

Model Promosi Kesehatan dalam Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit DBD Melalui Gerakan 3 M Plus di Kota Pekanbaru

Zahtamal¹, Fifia Chandra², Tuti Restuastuti³, Lilly Haslinda⁴, Yolazenia⁵, Febliaji⁶

ABSTRACT

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF): A syndrome due to the dengue virus that tends to affect children under 10, causing [abdominal pain](#), hemorrhage and circulatory collapse. Health promotion are a high priority at the Department of Health that can prevent DHF. Aim of this study was to find an effective method to promote DHF to the community. This was a quasi-experimental study using non-randomized control group with pretest-posttest design. The subjects were divided into four groups, i.e. three group of cadres who got intervention/health promotion and another group of cadres who got nothing intervention. Data were gathered through knowledge's questionnaires, attitude's questionnaires and check list of practice observation. Data analysis was done using SPSS version 12.0 with t-test, one way anova and post hoc analysis. Result of this study fund that health promotion with method of lectures and interviews with media comics, folder, practice handbooks and demonstration can improve significance statistically score knowledge and also can improve attitude and practice of cadre on prevent and tackling DHF.

Keywords: Health promotion, Dengue Haemorrhagic Fever

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus, dengan akibat gangguan pada pembuluh darah kapiler dan sistem pembekuan darah, sehingga mengakibatkan perdarahan-perdarahan. Angka kematian penyakit ini cukup tinggi, karena seringnya terjadi perdarahan dan syok. Jumlah kasus DBD secara nasional menunjukkan peningkatan dalam 3 tahun terakhir, terutama di propinsi-propinsi tertentu. Berdasarkan data Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI), jumlah penderita DBD pada 2005 sebanyak 95.279 pasien, dengan jumlah pasien meninggal 1.298 orang. Sedangkan tahun 2006 membengkak menjadi 111.730 orang, dengan 1.152 orang meninggal.¹ Selanjutnya pada tahun 2007, angka insiden DBD sebesar 71,78 per

100.000 penduduk dengan *Case Fatality Rate* (CFR) 1%. Pada tahun 2008 angka insiden DBD sebesar 60,02 per 100.000 penduduk dengan CFR 0,86%.²

Berdasarkan data Dinas Kesehatan (Diskes) Propinsi Riau angka kejadian DBD masih cukup tinggi, walaupun sepanjang tahun 2007 jumlah kasusnya cenderung mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Pada tahun 2005 berjumlah 1897 kasus (IR = 42,2 per 100.000 penduduk), tahun 2006 berjumlah 948 kasus (IR = 21,3 per 100.000 penduduk), dan tahun 2007 berjumlah 759 kasus (IR = 17,6 per 100.000 penduduk). Jumlah kematian akibat DBD di Provinsi Riau pada tahun 2007 juga cenderung mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Terhitung pada tahun 2006 berjumlah 18 orang (CFR = 1,9 %) dan tahun 2007 berjumlah 13 orang (CFR = 1,7 %). Namun kondisi ini masih di atas indikator nasional CFR < 1 %.³

Selanjutnya menurut data Diskes Kota Pekanbaru diketahui pada tahun 2003 ditemukan 67 kasus DBD dengan prevalensi 1,2 per 10.000 penduduk (CFR = 4,7%). Angka ini meningkat cukup signifikan pada tahun 2005, dimana

¹ Penulis untuk korespondensi. Alamat: Bagian Ilmu kesehatan Masyarakat Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Riau Jl. Diponegoro no 1 Pekanbaru, e-mail: ta_mal75@yahoo.co.id, fk_unri2001@yahoo.com

^{2,3} Bagian Ilmu kesehatan Masyarakat Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Riau

^{4,5} Bagian Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Riau Jl. Diponegoro no 1 Pekanbaru.

⁶ Dinas Kesehatan Propinsi Riau

berdasarkan profil kesehatan kota Pekanbaru tahun 2005 ditemukan sebanyak 839 kasus. Selanjutnya tahun 2007 diketahui jumlah kasus DBD di Kota Pekanbaru adalah sebanyak 322 kasus. Jumlah kasus terbanyak adalah di Kecamatan Bukit Raya yakni sebanyak 57 kasus. CFR kasus DBD pada tahun 2007 adalah 5/322 atau 1,55%. Dijelaskan juga bahwa dari 58 kelurahan di Pekanbaru terdapat 49 (84,5%) sudah menjadi daerah endemis DBD. Daerah-daerah itu antara lain Wonorejo, Kampung Baru, Sri meranti, Lembah Damai, Sukajadi dan beberapa daerah lainnya.⁴

Upaya-upaya untuk mengantisipasi dan menanggulangi berjangkitnya DBD di daerah-daerah telah ada dilakukan oleh dinas terkait, seperti *case finding*, penanganan kasus di Rumah Sakit dan Puskesmas, pemeriksaan spesimen dan *fogging*. Namun pada kenyataannya penanganan DBD di tingkat masyarakat belum menunjukkan hasil yang menggemblirakan. Hal ini dilihat dari belum banyaknya masyarakat yang memahami dan melakukan upaya penanganan yang tepat yakni melalui gerakan 3M Plus (menguras tempat penyimpanan air, mengubur barang-barang bekas yang dapat menampung air dan menutup tempat-tempat penampungan air keluarga serta tindakan plus; menggunakan kelambu, larvasida/abatisasi, pemantauan jentik berkala (PJB), penggunaan repelant atau obat anti nyamuk, dll) sehingga angka kasus DBD ini masih ada dan cukup tinggi, seperti gambaran data di atas.

Penanganan DBD harus dilakukan secara tepat (efektif dan efisien), *comprehensive* (upaya promotif, preventif dan kuratif), *integrated* dan dengan pendekatan holistik. Langkah-langkah konkrit harus terus dilakukan dan ditingkatkan oleh dinas terkait terutama Diskes seperti melalui upaya pemberdayaan masyarakat melalui gerakan 3M Plus dan peningkatan derajat kesehatan, upaya perlindungan khusus terhadap penyakit, upaya penemuan kasus secara dini dan pengobatan segera, serta upaya untuk mencegah kefatalan dan kecacatan. Keberhasilan upaya-upaya ini juga didukung oleh kegiatan yang dilakukan secara kemitraan, baik secara lintas sektoral maupun lintas program.

Angka kasus DBD serta keberhasilan program penanggulangan DBD tidak terlepas dari bagaimana pemberdayaan (peningkatan pengetahuan, persepsi,

sikap dan praktek) masyarakat dalam penanggulangan DBD. Pada kenyataannya masih banyak pengetahuan, sikap dan praktek serta persepsi yang keliru di tingkat masyarakat dalam memahami upaya pencegahan dan penanggulangan (P2) DBD. Anggapan yang keliru masyarakat tersebut antara lain adalah sebagian warga masyarakat beranggapan bila ada anggota keluarganya terserang nyamuk aedes aegypti sehingga DBD, maka segera meminta dilakukan *fogging*. Padahal pada kenyataannya hal ini perlu dibatasi karena pelaksanaan *fogging* akan banyak dampak negatif yang dapat ditimbulkannya. P2 DBD yang tepat di tingkat masyarakat adalah pemutusan mata rantai penularan DBD tersebut melalui gerakan 3M plus, sehingga dalam hal ini *fogging* bukanlah solusi yang tepat.⁵

Salah satu upaya pemberdayaan masyarakat yang dilakukan adalah melalui promosi kesehatan. Promosi kesehatan adalah proses pemberdayaan individu/keluarga/masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya, meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan, serta pengembangan lingkungan yang sehat.⁶ Promosi kesehatan merupakan bagian dari upaya kesehatan masyarakat yang fokus utamanya adalah pemberdayaan masyarakat. Promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan perilaku masyarakat, mensosialisasikan program kesehatan dan lain-lain. Banyak metode yang telah dikembangkan oleh pakar pendidikan dan peneliti dalam menyampaikan pesan untuk merubah perilaku seseorang. Dalam rangka menentukan jenis/metode promosi kesehatan yang cocok pada masyarakat khususnya tentang penanggulangan DBD melalui gerakan 3 M plus, perlu dilakukan suatu kajian efektivitas model promosi kesehatan. Untuk itu judul penelitian yang dilaksanakan adalah "Kajian model Promosi kesehatan dalam penanggulangan penyakit DBD melalui gerakan 3 M plus Kota Pekanbaru".

METODE

Jenis penelitian yang digunakan yaitu quasi experimental dengan rancangan nonequivalent (pratest-posttest) control group design.

Populasi yang menjadi subjek dalam penelitian ini adalah masyarakat (diwakili oleh para kader Posyandu) yang ada di kota Pekanbaru. Selanjutnya

subjek yang menjadi sampel adalah masyarakat (diwakili oleh para kader Posyandu) yang ada di 4 Kecamatan kota Pekanbaru (sesuai dengan jumlah perlakuan yang diberikan) yang dipilih secara acak. Langkah-langkah pemilihan atau pengambilan sampel penelitian adalah peneliti menetapkan sampel daerah penelitian dengan teknik acak (*cluster random sampling*). Selanjutnya dilakukan penentuan subjek penelitian untuk setiap kelompok termasuk kelompok kontrol secara *purposive sampling*. Adapun kriterianya adalah; 1) Warga tetap kecamatan yang bersangkutan, 2). Bersedia menjadi responden 3) Bisa tulis dan baca. Jumlah subjek penelitian di setiap kecamatan minimal 30 orang. Pada penelitian ini, jumlah sampel untuk Kecamatan Sukajadi sebanyak 41 orang, Kecamatan Sail sebanyak 30 orang, Kecamatan Bukit Raya sebanyak 39 orang dan Kecamatan Tampan sebanyak 36 orang.

Instrumen dalam penelitian yang digunakan adalah kuesioner untuk mengukur pengetahuan, sikap dan praktek masyarakat dalam penanggulangan DBD. Instrumen untuk promosi kesehatan digunakan komik promosi kesehatan tentang DBD yang diterbitkan oleh pusat promosi kesehatan Departemen Kesehatan RI tahun 2006,⁷ Folder yang diterbitkan oleh Direktorat Jenderal PP dan PL Departemen Kesehatan RI tahun 2007,⁸ dan buku petunjuk praktek penanggulangan DBD yang dirancang oleh badan kajian pengembangan kesehatan masyarakat FK Universitas Riau tahun 2008.

Pengelolaan data yang didapatkan dari hasil penelitian akan di kelompokkan berdasarkan gambaran pengetahuan, sikap serta praktek yang dibandingkan pra dan post diberi perlakuan. Selanjutnya, hasil dari analisis pra dan post tersebut dijadikan bahan untuk menilai efektifitas perlakuan. Hal ini dijadikan dasar untuk pemilihan model Promosi kesehatan. Pengolahan dan analisis data hasil penelitian dengan menggunakan bantuan piranti lunak komputer. Selanjutnya uji statistik yang digunakan:

- a. Statistik deskriptif berupa distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel yang diteliti.
- b. Uji komparasi yaitu uji statistik *pair t-test* untuk membandingkan hasil rerata prates dengan postes, baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol dengan taraf signifikansi dipergunakan $p < 0,05$.
- c. Statistik analitik *One Way Anova* untuk

membandingkan hasil rerata prates dan postes antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, dengan taraf signifikansi dipergunakan $p < 0,05$.

HASIL

a. Karakteristik Umum Subjek Penelitian

Berdasarkan analisis terhadap variabel umur responden, diperoleh gambaran bahwa kisaran umur responden secara keseluruhan adalah antara usia 20-64 tahun, dengan rerata umur 41,23 tahun. Selanjutnya dari hasil uji statistik non-parametrik untuk data 4 sampel yang tidak berhubungan yakni uji Kruskal Wallis menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistik variabel pendidikan antara masing-masing kelompok ($p > 0,05$).

b. Pengetahuan Subjek Penelitian

Berdasarkan pengolahan data didapatkan gambaran pengetahuan responden tentang DBD sebelum dan sesudah perlakuan. Secara keseluruhan diketahui bahwa kategori pengetahuan responden sebelum perlakuan sebagian besar berada pada kategori cukup (skor 34-66) dan baik (skor 67-100) yakni masing-masing sebanyak 72 orang (49,3%). Setelah diberikan perlakuan terjadi perubahan, dimana sebagian besar responden telah berpengetahuan dengan kategori baik, yakni sebanyak 112 orang (76,7 %). Hal ini dapat dilihat pada Tabel 10 berikut ini:

Tabel 2. Distribusi frekuensi kategori pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan perlakuan

No	Kategori Pengetahuan	Prates		Postes	
		f	%	f	%
1	Kurang	2	1,4	1	,7
2	Cukup	72	49,3	33	22,6
3	Baik	72	49,3	112	76,7
	Total	146	100,0	146	100,0

Selanjutnya untuk melihat apakah ada perbedaan yang bermakna pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan perlakuan, dilakukan uji ketersebandingan dengan *paired sample t test*. Berdasarkan uji tersebut diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan rerata pengetahuan tentang DBD kelompok perlakuan satu yakni

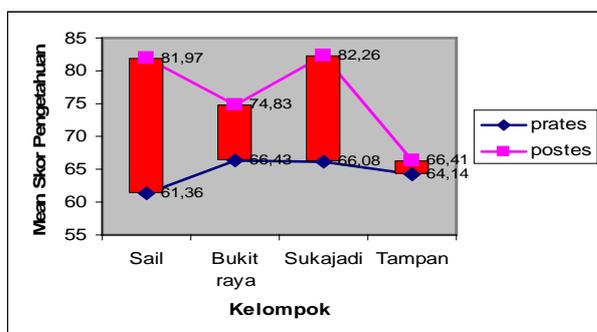
Kecamatan Sail. Terdapat peningkatan rerata skor pengetahuan dengan delta (selisih) sebesar 20,61 poin dengan taraf signifikansi sebesar 0,000 (sangat bermakna/ $<0,05$). Terdapat perbedaan yang signifikan rerata pengetahuan tentang DBD kelompok perlakuan dua yakni Kecamatan Bukit Raya. Terdapat peningkatan rerata skor pengetahuan dengan delta sebesar 8,3916 poin dengan taraf signifikansi sebesar 0,007 (bermakna/ $<0,05$). Terdapat perbedaan yang signifikan rerata pengetahuan tentang DBD kelompok perlakuan tiga

yakni Kecamatan Sukajadi. Terdapat peningkatan rerata skor pengetahuan dengan delta sebesar 16,1862 poin dengan taraf signifikansi sebesar 0,000. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan rerata pengetahuan tentang DBD kelompok kontrol yakni Kecamatan Tampan. Terdapat peningkatan rerata skor pengetahuan dengan delta sebesar 2,2727 poin dengan taraf tidak signifikansi sebesar 0,397 (tidak bermakna/ $>0,05$). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 3 berikut ini:

Tabel 3. Uji beda rerata skor pengetahuan responden tentang DBD pada kelompok studi antara prates dibandingkan dengan postes

Kelompok	Metode	Mean Pratest Pengetahuan \pm SD	Mean Postes Pengetahuan \pm SD	Selisih Skor	t	sig
1 (Sail) N=30	Kombinasi ceramah tanya jawab + komik promosi tentang DBD + Folder serta Demonstrasi dan pemberian buku petunjuk praktek	61,36 \pm 14,56	81,97 \pm 7,40	20,6061	-8,027	,000
2 (bukit raya) N=39	Kombinasi ceramah tanya jawab + komik promosi tentang DBD + Folder serta pemberian buku petunjuk praktek	66,4336 \pm 10,86791	74,83 \pm 13,79	8,3916	-2,880	0,007
3 (sukajadi) N=41	Kombinasi ceramah tanya jawab serta pemberian buku petunjuk praktek	66,08 \pm 15,52	82,26 \pm 12,52	16,1862	-8,111	,000
4 (tampan) N=36	Tampa pemberian intervensi/ perlakuan	64,14 \pm 9,71	66,41 \pm 10,88	2,2727	-,857	,397

Perbedaan rerata skor pengetahuan dapat dilihat pada Gambar 1 berikut ini:



Gambar 1. Perbedaan rerata skor pengetahuan antara prates dan postes pada setiap Kelompok

Selanjutnya untuk mengetahui apakah ada perbedaan pengetahuan ke empat kelompok termasuk kelompok kontrol dilakukan uji perbedaan dengan menggunakan analisis Anova. Berdasarkan uji Levene diketahui bahwa nilai signifikansi = 0,149, hal ini berarti H_0 diterima (tidak ada perbedaan yang bermakna ke empat kelompok atau varian dalam kelompok adalah homogen/sama). Selanjutnya melalui uji F diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4. Uji Anova untuk perbedaan pengetahuan responden

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6828,992	3	2276,331	9,588	,000
Within Groups	33711,594	142	237,406		
Total	40540,586	145			

Berdasarkan Tabel 4 diketahui bahwa nilai F hitung 9,588 dengan nilai signifikansi 0,000 yang artinya diduga bahwa kelompok memiliki nilai rerata yang tidak sama (terdapat perbedaan signifikan peningkatan skor pengetahuan di antara 4 kelompok masyarakat). Untuk melihat manakah dari metode promosi yang memberikan peningkatan kepada variabel pengetahuan responden dilakukan uji Post Hoc yakni uji *Tukey* dan delta peningkatan poin masing-masing model promosi yang dilakukan.

Tabel 5. Uji Post Hoc dengan uji *Tukey* (sebagai pembandingan antar kelompok) untuk skor pengetahuan

Kecamatan (I)	Kecamatan (J)	Perbedaan nilai rata-rata (I-J)	Sig.
Sukajadi	Sail	-4,41981	,632
	Bukit Raya	7,79464	,112
	Tampan	13,91353(*)	,001
Sail	Sukajadi	4,41981	,632
	Bukit Raya	12,21445(*)	,007
	Tampan	18,33333(*)	,000
Bukit Raya	Sukajadi	-7,79464	,112
	Sail	-12,21445(*)	,007
	Tampan	6,11888	,318
Tampan	Sukajadi	-13,91353(*)	,001
	Sail	-18,33333(*)	,000
	Bukit Raya	-6,11888	,318

Berdasarkan uji *Tukey* diketahui kelompok mana yang sama dalam memberikan peningkatan skor pengetahuan, hal ini terlihat dari Tabel 6 berikut ini:

Tabel 6. Pengelompokan subjek berdasarkan kehomogenitasan dalam peningkatan skor pengetahuan.

Kecamatan	N	Pengelompokan pada alpha = .05		
		1	2	3
Tampan	36	2,27		
Bukit Raya	39	8,39	8,39	
Sukajadi	41		16,18	16,18
Sail	30			20,60
Sig.		,336	,144	,617

Berdasarkan mean pengetahuan dan selisih peningkatan skor pengetahuan sebelum dan sesudah perlakuan diperoleh bahwa peningkatan skor pengetahuan yang bermakna ada pada kelompok Sail dan Sukajadi. Berdasarkan nilai selisih peningkatan skor pengetahuan diketahui urutan yang terbaik adalah; kelompok Kecamatan Sail, kelompok Kecamatan Sukajadi, kelompok Kecamatan Bukit Raya dan yang paling rendah adalah kelompok Kecamatan Tampan.

c. Sikap Subjek Penelitian

Secara keseluruhan sebelum perlakuan diketahui bahwa rerata skor sikap adalah 50,00 dengan standar deviasi 9,99. Kategori sikap responden sebelum perlakuan sebagian besar dengan kategori netral (skor 34-66), yakni 137 responden (93,8%). Setelah diberikan perlakuan terjadi perubahan, namun tidak terlalu bermakna, dimana rerata skor sikap adalah 50,00 dengan standar deviasi 10,05. Selanjutnya kategori sikapnya sebagian besar netral yakni sebanyak 133 responden (91,1%). Hal ini dapat dilihat pada Tabel 7 berikut ini:

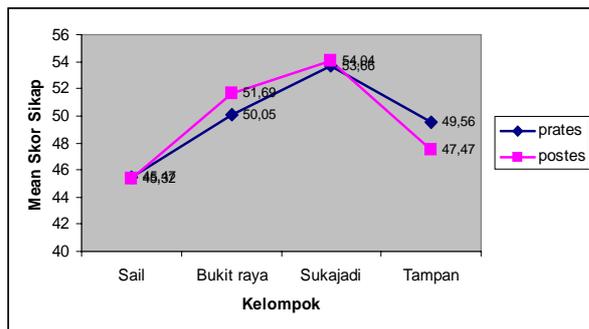
Tabel 7. Distribusi frekuensi kategori sikap responden sebelum dan sesudah perlakuan

No	Kategori Sikap	Prates		Postes	
		f	%	f	%
1	Negatif	8	5,5	10	6,8
2	Netral	137	93,8	133	91,1
3	Positif	1	,7	3	2,1
	Total	146	100,0	146	100,0

Selanjutnya untuk melihat apakah ada perbedaan yang bermakna sikap responden sebelum dan sesudah diberikan perlakuan, dilakukan uji ketersebandingan dengan *paired sample t test*. Berdasarkan uji t ini diketahui bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan rerata sikap terhadap penyakit DBD kelompok perlakuan satu yakni Kecamatan Sail dengan taraf signifikansi sebesar 0,960. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan rerata sikap terhadap penyakit DBD kelompok perlakuan dua yakni Kecamatan Bukit Raya dengan taraf signifikansi sebesar 0,214. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan rerata sikap terhadap penyakit DBD kelompok perlakuan tiga (Kecamatan Sukajadi) dengan taraf signifikansi sebesar 0,777. Tidak terdapat perbedaan yang

signifikan rerata sikap terhadap penyakit DBD kelompok kontrol (Kecamatan Tampan) dengan taraf tidak signifikansi sebesar 0,414.

Berdasarkan perubahan rata-rata skor sikap responden antara sebelum dan sesudah perlakuan, diketahui adanya peningkatan, akan tetapi adapula penurunan skor. Tidak terdapat perbedaan bermakna sikap responden sebelum dan sesudah perlakuan pada semua kelompok.



Gambar 2. Perbandingan Skor Prates dan Postes Variabel Sikap Antar kelompok

Selanjutnya untuk mengetahui apakah ada perbedaan sikap secara statistik ke empat kelompok termasuk kelompok kontrol dilakukan uji perbedaan dengan menggunakan analisis Anova. Hasil tes homogenitas varian dengan menggunakan uji Levene Statistic diketahui bahwa nilai signifikansi = 0,000, hal ini berarti H_0 ditolak (terdapat perbedaan yang bermakna ke empat kelompok). Melalui uji F dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 8. Uji Anova untuk perbedaan sikap responden

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	269,09	3	89,69	,59	,623
Within Groups	21596,87	142	152,09		
Total	21865,96	145			

Berdasarkan Tabel 8 diketahui bahwa nilai F hitung 0,590. Berdasarkan nilai signifikansi diperoleh nilai sebesar 0,623 ($>0,05$) yang artinya diduga bahwa kelompok memiliki nilai rerata yang sama (tidak terdapat perbedaan sikap yang signifikan di antara 4 kelompok masyarakat). Untuk melihat manakah dari metode promosi yang memberikan peningkatan kepada variabel sikap responden dilakukan uji Post Hoc yakni uji *Tukey*

dan delta peningkatan poin dari masing-masing model promkes yang dilakukan.

Tabel 9. Uji Post Hoc dengan uji *Tukey* (sebagai pembandingan antar kelompok) untuk skor Sikap

Kecamatan (I)	Kecamatan (J)	Perbedaan nilai rata-rata (I-J)	Sig.
Sukajadi	Sail	8,72549(*)	,001
	Bukit Raya	2,34821	,691
	Tampan	6,57259(*)	,016
Sail	Sukajadi	-8,72549(*)	,001
	Bukit Raya	-6,37728(*)	,034
Bukit Raya	Tampan	-2,15289	,799
	Sukajadi	-2,34821	,691
Sail	Tampan	6,37728(*)	,034
	Tampan	4,22438	,227
Tampan	Sukajadi	-6,57259(*)	,016
	Sail	2,15289	,799
	Bukit Raya	-4,22438	,227

Berdasarkan uji *Tukey* diketahui bahwa mean kelompok Sukajadi berbeda nyata dengan Kelompok Sail dan Tampan, mean kelompok Sail berbeda nyata dengan kelompok Sukajadi dan Bukit Raya, mean kelompok Bukit Raya berbeda nyata dengan Kelompok Sail dan mean kelompok Tampan berbeda nyata dengan Kelompok Sukajadi. Berdasarkan mean sikap dan selisih peningkatan skor sikap sesudah perlakuan diperoleh bahwa peningkatan skor sikap yang lebih baik ada pada kelompok Bukit Raya (kombinasi ceramah tanya jawab + komik promosi tentang DBD + folder serta pemberian buku petunjuk praktek) dan Sukajadi (kombinasi ceramah tanya jawab serta pemberian buku petunjuk praktek).

d. Praktek Subjek Penelitian

Berdasarkan pengolahan data didapatkan gambaran praktek responden dalam penanggulangan DBD sebelum dan sesudah perlakuan. Secara keseluruhan sebelum perlakuan diketahui bahwa rerata skor praktek adalah 68,63 dengan standar deviasi 21,24. Adapun kategori praktek responden sebelum perlakuan sebagian besar berada pada kategori baik yakni sebanyak 107 responden (73,3%). Setelah diberikan perlakuan terjadi perubahan, dimana rerata skor praktek adalah 73,08 dengan standar deviasi 13,76. Selanjutnya kategori

praktek sebagian besar dengan kategori baik yakni sebanyak 116 responden (79,5%). Hal ini dapat dilihat pada Tabel 10 berikut ini:

Tabel 10. Distribusi frekuensi kategori praktek responden sebelum dan sesudah diberikan perlakuan

No	Kategori praktek	Prates		Postes	
		f	%	f	%
1	kurang	10	6,8	2	1,4
2	cukup	29	19,9	28	19,2
3	baik	107	73,3	116	79,5
	Total	146	100,0	146	100,0

Uji ketersebandingan dengan *paired sample t test* diketahui bahwa terdapat perbedaan yang

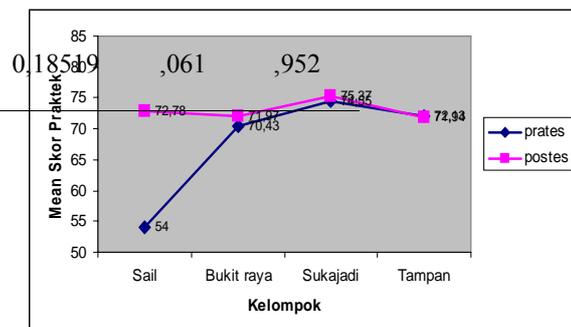
Tabel 11. Uji beda rerata skor praktek responden terhadap penyakit DBD pada kelompok studi antara prates dibandingkan dengan postes

Kelompok	Metode	Mean Prates ± SD	Mean Postes ± SD	Peningkatan Skor	t	sig
1 (sail) N=30	Kombinasi ceramah tanya jawab + komik promosi tentang DBD + Folder serta demonstrasi dan pemberian buku petunjuk praktek	54,00 ± 33,12	72,78 ± 20,46	18,7778	-3,527	,001
2 (bukit raya) N=39	Kombinasi ceramah tanya jawab + komik promosi tentang DBD + folder serta pemberian buku petunjuk praktek	70,43 ± 17,02	71,97 ± 13,06	1,53846	-,441	,661
3 (sukajadi) N=41	Kombinasi ceramah tanya jawab serta pemberian buku petunjuk praktek	74,55 ± 13,08	75,37 ± 10,85	0,81301	-,403	,689

Berdasarkan Tabel 11 terlihat peningkatan praktek yang bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi/perlakuan di Kecamatan Sail ($p=0,01$), sedangkan pada kecamatan Bukit Raya, kecamatan Sukajadi, dan kecamatan Tampan tidak terdapat perbedaan bermakna. Peningkatan nilai rerata praktek responden dapat dilihat pada Gambar 3 berikut:

signifikan rerata praktek terhadap penyakit DBD kelompok perlakuan satu yakni Kecamatan Sail dengan taraf signifikansi sebesar 0,001. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan rerata praktek terhadap penyakit DBD kelompok perlakuan yakni Kecamatan Bukit Raya dengan taraf signifikansi sebesar 0,661 ($>0,05$). Tidak terdapat perbedaan yang signifikan rerata praktek terhadap penyakit DBD kelompok perlakuan tiga yakni Kecamatan Sukajadi dengan taraf signifikansi sebesar 0,689 ($>0,05$). Tidak terdapat perbedaan yang signifikan rerata praktek terhadap penyakit DBD kelompok kontrol yakni Kecamatan Tampan dengan taraf signifikansi sebesar 0,952 ($>0,05$).

Untuk lebih jelasnya uji beda tersebut dapat dilihat pada Tabel 11 berikut ini:



Gambar 3. Perbandingan Prates dan Postes Praktek antara Kelompok

Selanjutnya untuk mengetahui apakah ada perbedaan skor praktek ke empat kelompok dilakukan uji perbedaan dengan menggunakan analisis Anova. Hasil uji Homogenitas Varian dengan menggunakan Levene Statistic diketahui bahwa nilai F hitung 6,063. Berdasarkan nilai signifikansi diperoleh nilai sebesar 0,001 (<0,05) yang artinya diduga bahwa kelompok memiliki nilai rerata yang tidak sama (terdapat perbedaan yang signifikan peningkatan skor praktek di antara 4 kelompok masyarakat). Untuk melihat manakah dari metode promosi yang memberikan peningkatan variabel praktek responden dilakukan uji Post Hoc yakni uji *Tukey* dan delta peningkatan poin dari masing-masing model promkes yang dilakukan.

Tabel 12. Uji Post Hoc dengan uji *Tukey* (sebagai pembandingan antar kelompok) untuk skor praktek

Kecamatan (I)	Kecamatan (J)	Perbedaan nilai rata-rata (I-J)	Sig.
Sukajadi	Sail	-17,96477(*)	,002
	Bukit Raya	-,72545	,999
	Tampam	,99819	,997
Sail	Sukajadi	17,96477(*)	,002
	Bukit Raya	17,23932(*)	,004
	Tampam	18,96296(*)	,002
Bukit Raya	Sukajadi	,72545	,999
	Sail	-17,23932(*)	,004
	Tampam	1,72365	,984
Tampam	Sukajadi	-,99819	,997
	Sail	-18,96296(*)	,002
	Bukit Raya	-1,72365	,984

Selanjutnya berdasarkan uji *Tukey* diketahui dari Tabel 13 berikut ini:

Tabel 13. Pengelompokan subjek berdasarkan kehomogenitasan dalam peningkatan skor praktek

Kecamatan	N	Pengelompokan pada alpha = 0.05	
		1	2
Tampam	36	-,18	
Sukajadi	41	,81	
Bukit Raya	39	1,53	
Sail	30		18,77
Sig.		,99	1,00

Berdasarkan mean praktek dan selisih peningkatan skor praktek sebelum dan sesudah perlakuan diperoleh bahwa peningkatan skor praktek

yang bermakna ada pada kelompok Sail. Selanjutnya peningkatan juga terjadi di kecamatan Bukit Raya walaupun tidak signifikan.

PEMBAHASAN

Berdasarkan pengolahan data didapatkan gambaran pengetahuan responden tentang DBD sebelum perlakuan (diberi promosi kesehatan) sebagian besar berada pada kategori cukup dan baik yakni 49,3%. Hal ini menandakan bahwa pengetahuan masyarakat masih belum ideal. Belum idealnya pengetahuan ini mengindikasikan masih adanya pemahaman yang keliru atau tidak benar tentang DBD pada masyarakat. Implikasinya tentu sikap dan tindakan atau praktek mereka juga tidak akan baik. Hal ini dibuktikan dari hasil penelitian bahwa kategori sikap responden sebelum perlakuan sebagian besar berada pada kategori netral yakni 137 responden (93,8%). Begitu juga dengan praktek, walaupun sebelum perlakuan hasil praktek responden sebagian besar berada pada kategori baik yakni 73,3%, akan tetapi sekitar 27% responden masih keliru dalam melakukan tindakan terhadap upaya P2 DBD ini.

Adanya ketidaksejajaran antara komponen pengetahuan, sikap dan praktek dalam temuan penelitian ini bukanlah sesuatu yang tidak lazim. Hal ini mendukung teori yang mengatakan bahwa seseorang yang telah mendapatkan informasi berupa stimulus melalui proses belajar dapat menimbulkan respon baik yang bersifat pasif (pengetahuan, persepsi dan sikap) maupun yang bersifat aktif (berupa tindakan yang nyata atau praktek). Namun pada kenyataannya seseorang yang masih memiliki respons pasif yang negatif akan tetapi ada yang mewujudkannya dalam bentuk tindakan yang nyata (respon aktif) atau sebaliknya. Hal ini dapat dijelaskan karena respons pasif lebih bersifat individual sedangkan respon aktif merupakan sesuatu yang kompleks, dibentuk melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dan lingkungannya (sosial).¹²

Berdasarkan kondisi ini upaya promosi kesehatan adalah salah satu solusi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perilaku tersebut. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa setelah diberikan perlakuan pada tiga kelompok (diberi promosi kesehatan dengan bermacam-

macam metode) terjadi peningkatan pengetahuan, dimana sebagian besar responden telah berpengetahuan dengan kategori baik, yakni sebanyak 112 orang (76,7 %). Hal yang sama juga untuk skor sikap, walaupun tidak terlalu bermakna, dimana rerata skor sikap adalah 50,00 dengan standar deviasi 10,05. Selanjutnya kategori sikap positifnya meningkat dari 0,7% menjadi 2,1%. Begitu juga dengan skor praktek, dimana rerata skor praktek meningkat menjadi 73,08 dengan standar deviasi 13,76. Selanjutnya kategori praktek dengan kategori baik meningkat dari 73,3% menjadi 79,5%.

Hasil ini mendukung pendapat Syah (2002) yang mengatakan bahwa salah satu dampak positif dari proses belajar adalah terjadinya perubahan ranah kognitif, afektif dan psikomotor. Dalam hal ini yakni terciptanya kesadaran dan adanya peningkatan sikap serta praktek terhadap apa yang diajarkan.¹³ Kaitannya dengan hal ini adalah bahwa promosi kesehatan tentang DBD dapat meningkatkan kesadaran dan menghasilkan perubahan sikap dan praktek ke arah yang lebih baik terhadap program P2 DBD melalui gerakan 3M Plus.

Metode promosi kesehatan yang efektif dan efisien tentunya akan memberikan hasil yang lebih optimal dalam peningkatan perilaku (pengetahuan, sikap dan praktek). Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan rerata pengetahuan tentang DBD pada kelompok yang diberi perlakuan satu, dua dan tiga. Hasil penelitian juga membuktikan tidak terdapat perbedaan yang signifikan rerata pengetahuan tentang DBD kelompok kontrol (tidak diberikan perlakuan promosi kesehatan). Berdasarkan hasil penelitian diketahui juga bahwa nilai selisih peningkatan skor pengetahuan urutan yang terbaik adalah; kelompok Kecamatan Sail, kelompok Kecamatan Sukajadi, kelompok Kecamatan Bukit Raya dan yang paling rendah adalah kelompok Kecamatan Tampan (sebagai kontrol). Artinya peningkatan pengetahuan lebih baik pada kelompok yang diberi perlakuan promosi kesehatan dengan metode kombinasi ceramah tanya jawab + komik promosi tentang DBD + folder serta demonstrasi dan pemberian buku petunjuk praktek.

Berdasarkan perubahan rata-rata skor sikap responden antara sebelum dan sesudah perlakuan, diketahui adanya peningkatan, akan tetapi adapula penurunan skor. Tidak terdapat perbedaan bermakna

sikap responden sebelum dan sesudah perlakuan pada semua kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Mean sikap dan selisih peningkatan skor sikap sesudah perlakuan diperoleh bahwa peningkatan skor sikap yang lebih baik ada pada kelompok Bukit Raya dan Sukajadi. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa peningkatan praktek responden antara sebelum dan sesudah perlakuan, dimana peningkatan ini terlihat bermakna hanya pada kecamatan Sail, sedangkan pada kecamatan Bukit Raya, Sukajadi dan kecamatan Tampan tidak terdapat perbedaan bermakna. Berdasarkan mean praktek dan selisih peningkatan skor praktek sebelum dan sesudah perlakuan diperoleh bahwa peningkatan skor praktek yang bermakna ada pada kelompok Sail. Selanjutnya peningkatan juga terjadi di kecamatan Bukit Raya walaupun tidak signifikan.

Tidak begitu banyaknya perubahan terhadap aspek sikap dan praktek disebabkan karena perubahan ke dua aspek tersebut tidak dapat terjadi pada waktu yang relatif singkat. Menurut Notoatmodjo bahwa aspek sikap dan praktek merupakan respon yang efeknya terjadi setelah seseorang betul-betul memahami suatu objek. Sehingga dibutuhkan waktu untuk dapat merubah atau melihat dampak perubahannya.¹² Akan tetapi apabila dilihat secara keseluruhan adanya peningkatan skor terhadap aspek perilaku tersebut mengindikasikan promosi kesehatan telah terbukti berhasil meningkatkan perilaku masyarakat.

Keberhasilan program promosi kesehatan yang dilakukan dalam meningkatkan perilaku masyarakat pada ke tiga kelompok perlakuan juga disebabkan oleh adanya minat mereka untuk mengenal lebih jauh tentang P2 DBD melalui gerakan 3M Plus yang selama ini belum tersosialisasikan dengan baik. Peningkatan yang bermakna terlihat dari penerapan metode kombinasi ceramah tanya jawab + komik promosi tentang DBD + folder serta demonstrasi dan pemberian buku petunjuk praktek. Penyajian materi yang didukung bermacam-macam bentuk media (*media mix*) dan adanya demonstrasi merupakan hal yang mendukung pembentukan pengetahuan, sikap dan praktek responden. Menurut Abbott (1998) bahwa pengetahuan, sikap dan praktek dapat dibentuk melalui proses belajar dengan memberikan materi yang sesuai, memberikan model atau contoh dari apa yang ingin

dijelaskan serta memberikan pengertian melalui pengalaman-pengalaman nyata (demonstrasi).¹⁴ Selanjutnya penerapan *media mix* akan memungkinkan banyak indera seseorang terangsang (terstimulasi). Media mix adalah merujuk pada penggunaan dua atau lebih bentuk media yang berbeda dalam sebuah rencana promosi kesehatan. Hal ini dilakukan dengan alasan untuk mencapai masyarakat yang tidak mampu dicapai dengan media pertama, menyediakan informasi ulang tambahan dengan biaya yang lebih murah, mendayagunakan beberapa nilai intrinsik media sehingga memperluas efektivitas kreativitas promosi serta dapat menyampaikan beberapa media yang memiliki benefit. Selain itu semakin banyak media yang digunakan maka semakin banyak pula indera yang terangsang, yang pada akhirnya semakin cepat pembentukan persepsi dan pemahaman seseorang tentang suatu objek. Pemahaman yang baik serta adanya sikap yang positif menjadi faktor penentu seseorang akan melakukan kegiatan (objek) tersebut dalam tindakan yang nyata.¹⁵

KESIMPULAN

Promosi kesehatan melalui pendidikan kesehatan dapat meningkatkan perilaku masyarakat dalam P2 DBD. Berdasarkan mean pengetahuan dan selisih peningkatan skor pengetahuan sebelum dan sesudah perlakuan diperoleh bahwa peningkatan skor pengetahuan yang bermakna ada pada kelompok Sail dan Sukajadi. Berdasarkan nilai selisih peningkatan skor pengetahuan diketahui urutan yang terbaik adalah; kelompok Kecamatan Sail, kelompok Kecamatan Sukajadi, kelompok Kecamatan Bukit Raya dan yang paling rendah adalah kelompok Kecamatan Tampan. Berdasarkan mean sikap dan selisih peningkatan skor sikap sesudah perlakuan diperoleh bahwa peningkatan skor sikap yang lebih baik ada pada kelompok Bukit Raya dan Sukajadi. Berdasarkan mean praktek dan selisih peningkatan skor praktek sebelum dan sesudah perlakuan diperoleh bahwa peningkatan skor praktek yang bermakna ada pada kelompok Sail. Selanjutnya peningkatan juga terjadi di kecamatan Bukit Raya walaupun tidak signifikan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada pemerintah Kota Pekanbaru, Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru dan jajarannya, Camat Tampan dan jajarannya, Camat Bukit Raya dan jajarannya, Camat Sukajadi dan jajarannya, Camat Sail dan jajarannya serta masyarakat yang menjadi responden atas kerjasama yang diberikan selama penelitian ini berlangsung.

DAFTAR PUSTAKA

1. Tempo. Pemerintah Bantah Tak Serius Tangani Demam Berdarah. 2007..Tersedia di: <http://www.tempointeractive.com/hg/nasional/2007/02/01/brk.20070201-92384.id.html>. Diakses 1 Oktober 2008.
2. Depkes RI.. DBD Insiden dan CFR Indonesia, 1968-2008. 2009. Diakses 6 Februari 2009. Tersedia di: <http://www.ppp1.depkes.go.id/Wc77a0fe2faba2.htm>.
3. Muna, N.. Situasi kasus DBD di provinsi riau sepanjang tahun 2007. 2008. Diakses 1 Oktober 2008. Tersedia di <http://yankesriau.wordpress.com/2008/01/04/situasi-kasus-dbd-di-provinsi-riau-sepanjang-tahun-2007/>.
4. Diskes Kota Pekanbaru.. Profil Kesehatan Kota Pekanbaru. Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru. 2007. Pekanbaru.
5. Anwar, C.. Fogging Bukan Solusi Terbaik Lakukan 3M Plus. 2008. Diakses 4 Januari 2009. Tersedia di: http://mediainfokota.jogja.go.id/detail.php?berita_id=126..
6. Depkes RI.. Penerapan promosi kesehatan dalam pemberdayaan keluarga. Depkes RI.. Jakarta. 2000
7. Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan RI.. Runtuhnya Kerajaan Aegypty. Depkes RI. Jakarta. 2006
8. Direktorat Jenderal PP dan PL Departemen Kesehatan RI.. Folder tentang Berantas Sarang Nyamuk. Depkes RI. Jakarta, 2007
9. Azwar, S.. Tes prestasi dan pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset, 2003.

10. Azwar, S.. Sikap manusia, teori dan pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset, 2000
11. Sugiyono.. Statistika untuk Penelitian, CV Alfabeta, Bandung, 2000
12. Notoatmodjo, S. dkk. Pendidikan-promosi dan perilaku kesehatan (teori dan aplikasi). Jakarta: Program Studi Kesehatan Masyarakat Kekhususan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP) Universitas Indonesia, 2001
13. Syah, M. Psikologi pendidikan dengan pendekatan baru. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya, 2002
14. Abbat, F.R.. Pengajaran yang efektif: Pedoman bagi pembina kesehatan. Jakarta: EGC, 1998
15. Mukti, R.K.. [Efektivitas Media Iklan](http://ramakertamukti.wordpress.com/2009/01/14/efektivitas-media-iklan/). 2009. Diakses 24 Januari 2009. Tersedia di: <http://ramakertamukti.wordpress.com/2009/01/14/efektivitas-media-iklan/>.