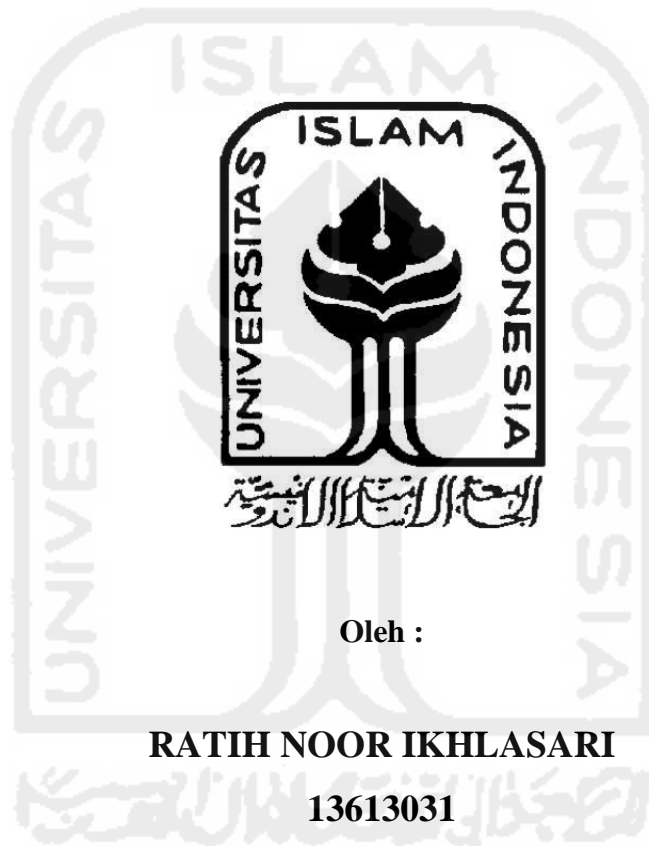


**HUBUNGAN PEMBERIAN INTERVENSI PENCEGAHAN  
DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) TERHADAP  
TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP, TINDAKAN DAN  
KONTINUITAS MASYARAKAT DI KECAMATAN GODEAN  
DAN MLATI, KABUPATEN SLEMAN**

**SKRIPSI**



Oleh :

**RATIH NOOR IKHLASARI**

**13613031**

**PROGRAM STUDI FARMASI  
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA  
YOGYAKARTA  
MARET 2017**

**HUBUNGAN PEMBERIAN INTERVENSI PENCEGAHAN  
DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) TERHADAP  
TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP, TINDAKAN DAN  
KONTINUITAS MASYARAKAT DI KECAMATAN GODEAN  
DAN MLATI, KABUPATEN SLEMAN**

**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 :

**RATIH NOOR IKHLASARI**

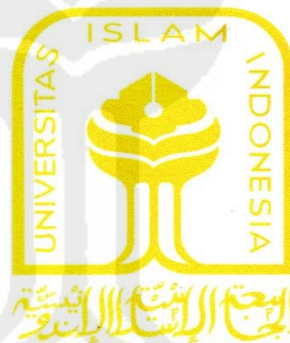
**13613031**

**PROGRAM STUDI FARMASI  
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA  
YOGYAKARTA  
MARET 2017**

SKRIPSI

**HUBUNGAN PEMBERIAN INTERVENSI PENCEGAHAN  
DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) TERHADAP  
TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP, TINDAKAN DAN  
KONTINUITAS MASYARAKAT DI KECAMATAN GODEAN  
DAN MLATI, KABUPATEN SLEMAN**

Yang diajukan oleh:  
RATIH NOOR IKHLASARI  
13613031



Telah disetujui oleh:

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



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



Tuti Purwaningsih, S.Stat., M.Si.

SKRIPSI

**HUBUNGAN PEMBERIAN INTERVENSI PENCEGAHAN  
DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD) TERHADAP  
TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP, TINDAKAN DAN  
KONTINUITAS MASYARAKAT DI KECAMATAN GODEAN  
DAN MLATI, KABUPATEN SLEMAN**

Oleh:

RATIH NOOR IKHLASARI

13613031

Telah lolos uji etik penelitian  
dan dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi  
Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam  
Universitas Islam Indonesia

Tanggal:

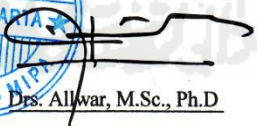
Ketua Penguji : Fithria Dyah Ayu S., M.Sc., Apt.  
Anggota Penguji : 1. Tuti Purwaningsih, S.Stat., M.Si.  
2. Dra. Suparmi, M.Si., Apt.  
3. Ndaru Setyaningrum, M.Sc., Apt.

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

Mengetahui,

Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam  
Universitas Islam Indonesia



  
Drs. Allwar, 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

METERAI  
TEMPEL  
2466FAEF088645362  
5000  
RUPIAH  
Penulis,  
  
Ratih Noor Ikhlasari

## PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

“Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.”

(QS. Al Insyirah : 5)

Kupersembahkan karya kecil ini untuk orang-orang hebat yang selalu  
membrosamai dan mendorongku untuk melesat sejauh ini

*terima kasih*

Ibunda Suhesti

Bapak Darwanto (Alm)

Masku, Yossy Hermawan, SE. dan Mbak Apris

Masku, Derta Yan Wijaya, S.Si. dan Mbak Herni

Jagoanku ; Kenzie, Nemo, dan Sultan

## KATA PENGANTAR



*Assalamu'alaikum Wr. Wb.*

*Alhamdulillah*, puji syukur kehadirat 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 Kontinuitas Masyarakat Kecamatan Godean dan Mlati, Sleman”. 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 S, 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 hingga skripsi ini terselesaikan.
2. Ibu Dra. Suparmi, M.Si., Apt., dan Ibu Ndaru Setyaningrum, M.Sc., Apt., selaku dosen penguji atas arahan dan saran yang membangun sehingga skripsi ini tersusun.
3. Bapak Drs. Allwar, M.Sc., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.
4. Bapak Pinus Jumaryatno, M.Phil., Ph.D., Apt., selaku Kepala Program Studi Farmasi Universitas Islam Indonesia.
5. *Progammer* DBD Puskesmas Godean I serta kader Jumantik Dukuh Gentingan, Genitem, dan Pogung Lor yang telah banyak membantu selama penelitian.
6. Orangtua penulis yang telah memberikan dukungan baik moral, spiritual, serta finansial hingga skripsi ini selesai.
7. Sahabat yang sedang sama-sama berjuang Uriel, Sari, Ayu, Anin, Endah, Rahma, Nadia, Dina, dan Desy yang bersedia meluangkan waktunya untuk terus mendoakan dan memberi semangat.

8. Teman-teman tim hibah DBD Desi, Yunita, Tomi, Ivan, dan Lia
9. 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

Ratih Noor Ikhlasari





## 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
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	3
1.4. Manfaat Penelitian.....	3
<b>BAB II STUDI PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
2.1. Tinjauan Pustaka.....	5
2.1.1. Demam Berdarah <i>Dengue</i> (DBD) ...	5
2.1.2. Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	11
2.1.3. Edukasi Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	14
2.1.4. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	15
2.1.5. Indikator Keberhasilan Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i> .....	17
2.2. Peran Farmasis dalam Pencegahan DBD.....	18

2.3. Landasan Teori.....	18
2.4. Hipotesis.. .....	19
2.5. Kerangka Konsep Penelitian.....	20
<b>BAB III METODE PENELITIAN.....</b>	<b>21</b>
3.1. Rancangan Penelitian.....	21
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	21
3.3. Populasi dan Sampel. ....	21
3.3.1. Populasi ... .....	21
3.3.2. Sampel.....	21
3.3.3. Metode Sampling.....	22
3.4. Perhitungan Jumlah Sampel.....	22
3.5. Instrumen Pengumpulan Data.....	23
3.6. Definisi Operasional Variabel.....	23
3.7. Proses Pengumpulan Data.....	27
3.8. Pengolahan dan Analisis Data. ....	28
3.8.1. Pengolahan Data... .....	28
3.8.2. Analisis Data. ....	28
3.9. Alur Penelitian. ....	30
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>31</b>
4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	31
4.2. Karakteristik Sosiodemografi Responden.....	32
4.3. Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Kontinuitas dan Keberadaan Jentik Masyarakat... .....	37
4.4. Hubungan Antara Sosiodemografi dengan Pengetahuan.....	55
4.5. Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Kontinuitas .....	62
4.6. Hubungan Antara Intervensi Pencegahan DBD dengan Pengetahuan, Sikap, Tindakan, dan Kontinuitas.. .....	67
4.7. Analisis Indikator Keberhasilan Pencegahan DBD .....	73
4.8. Keterbatasan Penelitian.....	75

<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>76</b>
5.1. Kesimpulan.....	76
5.2. Saran.....	76
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>77</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>83</b>



## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 2.1</b>	Siklus Hidup Nyamuk <i>Aedes aegypti</i> .....	7
<b>Gambar 2.2</b>	Siklus Penularan DBD.....	8
<b>Gambar 2.3</b>	Kerangka Konsep.....	20
<b>Gambar 3.1</b>	Alur Penelitian.....	30
<b>Gambar 4.1</b>	Wilayah Kecamatan Godean... ..	31
<b>Gambar 4.2</b>	Wilayah Kecamatan Mlati... ..	32
<b>Gambar 4.3</b>	Distribusi Karakteristik Sosiodemografi Responden.....	33
<b>Gambar 4.4</b>	Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden .....	39
<b>Gambar 4.5</b>	Distribusi Presentase Pengetahuan Responden Tiap Pertanyaan Mengenai DBD.....	40
<b>Gambar 4.6</b>	Distribusi Kategori Sikap Responden .....	43
<b>Gambar 4.7</b>	Distribusi Presentase Sikap Responden Tiap Pertanyaan Mengenai DBD ... ..	44
<b>Gambar 4.8</b>	Distribusi Kategori Tindakan Responden .....	47
<b>Gambar 4.9</b>	Distribusi Presentase Tindakan Reponden Tiap Pertanyaan Mengenai DBD... ..	48
<b>Gambar 4.10</b>	Distribusi Kategori Kontinuitas Responden .....	50
<b>Gambar 4.11</b>	Distribusi Presentase Kontinuitas Responden Tiap Pertanyaan Mengenai DBD .....	51
<b>Gambar 4.12</b>	Data Keberadaan Jentik di Rumah Responden Kelompok Kontrol.....	54
<b>Gambar 4.13</b>	Data Keberadaan Jentik di Rumah Responden Kelompok Perlakuan.....	54
<b>Gambar 4.14</b>	Nilai <i>Pre-test</i> dan <i>Post-test</i> Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Kontinuitas Responden... ..	68
<b>Gambar 4.15</b>	Nilai ABJ, HI, CI, dan BI Kelompok Kontrol dan Perlakuan....	74

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 3.1</b>	Distribusi Kategori Responden.....	26
<b>Tabel 3.2</b>	Indikator Keberhasilan Pencegahan DBD.....	28
<b>Tabel 3.3</b>	Uji Analisis Bivariat Sosiodemografi, Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Kontinuitas, dan Keberadaan Jentik.....	30
<b>Tabel 3.4</b>	Uji Analisis Bivariat Hubungan Intervensi Pencegahan DBD .....	30
<b>Tabel 4.1</b>	Distribusi Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Kontinuitas dan Keberadaan Jentik.....	38
<b>Tabel 4.2</b>	Analisis Hubungan Sosiodemografi dengan Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol .....	56
<b>Tabel 4.3</b>	Analisis Hubungan Sosiodemografi dengan Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan.....	57
<b>Tabel 4.4</b>	Hasil Analisis Bivariat antara Pengetahuan dan Sikap ..	62
<b>Tabel 4.5</b>	Hasil Analisis Bivariat antara Sikap dan Tindakan.....	64
<b>Tabel 4.6</b>	Hasil Analisis Bivariat antara Tindakan dan Kontinuitas.....	65
<b>Tabel 4.7</b>	Hasil Analisis Bivariat antara Kontinuitas dan Keberadaan Jentik.....	66
<b>Tabel 4.8</b>	Hasil Analisis Bivariat antara Intervensi Pencegahan DBD dengan Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Kontinuitas.....	68

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran 1.</b>	<i>Ethical Clearence</i> .....	83
<b>Lampiran 2.</b>	Surat Pernyataan.....	84
<b>Lampiran 3.</b>	Surat Izin Bappeda.....	85
<b>Lampiran 4.</b>	Kuesioner Penelitian.....	86
<b>Lampiran 5.</b>	Data Responden Kelompok Kontrol.....	93
<b>Lampiran 6</b>	Data Responden Kelompok Perlakuan.....	98
<b>Lampiran 7</b>	Jawaban Kuisisioner Kelompok Kontrol.....	103
<b>Lampiran 8</b>	Jawaban Kuesioner Kelompok Perlakuan.....	115
<b>Lampiran 9</b>	Hasil <i>Matching</i> Sosiodemografi Responden.....	127
<b>Lampiran 10</b>	Hubungan Sosiodemografi dengan Pengetahuan Kelompok Kontrol.....	128
<b>Lampiran 11</b>	Hubungan Sosiodemografi dengan Pengetahuan Kelompok Perlakuan.....	130
<b>Lampiran 12</b>	Hasil Analisis Hubungan Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Kontinuitas dan Keberadaan Jentik Kelompok Kontrol ....	131
<b>Lampiran 13</b>	Hasil Analisis Hubungan Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Kontinuitas dan Keberadaan Jentik Kelompok Perlakuan ....	132
<b>Lampiran 14</b>	Hasil Analisis Hubungan Intervensi terhadap Pengetahuan, Sikap, Tindakan, dan Kontinuitas ....	133

# **Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, dan Kontinuitas Masyarakat di Kecamatan Godean dan Mlati, Kabupaten Sleman**

**Ratih Noor Ikhlasari  
Prodi Farmasi**

## **INTISARI**

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan penyakit endemik akibat infeksi virus *dengue* yang disebarkan oleh nyamuk *Aedes*. Kecamatan Godean dan Mlati termasuk dalam lima kecamatan di Kabupaten Sleman dengan jumlah kasus DBD tertinggi. Hal tersebut didukung dengan hasil pengukuran indikator upaya pengendalian penyakit DBD di masyarakat yaitu Angka Bebas Jentik (ABJ) yang masih dibawah 95%. Pemberian intervensi pencegahan DBD berupa penyuluhan menjadi salah satu cara yang digunakan untuk menambah pengetahuan seseorang tentang DBD sehingga akan mengubah atau mempengaruhi sikap dan tindakan masyarakat dalam pencegahan DBD. Penelitian bertujuan untuk mengetahui hubungan intervensi pencegahan DBD terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan kontinuitas masyarakat di Kecamatan Godean dan Mlati. Penelitian dilakukan dengan metode kuasi eksperimental *pre-test post-test with control group design*. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner serta Formulir Pemantauan Jentik Berkala (FPJB) untuk mengetahui keberadaan jentik di setiap rumah. Data dianalisis menggunakan uji statistik *Spearman-rho*, *Chi-square* dan *Wilcoxon* dengan *alpha* 5%. Terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan ( $p=0,035$ ) pada kelompok kontrol yaitu Kecamatan Mlati. Terdapat hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan pengetahuan ( $p=0,003$ ) pada kelompok kontrol yaitu Kecamatan Godean. Terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata *pre-test* dengan *post-test* kelompok kontrol dan perlakuan pada aspek pengetahuan ( $p=0,000$ ) dan sikap ( $p=0,028$ ) yang menunjukkan bahwa pemberian intervensi pencegahan DBD berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.

**Kata kunci :** DBD, penyuluhan, pengetahuan, keberadaan-jentik, Sleman

**Relationship Between Intervention of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)  
Prevention towards Knowledge, Attitude, Practice, and Continuity Level  
at Godean and Mlati District, Sleman Regency**

**Ratih Noor Ikhlasari  
Department of Pharmacy**

**ABSTRACT**

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is an endemic disease caused by infection dengue virus that is spread by Aedes. Godean and Mlati included in the five districts in Sleman with the highest number of dengue cases. This is supported by the results of the measurement indicators of dengue disease control in the community, namely Figures Free Flick is still below 95%. DHF preventive health counseling is one of the ways used to increase knowledge about dengue in order to change or influence the attitudes and actions of the community in the prevention of dengue. This study aims to determine the relation intervention of dengue prevention toward the level of knowledge, attitudes, practice and continuity of society in Sleman. The study using quasi-experimental pre-test post-test with control group design, where there are two groups: the control group and the experimental group were given intervention. The instrument that used is a questionnaire and Formulir of Larva Monitoring Periodic to determine the presence of larvae in each house. The analyze using Spearman-rho, Chi-square, and Wilcoxon with alpha 5%. There is a significant relationship between education and the level of knowledge ( $p=0.035$ ) in Mlati as a control group. There is a significant relationship between income with knowledge ( $p=0,003$ ) in Godean as intervention group. There is a significant difference between the average pre-test to post-test knowledge ( $p=0,000$ ) and attitude ( $p=0,028$ ) indicating that the interventions for the prevention of dengue-related knowledge and attitudes.

**Keyword :** DHF, counseling, knowledge, existence of larvae, Sleman



# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1. Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit endemik yang disebabkan oleh infeksi virus *dengue*, di mana penyebaran virus diperantarai oleh nyamuk *Aedes sp*<sup>(1,2)</sup>. Penderita yang terinfeksi akan mengalami gejala berupa demam ringan sampai tinggi, disertai dengan sakit kepala, nyeri pada mata, otot dan persendian, hingga perdarahan spontan<sup>(3)</sup>. Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO), kasus DBD mengalami peningkatan setiap tahunnya dari 0,4 – 1,3 juta kasus pada periode 1996-2005 menjadi 2,2 juta kasus pada tahun 2010 dan mencapai 3,2 juta kasus pada tahun 2015<sup>(4)</sup>. Penyebaran DBD menjadi masalah kesehatan utama di negara-negara tropis termasuk Indonesia yang berada di zona khatulistiwa<sup>(5)</sup>. Tahun 2015 jumlah penderita DBD mengalami peningkatan menjadi 129.650 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 1.071<sup>(6)</sup> orang, dibandingkan tahun 2014 sebanyak 100.347 kasus dan jumlah kematian sebanyak 907 kasus<sup>(7)</sup>.

Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan salah satu provinsi dengan tingkat kejadian DBD yang cukup tinggi, dengan *Incidence Rate* (IR) yang mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya. Seksi Penanggulangan Penyakit (P2) menyebutkan bahwa terdapat lebih dari 90 kasus per 100.000 penduduk di tahun 2013. Angka tersebut jauh lebih tinggi dibandingkan dengan angka nasional yaitu 18/100.000 penduduk. Tingkat kematian penyakit atau *Case Fatality Rate* (CFR) DBD adalah 0,51%, angka ini belum sesuai dengan Rencana Strategis DIY (0,22%), namun masih lebih rendah dibandingkan CFR tingkat nasional (0,89%). Pada tahun 2014, kasus DBD di provinsi DIY tercatat di seluruh wilayah yaitu Kabupaten Kulon Progo (124 kasus), Gunung Kidul (327 kasus), Kota Yogyakarta (411 kasus), Sleman (538 kasus) dan Bantul (555 kasus). Kasus DBD di DIY yang tinggi berhubungan dengan hasil pengukuran indikator upaya pengendalian penyakit DBD di masyarakat yaitu Angka Bebas Jentik (ABJ) yang belum mencapai 95%<sup>(8)</sup>.

Kabupaten Sleman menempati posisi ke dua jumlah kasus tertinggi setelah Kabupaten Bantul dengan nilai IR 23,46/100.000 penduduk. Jumlah kematian akibat DBD sebanyak 4 kasus atau CFR 0,7%. Adapun enam Kecamatan yang mempunyai jumlah kasus DBD tertinggi berturut-turut adalah Kecamatan Gamping, Kecamatan Godean, Kecamatan Kalasan, Kecamatan Mlati, Kecamatan Ngaglik dan Kecamatan Sleman<sup>(9)</sup>.

Upaya pencegahan terus dilakukan sebagai upaya untuk menurunkan penyebaran virus, mengurangi kejadian infeksi dan kematian akibat DBD. Saat ini, pencegahan melalui vaksinasi DBD yang efektif, aman dan terjangkau masih belum tersedia sehingga perlu adanya suatu strategi global dalam rangka pencegahan dan pengendalian DBD yaitu melalui gerakan pengendalian vektor terpadu kepada komunitas masyarakat<sup>(10)</sup>. Di Indonesia, telah lama dikenal kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang bertujuan memberantas perkembangbiakan nyamuk secara periodik melalui kegiatan 3M plus, tetapi program-program tersebut pada kenyataannya belum banyak diketahui dan dilaksanakan oleh masyarakat<sup>(11)</sup>. Pemberian pengetahuan serta penanaman kesadaran tentang demam berdarah dinilai sangat penting untuk mencapai keberhasilan dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit<sup>(12)</sup>, dalam hal ini yaitu program PSN 3M plus.

Penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara memberikan informasi dan menanamkan keyakinan sehingga selain mengerti, masyarakat juga bersedia dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan pencegahan dan pengendalian DBD<sup>(13)</sup>. Hasil penelitian yang dilakukan Kusumawardani (2012) menunjukkan terdapat pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam pencegahan DBD pada anak<sup>(14)</sup>. Penelitian lain yang dilakukan oleh Erni (2013) mengenai perilaku pemberantasan sarang nyamuk di masyarakat, menunjukkan adanya hubungan yang signifikan  $p = 0,010$  ( $p < 0,05$ ) antara ketersediaan informasi dengan perilaku pemberantasan sarang nyamuk<sup>(15)</sup>. Berdasarkan data di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Pengaruh Pemberian Intervensi Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (BDD) terhadap

Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Kontinuitas Masyarakat di Kecamatan Godean dan Mlati, Kabupaten Sleman.

### **1.2. Rumusan Masalah**

1. Berapa nilai *Angka Bebas Jentik* (ABJ), *House Index* (HI), *Container Index* (CI) dan *Breteau Index* (BI) di kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ?
2. Bagaimana hubungan antara sosiodemografi dengan tingkat pengetahuan masyarakat dalam pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ?
3. Bagaimana hubungan antara intervensi pencegahan DBD dengan tingkat pengetahuan, sikap, tindakan, dan kontinuitas masyarakat di kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

1. Mengetahui nilai *Angka Bebas Jentik* (ABJ), *House Index* (HI), dan *Container Index* (CI) dan *Breteau Index* (BI) di kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.
2. Mengetahui hubungan antara sosiodemografi dengan tingkat pengetahuan masyarakat dalam pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.
3. Mengetahui hubungan intervensi pencegahan DBD dengan tingkat pengetahuan, sikap, tindakan, dan kontinuitas masyarakat di kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan wawasan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) serta untuk berlatih menerapkan peran farmasis di bidang farmasi komunitas dan promosi kesehatan.

2. Bagi Masyarakat

Diharapkan dari hasil penelitian ini, masyarakat lebih peduli dalam pencegahan DBD di Kabupaten Sleman.

3. Bagi Dinas Kesehatan (Pemerintah)

Diharapkan dapat menjadi masukan yang digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam penentuan kebijakan sehubungan dengan pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Kabupaten Sleman.



## BAB II STUDI PUSTAKA

### 2.1. Tinjauan Pustaka

#### 2.1.1. Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

##### 2.1.1.1. Definisi

Demam berdarah *dengue* (DBD) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus *dengue* yang disebarkan oleh nyamuk *Aedes* dan dapat menyerang segala usia dengan manifestasi yang bervariasi dari yang paling ringan yaitu demam *dengue*, demam berdarah hingga manifestasi yang berat yaitu demam berdarah disertai dengan syok atau *dengue shock syndrome*<sup>(13,16)</sup>.

##### 2.1.1.2. Epidemiologi

Demam berdarah *dengue* banyak ditemukan di wilayah Pasifik barat, Karibia dan Asia Tenggara<sup>(17)</sup>. 1.3 miliar orang yang tinggal di sepuluh negara endemik di *South-East Asia* berisiko terjangkit *dengue* dan demam berdarah menjadi penyebab utama rawat inap dan kematian pada anak-anak pada wilayah tersebut<sup>(18)</sup>. Epidemi demam berdarah *dengue* menjadi masalah kesehatan utama di wilayah Asia Tenggara seperti Indonesia, Myanmar, Thailand serta Timor Leste yang berada di zona hujan tropis dan katulistiwa dimana nyamuk *Aedes aegypti* tersebar luas di daerah perkotaan dan pedesaan<sup>(19,20)</sup>.

Penyakit DBD di Indonesia pertama kali ditemukan di Kota Surabaya pada tahun 1968 di mana jumlah penderita yang terinfeksi sebanyak 58 orang dan 24 orang di antaranya meninggal dunia<sup>(21)</sup>. Sejak tahun 1968, perkembangan DBD terus meluas hingga tersebar ke 32 provinsi dan 382 kabupaten/kota dengan jumlah kasus sebanyak 158.912 kasus pada tahun 2009<sup>(11)</sup>. DBD dapat diderita oleh semua golongan umur, walaupun saat ini DBD lebih banyak terjadi pada anak-anak, tetapi terlihat kecenderungan kenaikan proporsi pada kelompok dewasa dalam sepuluh tahun terakhir. Tercatat selama ini, penderita tertinggi adalah pada kelompok umur <15 tahun (95%) dan mengalami pergeseran dengan adanya peningkatan proporsi penderita pada kelompok umur 15-44 tahun<sup>(16)</sup>.

#### 2.1.1.3. Etiologi

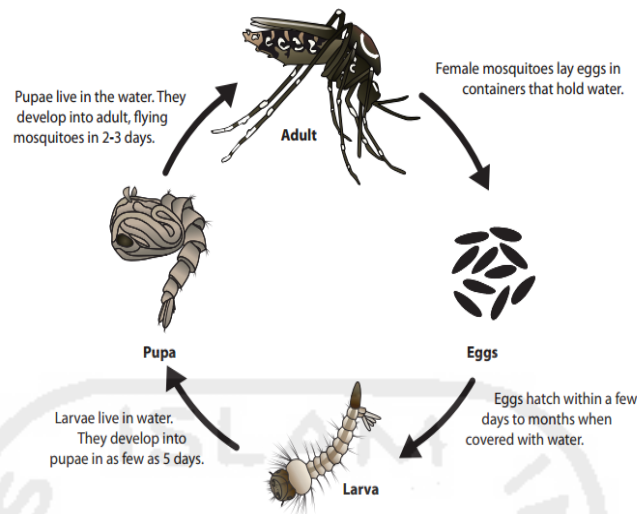
Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang penyebarannya diperantarai oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Virus dengue termasuk dalam kelompok *B Arthropod Borne Virus (Arboviroses)*, genus *Flavivirus* dan keluarga *Flaviviridae*. Diketahui terdapat 4 jenis serotipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4 yang semuanya dapat menyebabkan demam dengue atau demam berdarah dengue. *Dengue* tipe 3 merupakan serotipe terbanyak di Indonesia dan dominan menimbulkan manifestasi klinis berat<sup>(22)</sup>.

#### 2.1.1.4. Vektor

Vektor dari virus dengue yaitu nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Kedua spesies nyamuk tersebut termasuk ke dalam genus *Aedes* dari keluarga *Culicidae*. Nyamuk *Aedes aegypti* dewasa berukuran lebih kecil jika dibandingkan dengan rata-rata nyamuk lain. Ciri khas nyamuk ini yaitu memiliki tubuh hitam dengan bercak hitam putih khas pada bagian *thorax*. Pada *Aedes Aegypti*, tubuh berwarna hitam dengan dua strip berwarna putih sejajar, sedangkan pada nyamuk *Aedes albopictus* hanya berisi satu garis putih tebal<sup>(16)</sup>. Nyamuk *Aedes Aegypti* betina biasanya menggigit manusia pada pagi dan sore hari. Tempat hinggap yang disenangi adalah benda-benda yang tergantung dan terletak di area gelap dan lembab<sup>(23)</sup>.

#### 2.1.1.5. Morfologi dan Siklus Hidup Nyamuk

*Aedes aegypti* disebut serangga *holometabolous* atau serangga yang siklus hidupnya melalui metamorfosis lengkap mulai dari telur, larva, pupa, dan tahap dewasa. Telur akan menetas menjadi larva dalam waktu 1-2 hari. Pada kondisi optimum, larva berkembang menjadi pupa dalam waktu 4-9 hari, kemudian pupa berkembang menjadi nyamuk dewasa dalam waktu 2-3 hari. Jadi, pertumbuhan dan perkembangan *Aedes aegypti* dari telur menjadi nyamuk dewasa memerlukan waktu kurang lebih 7-14 hari<sup>(23)</sup>. Nyamuk dewasa biasa meletakkan telur dan berkembangbiak pada tempat yang menampung air bersih atau air hujan. Jentik nyamuk akan terlihat berenang naik turun di tempat-tempat penampungan air tersebut<sup>(24)</sup>.



**Gambar 2.1.** Siklus Hidup Nyamuk *Aedes aegypti*<sup>(11)</sup>

a. Telur

Seekor nyamuk *Aedes* betina dapat menghasilkan rata-rata 100 butir telur dalam satu kali bertelur. Telur berukuran kecil dengan bentuk elips berwarna hitam dan terpisah satu dengan yang lain. Telur *Aedes aegypti* tahan terhadap kondisi kekeringan, bahkan bisa bertahan hingga satu bulan dalam keadaan kering dan pada suhu  $-2^{\circ}\text{C}$  sampai  $420^{\circ}\text{C}$  telur dapat bertahan berbulan-bulan<sup>(25)</sup>. Telur-telur tersebut kemudian akan menetas menjadi jentik setelah sekitar 1-2 hari terendam air<sup>(26,27)</sup>.

b. Larva

Larva nyamuk *Aedes aegypti* memiliki *siphon* yang pendek, besar dan berwarna hitam. Perkembangan larva terbagi dalam empat tahapan yang disebut instar, meliputi instar 1, instar 2, instar 3, dan instar 4. Telur yang menetas akan tumbuh menjadi larva yang disebut larva instar 1, dalam waktu 2 hari setelah itu larva akan mengalami pergantian kulit atau ecdysis yang menandai pergantian instar. Perkembangan dari instar 1 ke instar 4 membutuhkan waktu sekitar lima hari. Setelah mencapai instar 4, larva berubah menjadi pupa<sup>(27)</sup>.

c. Pupa

Pupa atau kepompong berbentuk seperti koma dan merupakan masa dorman dalam daur hidup nyamuk. Periode pupa berlangsung antara 1-2 hari hingga akhirnya nyamuk dewasa keluar dari pupa<sup>(27,28)</sup>.

#### d. Nyamuk dewasa

Nyamuk *Aedes aegypti* betina dewasa memiliki tubuh berwarna hitam kecoklatan. Tubuh dan tungkainya ditutupi sisik dengan garis-garis putih. Di bagian punggung tubuhnya tampak dua garis melengkung vertikal di bagian kiri dan kanan. Ukuran tubuh nyamuk sering berbeda antar populasi bergantung kondisi lingkungan dan nutrisi selama perkembangan, tetapi secara umum antara 3-4 cm<sup>(27)</sup>. Nyamuk betina menghisap darah untuk mematangkan telur agar dapat dibuahi sperma. Umur nyamuk betina di alam bebas kira-kira 10 hari<sup>(28)</sup>.

#### 2.1.1.6. Siklus Penularan DBD

Seseorang yang di dalam darahnya memiliki virus *dengue* merupakan sumber penular DBD. Virus *dengue* berada dalam darah selama 4-7 hari mulai 1-2 hari sebelum demam. Virus *dengue* akan masuk ke dalam tubuh nyamuk pada saat menggigit manusia yang sedang mengalami viremia. Virus *dengue* selanjutnya ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes* yang infeksius.



**Gambar 2.2.** Siklus Penularan DDB<sup>(11)</sup>

#### 2.1.1.7. Patofisiologi

Virus dengue ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus* yang terinfeksi dan masuk ke dalam tubuh manusia melalui air liur yang dikeluarkan saat menggigit<sup>(29)</sup>. Virus akan menyerang sel *kupffer* hepar, endotel pembuluh darah, *nodus limfaticus*, susmsum tulang dan paru-paru. Perubahan patofisiologi yang terjadi yaitu peningkatan permeabilitas vaskular dan gangguan pada hemostasis. Peningkatan permeabilitas vaskular akan menyebabkan kebocoran plasma dari kompartemen vaskular ke dalam ruang ekstrasvaskuler. Keadaan ini menimbulkan hemokonsentrasi dan penurunan



tekanan darah nadi akibat penurunan volume darah lebih dari 20%. Sedangkan gangguan hemostasis yang terjadi meliputi 3 hal, yaitu perubahan vaskular, trombositopenia dan koagulopati<sup>(30,31)</sup>. Kondisi trombositopenia atau penurunan trombosit dapat meningkatkan resiko pendarahan pada pasien.

Mekanisme yang dapat menunjang terjadinya DBD adalah peningkatan replikasi virus dalam makrofag oleh antibodi heterotipik. Hal yang terjadi pada saat terjadi infeksi primer *dengue* yaitu antibodi yang memiliki aktifitas netralisasi akan bekerja melisis sel yang terinfeksi virus melalui aktifitas netralisasi, sedangkan pada infeksi sekunder dengan virus dari serotipe yang berbeda dari penyebab infeksi primer, antibodi reaktif-silang yang gagal untuk menetralkan virus dapat meningkatkan jumlah monosit terinfeksi saat kompleks antibodi-virus masuk ke dalam sel. Hal tersebut selanjutnya dapat mengakibatkan aktivasi reaktif-silang CD4+ dan CD8+ limfosit sitotoksik. CD4+ dan CD8+ melawan infeksi dengan cara mengeluarkan sitokin akibat dari aktivitas sel T dan mengakibatkan rembesan plasma dan perdarahan yang terjadi pada DBD<sup>(31)</sup>.

#### 2.1.1.8. Manifestasi Klinis

Penyakit akan muncul setelah masa inkubasi yang berlangsung 4-6 hari, ditandai dengan gambaran klinis yang terbagi menjadi 3 fase, sebagai berikut :

##### a. Fase febris

Pasien mengalami demam tinggi secara tiba-tiba dan berlangsung selama 2-7 hari. Demam disertai dengan kemerahan pada wajah, eritema kulit, badan yang terasa nyeri, mialgia, artralgia dan sakit kepala. Selain itu, anoreksia, mual dan muntah juga sering terjadi. Pada fase ini, sulit untuk dibedakan penyebab terjadinya demam yaitu dapat disebabkan infeksi dengue atau demam non-dengue. Tes tourniquet yang menunjukkan hasil positif dalam fase ini dapat memperkuat kemungkinan pasien mengalami DBD. Kondisi lain yang mungkin terjadi yaitu perdarahan ringan seperti petekie dan perdarahan membran mukosa misalnya pada gusi<sup>(5)</sup>.

##### b. Fase kritis

Fase kritis berlangsung pada hari ke 3 sampai hari ke 7, di mana terjadi penurunan suhu tubuh menjadi 37,5°C – 38°C disertai kenaikan permeabilitas

kapiler, peningkatan hematokrit dan timbulnya kebocoran plasma (*plasma leakage*) dalam 24-48 jam. Kebocoran plasma ditandai dengan hemokonsentrasi, hipoproteinemia, efusi pluera dan ascites dan sering didahului oleh terjadinya leukopeni progresif serta penurunan jumlah trombosit. *Dengue Shock Sindrom* dapat terjadi, jika tekanan nadi menyempit yang disertai pecah pembuluh darah perifer<sup>(5)</sup>.

c. Fase pemulihan

Pasien yang dapat bertahan pada fase kritis antara 24-48 jam, secara bertahap cairan kompartemen ekstravaskular akan direabsorpsi menuju ruang vaskuler pada 48-72 jam berikutnya. Hal ini menyebabkan kondisi umum pasien membaik, nafsu makan kembali seperti semula, dan gejala mulai mereda. Jumlah sel darah putih kembali meningkat seiring dengan penurunan suhu badan, namun peningkatan nilai trombosit membutuhkan waktu yang lebih lama<sup>(5)</sup>.

2.1.1.9. Diagnosis

WHO (2011), menyebutkan bahwa diagnosis demam berdarah ditegakkan berdasarkan kriteria klinis dan laboratorium<sup>(32)</sup>.

a. Kriteria klinis

1. Demam tinggi yang mendadak, tanpa sebab jelas, dan berlangsung terus menerus selama 2 – 7 hari.
2. Terjadi perdarahan ditandai dengan uji tourniquet yang positif, petekie, ekomososis, epitaksis, dan perdarahan gusi.
3. Pembesaran hati
4. Syok, ditandai penurunan tekanan nadi, hipotensi, kaki dan tangan dingin, kulit lembab dan pasien tampak gelisah.

b. Kriteria laboratorium

1. Trombositopenia ( $100.000 \text{ sel/ mm}^3$  atau kurang).

Trombosit merupakan elemen terkecil dalam pembuluh darah yang terbentuk dalam sumsum tulang. Jumlah trombosit darah normal dalam populasi umum yaitu  $150.000 - 450.000 \text{ sel/ mm}^3$ . Penurunan trombosit berkaitan dengan perdarahan spontan dalam jangka waktu yang lama,

peningkatan waktu perdarahan petekia/ekimosis yang merupakan salah satu gejala DBD.

## 2. Hemokonsentrasi peningkatan hematokrit 20% atau lebih.

Hematokrit menunjukkan persentase sel darah merah terhadap volume darah total. Nilai hematokrit normal pada pria yaitu 40-50% sedangkan pada wanita yaitu 35-45%.

Diagnosis ditegakkan bila terdapat 2 atau lebih gejala klinis disertai trombositopenia dengan atau tanpa hemokonsentrasi<sup>(32)</sup>.

### 2.1.1.10. Tatalaksana Terapi Demam Berdarah Dengue (DBD)

Terapi yang diberikan pada pasien DBD bersifat suportif dan simptomatis. Penatalaksanaan ditujukan untuk mengganti kehilangan cairan yang terjadi akibat kebocoran plasma dan memberikan terapi substitusi komponen darah apabila diperlukan. Terapi cairan yang dapat diberikan seperti kristaloid (ringer laktat, ringer asetat, cairan salin) dan koloid. Hal terpenting yang perlu dilakukan dalam pemberian terapi cairan adalah pemantauan baik secara klinis maupun laboratoris. Proses kebocoran plasma dan terjadinya trombositopenia pada umumnya terjadi antara hari ke 4 hingga 6 sejak demam berlangsung. Pada hari ke-7 proses kebocoran plasma akan berkurang dan cairan akan kembali dari ruang interstitial ke intravaskular. Terapi cairan pada kondisi tersebut secara bertahap dikurangi<sup>(33)</sup>.

Terapi non farmakologis yang diberikan meliputi tirah baring (pada trombositopenia yang berat) dan pemberian makanan dengan kandungan gizi yang cukup, lunak dan tidak mengandung zat atau bumbu yang mengiritasi saluran cerna. Terapi simptomatis yang dapat diberikan yaitu antipiretik berupa parasetamol, serta obat simptomatis untuk mengatasi keluhan dispepsia. Pemberian aspirin ataupun obat antiinflamasi nonsteroid sebaiknya dihindari karena berisiko terjadinya perdarahan pada saluran cerna bagian atas (lambung/duodenum)<sup>(33)</sup>.

### 2.1.2. Pencegahan Demam Berdarah *Dengue*

Pencegahan DBD merupakan hal yang penting untuk mengurangi persebaran virus dengue dan menurunkan angka kejadian DBD di masyarakat. Vaksin dengue pertama yaitu CYD-TDV atau Dengvaxia® yang dikembangkan

oleh perusahaan farmasi Perancis, telah terdaftar di beberapa negara seperti Meksiko, Filipina, dan Brazil<sup>(34)</sup>. Vaksin *dengue* di Indonesia masih dalam proses registrasi di Badan POM, sehingga pencegahan melalui vaksinasi DBD yang efektif, aman dan terjangkau masih belum bisa diperoleh. Oleh karena itu, perlu adanya suatu strategi global dalam rangka pencegahan dan pengendalian DBD yaitu melalui gerakan pengendalian vektor terpadu kepada komunitas masyarakat<sup>(10)</sup>.

Upaya pengendalian DBD yang telah dilakukan sebelumnya, banyak menggunakan cara penyemprotan insektisida untuk nyamuk dewasa dengan biaya yang mahal. Pengurangan DBD juga dilakukan dengan kampanye kebersihan lingkungan dan penggunaan larvasida untuk membasmi vektor pada tahap larva. Namun, keberhasilan metode ini masih terbatas akibat tingkat kepatuhan masyarakat yang beragam. Untuk mencapai keberhasilan dari program pengendalian vektor DBD, diperlukan keterlibatan oleh sektor non-kesehatan seperti lembaga swadaya masyarakat, organisasi sipil, dan kelompok masyarakat untuk memastikan keterlibatan seluruh masyarakat dalam pelaksanaan<sup>(32)</sup>.

WHO (2011), menjabarkan beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mencegah DBD, yaitu :

a. Manajemen berbasis lingkungan

Manajemen lingkungan mencakup semua perubahan yang dapat mencegah atau meminimalkan perkembangbiakan vektor sehingga kontak manusia-vektor berkurang. Upaya pencegahan DBD berbasis lingkungan dilakukan melalui gerakan 3M Plus, yaitu menguras tempat penampungan, menutup rapat tempat penampungan air dan mengubur/ mendaur ulang barang-barang bekas. Cara lainnya (Plus) yaitu mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat-tempat lainnya sejenis seminggu sekali, memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar atau rusak, memasang kawat kasa, menghindari kebiasaan menggantung pakaian. Cara tersebut dapat diterapkan pada semua jenis kontainer penampungan air yang berada di lingkungan rumah.

b. Manajemen berbasis biologi

Pengendalian ini dilakukan untuk membasmi vektor pada tahap larva, sehingga siklus hidup nyamuk dapat diputus. Kontrol biologis dapat dilakukan dengan menggunakan ikan pemakan larva nyamuk seperti ikan cupang dan ikan nila merah<sup>(32)</sup>. Cara biologi hanya dapat diterapkan pada kontainer jenis tertentu, seperti bak mandi.

c. Manajemen berbasis kimiawi

Pengendalian secara kimiawi merupakan cara pengendalian serta pembasmian nyamuk dan jentik menggunakan bahan-bahan kimia. Cara pengendalian kimiawi yang dapat dilakukan antara lain dengan pengasapan atau *fogging* pada wilayah yang terjangkit demam berdarah (sepanjang radius 100 meter) dengan maksud untuk membunuh nyamuk dewasa. Zat kimia yang biasa digunakan untuk *fogging* yaitu malathion atau turunan piretrin. *Fogging* dilakukan apabila ada laporan kejadian DBD di suatu wilayah, sehingga tidak murni dilakukan untuk mencegah timbulnya penyakit dari awal, namun lebih dimaksudkan untuk mencegah penyebaran atau wabah penyakit.

Cara lain yang dilakukan, yaitu pemberian bubuk abate setiap 3 bulan sekali pada tempat-tempat penampungan air untuk membunuh larva nyamuk<sup>(32)</sup>. Pemakaian abate bertujuan untuk mencegah perkembangan jentik menjadi nyamuk dewasa. Bahan kimia ini mempunyai kemampuan untuk membunuh larva selama 3 bulan dan tidak berbahaya. Abate (*temephos*) mempunyai beberapa kelebihan antara lain tidak berbahaya bagi manusia, burung, ikan dan binatang peliharaan lainnya, telah mendapatkan persetujuan dari WHO untuk digunakan pada air minum, dan abate juga tidak menyebabkan perubahan rasa, warna dan bau pada air yang diberi perlakuan. Dosis yang direkomendasikan yaitu 1 gram dalam 10 liter air. Abate cocok digunakan untuk kontainer berisi air yang jarang digunakan sehingga air cenderung tenang, seperti vas bunga dan tandon kulkas. Hal tersebut dikarenakan bubuk abate (*temephos*) yang ditaburkan ke dalam kontainer air akan membuat lapisan pada dinding kontainer tersebut dan akan bertahan

kurang lebih 3 bulan tanpa disikat. Pada keadaan wabah yang memerlukan pemberantasan secara cepat, maka larvasida ini tidak bisa diharapkan sebagai pembunuh efektif untuk bisa meurunkan kepadatan populasi secara cepat.

### **2.1.3. Edukasi Pencegahan Demam Berdarah *Dengue***

Menurut Smeltzer & Bare (2008) yang dikutip oleh Setya (2016), edukasi kesehatan didefinisikan sebagai proses interaksi yang mendorong rangkaian proses pembelajaran untuk menambah pengetahuan baru, sikap dan ketrampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu. Edukasi merupakan suatu proses yang membutuhkan teori dan alat bantu sehingga pasien lebih mudah memahami apa yang disampaikan<sup>(35)</sup>.

#### **2.1.3.1. Penyuluhan**

Penyuluhan kesehatan diartikan sebagai kegiatan edukasi kesehatan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan dan menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan dapat melakukan anjuran yang berhubungan dengan kesehatan<sup>(36)</sup>. Penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang dalam proses penyuluhan, dilakukan melalui teknik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu atau kelompok<sup>(37)</sup>. Penyuluhan kesehatan diselenggarakan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan<sup>(38)</sup>.

Penyuluhan kesehatan di masyarakat seringkali menggunakan ceramah, yaitu penyampaian informasi dan pengetahuan dilakukan dengan penyampaian lisan kepada sekelompok masyarakat yang pada umumnya mengikuti secara pasif. Metode ceramah dianggap sebagai salah satu metode yang paling ekonomis untuk menyampaikan informasi dan paling efektif dalam mengatasi kelangkaan sumber informasi dari masyarakat. Kelebihan dari metode ceramah adalah narasumber dapat menjelaskan banyak informasi kepada peserta yang berjumlah besar<sup>(39)</sup>. Sasaran dari penyuluhan yaitu sasaran primer, ialah individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat<sup>(40)</sup>.

Materi penyuluhan DBD yang diberikan yaitu tentang pengertian, gejala, cara pencegahan dan penanggulangan DBD, termasuk mengenai Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) serta informasi rujukan bagi penderita DBD. Melalui penyuluhan DBD, dilakukan pemberdayaan dan penggerakkan masyarakat untuk melakukan PHBS, melakukan pemeriksaan jentik nyamuk secara berkala, melaksanakan gerakan PSN minimal satu kali dalam seminggu, dan melakukan mobilisasi massa untuk bersama-sama mencegah dan menggulangi DBD<sup>(40)</sup>.

#### 2.1.3.2. *Leaflet*

*Leaflet* adalah lembaran yang dilipat yang berfungsi untuk menyampaikan informasi atau pesan-pesan kesehatan. Isi informasi dalam *leaflet* dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi. Umumnya *leaflet* diberikan selesai ceramah kepada sasaran dengan maksud memperkuat pesan yang diberikan<sup>(41)</sup>.

### **2.1.4. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pencegahan Demam Berdarah *Dengue***

#### 2.1.4.1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah keseluruhan pemikiran, gagasan, ide, konsep dan pemahaman yang dimiliki manusia tentang dunia dan isinya, di mana proses ini terjadi melalui sensoris mata dan telinga terhadap objek tertentu<sup>(42)</sup>. Pengetahuan menjadi unsur yang penting untuk membentuk perilaku. Pengetahuan masyarakat meliputi pengetahuan tentang penyebab demam berdarah, vektor demam berdarah, cara penularan demam berdarah, sasaran demam berdarah, tanda dan gejala demam berdarah, dan cara pencegahan demam berdarah.

Pengetahuan mencakup 6 tingkatan yaitu<sup>(43)</sup> :

- a. Tahu, yaitu dapat mengingat sesuatu yang telah dipelajari, dan dibuktikan dengan kemampuan untuk menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, serta menyatakan.
- b. Memahami, yaitu mampu untuk menjelaskan dan menginterpretasikan dengan benar tentang objek yang diketahui.
- c. Penerapan, yaitu kemampuan untuk menerapkan hal yang dipelajari pada suatu kondisi yang terjadi.

- d. Analisis, yaitu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen maupun pengelompokan.
- e. Sintesis, yaitu kemampuan untuk menyusun teori baru berdasarkan pengetahuan yang ada.
- f. Evaluasi, yaitu kemampuan untuk menilai suatu hal.

#### 2.1.4.2. Sikap

Sikap adalah pola kebiasaan yang berhubungan dengan cara merasakan berpikir, bertingkah laku dalam suatu situasi<sup>(44)</sup>. Sikap dapat terbentuk dari proses interaksi sosial yang dialami individu dan dapat berubah ketika individu tersebut memperoleh tambahan informasi tentang suatu hal. Menurut Allport (1954) yang dikutip oleh Maulana (2009), komponen pokok sikap meliputi tiga hal yaitu kepercayaan, ide dan konsep terhadap suatu objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, serta kecenderungan dalam bertindak<sup>(36)</sup>. Tingkatan sikap adalah menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab<sup>(43)</sup>. Sikap positif terhadap penyakit dapat dipupuk melalui penambahan pengetahuan mengenai penyebab, usaha pencegahan dan pengobatan penyakit. Sikap yang kurang baik terhadap kejadian DBD merupakan faktor resiko penyebab terjadinya DBD.

#### 2.1.4.3. Tindakan

Tindakan merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang telah tampak dan merupakan perwujudan dari suatu sikap. Tindakan masyarakat dalam bidang kesehatan tercermin dalam bentuk partisipasi, yaitu keikutsertaan seluruh masyarakat untuk memecahkan permasalahan kesehatan yang ada dalam masyarakat. Tindakan terbagi ke dalam 4 tingkatan, meliputi<sup>(43)</sup>:

- a. Persepsi, yaitu mengenal dan memilih berbagai hal sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan
- b. Respon, yaitu melakukan sesuatu sesuai urutan yang benar
- c. Mekanisme, yaitu melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis karena sudah menjadi kebiasaan
- d. Adaptasi, yaitu tindakan yang sudah berkembang tanpa mengurangi kebenaran



#### 2.1.4.4. Kontinuitas

Kontinuitas yaitu suatu tindakan dilakukan berkesinambungan, tetap berlangsung, dan dilakukan terus menerus secara berkelanjutan<sup>(45)</sup>.

#### 2.1.5. Indikator Keberhasilan Pencegahan Demam Berdarah *Dengue*

Tingkat keberhasilan pencegahan demam berdarah dengue dapat diketahui melalui kegiatan pemantauan jentik berkala (PJB), yaitu kegiatan pemantauan pemukiman atau tempat umum di desa/kelurahan endemis dan sporadis pada tempat-tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes* di 100 rumah atau bangunan yang dipilih secara acak. Pemantauan dilakukan oleh juru pemantau jentik (jumantik) yang terlatih. Hasil akan dilaporkan berupa Angka Bebas Jentik (ABJ) yang merupakan salah satu indikator keberhasilan pencegahan demam berdarah. ABJ yang diharapkan secara nasional adalah lebih dari atau sama dengan 95%<sup>(28)</sup>. Indikator keberhasilan pencegahan DBD yang lain adalah *Container Index* (CI), *House Index* (HI) dan *Breteau Index* (BI). Indikator tersebut menggambarkan penyebaran, kepadatan, serta habitat vektor dan resiko penularan DBD. Pengukuran indikator keberhasilan pencegahan demam berdarah dengue yaitu<sup>(46)</sup> :

a. Angka Bebas Jentik (ABJ)

$$ABJ = \frac{\text{jumlah rumah yang tidak terdapat jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100 \%$$

b. *House Index* (HI)

$$HI = \frac{\text{jumlah rumah yang terdapat jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100 \%$$

c. *Container Index* (CI)

$$CI = \frac{\text{jumlah kontainer positif jentik}}{\text{jumlah kontainer yang diperiksa}} \times 100 \%$$

d. *Breteau Index* (BI)

$$BI = \frac{\text{jumlah kontainer positif jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100 \%$$

Suatu wilayah dikatakan resiko tinggi untuk penularan DBD jika  $CI \geq 5\%$  dan  $HI \geq 10\%$ . *Breteau index* (BI) merupakan indikator untuk memprediksi KLB, jika  $BI \geq 50\%$  maka wilayah tersebut berpotensi untuk mengalami KLB<sup>(47)</sup>.

## 2.2. Peran Farmasis Dalam Pencegahan DBD

Mengacu dari *Developing Pharmacy Practice* yang diterbitkan WHO tahun 2006, Direktorat Bina Farmasi Departemen Kesehatan RI menyatakan bahwa salah satu aktivitas farmasis yaitu promosi kesehatan dan penanggulangan penyakit<sup>(48)</sup>. Farmasis dapat berperan dalam pencegahan dan pengendalian penyakit berbasis bukti, melalui analisa hasil penelitian farmakoepidemiologi dan farmakoekonomi<sup>(49)</sup>. Hingga saat ini DBD masih menjadi salah satu penyakit menular yang banyak berkembang di Indonesia, sehingga farmasis berperan untuk memberikan informasi mengenai pencegahan dan penanggulangan DBD melalui penyuluhan kesehatan kepada masyarakat.

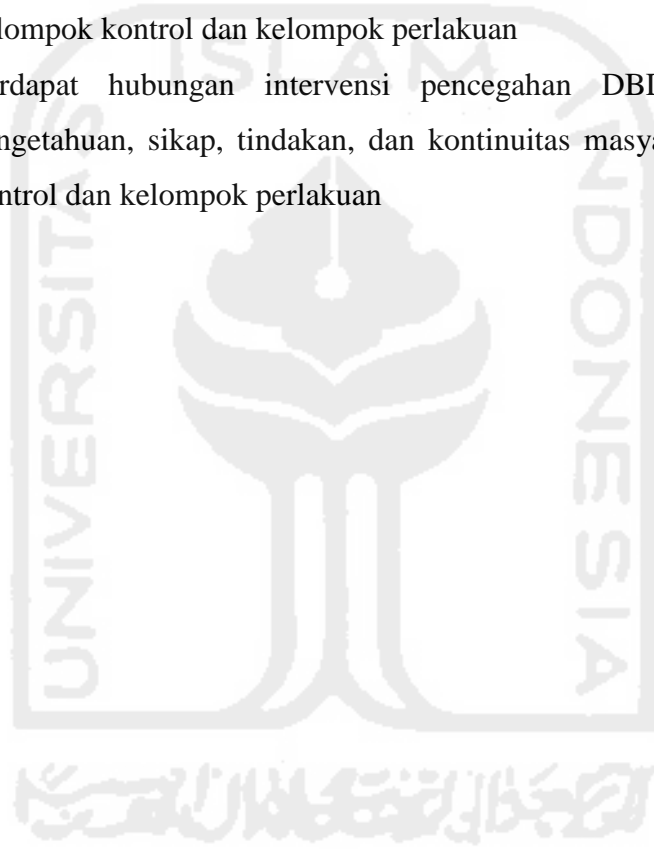
## 2.3. Landasan Teori

Keberhasilan pencegahan DBD dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain tingkat pengetahuan, sikap, tindakan, dan kontinuitas yang berkaitan dengan faktor sosiodemografi. Penelitian yang dilakukan Fakhri Aulia (2015) di Kecamatan Godean menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pekerjaan dengan tindakan pencegahan DBD ( $p=0,005$ )<sup>(50)</sup>, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh M. Yudi R (2015) di Kecamatan Gamping mendapatkan hasil bahwa tindakan berhubungan dengan umur ( $p= 0,008$ )<sup>(51)</sup>. Zubaidah (2012) mengemukakan bahwa pemberian informasi, efektif dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan<sup>(52)</sup>. Salah satu penyebaran informasi dilakukan melalui penyuluhan, yaitu upaya mengubah perilaku manusia yang dilakukan melalui pendekatan edukatif dengan memperhitungkan faktor sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat setempat<sup>(36)</sup>. Penyuluhan kesehatan bertujuan untuk mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat agar lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat<sup>(37)</sup>. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Kusumawardhani (2010) mengenai keberhasilan penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan dan perubahan perilaku masyarakat di Surakarta terkait DBD, diketahui bahwa terdapat perbedaan pengetahuan dan perilaku antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan yang mendapatkan penyuluhan<sup>(14)</sup>. Rizqi M (2013), melalui penelitian mengenai pengaruh intervensi yang dilakukan di Kecamatan Purwodadi Kabupaten Grobogan, menunjukkan

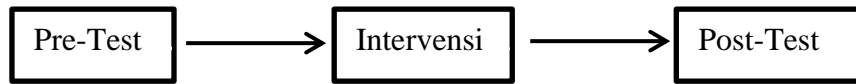
bahwa terjadi peningkatan ABJ setelah dilakukan intervensi berupa penggerakan jumantik yang bertugas melakukan pengamatan jentik dan memberikan penyuluhan mengenai Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)<sup>(53)</sup>.

#### 2.4. Hipotesis

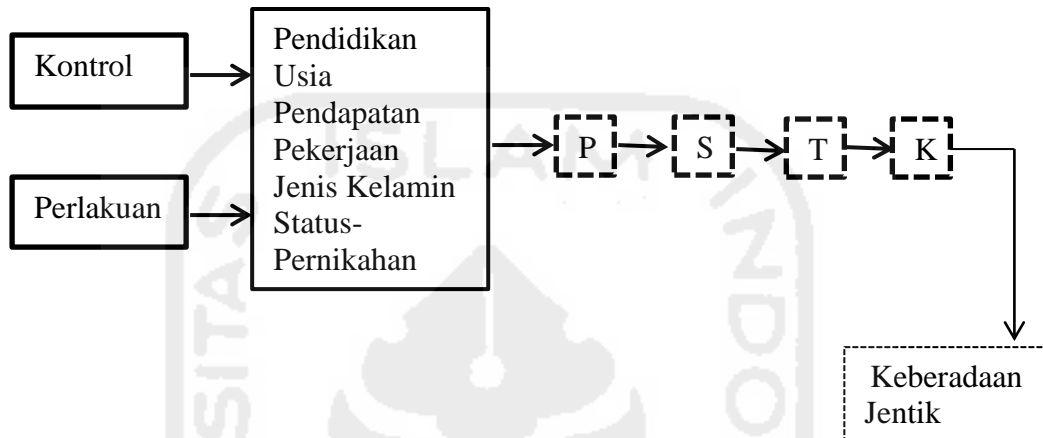
1. Terdapat hubungan antara sosiodemografi dengan tingkat pengetahuan masyarakat dalam pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di kelompok kontrol dan kelompok perlakuan
2. Terdapat hubungan intervensi pencegahan DBD dengan tingkat pengetahuan, sikap, tindakan, dan kontinuitas masyarakat di kelompok kontrol dan kelompok perlakuan



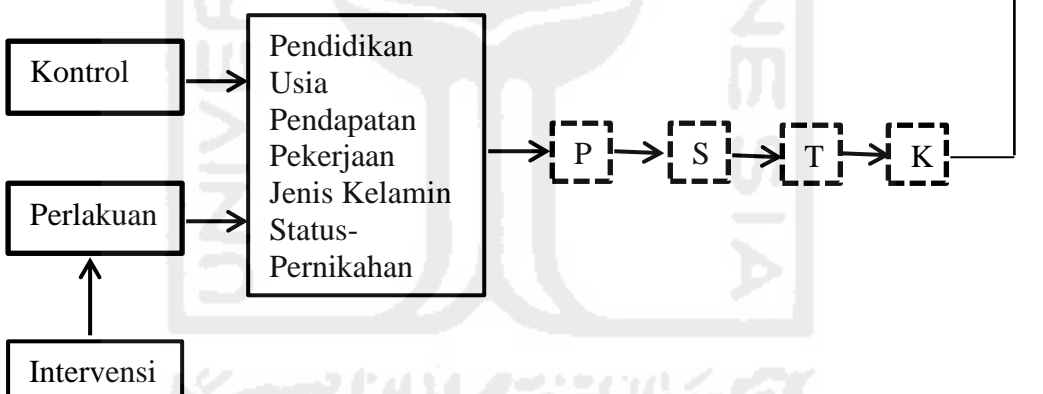
**2.5. Kerangka Konsep**



*Pre-test :*



*Post-test :*



Keterangan :

P = Pengetahuan

S = Sikap

T = Tindakan

K = Kontinuitas

Variabel bebas

Variabel antara

Variabel terikat

**Gambar 2.3.** Kerangka Konsep

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat eksperimental dengan rancangan kuasi eksperimental *pre-test post-test with control group design*. Data pretest diambil dari penelitian tahun 2015 yang dilakukan pada kelompok kontrol dan perlakuan. Kelompok kontrol merupakan kelompok yang tidak mendapatkan intervensi, sedangkan kelompok perlakuan merupakan kelompok yang mendapatkan intervensi dari peneliti. Intervensi pencegahan DBD yang diberikan kepada kelompok perlakuan meliputi pemberdayaan *progammer* DBD di puskesmas, *Focus Group Discussion* (FGD) dan penggerakan jumantik untuk melaksanakan pemeriksaan jentik berkala sekali dalam seminggu (selama 1 bulan), serta penyuluhan dan pembagian *leaflet* kepada masyarakat mengenai pencegahan DBD melalui gerakan 3M Plus. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner dan formulir pemantauan jentik berkala.

#### **3.2. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan di Desa Sidoagung Kecamatan Godean Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta yang menjadi kelompok perlakuan serta Kelurahan Sinduadi dan Desa Sumberadi Kecamatan Mlati Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta yang menjadi kelompok kontrol. Penelitian dilaksanakan pada September - Oktober 2016.

#### **3.3. Populasi dan Sampel**

##### **3.3.1. Populasi**

Populasi dalam penelitian ini yaitu semua warga yang tinggal di Kecamatan Godean dan Kecamatan Mlati Kabupaten Sleman selama periode penelitian.

##### **3.3.2. Sampel**

Sampel merupakan warga dari Desa Sidoagung di Kecamatan Godean serta Kelurahan Sinduadi dan Desa Sumberadi di Kecamatan Mlati yang memenuhi kriteria inklusi.

### 3.3.2.1. Kriteria Inklusi

- a. Warga yang berusia >17 tahun
- b. Warga yang bisa membaca dan menulis
- c. Warga yang bersedia menjadi responden penelitian
- d. Warga yang telah mengikuti penyuluhan dan atau mendapatkan leaflet tentang pencegahan DBD

### 3.3.2.2. Kriteria Eksklusi

- a. Warga yang tidak mengisi kuesioner dengan lengkap
- b. Warga yang tidak bersedia diperiksa kontainer berisi air di rumahnya

### 3.3.3. Metode Sampling

Pengambilan sampel menggunakan teknik *cluster sampling* dan *insidental sampling*. *Cluster sampling* merupakan teknik yang digunakan untuk penentuan sampel berdasarkan area untuk dilakukan *sampling* yang sesuai dikarenakan area sumber data yang sangat luas. Dari wilayah yang telah diperoleh, pengambilan sampel dilakukan dengan metode *insidental sampling*, yaitu warga yang ditemui peneliti di tempat penelitian dan memenuhi kriteria yang telah ditentukan<sup>(54)</sup>.

### 3.4. Penentuan Jumlah Sampel

Penentuan jumlah sampel minimal menggunakan metode Slovin dengan toleransi kesalahan 10%. Perhitungan metode Slovin menggunakan rumus sebagai berikut<sup>(55)</sup> :

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

Keterangan:

$n$  : jumlah sampel

$N$  : jumlah populasi

$E$  : batas toleransi kesalahan (*error tolerance*)

Total jumlah penduduk di wilayah kontrol yaitu Kecamatan Mlati pada semester pertama 2016 adalah 89.666<sup>(56)</sup> populasi, maka :

$$n = \frac{89.666}{1 + 89.666 \times 0,10^2} = 99,89 \text{ dibulatkan menjadi } 100 \text{ orang}$$

Jumlah sampel minimal wilayah kontrol adalah 100 orang, ditambahkan 10 orang sebagai *buffer* sehingga jumlah sampel yang digunakan sebanyak 110 orang.

Total jumlah penduduk di wilayah perlakuan yaitu Kecamatan Godean pada semester pertama 2016 adalah 70.522<sup>(56)</sup> populasi, maka :

$$n = \frac{70.522}{1+70.522 \times 0,10^2} = 99,86 \text{ dibulatkan menjadi } 100 \text{ orang}$$

Jumlah sampel minimal wilayah perlakuan adalah 100 orang, ditambahkan 10 orang sebagai *buffer* sehingga jumlah sampel yang digunakan sebanyak 110 orang.

Sampel kelompok kontrol dan perlakuan diambil dari wilayah yang berbeda, sehingga untuk dilakukan *matching* menggunakan uji chi square dan spearman rho untuk menentukan homogenitas sampel.

### 3.5. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen untuk pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner untuk mengetahui data identitas responden, tingkat pengetahuan, sikap, serta perilaku responden dalam pencegahan DBD. Kuesioner diadopsi dari penelitian sejenis<sup>(57,58)</sup> dan sudah digunakan dalam penelitian yang dilakukan oleh Akhsan WT, M Yudi R, Fakhri AR, Ummi H, Zetna N, Evin T, Azuya P, dan Najwa H.

Instrumen lain yaitu formulir Pemantauan Jentik Berkala (F-PJB) yang berbentuk satu lembar kertas dengan keterangan (+) dan (-), kontainer yang diketahui terdapat jentik 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.

### 3.6. Definisi Operasional Variabel

- 3.6.1. Pengetahuan merupakan hasil pengamatan mengenai DBD, sehingga didapatkan suatu pemikiran, gagasan, ide, dan pemahaman terhadap DBD pada masyarakat Godean dan Mlati. Proses ini berperan penting dalam membentuk tindakan yang dilakukan oleh seseorang. Pengetahuan responden diukur dengan kuesioner yang terdiri dari 16 pertanyaan.
- 3.6.2. Sikap merupakan kesiapan seseorang yang merupakan masyarakat Kecamatan Godean dan Mlati 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.

- 3.6.3. Tindakan merupakan segala sesuatu yang dilakukan seseorang yang merupakan masyarakat Kecamatan Godean dan Mlati 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.
- 3.6.4. Kontinuitas berarti melakukan suatu kegiatan pencegahan penyebaran penyakit dan virus DBD yang dilakukan oleh masyarakat Kecamatan Godean dan Mlati secara teratur dan tidak berubah-ubah. Rutinitas responden diukur dengan kuesioner yang terdiri dari 16 pertanyaan dan terbagi menjadi dua kategori.
- 3.6.5. Kontainer yang diperiksa berupa tempat penampungan air atau benda-benda di sekitar rumah yang berisi air bersih atau air hujan. Pemeriksaan jentik dilakukan dengan cara visual, yaitu hanya melihat ada atau tidak adanya jentik didalam kontainer.
- 3.6.6. Pekerjaan merupakan suatu aktivitas yang dilakukan oleh responden untuk tujuan tertentu.
- 3.6.7. Pendapatan merupakan jumlah uang yang diterima responden dari aktivitas atau hasil kerjanya.
- 3.6.8. Pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar responden yang diperlukan untuk pengembangan diri.
- 3.6.9. Usia merupakan jangka waktu individu yang terhitung mulai saat dilahirkan hingga waktu umur tersebut dihitung.
- 3.6.10. Jenis kelamin merupakan sifat dan bentuk biologis yang dimiliki oleh setiap responden sejak lahir.
- 3.6.11. Status pernikahan merupakan status terhadap legalitas hubungan seksual responden.
- 3.6.12. Sumber Informasi merupakan segala sesuatu yang dapat digunakan oleh responden untuk mendapatkan informasi baru atau mengetahui hal-hal baru mengenai DBD



- 3.6.13. Intervensi merupakan suatu upaya atau tindakan berupa penyuluhan kesehatan dan pembagian *leaflet* berisi informasi mengenai pencegahan DBD kepada masyarakat Godean, yang dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan perilaku masyarakat dalam mencegah terjadinya DDB.
- 3.6.14. Angka Bebas Jentik yaitu rasio antara jumlah rumah di wilayah Godean atau Mlati yang tidak terdapat jentik dengan jumlah rumah/bangunan yang diperiksa di wilayah Godean atau Mlati dikali 100%.
- 3.6.15. *House Index* (HI) yaitu persentase rumah yang terjangkit larva/ jentik di wilayah penelitian yaitu Kecamatan Godean dan Kecamatan Mlati.
- 3.6.16. *Container index* (CI) yaitu persentase penampungan air yang terjangkit larva atau jentik di wilayah penelitian yaitu Kecamatan Godean dan Kecamatan Mlati.
- 3.6.17. *Breteau index* (BI) yaitu jumlah penampung air yang positif per 100 rumah yang diperiksa di wilayah penelitian yaitu Kecamatan Godean dan Kecamatan Mlati.
- 3.6.18. Nilai rata-rata (*mean score*) *pre-test* yaitu nilai yang didapatkan dari penjumlahan angka kategori pada masing-masing variabel (pengetahuan, sikap, tindakan, dan kontinuitas) pada saat *pre-test* dibagi jumlah responden
- 3.6.19. Nilai rata-rata (*mean score*) *post-test* yaitu nilai yang didapatkan dari penjumlahan angka kategori pada masing-masing variabel (pengetahuan, sikap, tindakan, dan kontinuitas) pada saat *post-test* dibagi jumlah responden

**Tabel 3.1.** Distribusi Kategori Responden

No	Variabel	Kategori
1.	Pengetahuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengetahuan rendah jika &lt;60% dari total skor (1-9 pertanyaan benar)</li> <li>2. Pengetahuan sedang jika 60%-80% dari total skor (10-12 pertanyaan benar)</li> <li>3. Pengetahuan tinggi jika responden menjawab &gt;80% dari total skor (13-16 pertanyaan benar)<sup>(59)</sup>.</li> </ol>
2.	Sikap	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sikap dikatakan negatif jika responden menjawab <math>\leq 70\%</math> dari total skor (1-7 pertanyaan benar)</li> <li>2. Sikap dikatakan positif jika responden yang menjawab &gt;70% dari total skor (8-10 pertanyaan benar)<sup>1(60)</sup></li> </ol>
3.	Tindakan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tindakan dikatakan negatif jika responden menjawab <math>\leq 71\%</math> dari total skor (1-4 pertanyaan benar)</li> <li>2. Tindakan dikatakan positif jika responden yang menjawab &gt;71% dari total skor (5-7 pertanyaan benar)<sup>2(60)</sup>.</li> </ol>
4.	Rutinitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutinitas dikatakan kurang jika responden menjawab pertanyaan dengan benar &lt;80% dari total skor (1-8 pertanyaan benar)</li> <li>2. Rutinitas dikatakan baik jika responden menjawab benar <math>\geq 80\%</math> dari total skor (9-11 pertanyaan benar)<sup>3(61)</sup>.</li> </ol>
5.	Keberadaan Jentik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada Jentik</li> <li>2. Tidak Ada Jentik</li> </ol>
6.	Pekerjaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak Bekerja (IRT, Pensiunan)</li> <li>2. Bekerja (Buruh, Wiraswasta, Pegawai Swasta, PNS, dan Lainnya)<sup>4(62)</sup>.</li> </ol>

<sup>1(60)</sup> Macpal. Sry Dewi, " Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Dengan Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue Pada Masyarakat Kelurahan Batu Kota Lingkungan III Kota Manado", Universitas Sam Ratulangi Manado, hal 3

<sup>2(60)</sup> Ibid

<sup>3(61)</sup> Ipa, M, "Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Masyarakat serta Hubungannya dengan Kejadian Deemam Berdarah Dengue di Kecamatan Pangandaran Kabupaten Ciamis", Aspirator, Volume I No. 1, 2006, hal. 19

<sup>4(62)</sup> Monintja TCN, "Hubungan Antara Karakteristik Individu , Pengetahuan dan Sikap Dengan Tindakan PSN DBD Masyarakat Kelurahan Malalayang I Kecamatan Malalayang Kota Manado", JIKMU, Volume 5 No. 2b , 2015, hal. 509

Lanjutan tabel 3.1

7.	Pendapatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt; Rp 1 juta</li> <li>2. Rp 1.000.000,00 – Rp 3.000.000,00</li> <li>3. Rp 3.000.001,00 – Rp 5.000.000,00</li> <li>4. Rp 5.000.001,00 – Rp 7.000.000,00</li> <li>5. &gt; Rp 7 juta</li> </ol>
8.	Pendidikan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rendah (tidak bersekolah, SD/ sederajat)</li> <li>2. Sedang (SM/ sederajat, SMA/ sederajat)</li> <li>3. Tinggi (Diploma, Sarjana, Pascasarjana)<sup>5(63)</sup>.</li> </ol>
9.	Usia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 17 – 25 tahun</li> <li>2. 26 – 35 tahun</li> <li>3. 36 – 45 tahun</li> <li>4. 46 – 55 tahun</li> <li>5. 56 – 65 tahun</li> <li>6. Diatas 65 tahun.</li> </ol>
10.	Jenis Kelamin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laki-laki</li> <li>2. Perempuan</li> </ol>
11.	Status Pernikahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum Menikah</li> <li>2. Menikah</li> </ol>

### 3.7. Proses Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan mendatangi responden *door to door*. Proses pengumpulan data dilakukan dalam dua tahap, yaitu sebelum diberi perlakuan (*pre-test*) dan setelah diberi perlakuan (*post-test*). Data yang dikumpulkan meliputi hasil pengisian kuesioner mengenai demam berdarah oleh responden penelitian, serta hasil pengamatan jentik di dalam kontainer berisi air yang terdapat di rumah responden penelitian. Kontainer air yang diperiksa meliputi bak mandi, tempayan/gentong, vas bunga, tandon kulkas, dispenser, dan barang bekas. Data *pre-test* diperoleh dari penelitian DBD tahun 2015 di wilayah yang sama yaitu Kecamatan Godean dan Kecamatan Mlati. Data *post-test* diambil pada tahun 2016 setelah kelompok perlakuan mendapatkan intervensi berupa pemberdayaan progammer DBD serta jumentik, penyuluhan dan pembagian *leaflet* yang berisi informasi mengenai demam berdarah.

<sup>5(63)</sup> Ifada I, "Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan Masyarakat Mengenai Pelayanan Kesehatan", Universitas Diponegoro, 2010

### 3.8. Pengolahan dan Analisis Data

#### 3.8.1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan melakukan pemeriksaan jawaban kuesioner dan perhitungan jawaban responden serta dilakukan perhitungan nilai ABJ, CI, HI, dan BI dari hasil pemeriksaan jentik dari kontainer yang berisi air yang tertulis pada Formulir Pemeriksaan Jentik Berkala.

#### 3.8.2. Analisis Data

##### a. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan pengetahuan, sikap, tindakan dan rutinitas serta keberadaan jentik. Analisis ini dilakukan dengan perhitungan presentase jumlah yang hasilnya diwujudkan dalam bentuk persen.

##### b. Data Indikator Keberhasilan Pencegahan DBD

Data yang diperoleh dari Formulir Pemeriksaan Jentik Berkala (F-PJB) dianalisis untuk mendapatkan nilai Angka Bebas Jentik (ABJ), CI (*Container Index*), HI (*House Index*), dan BI (*Breteau Index*).

**Tabel 3.2.** 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 nyamuk dari seluruh rumah yang diperiksa	$\geq 50\%$	Berpotensi KLB DBD

##### c. Analisis Bivariat

Jenis uji analisis bivariat yang digunakan adalah uji Chi-Square dan Spearman-rho untuk hipotesis asosiatif, serta uji wilcoxon untuk hipotesis

komparatif dengan  $\alpha$  5%. Jika  $P$  value  $<0,05$  maka ada hubungan yang bermakna antara dua variabel yang diujikan, sedangkan jika  $p$  value  $>0,05$  maka tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dua variabel yang diujikan.

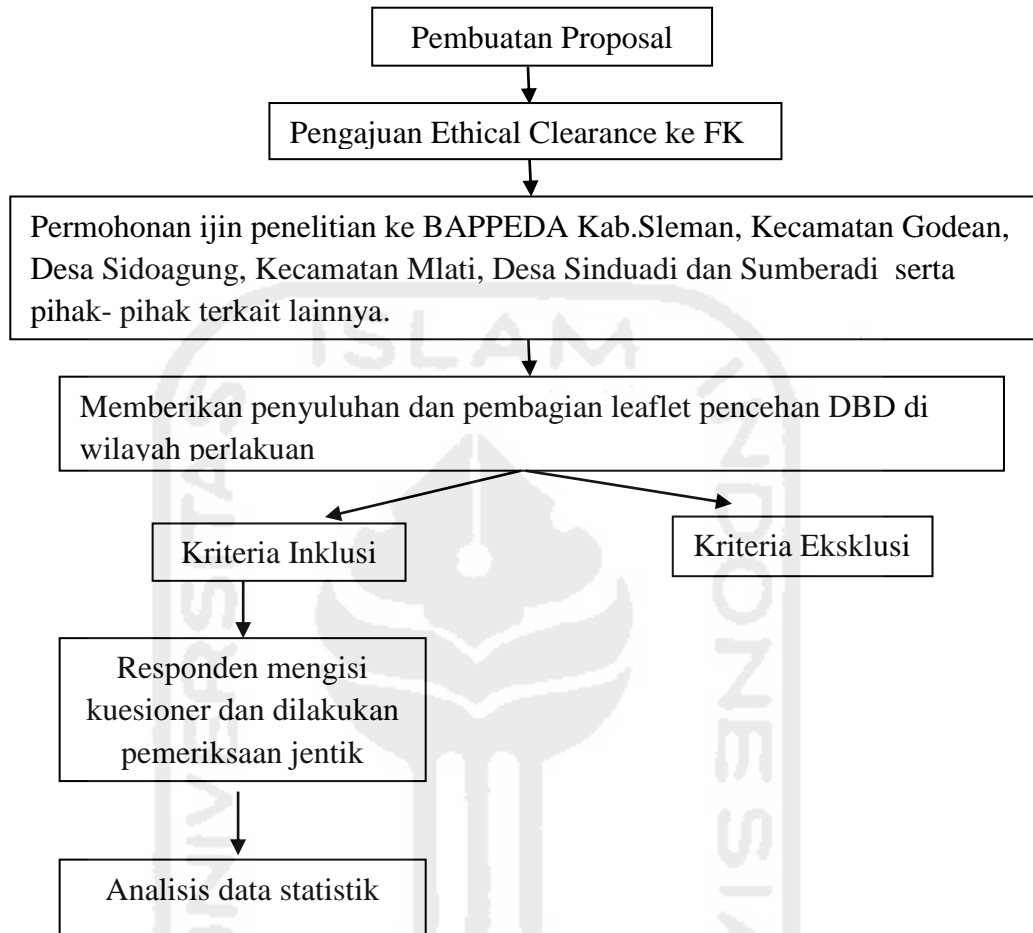
**Tabel 3.3.** Uji Analisis Bivariat Sociodemografi, Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Kontinuitas dan Keberadaan Jentik

Hipotesis Asosiatif	Jenis data	Uji Analisis
Jenis Kelamin dan pengetahuan	Nominal-Ordinal	<i>Chi square</i>
Status pernikahan 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>
Pendapatan 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 kontinuitas	Ordinal-Ordinal	<i>Spearman-rho</i>
Kontinuitas dan keberadaan jentik	Ordinal-Ordinal	<i>Spearman-rho</i>

**Tabel 3.4.** Uji Analisis Bivariat Hubungan Intervensi Pencegahan DBD dengan Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Kontinuitas

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

### 3.9. Alur Penelitian



**Gambar 3.1.** Alur Penelitian

## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

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

### 4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

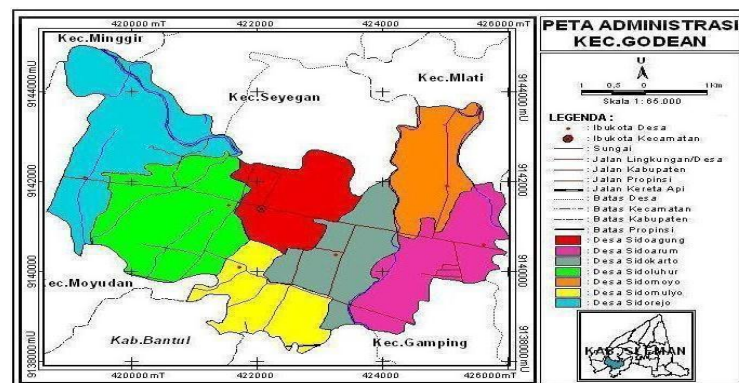
Kecamatan Godean dan Kecamatan Mlati merupakan Kecamatan yang berada di Kabupaten Sleman. Kecamatan Godean berada sekitar 10 km sebelah barat daya dari Ibukota Kabupaten Sleman dan menjadi pusat ekonomi bagi wilayah Sleman bagian barat. Luas wilayah Kecamatan Godean yaitu 2.684 Ha atau 26,84 km<sup>2</sup>, berbatasan dengan<sup>(64)</sup>:

Barat : Kecamatan Minggir

Utara : Kecamatan Mlati, Kecamatan Seyegan

Timur : Kecamatan Gamping

Selatan: Kecamatan Moyudan



**Gambar 4.1.** Wilayah Kecamatan Godean

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

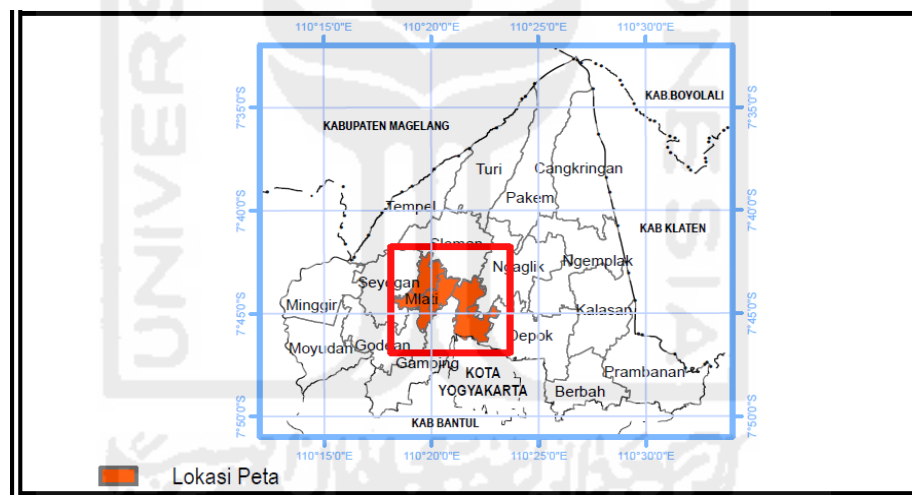
Kecamatan Mlati berada di sebelah selatan dari Ibukota Kabupaten Sleman. Luas wilayah Kecamatan Mlati yaitu 2.852 Ha atau 28,52 km<sup>2</sup>, berbatasan dengan<sup>(65)</sup>:

Utara : Kecamatan Sleman

Timur : Kecamatan Depok

Selatan: Kecamatan Godean

Barat : Kecamatan Seyegan



**Gambar 4.2.** Wilayah Kecamatan Mlati

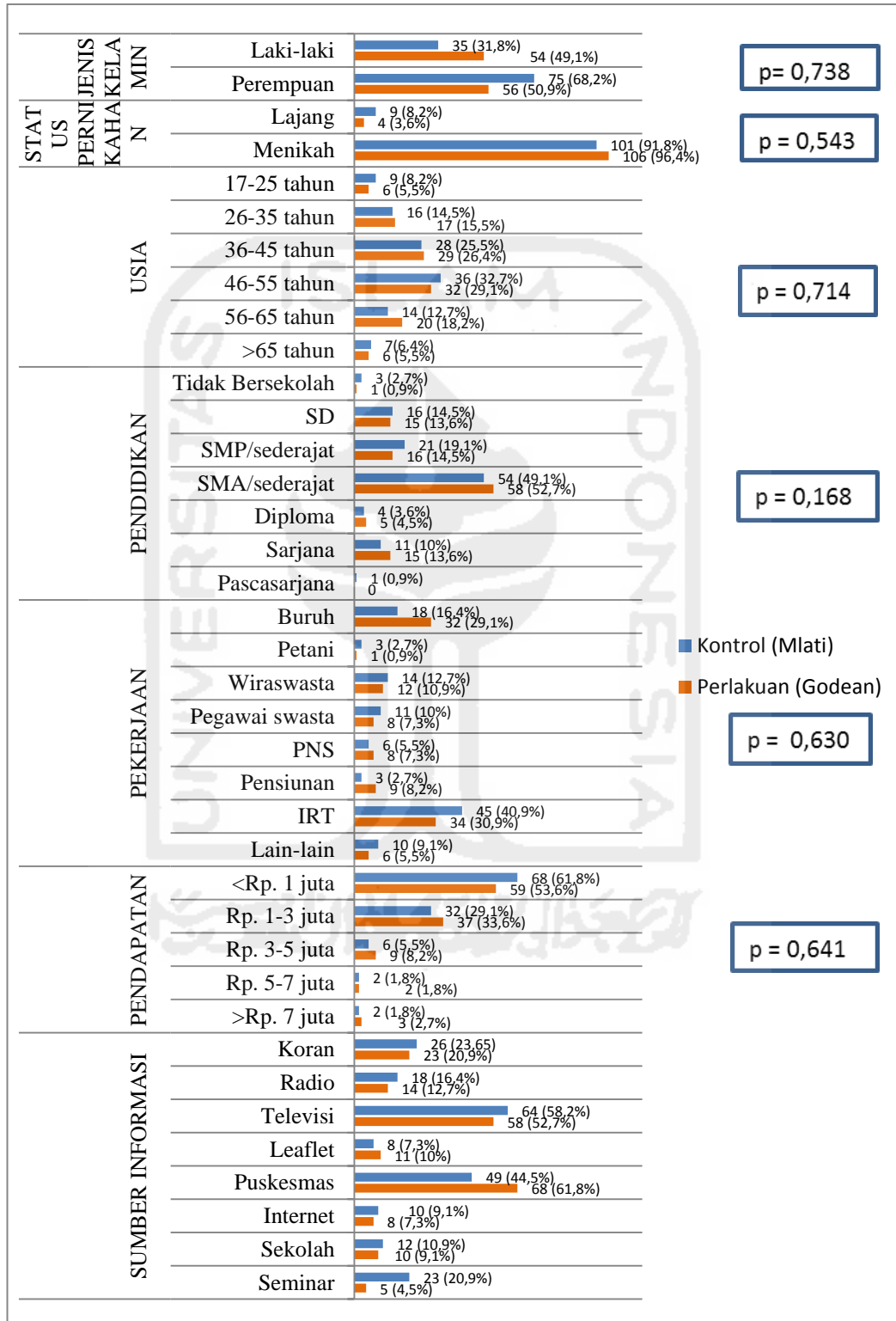
Kecamatan Mlati terdiri dari 5 lima desa yaitu Sinduadi, Sendangadi, Tlogoadi, Tirtoadi, dan Sumberadi dengan total jumlah penduduk sebanyak 89.666 jiwa terbagi atas 40.037 laki-laki dan 44.629 perempuan<sup>(56)</sup>. Penelitian dilakukan di Desa Sinduadi dan Desa Sumberadi, yang selanjutnya disebut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

#### **4.2. Karakteristik Sosiodemografi Responden**

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



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



Gambar 4.3. Distribusi Karakteristik Sosiodemografi Responden

#### 4.2.1. Jenis Kelamin

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

#### 4.2.2. Status Pernikahan

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

#### 4.2.3. Usia

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

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

#### 4.2.4. Pendidikan

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

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

lain yaitu faktor lingkungan dan psikologis (motivasi, minat, dan penyesuaian diri)<sup>(68)</sup>.

#### 4.2.5. Pekerjaan

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

#### 4.2.6. Pendapatan

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

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

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

#### 4.2.7. Sumber Informasi

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

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

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

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

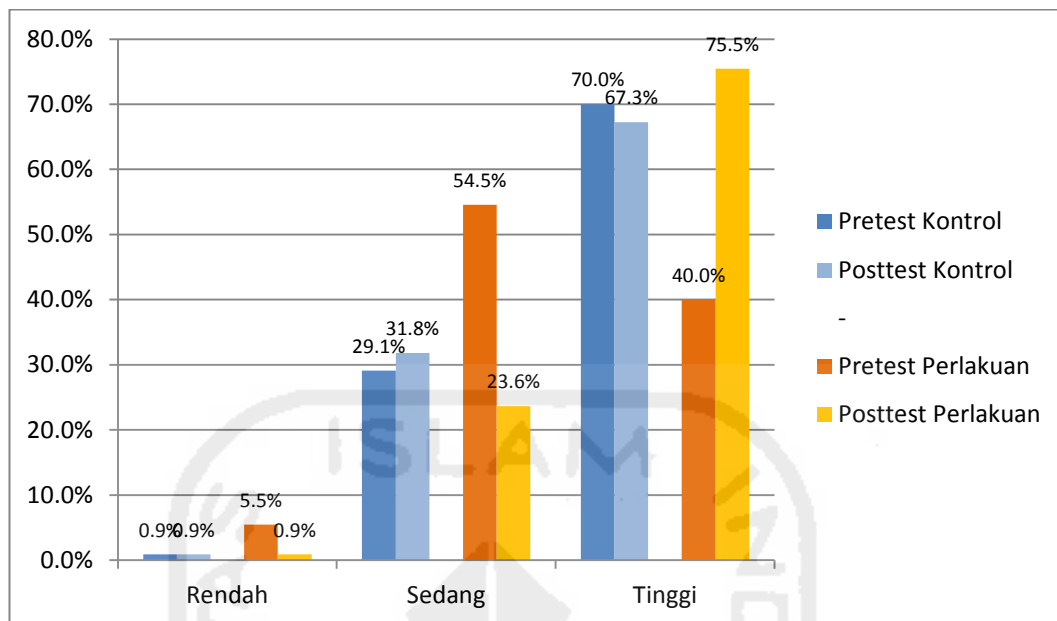
kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan jawaban kuesioner dapat dilihat dalam tabel berikut :

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

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

#### 4.3.1. Pengetahuan

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

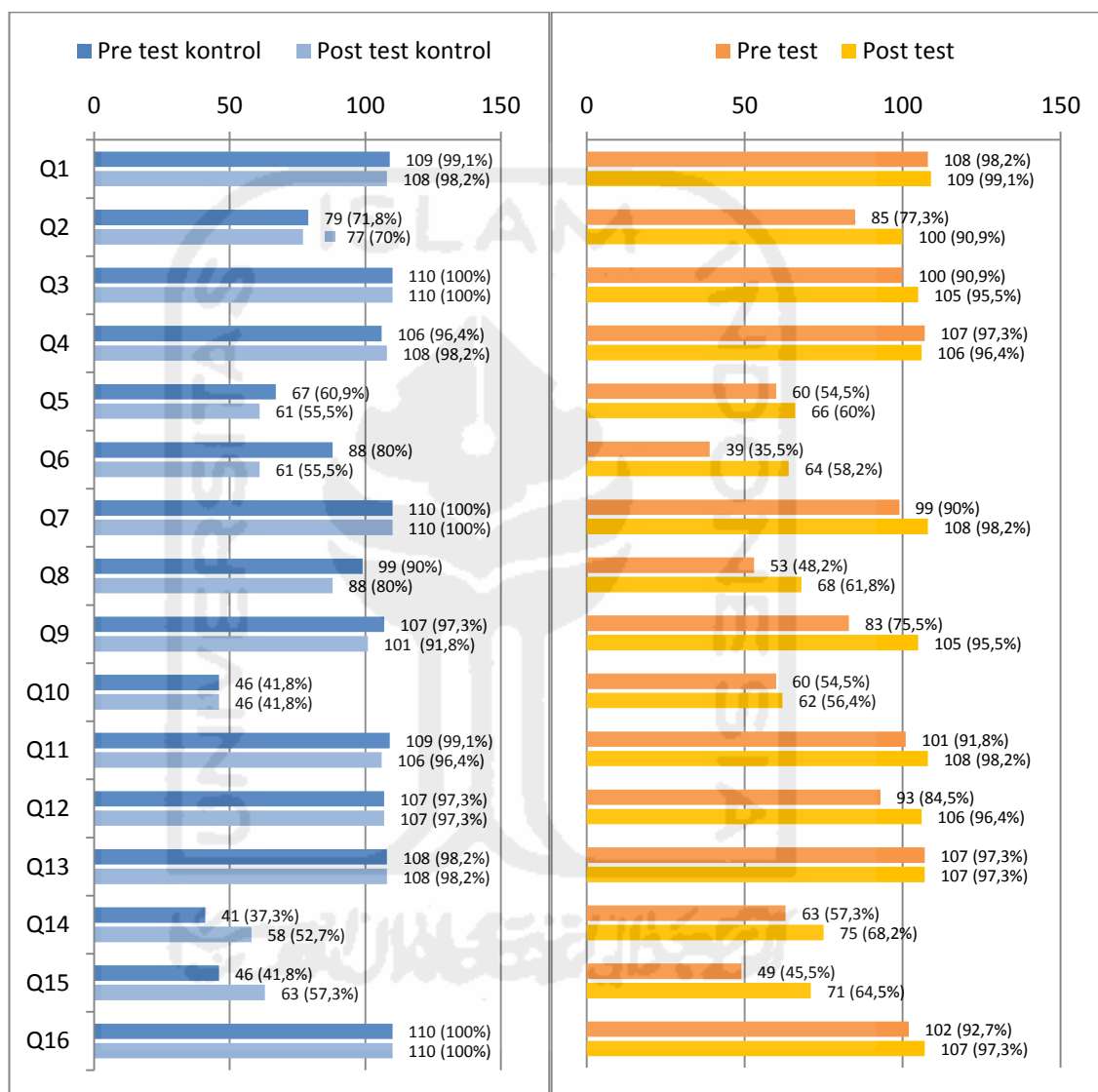


**Gambar 4.4.** Distribusi Persentase Tingkat Pengetahuan Responden

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

Kuesioner tingkat pengetahuan terdiri dari 16 pertanyaan mengenai DBD dengan rincian pertanyaan nomor 1, 2, 3, dan 10 merupakan pertanyaan mengenai vektor DBD. Pertanyaan nomor 4, 5, 6, 7, 8, 9, dan 16 merupakan pertanyaan

mengenai penularan DBD. Pertanyaan nomor 11, 12, 13, 14, dan 15 merupakan pertanyaan mengenai pengobatan dan pencegahan DBD.



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

Keterangan :

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



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

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

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

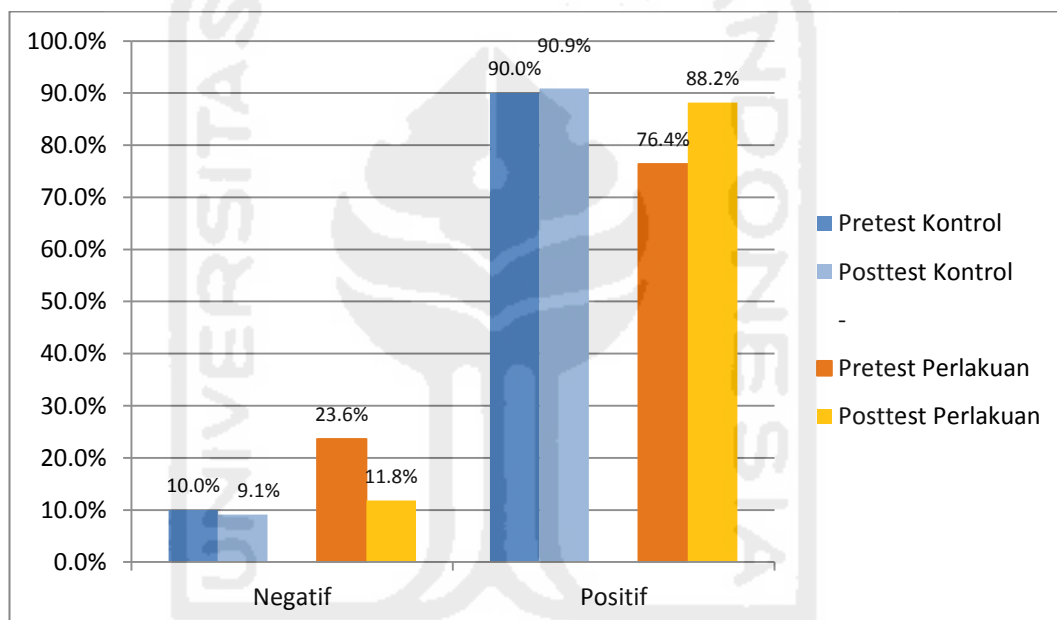
Pengetahuan responden mengenai penyakit DBD masih rendah. Responden tahu bahwa penyakit DBD dapat menyerang semua orang dari berbagai usia, namun responden belum cukup tahu bahwa wabah DBD tidak dimulai saat cuaca panas melainkan ketika musim penghujan. Berdasarkan hasil *post-test* kelompok perlakuan,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

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

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

#### 4.3.2. Sikap

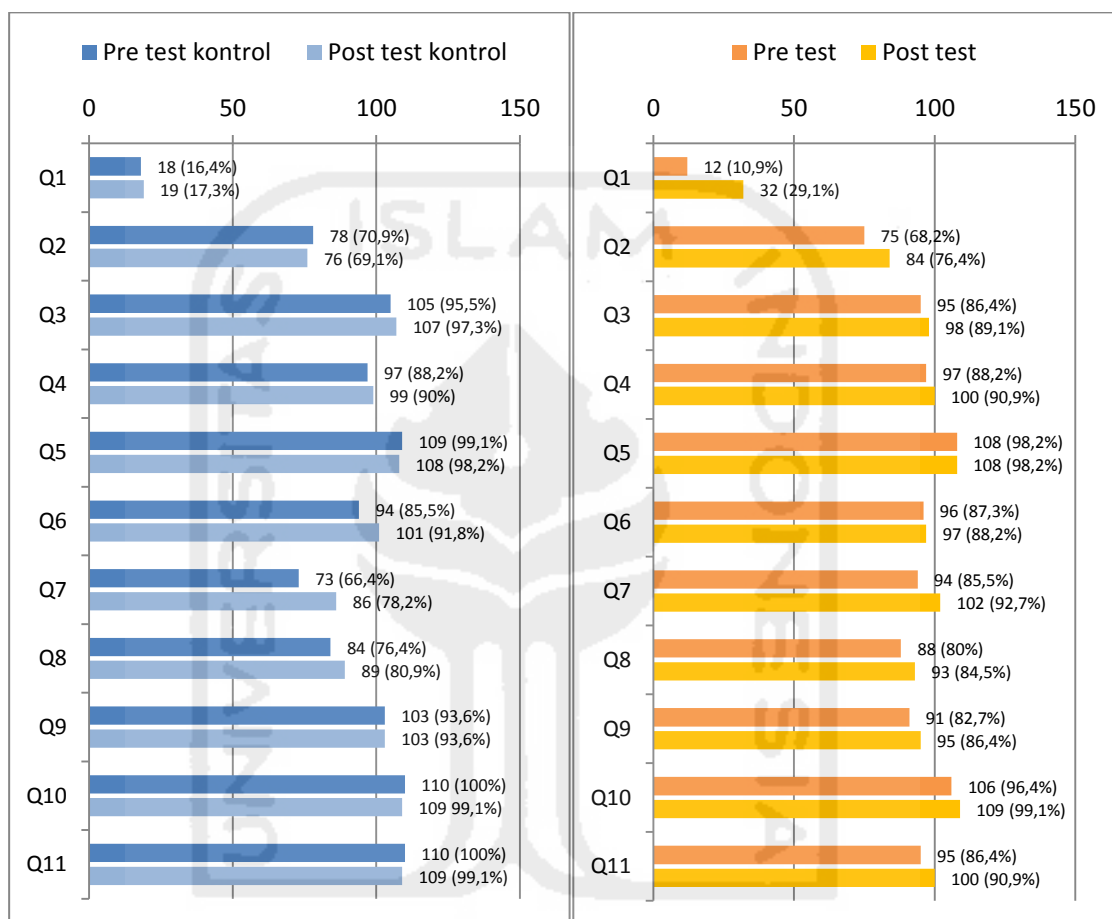
Sikap merupakan suatu pola kebiasaan yang berhubungan dengan cara merasakan, berpikir, bertindak laku dalam suatu situasi<sup>(44)</sup>. Sikap menggambarkan respon tertutup seseorang terhadap suatu objek, sebagai persiapan untuk bertindak. Sikap responden dibagi menjadi dua kategori, yaitu sikap positif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



**Gambar 4.6.** Distribusi Presentase Kategori Sikap Responden

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

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



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

Keterangan :

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

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

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

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

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

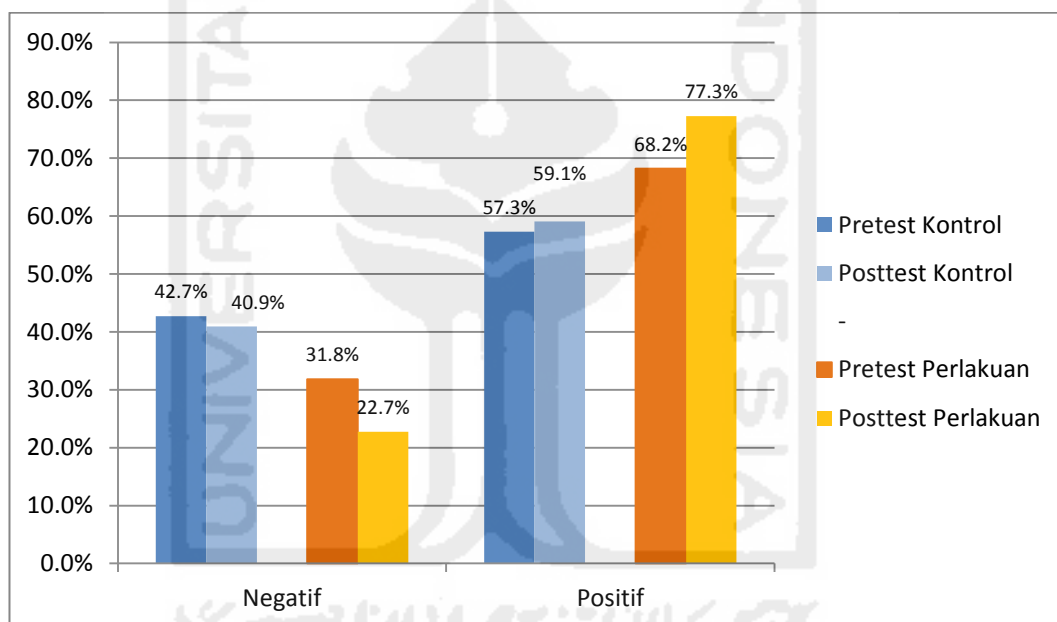
Pernyataan menguras adalah hal yang sia-sia merupakan sikap yang tidak baik, sebanyak 91,82% responden kelompok kontrol dan 88,18% responden kelompok perlakuan tidak setuju dengan hal tersebut. Selain menguras bak penampung air, 92,73% responden kelompok perlakuan merasa bahwa air pada vas bunga dan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

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

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

#### 4.3.3. Tindakan

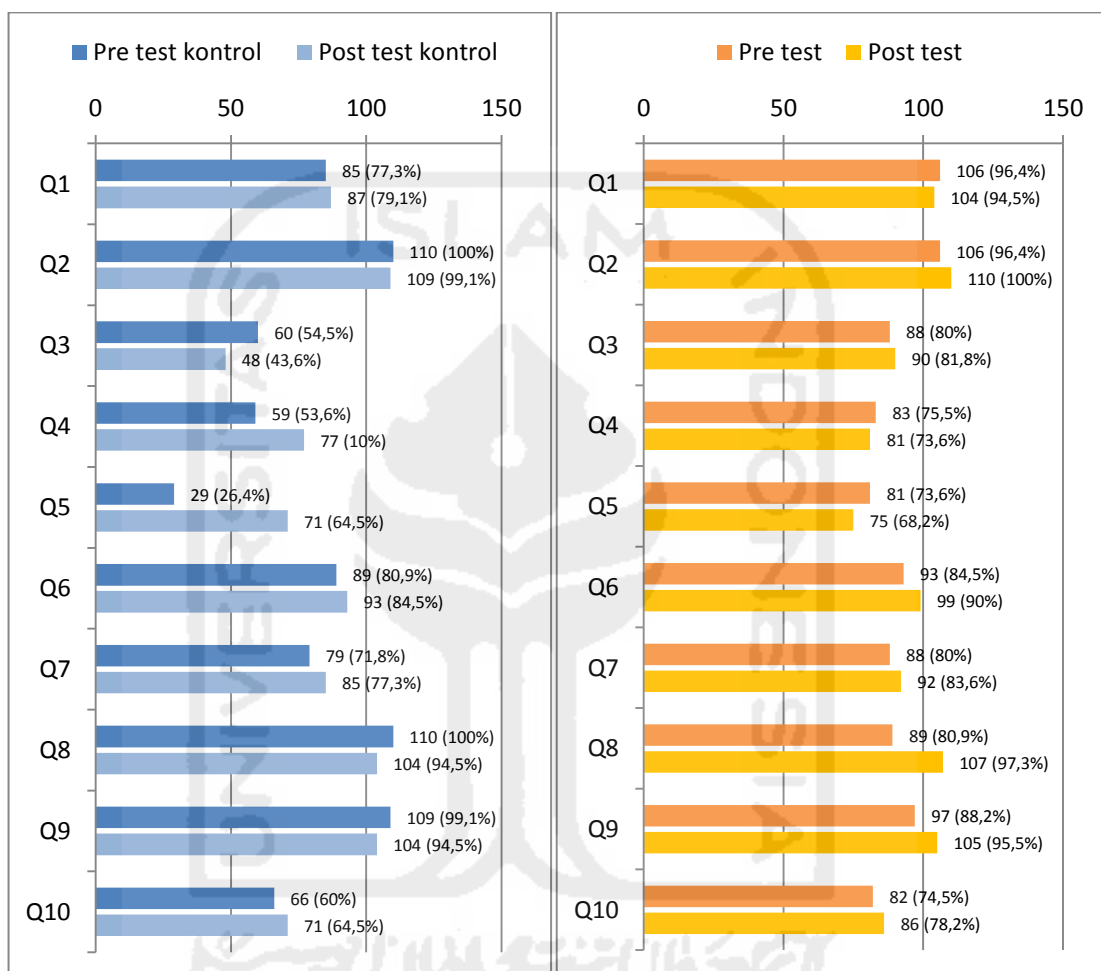
Tindakan merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang telah tampak dan merupakan perwujudan dari suatu sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata<sup>(43)</sup>. Pengukuran tindakan dilakukan dengan mengetahui kegiatan-kegiatan yang dilakukan responden melalui pengisian kuesioner yang terdiri dari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



**Gambar 4.8.** Distribusi Kategori Tindakan Responden

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

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



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

Keterangan :

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



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

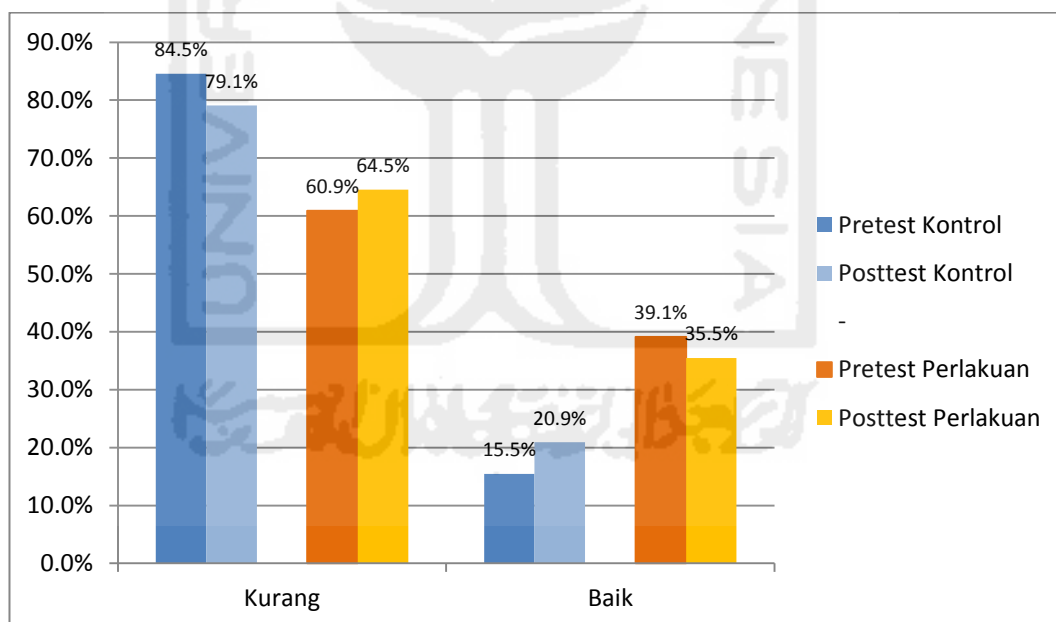
Gambar 4.9. menggambarkan presentase tindakan responden dalam setiap pertanyaan. Salah satu gerakan 3M adalah menutup penampungan air setelah digunakan. Hal ini hanya dilakukan oleh 79,09% responden dari kelompok kontrol, sedangkan pada kelompok perlakuan yang telah mendapatkan penyuluhan, tindakan tersebut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

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

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

#### 4.3.4. Kontinuitas

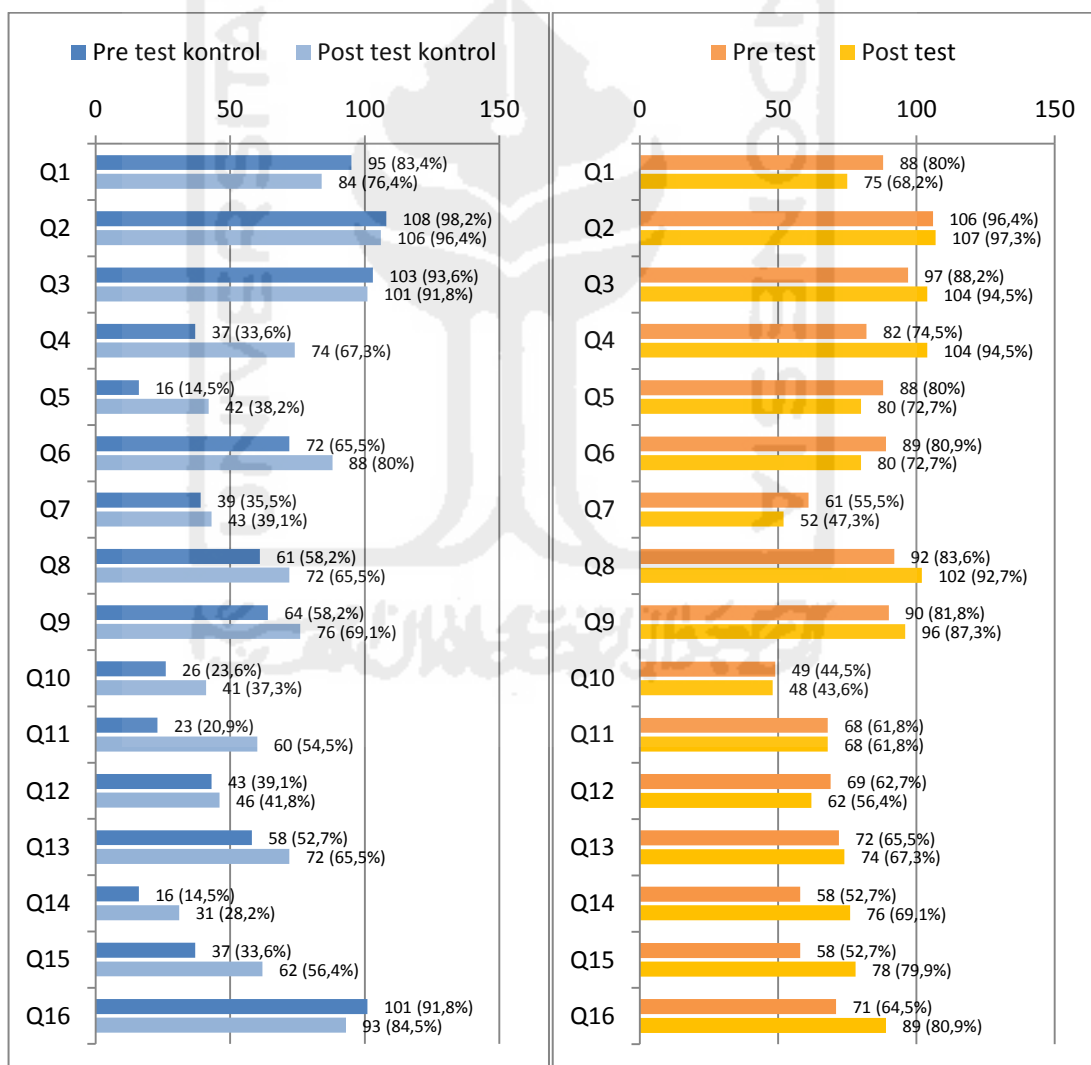
Kontinuitas adalah suatu tindakan yang dilakukan secara bertahap dan terus menerus. Kontinuitas dalam pencegahan DBD berarti keteraturan masyarakat dalam melaksanakan tindakan pencegahan DBD. Pertanyaan kuesioner untuk mengukur kontinuitas responden dalam melaksanakan PSN DBD terdiri dari 16 pertanyaan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



**Gambar 4.10.** Distribusi Presentase Kategori Kontinuitas Responden

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

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



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

Keterangan :

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

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

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

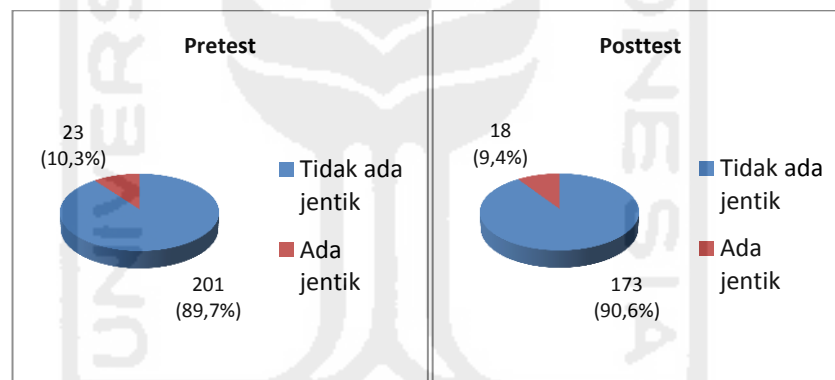
Tindakan yang masih jarang dilakukan dan belum menjadi suatu rutinitas adalah mengulang pemakaian bubuk abate setiap tiga bulan. Hasil *post-test* menunjukkan bahwa hal tersebut hanya dilakukan oleh 37,27% responden dari kelompok kontrol dan 43,64% responden dari kelompok perlakuan. Padahal, bubuk abate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

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

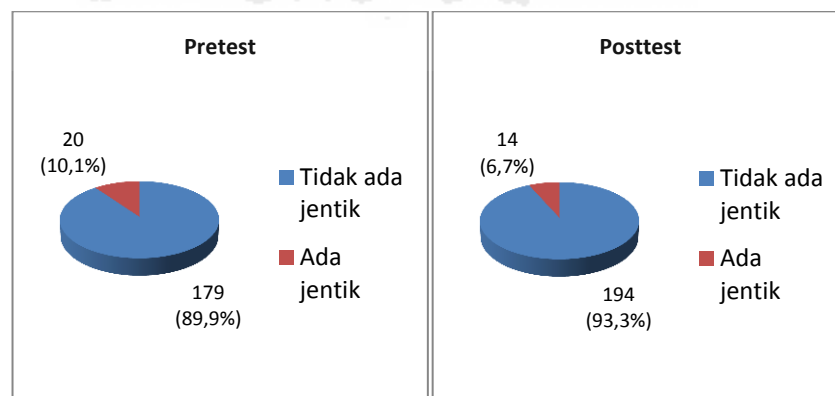
perlakuan yang membersihkan tandon kulkas dengan rutin serta 56,36% responden kelompok kontrol dan 70,91% responden kelompok perlakuan yang secara rutin membersihkan dispenser. Rutinitas responden dalam membersihkan talang air juga masih kurang, sejalan dengan tindakan negatif responden yang masih belum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

#### 4.3.5. Keberadaan Jentik

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



**Gambar 4.12.** Data Keberadaan Jentik di Rumah Responden Kelompok Kontrol



**Gambar 4.13** Data Keberadaan Jentik di Rumah Responden Kelompok Perlakuan

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

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

#### **4.4. Hubungan antara Sosiodemografi dengan Tingkat Pengetahuan Masyarakat**

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

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

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

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



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

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

#### 4.4.1. Hubungan antara jenis kelamin dengan pengetahuan

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

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

#### 4.4.2. Hubungan antara usia dengan pengetahuan

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

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

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

#### 4.4.3. Hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan

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

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

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

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

#### 4.4.4. Hubungan antara pekerjaan dengan pengetahuan

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

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

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

#### 4.4.5. Hubungan antara pendapatan dengan pengetahuan

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

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

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

##### 4.5.1. Hubungan antara Pengetahuan dengan Sikap

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.5.2. Hubungan antara Sikap dengan Tindakan

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

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

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

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

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



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

#### 4.5.3. Hubungan antara Tindakan dengan Kontinuitas

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

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

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

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

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

#### 4.5.4. Hubungan antara Kontinuitas dengan Keberadaan Jentik

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

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

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

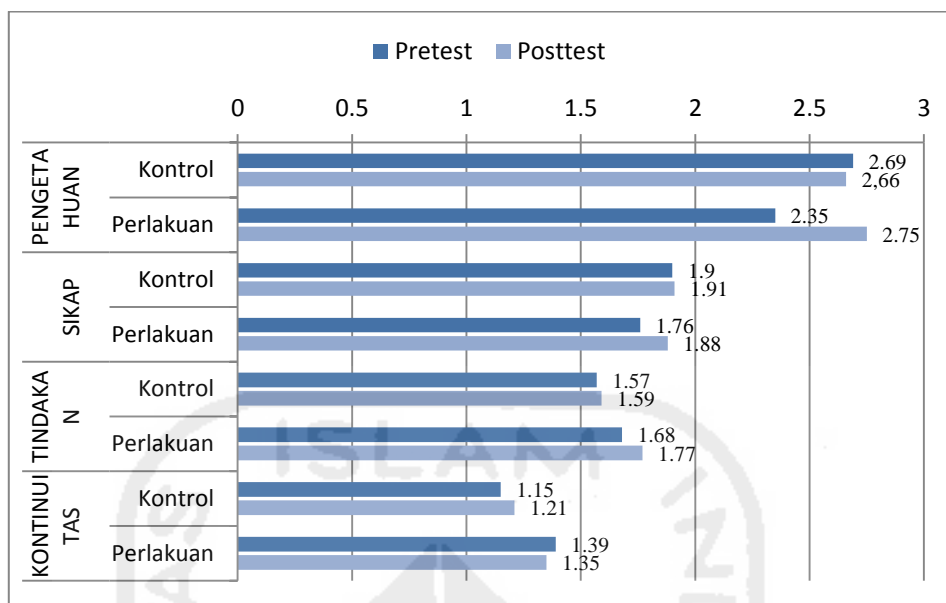
Tabel 4.7 menunjukkan hasil uji analisis hubungan antara kontinuitas dengan keberadaan jentik. Data diolah menggunakan SPSS 23.0 dengan analisis *Spearman-rho* diperoleh hasil P value 0,121 pada kelompok kontrol dan P value 0,469 pada kelompok perlakuan. Kedua kelompok memiliki P value >0,05 yang menandakan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

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

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

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

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



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

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

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

#### 4.6.1. Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan DBD terhadap Pengetahuan

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

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

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

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

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

#### 4.6.1. Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan DBD terhadap Sikap

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

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

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

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

#### 4.6.2. Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan DBD terhadap Tindakan

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

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

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

#### 4.6.3. Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan DBD terhadap Kontinuitas

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

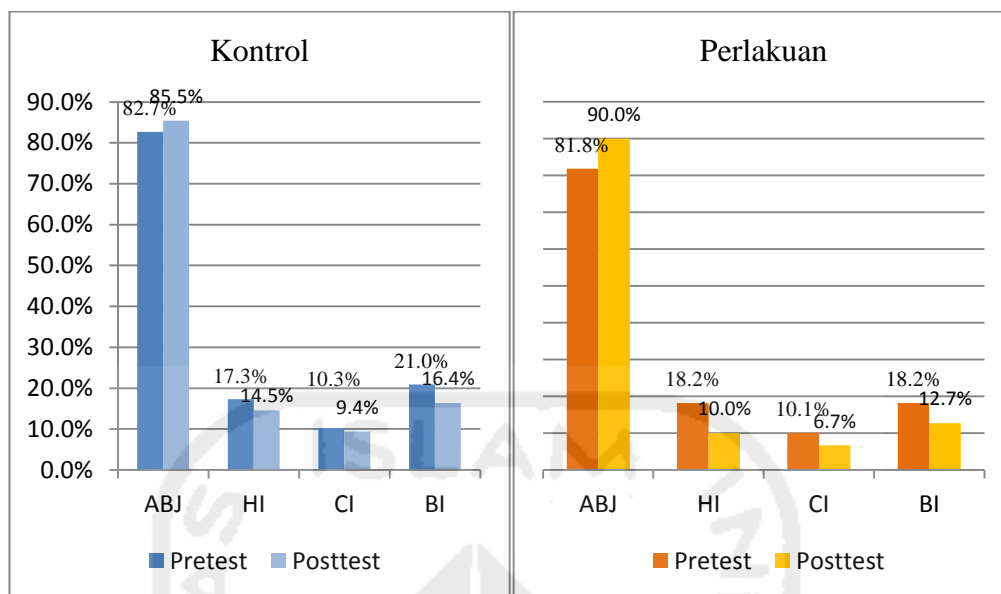


0,579 ( $p > 0,05$ ). Hasil tersebut sebanding dengan kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi kesehatan tentang pencegahan DBD. Kontinuitas pencegahan DBD kelompok kontrol tidak berbeda signifikan ( $p = 0,303$ ) antara *pre-test* dan *post-test*. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa pemberian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

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

#### **4.7. Analisis Indikator Keberhasilan Pencegahan DBD**

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



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

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

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

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

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

#### **4.8. Keterbatasan Penelitian**

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

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1. Kesimpulan**

1. Nilai Angka Bebas Jentik (ABJ), House Index (HI), *Container Index* (CI), dan *Breteau Index* (BI) di Kecamatan Godean (kelompok perlakuan) berturut-turut adalah 90%, 10%, 6,7% dan 12,7%, dan di Kecamatan Mlati (kelompok kontrol) berturut-turut adalah 85,5%, 14,5%, 9,4%, dan 16,4%.
2. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin, usia, pekerjaan serta pendapatan dengan tingkat pengetahuan dan terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pengetahuan di Kecamatan Mlati. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin, usia, pendidikan, serta pekerjaan dengan tingkat pengetahuan dan terdapat hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan tingkat pengetahuan di Kecamatan Godean.
3. Terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok kontrol dan perlakuan dalam aspek pengetahuan dan sikap serta tidak terdapat perbedaan pada aspek tindakan serta kontinuitas yang menunjukkan bahwa pemberian intervensi pencegahan DBD berhubungan dengan pengetahuan dan sikap namun tidak berhubungan dengan tindakan dan kontinuitas

#### **5.2. Saran**

1. Bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan

Diharapkan agar petugas kesehatan dapat terus memberikan informasi terbaru tentang demam berdarah *dengue*, serta memberikan dukungan kepada masyarakat melalui pembekalan, pendampingan, dan penggerakan kader atau jumantik untuk memantau pelaksanaan PSN-DBD secara rutin di masyarakat.

2. Bagi Masyarakat

Masyarakat perlu meningkatkan kebersihan lingkungan agar terhindar dari penyakit dengan ikut berpartisipasi dalam upaya pencegahan DBD yang dilakukan secara rutin dan serentak minimal sekali dalam seminggu.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Guerdan BR. Dengue Fever / Dengue Hemorrhagic Fever. *Am J Clin Med.* 2010;7(2):51–3.
2. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, et al. The Global Distribution and Burden of Dengue. *Nature.* 2013;496(7446):504–7.
3. Simmons CP, Farrar JJ, Chau NVV, Wills B. Dengue. *N Engl J Med.* 2012;366:1423–32.
4. World Health Organization (WHO). Dengue and Severe Dengue (Fact sheet N°117) [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 22]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>
5. World Health Organization (WHO). Dengue : Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention, and Control. Geneva: WHO Press, 2009; p. 5.
6. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Inonesia, 2015; p. 153-155
7. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Inonesia, 2016.
8. Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Profil Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) 2014. Yogyakarta, 2014.
9. Dinas Kesehatan Sleman. Profil Kesehatan Kabupaten Sleman Tahun 2013. Sleman: Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, 2013.
10. World Health Organization (WHO). Global Strategy for Dengue Prevention and Control. Geneva: World Health Organization, 2012.
11. Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi. Demam Berdarah Dengue di Indonesia Tahun 1968-2009. *Buletin Jendela Epidemiologi Vol 2.* Jakarta; 2010 Aug;
12. G BV, Churi S, G NM, Kurian J, B L, Laldinpui E, et al. Study of Impact of Health Education on Knowledge, Attitude, and Practice Related to Dengue Fever. *World J Pharm Sci.* 2015;4(10):748–61.
13. Resmiati, Cita YP, Susila A. Pengaruh Penyuluhan Demam Berdarah Terhadap Perilaku Ibu Rumah Tangga. *J Kesehat Masy Nas.* 2009;3(3):249–53.
14. Kusumawarani E. Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Ibu dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue Pada Anak [skripsi]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2012.
15. Nuryanti E. Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk di Masyarakat. *J Kesehat Masy.* 2013;9(1):15–23.
16. Candra A. Demam Berdarah Dengue : Epidemiologi , Patogenesis , dan Faktor Risiko Penularan. *Aspirator.* 2010;2(2):110–9.
17. Suhendro, Nainggolan L, Chen K, Pohan HT. Demam Berdarah Dengue. In: Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Setiyohadi B, Fahrial Syam A. (Eds.), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III*, Interna Publishing. Jakarta, 2005; p. 1731.
18. Murray NE, Quam MB, Wilder-Smith A. Epidemiology of Dengue : Past ,

- Present and Future Prospects. *Clin Epidemiol.* 2013;5:299–309.
19. Guha-sapir D, Schimmer B. Dengue Fever: New Paradigms for a Changing Epidemiology. *Emerg Themes Epidemiol.* 2005;2(1):1–10.
  20. Abeyewickreme W, Wickremasinghe AR, Karunatilake K, Sommerfeld J, Kroeger A. Community Mobilization and Household Level Waste Management for Dengue Vector Control in Gampaha District of Sri Lanka ; an intervention study. *Pathog Glob Health.* 2012;106(8):479–87.
  21. Zumaroh. Evaluasi Pelaksanaan Surveilans Kasus Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Putat Jaya Berdasarkan Atribut Surveilans. *J Berk Epidemiol.* 2013;3(1):82–94.
  22. Sukohar. Demam Berdarah Dengue (DBD). *Medula.* 2014;2(2):1–15.
  23. Soegijanto S. Demam Berdarah Dengue. 2nd ed. Surabaya: Airlangga University Press, 2006.
  24. Sembel DT. Entomologi Kedokteran. Yogyakarta: Penerbit Andi, 2008.
  25. Soedarmo. Demam Berdarah Dengue Pada Anak. Jakarta: Universitas Indonesia Press, 1988.
  26. Herms W. Medical Entomology. United States of America: The Macmillan Company, 2006.
  27. Ginanjar G. Demam Berdarah : a survival guide. Yogyakarta: B-First, 2008.
  28. Kementerian Kesehatan RI. Buku Saku : Pengendalian Demam Berdarah Dengue Untuk Pengelola Program DBD Puskesmas. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Inonesia, 2013.
  29. Palgunadi BU, Rahayu A. Aedes Aegypti Sebagai Vektor Penyakit Demam Berdarah Dengue, *Laporan Penelitian*, Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma, Surabaya, 2010.
  30. Soegijanto S. Patogenesis dan Perubahan Patofisiologi Infeksi Virus Dengue. Surabaya: Universitas Airlangga, 2006.
  31. World Health Organization (WHO). Demam Berdarah Dengue: Diagnosis, Pencegahan, Pengobatan, dan Pengendalian. 2nd ed. In Asih Y (Ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
  32. World Health Organization (WHO). Comprehensive Guidelines for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever. India: WHO Press Regional South-East Asia, 2011.
  33. Chen K, Pohan HT, Sinto R. Diagnosis dan Terapi Cairan pada Demam Berdarah Dengue. *Medicinus.* 2009;22(1):3–7.
  34. World Health Organization (WHO). Dengue Vaccine : WHO Position Paper. *Wkly Epidemiol Rec.* 2016;91(30):349–64.
  35. Rikomah SE. Farmasi Klinik. Yogyakarta: Deepublish, 2016.
  36. Maulana HD. Promosi Kesehatan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2009.
  37. Effendy N. Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 1998.
  38. Redaksi Best Publisher. Undang-undnag Kesehatan dan Praktik Kedokteran. Yogyakarta: Best Publisher, 2009.
  39. Simamora R. Buku Ajar Pendidikan dalam Keperawatan. Jakarta: Penerbit

- Buku Kedokteran EGC, 2009.
40. Ginting M, Syayadi I, Rudiyanto C, Koesminarti S, Rahmani W, Syahroni KA, et al. Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan : Panduan bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta. 2011.
  41. Efendi F, Makhfudli. Keperawatan Kesehatan Komunitas. Salemba Medika., Jakarta, 2009.
  42. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta, 2010.
  43. Sunaryo. Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2004.
  44. Gunarsa SD. Psikologi Perawatan. Jakarta: Gunung Mulia, 2008.
  45. Hardaniwati M, Nureni I, Sulastri H. Kamus Pelajar. Pusat Bahasa., Jakarta, 2003.
  46. Widjaja J. Survei Entomologi Aedes spp Pra Dewasa di Dusun Satu Kelurahan Minomartani Kecamatan Depok Kabupaten Sleman Provinsi Yogyakarta. Aspirator. 2012;4(2):64–72.
  47. Ramadhani MM, Astuty H. Kepadatan dan Penyebaran Aedes aegypti Setelah Penyuluhan DBD di Kelurahan Paseban, Jakarta Pusat. eJKI. 2009;1(1):10–4.
  48. Binfar Depkes. Tanggung Jawab Apoteker Terhadap Keselamatan Pasien (Patient Safety). Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008.
  49. Kristina SA. Mengenal Lebih Dekat Peran Apoteker, *Tribun Jogja*, 15 Juni 2014.
  50. Rahman FA. Analisis Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Rutinitas Masyarakat dalam Rangka Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Terhadap Keberadaan Jentik di Kecamatan Godean, Yogyakarta Periode Mei-Juni 2015 [skripsi]. Yogyakarta: Universitas Islam Indonesia; 2016.
  51. Ransatullah MY. Analisis Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, dan Kontinuitas Terhadap Angka Bebas Jentik (ABJ) Dalam Rangka Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Masyarakat Kecamatan Gamping, Yogyakarta [skripsi]. Yogyakarta: Universitas Islam Indonesia; 2016.
  52. Zubaidah. Pengaruh Pemberian Informasi Tentang Developmental Care Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Perawat Dalam Merawat BBLR di RSUP dr. Kariadi Semarang [skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2012.
  53. Mubarokah R. Upaya Peningkatan Angka Bebas Jentik Demam Berdarah Dengue (ABJ-DBD) Melalui Penggerakan Juru Pemantau Jentik (JUMANTIK) di RW 1 Kelurahan Danyang Kecamatan Purwodadi Kabupaten Grobogan Tahun 2012 [skripsi]. Semarang: Universitas Negeri Semarang; 2013.
  54. Sumantri A. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Kencana Prenada Media Group, 2011.
  55. Tejada JJ, Punzalan JRB. On the Misuse of Slovin ' s Formula. Philipp Stat. 2012;61(1):129–36.
  56. Kependudukan Biro Tata Pemerintahan Setda DIY. Profil Kependudukan

- DIY [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 5]. Available from: <http://www.kependudukan.jogjaprov.go.id/>
57. Abdullah MN, Wan Azib WNH, Mohd Harun MF, Burhanuddin MA. Reliability and Construct Validity of Knowledge , Attitude and Practice on Dengue Faculty of Computer and Mathematical Sciences Faculty of Business Management. *Am Int J Contemp Res.* 2013;3(5):69–75.
  58. Al-dubai SAR, Ganasegeran K, Alwan MR, Alshagga MA, Saif-ali R, Alam S, et al. Factor Affecting Dengue Fever Knowledge, Attitudes and Practices among Selected Urban, Semi-urban and Rural Communities in Malaysia. *J Trop Med Public Heal.* 2013;44(1):37–49.
  59. Zulaikha 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.
  60. Macpal SDC, Joseph W, Rattu JA, Kapantow NH. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Dengan Tindakan Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue Pada Masyarakat di Kelurahan Batu Kota Lingkungan III Kota Manado, *Laporan Penelitian*, Universitas Sam Ratulangi, Manado, 2012.
  61. Yudhastuti R, Vidiyani A. Hubungan Kondisi Lingkungan, Kontainer, dan Perilaku Masyarakat Dengan Keberadaan Jentik Nyamuk Aedes Aegypti di Daerah Endemis Demam Berdarah Dengue Surabaya. *J Kesehat Lingkung.* 2005;1:170–83.
  62. Monintja TCN. Hubungan Antara Karakteristik Individu , Pengetahuan dan Sikap Dengan Tindakan PSN DBD Masyarakat Kelurahan Malalayang I Kecamatan Malalayang Kota Manado. *JIKMU.* 2015;5(2b):503–19.
  63. Ifada I. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Masyarakat Mengenai Pelayanan Kesehatan Mata [skripsi]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2010.
  64. Profil Kecamatan Godean [Internet]. [cited 2017 Feb 2]. Available from: <http://godeankec.slemankab.go.id/>
  65. Profil Kecamatan Mlati [Internet]. [cited 2017 Feb 2]. Available from: <http://mlatikec.slemankab.go.id/>
  66. Hanifah M. Hubungan Usia dan Tingkat Pendidikan dengan Pengetahuan Wanita Usia 20-50 tahun Tentang Periksa Payudara Sendiri [skripsi]. Jakarta : Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah; 2010.
  67. Darman F. Memahami Undang-Undang, Menumbuhkan Kesadaran : Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional. Jakarta: Visimedia, 2007.
  68. Rahim F. Pengajaran Membaca di Sekolah Dasar. Bandung: Bumi Aksara, 2011.
  69. Badan Pusat Statistik. Klasifikasi Baku Jenis Pekerjaan Indonesia. Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2002.
  70. Keputusan Gubernur DIY tentang Upah Minimum Kabupaten/Kota Tahun 2016. 255/KEP/2015 2015.
  71. World Health Organization (WHO). Pencegahan dan Pengendalian Dengue & Demam Berdarah: Panduan Lengkap. Jakarta: EGC, 2004.



72. Azwar S. Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2007.
73. World Health Organization (WHO). Temephos in Drinking-water : Use for Vector Control in Drinking-water Sources and Containers. 2009.
74. Riyani E, Nurhaeni N. Hubungan Karakteristik Ibu dengan Pengetahuan Tentang DBD dan Penanganannya Pada Anak. Depok, 2013.
75. Wicaksono PP. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Tentang Pap Smear di Desa Kauman Kecamatan Tangen Kabupaten Sragen [skripsi]. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2013.
76. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta, 2007.
77. Apituley F. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Pengetahuan dan Sikap Mengenai Perilaku Beresiko Obesitas Anak Pada Ibu dari Siswa SD St. Fransiskus Asis [skripsi]. Depok : Universitas Indonesia; 2009.
78. Sejati EW. Hubungan Pengetahuan Tentang Demam Berdarah Dengue Dengan Motivasi Melakukan Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Wilayah Puskesmas Kalijambe Sragen [skripsi]. Surakarta: Stikes Kusuma Husada Surakarta; 2015.
79. Ensia M, Wiyono H, Araini M. Hubungan Pengetahuan dengan Sikap Masyarakat tentang Pelaksanaan 3M dalam Mengatasi Kejadian DBD dan Zika di Wilayah Kerja Puskesmas Jekan Raya Tahun 2016. Din Kesehat. 2016;7(1):252–8.
80. Ayudhya P, Ottay RI, Kaunang WPJ, Kandou GD, Pandelaki AJ. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue Dengan Pencegahan Vektor di Kelurahan Malalayang 1 Barat Kota Manado. J Kedokt Komunitas dan Trop. 2014;2(1):9–13.
81. Aztari F. Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Masyarakat Mengenai Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Air Kuning Bukittinggi [skripsi]. Padang: Universitas Andalas; 2007.
82. Widijanto M. Hubungan Pengetahuan, Sikap, Tindakan Masyarakat dan Faktor Lingkungan Dengan Penyebaran DBD di Desa Gejugjati Kecamatan Lekok Kabupaten Pasuruan [skripsi]. Surabaya: Universitas Airlangga; 2010.
83. Nugroho N. Transformasi Diri. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2008.
84. Habibah U. Analisis Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Rutinitas Terhadap Keberadaan Jentik Dalam Rangka Pencegahan DBD Masyarakat di Kecamatan Umbulharjo, Yogyakarta [skripsi]. Yogyakarta : Universitas Islam Indonesia; 2016.
85. Tamoris E. Analisis Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, dan Rutinitas Masyarakat dalam Rangka Pencegahan Demam Berdarah Dengue Terhadap Keberadaan Jentik di Kecamatan Piyungan, Yogyakarta [skripsi]. Yogyakarta : Universitas Islam Indonesia; 2016.
86. Sungkar S, Winita R, Kurniawan A. Pengaruh Penyuluhan terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat dan Kepadatan Aedes aegypti di Kecamatan Bayah, Provinsi Banten. Makara Kesehat. 2010;14(2):81–5.

87. Firawan WD. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Tentang Demam Berdarah Dengue di Desa Trosono Kabupaten Magetan [skripsi]. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2013.
88. Respati T, Nurhayati E, Feriandi Y, Yulianto F, Sakinah K. Pemanfaatan Kalender 4M Sebagai Alat Bantu Meningkatkan Peran Serta Masyarakat dalam Pemberantasan dan Pencegahan Demam Berdarah. *Glob Med Heal Communication*. 2016;4(2):121–8.



## 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  
  
 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 tengah 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 Bappeda



**PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN  
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH**

Jalan Parasamya Nomor 1 Beran, Tridadi, Sleman, Yogyakarta 55511  
Telepon (0274) 868800, Faksimilie (0274) 868800  
Website: www.bappeda.slemankab.go.id, E-mail : bappeda@slemankab.go.id

**SURAT IZIN**

Nomor : 070 / Bappeda / 2600 / 2016

**TENTANG  
PENELITIAN**

**KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH**

Dasar : Peraturan Bupati Sleman Nomor : 45 Tahun 2013 Tentang Izin Penelitian, Izin Kuliah Kerja Nyata, Dan Izin Praktik Kerja Lapangan.  
Menunjuk : Surat dari Kepala Kantor Kesatuan Bangsa Kab. Sleman  
Nomor : 070/Kesbang/2489/2016 Tanggal : 17 Juni 2016  
Hal : Rekomendasi Penelitian

**MENGIZINKAN :**

Kepada :  
Nama : FITHRIA DYAH AYU SURYANEGARA, S.Farm., M.Sc, Apt Dkk (3 orang)  
No.Mhs/NIM/NIP/NIK : 106130101  
Program/Tingkat : S2  
Instansi/Perguruan Tinggi : Universitas Islam Indonesia Yogyakarta  
Alamat instansi/Perguruan Tinggi : Jl. Kaliurang Km. 14,5 Sleman Yogyakarta  
Alamat Rumah : Kadirojo I Purwomartani Kalasan Sleman  
No. Telp / HP : 085643754215  
Untuk : Mengadakan Penelitian / Pra Survey / Uji Validitas / PKL dengan judul  
**REVITALISASI PROGRAM COMBI (COMMUNICATION FOR BEHAVIOURAL IMPACT) DALAM RANGKA PENURUNAN INSIDEN DBD (DEMAM BERDARAH DENGUE) DI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA**  
Lokasi : Kecamatan Mlati & Kecamatan Godean Sleman  
Waktu : Selama 3 Bulan mulai tanggal 17 Juni 2016 s/d 16 September 2016

**Dengan ketentuan sebagai berikut :**

1. *Wajib melaporkan diri kepada Pejabat Pemerintah setempat (Camat/ Kepala Desa) atau Kepala Instansi untuk mendapat petunjuk seperlunya.*
2. *Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan setempat yang berlaku.*
3. *Izin tidak disalahgunakan untuk kepentingan-kepentingan di luar yang direkomendasikan.*
4. *Wajib menyampaikan laporan hasil penelitian berupa 1 (satu) CD format PDF kepada Bupati diserahkan melalui Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah.*
5. *Izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan di atas.*

Demikian izin ini dikeluarkan untuk digunakan sebagaimana mestinya, diharapkan pejabat pemerintah/non pemerintah setempat memberikan bantuan seperlunya.

Setelah selesai pelaksanaan penelitian Saudara wajib menyampaikan laporan kepada kami 1 (satu) bulan setelah berakhirnya penelitian.

Dikeluarkan di Sleman

Pada Tanggal : 17 Juni 2016

a.n. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah

**Tembusan :**

1. Bupati Sleman (sebagai laporan)
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Sleman
3. Kabid. Sosial & Pemerintahan Bappeda Kab. Sleman
4. Camat Mlati
5. Camat Godean
6. Kepala UPT Puskesmas Mlati 1
7. Kepala UPT Puskesmas Mlati 2
8. Kepala UPT Puskesmas Godean 1
9. Kepala UPT Puskesmas Godean 2
10. Kepala Desa se-Kec. Mlati

Sekretaris

Kepala Bidang Statistik, Penelitian, dan Perencanaan



ERNY MARYATUN, S.IP, MT  
Pembina, IV/a  
NIP 19720411 199603 2 003

**Lampiran 4.** Kuesioner Penelitian**KUESIONER PENELITIAN**

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

---

**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 “Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan DBD terhadap tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Kontinuitas Masyarakat Kesamatan Godean dan Mlati”.

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 GODEAN DAN MLATI**

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
Status perkawinan		1. Lajang 2. Menikah
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt; Rp 1 juta</li> <li>2. Rp 1 juta – Rp 3 juta</li> <li>3. Rp 3 juta – Rp 5 juta</li> <li>4. Rp 5 juta – Rp 7 juta</li> <li>5. &gt; Rp 7 juta</li> </ol>
Pernahkah mendengar tentang Demam Berdarah Dengue (DBD), Gerakan 3M Plus?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iya</li> <li>2. Tidak</li> </ol>
Jika Iya, darimana informasi tersebut Anda peroleh?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koran</li> <li>2. Radio</li> <li>3. Televisi</li> <li>4. Leaflet</li> <li>5. Puskesmas</li> <li>6. Internet</li> <li>7. Sekolah</li> <li>8. Seminar</li> </ol>
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

<b>NO</b>	<b>PERTANYAAN</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>	<b>Jawaban</b>
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 PERILAKU 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	Jawaban
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 AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI**

**PETUNJUK PENGISIAN**

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

No	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
1	Apakah Anda <b>segera</b> 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. KONTINUITAS 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 Responden Kelompok Kontrol

NO	NAMA	J.K		S.P		UMUR						PENDIDIKAN							PEKERJAAN								PENDAPATAN				
		L	P	L	M	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
1	R1		1		1					1				1						1								1			
2	R2		1		1					1				1					1									1			
3	R3		1		1				1															1		1					
4	R4		1		1				1				1											1		1					
5	R5		1		1				1					1										1		1					
6	R6		1		1			1							1							1					1				
7	R7		1		1			1						1						1								1			
8	R8		1		1				1						1									1		1					
9	R9		1		1			1							1									1		1					
10	R10		1		1				1						1									1		1					
11	R11		1		1		1								1										1	1					
12	R12		1		1			1							1									1		1					
13	R13		1		1						1					1								1			1				
14	R14		1		1					1						1								1				1			
15	R15	1			1			1							1						1					1					
16	R16	1			1			1								1					1								1		
17	R17		1		1				1							1									1	1					
18	R18		1		1					1		1												1		1					
19	R19		1		1				1							1									1		1				
20	R20		1		1			1							1										1		1				
21	R21	1			1						1					1									1			1			





70	R70		1		1				1						1				1				1		
71	R71		1	1			1								1						1		1		
72	R72		1		1		1						1								1		1		
73	R73		1		1			1					1								1		1		
74	R74	1			1		1						1				1						1		
75	R75	1			1			1				1				1							1		
76	R76	1			1				1			1											1		
77	R77	1			1			1				1											1		
78	R78		1		1			1				1				1							1		
79	R79	1		1		1						1			1								1		
80	R80	1			1			1					1				1						1		
81	R81		1		1		1					1									1		1		
82	R82		1	1		1						1										1	1		
83	R83		1	1		1						1				1							1		
84	R84		1		1			1				1										1	1		
85	R85	1			1				1			1				1							1		
86	R86		1		1			1			1											1	1		
87	R87		1		1			1				1										1	1		
88	R88		1		1			1				1										1	1		
89	R89	1			1	1							1			1							1		
90	R90	1			1			1				1					1						1		
91	R91		1		1			1				1										1	1		
92	R92	1			1			1				1				1							1		
93	R93		1		1				1			1										1	1		



94	R94		1		1					1			1								1		1					
95	R95	1			1						1										1							
96	R96		1		1					1																		
97	R97		1		1					1																		
98	R98	1			1					1																		
99	R99		1		1					1																		
100	R100	1		1		1																						
101	R101		1		1					1																		
102	R102	1		1						1																		
103	R103		1		1					1																		
104	R104		1		1					1																		
105	R105		1	1		1																						
106	R106		1		1					1																		
107	R107		1		1																							
108	R108	1		1						1																		
109	R109		1		1					1																		
110	R110	1			1					1																		

جامعة بغداد











**Lampiran 7. Jawaban Kuesioner Kelompok Kontrol**

NO	NAMA	PENGETAHUAN																skor	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		
1	R1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	10	2
2	R2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	3
3	R3	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	12	2
4	R4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	13	3
5	R5	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	13	3
6	R6	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	13	3
7	R7	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	13	3
8	R8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15	3
9	R9	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	3
10	R10	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	13	3
11	R11	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3
12	R12	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	11	2
13	R13	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	10	2
14	R14	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3
15	R15	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3
16	R16	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	3
17	R17	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	3
18	R18	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	13	3
19	R19	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	12	2
20	R20	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	3
21	R21	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	13	3
22	R22	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	3
23	R23	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	12	2
24	R24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	3
25	R25	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	11	2
26	R26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	14	3
27	R27	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	3
28	R28	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	3
29	R29	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	13	3
30	R30	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	14	3
31	R31	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3
32	R32	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	3
33	R33	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	3
34	R34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	3
35	R35	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	13	3
36	R36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	3
37	R37	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	3

38	R38	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	3
39	R39	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	3
40	R40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	3
41	R41	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
42	R42	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	11	2
43	R43	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	8	1
44	R44	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	3
45	R45	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	3
46	R46	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	13	3
47	R47	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	13	3
48	R48	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	3
49	R49	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	3
50	R50	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	12	2
51	R51	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
52	R52	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
53	R53	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
54	R54	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
55	R55	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
56	R56	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
57	R57	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	11	2
58	R58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	14	3
59	R59	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	13	3
60	R60	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	12	2
61	R61	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	13	3
62	R62	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	13	3
63	R63	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3
64	R64	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	13	3
65	R65	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
66	R66	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
67	R67	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	14	3
68	R68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	13	3
69	R69	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
70	R70	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	13	3
71	R71	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	13	3
72	R72	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	11	2
73	R73	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	3
74	R74	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	13	3
75	R75	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	10	2
76	R76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	13	3
77	R77	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	12	2
78	R78	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	13	3



79	R79	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	3
80	R80	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	13	3
81	R81	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	3
82	R82	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	3
83	R83	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	3
84	R84	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	3
85	R85	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
86	R86	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	12	2
87	R87	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	3
88	R88	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
89	R89	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	3
90	R90	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	3
91	R91	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	3
92	R92	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	11	2
93	R93	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	13	3
94	R94	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	11	2
95	R95	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
96	R96	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	13	3
97	R97	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	3
98	R98	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	12	2
99	R99	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	3
100	R100	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	3
101	R101	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	13	3
102	R102	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11	2
103	R103	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	14	3
104	R104	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	3
105	R105	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	12	2
106	R106	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
107	R107	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	3
108	R108	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11	2
109	R109	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	13	3
110	R110	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	3

Keterangan Kategori :

1 ( pengetahuan rendah)

2 (pengetahuan sedang)

3 (pengetahuan tinggi)



38	R38	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
39	R39	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
40	R40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
41	R41	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
42	R42	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
43	R43	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	7	1
44	R44	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	2
45	R45	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	2
46	R46	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	2
47	R47	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
48	R48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
49	R49	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	2
50	R50	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
51	R51	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
52	R52	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
53	R53	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
54	R54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
55	R55	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
56	R56	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	2
57	R57	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	2
58	R58	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
59	R59	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
60	R60	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
61	R61	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
62	R62	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
63	R63	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
64	R64	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
65	R65	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
66	R66	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
67	R67	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	2
68	R68	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
69	R69	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	2
70	R70	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	2
71	R71	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	2
72	R72	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
73	R73	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
74	R74	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
75	R75	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	7	1
76	R76	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	7	1
77	R77	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	7	1
78	R78	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8	2

79	R79	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	2
80	R80	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
81	R81	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
82	R82	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
83	R83	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
84	R84	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
85	R85	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	2
86	R86	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
87	R87	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	2
88	R88	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	2
89	R89	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
90	R90	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	2
91	R91	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	2
92	R92	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	7	1
93	R93	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	6	1
94	R94	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	7	1
95	R95	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	2
96	R96	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	2
97	R97	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	2
98	R98	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8	2
99	R99	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
100	R100	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	2
101	R101	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	2
102	R102	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	2
103	R103	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	6	1
104	R104	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	8	2
105	R105	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	9	2
106	R106	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8	2
107	R107	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	8	2
108	R108	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
109	R109	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
110	R110	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2

Keterangan Kategori :

1 ( sikap negatif)

2 (sikap positif)

NO	NAMA	TINDAKAN										skor	kategori
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		
1	R1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8	2
2	R2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
3	R3	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	7	1
4	R4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	2
5	R5	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	6	1
6	R6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	2
7	R7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	2
8	R8	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	2
9	R9	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	7	1
10	R10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
11	R11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
12	R12	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	6	1
13	R13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
14	R14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
15	R15	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8	2
16	R16	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	7	1
17	R17	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	5	1
18	R18	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	7	1
19	R19	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	2
20	R20	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	8	2
21	R21	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	6	1
22	R22	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	7	1
23	R23	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	5	1
24	R24	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	7	1
25	R25	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3	1
26	R26	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8	2
27	R27	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8	2
28	R28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	2
29	R29	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	8	2
30	R30	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	6	1
31	R31	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	7	1
32	R32	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	7	1
33	R33	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	7	1
34	R34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	2
35	R35	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	6	1
36	R36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	2
37	R37	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	8	2
38	R38	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	7	1

39	R39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
40	R40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	2
41	R41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
42	R42	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	2
43	R43	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	5	1
44	R44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	2
45	R45	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	6	1
46	R46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	2
47	R47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
48	R48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
49	R49	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	6	1
50	R50	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8	2
51	R51	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
52	R52	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
53	R53	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8	2
54	R54	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
55	R55	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
56	R56	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
57	R57	1	1	0	1	1	0		1	1	1	7	1
58	R58	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
59	R59	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
60	R60	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	2
61	R61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	2
62	R62	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	6	1
63	R63	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	8	2
64	R64	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8	2
65	R65	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
66	R66	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
67	R67	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
68	R68	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8	2
69	R69	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	2
70	R70	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	7	1
71	R71	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	6	1
72	R72	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	1
73	R73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
74	R74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
75	R75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
76	R76	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	5	1
77	R77	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	5	1
78	R78	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	6	1
79	R79	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	6	1

80	R80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
81	R81	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	8	2
82	R82	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	6	1
83	R83	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	6	1
84	R84	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	5	1
85	R85	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	6	1
86	R86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
87	R87	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
88	R88	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8	2
89	R89	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	4	1
90	R90	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	2
91	R91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
92	R92	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	3	1
93	R93	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	4	1
94	R94	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	3	1
95	R95	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	4	1
96	R96	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	1
97	R97	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	8	2
98	R98	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
99	R99	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
100	R100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	2
101	R101	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	1
102	R102	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	1
103	R103	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	1
104	R104	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	1
105	R105	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	3	1
106	R106	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
107	R107	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8	2
108	R108	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	2
109	R109	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	2
110	R110	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	2

Keterangan Kategori :

1 ( tindakan negatif)

2 (tindakan positif)

NO	NAMA	KONTINUITAS															skor	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
1	R1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	12	1
2	R2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2
3	R3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	2
4	R4	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2
5	R5	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	8	1
6	R6	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	10	1
7	R7	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	11	1
8	R8	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	9	1
9	R9	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	11	1
10	R10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	11	1
11	R11	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14	2
12	R12	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	8	1
13	R13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	12	1
14	R14	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	14	2
15	R15	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	8	1
16	R16	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	10	1
17	R17	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	8	1
18	R18	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	6	1
19	R19	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	7	1
20	R20	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	10	1
21	R21	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	6	1
22	R22	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	13	2
23	R23	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	8	1
24	R24	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	9	1
25	R25	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	8	1
26	R26	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	11	1
27	R27	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	10	1
28	R28	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	11	1
29	R29	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13	2
30	R30	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	13	2
31	R31	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	12	1
32	R32	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	13	2
33	R33	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	10	1
34	R34	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	10	1
35	R35	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	6	1
36	R36	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	9	1
37	R37	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	10	1
38	R38	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	9	1





80	R80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2
81	R81	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	9	1
82	R82	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	8	1
83	R83	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	9	1
84	R84	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	7	1
85	R85	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	9	1
86	R86	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	10	1
87	R87	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	10	1
88	R88	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	9	1
89	R89	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	5	1
90	R90	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	2
91	R91	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	10	1
92	R92	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	7	1
93	R93	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	1
94	R94	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5	1
95	R95	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	10	1
96	R96	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	6	1
97	R97	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	10	1
98	R98	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	2
99	R99	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
100	R100	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	7	1
101	R101	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	5	1
102	R102	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	6	1
103	R103	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	10	1
104	R104	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	9	1
105	R105	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	5	1
106	R106	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	6	1
107	R107	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	1
108	R108	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	6	1
109	R109	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
110	R110	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2

Keterangan Kategori :

1 (kontinuitas kurang)

2 (kontinuitas baik)



38	R38	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3	
39	R39	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	3	
40	R40	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	3	
41	R41	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2	
42	R42	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	3	
43	R43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	14	3	
44	R44	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	13	3	
45	R45	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2	
46	R46	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	12	2	
47	R47	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	11	2	
48	R48	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	3	
49	R49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15	3	
50	R50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	13	3	
51	R51	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	14	3	
52	R52	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	14	3	
53	R53	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	13	3	
54	R54	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	13	3	
55	R55	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	12	2	
56	R56	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	3	
57	R57	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	13	3	
58	R58	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	14	3	
59	R59	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13	3	
60	R60	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	15	3	
61	R61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	3	
62	R62	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	3
63	R63	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	13	3	
64	R64	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3	
65	R65	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	13	3	
66	R66	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	11	2	
67	R67	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	14	3	
68	R68	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	13	3	
69	R69	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	11	2	
70	R70	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	3	
71	R71	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3	
72	R72	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	13	3	
73	R73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	3	
74	R74	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3	
75	R75	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	12	2	
76	R76	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	13	3	
77	R77	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	3	
78	R78	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	12	2	

79	R79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	14	3
80	R80	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	13	3
81	R81	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	3	
82	R82	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	13	3	
83	R83	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	13	3	
84	R84	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	3	
85	R85	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	3	
86	R86	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	15	3	
87	R87	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	3	
88	R88	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3	
89	R89	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3	
90	R90	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	3	
91	R91	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	3	
92	R92	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	12	2	
93	R93	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13	3	
94	R94	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13	3	
95	R95	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	14	3	
96	R96	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13	3	
97	R97	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	14	3	
98	R98	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	13	3	
99	R99	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	9	1
100	R100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	13	3
101	R101	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	14	3
102	R102	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	3
103	R103	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	13	3
104	R104	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	2
105	R105	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	11	2
106	R106	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	3	
107	R107	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	2	
108	R108	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	3
109	R109	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13	3	
110	R110	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	10	2	

Keterangan Kategori :

1 ( pengetahuan rendah)

2 (pengetahuan sedang)

3 (pengetahuan tinggi)





79	R79	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
80	R80	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	6	1
81	R81	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	2
82	R82	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	9	2
83	R83	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	7	1
84	R84	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
85	R85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
86	R86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
87	R87	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
88	R88	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	8	2
89	R89	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
90	R90	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
91	R91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
92	R92	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	7	1
93	R93	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
94	R94	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
95	R95	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10	2
96	R96	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
97	R97	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	6	1
98	R98	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
99	R99	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	4	1
100	R100	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	6	1
101	R101	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	4	1
102	R102	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	8	2
103	R103	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	7	1
104	R104	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	5	1
105	R105	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	6	1
106	R106	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
107	R107	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
108	R108	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
109	R109	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
110	R110	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	8	2







80	R80	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	2
81	R81	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
82	R82	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
83	R83	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	6	1
84	R84	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
85	R85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
86	R86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
87	R87	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
88	R88	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	8	2
89	R89	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	2
90	R90	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
91	R91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
92	R92	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	1
93	R93	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	2
94	R94	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	2
95	R95	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	2
96	R96	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	6	1
97	R97	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	1
98	R98	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	2
99	R99	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3	1
100	R100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
101	R101	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
102	R102	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
103	R103	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
104	R104	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
105	R105	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	7	1
106	R106	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
107	R107	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
108	R108	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	8	2
109	R109	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	2
110	R110	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	5	1



39	R39	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	2
40	R40	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	10	1
41	R41	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	10	1
42	R42	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
43	R43	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	10	1
44	R44	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	12	1
45	R45	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	11	1
46	R46	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2
47	R47	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	12	1
48	R48	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	12	1
49	R49	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	12	1
50	R50	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	11	1
51	R51	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
52	R52	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	10	1
53	R53	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	2
54	R54	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	12	1
55	R55	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	2
56	R56	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2
57	R57	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	12	1
58	R58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2
59	R59	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	10	1
60	R60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2
61	R61	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	12	1
62	R62	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2
63	R63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15	2
64	R64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15	2
65	R65	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	9	1
66	R66	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	13	2
67	R67	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13	2
68	R68	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	9	1
69	R69	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	9	1
70	R70	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	7	1
71	R71	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	11	1
72	R72	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	9	1
73	R73	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	1
74	R74	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	8	1
75	R75	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
76	R76	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	2
77	R77	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2
78	R78	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	2
79	R79	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	2



### Lampiran 9. Hasil *Matching* Sosiodemografi Responden

#### JK\_Post\_Godean \* JK\_Post\_Mlati Crosstabulation

Count

		JK_Post_Mlati		Total
		Laki-laki	Perempuan	
JK_Post_Godean	Laki-laki	18	36	54
	Perempuan	17	39	56
Total		35	75	110

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,112 <sup>a</sup>	1	,738		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,017	1	,896		
Likelihood Ratio	,112	1	,738		
Fisher's Exact Test				,838	,448
Linear-by-Linear Association	,111	1	,739		
N of Valid Cases	110				

#### SP\_Post\_Godean \* SP\_Post\_Mlati Crosstabulation

Count

		SP_Post_Mlati		Total
		Belum menikah	Menikah	
SP_Post_Godean	Belum menikah	0	4	4
	Menikah	9	97	106
Total		9	101	110

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,370 <sup>a</sup>	1	,543		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,696	1	,404		
Fisher's Exact Test				1,000	,707
Linear-by-Linear Association	,367	1	,545		
N of Valid Cases	110				

#### Correlations

			Usia_Post_Godean	Usia_Post_Mlati
Spearman's rho	Usia_Post_Godean	Correlation Coefficient	1,000	,035
		Sig. (2-tailed)	.	,714
		N	110	110
	Usia_Post_Mlati	Correlation Coefficient	,035	1,000
		Sig. (2-tailed)	,714	.
		N	110	110

## Correlations

			Pendidikan_Post_Godean	Pendidikan_Post_Mlati
Spearman's rho	Pendidikan_Post_Godean	Correlation Coefficient	1,000	,132
		Sig. (2-tailed)	.	,168
		N	110	110
	Pendidikan_Post_Mlati	Correlation Coefficient	,132	1,000
		Sig. (2-tailed)	,168	.
		N	110	110

## Correlations

			Pekerjaan_Post_Godean	Pekerjaan_Post_Mlati
Spearman's rho	Pekerjaan_Post_Godean	Correlation Coefficient	1,000	,046
		Sig. (2-tailed)	.	,630
		N	110	110
	Pekerjaan_Post_Mlati	Correlation Coefficient	,046	1,000
		Sig. (2-tailed)	,630	.
		N	110	110

## Correlations

			Pendapatan_Post_Godean	Pendapatan_Post_Mlati
Spearman's rho	Pendapatan_Post_Godean	Correlation Coefficient	1,000	-,045
		Sig. (2-tailed)	.	,641
		N	110	110
	Pendapatan_Post_Mlati	Correlation Coefficient	-,045	1,000
		Sig. (2-tailed)	,641	.
		N	110	110

## Lampiran 10. Hubungan sosiodemografi dengan pengetahuan kelompok kontrol

## JK \* pengetahuan\_post Crosstabulation

Count

		pengetahuan_post			Total
		rendah	sedang	tinggi	
JK	Laki-laki	0	14	21	35
	Perempuan	1	26	48	75
Total		1	40	69	110

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,714 <sup>a</sup>	2	,700
Likelihood Ratio	1,011	2	,603
Linear-by-Linear Association	,066	1	,797
N of Valid Cases	110		



## SP \* pengetahuan\_post Crosstabulation

Count

		pengetahuan_post			Total
		rendah	sedang	tinggi	
SP	Belum menikah	0	3	6	9
	Menikah	1	37	63	101
Total		1	40	69	110

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,138 <sup>a</sup>	2	,933
Likelihood Ratio	,220	2	,896
Linear-by-Linear Association	,090	1	,764
N of Valid Cases	110		

## Correlations

		Usia	pengetahuan_post
Usia	Pearson Correlation	1	-,147
	Sig. (2-tailed)		,125
	N	110	110
pengetahuan_post	Pearson Correlation	-,147	1
	Sig. (2-tailed)	,125	
	N	110	110

## Correlations

		Pendidikan	pengetahuan_post
Spearman's rho	Pendidikan	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,202
		N	,035
pengetahuan_post		Correlation Coefficient	110
		Sig. (2-tailed)	,202
		N	,035
		1,000	110

## Correlations

		Pekerjaan	pengetahuan_post
Spearman's rho	Pekerjaan	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,012
		N	,901
pengetahuan_post		Correlation Coefficient	110
		Sig. (2-tailed)	,012
		N	,901
		1,000	110

## Correlations

			Pendapatan	pengetahuan_post
Spearman's rho	Pendapatan	Correlation Coefficient	1,000	,136
		Sig. (2-tailed)	.	,156
		N	110	110
	pengetahuan_post	Correlation Coefficient	,136	1,000
		Sig. (2-tailed)	,156	.
		N	110	110

**Lampiran 11.** Hubungan sosiodemografi dengan pengetahuan kelompok perlakuan

## JK \* pengetahuan Crosstabulation

Count

		pengetahuan			Total
		rendah	sedang	tinggi	
JK	Laki-laki	1	14	39	54
	Perempuan	0	12	44	56
Total		1	26	83	110

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,419 <sup>a</sup>	2	,492
Likelihood Ratio	1,805	2	,405
Linear-by-Linear Association	,881	1	,348
N of Valid Cases	110		

## SP \* pengetahuan Crosstabulation

Count

		pengetahuan			Total
		rendah	sedang	tinggi	
SP	Belum menikah	0	1	3	4
	Menikah	1	25	80	106
Total		1	26	83	110

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,041 <sup>a</sup>	2	,980
Likelihood Ratio	,077	2	,962
Linear-by-Linear Association	,000	1	,984
N of Valid Cases	110		

**Correlations**

			Usia	pengetahuan
Spearman's rho	Usia	Correlation Coefficient	1,000	,035
		Sig. (2-tailed)	.	,720
		N	110	110
	pengetahuan	Correlation Coefficient	,035	1,000
		Sig. (2-tailed)	,720	.
		N	110	110

**Correlations**

			Pendidikan	pengetahuan
Spearman's rho	Pendidikan	Correlation Coefficient	1,000	,156
		Sig. (2-tailed)	.	,103
		N	110	110
	pengetahuan	Correlation Coefficient	,156	1,000
		Sig. (2-tailed)	,103	.
		N	110	110

**Correlations**

			Pekerjaan	pengetahuan
Spearman's rho	Pekerjaan	Correlation Coefficient	1,000	-,071
		Sig. (2-tailed)	.	,463
		N	110	110
	pengetahuan	Correlation Coefficient	-,071	1,000
		Sig. (2-tailed)	,463	.
		N	110	110

**Correlations**

			pendapatan	pengetahuan
Spearman's rho	pendapatan	Correlation Coefficient	1,000	,281**
		Sig. (2-tailed)	.	,003
		N	110	110
	pengetahuan	Correlation Coefficient	,281**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,003	.
		N	110	110

**Lampiran 12.** Hasil Analisis Hubungan Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Kontinuitas dan Keberadaan Jentik Kelompok Kontrol

**Correlations**

			Pengetahuan_Mlati_Post	Sikap_Mlati_Post
Spearman's rho	Pengetahuan_Mlati_Post	Correlation Coefficient	1,000	,202
		Sig. (2-tailed)	.	,035
		N	110	110
	Sikap_Mlati_Post	Correlation Coefficient	,202	1,000
		Sig. (2-tailed)	,035	.
		N	110	110

**Correlations**

			Sikap_Mlati_Post	Tindakan_Mlati_Post
Spearman's rho	Sikap_Mlati_Post	Correlation Coefficient	1,000	,316**
		Sig. (2-tailed)	.	,001
		N	110	110
	Tindakan_Mlati_Post	Correlation Coefficient	,316**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,001	.
		N	110	110

**Correlations**

			Tindakan_Mlati_Post	Kontinuitas_Mlati_Post
Spearman's rho	Tindakan_Mlati_Post	Correlation Coefficient	1,000	,200
		Sig. (2-tailed)	.	,036
		N	110	110
	Kontinuitas_Mlati_Post	Correlation Coefficient	,200	1,000
		Sig. (2-tailed)	,036	.
		N	110	110

**Correlations**

			Kontinuitas_Mlati_Post	Jentik_Mlati_Post
Spearman's rho	Kontinuitas_Mlati_Post	Correlation Coefficient	1,000	,149
		Sig. (2-tailed)	.	,121
		N	110	110
	Jentik_Mlati_Post	Correlation Coefficient	,149	1,000
		Sig. (2-tailed)	,121	.
		N	110	110

**Lampiran 13.** Hasil Analisis Hubungan Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Kontinuitas dan Keberadaan Jentik Kelompok Perlakuan

**Correlations**

			Pengetahuan_Godean_Post	Sikap_Godean_Post
Spearman's rho	Pengetahuan_Godean_Post	Correlation Coefficient	1,000	,261**
		Sig. (2-tailed)	.	,006
		N	110	110
	Sikap_Godean_Post	Correlation Coefficient	,261**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,006	.
		N	110	110

## Correlations

			Sikap_Godean_ Post	Tindakan_Godean_ Post
Spearman's rho	Sikap_Godean_Post	Correlation Coefficient	1,000	,272**
		Sig. (2-tailed)	.	,004
		N	110	110
	Tindakan_Godean_P ost	Correlation Coefficient	,272**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,004	.
		N	110	110

## Correlations

			Tindakan_Godean_ Post	Kontinuitas_Godean_ _post
Spearman's rho	Tindakan_Godean_ Post	Correlation Coefficient	1,000	,266**
		Sig. (2-tailed)	.	,005
		N	110	110
	Kontinuitas_Godean_ _post	Correlation Coefficient	,266**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,005	.
		N	110	110

## Correlations

			Kontinuitas_Godean_ _post	Jentik_Godean_ Post
Spearman's rho	Kontinuitas_Godean_ _post	Correlation Coefficient	1,000	-,070
		Sig. (2-tailed)	.	,469
		N	110	110
	Jentik_Godean_Post	Correlation Coefficient	-,0,70	1,000
		Sig. (2-tailed)	,469	.
		N	110	110

**Lampiran 14.** Hasil Analisis Hubungan Intervensi terhadap Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Kontinuitas

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pengetahuan_Mlati_Pre	110	2,6909	,48359	1,00	3,00
Sikap_Mlati_Pre	110	1,9000	,30137	1,00	2,00
Tindakan_Mlati_Pre	110	1,5727	,49695	1,00	2,00
Kontinuitas_Mlati_Pre	110	1,1545	,36313	1,00	2,00
Jentik_Mlati_Pre	110	1,8273	,37974	1,00	2,00
Pengetahuan_Mlati_Post	110	2,6636	,49358	1,00	3,00
Sikap_Mlati_Post	110	1,9091	,28880	1,00	2,00
Tindakan_Mlati_Post	110	1,5909	,49392	1,00	2,00
Kontinuitas_Mlati_Post	110	1,2091	,40852	1,00	2,00
Jentik_Mlati_Post	110	1,8545	,35417	1,00	2,00

## Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan_Mlati_Post - Pengetahuan_Mlati_Pre	Negative Ranks	25 <sup>a</sup>	23,94	598,50
	Positive Ranks	22 <sup>b</sup>	24,07	529,50
	Ties	63 <sup>c</sup>		
	Total	110		
Sikap_Mlati_Post - Sikap_Mlati_Pre	Negative Ranks	10 <sup>d</sup>	11,00	110,00
	Positive Ranks	11 <sup>e</sup>	11,00	121,00
	Ties	89 <sup>f</sup>		
	Total	110		
Tindakan_Mlati_Post - Tindakan_Mlati_Pre	Negative Ranks	23 <sup>g</sup>	24,50	563,50
	Positive Ranks	25 <sup>h</sup>	24,50	612,50
	Ties	62 <sup>i</sup>		
	Total	110		
Kontinuitas_Mlati_Post - Kontinuitas_Mlati_Pre	Negative Ranks	14 <sup>j</sup>	17,50	245,00
	Positive Ranks	20 <sup>k</sup>	17,50	350,00
	Ties	76 <sup>l</sup>		
	Total	110		
Jentik_Mlati_Post - Jentik_Mlati_Pre	Negative Ranks	14 <sup>m</sup>	16,00	224,00
	Positive Ranks	17 <sup>n</sup>	16,00	272,00
	Ties	79 <sup>o</sup>		
	Total	110		

- a. Pengetahuan\_Mlati\_Post < Pengetahuan\_Mlati\_Pre  
b. Pengetahuan\_Mlati\_Post > Pengetahuan\_Mlati\_Pre  
c. Pengetahuan\_Mlati\_Post = Pengetahuan\_Mlati\_Pre  
d. Sikap\_Mlati\_Post < Sikap\_Mlati\_Pre  
e. Sikap\_Mlati\_Post > Sikap\_Mlati\_Pre  
f. Sikap\_Mlati\_Post = Sikap\_Mlati\_Pre  
g. Tindakan\_Mlati\_Post < Tindakan\_Mlati\_Pre  
h. Tindakan\_Mlati\_Post > Tindakan\_Mlati\_Pre  
i. Tindakan\_Mlati\_Post = Tindakan\_Mlati\_Pre  
j. Kontinuitas\_Mlati\_Post < Kontinuitas\_Mlati\_Pre  
k. Kontinuitas\_Mlati\_Post > Kontinuitas\_Mlati\_Pre  
l. Kontinuitas\_Mlati\_Post = Kontinuitas\_Mlati\_Pre  
m. Jentik\_Mlati\_Post < Jentik\_Mlati\_Pre  
n. Jentik\_Mlati\_Post > Jentik\_Mlati\_Pre  
o. Jentik\_Mlati\_Post = Jentik\_Mlati\_Pre

	Pengetahuan_Mlati_Post - Pengetahuan_Mlati_Pre	Sikap_Mlati_Post - Sikap_Mlati_Pre	Tindakan_Mlati_Post - Tindakan_Mlati_Pre	Kontinuitas_Mlati_Post - Kontinuitas_Mlati_Pre
Z	-,411 <sup>b</sup>	-,218 <sup>c</sup>	-,289 <sup>c</sup>	-1,029 <sup>c</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,681	,827	,773	,303

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

c. Based on negative ranks.

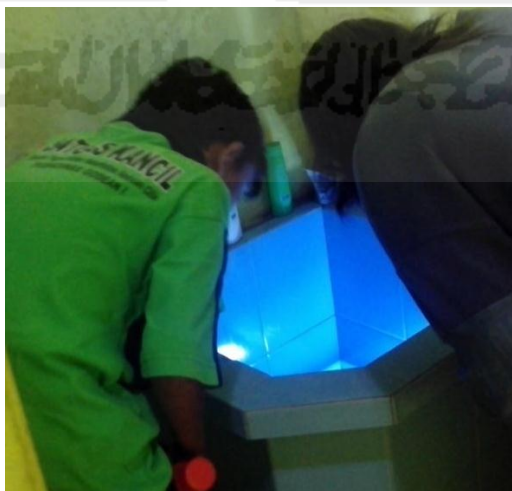


**Lampiran 15. Dokumentasi Kegiatan Penelitian**

Penyuluhan DBD



Responden Mengisi Kuesioner



Pemeriksaan Jentik