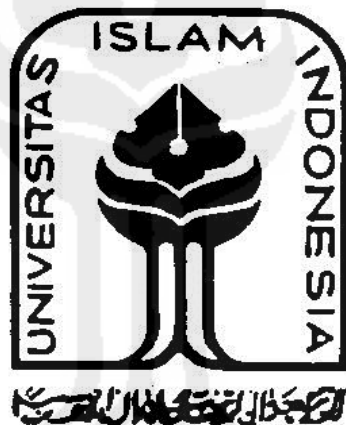


**HUBUNGAN PEMBERIAN INTERVENSI PENCEGAHAN
DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) TERHADAP TINGKAT
PENGETAHUAN, SIKAP, TINDAKAN DAN RUTINITAS
MASYARAKAT DI KECAMATAN MANTRIJERON,
YOGYAKARTA**

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi
(S.Farm.) Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan alam
Universitas Islam Indonesia Yogyakarta



Oleh :

DESI RESTU PUTRI

13613023

**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA**

2017

SKRIPSI

**HUBUNGAN PEMBERIAN INTERVENSI PENCEGAHAN
DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) TERHADAP TINGKAT
PENGETAHUAN, SIKAP, TINDAKAN DAN RUTINITAS
MASYARAKAT DI KECAMATAN MANTRIJERON,
YOGYAKARTA**

Yang diajukan oleh:

DESI RESTU PUTRI

13613023



Telah disetujui oleh:

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Fithria Dyah Ayu S.', written over a horizontal line.

Fithria Dyah Ayu S., M.Sc., Apt.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Tuti Purwaningsih', written over a horizontal line.

Tuti Purwaningsih, S.Stat, M.Si.

SKRIPSI

**HUBUNGAN PEMBERIAN INTERVENSI PENCEGAHAN
DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) TERHADAP TINGKAT
PENGETAHUAN, SIKAP, TINDAKAN DAN RUTINITAS
MASYARAKAT DI KECAMATAN MANTRIJEON,
YOGYAKARTA**

Oleh :

DESI RESTU PUTRI

13613023

Telah lolos uji etik penelitian

Dan dipertahankan dihadapan Panitia Penguji Skripsi

Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Universitas Islam Indonesia

Tanggal: 8 Maret 2017

Ketua Penguji : Fithria Dyah Ayu, M. Sc., Apt.

Anggota Penguji : 1. Tuti Purwaningsih, S.stat., M.Si.

2. Dra. Suparmi, M.Si., Apt.

3. Ndaru Setyaningrum., M.Sc., Apt.

(.....)
(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Universitas Islam Indonesia



Drs. Allywar, M.Sc., Ph.D

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang tertulis dan diacu didalam naskah ini dan diterbitkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, Maret 2017



Penulis,

Desi Restu Putri
Desi Restu Putri

PERSEMBAHAN



Alhamdulillah, saya persembahkan karya kecil ini untuk :

Ibunda Lukmawati dan Ayahanda Agus Heri Supriyanto. Kakak saya Fany Ika Anggraeni dan Ismanu Alfian yang senantiasa memberikan dukungan baik secara moril, materiil, maupun spiritual yang tiada henti.

Guru-guru saya semenjak saya tidak bisa apa-apa hingga saya menyelesaikan skripsi ini.

Sahabat Penelitian Hibah DBD: Ratih Noor Ikhlasari, Yunita Rahmawati, Anissa Maulia, Abu Yazid Albastomy, dan Ivan Rayendra atas kerjasama dan dukungannya.

Sahabat gazez UII: Gayatri Rizkiana, Levia Chitra Dewi, Yunita Rahmawati, Annisa Maulia yang memberi energi positif dalam 4 tahun ini.

Sahabat Desmodymbarkem: Maya Kusuma Wardhani, Isna Mardya Ulfayanti, Lany Millatun Nila dan Leny Islami Sari yang selalu memberikan dukungan dan semangat selama 8 tahun.

Sahabat Squad A3: M. Rizal Syifaudin, Endah Nur Hidayati, Dinar Nur Jayanti dan Rahma Nur Ilhamy yang selalu menghadirkan tawa canda dalam 1 tahun ini.

Almamater saya UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA, tempat saya berproses dan belajar banyak ilmu baru.

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah, puji syukur kehadiran Allah SWT, atas segala karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul: **“Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan Dan Rutinitas Masyarakat di Kecamatan Mantriheron, Yogyakarta”**. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat bagi mahasiswa untuk memperoleh gelar Sarjana Farmasi. Banyak pihak yang memberikan bantuan dan masukan baik berupa moril dan materil. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Fithria Dyah Ayu, M. Sc., Apt. selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Tuti Purwaningsih, S.stat., M.si. selaku dosen pembimbing pendamping atas segala bimbingan, arahan, dan dukungan sampai skripsi ini terselesaikan.
2. Ibu Dra. Suparmi, M.si., Apt. selaku dosen penguji atas arahan dan saran yang membangun sehingga tersusunnya skripsi ini.
3. Bapak Drs. Alwar, M.Sc.,Ph.D. selaku Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.
4. Bapak Pinus Jumaryatno, S.Si., M.Phil., Ph.D., Apt. selaku Kepala Program Studi Farmasi Universitas Islam Indonesia dan selaku Dosen Pembimbing Akademik, terimakasih atas semangat dan motivasi yang selalu diberikan hingga terselesainya skripsi ini.
5. Para pegawai di Puskesmas Mantriheron serta Kader Jumantik Kecamatan Mantriheron, Kelurahan Gedungkiwo, dan Kelurahan Suryodiningratan yang telah membantu selama penelitian.
6. Orangtua dan kakak penulis yang telah memberikan motivasi dan do'a dalam menyelesaikan skripsi ini.
7. Tim penelitian hibah DBD : Ratih Noor Ikhlasari, Yunita Rahmawati, Annisa Maulia, Abu Yazid Albustomy, Ivan Rayendra.

8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis berdoa semoga Allah SWT membalas segala kebaikan dan diberikan keberkahan. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun penulis nantikan dengan kerendahan hati. Semoga skripsi ini merupakan karya awal penulis untuk dapat berkarya lebih baik lagi, dan membawa manfaat bagi umat.

Wassalamualaikum Wr Wb

Yogyakarta, Maret 2017

Penulis,

Desi Restu Putri



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
INTISARI.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	2
1.3. Tujuan Penelitian.....	3
1.4. Manfaat Penelitian.....	3
BAB II STUDI PUSTAKA.....	4
2.1. Tinjauan Pustaka.....	4
2.1.1. Demam Berdarah <i>Dengue</i> (DBD) ...	4
2.1.2. Sanitasi Lingkungan ...	12
2.1.3. Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i> (DBD).	13
2.1.4. Indikator Keberhasilan Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i>	14
2.1.5. Edukasi Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i>	15
2.1.6. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i>	15

2.1.7. Media Penyuluhan Kesehatan.....	18
2.2. Peran Farmasis dalam Pencegahan DBD.....	18
2.3. Landasan Teori.....	19
2.4. Hipotesis.. ..	20
2.5. Kerangka Konsep Penelitian.....	21
BAB III METODE PENELITIAN.....	22
3.1. Rancangan Penelitian.....	22
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	22
3.3. Populasi dan Sampel.	22
3.4. Perhitungan Jumlah Sampel.....	23
3.5. Definisi Operasional Variabel.....	24
3.6. Instrumen Pengumpulan Data.....	27
3.7. Proses Pengumpulan Data.....	28
3.8. Analisis Data.....	28
3.9. Alur Penelitian.....	30
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	31
4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	31
4.2. Sosiodemografi Responden.....	33
4.3. Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Rutinitas dan Keberadaan Jentik Responden.....	38
4.4. Hubungan Antara Sosiodemografi dengan Pengetahuan.....	55
4.5. Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Rutinitas dan Keberadaan Jentik.....	62
4.6. Hubungan Intervensi Pencegahan DBD terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, dan Rutinitas Responden.. ..	68
4.7. Analisis Indikator Keberhasilan Pencegahan DBD	74
4.8. Keterbatasan Penelitian	76

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	77
5.1. Kesimpulan.....	77
5.2. Saran.....	77
DAFTAR PUSTAKA	79
LAMPIRAN	85



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Pertambahan Jumlah Kasus DBD Tahun 1968-2010.....	5
Gambar 2.2.	Virus <i>Dengue</i>	6
Gambar 2.3.	Siklus Penularan Penyakit DBD... ..	7
Gambar 3.1.	Alur Penelitian... ..	30
Gambar 4.1.	Wilayah Kecamatan Mantrijeron... ..	32
Gambar 4.2.	Distribusi Karakteristik Sosiodemografi Responden.....	34
Gambar 4.3.	Distribusi Kategori Pengetahuan Responden	40
Gambar 4.4.	Distribusi Presentase Pengetahuan Responden Tiap Pertanyaan Mengenai DBD.....	41
Gambar 4.5.	Distribusi Kategori Sikap Responden.....	44
Gambar 4.6.	Distribusi Presentase Sikap Responden Tiap Pertanyaan Mengenai DBD	44
Gambar 4.7.	Distribusi Kategori Tindakan Responden.....	48
Gambar 4.8.	Distribusi Presentase Tindakan Reponden Tiap Pertanyaan Mengenai DBD... ..	49
Gambar 4.9.	Distribusi Kategori Rutinitas Responden.....	50
Gambar 4.10.	Distribusi Presentase Rutinitas Responden Tiap Pertanyaan Mengenai DBD	51
Gambar 4.11.	Distribusi Keberadaan Jentik setiap Rumah Responden.....	53
Gambar 4.12.	Distribusi Jumlah Kontainer dengan Jentik setiap Rumah Responden... ..	54
Gambar 4.13.	Distribusi Jenis Kelamin dengan Tingkat Pengetahuan.....	57
Gambar 4.14.	Distribusi Usia dengan Tingkat Pengetahuan.... ..	59
Gambar 4.15.	Distribusi Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan.....	60
Gambar 4.16.	Distribusi Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan.....	61
Gambar 4.17.	Nilai Rata-Rata Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Rutinitas Responden.....	69

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Derajat DBD berdasarkan Gejala Klinisnya ...	9
Tabel 3.1.	Distribusi Kategori Responden...	26
Tabel 3.2.	Uji Analisis Bivariat	29
Tabel 3.3.	Indikator Keberhasilan Pencegahan DBD	29
Tabel 4.1.	Distribusi ABJ Kelurahan tahun 2015.....	32
Tabel 4.2.	Distribusi Data Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Rutinitas dan Keberadaan Jentik Responden.....	39
Tabel 4.3.	Analisis Hubungan Sosiodemografi dengan Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol.....	55
Tabel 4.4.	Analisis Hubungan Sosiodemografi dengan Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan.....	56
Tabel 4.5.	Distribusi Data Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Sikap Responden PSN-DBD.....	62
Tabel 4.6.	Distribusi Data Hubungan Sikap terhadap Tindakan Responden PSN-DBD.....	64
Tabel 4.7.	Distribusi Data Hubungan Tindakan terhadap Rutinitas Responden PSN-DBD.....	65
Tabel 4.8.	Distribusi Data Hubungan Rutinitas Responden terhadap Keberadaan Jentik.....	66
Tabel 4.9.	Hubungan Intervensi Pencegahan DBD terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Rutinitas Responden.....	68
Tabel 4.10.	Distribusi Nilai ABJ, CI, HI dan BI.....	74

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Ethical Clearence... ..	85
Lampiran 2. Surat Pernyataan.....	86
Lampiran 3. Surat Izin Dinas Perizinan.....	87
Lampiran 4. Kuisioner Penelitian	90
Lampiran 5. Data Karakteristik Responden.....	95
Lampiran 6. Data Isian Kuesioner.....	105
Lampiran 7. Data Keberadaan Jentik Tiap Rumah Responden.....	131
Lampiran 8. Analisis Kesetaraan Data Karakteristik Responden.....	135
Lampiran 9. Analisis Korelasi Metode <i>Spearman Rho</i> dan <i>Chi-Square</i>	137
Lampiran 10. Analisis Analisis Metode <i>Wilcoxon</i>	141



Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan Dan Rutinitas Masyarakat Di Kecamatan Mantrijeron, Yogyakarta

**Desi Restu Putri
Prodi Farmasi**

INTISARI

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah penyakit endemik yang disebabkan virus *Dengue* yang dibawa oleh nyamuk *Aedes Aegypti*. Kecamatan Mantrijeron tahun 2010 menjadi salah satu Kecamatan di Provinsi DIY dengan jumlah kasus DBD tertinggi (178 kasus). Intervensi berupa penyuluhan dapat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat dalam rangka pencegahan DBD. Penelitian dilakukan untuk mengetahui hubungan intervensi terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan rutinitas masyarakat di kelompok perlakuan. Penelitian menggunakan metode *pre post-test with control group design*. Penentuan jumlah sampel menggunakan metode *Slovin* dengan toleransi kesalahan 10%. Uji statistik yang digunakan berupa *Spearman-rho*, *Chi-square* dan *Wilcoxon* dengan *alpha* 5%. Hasil analisis menunjukkan pada kelompok kontrol dan perlakuan tidak terdapat hubungan antara karakteristik sosiodemografi responden dengan tingkat pengetahuan DBD dan tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan sikap, sikap dengan tindakan dan rutinitas dengan keberadaan jentik dengan nilai $P > 0,05$. Terdapat hubungan antara tindakan dengan rutinitas pada kelompok kontrol dan perlakuan dengan nilai $P < 0,05$. Terdapat perbedaan antara sikap *pretest-posttest*, tindakan *pretest-posttest*, rutinitas *pretest-posttest* pada kelompok perlakuan dengan nilai P berturut-turut 0,012; 0,000; dan 0,02 yang bermakna bahwa intervensi pencegahan DBD berhubungan dengan sikap, tindakan dan rutinitas responden. Hasil analisis indikator keberhasilan pencegahan DBD diperoleh nilai ABJ (90%), CI (4,33%), HI (10%), BI (11,67%) di kelompok kontrol dan nilai ABJ (93,54%), CI (4,91%), HI (5%), BI (5,83%) di kelompok perlakuan sehingga dapat disimpulkan bahwa tindakan PSN-DBD pada kelompok kontrol dan perlakuan sudah berjalan dengan baik.

Kata Kunci : DBD, Kecamatan Mantrijeron, Intervensi Pencegahan DBD

Relationship between Intervention of Dengue Hemorrhagic Fever Prevention toward Knowledge, Attitude, Actions and Routines Level at Mantrijeron District, Special Province Yogyakarta

**Desi Restu Putri
Departement of Pharmacy**

ABSTRACT

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is an endemic disease caused by dengue virus brought by *Aedes aegypti* mosquito. In 2010, Mantrijeron District be the one of sub-district in Special District of Yogyakarta with the highest number of dengue cases (178 cases). Intervention as education can affect the level of knowledge, attitudes, and actions of the people to prevent dengue Hemorrhagic Fever (DHF) cases. The purpose of this study is determine relation of intervention towards level of knowledge, attitudes, practice and routines in intervention group. This study using pre post-test with control group design. The number of sample is determined by Slovin method with 10% error tolerance. The statistical test used in the study is Spearman-rho, Chi-square test and Wilcoxon test with alpha 5%. The result of this study shown at the control group and intervention group none of the relation between sosiodemographi characteristic respondent to the knowledge DBD level and no relation between knowledge with attitude, attitude with actions and routines with existence of larva with p value $>0,05$. There is relation between actions with respondent routines with p value $<0,05$. There is differences between pretest-posttest attitude, pretest-posttest actions, pretest-posttest routines at the intervention group with p value 0,012; 0,000; and 0,02 which means that intervention preventive DBD related with respondent attitude, actions, and routines. The successful indicator of Dengue prevention data show ABJ (90%), CI (4,33%), HI (10%), BI (11,67%) at the control group and ABJ value (93,54%), CI (4,91%), HI (5%), BI (5,83%) at the intervention group thus, it can be concluded that people at the control group and intervention group has done PSN-DBD action well.

Keywords : Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), Mantrijeron District, Intervention of Prevention DBD

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Demam berdarah merupakan penyakit endemik yang disebabkan oleh virus *Dengue* melalui perantara nyamuk (vektor) *Aedes Aegypti*. Virus ini menyebar secara cepat di wilayah tropis dan sub tropis seperti Asia Tenggara, Amerika Tengah, Amerika dan Karibia. Berdasarkan WHO, dari tahun 1968 sampai tahun 2009 Negara Indonesia menjadi Negara dengan kasus Demam Berdarah *Dengue* (DBD) tertinggi di Asia Tenggara. Pola kejadian DBD dimulai dari ditemukannya kasus DBD pada tahun 1968 di Surabaya⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾.

Data Kemenkes RI tahun 2011 tentang kejadian DBD (IR) per 100.000 penduduk dari tahun 2005-2010 cenderung fluktuatif. Jumlah kasus DBD yang dilaporkan sebanyak 155.777 penderita (tahun 2010); 16.612 penderita (tahun 2011)⁽⁴⁾; 90.245 penderita (tahun 2012)⁽⁵⁾; 112.511 penderita (tahun 2013)⁽⁶⁾; menurun menjadi 100.347 penderita (tahun 2014) dan meningkat menjadi 129.650 penderita (tahun 2015)⁽⁷⁾.

Daerah Istimewa Yogyakarta menjadi provinsi endemis penyebaran kasus DBD⁽⁸⁾. Data terbaru dari Dinas Kesehatan Yogyakarta tahun 2014, jumlah penderita dan korban meninggal akibat DBD masih fluktuatif. Penderita DBD terbanyak terjadi pada tahun 2010 dengan jumlah 1517 orang dan penderita meninggal 6 orang. Sepanjang tahun 2014 kejadian DBD mengalami penurunan dibanding tahun 2013⁽⁹⁾, akan tetapi kejadian DBD masih perlu di waspadai sebab nilai (ABJ) rata-rata di DIY sebagai faktor risiko terjadinya DBD masih di bawah angka 95% (target ABJ nasional $\geq 95\%$ ⁽⁹⁾) yaitu 86,62 % (tahun 2011) dan 91,81% (tahun 2012)⁽¹⁰⁾. Kecamatan Mantrijeron pada tahun 2010 menunjukkan jumlah kasus DBD terbanyak yaitu 178 kasus dengan penderita meninggal 1 orang dan tahun 2014 termasuk dalam lima kecamatan dengan kasus DBD tertinggi⁽⁹⁾. Nilai (ABJ) untuk Kelurahan Gedungkiwo sebesar 89% sedangkan Kelurahan Suryodiningratan sebesar 96% sehingga Kelurahan Gedungkiwo

digunakan sebagai kelompok perlakuan dan Kelurahan Suryodiningratan sebagai kelompok kontrol⁽¹¹⁾.

Kecamatan Mantrijeron menjadi salah satu Kecamatan dengan kasus DBD tertinggi. Hal ini disebabkan karena tingkat sarana sanitasi dasar keluarga seperti jamban, tempat sampah dan pengelolaan air limbah sehat yang masih rendah. Tercatat dari data sanitasi Kota Yogyakarta tahun 2011 presentase jamban, tempat sampah dan pengelolaan air limbah yang sehat yaitu 65,4%; 65,4%; 63,4%⁽¹²⁾ jauh dibawah Kecamatan-Kecamatan lain di Kota Yogyakarta. Kesadaran dalam menjaga sanitasi lingkungan berhubungan dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan masyarakat⁽¹³⁾ serta terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan tindakan sanitasi lingkungan⁽¹⁴⁾.

Edukasi merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan seseorang, salah satunya dengan pemberian penyuluhan kesehatan⁽¹⁵⁾. Penyuluhan kesehatan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak⁽¹⁶⁾. Kejadian DBD juga dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi seperti pendidikan, pekerjaan, jarak rumah, tempat penampungan air (TPA) bukan untuk keperluan sehari-hari, TPA alami dan tanaman hias/pekarangan⁽¹⁷⁾. Berdasarkan data diatas maka peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Rutinitas Masyarakat di Kecamatan Mantrijeron, Yogyakarta.

1.2. Rumusan Masalah

1. Berapa nilai Angka Bebas Jentik (ABJ), *Container Index* (CI), *House Index* (HI) dan *Breteau Index* (BI) di kelompok kontrol dan perlakuan?
2. Bagaimana hubungan antara jenis kelamin, usia, pendidikan dan pekerjaan dengan tingkat pengetahuan masyarakat di kelompok kontrol dan perlakuan?
3. Bagaimana hubungan intervensi pencegahan DBD terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan rutinitas masyarakat di kelompok kontrol dan perlakuan?

1.3. Tujuan Penelitian

1. Memperoleh nilai Angka Bebas Jentik (ABJ), *Container Index* (CI), *House Index* (HI) dan *Breteau Index* (BI) di kelompok kontrol dan perlakuan.
2. Mengetahui hubungan antara jenis kelamin, usia, pendidikan dan pekerjaan dengan tingkat pengetahuan masyarakat di kelompok kontrol dan perlakuan.
3. Mengetahui hubungan intervensi pencegahan DBD terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan rutinitas masyarakat di kelompok kontrol dan perlakuan.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Peneliti

Menjadi pengalaman peneliti tentang pelayanan kesehatan khususnya dalam pencegahan penyakit DBD serta untuk berlatih menerapkan peran farmasis di bidang farmasi klinis dan komunitas.

1.4.2. Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat lebih peduli dan ikut berpartisipasi dalam upaya pencegahan DBD di lingkungan sekitar mereka.

1.4.3. Bagi Program Kesehatan Lingkungan

Untuk memberikan informasi bagi peneliti selanjutnya tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan keberadaan jentik nyamuk terhadap kejadian DBD.

1.4.4. Bagi Puskesmas

Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat memberikan gambaran tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan rutinitas masyarakat mengenai DBD yang akan dijadikan pertimbangan oleh pemerintah dan puskesmas untuk melakukan pencegahan DBD, khususnya di Kecamatan Mantriheron.

BAB II

STUDI PUSTAKA

2.1. Tinjauan Pustaka

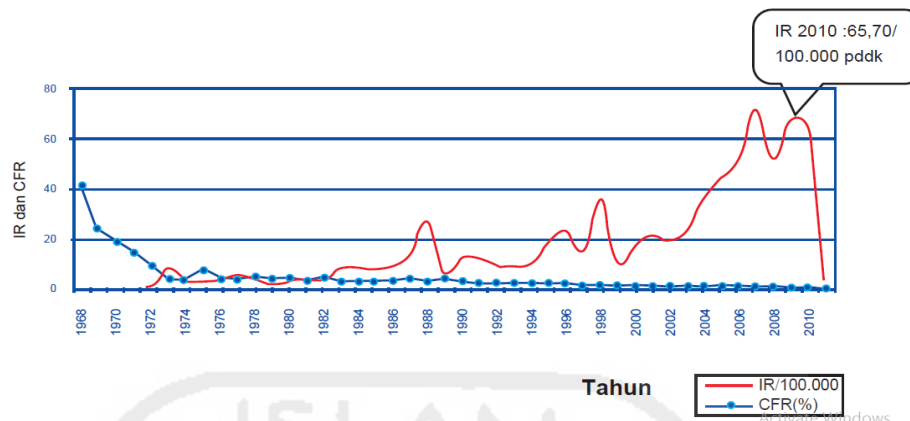
2.1.1. Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

2.1.1.1. Definisi

Demam Berdarah atau Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah penyakit febril akut yang disertai dengan gejala pusing, nyeri otot dan tulang atau sendi, bercak-bercak merah dikulit dan leukopenia. DBD dapat dikenal dengan munculnya 4 gejala spesifik yaitu demam tinggi, hemoragic, hepatomegaly dan kasus yang paling parah ditandai dengan adanya kegagalan pernafasan⁽¹⁸⁾. Kejadian DBD terparah dapat menimbulkan kematian⁽¹⁹⁾.

2.1.1.2. Epidemiologi

Demam Berdarah *Dengue* merupakan penyakit menular yang menjadi salah satu masalah kesehatan di dunia. Kejadian luar biasa (KLB) DBD mempunyai akibat buruk pada faktor ekonomi dan faktor sosial seperti kepanikan dalam keluarga, kematian anggota keluarga, dan berkurangnya usia harapan penduduk. Kasus DBD banyak ditemukan di daerah tropis dan sub tropis. Data dari *WHO* menunjukkan Asia menjadi negara dengan urutan pertama kasus tertinggi DBD setiap tahunnya. Salah satu negara di Asia Tenggara yang menduduki peringkat pertama kasus DBD dari tahun 1968 sampai tahun 2009 adalah negara Indonesia. Di Indonesia, penyakit DBD mulai dikenal pertama kali tahun 1968 di Surabaya dengan jumlah kasus 58 orang, 24 orang diantaranya meninggal dunia (Angka Kematian (AK): 41,3 %)⁽¹⁾. Selama tiga tahun terakhir (2008-2010) jumlah rata-rata kasus dilaporkan sebanyak 150.822 kasus dengan rata-rata kematian 1.321 kematian⁽⁴⁾.



Gambar 2.1. Pertambahan Jumlah Kasus DBD Tahun 1968-2010

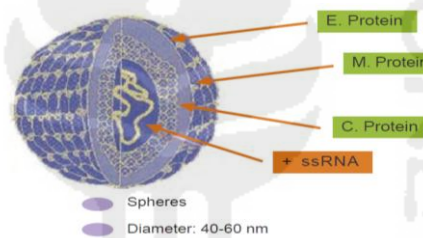
sumber: Kemenkes RI Dirjen PP dan PL (2011)

Jumlah kasus DBD dari tahun 2011 sampai 2016 cenderung mengalami peningkatan. Di tahun 2011 sampai dengan Juni 2011 dilaporkan sebanyak rata-rata 16.612 kasus dengan kematian rata-rata sebanyak 142 orang ($CFR=0,85\%$) dan IR/angka kesakitan 27,67 per 100.000 penduduk⁽⁴⁾; di tahun 2012 sebanyak 90.245 kasus dengan IR/angka kesakitan 37,27 per 100.000 penduduk; di tahun 2013 sebanyak 112.511 dengan jumlah kematian 871 orang (IR/angka kesakitan = 45,85 per 100.000 penduduk dan $CFR/angka\ kematian = 0,77\%$)⁽⁵⁾; di tahun 2014 terjadi penurunan menjadi 100.347 kasus dengan jumlah kematian 907 orang (IR/angka kesakitan = 39,8 per 100.000 penduduk dan angka kematian/ $CFR = 0,9\%$)⁽⁶⁾; serta di tahun 2015 dengan peningkatan kembali sebanyak 129.650 kasus dengan jumlah kematian 1.071 orang (IR/angka kesakitan = 50,75 per 100.000 penduduk dan $CFR/angka\ kematian = 0,83\%$)⁽⁷⁾.

Distribusi kasus DBD pada tahun 2008 berdasarkan jenis kelamin perempuan dan laki-laki hampir sama. Jumlah penderita berjenis kelamin laki-laki adalah 10.463 orang (53,78%) dan perempuan berjumlah 8.991 orang (46,23%)⁽¹⁾. Berbeda dengan tahun 2011, proporsi penderita DBD pada perempuan sebesar 50,33% dan laki-laki sebesar 49,67%, dan angka kematian akibat DBD pada perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki⁽⁴⁾. Kelompok umur terbesar terjadinya kasus DBD kurang dari 15 tahun terjadi pada tahun 1993-1998 dan umur lebih besar atau sama dengan 15 tahun terjadi pada tahun 1999-2009⁽¹⁾.

2.1.1.3. Etiologi

Virus *dengue* adalah anggota virus genus Flavivirus dan family Flaviviridae. Virus ini berukuran kecil dan memiliki single stranded RNA yang dikelilingi oleh icosahedral nucleocapsid dan terlindung oleh lipid. Virion memiliki diameter 50 nm, dan panjang genom flavivirus adalah 11 kb (kilobasa). Genom virus *Dengue* terdiri tiga gen protein struktural yaitu nucleocapsid atau protein core (C), *membrane-associated* protein (M) dan suatu protein envelope (E) serta gen protein non struktural (NS)⁽¹⁸⁾. Host alami DBD adalah manusia, agennya adalah virus *dengue* dengan empat serotipe yaitu serotipe 1, 2, 3 dan 4 (DEN1, DEN2, DEN3, DEN4)⁽²⁰⁾. Jenis serotipe yang mendominasi kejadian DBD adalah serotipe 2 dan serotipe 3 yang menjadi penyebab kasus DBD berat⁽²¹⁾.



Gambar 2.2. Virus *Dengue*

sumber: Kemenkes RI Dirjen PP dan PL (2011)

2.1.1.4. Vektor

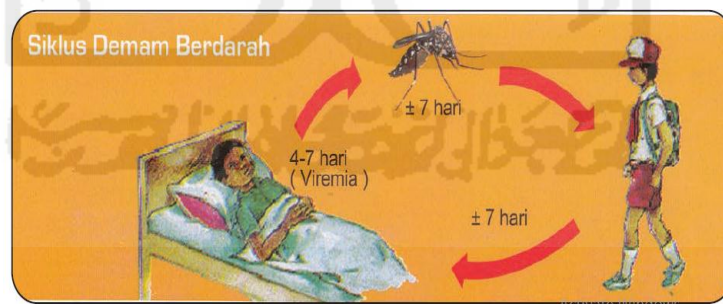
Vektor adalah agen penular penyakit DBD dari penderita ke manusia sehat. Vektor penularan DBD adalah Arthropoda yang berupa nyamuk *Aedes aegypti*, nyamuk *Aedes albopictus*, nyamuk *Aedes polynesiensis*, nyamuk *Aedes niveus*. Vektor utama untuk kasus DBD adalah nyamuk *Aedes aegypti*, nyamuk ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, tetapi tidak bisa ditemukan pada daerah dengan ketinggian 1000 meter diatas permukaan laut. Sedangkan nyamuk genus lainnya memiliki daerah penyebaran geografis sendiri-sendiri yang terbatas⁽⁸⁾. Nyamuk *Aedes Aegypti* beraktivitas pada siang hari, aktivitas menggigit biasanya pagi (pukul 09.00-10.00) sampai petang hari (16.00-17.00)⁽²²⁾. Kepadatan nyamuk ini meningkat pada musim penghujan dan menurun pada musim kemarau⁽²³⁾.

2.1.1.5. Siklus Hidup Vektor

Perkembangan nyamuk *Aedes aegypti* mengalami proses metamorfosa lengkap (*helometabbola*) yaitu dari telur, larva/jentik, pupa dan nyamuk dewasa. Proses perkembangan nyamuk dari telur sampai nyamuk dewasa membutuhkan waktu ± 14 hari (telur menjadi larva 1-2 hari, larva menjadi pupa 4-9 hari, pupa menjadi nyamuk dewasa 2-3 hari). Nyamuk dewasa merupakan tahap perkembangan akhir dari nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk betina berperan dalam menghisap darah manusia. Nyamuk ini dapat bertahan di alam bebas selama 10 hari⁽²⁴⁾.

2.1.1.6. Siklus Penularan DBD

Siklus penularan DBD dimulai dari nyamuk betina yang menghisap darah orang terinfeksi virus *Dengue* dalam fase demam akut (*viraemia*) yaitu 2 hari sebelum panas sampai 5 hari setelah demam timbul. Virus yang masuk ke dalam nyamuk *Aedes aegypti* mengalami inkubasi dalam jangka waktu 2-14 hari, biasanya 4-7 hari. Setelah masa inkubasi selesai, kelenjar ludah nyamuk telah mengandung virus yang siap ditularkan ketika nyamuk menggigit manusia sehat lainnya. Gejala kemudian timbul setelah 4-6 hari ditandai dengan demam, pusing, myalgia (nyeri otot), hilangnya nafsu makan dan berbagai tanda atau gejala lainnya⁽⁸⁾.



Gambar 2.3. Siklus Penularan Penyakit DBD

sumber: Kemenkes RI Dirjen PP dan PL (2011)

2.1.1.7. Klasifikasi dan Manifestasi Klinik

Infeksi virus *dengue* dapat menyebabkan munculnya demam dengan tingkat keparahan yang berbeda. Manifestasi klinis dapat bersifat demam tanpa

gejala/demam *undifferentiated*, demam *dengue*, demam berdarah *dengue* (DBD) dan *dengue shock syndrome* (DSS)⁽²³⁾.

a. Demam *Undifferentiated* (demam tanpa gejala khas)

Demam *undifferentiated* sering dialami oleh bayi dan anak kecil, dan terjadi gejala ruam makropapuler.

b. Demam *Dengue*

Demam *dengue* ditandai dengan gejala demam tinggi mendadak selama 2-7 hari, sakit kepala berat, nyeri di belakang mata, nyeri otot dan tulang atau sendi, mual dan muntah, ruam, leukopenia dan trombositopenia. Demam *dengue* pada beberapa epidemik, dapat disertai dengan komplikasi perdarahan, seperti epistaksis, perdarahan gusi, perdarahan gastrointestinal, hematuria, dan menoragia.

c. Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

Demam berdarah *dengue* ditandai dengan empat gejala mayor yang tampak yaitu demam tinggi, fenomena hemoragic, sering hepatomegali dan kegagalan sirkulasi. Peningkatan permeabilitas kapiler pada demam berdarah *dengue* menyebabkan adanya peningkatan hematokrit (hematokonsentrasi, efusi serosa atau hipoproteemia).

d. *Dengue Shock Syndrom* (DSS)

Syok bisa terjadi secara tiba-tiba setelah demam selama 2-7 hari. Tanda dan gejala khas yang dirasakan dari kegagalan sirkulasi yaitu kulit menjadi dingin, bintul-bintul, kongesti, sinosis sirkumoral dan nadi menjadi cepat. DSS biasanya ditandai dengan nadi cepat, lemah dengan penyempitan tekanan nadi (<20 mm Hg). Pasien yang mengalami syok akan mengalami nyeri abdomen, latergi, dan kemudian gelisah. Durasi syok sangat pendek, pasien dapat meninggal dalam waktu 12-24 jam, atau sembuh dengan cepat setelah terapi penggantian volume dengan tepat.

Berdasarkan derajat gejala klinisnya DBD dibagi menjadi :

DBD	Derajat	Tanda dan Gejala
DBD	I	Demam, disertai manifestasi perdarahan yaitu uji tourniquet.
DBD	II	Demam, disertai manifestasi perdarahan berupa uji tourniquet, dan perdarahan spontan di kulit.
DBD	III	Terdapat kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun (20 mmHg atau kurang) atau hipotensi, sianosis di sekitar mulut kulit dingin dan lembab, tampak gelisah.
DBD	IV	Syok berat, nadi tidak dapat diraba dan tekanan darah tidak terukur.

Tabel 2.1. Derajat DBD berdasarkan gejala klinisnya

sumber : WHO (1997)

2.1.1.8. Patogenesis dan Patofisiologi

Manifestasi klinis seperti demam, peningkatan permeabilitas pembuluh darah, penurunan volume plasma (hipovolemia), hipotensi (penurunan tekanan darah), trombositopeni dan haemorrhagic diathesis sering terjadi baik pada kondisi demam berdarah *dengue* atau syok sindrom *dengue*. Proses patofisiologi munculnya manifestasi klinis tersebut adalah sebagai berikut^(18,20,25).

1. Demam terjadi karena muncul respon imun baik selular maupun humoral. Setelah masuk dalam tubuh manusia, virus *dengue* berkembang biak dalam sel retikuloendotelial yang selanjutnya diikuti dengan viremia yang berlangsung 5-7 hari. Akibat infeksi ini, muncul respon imun baik humoral maupun selular, antara lain anti netralisasi, anti-hemaglutinin dan anti komplemen.
2. Peningkatan permeabilitas dinding kapiler disebabkan oleh pelepasan anti komplemen yang menyebabkan lepasnya zat anafilatoksin C3a dan C5a, histamin, serotonin serta aktivasi sistem kalikrein. Pelepasan zat-zat tersebut akan menyebabkan terjadinya ekstrasvasi cairan elektrolit dan protein, terutama albumin, ke dalam rongga di antara jaringan ikat dan rongga serosa dan kebocoran plasma ditandai dengan peningkatan kadar hematocrit, penurunan natrium dan penurunan tekanan darah. Terdapatnya cairan dalam rongga serosa/jaringan ikat dibuktikan dengan radioisotop I131. Ekstrasvasi

cairan mengakibatkan penurunan volume cairan tubuh (hipovolemik) plasma, jika mencapai 30% dari seluruh cairan tubuh akan menyebabkan renjatan (shock) yang hebat yang akan berakibat anoxia (tidak adanya suplai Oksigen) jaringan, asidosis metabolik dan berakibat kematian jika tidak terkontrol.

3. Trombositopenia terjadi karena tertekannya fungsi megakaryosit (sel yang kelak pecah dan menjadi trombosit) serta destruksi trombosit yang matur (dewasa/matang).
4. Gangguan pembekuan darah juga berperan dalam terjadinya perdarahan pada penderita DBD. Berdasarkan pemeriksaan faal hemostasis (fungsi keseimbangan cairan tubuh) menunjukkan adanya peningkatan Partial Thromboplastine Time (PTT) 54,6% dan Prothrombine Time 33,3% sedangkan Thrombine Time normal. Terjadi penurunan faktor-faktor pembekuan darah yaitu faktor II, V, VII, IX, X dan fibrinogen juga terjadi penurunan faktor XII. Selain itu, infeksi virus Dengue ini juga menyebabkan Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) (suatu keadaan kehabisan zat/bahan pembekuan darah, sehingga terjadi pendarahan yang terus-menerus).

2.1.1.9. Diagnosis

Diagnosis DBD ditegakkan apabila semua kriteria terpenuhi. Kriteria yang dimaksud yaitu :⁽²⁵⁾

1. Demam atau riwayat demam akut, antara 2-7 hari biasanya bifasik.
2. Terdapat minimal 1 manifestasi perdarahan berikut: uji bending/uji tourniquet.
3. Positif; petekie, ekimosis, atau purpura; perdarahan mukosa; hematemesis dan melena.
4. Trombositopenia (jumlah trombosit <100.000/ ml).
5. Terdapat minimal 1 tanda kebocoran plasma sebagai berikut :
 - Peningkatan hematokrit >20% dibandingkan standar sesuai umur dan jenis kelamin.
 - Penurunan hematokrit >20% setelah mendapat terapi cairan, dibandingkan dengan nilai hematokrit sebelumnya.

- Tanda kebocoran plasma seperti: efusi pleura, asites, hipoproteinemia, hiponatremia.

2.1.1.10. Tatalaksana Terapi

Terapi utama yang diberikan pada DBD adalah terapi bersifat suportif dan simptomatik. Terapi suportif dilakukan dengan pemberian cairan pengganti dengan tujuan untuk mengganti kehilangan cairan plasma sebagai akibat dari peningkatan permeabilitas kapiler dan kebocoran plasma. Proses kebocoran plasma terjadi antara hari keempat sampai keenam sejak demam berlangsung. Proses kebocoran plasma akan berkurang pada hari ketujuh dan cairan akan kembali dari ruang interstitial ke intravaskular, sehingga terapi cairan secara bertahap dikurangi. Terapi suportif yang diberikan yaitu.⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾

1. Pemberian oksigen, terapi oksigen harus selalu diberikan pada semua pasien syok. Dianjurkan pemberian oksigen dengan menggunakan masker.
2. Penggantian volume plasma. Proses penggantian volume plasma dengan pemberian terapi cairan harus memperhatikan jenis cairan dan jumlah serta kecepatan cairan yang diberikan. Jenis cairan yang ideal diberikan harus bersifat lama di intravascular, aman dan relative mudah di ekskresi, tidak mengganggu system koagulasi tubuh dan memiliki efek alergi yang minimal. Terapi cairan yang dapat diberikan seperti kristaloid (ringer laktat, ringer asetat, cairan salin) dan koloid. Berdasarkan *Who* terapi kristaloid ditetapkan sebagai cairan standar pada terapi DBD. Kristaloid mempunyai beberapa keunggulan yaitu lebih mudah didapat, lebih murah, komposisi yang menyerupai komposisi plasma, mudah disimpan dalam temperature ruang, bebas dari reaksi anafilaktik, aman dan efektif. Jumlah cairan yang diberikan bergantung dari banyaknya kebocoran plasma yang terjadi. Rata-rata kebutuhan cairan pada DBD dengan hemodinamik stabil adalah antara 3000-5000 ml/24 jam. Pada kondisi hemodinamik tidak stabil (DBD derajat 3 dan 4) cairan diberikan secara bolus atau tetesan cepat antara 6-10 mg/kg berat badan, dan setelah hemodinamik stabil secara bertahap kecepatan cairan dikurangi sampai kondisi benar-benar stabil.
3. Koreksi gangguan metabolik dan elektrolit.

4. Transfusi darah, pemberian transfusi darah diberikan pada keadaan perdarahan yang nyata seperti hematemesis dan melena. Hemoglobin perlu dipertahankan untuk mencapai transport oksigen ke jaringan, sekitar 10 g/dl.

Dilanjutkan dengan terapi simptomatik yakni berupa pemberian antipiretik seperti parasetamol bila suhu $>38,5^{\circ}\text{C}$. Terapi simptomatik untuk mengatasi keluhan dyspepsia juga dapat diberikan. Terapi antibiotik dapat diberikan dalam pengobatan DBD derajat III, IV dan pasien DSS jika terdapat infeksi sekunder yang disebabkan oleh adanya translokasi bakteri dari saluran cerna.

2.1.2. Sanitasi Lingkungan

Sanitasi lingkungan merupakan usaha yang dilakukan baik oleh individu atau masyarakat untuk mengendalikan lingkungan hidup eksternal yang berbahaya bagi kesehatan hidupnya⁽²⁸⁾. Usaha-usaha yang dapat dilakukan berupa penyehatan lingkungan fisik diantaranya sarana sanitasi dasar keluarga seperti jamban (jenis tempat BAB, fasilitas buang air besar (BAB) dan tempat pembuangan akhir tinja), tempat sampah dan pengelolaan air limbah yang sehat⁽¹²⁾. Nilai sanitasi dikategorikan baik jika memenuhi angka $>90\%$ ⁽¹²⁾.

a. Fasilitas buang air besar (BAB)

Fasilitas BAB yang baik memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* yaitu rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB milik sendiri, tempat BAB jenis leher angsa atau plengsengan dan tempat pembuangan akhir tinja jenis tangki septik⁽²⁹⁾.

Kriteria-kriteria jamban yang sehat yaitu:⁽³⁰⁾

- 1) Mencegah kontaminasi ke badan air
 - 2) Mencegah kontak antara manusia dan tinja
 - 3) Membuat tinja tersebut tidak dihindangi serangga, serta binatang lainnya
 - 4) Mencegah bau yang tidak sedap
 - 5) Konstruksi duduknya dibuat dengan baik, aman dan mudah dibersihkan
 - 6) Memiliki bidang perembesan yang layak
- b. Pengelolaan air limbah

Pengelolaan limbah cair rumah tangga yang baik terdiri dari:⁽³⁰⁾

- 1) Melakukan pemisahan saluran limbah cair rumah tangga melalui sumur resapan dan saluran pembuangan air limbah
 - 2) Menyediakan dan menggunakan penampungan limbah cair rumah tangga
 - 3) Memelihara saluran pembuangan dan penampungan limbah cair rumah tangga
- c. Tempat sampah yang baik terbuat dari bahan yang kedap air, kuat, tidak mudah bocor, mempunyai tutup yg mudah di buka, dibersihkan dan dikosongkan isinya serta ukurannya yang dibuat agar dapat di angkut oleh 1 orang⁽³¹⁾.

2.1.3. Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

DBD dapat dicegah hanya dengan mencegah gigitan dari nyamuk *Aedes Aegypti* sebagai vektor DBD. Pencegahan kejadian DBD dapat dilakukan melalui 3 hal yaitu :⁽³²⁾

1. Pengasapan/ *fogging*

Fogging dengan malathion digunakan untuk memberantas nyamuk vektor dewasa (nyamuk *Aedes Aegypti*). WHO menetapkan *fogging* dilakukan ketika keganasan virulensi virus DBD meningkat, terjadi tambahan dua sampai 3 kasus serta induk jentik DB > 5%. *Fogging* dilakukan pada wilayah yang terjangkit demam berdarah (sepanjang radius 100 meter).

2. Abatisasi

Teknik abatisasi lebih mudah dilakukan daripada *fogging*. Pemakaian bubuk ABATE bertujuan untuk mencegah perkembangan jentik menjadi nyamuk dewasa. Bubuk ABATE diberikan dengan dosis 1 sendok makan peres (10 gram) untuk 100 liter yang ditaburkan pada tempat penampungan air (TPA) yang ditemukan jentik nyamuk *Aedes Aegypti* dan bak mandi. Pemaikaaian abatisasi sebaiknya di ulang setiap 3 bulan sekali karena kerja ABATE dalam membunuh jentik mampu bertahan selama 3 bulan tanpa disikat atau dikuras.

3. Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)

PSN adalah kegiatan-kegiatan yang dapat dilakukan oleh masyarakat sendiri dalam membasmi jentik nyamuk *Aedes Aegypti* melalui cara 3M.

- a. Menguras dan menyikat tempat-tempat penampungan air, seperti bak mandi/wc, drum, dan lain-lain seminggu sekali.
- b. Menutup rapat-rapat tempat penampungan air (TPA), seperti gentong air/tempayan, dan lain-lain.
- c. Mengubur dan mendaur ulang kaleng-kaleng bekas dan plastik-plastik yang menjadi tempat penampungan air sehingga tidak menjadi sarang nyamuk.

Gerakan 3M sekarang sudah berkembang ke arah gerakan 3M plus. Gerakan 3M Plus berupa gerakan 3M ditambah (plus) cara lainnya seperti: mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat-tempat lainnya sejenis seminggu sekali, memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar atau rusak, menutup lubang-lubang pada potongan bamboo/pohon dan lain-lain, menaburkan bubuk larvasida, memelihara ikan pemakan jentik, memasang kawat kasa, menghindari kebiasaan menggantung pakaian serta pemakaian insektisida rumah tangga⁽³³⁾⁽³⁴⁾.

2.1.4. Indikator Keberhasilan Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

- a. Angka Bebas Jentik (ABJ)

Tingkat keberhasilan pencegahan DBD dapat dilihat dari nilai Angka Bebas Jentik (ABJ). ABJ merupakan nilai yang didapat dari rasio antara jumlah rumah/bangunan yang tidak ditemukan jentik dengan jumlah rumah/bangunan yang diperiksa dikali 100. Hasil ABJ yang diharapkan secara nasional mencapai lebih dari atau sama dengan 95%⁽³⁵⁾.

- b. Pengamatan Vektor

Pengamatan vektor dilakukan terhadap nyamuk *Aedes aegypti* terutama penyebaran, kepadatan, habitat, dan dugaan terjadinya resiko penularan. Dalam kegiatan tersebut dapat diketahui nilai tingkat keberadaan *Ae. aegypti* yang kita kenal dengan menggunakan rumus :

$$\text{Angka Bebas Jentik (ABJ)} = \frac{\text{jumlah rumah yang tidak ditemukan jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100$$

$$\text{House Index (HI)} = \frac{\text{jumlah rumah yang ditemukan jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100$$

$$\text{Container Index (CI)} = \frac{\text{jumlah container positif jentik}}{\text{jumlah container diperiksa}} \times 100$$

$$\text{Breteau Index (BI)} = \frac{\text{jumlah kontainer positif jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100^{(36)}$$

Suatu daerah dinyatakan memiliki risiko penularan DBD yang tinggi apabila *container index* $\geq 5\%$, *house index* $\geq 10\%$, dan *breteauindex* $> 50\%$. BI merupakan prediktor KLB (Kejadian Luar Biasa), apabila BI $\geq 50\%$ maka daerah tersebut berpotensi untuk mengalami KLB⁽³⁷⁾.

2.1.5. Edukasi Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

Penyuluhan kesehatan merupakan bagian dari Edukasi dalam bidang kesehatan⁽³⁸⁾. Edukasi dalam bidang kesehatan atau pendidikan kesehatan adalah proses berbagi pengalaman yang berpengaruh terhadap kebiasaan, sikap dan pengetahuan dalam hal kesehatan perorangan, masyarakat dan bangsa⁽³⁹⁾. Pendidikan kesehatan merupakan bentuk intervensi terhadap faktor perilaku, melalui segala sesuatu upaya atau kegiatan yang bertujuan agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, serta kemana cari pengobatan bilamana jatuh sakit dan sebagainya, dengan begitu kesehatan yang kondusif dapat tercipta⁽⁴⁰⁾.

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan kesehatan dengan cara menyebarkan pesan tentang kesehatan dan menanamkan keyakinan dengan begitu masyarakat menjadi mau dan bisa melakukannya sesuai dengan pesan yang diterima, tidak hanya sadar, tahu dan mengerti⁽³⁹⁾. Penyuluhan DBD dilakukan dengan cara memberikan pengetahuan tentang DBD berupa pengertian umum, tanda dan gejala, pertolongan pertama, siklus hidup vektor dan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) sehingga mampu membangkitkan daya masing-masing individu untuk memelihara serta meningkatkan kesehatannya sendiri dengan mempengaruhi perilaku individualnya⁽³⁸⁾.

2.1.6. Faktor yang mempengaruhi keberhasilan pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

Perilaku adalah hasil aksi yang dilakukan individu karena adanya rangsangan (stimulus) dari luar maupun dari dalam dirinya⁽⁴¹⁾. Perilaku manusia merupakan segala kegiatan atau aktivitas yang dapat diamati secara langsung/tampak dan tidak langsung/tidak tampak. Aktivitas tidak tampak seperti

berpikir, tanggapan, sikap, persepsi, emosi, pengetahuan, dan lain-lain, Sedangkan aktivitas tampak seperti berjalan, berbicara, berpakaian, dan lain-lain⁽⁴²⁾.

Terdapat beberapa teori yang mempengaruhi perubahan perilaku seseorang yaitu teori Lawrence Green, teori Snehandu B. Karr, dan teori WHO. Berdasarkan teori Lawrence Green dalam Agustini, Aat (2014), faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya perilaku positif yaitu:⁽⁴³⁾

- a. Faktor Predisposisi (pengetahuan, kepercayaan, nilai, sikap dan demografi)
- b. Faktor pemungkin atau pendukung (fasilitas, sarana dan prasarana)
- c. Faktor penguat (keluarga, teman dan petugas kesehatan)

Benyamin Bloom, seorang ahli psikologi pendidikan, membedakan perilaku menjadi 3 ranah yaitu kognitif (*Cognitive*), sikap (*Attitude*) dan tindakan atau praktik (*Practice*)⁽⁴³⁾.

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari proses penginderaan manusia (mata, hidung dan sebagainya) terhadap adanya suatu obyek. Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor internal (pendidikan, minat, pengalaman, dan usia) dan faktor eksternal (ekonomi dan kebudayaan). Pengetahuan terbagi menjadi 6 tingkatan yaitu :

- 1) Tahu (*Know*), merupakan proses memanggil (*recall*) memori yang sudah ada sebelumnya.
- 2) Memahami (*Comprehension*), merupakan kemampuan dalam menjelaskan suatu obyek secara benar setelah tahu terhadap obyek tersebut.
- 3) Aplikasi (*Application*), merupakan kemampuan untuk menerapkan materi yang telah diketahui pada situasi yang sebenarnya.
- 4) Analisis (*Analysis*), merupakan kemampuan seseorang dalam menjabarkan, memisahkan, serta mencari hubungan antar komponen dalam suatu masalah.
- 5) Sintesis (*Synthesis*), merupakan kemampuan dalam membuat hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.
- 6) Evaluasi (*Evaluation*), merupakan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap obyek tertentu.

2. Sikap (*Attitude*)

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 dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, lembaga pendidikan dan agama⁽⁴⁴⁾. Sikap terbagi menjadi beberapa tingkatan :

- 1) Menerima (*receiving*), dimana seorang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
- 2) Menanggapi (*responding*), sebagai proses pemberian jawaban atau tanggapan terhadap obyek yang diterima.
- 3) Menghargai (*valving*), sebagai pemberian nilai positif terhadap obyek yang dihadapi bahkan sampai mempengaruhi orang lain untuk meresponnya.
- 4) Bertanggung jawab, merupakan tingkatan sikap tertinggi dengan langkah berani mengambil resiko terhadap apa yang terjadi.

3. Tindakan (*Practice*)

Tindakan adalah tahap lanjut dari sikap. Tindakan akan berlangsung jika terdapat faktor pendukung yaitu fasilitas atau sarana dan prasarana. Berdasarkan kualitasnya tindakan terbagi menjadi :

- 1) Praktik terpimpin, diartikan sebagai tindakan seseorang yang masih bergantung pada tuntunan atau panduan.
- 2) Praktik secara mekanisme, diartikan sebagai tindakan seseorang yang telah terjadi secara otomatis tanpa melihat panduan.
- 3) Adopsi, merupakan tindakan yang telah berkembang bukan hanya sekedar rutinitas atau mekanisme saja tetapi sudah dilakukan modifikasi ke arah tindakan atau perilaku yang berkualitas.

Tindakan yang terbentuk kemudian berubah menjadi sebuah rutinitas. Rutinitas berasal dari kata dasar rutin yang diartikan sebagai prosedur yang teratur dan tidak berubah-ubah⁽⁴⁵⁾. Rutinitas merupakan keteraturan tindakan yang dilakukan secara terus-menerus dan tidak berubah-ubah.

2.1.7. Media Penyuluhan Kesehatan

Media adalah alat bantu yang digunakan untuk menyampaikan informasi-informasi kesehatan kepada masyarakat atau “klien” sehingga mempermudah masyarakat atau “klien” dalam menerima pesan tersebut. Berdasarkan fungsinya media dibagi menjadi 3, yaitu :⁽⁴⁴⁾

1. Media cetak (*booklet, leaflet, flyer, flip chart, rubric, poster*, serta foto yang berisi informasi-informasi kesehatan).
2. Media Elektronik (televisi, radio, video, *slide*).
3. Media papan/ *Bill board*.

Leaflet adalah selebaran yang dilipat berisi informasi atau pesan-pesan dalam bentuk gambar, kalimat atau kombinasi. Penyebarannya biasanya dengan dibagi-bagi Informasi yang disajikan dalam *leaflet* berbentuk singkat, padat, jelas dan mudah dipahami. *Leaflet* umumnya berukuran 20x30 cm berisi tulisan 200-400 kata yang menuliskan suatu masalah dengan tujuan dan sasaran tertentu⁽⁴⁴⁾.

Leaflet umumnya digunakan dalam kampanye sebagai penguat ide dan pengenalan ide-ide baru kepada masyarakat luas. *Leaflet* banyak memiliki keunggulan yaitu dapat disimpan lama, mudah dibuat, murah, dan digunakan kembali di lain waktu⁽⁴⁴⁾.

Media yang digunakan dalam penelitian berupa *leaflet*. *Leaflet* yang diberikan kepada responden berjudul “Waspada DBD” yang disusun oleh peneliti.

2.2. Peran Farmasis dalam Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

Farmasis merupakan salah satu tenaga kesehatan yang dibutuhkan dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat. Kode Etik Apoteker Indonesia menyatakan bahwa apoteker/farmasis harus selalu aktif mengikuti perkembangan di bidang kesehatan pada umumnya dan di bidang farmasi pada khususnya⁽⁴⁶⁾. Salah satu perkembangan di bidang kesehatan yaitu perkembangan pola penyakit seperti Demam Berdarah *Dengue* (DBD). Farmasis memiliki peran dalam penurunan prevalensi DBD salah satunya dengan pemberian promosi kesehatan. Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Departemen Kesehatan RI tahun 2008 menyatakan bahwa promosi kesehatan dan penanggulangan penyakit menjadi salah satu aktivitas farmasis⁽⁴⁷⁾. Program promosi kesehatan terutama

tentang pencegahan DBD berguna agar masyarakat mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya sehingga mereka dapat hidup sehat, produktif, bahagia dan sejahtera jauh dari penyakit DBD⁽³⁹⁾.

2.3. Landasan Teori

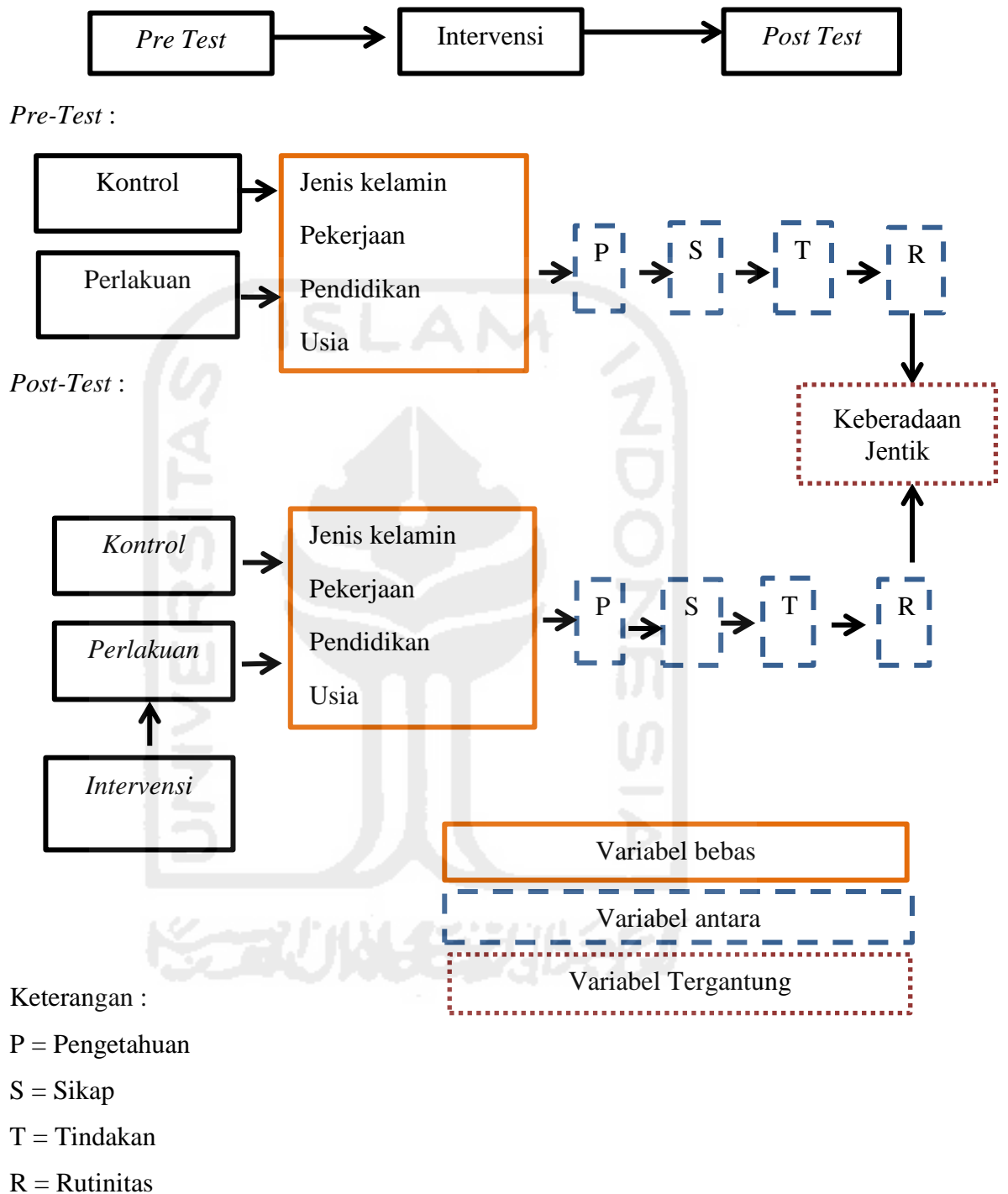
Penelitian dari Eka kusumawardani (2012) menyatakan bahwa penyuluhan kesehatan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD secara signifikan ($p < 0,01$). Penelitian Saleha Sungkar, dkk (2010) menyatakan bahwa penyuluhan meningkatkan tingkat pengetahuan warga mengenai pemberantasan sarang nyamuk (PSN) di Kecamatan Bayah, Provinsi Banten. Penelitian dari Ririh Yudhastuti dan Anny Vidiyani (2005) menyatakan bahwa faktor lingkungan berupa kelembaban udara dan perilaku masyarakat (pengetahuan dan tindakan) berhubungan dengan keberadaan jentik nyamuk *Aedes Aegypti* di kelurahan Wonokusuma. Penelitian dari Nur Aisah Nahumarury, dkk (2013) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ($p < 0,05$) antara pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap keberadaan larva di Kelurahan Kassi-Kassi Kota Makassar. Penelitian dari Azuya Putri (2016) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pendapatan ($p = 0,044$, $p < 0,05$), usia ($p = 0,041$, $p < 0,05$) terhadap tindakan pencegahan DBD, dan terdapat hubungan antara rutinitas responden ($p = 0,007$, $p < 0,05$) terhadap keberadaan jentik oleh responden di Kecamatan Sewon, Yogyakarta. Penelitian dari Umami Habibah (2016) menyatakan terdapat hubungan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan terhadap keberadaan jentik dalam pencegahan demam berdarah dengan nilai p berturut-turut adalah 0,049; 0,007; dan 0,018 ($p < 0,05$) di Kecamatan Umbulharjo, Yogyakarta.

2.4. Hipotesis

- 2.4.1. Terdapat hubungan antara jenis kelamin, usia, pendidikan dan pekerjaan dengan tingkat pengetahuan masyarakat di kelompok kontrol dan perlakuan.
- 2.4.2. Terdapat hubungan antara intervensi pencegahan DBD terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan rutinitas masyarakat di kelompok kontrol dan perlakuan



2.5. Kerangka Konsep



Gambar 2.4. Kerangka Konsep

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan rancangan kuasi-eksperimental *pre post-test with control group design*. Penelitian *pre-test* dilakukan pada tahun 2015 tanpa pemberian intervensi. Sedangkan penelitian *post-test* dilakukan pada tahun 2016 dengan pemberian intervensi. Intervensi yang dilakukan berupa penyuluhan DBD, pembagian *leaflet* tentang DBD, pembagian kalender kegiatan PSN-DBD, pemberdayaan jumentik dalam pelaksanaan Pemeriksaan Jentik Berkala/PJB setiap satu minggu sekali selama satu bulan berturut-turut dan pemberdayaan kegiatan 3M plus serta pemberdayaan *programmer* DBD. Kelompok kontrol adalah kelompok yang tidak mendapatkan intervensi dan kelompok perlakuan adalah kelompok yang mendapat intervensi pencegahan DBD. Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner, Lembar Pemantauan Jentik dan senter.

Kuesioner digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan, sikap, tindakan, serta rutinitas responden dalam upaya pencegahan DBD. Data kuesioner sebagai instrumen pertama, selain itu juga dilakukan pendataan kontainer baik yang terdapat jentik maupun yang tidak terdapat jentik dengan bantuan alat senter untuk menentukan nilai ABJ.

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Kecamatan Mantriweron Yogyakarta yaitu di Kelurahan Gedongkiwo Rw 08 dan Rw 16 sebagai kelompok perlakuan dan Kelurahan Suryodiningratan Rw 13 dan Rw 16 sebagai kelompok kontrol.

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan September-November 2016.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Semua warga di kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

3.3.2. Sampel

Pengambilan sampel menggunakan teknik *cluster sampling* dan *accidental sampling*. *Cluster sampling* merupakan teknik penentuan sampling berdasarkan area hal ini dikarenakan area sumber data yang sangat luas dan *accidental sampling* digunakan untuk mengambil sampel secara aksidental atau dipilih responden yang kebetulan ada ditempat⁽⁴⁸⁾.

Kriteria inklusi dan eksklusi :

Kriteria Inklusi:

- a. Kepala keluarga atau anggota keluarga yang bisa membaca dan menulis.
- b. Kepala keluarga atau anggota keluarga yang bersedia menjadi responden.
- c. Laki- laki atau perempuan berusia >17 tahun.
- d. Warga yang mengikuti penyuluhan DBD dan atau menerima *leaflet* tentang pencegahan DBD.

Kriteria Eksklusi:

- a. Kepala keluarga atau anggota keluarga yang tidak mengisi kuesioner secara lengkap.
- b. Kepala keluarga atau anggota keluarga yang tidak bersedia untuk diperiksa kontainer berisi air dirumahnya.

3.4. Perhitungan Jumlah Sampel

Penentuan jumlah sampel minimal menggunakan metode Slovin dengan toleransi kesalahan 10%. Salah satu metode yang digunakan untuk menentukan jumlah sampel adalah menggunakan rumus Slovin⁽⁴⁹⁾. Sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan:

n: jumlah sampel

N: jumlah populasi

e: batas toleransi kesalahan (*error tolerance*)

Dari 35.159⁽⁵⁰⁾ Kepala Keluarga di Kecamatan Mantrijeron semester I tahun 2016, maka:

$n = \frac{35.159}{1+35.159 \times 0,10^2} = 97,234$ dibulatkan menjadi 100 rumah. Jumlah minimal sampel yang diambil adalah 100 rumah atau kepala keluarga. Jumlah sampel 100 rumah ditambahkan 20 rumah sebagai *buffer* toleransi kesalahan 10%. Sehingga, jumlah sampel sebanyak 120 rumah atau kepala keluarga.

3.5. Definisi Operasional Variabel

- 3.5.1. Pengetahuan merupakan hasil pengamatan mengenai DBD, sehingga didapatkan suatu pemikiran, gagasan, ide, dan pemahaman terhadap DBD. Proses ini berperan penting dalam membentuk tindakan yang dilakukan oleh seseorang. Pengetahuan responden diukur dengan kuesioner yang terdiri dari 16 pertanyaan dan terbagi menjadi dua kategori jawaban yaitu ya atau tidak.
- 3.5.2. Sikap merupakan kesiapan seseorang untuk merespon penyebaran penyakit dan virus DBD dengan PSN-DBD, Sikap belum merupakan tindakan akan tetapi faktor predisposisi untuk berperilaku. Sikap responden diukur dengan kuesioner yang terdiri dari 11 pertanyaan dan terbagi menjadi dua kategori jawaban yaitu setuju atau tidak setuju.
- 3.5.3. Tindakan merupakan segala sesuatu yang dilakukan seseorang untuk pencegahan penyebaran penyakit dan virus DBD, salah satunya dengan PSN-DBD. Tindakan responden diukur dengan kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan dan terbagi menjadi dua kategori jawaban yaitu ya atau tidak.
- 3.5.4. Rutinitas berarti melakukan suatu kegiatan pencegahan penyebaran penyakit dan virus DBD secara teratur dan tidak berubah-ubah. Rutinitas responden diukur dengan kuesioner yang terdiri dari 16 pertanyaan dan terbagi menjadi dua kategori jawaban yaitu ya atau tidak.
- 3.5.5. Kontainer merupakan wadah yang dapat menampung air bersih ataupun air hujan baik di dalam rumah maupun di sekitar rumah.
- 3.5.6. Pekerjaan merupakan suatu aktivitas yang dilakukan oleh responden untuk tujuan tertentu.

- 3.5.7. Pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar responden yang diperlukan untuk pengembangan diri.
- 3.5.8. Usia merupakan jangka waktu individu yang dihitung mulai saat dilahirkan hingga waktu umur tersebut dihitung.
- 3.5.9. Keberadaan Jentik merupakan pemeriksaan jentik yang dilakukan secara visual dengan melihat ada atau tidak ada jentik di dalam kontainer.
- 3.5.10. Sumber Informasi merupakan segala sesuatu yang dapat digunakan oleh responden untuk mendapatkan informasi baru atau mengetahui hal-hal baru mengenai DBD.
- 3.5.11. Jenis kelamin merupakan sifat dan bentuk biologis yang dimiliki oleh setiap responden sejak lahir.
- 3.5.12. Kelompok kontrol adalah kelompok yang tidak diberikan intervensi pencegahan DBD dan kelompok perlakuan adalah kelompok yang diberikan intervensi pencegahan DBD. Kelompok kontrol yang digunakan adalah Kelurahan Suryodiningratan dan kelompok perlakuan yang digunakan adalah Kelurahan Gedungkiwo.
- 3.5.13. Intervensi yang dilakukan berupa penyuluhan DBD, pembagian leaflet tentang DBD, pembagian kalender kegiatan PSN-DBD, pemberdayaan jumatik dalam pelaksanaan Pemeriksaan Jentik Berkala/PJB setiap satu minggu sekali selama satu bulan berturut-turut dan pemberdayaan kegiatan 3M plus kepada warga Kelurahan Gedungkiwo Rw 08 dan Rw 16.
- 3.5.14. Angka Bebas Jentik (ABJ) ABJ didefinisikan sebagai persentase rumah yang bebas jentik nyamuk dari seluruh sampel rumah yang diperiksa. Batas aman dari ABJ adalah $\geq 95\%$.
- 3.5.15. *House Index* (HI) HI adalah persentase rumah yang ditemukan larva/jentik. Batas aman dari HI adalah $< 10\%$.
- 3.5.16. *Container index* (CI) CI merupakan persentase tempat penampungan air yang ditemukan larva atau jentik. Batas aman dari CI adalah $< 5\%$.
- 3.5.17. *Breteau index* (BI) BI yaitu jumlah tempat penampungan air yang positif per jumlah rumah yang diperiksa. Batas aman dari BI adalah $< 50\%$.

3.5.18. Nilai rata-rata (*Mean Score*) yaitu nilai yang didapatkan dari penjumlahan angka kategori pada masing-masing variabel (pengetahuan, sikap, tindakan dan rutinitas) dibagi jumlah responden.

Tabel 3.1. Distribusi Kategori Responden

No	Variabel	Kategori
1.	Pengetahuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan rendah jika <60% dari total skor (1-9 pertanyaan benar) 2. Pengetahuan sedang jika 60%-80% dari total skor (10-12 pertanyaan benar) 3. Pengetahuan tinggi jika responden menjawab >80% dari total skor (13-16 pertanyaan benar)⁽⁵¹⁾.
2.	Sikap	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sikap negatif jika responden menjawab $\leq 70\%$ dari total skor (1-7 pertanyaan benar) 2. Sikap positif jika responden yang menjawab >70% dari total skor (8-11 pertanyaan benar)⁽⁵²⁾.
3.	Tindakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan negatif jika responden menjawab $\leq 71\%$ dari total skor (1-7 pertanyaan benar) 2. Tindakan positif jika responden yang menjawab >71% dari total skor (8-10 pertanyaan benar)⁽⁵²⁾.
4.	Rutinitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rutinitas dikatakan kurang jika responden menjawab pertanyaan dengan benar <80% dari total skor (1-12 pertanyaan benar) 2. Rutinitas dikatakan baik jika responden menjawab benar $\geq 80\%$ dari total skor (13-16 pertanyaan benar)⁽⁵³⁾.
5.	Keberadaan Jentik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada Jentik 2. Tidak Ada Jentik

⁵¹ Ummi Zulaikhah, Skripsi: "Hubungan Pengetahuan Masyarakat Terhadap Praktik Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* pada Masyarakat di RW 022 Kelurahan Pamulang Barat" (Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah, 2014). p.36

⁵² Sry Dewi CH Macapal. "Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Dengan Tindakan Pencegahan Penyakit Demam Berdarah *Dengue* Pada Masyarakat Di Kelurahan Batu Kota Lingkungan Iii Kota Manado". Manado: Universitas Sam Ratulangi; 2014. p.1-8

⁵³ Mara Ipa, dkk, "Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Masyarakat Serta Hubungannya dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* Di Kecamatan Pangandaran Kabupaten Ciamis". Aspirator. Vol 1 No 1, 2009, 16-21.

6.	Pekerjaan	1. Tidak Bekerja (IRT, Pensiunan) 2. Bekerja (Buruh, Wiraswasta, Pegawai Swasta, PNS, dan Lainnya) ⁽⁵⁴⁾ .
7.	Pendidikan	1. Rendah (tidak bersekolah, SD/ sederajat) 2. Sedang (SM/ sederajat, SMA/ sederajat) 3. Tinggi (Diploma, Sarjana, Pascasarjana) ⁽⁵⁵⁾ .
8.	Usia	1. 17 – 25 tahun 2. 26 – 35 tahun 3. 36 – 45 tahun 4. 46 – 55 tahun 5. 56 – 65 tahun 6. Diatas 65 tahun ⁽⁵⁶⁾ .
9.	Jenis Kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan

3.6. Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data *post-test* pada penelitian dilakukan dengan menyebarkan kuesioner kepada warga dengan judul kuesioner “Kuesioner Penelitian Survei Tingkat Pengetahuan, Perilaku, dan Pelaksanaan Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Oleh Masyarakat di Kecamatan Mantrijeron. Pengisian kuesioner bertujuan untuk mengetahui data identitas responden, tingkat pengetahuan, sikap, serta perilaku responden dalam pencegahan DBD. Kuesioner yang digunakan merupakan adopsi dari penelitian yang sudah dilakukan oleh Akhsan W.T (2016), Umami Habibah (2016), Zetna N (2016), Najwa Herfany (2016), Azuya P (2016), Evin T (2016), Fakhri A.R (2016).

Instrumen lain selain kuesioner adalah Lembar Pengumpulan Data Angka Bebas Jentik (LPD ABJ) berupa Lembar Pemantauan Jentik dan Sarana Kesehatan yang didapat dari Puskesmas Mantrijeron. Angket berbentuk satu lembar kertas dengan keterangan jenis rumah (tembok/semi/non permanen),

⁵⁴ Tyrsa C.N. Monintja, “Hubungan Antara Karakteristik Individu, Pengetahuan Dan Sikap Dengan Tindakan PSN DBD Masyarakat Kelurahan Malalayang I Kecamatan Malalayang Kota Manado”. JKMU. Vol 5 No 2b, 2015,503-519.

⁵⁵ Anonim, “Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2010 Tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan”. Jakarta: Presiden RI. 2010; p.2-6.

⁵⁶ Departemen Kesehatan RI, “Klasifikasi Umur Menurut Kategori”. Jakarta: Ditjen Yankes. 2009; p.143-145.

jumlah tendon air diperiksa (dalam rumah / luar rumah), sarana air bersih digunakan (Sumur gali/PAM/MCK), sarana jamban digunakan (Pribadi/MCK), SPAL (pribadi/ sambungan). Kontainer/ tandon air yang terdapat jentiknya akan diberikan tanda (+) sedangkan yang tidak terdapat jentik akan diberikan tanda (-). Pemeriksaan kontainer dilakukan dengan cara melihat kontainer secara visual yang dibantu oleh cahaya lampu senter.

3.7. Proses Pengumpulan Data

Data *pre-test* diperoleh dari penelitian DBD oleh Najwa Herfany (2015) di Kelurahan dan Kecamatan yang sama yaitu Kelurahan Suryodiningratan dan Kelurahan Gedungkiwo di Kecamatan Mantrijeron, Yogyakarta.

Data *post-test* diambil pada tahun 2016 yang merupakan kelanjutan dari penelitian yang sama pada tahun 2015. Proses pengumpulan data *post-test* dilakukan dari rumah ke rumah melalui dua tahap yaitu pertama pendataan kontainer berisi air yang ada di rumah responden penelitian untuk melihat keberadaan jentik nyamuk secara langsung dengan bantuan senter dilanjutkan dengan pengisian kuesioner mengenai demam berdarah oleh responden penelitian.

3.8. Analisis Data

Data yang diperoleh kemudian diolah dengan analisis statistik. Analisis data yang dilakukan adalah sebagai berikut:

a. Analisis Univariat

Analisis dengan statistik deskriptif digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi karakteristik sosiodemografi, pengetahuan, sikap, tindakan dan rutinitas.

b. Analisis Bivariat

Analisis yang digunakan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan yang signifikan antara variable. Analisis uji hipotesis korelatif dilakukan menggunakan *Spearman-rho* dan *Chi-square* dan uji hipotesis komparatif dilakukan menggunakan *Wilcoxon* dengan *alpha* 5%. Hasil uji korelasi dan uji komparatif dilihat dari nilai $p < 0,05$. Jika nilai $p < 0,05$ analisis hubungan dikatakan bermakna atau terdapat hubungan, namun jika nilai $p > 0,05$ maka tidak terdapat hubungan

yang bermakna antara dua variable yang diujikan. Masing-masing analisis tersebut disesuaikan dengan kategori data pada kuesioner.

Tabel 3.2. Uji Analisis Bivariat

Hipotesis Korelatif		Jenis data	Uji Analisis
Jenis Kelamin dan pengetahuan		Nominal-Ordinal	<i>Chi square</i>
Usia dan pengetahuan		Ordinal-Ordinal	<i>Spearman-rho</i>
Pendidikan dan pengetahuan		Ordinal-Ordinal	<i>Spearman-rho</i>
Pekerjaan dan pengetahuan		Ordinal-Ordinal	<i>Spearman-rho</i>
Pengetahuan dan sikap		Ordinal-Ordinal	<i>Spearman-rho</i>
Sikap dan tindakan		Ordinal-Ordinal	<i>Spearman-rho</i>
Tindakan dan rutinitas		Ordinal-Ordinal	<i>Spearman-rho</i>
Rutinitas dan keberadaan jentik		Ordinal-Ordinal	<i>Spearman-rho</i>

Hipotesis Komparatif			
<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	Jenis data	Uji Analisis
Pengetahuan	Pengetahuan	Ordinal-Ordinal	<i>Wilcoxon</i>
Sikap	Sikap	Ordinal-Ordinal	<i>Wilcoxon</i>
Tindakan	Tindakan	Ordinal-Ordinal	<i>Wilcoxon</i>
Rutinitas	Rutinitas	Ordinal-Ordinal	<i>Wilcoxon</i>

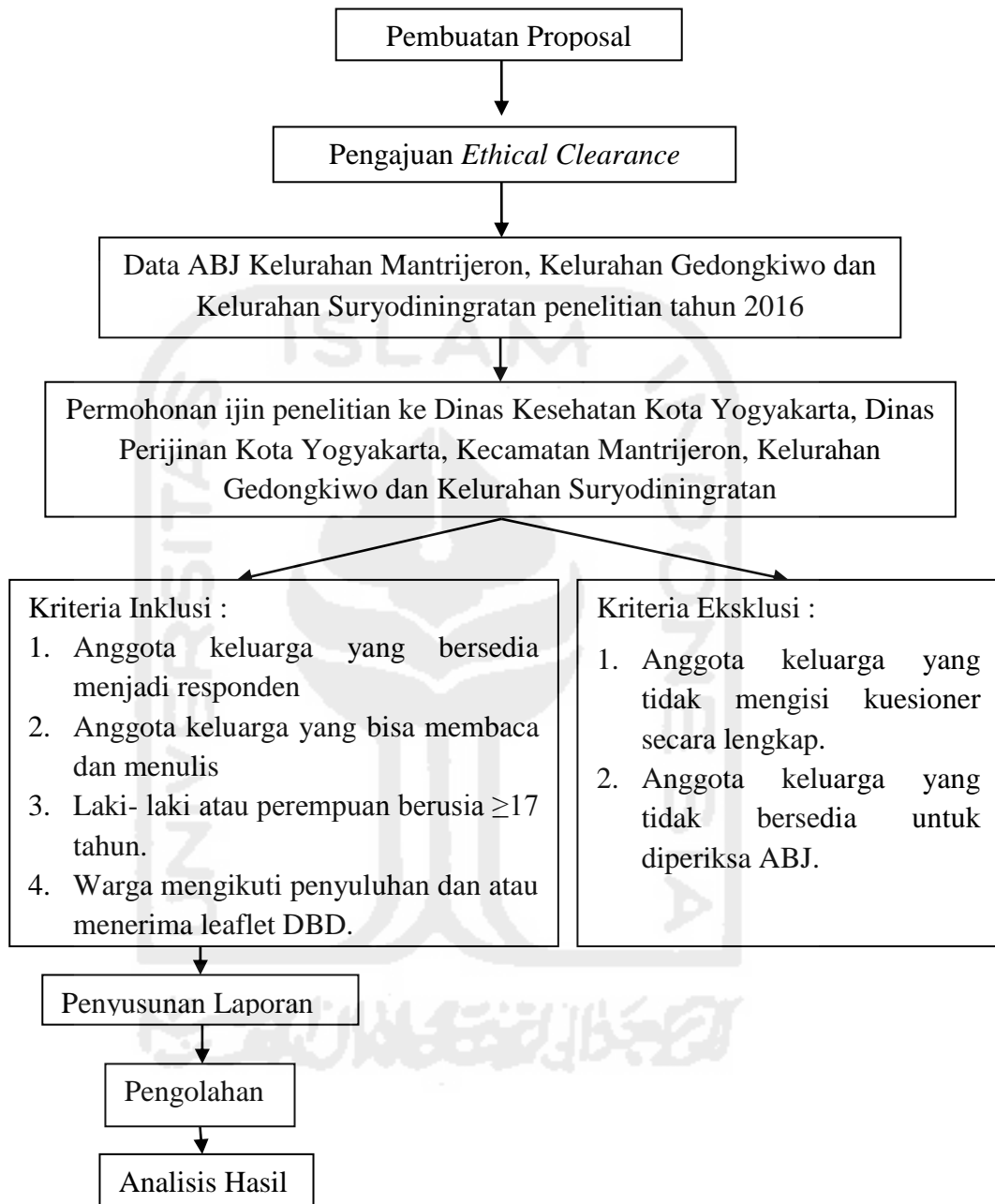
c. Analisis Indikator Keberhasilan Pencegahan Demam Berdarah *Dengue*

Kontainer yang didata dalam Lembar Pemantauan Jentik dan Sarana Kesehatan dianalisis untuk mendapatkan nilai ABJ, CI, HI, dan BI.

Tabel 3.3. Indikator Keberhasilan Pencegahan DBD

Indikator	Nilai	Makna
Angka Bebas Jentik (ABJ): persentase rumah bebas jentik dari seluruh rumah yang diperiksa	$\geq 95\%$	PSN DBD berhasil
<i>Container Index</i> (CI): persentase kontainer positif jentik nyamuk	$\geq 5\%$	Resiko tinggi penularan DBD
<i>House Index</i> (HI): persentase rumah positif jentik nyamuk	$\geq 10\%$	Resiko tinggi penularan DBD
<i>Breteau Index</i> (BI): jumlah kontainer positif jentik dari seluruh rumah yang diperiksa	$\geq 50\%$	Berpotensi KLB DBD

3.9. Alur Penelitian



Gambar 3.1. Alur Penelitian

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:

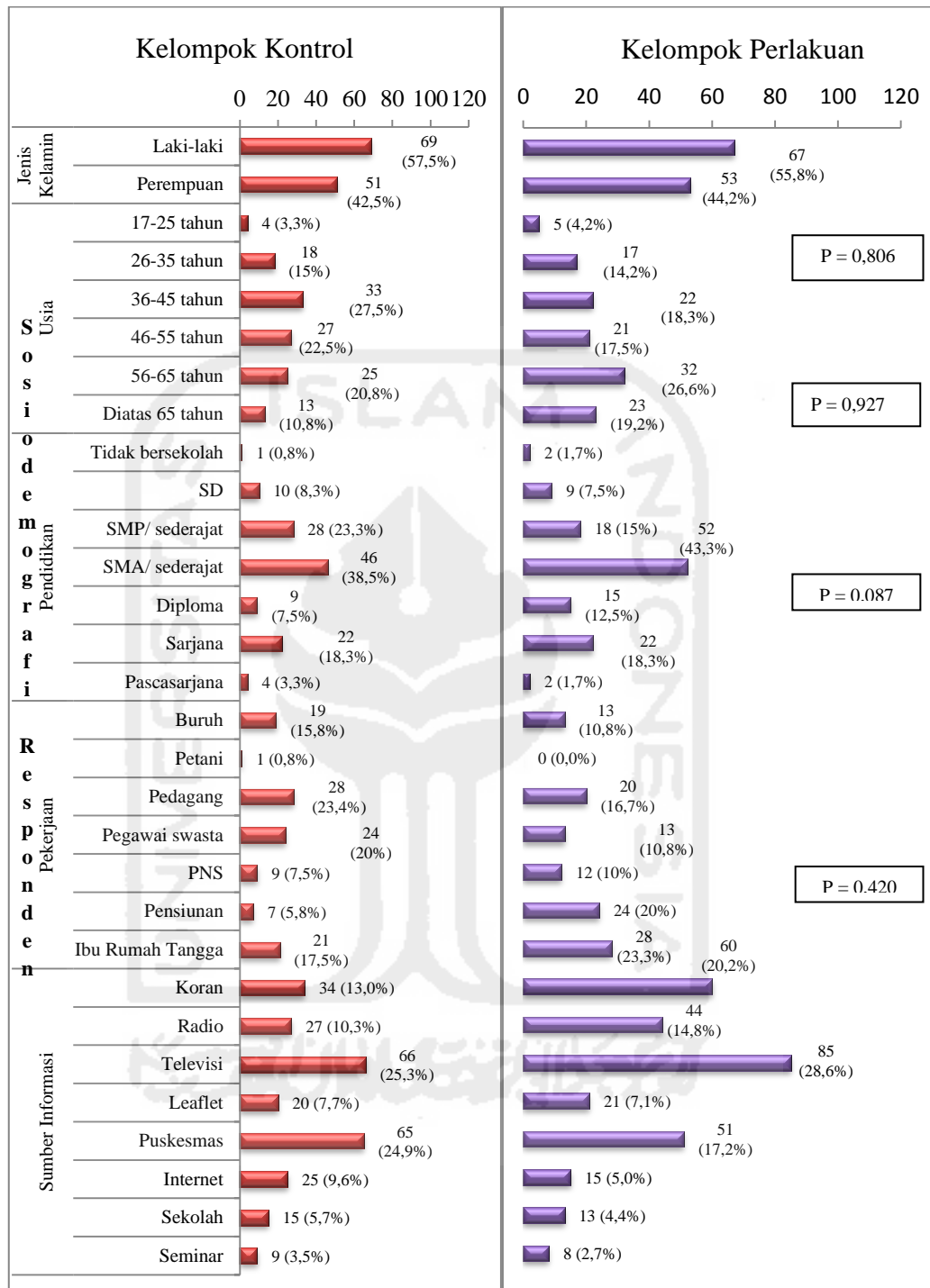
- a) Sebelah Utara : Kec. Ngampilan dan Kec. Kraton
- b) Sebelah Timur : Kec. Mergangsan
- c) Sebelah Selatan : Kec. Sewon, Bantul
- d) Sebelah Barat : Kec. Kasihan, Bantul dan Kec. Wirobrajan⁽⁵⁷⁾.



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

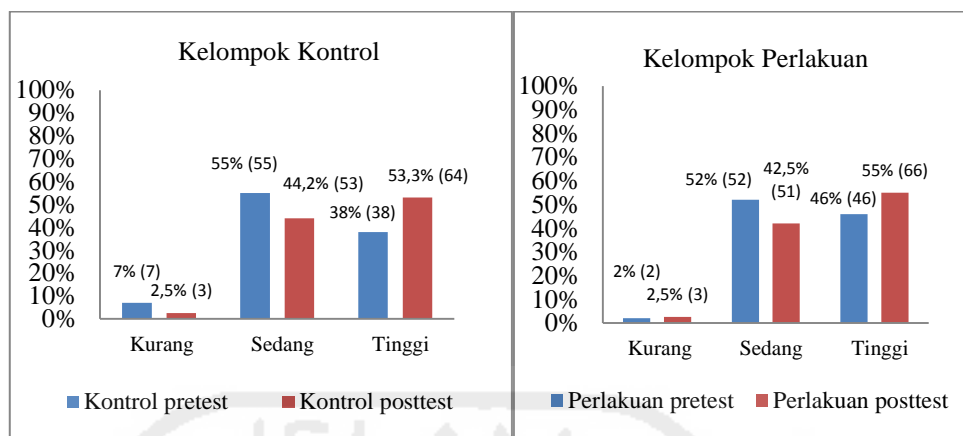
Distribusi data tingkat pengetahuan, sikap, tindakan, rutinitas PSN-DBD dan keberadaan jentik di masyarakat Kecamatan Mantrijeron berdasarkan jawaban kuesioner dan pengamatan jentik dalam kontainer disetiap rumah responden secara keseluruhan dapat dilihat pada tabel berikut.

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

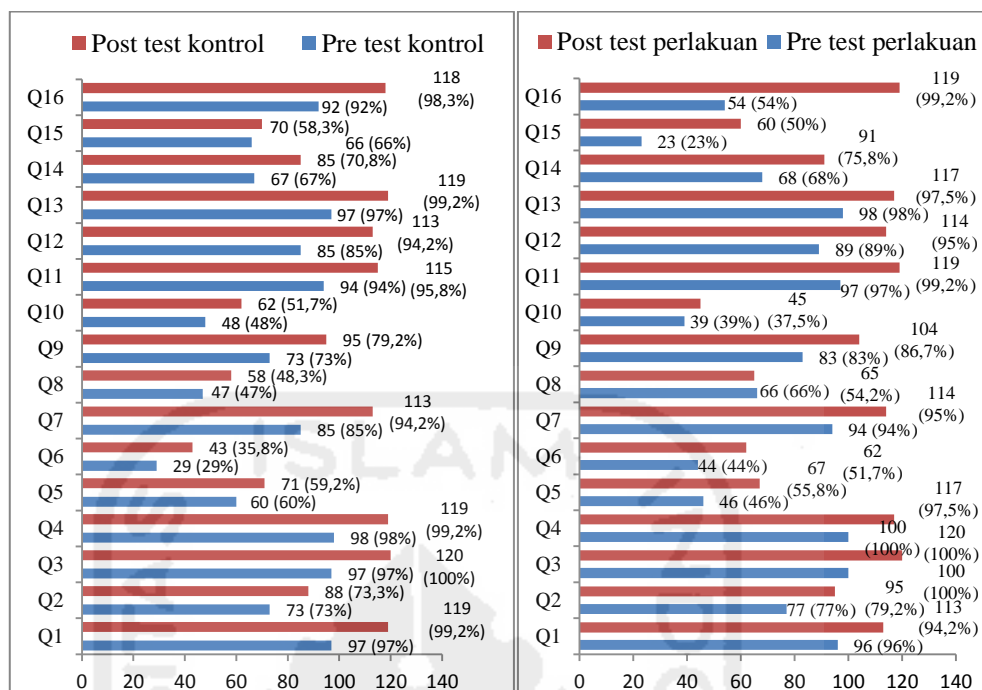
Pengetahuan merupakan hasil dari proses penginderaan manusia (mata, hidung dan sebagainya) terhadap suatu obyek sehingga manusia menjadi tahu (*Know*), paham, mampu mengaplikasikannya, mampu menganalisa, mampu membuat hubungan dari yang diketahuinya serta mampu mengevaluasi apa yang diketahuinya⁽⁴³⁾. 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.

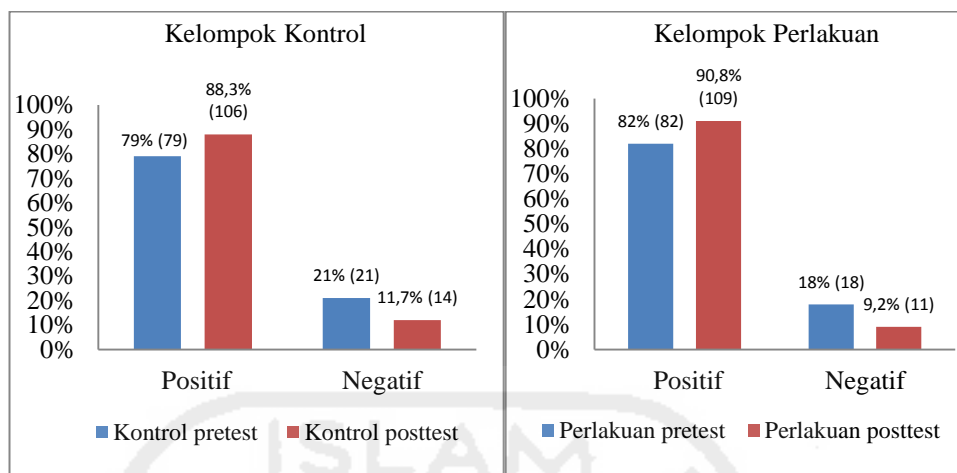
Berdasarkan gambar 4.4. mayoritas responden sudah mengetahui bahwa penyakit DBD disebabkan oleh virus yang ditularkan nyamuk *Aedes aegypti* terbukti rata-rata responden yang menjawab benar pada kelompok *pretest* dan *posttest* lebih dari 80%. Kelompok *pretest* dan *posttest* yang menjawab benar lebih 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).

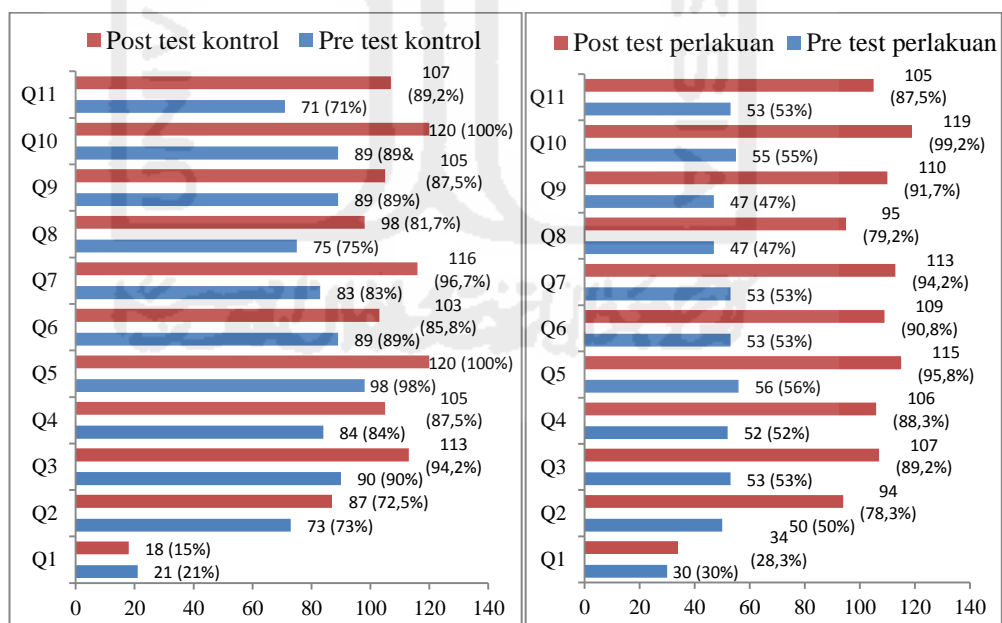
4.3.2. Sikap Responden

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.

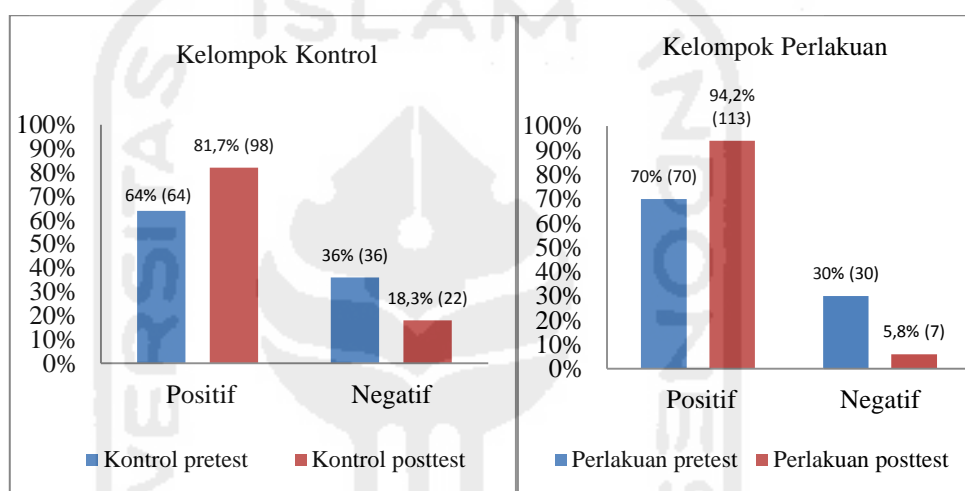
DBD merupakan penyakit yang perlu diwaspadai karena gejala demam pada DBD mengalami peningkatan dan penurunan tidak stabil selama 7 hari pertama⁽²³⁾. Kasus DBD dapat menyebabkan kematian jika DBD sudah berkembang ke *dengue shock syndrome* (DSS) sehingga kejadian DBD harus menjadi perhatian utama. Pertanyaan 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

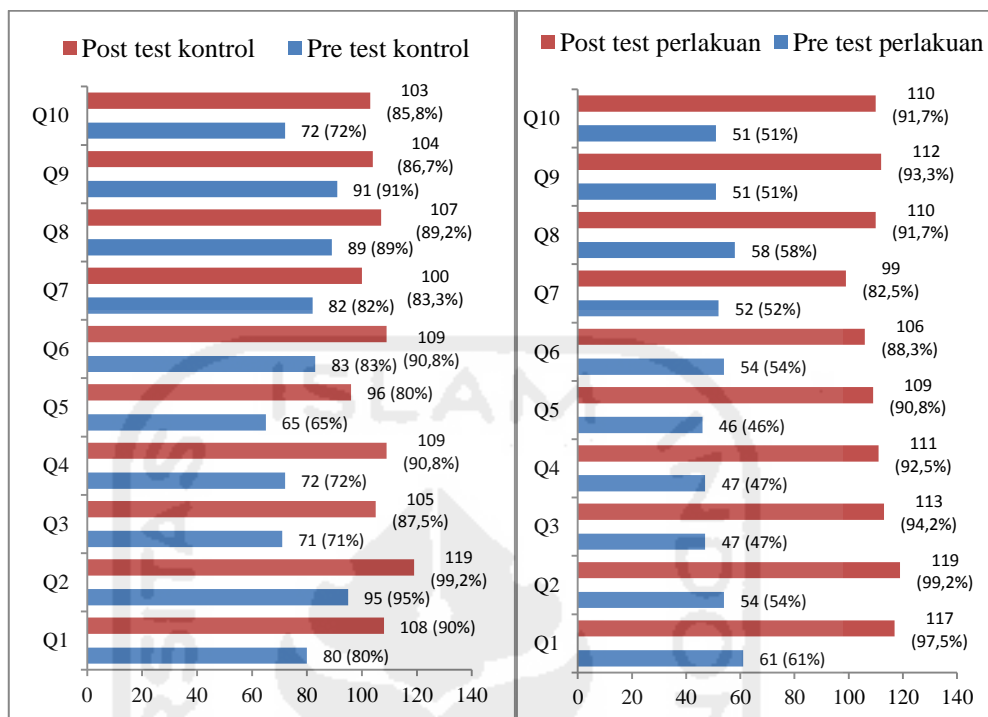
Tindakan adalah tahap lanjut dari sikap. Tindakan akan berlangsung jika terdapat faktor pendukung yaitu fasilitas atau sarana dan prasarana. Kuesioner penelitian membagi tindakan responden menjadi dua kategori yaitu kategori tindakan positif dan kategori tindakan negatif. Distribusi kategori tindakan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

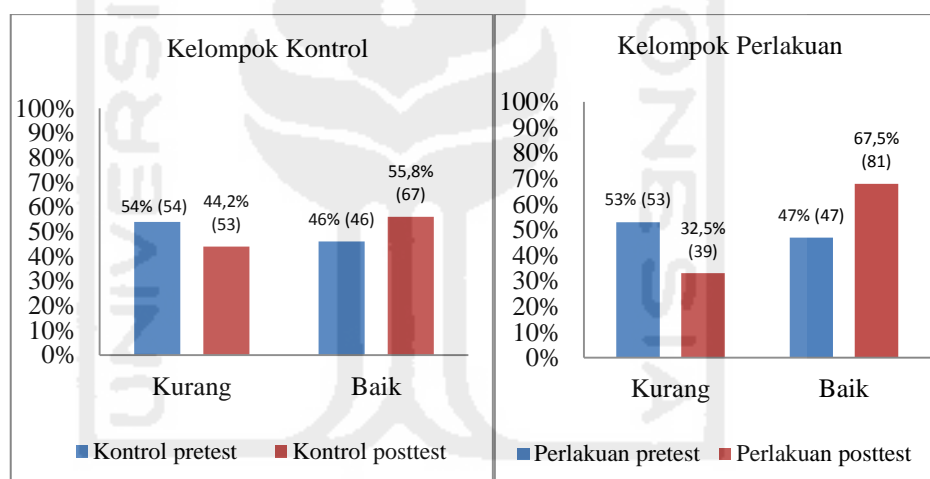


Gambar 4.8. Distribusi Persentase Tindakan Responden Tiap Pertanyaan Mengenai DBD

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

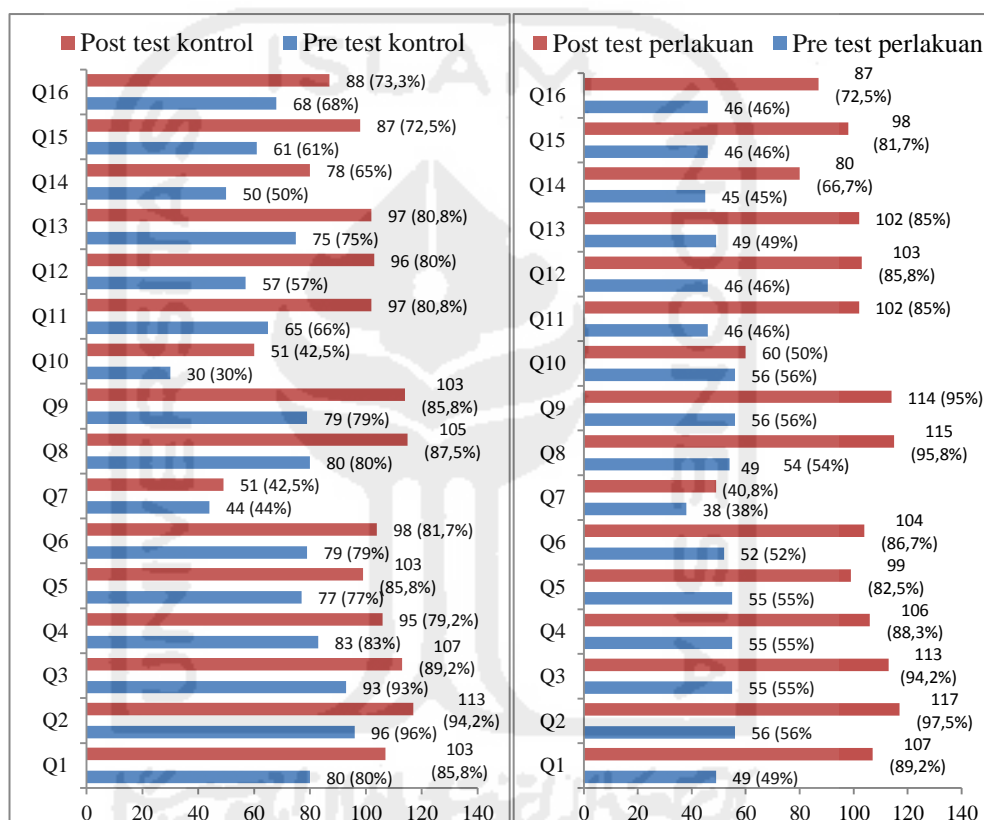
Rutinitas merupakan keteraturan tindakan yang dilakukan secara terus-menerus dan tidak berubah-ubah. Rutinitas diperlukan dalam rangka pencegahan DBD karena dengan melakukan tindakan secara terus menerus yang kemudian menjadi rutinitas dapat mencegah terjadinya penularan penyakit DBD. Kategori pertanyaan 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

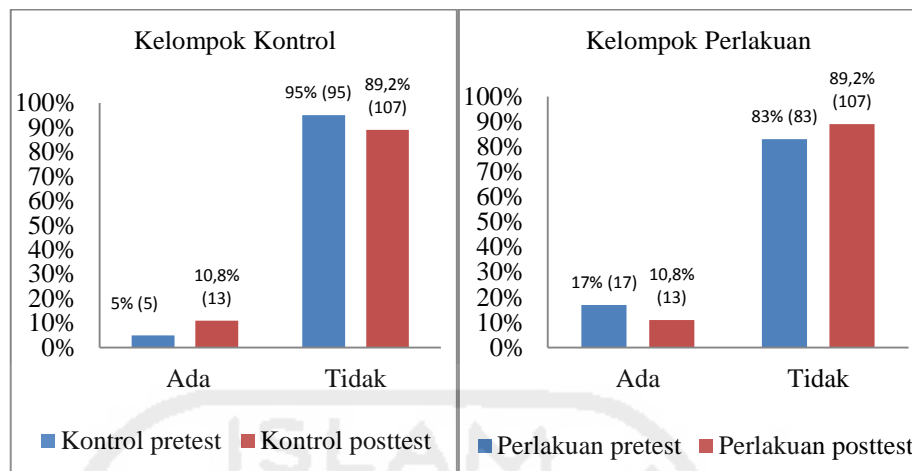
Kategori pertanyaan rutinitas pada kuesioner penelitian dibagi menjadi 16 pertanyaan yang terdiri dari tindakan 3M yang dilakukan secara berulang dan pemakaian bubuk abate secara berulang. Berdasarkan Gambar 4.7. rutinitas responden pada kelompok perlakuan *posttest* menunjukkan bahwa hampir semua pertanyaan 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

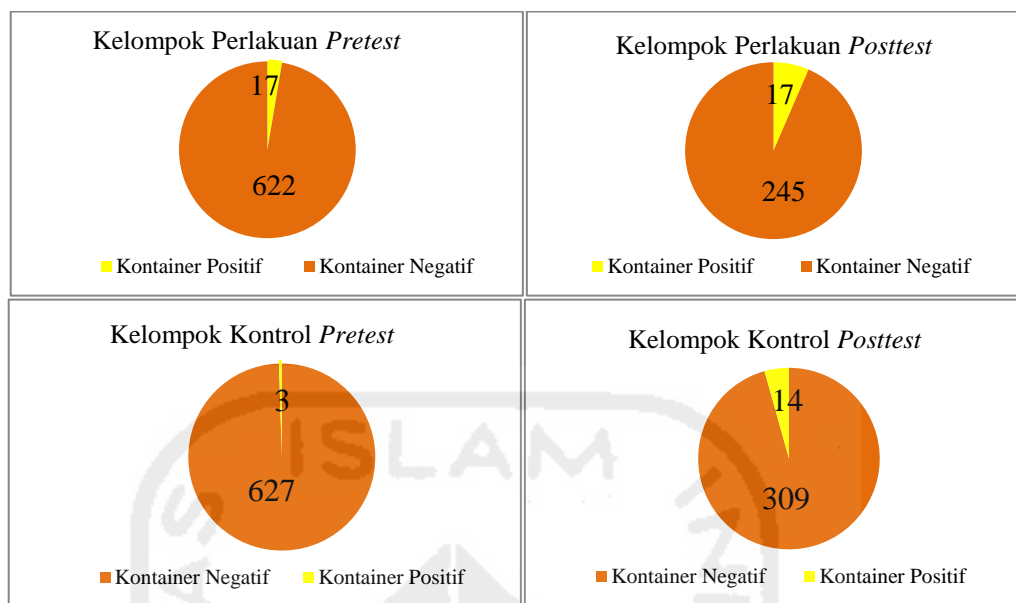
Keberadaan jentik pada penelitian dikategorikan menjadi dua yaitu ada dan tidak ada jentik pada setiap rumah responden. Keberadaan jentik merupakan variabel dependen pada penelitian. Variabel dependen merupakan variabel tergantung yang dipengaruhi oleh variabel bebas⁽⁶⁶⁾. Distribusi keberadaan jentik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

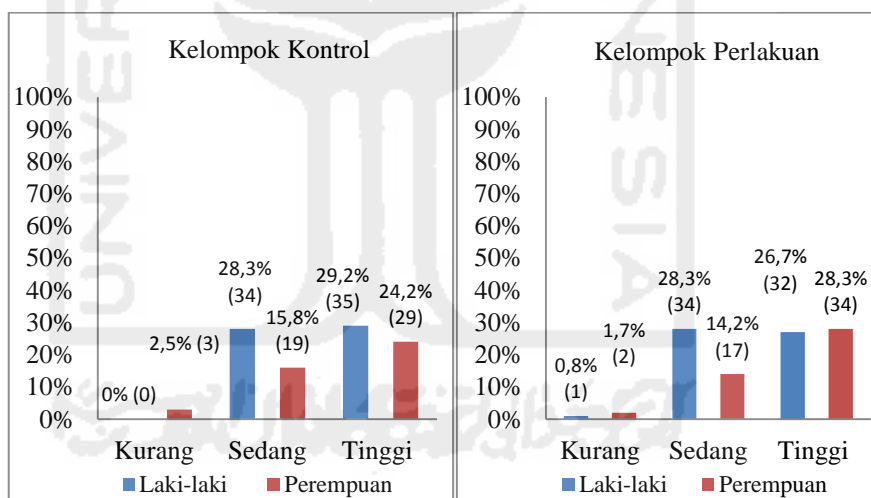
4.4.1. Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Pengetahuan

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 ($p \text{ value} = 0,897$)⁽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

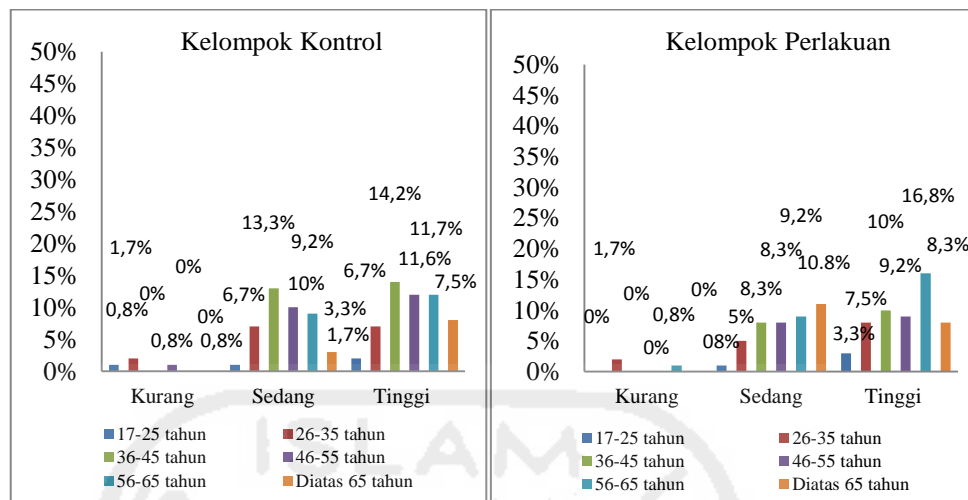
Gambar 4.13. juga menunjukkan distribusi tingkat pengetahuan dengan jenis kelamin laki-laki maupun perempuan seimbang, terbukti pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan jumlah responden yang berpengetahuan tinggi seimbang yaitu 32 responden laki-laki (26,7%) dan 34 responden perempuan (28,3%)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

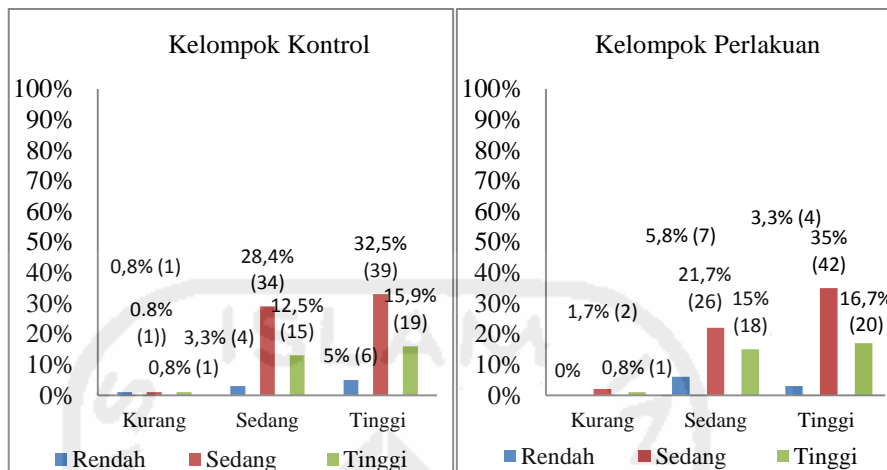
Gambar 4.14 menjelaskan bahwa pada kelompok kontrol responden usia 46-55 tahun dan usia 56-65 tahun berpengetahuan tinggi dengan jumlah yang sama yaitu 14 responden (11,6%). Responden usia diatas 65 tahun yang berpengetahuan tinggi pada kelompok perlakuan lebih besar dibandingkan kelompok kontrol yaitu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

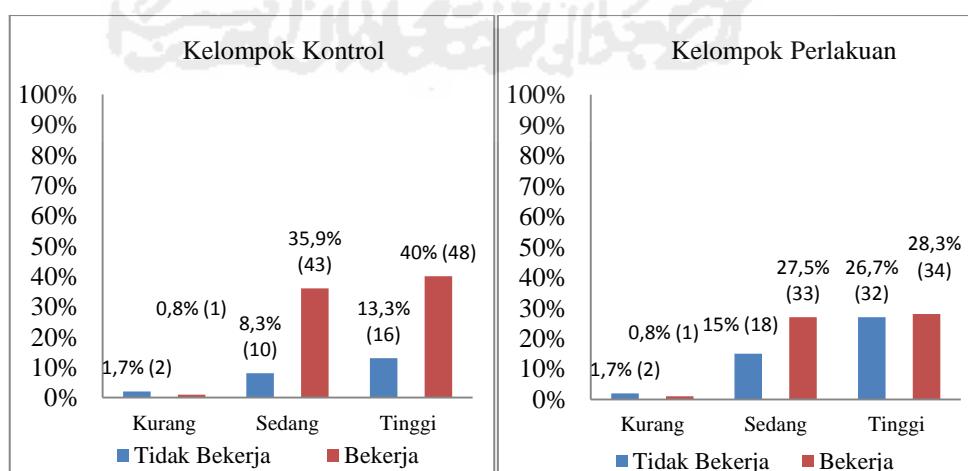
4.4.4. Hubungan antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan

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 menyusui 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>	Pengetahuan	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>	Pengetahuan	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%)	0,680*
		Negatif	12(10%)	2(1,7%)	14(11,7%)	
Kelompok Perlakuan <i>Posttest</i>	Sikap	Positif	103(85,9%)	6(5%)	109(90,9%)	0,632*
		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⁾.

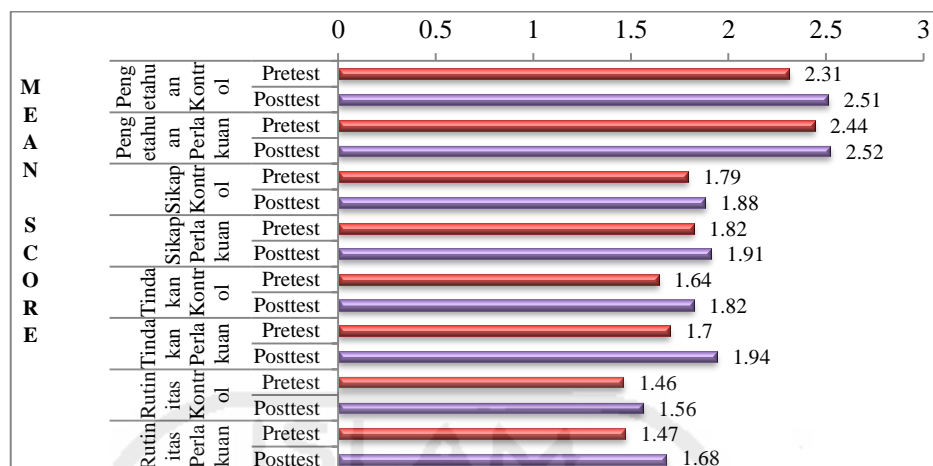
Hasil analisis hubungan yang didapatkan dalam penelitian berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Penemuan jentik di rumah responden dengan rutinitas baik, kemungkinan disebabkan karena beberapa hal, diantaranya yakni faktor kadang lupa dalam menutup tempat penampungan air padahal responden selalu 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.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

1. Nilai Angka Bebas Jentik (ABJ), *Container Index* (CI), *House Index* (HI) dan *Breteau Index* (BI) di Kelurahan Suryodiningratam berturut-turut adalah 90%; 4,33%; 10%; 11,67% dan di Kelurahan Gedungkiwo berturut-turut adalah 93,54%; 4,91%; 5%; 5,83%.
2. Tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin, usia, pendidikan dan pekerjaan terhadap tingkat pengetahuan responden pada alpha 5% dengan nilai P berturut-turut 0,073; 0,166; 0,888; 0,854 di kelompok kontrol dan 0,106; 0,624; 0,992; 0,275 di kelompok perlakuan.
3. Intervensi pencegahan DBD berhubungan dengan sikap, tindakan dan rutinitas responden di kelompok perlakuan pada alpha 5% dengan nilai P berturut-turut 0,012; 0,000; 0,02. Intervensi pencegahan DBD tidak berhubungan dengan tingkat pengetahuan responden di kelompok perlakuan pada alpha 5% dengan nilai P 0,268.

5.2.Saran

1. Bagi Masyarakat
Masyarakat sebaiknya lebih berperan aktif dalam melakukan tindakan PSN-DBD karena faktor utama keberhasilan pencegahan DBD adalah kesadaran dan kesediaan masyarakat untuk melakukan tindakan PSN-DBD secara rutin dan serentak.
2. Bagi Puskesmas
Puskesmas sebaiknya lebih mengaktifkan peran kader juru pemantau jentik (jumantik). Kader jumantik sangat berperan dalam keberhasilan pencegahan DBD. Sebaiknya kader jumantik lebih rutin melakukan penyuluhan DBD sehingga masyarakat lebih sering diingatkan untuk tetap melakukan tindakan PSN-DBD secara rutin. Selain itu, sebaiknya kader jumantik juga ikut terjun langsung ke wilayah dengan begitu dapat langsung berperan untuk memotivasi masyarakat dalam melakukan tindakan PSN-DBD.

3. Bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan

Diperlukan kebijakan yang mengatur agar kegiatan PSN-DBD dilakukan secara rutin dan serentak, sehingga penularan penyakit DBD dapat menurun. Serta perlu adanya pembuatan Standar Operasional Prosedur/SOP tentang kegiatan 3M (menutup, menguras dan mengubur barang bekas) sehingga kegiatan 3M terutama dalam menguras bak kamar mandi dapat dilakukan dengan sama.



DAFTAR PUSTAKA

1. Buletin Jendela Epidemiologi : Demam Berdarah Dengue di Indonesia Tahun 1968-2009. *Bul Jendela Epidemiol.* 2010;2:1–13.
2. Siregar FA. Epidemiologi Dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue Di Indonesia. *USU Digit Libr.* 2004;1–13.
3. Zumaroh FKM. Evaluasi pelaksanaan surveilans kasus demam berdarah dengue di puskesmas putat jaya berdasarkan atribut surveilans. *J Berk Epidemiol.* 2015;3(1):82–94.
4. Aditama T yoga D. Modul pengendalian demam berdarah dengue [Internet]. Kementerian Kesehatan. 2011. 19-23 p. Available from: www.kemendes.com.
5. Anonim. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014; p.148-149.
6. Anonim. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015; p.153.
7. Anonim. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016; p.188.
8. Subargus A. Analisis Terhadap Kebijakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (Psn) Dalam Upaya Penanggulangan Demam Berdarah Dengue (Dbd) Di Wilayah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *Surya Med Yogyakarta.* 2007;13.
9. Anonim. Profil Kesehatan Tahun 2015 Kota Yogyakarta (Data Tahun 2014). Pemerintah Kota Yogyakarta Dinas Kesehatan. Yogyakarta. 2015;(56):1–198.
10. Anonim. Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2013. Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Yogyakarta. 2013;8(6):719–727.
11. Najwa Herfany. Analisis Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Rutinitas Terhadap Keberadaan Jentik Dalam Rangka Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Masyarakat Di Kecamatan Mantrijeron, Yogyakarta Periode Mei-Juni 2015. [skripsi]. Yogyakarta: Universitas Islam Indonesia; 2016.
12. Anonim. Buku Putih Sanitasi Kota Yogyakarta. Yogyakarta: Kelompok Kerja Sanitasi Kota Yogyakarta. 2012; p.18,72.
13. Yoni Hermawan. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dan Persepsi dengan Perilaku Ibu Rumah Tangga dalam Pemeliharaan Kebersihan Lingkungan. Siliwangi: Universitas Siliwangi; 2012.
14. Hesty Katiandagho J.M.L. Franckie Umboh R. Maramis. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan Sanitasi Lingkungan Masyarakat di Kelurahan Bunaken Kecamatan Kepulauan Bunaken Kota Manado, *Laporan Penelitian*, Universitas Sam Ratulangi, Manado, 2014.
15. Prayitno. Dasar-Dasar Teori dan Praktis Pendidikan. Jakarta: Grasindo, 2000; p. 55.
16. Erika Kusumawardani. Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Praktik Ibu dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue pada Anak. Semarang: Universitas Diponegoro; 2012.

17. Roose Awida. Hubungan Sosiodemografi dan Lingkungan dengan Kejadian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kecamatan Bukit Raya Kota Pekanbaru. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2008.
18. World Health Organization. Dengue Haemorrhagic Fever Diagnosis, Treatment, Prevention and Control Second Edition. Geneva; 1997. p.1-77.
19. Anonim. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue dan Demam Berdarah . Jakarta: Ditjen PPM dan PL Depkes RI. 2001.
20. Ayu Candra. Demam Berdarah Dengue: Epidemiologi, Patogenesis, dan Faktor Resiko Penularan. Aspirator. 2010;2(2):110-119.
21. Hasdianah dan Dewi Prima. Virologi Mengenal Virus, Penyakit dan Pencegahannya. Yogyakarta: Nuha Medika, 2014; p. 163-169.
22. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Tatalaksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia. Jakarta : Dirjen P2M dan PL Depkes RI. 2004.
23. Anton Sitio. Hubungan Perilaku Tentang Pemberantasan Sarang Nyamuk Dan Kebiasaan Keluarga Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* Di Kecamatan Medan Perjuangan Kota Medan Tahun 2008. [disertasi]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2008.
24. Ganie.M.W. Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Tentang 3M (Mengubur Barang Bekas, Menutup dan Menguras Tempat Penampungan Air) Pada Keluarga di Kelurahan Padang Bulan Tahun 2009. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2009.
25. Anonim. Diagnosis dan Terapi Cairan pada Demam Berdarah *Dengue*. Medicinus Scientific Journal of Pharmaceutical Development and Medical Application. 2009;22(1):1-7.
26. Ester M., dan Yasmin A. (Eds.). WHO Demam Berdarah Dengue Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan, dan Pengendalian, Cetakan ke-2. Jakarta: EGC; 1999.
27. Ni Wayan Ela, dkk. Kajian Penatalaksanaan Terapi Pengobatan Demam Berdarah Dengue (Dbd) Pada Penderita Anak Yang Menjalani Perawatan Di Rsup Prof. Dr. R.D Kandou Tahun 2013. J Pharmacon. 2013;3(2):1-5.
28. Budiman, Chandra. Ilmu Kedokteran Pencegahan dan Komunitas. Jakarta: EGC, 2009; p. 37.
29. Anonim. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS 2013). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2013; p. 53.
30. Anonim. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, 2014; p. 5.
31. Notoatmodjo, Soekidjo. Ilmu Kesehatan Lingkungan. Jakarta: Rineka Cipta, 2003.
32. Erik Tapan. Dokter Internet :Flu, HFMD, Diare pada Pelancong, Malaria, Demam Berdarah, Tifus. Jakarta : Pustaka Populer Obor, 2004; p. 91-94.
33. Anonim. Situasi Demam Berdarah *Dengue* di Indonesia. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. 2014; p.5-6.
34. Subdirektorat Pengendalian Arbovirosis, Direktorat Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Internet]. Informasi umum demam berdarah dengue. 2011 [diakses tanggal 22

- Desember 2016]. Diunduh dari: http://www.pppl.depkes.go.id/_asset/_download/INFORMASI_UMUM_DBBD_2011.pdf
35. Rosidi R dan Adisasmito W. Hubungan Faktor Penggerak Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue dengan Angka Bebas Jentik Di Kecamatan Sumberjaya Kabupaten Majalengka. Jakarta: Universitas Indonesia; 2006.
 36. Anonim. Comprehensive guidelines for prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever, Revised and expanded edition, ISBN 978-92-9022-3870. India : World Health Organization (WHO). 2009; p. 13,18,61.
 37. Mashita Mentari Ramadhani dan Hendry Astuty. Kepadatan dan Penyebaran *Aedes aegypti* Setelah Penyuluhan DBD di Kelurahan Paseban, Jakarta Pusat [Skripsi]. Jakarta : Universitas Indonesia; 2013.
 38. Heri Maulana. Promosi Kesehatan. Jakarta : EGC, 2007; p. 43-50.
 39. Eko Suryani dan Machfoedz Ircham. Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan. Yogyakarta : Fitramaya, 2005; p. 5-14.
 40. Notoatmodjo Soekidjo. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta, 2007.
 41. Eko Suryani. Psikologi Ibu dan Anak (*Handout*). Yogyakarta: Politeknik Kesehatan Yogyakarta, 2003.
 42. Notoatmodjo Soekidjo. Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Yogyakarta: Andi offset, 2003.
 43. Aat Agustina. Promosi Kesehatan. Yogyakarta: Deepublish, 2014; p. 13-19.
 44. Azwar, S. Sikap Manusia, Teori dan Pengukuran. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2007.
 45. Kemdikbud, (tth), available from: <http://kbbi.web.id>, diakses tanggal 29 Desember 2016.
 46. Anonim. Kode Etik Apoteker Indonesia. Jakarta: Ikatan Apoteker Indonesia (IAI), 2009; p. 4.
 47. Departemen Kesehatan RI. Tanggung jawab apoteker terhadap keselamatan pasien (*Patient Safety*). Bakti Husada. Jakarta, 2008.
 48. Notoatmodjo Soekidjo. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta, 2012; p. 125,184.
 49. Sevilla Consuelo G. Research Methods. Quezon City: Rex Printing Company, 2007; p. 182.
 50. Kependudukan Biro Tata Pemerintahan Setda DIY. Profil Kependudukan DIY dalam dalam Angka 2016. Available from <http://www.kependudukan.jogjaprovo.go.id/>, diakses tanggal 15 November 2016.
 51. Zulaikhah, U. Hubungan Pengetahuan Masyarakat Terhadap Praktik Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* pada Masyarakat di RW 022 Kelurahan Pamulang Barat. [skripsi]. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah; 2014. p.36
 52. Sry Dewi CH Macapal. Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Dengan Tindakan Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue Pada Masyarakat

- Di Kelurahan Batu Kota Lingkungan Iii Kota Manado. Manado: Universitas Sam Ratulangi; 2014. p.1-8
53. Mara Ipa, dkk. Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Masyarakat Serta Hubungannya dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kecamatan Pangandaran Kabupaten Ciamis. *Aspirator*. 2009;1(1):16-21.
 54. Tyrsa C.N. Monintja. Hubungan Antara Karakteristik Individu, Pengetahuan Dan Sikap Dengan Tindakan PSN DBD Masyarakat Kelurahan Malalayang I Kecamatan Malalayang Kota Manado. *JKMU*. 2015;5(2b):503-519.
 55. Anonim. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2010 Tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan. Jakarta: Presiden RI. 2010; p.2-6.
 56. Departemen Kesehatan RI. Klasifikasi Umur Menurut Kategori. Jakarta: Ditjen Yankes. 2009; p.143-145.
 57. Book of Online Cyclopedia, Mantrijeron Yogyakarta, available from: <http://mantrijeron.p2k.web.id>, diakses tanggal 15 Februari 2017.
 58. Universitas Sumatera Utara PDF, Teori Kependudukan, available from: <http://respository.usu.ac.id>, diakses tanggal 15 Februari 2017.
 59. Hendra, AW. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 2008.
 60. Kemdikbud, Badan Pengembangan dan Bahasa, Pekerjaan, available from: <http://badanbahasa.kemendikbud.go.id>, diakses tanggal 15 Februari 2017.
 61. WHO. Pencegahan dan Pengendalian Dengue & Demam Berdarah: Panduan Lengkap. EGC. Jakarta. 2004.
 62. Yulidar. Pengaruh Pemaparan Berbagai Konsentrasi Temefos pada Larva Instar 3 (L) terhadap Morfologi Telur *Aedes aegypti*. *Jurnal Vektor Penyakit*. 2014;8(2):41-44.
 63. M. Rasyid Ridha, Khairatun Nisa. Larva *Aedes Aegypti* Sudah Toleran Terhadap Temepos Di Kota Banjarbaru, Kalimantan Selatan. *Jurnal Vektora*. 2011;3(2):93.-11.
 64. Yeni Arifianto, Sayono, Ratih Sari Wardani. Perbedaan Intensitas Tindakan Fogging Terhadap Status Resistensi Nyamuk *Aedes Aegypti* Pada Insektisida Malathion (Studi Di Lingkungan Rumah Sakit Islam Sultan Agung). *J. Kesehat. Masy. Indones*. 2014;9(1):13-20.
 65. Nugroho AD. Perbedaan Jumlah Kematian Larva *Aedes aegypti* Setelah Pemberian ABATE Dibandingkan Dengan Pemberian Serbuk Serai (*Andropogon nardus*) [skripsi]. Semarang : Universitas Negeri Semarang; 2013. p15-16
 66. Sugiyono, Prof. Dr. Statistik untuk Penelitian. Bandung: CV. Alfabeta. Bandung. 2009.
 67. Tri Wurisastuti. Perilaku Bertelur Nyamuk *Aedes aegypti* pada Media Air Tercemar. *Jurnal Biotek Medisiana Indonesia*. 2013;2(1):25-31.
 68. Adifian, Hasanuddin Ishak, Ruslan La Ane. Kemampuan Adaptasi Nyamuk *Aedes Aegypti* Dan *Aedes Albopictus* Dalam Berkembang Biak Berdasarkan Jenis Air. *Jurnal Repository*. 2013:1-13.
 69. Nototatmojo Soekidjo. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Rineka Cipta, 1997.

70. M. Sopiudin Dahlan. Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan. Jakarta: Salemba medika, 2009; p. 121,141.
71. M. Hasyimi, Yusniar Ariati, Miko Hananto. Hubungan Tempat Penampungan Air Minum Dan Faktor Lainnya Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Provinsi Dki Jakarta Dan Bali (Analisis Data Riskesdas 2007). Media Litbang Kesehatan. 2011;21(2):55-61.
72. Nur Purwoko Widodo. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Kota Mataram Provinsi Nusa Tenggara Barat. [tesis]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2012. p.60
73. Ayong Liza, Imran dan Mudatsir. Hubungan Tingkat Pengetahuan, Pendidikan Dan Sikap Dengan Partisipasi Ibu Rumah Tangga Dalam Pencegahan Wabah DBD Di Kecamatan Kuta Alam Banda Aceh. Jurnal Kedokteran Syiah Kuala. 2015;15(3):135-141.
74. Maryam Hanifah. Hubungan Usia dan Tingkat Pendidikan dengan Pengetahuan Wanita Usia 20-50 Tahun Tentang Periksa Payudara Sendiri (SADARI) (Studi di Rt 05 dan Rt 06 Rw 02 Kelurahan Rempoa pada Tahun 2010). [skripsi]. Jakarta: Universitas Syarif Hidayatullah; 2010. p.74
75. Dina Setya Rahmah Kelrey. Hubungan Karakteristik Orang Tua dengan Pengetahuan Orang Tua tentang Kekerasan Seksual pada Anak Usia Prasekolah (3-5 Tahun) di Kelurahan Grogol Selatan Kebayoran Lama Jakarta Selatan. [skripsi]. Jakarta: Universitas Syarif Hidayatullah; 2015. p.80
76. Pratamadhita Janu Nugroho. Hubungan Tingkat Pengetahuan, Usia Dan Pekerjaan Ibu dengan Status Imunisasi Dasar Bayi Di Desa Japanan Kecamatan Cawas Kabupaten Klaten. [skripsi]. Surakarta: Universitas Muhamadiyah Surakarta; 2012. p.8-10
77. Azzade Ellyn Dardiana, Mifbakhudin, Dian Nintyasari Mustika. Hubungan Antara Pendidikan, Pekerjaan Dan Pengetahuan Ibu Dengan Teknik Menyusui Yang Benar Di Desa Leteh Kecamatan Rembang Kabupaten Rembang. Semarang: Universitas Muhamadiyah Semarang; 2011. p.1-6
78. Todaro, M.P. Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga. Jakarta: Ghalia Indonesia, 1983.
79. Arista Apriani. Hubungan antara pengetahuan tentang risiko kehamilan remaja di luar nikah dengan sikap terhadap hubungan seksual pranikah pada siswa SMAN 2 Magetan. [skripsi]. Surakarta: Universitas Sebelas Maret; 2010. p.53
80. Dwi Mardiantari. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Kb Suntik dengan Sikap Dalam Memilih Kb Suntik 3 Bulanan Di Desa Besole, Kecamatan Bayan, Kabupaten Purworejo. E-journal.akbid. 2012;3(2):8-16.
81. Azwar, S. Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya Edisi 2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2007.
82. Mariana Dinah Charlota Lerik, Marni. Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Dengan Praktik Ibu Rumah Tangga Dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (Psn-Dbd) Di Kelurahan Oebufu Kecamatan Oebobo Kota Kupang. MKM. 2008;3(01):34-44.
83. Ridwan Harrianto. Stres akibat kerja dan penatalaksanaannya. Jurnal Universa Medicina. 2005;24(3):145-154.

84. Tien Aminatun, Tutiek Rahayu, dan Victoria Henuhili. Populasi Gulma Air Dan Nyamuk *Aedes Spp.* Di Rowo Jombor Hubungannya Dengan Pola Persebaran Penyakit Demam Berdarah Di Desa Sekitarnya. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta; 2014. p.18
85. Dewi Mustika Jaya, Erniwati Ibrahim dan Anwar. Hubungan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) DBD dengan Keberadaan Larva *Aedes Aegypti* di Wilayah Endemis DBD Kelurahan Kassi-Kassi Kota Makassar. Makassar: Universitas Hassanudin; 2013. p.5-7
86. Yunita Ken Respati DAN Soedjajadi Keman. Perilaku 3M, Abatisasi dan Keberadaan Jentik *Aedes* Hubungannya dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue*. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. 2007;3(2):107-118.
87. Depkes RI. Pedoman Ekologi dan Aspek Perilaku Vektor. Jakarta : Departemen Kesehatan, 2004.
88. Adik Susilaningtias. Pengaruh Pemberian Penyuluhan tentang Demam Berdarah *Dengue* terhadap Pengetahuan dan Praktik 3M pada Keluarga di Dusun Jetis Panjangrejo Pundong Bantul Yogyakarta. [skripsi]. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah; 2010. p.10
89. Saleha Sungkar, Rawina Winita dan Agnes Kurniawan. Pengaruh Penyuluhan Terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat dan Kepadatan *Aedes Aegypti* di Kecamatan Bayah, Provinsi Banten. *Makara, Kesehatan*. 2010;14(2):81-85.
90. Rumondang Pulungan. Pengaruh Metode Penyuluhan Terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Dokter Kecil dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah (PSN-DBD) di Kecamatan Helvetia. [tesis]. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2008. p.63.
91. Engeline Wenur, Nursalam dan Tinny Akay. Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Tentang Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Terhadap Sikap Masyarakat di Kelurahan Bitung Timur Wilayah Kerja Puskesmas Bitung Barat Kota Bitung. *Buletin Sariputra*. 2016;6(1):63-69.
92. Resmiati, Yatnita Parama Cita dan Arif Susila. Pengaruh Penyuluhan Demam Berdarah Terhadap Perilaku Ibu Rumah Tangga. *KESMAS, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2009;3(6):249-253.
93. Diana Andriyani Pratamawati. Peran Juru Pantau Jentik dalam Sistem Kewaspadaan Dini Demam Berdarah *Dengue* di Indonesia. *KESMAS, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2012;6(6):243-248.

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Ethical Clearence*

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
 FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMITE ETIK PENELITIAN KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
 Sekretariat : Jl. Kaliurang Km. 14,5 YOGYAKARTA 55584
 Telp. (0274) 898444 ext. 2060 Fax. (0274) 898444 ext. 2007; E-mail : ke.fkuii@yahoo.co.id

Nomor : 21/Ka.Kom.Et/70/KE/IX/2015

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

ETHICAL APPROVAL

Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran dan kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Islamic University of Indonesia, with regards of the protection of human rights and welfare in medical and health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"Revitalisasi Program COMBI (*Communication for Behavioral Impact*) dalam Rangka Penurunan Insiden DBD (Demam Berdarah Dengue) di Daerah Istimewa Yogyakarta."

Peneliti Utama : Dra. Suparmi, M.Si., Apt
Principal Investigator

Nama Institusi : Program Studi Farmasi FMIPA UII
Name of the Institution

dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
and approved the above-mentioned protocol.



Yogyakarta, 16 September 2015

Ketua,
Chairman

Prof. Dr. Dra. Wiryatun Lestariyana, Apt

**Ethical Approval* berlaku satu tahun dari tanggal persetujuan

**Peneliti berkewajiban

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila :
 - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos kaji etik, penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical clearance* harus diperpanjang
 - b. Penelitian berhenti di tangan jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*)
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada subyek sebelum penelitian lolos kaji etik dan *informed consent*

Lampiran 2. Surat Pernyataan

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dra. Suparmi, M.Si., Apt.

NIK : 0010115102

Selaku Ketua Peneliti dalam Hibah Fundamental DIKTI (Direktorat Perguruan Tinggi) dengan Judul “Revitalisasi Program COMBI (Communication for Behavioural Impact) dalam Rangka Penurunan Insiden (DBD) Demam Berdarah Dengue di Daerah Istimewa Yogyakarta”, menyatakan bahwa nama mahasiswa yang tersebut di bawah ini BENAR telah terlibat dalam proyek kami di atas.

NO	NIM	NAMA	PENEMPATAN
1	13613031	Ratih Noor Ikhlasari	Kabupaten Sleman
2	13613023	Desi Restu Putri	Kodya Yogyakarta
3	13613069	Yunita Rahmawati	Kodya Yogyakarta
4	13613105	Ivan Rayendra	Kodya Yogyakarta
5	13613148	Abu Yazid Al Bastomy	Kabupaten Bantul
6	13613003	Annisa Maulia	Kabupaten Bantul

Yogyakarta, Februari 2017

Ketua Peneliti,



Dra. Suparmi, M.Si., Apt.

Lampiran 3. Surat Izin Dinas Perizinan



PEMERINTAHAN KOTA YOGYAKARTA
DINAS PERIZINAN
 Jl. Kenari No. 56 Yogyakarta 55165 Telepon 514448, 515865, 515865, 515866, 562682
 Fax (0274) 555241
 E-MAIL : perizinan@jogjakota.go.id
 HOTLINE SMS : 081227625000 HOT LINE EMAIL : upik@jogjakota.go.id
 WEBSITE : www.perizinan.jogjakota.go.id

SURAT IZIN

NOMOR : 070/2421
 1657/34

Membaca Surat : Dari Dekan Fak. MIPA - UII Yogyakarta
 Nomor : 852/Dek/70/TA/Bag/TA/2016 Tanggal : 31 Mei 2016

Mengingat : 1. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor : 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perizinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pendataan, Pengembangan, Pengkajian dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta.
 2. Peraturan Daerah Kota Yogyakarta Nomor 10 Tahun 2008 tentang Pembentukan, Susunan, Kedudukan dan Tugas Pokok Dinas Daerah;
 3. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 29 Tahun 2007 tentang Pemberian Izin Penelitian, Praktek Kerja Lapangan dan Kuliah Kerja Nyata di Wilayah Kota Yogyakarta;
 4. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 85 Tahun 2008 tentang Fungsi, Rincian Tugas Dinas Perizinan Kota Yogyakarta;
 5. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 20 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Perizinan pada Pemerintah Kota Yogyakarta;

Dijijinkan Kepada : Nama : Terlampir
 No. Mhs/ NIM :
 Pekerjaan : Peneliti UII Yogyakarta
 Alamat : Jl. Kaliurang, Km. 14,5 Yogyakarta
 Penanggungjawab : Drs. Alwar, M.Sc., Ph.D
 Keperluan : Melakukan Penelitian dengan judul Proposal : REVITALISASI PROGRAM COMBI (COMMUNICATION FOR BEHAVIOURAL IMPACT) DALAM RANGKA PENURUNAN INSIDEN DBD (DEMAM BERDARAH DENGUE) DI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

Lokasi/Responden : Kota Yogyakarta
 Waktu : 21 Juni 2016 s/d 21 September 2016
 Lampiran : Proposal dan Daftar Pertanyaan
 Dengan Ketentuan : 1. Wajib Memberikan Laporan hasil Penelitian berupa CD kepada Walikota Yogyakarta (Cq. Dinas Perizinan Kota Yogyakarta)
 2. Wajib Menjaga Tata tertib dan menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku setempat
 3. Izin ini tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kesetabilan pemerintahan dan hanya diperlukan untuk keperluan ilmiah
 4. Surat izin ini sewaktu-waktu dapat dibatalkan apabila tidak dipenuhinya ketentuan-ketentuan tersebut diatas

Kemudian diharap para Pejabat Pemerintahan setempat dapat memberikan bantuan seperlunya

Tanda Tangan
 Pemegang Izin


 Terlampir

Dikeluarkan di : Yogyakarta
 Pada Tanggal : 21 Juli 2016
 An. Kepala Dinas Perizinan
 Sekretaris


 Drs. CHRISTY DEWAYANI, MM
 NIP. 196304081986032019

Tembusan Kepada :

- Yth 1. Walikota Yogyakarta (sebagai laporan)
 2. Ka. Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
 3. Ka. Puskesmas Tegalrejo Kota Yogyakarta
 4. Ka. Puskesmas Wirobrajan Kota Yogyakarta
 5. Ka. Puskesmas Mantriheron Kota Yogyakarta
 6. Ka. Puskesmas Umbulharjo II Kota Yogyakarta
 7. Ka. Puskesmas Gondokusuman I Kota Yogyakarta
 8. Ka. Puskesmas Gondokusuman II Kota Yogyakarta

YOGYAKARTA 23 Juni 2016
 NO. 070 / 26
 MENGETAHUI
 CAMAT MANTRIHERON

 Sri Suwarni
 NIP. 19720306 199303 2 006

9. Camat Wirobrajan Kota Yogyakarta
10. Camat Mantrijeron Kota Yogyakarta
11. Camat Tegalrejo Kota Yogyakarta
12. Camat Umbulharjo Kota Yogyakarta
13. Camat Gondokusuman Kota Yogyakarta
14. Lurah Wirobrajan Kota Yogyakarta
15. Lurah Pakuncen Kota Yogyakarta
16. Lurah Suryodiningratan Kota Yogyakarta
17. Lurah Gedongkiwo Kota Yogyakarta
18. Lurah Kricak Kota Yogyakarta
19. Lurah Tahunan Kota Yogyakarta
20. Lurah Klitren Kota Yogyakarta
21. Lurah Demangan Kota Yogyakarta
22. Dekan Fak. MIPA – UII Yogyakarta
23. Ybs.

YOGYAKARTA 27-6-2016
No. 420/601/0K1/16
MENGETAHUI
KELURAHAN
GEDONGKIWO
SRIWATUN, S.Sos
19581112 198203 2 006

TANGGAL: 23-6-2016
NOMOR: 470/1262/2016
MENGETAHUI
KELURAHAN
SURYODININGRATAN
RETNO PUDYASTUTI, S.IP
19671115 198602 2 002

LAMPIRAN : SURAT IZIN
JENIS IZIN : PENELITIAN
NOMOR : 070/2421

DAFTAR PESERTA YANG PENELITIAN
DI WILAYAH KOTA YOGYAKARTA

NO	NAMA	NO IDENTITAS	KETERANGAN
1	Dra. SUPARMI, M.Si., Apt	0010115102	KETUA
2	FITHRIA DYAH AYU S., M.Sc., Apt	0512088501	ANGGOTA
3	NDARU SETYANINGRUM, M.Sc., Apt	0512098703	ANGGOTA
4	DESI RESTU PUTRI	13613023	TIM LAPANGAN
5	YUNITA R	13613069	TIM LAPANGAN
6	ADENYA VIDY H	-	TIM LAPANGAN
7	IVAN RAYENDRA	13613105	TIM LAPANGAN

Sekretaris Dinas Perizinan



Dra. CHRISTY DEWAYANI, MM
NIP. 426304081986032019

Lampiran 4. Kuesioner Penelitian**KUESIONER PENELITIAN****SURVEI TINGKAT PENGETAHUAN, PERILAKU, DAN
PELAKSANAAN PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)
OLEH MASYARAKAT DI KECAMATAN MANTRIJERON****PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat:

Telah diberikan informasi tentang penelitian yang akan dilakukan dan menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian “Revitalisasi Program COMBI (Communication for Behavioural Impact) dalam Rangka Penurunan Insiden DBD (Demam Berdarah Dengue) di Daerah Istimewa Yogyakarta”.

Dengan ketentuan apabila ada hal-hal yang tidak berkenan pada saya, maka saya berhak mengajukan pengunduran diri dari kegiatan penelitian ini.

Yogyakarta, 2016

Responden Penelitian

(.....)

**SURVEI TINGKAT PENGETAHUAN, PERILAKU, DAN
PELAKSANAAN PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)
OLEH MASYARAKAT DI KECAMATAN MANTRIJERON**

Daftar pertanyaan ini bertujuan untuk mengumpulkan data tentang bagaimana kegiatan pencegahan DBD. Hasil dari penelitian ini akan dipergunakan sebagai saran-saran dalam meningkatkan program kesehatan masyarakat mengenai penyakit DBD

A. IDENTITAS RESPONDEN

No.Responden (diisi oleh peneliti)	:	
Tanggal diisi	:	
Nama	:	
Alamat	:	
No. Rumah	:	
No.HP atau telepon	:	
Jenis kelamin		1. Laki – laki 2. Perempuan
Usia	:	tahun
Pendidikan		1. Tidak pernah bersekolah 2. SD 3. SMP 4. SMU 5. Diploma 6. Sarjana 7. Pascasarjana
Pekerjaan		1. Buruh 2. Petani 3. Pedagang/Wiraswasta 4. Pegawai Swasta 5. PNS 6. Pensiunan 7. Ibu Rumah Tangga 8. Lainnya, sebutkan.....
Jumlah anggota keluarga	:	orang
Pendapatan per bulan		1. < Rp 1 juta 2. Rp 1 juta – Rp 3 juta 3. Rp 3 juta – Rp 5 juta 4. Rp 5 juta – Rp 7 juta 5. > Rp 7 juta
Pernahkah mendengar tentang		1. Iya

Demam Berdarah Dengue (DBD), Gerakan 3M Plus?	2. Tidak
Jika Iya, darimana informasi tersebut Anda peroleh?	1. Koran 2. Radio 3. Televisi 4. Leaflet 5. Puskesmas 6. Internet 7. Sekolah 8. Seminar
Hasil pengukuran ABJ oleh jumentik (diisi oleh peneliti)	:

B. KUESIONER TINGKAT PENGETAHUAN MENGENAI PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)

PETUNJUK PENGISIAN

Berilah tanda (✓) pada kolom jawaban disamping sesuai dengan yang anda ketahui

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	DBD (demam berdarah <i>dengue</i>) disebabkan oleh nyamuk <i>Aedes aegypti</i>		
2	Siklus hidup nyamuk <i>Aedes</i> adalah satu minggu		
3	Air yang menggenang merupakan tempat nyamuk berkembang biak		
4	DBD tidak mengenal usia		
5	Wabah DBD dimulai saat cuaca panas		
6	DBD merupakan penyakit seperti flu		
7	Tanda dan gejala umum DBD adalah demam tinggi, menggigil (rasa dingin), sakit kepala yang hebat, sakit pada otot dan sendi		
8	DBD dapat menular lewat darah		
9	Siklus penularan DBD adalah manusia – nyamuk – manusia lain		
10	Nyamuk penular <i>dengue</i> hanya menggigit pada pagi hari saja		
11	Cara menanggulangi DBD adalah dengan mencegah penyebaran dan perkembangbiakan nyamuk		
12	Bubuk ABATE bermanfaat untuk membunuh larva nyamuk <i>dengue</i>		
13	Gerakan 3M adalah menguras, menutup penampung air		

	serta mengubur barang bekas		
14	Ada vaksin untuk mencegah DBD		
15	Parasetamol adalah obat pilihan untuk DBD		
16	Penyakit DBD dapat menimbulkan kematian		

C. KUESIONER SIKAP PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN) PENULAR PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)

PETUNJUK PENGISIAN

Berilah tanda (✓) pada kolom jawaban disamping sesuai dengan keadaan anda

NO	PERTANYAAN	SETUJU	TIDAK SETUJU
1	Pengasapan (<i>fogging</i>) oleh dinas kesehatan cukup penting untuk mencegah DBD		
2	Pencegahan DBD adalah tanggung jawab petugas kesehatan dan Pemerintah Daerah.		
3	Memberantas pertumbuhan larva nyamuk adalah tindakan sia – sia		
4	Mengobati DBD dengan segera tidak diperlukan sebab tidak ada obat untuk menyembuhkannya		
5	Masyarakat memiliki peranan yang paling penting dalam penanggulangan DBD		
6	Menguras bak penampung air merupakan kegiatan yang sia – sia sebab bak tersebut hampir digunakan setiap hari		
7	Anda merasa perlu mengganti air dalam vas bunga maupun air minum burung meskipun masih jernih		
8	Anda merasa tidak perlu menaburkan bubuk ABATE pada bak penampung air karena takut airnya terminum		
9	Anda tidak ada waktu untuk mengubur kaleng atau barang bekas yang dapat menampung air		
10	Anda merasa gerakan 3M penting dilakukan untuk mencegah DBD		
11	Anda takut terhadap DBD		

D. PELAKSANAAN (METODE/CARA) PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN) PENULAR PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DALAM TINDAKAN KEHIDUPAN SEHARI-HARI

PETUNJUK PENGISIAN

Berilah tanda (✓) pada kolom jawaban disamping sesuai dengan yang anda lakukan

No	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
1.	Apakah Anda segera menutup tempat penampungan air (contoh: ember) setelah menggunakannya?		
2.	Apabila terdapat jentik-jentik nyamuk Aedes di dalam bak penampungan air, apakah Anda segera melakukan sesuatu untuk membersihkannya?		
3.	Apakah Anda selalu mengganti air dalam pot bunga di dalam rumah setiap minggu?		
4.	Apakah Anda mengganti air di dalam vas bunga?		
5.	Apakah Anda memeriksa adanya jentik nyamuk di dalam vas bunga?		
6.	Apakah Anda memeriksa terdapat sampah atau limbah yang dapat menghambat aliran air di sekitar rumah Anda? (contoh: aliran air comberan, aliran air talang rumah dst)		
7.	Jika iya, apakah Anda membuangnya ke tempat sampah?		
8.	Apakah Anda ikut berpartisipasi dalam kegiatan pencegahan demam berdarah di wilayah Anda?		
9.	Apakah Anda memeriksa adanya jentik nyamuk Aedes di tempat penampungan air?		
10.	Apakah Anda memeriksa dan membersihkan saluran air/talang air ketika musim hujan?		

E. KONTINYUITAS PERIODE PELAKSANAAN PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN) PENULAR PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DALAM AKTIFITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI

PETUNJUK PENGISIAN

Berilah tanda (✓) pada kolom jawaban disamping sesuai dengan yang anda lakukan.

No	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
1.	Apakah di rumah anda dalam 1 minggu ada jadwal bersih-bersih rumah secara menyeluruh?		

2.	Apakah dalam 1 minggu ada kegiatan menguras bak mandi/WC?		
3.	Apakah dalam 1 minggu ada kegiatan menguras drum/ember?		
4.	Apakah dalam 1 minggu ada kegiatan menguras tempayan/gentong?		
5.	Apakah jika ada barang bekas yang dapat menampung air hujan anda menguburnya?		
6.	Apakah jika ada barang bekas yang menampung air hujan anda membuangnya?		
7.	Apakah jika ada barang bekas yang menampung air hujan anda mengolahnya/memafaatkannya?		
8.	Apakah setiap selesai menggunakan tempat penampungan air anda selalu menutupnya?		
9.	Apakah setiap selesai menggunakan tempat penampungan air keluarga anda selalu menutupnya?		
10.	Apakah setiap jangka waktu 3 bulan anda selalu mengulang pemakaian bubuk abate?		
11.	Apakah dalam 1 minggu anda selalu membersihkan vas bunga?		
12.	Apakah dalam 1 minggu anda selalu membersihkan tempat minum burung?		
13.	Apakah dalam 1 minggu anda selalu membersihkan tandon kulkas?		
14.	Apakah dalam 1 minggu anda membersihkan talang/saluran air?		
15.	Apakah dalam 1 minggu anda selalu membersihkan dispenser?		
16.	Apakah dalam 1 minggu anda membersihkan angin-angin/ventilasi rumah?		

Lampiran 5. Data Karakteristik Responden

Kelompok Perlakuan (Gedungkiwo)

N A M A	J. K		UMUR						PENDIDIKAN							PEKERJAAN								SUMBER INFORMASI								
	L	P	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
R 1	1					1						1											1		1		1					1
R 2		1						1		1												1		1	1	1	1	1				
R 3	1						1					1										1		1	1	1	1	1				
R 4	1							1			1											1		1	1	1						

R 5	1			1						1			1					1				1																
R 6	1				1					1			1					1	1	1	1	1	1															
R 7	1				1					1								1	1	1		1	1															
R 8	1					1												1				1	1	1														
R 9		1								1								1			1																	
R 10	1					1															1	1																
R 11		1		1														1			1			1														
R 12		1				1															1																	
R 13		1				1															1	1	1	1	1	1	1	1										
R 14		1								1																		1										
R 15		1								1												1																
R 16	1					1																1																
R 17	1									1												1	1	1														
R 18		1																			1																	
R 19		1				1																1							1									
R 20	1																											1	1									
R 21	1									1	1																			1								
R 22		1																				1						1	1	1		1	1					
R 23	1																					1																
R 24	1																													1	1							
R 25	1																													1	1							
R 26		1																												1			1	1	1			
R 27	1																														1							
R 28		1																													1			1				
R 29		1																													1	1		1	1			
R 30		1																													1	1		1				
R 31	1																																			1		

R 32	1			1				1					1			1	1	1					
R 33	1	1						1				1				1	1	1	1	1	1	1	1
R 34	1					1	1									1					1		
R 35	1					1									1						1		
R 36	1				1								1				1	1	1	1	1	1	1
R 37	1				1							1				1			1	1			
R 38	1				1								1				1	1	1	1	1	1	1
R 39	1				1							1						1	1				
R 40	1				1							1							1				
R 41	1				1												1	1	1	1	1	1	1
R 42	1				1											1				1			
R 43	1				1								1							1			
R 44	1	1															1				1		
R 45	1				1										1			1	1	1	1	1	1
R 46	1				1												1	1	1	1	1		
R 47	1				1											1			1				
R 48	1				1											1		1					
R 49	1				1											1					1		
R 50	1				1															1			
R 51	1				1														1				
R 52	1	1																1	1	1			
R 53	1				1								1							1			
R 54	1				1												1				1		
R 55	1				1										1					1			
R 56	1				1												1		1	1	1	1	1
R 57	1				1											1				1			
R 58	1	1																1				1	

R 59		1		1			1								1				1		
R 60		1		1					1			1			1		1	1			
R 61	1					1			1			1							1		
R 62		1			1				1						1				1		
R 63	1			1					1			1				1		1		1	1
R 64	1			1					1	1					1			1			
R 65		1		1					1						1			1			
R 66		1		1					1			1						1		1	1
R 67		1	1						1						1			1			
R 68		1		1					1						1		1		1	1	1
R 69	1					1			1						1			1			
R 70		1		1					1			1									1
R 71	1					1			1						1		1	1	1	1	1
R 72	1			1					1			1				1		1	1	1	1
R 73	1					1			1						1		1		1	1	1
R 74	1					1			1			1						1	1	1	1
R 75	1					1			1						1	1		1		1	
R 76	1				1				1						1		1	1	1	1	1
R 77		1	1						1						1			1			
R 78	1					1			1						1			1			
R 79		1				1	1					1							1		
R 80	1					1			1						1	1	1	1			
R 81	1					1			1			1					1	1	1		1
R 82	1					1			1			1					1	1	1		
R 83	1					1			1						1		1	1	1		
R 84		1				1			1			1					1	1	1		1
R 85	1					1			1			1					1	1	1		

R 86		1			1			1		1								1					
R 87	1			1				1				1			1			1	1	1	1	1	1
R 88	1			1				1				1			1	1		1	1	1	1		
R 89		1			1			1				1						1					
R 90	1				1			1				1									1		
R 91		1			1				1					1				1	1	1	1	1	1
R 92		1			1			1						1							1		
R 93	1				1			1						1	1			1	1	1			
R 94		1			1			1						1				1					
R 95	1				1			1						1							1		
R 96		1			1			1						1							1		
R 97	1				1			1						1				1	1	1	1		1
R 98	1				1			1						1							1		
R 99	1				1			1						1				1					
R 100		1		1				1						1						1			
R 101	1				1			1						1				1					
R 102	1				1			1						1							1		
R 103		1			1			1						1				1	1	1			
R 104		1			1			1						1							1		
R 105		1			1			1						1							1		
R 106	1				1			1						1							1		
R 107		1			1			1						1						1			
R 108	1				1			1						1						1			

R78	1	1	1	1		1	1		1		1	1	1	1		1	12	2
R79	1		1	1	1		1			1	1	1	1	1	1	1	12	2
R80	1	1	1			1		1	1		1	1	1	1		1	11	2
R81	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	12	2
R82	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1			1	11	2
R83	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	12	2
R84	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1			1	12	2
R85	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1			1	12	2
R86	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	12	2
R87	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	12	2
R88	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1			1	12	2
R89	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	12	2
R90	1		1			1	1	1	1				1			1	8	1
R91	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	12	2
R92	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	12	2
R93	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	12	2
R94	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	12	2
R95	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1		1	12	2
R96	1		1	1		1		1		1	1	1	1			1	10	2
R97	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	14	3
R98	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1		1	1	12	2
R99	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1		1	14	3
R100	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	14	3
R101	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1		1	12	2
R102			1	1	1		1	1	1	1	1	1		1		1	11	2
R103	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	14	3
R104	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1			1	12	2
R105	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	14	3
R106	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1			1	12	2
R107	1	1	1	1		1	1		1		1	1	1	1	1	1	13	3
R108	1	1	1	1		1	1		1		1	1	1	1	1	1	13	3
R109	1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1			1	12	2
R110	1		1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	14	3
R111	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1		1	13	3

R51	1	1	1	1	1			1	1	1	8	2
R52	1	1	1	1	1	1	1		1	1	9	2
R53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R55	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R56	1	1	1		1	1	1	1	1	1	9	2
R57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R58	1	1	1	1	1		1		1	1	8	2
R59	1	1	1						1		4	1
R60	1	1	1	1	1	1	1		1	1	9	2
R61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R62	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R65	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R66	1	1	1	1	1	1	1		1		8	2
R67	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R68		1							1	1	3	1
R69	1	1	1	1	1		1	1	1		8	2
R70	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R71	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R72	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R77	1	1	1	1			1				5	1
R78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R80	1		1					1	1	1	5	1
R81	1	1	1	1	1	1		1	1	1	9	2
R82	1	1	1	1	1	1		1	1	1	9	2
R83	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R84	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R87	1	1	1	1	1	1		1	1	1	9	2
R88	1	1	1	1	1	1		1	1	1	9	2
R89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R90	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R91	1	1	1	1	1	1		1	1	1	9	2

R92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
R93	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
R94	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R95	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
R96	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
R97	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R98	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R99	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R101	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
R102	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
R103	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R104	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R105	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R106	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
R107	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R108	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R109	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2
R110	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2
R111	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R112	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R113	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
R114	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R115	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R116	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R117	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R118	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R119	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	1
R120	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2

RUTINITAS

Kategori Rutinitas : Rutinitas Baik (2), Kurang Baik (1)

NAM A	RUTINITAS																JUML AH	KATEG ORI
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		
R1		1	1	1		1				1	1	1	1		1		9	1
R2	1	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	13	2

R85	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R86	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R87	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R88	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R89	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R90	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R91	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R92	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R93	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R94	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R95	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1			1	1	1	12	1
R96	1	1	1	1		1		1	1			1	1	1	1	1	1	12	1
R97	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1		1				12	1
R98	1	1	1	1	1			1	1	1				1		1	1	10	1
R99	1	1	1	1	1	1		1	1				1			1	1	10	1
R100	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R101	1	1	1	1			1	1	1			1	1	1	1	1	1	13	2
R102	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2
R103	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R104	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2
R105	1	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1		1	1	1	13	2
R106	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	15	2
R107	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1			13	2
R108	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1			13	2
R109	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2
R110	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	14	2
R111	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2
R112	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2
R113		1	1	1	1	1		1	1		1	1	1		1			11	1
R114	1	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1	1	14	2
R115	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2
R116	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2
R117	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2
R118	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2
R119		1	1	1	1	1	1	1	1						1			9	1
R120	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1		1			12	1

Kelompok Kontrol (Suryodiningratan)

PENGETAHUAN

Kategori Tingkat Pengetahuan : Tinggi (3), Sedang (2), Kurang (1)

NAMA	PENGETAHUAN																JUMLAH	KATEGORI
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
	Y	Y	Y	Y	T	Y	Y	Y	Y	T	Y	Y	Y	T	T	Y		
R1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1		1	1	13	3
R2	1	1	1	1					1	1	1	1	1	1	1	1	12	2
R3	1		1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	13	3
R4	1		1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	11	2
R5	1		1	1	1		1		1	1	1	1	1		1	1	12	2
R6	1	1	1	1			1		1	1	1	1	1	1	1	1	13	3
R7	1	1	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	14	3
R8	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	14	3
R9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	15	3
R10	1	1	1	1	1		1			1	1	1	1	1	1	1	13	3
R11	1	1	1	1		1	1	1			1		1		1	1	11	2
R12	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	14	3
R13	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	15	3
R14	1	1	1	1	1		1			1	1	1	1	1	1	1	12	2
R15	1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1			1	12	2
R16	1		1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	12	2
R17	1		1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	3
R18	1		1	1	1		1		1	1	1	1	1		1	1	12	2
R19	1		1	1	1		1		1		1	1	1	1	1	1	12	2
R20	1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1			1	12	2
R21	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	14	3
R22	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	3
R23	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1	1	1	13	3
R24	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1		1	13	3
R25	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1			1	12	2
R26	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	14	3
R27	1		1	1			1	1	1	1	1	1	1	1		1	12	2
R28		1	1	1	1	1	1		1		1	1	1		1	1	12	2
R29	1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1		1	13	3
R30	1		1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	13	3
R31	1		1	1		1	1		1		1	1	1	1	1	1	12	2
R32	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1			1	12	2
R33	1	1	1	1			1				1		1			1	8	1
R34	1		1	1	1			1				1	1		1	1	9	1

R35	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1		1	1	13	3
R36	1	1	1	1		1		1	1		1	1	1		1	1	12	2
R37	1	1	1	1	1		1	1			1	1	1	1	1	1	13	3
R38	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	14	3
R39	1		1	1	1		1	1	1		1	1	1		1	1	12	2
R40	1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1			1	12	2
R41	1	1	1	1	1		1				1	1	1	1	1	1	12	2
R42	1		1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	13	3
R43	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1		1	13	3
R44	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	14	3
R45	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1		1	13	3
R46	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1			1	13	3
R47	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	14	3
R48	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1		1	13	3
R49	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1		1	13	3
R50	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1			1	13	3
R51	1	1	1	1		1	1				1		1	1		1	10	2
R52	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1			1	12	2
R53	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1		1	1	14	3
R54	1	1	1	1	1		1				1	1	1	1	1		11	2
R55	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1	13	3
R56	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	3
R57	1		1	1			1		1	1	1	1	1		1	1	11	2
R58	1		1	1	1		1			1	1	1	1	1	1	1	12	2
R59	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	14	3
R60	1	1	1	1			1		1		1	1	1			1	10	2
R61	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	3
R62	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1		1	1	13	3
R63	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1			1	13	3
R64	1		1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1	1	13	3
R65	1		1	1		1			1		1	1	1	1	1	1	11	2
R66	1	1	1			1	1	1	1		1	1	1			1	11	2
R67	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1		1	1	13	3
R68	1	1	1	1			1	1	1		1	1	1	1	1	1	13	3
R69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	3
R70	1	1	1	1			1			1	1	1	1	1	1	1	12	2
R71	1	1	1	1	1		1	1			1	1	1	1		1	12	2
R72	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1		1	13	3
R73	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1		1	13	3

R74	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	14	3
R75	1		1	1	1		1		1		1	1	1	1	1	1	12	2
R76	1	1	1	1			1		1		1	1	1	1	1	1	12	2
R77	1	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1		1	13	3
R78	1		1	1	1		1		1		1	1	1	1	1	1	12	2
R79	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1	1	1	13	3
R80	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1			1	12	2
R81	1	1	1	1			1				1	1	1	1		1	10	2
R82	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1		1	14	3
R83	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1		1	13	3
R84	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	14	3
R85	1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1		1	13	3
R86	1	1	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	14	3
R87	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	12	2
R88	1	1	1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	12	2
R89	1	1	1	1	1		1				1	1	1	1	1	1	12	2
R90	1		1	1	1		1	1	1		1	1	1		1	1	12	2
R91	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	3
R92	1	1	1	1	1		1	1			1	1	1	1	1	1	13	3
R93	1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1			1	12	2
R94	1		1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	13	3
R95	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	15	3
R96	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1		1	13	3
R97	1		1	1					1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R98	1	1	1	1			1		1		1	1	1	1			10	2
R99	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1			1	13	3
R100	1	1	1	1			1		1		1	1	1	1	1	1	12	2
R101	1		1	1		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	13	3
R102	1	1	1	1		1	1				1		1	1		1	10	2
R103	1		1	1	1				1		1	1	1	1	1	1	11	2
R104	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	3
R105	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3
R106	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	3
R107	1		1	1	1	1	1			1	1	1	1			1	11	2
R108	1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1			1	12	2
R109	1		1	1	1		1		1		1	1	1	1		1	11	2
R110	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1			1	12	2
R111	1		1	1			1		1		1	1	1	1	1	1	11	2
R112	1	1	1	1		1	1	1	1					1	1	1	11	2

R64			1	1	1	1	1	1		1	1	8	2
R65	1	1	1	1	1		1		1	1	1	9	2
R66					1		1	1		1	1	5	1
R67		1	1		1	1	1	1	1	1	1	9	2
R68		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R69		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	2
R70		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R71	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
R72		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R73		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R74			1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
R75			1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
R76		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R77	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	10	2
R78		1	1		1	1	1		1	1	1	8	2
R79		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R80		1	1	1	1	1	1		1	1	1	9	2
R81		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R82			1		1	1	1	1	1	1	1	8	2
R83		1	1		1	1		1	1	1		7	1
R84		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R85		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R86		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R87		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R88		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R89		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R90			1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
R91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
R92		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R93			1		1	1	1	1	1	1	1	8	2
R94		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	2
R95		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R96		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R97		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R98	1	1	1	1	1		1			1	1	8	2
R99				1	1		1			1	1	5	1
R100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
R101		1	1	1	1	1	1	1		1	1	9	2
R102			1	1	1	1	1			1	1	7	1

R56	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
R57	1	1	1	1	1	1		1	1	1		9	2
R58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R59	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R61		1					1	1	1			4	1
R62	1	1	1	1		1	1	1		1		8	2
R63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R65	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R67	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R68	1	1	1	1	1	1	1	1	1			9	2
R69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R70	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R71	1	1		1	1	1	1	1	1			8	2
R72	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R76	1	1	1	1	1	1	1	1	1			9	2
R77	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R81	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R82	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R83		1				1	1	1	1			5	1
R84	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	2
R85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R87	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R88	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R90	1	1	1	1		1	1	1	1	1		9	2
R91	1	1	1	1				1	1	1		7	1
R92	1	1	1	1				1	1	1		7	1
R93	1	1	1	1				1	1	1		7	1
R94	1	1	1	1	1	1		1	1	1		9	2
R95	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	2
R96	1	1	1	1	1	1		1	1	1		9	2

R97	1	1					1	1	1	1	1					7	1
R98	1	1	1	1	1	1	1	1			1					8	2
R99	1	1					1	1	1		1					6	1
R100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					10	2
R101	1	1	1	1	1			1	1	1						8	2
R102	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1				9	2
R103	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				10	2
R104	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1				9	2
R105	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				10	2
R106	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				10	2
R107	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				10	2
R108	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1				9	2
R109	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1				9	2
R110	1	1	1	1					1	1	1	1				8	2
R111	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				10	2
R112	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1				9	2
R113	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				10	2
R114	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1				9	2
R115	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				10	2
R116	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				10	2
R117		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				9	2
R118	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				10	2
R119	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1				9	2
R120		1					1	1			1					4	1

RUTINITAS

Kategori Rutinitas : Baik (2), Kurang (1)

NAM A	RUTINITAS																JUML AH	KATEG ORI	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1			1
	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		
R1	1	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1	1	14	2
R2		1	1	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	12	1
R3					1	1	1	1	1		1	1	1	1	1			10	1
R4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1		15	2
R5	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R6	1	1	1	1			1		1	1		1	1	1	1	1	1	12	1

R7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R8	1	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1		14	2
R9	1	1	1	1	1			1	1	1			1	1	1	1		12	1
R10		1	1	1		1					1	1						6	1
R11	1	1	1	1				1			1	1	1	1	1	1		11	1
R12	1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1		1	1		13	2
R13	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		15	2
R14	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1		13	2
R15	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1			1	1		13	2
R16	1		1		1	1	1	1	1				1	1				9	1
R17	1	1	1	1		1	1		1	1		1	1		1	1		12	1
R18	1	1	1			1										1		5	1
R19	1				1		1					1	1	1	1	1	1	9	1
R20	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		14	2
R21	1	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1		14	2
R22	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1		1	1		13	2
R23	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1			1			12	1
R24	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1			14	2
R25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		16	2
R26		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		14	2
R27	1	1	1			1	1	1	1	1		1						9	1
R28	1	1	1	1	1		1	1	1				1	1	1			11	1
R29	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		15	2
R30		1	1		1	1	1					1	1	1				8	1
R31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		16	2
R32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		16	2
R33	1	1	1	1	1		1		1		1		1	1		1		11	1
R34	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1	1	1		13	2
R35	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		15	2
R36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					13	2
R37	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		14	2
R38		1				1								1				3	1
R39	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1		1		14	2
R40		1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1		13	2
R41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		16	2
R42	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		15	2
R43		1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1		13	2
R44	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1			14	2
R45				1	1	1		1		1								5	1
R46	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1			14	2
R47	1	1	1	1	1			1	1						1	1	1	10	1

R89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2
R90	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1					12	1
R91	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		15	2
R92	1	1	1	1	1	1				1	1	1	1		1			11	1
R93	1	1	1	1	1						1	1	1	1	1			10	1
R94	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1		15	2
R95	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		15	2
R96	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		15	2
R97	1	1			1	1		1	1			1	1					8	1
R98	1				1	1		1	1		1							6	1
R99	1	1	1	1	1	1		1	1			1	1	1		1		12	1
R100	1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	1	1		14	2
R101	1	1				1		1	1							1		6	1
R102	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		16	2
R103	1	1	1		1	1		1	1		1	1	1		1	1		12	1
R104	1	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1					11	1
R105	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		15	2
R106	1	1	1		1			1	1		1		1	1	1	1		11	1
R107	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		16	2
R108	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		16	2
R109	1	1	1	1	1	1		1	1	1		1	1			1		12	1
R110	1	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1		14	2
R111	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		15	2
R112	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1		14	2
R113	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		15	2
R114	1	1	1	1	1	1		1	1		1			1		1		11	1
R115	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		16	2
R116		1	1	1	1			1	1		1	1	1	1	1			11	1
R117		1	1		1	1		1	1		1	1	1	1	1	1		12	1
R118	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	1		1		13	2
R119	1	1	1	1	1	1		1					1			1		9	1
R120	1	1	1	1		1	1						1		1	1		9	1

Lampiran 7. Data Keberadaan Jentik Tiap Rumah Responden

Kategori Keberadaan Jentik di Rumah Responden : Ada Jentik (1), Tidak ada (2)

NAMA PERLA				NAMA KONTR			
	JUMLAH	JUMLAH	KAT		JUMLAH	JUMLA	KATEG

KUAN	CONTAINER	POSITIF	EGORI	OL	CONTAINER	HPOSITIF	ORI
R1	1	0	2	R1	2	0	2
R2	1	0	2	R2	5	0	2
R3	1	0	2	R3	3	1	1
R4	1	1	1	R4	3	0	2
R5	2	1	1	R5	3	0	2
R6	1	0	2	R6	3	0	2
R7	2	0	2	R7	2	0	2
R8	1	0	2	R8	1	0	2
R9	1	0	2	R9	2	0	2
R10	1	0	2	R10	2	0	2
R11	1	0	2	R11	4	0	2
R12	3	0	2	R12	2	0	1
R13	2	0	2	R13	3	0	2
R14	1	0	2	R14	2	0	2
R15	2	1	1	R15	3	0	2
R16	1	0	2	R16	4	0	2
R17	1	0	2	R17	2	0	2
R18	1	0	2	R18	3	0	2
R19	3	1	1	R19	3	0	2
R20	4	0	2	R20	3	0	2
R21	1	0	2	R21	3	0	2
R22	4	0	2	R22	3	0	2
R23	2	0	2	R23	2	0	2
R24	3	0	2	R24	3	0	2
R25	2	0	2	R25	3	0	2
R26	2	0	2	R26	4	0	2
R27	1	1	1	R27	1	0	2
R28	1	0	2	R28	2	0	2
R29	1	0	2	R29	3	0	2
R30	1	0	2	R30	2	0	2
R31	3	0	2	R31	5	1	1
R32	1	0	2	R32	4	1	1
R33	1	0	2	R33	2	0	2
R34	1	0	2	R34	2	0	2
R35	2	1	1	R35	3	0	2
R36	1	0	2	R36	3	0	2
R37	1	0	2	R37	4	2	1
R38	2	0	2	R38	3	0	2

R39	1	0	2	R39	2	0	2
R40	1	1	1	R40	3	0	2
R41	1	0	2	R41	3	0	2
R42	1	0	2	R42	7	1	1
R43	1	0	2	R43	3	1	1
R44	2	0	2	R44	3	1	1
R45	1	0	2	R45	3	1	1
R46	1	0	2	R46	4	0	2
R47	2	0	2	R47	3	0	2
R48	1	0	2	R48	2	0	2
R49	1	0	2	R49	2	0	2
R50	1	0	2	R50	2	0	2
R51	1	0	2	R51	3	1	1
R52	2	2	1	R52	3	1	1
R53	2	1	1	R53	1	0	2
R54	1	0	2	R54	2	0	2
R55	1	0	2	R55	5	0	2
R56	2	0	2	R56	5	0	2
R57	4	0	2	R57	1	0	2
R58	2	0	2	R58	2	0	2
R59	1	0	2	R59	3	0	2
R60	3	2	1	R60	4	0	2
R61	2	0	2	R61	3	0	2
R62	4	0	2	R62	3	0	2
R63	2	0	2	R63	3	0	2
R64	2	0	2	R64	3	0	2
R65	3	0	2	R65	2	0	2
R66	3	0	2	R66	1	0	2
R67	15	3	1	R67	2	0	2
R68	2	0	2	R68	5	0	2
R69	1	0	2	R69	3	0	2
R70	3	0	2	R70	1	0	2
R71	2	0	2	R71	7	2	1
R72	2	0	2	R72	2	0	2
R73	1	0	2	R73	3	0	2
R74	4	0	2	R74	5	0	2
R75	2	0	2	R75	5	0	2
R76	2	1	1	R76	2	0	2
R77	2	0	2	R77	2	0	2
R78	2	0	2	R78	3	0	2
R79	2	0	2	R79	3	0	2

R80	2	0	2	R80	2	0	2
R81	3	0	2	R81	2	0	2
R82	3	0	2	R82	2	0	2
R83	2	0	2	R83	5	0	2
R84	3	0	2	R84	3	0	2
R85	4	0	2	R85	2	0	2
R86	5	0	2	R86	4	0	2
R87	3	0	2	R87	1	0	2
R88	3	0	2	R88	1	0	2
R89	2	0	2	R89	3	0	2
R90	2	0	2	R90	1	0	2
R91	3	0	2	R91	2	0	2
R92	3	0	2	R92	3	0	2
R93	3	0	2	R93	6	0	2
R94	3	0	2	R94	2	0	2
R95	2	0	2	R95	2	0	2
R96	1	0	2	R96	3	0	2
R97	6	0	2	R97	2	0	2
R98	2	0	2	R98	3	0	2
R99	1	0	2	R99	2	0	2
R100	2	0	2	R100	2	0	2
R101	1	1	1	R101	3	0	2
R102	2	0	2	R102	2	0	2
R103	3	0	2	R103	2	0	2
R104	2	0	2	R104	2	0	2
R105	3	0	2	R105	2	0	2
R106	3	0	2	R106	2	0	2
R107	3	0	2	R107	1	0	2
R108	4	0	2	R108	2	0	2
R109	4	0	2	R109	1	0	2
R110	2	0	2	R110	3	1	1
R111	4	0	2	R111	2	0	2
R112	2	0	2	R112	2	0	2
R113	3	0	2	R113	1	0	2
R114	3	0	2	R114	2	0	2
R115	3	0	2	R115	2	0	2
R116	2	0	2	R116	4	0	2
R117	2	0	2	R117	2	0	2
R118	3	0	2	R118	2	0	2
R119	3	0	2	R119	1	0	2
R120	2	0	2	R120	1	0	2

Lampiran 8. Analisis Matching (kesetaraan data) Karakteristik Responden

Kelompok Kontrol (Suryodiningratan)

JKK1 * JKK2 Crosstabulation						
Count						
Pearson Chi- Square			JKK2		Total	Asymptotic Significance (2- sided)
			LAKI-LAKI	PEREMPUAN		
	JKK1	LAKI-LAKI	19	11	30	0,817
	PEREMPUAN	42	27	69		
	Total	61	38	99		

Correlations				
			USIAK1	USIAK2
Spearman's rho	USIAK1	Correlation Coefficient	1.000	.012
		Sig. (2-tailed)	.	.905
		N	100	100
	USIAK2	Correlation Coefficient	.012	1.000
		Sig. (2-tailed)	.905	.
		N	100	120

Correlations				
			PEKERJAANK1	PEKERJAANK2
Spearman's rho	PEKERJAANK1	Correlation Coefficient	1.000	.079
		Sig. (2-tailed)	.	.432
		N	100	100
	PEKERJAANK2	Correlation Coefficient	.079	1.000
		Sig. (2-tailed)	.432	.
		N	100	120

Correlations				
			PENDIDIKANK1	PENDIDIKANK2
Spearman's rho	PENDIDIKANK1	Correlation Coefficient	1.000	-.146
		Sig. (2-tailed)	.	.148
		N	100	100
	PENDIDIKANK2	Correlation Coefficient	-.146	1.000
		Sig. (2-tailed)	.148	.
		N	100	120

Kelompok Perlakuan (Gedungkiwo)

JKP1 * JKP2 Crosstabulation				
Count				
PEARSON CHI- SQUARE			Total	Asymptotic Significance (2-sided)
	JKP2 LAKI- LAKI	PEREMPUAN		

	JKP1	LAKI-LAKI	13	9	22	
		PEREMPUAN	41	37	78	0,587
	Total		54	46	100	

Correlations				
			USIAP1	USIAP2
Spearman's rho	USIAP1	Correlation Coefficient	1.000	-.155
		Sig. (2-tailed)	.	.124
		N	100	100
	USIAP2	Correlation Coefficient	-.155	1.000
		Sig. (2-tailed)	.124	.
		N	100	120

Correlations				
			PEKERJAANP1	PEKERJAANP2
Spearman's rho	PEKERJAANP1	Correlation Coefficient	1.000	.131
		Sig. (2-tailed)	.	.194
		N	100	100
	PEKERJAANP2	Correlation Coefficient	.131	1.000
		Sig. (2-tailed)	.194	.
		N	100	120

Correlations				
			PENDIDIKANP1	PENDIDIKANP2
Spearman's rho	PENDIDIKANP1	Correlation Coefficient	1.000	-.021
		Sig. (2-tailed)	.	.838
		N	100	100
	PENDIDIKANP2	Correlation Coefficient	-.021	1.000
		Sig. (2-tailed)	.838	.
		N	100	120

Kelompok Kontrol *posttest* Vs Perlakuan *posttest*

JKK2 * JKP2 Crosstabulation						
Count						
PEARSON CHI-SQUARE			JKP2		Total	Asymptotic Significance (2-sided)
			LAKI-LAKI	PEREMPUAN		
	JKK2	LAKI-LAKI	39	30	69	0,860
		PEREMPUAN	28	23	51	
Total		67	53	120		

Correlations				
			USIAK2	USIAP2
Spearman's rho	USIAK2	Correlation Coefficient	1.000	-.008
		Sig. (2-tailed)	.	.927
		N	120	120
	USIAP2	Correlation Coefficient	-.008	1.000
		Sig. (2-tailed)	.927	.
		N	120	120

Correlations				
			PEKERJAANK2	PEKERJAANP2
Spearman's rho	PEKERJAANK2	Correlation Coefficient	1.000	.074
		Sig. (2-tailed)	.	.420
		N	120	120
	PEKERJAANP2	Correlation Coefficient	.074	1.000
		Sig. (2-tailed)	.420	.
		N	120	120

Correlations				
			PENDIDIKANK2	PENDIDIKANP2
Spearman's rho	PENDIDIKANK2	Correlation Coefficient	1.000	-.157
		Sig. (2-tailed)	.	.087
		N	120	120
	PENDIDIKANP2	Correlation Coefficient	-.157	1.000
		Sig. (2-tailed)	.087	.
		N	120	120

Lampiran 9. Analisis Korelasi Metode *Spearman Rho* dan *Chi-Square*

Kelompok Perlakuan (Gedungkiwo)

Korelasi Usia, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan

JKP2 * P Crosstabulation							
		Count					
		P			Total		Asymptotic Significance (2-sided)
		RENDAH	SEDANG	TINGGI	Total		
PEARSON CHI-SQUARE	JKP2	LAKI-LAKI	1	34	32	67	0,106
		PEREMPUAN	2	17	34	53	
		Total	3	51	66	120	

Correlations				
			USIAP2	P
Spearman's rho	USIAP2	Correlation Coefficient	1.000	-.045
		Sig. (2-tailed)	.	.624
		N	120	120
	P	Correlation Coefficient	-.045	1.000
		Sig. (2-tailed)	.624	.
		N	120	120

Correlations				
			PEKERJAANP2	P
Spearman's rho	PEKERJAANP2	Correlation Coefficient	1.000	-.100
		Sig. (2-tailed)	.	.275
		N	120	120
	P	Correlation Coefficient	-.100	1.000
		Sig. (2-tailed)	.275	.
		N	120	120

Correlations				
			PENDIDIKANP2	P
Spearman's rho	PENDIDIKANP2	Correlation Coefficient	1.000	-.001
		Sig. (2-tailed)	.	.992
		N	120	120
	P	Correlation Coefficient	-.001	1.000
		Sig. (2-tailed)	.992	.
		N	120	120

Kelompok Kontrol (Suryodiningratan)

Korelasi Usia, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan

JKK2 * P Crosstabulation							
		Count					Asymptotic Significance (2-sided)
PEARSON CHI-SQUARE	JKK2	P			Total		
		RENDAH	SEDANG	TINGGI			
		LAKI-LAKI	0	34			35
PEREMPUAN	3	19	29	51			
Total		3	53	64	120		

Correlations

			USIAK2	P
Spearman's rho	USIAK2	Correlation Coefficient	1.000	.127
		Sig. (2-tailed)	.	.166
		N	120	120
	P	Correlation Coefficient	.127	1.000
		Sig. (2-tailed)	.166	.
		N	120	120

Correlations				
			PEKERJAANK2	P
Spearman's rho	PEKERJAANK2	Correlation Coefficient	1.000	-.017
		Sig. (2-tailed)	.	.854
		N	120	120
	P	Correlation Coefficient	-.017	1.000
		Sig. (2-tailed)	.854	.
		N	120	120

Correlations				
			PENDIDIKANK2	P
Spearman's rho	PENDIDIKANK2	Correlation Coefficient	1.000	.013
		Sig. (2-tailed)	.	.888
		N	120	120
	P	Correlation Coefficient	.013	1.000
		Sig. (2-tailed)	.888	.
		N	120	120

Kelompok Perlakuan (Gedungkiwo)

Korelasi Pengetahuan->Sikap, Sikap->Tindakan, Tindakan->Rutinitas, Rutinitas->Keberadaan Jentik

Correlations				
			P	S
Spearman's rho	P	Correlation Coefficient	1.000	-.004
		Sig. (2-tailed)	.	.963
		N	120	120
	S	Correlation Coefficient	-.004	1.000
		Sig. (2-tailed)	.963	.
		N	120	120

Correlations				
			S	T
Spearman's rho	S	Correlation Coefficient	1.000	.044
		Sig. (2-tailed)	.	.632
		N	120	120
	T	Correlation Coefficient	.044	1.000
		Sig. (2-tailed)	.632	.
		N	120	120
Correlations				

			T	R
Spearman's rho	T	Correlation Coefficient	1.000	.207
		Sig. (2-tailed)	.	.023
		N	120	120
	R	Correlation Coefficient	.207	1.000
		Sig. (2-tailed)	.023	.
		N	120	120
Correlations				
			R	KBARU
Spearman's rho	R	Correlation Coefficient	1.000	-.013
		Sig. (2-tailed)	.	.889
		N	120	120
	KBARU	Correlation Coefficient	-.013	1.000
		Sig. (2-tailed)	.889	.
		N	120	120

Kelompok Kontrol (Suryodiningratan)

Korelasi Pengetahuan->Sikap, Sikap->Tindakan, Tindakan->Rutinitas, Rutinitas->Keberadaan Jentik

Correlations				
			P	S
Spearman's rho	P	Correlation Coefficient	1.000	.089
		Sig. (2-tailed)	.	.332
		N	120	120
	S	Correlation Coefficient	.089	1.000
		Sig. (2-tailed)	.332	.
		N	120	120
Correlations				
			S	T
Spearman's rho	S	Correlation Coefficient	1.000	-.038
		Sig. (2-tailed)	.	.680
		N	120	120
	T	Correlation Coefficient	-.038	1.000
		Sig. (2-tailed)	.680	.
		N	120	120
Correlations				
			T	R
Spearman's rho	T	Correlation Coefficient	1.000	.316**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	120	120
	R	Correlation Coefficient	.316**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	120	120

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			R	K
Spearman's rho	R	Correlation Coefficient	1.000	-.094
		Sig. (2-tailed)	.	.307

	N	120	120
K	Correlation Coefficient	-.094	1.000
	Sig. (2-tailed)	.307	.
	N	120	120

Lampiran 10. Analisis Metode Wilcoxon

Kelompok Perlakuan (Gedungkiwo) *pretest VS posttest*

Komparatif Hubungan Pengetahuan *pretest VS posttest*, Sikap *pretest VS posttest*, Tindakan *pretest VS posttest*, dan Rutinitas *pretest VS posttest*

Test Statistics ^a				
	PGK2016 - PGK2015	SGK2016 - SGK2015	TGK2016 - TGK2015	RGK2016 - RGK2015
Z	-1.107 ^b	-2.524 ^b	-4.382 ^b	-2.335 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.268	.012	.000	.020

Kelompok Kontrol (Suryodiningratan) *pretest VS posttest*

Komparatif Hubungan Pengetahuan *pretest VS posttest*, Sikap *pretest VS posttest*, Tindakan *pretest VS posttest*, dan Rutinitas *pretest VS posttest*

Test Statistics ^a				
	PSYD2016 - PSYD2015	SSYD2016 - SSYD2015	TSYD2016 - TSYD2015	RSYD2016 - RSYD2015
Z	-2.681 ^b	-2.200 ^b	-2.188 ^b	-1.511 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.007	.028	.029	.131