

BAB V

HASIL

5.1 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dari penelitian ini adalah penulis tidak turun secara langsung ke lapangan sehingga tidak mendapatkan hasil data observasi secara langsung. Selain itu, variabel dalam kuesioner yang digunakan pada penelitian ini juga tidak banyak. Hal ini disebabkan oleh maksud awal dari penelitian ini adalah hanya untuk mengetahui hal apa saja yang bisa menjadi prediktor dalam perilaku pencegahan DBD pada murid SD tanpa melihat hubungan. Untuk itu dalam penelitian ini penulis mengadaptasi Teori Health Belief Models dan Teori Green serta hasil penelitian kualitatif yang berkaitan dengan tujuan penelitian ini. Selain itu, pendekatan cross sectional untuk penelitian ini mempunyai kelemahan tidak bisa melihat hubungan sebab yang mendahului akibat karena penelitian dilakukan pada satu waktu saja.

5.2 Gambaran Umum Kota Depok

Kota Depok dengan luas wilayah 200,06 km² mempunyai penduduk berjumlah 1.369.457 orang (Tahun 2007). Kepadatan penduduk kota Depok adalah 6.591 jiwa/km² dan tertata dalam 6 kecamatan dan 63 kelurahan.

Di sebelah utara, Kota Depok berbatasan dengan DKI Jakarta & Kec. Ciputat Kab. Tangerang, lalu di selatan berbatasan dengan Kec. Cibinong Kab Bogor, di barat berbatasan dengan Kec. Parung, Kec. Gn. Sindur Kab. Bogor dan di timur berbatasan dengan Kec. Gunung Putri Kab. Bogor dan Kec. Pondok Gede Kota Bekasi.

Berdasarkan profil kota Depok tahun 2006, kota Depok memiliki prasarana kesehatan yang terdiri dari 7 Rumah sakit, 25 Puskesmas, 824 Posyandu dan 82 apotik. Depok mempunyai potensi sebagai sebuah wilayah penyangga yang menjadi kawasan lalu lintas Jakarta-Depok-Bogor-Tangerang-Bekasi, potensi ini mendukung untuk menjadikan Depok sebagai tempat bermukim, tempat berusaha, dan sebagai daerah pusat Pemerintahan. Secara biogeografis karena kestrategisan Kota Depok yang merupakan bagian dari berbagai daerah aliran sungai yang berpusat di pegunungan di Kabupaten Bogor dan Cianjur, menjadikan curah hujan di Kota Depok cukup tinggi sehingga Depok kaya akan potensi flora dan fauna.

Sejak tahun 2004, kota Depok tercatat menjadi daerah endemis DBD. Dari tabel di bawah dapat dilihat status endemis dan sporadis dari 63 kelurahan di Depok. Jumlah daerah sporadis sebanyak 17 kelurahan pada tahun 2004 mengalami peningkatan menjadi 20 kelurahan pada tahun 2005. Pada tahun selanjutnya jumlah kelurahan yang berstatus sporadis berkurang menjadi 13 kelurahan di 2006 dan 7 kelurahan di 2007. Di sisi lain jumlah wilayah yang diklasifikasikan sebagai daerah endemis semakin bertambah. Bahkan untuk tahun 2007 sudah tidak ada daerah di Depok yang bebas dari kejadian DBD.

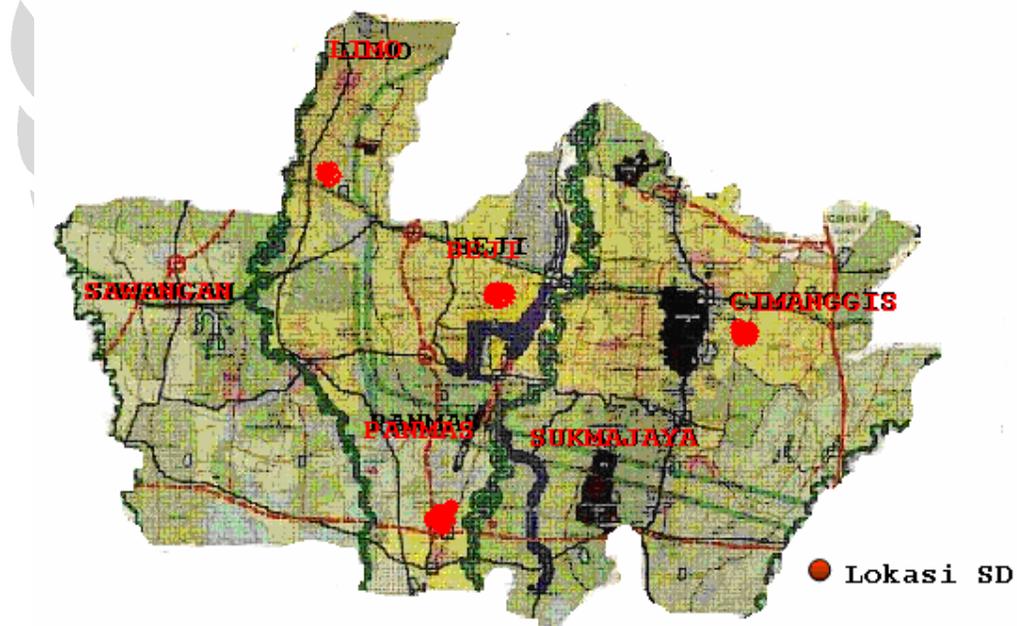
Tabel 5.1 Jumlah Daerah Endemis dan Sporadis di Kota Depok Tahun 2007

KATEGORI	2004	2005	2006	2007
Endemis	41	42	49	56
Sporadis	17	20	13	7
Bebas	5	1	1	0

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Depok, 2007

Lima SD yang menjadi lokasi pengambilan sampel berada dalam lingkungan yang berbeda. SD Beji 3 dan SD Beji 8 di Kecamatan Beji berada pada wilayah perkotaan, sementara itu SD Rahmani di Kecamatan Cimanggis merupakan sekolah dengan karakter siswa sosial ekonomi menengah ke atas. Berbeda dengan SD Raudatul Muta'alimin yang berlokasi di Kecamatan Limo yang merupakan sekolah dengan karakter siswa sosial ekonomi menengah ke bawah dan SD Ratujaya 3 di Kecamatan Pancoran Mas merupakan sekolah yang berada di wilayah perkampungan dengan karakter siswa sosial ekonomi menengah ke bawah.

Di bawah ini adalah gambar peta Kota Depok yang menunjukkan lokasi Sekolah Dasar yang menjadi tempat penelitian.



Gambar 5.1 Peta Lokasi SD Penelitian di Kota Depok

5.3 Hasil Univariat

Hasil univariat yang diuji pada penelitian ini disajikan dalam distribusi frekuensi setiap variabel dalam bentuk persentase dan angka mutlak. Variabel yang ditampilkan mencakup perilaku pencegahan DBD, distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, pengetahuan mengenai DBD, pengalaman dengan DBD dan paparan informasi tentang DBD dari responden. Berikut ini adalah hasil uji univariat dari variabel-variabel yang mempengaruhi perilaku pencegahan DBD pada murid SD di Kota Depok.

5.3.1 Perilaku Pencegahan DBD

Perilaku yang dimaksud adalah segala usaha yang dilakukan untuk mencegah penyakit demam berdarah dengue. Perilaku ini meliputi apa saja yang pernah dilakukan agar tidak digigit nyamuk penular DBD di sekolah, apakah pernah mengamati jentik, seberapa sering mengamati jentik dan memberantas jentik dan apa saja yang dilakukan setelah mendapatkan informasi tentang DBD.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Perilaku Pencegahan DBD Responden

Sekolah	Perilaku Kurang Baik		Perilaku Cukup Baik		Total	
	N	%	n	%	n	%
SD Ratujaya 3	82	57,3	61	42,7	143	100
SD Rahmani	52	42,3	71	57,7	123	100
SD Raudhatul Muta'alimin	29	36,3	51	63,8	80	100
SD Beji 3	18	40,9	26	59,1	44	100
SD Beji 8	19	38	31	62	50	100
Total	200	45,5	240	54,5	440	100

Dari tabel di atas dapat dilihat distribusi frekuensi perilaku pencegahan DBD di 5 SD yang menjadi lokasi sampel. Dari kelima sekolah, hanya 240 orang (54,5%) dari responden yang berperilaku cukup baik dalam perilaku pencegahan DBD.

Presentase tertinggi dari responden yang berperilaku cukup baik dalam pencegahan DBD terdapat di SD Raudhatul Muta'alimin yaitu sebesar 63,8%, sementara presentasi tertinggi dari responden yang berperilaku kurang baik dalam pencegahan DBD terdapat di SD Ratujaya 3 yaitu sebesar 57,3%.

Diantara sekolah yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD, setelah SD Raudhatul Muta'alimin, SD Beji 8 berada di urutan kedua yang memiliki presentase 62,2% atau sebanyak 31 responden yang berperilaku baik. SD Beji 3 berada di urutan ketiga dengan presentase 59,1% atau sebanyak 26 responden yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD. Sementara itu, SD Rahmani berada di urutan keempat dengan presentase sebesar 57,7% atau sebanyak 71 responden yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD, dan urutan terakhir yang memiliki presentase terkecil adalah SD Ratujaya 3 dengan presentase sebesar 42,7% atau 61 responden yang berperilaku baik dalam pencegahan DBD.

Diantara sekolah yang berperilaku kurang baik dalam pencegahan DBD, setelah SD Ratujaya 3, SD Rahmani berada di urutan kedua yang memiliki presentase 42,3% atau sebanyak 52 responden yang berperilaku kurang baik. SD Beji 3 berada di urutan ketiga dengan presentase 40,9% atau sebanyak 18 responden yang berperilaku kurang baik dalam pencegahan DBD. Sementara itu, SD Beji 8 berada di urutan keempat dengan presentase sebesar 38% atau sebanyak 19 responden yang berperilaku kurang baik dalam pencegahan DBD, dan urutan terakhir yang memiliki presentase terkecil adalah SD Raudhatul Muta'alimin dengan presentase sebesar 36,3% atau 29 responden yang berperilaku kurang baik dalam pencegahan DBD.

5.3.2 Jumlah Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Sekolah Dasar

Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini berasal dari lima sekolah dasar di Kota Depok. Pada tabel di bawah ini dapat dilihat jumlah responden dari masing-masing sekolah yang dijadikan lokasi pengambilan sampel penelitian.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Sekolah Dasar

Sekolah	Laki-laki		Perempuan		Total	
	n	%	n	%	n	%
SD Ratujaya 3	69	48,3	74	51,7	143	100
SD Rahmani	69	56,1	54	43,9	123	100
SD Raudhatul Muta/alimin	43	53,8	37	46,3	80	100
SD Beji 3	19	43,2	25	56,8	44	100
SD Beji 8	29	58	21	42	50	100
TOTAL	229	52	211	48	440	100

Dari tabel di atas dapat dilihat jumlah responden penelitian ini dari kelima sekolah. Pada umumnya perbandingan responden laki-laki dan perempuan dari 5 sekolah tidak berbeda jauh. Dari 440 responden yang terdiri dari murid SD, jumlah murid laki-laki lebih banyak daripada murid perempuan. Sebanyak 52% dari responden adalah murid laki-laki yaitu sebanyak 229 orang dan 48% responden merupakan murid perempuan yaitu sebanyak 211 orang.

Diantara kelima sekolah, jumlah responden laki-laki terbanyak berasal dari SD Beji 8 dengan presentase 58% responden. Urutan berikutnya dari presentase responden murid laki-laki untuk penelitian ini adalah SD Rahmani (56,1%), SD Raudhatul Muta'alimin (53,8%), SD Ratujaya 3 (48,3%) dan SD SD Beji 3 (43,2%).

Diantara kelima sekolah, jumlah responden perempuan terbanyak berasal dari SD Beji 3 dengan presentase 56,8% responden. Urutan berikutnya dari presentase responden murid perempuan untuk penelitian ini adalah SD Ratujaya 3 (51,7%), SD Raudhatul Muta'alimin (46,3%), SD Rahmani (43,9%) dan SD Beji 8 (42%).

5.3.3 Pengetahuan Responden Mengenai DBD

Pengetahuan yang dimaksud adalah pengetahuan responden tentang karakteristik nyamuk penular DBD, pencegahan DBD, tujuan 3M, siapa saja yang bisa terkena DBD, keseriusan penyakit DBD dan pemberantasan DBD

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Mengenai DBD

Sekolah	Pengetahuan Rendah		Pengetahuan Tinggi		Total	
	n	%	n	%	n	%
SD Ratujuaya 3	98	68,5	45	31,5	143	100
SD Rahmani	79	64,8	43	35,2	122	100
SD Raudhatul Muta'alimin	49	65,3	26	34,7	75	100
SD Beji 3	22	50	22	50	44	100
SD Beji 8	13	26	37	74	50	100
Total	261	60,1	173	39,9	434	100

*Missing = 6

Dari tabel di atas dapat dilihat distribusi frekuensi pengetahuan mengenai DBD di 5 SD yang menjadi lokasi sampel. Dari kelima sekolah, hanya 173 orang (39,3%) dari responden yang berpengetahuan tinggi mengenai DBD. Presentase tertinggi dari responden yang berpengetahuan tinggi mengenai DBD terdapat di SD Beji 8 yaitu sebesar 74% atau sebanyak 37 orang, sementara presentasi tertinggi dari responden yang berpengetahuan rendah mengenai DBD terdapat di SD Ratujuaya 3 yaitu sebesar 68,5% atau sebanyak 98 orang.

Diantara sekolah yang berpengetahuan tinggi mengenai DBD, setelah SD Beji 8, SD Beji 3 berada di urutan kedua yang memiliki presentase 50% atau sebanyak 22 responden yang berpengetahuan tinggi. SD Rahmani berada di urutan ketiga dengan presentase 35,2% atau sebanyak 43 responden yang berpengetahuan tinggi mengenai DBD. Sementara itu, SD Raudhatul Muta'alimin berada di urutan keempat dengan presentase sebesar 34,7% atau sebanyak 26 responden yang berpengetahuan tinggi mengenai DBD, dan urutan terakhir yang memiliki presentase

terkecil adalah SD Ratujaya 3 presentase sebesar 31,5% atau 45 responden yang berpengetahuan tinggi mengenai DBD.

Diantara sekolah yang berpengetahuan rendah mengenai DBD, setelah SD Ratujaya 3, SD Raudhatul Muta'alimin berada di urutan kedua yang memiliki presentase 65,3% atau sebanyak 49 responden yang berpengetahuan rendah. SD Rahmani berada di urutan ketiga dengan presentase 64,8% atau sebanyak 79 responden yang berpengetahuan rendah mengenai DBD. Sementara itu, SD Beji 3 berada di urutan keempat dengan presentase sebesar 50% atau sebanyak 22 responden yang berpengetahuan rendah mengenai DBD, dan urutan terakhir yang memiliki presentase terkecil adalah SD Beji 8 dengan presentase sebesar 26% atau 13 responden yang berpengetahuan rendah mengenai DBD.

5.3.4 Pengalaman Responden Dengan DBD

Pengalaman yang dimaksud adalah pernah atau tidaknya responden atau orang-orang terdekat mengalami penyakit DBD dan responden pernah diajak orang tua untuk melakukan kegiatan mengamati jentik di rumah

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pengalaman Responden Dengan DBD

Sekolah	Pengalaman Belum Ada		Pengalaman Ada		Total	
	n	%	n	%	n	%
SD Ratujaya 3	102	71,3	41	28,7	143	100
SD Rahmani	65	52,8	58	47,2	123	100
SD Raudhatul Muta'alimin	59	73,8	21	26,3	80	100
SD Beji 3	24	54,5	20	45,5	44	100
SD Beji 8	37	74	13	26	50	100
Total	287	65,2	153	34,8	440	100

Tabel di atas menunjukkan distribusi frekuensi pengalaman responden dengan DBD. Pada umumnya, responden dari masing-masing SD belum mempunyai

pengalaman dengan DBD. Dari 440 responden yang terdiri dari murid SD, jumlah responden yang mempunyai pengalaman dengan DBD adalah sebesar 65,2% atau sebanyak 287 responden. Selain itu, responden yang belum mempunyai pengalaman dengan DBD adalah sebesar 34,8% atau sebanyak 153 responden.

Diantara kelima sekolah, jumlah responden terbanyak yang mempunyai pengalaman dengan DBD berasal dari SD Rahmani dengan presentase 47,2% atau 58 responden. Urutan berikutnya dari presentase responden yang mempunyai pengalaman dengan DBD adalah SD Beji 3 (45,5%), SD Ratujaya 3 (28,7%), SD Raudhatul Muta'alimin (26,3%), dan SD Beji 8 (26%).

Diantara kelima sekolah, jumlah responden terbanyak yang belum mempunyai pengalaman dengan DBD berasal dari SD Beji 8 dengan presentase 74% atau 37 responden. Urutan berikutnya dari presentase responden yang belum mempunyai pengalaman dengan DBD adalah SD Raudhatul Muta'alimin (73,8%), SD Ratujaya 3 (71,3%), SD Beji 3 (54,5%) dan SD Rahmani (52,8%).

5.3.5 Paparan Sumber Informasi Responden Mengenai DBD

Paparan informasi yang dimaksud adalah paparan dari semua sumber yang memberikan informasi mengenai DBD kepada responden. Apakah responden pernah mendapat informasi seputar DBD, pernahkah membahas DBD dengan orang tua maupun teman, cara apa yang disukai dalam mendapatkan informasi DBD dan dari mana saja mendapatkan informasi.

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Paparan Sumber Informasi Responden Mengenai DBD

Sekolah	Paparan Kurang		Paparan Cukup		Total	
	n	%	n	%	n	%
SD Ratujaya 3	74	51,7	69	48,3	143	100
SD Rahmani	48	39	75	61	123	100
SD Raudhatul Muta/alimin	36	45	44	55	80	100
SD Beji 3	15	34,1	29	65,9	44	100
SD Beji 8	6	12	44	88	50	100
Total	179	40,7	261	59,3	440	100

Dari tabel di atas dapat dilihat distribusi frekuensi paparan sumber informasi mengenai DBD di 5 SD yang menjadi lokasi sampel. Dari kelima sekolah, terdapat 261 orang (59,3%) dari responden yang cukup terpapar oleh informasi mengenai hal-hal yang berkaitan dengan DBD. Presentasi tertinggi dari responden yang cukup terpapar dengan informasi seputar DBD terdapat di SD Beji 8 yaitu sebesar 88% atau sebanyak 44 orang, sementara presentasi tertinggi dari responden yang kurang terpapar dengan informasi seputar DBD terdapat di SD Ratujaya 3 yaitu sebesar 51,7% atau sebanyak 74 orang.

Diantara sekolah yang cukup terpapar dengan informasi seputar DBD, setelah SD Beji 8, SD Beji 3 berada di urutan kedua yang memiliki presentase 65,9% atau sebanyak 29 responden yang cukup terpapar dengan informasi DBD. SD Rahmani berada di urutan ketiga dengan presentase 61% atau sebanyak 75 responden yang cukup terpapar dengan informasi DBD. Sementara itu, SD Raudhatul Muta'alimin berada di urutan keempat dengan presentase sebesar 55% atau sebanyak 44 responden yang cukup terpapar dengan informasi DBD dan urutan terakhir yang memiliki presentase terkecil adalah SD Ratujaya 3 dengan presentase sebesar 48,3% atau 695 responden yang cukup terpapar dengan informasi DBD.

Diantara sekolah yang kurang terpapar dengan informasi DBD, setelah SD Ratujaya 3, SD Raudhatul Muta'alimin berada di urutan kedua yang memiliki presentase 45% atau sebanyak 49 responden yang kurang terpapar dengan informasi DBD. SD Rahmani berada di urutan ketiga dengan presentase 39% atau sebanyak 79 responden yang kurang terpapar dengan informasi DBD. Sementara itu, SD Beji 3 berada di urutan keempat dengan presentase sebesar 34,1% atau sebanyak 15 responden yang kurang terpapar dengan informasi DBD, dan urutan terakhir yang memiliki presentase terkecil adalah SD Beji 8 dengan presentase sebesar 12% atau 6 responden yang kurang terpapar dengan informasi DBD.

Responden yang masih anak-anak mempunyai pilihan sendiri untuk menentukan cara yang lebih disukai untuk mendapatkan suatu informasi. Dalam tabel berikut ini tercantum jenis sumber informasi yang dipilih oleh responden untuk mendapatkan paparan mengenai informasi DBD.

Tabel 5.7 Jenis Sumber Informasi yang Dipilih oleh Responden

No.	Jenis Sumber Informasi	Jumlah	Persentase (%)
1.	Orang Tua	194	44,1
2.	Guru	157	35,7
3.	Petugas Kesehatan	148	33,6
4.	Teman	57	13
5.	Surat Kabar	54	12,3
6.	Televisi	275	62,5

Dari tabel di atas dapat dilihat dari 6 jenis sumber informasi, yang paling banyak dipilih oleh responden adalah media televisi. Media televisi dipilih oleh 275 responden (62,5%) dari 440 responden. Selain itu, orang tua menjadi jenis sumber informasi kedua yang dipilih oleh 194 responden (44,1%). Guru menjadi jenis sumber informasi ketiga yang dipilih oleh 157 responden (35,7%), sementara petugas kesehatan sebagai jenis sumber informasi keempat yang dipilih oleh 148 responden

(33,6%). Sebagai urutan kelima, teman sebagai sumber informasi hanya dipilih oleh 57 responden (13%). Surat kabar hanya dipilih oleh 54 responden (12,3%) sebagai sumber informasi mengenai DBD.

5.4 Hubungan Antara Perilaku Pencegahan DBD dengan Jenis Kelamin, Pengetahuan, Pengalaman dan Paparan Sumber Informasi

Untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dengan variabel independennya maka dilakukan uji bivariat dengan menggunakan uji Chi Square. Variabel dependen penelitian adalah perilaku pencegahan DBD yang dikategorikan dalam perilaku kurang baik dan perilaku cukup baik. Sementara variabel independennya adalah jenis kelamin responden, pengetahuan responden, pengalaman responden dan paparan informasi yang didapatkan oleh responden. Hasil uji dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.8 Hasil Chi Square Variabel Dependen dengan Variabel Independen

Variabel	Perilaku kurang baik		Perilaku cukup baik		Total		χ^2 Pvalue	PR
	n	%	n	%	n	%		
Jenis kelamin								
Laki-laki	105	45,9	124	54,1	229	100	0,938	1,018
Perempuan	95	45	116	55	211	100		0,830-1,250
Pengetahuan								
Rendah	130	49,8	131	50,2	261	100	0,04	1,267
Tinggi	68	39,3	105	60,7	173	100		1,015-1,582
Pengalaman								
Belum ada	87	41	125	59	212	100	0,076	0,805
Ada	78	51	75	49	153	100		0,643 – 1,007
Paparan								
Kurang	140	78,2	39	21,8	179	100	0,000	3,402
Cukup	60	23	201	77	261	100		2,689-4,304

$\alpha = 0,05$

Dari hasil uji chi square di atas, dapat dilihat hubungan antara beberapa variabel dengan perilaku pencegahan DBD. Variabelnya adalah jenis kelamin, pengetahuan, pengalaman dan paparan sumber informasi. Variabel jenis kelamin memberikan hasil uji p-value $> 0,05$ ($pv = 0,938$) yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku pencegahan DBD.

Selain itu, hubungan antara variabel pengetahuan dengan variabel perilaku memberikan hasil uji p-value $< 0,05$ ($pv = 0,04$) yang menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan DBD. Dengan nilai Prevalens Risk sebesar 1,267 dalam rentang antara 1,015 – 1,582, menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan mengenai DBD dengan perilaku pencegahan DBD. Responden yang berpengetahuan rendah mengenai DBD, beresiko 1,267 kali lebih besar daripada responden yang berpengetahuan tinggi untuk berisiko perilaku kurang baik dalam pencegahan DBD.

Hubungan antara variabel pengalaman dengan variabel perilaku memberikan hasil uji p-value $> 0,05$ ($pv = 0,076$). Nilai pv ini menunjukkan tidak adanya hubungan antara pengalaman seputar DBD dengan perilaku pencegahan DBD.

Hasil uji antara variabel paparan sumber informasi dengan variabel perilaku pencegahan DBD adalah p-value $< 0,05$ ($pv = 0,04$). Nilai ini menunjukkan adanya hubungan antara paparan sumber informasi dengan perilaku pencegahan DBD. Dengan nilai Prevalens Risk sebesar 3,402 dalam rentang antara 2,689 – 4,304, menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara paparan sumber informasi mengenai DBD dengan perilaku pencegahan DBD. Responden yang kurang mendapatkan paparan informasi DBD, beresiko 3,402 kali lebih besar

daripada responden yang mendapatkan cukup paparan informasi DBD untuk berisiko perilaku kurang baik dalam pencegahan DBD.

5.5 Perbandingan Antara Beberapa SD Dalam Perilaku Pencegahan DBD

Berdasarkan hasil uji di atas, lima sekolah yang menjadi tempat penelitian memberikan hasil yang tidak seragam. Oleh karena itu dapat dilihat sekolah mana yang lebih baik atau lebih buruk dalam perilaku pencegahan DBDnya.

Tabel 5.9 Perbandingan Perilaku Pencegahan DBD di Beberapa SD di Kota Depok

Variabel	Perilaku kurang baik		Perilaku cukup baik		Total		χ^2 Pvalue	PR
	n	%	n	%	n	%		
SD Raudhatul Muta'alimin	82	57,3	61	42,7	143	100		Ref.
SD Ratujaya 3	29	36,3	51	63,8	80	100	0,004	1,582 (1,145 – 2,185)
SD Rahmani	52	42,3	71	57,7	123	100	0,478	1,166 (0,817 – 1,666)

Dari tabel di atas dapat dilihat hubungan antara perilaku responden dalam pencegahan DBD di SD Ratujaya 3 dan SD Rahmani dengan perilaku responden dalam pencegahan DBD di SD Raudhatul Muta'alimin. Hasil uji antara perilaku pencegahan DBD di SD Ratujaya 3 dengan perilaku pencegahan DBD di SD Raudhatul Muta'alimin adalah p-value < 0,05 (pv = 0,004). Nilai ini menunjukkan adanya hubungan antara perilaku responden dalam pencegahan DBD di kedua sekolah tersebut. Dengan nilai Prevalens Risk sebesar 1,582 dalam rentang antara 1,145 – 2,185, menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku responden diantara dua sekolah. Responden di SD Ratujaya 3 mempunyai risiko 1,582 kali lebih besar daripada responden di SD Raudhatul Muta'alimin untuk berisiko perilaku kurang baik dalam pencegahan DBD.

Selain itu, hasil uji antara perilaku pencegahan DBD di SD Rahmani dengan perilaku pencegahan DBD di SD Raudhatul Muta'alimin adalah $p\text{-value} > 0,05$ ($p_v = 0,478$). Nilai ini menunjukkan tidak adanya hubungan antara perilaku responden dalam pencegahan DBD di kedua sekolah tersebut.

Perbandingan hanya dilakukan pada tiga sekolah, karena terdapatnya perbedaan jumlah sampel antara 3 sekolah tersebut dengan SD Beji 3 dan SD Beji 8. Bila pada SD Ratujuaya 3, SD Rahmani dan SD Raudhatul Muta'alimin didapatkan sampel dari kelas 3 hingga kelas 6, maka di SD Beji 3 dan SD Beji 8 hanya didapatkan sampel dari kelas 5 dan kelas 6.

Berikut ini adalah tabel yang menggambarkan ringkasan hasil penelitian.

Tabel 5.10 Hasil Peringkat Sekolah Dasar Berdasarkan Hasil Penelitian

Sekolah	Perilaku Cukup Baik	Pengetahuan Tinggi	Pengalaman Ada	Paparan Informasi Cukup
SD Ratujuaya 3	5	5	3	5
SD Rahmani	4	3	1	3
SD Raudhatul Muta'alimin	1	4	4	4
SD Beji 3	3	2	2	2
SD Beji 8	2	1	5	1

Dari tabel di atas dapat dilihat peringkat masing-masing Sekolah Dasar terkait penelitian perilaku pencegahan DBD. SD Raudhatul Muta'alimin merupakan SD yang berperilaku paling baik diantara SD lainnya. Akan tetapi SD Raudhatul Muta'alimin bukan SD yang paling bagus dalam pengetahuan, pengalaman dan kecukupan mendapatkan informasi. SD Beji 8 merupakan SD yang paling baik dalam tingkat pengetahuan DBD dan paling sering mendapatkan informasi seputar DBD. Namun hal tersebut tidak menjamin perilaku pencegahan DBD-nya paling baik. Begitu juga dengan SD Rahmani yang tingkat pengalamannya paling tinggi

diantara SD lainnya, tidak membuat murid di SD tersebut berperilaku pencegahan DBD dengan baik.

Tabel 5.11 Hasil Skor Sekolah Dasar Berdasarkan Hasil Penelitian

Sekolah	Perilaku Cukup Baik	Pengetahuan Tinggi	Pengalaman Ada	Paparan Informasi Cukup	Jumlah Skor
SD Ratujoya 3	1	1	3	1	6
SD Rahmani	2	3	5	3	13
SD Raudhatul Muta'alimin	5	2	2	2	11
SD Beji 3	3	4	4	4	15
SD Beji 8	4	5	1	5	15

Tabel di atas merupakan nilai skor dari peringkat sekolah di tabel 11. Sekolah yang berperingkat 1 mendapat skor 5, sekolah yang berperingkat 2 mendapat skor 4, dan seterusnya hingga sekolah yang berperingkat 5 mendapat skor 1. Dari tabel skor di atas diketahui bahwa secara umum, SD yang mendapatkan jumlah skor paling tinggi adalah SD Beji 3 dan SD Beji 8. Sementara itu SD Rahmani berada di posisi ke-3 dalam jumlah skor seluruh variabel. SD Raudhatul Muta'alimin dengan jumlah skor 11 ada di urutan keempat dan SD Ratujoya 3 ada di urutan terakhir dengan jumlah skor terkecil.

BAB VI

PEMBAHASAN

Menurut Departemen Kesehatan (2005), penyebaran virus dan penularan penyakit DBD akan mudah terjadi di daerah yang padat penduduknya. Penyakit DBD dapat menyerang semua orang, baik orang tua maupun anak-anak. Daerah yang padat penduduknya biasanya memiliki jarak antar rumah yang dekat sehingga penyebaran virus akan semakin cepat karena masih dalam radius jangkauan terbang nyamuk yaitu ± 100 meter. Dalam hal ini, sekolah bisa dikategorikan sebagai salah satu tempat yang berpotensi menjadi sumber penularan DBD.

Cara yang paling efektif dalam pencegahan penyakit DBD adalah dengan memutuskan mata rantai vektor penularnya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Cara untuk memutus mata rantai perkembangan nyamuk penular, diantaranya adalah dengan dilakukan Gerakan 3M yaitu menguras tempat penampungan air, menutup dengan rapat tempat penampungan air dan mengubur barang-barang bekas.

Gerakan pemberantasan dan pencegahan DBD memerlukan partisipasi seluruh lapisan masyarakat baik dari orang tua hingga anak-anak. Tindakan pencegahan DBD juga perlu dilakukan secara berkesinambungan sehingga diperlukan kepedulian dan perilaku yang baik dalam tindakan pencegahan DBD. Tidak semua orang mempunyai kepedulian dan perilaku yang baik dalam pencegahan DBD. Sehingga diperlukan penanaman perilaku sejak dini atau sejak usia sekolah.

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penulis tidak turun secara langsung ke lapangan sehingga tidak mendapatkan pengamatan atau hasil data observasi secara langsung. Padahal dengan observasi langsung bisa didapatkan. Misalnya dapat melihat kondisi lingkungan sekolah, kebersihan di sekolah, pengamatan jentik di tempat-tempat yang diduga menjadi tempat perindukan nyamuk dan sikap serta perilaku dari para murid sekolah tersebut. Selain itu, variabel dalam kuesioner yang digunakan pada penelitian ini juga tidak banyak. Pertanyaan yang digunakan dalam penelitian ini lebih menekankan pada seberapa besar keseriusan DBD pada murid SD. Juga untuk mengetahui apakah para murid sudah cukup tahu dan mendengar tentang penyakit DBD.

6.2 Gambaran Perilaku Pencegahan DBD pada Anak Sekolah Dasar di Kota Depok

Hasil dari penelitian menunjukkan tingkat perilaku pencegahan DBD pada murid sekolah dasar di Kota Depok. Hanya 54,5% dari responden yang berperilaku cukup baik dalam perilaku pencegahan DBD. Perilaku pencegahan DBD yang dimaksud adalah seputar tindakan pencegahan apa yang dilakukan agar tidak digigit nyamuk, apakah pernah mengamati dan memberantas jentik dan tindakan apa yang dilakukan setelah menerima informasi DBD. Tingkat perilaku responden terhadap pencegahan DBD dapat disebabkan oleh faktor-faktor pengetahuan, pengalaman dan paparan sumber informasi seputar DBD.

Sebagai murid sekolah dasar, para responden masih dalam masa pembelajaran dini dalam menerima pengetahuan dan perilaku baru. Konsep tentang belajar itu sendiri menurut Notoatmodjo (2003) adalah suatu perubahan perilaku

yang dihasilkan dari praktek-praktek dalam lingkungan kehidupan. Bila lingkungan para responden tidak mendukung dalam hal penerimaan pengetahuan dan perilaku baru, khususnya DBD, maka tingkat pengetahuan dan perilaku tentang DBD para responden akan rendah.

Sekolah sebagai tempat proses belajar mempunyai peran yang sangat penting dalam memberikan pengetahuan baru. Perbedaan perilaku di beberapa SD mungkin diakibatkan oleh berbedanya lingkungan di setiap sekolah. Hal ini bisa dipengaruhi dari cara mengajar dari para guru yang erat kaitannya dalam memberikan pengetahuan seputar DBD. Perilaku pencegahan DBD dapat juga dipengaruhi oleh cara penyampaian pesannya, apakah pesannya dapat tersampaikan atau tidak atau apakah metodenya menarik atau tidak.

Menurut teori *Health Belief Models* (HBM), seseorang akan melakukan perilaku pencegahan DBD apabila manfaat dari perilaku tersebut dirasakan lebih baik daripada akibat yang mungkin akan dihadapi. Misalnya, seseorang akan lebih baik melakukan tindakan pencegahan daripada merasakan sakit dan mengeluarkan biaya besar untuk pengobatan akibat terkena penyakit DBD (*perceived benefit and barrier*).

6.3 Hubungan Jenis Kelamin Responden dengan Perilaku Pencegahan DBD pada Murid SD di Kota Depok

Hasil dari penelitian menunjukkan jumlah responden murid laki-laki lebih banyak daripada murid perempuan. Sebanyak 52% dari responden adalah murid laki-laki 48% responden merupakan murid perempuan. Hasil uji menunjukkan tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku pencegahan DBD.

Perilaku kesehatan termasuk perilaku pencegahan DBD tidak membedakan antara laki-laki dan perempuan. Hal ini mungkin dikarenakan subjek penelitiannya hanya dikategorikan sebagai anak sekolah saja.

6.4 Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan DBD pada Murid SD di Kota Depok

Pengetahuan mengenai DBD yang dimaksud dalam penelitian ini mencakup karakteristik nyamuk penular DBD, pencegahan DBD, tujuan 3M, siapa saja yang bisa terkena DBD, keseriusan penyakit DBD dan pemberantasan DBD. Hasil dari penelitian menunjukkan tingkat pendidikan di 5 SD bervariasi. Sebanyak 74% murid di SD Beji 8 memiliki pengetahuan yang tinggi tentang DBD, sementara 68,5% murid di SD Ratujaya 3 memiliki pengetahuan yang rendah. Hal ini dapat saja berhubungan dengan lokasi lingkungan sekolah yang berbeda, dimana SD Beji 8 berada di wilayah perkotaan dengan karakter siswa dari kalangan ekonomi menengah ke atas sementara SD Ratujaya 3 berada di wilayah perkampungan dengan karakter siswa dari kalangan ekonomi ke bawah. Lingkungan yang berbeda dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan yang berpengaruh pada perilaku individunya.

Dari hasil Chi square juga didapatkan bahwa pengetahuan berhubungan secara signifikan dengan perilaku pencegahan DBD pada murid dari 5 SD di Kota Depok. Responden yang berpengetahuan rendah, beresiko untuk berisiko perilaku kurang. Sebaliknya, responden yang berpengetahuan tinggi cenderung berperilaku pencegahan yang baik.

Menurut Notoatmodjo (1993), seseorang dengan tingkat pengetahuan yang tinggi cenderung lebih tahu dan peduli dengan kesehatan. Seseorang yang berpengetahuan akan lebih mudah mengerti tentang pesan kesehatan dan lebih mudah menerima saran. Contohnya, seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi yang juga memiliki pengetahuan yang lebih tinggi akan berpengaruh positif dalam perilaku pencegahan demam berdarah. Namun, tingkat pendidikan yang lebih tinggi tidak selalu menjadi jaminan untuk berperilaku baik tanpa adanya motivasi yang kuat.

Hasil ini sama dengan hasil penelitian Mourbas (2000) yang menyebutkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan responden tentang DBD dengan perilaku pencegahan DBD

6.5 Hubungan Pengalaman dengan Perilaku Pencegahan DBD pada Murid SD di Kota Depok

Hal – hal yang berhubungan dengan pengalaman dengan DBD dalam penelitian ini mencakup pernah atau tidaknya responden atau orang-orang terdekat mengalami DBD dan apakah orang tua pernah mengajak melakukan kegiatan mengamati jentik di rumah. Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa pengalaman tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan nyamuk DBD. Hal ini mungkin disebabkan karena bukan diri responden yang mengalami sakit DBD, melainkan orang lain sehingga responden tidak merasa ada pengalaman apapun dengan DBD sehingga tingkat kepedulian dan kewaspadaan responden terhadap penyakit DBD tidak terlalu besar.

Menurut Notoatmodjo (2003), pengalaman membentuk persepsi pada masing-masing individu dan perubahan perilaku yang diharapkan dapat diketahui melalui persepsi seseorang. Pengalaman dapat didapatkan melalui kegiatan yang melibatkan indera penglihatan, pendengaran dan sebagainya. Selain itu, beberapa studi menunjukkan bahwa upaya pemberantasan sarang nyamuk cukup berhasil jika programnya diselenggarakan berlandaskan partisipasi masyarakat. Penelitian dari Aji (2004) menunjukkan bahwa masyarakat yang berpartisipasi aktif dalam program pemberantasan DBD cenderung melakukan banyak tindakan PSN yang disesuaikan dengan lingkungan mereka. Dalam penelitian perilaku pencegahan DBD ini, orang tua, guru maupun petugas kesehatan memegang peranan penting dalam memberikan pengalaman dan membentuk persepsi anak atau murid tentang DBD.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Handayani (2006) dan Krianto (2007) bahwa masyarakat masih kurang serius dalam menanggapi bahaya penyakit DBD. Kepedulian terhadap ancaman DBD perlu ditanamkan sejak dini. ketidakpedulian ini dapat disebabkan karena responden belum mengetahui bahaya atau keseriusan dari DBD (*perceived susceptibility*). Berdasarkan teori *Health Belief Model* (HBM), orang-orang yang percaya bahwa dirinya rentan terhadap penyakit dan percaya bahwa ada keuntungan dengan tindakan deteksi/pencegahan dini, akan lebih waspada terhadap penyakit.

6.6 Hubungan Paparan Informasi dengan Perilaku Pencegahan Nyamuk DBD pada Murid SD di Kota Depok

Dari hasil didapatkan bahwa paparan informasi berhubungan dengan perilaku pencegahan DBD pada murid SD. Dari beberapa sekolah, ada sekolah yang

mendapatkan paparan informasi seputar DBD cukup sering dan ada yang jarang. Menurut Krianto (2007), dalam menanggapi DBD ada anggota masyarakat yang menanggapinya dengan serius dan ada yang tidak serius. Bagi yang serius biasanya berusaha mencari informasi yang lebih lengkap. Selanjutnya tindakan mereka adalah melakukan PSN atau menyemprot. Dua jenis perilaku tersebut berkaitan dengan karakteristik sosial ekonomi dan budaya masyarakat. Namun bagi yang tidak serius biasanya juga berpartisipasi dalam penyemprotan.

Penelitian Rohimat (2001) menyatakan bahwa sebagian besar (>80%) kasus DBD adalah anak-anak. Untuk itu, upaya penyuluhan dan penggerakan PSN perlu ditanamkan kepada anak-anak sejak dini untuk menghindari berulangnya kasus DBD yang tinggi pada anak – anak setiap tahunnya. Pemberian informasi bisa dilakukan melalui penyuluhan oleh para petugas kesehatan. Hal ini diperkuat oleh Krianto (2007) yang mengutip hasil studi intervensi yang dilakukan oleh Gomez, Suarez dan Cordenas di Mexico bahwa upaya penyuluhan pemberantasan sarang nyamuk terbukti lebih efektif daripada penyemprotan dalam menghilangkan tempat perindukan nyamuk.

Menurut Notoatmodjo (2003), setiap individu sejak lahir berada di dalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Kelompok ini akan membuka kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota-anggota kelompok lain. Oleh karena pada setiap kelompok senantiasa berlaku aturan-aturan dan norma-norma sosial tertentu, maka perilaku setiap individu anggota kelompok berlangsung di dalam suatu jaringan normatif. Demikian pula perilaku individu tersebut terhadap masalah-masalah kesehatan.

Dari hasil penelitian ini, anak-anak yang kurang mendapatkan paparan mengenai informasi seputar DBD cenderung berperilaku kurang dalam hal pencegahan DBD. Sesuai dengan penelitian Aji (2004) yang menyatakan bahwa orang-orang yang kurang mendapatkan promosi kesehatan tentang DBD cenderung kurang berpartisipasi dalam kegiatan pemberantasan sarang nyamuk DBD.

Mengadaptasi teori *Health Belief Models* (HBM), isyarat atau tanda (*Cues to Action*) berupa informasi tentang DBD merupakan faktor eksternal yang diperlukan seseorang untuk mendapat penerimaan yang benar tentang kerentanan dan kegawatan penyakit DBD serta keuntungan dari suatu tindakan pencegahan DBD. Informasi atau pesan tentang DBD dapat disampaikan melalui media massa, nasehat atau anjuran (penguatan) teman. Informasi yang bersifat 2 arah akan lebih baik daripada informasi yang bersifat 1 arah. Selain itu, penyampaian informasi tentang DBD dapat lebih baik diterima dan dipahami oleh masyarakat apabila disampaikan oleh orang yang berkompeten di bidang kesehatan secara langsung dibandingkan dengan informasi yang diberikan secara tidak langsung oleh orang yang tidak berkompeten di bidang tersebut.

Orang tua di lingkungan keluarga, mempunyai kesempatan besar dalam memberikan informasi kepada anak-anaknya. Teman juga mempunyai peran dalam menukar informasi seputar masalah kesehatan, termasuk masalah DBD. Tidak hanya pada keluarga dan teman, para guru diharapkan juga ikut berperan serta dalam *transfer of knowledge* kepada para murid baik melalui pendidikan secara langsung di kelas maupun di lapangan melalui observasi di lapangan atau tempat – tempat yang berpotensi menjadi tempat berkembangbiaknya nyamuk penular DBD. Petugas kesehatan juga dapat memberikan penyuluhan kepada murid SD. Dengan adanya

bimbingan dan penyuluhan tentang permasalahan penyakit DBD (*Guidance and Counseling*) maka akan meningkatkan kontak klien (murid SD) dengan guru dan petugas menjadi lebih intensif sehingga setiap masalah pencegahan penyakit DBD yang dihadapi klien dapat digali dan dibantu penyelesaiannya. Pada akhirnya klien akan dengan sukarela mengubah dan menerima perilaku pencegahan DBD tersebut.

Televisi dan surat kabar merupakan alat media untuk promosi kesehatan. Para responden paling banyak memilih televisi sebagai sumber informasi sementara surat kabar hanya dipilih oleh sedikit responden saja. Responden cenderung lebih memilih media elektronik daripada media cetak. Menurut Naidoo dan Will (2000) yang dikutip oleh Aji (2004), media massa merupakan partner yang mempunyai pengaruh besar karena media massa merupakan alat yang kuat dalam komunikasi, mampu meraih masyarakat luas dan dapat merubah kebiasaan kesehatan masyarakat baik dalam sikap maupun perilakunya. Selain itu Aji (2004) mengatakan bahwa televisi memegang peranan penting dalam pendidikan, khususnya dalam memberikan informasi kesehatan karena televisi mempunyai kemampuan dalam menyajikan informasi secara audio dan visual. Hal ini menunjukkan media elektronik menjadi media yang dianggap efektif dalam menyampaikan pesan kesehatan. Namun dengan banyaknya jenis acara di televisi, orang tua memegang peran penting untuk memilih jenis tontonan yang cocok dan memberikan bimbingan serta penjelasan untuk anak-anaknya, termasuk dengan memberikan penjelasan pesan/iklan kesehatan seputar DBD.

6.7 Gambaran Perilaku Pencegahan DBD pada Beberapa Sekolah Dasar di Kota Depok

Hasil dari penelitian menunjukkan perbedaan perilaku di lima sekolah yang menjadi lokasi penelitian. Dari ke-lima sekolah, SD Raudhatul Muta'alimin merupakan sekolah yang mempunyai perilaku paling baik diantara sekolah lainnya. Namun SD Raudhatul Muta'alimin tidak memiliki pengetahuan paling baik dan tidak mendapatkan paparan informasi paling sering diantara ke-lima sekolah. Sementara itu, SD Beji 8 memiliki tingkat pengetahuan paling baik dan mendapatkan paparan informasi yang paling sering. Akan tetapi SD Beji 8 tidak menunjukkan perilaku pencegahan DBD paling baik. Lain halnya dengan SD Ratujoya 3 dengan pengetahuan paling rendah dan paparan informasi yang paling sedikit, SD ini menunjukkan perilaku pencegahan DBD paling kurang baik diantara sekolah lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa sekolah yang muridnya telah berperilaku baik, belum tentu berpengetahuan baik dan mendapatkan paparan informasi yang cukup atau sebaliknya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa standar tiap sekolah berbeda-beda. Hal ini mungkin disebabkan oleh metode pengajaran yang berbeda di setiap sekolah dan masih kurang meratanya promosi kesehatan mengenai DBD ke sekolah-sekolah di Kota Depok. Berdasarkan keterangan dari Aji, Departemen Kesehatan telah melakukan penyebaran media informasi DBD untuk para murid sekolah. Media tersebut berupa leaflet, buku, brosur, poster dan film. Departemen Kesehatan telah mendistribusikan media informasi DBD sampai ke tingkat propinsi yang selanjutnya menjadi tugas pihak propinsi untuk mendistribusikan media tersebut ke tingkat Kabupaten dan Sekolah-sekolah. Bila media tidak sampai ke tingkat Kabupaten

ataupun sekolah, mungkin ada hal-hal yang menjadi hambatan dalam pendistribusian media tersebut.

