

**168**

**LIT**

Salatiga

**LAPORAN AKHIR PENELITIAN**

**Model Pengendalian Vektor DBD melalui Program  
Ekstrakurikuler Sekolah Dasar**



Oleh :

1. Aryani Pujiyanti
2. Wiwik Trapsilowati
3. Hadi Suwasono
4. Akhid Darwin

**BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN  
VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
2011**

# LAPORAN AKHIR PENELITIAN

## Model Pengendalian Vektor DBD melalui Program Ekstrakurikuler Sekolah Dasar



Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan  
**PERPUSTAKAAN**

Tanggal : \_\_\_\_\_  
No. Induk : \_\_\_\_\_  
No. Klass : 168  
LIT  
Salanga.

Oleh :

1. Aryani Pujiyanti
2. Wiwik Trapsilowati
3. Hadi Suwasono
4. Akhid Darwin

**BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN  
VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
2011**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT**

Jl. Hasanudin No. 123 PO BOX 200, Selatiga 50721  
Telepon : (0298) 327096 : 312118, Faksimile : (0298) 322604 : 312167  
E-mail : b2p2vrp@itbang.depkes.go.id

**SURAT KEPUTUSAN**  
**KEPALA BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN**  
**VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT**  
**NOMOR : HK.00.07/VI/2960/2010**

**TENTANG**

Penelitian dengan judul "Model Pengendalian Vektor DBD melalui Program Ekstrakurikuler Sekolah Dasar"

**MENIMBANG:**

1. Bahwa dalam rangka peningkatan kinerja riset di lingkungan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang berfokus pada bidang prioritas teknologi kesehatan khususnya program pengendalian vektor dan reservoir penyakit, maka dipandang perlu dilakukan penelitian.
2. Bahwa mereka yang namanya tercantum dalam Surat Keputusan ini dipandang cakap untuk melaksanakan penelitian tersebut.

**MENINGAT:**

1. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1353/MENKES/PER/IX/2005 tertanggal 14 September 2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit.
2. Surat Persetujuan Pelaksanaan Penelitian No. LB.02.05/VI/2929/2010 tertanggal 27 Desember 2010 dengan judul penelitian Model Pengendalian Vektor DBD melalui Program Ekstrakurikuler Sekolah Dasar.
3. Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit (DIPA B2P2VRP) Tahun Anggaran 2011 No. 0813/024-11.2.01/13/2011 tertanggal 20 Desember 2010.

**MENETAPKAN:**

**Pertama** : Membentuk tim pelaksanaan penelitian dengan susunan sebagai berikut:

- a. Peneliti Pertama : Aryani Pujiyanti, SKM, MPH  
(Ketua Pelaksana)
- b. Peneliti Utama : Drs. Hadi Suwasono, MS
- c. Peneliti Muda : Wlwik Trapsilowati, SKM, M.Kes
- d. Peneliti Pertama : Akhid Darwin, SKM, M.Sc
- e. Pembantu Peneliti : 1). Evi Sulistyorini, SKM  
2). Rima Tunjung Sari D.A. AMKL
- f. Sekretariat Penelitian : Wika Kirana, AMD

**Kedua** :

- Tim pelaksanaan penelitian bertugas:
- a. Melaksanakan penelitian sampai selesai dan menyerahkan laporan kepada Kepala menurut Surat Persetujuan Pelaksanaan Penelitian No. LB.02.05/VI/2929/2010 tertanggal 27 Desember 2010.
  - b. Membuat pertanggungjawaban keuangan menurut ketentuan yang berlaku.




**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT**

Jl. Hasanudin No. 123 PO. Box 200, Salatiga 50721  
Telepon: (0298) 327696 / 312107, Faksimile: (0298) 322604 / 312107  
Email: b2p2vrp@salang.depkes.go.id

- Ketiga : Semua pengeluaran untuk pelaksanaan Surat Keputusan ini dibebankan pada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit (DiPA B2P2VRP) Tahun Anggaran 2011 No. 0813/024-11.2.01/13/2011 tertanggal 20 Desember 2010.
- Keempat : Surat Keputusan ini berlaku dari tanggal 3 Januari 2011 sampai 31 Desember 2011 dengan catatan segala sesuatu akan ditinjau kembali apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini peraturan yang berlaku.

Ditetapkan di : Salatiga  
Pada tanggal : 31 Desember 2010

Kepala,

  
Drs. Bambang Heriyanto, M.Kes  
NIP. 195406201981101002

Tembusan :

1. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di Jakarta
2. Bendaharawan Rutin Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit di Salatiga
3. Yang bersangkutan



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT**

Jl. Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salatiga 50721  
Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107  
E-mail : b2p2vrp@litbang.depkes.go.id

**SURAT PERSETUJUAN PELAKSANAAN PENELITIAN**  
**NO. LB. 02.05/VI/2929/2010**

Persetujuan pelaksanaan penelitian ini diberikan atas dasar ketentuan yang diatur dalam pasal di bawah ini:

**B A B I**  
**I K H T I S A R**

1. Judul penelitian : Model Pengendalian Vektor DBD Melalui Program Ekstrakurikuler Sekolah Dasar
2. Tujuan : Mengetahui efektivitas keberhasilan penerapan program ekstrakurikuler pengendalian vektor DBD terhadap perilaku pencegahan DBD dan pengendalian vektor DBD pada siswa dan masyarakat
3. Ketua Pelaksana : Aryani Pujiyanti, SKM, MPH
4. Waktu pelaksanaan : 3 Januari 2011 s/d 31 Desember 2011

**B A B II**  
**B I A Y A**

1. Seluruh pembiayaan yang timbul sebagai akibat dari pelaksanaan kegiatan penelitian dibebankan pada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit (DIPA B2P2VRP) Tahun Anggaran 2011 Nomor 0813/024-11.2.01/13/2011 tertanggal 20 Desember 2010.
2. Biaya tersebut diperinci dalam pos pengeluaran sebagai berikut:
  - a. Belanja Bahan : Rp 43.370.000,-
  - b. Honor yang terkait dengan output kegiatan : Rp 13.870.000,-
  - c. Belanja Barang Non Operasional Lainnya : Rp 17.710.000,-
  - d. Belanja Perjalanan Lainnya : Rp 175.050.000,-
  - e. Jumlah seluruhnya : Rp 250.000.000,-
3. Penyediaan biaya untuk keperluan penelitian tersebut akan diberikan secara bertahap dan merupakan uang yang harus dipertanggungjawabkan oleh Ketua Pelaksana. Cara pertanggungjawaban harus sesuai dengan peraturan yang berlaku dan atas petunjuk pelaksanaan yang diberikan oleh Kepala.

**B A B III**  
**P E L A K S A N A A N**

Mengenai pelaksanaan pembiayaan diatur sebagai berikut :

1. Ketua Pelaksana mengajukan Surat Permintaan Pembayaran kepada Kepala melalui Kepala Sub Bagian Tata Usaha.
2. Kepala memberikan persetujuan pembayaran setelah persyaratan yang dikaitkan dengan pengajuan surat permintaan pembayaran dipenuhi secara lengkap oleh Ketua Pelaksana.



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT**

Jl. Hasanudin No. 123 P.O. BOX 200, Salatiga 50721  
Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107  
E-mail : b2p2vnp@litbang.depkes.go.id

**B A B I V**  
**P E N G A W A S A N**

1. Pengawasan terhadap pelaksanaan penelitian Tahun 2011 dilakukan oleh Kepala selaku Penanggungjawab yang bertanggung jawab kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
2. Pengawasan dapat dilakukan sewaktu-waktu dan Ketua Pelaksana wajib memberikan kesempatan serta memberikan keterangan yang diminta.
3. Apabila dipandang perlu, Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dapat melakukan atau menunjuk pejabat lain untuk melakukan pengawasan.

**B A B V**  
**P E L A P O R A N**

1. Ketua Pelaksana wajib memberikan laporan pertanggungjawaban keuangan setiap 3 (tiga) bulan dan harus diterima oleh Kepala paling lambat tanggal 5 (lima), bulan berikutnya dan melaporkan kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
2. Ketua Pelaksana wajib memberikan laporan kemajuan penelitian setiap 3 (tiga) bulan dan sesuai dengan ketentuan pelaporan yang berlaku.
3. Ketua Pelaksana wajib membuat laporan akhir penelitian yang terdiri dari:
  - a. Laporan Administrasi
  - b. Laporan Hasil Penelitian
  - c. Abstrak Hasil Penelitian
  - d. *Executive Summary* (ringkasan untuk pengambilan keputusan pimpinan) dan paling lambat diserahkan pada Januari 2012.

**B A B V I**  
**P E R S Y A R A T A N L A I N**

1. Segala penemuan dan hasil penelitian ini menjadi milik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
2. Hasil penelitian ini harus diterbitkan di dalam "Buletin Penelitian Kesehatan", apabila naskah ilmiah hendak diajukan ke majalah lain, supaya terlebih dahulu dimintakan persetujuan dari Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
3. Apabila naskah ilmiah tersebut hendak diajukan di dalam suatu pertemuan ilmiah supaya terlebih dahulu dimintakan persetujuan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

**B A B V I I**  
**S A N K S I**

1. Apabila laporan pertanggungjawaban keuangan dan laporan kemajuan penelitian tidak masuk pada waktu yang telah ditentukan, maka tidak akan diberikan uang muka pada bulan berikutnya.
2. Selama Ketua Pelaksana belum menyelesaikan laporan akhir, maka ia tidak akan dipertimbangkan menjadi Ketua Pelaksana untuk penelitian berikutnya.



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT**

Jl. Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salatiga 50721  
Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107  
E-mail : b2p2vrp@litbang.depkes.go.id

**B A B VIII**  
**KETENTUAN PENUTUP**

Apabila penyelesaian penelitian tidak dapat dilaksanakan pada waktunya karena suatu hal yang berada di luar kekuasaan Ketua Pelaksana, Kepala dapat mengusulkan kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan untuk meninjau kembali dan mempertimbangkan kemungkinan perpanjangannya.

27 Desember 2010

Ketua Pelaksana,

Aryani Pujianti, SKM, MPH  
NIP 198105072006042002



Drs. Bambang Hariyanto, M.Kes  
NIP 195406201981101002



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT**

Jl. Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salatiga 50721  
Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107  
E-mail : b2p2vrp@litbang.depkes.go.id

**SURAT PERSETUJUAN PELAKSANAAN PENELITIAN**  
**NO. LB. 02.05/VI/ 8576 /2011**

Persetujuan pelaksanaan penelitian ini diberikan atas dasar ketentuan yang diatur dalam pasal di bawah ini:

**B A B I**  
**I K H T I S A R**

1. Judul penelitian : Model Pengendalian Vektor DBD Melalui Program Ekstrakurikuler Sekolah Dasar
2. Tujuan : Mengetahui efektivitas keberhasilan penerapan program ekstrakurikuler pengendalian vektor DBD terhadap perilaku pencegahan DBD dan pengendalian vektor DBD pada siswa dan masyarakat
3. Ketua Pelaksana : Aryani Pujiyanti, SKM, MPH
4. Waktu pelaksanaan : 3 Januari 2011 s/d 31 Desember 2011

**B A B II**  
**B I A Y A**

1. Seluruh pembiayaan yang timbul sebagai akibat dari pelaksanaan kegiatan penelitian dibebankan pada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit (DIPA B2P2VRP) Tahun Anggaran 2011 Nomor 0813/024-11.2.01/13/2011 tertanggal 20 Desember 2010.
2. Biaya tersebut diperinci dalam pos pengeluaran sebagai berikut:
  - a. Belanja Bahan : Rp 43.370.000,-
  - b. Honor yang terkait dengan output kegiatan : Rp 13.870.000,-
  - c. Belanja Barang Non Operasional Lainnya : Rp 17.710.000,-
  - d. Belanja Perjalanan Lainnya : Rp 175.050.000,-
  - e. Jumlah seluruhnya : Rp 250.000.000,-
3. Berdasarkan DIPA efisiensi B2P2VRP Nomor: 0813/024-11.2.01/13/2011 Revisi Ke-5 tanggal 21 Desember 2011, anggaran tersebut pada nomor 2 diefisiensi dengan rincian sebagai berikut:
  - a. Belanja Bahan : Rp 9.505.000,-
  - b. Honor yang terkait dengan output kegiatan : Rp 13.870.000,-
  - c. Belanja Barang Non Operasional Lainnya : Rp 51.575.000,-
  - d. Belanja Perjalanan Lainnya : Rp 125.050.000,-
  - e. Jumlah seluruhnya : Rp 200.000.000,-
4. Penyediaan biaya untuk keperluan penelitian tersebut akan diberikan secara bertahap dan merupakan uang yang harus dipertanggungjawabkan oleh Ketua Pelaksana. Cara pertanggungjawaban harus sesuai dengan peraturan yang berlaku dan atas petunjuk pelaksanaan yang diberikan oleh Kepala.



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT**

Jl. Hasanudin No. 123 P.O. BOX 200, Salaniga 50721  
Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107  
E-mail : b2p2vtp@litbang.depkes.go.id

**BAB III**  
**PELAKSANAAN**

Mengenal pelaksanaan pembiayaan diatur sebagai berikut :

1. Ketua Pelaksana mengajukan Surat Permintaan Pembayaran kepada Kepala melalui Kepala Sub Bagian Tata Usaha.
2. Kepala memberikan persetujuan pembayaran setelah persyaratan yang dikaitkan dengan pengajuan surat permintaan pembayaran dipenuhi secara lengkap oleh Ketua Pelaksana.

**BAB IV**  
**PENGAWASAN**

1. Pengawasan terhadap pelaksanaan penelitian Tahun 2011 dilakukan oleh Kepala selaku Penanggungjawab yang bertanggung jawab kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
2. Pengawasan dapat dilakukan sewaktu-waktu dan Ketua Pelaksana wajib memberikan kesempatan serta memberikan keterangan yang diminta.
3. Apabila dipandang perlu, Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dapat melakukan atau menunjuk pejabat lain untuk melakukan pengawasan.

**BAB V**  
**PELAPORAN**

1. Ketua Pelaksana wajib memberikan laporan pertanggungjawaban keuangan setiap 3 (tiga) bulan dan harus diterima oleh Kepala paling lambat tanggal 5 (lima), bulan berikutnya dan melaporkan kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
2. Ketua Pelaksana wajib memberikan laporan kemajuan penelitian setiap 3 (tiga) bulan dan sesuai dengan ketentuan pelaporan yang berlaku.
3. Ketua Pelaksana wajib membuat laporan akhir penelitian yang terdiri dari:
  - a. Laporan Administrasi
  - b. Laporan Hasil Penelitian
  - c. Abstrak Hasil Penelitian
  - d. *Executive Summary* (ringkasan untuk pengambilan keputusan pimpinan) dan paling lambat diserahkan pada Januari 2012.

**BAB VI**  
**PERSYARATAN LAIN**

1. Segala penemuan dan hasil penelitian ini menjadi milik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
2. Hasil penelitian ini harus diterbitkan di dalam "Buletin Penelitian Kesehatan", apabila naskah ilmiah hendak diajukan ke majalah lain, supaya terlebih dahulu dimintakan persetujuan dari Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
3. Apabila naskah ilmiah tersebut hendak diajukan di dalam suatu pertemuan ilmiah supaya terlebih dahulu dimintakan persetujuan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT**

Jl. Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salanga 50721  
Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107  
E-mail : b2p2vip@litbang.depkes.go.id

**B A B VII**  
**S A N K S I**

1. Apabila laporan pertanggungjawaban keuangan dan laporan kemajuan penelitian tidak masuk pada waktu yang telah ditentukan, maka tidak akan diberikan uang muka pada bulan berikutnya.
2. Selama Ketua Pelaksana belum menyelesaikan laporan akhir, maka ia tidak akan dipertimbangkan menjadi Ketua Pelaksana untuk penelitian berikutnya.

**B A B VIII**  
**KETENTUAN PENUTUP**

Apabila penyelesaian penelitian tidak dapat dilaksanakan pada waktunya karena suatu hal yang berada di luar kekuasaan Ketua Pelaksana, Kepala dapat mengusulkan kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan untuk meninjau kembali dan mempertimbangkan kemungkinan perpanjangannya.

23 Desember 2011

Menerima dan menyetujui  
Kepala,



Drs. Bambang Heriyanto, M.Kes  
NIP. 195406201981101002

Ketua Pelaksana

Aryani Pujiyanti, SKM, MPH  
NIP 198105072008042002

## Kata Pengantar

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan akhir penelitian ini dengan judul “Model pengendalian vektor DBD melalui program ekstrakurikuler sekolah dasar“. Penelitian ini didasari oleh pemikiran bahwa program pencegahan DBD terutama pada komunitas sekolah di Kota Semarang ditunjang oleh data-data yang akurat, valid dan terpercaya agar perancangan kebijakan dan program menjadi lebih baik, efisien dan efektif.

Laporan ini berisi tentang efektifitas penerapan model pencegahan DBD di Kota Semarang dengan menggunakan program ekstrakurikuler di sekolah dasar. Hasil temuan dan kesimpulan dirumuskan untuk menjadi rekomendasi kebijakan di dalam pelaksanaan program pencegahan DBD dengan sasaran utama adalah komunitas sekolah. Anggaran penelitian diefisiensi, sehingga ada perubahan di dalam sasaran intervensi pada siswa, dimana sebelum efisiensi sasaran penelitian adalah siswa SD kelas 4,5 dan 6, kemudian karena efisiensi difokuskan pada satu kelompok sasaran yaitu siswa SD kelas 5.

Kami mengucapkan terima kasih bagi semua pihak yang memberikan kontribusi dalam kegiatan penelitian hingga penyusunan laporan, mulai dari tim peneliti, Kepala beserta staf Dinas Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas Kedungmundu, Puskesmas Tlogosari Wetan, Unit Pelayanan Teknis Daerah Dinas Pendidikan Kecamatan Tembalang, serta kepala sekolah, guru maupun siswa di Kecamatan Tembalang dan Kelurahan Pedurungan Tengah, Kecamatan Pedurungan, Kota Semarang. Kami menyadari pasti masih ada sejumlah keterbatasan dalam penelitian ini baik dari segi metodologis, analisis, penyajian dan rekomendasi, untuk itu kami terbuka terhadap kritik, saran dan komentar terhadap laporan penelitian ini.

Salatiga, 31 Desember 2011

Tim peneliti

## Ringkasan Eksekutif

### **Model Pengendalian Vektor DBD melalui Program Ekstrakurikuler Sekolah Dasar**

Aryani Pujiyanti, Wiwik Trapsilowati, Hadi Suwasono, Akhid Darwin

Data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007 menunjukkan bahwa sebagian besar kasus demam berdarah *dengue* (DBD) terjadi pada kelompok anak usia sekolah. Sekolah menjadi sasaran prioritas untuk pencegahan perkembangan nyamuk vektor DBD karena anak-anak usia 7-15 tahun lebih banyak menghabiskan waktu siang hari di sekolah, sehingga berpotensi tinggi terkena gigitan nyamuk vektor.

Hasil penelitian penggerakan komunitas sekolah untuk pencegahan DBD di beberapa negara berkembang menunjukkan perubahan pengetahuan dan perilaku positif dalam upaya pencegahan DBD dan angka bebas jentik (ABJ). Salah satu kendala yang dihadapi dalam program promosi kesehatan di sekolah adalah program tersebut hanya berjalan sesaat dan tidak berkesinambungan. Umumnya edukasi kesehatan diberikan kepada siswa menggunakan metode didaktik seperti ceramah dan penggunaan media (poster dan leaflet), sedangkan beberapa studi menyebutkan keterampilan interaksi antara guru dengan siswa serta waktu pembelajaran berpengaruh terhadap untuk kesinambungan program promosi kesehatan di sekolah.

Penelitian ini bertujuan untuk mengukur efektifitas keberhasilan penerapan program ekstrakurikuler-jumantik siswa sekolah dasar terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan DBD siswa serta angka bebas jentik. Output yang dihasilkan adalah peningkatan angka bebas jentik dan pada akhirnya penurunan angka kesakitan DBD. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendapatkan suatu model pengendalian vektor yang berkesinambungan di masyarakat.

Lokasi penelitian dilakukan di Kecamatan Tembalang dan Kecamatan Pedurungan. Pemilihan lokasi berdasarkan tingkat insidensi DBD di Kota Semarang dalam kurun waktu 5 tahun terakhir. Kelompok yang menjadi sasaran penelitian adalah guru pendidikan jasmani dan kesehatan (penjaskes) dan siswa sekolah dasar/ sederajat kelas 5. Kecamatan Tembalang dipilih sebagai daerah perlakuan dan Kelurahan Pedurungan Tengah terpilih sebagai daerah pembandingan. Model pendidikan kesehatan di daerah perlakuan terdiri dari pelatihan guru dan penugasan pemantauan jentik oleh siswa (ekstrakurikuler), sedangkan

model pendidikan kesehatan di daerah perbandingan dengan pemasangan ~~poster~~ pencegahan DBD di sekolah baik untuk kelompok guru maupun siswa.

Materi pelatihan yang diberikan di kelompok perlakuan berisi tentang etiologi DBD, pengenalan vektor DBD, upaya pengendalian vektor dan pencegahan DBD dan metode ~~pelatihan~~ mengacu pada metode pembelajaran aktif. Selain itu, peserta juga mendapat materi teknik diskusi dan teknik presentasi untuk menjadi fasilitator. Pada tahap berikutnya, guru bertugas memberikan materi pada siswa tentang vektor dan pencegahan DBD, serta diharapkan pelaksanaa edukasinya juga mengacu pada metode pembelajaran aktif. Siswa selanjutnya melakukan pemantauan jentik di luar jam belajar sekolah di rumah masing-masing(ekstrakurikuler). Pemantauan dilakukan setiap minggu, dan jentik yang didapatkan dibawa ke sekolah untuk diamati perkembangannya di bawah pengawasan guru. Konsep ekstrakurikuler dipilih sebagai sarana program karena diharapkan siswa dapat aktif belajar tentang pencegahan DBD melalui interaksi dari dalam sekolah maupun pengamatan langsung di luar sekolah.

Hasil survei pendahuluan sebelum intervensi menunjukkan bahwa sebagian besar pengetahuan dan sikap pada komunitas sekolah terhadap vektor serta pencegahan DBD perlu peningkatan. Umumnya responden telah memiliki pengetahuan yang cukup mengenai upaya pencegahan DBD, tetapi pengetahuan mengenai nyamuk vektor dan sikap positif terhadap upaya pengendalian vektor masih kurang.

Evaluasi pada pelatihan guru diketahui bahwa sebagian besar menunjukkan penguasaan materi dan teknik penyajian presentasi yang baik. Pengenalan metode pembelajaran aktif direspon cukup baik oleh peserta walaupun skor teknik diskusi interaktif masih lebih rendah dari pada skor keterampilan lainnya. Pada kelompok guru, hasil perbandingan 2 metode edukasi menunjukkan beberapa poin penting, yaitu pengetahuan dan sikap guru terhadap upaya pencegahan DBD dan pengendalian vektor di kelompok yang mendapat pelatihan meningkat lebih besar dibandingkan kelompok guru yang hanya menerima edukasi dari poster. Keterampilan guru dalam perilaku pencegahan DBD di kelompok perlakuan setelah mendapat pelatihan juga mengalami peningkatan lebih tinggi daripada kelompok yang hanya menerima poster.

Model edukasi dengan program ekstrakurikuler mampu meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan DBD siswa, sedangkan edukasi dengan poster hanya dapat meningkatkan pengetahuan siswa di kelompok perbandingan, namun secara statistik tidak ada perbedaan yang signifikan. Penerapan model ekstrakurikuler juga mampu

meningkatkan angka bebas jentik (ABJ) pada lingkungan rumah siswa, sedangkan pada rumah siswa yang mendapat poster tidak ada perbedaan ABJ sebelum dan sesudah intervensi. Hasil diskusi kelompok terarah pada kelompok guru diketahui bahwa komunitas sekolah menerima dengan baik pelaksanaan model ekstrakurikuler dan memberikan dukungan untuk pelaksanaan kesinambungan program melalui materi pendidikan jasmani.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa model edukasi pencegahan DBD dengan program ekstrakurikuler mampu meningkatkan perilaku pencegahan DBD pada guru dan siswa. Rekomendasi yang diberikan yaitu (1) Adanya kerja sama antara dinas kesehatan dan dinas pendidikan diperlukan untuk *me-maintain* perilaku pencegahan DBD pada komunitas sekolah, (2) perlu dilakukan evaluasi program kembali untuk mengetahui kesinambungan model di masa mendatang, dan (3) perlu peningkatan motivasi guru dan siswa sebagai fasilitator kegiatan promosi pencegahan DBD di sekolah. Implikasi kebijakan yaitu memberikan materi vektor DBD di dalam materi pendidikan jasmani dan kesehatan (penjaskes) tingkat sekolah dasar.

## Abstrak

Penelitian ini merupakan salah satu model pemberdayaan komunitas sekolah untuk program pencegahan demam berdarah *dengue* (DBD) dengan menggunakan pendekatan pembelajaran aktif melalui kegiatan ekstrakurikuler di Kota Semarang. Tujuan penelitian adalah untuk mengukur efektifitas penerapan program ekstrakurikuler-jumantik siswa Sekolah dasar terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan DBD siswa serta angka bebas jentik (ABJ). Jenis penelitian adalah penelitian eksperimen dengan jenis studi intervensi masyarakat. Rancangan yang digunakan yaitu rancangan kelompok kuasi eksperimen test awal dan akhir tak ekuivalen. Sampel penelitian adalah siswa sekolah dasar/ sederajat kelas 5 (SD dan MI) di Kecamatan Tembalang (daerah perlakuan) dan Kelurahan Pedurungan Tengah, Kecamatan Pedurungan (daerah pembandingan) yang dipilih secara purposif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelatihan dengan metode pembelajaran aktif mampu meningkatkan PSP dan *self efficacy* guru lebih tinggi daripada kelompok guru yang menerima edukasi dari poster. Hasil uji t berpasangan menunjukkan ada perbedaan yang bermakna ( $p < 0,05$ ) pada pengetahuan, sikap, perilaku dan angka bebas jentik di rumah siswa yang mendapat model ekstrakurikuler pada pengukuran sebelum dan sesudah intervensi. Kesimpulan yang diperoleh yaitu implementasi metode ekstrakurikuler untuk pencegahan DBD di sekolah dasar mampu meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku dan angka bebas jentik pada lingkungan rumah siswa. Rekomendasi yang diberikan adalah perlu adanya kerja sama lintas sektoral dan program untuk peningkatan motivasi guru dan siswa dalam *me-maintain* perilaku pencegahan DBD.

Kata kunci : siswa, pencegahan DBD, ekstrakurikuler

Susunan Tim Peneliti

No	N a m a	Keahlian / Kesarjanaan	Kedudukan dalam Tim	Uraian Tugas
1.	Aryani Pujiyanti, SKM, MPH	Kesehatan Masyarakat/S2	Peneliti pertama/ Ketua Pelaksana	Bertanggung jawab atas penyusunan studi proposal, protokol, dan penyusunan laporan.
2.	Wiwik Trapsilowati, SKM, M.Kes	Kesehatan Masyarakat/S2	Peneliti muda	Memimpin pelaksanaan operasional survei PSP, pelatihan dan DKT.
3.	Drs. Hadi Suwasono, MS	Entomologi /S2	Peneliti madya	Memimpin pelaksanaan operasional survei entomologi dan sosialisasi program.
4.	Akhid Darwin, SKM, M.Sc	Entomologi/S2	Peneliti pertama	Membantu pelaksanaan operasional survei entomologi dan pelatihan
5.	Evi Sulistyorini, SKM	Kesehatan Masyarakat/S1	Pembantu peneliti	Membantu pelaksanaan operasional penelitian meliputi wawancara, survei jentik, pelaksanaan pelatihan dan persiapan teknis DKT.
6.	Rima Tunjungsari D.A., AMKL	Kesehatan Lingkungan/D3	Pembantu peneliti	Membantu pelaksanaan operasional penelitian meliputi wawancara, survei jentik, pelaksanaan pelatihan dan persiapan teknis DKT.
7.	Wika Kirana, A.Md	Akuntansi/D3	Sekretariat penelitian	Melakukan administrasi penelitian

## DAFTAR ISI

Judul Penelitian.....	i
Surat Keputusan Penelitian.....	ii
Kata Pengantar.....	x
Ringkasan Eksekutif.....	xi
Abstrak.....	xiv
Susunan Tim Peneliti.....	xv
Daftar Isi.....	xvi
Daftar Tabel.....	xvii
Daftar Gambar.....	xviii
Daftar Lampiran.....	xix
Bab I. Pendahuluan.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Hipotesis.....	3
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat.....	5
Bab II. Metode.....	6
2.1 Kerangka konsep.....	6
2.2 Tempat dan waktu penelitian.....	6
2.3 Jenis penelitian.....	6
2.4 Desain penelitian.....	7
2.5 Populasi dan sampel.....	7
2.6 Estimasi besar sampel, cara pemilihan dan penarikan sampel.....	8
2.7 Variabel.....	9
2.8 Instrumen dan cara pengumpulan data.....	10
2.9 Bahan dan prosedur kerja.....	11
2.10 Manajemen dan analisis data.....	16
2.11 Definisi operasional.....	17
Bab III. Hasil.....	20
3.1 Gambaran lokasi penelitian.....	20
3.2 S rvei pendah luan pada komunitas sekolah.....	20
3.3 Kegiatan intervensi.....	22
3.4 Perilaku pencegahan DBD pada guru.....	24
3.5 Perilaku pencegahan DBD pada siswa.....	28
3.6 Observasi Lingkungan.....	31
3.7 Persepsi responden terhadap model pengendalian.....	33
Bab IV. Pembahasan.....	36
Bab V. Kesimpulan dan Saran.....	41
Ucapan Terima Kasih.....	43
Daftar Kepustakaan.....	44
Lampiran.....	47

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Definisi operasional penelitian.....	16
Tabel 2.	Skor keterampilan guru sebagai fasilitator.....	22
Tabel 3.	Karakteristik reponden berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan dan jenis sekolah pada kelompok perlakuan dan pembanding .....	24
Tabel 4.	Uji distribusi normal skor <i>pre-post test</i> responden guru pada kelompok perlakuan dan pembanding Tahun 2011 .....	24
Tabel 5.	Perbandingan rerata skor <i>pre test</i> ke <i>post test</i> responden guru pada Kelompok perlakuan dan pembanding Tahun 2011 .....	25
Tabel 6.	Hasil uji <i>independent t test</i> rerata nilai <i>post test</i> guru pada kelompok Perlakuan dan pembanding Tahun 2011 .....	27
Tabel 7.	Uji distribusi normal skor <i>pre test post test</i> responden siswa pada kelompok perlakuan dan pembanding Tahun 2011 .....	28
Tabel 8.	Perbandingan skor <i>pre test-post test</i> responden siswa pada kelompok perlakuan dan pembanding Tahun 2011 .....	30
Tabel 9.	Hasil uji <i>independent t test</i> rerata nilai <i>post test</i> siswa pada kelompok Perlakuan dan pembanding Tahun 2011 .....	31
Tabel 10.	Uji distribusi normal indeks entomologi di lingkungan sekolah pada kelompok perlakuan dan pembanding Tahun 2011 .....	31
Tabel 11.	Perbandingan hasil survei entomologi di lingkungan sekolah antara kelompok perlakuan dan kelompok pembanding .....	31
Tabel 12.	Perbandingan hasil survei entomologi pada rumah siswa antara kelompok perlakuan dan kelompok pembanding .....	32

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Kerangka konsep penelitian .....	5
Gambar 2.	Alur kegiatan penelitian .....	15
Gambar 3.	Distribusi responden menurut kelompok umur di Kecamatan Tembalang Tahun 2011 .....	19
Gambar 4.	Distribusi responden menurut tingkat pendidikan di Kecamatan Tembalang Tahun 2011 .....	20
Gambar 5.	Distribusi responden menurut persentase skor pengetahuan di Kecamatan Tembalang Tahun 2011 .....	20
Gambar 6.	Distribusi responden berdasarkan perilaku pencegahan DBD di Kecamatan Tembalang Tahun 2011 .....	21
Gambar 7.	Distribusi jenis tempat penampungan air yang diperiksa siswa pada kelompok perlakuan .....	23
Gambar 8.	Perbandingan rerata skor <i>pre-post test</i> responden guru antara kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan .....	25
Gambar 9.	Distribusi responden berdasarkan persentase skor pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan di kelompok perlakuan Tahun 2011 .....	26
Gambar 10.	Distribusi responden siswa berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perlakuan dan pembandingan Tahun 2011 .....	28
Gambar 11.	Distribusi responden siswa berdasarkan jenis sekolah pada kelompok perlakuan dan pembandingan Tahun 2011 .....	28
Gambar 12.	Proses edukasi dalam pelatihan guru .....	55
Gambar 13.	Presentasi hasil diskusi pada pelatihan guru .....	55
Gambar 14.	Praktikum pengamatan siklus hidup nyamuk pada pelatihan guru .....	56
Gambar 15.	Praktikum identifikasi nyamuk vektor DBD pada pelatihan guru .....	56
Gambar 16.	Alat bantu guru untuk memberikan edukasi pencegahan DBD .....	57
Gambar 17.	Poster pencegahan DBD .....	57
Gambar 18.	Praktikum pengamatan siklus hidup nyamuk oleh siswa .....	58
Gambar 19.	Proses edukasi pencegahan DBD di sekolah .....	58
Gambar 20.	Pemantauan jentik oleh tim B2P2VRP .....	59

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat persetujuan etik .....	47
Lampiran 2	Surat ijin penelitian.....	48
Lampiran 3	<i>Output</i> analisis statistik.....	51
Lampiran 4.	Dokumentasi penelitian .....	55

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Pendahuluan

Penyakit demam berdarah *dengue* (DBD) bersifat musiman yang biasa terjadi pada musim hujan. Vaksin dan obat untuk penyakit DBD masih dikembangkan sehingga pengendalian vektor (nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*) pada stadium jentik merupakan upaya terbaik untuk pencegahan DBD. <sup>(1)</sup>

Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007 menunjukkan bahwa kasus DBD sebagian besar dijumpai pada kelompok responden yang bersekolah, terutama pada kelompok anak berusia di bawah 15 tahun dan mulai menyebar ke kelompok usia dewasa. <sup>(2)</sup> Sekolah menjadi sasaran prioritas untuk pencegahan penyakit demam berdarah *dengue* karena anak-anak usia 7-15 tahun lebih banyak menghabiskan waktu siang hari di sekolah, sehingga berpotensi tinggi terkena gigitan vektor DBD. <sup>(1)</sup> Sekolah juga dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes sp* karena nyamuk penular demam berdarah ini lebih menyukai tempat penampungan air yang bersih, seperti bak penampungan air pada kamar mandi.

Angka kesakitan (*incidence rate=IR*) DBD Kota Semarang dalam 5 tahun terakhir meningkat di atas target nasional (95%), sedangkan jumlah kematian (*case fatality rate=CFR*) akibat DBD pada 2 tahun terakhir menurun dari 11 % menjadi 0,34%. Puskesmas Kedungmundu adalah puskesmas dengan IR DBD tertinggi di Kota Semarang (IR=43,8/10.000 penduduk). Kecamatan Tembalang yang masuk di dalam wilayahnya juga memiliki IR DBD tertinggi dari seluruh kecamatan di Kota Semarang (42,8/10.000 penduduk). <sup>(3)</sup> Daerah Kecamatan Tembalang merupakan lingkungan *urban* padat penduduk, yang lebih banyak didominasi dengan wilayah perumahan. Seluruh kelurahan di kecamatan tersebut merupakan kelurahan endemis DBD.

Pelaksanaan program pencegahan DBD di daerah endemis sangat direkomendasikan dengan upaya promosi kesehatan melalui anak sekolah pada bulan-bulan sebelum kejadian luar biasa (KLB) terjadi. <sup>(4)</sup> Beberapa studi menunjukkan keberhasilan peran anak sebagai agen aktif untuk promosi kesehatan di dalam meningkatkan pengetahuan keluarga. <sup>(5; 6)</sup> Keluarga yang memiliki anak usia sekolah ternyata melakukan perilaku pencegahan 2,02 kali lebih baik dari keluarga yang tidak ada anak usia sekolah. <sup>(4)</sup>

Pengetahuan dibutuhkan agar seseorang dapat berperilaku, namun pengetahuan tidak cukup untuk memotivasi individu agar mengadopsi perilaku secara terus menerus. Menurut *social cognitive theory* (SCT), individu akan berperilaku berdasarkan keyakinan akan kemampuannya untuk melakukan perilaku tersebut (*self efficacy*) dan harapan positif dari perilaku pencegahan yang dianjurkan. <sup>(7)</sup> Konsep *self efficacy* sejalan dengan program pemberdayaan masyarakat dan konsep promosi kesehatan internasional dalam piagam Ottawa *Charter* yaitu meningkatkan kemampuan masyarakat agar mandiri dalam mempertahankan dan memperbaiki kondisi kesehatannya. <sup>(6)</sup>

Salah satu karakteristik SCT dalam pembelajaran anak sekolah adalah metode pembelajaran aktif yang melibatkan peserta didik secara aktif serta meningkatkan interaksi antara guru dengan siswa. <sup>(7; 8)</sup> Proses edukasi siswa sebaiknya dilakukan melalui kegiatan yang mengembangkan peran dan rasa percaya diri agar siswa merasa mampu mengadopsi perilaku dan sikap positif pencegahan DBD. Dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh di sekolah, siswa dapat mensosialisasikan kepedulian akan pencegahan DBD pada keluarga atau komunitasnya. <sup>(9)</sup>

Kegiatan ekstrakurikuler di sekolah bermanfaat untuk mengembangkan keterampilan personal dan sosial siswa yang meliputi peningkatan kepercayaan diri, kemampuan memecahkan masalah, manajemen konflik, pengendalian diri, kepemimpinan, dan tanggung jawab. Program ekstrakurikuler sekolah yang efektif membutuhkan pendekatan aktif pada pengembangan keterampilan personal yang terfokus pada siswa dan eksplisit. <sup>(10)</sup> Beberapa studi menunjukkan bahwa upaya promosi kesehatan dengan sasaran pengembangan *self efficacy* memberi hasil yang positif untuk *me-maintenance* perilaku pencegahan penyakit menular. <sup>(5; 6)</sup>

Beberapa studi tentang pergerakan komunitas sekolah untuk pencegahan DBD telah dilakukan dan hasilnya menunjukkan bahwa penyelenggaraan program edukasi pada guru dan siswa berkorelasi positif dengan perubahan pengetahuan dan perilaku dalam upaya pencegahan DBD dan angka bebas jentik (ABJ). <sup>(11; 12; 13)</sup> Salah satu kendala yang dihadapi dalam program promosi kesehatan di sekolah adalah program hanya berjalan sesaat dan tidak berkesinambungan. Umumnya metode edukasi kesehatan ke siswa menggunakan metode didaktik seperti ceramah dan penggunaan media (poster dan leaflet, sedangkan beberapa penelitian menyebutkan bahwa kesinambungan program promosi kesehatan di sekolah berhubungan positif dengan keterampilan interaksi guru dengan siswa serta waktu pembelajaran. <sup>(14; 15)</sup>

Penelitian ini merupakan salah satu model pemberdayaan komunitas sekolah dengan menggunakan pendekatan pembelajaran aktif melalui kegiatan ekstrakurikuler.<sup>(16; 17)</sup> Guru dilatih sebagai fasilitator untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada siswa tentang pencegahan DBD. Konsep pembelajaran mengacu pada pengembangan *self efficacy* dan keterampilan siswa. Kegiatan ekstrakurikuler dipilih sebagai sarana program karena diharapkan siswa dapat aktif belajar melalui interaksi dari dalam sekolah maupun lingkungan luar sekolah. Proses interaksi dari dalam sekolah diperoleh dari kegiatan edukasi dan diskusi kelompok, sedangkan dengan pembelajaran dari luar sekolah diperoleh dari kegiatan pengamatan langsung oleh siswa.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendapatkan suatu model pengendalian vektor yang berkesinambungan di masyarakat. Output yang dihasilkan adalah meningkatkan angka bebas jentik dan pada akhirnya penurunan *incidence rate* DBD di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang melalui pemberdayaan siswa sekolah dasar sebagai jumantik. Berdasarkan uraian tersebut dapat dibuat pertanyaan penelitian:

- 1) Bagaimanakah gambaran perilaku pencegahan dan pengendalian vektor DBD pada komunitas sekolah?
- 2) Bagaimanakah efektifitas penerapan program ekstrakurikuler pengendalian vektor DBD di sekolah dasar terhadap perilaku pencegahan DBD serta kepadatan jentik di lingkungan sekolah dan masyarakat.

## 1.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sesudah implementasi program ekstrakurikuler jumantik diharapkan terjadi:

1. Perbedaan tingkat pengetahuan tentang vektor dan pencegahan DBD pada siswa SD/MI sebelum dan sesudah mendapat perlakuan.
2. Perbedaan tingkat sikap dalam pencegahan DBD pada siswa SD sebelum dan sesudah mendapat perlakuan.
3. Perbedaan perilaku pencegahan DBD dan PSN pada siswa sebelum dan sesudah mendapat perlakuan.
4. Perbedaan angka bebas jentik pada lingkungan sekolah siswa sebelum dan sesudah mendapat perlakuan.

5. Perbedaan angka bebas jentik pada lingkungan di sekitar rumah siswa sebelum dan sesudah mendapat perlakuan.

### 1.3 Tujuan

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengukur efektifitas penerapan program ekstrakurikuler-jumantik siswa sekolah dasar terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan DBD siswa serta angka bebas jentik di Kecamatan Tembalang.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan tingkat pengetahuan guru dan siswa terhadap pencegahan DBD dan pengendalian vektor.
2. Mendeskripsikan tingkat sikap guru dan siswa untuk melakukan upaya pencegahan DBD dan pengendalian vektor di keluarga dan di sekolah.
3. Mendeskripsikan tingkat keterampilan guru dan siswa dalam perilaku pencegahan DBD dan pengendalian vektor di keluarga dan di sekolah.
4. Membandingkan pengetahuan, sikap dan praktek pencegahan DBD dan pengendalian vektor pada siswa SD di daerah intervensi dan daerah pembanding sebelum dan sesudah perlakuan.
5. Membandingkan angka bebas jentik pada daerah intervensi dan daerah pembanding sebelum dan sesudah perlakuan.
6. Mengeksplorasi persepsi masyarakat terhadap pelaksanaan program ekstrakurikuler jumantik anak sekolah.

### 1.4 Manfaat Penelitian

#### a. Bagi masyarakat umum

- Sebagai masukan untuk meningkatkan peran siswa dalam upaya pencegahan DBD di keluarga, masyarakat maupun sekolah.
- Peningkatan kesadaran masyarakat untuk memberantas vektor DBD di keluarga, masyarakat dan sekolah.

#### b. Bagi penentu kebijakan

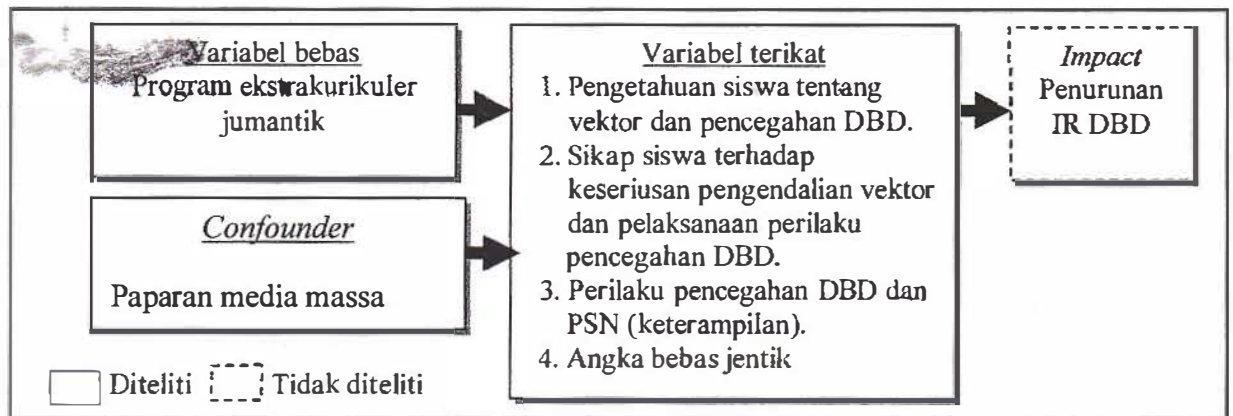
Masukan bagi program dalam upaya promosi kesehatan di sekolah untuk pengendalian vektor DBD.

c. Bagi masyarakat ilmiah

Sebagai proses pembelajaran dan dapat menjadi rujukan bagi peneliti selanjutnya.

## BAB II METODE

### 2.1. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka konsep penelitian

Pada SCT, manusia belajar melalui observasi model. Metode promosi kesehatan yang mengacu pada SCT memiliki karakteristik menggunakan metode *modelling*, ada faktor penguat (*reinforcement*), *active learning*, dan menggunakan pendekatan komunikasi persuasif. <sup>(8)</sup> Penerapan intervensi program ekstrakurikuler jumentik pada siswa SD dengan konsep SCT akan meningkatkan pengetahuan, sikap serta perilaku pencegahan DBD dan PSN. Peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku kemungkinan juga dipengaruhi oleh paparan informasi dari media massa dan sumber lain.

### 2.2. Tempat dan Waktu Penelitian

#### 1. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Kecamatan Tembalang dan Kelurahan Pedurungan Tengah, Kecamatan Pedurungan, Kota Semarang, Jawa Tengah.

#### 2. Waktu Penelitian

Januari-Desember 2011

### 2.3. Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian eksperimen dengan jenis studi intervensi masyarakat. <sup>(18)</sup>

## 2.4. Desain Penelitian

Penelitian menggunakan rancangan kelompok kuasi eksperimen test awal dan akhir tak ekuivalen (*nonequivalen pretest and posttest group design*).<sup>(19; 20)</sup> Model rancangan penelitian adalah sebagai berikut :

O1	X1	O2
O3	X2	O4

- O1 : pengukuran pengetahuan, sikap, perilaku siswa dan ABJ awal sebelum dilakukan pendidikan kesehatan melalui program ekstrakurikuler pada kelompok intervensi.
- O4 : pengukuran pengetahuan, sikap, perilaku siswa dan ABJ akhir sesudah dilakukan pendidikan kesehatan melalui program ekstrakurikuler pada kelompok intervensi.
- O3 : pengukuran pengetahuan, sikap, perilaku siswa dan ABJ awal sebelum dilakukan pendidikan kesehatan pada kelompok pembandingan.
- O4 : pengukuran pengetahuan, sikap, perilaku siswa dan ABJ akhir sesudah dilakukan pendidikan kesehatan pada kelompok pembandingan.
- X1 : Intervensi pendidikan kesehatan melalui program ekstrakurikuler
- X2 : Intervensi pendidikan kesehatan melalui media poster

## 2.5. Populasi dan Sampel

### 2.5.1 Populasi

Seluruh guru dan siswa sekolah dasar/ sederajat di Kecamatan Tembalang dan Kelurahan Pedurungan Tengah, Kecamatan Pedurungan, Semarang.

### 2.5.2 Sampel

#### a. Sampel

Sampel penelitian adalah siswa sekolah dasar/ sederajat kelas 5 (SD dan MI) di Kecamatan Tembalang (daerah perlakuan) dan Kelurahan Pedurungan Tengah, Kecamatan Pedurungan, Semarang (daerah pembandingan).

#### b. Sampel Diskusi Kelompok Terarah (DKT)

Peserta (DKT) adalah guru pendidikan jasmani SD/MI yang terlibat dalam kegiatan pelatihan.

#### c. Sampel wawancara mendalam

Wawancara mendalam dilakukan pada kepala sekolah dari SD/MI yang terpilih untuk diintervensi, penanggung jawab sub.bidang PSM dinas kesehatan, penanggung

jawab program pendidikan dasar di UPTD pendidikan kecamatan dan penanggung jawab bidang promosi kesehatan di puskesmas.

d. Sampel observasi

Observasi jentik untuk evaluasi dilakukan pada lingkungan sekolah dan rumah penduduk yang terpilih sesuai dengan kriteria inklusi yang ditetapkan.

2.6 Estimasi besar sampel, cara pemilihan dan penarikan sampel

1. Sampel sekolah

Kriteria inklusi sekolah yang terpilih sebagai sampel adalah: 1) tingkat SD atau sederajat, 2) bersedia berpartisipasi di dalam penelitian. Sekolah dasar dan MI yang berada di Kecamatan Tembalang dan masuk ke dalam wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu digunakan sebagai daerah intervensi sedangkan SD/MI di Kelurahan Pedurungan Tengah, Kecamatan Pedurungan dan masuk ke dalam wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Wetan sebagai daerah pembanding. Kelurahan Pedurungan Tengah dipilih sebagai daerah pembanding karena karakteristiknya hampir sama dengan daerah perlakuan.

2. Sampel siswa

Jumlah sampel minimal untuk evaluasi *impact* dihitung berdasarkan rumus *Isaac* dan *Michael* dengan tingkat kesalahan 5%,  $P$  (*power*)=0,5 dan  $N$  (jumlah populasi)=1160, sehingga didapatkan jumlah sampel sebesar 270 anak, dengan perhitungan kemungkinan *drop out* 10%, maka jumlah sampel minimal yang dibutuhkan adalah 297 siswa dibulatkan menjadi 300 siswa.<sup>(18)</sup>

Siswa yang dipilih adalah siswa kelas 5 dengan usia 9-12 tahun. Dengan asumsi 1 kelas ada 30 siswa sehingga dibutuhkan 10 kelas untuk *pre-post test*. Pengambilan sampel dilakukan dengan *cluster sampling* sekolah.<sup>(20)</sup> Pemilihan sampel siswa pada protokol sebelumnya adalah siswa kelas 4,5 dan 6, tetapi pada pelaksanaannya dipilih hanya siswa kelas 5 berdasarkan pertimbangan kemampuan untuk menerima materi dan ketersediaan waktu luang yang lebih banyak di sekolah untuk mengikuti kegiatan ekstrakurikuler berdasarkan masukan dari pihak sekolah dan dinas pendidikan.

Kriteria inklusi siswa adalah: 1) siswa SD /MI, 2) umur 9-12 tahun, 3) bersedia berpartisipasi, sedangkan kriteria eksklusi yaitu siswa yang tidak bersedia, pindah

atau *drop out*. Setiap siswa yang terpilih akan melakukan pemantauan jentik pada rumah masing-masing dan 4 orang tetangga terdekatnya.

### 3. Sampel wawancara mendalam

Wawancara mendalam ditujukan kepada kepala sekolah dari SD/MI yang terpilih untuk diintervensi, penanggung jawab sub bidang peran serta masyarakat Dinas Kesehatan Kota Semarang, penanggung jawab program pendidikan dasar di UPTD pendidikan kecamatan dan penanggung jawab bidang promosi kesehatan di puskesmas. Jumlah sampel ditentukan hingga tercapai saturasi data.

### 4. Sampel diskusi kelompok terarah (DKT)

Peserta DKT adalah guru pendidikan jasmani yang menjadi fasilitator program ekstrakurikuler jumentik di sekolah. Setiap kelompok DKT berjumlah 10 orang guru. Kriteria inklusi peserta DKT adalah : 1)guru SD / MI, 2)bekerja minimal 1 tahun dari tempat kerja terakhir, 3)bersedia berpartisipasi.

### 5. Sampel observasi ABJ

Tempat yang diamati adalah sekolah dan rumah penduduk. Jumlah sampel rumah yang akan dievaluasi ABJ dihitung berdasarkan rumus Lameshow :<sup>(20)</sup>

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 p q}{d^2}$$

n = perkiraan jumlah sampel minimal

p = estimasi proporsi perilaku pencegahan dan pengendalian DBD (0, 5)

q = 1 - p = 0,5

d = *acceptable level of error* (0,05)

Z  $\alpha/2$  = nilai standar pada distribusi normal dengan tingkat kepercayaan 95%.

$\alpha$  = tingkat signifikansi (0,05)

Jumlah sampel minimal adalah 385 rumah per kecamatan. Wilayah yang terpilih untuk observasi ABJ diambil adalah RW yang menjadi tempat tinggal siswa terbanyak dan berada dalam 1 wilayah kelurahan dengan sekolah yang terpilih menjadi sampel. Pengambilan sampel dilakukan secara *cluster sampling*.<sup>(21)</sup>

## 2.7 Variabel

### 1. Variabel bebas

Variabel bebas adalah program ekstrakurikuler jumentik di sekolah dasar.

2. Variabel terikat
  - a. Pengetahuan siswa tentang vektor dan pencegahan DBD.
  - b. Sikap siswa terhadap keseriusan vektor dan pencegahan DBD.
  - c. Perilaku pencegahan DBD pada siswa meliputi perilaku memantau jentik *Aedes sp* di dalam dan di luar rumah, menghilangkan habitat jentik *Aedes sp* di dalam dan di luar rumah, perlindungan gigitan nyamuk.
  - d. Angka bebas jentik

## 2.8 Instrumen dan cara pengumpulan data

### 1. Instrumen

Instrumen pengumpulan data penelitian berupa kuesioner PSP, panduan diskusi kelompok terarah, panduan wawancara mendalam, dan lembar observasi, sedangkan instrumen untuk pemantauan jentik meliputi senter, pipet, cup jentik, *tape recorder* dan kamera.

Kuesioner dan media penyuluhan akan diujicobakan terlebih dahulu sebelum digunakan. Uji coba dilakukan pada guru dan siswa SD yang memiliki karakteristik hampir sama dengan daerah penelitian. Hasil uji coba kemudian dievaluasi serta dianalisis validitas dan reliabilitasnya.

### 2. Cara pengumpulan data

#### a) Pemantauan jentik

Pemantauan jentik dilakukan pada tempat penampungan air di sekolah dan lingkungan RW yang menjadi tempat tinggal siswa terbanyak.

#### b) Survei

Sasaran kegiatan adalah komunitas sekolah di daerah intervensi. Tujuan kegiatan adalah mengetahui gambaran perilaku masyarakat di dalam upaya pencegahan DBD. Survei dilakukan oleh tim peneliti dengan wawancara terstruktur.

#### c) Wawancara mendalam

Sasarannya adalah kepala sekolah dari SD/MI yang terpilih untuk diintervensi, penanggung jawab sub.bidang PSM dinas kesehatan, penanggung jawab program pendidikan dasar di UPTD pendidikan kecamatan dan penanggung jawab bidang promosi kesehatan di puskesmas. Tujuan dari kegiatan ini untuk mengeksplorasi persepsi informan terhadap upaya/kebijakan yang telah dilakukan di sekolah terkait

pengecahan DBD dan penerimaan pelaksanaan program ekstrakurikuler pengendalian vektor DBD di sekolah.

d) Diskusi kelompok terarah

Tujuan DKT untuk mengeksplorasi persepsi guru terhadap keseriusan permasalahan DBD, upaya yang telah dilakukan sekolah terkait pencegahan DBD dan evaluasi penerimaan pelaksanaan program ekstrakurikuler pengendalian vektor DBD di sekolah.

Jumlah peserta diskusi antara 10 orang. Pelaksanaan DKT dilakukan 1 kali. Peneliti bertindak sebagai moderator dibantu oleh 2 orang asisten yang bertugas sebagai notulen dan tenaga teknis. Waktu diskusi antara 60-90 menit. Instrumen yang digunakan adalah panduan DKT.

e) Observasi perilaku

Observasi perilaku dilakukan untuk monitoring keterampilan guru sebagai fasilitator ekstrakurikuler. *Observer* adalah tim peneliti dengan menggunakan panduan lembar checklist.

f) Studi dokumen untuk data sekunder tentang prevalensi penyakit DBD, profil sekolah, dan profil kelurahan.

## 2.9. Bahan dan Prosedur kerja

a) Bahan

Bahan penelitian yang digunakan untuk pelatihan adalah media informasi (leaflet, poster, *flipchart*) serta spesimen telur, jentik, pupa dan nyamuk dewasa untuk penyuluhan.

b) Prosedur Kerja

1. Tahap persiapan

Peneliti melakukan pengurusan *ethical clearance* dan perizinan penelitian ke Kantor Kesbanglinmas Provinsi Jawa Tengah, Kesbanglinmas Kota Semarang, Dinas Kesehatan Kota Semarang, Dinas Pendidikan Kota Semarang, Puskesmas, kantor kecamatan dan kantor kelurahan, dan sekolah yang bersangkutan.

## 2. Tahap pelaksanaan

### 1). Survei pendahuluan

Survei pada komunitas sekolah dan lingkungan rumah siswa menggunakan wawancara terstruktur dan observasi lingkungan. Survei bertujuan mengetahui pengetahuan, sikap, perilaku pencegahan DBD dan mengetahui data ABJ awal.

### 2) Sosialisasi program pada lintas sektor

Kegiatan bertujuan membangun dukungan dari *stakeholder* dan sosialisasi kegiatan penelitian. Peserta adalah Seksi Pemberantasan Penyakit Bersumber Binatang (P2B2) dan Seksi Pemberdayaan masyarakat DKK Semarang, Kepala UPTD Kecamatan Tembalang, staf surveilans puskesmas Kedungmundu dan guru pendidikan jasmani dan kesehatan (penjaskes) dari 28 sekolah SD dan MI Kecamatan Tembalang.

Metode yang digunakan adalah diskusi. Materi yang disajikan mengenai gambaran permasalahan DBD di Kecamatan Tembalang dan rencana pelaksanaan program ekstrakurikuler untuk anak SD/MI. Dari kegiatan sosialisasi disepakati bahwa 1). pelaksanaan penelitian dilakukan awal tahun ajaran baru dengan sasaran seluruh kelompok siswa kelas 5; 2). Pelatihan guru diberikan 1 minggu sebelum kegiatan intervensi kepada siswa.

### 3) Pembuatan dan uji coba media

Hasil survei pendahuluan juga digunakan sebagai acuan untuk membuat media promosi kesehatan seperti modul, poster dan *flip chart* yang akan dipakai untuk kegiatan pelatihan guru dan penerapan program ekstrakurikuler. Uji coba dilaksanakan sebelum proses pelatihan. Peserta pelatihan diminta memberikan masukan terhadap media yang akan digunakan oleh guru.

### 4) Pelaksanaan

#### a. Pelatihan guru

Tujuannya untuk meningkatkan pengetahuan guru terhadap vektor dan pencegahan DBD, meningkatkan keterampilan guru untuk mengajar dengan metode *active learning* dan mengembangkan sikap positif guru terhadap pelaksanaan program pencegahan DBD di sekolah.

Peserta pelatihan adalah guru penjaskes. Pada kelompok perlakuan, dari 28 sekolah yang diundang untuk mengikuti pelatihan, hanya 23 sekolah yang hadir.

Metode pelatihan menggunakan metode diskusi, praktikum dan ceramah tanya jawab. Tahap pelaksanaan kegiatan:

1. Dinamika kelompok (15 menit)

Pelatihan diawali dengan dinamika kelompok dengan permainan-permainan *icebreaking* dan pembagian kelompok secara acak.

2. Praktikum (30 menit)

Setiap kelompok guru bertugas mengamati dan berdiskusi untuk menggambarkan ciri spesimen telur, jentik, pupa dan nyamuk *Aedes sp* secara umum. Peserta juga diberi tugas untuk praktikum untuk mengetahui proses penetasan telur *Aedes sp* menjadi jentik nyamuk dan proses perkembangan pupa menjadi dewasa. Hasil kegiatan dipresentasikan oleh masing-masing kelompok dan kemudian ditanggapi oleh kelompok yang lain. Tim peneliti membuat *resume* dari hasil diskusi dan disampaikan kembali kepada forum.

3. Studi Kasus (45-90 menit)

Setiap kelompok akan berdiskusi untuk menganalisis kasus tentang permasalahan DBD di komunitas sekolah, kemudian memberikan presentasi di depan kelompok yang lain. Tim peneliti akan membuat *resume* dari hasil diskusi dan kemudian disampaikan kembali kepada forum untuk proses diskusi.

Evaluasi yang dilakukan untuk pelatihan guru adalah *pre-test*, *post-test* dan evaluasi proses. Kelompok pembanding juga mendapat penyuluhan tentang vektor dan pencegahan DBD, namun pelaksanaannya setelah evaluasi *post test* pada siswa selesai dilakukan.

b. Pendidikan kesehatan pada siswa

Tujuannya untuk meningkatkan pengetahuan siswa terhadap vektor dan pencegahan DBD, meningkatkan keterampilan siswa di dalam melakukan pemantauan jentik, serta mengembangkan sikap siswa untuk mendukung pemantauan jentik dan PSN di lingkungan rumah dan sekolah.

Sekolah yang mengikuti kegiatan penelitian di kelompok perlakuan (Kecamatan Tembalang) ada 23 sekolah dan di kelompok pembanding (Kelurahan Pedurungan Tengah) ada 5 sekolah. Pada kelompok perlakuan, guru yang sudah dilatih bertugas sebagai fasilitator di dalam memberikan edukasi pencegahan DBD. Guru dibekali media untuk memberikan pendidikan kesehatan

seperti buku panduan, poster dan *flipchart*. Metode pengajaran dipilih oleh guru, tetapi diharapkan seperti yang dilakukan saat pelatihan oleh tim B2P2VRP. Pada kelompok pembanding edukasi diberikan hanya melalui pemasangan poster di sekolah.

Materi edukasi berisi tentang etiologi DBD, biologi vektor, metode pencegahan DBD dan pengendalian vektor, teknik komunikasi dan pembelajaran aktif, serta pembekalan untuk etika siswa berkunjung ke rumah penduduk. Pada kelompok perlakuan, kegiatan penyampaian materi dilakukan di sekolah pada jam pelajaran pendidikan kesehatan jasmani atau sesuai dengan kesepakatan sekolah masing-masing. Sasaran kegiatan adalah seluruh siswa kelas 5. Pada tahap ini tim peneliti hanya bertindak sebagai petugas monitoring dan evaluator program.

### c. Pelaksanaan ekstrakurikuler

Kegiatan ekstrakurikuler dilaksanakan di kelompok perlakuan meliputi praktek pemantauan jentik nyamuk di masyarakat. Siswa kelas 5 akan membentuk kelompok (3-5 anak). Sasaran pemantauan jentik rumah dan lingkungan masyarakat di sekitar tempat tinggal siswa. Waktu intervensi seluruhnya berlangsung selama 4 minggu. Program ekstrakurikuler dilakukan seminggu sekali sesuai dengan kesepakatan waktu masing-masing sekolah. Pada 2 minggu pertama, guru memberikan materi tentang DBD, sedangkan 2 minggu berikutnya siswa diberi tugas memantau jentik di rumah dan 4 tetangga terdekatnya. Laporan pemantauan jentik diberikan kepada guru seminggu sekali.

Jentik/pupa yang ditemukan dibawa ke sekolah untuk ditunjukkan kepada guru. Jentik/pupa yang sudah ditemukan kemudian dikumpulkan lalu dengan pengawasan guru, jentik/pupa dimatikan dengan cara dibuang ke tanah. *Post test* PSP siswa dilakukan 1 hari setelah program selesai baik pada daerah intervensi maupun daerah kontrol.

## 3. Tahap monitoring dan evaluasi

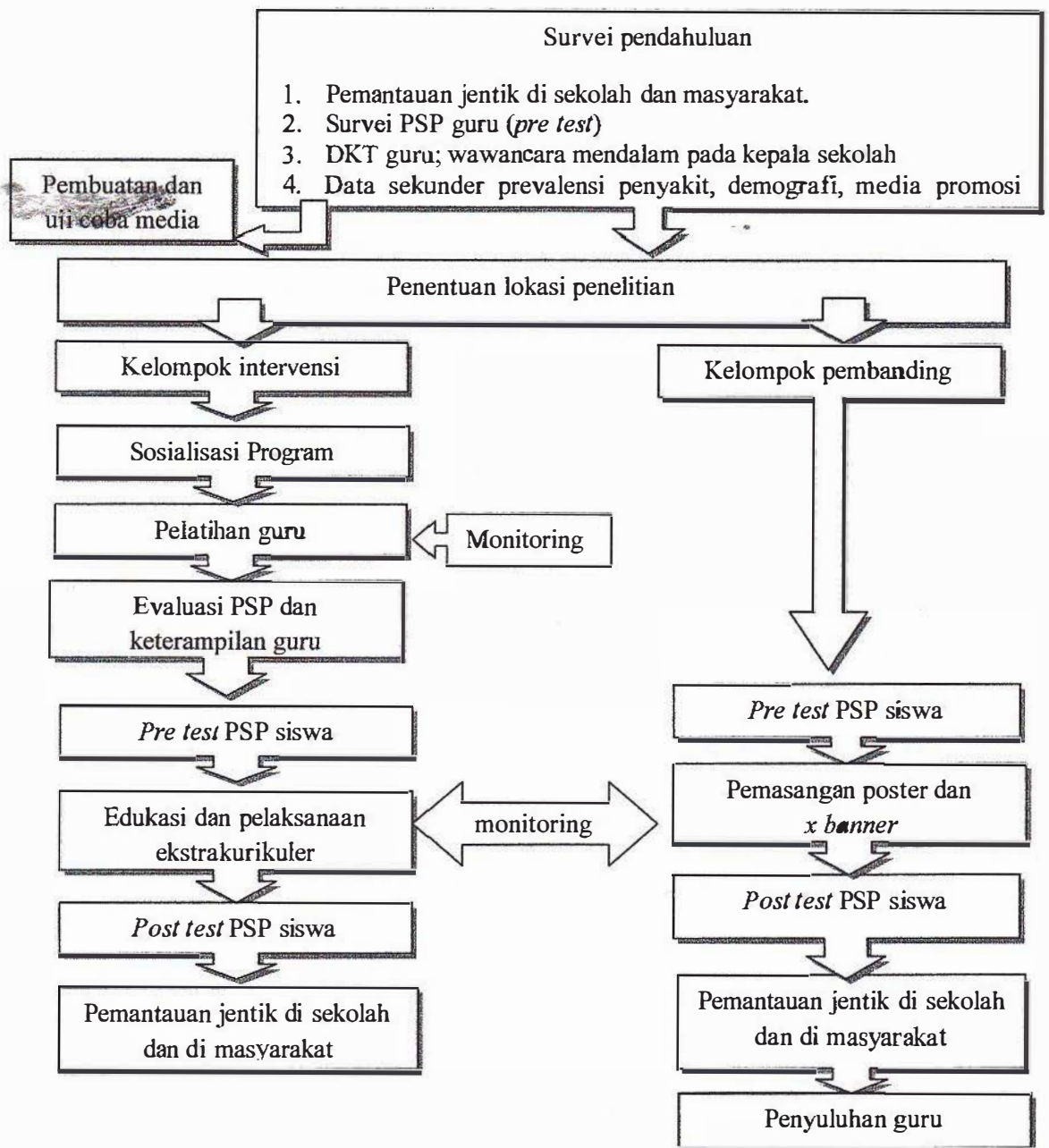
### a. Monitoring pelaksanaan kegiatan ekstrakurikuler

Tim peneliti berkunjung ke setiap sekolah minimal 1 kali selama masa intervensi untuk memonitoring dan dokumentasi proses pelaksanaan kegiatan.

Indikator: persentase siswa yang hadir, persentase siswa yang mengumpulkan formulir pemantauan jentik dan data pemantauan jentik siswa.

b. Evaluasi *impact*

Evaluasi dilakukan pada tingkat pengetahuan, sikap dan keterampilan guru dan siswa. Perbandingan pengetahuan guru dan siswa selama mengikuti program pelatihan diukur dengan *pre-post test*. Indikator: nilai *pre-post test* (skala interval). Keterampilan guru diobservasi oleh tim peneliti menggunakan *checklist* dan dilakukan untuk melihat perbandingan perubahan perilaku sebelum dan sesudah pelatihan. Indikator *impact* adalah nilai total dari item-item observasi pada *checklist* (skala interval). Alur kegiatan penelitian dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Alur Kegiatan Penelitian

## 2.10. Manajemen dan Analisis Data

Manajemen data untuk data kuantitatif dilakukan entri data hasil wawancara dan membuat subset data semua variabel yang di-*entry*, sedangkan untuk data kualitatif yaitu membuat transkrip (*verbatim*) dari proses DKT dan wawancara mendalam.

Analisis data kuantitatif meliputi analisis deskriptif dan analisis bivariat. Analisis deskriptif bertujuan untuk menggambarkan variabel penelitian. Uji t-berpasangan (*paired*

*t-test*) digunakan untuk membandingkan perbedaan antara nilai rerata variabel pada kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan sebelum dan sesudah perlakuan..<sup>(18)</sup>

Analisis data kualitatif dilakukan bersamaan dengan pengumpulan data. Langkah-langkah analisis data kualitatif adalah (1) koding : Pernyataan informan dikelompokkan ke dalam unit makna (*meaning unit*); (2) Kategorisasi : mengelompokkan hasil koding ke dalam suatu kelompok dengan karakteristik tema/ kategori yang hampir sama; dan (3) Sintesis dan *content analysis* : Peneliti membentuk seluruh penjelasan tentang makna dan isi data dengan mempertimbangkan kerangka rujukan atas fenomena dan mengkonstruksi bagaimana fenomena tersebut dialami.

## 2.11 Definisi Operasional

Tabel 1. Definisi operasional penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1	Program ekstra kurikuler jumentik	Program edukasi tentang vektor dan pencegahan DBD dengan model SCT ( <i>active learning, modelling, reinforcement,</i> persuasif) yang diberikan oleh guru kepada siswa pada jam ekstrakurikuler dalam kurun waktu 4 minggu yang terbagi dalam sesi edukasi (2 kali pertemuan) dan sesi tugas (2 laporan ABJ).	Keterlibatan siswa di dalam program dengan indikator:  1) Kehadiran siswa di dalam mengikuti sesi edukasi ekstrakurikuler oleh guru.	Skor presensi siswa: 2 : hadir 2x dalam kegiatan ekstrakurikuler. 1 : hadir 1x dalam kegiatan ekstrakurikuler 0 : tidak pernah hadir dalam kegiatan ekstrakurikuler.	Nominal
			Jumlah laporan pemantauan jentik mingguan yang dikumpulkan kepada guru dalam waktu 4 minggu.	Skor tugas : 3 : minimal mengumpulkan 4 laporan. 2 : mengumpulkan 2-3 laporan. 1 : mengumpulkan 1 laporan 0 : tidak pernah mengumpulkan laporan.	

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
2	Pengetahuan tentang vektor dan pencegahan DBD	Informasi yang mampu diingat responden mengenai: penyebab, tanda dan gejala, penularan, pengobatan, pencegahan DBD dan siklus hidup nyamuk <i>Aedes sp.</i>	Kuesioner, pertanyaan dalam bentuk pilihan ya dan tidak. Skoring jawaban: skor 1; jawaban salah, skor 0	Skor total dari jawaban responden untuk pertanyaan pengetahuan pada awal dan akhir penelitian. Data disajikan dalam bentuk <i>mean</i> , standar deviasi (SD).	Interval
3	Sikap terhadap keseriusan vektor dan pelaksanaan perilaku pencegahan DBD	Respon/tanggapan responden terhadap keseriusan nyamuk vektor dan pelaksanaan perilaku pencegahan DBD.	Kuesioner dalam bentuk skala linkert (1-5). Pernyataan positif : sangat setuju (skor 5); tidak setuju (skor 1) Pernyataan negatif : Sangat tidak setuju (skor 5), setuju (skor 1)	Skor total dari jawaban responden untuk pernyataan sikap pada awal dan akhir penelitian. Data disajikan dalam bentuk <i>mean</i> , SD.	Interval
4	Perilaku pencegahan DBD	Tindakan yang dilakukan responden untuk mencegah gigitan nyamuk, mengeliminasi habitat nyamuk <i>Aedes sp</i> di dalam/luar rumah dan memantau jentik nyamuk baik di lingkungan keluarga maupun di sekolah	<i>Checklist</i> untuk mengetahui frekuensi tindakan yang dilakukan responden setiap hari. Jawaban pertanyaan dalam bentuk 3 pilihan jawaban yaitu rutin, kadang-kadang, tidak pernah.	Skor total dari jawaban pada <i>checklist</i> yang dilakukan responden di awal dan akhir penelitian. Data disajikan dalam bentuk <i>mean</i> dan SD.	Interval
5.	<i>Self efficacy</i>	keyakinan akan kemampuan responden untuk melakukan kegiatan promosi upaya pencegahan DBD di lingkungan sekitarnya.	Kuesioner, berupa jawaban pertanyaan dalam bentuk skala linkert (1-6)	Skor total dari jawaban responden untuk pernyataan sikap pada awal dan akhir penelitian. Data disajikan dalam bentuk <i>mean</i> , SD.	interval
6	Angka bebas jentik	Persentase rumah dan tetangga siswa yang tidak ditemukan jentik nyamuk.	Lembar observasi pemantauan jentik dengan pilihan jawaban "positif" dan "negatif".	Persentase dari perbandingan antara jumlah rumah yang positif jentik dengan jumlah rumah yang diperiksa.	Interval

No	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
7	Informasi dari media massa atau sumber lain	Paparan pesan mengenai vektor dan pencegahan DBD yang diterima informan yang berasal dari sumber selain guru seperti media massa (televisi, radio, internet) atau sumber lain.	Kuesioner, berupa jawaban pertanyaan tentang sumber informasi yang paling banyak diperoleh responden mengenai vektor dan pencegahan DBD, terhitung dalam kurun waktu 1 minggu terakhir sebelum evaluasi PSP dilakukan.	Sumber informasi selain guru : 1 : tidak ada 2: media massa (TV,radio, koran, internet) 3:kader dan tenaga puskesmas/dinas kesehatan 4: pelatihan B2P2VRP	Nominal

## BAB III

### HASIL

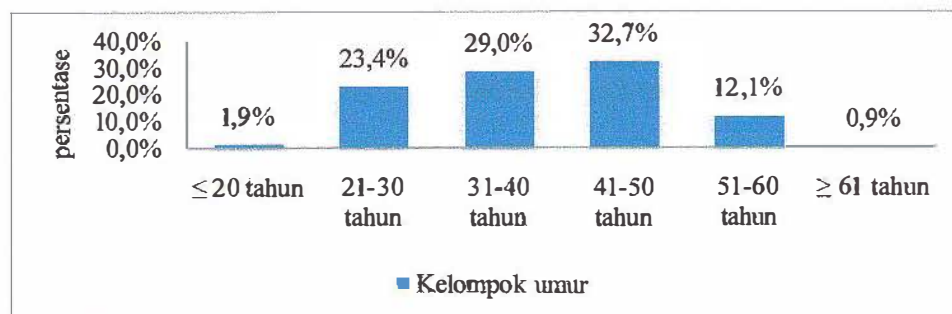
#### 3.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Kecamatan Tembalang memiliki luas wilayah 3.871.765 hektar dan terdiri dari 12 kelurahan. Jumlah penduduk sebesar 113.651 jiwa dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 65.106 orang dan perempuan 63.860 orang.<sup>(3)</sup> Dari sektor pendidikan terdapat sekolah SD/ sederajat sebanyak 78 sekolah, sedangkan di wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu sendiri terdapat 36 sekolah tingkat dasar (SD dan MI), dengan rincian 26 sekolah negeri dan 14 sekolah swasta.<sup>(22)</sup>

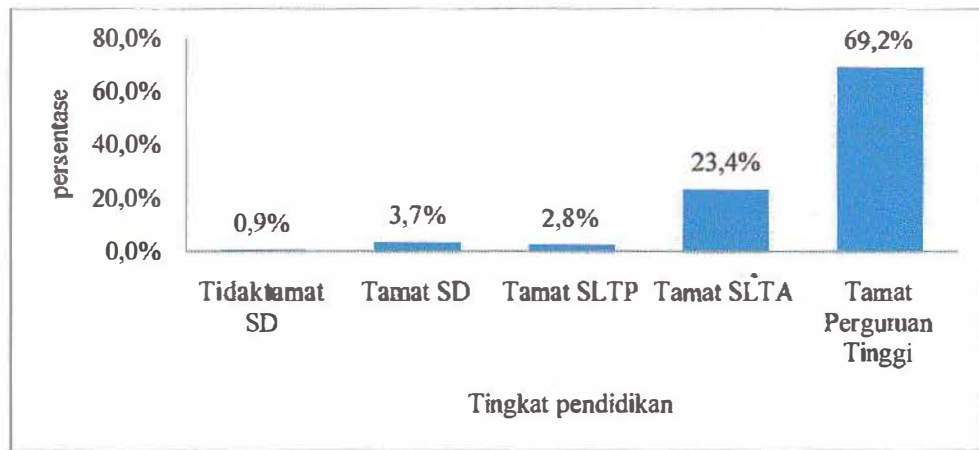
Kelurahan Pedurungan Tengah merupakan salah satu kelurahan dari 12 kelurahan di Kecamatan Pedurungan. Kelurahan Pedurungan Tengah masuk ke dalam wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Wetan dan memiliki 5.464 penduduk laki-laki dan 5.768 penduduk perempuan serta menempati wilayah seluas 189 hektar dengan batas-batas wilayah sebagai berikut; bagian utara berbatasan dengan Kelurahan Tlogosari, bagian selatan berbatasan dengan Kelurahan Pedurungan Lor, sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Pedurungan Kidul dan sebelah timur berbatasan dengan Kelurahan Patebon dan Tlogosari Kulon. Menurut data dinas pendidikan, di wilayah Kelurahan Pedurungan Tengah terdapat 5 sekolah tingkat dasar yang terdiri dari 2 SD negeri, 2 SD swasta dan 1 MI swasta.<sup>(22)</sup>

#### 3.2 Survei Pendahuluan pada Komunitas Sekolah

Survei pendahuluan dilakukan di Kecamatan Tembalang. Responden adalah guru dan petugas kebersihan sekolah yang diambil secara acak dari seluruh SD/MI di Kecamatan Tembalang sejumlah 107 orang. Karakteristik responden dapat dilihat pada Gambar 3 dan 4.

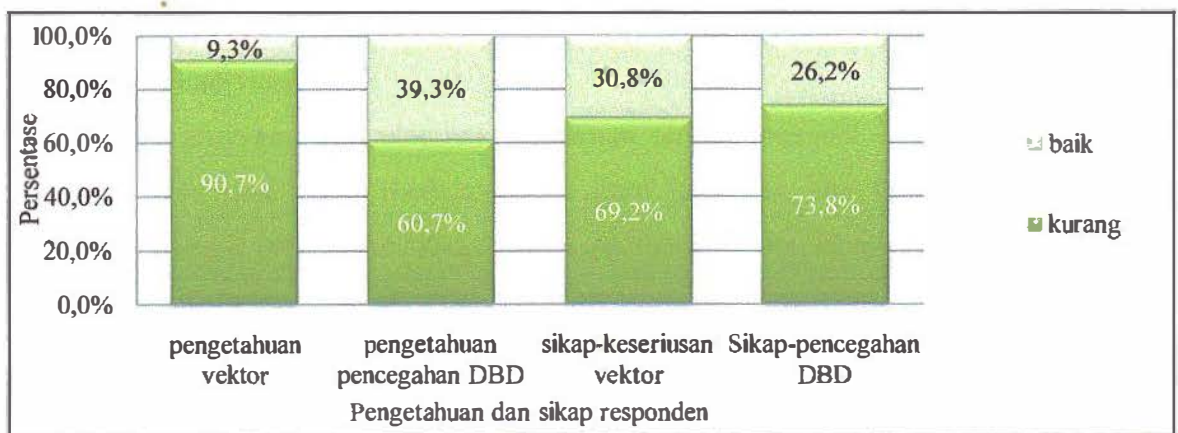


Gambar 3. Distribusi responden menurut kelompok umur di Kecamatan Tembalang Tahun 2011



Gambar 4. Distribusi responden menurut tingkat pendidikan di Kecamatan Tembalang Tahun 2011

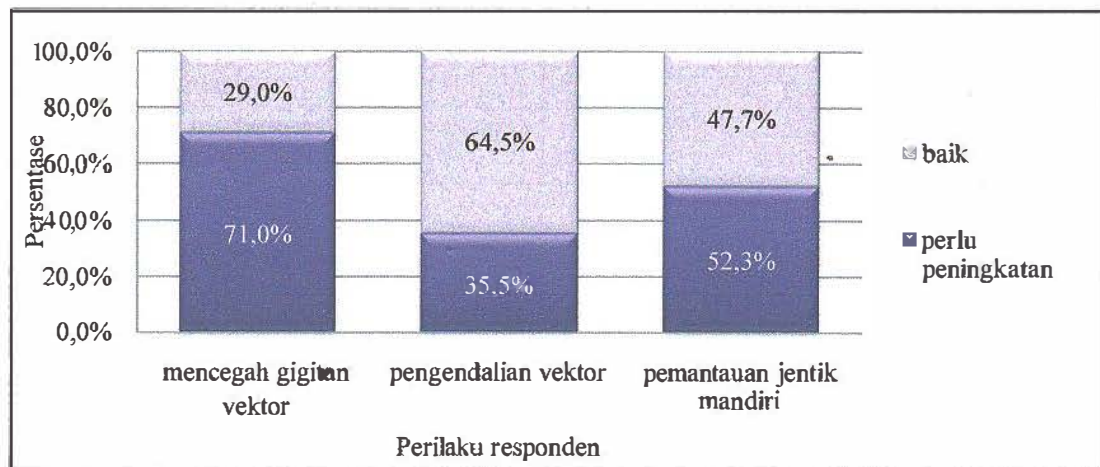
Gambar 3 dan 4 menunjukkan distribusi responden berdasarkan kelompok umur dan tingkat pendidikan. Dari hasil studi diketahui responden perempuan (57,9%) lebih banyak dari pada responden laki-laki (43,1%). Tingkat pendidikan responden sebagian besar tamat perguruan tinggi (69,2%) dan tamat SLTA (23,4%). Pekerjaan responden yang paling banyak adalah guru (80,4%), sedangkan 18,7% bekerja sebagai petugas kebersihan sekolah dan 0,9% adalah tenaga administrasi sekolah (Gambar 4).



Gambar 5. Distribusi responden berdasarkan persentase skor pengetahuan di Kecamatan Tembalang Tahun 2011

Gambaran pengetahuan dan sikap pencegahan DBD pada komunitas sekolah ditunjukkan pada Gambar 5. Berdasarkan Gambar 5 diketahui bahwa sebagian besar pengetahuan dan sikap responden terhadap vektor serta pencegahan DBD perlu peningkatan. Persentase responden dengan keterbatasan pengetahuan tentang vektor lebih besar daripada persentase pengetahuan pencegahan DBD, dan kurang dari sepertiga

responden yang mendukung terhadap keseriusan pengendalian nyamuk vektor dan upaya pencegahan DBD.



Gambar 6. Distribusi responden berdasarkan perilaku pencegahan DBD di Kecamatan Tembalang Tahun 2011

Perilaku perlindungan dari gigitan nyamuk dan pemantauan jentik mandiri perlu peningkatan. Pada Gambar 6 diketahui bahwa responden yang telah melakukan perilaku mencegah gigitan vektor dan pemantauan jentik mandiri masih di bawah 50%. Sebesar 64,5% responden sudah melakukan perilaku pengendalian vektor dengan baik.

### 3.3 Kegiatan intervensi

Proses intervensi di kelompok perlakuan terbagi menjadi 3 tahap yaitu tahap I .pelatihan guru dan tahap II.edukasi dari guru ke siswa dan tahap III. pelaksanaan pemantauan jentik oleh siswa. Pada daerah perbandingan, kegiatan edukasi hanya berupa pemasangan media poster di sekolah.

Pelatihan guru diikuti oleh 27 guru dari 23 SD dan MI di Kecamatan Tembalang karena ada 4 sekolah yang mengirimkan 2 orang guru untuk mengikuti kegiatan. Materi pelatihan terdiri dari materi gambaran masalah DBD di Kota Semarang, etiologi DBD, perilaku vektor DBD, upaya pengendalian vektor dan pencegahan DBD, serta teknik pembelajaran partisipatif. Nara sumber adalah penanggungjawab program P2B2 dan program pemberdayaan masyarakat DKK Semarang, Kepala Puskesmas Kedungmundu dan tim peneliti B2P2VRP Salatiga. Metode pelatihan adalah *active learning*. Peserta terbagi menjadi 4 kelompok yang berdiskusi dan mempresentasikan tugas-tugas yang diberikan oleh fasilitator. Hasil penilaian keterampilan guru sebagai fasilitator saat proses pelatihan dengan metode *active learning* dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Skor keterampilan guru sebagai fasilitator

Jenis Keterampilan	Kelompok				Skor maksimal	mean
	I	II	III	IV		
Penguasaan materi	80,0%	80,0%	70,0%	70,0%	100%	75,0%
Teknik presentasi	83,3%	86,7%	76,7%	80,0%	100%	80,9%
Interaksi fasilitator dengan peserta lain	60,0%	60,0%	50,0%	50,0%	100%	52,5%

Evaluasi ketrampilan guru sebagai fasilitator menunjukkan bahwa responden memiliki skor tertinggi pada teknik penyajian presentasi (80,9%), sedangkan rerata penguasaan materi oleh responden sebesar 75,0%. Keterampilan utama yang harus dimiliki oleh seorang fasilitator adalah kemampuan untuk berinteraksi dengan peserta lain. Hasil evaluasi menunjukkan teknik interaksi responden memiliki rerata sebesar 52,5%, lebih rendah dibandingkan dengan skor keterampilan lainnya.

Edukasi materi pelatihan oleh guru kepada siswa berlangsung selama 2 minggu. Saat edukasi, guru diberi media untuk membantu proses belajar-mengajar berupa *flipchart* DBD dan buku pengenalan nyamuk *Aedes* sp. Umumnya edukasi diberikan pada saat mata pelajaran pendidikan jasmani di dalam kelas seminggu sekali. Metode yang digunakan adalah konsep pembelajaran aktif yaitu ceramah tanya-jawab, diskusi dan praktikum. Materi terbagi menjadi 2 yaitu materi etiologi DBD dan materi pengenalan vektor DBD serta upaya pengendaliannya. Praktikum dilakukan untuk pengenalan siklus hidup nyamuk mulai dari perkembangan jentik hingga menjadi nyamuk dewasa.

Hasil evaluasi sebelum proses intervensi menunjukkan bahwa informasi mengenai DBD dan pencegahannya pada kelompok perlakuan lebih banyak diperoleh dari tenaga puskesmas dan kader (48,1%) serta media massa (40,7%), sedangkan pada kelompok pembanding informasi sebagian besar didapatkan dari media massa (61,9%). Begitu juga informasi mengenai vektor DBD dan upaya pengendaliannya, kelompok perlakuan lebih banyak mendapatkannya dari petugas puskesmas dan kader (59,3%) sedangkan kelompok pembanding dari media massa (45,8%).

Evaluasi setelah intervensi menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan, informasi pencegahan DBD sebagian besar didapatkan dari pelatihan B2P2VRP (66,7%) dan petugas puskesmas dan kader (22,2%), sedangkan pada kelompok pembanding persentase sumber informasi antara media massa dan B2P2VRP hampir sama yaitu 33,3% dan 39,6%. Sumber informasi tentang pengetahuan vektor dan upaya pengendalian pasca intervensi di

kelompok perlakuan 70,4% diperoleh dari B2P2VRP, sedangkan kelompok pembanding masih tetap dari media mssa yaitu 57,1%.

Monitoring kehadiran siswa dalam kegiatan edukasi menunjukkan rerata presensi siswa yang lengkap mengikuti sesi edukasi sebesar 96,75%, sedangkan 3,24% peserta hanya 1 kali mengikuti sesi dengan alasan absen sakit/ijin, dan 0,03% tidak mengikuti edukasi dengan alasan pindah sekolah dan ijin.

Tahap 3 yaitu kegiatan ekstrakurikuler pemantauan jentik oleh siswa yang berlangsung selama 2 minggu. Siswa diberi tugas kelompok di luar jam belajar di sekolah, untuk memantau tempat-tempat yang kemungkinan ditemukan jentik nyamuk *Aedes*. Hasil pemantauan dicatat pada formulir yang telah disediakan, untuk dilaporkan kepada guru. Setiap kelompok membawa formulir pengamatan jentik dan 3 jentik nyamuk ke sekolah pada *cup* jentik yang sudah disediakan. Jentik kemudian diamati perkembangannya di bawah pengawasan guru. Beberapa sekolah menugaskan siswa untuk membuat catatan harian tentang langkah-langkah kegiatan ekstrakurikuler pemantauan jentik yang dilakukan. Laporan tersebut kemudian didiskusikan bersama guru.



Gambar 7. Distribusi jenis tempat penampungan air yang diperiksa oleh siswa pada kelompok perlakuan

Pada Gambar 7 diketahui bahwa siswa paling banyak melakukan pemantauan jentik pada tempat penampungan air bersih yaitu bak mandi, gentong dan drum air (71,0%) yang umumnya merupakan habitat dari stadium pra dewasa nyamuk *Aedes* sp.

### 3.4 Perilaku pencegahan DBD pada guru

Karakteristik responden guru pada kelompok perlakuan dan pembanding hampir sama (Tabel 3). Rerata umur responden di kelompok perlakuan adalah  $40,96 \pm 9,300$  tahun

dan di kelompok pembandingan  $40,64 \pm 9,105$  tahun. Jenis kelamin responden yang terbanyak di 2 kelompok tersebut adalah laki-laki. Responden sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan tamat perguruan tinggi, baik di kelompok perlakuan maupun pembandingan. Sebagian besar guru baik di daerah perlakuan maupun pembandingan bekerja di sekolah negeri.

Tabel 3. Karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan dan jenis sekolah pada kelompok perlakuan dan pembandingan

Karakteristik		Perlakuan (n=27)		Pembandingan (n=22)	
		f	%	f	%
Umur (tahun)	Mean±SD	40,96 ±9,300		40,64 ±9,105	
Jenis kelamin	Laki-laki	15	55,6	17	77,3
	Perempuan	12	44,4	5	22,7
Tingkat pendidikan	Tamat SLTA	6	22,2	2	9,1
	Tamat Perguruan tinggi	21	77,8	20	90,9
Jenis sekolah	Negeri	18	66,7	3	60,0
	Swasta	9	33,3	2	40,0

Tabel 4. Uji distribusi normal skor *pre - post test* responden guru pada kelompok perlakuan dan pembandingan Tahun 2011

Variabel	Uji kemaknaan			
	Perlakuan		Pembandingan	
	z	p	z	p
Pengetahuan 1	0,886	0,412	0,769	0,5665
Pengetahuan 2	0,846	0,470	1,029	0,240
Sikap 1	0,552	0,921	0,818	0,515
Sikap 2	0,899	0,394	0,802	0,541
Perilaku 1	0,527	0,944	0,920	0,366
Perilaku 2	0,784	0,568	0,990	0,281
Self efficacy 1	1,056	0,215	0,793	0,566
Self efficacy 2	0,917	0,369	1,036	0,233

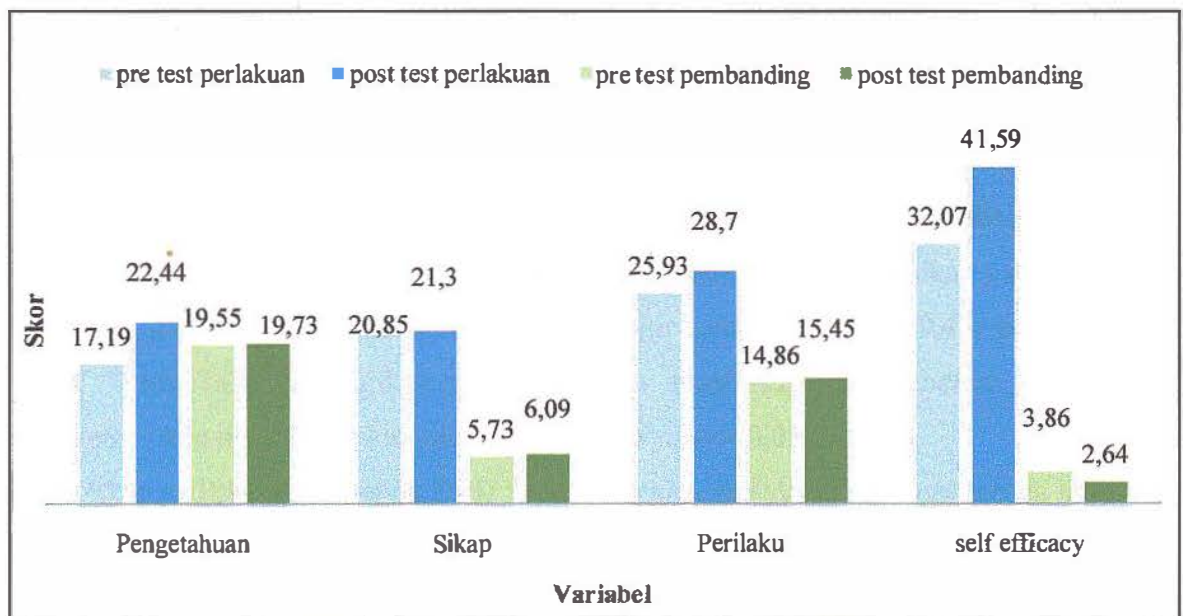
Uji *one sampel kolmogorov-smirnov* pada Tabel 4 menunjukkan bahwa seluruh variabel pada kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan mempunyai *p value* > 0,05, maka  $H_0$  diterima yang berarti data berdistribusi normal. Uji statistik yang digunakan untuk membandingkan rerata peningkatan PSP dan *self efficacy* responden guru sebelum dan sesudah intervensi adalah uji t berpasangan (*paired t test*).

Pengaruh pelatihan pencegahan DBD terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, perilaku dan *self efficacy* guru pada kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan dapat dilihat pada Tabel 5. Pengukuran tingkat pengetahuan sesudah intervensi (Tabel 5) menunjukkan skor pengetahuan kelompok perlakuan ( $22,44 \pm 3,297$ ) lebih besar daripada kelompok pembandingan ( $19,73 \pm 3,575$ ). Pada Gambar 8, pengetahuan guru sebelum

intervensi pada kelompok perlakuan ( $17,19 \pm 3,680$ ) lebih rendah dari pada pengetahuan pada kelompok pembandingan ( $19,55 \pm 3,789$ ).

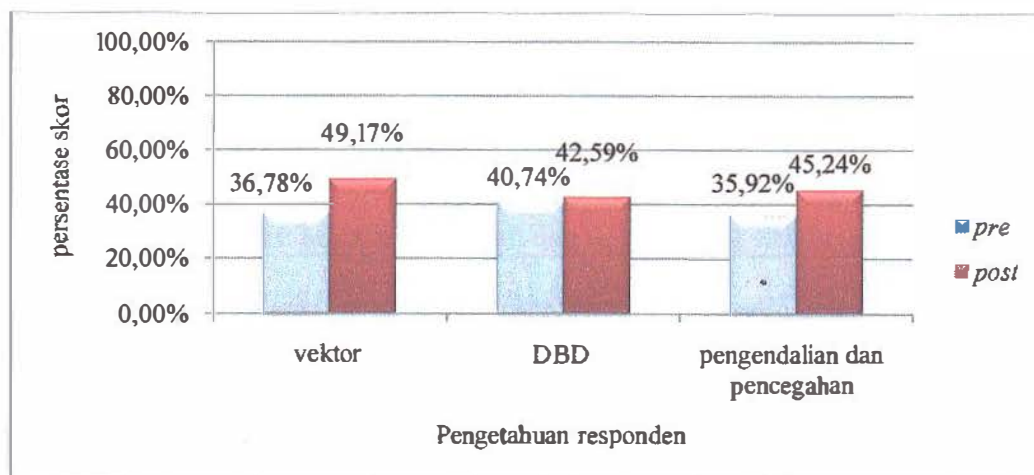
Tabel 5. Perbandingan rerata skor *pre test* ke *post test* responden guru pada kelompok perlakuan dan pembandingan Tahun 2011

Variabel	Kelompok perlakuan (n = 27) Mean ± SD	Selisih mean	Uji kemaknaan		Kelompok pembandingan (n = 22) Mean ± SD	Selisih mean	Uji kemaknaan	
			t	p			t	p
Pengetahuan <i>pre</i>	17,19± 3,680	5,25	-6,461	0,000	19,55±3,789	0,18	-0,254	0,802
Pengetahuan <i>post</i>	22,44± 3,297				19,73±3,575			
Sikap <i>pre</i>	20,85± 4,356	0,45	-0,423	0,676	5,73±2,051	0,36	-0,716	0,482
Sikap <i>post</i>	21,30± 4,339				6,09±0,482			
Perilaku <i>pre</i>	25,93± 3,518	2,77	-2,683	0,013	14,86±4,989	0,59	-0,818	0,423
Perilaku <i>post</i>	28,70± 5,326				15,45±4,698			
Self efficacy <i>pre</i>	32,07± 11,377	9,52	-5,242	0,000	3,86±1,320	1,22	1,418	0,171
Self efficacy <i>post</i>	41,59± 8,068				2,64±1,399			



Gambar 8 . Perbandingan rerata skor *pre-post test* responden guru antara kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan

Rerata peningkatan pengetahuan pada kelompok perlakuan sesudah proses intervensi, 5 kali lebih tinggi dari pada rerata peningkatan nilai pengetahuan di kelompok pembandingan (Tabel 5). Hasil analisis uji t berpasangan menunjukkan bahwa perbedaan skor sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan bermakna secara statistik ( $p \text{ value} < 0,05$ ), sedangkan pada kelompok pembandingan juga terjadi peningkatan skor pengetahuan pada *post test*, akan tetapi perbedaan ini tidak bermakna secara statistik ( $p \text{ value} > 0,05$ ).



Gambar 9. Distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan di kelompok perlakuan Tahun 2011

Gambar 9 menunjukkan tingkat perubahan pengetahuan responden pada kelompok intervensi. Selisih peningkatan pengetahuan terlihat lebih besar pada pengetahuan tentang vektor (selisih skor=12,39) dibandingkan dengan pengetahuan DBD (selisih skor= 1,84) dan upaya pengendalian-pencegahan (9,32).

Sikap guru terhadap keseriusan pengendalian vektor dan pencegahan DBD pada kelompok perlakuan 4 kali lebih tinggi dari pada kelompok pembandingan, baik pada pengukuran sebelum maupun sesudah intervensi. Rerata peningkatan sikap pada kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan juga hampir sama (perlakuan=0,45; pembandingan = 0,36). Pada Tabel 5 disajikan perbedaan skor sikap responden sebelum dan sesudah intervensi yang tidak bermakna secara statistik ( $p\ value > 0,05$ ).

Skor perilaku pencegahan DBD pada kelompok perlakuan sebelum proses intervensi lebih tinggi daripada kelompok pembandingan. Evaluasi *post test* menunjukkan rerata peningkatan hasil skor perilaku pada kelompok perlakuan juga lebih besar daripada selisih skor perilaku kelompok pembandingan. Hasil uji t berpasangan menunjukkan perbedaan skor sebelum dan sesudah intervensi bermakna secara statistik pada kelompok perlakuan ( $p\ value < 0,05$ ), tetapi tidak bermakna secara statistik pada kelompok pembandingan ( $p\ value > 0,05$ ).

Kelompok guru pada kelompok intervensi memiliki skor *self efficacy* yang lebih tinggi daripada kelompok pembandingan, baik sebelum ataupun sesudah perlakuan. Rerata peningkatan skor *self efficacy* pada kelompok perlakuan sebesar 9,53 dan perbedaan skor *self efficacy* pada evaluasi *pre-post test* ini bermakna secara statistik ( $p\ value < 0,05$ ). Meskipun pada kelompok pembandingan terjadi rerata peningkatan *self efficacy* sebesar 1,22;

namun hasil uji t berpasangan menunjukkan perbedaan skor yang tidak signifikan ( $p \text{ value} > 0,05$ ).

Tabel 6. Hasil uji *independent t test* rerata nilai *post test* guru pada kelompok perlakuan dan pembandingan Tahun 2011

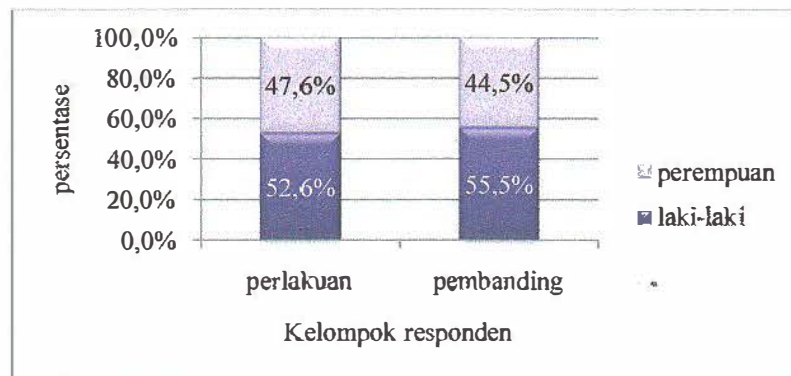
Kelompok Responden	Rerata kenaikan nilai	Uji statistik	
		t	p
pengetahuan	2,717±0,992	2,740	0,009
Sikap	15,569±0,943	16,515	0,000
Perilaku	13,249±1,433	9,245	0,000
<i>Self efficacy</i>	37,956±1,581	24,006	0,000

Pada Tabel 6, uji statistik perbedaan nilai *post test* pada kedua kelompok dilakukan dengan *independent t test*. Hasilnya bahwa menunjukkan peningkatan skor pengetahuan, sikap, perilaku dan *self efficacy* antara kelompok perlakuan dan pembandingan ada perbedaan yang bermakna dengan tingkat signifikansi 95%. Dari perbedaan rerata skor responden setelah intervensi (Tabel 5), model ekstrakurikuler menunjukkan nilai pengetahuan, sikap, perilaku maupun *self efficacy* yang lebih besar dari pada model poster. Hal tersebut berarti bahwa model edukasi dengan menggunakan model ekstrakurikuler mampu meningkatkan tingkat PSP dan *self efficacy* lebih tinggi daripada model poster.

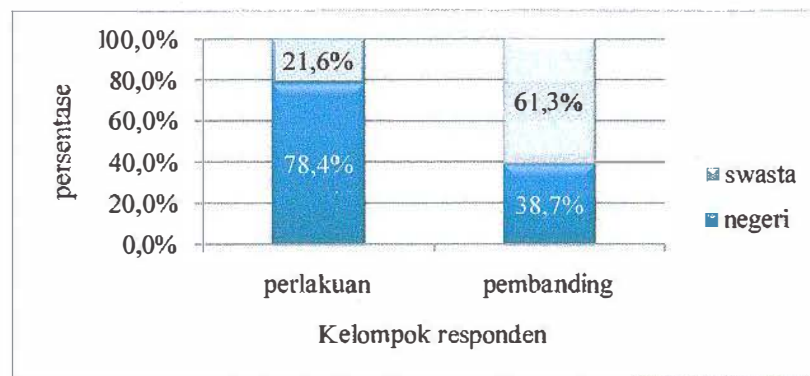
### 3.5 Perilaku Pencegahan DBD pada siswa

Karakteristik responden siswa dapat dilihat pada Gambar 10 dan Gambar 11. Kelompok responden siswa di daerah perlakuan dan pembandingan mempunyai karakteristik yang hampir sama, dimana pada kelompok perlakuan, responden siswa berusia antara 9-14 tahun, dengan rerata umur sebesar  $10,28 \pm 0,660$ , sedangkan pada kelompok pembandingan kisaran umur siswa antara 9-13 tahun, dengan rerata umur  $10,36 \pm 6,73$ .

Persentase responden siswa terbesar adalah laki-laki, baik pada kelompok perlakuan (52,6%) maupun kelompok pembandingan (55,5%). Berdasarkan jenis sekolah (Gambar 11), responden terbanyak pada kelompok perlakuan berasal dari sekolah negeri (78,4%) sedangkan kelompok pembandingan dari sekolah swasta (62,3%).



Gambar 10. Distribusi responden siswa berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perlakuan dan pembanding Tahun 2011



Gambar 11. Distribusi responden siswa berdasarkan jenis sekolah pada kelompok perlakuan dan pembanding Tahun 2011

Tabel 7. Uji distribusi normal skor *pre test post test* responden siswa pada kelompok perlakuan dan pembanding Tahun 2011

Variabel	Uji kemaknaan			
	Perlakuan		Pembanding	
	z	p	z	p
Pengetahuan 1	0,944	0,000	0,954	0,000
Pengetahuan 2	0,956	0,000	0,966	0,004
Sikap 1	0,803	0,000	0,919	0,000
Sikap 2	0,883	0,000	0,905	0,000
Perilaku 1	0,933	0,000	0,977	0,039
Perilaku 2	0,997	0,000	0,967	0,006

Hasil uji distribusi normal dengan uji *Shapiro-Wilk* pada skor PSP sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada Tabel 7. Pada kelompok perlakuan, seluruh skor PSP baik sebelum maupun sesudah intervensi ( $p \text{ value} < 0,05$ ), berlaku juga pada sebagian besar variable di kelompok pembanding ( $p \text{ value} < 0,05$ ). Dari uji tersebut maka data di kelompok perlakuan maupun pembanding dalam distribusi tidak normal ( $H_a$  diterima),

sehingga uji statistik untuk mengetahui perbedaan skor PSP dilakukan menggunakan uji *Wilcoxon*.

Tabel 8. Perbandingan skor *pre test-post test* responden siswa pada kelompok perlakuan dan pembanding Tahun 2011

Variabel	Perlakuan (n = 1129) Mean ± SD	Selisih mean	Uji kemaknaan		Pembanding (n = 119) Mean ± SD	Selisih Mean	Uji kemaknaan	
			z	p			z	p
Pengetahuan <i>pre</i>	7,78± 1,937	1,18	-15,041	0,000	8,48±1,651	0,07	-0,755	0,450
Pengetahuan <i>post</i>	8,96± 2,130				8,55±1,788			
Sikap <i>pre</i>	14,76±2,755	0,45	-4,607	0,000	3,74±1,224	0,10	-1,295	0,195
Sikap <i>post</i>	15,21±2,373				3,64±1,280			
Perilaku <i>pre</i>	12,98±2,972	0,82	-10,421	0,000	6,82±2,379	0,00	0,195	0,706
Perilaku <i>post</i>	13,80± 2,618				6,82±2,518			

Tabel 8 menunjukkan perbandingan skor responden siswa sebelum dan sesudah intervensi. Skor pengetahuan siswa di kelompok perlakuan, sebelum proses edukasi pencegahan DBD di sekolah, lebih rendah daripada kelompok pembanding. Skor pengetahuan sesudah intervensi hampir sama pada kedua kelompok (perlakuan=8.96± 2,130; pembanding=8,55±1,788). Pada kelompok yang mendapat model ekstrakurikuler, rerata perbedaan skor sebelum dan sesudah intervensi sebesar 1,18, dan hasil *wilcoxon test* menunjukkan ada perbedaan yang bermakna secara statistik (*p value*<0,05), sebaliknya pada kelompok yang menerima model edukasi poster tidak ada perbedaan yang nyata pada pengukuran sebelum dan sesudah intervensi (*p*>0,05).

Pada variabel sikap, kelompok perlakuan memiliki skor yang lebih tinggi daripada kelompok pembanding, baik sebelum maupun sesudah intervensi, demikian pula pada selisih skor *pre* dan *post test*. Rerata sikap siswa pada kelompok perlakuan meningkat sebesar 0,45 sesudah proses edukasi, sedangkan pada kelompok pembanding terjadi penurunan sebesar 0,10. Berdasarkan analisis *wilcoxon test* diperoleh bahwa perbedaan skor sikap pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi bermakna secara statistik (*p value*<0,05), sedangkan di kelompok pembanding tidak bermakna secara statistik.

Pada Tabel 8, kelompok perlakuan mempunyai rerata skor perilaku 2 kali lebih besar daripada kelompok pembanding, pada skor *pre test* dan *post test*. Evaluasi setelah intervensi diketahui bahwa terjadi peningkatan sebesar 0,83 pada rerata skor perilaku kelompok perlakuan, sedangkan rerata skor perilaku pada kelompok pembanding adalah

tetap. Uji *wilcoxon* menunjukkan bahwa ada perbedaan skor perilaku sebelum dan sesudah intervensi yang bermakna statistik pada kelompok perlakuan ( $p\text{ value} < 0,05$ ).

Tabel 9 Hasil uji independent *t test* rerata nilai *post test* siswa pada kelompok perlakuan dan pembanding Tahun 2011

Kelompok Responden	Rerata kenaikan nilai	Uji statistik	
		t	p
pengetahuan	0,405±0,699	2,302	0,023
Sikap	11,574±0,137	84,488	0,000
Perilaku	6,987±0,244	28,685	0,000

Uji perbedaan hasil *post test* pada kedua model edukasi dapat dilihat pada Tabel 9. Analisis *independent t test* menunjukkan ada perbedaan yang bermakna pada skor pengetahuan, sikap, dan perilaku ( $p < 0,05$ ). Hal ini berarti model ekstrakurikuler dan model edukasi menggunakan poster memberikan hasil yang berbeda terhadap tingkat PSP siswa.

### 3.6 Observasi lingkungan

Hasil uji distribusi normal menggunakan uji *kolmogorov smirnov* dari data pemantauan jentik di lingkungan sekolah dapat dilihat pada Tabel 10. Nilai  $p$  pada kelompok perlakuan  $< \alpha$  (0,05), maka distribusi data tidak normal, sedangkan nilai  $p$  pada kelompok pembanding  $> \alpha$  (0,05), sehingga data berdistribusi normal. Berdasarkan hasil uji tersebut maka uji beda dilakukan dengan uji *Wilcoxon*.

Tabel 10. Uji distribusi normal indeks entomologi di lingkungan sekolah pada kelompok perlakuan dan pembanding Tahun 2011

Variabel	Uji kemaknaan			
	Perlakuan		Pembanding	
	z	p	z	p
ABJ 1	1,989	0,001	0,822	0,510
ABJ 2	1,881	0,002	1,057	0,214
CI 1	1,659	0,008	0,562	0,910
CI 2	1,764	0,004	0,774	0,588

Tabel 11. Perbandingan hasil survei entomologi di lingkungan sekolah antara kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan

Variabel	Perlakuan n=23	Selisih	Uji kemaknaan		Pembandingan n=5	Selisih	Uji kemaknaan	
			z	p			z	p
ABJ 1	65,2%	0	-0,447	0,655	40,0%	20,0	-1,000	0,317
ABJ 2	65,2%				20,0%			
CI 1	10,38±23,337	0,44	-0,000	1,000	13,36*	5,36	-1,342	0,180
CI 2	10,82±15,383				18,72			

Tabel 11 menunjukkan perbandingan hasil pemantauan jentik sebelum dan sesudah intervensi. Pada kelompok perlakuan, angka bebas jentik di lingkungan sekolah di daerah perlakuan tidak mengalami perubahan, sedangkan pada kelompok pembandingan, angka bebas jentik mengalami penurunan sebesar 20,0% dibanding pengukuran awal. *Container index* (CI) di kelompok perlakuan lebih rendah daripada CI di kelompok pembandingan baik sebelum maupun sesudah intervensi. Kelompok perlakuan mengalami penurunan CI sebesar 0,44 pada evaluasi *post test*, sebaliknya pada kelompok pembandingan CI meningkat dengan selisih 5,36. Analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada ABJ dan CI di kedua kelompok tersebut pada pemantauan jentik awal maupun akhir ( $p\text{ value} > 0,05$ ).

Tabel 12. Perbandingan hasil survei entomologi pada rumah siswa antara kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan

Variabel	Perlakuan mean±SD	Selisih mean	Uji kemaknaan		Pembandingan mean±SD	Selisih mean	Uji kemaknaan	
			z	p			z	p
ABJ 1*	60,47±20,635	18,2	-2,040	0,041	90,27±7,013	15,94	-1,859	0,063
ABJ 2	78,67±11,932				74,33±13,945			

\*Ket : ABJ (Angka Bebas Jentik)

Perbandingan hasil survei entomologi di rumah siswa dapat dilihat pada Tabel 12. Jumlah rumah yang diperiksa jentik pada pemantauan pertama (sebelum intervensi) adalah 487 rumah di Kecamatan Tembalang dan rumah di 400 rumah di Kelurahan Pedurungan Tengah. Pemantauan ke-2 (sesudah intervensi) dilakukan pada 450 rumah di Kecamatan tembalang dan 287 rumah di Kelurahan Pedurungan Tengah). Angka bebas jentik setelah intervensi pada rumah siswa di kelompok perlakuan lebih tinggi daripada kelompok pembandingan (Tabel 12). Berdasarkan uji *Wilcoxon* diketahui bahwa  $p\text{ value}$  nilai ABJ sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan  $< 0,05$  berarti ada perbedaan yang bermakna secara statistik sedangkan pada kelompok pembandingan  $p\text{ value} > 0,05$  yang

berarti tidak ada beda signifikan antara ABJ sebelum dan sesudah intervensi. Setelah intervensi, pada kelompok perlakuan terdapat kenaikan ABJ sebesar 30,0%, sedangkan pada kelompok pembandingan terdapat penurunan ABJ sebesar 17,6%. Hasil *independent-t test* pada ABJ setelah intervensi antara kelompok perlakuan dan pembandingan menunjukkan nilai  $p=0,331$ , sehingga secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara ABJ kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan.

### 3.7 Persepsi responden terhadap model pengendalian

Persepsi responden guru dieksplorasi menggunakan metode DKT dan wawancara mendalam, sedangkan siswa dengan kuesioner pertanyaan terbuka. Hasil evaluasi kualitatif model pengendalian dengan model ekstrakurikuler menunjukkan bahwa siswa lebih memahami hubungan antara nyamuk sebagai perantara penularan demam berdarah *dengue*.

*“nyamuk cuman menjadi perantara, misalnya nyamuk itu menggigit yang sakit DBD, lalu virusnya disimpan di air liurnya, langsung menggigit orang sehat, kalau yang digigit daya tubuhnya tidak kuat, maka akan sakit demam berdarah.”*

(R-32)

Proses perkembangan nyamuk oleh siswa dipahami berlangsung antara 6-8 hari. Hal tersebut diperoleh dari tugas praktikum yang diberikan oleh guru untuk mengamati proses perkembangan jentik menjadi nyamuk di sekolah. Dengan mengenal habitat nyamuk mereka dapat membedakan antara habitat nyamuk *Aedes* dan nyamuk lain, dan menghubungkan konsep tempat perkembangan nyamuk vektor dengan tindakan pencegahan yang harus dilakukan agar tidak terkena DBD.

*“air kotor seperti got dan genangan yang kena langsung dengan tanah bukan tempat yang cocok untuk nyamuk demam berdarah untuk bertelur.”*

(R-30)

*“air yang tidak ditutup, tidak dikuras berhari-hari, akan timbul jentik, jentik-jentik akan timbul menjadi nyamuk dan nyamuk itu akan menyebarkan demam berdarah.”*

(R-18)

*“air dalam bak mandi, tempatnya untuk menampung harus dikuras, tempat barang-barang bekas yang tidak dipakai, dikubur, air minum ditutup...”*

(R-07)

Pada evaluasi persepsi kelompok guru, informan berjumlah 16 orang, (DKT 12 orang dan wawancara 4 orang) dengan rentang usia 24-53 tahun dan sebagian besar memiliki tingkat pendidikan tamat perguruan tinggi (15 orang). Menurut hasil DKT,

sebelum model pengendalian diterapkan, perilaku pencegahan DBD di sekolah berupa kegiatan kerja bakti setiap 1 minggu sekali yang dilakukan bersama-sama antara guru dan siswa. Sasaran kerja bakti umumnya adalah lingkungan sekolah, namun tidak mencakup kegiatan pemberantasan sarang nyamuk.

Setelah intervensi, beberapa sekolah mulai menggerakkan siswa untuk melakukan kegiatan PSN terutama di kamar mandi sekolah dan halaman sekolah, yang diperkirakan dapat menjadi tempat perkembangan nyamuk *Aedes* sp. Upaya PSN juga terlihat seperti penggantian bak mandi di kamar mandi sekolah dengan ember-ember kecil, yang airnya dapat langsung habis sehingga tidak menjadi tempat perkembangbiakan jentik nyamuk. Beberapa sekolah yang mengalami kesulitan dalam kelancaran penyaluran air bersih, juga menggunakan larvasida pada tempat penampungan air di sekolah.

Para informan memberikan penjelasan, bahwa program edukasi DBD di sekolah bermanfaat bagi guru, siswa dan keluarga siswa terutama menambah pengetahuan tentang demam berdarah, nyamuk vektor beserta upaya pencegahannya. Menurut informan, model pengendalian yang diberikan bermanfaat untuk diterapkan sejak usia dini dalam upaya pencegahan DBD. Di samping itu konsep kegiatan ekstrakurikuler yang dilaksanakan di luar jam sekolah disukai oleh siswa.

*"...itu pokoknya kalau anak-anak ada kegiatan di luar selain olah raga ya pak ya,...seneng sekali itu, jadi kita manfaatkan."*

(R-5)

Hambatan yang ada dalam pelaksanaan model pengendalian adalah keterbatasan monitoring oleh guru pada saat pelaksanaan kegiatan surveilans pemantauan jentik oleh siswa di rumah dan keterbatasan pengetahuan guru terhadap topik-topik kesehatan. Kesenambungan model pengendalian sangat dimungkinkan dengan memasukkan materi DBD ke dalam kurikulum pelajaran pendidikan jasmani-olah raga kesehatan (penjas orkes).

*"masalah DBD ini sebenarnya sudah masuk ke dalam penjas orkes bu, nah orkesnya ini ada DBDnya, jadi sebenarnya sudah masuk walaupun jumlahnya berapa persen saja."*

(R-4)

Para informan merekomendasikan perlunya kerja sama antara guru dengan orang tua siswa dalam monitoring tugas siswa di rumah. Kerja sama dengan dinas kesehatan atau tenaga puskesmas juga direkomendasikan terutama untuk memonitoring kegiatan edukasi

pencegahan DBD dan PSN di sekolah serta *refreshing* materi kesehatan pada guru secara berkala.

## BAB IV PEMBAHASAN

Penerapan edukasi baik dengan model ekstrakurikuler maupun pemasangan media poster di sekolah mampu meningkatkan pengetahuan dan perilaku responden guru dalam upaya pencegahan DBD. Hasil penelitian menunjukkan jika kelompok guru yang mendapat model pelatihan terbukti secara signifikan mengalami peningkatan pengetahuan dan perilaku yang lebih besar daripada kelompok pembanding yang hanya mendapatkan informasi melalui media poster. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Thailand yaitu kelompok yang menerima informasi langsung dari petugas memiliki perilaku pencegahan DBD yang lebih baik daripada masyarakat yang menerima informasi lewat media massa.<sup>(23)</sup>

Pengetahuan dan sikap adalah variabel perantara dari perilaku.<sup>(24)</sup> Pengetahuan merupakan dasar suatu keterampilan, dan keterampilan pada akhirnya menentukan kemampuan seseorang untuk berperilaku, sedangkan sikap berperan sebagai motivator individu untuk bertindak atau menolak perilaku yang dianjurkan. Pada komponen sikap, uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara pengukuran *pre* dan *post* intervensi baik pada kelompok intervensi maupun kelompok pembanding. Sikap terbentuk dari kepercayaan dan nilai-nilai budaya individu dan kelompok.<sup>(8)</sup> Seperti diketahui, kedua daerah penelitian adalah daerah endemis DBD, mengacu pada beberapa studi sebelumnya yang menunjukkan jika masyarakat di daerah-daerah endemis memiliki kepercayaan lokal bahwa penyakit yang terjadi di daerah tersebut merupakan hal yang sudah biasa sehingga persepsi keseriusan pencegahan akan penyakit tersebut masih rendah.<sup>(25; 26)</sup> Kepercayaan dan nilai-nilai ini tidak mudah untuk diubah karena selain ada di dalam faktor personal juga sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial di sekitar individu tersebut.

Kelompok guru di dalam penelitian berperan sebagai mediator upaya promosi kesehatan di sekolah. Model pelatihan guru dengan metode pembelajaran aktif pada kelompok intervensi ternyata meningkatkan kepercayaan diri guru (*self efficacy*) untuk menjadi promotor kesehatan di sekolah. Skor *self efficacy* kelompok perlakuan jauh lebih besar daripada kelompok pembanding. Komponen *self efficacy* guru untuk melakukan promosi kesehatan berupa pencegahan DBD di sekolah merupakan langkah awal untuk kesinambungan program. Teori dari Bandura menjelaskan bahwa semakin tinggi *self efficacy* seseorang, maka semakin tinggi antusiasme dan komitmen individu tersebut untuk

melakukan suatu perilaku. <sup>(27)</sup> Hal tersebut dibuktikan pula oleh Lennon di Filipina bahwa peningkatan *self efficacy* perilaku pengendalian nyamuk vektor pada komunitas sekolah juga dapat meningkatkan keterampilan responden di dalam pencegahan DBD. <sup>(28)</sup>

Hasil penelitian pada kelompok siswa menunjukkan peningkatan pengetahuan siswa baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok pembanding. Akan tetapi pada kelompok siswa yang mendapat edukasi langsung dari guru yang telah dilatih, peningkatan pengetahuannya terjadi secara signifikan, sedangkan pada kelompok pembanding tidak ada perbedaan yang nyata.

Pada evaluasi kualitatif diketahui bahwa siswa yang mendapat edukasi melalui model ekstrakurikuler, mampu menjelaskan perkembangan nyamuk dan menghubungkannya dengan alasan langkah-langkah PSN. Sikap dan perilaku siswa terhadap pencegahan DBD di kelompok perlakuan juga meningkat secara signifikan dibanding kelompok siswa yang mendapatkan edukasi melalui poster. Siswa yang mendapat model ekstrakurikuler memberikan respon positif terhadap metode pembelajaran yang diberikan. Hal ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang menyebutkan bahwa metode interaktif berhasil mengembangkan pengetahuan yang memicu perhatian akan pentingnya upaya pencegahan DBD terutama yang berhubungan dengan pengendalian vektor penyakit. <sup>(29)</sup>

Upaya promosi kesehatan di sekolah mampu bermanfaat meningkatkan pengetahuan dan dukungan positif siswa akan pentingnya upaya pencegahan penyakit secara dini. <sup>(5:30)</sup> Model ekstrakurikuler menerapkan konsep pembelajaran aktif sesuai *social cognitive theory*. Sesuai dengan teori kognitif sosial (SCT), guru berperan sebagai model untuk perilaku siswa (*observer*). Perilaku model dapat berfungsi sebagai stimulus dan isyarat agar *observer* mau melaksanakan perilaku. *Self efficacy* siswa dalam kesinambungan perilaku pencegahan DBD dapat dipengaruhi oleh informasi yang diperoleh setelah mengamati perilaku pencegahan DBD yang dilaksanakan oleh guru dan melihat dampak positif atau negatif dari perilaku guru tersebut, misalkan kondisi lingkungan sekolah yang bebas dari jentik nyamuk akibat pelaksanaan PSN secara rutin. Persuasi verbal dari guru seperti saran dan nasehat dapat mempertinggi rasa kemampuan diri siswa untuk menggunakan ketrampilan. Faktor yang paling penting untuk komunikasi persuasif adalah kredibilitas dan kemampuan nara sumber. <sup>(31)</sup>

Penggunaan metode yang bervariasi adalah salah satu strategi untuk membangkitkan motivasi belajar anak didik sehingga umpan balik yang diharapkan dari

siswa terjadi dengan tepat.<sup>(32)</sup> Model ekstrakurikuler memberikan edukasi dan keterampilan pencegahan DBD pada siswa dengan menggunakan metode pembelajaran aktif melalui ceramah tanya jawab, diskusi dan eksperimen.

Di dalam model ekstrakurikuler siswa berperan sebagai tenaga surveilans jentik di rumah masing-masing dan mempelajari langsung siklus hidup nyamuk melalui kegiatan praktikum/eksperimen di sekolah di bawah bimbingan guru. Seseorang akan lebih mudah belajar atau memahami perilaku jika mengalaminya sendiri.<sup>(27)</sup> Salah satu kelebihan metode eksperimen adalah membuat peserta didik lebih percaya atas kebenaran atau kesimpulan berdasarkan percobaannya.<sup>(32)</sup> Manfaat penugasan ekstrakurikuler pemantauan jentik adalah lebih merangsang siswa melakukan aktivitas belajar individu ataupun kelompok, mengembangkan kemandirian, membina tanggung jawab dan disiplin serta meningkatkan kreativitas siswa. Pendekatan kelompok bertujuan untuk membina dan mengembangkan sikap sosial anak.

Model pembelajaran aktif menjelaskan bahwa individu belajar melalui 4 tahap yaitu 1) perhatian, 2) pengulangan, 3) keterampilan dan 4) motivasi.<sup>(24)</sup> Sesuai konsep pembelajaran aktif tahap pertama, model ekstrakurikuler menarik bagi siswa karena selain belajar di dalam kelas, siswa juga belajar melalui pengamatan di luar sekolah. Berdasarkan studi yang dilakukan di Hawaii, promosi kesehatan tentang kesegaran jasmani yang dilakukan di luar jam sekolah dapat meningkatkan sikap, perhatian, dan norma subjektif siswa.<sup>(33)</sup> Tahap kedua, dari hasil pengamatan di rumah, siswa akan mengulang (*recall*) informasi melalui kegiatan praktikum di sekolah dan didiskusikan bersama guru. Anak-anak merupakan kelompok yang mampu belajar dengan cepat dan sangat tertarik pada hal-hal yang baru. Pelaksanaan diskusi dapat merangsang kreativitas anak didik dalam hal menyampaikan ide dan gagasan-gagasan dalam pemecahan suatu masalah. Proses diskusi juga berfungsi mengembangkan sikap menghargai pendapat orang lain dan memperluas wawasan siswa.<sup>(32)</sup>

Pada tahap ketiga informasi kognitif dari kegiatan edukasi dan pemantauan jentik membentuk keterampilan siswa sebagai pemantau jentik di keluarga masing-masing dan di lingkungannya. Tahap-tahap sebelumnya diharapkan mampu menuju ke tahap keempat yaitu siswa akan termotivasi untuk melakukan upaya pencegahan DBD secara mandiri.

Hasil pemantauan ABJ di sekolah pada kelompok perlakuan tidak mengalami perubahan, namun ABJ di rumah masing-masing siswa di kelompok perlakuan menunjukkan ada peningkatan ABJ sebesar 18,2% dan secara statistik ada perbedaan yang

signifikan. Sebaliknya pada kelompok pembanding ABJ sekolah dan ABJ rumah siswa mengalami penurunan. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Surabaya bahwa pemberdayaan siswa untuk pemantauan jentik dapat meningkatkan ABJ dan menurunkan *container index* di rumah siswa.<sup>(34)</sup> Tidak adanya perubahan nilai ABJ di sekolah kemungkinan karena disebabkan peran guru penjaskes untuk melakukan promosi kesehatan di sekolah dan menggerakkan komunitas sekolah untuk pencegahan DBD masih perlu ditingkatkan. Pelaksanaan upaya PSN di sekolah juga perlu ditambah dengan dukungan sepenuhnya dari kepala sekolah dan melibatkan penanggung jawab kebersihan sekolah.

Pada kelompok perlakuan, perbedaan yang signifikan kemungkinan disebabkan karena terbatasnya fasilitator guru yang ikut pelatihan dan beberapa sekolah memiliki jumlah siswa yang cukup besar sehingga interaksi dan diskusi antara guru fasilitator dan siswa tidak optimal. Diskusi selain untuk memonitoring tugas siswa, juga berfungsi untuk membahas hasil pemantauan jentik siswa dan hambatan-hambatan yang mungkin ditemui saat proses observasi. Penggunaan diskusi sebagai metode untuk memonitoring kegiatan pengendalian vektor dan memberikan umpan balik hasil pemantauan kepada komunitas direkomendasikan di beberapa wilayah endemis DBD.<sup>(34)</sup> Kunci dari pembelajaran aktif adalah keterlibatan peserta dan interaksi aktif antara fasilitator dengan peserta. Studi sebelumnya juga diketahui bahwa model ini memiliki kelemahan pada kelas dengan jumlah peserta cukup besar. Pada gerakan mobilisasi siswa, selain pihak sekolah, keluarga juga harus berperan untuk memonitoring kegiatan siswa di rumah.<sup>(5)</sup>

Kepadatan vektor selain berhubungan oleh perilaku manusia juga dapat dipengaruhi oleh kondisi cuaca, terutama tingkat curah hujan.<sup>(34)</sup> Pada penelitian ini proses edukasi siswa dan penerapan model ekstrakurikuler dilakukan pada bulan Agustus-September, berdasarkan pertimbangan jadwal mata pelajaran olahraga-kesehatan dari pihak sekolah. Waktu edukasi dilakukan bertepatan dengan bulan puasa, dimana siswa tidak melakukan aktivitas olah raga. Mereka menerima materi edukasi tentang DBD dan mendapat tugas memantau jentik di luar jam sekolah. Berdasarkan data curah hujan, puncak curah hujan di Kota Semarang baru terjadi pada bulan November, sedangkan pada bulan Oktober kegiatan intervensi telah memasuki tahap evaluasi akhir. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa waktu pelaksanaan pencegahan sebaiknya juga mempertimbangkan trend kasus DBD dan fluktuasi curah hujan agar efektif menurunkan kasus DBD.<sup>(14; 15; 34)</sup> Berdasarkan hasil penelitian, pelaksanaan model ekstrakurikuler di

sekolah sebaiknya lebih ditingkatkan pada permulaan musim hujan agar dapat mengeliminasi tempat perkembangan nyamuk secara optimal.

Proses perubahan perilaku masyarakat tidak dapat berlangsung dalam waktu sesaat. Model *transtheoretical* menjelaskan bahwa perubahan perilaku berupa siklus yang akan melalui tahap 1) pre-kontemplasi, 2) kontemplasi, 3) determinasi, 4) *action* dan 5) *maintenance*.<sup>(24)</sup> Berdasarkan hasil penelitian, responden sudah termasuk ke dalam tahap *action*, yaitu suatu tahap dimana perilaku yang direkomendasikan sudah mulai dilakukan oleh responden. Tahap yang paling kritis adalah *maintenance*. Dalam tahap tersebut perilaku baru akan dapat terus menerus diadopsi oleh kelompok atau sebaliknya, dapat terjadi *drop out*. Beberapa studi merekomendasikan perlunya program edukasi rutin untuk pencegahan DBD dan pengendalian vektor untuk mempertahankan perilaku yang sudah mulai terbentuk.<sup>(28; 29; 35)</sup>

Keterbatasan di dalam penelitian ini adalah evaluasi PSP dan ABJ yang hanya dilakukan sekali, sehingga baik kesinambungan *output* maupun dampak dari model belum terukur secara optimal. Berkaitan dengan hal tersebut, suatu studi tentang mobilisasi sosial pencegahan DBD di Kolombia menyebutkan bahwa diperlukan sedikitnya 3 tahun pelaksanaan program secara berkesinambungan untuk mencapai perubahan perilaku dan kondisi lingkungan yang signifikan.<sup>(35)</sup> Beberapa studi menyebutkan pula bahwa kesinambungan keberhasilan program pencegahan DBD di sekolah berhubungan dengan keterlibatan tenaga kesehatan lokal dan kerja sama lintas sektor antara sektor pendidikan dengan sektor kesehatan.<sup>(6; 29; 36)</sup>

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

1. a. Pengetahuan guru pada kelompok perlakuan meningkat lebih besar setelah dilakukan intervensi ( $22,44 \pm 3,297$ ) dibandingkan kelompok pembanding yang hanya menerima edukasi dari poster ( $19,73 \pm 3,575$ ).
- b. Pengetahuan siswa pada kelompok yang menerima model ekstrakurikuler ( $8,96 \pm 2,130$ ) lebih tinggi daripada kelompok siswa yang menerima poster ( $8,55 \pm 1,788$ ).
2. a. Sikap guru pada kelompok perlakuan setelah meningkat lebih besar setelah mendapat pelatihan ( $21,30 \pm 4,339$ ) dibandingkan dengan sikap guru pada kelompok pembanding yang mendapat edukasi dari poster ( $6,09 \pm 0,482$ ), demikian pula tingkat *self efficacy* pada kelompok guru yang mendapat pelatihan lebih besar dari pada kelompok guru yang mendapat poster.
- b. Sikap siswa setelah intervensi pada kelompok yang menerima model ekstrakurikuler ( $15,21 \pm 2,373$ ) lebih tinggi daripada kelompok siswa yang menerima model poster ( $3,64 \pm 1,280$ ).
3. a. Keterampilan guru dalam perilaku pencegahan DBD di kelompok perlakuan meningkat lebih besar setelah mendapat pelatihan ( $25,93 \pm 3,518$ ), daripada kelompok guru yang hanya menerima poster ( $14,86 \pm 4,989$ ).
- b. Keterampilan siswa dalam perilaku pencegahan DBD setelah intervensi di kelompok model ekstrakurikuler ( $13,80 \pm 2,618$ ) lebih tinggi dibandingkan keterampilan siswa yang mendapat edukasi poster ( $6,82 \pm 2,518$ ).
4. a. Model edukasi dengan program ekstrakurikuler mampu meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan DBD siswa secara signifikan dengan nilai  $p < 0,05$ .
- b. Model edukasi dengan poster hanya dapat meningkatkan pengetahuan siswa di kelompok pembanding, namun secara statistik tidak ada perbedaan yang signifikan.
5. a. Penerapan model ekstrakurikuler mampu meningkatkan angka bebas jentik pada lingkungan rumah siswa secara signifikan (nilai  $p < 0,05$ ).
- b. Tidak ada perbedaan yang nyata pada angka bebas jentik sebelum dan sesudah intervensi di lingkungan rumah siswa yang mendapat edukasi poster.

6. Komunitas sekolah menerima dengan baik pelaksanaan model ekstrakurikuler dan memberikan dukungan untuk pelaksanaan kesinambungan program melalui materi pendidikan jasmani.

## 5.2 Saran

1. Adanya kerja sama antara dinas kesehatan dan dinas pendidikan diperlukan untuk *maintain* perilaku pencegahan DBD pada komunitas sekolah.
2. Perlu dilakukan evaluasi program kembali untuk mengetahui kesinambungan model di masa mendatang.
3. Perlu adanya program untuk peningkatan motivasi guru dan siswa sebagai fasilitator kegiatan promosi pencegahan DBD di sekolah.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Dalam menyusun laporan akhir penelitian ini, penulis banyak memperoleh bantuan serta dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan atas kepercayaan yang diberikan beserta dukungan finansial untuk kelancaran penelitian.
2. Kepala Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit Salatiga yang telah memberikan dukungan serta masukan-masukan dalam pelaksanaan penelitian.
3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang beserta staf, Kepala Puskesmas Kedungmundu dan Kepala Puskesmas Tlogosari Wetan beserta staf, serta Kepala UPTD Pendidikan Kecamatan Tembalang beserta staf atas dukungan dan kerja samanya.
4. Kepala sekolah, guru dan siswa di Kecamatan Tembalang dan Kelurahan Pedurungan Tengah yang telah bersedia menyediakan waktu dan berpartisipasi atas terlaksananya penelitian .
5. Kami juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya pada tim penelitian yang telah memfasilitasi kegiatan penelitian dan atas kerjasama tim yang baik.
6. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan moril dan materiil selama penyusunan, pelaksanaan dan pembuatan laporan penelitian ini.

## DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. WHO. (2003). *Prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever. Regional Guidelines*. New Delhi : WHO Regional Office for South-East Asia.
2. Departemen Kesehatan. *Riset Kesehatan Dasar 2007. Laporan Provinsi Jawa Tengah*. (Internet) .2008.tersedia dalam [www.litbang.depkes.go.id](http://www.litbang.depkes.go.id), tanggal diakses 5 Mei 2009.
3. Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Profil kesehatan Kota Semarang 2008*. Semarang. 2008.
4. Chusongsang, P. Factors Affecting Dengue Haemorrhagic Fever Prevention and Control Behaviors of household Leaders and Primary School Teachers in Khuan Khanun District, Phatthalung Province. Thesis. Fac.of Grad Studis.Mahidol Univ. 2005
5. Mwanga, J.R., Jensen, B.B., Magnussen, P. & Aagaard-Hansen. J.. School children as health change agents in Magu. *Health Promotion International*, Vol. 23 No. 1 : 16 – 23.2007
6. Gonzales, N.R., Brown, D.L., Maddox, K.E., Conley, K.M., Espinosa, N., Pary, J.K., Karim, A.P., Moye', L.M., Grotta, J.C., Lewis B. M. School-based stroke awareness intervention. *Ethnicity & Disease*, Volume 17: 320-326. 2007
7. Bartholomew, Parcel, Kok & Gotlieb. *Planning health promotion programs*. San Francisco : Jossey-Bass. 2006
8. Green, L., & Kreuter. *Health promotion planning. An educational and environmental approach*. Second edition. London : Mayfield Publishing Company. 1991
9. World Health Organization. *Malaria prevention and control : an important responsibility of a health-promoting school*. Jenewa : WHO. 2007
10. Durlak, J.A., & Weissberg. R.P. The impact of after school program that promote personal and social skills. 2007.(internet). [www.carsel.org](http://www.carsel.org). Tanggal diakses 1 Desember 2010.
11. Llyod, Winch, Ortega-Canto, Kendall. The design of a community-based health education intervention for the control of *Aedes aegypti*. *Am J Trop Med Hyg* 50 (4).Hal 401-411. 1994
12. Hayani A, Ahmad Erlan, Yunus W, Samarang. Pengaruh pelatihan guru UKS terhadap efektivitas pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah Dengue di Tingkat Sekolah Dasar, Kota Palu, Provinsi Sulawesi Tengah. *Jurnal Ekologi Kesehatan* Vol 5 No 1, April 2006 : 376 – 379. 2006
13. Darwata,W., K. Duana, Artawan, Suarjana, A. Utami, Hary. M. Peningkatan partisipasi siswa SDN Tulang Ampiang Desa Pemecutan Kaja dalam penanggulangan DBD berbasis masyarakat. (internet) tersedia dalam <http://ejournal.unud.ac.id>. Tanggal diakses 20 September 2010.
14. Perez-Guerra, Seda, Enid, Garcia-Rivera. Knowledge and attitudes in Puerto Rico concerning dengue prevention. *Pan America Journal Public Health* 17. Hal. 243-253. 2005
15. Spiegel, Jerry, Bennet, S., Hetttersley, L., Hayden, M.H., Kittayapong, P., Nalim, S., Wang, D.N.C., Zielinski-Gutierrez, E., Gubler. D.Barriers and bridges to prevention and control dengue: The need for a social-ecological approach. *EcoHealth Journal Consortium*. Vol. 2. Hal. 279-290. 2005
16. Labonte, R., Woodard, G.B., Chad, K., Laverack. G. Community capacity building : A parallel track for health promotion programs. *Canadian Journal of Public Health*. Volume 93, No. 3: 181-182. 2002

17. Sulistiyani, A.T. *Kemitraan dan model-model pemberdayaan*. Yogyakarta : Gaya Media. 2004
18. Sugiyono , *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Alfabeta, Bandung. 2008
19. Murti, B. *Prinsip dan metode riset epidemiologi*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.2003
20. Lameshow, S., D.Hosmer, J.Klar, S.K. Lwanga. *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. (terjemahan) penerjemah : D.Pramono. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 1997
21. Tjokronegoro, A. & Sudarsono, S. (1999). *Metodologi Penelitian Bidang Kedokteran*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
22. Dinas Pendidikan Kota Semarang. Data Sekolah Dasar Kota Semarang. 2011. (online) <http://semarangkota.dapodik.org/rekap.php?data=diknas&ref=sekolah&tipe=1&status=2&limit=100&hal=5>. Tanggal diakses 5 Januari 2011.
23. Suppadit.T, Pukkapong.P., Wisakha.P, Achara.T. Evaluation of Health Media and Public Relation in prevention and control dengue haemorrhagic fever in Thailand. *Philippine Journal of Science* 134 (2): 131-37. 2005.
24. Simon-Morton, B.G., W.H.Greene, N.H.Gottlieb. *Introduction to health education and health promotion*.Second edition. Illinois: Waveland Inc.1995
25. Launiala.A., Teija Kumala. The importance of understanding the local context : Women's perception and knowledge concerning malaria in pregnancy in rural malawi. *Acta Tropica* 98: 111-17.2006
26. Setbon, M. J.Raude. Population response to the risk of vector-borne diseases: Lesson learned from socio-behavioural research during large-scale outbreaks. *Emerging Health Threats Journal*. Vol 2 (06). Hal. 1-8. 2009.
27. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health education behav*.31 (2) : 143-64. 2004.
28. Lennon, J.E. Perceived self-efficacy to plan and execute an environmental action plan for dengue control among Filipino University Students. *Dengue Bulletin*. 31 : 160-65. 2007.
29. Madeira. N.G., C.A.Macharelli, J.F.Pedras., M.C.N Delfino. Education in primary school as a strategy to control dengue. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicine Tropical*.Vol 35 (3): 221-26.2002
30. Petersen, P.E, Bin P, Boujun T., Zhuan B., Mingwen F. Effect of a school-based oral health education programme in Wuhan City, Peoples Republic of China. *International Dental Journal*. Vol.54: 33-41.2004
31. Tarsidi, D. Teori kognitif sosial Albert Bandura. (online). Dikutip 13 Desember 2011. [http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR.\\_PEND.\\_LUAR\\_BIASA/195106011979031-DIDI\\_TARSIDI/Makalah%26ARTIKEL\\_Tarsidi\\_LB/TEORI\\_KOGNITIF\\_SOSIAL.pdf](http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._PEND._LUAR_BIASA/195106011979031-DIDI_TARSIDI/Makalah%26ARTIKEL_Tarsidi_LB/TEORI_KOGNITIF_SOSIAL.pdf)
32. Djamanah, S.B., & Aswan.Z. *Strategi Belajar Mengajar*. Jakarta : Rineka Cipta. 2010
33. Battista, K.,C.R.Nigg, J.A.Chang, M.Yamashita, R.Chung, Elementary after school programs : An opportunity to promote physical activity for children. *Californian journal of health promotion*. Vol 3. Hal 108-18. 2005
34. Therawiwat M, Wijitr F, Jaranit K, Nirat I, Allan S. Community-based approach for prevention and control of dengue hemorrhagic fever in Kachanaburi Province Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* Vol 36 no 6.1439-1449.2005

35. Luna, J.E., I.Chain, J.Hernandez, G.G Clark. A.Bueno, R.Escalante., S.Angarita., A.Martinez. Social mobilization using strategies of education and communication to prevent dengue fever in Bucaramanga, Colombia. *Dengue Bulletin*.29 : 17-21. 2004
36. Khun S.,& L.Manderson. Community and school based health education for dengue control in rural Cambodia : a process evaluation. *PloS Neglected Tropical diseases*.Vol 1 (3): 1-10.2007.

Lampiran 1. Surat persetujuan etik



**KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
Jalan Penelehkan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226  
Telepon: (021) 4261088 Faksimile: (021) 4243933  
E-mail: sesbana@litbang.depkes.go.id, Website: http://www.litbang.depkes.go.id

**PERSETUJUAN ETIK (ETHICAL APPROVAL)**

Nomor: KE.CJ.DK/EC/173/2011

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Badan Litbang Kesehatan, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul :

**"Model Pengendalian Vektor DBD melalui Program Ekstrakurikuler Sekolah Dasar"**

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana / Peneliti Utama :

**Aryani, SKM, MPH.**

dapat disetujui pelaksanaannya. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol.

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPK-BPPK. Jika ada perubahan protokol dan / atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen protokol).

Jakarta, 18 April 2011

Ketua  
Komisi Etik Penelitian Kesehatan  
Badan Litbang Kesehatan,

Prof. Dr. M. Sudomo

## Lampiran 2. Surat ijin penelitian



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH  
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

JL. A. YANI NO. 160 TELP. (024) 8454990 FAX. (024) 8414205, 8313122  
SEMARANG - 50136

**SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET**

**Nomor : 070 / 04944 / 2011**

- I. **DASAR** : Surat Edaran Gubernur Jawa Tengah.  
Nomor 070 / 265 / 2004. Tanggal 20 Februari 2004.
- II. **MEMBACA** : Surat dari Balitbang Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit.  
Nomor B.02.03 / VII / 787 / 2011. Tanggal 10 Maret 2011.
- III. Pada Prinsipnya kami **TIDAK KEBERATAN / Dapat Menerima** atas Pelaksanaan Penelitian / Survey di Kota Semarang.
- IV. Yang dilaksanakan oleh :
  1. Nama : ARYANI PUJIYANTI, SKM, MPH.
  2. Kebangsaan : Indonesia.
  3. Alamat : Jl. Hasanudin No. 123 Salatiga.
  4. Pekerjaan : Peneliti.
  5. Penanggung Jawab : Dra. Bambang Heriyanto, M.Kes.
  6. Judul Penelitian : Model Pengendalian Vektor DBD melalui Program Ekstrakurikuler Sekolah Dasar.
  7. Lokasi : Kota Semarang.
- V. **KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :**
  1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat / Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Pemberitahuan ini.
  2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana dari sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah politik dan / atau agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.

- 3. Surat Rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / Mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
- 4. Setelah survey / riset selesai, supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesbangpol Dan Linmas Provinsi Jawa Tengah.

VI. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari :  
Maret s.d. Desember 2011.

VII. Demikian harap menjadikan perhatian dan maklum.

Semarang, 14 Maret 2011

GOVERNUR JAWA TENGAH  
KEPALA BADAN KESBANGPOL DAN LINMAS  
PROVINSI JAWA TENGAH



Dr. C. AGUS TUSONO, MSI  
Wakil Gubernur Utama Muda  
NIP. 195508141983031010



**PEMERINTAH KOTA SEMARANG  
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK  
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jl Pemuda No 175 Semarang Telp. 3584045 Hujung 3584077 Pws 2601,2602,2603,2604,2605,2606 Fax 3584045

Nomor : 070.536/IV/2011  
Sifat :  
Lampiran :  
Perihal : ijin penelitian

Semarang, 01 April 2011

Kepada  
Yth. ....  
.....  
.....  
di-  
SEMARANG

1. Menunjuk
  - a) Peraturan Daerah Pemerintah Kota Semarang Nomor 13 tahun 2008, Tanggal 7 Nopember 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang.
  - b) Peraturan Walikota Semarang Nomor 44 Tahun 2008 Tanggal 24 Desember 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang.
  - c) Surat dari : Badan Kesbangpolinmas Provinsi Jateng  
Nomor : 070/04944/2011  
Tanggal : 14 Maret 2011
2. Bersama ini diberitahukan bahwa :
 

Nama : **Aryani Pujiyanti, SKM, MPH**  
Alamat : Jl. Ngaglik Lama No.127 Rt.04/01 Cajah Mungkur Semarang  
Pekerjaan : Peneliti  
Kebangsaan : Indonesia  
Bermaksud mengadakan Penelitian Riset/Survey KKN/KKL di  
Judul : "Model Pengendalian Vektor DBD melalui Program Ekstrakurikuler Sekolah Dasar"  
Penanggung jawab : Drs. Bambang Heriyanto, M.Kes  
Peserta : 1 (satu) Orang  
Lokasi : Kota Semarang  
Waktu : 01 April s.d 01 Juli 2011

Pada prinsipnya kami TIDAK KEBERATAN memberikan ijin untuk mengadakan kegiatan penelitian / riset survey KKN/ KKL dan lain-lain, selama yang bersangkutan wajib mentaati peraturan, tata tertib dan norma-norma yang berlaku di wilayah Kota Semarang.

3. Demikian harap menjadikan perhatian dan maklum.

A.n. WALIKOTA SEMARANG  
Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik  
dan Perlindungan Masyarakat



TEMBUSAN Kepada Yth  
1. Walikota Semarang (sebagai laporan),  
2. Pertinggal

Lampiran 3. Output analisis statistik

Analisis bivariat PSP dan *self efficacy* responden guru kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Pengetahuan pre - pengetahuan post	-5,259	4,230	,814	-6,933	-3,586	-6,461	26	,000
Pair 2	sikap pre - sikap post	-,444	5,458	1,050	-2,604	1,715	-,423	26	,676
Pair 3	perilaku pre - perilaku post	-2,778	5,380	1,035	-4,906	-,649	-2,683	26	,013
Pair 4	self efficacy pre - self efficacy post	-9,519	9,435	1,816	-13,251	-5,786	-5,242	26	,000

Uji beda PSP dan *self efficacy* responden guru kelompok pembanding sebelum dan sesudah intervensi

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Pengetahuan pre - pengetahuan post	-,182	3,361	,717	-1,672	1,309	-,254	21	,802
Pair 2	sikap pre - sikap post	,364	2,381	,508	-,692	1,419	,716	21	,482
Pair 3	perilaku pre - perilaku post	-,591	3,390	,723	-2,094	,912	-,818	21	,423
Pair 4	self efficacy pre - self efficacy post	,227	,752	,160	-,106	,561	1,418	21	,171

Hasil uji beda rerata PSP dan *self efficacy* antara kelompok perlakuan dan pembanding

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
pengetahuan post	Equal variances assumed	,009	,926	2,763	47	,008	2,717	,983	,739	4,696
	Equal variances not assumed			2,740	43,372	,009	2,717	,992	,718	4,717
sikap post	Equal variances assumed	16,200	,000	15,458	47	,000	15,569	1,007	13,543	17,595
	Equal variances not assumed			16,515	38,619	,000	15,569	,943	13,662	17,476
perilaku post	Equal variances assumed	,021	,885	9,126	47	,000	13,249	1,452	10,328	16,170
	Equal variances not assumed			9,245	46,673	,000	13,249	1,433	10,366	16,133
self efficacy post	Equal variances assumed	16,268	,000	21,760	47	,000	37,956	1,744	34,447	41,465
	Equal variances not assumed			24,006	27,907	,000	37,956	1,581	34,717	41,195

Uji beda PSP responden siswa pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi

Test Statistics<sup>b</sup>

	tot_pgth2 - tot_pgth1	tot_skp2 - tot_skp1	tot_per2 - tot_per1
Z	-15,041 <sup>a</sup>	-4,607 <sup>a</sup>	-10,421 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Uji beda PSP responden siswa pada kelompok pembandingan sebelum dan sesudah intervensi

Test Statistics<sup>c</sup>

	tot_pgth2 - tot_pgth1	tot_skp2 - tot_skp1	tot_per2 - tot_per1
Z	-.755 <sup>a</sup>	-1,295 <sup>b</sup>	-.377 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,450	,195	,706

a. Based on negative ranks.

b. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Hasil uji beda rerata PSP antara kelompok perlakuan dan pembandingan

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
tot_pgth2	Equal variances assumed	2,115	,146	1,999	1246	,046	,405	,202	,008	,802
	Equal variances not assumed			2,302	155,549	,023	,405	,176	,057	,752
tot_skp2	Equal variances assumed	30,413	,000	52,390	1246	,000	11,574	,221	11,141	12,007
	Equal variances not assumed			84,488	215,960	,000	11,574	,137	11,304	11,844
tot_per2	Equal variances assumed	,089	,766	27,792	1246	,000	6,987	,251	6,494	7,481
	Equal variances not assumed			28,685	146,231	,000	6,987	,244	6,506	7,489

Wilcoxon test ABJ dan CI sekolah pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi

**Test Statistics<sup>c</sup>**

	H12 - H11	C12 - C11
Z	-,447 <sup>a</sup>	,000 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,655	1,000

- a. Based on positive ranks.
- b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.
- c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Wilcoxon test ABJ dan CI sekolah pada kelompok pembanding sebelum dan sesudah intervensi

**Test Statistics<sup>c</sup>**

	H12 - H11	C12 - C11
Z	-1,000 <sup>a</sup>	-1,342 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,317	,180

- a. Based on positive ranks.
- b. Based on negative ranks.
- c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Mann whitney test ABJ dan CI sekolah sesudah intervensi antara kelompok perlakuan dan pembanding

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	H12	C12
Mann-Whitney U	34,000	37,000
Wilcoxon W	49,000	313,000
Z	-1,631	-1,338
Asymp. Sig. (2-tailed)	,103	,181
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,173 <sup>a</sup>	,239 <sup>a</sup>

- a. Not corrected for ties.
- b. Grouping Variable: kelompok

Wilcoxon test ABJ rumah siswa kelompok perlakuan

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	ABJ2 - ABJ1
Z	-2,040 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,041

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Wilcoxon test ABJ rumah siswa kelompok pembandingan

Test Statistics<sup>b</sup>

	ABJ2 - ABJ1
Z	-1,859 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,063

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Mann Whitney test ABJ rumah siswa sesudah intervensi antara kelompok perlakuan dan pembandingan

Test Statistics<sup>b</sup>

	ABJ1	ABJ2
Mann-Whitney U	6,000	36,000
Wilcoxon W	111,000	64,000
Z	-3,209	-,972
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,331
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001 <sup>a</sup>	,360 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kode

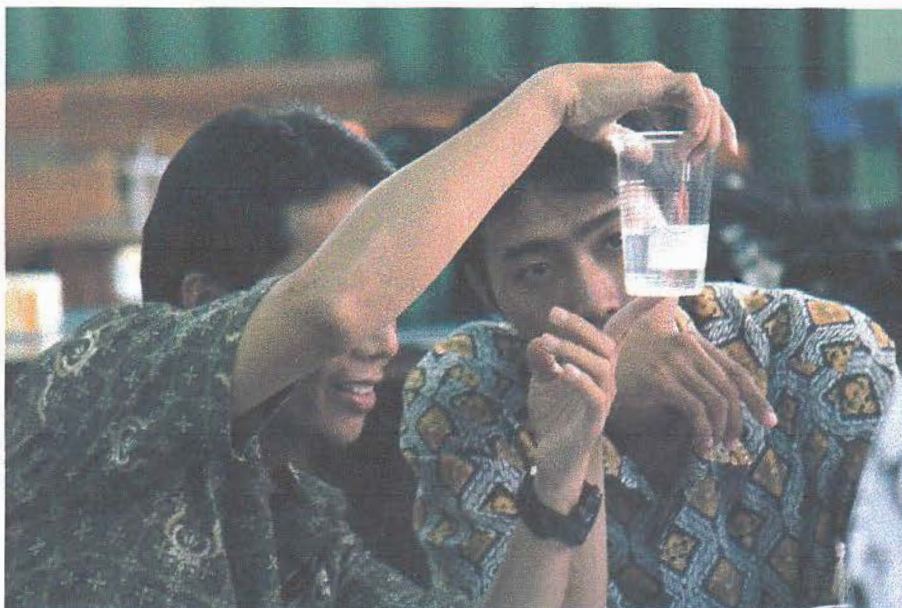
Lampiran 4. Dokumentasi penelitian



Gambar 12 . Proses diskusi dalam pelatihan guru



Gambar 13. Presentasi hasil diskusi pada pelatihan guru



Gambar 14. Praktikum pengamatan siklus hidup nyamuk pada pelatihan guru



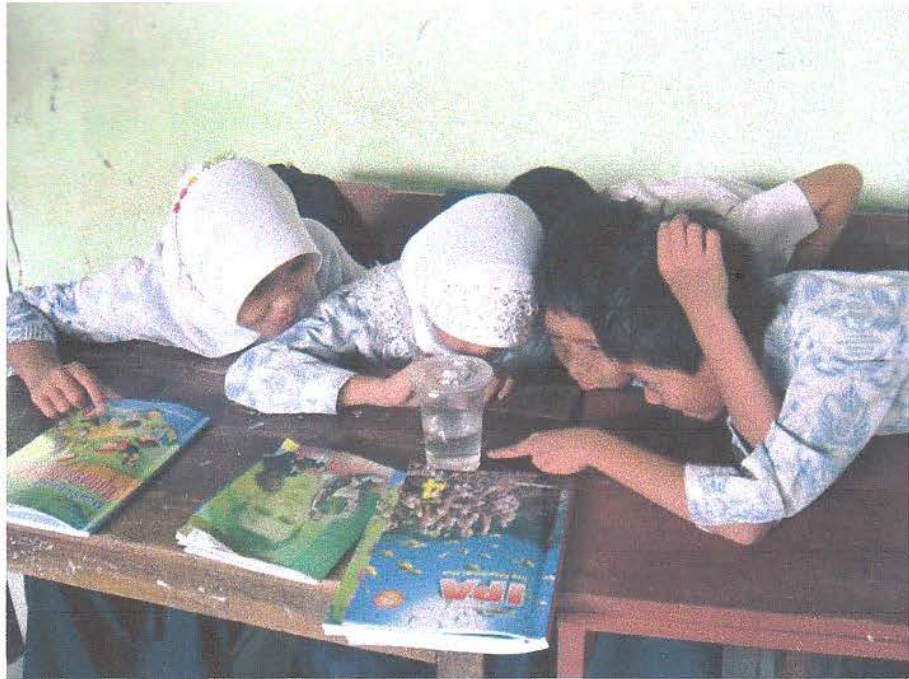
Gambar 15. Praktikum identifikasi nyamuk vektor DBD pada pelatihan guru



Gambar 16. Alat bantu guru untuk memberikan edukasi pencegahan DBD



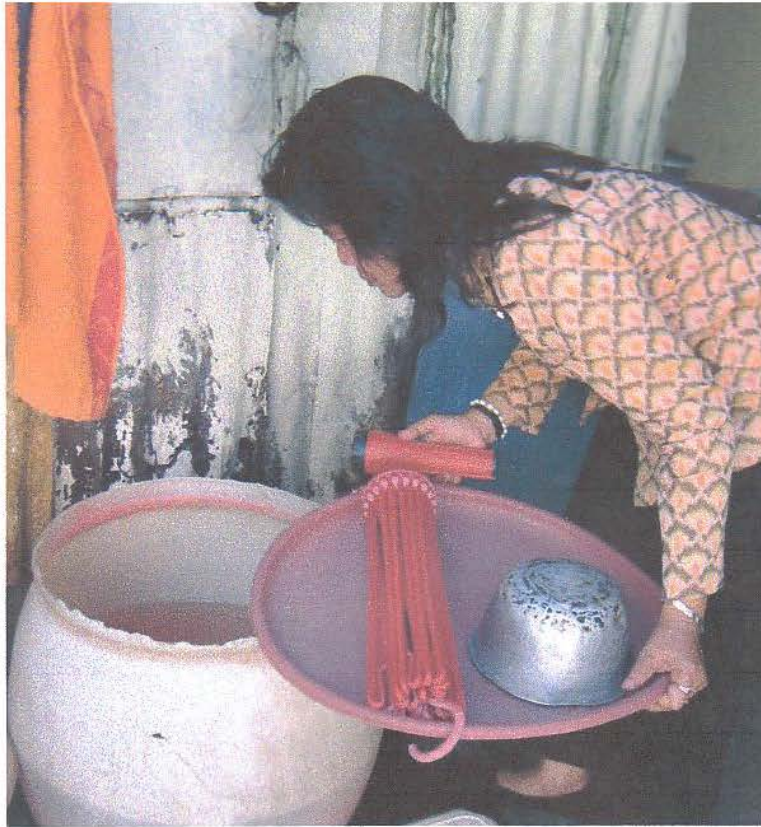
Gambar 17. Poster pencegahan DBD



Gambar 18. Praktikum pengamatan siklus hidup nyamuk oleh siswa



Gambar 19. Proses edukasi pencegahan DBD di sekolah



Gambar 20. Pemantauan jentik oleh tim B2P2VRP

**PERSETUJUAN ATASAN YANG BERWENANG**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Ketua Panitia Pembina Ilmiah (PPI) tingkat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Salatiga, menyatakan bahwa Laporan Akhir Penelitian "Model Pengendalian Vektor DBD melalui Program Ekstrakurikuler Sekolah Dasar" telah dapat disetujui sesuai ketentuan yang berlaku.

**DISETUJUI :**

**Panitia Pembina Ilmiah**

**KETUA**



**Dra. Blondine Christina. P, M.Kes**

**NIP:194903251976112001**

**Balai Besar Penelitian dan  
Pengembangan Vektor dan Reservoir  
Penyakit Salatiga**

**KEPALA**



**Drs. Bambang Heriyanto, M.Kes**

**NIP:195406201981101002**