

Perilaku Pencegahan dan Sumber Informasi Covid-19 di Pedesaan dan Perkotaan

Prevention Behavior and Information Sources of Covid-19 in Rural and Urban Areas

**Tuti Surtimanah^{*1}, Irfan Nafis S.², Hasna Hanifah³, Divia Alfianita⁴, Salma Syifa Audia⁵,
Pratama Mulyawan⁶**

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat, STIKes Dharma Husada, Bandung
e-mail: ^{*1}tutisurtimanah@stikesdhhb.ac.id, ²irfansjam.bdg@stikesdhhb.ac.id

Abstrak

Kasus Covid-19 masih bertambah tetapi perilaku pencegahan penularan 3-M yaitu memakai masker, mencuci tangan dengan sabun serta menjaga jarak belum dilakukan seluruh masyarakat. Penelitian bertujuan mengetahui pengaruh jenis tempat tinggal (pedesaan, perkotaan) terhadap perilaku pencegahan Covid-19 dengan mempertimbangkan akses sumber informasi. Metode penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian masyarakat Jawa Barat dengan *multi stage cluster* dan *purposive sampling*, dipilih dua Rukun Tetangga di kelurahan dan dua Rukun Tetangga di desa dengan jumlah responden 190 orang. Pengumpulan data menggunakan kuesioner berupa google form via WhatsApp serta kuesioner tertulis via wawancara langsung. Hasil penelitian menunjukkan separuh responden berperilaku pencegahan dalam kategori tinggi. Masyarakat pedesaan lebih banyak berperilaku pencegahan kategori tinggi serta memiliki akses sumber informasi Covid-19 dibandingkan masyarakat perkotaan. Terdapat pengaruh signifikan jenis tempat tinggal terhadap perilaku pencegahan dengan dikontrol akses sumber informasi. Masyarakat pedesaan 2,676 kali berperilaku pencegahan, 2,869 kali berpengetahuan serta 4,203 kali melakukan praktek pencegahan Covid-19 dibanding masyarakat perkotaan dengan dikontrol akses sumber informasi. Prioritas pesan penyuluhan yang akan datang adalah gejala dan respon gejala Covid-19, cara pengobatan, alasan tidak patuh 3M, praktek di kendaraan umum dan mau masuk rumah, pengobatan mandiri dan pelayanan kesehatan keluarga di masa pandemi. Multi sumber informasi sebaiknya digunakan agar menjangkau seluruh segmentasi sasaran, sumber informasi utama tokoh masyarakat, pengumuman pemerintah setempat, televisi disertai media visual dan berbasis internet di perkotaan. Penelitian kualitatif lanjutan untuk mengungkap latar belakang rendahnya akses sumber informasi masyarakat perkotaan diperlukan sebagai bahan intervensi.

Kata kunci: covid-19, sumber informasi, pedesaan, perkotaan, perilaku pencegahan.

Abstract

Covid-19 cases are still increasing but the behavior of preventing transmission, namely wearing masks, washing hands with soap and maintaining distance hasn't been carried out by the whole community. This study aims to determine the effect of type of residence (rural, urban) on Covid-19 prevention behavior by considering access to information sources. Quantitative research method with cross sectional approach. The population of the people of West Java, with a multi-stage cluster and purposive sampling, selected two neighborhood association in the sub-district and two in the village with 190 respondents. Data collection used a questionnaire in the google form via WhatsApp and a written questionnaire via direct interviews. The results showed that half of the respondents behaved in a high category of behavior prevention. Rural communities are more have high prevention behavior and have access to information sources than urban communities. There is a significant influence on the type of residence on prevention behavior with controlled access to information sources. Rural communities have 2.676 times prevention behavior, 2.869 times knowledge and 4.203 times practice prevention of Covid-19 compared to urban communities with controlled access to information sources. The priority of the information message is the symptoms and symptom response, treatment methods, reasons for not compliant, practicing on public transportation and entering homes, self-medication and family health services during the pandemic. Multi sources of information should be used in order to reach all target segmentations. Qualitative research reveals the background of low access to urban community information sources as material for interventions.

Keywords: covid-19, source of information, rural, urban, behavioral prevention.

Pendahuluan

Virus SARS-CoV-2 atau virus corona menyerang sistem pernapasan manusia dan menimbulkan gangguan ringan sampai berat, bahkan kematian. Penyakit yang disebabkan oleh virus ini disebut Covid-19 yang dapat menyerang siapa saja tanpa kecuali, termasuk anak muda. Kelompok ini memiliki imunitas yang lebih baik sehingga mungkin dapat terpapar tanpa menunjukkan gejala (asintomatik), tetapi berbahaya dan dapat menyebabkan kematian bagi orang-orang di sekitarnya (*silent killer*)¹. Covid-19 menular antar manusia terutama bila berdekatan. Covid-19 ditularkan melalui cipratan air liur (droplet) yang dikeluarkan seseorang dari mulut atau hidung ketika bersin, batuk, dan saat berbicara. Droplet dapat jatuh dan menempel pada benda-benda di sekitar kita karenanya bila kita memegang benda-benda tersebut, tangan berpotensi menjadi jalur transmisi penularan bila menyentuh hidung, mulut, dan mata¹. Saat ini, penyebaran SARS-CoV-2 antar manusia menjadi sumber transmisi utama. Transmisi SARS-CoV-2 dari pasien tanpa gejala terjadi melalui *droplet* yang keluar saat batuk atau bersin². Selain itu SARS-CoV-2 dapat viabel pada aerosol (dihasilkan melalui *nebulizer*) setidaknya 3 jam³.

WHO menetapkan pandemi COVID-19 pada tanggal 11 Maret 2020 dan Pemerintah Indonesia melalui Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat *Corona Virus Disease 2019* disingkat COVID-19⁴. Pandemi COVID -19 telah berdampak pada tatanan kehidupan masyarakat, baik secara sosial maupun ekonomi. Kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB) diambil pemerintah sebagai upaya untuk memutus persebaran virus corona. Kebijakan tersebut mendorong masyarakat untuk menyesuaikan perilaku sesuai dengan protokol kesehatan yang ditetapkan oleh pemerintah. Berbagai aspek kehidupan masyarakat berubah secara cepat di masa pandemi ini⁵.

Covid-19 merupakan penyakit yang baru ditemukan, kunci pencegahannya adalah pemutusan rantai penularan dengan isolasi, deteksi dini, dan melakukan proteksi dasar⁶. Proteksi dasar mencakup cuci tangan secara rutin dengan sabun dan air atau alkohol, menjaga jarak dengan seseorang yang memiliki gejala batuk atau bersin, melakukan etika batuk atau bersin, berobat ketika memiliki keluhan yang sesuai kategori suspek serta bagaimana melakukan isolasi di rumah bila di diagnose Covid-19. Rekomendasi jarak yang harus dijaga adalah satu meter⁷. Selain itu hindari menyentuh wajah terutama bagian hidung, mulut dengan permukaan tangan, karena bila tangan terkontaminasi virus dan menyentuh wajah dapat menjadi jalan masuk⁸. Selain itu gunakan tisu satu kali pakai ketika bersin atau batuk untuk menghindari penyebaran droplet⁷. Selain itu, perlu waspada tempat-tempat yang berisiko tinggi penularan Covid-19, yaitu lokasi yang berpotensi terjadi kerumunan dan kontak sosial tinggi seperti pasar, sekolah, gedung, dan lain-lain¹.

Perilaku pencegahan yang dianjurkan pemerintah dikenal dengan 3-M yaitu memakai masker bila keluar rumah atau berdekatan dengan yang menunjukkan gejala atau terdeteksi terkena Covid-19. Penggunaan masker akan melindungi diri sendiri juga orang lain. Masker mencegah masuknya droplet yang keluar saat orang lain batuk/bersin/berbicara sehingga kita tidak tertular. Masker akan menahan droplet yang keluar saat kita batuk/bersin/berbicara sehingga tidak menularkan virus kepada orang lain. Droplet yang keluar saat kita batuk, jika tanpa masker bisa meluncur sampai dua meter. Saat berbicara tanpa masker, aerosol (uap air) bisa meluncur sejauh dua meter. Saat bersin tanpa masker, droplet bisa meluncur sejauh 6 meter. Menjaga jarak dilakukan agar mengurangi risiko tertular/menulari¹.

Kondisi sampai tanggal 5 April 2021 total Pasien Covid-19 di Indonesia sebanyak 1.537.967 orang, terhitung sejak kasus pertama diumumkan pada 2 Maret 2020. Kasus berhasil sembuh 1.381.677 orang. Jumlah seluruh kematian 41.815 orang, kasus aktif positif covid19 yang menjalani perawatan di RS maupun isolasi mandiri sejumlah 114.475 orang. Kasus suspek sebanyak 61.133 orang. Pada 5 April 2021 kasus bertambah sebanyak 3.712 orang.⁹ Masih bertambahnya kasus

menunjukkan masih terjadi penularan di masyarakat yang erat kaitannya dengan kepatuhan perilaku pencegahan 3M oleh masyarakat.

Survei kepada 2.000 responden di 6 kota besar mengemukakan perilaku masyarakat terkait 3M secara riil di lapangan menunjukkan 31,5% responden melakukan seluruh perilaku 3M secara disiplin. Sejumlah 36% responden hanya melakukan dua dari perilaku 3M dan 23,2% melakukan satu dari perilaku 3M. Ada 9,3% responden tidak melakukan kepatuhan 3M sama sekali. Perilaku menjaga jarak (47%) lebih rendah dari memakai masker (71%), mencuci tangan (72%). Sekitar 71% responden berpikir penularan Covid-19 melalui orang yang batuk dan bersin. Sedangkan 23-25% responden menyebutkan penularan melalui berbicara dan bernafas. Mengedukasi masyarakat mengenai pentingnya perubahan perilaku, menggunakan media penyaluran yang tepat menjadi hal penting. Masyarakat mempercayai sumber informasi mengenai Covid-19 dari televisi, diikuti dari koran, radio, media sosial, grup *WhatsApp*, media online dan situs internet¹⁰.

Kondisi September 2020, tingkat kepatuhan responden dalam pencegahan Covid-19 sudah baik yaitu memakai masker 91,98%, menggunakan hand sanitizer 77,71%, mencuci tangan dengan sabun 75,38%, menghindari jabat tangan 81,85%, menghindari kerumunan 76,69% dan menjaga jarak minimal satu meter 73,54%. Media sosial, televisi, dan *Whatsapp* merupakan media terpopuler dalam memperoleh informasi mengenai protokol kesehatan dan pentingnya mencegah penyebaran Covid-19. Media sosial sebesar 34,05%, televisi 23,72% dan *WhatsApp* 12,30%¹¹. Gambaran kondisi perilaku terkait Covid-19 di atas belum menggambarkan kondisi masyarakat di pedesaan dan perkotaan, yang diperlukan antarlain dalam merumuskan pesan serta memilih media penyampaian informasi. Diseminasi informasi akan berhasil bila komunikator dapat menganalisa khalayak sasarannya, yakni mengidentifikasi sasaran berdasarkan sosiodemografi, kebutuhan informasi kesehatan serta cara-cara pemilihan akses informasi¹².

Beberapa penelitian terdahulu mengemukakan penyebaran kasus Ccovid-19 terjadi dari kota ke desa dalam waktu yang cepat dan memerlukan telaahan lebih jauh faktor sosial yang mempercepat penularan¹³. Terdapat perbedaan pengetahuan masyarakat kota dan desa dalam memahami permasalahan kesehatan walaupun terkadang sikap terhadap permasalahan kesehatan sama¹⁴. Dalam beberapa permasalahan atau kondisi kesehatan terdapat perbedaan antara masyarakat kota dan desa, misalnya kategori status gizi lebih pada anak di pedesaan lebih rendah dibandingkan anak di perkotaan. Namun tingkat kebugaran jasmani anak di pedesaan lebih tinggi dibandingkan anak di perkotaan¹⁵. Kondisi ini memerlukan respon yang berbeda untuk masyarakat kota dan desa termasuk dalam mengemas informasi serta memilih jejaring dan media komunikasi. Terdapat perbedaan akses masyarakat pedesaan dan perkotaan antarlain terkait dengan tersedianya jaringan internet¹⁶.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat desa dan kota berbeda karena perbedaan ketersediaan tenaga kesehatan, perbedaan persepsi tentang sakit, perbedaan tradisi di pedesaan dan perkotaan¹⁷. Dalam menangani Covid-19 perlu mempertimbangkan berbagai faktor termasuk keberadaan tempat tinggal masyarakat. Dalam langkah pengendalian, agar efektif perlu melakukan kerja sama dengan tokoh masyarakat lokal yang memiliki pengetahuan banyak tentang infrastruktur spasial dan sosial yang relevan, memperkuat koordinasi dengan pemerintah daerah, dan berinvestasi dalam memperoleh data untuk memantau respons di permukiman informal¹⁸.

Berdasarkan uraian di atas dirasakan perlu untuk menggali perilaku pencegahan Covid-19 dan sumber informasi di masyarakat pedesaan dan perkotaan. Desa adalah satu kesatuan hukum dimana bertempat tinggal suatu masyarakat yang berkuasa mengadakan pemerintahan sendiri. Pedesaan dapat dikaji antara lain dari aspek psikologis sosial, derajat intimitas pergaulan masyarakat, dan aspek ekonomi masyarakat yang masih banyak di bidang pertanian.¹⁹ Perbedaan antara masyarakat pedesaan dengan perkotaan, pada hakikatnya bersifat gradual. Batasan perkotaan tidak hanya dilihat dari adanya

konsentrasi penduduk namun juga terkait dengan gejala-gejala sosial. Warga suatu masyarakat pedesaan mempunyai hubungan yang lebih erat dan lebih mendalam, sistem kehidupan biasanya berkelompok atas dasar sistem kekeluargaan.²⁰ Dalam penelitian ini perkotaan diartikan area yang ada dalam wilayah pemerintahan Kota Bandung sekaligus sebagai ibu kota Provinsi Jawa Barat, sedangkan pedesaan diartikan area yang ada di wilayah Kabupaten Bandung dan Kabupaten Sukabumi.

Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh jenis tempat tinggal (pedesaan dan perkotaan) terhadap perilaku pencegahan Covid-19 dengan memperhatikan sumber informasi yang di akses masyarakat pedesaan dan perkotaan. Tujuan khusus penelitian adalah diharapkan dapat mengetahui gambaran perilaku (pengetahuan, praktek) pencegahan Covid-19 di kalangan masyarakat pedesaan dan perkotaan, mengetahui jenis pendidikan dan sumber informasi Covid-19 di kalangan masyarakat pedesaan dan perkotaan, mengetahui pengaruh tempat tinggal (pedesaan dan perkotaan) terhadap perilaku (pengetahuan, praktek) pencegahan Covid-19 serta pengaruh tempat tinggal (pedesaan dan perkotaan) terhadap perilaku (pengetahuan, praktek) pencegahan Covid-19 dengan dikontrol sumber informasi dan tingkat pendidikan.

Metode Penelitian

Lokasi penelitian di Provinsi Jawa Barat yang dipilih secara *purposive* dan *multistage cluster* yaitu dua desa di pedesaan dan dua kelurahan di perkotaan, selanjutnya dipilih satu Rukun Tetangga (RT) dari masing-masing desa dan kelurahan. Rukun Tetangga (RT) dipilih atas pertimbangan keterjangkauan sasaran yang bisa dilakukan oleh pengumpul data di masa pandemi Covid-19. Populasi penelitian adalah seluruh keluarga yang ada di RT terpilih dengan sampel total yaitu seluruh keluarga dijadikan responden. Kriteria inklusi adalah keluarga yang tinggal di RT terpilih, diwakili oleh kepala keluarga atau salah seorang anggota keluarga yang sudah berusia dewasa, bersedia memberikan data yang diperlukan. Kriteria eksklusi adalah keluarga tidak berada di tempat saat pengumpulan data penelitian. Jumlah responden dari daerah pedesaan sebanyak 91 orang berasal dari Desa Cinunuk Kecamatan Cileunyi Kabupaten Bandung 30 orang dan Desa Talagamurni Kecamatan Cibitung Kabupaten Sukabumi 61 orang. Jumlah responden dari daerah perkotaan sebanyak 99 orang berasal dari Kelurahan Cicaheum Kota Bandung 39 orang dan Kelurahan Cipedes Kota Bandung 60 orang. Total responden sebanyak 190 orang yang berasal dari 190 keluarga.

Instrumen penelitian berupa kuesioner yang disusun berdasarkan variabel penelitian yaitu variabel independent jenis tempat tinggal (pedesaan dan perkotaan), variabel *counfounding* sumber informasi tentang Covid-19 dan tingkat pendidikan responden. Variabel dependen adalah perilaku pencegahan Covid-19 mencakup pengetahuan tentang penyakit Covid-19 dan gejalanya, praktek 3-M (menggunakan masker, mencuci tangan pakai sabun dengan air mengalir, menjaga jarak) pada saat di luar rumah. Rumusan pertanyaan mengacu ke rumusan pertanyaan sejenis yang digunakan BPS dalam pengumpulan data sejenis¹¹. Uji coba instrument berupa uji keterbacaan dan kejelasan pemahaman terhadap pertanyaan dan alternatif jawaban dilakukan di luar lokasi penelitian. Kuesioner dikemas dalam bentuk kuesioner hard copy tertulis serta dalam bentuk google form.

Pengumpulan data dilakukan melalui link google form via WhatsApp responden dan sebagian dilakukan melalui kunjungan ke rumah responden. Pengumpulan data dilakukan oleh empat orang mahasiswa semester 6 STIKes Dharma Husada Bandung yang sekaligus menjadi peneliti ke 3, 4, 5, 6 pada bulan Januari 2021 sekaligus kegiatan Pembelajaran Belajar Lapangan. Pelaksanaan penelitian mengindahkan kaidah etika penelitian berupa dilakukannya *informed consent* di awal kuesioner serta memperhatikan *anonymity*, *confidentiality* serta *fair treatment*. Data yang diperoleh diolah dengan melakukan penyuntingan, pengkodean dan skoring, entry ke software statistik dan pembersihan data.

Analisis dimulai dengan melakukan analisis deskriptif semua variabel penelitian. Diawali uji normalitas distribusi dengan Uji Kolmogorov Smirnov terhadap variabel perilaku pencegahan Covid-19, pengetahuan dan praktek terkait Covid-19, dan akses ke sumber informasi Covid-19. Selanjutnya dibuat kategori tinggi dan rendah dari semua variabel tersebut. Uji regresi logistik sederhana (bivariat) antara variabel independen jenis tempat tinggal terhadap variabel dependen perilaku pencegahan Covid-19, pengetahuan, dan praktek pencegahan Covid-19. Kemudian uji regresi logistik sederhana variabel *confounding* akses sumber informasi, tingkat pendidikan terhadap variabel dependen perilaku pencegahan Covid-19, pengetahuan, dan praktek pencegahan Covid-19. Dari uji tersebut diperoleh kandidat variabel independen dan variabel *counfounding* yang akan dimasukkan ke uji regresi logistik multivariat. Selanjutnya dilakukan uji regresi logistik multivariat dengan teknik *backward* antara variabel jenis tempat tinggal terhadap variabel perilaku pencegahan Covid-19, pengetahuan, dan praktek pencegahan Covid-19 dengan dikontrol variabel *confounder* tingkat pendidikan dan akses sumber informasi responden. Melengkapi keperluan pembahasan dilakukan uji tambahan U Mann Whitney variabel dependen perilaku pencegahan Covid-19, pengetahuan, dan praktek pencegahan Covid-19 berdasarkan jenis tempat tinggal, serta uji Chi *square* variabel *counfounding* berdasarkan jenis tempat tinggal. Terakhir dilakukan pembahasan dan membuat kesimpulan temuan yang dikonstruksikan sesuai tujuan penelitian.

Hasil

Hasil penelitian tercantum dalam tabel dan grafik berikut ini.

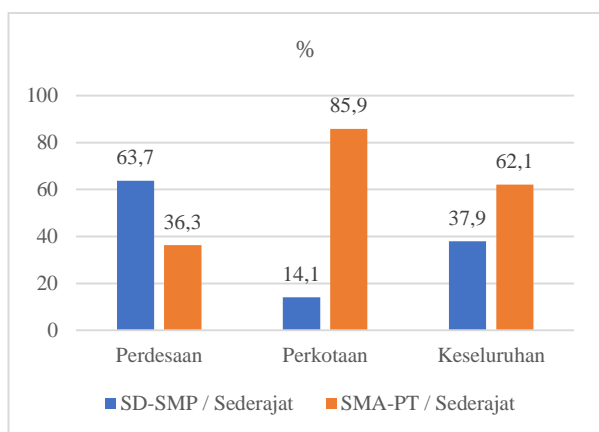
Tabel 1. Perilaku Pencegahan Covid-19

Komponen Perilaku Pencegahan Covid-19	Kategori Rendah (%)			Kategori Tinggi (%)		
	Pedesaan	Perkotaan	Keseluruhan	Pedesaan	Perkotaan	Keseluruhan
Pengetahuan	25,3	63,6	45,3	74,7	36,4	54,7
Gejala	22,0	48,5	35,8	78,0	51,5	64,2
Respon thd gejala	33,0	31,3	32,1	67,0	68,7	67,9
Cara pengobatan	52,7	60,6	56,8	47,3	39,4	43,2
Keampuhan 3-M	20,9	9,1	14,7	70,1	90,9	85,3
Alasan tidak patuh 3-M	23,1	68,7	46,8	76,9	31,3	53,2
Mungkin tertular Covid-19	0,0	7,1	3,7	100,0	92,9	96,3
Praktek	35,2	61,6	48,9	64,8	38,4	51,1
Praktek di luar rumah	49,5	32,3	40,5	50,5	67,7	59,5
Praktek di kendaraan umum	68,1	80,8	74,7	31,9	19,2	25,3
Praktek masuk rumah	30,8	41,4	36,3	60,2	58,6	63,7
Praktek di dalam rumah	5,5	9,1	7,4	94,5	90,9	92,6
Yankes bagi anggota keluarga rentan	13,2	8,1	10,5	86,8	91,9	89,5
Yankes di masa pandemi	34,2	37,4	35,8	65,9	62,6	64,2
Pengobatan mandiri	42,9	51,5	47,4	57,1	48,5	52,6
Respon terhadap penderita Covid-19 yang sembuh	0	1,0	0,5	100	99,0	99,5
Perilaku keseluruhan (pengetahuan + praktek)	27,5	69,7	49,5	72,5	30,3	50,5

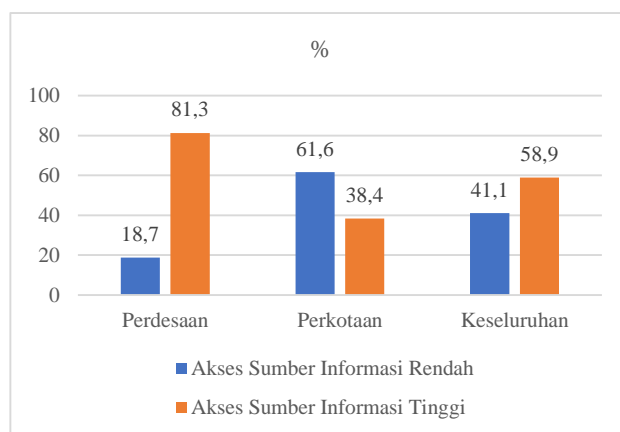
Uji beda U Mann Whitney antara pengetahuan Covid-19 di pedesaan dan perkotaan menunjukkan perbedaan signifikan ($p < 0,000$) dimana rata-rata pengetahuan Covid-19 di pedesaan (34,00) lebih tinggi daripada di perkotaan (28,00). Uji beda U Mann Whitney antara praktek Covid-19 di pedesaan dan perkotaan menunjukkan perbedaan signifikan ($p < 0,000$) dimana rata-rata praktek Covid-19 di pedesaan (34,00) lebih tinggi daripada di perkotaan (33,00). Demikian pula Uji beda U Mann Whitney antara perilaku pencegahan Covid-19 (pengetahuan + praktek) di pedesaan dan perkotaan menunjukkan perbedaan signifikan ($p < 0,000$) dimana rata-rata perilaku pencegahan Covid-19 di pedesaan (69,00) lebih tinggi daripada di perkotaan (61,00).

Setelah dilakukan pengkategorian tinggi dan rendah, perilaku pencegahan Covid-19 separuh responden berada pada kategori tinggi, masyarakat pedesaan lebih banyak yang berperilaku pencegahan Covid-19 kategori tinggi dibandingkan dengan masyarakat perkotaan. Demikian pula pengetahuan dan praktek pencegahan Covid-19 kategori tinggi pada masyarakat pedesaan lebih banyak dibandingkan masyarakat perkotaan.

Uji chi square menunjukkan perbedaan signifikan ($p < 0,000$) tingkat pendidikan masyarakat pedesaan dan perkotaan. Masyarakat perkotaan lebih banyak yang berpendidikan tinggi (SMA-PT / sederajat) dibandingkan masyarakat pedesaan. Tingkat pendidikan responden secara keseluruhan lebih banyak yang berpendidikan SMA-PT / sederajat dibandingkan yang berpendidikan SD-SMP/ sederajat.



Grafik 1. Tingkat Pendidikan Responden



Grafik 2. Akses Sumber Informasi Covid-19

Uji *chi square* menunjukkan perbedaan signifikan ($p < 0,000$) akses terhadap sumber informasi Covid-19 antara masyarakat di pedesaan dan perkotaan. Masyarakat pedesaan memiliki akses lebih tinggi terhadap sumber informasi Covid-19 daripada masyarakat perkotaan. Lebih dari separuh responden memiliki akses tinggi terhadap sumber informasi Covid-19. Masyarakat paling banyak mendapat informasi Covid-19 dari tokoh masyarakat, berikutnya dari pengumuman pemerintah setempat, dan televisi baik di masyarakat pedesaan maupun perkotaan. Sumber informasi berupa media visual yaitu poster – spanduk - baliho serta sumber informasi berbasis internet yaitu *Facebook*, *WhatsApp*, *Instagram*, Portal Online dan *Youtube* masih sedikit di akses oleh masyarakat pedesaan.

Tabel 2. Sumber Informasi

Sumber Informasi	Pedesaan (%)	Perkotaan (%)	Keseluruhan (%)
Tokoh masyarakat	83.5	83.8	83.7

Pengumuman pemerintah setempat	74.7	74.7	74.7
Televisi	67.0	69.7	68.4
Poster, spanduk, baliho	16.5	74.7	46.8
Facebook	34.1	50.5	42.6
WhatsApp	31.9	51.5	42.1
Surat kabar, majalah	15.4	39.4	27.9
Instagram	24.2	30.3	27.4
Radio	14.3	34.3	24.7
Portal Online	11.0	40.4	26.3
Rumah Ibadah	17.6	28.3	23.2
Youtube	17.6	24.2	21.1

Uji regresi logistik sederhana menunjukkan terdapat pengaruh signifikan variabel independen jenis tempat tinggal terhadap perilaku pencegahan (pengetahuan + praktek) Covid-19 (p 0,000 dengan nilai Exp. B 6,972). Terdapat pengaruh signifikan jenis tempat tinggal terhadap pengetahuan Covid-19 (p 0,000 dengan nilai Exp. B 5,174), dan terdapat pengaruh signifikan jenis tempat tinggal terhadap praktek pencegahan Covid-19 (p 0,000 dengan nilai Exp. B 2,960). Uji regresi logistik sederhana variabel *counfounding* terhadap variabel dependen menunjukkan hasil terdapat pengaruh signifikan akses sumber informasi terhadap perilaku pencegahan Covid-19 (p 0,000 dengan nilai Exp. B 3,671). Terdapat pengaruh signifikan akses sumber informasi terhadap pengetahuan Covid-19 (p 0,000 dengan nilai Exp. B 2,361) serta terdapat pengaruh signifikan akses sumber informasi terhadap praktek pencegahan Covid-19 (p 0,000 dengan nilai Exp. B 3,463). Hasil berikutnya, terdapat pengaruh signifikan tingkat pendidikan terhadap perilaku pencegahan Covid-19 (p 0,000 dengan nilai Exp. B 0,101). Terdapat pengaruh signifikan tingkat pendidikan terhadap pengetahuan Covid-19 (p 0,000 dengan nilai Exp. B 0,119). Terdapat pengaruh signifikan tingkat pendidikan terhadap praktek pencegahan Covid-19 (p 0,000 dengan nilai Exp. B 0,291).

Uji logistik regresi multivariat dengan kandidat variabel tempat tinggal dikontrol variabel *counfounding* tingkat pendidikan dan akses sumber informasi dengan teknik *backward*, pada tahap akhir menunjukkan terdapat pengaruh signifikan jenis tempat tinggal terhadap perilaku pencegahan Covid-19 dengan dikontrol akses sumber informasi (p 0,000 dengan nilai Exp. B 2,676). Terdapat pengaruh signifikan jenis tempat tinggal terhadap pengetahuan covid-19 dengan dikontrol akses sumber informasi (p 0,000 dengan nilai Exp. B 2,869). Terdapat pengaruh signifikan jenis tempat tinggal terhadap praktek pencegahan covid-19 dengan dikontrol akses sumber informasi (p 0,000 dengan nilai Exp. B 4,203).

Pembahasan

Separuh dari responden telah melakukan perilaku pencegahan Covid-19, berpengetahuan Covid-19 dan melakukan praktek pencegahan Covid-19 dalam kategori tinggi dengan melakukan praktek 3-M di atas 90%. Hal ini berbeda daripada penelitian sebelumnya yang dilakukan tahun 2020 menunjukkan tingkat pengetahuan tinggi sebanyak 69,35 % dan 74,2 %, namun tingkat kepatuhan 3M lebih rendah yaitu 74,19% dan 89,6%^{21, 22}. Perbedaan bisa terjadi karena perbedaan lokasi penelitian serta perbedaan waktu penelitian, namun temuan yang menggembirakan adalah sudah lebih banyak masyarakat yang patuh melakukan 3-M.

Perilaku pencegahan Covid-19 kategori tinggi di pedesaan lebih banyak daripada di perkotaan. Sebanyak 74,7% responden di pedesaan berpengetahuan tinggi dan 64,8 % melakukan praktek pencegahan Covid-19 dengan kepatuhan memakai masker dan cuci tangan pakai sabun 96,7% serta

menjaga jarak 89%. Temuan penelitian ini lebih baik daripada penelitian terdahulu di desa-desa di Kabupaten Pacitan Jawa Timur yang dilaksanakan pada bulan Mei 2020 menunjukkan hanya 13,7% patuh memakai masker, 31,4 % memiliki sarana CTPS dan 56,9% menjaga jarak ²³.

Jenis tempat tinggal mempengaruhi signifikan perilaku pencegahan Covid-19 (pengetahuan + praktek), masyarakat di pedesaan 6,972 kali melakukan perilaku pencegahan Covid-19 dan 5,174 kali memiliki pengetahuan Covid-19 serta 2,960 kali melakukan praktek pencegahan Covid-19 dibandingkan masyarakat di perkotaan. Akses terhadap sumber informasi mempengaruhi signifikan perilaku pencegahan Covid-19 (pengetahuan + praktek), masyarakat dengan akses informasi tinggi 3,671 kali melakukan perilaku pencegahan Covid-19 serta 2,361 kali memiliki pengetahuan Covid-19 dan 3,463 kali melakukan praktek pencegahan Covid-19 dibandingkan masyarakat dengan akses sumber informasi rendah. Tingkat pendidikan mempengaruhi signifikan perilaku pencegahan Covid-19 (pengetahuan + praktek), masyarakat dengan pendidikan tinggi (SMA-Perguruan Tinggi / sederajat) 0,101 kali melakukan perilaku pencegahan Covid-19 serta 0,119 kali memiliki pengetahuan Covid-19 dan 0,291 kali melakukan praktek pencegahan Covid-19 dibandingkan masyarakat dengan tingkat pendidikan SD-SMP / sederajat. Berdasarkan hasil tersebut, maka jenis tempat tinggal dan akses terhadap sumber informasi menjadi determinan atau faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan Covid-19. Sedangkan pendidikan menjadi faktor proteksi dalam hal ini diartikan tidak mempengaruhi secara langsung perilaku pencegahan Covid-19. Perilaku pencegahan Covid-19 merupakan perilaku baru yang diterapkan selama masa pandemi yang informasinya tergantung kepada akses sumber informasi saat ini. Jadi ada dua variabel berpengaruh yang selanjutnya dibahas yaitu jenis tempat tinggal dan akses terhadap sumber informasi Covid-19 terhadap variabel perilaku pencegahan Covid-19.

Jenis tempat tinggal mempengaruhi perilaku pencegahan Covid-19 dengan dikontrol akses terhadap sumber informasi, dimaknai bahwa masyarakat pedesaan 2,676 kali melakukan perilaku pencegahan Covid-19 dibanding masyarakat perkotaan dikontrol akses terhadap sumber informasinya. Jenis tempat tinggal mempengaruhi pengetahuan Covid-19 dengan dikontrol akses terhadap sumber informasi, dimaknai bahwa masyarakat pedesaan 2,869 kali berpengetahuan pencegahan Covid-19 dibanding masyarakat perkotaan dikontrol akses terhadap sumber informasinya. Jenis tempat tinggal mempengaruhi praktek pencegahan Covid-19 dengan dikontrol akses terhadap sumber informasi, dimaknai bahwa masyarakat pedesaan 4,203 kali lebih mungkin melakukan praktek pencegahan Covid-19 dibanding masyarakat perkotaan dikontrol akses terhadap sumber informasinya.

Perilaku pencegahan merupakan salah satu dari jenis perilaku kesehatan, ada tiga kategori perilaku kesehatan. Pertama perilaku kesehatan preventif yaitu setiap aktivitas yang dilakukan oleh individu yang meyakini dirinya sehat, untuk tujuan mencegah atau mendeteksi penyakit dalam keadaan tanpa gejala. Kedua perilaku penyakit yaitu setiap aktivitas yang dilakukan oleh individu yang merasa dirinya sakit, untuk menentukan keadaan kesehatan, dan untuk menemukan obat yang sesuai. Ketiga perilaku peran sakit yaitu setiap aktivitas yang dilakukan oleh individu yang menganggap dirinya sakit, dengan tujuan untuk sembuh, termasuk menerima perawatan dari penyedia medis ²⁴. Perilaku kesehatan dibentuk melalui interaksi penentu yang kompleks pada tingkat individu, dukungan sosial dari keluarga dan teman di tingkat interpersonal, serta persepsi kejadian di tingkat komunitas. Model ekologi menunjukkan bahwa berbagai tingkat pengaruh ini berinteraksi lintas tingkatan. Pengakuan adanya berbagai faktor kompleks yang membentuk perilaku kesehatan menentukan dalam pemilihan strategi intervensi ²⁵.

Perubahan perilaku manusia terjadi akibat dorongan dari dalam diri sendiri dan dorongan dari luar. Idealnya, perubahan perilaku berasal dari kesadaran dalam diri. Untuk menciptakan motivasi internal

perlu dilakukan upaya perubahan perilaku melalui edukasi dan sosialisasi. Dalam mendorong perilaku 3M ada empat strategi intervensi untuk untuk membangun kesadaran dari dalam diri. Pertama memberikan nasehat yaitu memberi informasi yang masif dan benar agar masyarakat memahami pentingnya perilaku 3M. Kedua memberikan dorongan dengan mengingatkan secara berulang-ulang untuk selalu melakukan perilaku 3M tersebut. Selain itu mendorong tersedianya fasilitas agar masyarakat mudah menjalankan perilaku 3M, misalnya tempat cuci tangan dsb. Ketiga memberikan insentif berupa penghargaan atas perubahan yang terjadi. Keempat hukuman berupa memberi sanksi bagi yang belum patuh. Agar strategi efektif, maka intervensi diarahkan pada lima sasaran yaitu individu, keluarga, komunitas, institusi, wilayah/masyarakat¹.

Hasil penelitian ini menunjukkan 81,3% masyarakat pedesaan memiliki akses tinggi terhadap sumber informasi Covid-19. Warga desa mematuhi anjuran pemerintah²⁶, hal ini sejalan dengan jenis sumber informasi yang diakses terbanyak oleh masyarakat pedesaan yaitu tokoh masyarakat dan pengumuman pemerintah setempat. Namun demikian, walaupun masyarakat kota juga mengakses sumber informasi tokoh masyarakat dan pengumuman dari pemerintah setempat tetapi perilaku pencegahan Covid-19 lebih rendah dari masyarakat pedesaan. Hal ini terjadi kemungkinan karena ada perbedaan dinamika keseharian antara masyarakat pedesaan dan perkotaan. Masyarakat di pedesaan sebagian besar masih berorientasi pertanian dan tidak melakukan transportasi setiap hari ke tempat pekerjaan karena jarak yang pendek ke tempat kerjanya. Lain halnya dengan masyarakat di perkotaan yang memang hidup di area dengan jumlah penduduk yang lebih banyak, bekerja di bidang ekonomi bisnis serta perkantoran, serta jarak rumah dengan tempat kerja seringkali memerlukan kendaraan umum^{19,20}. Kondisi ini bisa mempengaruhi perilaku pencegahan yang dilakukan, dimana hampir sepanjang hari masyarakat di perkotaan harus mematuhi perilaku 3M selama di luar rumah karena berada dalam situasi kerumunan atau berada di suatu ruangan bersama orang lain. Kondisi ini bisa saja menimbulkan kejenuhan, perasaan lelah karena pandemi sudah terjadi dalam waktu yang lama.

Berdasarkan hasil penelitian ini, disarankan masih perlunya edukasi, sosialisasi, penyuluhan tentang Covid-19 kepada masyarakat. Dalam perumusan pesan prioritas berikut telaahan terhadap pengetahuan dan praktek hasil penelitian ini. Pengetahuan tentang kemampuan 3M dalam mencegah penularan Covid-19 sudah cukup tinggi yaitu 85,3%, sebenarnya ini menjadi pendorong kepatuhan praktek 3M. Beberapa penelitian menunjukkan hubungan signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan praktek 3M^{21,22}. Namun demikian masih adanya masyarakat belum mengetahui kemampuan 3M dalam mencegah penularan Covid-19 (sebanyak 14,7%) merupakan risiko terjadinya penularan karena tidak patuh melakukan 3M. Selain itu, ada beberapa aspek pengetahuan yang capaiannya masih rendah yaitu pengetahuan tentang gejala dan respon terhadap gejala Covid-19, cara pengobatan dan alasan tidak patuh 3M. Perlu penekanan pesan cara pengobatan bagi masyarakat pedesaan dan alasan tidak patuh 3M bagi masyarakat perkotaan karena capaiannya rendah.

Praktek pencegahan terendah adalah praktek di kendaraan umum, menyusul praktek di luar rumah, dan praktek waktu mau masuk rumah. Selain itu praktek pelayanan kesehatan dan pengobatan mandiri bagi keluarga selama pandemi perlu mendapat penekanan juga. Adanya penelitian yang menunjukkan hubungan pengetahuan dengan praktek 3M, maka praktek tersebut perlu diprioritaskan sebagai pesan penyuluhan di masa yang akan datang. Bagi masyarakat pedesaan maupun perkotaan prioritas pesan tentang praktek di kendaraan umum, praktek 3M di luar rumah, praktek masuk rumah serta pelayanan kesehatan dan pengobatan mandiri bagi keluarga selama pandemi. Praktek di kendaraan umum sangat penting mengingat kemungkinan duduk berdekatan sangat mungkin terjadi sehingga jaga jarak terabaikan, maka memakai masker dan cuci tangan pakai sabun menjadi sangat penting dan tidak boleh diabaikan. Disamping itu kebijakan *stakeholders* terkait angkutan umum

sangat diperlukan dan diawasi dalam pelaksanaannya. Hal lain yang penting adalah perlunya tetap memelihara kesehatan keluarga terutama anggota keluarga rentan yaitu ibu hamil, bayi dan balita serta anggota keluarga dengan penyakit kronis yang memerlukan pelayanan kesehatan / pengobatan berkelanjutan. Dengan mematuhi 3M waktu pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan yang diperlukan perlu dilakukan secara tepat. Ada kecenderungan pengobatan mandiri di masa pandemi meningkat, hal ini perlu mendapat arahan dan bimbingan bagaimana pengobatan mandiri yang tepat dan tidak berisiko serta kapan perlu meminta pertolongan petugas / fasilitas pelayanan kesehatan agar tidak terjadi keterlambatan pada saat terjadi kegawat daruratan.

Dalam penyampaian pesan tersebut ke masyarakat perlu mempertimbangkan akses masyarakat terhadap sumber informasi. Dengan meningkatnya penggunaan internet maka penggunaan media komunikasi berbasis internet perlu mendapat perhatian, walaupun hasil penelitian menunjukkan sumber informasi secara langsung dari tokoh masyarakat dan pemerintahan setempat masih yang utama. Televisi masih menjadi media yang banyak di akses oleh masyarakat baik di pedesaan maupun perkotaan, walaupun penyampaian melalui televisi masih dari stasiun televisi nasional sehingga pesan yang disampaikan memang bersifat nasional. Dengan demikian penyampaian pesan lokal melalui tokoh setempat serta pemerintahan setempat masih menjadi pilihan. Media berbasis internet perlu digunakan terutama untuk menjangkau masyarakat di perkotaan yang interrelasi dengan tetangganya terbatas atau kurang sosialisasi dengan tetangga karena kesibukan dalam bekerja atau berusaha. Dengan demikian penggunaan multi sumber informasi perlu dilakukan.

Pemilihan tokoh masyarakat sebagai sumber informasi perlu dipertimbangkan ketokohnya di masyarakat lokal setempat. Selain itu mempertimbangkan jenis pesan yang akan disampaikan, misalnya pesan tentang cara pengobatan, pelayanan kesehatan bagi anggota keluarga rentan dan pengobatan mandiri sebaiknya disampaikan petugas kesehatan setempat. Pesan umum bisa disampaikan oleh tokoh agama, tokoh pemuda atau tokoh wanita setempat dengan rumusan pesan yang telah dikembangkan oleh satuan tugas Covid-19 atau petugas kesehatan yang berwenang.

Hasil penelitian ini memiliki keterbatasan yaitu pemilihan sampel penelitian masih kurang mewakili keberagaman kondisi pedesaan maupun perkotaan di Jawa Barat. Selain itu belum dilakukan pendalaman lebih jauh secara kualitatif untuk menggali latar belakang atau penyebab rendahnya akses sumber informasi Covid-19 masyarakat perkotaan dan rendahnya perilaku pencegahan Covid-19 di perkotaan.

Kesimpulan

1. Separuh responden ber-perilaku (pengetahuan + praktek) pencegahan Covid-19 dalam kategori tinggi. Masyarakat pedesaan lebih banyak yang ber-perilaku pencegahan Covid-19, berpengetahuan tentang Covid-19 dan melakukan praktek pencegahan Covid-19 dalam kategori tinggi dibandingkan masyarakat perkotaan.
2. Lebih dari separuh responden memiliki akses tinggi terhadap sumber informasi Covid-19. Masyarakat pedesaan memiliki akses lebih tinggi daripada masyarakat perkotaan. Sumber informasi terbanyak di akses masyarakat adalah tokoh masyarakat, pengumuman pemerintah setempat, dan televisi. Sumber informasi visual dan media berbasis internet masih sedikit di akses oleh masyarakat pedesaan.
3. Terdapat pengaruh signifikan jenis tempat tinggal terhadap perilaku pencegahan Covid-19, pengetahuan Covid-19 dan praktek pencegahan Covid-19.
4. Terdapat pengaruh signifikan akses sumber informasi terhadap perilaku pencegahan Covid-19, pengetahuan Covid-19 serta praktek pencegahan Covid-19. Terdapat pengaruh signifikan tingkat

pendidikan terhadap perilaku pencegahan Covid-19, pengetahuan pencegahan Covid-19 serta praktek pencegahan Covid-19.

5. Masyarakat pedesaan 2,676 kali melakukan perilaku pencegahan Covid-19 dibanding masyarakat perkotaan dengan dikontrol akses sumber informasi. Masyarakat pedesaan 2,869 kali memiliki pengetahuan Covid-19 dibanding masyarakat perkotaan dengan dikontrol akses sumber informasi. Masyarakat pedesaan 4,203 kali melakukan praktek pencegahan Covid-19 dibanding masyarakat perkotaan dengan dikontrol akses sumber informasi.
6. Pesan prioritas yang masih perlu disampaikan melalui penyuluhan ke masyarakat adalah gejala dan respon terhadap gejala Covid-19, cara pengobatan, alasan tidak patuh 3-M, praktek di kendaraan umum, praktek waktu mau masuk rumah, pengobatan mandiri dan yankes bagi keluarga di masa pandemi. Sebaiknya digunakan multi sumber informasi agar dapat menjangkau seluruh segmentasi sasaran. Sumber informasi utama adalah tokoh masyarakat, pengumuman pemerintah setempat serta televisi, dengan tambahan sumber informasi berupa media visual dan media berbasis internet bagi masyarakat perkotaan.

Saran

Penelitian lanjutan dengan responden yang lebih luas sehingga bisa lebih mewakili keberagaman masyarakat pedesaan maupun perkotaan di Jawa Barat. Penelitian lanjutan bersifat kualitatif yang bertujuan mengungkap latar belakang dan penyebab rendahnya akses masyarakat perkotaan terhadap sumber informasi, sehingga dapat menjadi bahan intervensi.

Daftar Pustaka

1. Kemenkes RI. 2020. Pedoman Perubahan Perilaku. *Pedoman Perubahan Perilaku Penanganan Covid-19*. Published online Hal. 1-60.
2. Han Y, Yang H. 2020. *The transmission and diagnosis of 2019 novel coronavirus infection disease (COVID-19): A Chinese perspective*. *J Med Virol*. 2020;92(6):639-644. doi:10.1002/jmv.25749
3. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. 2020. *Aerosol and surface stability of HCoV-19 (SARS-CoV-2) compared to SARS-CoV-1*. *medRxiv*. Published online 2020. doi:10.1101/2020.03.09.20033217
4. Kementerian Kesehatan RI. 2020. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus deases (Covid-19)*;5:178. https://covid19.go.id/storage/app/media/Protokol/REV-05_Pedoman_P2_COVID-19_13_Juli_2020.pdf
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MenKes/413/2020 Tentang *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)*. 2020;2019:207.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Corona Virus Disease (Covid19)*. Vol 5.; 2020. doi:10.33654/math.v4i0.299
7. WHO. 2019. *Protect yourself and others from COVID-19*. WHO. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
8. Mo P, Xing Y, Xiao Y, Deng L, Zhao Q. 2020. *Clinical characteristics of refractory COVID-19 pneumonia in*. Oxford Univ Press Infect Dis Soc Am All rights Reserv Permis e-mail journals.permissions@oup.com.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184444/pdf/ciaa270.pdf>
9. Sari HP. Update: *Bertambah 3.712 Orang, Kasus Covid-19 Indonesia Kini 1.537.967*

- Published 2021. <https://nasional.kompas.com/read/2021/04/05/16433261/update-bertambah-3712-orang-kasus-covid-19-indonesia-kini-1537967>
10. Angga Laraspati - detikNews. 2020. *Hasil Survei Tunjukkan Kesadaran Masyarakat soal Pencegahan COVID-19*. detik news. <https://news.detik.com/berita/d-5243808/hasil-survei-tunjukkan-kesadaran-masyarakat-soal-pencegahan-covid-19>
 11. Tim BPS Covid-19 Statistical Task Force. *Hasil Survei Perilaku Masyarakat Di Masa Pandemi Covid-19* Vol 19.; 2020. <https://www.bps.go.id/publication/download.html?>
 12. Rodiah S, Budiono A, Rohman S. 2018. *Model Diseminasi Informasi Komunikasi Kesehatan Masyarakat Pedesaan di Kabupaten Bandung Barat* *J Kaji Komun.* 2018;6(2):175-190. https://www.researchgate.net/publication/330129188_Model_Diseminasi_Informasi_Komunikasi_Kesehatan_Masyarakat_Pedesaan_di_Kabupaten_Bandung_Barat
 13. Paul R, Arif AA, Adeyemi O, Ghosh S, Han D. 2020. *Progression of COVID-19 From Urban to Rural Areas in the United States: A Spatiotemporal Analysis of Prevalence Rates*. *J Rural Heal.* 2020;36(4):591-601. doi:10.1111/jrh.12486
 14. Balqis Safira S. 2016. *Perbedaan Pengetahuan Dan Sikap Kesehatan Reproduksi Remaja Urban Dan Rural Kabupaten Lamongan*. *Swara Bhumi.* Vol.3 Nomor 3 (2016):116-122. <https://jurnalmahasiswa.unesa.ac.id/index.php/swarabhumi/article/view/16653>
 15. Dian Ratna R , Dyah Umiyarni P. K. 2005. *Perbedaan Status Gizi Dan Tingkat Kesegaran Jasmani Pada Anak Sekolah Dasar Pedesaan Dan Perkotaan*.
 16. Syamsuddin I, Irmawati, Syafaruddin. 2021. *An experimental study of RyO Kit for Covid-19 information sharing in rural islands of Indonesia*. *ICT Express.* 2021;(xxxx). doi:10.1016/j.icte.2021.02.002
 17. Anhar, Anhar et al. 2016. *Studi Komparatif Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Masyarakat Pedesaan di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo*. Published online 2016:1-13.
 18. Wilkinson A, Ali H, Bedford J, et al. 2020. *Local response in health emergencies: key considerations for addressing the COVID-19 pandemic in informal urban settlements*. *Environ Urban.* 2020;32(2):503-522. doi:10.1177/0956247820922843
 19. Susilawati N. 2012. *Interaksi desa-kota dan permasalahannya*. *Sosiologi Pedesaan.* Hal. :1-148.
 20. Jamaludin AN. 2015. *Sosiologi Perkotaan Memahami Masyarakat Kota dan Problematikanya*. *Sosiologi Perkotaan.* 2015;2(2):59-80.
 21. Devi Pramita Sari, Nabila Sholihah 'Atiqoh. 2020. *Hubungan Antara Pengetahuan Masyarakat Dengan Kepatuhan Penggunaan Masker Sebagai Upaya Pencegahan Penyakit Covid-19 Di Ngronggah*. *Infokes J Ilm Rekam Medis dan Inform Kesehat.* 2020;10(1):52-55. doi:10.47701/infokes.v10i1.850
 22. Novi Afrianti CR. 2021. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Masyarakat Terhadap Protokol Kesehatan Covid-19*. *J Ilm STIKES Kendal.* 2021;11(1):113-124.
 23. Pandemi DIM. *Persepsi dan aksi masyarakat pedesaan di masa pandemi*. 2021;10(1):50-69.
 24. Glanz K, Rimer B k., 2002. Viswanath K. *Health and Health*.
 25. Sallis JF, Owen N FE.2008. *Social and Behavioral Theories. Heal Behav Heal Educ Theory, Res Pract.* 2008;4th:465–486. doi:10.1146/annurev.publhealth.012809.103604
 26. Suwiknyo E. 2020. *Orang Kota Panik Resesi, Orang Desa Sibuk Bertani. Pemerintah Jangan Lengah!* <https://ekonomi.bisnis.com/read/20200810/9/1277075/orang-kota-panik-resesi-orang-desa-sibuk-bertani.-pemerintah-jangan-lengah>.