pemeriksaan jentik nyamuk di tempat penampungan air dan pelaksanaan tindakan positif lain yaitu membersihkan bak penampungan air sesegera mungkin apabila ditemukan adanya jentik-jentik nyamuk. Responden di kelompok perlakuan juga banyak yang telah ikut memeriksa sampah atau limbah yang menghambat saluran air yaitu 90% responden, namun hanya 83,64% responden yang membuang limbah ke dalam tempat sampah.

Tindakan yang negatif dari masyarakat ditunjukkan dengan kurangnya kesadaran masyarakat untuk memeriksa keberadaan jentik dalam tempat berisi air salah satunya yaitu vas bunga yang hanya dilakukan oleh 64,55% responden kelompok kontrol dan 68,18% responden kelompok perlakuan. Bahkan, di kelompok kontrol responden yang mengganti air di dalam pot bunga hanya 43,64% responden, jauh berbeda dengan kelompok perlakuan yang memiliki

sikap positif mengenai hal tersebut sebanyak 81,82% responden. Selain itu, responden juga masih banyak yang tidak memeriksa dan membersihkan saluran air/ talang ketika musim hujan. Keadaan ini terjadi karena keberadaan talang air yang sulit untuk dijangkau karena umumnya berada di bagian atap. Seharusnya, seluruh responden membersihkan saluran air/ talang karena genangan air dapat menjadi tempat hidup nyamuk *Aedes aegypti*.

4.3.4. Kontinuitas

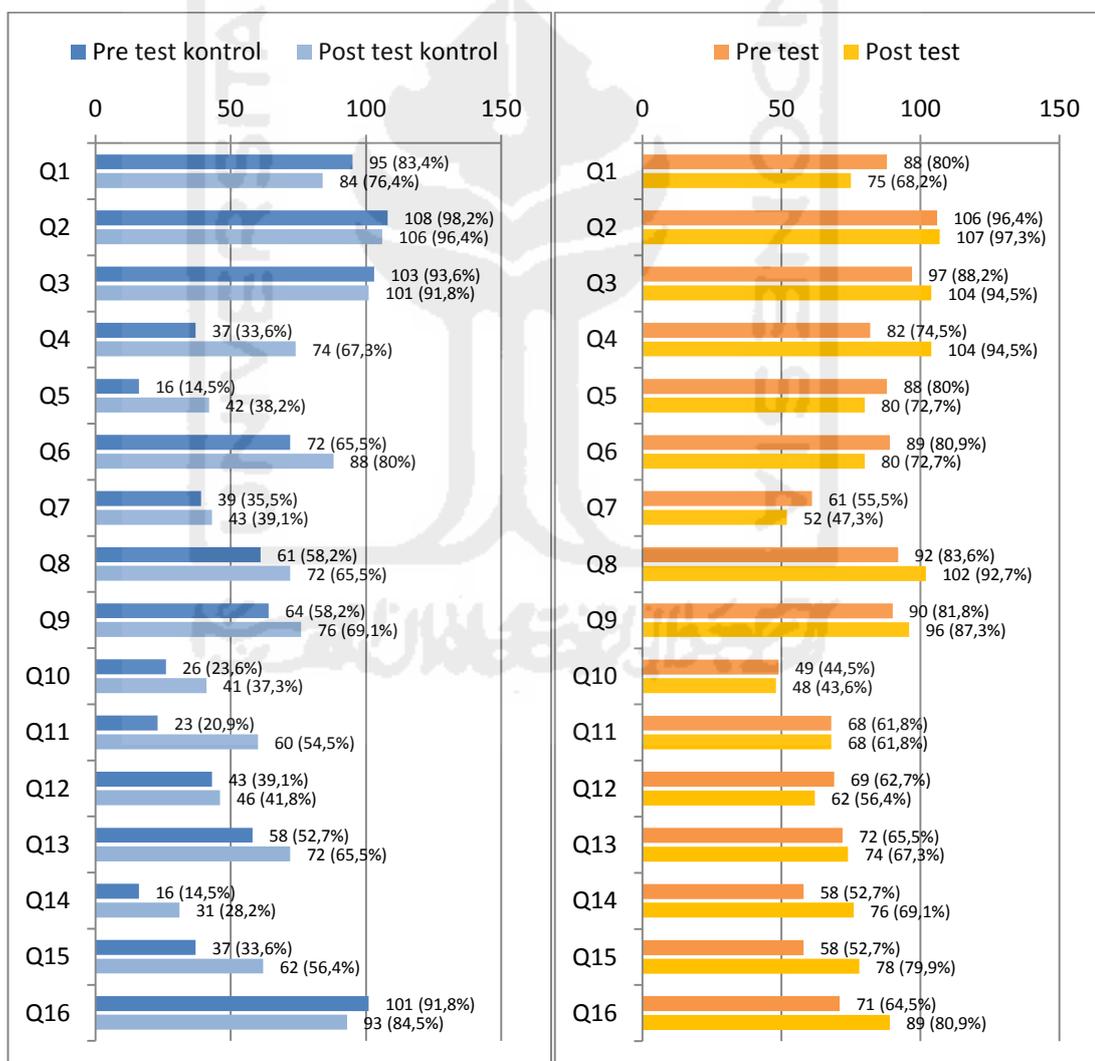
Kontinuitas adalah suatu tindakan yang dilakukan secara bertahap dan terus menerus. Kontinuitas dalam pencegahan DBD berarti keteraturan masyarakat dalam melaksanakan tindakan pencegahan DBD. Pertanyaan kuesioner untuk mengukur kontinuitas responden dalam melaksanakan PSN DBD terdiri dari 16 pertanyaan dan kontinuitas responden dapat dikategorikan menjadi baik dan kurang baik.



Gambar 4.10. Distribusi Presentase Kategori Kontinuitas Responden

Hasil yang diperoleh dalam penelitian seperti yang dapat dilihat dalam Gambar 4.10 menunjukkan bahwa kontinuitas masyarakat baik pada kelompok kontrol ataupun kelompok perlakuan masih kurang baik. Hasil *pre-test* kelompok kontrol, 93 (84,5%) responden tergolong memiliki rutinitas yang kurang dan

hanya 17 (15,5%) responden yang memiliki kontinuitas baik. Sedangkan hasil *post-test*, respondeng dengan kontinuitas kurang sebanyak 87 (80,9%) responden dan responden dengan kontinuitas baik sebanyak 23 (19,1%) responden. Kontinuitas responden kelompok perlakuan yang mendapat penyuluhan sedikit lebih baik dibandingkan kelompok kontrol, namun tetap dikatakan masih kurang karena responden dengan dengan kontinuitas baik hanya 39 (35,5%). Bahkan angka tersebut mengalami penurunan dibandingkan hasil *pre-test* yang mencapai 43 (39,1%) responden dengan kontinuitas baik. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh kebiasaan responden yang belum secara rutin dan teratur melakukan tindakan PSN DBD.



Gambar 4.11. Distribusi Persentase Kontinuitas Responden Tiap Pertanyaan Kontinuitas Mengenai DBD

Keterangan :

- Q1 : Apakah di rumah anda dalam 1 minggu ada jadwal bersih-bersih rumah secara menyeluruh?
- Q2 : Apakah dalam 1 minggu ada kegiatan menguras bak mandi/WC?
- Q3 : Apakah dalam 1 minggu ada kegiatan menguras drum/ember ?
- Q4 : Apakah dalam 1 minggu ada kegiatan menguras tempayan/gentong ?
- Q5 : Apakah jika ada barang bekas yang dapat menampung air hujan anda menguburnya?
- Q6 : Apakah jika ada barang bekas yang menampung air hujan anda membuangnya?
- Q7 : Apakah jika ada barang bekas yang menampung air hujan anda mengolahnya/memafaatkannya?
- Q8 : Apakah setiap selesai menggunakan tempat penampungan air anda selalu menutupnya?
- Q9 : Apakah setiap selesai menggunakan tempat penampungan air keluarga anda selalu menutupnya?
- Q10 : Apakah setiap jangka waktu 3 bulan anda selalu mengulang pemakaian bubuk abate?
- Q11 : Apakah dalam 1 minggu anda selalu membersihkan vas bunga ?
- Q12 : Apakah dalam 1 minggu anda selalu membersihkan tempat minum burung ?
- Q13 : Apakah dalam 1 minggu anda selalu membersihkan tandon kulkas ?
- Q14 : Apakah dalam 1 minggu anda membersihkan talang/saluran air?
- Q15 : Apakah dalam 1 minggu anda selalu membersihkan dispenser ?
- Q16 : Apakah dalam 1 minggu anda membersihkan angin-angin/ventilasi rumah?

Berdasarkan Gambar 4.11. diketahui bahwa responden yang memiliki jadwal bersih-bersih rumah secara menyeluruh setiap minggu yaitu 76,36% responden kelompok kontrol dan 68,18% responden kelompok perlakuan. Namun lebih dari 90% responden kelompok kontrol dan perlakuan sudah menguras bak mandi/WC dan ember dengan rutin (setiap minggu). Membersihkan tempat

penampungan air bersih secara berkala satu minggu sekali diharapkan mampu menurunkan populasi vektor nyamuk penular DBD, karena nyamuk demam berdarah memiliki siklus hidup yang cepat dan mudah berkembang biak pada tempat yang digenangi air bersih. Oleh karena itu, kegiatan pencegahan diharapkan mampu mengurangi angka DBD⁽⁵¹⁾. Sebagian besar responden dan anggota keluarga lain pada kelompok perlakuan juga dengan rutin menutup tempat penampungan air setelah menggunakannya, sedangkan pada kelompok kontrol hanya 65,45% responden dan 69,09% keluarga dari responden yang menutup penampungan air setelah menggunakan. Barang bekas menjadi salah satu wadah yang memungkinkan untuk tergenangi air hujan. Responden lebih banyak membuang barang bekas tersebut daripada mengubur atau mengolah dan memanfaatkannya.

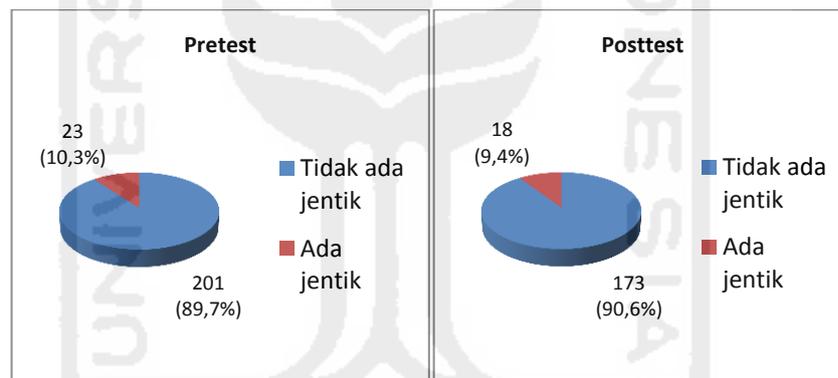
Tindakan yang masih jarang dilakukan dan belum menjadi suatu rutinitas adalah mengulang pemakaian bubuk abate setiap tiga bulan. Hasil *post-test* menunjukkan bahwa hal tersebut hanya dilakukan oleh 37,27% responden dari kelompok kontrol dan 43,64% responden dari kelompok perlakuan. Padahal, bubuk abate hanya bertahan pada dinding penampung air kurang lebih selama 3 bulan sehingga perlu diatuburkan ulang. Kontinuitas masyarakat untuk membersihkan tempat penampungan air selain bak mandi, ember, dan gentong masih rendah. Hal tersebut dibuktikan dengan hasil *post-test* yaitu separuh responden kelompok kontrol yang telah rutin membersihkan dan mengganti air dalam vas bunga dan air minum burung. Pada kelompok perlakuan, jika dibandingkan dengan kelompok kontrol sedikit lebih banyak yang telah membersihkan dan mengganti air dalam vas bunga yaitu sebanyak 61,82% responden dan responden yang mengganti air minum burung sebanyak 56,36%.

Benda-benda lain di dalam rumah yang sering luput dari perhatian yaitu tandon kulkas dan dispenser. Tandon kulkas yang digenangi air menjadi salah satu tempat perkembangbiakan yang disenangi nyamuk, karena air cenderung tenang dan gelap karena berada di belakang kulkas sehingga tidak terkena cahaya langsung. Responden nampaknya belum tahu mengenai hal tersebut, terbukti hanya 65,45% responden kelompok kontrol dan 67,27% responden kelompok

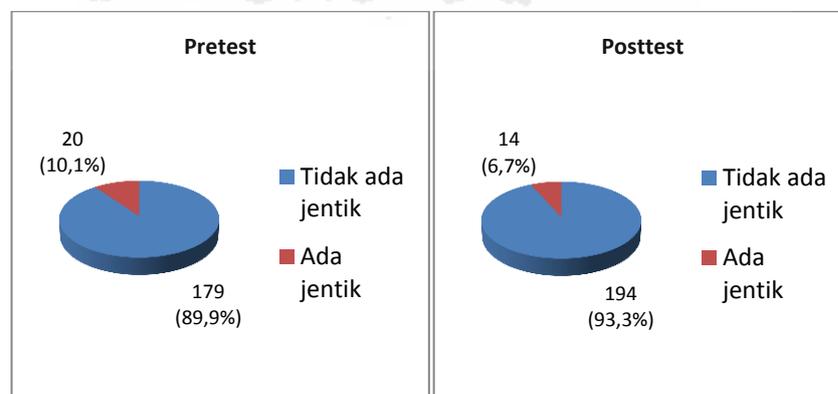
perlakuan yang memebersihkan tandon kulkas dengan rutin serta 56,36% responden kelompok kontrol dan 70,91% responden kelompok perlakuan yang secara rutin membersihkan dispenser. Rutinitas responden dalam embersihkan talang air juga masih kurang, sejalan dengan tindakan negatif responden yang masih belum membersihkan talang air. Sedangkan rutinitas responden dalam membersihkan ventilasi sudah baik, yaitu sebanyak 84,55% responden kelompok kontrol dan 80,91% respnden kelompok perlakuan.

4.3.5. Keberadaan Jentik

Keberadaan jentik pada penelitian dikategorikan menjadi dua kategori, yaitu ada jentik dan tidak ada jentik pada setiap rumah responden. Pemeriksaan jentik dilakukan dengan melakukan pengamatan terhadap kontainer penampungan air yang dimiliki responden, baik kontainer yang berada di dalam rumah ataupun kontainer yang berada di halaman rumah responden.



Gambar 4.12. Data Keberadaan Jentik di Rumah Responden Kelompok Kontrol



Gambar 4.13 Data Keberadaan Jentik di Rumah Responden Kelompok Perlakuan

Berdasarkan Gambar 4.12 hasil pemeriksaan jentik di wilayah kontrol pada saat *pre-test* menunjukkan bahwa dari 224 kontainer di rumah responden yang diamati, ditemukan adanya jentik pada 23 (10,3%) kontainer. Sedangkan saat *post-test*, jentik hanya ditemukan keberadaannya pada 18 dari 191 kontainer yang diperiksa. Hasil yang tidak jauh berbeda juga ditemukan di kelompok perlakuan. Dapat dilihat pada Gambar 4.13 bahwa keberadaan jentik saat *post-test* (setelah pemberian intervensi pencegahan DBD) dapat ditemukan di 14 (6,7%) dari 208 kontainer. Hasil ini mengalami perbaikan dibandingkan dengan saat *pre-test*, jentik ditemukan pada 20 dari 199 kontainer yang diperiksa.

Semakin banyak kontainer yang terdapat di rumah maupun lingkungan rumah, maka semakin besar pula kemungkinan perkembangbiakan nyamuk *Aedes Aegypti*. Semua jenis kontainer yang dapat menampung air bisa menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes Aegypti*. Selain bak mandi, wadah lain yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes Aegypti* yaitu ember, vas bunga, tempayan, akuarium, tandon kulkas, tempat minum burung, dispenser, bejana dan botol bekas. Jentik nyamuk paling banyak dijumpai di bak mandi dan barang bekas. Bak mandi biasanya menjadi tempat penampungan air yang jarang dibersihkan karena ukurannya yang besar dan air tidak langsung habis saat dipakai sehingga dipakai berulang. Jentik nyamuk biasanya menempel pada bagian yang sulit dijangkau seperti sudut bak mandi. Barang bekas yang berada di luar rumah seringkali tidak diperhatikan, padahal barang bekas tersebut menampung air hujan dan dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk. Selain itu, tandon kulkas juga menjadi kontainer yang jarang dibersihkan. Keberadaannya yang tersembunyi dan tidak digunakan setiap hari mengakibatkan nyamuk berkembangbiak dengan bebas.

4.4. Hubungan antara Sosiodemografi dengan Tingkat Pengetahuan Masyarakat

Karakteristik sosiodemografi merupakan sifat individu yang relatif tidak berubah seperti umur, jenis kelamin, dan suku bangsa serta yang berhubungan dengan lingkungan seperti pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan. Sedangkan tingkat pengetahuan merupakan suatu hal yang dapat berubah-ubah dengan

mudah karena berhubungan dengan berbagai faktor, salah satunya yaitu sosiodemografi. Hubungan antara sosiodemografi dengan tingkat pengetahuan responden disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.2. Analisis Hubungan Sosiodemografi dengan Tingkat Pengetahuan Responden Kelompok Kontrol

		Kelompok kontrol			Total	P value
Variabel	Kategori	Tingkat Pengetahuan				
		Rendah	Sedang	Tinggi		
Jenis Kelamin	Laki-laki	0 (0%)	14 (12,7%)	21 (19,1%)	35 (31,8%)	0,700
	Perempuan	1 (0,9%)	26 (23,6%)	48 (43,6%)	75 (68,2%)	
Usia	17-25 tahun	0 (0%)	3 (2,7%)	6 (5,5%)	9 (8,2%)	0,125
	26-35 tahun	0 (0%)	6 (5,5%)	10 (9,1%)	16 (14,5%)	
	36-45 tahun	0 (0%)	8 (7,3%)	20 (18,2%)	28 (25,5%)	
	46-55 tahun	0 (0%)	14 (12,7%)	22 (20%)	36 (32,7%)	
	56-65 tahun	0 (0%)	5 (4,5%)	9 (8,2%)	14 (12,7%)	
	>65 tahun	1 (0,9%)	4 (3,6%)	2 (1,8%)	7 (6,4%)	
Pendidikan	Rendah	1 (0,9%)	10 (9,1%)	8 (7,3%)	19 (17,3%)	0,035
	Sedang	0 (0%)	25 (22,7%)	47 (42,7%)	72 (65,5%)	
	Tinggi	0 (0%)	5 (4,5%)	14 (12,7%)	19 (17,3%)	
Pekerjaan	Tidak Bekerja	1 (0,9%)	17 (15,5%)	30 (27,3%)	48 (43,6%)	0,901
	Bekerja	0 (0%)	23 (20,9%)	39 (35,5%)	62 (56,4%)	
Pendapatan	< Rp. 1.000.000,-	1 (0,9%)	27 (24,5%)	40 (36,4%)	68 (61,8%)	0,156
	Rp.1.000.001,- sd Rp.3.000.000,-	0 (0%)	12 (10,9%)	20 (18,2%)	32 (29,1%)	
	Rp.3.000.001,- sd Rp.5.000.000,-	0 (0%)	1 (0,9%)	5 (4,5%)	6 (5,5%)	
	Rp.5.000.001,- sd Rp. 7.000.000,-	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)	
	Rp. 7.000.000,-	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)	
	>Rp. 7.000.000,-	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)	
	>Rp. 7.000.000,-	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)	

Tabel 4.3. Analisis Hubungan Sosiodemografi dengan Tingkat Pengetahuan Responden Kelompok Perlakuan

Variabel	Kategori	Tingkat Pengetahuan			Total	P value
		Rendah	Sedang	Tinggi		
Jenis Kelamin	Laki-laki	1 (0,9%)	14 (12,7%)	39 (35,5%)	54 (49,1%)	0,492
	Perempuan	0 (0%)	12 (10,9%)	44 (40%)	56 (50,95)	
Usia	17-25 tahun	0 (0%)	2 (1,8%)	5 (4,5%)	7 (6,4%)	0,720
	26-35 tahun	0 (0%)	7 (6,4%)	11 (10%)	18 (16,4%)	
	36-45 tahun	0 (0%)	5 (4,5%)	24 (21,8%)	29 (26,4%)	
	46-55 tahun	0 (0%)	5 (4,5%)	26 (23,6%)	31 (28,2%)	
	56-65 tahun	1 (0,9%)	7 (6,4%)	12 (10,9%)	20 (18,2%)	
	>65 tahun	0 (0%)	0 (0%)	5 (4,5%)	5 (4,5%)	
Pendidikan	Rendah	1 (0,9%)	4 (3,6%)	11 (10%)	16 (14,5%)	0,103
	Sedang	0 (0%)	20 (18,2%)	54 (49,1%)	74 (67,3%)	
	Tinggi	0 (0%)	2 (1,8%)	18 (16,4%)	20 (18,2%)	
Pekerjaan	Tidak Bekerja	0 (0%)	9 (8,2%)	34 (30,9%)	43 (39,1%)	0,463
	Bekerja	1 (0,9%)	17 (15,5%)	49 (44,5%)	67 (60,9%)	
Pendapatan	< Rp. 1.000.000,-	1 (0,9%)	20 (18,2%)	38 (34,5%)	59 (53,6%)	0,003
	Rp.1.000.001,- sd Rp.3.000.000,-	0 (0%)	5 (4,5%)	32 (29,1%)	37 (33,6%)	
	Rp.3.000.001,- sd Rp.5.000.000,-	0 (0%)	1 (0,9%)	8 (7,3%)	9 (8,2%)	
	Rp.5.000.001,- sd Rp. 7.000.000,-	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)	
	>Rp. 7.000.000,-	0 (0%)	0 (0%)	3 (2,7%)	3 (2,7%)	

4.4.1. Hubungan antara jenis kelamin dengan pengetahuan

Jenis kelamin merupakan perbedaan biologis antara perempuan dengan laki-laki yang nampak sejak seseorang lahir. Tabel 4.2 menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,700 ($p > 0,05$) pada kelompok kontrol dan Tabel 4.3 menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,492 pada kelompok perlakuan. Hal tersebut mengindikasikan bahwa H_0 diterima dan H_1 ditolak. Maksud dari H_0 adalah tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan pengetahuan mengenai DBD, dan H_1 bermaksud terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pengetahuan mengenai DBD, sehingga pada penelitian ini, menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin responden dengan pengetahuan responden mengenai DBD.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ifada (2010) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pengetahuan masyarakat ($p \text{ value} = 0,428$)⁽⁶³⁾. Hal ini dimungkinkan karena semua responden dalam penelitian ini baik laki-laki ataupun perempuan memiliki kesempatan yang sama untuk dapat mengakses sumber informasi, meskipun jenis kelamin dapat mempengaruhi aktivitas dan kesibukan seseorang namun tidak mengurnagi waktu responden dalam memperoleh informasi. Sebagaimana yang kita ketahui bahwa laki-laki umumnya banyak berada di luar rumah untuk bekerja. Akan tetapi, pengetahuan dapat diperoleh dari berbagai sumber, tidak hanya terbatas melalui penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan atau melalui *leaflet* yang dibagikan namun juga melalui media lain seperti radio, televisi, atau pun internet yang dapat dijangkau di luar rumah.

4.4.2. Hubungan antara usia dengan pengetahuan

Berdasarkan Tabel 4.2 hasil analisis hubungan antara usia dengan pengetahuan mengenai DBD pada kelompok kontrol diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,125. Sedangkan dilihat dari Tabel 4.3 hasil analisis hubungan antara usia dengan pengetahuan mengenai DBD pada kelompok perlakuan diperoleh signifikansi sebesar 0,720. Keduanya menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara usia responden dengan pengetahuan mengenai DBD ($p > 0,05$). Hasil yang sama dijelaskan oleh Riyani dan Nani (2013) yaitu

tidak ada hubungan antara usia dengan pengetahuan ibu tentang DBD dan penanganannya ($p \text{ value} = 0,696$)⁽⁷⁴⁾.

Bertambahnya usia seseorang belum tentu seiring dengan banyaknya pengalaman serta keterpaparan terhadap informasi mengenai DBD. Responden dengan usia yang lebih matang mungkin sudah lebih sering mengikuti penyuluhan kesehatan, namun hal tersebut belum tentu meningkatkan pengetahuan karena narasumber seringkali tidak melakukan penyegaran ilmu sehingga informasi yang disampaikan dalam penyuluhan hanyalah materi yang sama saja (diulang-ulang). Sebaliknya seseorang dengan usia yang lebih muda, lebih terampil menggunakan *gadget* sehingga dapat memperoleh informasi yang lebih baru dan lebih lengkap melalui internet.

4.4.3. Hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan

Tabel 4.2 Menunjukkan hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan kelompok kontrol mengenai DBD diperoleh nilai p sebesar 0,035 ($p < 0,05$) yang mengindikasikan terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pengetahuan responden. Hasil ini sejalan dengan penelitian Wicaksono (2013) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan berdasarkan nilai signifikansi yang diperoleh yaitu $0,038 < 0,05$ ⁽⁷⁵⁾. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pola pikir dan daya cerna seseorang terhadap informasi yang diterima. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin tinggi pula informasi yang dapat diserap dan tingginya informasi yang diserap mempengaruhi tingkat pengetahuannya, demikian juga sebaliknya. Orang yang berpendidikan tinggi, lebih besar kepeduliannya terhadap masalah kesehatan dan peningkatan pendidikan akan meningkatkan partisipasi warga dalam menjaga kesehatan dirinya serta keluarganya.

Hasil yang sebaliknya didapatkan pada kelompok perlakuan. Berdasarkan tabel 4.3 dapat dilihat hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan responden kelompok perlakuan mengenai DBD didapatkan $p \text{ value}$ 0,103. Hal tersebut berarti bahwa H_0 diterima dan H_1 ditolak sehingga tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan

responden mengenai DBD. Hasil ini sejalan dengan penelitian Riyani (2013) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan ibu tentang DBD dan penanganannya pada anak ($p \text{ value} = 0,455$)⁽⁷⁴⁾.

Di dalam penelitian ini, tingkat pendidikan terbagi menjadi 3 kategori, yaitu, kategori rendah (\leq SD), menengah (SMP-SMA), tinggi (\geq perguruan tinggi). Semua kategori tersebut merupakan bentuk pendidikan formal, sedangkan tingginya pengetahuan seseorang tidak hanya dipengaruhi oleh pendidikan formal namun juga pendidikan non formal dan pendidikan informal. Notoatmodjo (2007) menyebutkan bahwa ada berbagai faktor internal yang mampu mempengaruhi proses belajar individu⁽⁷⁶⁾. Seseorang dengan latar belakang pendidikan yang rendah bisa memiliki pengetahuan yang tinggi melalui akses informasi dari media cetak atau media elektronik serta peran aktif lingkungan untuk menyediakan informasi.

4.4.4. Hubungan antara pekerjaan dengan pengetahuan

Berdasarkan tabel 4.2 hasil uji analisis hubungan antara pekerjaan terhadap pengetahuan kelompok kontrol mengenai demam berdarah diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,901. Sedangkan pada tabel 4.3 menunjukkan hasil analisis hubungan pekerjaan dengan pengetahuan kelompok perlakuan mengenai demam berdarah memiliki nilai signifikansi sebesar 0,463. Pada kedua kelompok, nilai $p > 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan terhadap tingkat pengetahuan responden mengenai demam berdarah. Hasil yang sama ditemukan pada penelitian Riyani (2013) bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan pengetahuan ibu tentang DBD dan penanganannya pada anak dimana diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,480⁽⁷⁴⁾. Penelitian lain yang dilakukan oleh Apituley (2009) juga menunjukkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan pengetahuan ($p \text{ value} = 1,000$)⁽⁷⁷⁾.

Pekerjaan belum tentu mempunyai peranan penting untuk tingkat pengetahuan seseorang, meskipun seseorang yang bekerja memiliki jaringan relasi yang luas sehingga mendapatkan informasi atau pengalaman yang lebih banyak.

Orang yang tidak bekerja juga memiliki kemungkinan yang sama dengan mereka yang bekerja untuk terus memperbaharui informasi mengenai kesehatan salah satunya yaitu penyakit DBD. Responden yang tidak bekerja, namun mendapatkan dukungan dari lingkungan dengan pemberian informasi-informasi mengenai penyakit DBD, maka secara langsung akan meningkatkan pengetahuan responden.

4.4.5. Hubungan antara pendapatan dengan pengetahuan

Berdasarkan tabel 4.3 dapat dilihat hasil analisis hubungan antara pendapatan dengan pengetahuan responden kelompok perlakuan mengenai DBD didapatkan nilai signifikansi sebesar 0,003 ($p < 0,05$). Hal tersebut berarti bahwa H_1 diterima dan H_0 ditolak sehingga terdapat hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan pengetahuan responden mengenai DBD. Pendapatan tidak berpengaruh secara langsung terhadap pengetahuan seseorang, namun pendapatan yang tinggi atau menengah dapat mempengaruhi daya beli masyarakat dalam memenuhi kebutuhan harian termasuk kebutuhan informasi yang dapat diperoleh melalui majalah, surat kabar, atau internet. Hal tersebut mendukung masyarakat untuk memiliki berbagai macam sumber informasi, sehingga tiap individu memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk memperoleh pengetahuan yang lengkap dan terbaru termasuk pengetahuan mengenai penyakit DBD.

Hasil yang berkebalikan dijumpai pada kelompok perlakuan. Tabel 4.2 menunjukkan hasil analisis hubungan antara pendapatan dengan pengetahuan kelompok kontrol mengenai DBD dan diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,156 ($p > 0,05$) yang mengindikasikan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan pengetahuan responden. Hal tersebut mungkin dapat terjadi karena meskipun seseorang memiliki pendapatan yang cukup, namun pendapatan tersebut tidak dialokasikan untuk memperbanyak sumber informasi, seperti dengan berlangganan majalah, surat kabar, atau internet yang mampu memberikan berbagai informasi salah satunya mengenai DBD melainkan digunakan untuk memenuhi kebutuhan yang lain.

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

4.5.1. Hubungan antara Pengetahuan dengan Sikap

Hubungan antara pengetahuan mengenai DBD dengan sikap responden disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.4. Hasil Analisis Bivariat antara Pengetahuan dengan Sikap pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan

Variabel / Kategori	Sikap		Total	P value	
	Negatif	Positif			
Kelompok Kontrol					
Pengetahuan	Rendah	1 (0,9%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0,035
	Sedang	5 (4,5%)	30 (27,3%)	35 (31,8%)	
	Tinggi	4 (3,6%)	70 (63,6%)	74 (67,3%)	
Jumlah		10 (9,1%)	100 (90,9%)	110 (100%)	
Kelompok Perlakuan					
Pengetahuan	Rendah	1 (0,9%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0,006
	Sedang	6 (5,5%)	20 (18,2%)	26 (23,6%)	
	Tinggi	6 (5,5%)	77 (70%)	83 (75,5%)	
Jumlah		13 (11,8%)	97 (88,2%)	110 (100%)	

Tabel 4.4 menunjukkan hasil uji analisis hubungan antara pengetahuan dengan sikap. Data diolah menggunakan SPSS 23.0 dengan analisis *Spearman-rho* diperoleh hasil P value 0,035 pada kelompok kontrol dan P value 0,006 pada kelompok perlakuan. Kedua kelompok memiliki P value <0,05 yang menandakan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima. Maksud dari H_0 adalah tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan sikap, sedangkan H_1 berarti terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan sikap. Penelitian ini selaras dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Ery (2015) yang menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan sikap yaitu keinginan individu yang mendorong untuk bertindak dalam pencegahan DBD di Kalijambe Kabupaten Sragen dengan nilai signifikansi sebesar 0,001⁽⁷⁸⁾. Penelitian yang dilakukan Maria dan Henry (2016) juga menunjukkan hasil p value 0,001 < 0,05 yang berarti terdapat hubungan antara pengetahuan dengan

sikap masyarakat di Jekan Palangka Raya tentang pelaksanaan 3M dalam mencegah DBD⁽⁷⁹⁾.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan faktor penting untuk menentukan sikap dan tindakan seseorang. Penginderaan yang baik dan maksimal akan memungkinkan seseorang memiliki sikap yang baik juga dalam menyikapi suatu hal. Tingkatan-tingkatan pengetahuan meliputi tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*) dan evaluasi (*evaluation*) mengindikasikan kemampuan seseorang dalam memaknai suatu hal dan akan sangat berkontribusi dalam pembentukan sikap.

Pengetahuan tidak hanya diperoleh melalui jenjang pendidikan formal, melainkan dari berbagai sumber informasi maupun media massa. Pengetahuan diperoleh melalui pendidikan yang direncanakan dan tersusun baik, maupun melalui informasi yang tidak tersusun secara baik. Dalam penelitian ini, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, bahwa masyarakat dengan pengetahuan rendah cenderung memiliki sikap negatif, sedangkan masyarakat dengan pengetahuan tinggi memiliki sikap yang positif. Pengetahuan yang baik mampu memotivasi seseorang untuk menjaga kebersihan lingkungan rumah sebagai upaya memelihara kesehatan keluarga. Oleh karena itu, tingkat pengetahuan masyarakat Kecamatan Godean dan Mlati yang tinggi mampu membentuk sikap yang positif dalam pelaksanaan PSN untuk mencegah DBD di wilayah tersebut.

Sebaliknya, masyarakat dengan pengetahuan yang rendah cenderung memiliki sikap yang negatif. Kurangnya pengetahuan mengenai DBD termasuk mengenai bahaya DBD mengakibatkan seseorang menjadi kurang peduli dan tidak tergerak untuk ikut berpartisipasi secara langsung dalam mencegah penyakit DBD. Mereka meyakini bahwa pencegahan penyakit DBD merupakan tanggung jawab penuh pemerintah.

4.5.2. Hubungan antara Sikap dengan Tindakan

Hubungan antara sikap mengenai DBD dengan tindakan responden dalam mencegah DBD disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.5. Hasil Analisis Bivariat antara Sikap dengan Tindakan pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan

Variabel / Kategori	Tindakan		Total	P value	
	Negatif	Positif			
Kelompok Kontrol					
Sikap	Negatif	9 (8,2%)	1 (0,9%)	10 (9,1%)	0,001
	Positif	36 (32,7%)	64 (58,2%)	100 (90,9%)	
Jumlah	45 (40,9%)	65 (59,1%)	110 (100%)		
Kelompok Perlakuan					
Sikap	Negatif	7 (6,4%)	6 (5,5%)	1 (0,9%)	0,004
	Positif	18 (16,4%)	79 (71,8%)	26 (23,6%)	
Jumlah	25 (22,7%)	85 (77,3%)	110 (100%)		

Tabel 4.5 menunjukkan hasil uji analisis hubungan antara sikap dengan tindakan. Data diolah menggunakan SPSS 23.0 dengan analisis *Spearman-rho* diperoleh hasil P value 0,001 pada kelompok kontrol dan P value 0,004 pada kelompok perlakuan. Kedua kelompok memiliki P value <0,05 yang menandakan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima. Maksud dari H_0 adalah tidak terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan tindakan, sedangkan H_1 berarti terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan tindakan. Hasil yang sama diperoleh pada penelitian Tyrsa (2015) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan tindakan dengan nilai signifikansi yaitu 0,000 ($p\ value < 0,000$)⁽⁶²⁾. Penelitian lain yang dilakukan oleh Putri dan Ronald (2014) menjelaskan bahwa terdapat hubungan bermakna antara sikap masyarakat tentang penyakit DBD dengan tindakan pencegahan vektor di kelurahan Malalayang Barat Kota Manado⁽⁸⁰⁾.

Sikap positif akan mengarah pada tindakan yang benar. Seseorang yang memiliki sikap positif mempunyai peluang untuk melakukan tindakan PSN dibandingkan orang yang memiliki sikap negatif⁽⁸¹⁾. Sikap merupakan predisposisi dari suatu tindakan, sehingga seseorang dengan sikap positif akan memiliki kesadaran diri untuk mewujudkannya dalam bentuk tindakan. Namun,

dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa terdapat responden yang memiliki sikap positif, namun belum melakukan tindakan yang positif untuk mencegah DBD. Sikap merupakan respon yang masih tertutup terhadap suatu obyek, dan tidak terlihat dalam aplikasi nyata sehingga sangat dimungkinkan responden hanya menjawab dengan sikap positif saat melakukan pengisian kuesioner. Kemungkinan lain yaitu tindakan tidak selamanya mencerminkan sikap seseorang, dimana seseorang sering kali memperlihatkan tindakan yang bertentangan dengan sikapnya.

4.5.3. Hubungan antara Tindakan dengan Kontinuitas

Hubungan antara tindakan dengan kontinuitas responden dalam melakukan gerakan PSN DBD disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.6. Hasil Analisis Bivariat antara Tindakan dengan Kontinuitas pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan

Variabel / Kategori	Kontinuitas		Total	P value	
	Kurang	Baik			
Kelompok Kontrol					
Tindakan	Negatif	40 (36,4%)	5 (4,5%)	45 (40,9%)	0,036
	Positif	47 (42,75)	18 (16,4%)	65 (59,1%)	
Jumlah	87 (79,1%)	33 (30%)	110 (100%)		
Kelompok Perlakuan					
Tindakan	Negatif	22 (20%)	3 (2,7%)	25 (22,7%)	0,005
	Positif	49 (44,5%)	36 (32,7%)	85 (77,3%)	
Jumlah	71 (64,5%)	39 (35,5%)	110 (100%)		

Tabel 4.6 menunjukkan hasil uji analisis hubungan antara tindakan dengan kontinuitas. Data diolah menggunakan SPSS 23.0 dengan analisis *Spearman-rho* diperoleh hasil P value 0,001 pada kelompok kontrol dan P value 0,004 pada kelompok perlakuan. Kedua kelompok memiliki P value <0,05 yang menandakan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima. Maksud dari H_0 adalah tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tindakan dengan kontinuitas, sedangkan H_1 berarti terdapat hubungan yang bermakna antara tindakan dengan kontinuitas. Hasil ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Mirmo (2010) di Desa Gejugjati Kecamatan Lekok Kabupaten Pasuruan yaitu terdapat hubungan antara tindakan dengan tindakan yang dilakukan secara berulang ($p=0,000$)⁽⁸²⁾.

Tindakan merupakan reaksi yang dilakukan seseorang karena merespon suatu hal. Tindakan tersebut dapat berupa suatu hal berupa aktivasi indra ataupun suatu perilaku (gerakan, kata-kata)⁽⁸³⁾. Suatu tindakan yang sudah menjadi kebiasaan dapat menjadi program tetap perilaku yang dilakukan secara berulang-ulang atau secara rutin. Seseorang yang telah melakukan tindakan secara rutin biasanya tidak menyadari apa yang sudah dilakukan. Seseorang baru akan menyadari setelah ada suatu pembandingan mengenai tindakan tersebut. Masyarakat yang telah terbiasa melakukan tindakan menguras, menutup penampungan air, dan mengubur barang bekas tidak adakan menyadari bahwa yang hal dilakukannya merupakan bagian dari kegiatan 3M plus untuk mencegah DBD. Masyarakat baru akan menyadari apabila dengan berlangsungnya tindakan tersebut secara rutin mampu menurunkan kejadian demam berdarah di lingkungannya.

4.5.4. Hubungan antara Kontinuitas dengan Keberadaan Jentik

Hubungan antara kontinuitas responden melaksanakan gerakan PSN DBD dengan keberadaan jentik disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.7. Hasil Analisis Bivariat antara Kontinuitas dengan Keberadaan Jentik pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan

Variabel / Kategori	Keberadaan Jentik		Total	P value
	Ada	Tidak		
Kelompok Kontrol				
Kontinuitas	Kurang	15 (13,6%)	72 (65,5%)	0,121
	Baik	1 (0,9%)	22 (20%)	
Jumlah		16 (14,5%)	94 (85,5%)	110 (100%)
Kelompok Perlakuan				
Kontinuitas	Kurang	6 (5,5%)	65 (59,1%)	0,469
	Baik	5 (4,5%)	34 (30,9%)	
Jumlah		11 (10%)	99 (90%)	110 (100%)

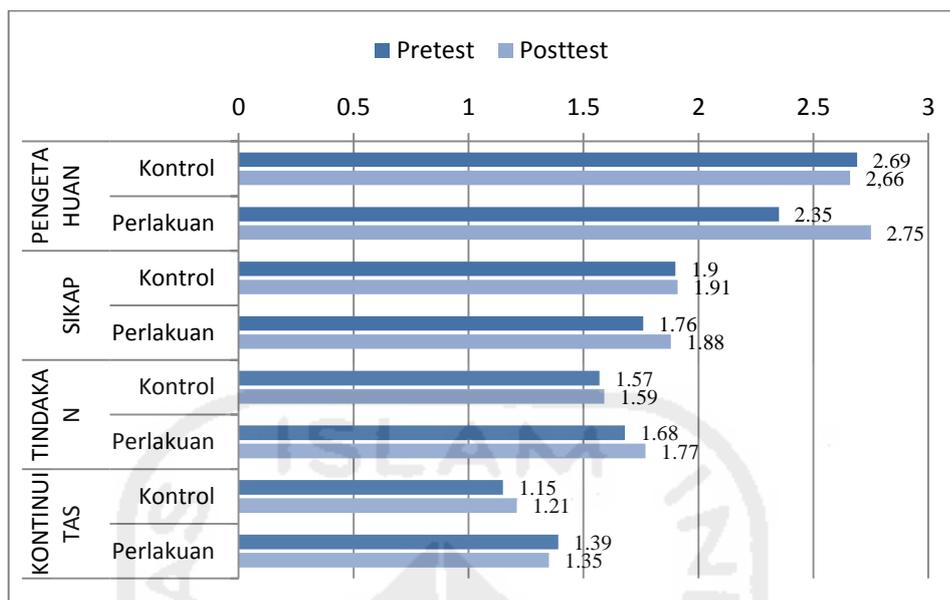
Tabel 4.7 menunjukkan hasil uji analisis hubungan antara kontinuitas dengan keberadaan jentik. Data diolah menggunakan SPSS 23.0 dengan analisis *Spearman-rho* diperoleh hasil P value 0,121 pada kelompok kontrol dan P value 0,469 pada kelompok perlakuan. Kedua kelompok memiliki P value >0,05 yang menandakan bahwa H_1 ditolak dan H_0 diterima. Maksud dari H_0 adalah tidak

terdapat hubungan yang bermakna antara kontinuitas dengan keberadaan jentik, sedangkan H_1 berarti terdapat hubungan yang bermakna antara kontinuitas dengan keberadaan jentik. Hasil analisis menunjukkan bahwa kontinuitas responden melaksanakan kegiatan pencegahan DBD tidak memiliki hubungan dengan keberadaan jentik. Hasil yang sama diperoleh pada penelitian Umi (2016) yang menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan antara rutinitas masyarakat melakukan PSN-DBD dengan keberadaan jentik di Kecamatan Umbulharjo, Yogyakarta ($p \text{ value} = 0,258$)⁽⁸⁴⁾. Penelitian lain yang dilakukan Evin (2016) juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara rutinitas terhadap keberadaan jentik dengan $p \text{ value} 0,773$ ⁽⁸⁵⁾.

Tindakan yang dilakukan secara berkelanjutan (rutin) memegang peran penting dalam pencegahan DBD. Sebagian masyarakat mengetahui pentingnya tindakan pencegahan DBD namun tidak memahami bahwa tindakan tersebut harus dilakukan secara berkelanjutan. Keadaan ini menyebabkan tindakan PSN-DBD tidak terlaksana dengan optimal. Selain itu, tindakan yang sudah dilakukan oleh masyarakat secara berkelanjutan belum dilakukan dengan prosedur yang tepat. Sebagai contoh masyarakat telah menguras bak mandi secara rutin, namun cara menguras yang dilakukan masih salah. Responden umumnya hanya menguras bak mandi dengan mengganti air tanpa menyikat dinding bak mandi. Cara tersebut tidak efektif karena telur *Aedes aegypti* tetap melekat di dinding bak mandi. Telur *Aedes aegypti* dapat bertahan hingga enam bulan sehingga jika tidak dihilangkan akan terus melanjutkan siklus hidupnya. Oleh karena itu, kontinuitas masyarakat dalam melakukan pencegahan DBD harus diimbangi dengan pengetahuan mendalam mengenai gerakan PSN 3M plus.

4.6. Hubungan antara Intervensi Pencegahan DBD terhadap Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Kontinuitas

Pada penelitian ini, kelompok perlakuan memperoleh intervensi berupa pemberian materi mengenai DBD melalui penyuluhan dan pemberian *leaflet*. Hubungan antara intervensi pencegahan DBD terhadap pengetahuan, sikap, tindakan, dan kontinuitas disajikan dalam grafik dan tabel berikut :



Gambar 4.14. Nilai *Pre-test* dan *Post-test* Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Kontinuitas Responden

Tabel 4.8. Hasil Analisis Bivariat Hubungan Intervensi Pencegahan DBD dengan Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Kontinuitas

Kelompok	Rata-rata kategori			P value	Kesimpulan
	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	Δ		
Pengetahuan					
Kontrol	2,69	2,66	0,03	0,681	Tidak signifikan
Perlakuan	2,35	2,75	0,40	0,000	Signifikan
Sikap					
Kontrol	1,90	1,91	0,01	0,827	Tidak signifikan
Perlakuan	1,76	1,88	0,12	0,028	Signifikan
Tindakan					
Kontrol	1,57	1,59	0,02	0,773	Tidak signifikan
Perlakuan	1,68	1,77	0,09	0,105	Tidak signifikan
Kontinuitas					
Kontrol	1,15	1,21	0,06	0,303	Tidak signifikan
Perlakuan	1,39	1,35	0,04	0,579	Tidak signifikan

4.6.1. Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan DBD terhadap Pengetahuan

Tabel 4.8 menunjukkan hasil uji analisis hubungan antara pengetahuan responden pada saat *pre-test* dan pengetahuan responden saat *post-test*. Hasil *pre-test* dan *post-test* responden dianalisis menggunakan uji statistik *Wilcoxon* dan diperoleh hasil yang menunjukkan adanya peningkatan tingkat pengetahuan

kelompok perlakuan setelah mendapatkan intervensi pencegahan DBD. Hal tersebut ditunjukkan oleh adanya perbedaan yang bermakna dilihat dari hasil rata-rata *pre-test* dan *post-test* pada kelompok perlakuan dengan nilai signifikansi sebesar 0,000 ($p < 0,005$) dengan nilai rata-rata $2,75 > 2,35$ (*post-test* > *pre-test*). Berdasarkan hasil tersebut, dapat diketahui bahwa pemberian intervensi pencegahan DBD dengan penggerakan jumentik serta metode penyuluhan dan pemberian informais melalui *leaflet* kepada masyarakat mampu memberikan efek yaitu mampu meningkatkan tingkat pengetahuan masyarakat.

Pembandingan yang digunakan adalah kelompok kontrol, yaitu kelompok yang tidak diberikan intervensi pencegahan DBD namun hanya dilakukan *pre-test* dan *post-test*. Rata-rata nilai *pre-test* yaitu 2,69 sedangkan rata-rata nilai *post-test* yaitu 2,66. Hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon* menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata yang bermakna antara *pre-test* dan *post-test*, dilihat dari hasil *pre-test* dan *post-test* dengan nilai signifikansi sebesar 0,681 ($p > 0,05$). Hasil tersebut selaras dengan penelitian Saleha (2010) yang menyatakan bahwa setelah diberi penyuluhan, tingkat pengetahuan masyarakat di Kecamatan Bayah, Provinsi Banten mengalami peningkatan secara bermakna ($p \text{ value} = 0,001$) yang berarti penyuluhan dapat meningkatkan pengetahuan⁽⁸⁶⁾. Dilihat dari selisih (Δ) nilai kategori *pre-test* dengan *post-test*, kelompok perlakuan memiliki selisih nilai lebih besar dari kelompok kontrol ($0,40 > 0,03$). Perbedaan selisih (Δ) yang signifikan hanya terjadi pada kelompok perlakuan dan tidak terjadi pada kelompok kontrol, sehingga diketahui bahwa tanpa adanya intervensi mengenai pencegahan DBD, tingkat pengetahuan masyarakat tidak mengalami perubahan.

Pengetahuan merupakan hasil dari penginderaan seseorang melalui panca indera (mata, telinga, dan kulit) atau hasil seseorang mengerti dan tahu melalui indra yang dimilikinya terhadap suatu objek. Pengetahuan merupakan faktor penting yang mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang. Kurangnya pengetahuan dapat berpengaruh pada tindakan yang dilakukan karena pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi untuk terjadinya perilaku⁽⁴²⁾. Orang yang terpapar berbagai media kesehatan seperti *leaflet*, televisi, surat kabar dan jurnal memiliki tingkat pengetahuan mengenai DBD yang lebih

baik dibandingkan orang yang tidak terpapar media tersebut. Oleh karena itu, untuk mendidik masyarakat agar mempunyai perilaku yang baik, masyarakat perlu diberikan pengetahuan.

4.6.1. Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan DBD terhadap Sikap

Sikap merupakan kumpulan gejala atau sindroma dalam merespon stimulus atau suatu objek, sehingga melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan lainnya. Nilai *pre-test* dan *post-test* sikap pada kelompok perlakuan dianalisis menggunakan uji statistik Wilcoxon. Hasil yang diperoleh yaitu ada peningkatan nilai sikap dari *pre-test* (sebelum diberikan intervensi pencegahan DBD) menjadi nilai *post-test* (setelah diberikan intervensi pencegahan DBD). Hal ini ditunjukkan dengan peningkatan nilai rata-rata sikap *pre-test* yaitu 1,76 naik pada saat *post-test* menjadi 1,88 dengan nilai signifikansi sebesar 0,028 ($p < 0,05$) sehingga H_1 diterima yaitu terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata nilai *pre-test* dan *post-test*. Hasil tersebut membuktikan bahwa pemberian intervensi pencegahan DBD terhadap mampu memberikan efek terhadap sikap masyarakat, yaitu sikap masyarakat menjadi lebih positif dalam menyikapi DBD. Hasil yang sama dikemukakan oleh Wiskha (2000) bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan sikap masyarakat tentang DBD di Desa Trosono Kabupaten Magetan ($p=0,001$)⁽⁸⁷⁾.

Sebagai pembanding kelompok perlakuan yaitu kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi kesehatan tentang pencegahan DBD. Kelompok kontrol hanya mengerjakan soal *pre-test* dan *post-test* saja. Nilai rata-rata sikap *pre-test* yaitu 1,90 sedangkan rata-rata sikap *post-test* yaitu 0,91. Hasil *pre-test* dan *post-test* pada kelompok kontrol dianalisis menggunakan uji statistik Wilcoxon. Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa tidak ada peningkatan rata-rata nilai sikap yang signifikan antara *pre-test* dan *post-test* pada kelompok kontrol. Pernyataan tersebut dibuktikan dengan hasil *p-value* yang diperoleh yaitu 0,827 ($p > 0,05$) sehingga H_0 diterima dan H_1 ditolak. Hal tersebut menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata nilai sikap *pre-test* dan *post-test* pada kelompok kontrol. Dilihat dari selisih (Δ) nilai kategori *pre-test* dengan *post-test*, kelompok perlakuan memiliki selisih nilai lebih besar dari kelompok kontrol

(0,12 > 0,01). Perbedaan yang signifikan hanya terjadi pada kelompok perlakuan dan tidak terjadi pada kelompok kontrol, sehingga diketahui bahwa tanpa adanya intervensi mengenai pencegahan DBD sikap masyarakat tidak mengalami perubahan.

Pemberian informasi tentang pencegahan DBD yang dilakukan dengan baik dan benar, mampu menimbulkan sikap perilaku positif dan bersifat langgeng. Masyarakat mendapatkan tambahan informasi melalui penyuluhan atau pendidikan kesehatan yang bertujuan memberi kesadaran diri, yaitu membuat masyarakat lebih peka terhadap upaya-upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD. Petugas kesehatan sebagai narasumber memberikan pandangan sikap atau kepekaan yang terhadap masalah-masalah kesehatan yang terjadi di lingkungan, sehingga meningkatkan keyakinan masyarakat sebagai sasaran penyuluhan untuk bersikap lebih baik dalam mencegah DBD dan menjaga kesehatan.

4.6.2. Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan DBD terhadap Tindakan

Tabel 4.8 menunjukkan hasil uji analisis hubungan antara tindakan responden pada saat *pre-test* dan pengetahuan responden saat *post-test*. Hasil *pre-test* dan *post-test* responden dianalisis menggunakan uji statistik Wilcoxon. Dilihat dari selisih (Δ) nilai kategori *pre-test* dengan *post-test*, kelompok perlakuan memiliki selisih nilai lebih besar dari kelompok kontrol (0,09 > 0,02). Berdasarkan nilai rata-rata, terlihat ada peningkatan tindakan pencegahan DBD kelompok perlakuan setelah mendapatkan intervensi pencegahan DBD yaitu dari hasil rata-rata *pre-test* dan *post-test* pada kelompok perlakuan 1,77 > 1,68 (*post-test* > *pre-test*). Namun, hasil uji statistik menunjukkan bahwa perbedaan rata-rata nilai tindakan responden saat *pre-test* dan *post-test* tersebut tidak bermakna dibuktikan dengan signifikansi sebesar 0,105 ($p > 0,05$). Hasil tersebut sebanding dengan kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi kesehatan tentang pencegahan DBD. Tindakan pencegahan DBD kelompok kontrol tidak berbeda signifikan ($p = 0,773$) antara *pre-test* dan *post-test*. Maka dapat disimpulkan pemberian intervensi pencegahan DBD dengan pemberdayaan jumatik, penyuluhan dan pembagain *leaflet* kepada masyarakat tidak berhubungan dengan

tindakan masyarakat. Hasil ini didukung oleh penelitian Respati (2016) bahwa penyuluhan belum mampu meningkatkan kesadaran dan juga menstimulasi perubahan perilaku masyarakat⁽⁸⁸⁾.

Salah satu tujuan penyuluhan adalah membantu masyarakat membuat perubahan kecil terhadap perilaku yang negatif. Intervensi pencegahan DBD dengan penyuluhan dan pembagian *leaflet* dimaksudkan untuk memodifikasi pola tingkah laku masyarakat yang tidak mendukung pelaksanaan PSN menjadi lebih kooperatif dalam upaya-upaya pencegahan dan penanggulangan DBD. Pada penelitian ini, intervensi yang diberikan kepada masyarakat hanya dilakukan selama satu bulan, sedangkan proses terbentuknya perilaku terjadi karena sebuah kebiasaan yang tidak langsung nampak pada saat itu, namun membutuhkan waktu yang lebih panjang. Oleh karena itu, ketika data *post-test* diambil, masyarakat masih dalam tahap menerima pengetahuan dan menyetujui informasi yang diterimanya namun belum melakukan tindakan untuk mengaplikasikan pengetahuan yang dimilikinya. Sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan, untuk mewujudkan sikap menjadi suatu tindakan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan dukungan dari pihak lain. Proses penyusunan tindakan tidak hanya membutuhkan pengetahuan dan motivasi, namun membutuhkan usaha untuk memunculkan tindakan dimulai dari level paling rendah yaitu kata-kata, sampai tingkatan yang tinggi yaitu menyempurnakan tujuan dalam mencegah penyakit DBD melalui tindakan PSN 3M plus.

4.6.3. Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan DBD terhadap Kontinuitas

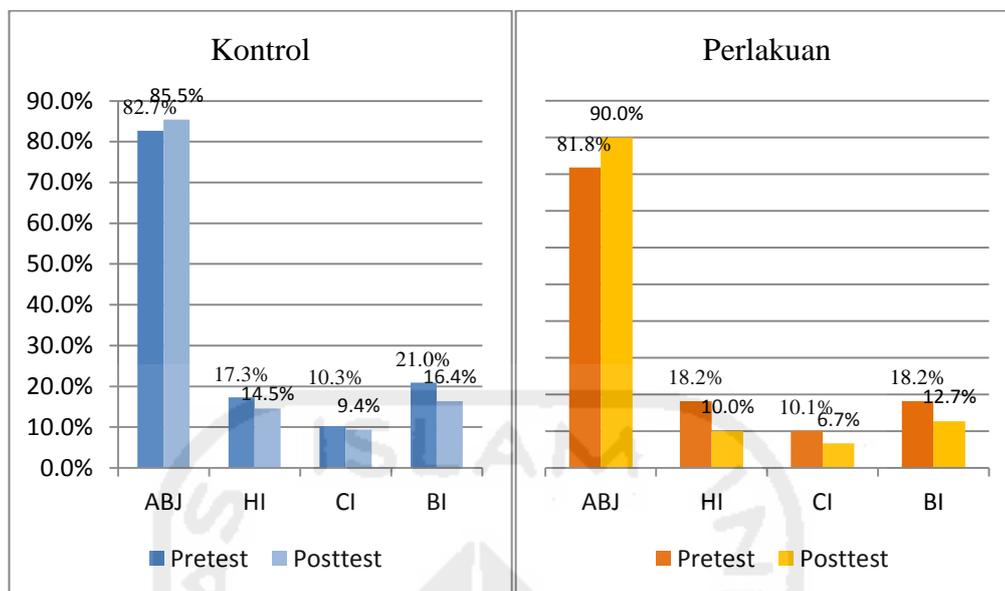
Tabel 4.8 menunjukkan hasil uji analisis hubungan antara kontinuitas responden pada saat *pre-test* dan kontinuitas responden saat *post-test*. Hasil *pre-test* dan *post-test* responden dianalisis menggunakan uji statistik Wilcoxon. Berdasarkan rata-rata nilai, terlihat adanya perubahan kontinuitas pencegahan DBD kelompok perlakuan setelah mendapatkan intervensi pencegahan DBD yaitu dari hasil rata-rata *pre-test* dan *post-test* pada kelompok perlakuan $1,35 < 1,39$ (*post-test* < *pre-test*). Terjadi penurunan nilai *post-test*, namun berdasarkan hasil uji statistik perbedaan tersebut tidak bermakna dibuktikan dengan nilai p sebesar

0,579 ($p > 0,05$). Hasil tersebut sebanding dengan kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi kesehatan tentang pencegahan DBD. Kontinuitas pencegahan DBD kelompok kontrol tidak berbeda signifikan ($p = 0,303$) antara *pre-test* dan *post-test*. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa pemberian intervensi mengenai pencegahan DBD yang diberikan kepada jumatik dan masyarakat yaitu melalui penyuluhan dan pembagain *leaflet* tidak berhubungan dengan kontinuitas masyarakat.

Sebagian masyarakat telah berupaya melakukan tindakan seperti yang disampaikan dalam *leaflet* atau himbauan saat penyuluhan. Namun, mereka tidak benar-benar dapat mempraktikkan instruksi sesuai dengan yang dikehendaki oleh narasumber karena kurangnya kemampuan dalam berkomunikasi sehingga pesan diinterpretasikan secara berbeda oleh masing-masing individu. Pemberian penyuluhan harus dilakukan secara intensif dengan pokok-pokok pesan meliputi pengenalan penyakit DBD, penyebaran virus *dengue*, dan pencegahan yang dapat dilakukan di rumah serta di lingkungan masing-masing. Penyampaian pesan atau informasi dapat dilakukan melalui berbagai metode, dengan mempertimbangkan faktor sosiodemografi masyarakat seperti tingkat pendidikan. Hal ini dimaksudkan agar pesan dapat diterima dengan baik oleh setiap individu. Hasil dari penyuluhan apabila diterapkan secara kontinyu dan berkesinambungan, maka akan menjadi perilaku pencegahan DBD yang merupakan suatu rutinitas dalam kehidupan sehari-hari masyarakat. Kontinuitas masyarakat yang baik dalam melakukan pencegahan DBD juga dapat terbentuk melalui keterlibatan petugas kesehatan (dalam hal ini progammer DBD dari puskesmas) serta para tokoh masyarakat yang berperan sebagai penggerak dan pengawas pelaksanaan kegiatan PSN 3M plus dalam rangka mencegah penyakit DBD di masyarakat.

4.7. Analisis Indikator Keberhasilan Pencegahan DBD

Nilai *Container Index (CI)*, *House Index (HI)*, dan *Breteau Index (BI)* akan sangat berpengaruh terhadap resiko penularan penyakit DBD. Suatu daerah dapat dinyatakan beresiko tinggi untuk penularan DBD apabila *Container Index (CI)* $\geq 5\%$, *House Index (HI)* $\geq 10\%$, dan *Breteau Index (BI)* $\geq 50\%$.



Gambar 4.15. Nilai ABJ, HI, CI, dan BI Kelompok Kontrol dan Perlakuan

Berdasarkan Gambar 4.15 diketahui bahwa kelompok kontrol (Kecamatan Mlati) memiliki ABJ sebesar 85,5%, HI sebesar 14,5%, CI sebesar 9,4% dan BI sebesar 16,4%. Sedangkan kelompok perlakuan (Kecamatan Godean) memiliki ABJ sebesar 90%, HI sebesar 10%, CI sebesar 6,7% dan HI sebesar 12,7%. Indikator keberhasilan pencegahan DBD ini meningkat jika dibandingkan pada saat *pre-test* yaitu ABJ sebesar 81,8%, HI sebesar 18,2%, CI sebesar 10,1% dan HI sebesar 18,2%. Nilai indikator keberhasilan pencegahan DBD pada kelompok perlakuan sudah lebih baik dari pada kelompok kontrol.

Berdasarkan keseluruhan data yang diperoleh, diketahui bahwa nilai ABJ masih berada di bawah target yang ditetapkan pemerintah yaitu ABJ <95% sedangkan nilai HI >10% sehingga daerah tersebut dikatakan memiliki resiko tinggi penularan *dengue*. Nilai CI juga masih lebih dari 5% yang berarti bahwa penyebaran vektor penyakit DBD masih tinggi, sedangkan nilai BI <50%, sehingga tidak berpotensi terjadi KLB DBD di daerah tersebut.

Hingga saat ini, gerakan PSN 3M Plus sebagai program utama untuk pencegahan DBD belum berlangsung dengan optimal. Faktor penghambat antara lain kurangnya pemantauan dan peran tokoh masyarakat sebagai penggerak kegiatan masyarakat. Monitoring dan evaluasi menjadi salah satu penentu dalam keberhasilan program ini. Keberhasilan pencegahan DBD dengan PSN 3M juga

dipengaruhi oleh faktor lain seperti keterlibatan kader dalam pelaksanaan program pencegahan DBD yang masih kurang. Sehingga dalam hal ini, perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD perlu ditingkatkan serta dibutuhkan adanya komitmen dan kerja sama dari seluruh lapisan masyarakat untuk melaksanakan pencegahan DBD secara rutin dan serentak.

4.8. Keterbatasan Penelitian

1. Data yang ditampilkan merupakan hasil dari kuesioner peneliti yang diolah menggunakan SPSS sehingga memungkinkan terdapat bias pada hasil penelitian, yang disebabkan peneliti tidak mengetahui perilaku keseharian responden secara langsung.
2. Peneliti menganalisis hubungan intervensi pencegahan DBD dengan pengetahuan, sikap, tindakan dan kontinuitas. Diketahui bahwa intervensi tidak memberikan efek terhadap tindakan dan kontinuitas masyarakat, dikarenakan intervensi hanya berjalan satu bulan dan masih kurang merata. Sebagian responden mengikuti penyuluhan dan mendapatkan *leaflet*, namun sebagian yang lain hanya mendapatkan *leaflet* tanpa mengikuti penyuluhan.
3. Angka bebas jentik sudah mengalami peningkatan setelah pemberian intervensi namun belum mencapai target yang ditetapkan oleh pemerintah. Hal tersebut disebabkan karena selama periode penelitian, pelaksanaan pencegahan DBD melalui gerakan PSN 3M Plus belum dilakukan dengan serentak.