



UNIVERSITAS INDONESIA

**POTENSI PERAN TOKOH AGAMA DALAM PENCEGAHAN
PENYAKIT MALARIA DI KABUPATEN BIMA
PROPINSI NUSA TENGGARA BARAT
TAHUN 2010**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat**

**MUHAMMAD IKBAL
NPM 0806443276**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
DESEMBER 2010**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Muhammad Ikbal
NPM : 0806443276
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2008/2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Potensi Peran Tokoh Agama Dalam Pencegahan penyakit Malaria
Di Kabupaten Bima Propinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2010

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 22 Desember 2010
Yang Menyatakan,



(Muhammad Ikbal)

PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Muhammad Ikbal

NPM : 0806443276

Tanda Tangan :

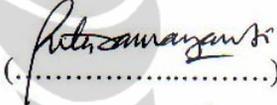
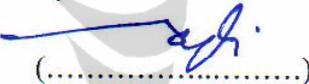
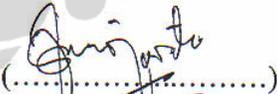
Tanggal : 22 Desember 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Muhammad Ikbal
NPM : 0806443276
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Potensi Peran Tokoh Agama Dalam Pencegahan
Penyakit Malaria Di Kabupaten Bima
Propinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Dra. Rita Damayanti, Ms.PH. 
Penguji : Dr. Dian Ayubi, SKM. MQIH. 
Penguji : Dien Anshari, S. Sos., M. Si. 
Penguji : Ismoyowati, SKM., MKM. 
Penguji : Yetty Intarti, SKM., M. Kes. 

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 22 Desember 2010

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Muhammad Ikbal
Tempat / Tanggal Lahir : Bima, 30 Agustus 1971
Agama : Islam
Alamat : Jl. Lumba-lumba No. 1 Kota Bima, 84119

Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 01 Bima (1978 – 1984)
2. SMP Negeri 2 Bima (1984 – 1987)
3. SMA Negeri 1 Bima (1987 – 1990)
4. FKM Universitas Indonesia (Sarjana) (1999 – 2003)
5. FKM Universitas Indonesia (Pasca Sarjana) (2008 – 2010)

Riwayat Pekerjaan

PNS Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bima (2004 – sekarang)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji syukur kepada Allah Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, atas berkah dan ridha-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Salam dan shalawat kepada Rasulullah, Keluarga dan Sahabatnya.

Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak awal perkuliahan sampai pada penulisan tesis ini, tidak terlepas dari berbagai hambatan dan kesulitan, oleh karena itu lewat catatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada:

1. Dr. Dra. Rita Damayanti, Ms.PH., selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan tesis ini. Sebuah kebanggaan bisa dibimbing oleh ibu.
2. Dr. Dian Ayubi, SKM. MQIH., selaku penguji atas bimbingan dan waktu yang diberikan selama ini.
3. Dien Anshari, S. Sos., M. Si., selaku penguji atas bimbingan dan waktunya yang penulis kuras untuk berdiskusi serta kesediaannya untuk menguji.
4. Ismoyowati, SKM., MKM., Ketua Umum Perkumpulan Promotor Dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI), atas kesediaannya untuk menguji.
5. Yetty Intarti, SKM., M. Kes., Subdit Malaria Direktorat PPBB Ditjen PP dan PL Kementerian Kesehatan R.I., atas kesediaannya menguji.
6. Seluruh dosen FKM UI beserta staf administrasi yang telah banyak membantu dalam masa perkuliahan sampai selesainya tesis ini.
7. Pemerintah Kabupaten Bima yang memberikan sumbangsih moril maupun materil bagi terlaksananya studi penulis.
8. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bima yang telah memberikan ijin dalam melanjutkan studi pasca sarjana serta kemudahan kepada penulis untuk melengkapi data tesis ini.
9. Kepala Kantor Kementerian Agama Kabupaten Bima beserta jajaran yang telah memberikan ijin serta kemudahan untuk melengkapi data tesis ini.

10. Bapak Tasmin Bukhori, SKM., Nining Yusmarni, SKM., Sri Kurniawati, SKM. serta teman-teman di Dinas Kesehatan Kabupaten Bima dan di Puskesmas se Kabupaten Bima atas bantuannya sehingga tugas akhir ini dapat selesai.
11. Rekan seperjuangan, Pak Farhanny, Mbak Tika, Julie, Mbak Nita, Mbak Widya, Ochi, Aan, dan "si tukang ngitung" Mas Iswandi serta calon doktor uni Annisa, yang kompak selalu dan saling memberikan semangat selama mengikuti pendidikan.
12. Penghargaan dan terimakasih yang tak terhingga khusus penulis sampaikan kepada sahabat seperjuangan yang dengan ikhlas telah mengorbankan waktu, tenaga dan sarana, bung Taufiq Sandra, SKM., MKM.
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah banyak membantu.

Ucapan terima kasih juga penulis khaturkan kepada Ayahanda H. Noerdin Jafar Yasin, Ibunda (alm) Nur'aini H. Arsyad Hadi, serta keluarga besar, dan istriku tercinta R.A. Rindarsih Widiastuti, S.P. serta anak – anaku tersayang Qailla Qur'ani dan Ulilalbab Banu Muhammad serta calon pemimpin yang sedang tidur pulas dalam kandungan ibunya, yang telah memberikan semangat, pengertian, pengorbanan, doa restu dan dengan tabah dan rela ditinggalkan serta dikurangi haknya demi peningkatan pendidikan dan wawasan penulis.

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati, penulis berharap karya ini bermanfaat bagi yang memerlukan dan dapat memperkaya khasanah keilmuan di Indonesia. Kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini, penulis ucapkan terima kasih. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat, hidayah dan magfirah-Nya kepada kita semua, Amin.

Depok, 22 Desember 2010

Penulis

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Muhammad Ikbal
NPM : 0806443276
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Potensi Peran Tokoh Agama Dalam Pencegahan Penyakit Malaria
Di Kabupaten Bima Propinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2010

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 22 Desember 2010
Yang menyatakan,



(Muhammad Ikbal)

ABSTRAK

Nama : Muhammad Iqbal
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Potensi Peran Tokoh Agama Dalam Pencegahan Penyakit Malaria Di Kabupaten Bima Propinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2010

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan penyakit malaria, melalui pendekatan potong lintang (*cross sectional*) dengan menggunakan data primer di Kabupaten Bima Propinsi Nusa Tenggara Barat pada bulan Mei- Juni 2010. Hasil penelitian didapatkan, tokoh agama yang melaksanakan perilaku pencegahan malaria 49,3%, Faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria adalah persepsi manfaat masyarakat (OR: 4.222, 95% CI: 1.725 - 10.330) dalam berperilaku pencegahan malaria . Penting bagi pemerintah daerah untuk memfasilitasi peningkatan kerjasama antara Dinas Kesehatan dengan Kementerian Agama Kabupaten Bima dalam lingkup promosi kesehatan.

Kata kunci : Persepsi, Pencegahan malaria

ABSTRACT

Name : Muhammad Iqbal
Program : Magister of Public Health
Title : Potential Role Of Religious Leaders In Disease Prevention Malaria In Bima District, Nusa Tenggara Barat Province, Year 2010

The study was conducted to understand the behavior of religious leaders in efforts to prevent malaria, through a cross sectional approach using primary data in Bima District, Nusa Tenggara Barat Province in May-June 2010. The results obtained 49,3%, religion leaders that carry malaria prevention behaviors. Factors associated with malaria prevention behavior is the perceived benefits of the community (OR: 4.222, 95% CI: 1.725 to 10.330) in malaria prevention behavior. It is important for local governments to facilitate increased cooperation between the Department of Health with the Ministry of Religious Affairs within the scope of Bima District health promotion.

Key Words : Perceived, Malaria prevention

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	4
1.3. Tujuan	5
1.3.1. Tujuan Umum	5
1.3.2. Tujuan Khusus	5
1.4. Manfaat	6
1.5. Ruang lingkup	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Penyakit malaria	8
2.1.1. Pengertian malaria	8
2.1.2. Jenis malaria	8
2.1.3. Gejala malaria	8
2.1.4. Siapa yang beresiko malaria	9
2.1.5. Penyebab malaria	9
2.1.6. Tingkat bahaya malaria	9
2.1.7. Penularan malaria	10
2.1.8. Daerah endemis malaria	12
2.1.9. Upaya preventif	13
2.1.10. Tempat mendapatkan informasi malaria	14
2.1.11. Program pengendalian malaria	14
2.1.12. Pengobatan penderita malaria	15
2.2. Tokoh agama	15
2.3. Teori perilaku kesehatan	17
2.4. Persepsi	21
2.4.1. Proses persepsi	22
2.4.2. Faktor yang mempengaruhi persepsi	24
2.5. Penjelasan variable	25
2.5.1. Pengetahuan	25
2.5.2. Umur	26
2.5.3. Jenis kelamin	27

	2.5.4. Pendidikan	27
	2.5.5. Pekerjaan	28
	2.5.6. <i>Health Belief Model</i> (HBM)	29
BAB 3.	KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HOPOTESIS	34
	3.1. Kerangka konsep	34
	3.2. Definisi operasional	36
	3.3. Hipotesis	40
BAB 4.	METODOLOGI PENELITIAN	42
	4.1. Rancangan penelitian	42
	4.2. Tempat dan waktu	42
	4.3. Populasi dan sampel	42
	4.4. Instrumen penelitian	43
	4.5. Pengumpulan data	43
	4.5.1. Validitas dan reliabilitas	43
	4.5.2. Cara pengumpulan data	45
	4.6. Pengolahan data	46
	4.7. Analisa data	46
BAB 5.	HASIL PENELITIAN	49
	5.1. Gambaran umum lokasi penelitian	49
	5.2. Pelaksanaan penelitian	49
	5.3. Hasil uji coba kuesioner	50
	5.4. Analisis Deskriptif	53
	5.4.1. Distribusi perilaku	53
	5.4.2. Distribusi karakteristik	55
	5.4.3. Distribusi riwayat malaria	56
	5.4.4. Distribusi pengetahuan	57
	5.4.5. Distribusi HBM individu	58
	5.4.6. Distribusi HBM masyarakat	62
	5.5. Analisis Hubungan antar variabel	66
	5.5.1. Hubungan karakteristik dengan perilaku	66
	5.5.2. Hubungan riwayat malaria dan pengetahuan dengan perilaku	67
	5.5.3. Hubungan HBM individu dengan perilaku	68
	5.5.4. Hubungan HBM masyarakat dengan perilaku	70
	5.6. Analisis multivariat	71
BAB 6.	PEMBAHASAN	74
	6.1. Keterbatasan penelitian	74
	6.1.1. Desain penelitian	74
	6.1.2. Instrument	74
	6.1.3. Bias informasi	74
	6.2. Pembahasan	75
	6.2.1. Perilaku tokoh agama	75
	6.2.2. Hubungan jenis kelamin dengan perilaku	76

6.2.3. Hubungan umur dengan perilaku	77
6.2.4. Hubungan pendidikan dengan perilaku	77
6.2.5. Hubungan pekerjaan dengan perilaku	78
6.2.6. Hubungan riwayat malaria dengan perilaku	79
6.2.7. Hubungan pengetahuan dengan perilaku	79
6.2.8. Hubungan persepsi kerentanan individu dan masyarakat dengan perilaku	80
6.2.9. Hubungan persepsi keseriusan individu dan masyarakat dengan perilaku	81
6.2.10. Hubungan persepsi manfaat individu dan masyarakat dengan perilaku	81
6.2.11. Hubungan persepsi kerugian individu dan masyarakat dengan perilaku	83
6.2.12. Hubungan persepsi keyakinan diri individu dan masyarakat dengan perilaku	84
BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN	85
7.1. Kesimpulan	85
7.2. Saran	86
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1	Komponen TRA/TPB 18
Tabel 5.1	Hasil uji validitas dan reliabilitas 52
Tabel 5.2	Distribusi responden menurut perilaku tokoh agama 53
Tabel 5.3	Distribusi frekwensi perilaku 54
Tabel 5.4	Distribusi perilaku tokoh agama dikelompokan 54
Tabel 5.5	Distribusi frekwensi karakteristik 55
Tabel 5.6	Distribusi responden menurut karakteristik 53
Tabel 5.7	Distribusi responden menurut riwayat malaria 56
Tabel 5.8	Distribusi responden menurut pengetahuan 57
Tabel 5.9	Distribusi frekwensi pengetahuan 58
Tabel 5.10	Distribusi pengetahuan dikelompokan 58
Tabel 5.11	Distribusi responden menurut HBM individu 58
Tabel 5.12	Distribusi frekwensi HBM individu 60
Tabel 5.13	Distribusi HBM Individu dikategorikan 61
Tabel 5.14	Distribusi responden menurut HBM masyarakat 62
Tabel 5.15	Distribusi frekwensi HBM masyarakat 64
Tabel 5.16	Distribusi HBM Masyarakat dikategorikan 65
Tabel 5.17	Hubungan antara variabel karakteristik dengan Perilaku 66
Tabel 5.18	Hubungan antara riwayat malaria dan pengetahuan dengan perilaku 67
Tabel 5.19	Hubungan antara variabel HBM individu dengan perilaku 68
Tabel 5.20	Hubungan antara variabel HBM masyarakat dengan perilaku 70
Tabel 5.21	Variabel yang masuk seleksi bivariat 71
Tabel 5.22	Hasil analisa multivariat faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku 72
Tabel 5.23	Model akhir regresi logistik variabel independen dengan perilaku 73

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1. Siklus Penularan Penyakit Malaria.....	11
Gambar 2.2. Rumusan teori Green	20
Gambar 2.3. Rumusan teori WHO	20
Gambar 2.4. Diagram skematik komponen <i>Health Belief Model</i>	30
Gambar 3.1. Kerangka konsep	35



DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN

Annual Malaria Incidence (AMI)	: Angka kejadian kasus malaria dalam satu tahun tanpa konfirmasi laboratorium
Annual Paracite Incidence (API)	: Angka kejadian kasus positif malaria dalam satu tahun berdasarkan konfirmasi laboratorium
Health Belief Model (HBM)	: Model Kepercayaan Kesehatan, sebuah teori untuk meramal perilaku kesehatan
Insektisida	: Bahan kimia racun serangga
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
Kemoprofilaksis	: Mencegah penularan malaria menggunakan obat – obatan
Masa inkubasi malaria intrinsik	: Rentang waktu antara mulai masuknya plasmodium kedalam tubuh hingga timbulnya gejala
Masa inkubasi ekstrinsik	: Rentang waktu antara mulai masuknya gametosid kedalam tubuh nyamuk hingga menjadi sporozoit dan siap ditularkan ke manusia
Mubaligh	: Penyuluh agama islam pria
Mubalighah	: Penyuluh agama islam perempuan
Permil (%)	: Perseribu
Skizon	: Salah satu fase dari perkembangan plasmodium didalam tubuh manusia
sp	: Species
Splenomegali	: Pembesaran limpa
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
WHO	: World Health Organization

DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN

Annual Malaria Incidence (AMI)	: Angka kejadian kasus malaria dalam satu tahun tanpa konfirmasi laboratorium
Annual Paracite Incidence (API)	: Angka kejadian kasus positif malaria dalam satu tahun berdasarkan konfirmasi laboratorium
Insektisida	: Bahan kimia racun serangga
Kemoprofilaksis	: Mencegah penularan malaria menggunakan obat – obatan
Masa inkubasi malaria intrinsik	: Rentang waktu antara mulai masuknya plasmodium kedalam tubuh hingga timbulnya gejala
Masa inkubasi ekstrinsik	: Rentang waktu antara mulai masuknya gametosid kedalam tubuh nyamuk hingga menjadi sporozoit dan siap ditularkan ke manusia
Permil (‰)	: Perseribu
Skizon	: Salah satu fase dari perkembangan plasmodium didalam tubuh manusia
sp	: Species
Splenomegali	: Pembesaran limpa
PKK	: Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
NGO	: Non-Government Organization

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Malaria adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh protozoa obligat intra seluler dari genus plasmodium. Malaria pada manusia dapat disebabkan oleh *p. malariae*, *p. vivax*, *p. falciparum* dan *p. ovale* (Gunawan, 1999). Penyakit malaria menyerang semua orang, laki-laki maupun perempuan, bayi, anak-anak, remaja, dewasa hingga orang tua, bahkan wanita hamil sehingga berdampak buruk bagi dirinya serta janin dalam kandungannya. Kerugian besar dapat timbul akibat penyakit ini seperti kerugian dibidang sosial ekonomi karena menurunnya produktivitas hingga menyebabkan kematian (Depkes RI, 1995)

Dalam laporan tahunan WHO (*World Health Organisation*) tahun 2008 menyebutkan bahwa pada tahun 2006 terdapat 3,3 milyar orang yang beresiko terkena malaria di dunia, dengan 247 juta kasus, 1 juta diantaranya berakhir pada kematian, dengan korban sebagian besar adalah anak-anak usia di bawah 5 tahun. Tercatat ada 109 negara yang merupakan daerah endemik malaria di dunia, 45 negara berada di Afrika, selebihnya di Eropa timur, Amerika selatan, dan Asia termasuk Indonesia.

Laporan perkembangan pencapaian tujuan pembangunan milenium Indonesia (MDG's Indonesia 2007) menjelaskan bahwa hampir separuh populasi Indonesia atau sebanyak lebih dari 90 juta orang tinggal di daerah endemik malaria. Diperkirakan ada 30 juta kasus malaria setiap tahunnya, kurang lebih 10 persennya saja yang mendapat pengobatan di fasilitas kesehatan. Beban terbesar dari penyakit malaria ini ada di propinsi-propinsi bagian timur Indonesia dimana malaria merupakan penyakit endemik. Lebih lanjut dalam laporan tersebut dijelaskan pula tentang kerugian ekonomi Indonesia yang diakibatkan oleh penyakit malaria, diperkirakan kehilangan pendapatan individu sebesar US\$ 56.5 juta setiap tahunnya, belum termasuk kehilangan pendapatan akibat hilangnya investasi bisnis dan pariwisata daerah endemik malaria.

Kementerian Kesehatan R.I (2010), mencatat perkembangan kasus malaria klinis di Indonesia adalah sejumlah sekitar 2 juta (2006), 1,75 juta kasus (2007), 1,62 juta kasus (2008) dan turun menjadi 1.143.024 kasus (2009), sedangkan jumlah kasus malaria positif yang ditemukan berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium (mikroskop positif kuman malaria) sebanyak 350 ribu kasus (2006), 311 ribu kasus (2007) serta 199.577 kasus (2009).

Propinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) menjadi salah satu daerah di Indonesia yang termasuk endemis malaria. Tahun 2007 dan 2008, malaria ditetapkan sebagai KLB. Tahun 2007 tercatat sedikitnya ada 90.842 orang menderita malaria, tahun 2008 terjadi peningkatan kasus malaria menjadi 103.154 orang (Dinkes NTB, 2009). Propinsi ini menjadi bagian dari tujuan misi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam upaya pengendalian malaria, yakni eliminasi malaria pada tahun 2020 bersama daerah-daerah di Sumatera, Kalimantan, dan Sulawesi. Data Riskesdas 2007 menyebutkan bahwa prevalensi nasional penyakit malaria adalah 2,85%, sementara itu prevalensi penyakit malaria di Propinsi NTB adalah 3,75% yang berarti diatas angka nasional.

Sebagai salah satu dari 10 Kabupaten dan Kota di Propinsi Nusa Tenggara Barat, Kabupaten Bima juga tidak luput dari masalah ini. Malaria merupakan penyakit endemik di daerah ini. Penyakit ini ditemukan hampir di seluruh wilayahnya (20 Kecamatan dan 168 desa). Data *Annual Malaria Incidence* (AMI) Dinas Kesehatan Kabupaten Bima dalam lima tahun terakhir menyebutkan sebagai berikut ; 2005 : 30.05 %, 2006 : 32.05 %, 2007 : 36.44 %, 2008 : 41.44 %, dan 2009 : 39.11 %, menempati urutan ke tiga tertinggi kasus malaria di NTB setelah Kota Bima dan Kabupaten Sumbawa. Dari uraian tersebut menunjukkan bahwa kasus malaria di Kabupaten Bima : (1) Menunjukkan *trend* yang relatif meningkat, (2) Menunjukkan Kabupaten Bima sebagai daerah dengan kategori *Annual Malaria Incidence* (AMI) sedang atau *Medium Incidence Area* (MIA), (3) Menunjukkan angka yang tinggi bila dibanding dengan rata-rata AMI Nasional, 20 ‰ (Ningsih B.,et al, 2006) dan jauh dari target nasional (1 per 1000 penduduk).

Berbagai upaya telah dan terus dilakukan dalam upaya menekan peningkatan angka kasus malaria di Kabupaten Bima seperti Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengobatan, kelambunisasi, pengasapan, *surveiland* hingga penyuluhan,

baik yang dilakukan atas dukungan pemerintah sendiri, swasta hingga peran serta masyarakat sendiri, namun hingga saat ini belum menunjukkan hasil seperti yang diharapkan, yakni 5 % (SPM Dinkes Kab. Bima, Tahun 2010).

Masyarakat di Kabupaten Bima sebagian besar beragama Islam, yakni sebanyak 402.031 atau 99,62% dari total penduduknya (BPS Kab. Bima, 2009). Merupakan masyarakat yang religius dengan budaya paternalistik yang kental. Mubalig atau Penyuluh Agama Islam sekaligus adalah tokoh agama yang sangat berperan penting bagi upaya mendidik dan membangun masyarakat. Peran tokoh agama dalam bidangnya telah menjadikan mereka sebagai seorang tokoh panutan dan teladan bagi masyarakat, inilah salah satu bentuk potensi yang mereka miliki. Data resmi Kantor Kementerian Agama Kabupaten Bima tahun 2009 mencatat ada 140 orang mubalig atau tokoh agama yang tersebar dan menetap di seluruh wilayah Kecamatan di Kabupaten Bima. Jumlah tempat ibadah baik mesjid, mushola serta langgar sebanyak 785 buah yang tersebar hingga ke pelosok desa (BPS Kabupaten Bima, 2009).

Dinas kesehatan Kabupaten Bima menyadari akan potensi yang dimiliki tokoh agama, bahkan sudah sejak lama tokoh agama ditempatkan sebagai salah satu mitra yang strategis bagi upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Bima. Hal ini tercermin dari adanya usaha untuk selalu mengundang dan melibatkan mereka dalam setiap kegiatan yang diadakan, mulai dari tingkat Kabupaten sampai pada tingkat desa, seperti Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), penyuluhan kelompok, Jum'at Bersih dan sebagainya. Kehadiran tokoh agama pada setiap kegiatan tersebut dengan harapan mereka bisa menjadi "penyambung lidah" di masyarakat dalam memberikan edukasi bagi upaya pencegahan penyakit malaria, tetapi harapan itu ternyata tidak terjadi. Penelitian Shinta, S. Sukowati, dan Titik, S. (2005) menemukan bahwa 57,6% responden mengatakan bahwa masyarakat mendapatkan penyuluhan malaria dari Dinas Kesehatan, tenaga kesehatan termasuk kader malaria dan dari televisi, sisanya (42,4%) mengatakan belum pernah mendapatkan penyuluhan, dan penelitian Notosiswoyo, M. Dkk. (2003) menemukan bahwa responden/masyarakat mendapat penyuluhan dari petugas Puskesmas 50,5%, Posyandu 40,8%, dan dari yang lain (bidan, mantri, media elektronik, brosur, leaflet) 8,7%, artinya dari

kedua penelitian tersebut menunjukkan tidak adanya keterlibatan dari tokoh agama terhadap upaya memberikan edukasi kepada masyarakat berkaitan dengan masalah kesehatan, khususnya penyakit malaria.

Sehubungan dengan uraian di atas, adalah menarik untuk meneliti sejauh mana hubungan karakteristik, riwayat malaria, pengetahuan dan persepsi atau cara pandang tokoh agama terhadap perilaku pencegahan penyakit malaria. Persepsi ini kemudian dikembangkan menjadi dua dalam penelitian ini, yakni pertama, persepsi tokoh agama terhadap perilaku pencegahan penyakit malaria dalam konteks mereka sebagai individu/pribadi dan kedua persepsi tokoh agama terhadap perilaku pencegahan penyakit malaria dalam konteks mereka sebagai seorang tokoh yang memiliki peran sebagai agen perubahan bagi masyarakat.

1.2. Rumusan Masalah

Tokoh agama merupakan mitra strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Bima. Keberadaan mereka sebagai mitra dilandasi oleh pemikiran karena potensi yang mereka miliki, seperti bahwa mereka adalah tokoh yang disegani dan menjadi panutan bagi masyarakatnya, lebih paham budaya masyarakat setempat, kedekatan dengan masyarakat yang sangat baik, interaksi dengan masyarakat yang sering, sebagai tempat berkeluh kesal masyarakatnya, mereka memiliki kemampuan berkomunikasi yang baik dengan masyarakatnya, dan sebagainya. Pada sisi yang lain sudah sejak lama Dinas Kesehatan Kabupaten Bima memasukan program khusus bagi kelompok ini sebagai sasaran penyuluhan kesehatan dengan harapan mereka dapat menjadi corong atau “penyambung lidah” dalam memberikan edukasi kepada masyarakat tentang pencegahan penyakit, khususnya malaria. Program penyuluhan kelompok bagi tokoh agama ini kemudian diaplikasikan oleh seluruh Puskesmas melalui seksi Promosi Kesehatan. Meskipun upaya di atas tetap dilakukan hingga saat ini namun kenyataannya upaya tersebut belum memberikan hasil yang menggembirakan, hal ini terlihat dari data AMI Kabupaten Bima yang relatif masih tinggi. Dari uraian di atas telah menimbulkan sebuah pertanyaan tentang faktor apa yang menyebabkan para tokoh agama yang notabene menjadi panutan masyarakat ini

ternyata tidak berperan seperti yang diharapkan? Studi ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran dan hubungan tentang karakteristik, riwayat malaria, pengetahuan tokoh agama dan persepsi mereka dengan perilakunya dalam upaya pencegahan penyakit malaria, baik dalam kapasitasnya sebagai individu maupun dalam kapasitas mereka sebagai seorang tokoh bagi masyarakat.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Diperolehnya informasi mengenai potensi tokoh agama yang dilihat dari adanya hubungan antara karakteristik, riwayat malaria, pengetahuan dan persepsi tokoh agama dengan perilaku mereka dalam upaya pencegahan penyakit malaria di Kabupaten Bima Propinsi NTB, Tahun 2010

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Diperolehnya informasi mengenai gambaran karakteristik (jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan), riwayat menderita malaria, pengetahuan dan komponen persepsi, yaitu persepsi terhadap resiko/kerentanan tertular (*perceived susceptibility*) malaria, persepsi terhadap keseriusan (*perceived severity*) malaria, persepsi manfaat (*perceived benefit*), persepsi kerugian (*perceived barriers*), dan persepsi keyakinan diri (*perceived self efficacy*) serta perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan penyakit malaria di Kabupaten Bima. Baik dalam kapasitasnya sebagai individu maupun dalam kapasitas mereka sebagai seorang tokoh bagi masyarakat.
- b. Diperolehnya informasi mengenai hubungan antara karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), riwayat menderita malaria, pengetahuan dan komponen persepsi terhadap perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan penyakit malaria di Kabupaten Bima. Baik dalam kapasitasnya sebagai individu maupun dalam kapasitas mereka sebagai seorang tokoh bagi masyarakat.

c. Diperolehnya komponen persepsi yang paling berpengaruh terhadap perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan penyakit malaria di Kabupaten Bima

1.4. Manfaat Penelitian

Diharapkan dari penelitian tentang perilaku pencegahan malaria dengan sudut pandang persepsi tokoh agama di Kabupaten Bima ini dapat bermanfaat bagi pihak-pihak :

- a. Pemerintah Kabupaten Bima, sebagai bahan masukan untuk mendukung program pemberantasan penyakit malaria
- b. Dinas Kesehatan Kabupaten Bima, khususnya bidang promosi kesehatan sebagai bahan masukan bagi rencana strategis upaya pemberantasan penyakit malaria di Kabupaten Bima
- c. Bagi peneliti, sebagai bentuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu perilaku kesehatan dan pengalaman yang dapat diterapkan dalam bidang pemberantasan berbagai penyakit, khususnya malaria
- d. Bagi peneliti lain, dapat menjadi bahan guna penelitian lebih lanjut sehingga diharapkan dapat diperoleh konsep yang baik bagi upaya pencegahan malaria

1.5. Ruang Lingkup

Penelitian ini menggunakan disain *cross sectional*, dilaksanakan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria pada tokoh agama di Kabupaten Bima Propinsi Nusa Tenggara Barat menggunakan teori *Health Belief Model* (HBM) dengan fokus utama penelitian adalah pada komponen persepsi dalam HBM. Penelitian dilakukan pada bulan Mei - Juni 2010. Peneliti menyadari bahwa semestinya banyak variabel lain yang dapat masuk menjadi faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku, akan tetapi dalam penelitian ini dibatasi hanya pada variabel-variabel yang dirasa sangat terkait serta sesuai dengan situasi dan kondisi di lapangan. Variabel dependen

pada penelitian ini adalah perilaku tokoh agama dalam rangka upaya pencegahan penyakit malaria, sedangkan sebagai variabel independen adalah karakteristik tokoh agama (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), riwayat menderita malaria, pengetahuan dan komponen HBM, yakni komponen HBM yang berkaitan dengan persepsi atau cara pandang tokoh agama terhadap dirinya dan komponen HBM yang berkaitan dengan persepsi atau cara pandang tokoh agama terhadap perannya sebagai seorang tokoh bagi masyarakat.

Penelitian dilakukan terhadap seluruh tokoh agama yakni, mubalig atau penyuluh agama Islam atau juru dakwah yang ada di wilayah Kabupaten Bima sejumlah 140 orang berdasarkan Surat Keputusan Kepala Kantor Kementerian Agama Kabupaten Bima Nomor : Kd.19.06-6/BA.00/2009.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Malaria

2.1.1 Pengertian Penyakit Malaria

Malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit *plasmodium* yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia. Penyakit ini secara alami ditularkan melalui gigitan nyamuk *anopheles* betina. Dapat menyerang semua orang baik laki-laki ataupun perempuan pada semua golongan umur dari bayi, anak-anak, orang dewasa hingga orang tua.

2.1.2 Jenis malaria

1). *Plasmodium falciparum* (malaria tropika) yaitu malaria yang dimana waktu masuknya parasit malaria sampai dengan timbulnya gejala malaria (masa inkubasi) 9 – 14 hari, malaria ini biasanya dapat menyebabkan malaria berat.

2). *Plasmodium vivax* (malaria tertiana) yaitu malaria yang dimana waktu masuknya parasit malaria sampai dengan timbulnya gejala malaria (masa inkubasi) 12 – 17 hari.

3). *Plasmodium ovale* yaitu malaria yang dimana waktu masuknya parasit malaria sampai dengan timbulnya gejala malaria (masa inkubasi) 16 – 18 hari.

4). *Plasmodium malariae* yaitu malaria yang dimana waktu masuknya parasit malaria sampai dengan timbulnya gejala malaria (masa inkubasi) 18 – 40 hari.

2.1.3 Gejala malaria

Demam mulai timbul bersamaan dengan pecahnya skizon darah yang mengeluarkan bermacam-macam antigen. Antigen ini akan merangsang sel-sel makrofag, monosit atau limfosit yang mengeluarkan berbagai macam sitokin antara lain TNF (*tumor nekrosis factor*). TNF akan dibawa aliran darah ke hipotalamus yang merupakan pusat pengatur suhu tubuh dan terjadi demam. Proses skizogoni pada ke empat plasmodium memerlukan waktu yang berbeda-

beda, *P. Falciparum* memerlukan waktu 36-48 jam, *P. Vivax/ovale* 48 jam, dan *P. Malariae* 72 jam. Demam pada *P. Falciparum* dapat terjadi setiap hari, *P. Vivax/ovale* selang waktu satu hari, dan *P. Malariae* demam timbul selang waktu 2 hari.

Disamping demam, timbul pula gejala lain seperti menggigil, berkeringat dan dapat disertai sakit kepala, mual, muntah, diare dan nyeri otot atau pegal-pegal.

2.1.4 Siapa saja yang beresiko terkena malaria

Penyakit ini biasanya menyerang orang-orang yang tinggal di daerah yang mempunyai banyak genangan air atau tempat perindukan yang sesuai untuk tempat berkembang biak nyamuk malaria, seperti rawa-rawa, tambak, genangan air di sekitar tempat tinggal (kolam ikan, gentong air, drum air, dan sebagainya). Malaria bisa menyerang siapa saja tanpa mengenal usia maupun jenis kelamin, dari janin dalam kandungan hingga orang tua yang sudah ujur

2.1.5 Penyebab malaria

Malaria ditularkan melalui gigitan nyamuk malaria (*anopheles*) betina dan mengandung parasit malaria, melalui gigitan itu parasit ditularkan kepada orang sehat. Nyamuk malaria betina menghisap darah manusia yang digunakan untuk proses pematangan telurnya.

2.1.6 Tingkat bahaya malaria

Tingkat bahaya dari malaria adalah sebagai berikut:

1). Anemia terjadi karena pecahnya sel darah merah yang terinfeksi maupun yang tidak terinfeksi. *Plasmodium falciparum* menginfeksi semua jenis sel darah merah, sehingga anemia dapat terjadi pada infeksi akut dan kronis. *Plasmodium vivax* dan *P. Ovale* hanya menginfeksi sel darah merah muda yang jumlahnya hanya 2 % dari seluruh jumlah sel darah merah, sedangkan *Plasmodium malariae* menginfeksi sel darah merah tua yang jumlahnya hanya 1 % dari jumlah sel darah merah. Sehingga anemia yang disebabkan oleh *P. Vivax*, *P. Ovale* dan *P. Malariae* umumnya terjadi pada keadaan kronis.

2). Dapat menyebabkan malaria berat sehingga menyebabkan koma, kegagalan multi organ serta menyebabkan kematian. Malaria berat yang diakibatkan oleh *Plasmodium falciparum* ini mempunyai patogenesis yang khusus. *Eritrosit* yang terinfeksi *P. Falciparum* akan mengalami proses sekuestrasi yaitu tersebar eritrosit yang berparasit tersebut ke pembuluh kapiler alat dalam tubuh. Selain itu pada permukaan *eritrosit* yang terinfeksi akan membentuk knob yang berisi berbagai antigen *Plasmodium falciparum* pada saat terjadi proses *sitoadherensi*, knob tersebut akan berikatan dengan reseptor sel endotel kapiler. Akibat dari proses ini terjadi *obstruksi* (penyumbatan) dalam pembuluh kapiler yang menyebabkan terjadinya *iskemia* jaringan. Terjadinya sumbatan ini juga didukung oleh proses terbentuknya "rosette" yaitu bergerombolnya sel darah merah yang berparasit dengan sel darah merah lainnya.

Pada proses *sitoadherensi* ini diduga juga terjadi proses *imunologik* yaitu terbentuknya mediator-mediator antara lain sitokin (TNF, *interleukin*), dimana mediator tersebut mempunyai peranan dalam gangguan fungsi pada jaringan tertentu.

2.1.7. Penularan malaria

Malaria dapat ditularkan melalui dua cara yaitu penularan secara alamiah dan yang secara tidak alamiah (Subki, 2000).

2.1.7.1. Penularan secara alamiah

Malaria ditularkan oleh nyamuk *Anopheles sp.* Jenis *Anopheles sp* di Indonesia jumlahnya mencapai 80 jenis. Dari sekian jenis hanya 16 jenis yang mempunyai potensi untuk menularkan malaria (*vector* atau tersangka *vector*). Secara umum proses terjadinya penularan malaria alamiah adalah sebagai berikut (Depkes, 2007):

a). Orang sakit malaria.

Digigit nyamuk (*vector*) penyebar penyakit malaria. Saat nyamuk menghisap darah orang sakit malaria, maka parasit yang ada dalam darah turut terhisap oleh nyamuk.

b). Nyamuk terinfeksi

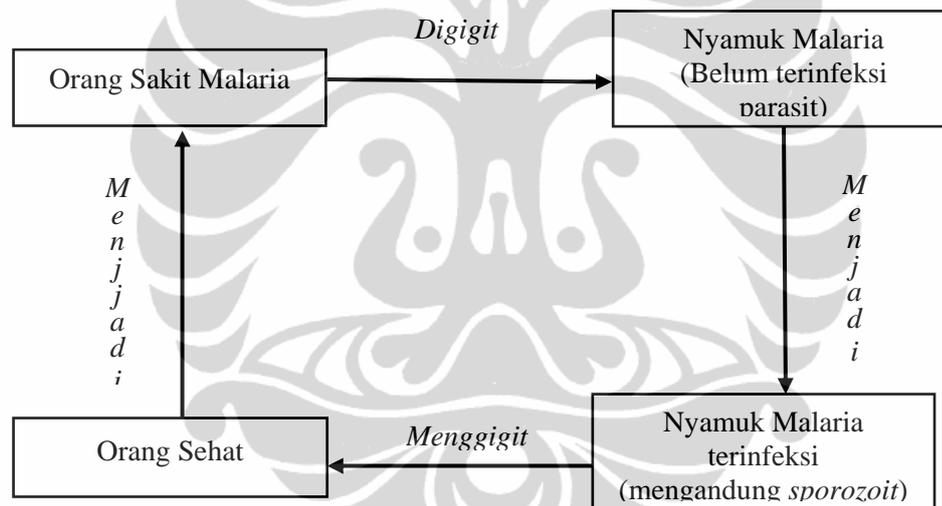
Nyamuk yang telah menghisap darah orang sakit akan terinfeksi dan dalam tubuh nyamuk terjadi siklus hidup parasit malaria (seksual)

c). Nyamuk *vector* penyebar penyakit.

Nyamuk yang sudah terinfeksi parasit malaria (*sporozoit*) menggigit orang sehat, dan orang sehat tersebut akan menjadi sakit.

d). Orang sehat

Orang yang sehat setelah digigit oleh nyamuk yang telah terinfeksi oleh *Plasmodium*, ketika nyamuk menggigit orang sehat maka parasit yang ada di tubuh nyamuk masuk ke dalam darah manusia dan manusia menjadi sakit. Dalam tubuh manusia terjadi siklus hidup parasit malaria aseksual. Untuk jelasnya dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 2.1. Siklus Penularan Penyakit Malaria

Sumber : Depkes, Pedoman Epidemiologi Malaria, 2007, p. 13

Masa inkubasi dibedakan atas masa inkubasi ekstrinsik dan masa inkubasi intrinsik. Masa inkubasi ekstrinsik adalah waktu mulai masuknya *gametosit* ke dalam tubuh nyamuk sampai terjadinya stadium *sporogoni*. Masa inkubasi intrinsik adalah waktu mulai masuknya *sporozoit* ke dalam darah sampai timbulnya gejala klinis/demam. Setiap species *Plasmodium* berbeda masa inkubasinya, pada *Plasmodium falciparum* 7-14 hari, *Plasmodium vivax* dan *Plasmodium ovale* 8-14 hari serta *Plasmodium malariae* 7-30 hari (Chin, 2000).

2.1.7.2. Penularan secara tidak alamiah

Terdapat tiga cara penularan tidak alamiah (Depkes, 2007), yaitu:

a). Malaria bawaan (*congenital*).

Terjadi pada bayi yang baru dilahirkan karena ibunya menderita malaria, penularan terjadi melalui tali pusat/plasenta.

b). Secara mekanik

Penularan terjadi melalui transfusi atau melalui jarum suntik. Penularan melalui jarum suntik banyak terjadi pada para morfinis yang menggunakan jarum suntik tidak steril, cara penularan seperti ini pernah dilaporkan di salah satu rumah sakit di Bandung, pada penderita yang dirawat dan mendapatkan suntikan intravena dengan menggunakan alat suntik yang dipergunakan untuk menyuntik beberapa pasien (*non disposable*) (Argadireja dan Rai, 1982). Menurut Mungai et al, 2001 bahwa di Amerika Serikat dilaporkan terdapat 63 kasus penularan malaria melalui transfusi darah sejak tahun 1963-1999 dari 28 negara bagian .

c). Secara oral (melalui mulut)

Cara penularan ini pernah dibuktikan pada burung, ayam, burung dara dan monyet, namun pada umumnya sumber infeksi bagi manusia adalah manusia lain yang sakit malaria baik dengan gejala maupun tanpa gejala.

2.1.8 Daerah endemis malaria di Indonesia

Di Indonesia daerah endemis malaria dibagi menjadi:

1). Endemis tinggi adalah *Annual Parasite Incidence (API)* > 50 per 1.000 penduduk, yakni terdapat di Propinsi Maluku, Maluku Utara, Papua, Papua Barat, Sumatera Utara (Kabupaten Nias dan Nias Selatan) serta NTT

2). Endemis sedang adalah *Annual Parasite Incidence (API)* berkisar antara 1 – 50 per 1.000 penduduk, yakni terdapat di Propinsi Aceh (Kabupaten Siemeulu), Bangka Belitung, Kepulauan Riau (Kabupaten Lingga), Jambi (Kabupaten Batang Hari, Merangin dan Sorolangun), Kalimantan Tengah (Kabupaten Sukamara, Kota Waringin Barat, Muara), Sulaewesi Tengah (Kabupaten Toli-toli, Banggai, Banggai Kepulauan, Poso), Sulaewesi Tenggara (Kabupaten Muna), NTB (Sumbawa Barat, Dompu, **Kabupaten Bima** dan Kota Bima serta Sumbawa),

Jawa Tengah (Wonosobo, Banjarnegara, Banyumas, Pekalongan, Sragen), Jawa Barat (Sukabumi, Garut dan Ciamis)

3). Endemis rendah adalah API 0 – 1 per 1.000 penduduk, diantaranya sebagian Jawa, Kalimantan dan Sulaewesi

4). Non endemis adalah daerah yang tidak terdapat penularan malaria (Daerah pembebasan malaria) atau API = 0, yaitu Propinsi DKI Jakarta, Bali, Kepri (Barelang Binkar)

Angka Kejadian Malaria Tahunan atau *Annual Malaria incidence* (AMI) dikategorikan sebagai berikut : (a) *High Incidence Area* (HIA) dengan AMI lebih dari 50 kasus malaria per 1000 penduduk per tahun, (b) *Medium Incidence area* (MIA) dengan AMI diantara 10 – 50 kasus per 1000 penduduk per tahun, dan (c) *Low Incidence Area* (LIA) dengan AMI kurang dari 10 kasus malaria per 1000 penduduk per tahun (Depkes R.I, 1999).

2.1.9 Upaya preventif agar terhindar dari malaria

- 1). Menghindari atau mengurangi gigitan nyamuk malaria, yaitu dengan :
 - Tidur di dalam kelambu, sebaiknya kelambu yang berinsektisida
 - Pada malam hari berada di dalam rumah
 - Mengolesi badan dengan obat anti gigitan nyamuk (*rapelent*)
 - Memakai obat nyamuk bakar atau menyemprot dengan obat nyamuk
 - Memasang kawat kasa pada jendela atau ventilasi
- 2). Membersihkan tempat-tempat hinggap/istirahat nyamuk dan memberantas sarang nyamuk :
 - Membersihkan rumput dan semak di tepi saluran
 - Melipat kain-kain dan pakaian yang bergantung
 - Mengusahakan keadaan di dalam rumah tidak ada tempat yang gelap dan lembab dengan memasang genting kaca dan membuka jendela disiang hari
 - Membersihkan semak-semak di sekitar rumah
 - Mengalirkan genangan-genangan air
 - Menimbun dengan tanah atau pasir semua genangan air disekitar tempat tinggal

- 3). Membunuh nyamuk dewasa :
 - Menyemprot rumah-rumah dan pekarangan dengan racun serangga
- 4). Membunuh jentik-jentik nyamuk dengan menebarkan ikan pemakan jentik
- 5). Membunuh jentik nyamuk dengan menyemprot obat anti larva (bubuk abate) pada genangan air, seperti kolam, gentong air, drum, dan sebagainya
- 6). Melestarikan hutan bakau di rawa-rawa sepanjang pantai

2.1.10 Tempat mendapatkan informasi tentang malaria

Informasi tentang malaria dapat masyarakat peroleh pada tempat-tempat, seperti :

- Di tempat pelayanan kesehatan, seperti: Puskesmas, Pos malaria desa (Posmaldes), dan Pos kesehatan desa (Poskesdes)
- Di Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota
- Kementerian Kesehatan; Subdit malaria
- Melalui Bahan Penyuluhan Malaria, misalnya: *leaflet*, *flipchart*, buku saku, poster, dan sebagainya
- *Newsletter* Malaria (media cetak maupun elektronik)

2.1.11 Program pengendalian malaria

- Diagnosa Malaria harus dikonfirmasi dengan menggunakan Mikroskop atau *Rapid Diagnostic Test*
- Pengobatan menggunakan *Artemisinin Combination Therapy (ACT)*
- Pelatihan petugas
- Penemuan aktif penderita
- Penatalaksanaan kasus dan pengobatan
- Pengendalian vektor
- Pos Malaria Desa (Posmaldes)
- Penyediaan sarana (mikroskop, RDT) bahan laboratorium dan obat-obatan (ACT)

2.1.12 Pengobatan penderita malaria

- Setiap orang dengan gejala malaria yang datang ke pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, rumah sakit, dan lain-lain) dilakukan pemeriksaan sediaan darah tepi untuk memastikan apakah di dalam darahnya terdapat parasit malaria (*Plasmodium*)
- Setiap orang yang positif sediaan darahnya terdapat *Plasmodium* (*falsiparum*, *vivax*, *ovale* atau *mix/gabungan*) diberikan pengobatan Obat Anti Malaria (OAM) yaitu *Artemisinin Combination Therapy (ACT)*. Pengobatan diberikan selama 3 hari kemudian diikuti perkembangan penyakitnya melalui pemeriksaan mikroskopik.
- Untuk penderita malaria berat/malaria dengan komplikasi diberikan OAM berupa *Arthemeter Injeksi* atau *Arthesunate Injeksi* sampai pasien bisa minum obat (ACT tablet)

2.2 Tokoh agama

Sebelum berbicara lebih jauh tentang tokoh agama seperti yang dimaksudkan untuk penelitian ini, terlebih dahulu dibahas mengenai apa itu tokoh.

Furchan dan Maimun (2005) menjelaskan bahwa tokoh adalah orang yang berhasil dibidangnya yang ditunjukkan dengan karya-karya yang monumental dan mempunyai pengaruh pada masyarakat sekitarnya. Ada 4 indikator untuk mencerminkan seorang tokoh, yakni:

- 1). Berhasil dibidangnya. Istilah berhasil menunjuk pada pencapaian tujuan-tujuan tertentu. Orang yang berhasil adalah orang yang mencapai tujuan-tujuan tertentu (baik tujuan jangka pendek maupun jangka panjang) berdasarkan potensi yang dimiliki dan aktivitas yang dilakukan sesuai dengan bidang yang digelutinya.
- 2). Mempunyai karya-karya monumental (sesuai dengan konteks apa dan dimana sang tokoh berkontribusi). Sebagai seorang tokoh, ia haruslah mempunyai karya-karya yang dapat diwariskan kepada generasi berikutnya, baik berupa karya tulis maupun karya nyata dalam bentuk fisik maupun non fisik.

- 3). Mempunyai pengaruh pada masyarakat. Artinya, segala pikiran dan aktivitas sang tokoh betul-betul dapat dijadikan rujukan dan panutan oleh masyarakat dalam melaksanakan aktivitas kehidupan sesuai dengan bidangnya
- 4). Ketokohnya diakui secara "mutawir", artinya, dengan segala kekurangan dan kelebihan sang tokoh, sebahagian besar warga masyarakat memberikan apresiasi positif dan mengidolakannya sebagai seorang yang pantas menjadi tokoh atau ditokohkan untuk menyelesaikan berbagai persoalan sesuai dengan bidangnya.(p. 11).

Selanjutnya, dalam menentukan kualifikasi sang tokoh, dapat dilihat dari karya dan aktifitasnya. Misalnya, tokoh berskala regional dapat dilihat dari segi apakah ia menjadi pengurus organisasi atau pemimpin lembaga di tingkat regional, atau tokoh dalam bidang tertentu yang banyak memberikan kontribusi pada masyarakat, dengan berbagai pikiran dan karya nyata yang semuanya itu mempunyai pengaruh yang cukup signifikan bagi peningkatan kualitas masyarakat (Furchan dan Maimun, 2005, p. 13)

Jalaluddin (2005), menjelaskan bahwa tokoh agama menempati fungsi dan memiliki peran sentral dalam masyarakat. Sebagai tokoh, ia dianggap menempati kedudukan yang tinggi dan dihormati oleh masyarakat pendukungnya. Dalam posisi seperti itu, maka perkataan yang berkaitan dengan masalah agama dinilai sebagai fatwa yang harus ditaati. Karena itu tokoh agama lazim menempati kedudukan sebagai pemimpin karismatis

Dari uraian diatas dapatlah disimpulkan bahwa tokoh agama adalah orang yang karena kemampuannya berhasil dalam bidang agama yang ditunjukkan dengan adanya karya nyata berupa sumbangsih tenaga dan pikiran mereka terhadap permasalahan agama yang dihadapi masyarakat, serta dijadikannya mereka sebagai contoh dan panutan dalam urusan agama.

Dalam penelitian ini, konteks tokoh agama yang dimaksud adalah tokoh agama dalam perspektif Islam. Terdapat berbagai macam istilah bagi tokoh agama dalam Agama Islam, berikut beberapa diantaranya :

- a. Ulama, yakni orang yang ahli dalam hal atau dalam pengetahuan tentang agama islam.

- b. Ustaz, yaitu orang yang mengajarkan pengetahuan tentang agama islam atau guru agama.
- c. Da'i, yaitu orang yang pekerjaannya berdakwah
- d. Kiai/kyai, yaitu istilah atau sebutan bagi alim ulama (cerdik pandai dalam agama islam), juga dipakai untuk istilah-istilah yang berbau mistik.
- e. Mubaligh, yaitu orang yang menyiarkan atau menyampaikan ajaran agama islam. Definisi lain tentang mubaligh adalah mediator dibidang agama yang tidak hanya mengkomunikasikan ajaran-ajaran agama yang berkaitan dengan dunia akhirat tetapi juga mengkomunikasikan ajaran agama islam yang berkaitan dengan aspek kehidupan sehari-hari seperti hubungan antara pribadi, kehidupan keluarga, pendidikan, kesehatan, budaya, ekonomi, politik dan masalah sosial lainnya (Markus, 1992, p. 205)

2.3 Teori-teori perilaku kesehatan

Edberg, M. (2009), menguraikan bahwa teori perilaku terdiri dari teori perilaku yang berfokus pada individu atau teori yang membahas faktor-faktor internal serta teori perilaku yang berfokus terutama pada konteks sosial/lingkungan dan berinteraksi dengan individu atau teori yang membahas faktor-faktor eksternal. Berikut adalah beberapa teori yang berhubungan dengan perilaku kesehatan menurut Edberg, M. (2009) :

- a. Teori perilaku kesehatan individu
 - Teori *Health Belief Model* (HBM) atau model kepercayaan kesehatan, secara khusus teori ini akan dibicarakan pada akhir bab ini.
 - Teori *Planned Behavior*
Teori yang berorientasi individu ini pada awalnya disebut sebagai Teori *Reasoned Action* (TRA) kemudian digantikan dengan teori yang disebut *Planned Behavior* (TPB). Rumusan awal teori ini menekankan bahwa suatu keinginan berperilaku mengikuti :
 - Sikap seseorang terhadap perilaku tertentu
 - Persepsinya tentang norma subyektif yang berhubungan dengan perilaku tersebut.

Selanjutnya Ajzen dan Fishein (dalam Edberg, M., 2009) mengembangkan sikap terhadap perilaku dan norma subyektif ke dalam beberapa bagian, sebagai berikut :

- Sikap terhadap perilaku merupakan hasil dari : (1) kepercayaan seseorang tentang apa yang akan terjadi bila mereka melakukannya (hasil yang diharapkan), dikombinasikan dengan (2) penilaian mereka tentang apakah hasilnya baik atau buruk.
- Norma subyektif merupakan hasil dari : (1) kepercayaan seseorang tentang apa yang orang lain atau kelompok sosialnya pikirkan tentang perilakunya, dikombinasikan dengan (2) motivasinya untuk menyesuaikan diri dengan norma sosial (misalnya, bila seseorang merasa cukup yakin tentang penerimaan kelompok sosialnya, ia mungkin tidak akan mempertimbangkan norma kelompoknya dalam memutuskan untuk melakukan sesuatu perilaku tertentu.

Berikut adalah ringkasan berbagai komponen TRA/TPB yang disusun dalam bentuk tabel.

Tabel 2.1 Komponen TRA/TPB

Teori Tindakan Beralasan (TRA)	Teori Perilaku Terencana (TPB)
<p>Sikap</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepercayaan seseorang tentang apa yang akan terjadi bila ia berperilaku • Pendapat seseorang tentang apakah hasil yang diharapkan baik atau buruk 	<p>Persepsi pengendalian perilaku</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengendalian kepercayaan: Kepercayaan seseorang tentang faktor-faktor yang akan mempermudah atau mempersulit berperilaku
<p>Norma Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepercayaan seseorang tentang apa yang orang lain atau kelompok sosialnya pikirkan tentang perilaku • Motivasi seseorang untuk menyesuaikan diri dengan persepsi norma ini. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persepsi kekuatan: Jumlah kekuasaan yang orang percaya dimilikinya bila melakukan perilaku tersebut
<p>Niat Berperilaku</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niat seseorang berperilaku. • Dipengaruhi oleh sikap, norma subyektif dan persepsi pengendalian perilaku, niat berperilaku adalah yang paling bisa memprediksi perilaku aktual. 	

Sumber : Edberg, M. (2009) p.61

b. Perilaku kesehatan sosial, antara lain adalah :

- Teori Kognitif Sosial (*Social Cognitive Theory/SCT*)

Dikenal sebagai teori pembelajaran sosial dari Albert Bandura. Pada awalnya prinsip kunci teori ini adalah pembelajaran melalui observasi, tetapi kemudian Bandura memperluas pendekatan tersebut. Pada pembelajaran perilaku dengan memperkenalkan konsep efektivitas diri yang telah diadopsi oleh berbagai teori perilaku. Menurut teori ini, perubahan perilaku adalah fungsi dari fakto-faktor :

- Karakteristik individu (internal); perasaan efektifitas diri seseorang mengenai suatu perilaku baru, keyakinannya bahwa ia dapat melakukan dan mengatasi hambatan.
- Lingkungan (eksternal); lingkungan sosial dan fisik yang ada disekitar seseorang. Perilaku orang lain dan konsekuensi dari perilaku tersebut yang berakhir dengan pembelajaran lewat pengalaman orang lain.
- Proses interaksi dari determinan timbal balik, yaitu seseorang bertindak berdasarkan faktor-faktor individual dan isyarat-isyarat sosial /lingkungan, menerima respon dari lingkungan, menyesuaikan perilaku, bertindak, dan seterusnya (Edberg, M. 2009, p.76-78)

Banyak teori lain yang berbicara mengenai perilaku kesehatan masyarakat, antara lain yang populer, seperti :

- Teori Lawrence Green

Teori ini menjelaskan adanya tiga faktor utama yang mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat, yaitu:

- (1) Faktor Predisposisi atau faktor pemudah, seperti karakteristik, pengetahuan, sikap, keyakinan, dan sebagainya.
- (2) Faktor Pemungkin, seperti ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan termasuk dana dan lain-lain.
- (3) Faktor Penguat, seperti contoh dan dorongan dari petugas kesehatan, tokoh agama/tokoh masyarakat, peraturan, dan sebagainya.

Secara sistematis teori ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.2 Rumusan teori Green

$$B = f (Pf, Ef, Rf)$$

Dimana :

B = *Behavior* (Perilaku)

f = Fungsi dari ...

Pf= *Predisposing factors* (Faktor-faktor Pemudah)

Ef= *Enabling factors* (Faktor-faktor Pemungkin)

Rf= *Reinforcing factors* (Faktor-faktor Penguat)

- Teori WHO

Teori ini menjelaskan adanya empat faktor utama yang mendasari adanya perubahan perilaku kesehatan masyarakat, yakni :

- (1) Pemikiran dan perasaan, kedua hal ini merupakan modal awal untuk berperilaku, contohnya seseorang harus mempertimbangkan segala hal termasuk untung ruginya sebelum memeriksakan darahnya kepada petugas kesehatan yang mencurigai mengidap malaria.
- (2) Adanya individu sebagai acuan, sama seperti fungsi faktor penguat dalam teori Green
- (3) Sumber daya, sama seperti fungsi faktor pemungkin dalam teori Green
- (4) Sosio budaya, seperti kebiasaan dan adat istiadat setempat yang amat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku.

Secara sistematis teori ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.3 Rumusan teori WHO

$$B = f (Tf, Pr, R, C)$$

Dimana :

B = *Behavior* (Perilaku)

f = Fungsi dari ...

Tf= *Thoughts and feeling* (Pemikiran dan perasaan)

Pr= *Personal references* (Individu yang menjadi contoh/acuan)

R = *Resources* (Sumber daya)

C = *Culture* (Sosio budaya)

2.4 Persepsi

Kotler (2000) menjelaskan persepsi sebagai proses bagaimana seseorang menyeleksi, mengatur dan menginterpretasikan masukan-masukan informasi untuk menciptakan gambaran keseluruhan yang berarti. Mangkunegara (dalam Arindita, 2002) berpendapat bahwa persepsi adalah suatu proses pemberian arti atau makna terhadap lingkungan. Dalam hal ini persepsi mencakup penafsiran obyek, penerimaan stimulus (Input), pengorganisasian stimulus, dan penafsiran terhadap stimulus yang telah diorganisasikan dengan cara mempengaruhi perilaku dan pembentukan sikap. Adapun Robbins (2003) mendeskripsikan persepsi dalam kaitannya dengan lingkungan, yaitu sebagai proses di mana individu-individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan indera mereka agar memberi makna kepada lingkungan mereka. Walgito (1993) mengemukakan bahwa persepsi seseorang merupakan proses aktif yang memegang peranan, bukan hanya stimulus yang mengenainya tetapi juga individu sebagai satu kesatuan dengan pengalaman-pengalamannya, motivasi serta sikapnya yang relevan dalam menanggapi stimulus. Individu dalam hubungannya dengan dunia luar selalu melakukan pengamatan untuk dapat mengartikan rangsangan yang diterima dan alat indera dipergunakan sebagai penghubung antara individu dengan dunia luar. Agar proses pengamatan itu terjadi, maka diperlukan objek yang diamati alat indera yang cukup baik dan perhatian merupakan langkah pertama sebagai suatu persiapan dalam mengadakan pengamatan. Persepsi dalam arti umum adalah pandangan seseorang terhadap sesuatu yang akan membuat respon bagaimana dan dengan apa seseorang akan bertindak. Leavitt (dalam Rosyadi, 2001) membedakan persepsi menjadi dua pandangan, yaitu pandangan secara sempit dan luas. Pandangan yang sempit mengartikan persepsi sebagai penglihatan, bagaimana seseorang melihat sesuatu. Sedangkan pandangan yang luas mengartikannya sebagai bagaimana seseorang memandang atau mengartikan

sesuatu. Sebagian besar dari individu menyadari bahwa dunia yang sebagaimana dilihat tidak selalu sama dengan kenyataan, jadi berbeda dengan pendekatan sempit, tidak hanya sekedar melihat sesuatu tapi lebih pada pengertiannya terhadap sesuatu tersebut. Persepsi berarti analisis mengenai cara mengintegrasikan penerapan kita terhadap hal-hal di sekeliling individu dengan kesan-kesan atau konsep yang sudah ada, dan selanjutnya mengenali benda tersebut. Untuk memahami hal ini, akan diberikan contoh sebagai berikut: individu baru pertama kali menjumpai buah yang sebelumnya tidak kita kenali, dan kemudian ada orang yang memberitahu kita bahwa buah itu namanya mangga. Individu kemudian mengamati serta menelaah bentuk, rasa, dan lain sebagainya, dari buah itu secara saksama, lalu timbul konsep mengenai mangga dalam benak (memori) individu. Pada kesempatan lainnya, saat menjumpai buah yang sama, maka individu akan menggunakan kesan-kesan dan konsep yang telah dimiliki untuk mengenali bahwa yang dilihat itu adalah mangga (Tani putera, 2005). Dari definisi persepsi di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa persepsi merupakan suatu proses bagaimana seseorang menyeleksi, mengatur dan menginterpretasikan masukan-masukan informasi dan pengalaman-pengalaman yang ada dan kemudian menafsirkannya untuk menciptakan keseluruhan gambaran yang berarti.

2.4.1 Proses Persepsi

Allport (dalam Mar'at, 1991) proses persepsi merupakan suatu proses kognitif yang dipengaruhi oleh pengalaman, cakrawala, dan pengetahuan individu. Pengalaman dan proses belajar akan memberikan bentuk dan struktur bagi objek yang ditangkap panca indera, sedangkan pengetahuan dan cakrawala akan memberikan arti terhadap objek yang ditangkap individu, dan akhirnya komponen individu akan berperan dalam menentukan tersedianya jawaban yang berupa sikap dan tingkah laku individu terhadap objek yang ada. Walgito (dalam Hamka, 2002) menyatakan bahwa terjadinya persepsi merupakan suatu yang terjadi dalam tahap-tahap berikut:

- 1) Tahap pertama, merupakan tahap yang dikenal dengan nama proses kealaman atau proses fisik, merupakan proses ditangkapnya suatu stimulus oleh alat indera manusia.
- 2) Tahap kedua, merupakan tahap yang dikenal dengan proses fisiologis, merupakan proses diteruskannya stimulus yang diterima oleh reseptor (alat indera) melalui saraf-saraf sensoris.
- 3) Tahap ketiga, merupakan tahap yang dikenal dengan nama proses psikologik, merupakan proses timbulnya kesadaran individu tentang stimulus yang diterima reseptor.
- 4) Tahap keempat, merupakan hasil yang diperoleh dari proses persepsi yaitu berupa tanggapan dan perilaku.

Berdasarkan pendapat para ahli yang telah dikemukakan, bahwa proses persepsi melalui tiga tahap, yaitu:

- 1) Tahap penerimaan stimulus, baik stimulus fisik maupun stimulus sosial melalui alat indera manusia, yang dalam proses ini mencakup pula pengenalan dan pengumpulan informasi tentang stimulus yang ada.
- 2) Tahap pengolahan stimulus sosial melalui proses seleksi serta pengorganisasian informasi
- 3) Tahap perubahan stimulus yang diterima individu dalam menanggapi lingkungan melalui proses kognisi yang dipengaruhi oleh pengalaman, cakrawala, serta pengetahuan individu.

Menurut Newcomb (dalam Arindita, 2003), ada beberapa sifat yang menyertai proses persepsi, yaitu:

- 1) Konstansi (menetap): Dimana individu mempersepsikan seseorang sebagai orang itu sendiri walaupun perilaku yang ditampilkan berbeda-beda.
- 2) Selektif: persepsi dipengaruhi oleh keadaan psikologis si perseptor. Dalam arti bahwa banyaknya informasi dalam waktu yang bersamaan dan keterbatasan kemampuan perseptor dalam mengelola dan menyerap informasi tersebut, sehingga hanya informasi tertentu saja yang diterima dan diserap.
- 3) Proses organisasi yang selektif: beberapa kumpulan informasi yang sama dapat disusun ke dalam pola-pola menurut cara yang berbeda-beda.

2.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Thoah (1993) berpendapat bahwa persepsi pada umumnya terjadi karena dua faktor, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal berasal dari dalam diri individu, misalnya sikap, kebiasaan, dan kemauan. Sedangkan faktor eksternal adalah faktor-faktor yang berasal dari luar individu yang meliputi stimulus itu sendiri, baik sosial maupun fisik. Dijelaskan oleh Robbins (2003) bahwa meskipun individu-individu memandang pada satu benda yang sama, mereka dapat mempersepsikannya berbeda-beda. Ada sejumlah faktor yang bekerja untuk membentuk dan terkadang memutar-balikkan persepsi. Faktor-faktor ini terdiri dari:

- 1) Pelaku persepsi (*perceiver*)
- 2) Objek atau yang dipersepsikan
- 3) Konteks dari situasi dimana persepsi itu dilakukan

Berbeda dengan persepsi terhadap benda mati seperti meja, mesin atau gedung, persepsi terhadap individu adalah kesimpulan yang berdasarkan tindakan orang tersebut. Objek yang tidak hidup dikenai hukum-hukum alam tetapi tidak mempunyai keyakinan, motif atau maksud seperti yang ada pada manusia. Akibatnya individu akan berusaha mengembangkan penjelasan-penjelasan mengapa berperilaku dengan cara-cara tertentu. Oleh karena itu, persepsi dan penilaian individu terhadap seseorang akan cukup banyak dipengaruhi oleh pengandaian-pengandaian yang diambil mengenai keadaan internal orang itu (Robbins, 2003). Gilmer (dalam Hapsari, 2004) menyatakan bahwa persepsi dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain faktor belajar, motivasi, dan pemerhati perseptor atau pemersepsi ketika proses persepsi terjadi. Dan karena ada beberapa faktor yang bersifat subyektif yang mempengaruhi, maka kesan yang diperoleh masing-masing individu akan berbeda satu sama lain. Oskamp (dalam Hamka, 2002) membagi empat karakteristik penting dari faktor-faktor pribadi dan sosial yang terdapat dalam persepsi, yaitu:

- a. Faktor-faktor ciri dari objek stimulus.
- b. Faktor-faktor pribadi seperti intelegensi, minat.
- c. Faktor-faktor pengaruh kelompok.
- d. Faktor-faktor perbedaan latar belakang kultural.

Persepsi individu dipengaruhi oleh faktor fungsional dan struktural. Faktor fungsional ialah faktor-faktor yang bersifat personal. Misalnya kebutuhan individu, usia, pengalaman masa lalu, kepribadian, jenis kelamin, dan hal-hal lain yang bersifat subjektif. Faktor struktural adalah faktor di luar individu, misalnya lingkungan, budaya, dan norma sosial sangat berpengaruh terhadap seseorang dalam mempersepsikan sesuatu.

Dari uraian di atas dapat ditarik sebuah kesimpulan, bahwa persepsi dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan eksternal, yaitu faktor pemersepsi (*perceiver*), obyek yang dipersepsi dan konteks situasi persepsi dilakukan.

2.5. Penjelasan tentang variabel –variabel yang mempengaruhi

2.5.1. Pengetahuan

Perilaku mencakup 3 domain yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan adalah hal-hal yang diketahui seseorang tentang objek tertentu yang diperoleh melalui observasi atau pengamatan dengan alat indranya. Dalam domain kognitif, pengetahuan memiliki beberapa tingkatan dari yang terendah sampai yang tertinggi yaitu mengetahui, memahami, mengaplikasikan, menganalisis, mensintesis dan mengevaluasi (Notoatmodjo,2007).

Sehubungan dengan pengetahuan tentang malaria, pada dasarnya ada 4 hal umum yang berkaitan dengan hal tersebut, yaitu : mengetahui tanda-tanda malaria, mengetahui penyebab malaria, mengetahui cara penularan malaria, dan mengetahui tanda-tanda nyamuk malaria (Sukowati, S. dkk, 2005). Pengetahuan empiris merupakan hasil observasi dan juga hasil pengalaman pribadi seseorang yang berulang kali (Irmayanti,2007).

Hasil penelitian Imran (2003) di Provinsi Nangroe Aceh Darusalam ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan malaria.

Sedangkan penelitian Ismoyowati pada tahun 1999 menjelaskan bahwa variabel yang paling mempunyai kontribusi terhadap perubahan perilaku masyarakat adalah pengetahuan dalam pemberantasan malaria. (Ismoyowati, 1999).

Akan tetapi menurut penelitian yang dilakukan oleh Friaraiyatini, dkk yang dilakukan di Kabupaten Barito Selatan tahun 2005 menjelaskan bahwa

pengetahuan penduduk tentang penyakit malaria tidak berhubungan dengan kejadian malaria . Sehingga dapat disimpulkan bahwa baik yang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi maupun rendah mempunyai kesempatan yang sama dalam kejadian malaria. Karena jika seseorang tidak mengetahui sesuatu hal dengan jelas maka sulit baginya untuk menentukan sikap positif dan negatif, dan apabila seseorang telah mengetahui sesuatu hal namun tidak dibarengi dengan kesadaran untuk berbuat maka pengetahuannya tidak akan berlangsung lama dan tidak berguna bagi kehidupan (Notoatmodjo,1993).

2.5.2. Umur

Dalam teori psikologi perkembangan, dikenal periode-periode perkembangan manusia, antara lain adalah periode dewasa. Periode dewasa adalah periode yang paling penting dalam masa kehidupan, masa ini dibagi dalam 3 periode yaitu: Masa dewasa awal dari umur 21 sampai umur 40. Masa dewasa pertengahan, dari umur 40 sampai umur 60 dan masa akhir atau usia lanjut, dari umur 60 sampai mati. Berikut uraiannya :

1. Masa dewasa awal adalah masa pencaharian kemandirian dan masa reproduktif yaitu suatu masa yang penuh dengan masalah dan ketegangan emosional, periode isolasi sosial, periode komitmen dan masa ketergantungan, perubahan nilai-nilai, kreativitas dan penyesuaian diri pada pola hidup yang baru, periode ini ditandai juga dengan adanya kemampuan membentuk hubungan erat serta komitmen karier.
2. Masa Dewasa madya (*Middle Adulthood*).

Masa dewasa madya ini berlangsung dari umur empat puluh sampai umur enam puluh tahun. Ciri-ciri yang menyangkut pribadi dan sosial pada masa ini antara lain:

- a. Masa dewasa madya merupakan periode yang ditakuti dilihat dari seluruh kehidupan manusia.
- b. Masa dewasa madya merupakan masa transisi, dimana pria dan wanita meninggalkan ciri-ciri jasmani dan prilaku masa dewasanya dan memasuki suatu periode dalam kehidupan dengan ciri-ciri jasmani dan prilaku yang baru.

- c. Masa dewasa madya adalah masa berprestasi. Menurut Erikson, selama usia madya ini orang akan menjadi lebih sukses atau sebaliknya mereka berhenti (stagnasi).
 - d. Pada masa dewasa madya ini perhatian terhadap agama lebih besar dibandingkan dengan masa sebelumnya, dan kadang-kadang minat dan perhatiannya terhadap agama ini dilandasi kebutuhan pribadi dan sosial.
 - e. Pada masa ini juga perhatian terhadap keluarga, masyarakat dan generasi penerus yang lebih serius
3. Masa Usia Lanjut (*Later Adulthood*)

Usia lanjut adalah periode penutup dalam rentang hidup seseorang. Masa ini dimulai dari umur enam puluh tahun sampai mati, yang ditandai dengan adanya perubahan yang bersifat fisik dan psikologis yang semakin menurun. Dengan kata lain pada periode ini mengisyaratkan adanya kepuasan dengan kehidupan dan siap menghadapi kematian.

2.5.3. Jenis kelamin

Infeksi malaria tidak membedakan jenis kelamin penderita, tetapi jika menginfeksi ibu yang sedang hamil akan menyebabkan anemia yang lebih berat, gangguan pada janin, berat bayi lahir rendah (Depkes RI, 2003)

Perbedaan angka kesakitan malaria pada pria dan wanita sebenarnya disebabkan oleh faktor-faktor ekstrinsik lainnya seperti pekerjaan, pendidikan, perumahan, kekebalan dan kebiasaan melindungi diri dari gigitan nyamuk (Depkes RI, 1990). Wanita mempunyai respon imun yang lebih kuat dibandingkan dengan pria, namun kehamilan menambah resiko malaria (Harijanto, 2000).

2.5.4. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah pada penduduk juga sangat berpengaruh terhadap penerimaan inovasi atau ide-ide baru yang juga dapat menjadikan masyarakat sulit diajak berperan serta dalam penanggulangan malaria, sehingga dalam menumbuhkan dan meningkatkan peran serta masyarakat perlu

memperhatikan keadaan dan karakteristik masyarakat setempat seperti pendidikan dan potensi yang ada pada masyarakat tersebut (Kasnodihardjo dalam Sulisty, 2001)

2.5.5. Pekerjaan

Berdasarkan teori Hendrik L. Blum yang menyatakan bahwa status kesehatan seseorang itu dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu : keturunan, pelayanan kesehatan, perilaku dan lingkungan yang meliputi lingkungan fisik, sosial ekonomi dan budaya. Sedangkan menurut teori epidemiologi bahwa ada 3 unsur penting yang mempengaruhi proses masuknya penyakit yaitu faktor individu itu sendiri (*host*), faktor penyebab penyakit (*agent*) dan lingkungan sekitarnya (*environment*).

Yang termasuk dalam faktor lingkungan sosial ekonomi adalah sistem ekonomi yang berlaku yang mengacu pada pekerjaan seseorang dan berdampak pada penghasilan yang akan berpengaruh pada kondisi kesehatannya (Indrayani, R. 2009)

Jenis pekerjaan dapat berperan didalam timbulnya penyakit melalui beberapa jalan yakni : Adanya faktor-faktor lingkungan yang langsung dapat menimbulkan kesakitan seperti bahan-bahan kimia, gas-gas beracun, radiasi, benda-benda fisik yang dapat menimbulkan kecelakaan dan sebagainya. Demikian halnya dengan penyakit malaria berkaitan dengan pekerjaan, hal ini sesuai dengan penelitian Piyarat (1986) yang menyatakan bahwa orang yang tempat bekerjanya di hutan mempunyai risiko untuk tertular penyakit malaria karena di hutan merupakan tempat hidup dan berkembang biaknya nyamuk *Anopheles sp* dengan kepadatan yang tinggi. Dibuktikan juga oleh hasil penelitian Harijanto (2000) bahwa ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan (berkebun, nelayan dan buruh yang bekerja pada malam hari) dengan kejadian malaria.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Friaraiyatini, dkk (2006) menemukan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kejadian malaria.

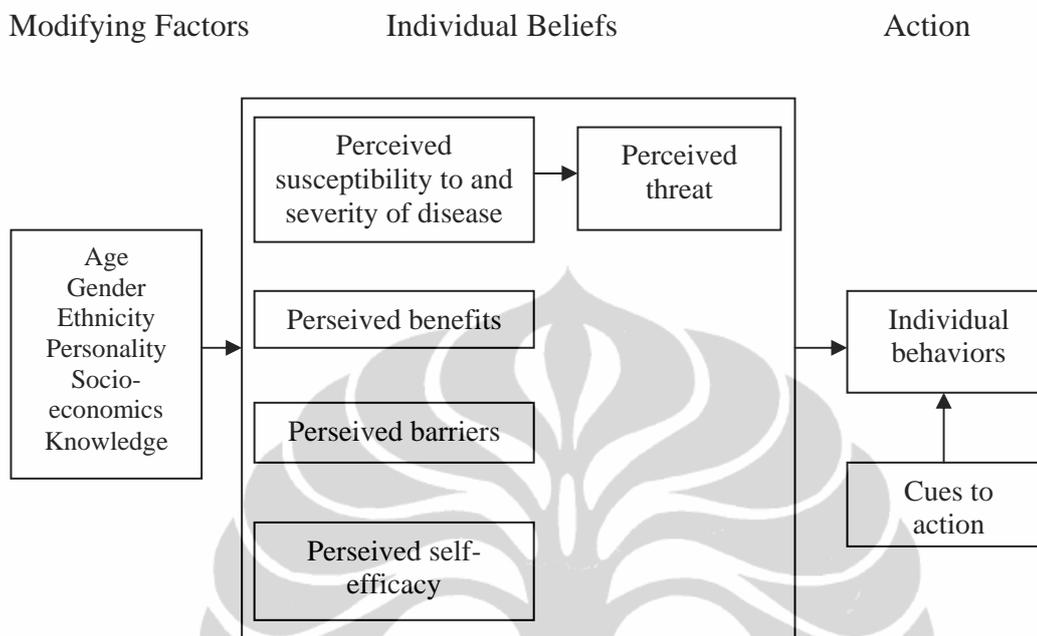
2.5.6. *Health Belief Model (HBM)*

HBM seringkali dipertimbangkan sebagai kerangka utama dalam perilaku yang berkaitan dengan kesehatan manusia dan telah mendorong penelitian perilaku kesehatan sejak tahun 1950-an. HBM diuraikan dalam usaha mencari cara menerangkan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, dimulai dari pertimbangan orang-orang mengenai kesehatan. HBM digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan (Smet, B.,1994)

HBM dikembangkan oleh ahli-ahli psikologi sosial di *United State Public Health Service*, untuk menjelaskan kurangnya partisipasi masyarakat mengikuti program deteksi dini penyakit, yaitu skrining tuberculosis (TBC). Kemudian model ini digunakan untuk menjelaskan perilaku masyarakat dalam menanggapi suatu penyakit. Lebih dari tiga dekade, HBM merupakan salah satu pendekatan psikososial yang paling sering digunakan untuk menjelaskan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*). Teori ini berakar pada teori kognitif yang menekankan peran hipotesa atau harapan subyektif individu. Pada perspektif ini, perilaku merupakan fungsi dari nilai subyektif suatu dampak (*outcome*) dan harapan subyektif bahwa tindakan tertentu akan mencapai dampak tersebut. Konsep seperti ini dikenal sebagai teori "nilai-harapan" (*value-expectancy*). Jadi dapat dikatakan bahwa HBM merupakan teori nilai-harapan. Jika konsep ini diaplikasikan pada perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, maka dapat diterjemahkan menjadi : keinginan untuk tidak sakit atau menjadi sembuh (nilai), dan keyakinan (*belief*) bahwa tindakan kesehatan tertentu akan mencegah atau menyembuhkan penyakit (harapan). Harapan ini kemudian diterjemahkan sebagai perkiraan seseorang terhadap resiko mengidap suatu penyakit dan keseriusan akibat suatu penyakit, serta kemungkinan untuk mengurangi ancaman penyakit melalui suatu tindakan tertentu.

HBM terdiri dari tiga bagian yaitu latar belakang, persepsi dan tindakan. Latar belakang terdiri dari faktor sosiodemografi, sosiopsikologi, dan struktur. Latar belakang ini akan mempengaruhi persepsi terhadap ancaman suatu penyakit dan harapan keuntungan dan kerugian suatu tindakan untuk mengurangi ancaman penyakit. Untuk lebih jelasnya gambar 2.1 berikut ini akan menerangkan komponen-komponen dari latar belakang, persepsi dan tindakan pada HBM.

Gambar 2.4
Diagram Skematik Komponen-Komponen *Health Belief Model*



Sumber : Champion, V.L. & Skinner, C. S. (2008) dalam *Health Behavior And Health Education, Theory, Research, and Practice* (Chapter 3; p. 49)

Komponen *Health Belief Model*

Berikut ini adalah penjelasan mengenai masing-masing komponen HBM

1. Persepsi ancaman (*Perceived Threat*)

Persepsi terhadap ancaman suatu penyakit merupakan langkah awal dalam proses bertindak untuk mengurangi ancaman tersebut. Persepsi terhadap ancaman merupakan gabungan dari 2 faktor, yaitu persepsi seseorang terhadap kerentanan tertular suatu penyakit (*perceived susceptibility*) dan persepsi seseorang terhadap keseriusan suatu penyakit baik secara medis maupun sosial (*perceived severity*).

2. Persepsi terhadap kerentanan tertular suatu penyakit (*Perceived Susceptibility*)

Adalah Persepsi seseorang terhadap resiko/kerentanan jika tertular suatu penyakit. Jika orang berpikir bahwa mereka tidak bisa terkena suatu penyakit tertentu atau khusus, mereka tentu tidak akan mengambil tindakan untuk mencegahnya.

Seseorang bertindak untuk mencegah atau mengobati penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut. Dengan kata lain, suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang merasa yakin/percaya bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut (Notoatmodjo, 2007).

Tidak semua orang yang merasakam bahwa dirinya rentan (*susceptible*) mau melakukan tindakan pencegahan terhadap penyakit, seperti yang dikemukakan oleh Hongvivatana T., Boonongkol P., dalam penelitian di Bangkok, bahwa 50% penduduk daerah endemis tidak menyadari bahwa mereka rentan terhadap malaria, mereka hanya mengetahui bahwa malaria disebabkan oleh gigitan nyamuk.(Hongvivatana T., Boonongkol P., dalam *Indonesian Journal Of Clinical Epidemiology & Biostatistics*).

Persepsi kerentanan mempunyai pengaruh yang sangat kuat terhadap tindakan pencegahan. Jika seseorang merasa rentan maka akan melakukan tindakan pencegahan, tetapi persepsi kerentanan juga dipengaruhi oleh pengetahuan dan persepsi manfaat .

Penelitian di Banjarnegara tahun 2002 menjelaskan bahwa persepsi kerentanan merupakan faktor yang mempengaruhi persepsi ancaman (Suharjo, 2002). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Atik Triratnawati di Sudorogo Jawa Tengah, ternyata walaupun masyarakat memiliki persepsi kerentanan terhadap penyakit malaria tetapi tidak melakukan tindakan pencegahan, menurut keyakinan masyarakat bahwa semua tindakan pencegahan akan sia-sia karena mereka tidak dapat menghindari dari malaria (Triratnawati, A.,1992)

Jadi masyarakat yang bertindak melakukan pencegahan terhadap malaria, sudah merasakan bahwa mereka rentan terhadap penyakit tersebut, dan dipengaruhi oleh pengetahuan dan keterpaparan terhadap informasi, serta riwayat menderita penyakit. Biasanya mereka yang merasa rentan sudah pernah merasakan menderita penyakit malaria atau ada riwayat menderita malaria dalam keluarga.

3. Persepsi terhadap keseriusan suatu penyakit (*Perceived Severity*)

Adalah persepsi seseorang terhadap keseriusan akibat penyakit atau jika tidak diobati baik secara medis (kematian, cacat, rasa sakit) maupun sosial (dampak pada pekerjaan, keluarga, hubungan sosial). Jika orang tidak berpikir bahwa masalah atau penyakit tersebut serius atau sangat mengganggu, kemungkinan besar mereka tidak akan mengambil tindakan untuk mencegahnya.

Penyakit malaria misalnya akan dirasakan lebih serius bila dibandingkan dengan flu. Oleh karena itu, tindakan pencegahan malaria akan lebih banyak dilakukan bila dibandingkan dengan pencegahan (pengobatan) flu. Penyakit malaria juga dapat menyebabkan kematian, menyebabkan penderitaan dan menurunkan produktifitas masyarakat sehingga berdampak terhadap berkurangnya pendapatan keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Sekar Tuti, di Kecamatan Rajabasa Lampung Selatan menjelaskan bahwa dari 97,1% responden yang menyatakan malaria sebagai penyakit yang serius, 89,5% diantaranya mau melakukan tindakan pencegahan (Tuti, S., 2003).

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Atik Triratnawati, di Sudorogo Jawa Tengah yang menjelaskan bahwa masyarakat merasakan bahwa malaria adalah penyakit yang berbahaya tetapi tidak mengakibatkan kematian sehingga menurut persepsi masyarakat malaria bukan merupakan penyakit yang serius, sehingga masyarakat tidak melakukan pencegahan dengan menggunakan kelambu tetapi dengan membersihkan lingkungan (Triratnawati, A., 1992).

4. Persepsi Positif (*Perceived Benefit*) terhadap perilaku pencegahan

Adalah persepsi seseorang terhadap hal-hal positif atau yang menguntungkan atau memiliki nilai manfaat dari perilaku pencegahan, seperti dengan ber-PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) dapat menghindari diri dari penyakit, dan sebagainya.

Apabila individu merasakan dirinya rentan untuk penyakit yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan

daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut (Notoatmodjo,2007)

5. Persepsi Negatif (*Perceived Barrier*) terhadap perilaku pencegahan

Kebalikan dari persepsi positif, ialah persepsi seseorang terhadap hal-hal negatif atau yang tidak menguntungkan (merugikan) baginya terhadap perilaku pencegahan, seperti biaya yang mahal, efek samping yang berbahaya, rasa sakit, tidak nyaman, buang waktu, dan sebagainya.

6. Persepsi Terhadap Kemampuan Sendiri (*Perceived Self Efficacy*)

Adalah persepsi seseorang terhadap kemampuan dirinya bahwa ia dapat melakukan perilaku pencegahan tersebut dengan sukses. Menurut Bandura, *self efficacy* dapat mempengaruhi setiap tingkat dari perubahan pribadi, baik saat individu tersebut mempertimbangkan perubahan kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan, seberapa berat usaha yang dipilih, seberapa banyak perubahan, dan seberapa baik perubahan yang akan dipelihara. Selain mempengaruhi kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan, perasaan *self efficacy* akan meningkatkan kekebalan terhadap stress dan depresi dan mengaktifkan perubahan-perubahan biokemis yang dapat mempengaruhi berbagai macam aspek dari fungsi kekebalan/*immune function* (Bandura, 1989 dalam Smet, B., 1994). Keyakinan individu terhadap kemampuannya dapat menentukan bagaimana mereka berperilaku, berpikir, dan bereaksi terhadap situasi yang tidak menyenangkan. Penilaian diri terhadap kemampuan yang dimiliki akan menentukan rangkaian perilaku yang harus ditampilkan dan berapa lama harus menjalaninya, pola pikir dan reaksi emosional.

Beberapa teori perilaku menyatakan bahwa orang yang mempunyai keyakinan terhadap kemampuannya untuk melakukan perubahan dalam hidupnya lebih memungkinkan untuk merubah perilaku dan berhasil dalam perubahan tersebut dari pada orang yang tidak mempunyai keyakinan atau keyakinannya kecil atau dengan bahasa lain, kurang percaya diri (Bandura, 1982; Becker,dkk., 1997; Rosenstock, 1994, dalam Yusnita, E., 2003).



BAB 3

KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep

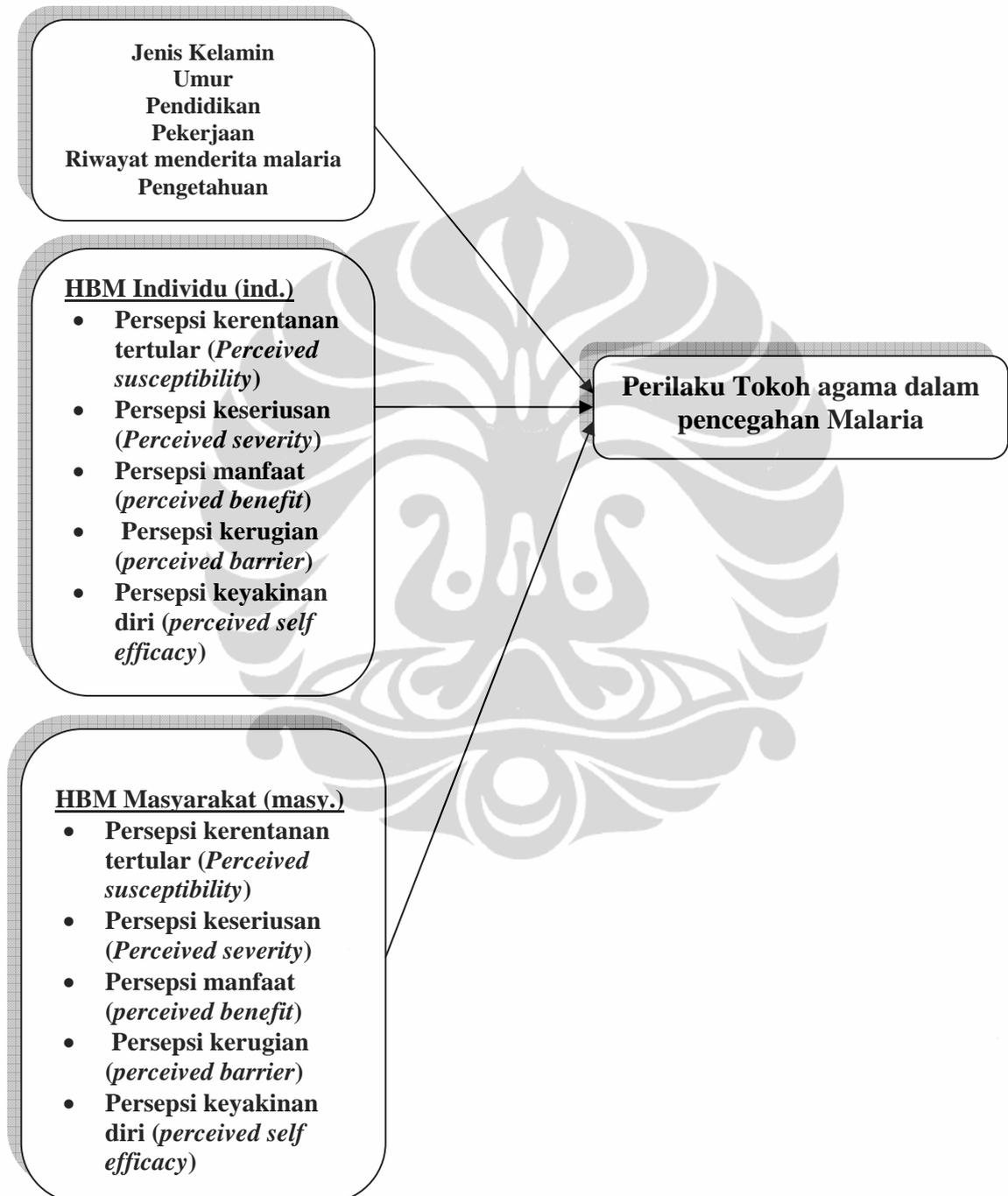
Health Belief Model (HBM) merupakan salah satu kerangka kerja yang paling banyak digunakan dalam ilmu kesehatan masyarakat. HBM dapat menjelaskan modifikasi perilaku kesehatan dan dapat berfungsi sebagai dasar untuk intervensi (Strecher & Rosenstock, 1997, Amy, S.K. & Sonali, S.B., 1999, dalam Yusnita, E., 2003). Menurut Smet, B., (1994) HBM adalah konsep yang digunakan untuk meramalkan atau memprediksi perilaku peningkatan kesehatan.

Konsep HBM memfokuskan pada persepsi subyektif seseorang, antara lain : persepsi seseorang terhadap kerentanan tertular suatu penyakit (*perceived susceptibility*); persepsi seseorang terhadap keseriusan suatu penyakit (*perceived severity*) baik medis atau sosial, seperti kematian; persepsi positif terhadap perilaku pencegahan (*perceived benefit*); persepsi negative terhadap perilaku pencegahan (*perceived barriers*); dan persepsi terhadap kemampuan sendiri untuk melakukan perilaku pencegahan (*perceived self efficacy*).

Persepsi subyektif seseorang antara lain akan dipengaruhi oleh factor sosiodemografi (jenis kelamin, pendidikan, umur, pekerjaan, riwayat menderita malaria), dan structural (pengetahuan mengenai suatu penyakit). Dengan demikian secara tidak langsung akan mempengaruhi perilaku pencegahan.

Pada penelitian ini faktor karakteristik (umur, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan), riwayat menderita malaria dan pengetahuan tentang perilaku pencegahan penyakit malaria dimasukan ke dalam variable independen karena sesuai dengan judul penelitian bahwa penelitian ini bertujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari komponen-komponen persepsi HBM yang dianggap terbaik untuk memprediksi perilaku pencegahan penyakit malaria. Komponen persepsi HBM pada penelitian ini dikembangkan menjadi dua, yakni pertama, persepsi tokoh agama terhadap perilaku pencegahan penyakit malaria dalam konteks mereka sebagai individu/pribadi dan kedua, persepsi tokoh agama terhadap perilaku pencegahan penyakit malaria dalam konteks mereka sebagai

seorang tokoh yang memiliki peran sebagai agen perubahan bagi masyarakat. Pada model prediksi ini semua variabel dianggap penting, sehingga bentuk kerangka konsepnya sebagai berikut :



Gambar 3.1
Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep ini dibagi dalam 2 bentuk HBM, yakni HBM individu dan HBM masyarakat. Pembagian ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa pada satu sisi tokoh agama (toga) diasumsikan memiliki perilaku pencegahan malaria yang diwujudkan berdasarkan persepsi/pemahaman subyektifnya terhadap nilai-nilai HMB bagi dirinya. Sisi yang lain sebagai contoh bagi masyarakat, tokoh agama (toga) diasumsikan memiliki perilaku pencegahan malaria yang diwujudkan berdasarkan persepsi/pemahaman subyektifnya terhadap nilai-nilai HMB pada masyarakatnya.

3.2. Definisi Operasional

3.2.1. Variabel Dependen

Perilaku Tokoh Agama dalam pencegahan penyakit malaria, yakni tindakan nyata dalam pencegahan penyakit malaria, yang meliputi gabungan dari jawaban responden pada pernyataan perilaku nomor 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12 dan 13

- Skala : Ordinal
 Hasil ukur : 1. Melakukan ($>$ nilai median / 19)
 : 0. Tidak melakukan (\leq nilai median /19)
 Cara Ukur : Wawancara
 Alat Ukur : Kuesioner

3.2.2. Variabel Independen

1. **Umur**, yakni lama hidup responden yang dihitung sampai dengan ulang tahun terakhir

- Skala : Ordinal
 Hasil Ukur : 0 = < 40 Tahun, 1 = 40 – 60 Tahun, 2 = > 60 Tahun
 Cara Ukur : Wawancara
 Alat Ukur : Kuesioner

2. **Jenis Kelamin**, yakni penampilan fisik responden yang dibedakan antara laki-laki dan perempuan

- Skala : Ordinal
 Hasil Ukur : 0. Perempuan
 : 1. Laki-Laki

Cara Ukur : Wawancara

Alat Ukur : Kuesioner

3. **Pendidikan**, yakni Jenjang pendidikan formal tertinggi yang telah diselesaikan

Responden

Skala : Ordinal

Hasil Ukur : 2. Tinggi : Lulus Akademi/PT

1. Menengah : Lulus SMA/Sederajat

0. Rendah : Tdk /Tamat SMP//Tdk Tamat SMA/
Sederajat

Cara Ukur : Wawancara

Alat Ukur : Kuesioner

4. **Pekerjaan**, yakni jenis pekerjaan yang biasa dilakukan responden sebagai sumber nafkah di luar kegiatan sebagai mubaligh. Terbagi dalam kelompok beresiko tinggi yakni pekerjaan informal (seperti: petani, nelayan, petambak) dan kelompok beresiko rendah yakni pekerjaan formal (seperti: PNS/guru/TNI/Polri/Honorer)

Skala : Nominal

Hasil Ukur : 1. Beresiko tinggi

0. Beresiko rendah

Cara Ukur : Wawancara

Alat Ukur : Kuesioner

5. **Riwayat menderit malaria**, yakni Pernyataan responden tentang pertanyaan apakah dirinya ataupun keluarga pernah menderita penyakit malaria

Skala : Ordinal

Hasil Ukur : 0. Tidak pernah

1. Pernah

Cara Ukur : Wawancara

Alat Ukur : Kuesioner

6. **Pengetahuan**, yakni Kompetensi kognitif responden tentang hal-hal yang berhubungan dengan penyakit malaria, yang secara umum terdiri dari cara penularan, cara pencegahan, gejala malaria, tanda-tanda nyamuk malaria dan akibat penyakit malaria

Skala : Ordinal
 Hasil ukur : 1. Tinggi ($>$ nilai median/ 14)
 0. Rendah (\leq nilai median/14)
 Cara Ukur : Wawancara
 Alat Ukur : Kuesioner

7. **Perceived susceptibility** (Ind. & Masy.), yakni persepsi subyektif /cara pandang tokoh agama terhadap kerentanan untuk tertular penyakit malaria baik pada dirinya sebagai individu maupun pada dirinya bagi masyarakat yang ditunjukkan dalam pemilihan jawaban pertanyaan *belief* dalam skala likert. Pilihan jawaban yang disediakan adalah STS (sangat tidak setuju), TS (tidak setuju), N (Netral), S (setuju), SS (sangat setuju). Skor jawaban tersebut adalah: 1 sampai 5

Skala : Ordinal
 Hasil Ukur : 1. Tinggi, jika nilai $>$ median /Ind.=15; masy.=12
 0. Rendah, jika nilai \leq median /Ind.=15; Masy.=12
 Cara Ukur : Wawancara
 Alat Ukur : Skala

8. **Perceived severity** (Ind. & Masy.), yakni persepsi subyektif/cara pandang tokoh agama terhadap keseriusan yang diakibatkan oleh penyakit malaria, secara medis maupun sosial baik pada dirinya sebagai individu maupun pada dirinya bagi masyarakat yang ditunjukkan dalam pemilihan jawaban dalam skala likert. Pilihan jawaban yang disediakan adalah STS (sangat tidak setuju), TS (tidak setuju), N (Netral), S (setuju), SS (sangat setuju). Skor jawaban tersebut adalah : 1 sampai 5

Skala : Ordinal
 Hasil Ukur : 1. Tinggi, jika nilai $>$ median /Ind.=15; masy.=10
 0. Rendah, jika nilai \leq median /Ind.=15; masy.=10

Cara Ukur : Wawancara

Alat Ukur : Skala

9. *Perceived benefits* (Ind. & Masy.), yakni persepsi/cara pandang tokoh agama terhadap manfaat yang diperoleh dari perilaku pencegahan malaria, baik pada dirinya sebagai individu maupun pada dirinya bagi masyarakat yang ditunjukkan dalam pemilihan jawaban pertanyaan *belief* dalam skala likert. Pilihan jawaban yang disediakan adalah STS (sangat tidak setuju), TS (tidak setuju), N (Netral), S (setuju), SS (sangat setuju). Skor jawaban tersebut adalah 1 sampai dengan 5

Skala : Ordinal

Hasil Ukur : 1. Tinggi, jika nilai $>$ median /Ind.=10; masy.=13

0. Rendah, jika nilai \leq median /Ind.=10; masy.=13

Cara Ukur : Wawancara

Alat Ukur : Skala

10. *Perceived barrier* (Ind. & Masy.), yaitu persepsi/cara pandang tokoh agama terhadap hal-hal yang menghambat atau kerugian dari berperilaku mencegah malaria, baik pada dirinya sebagai individu maupun pada dirinya bagi masyarakat Ditunjukkan dalam pemilihan jawaban pernyataan *belief* dalam skala likert. Pilihan jawaban yang disediakan adalah STS (sangat tidak setuju), TS (tidak setuju), N (Netral), S (setuju), SS (sangat setuju). Skor jawaban tersebut adalah 5 sampai dengan 1

Skala : Ordinal

Hasil Ukur : 0. Rendah, jika nilai $>$ median /Ind.=8,5; masy.=10

1. Tinggi, jika nilai \leq median /Ind.=8,5; masy.=10

Cara Ukur : Wawancara

Alat Ukur : Skala

11. *Perceived self efficacy* (Ind. & Masy.), yaitu persepsi/cara pandang tokoh agama terhadap keyakinan atas kemampuan dirinya bahwa ia dapat melakukan perilaku pencegahan penyakit malaria, baik pada dirinya sebagai individu maupun pada dirinya bagi masyarakat Ditunjukkan dalam pemilihan jawaban

pernyataan *belief* dalam skala likert. Pilihan jawaban yang disediakan adalah STS (sangat tidak setuju), TS (tidak setuju), N (Netral), S (setuju), SS (sangat setuju). Skor jawaban tersebut adalah 1 sampai dengan 5

Skala	: Ordinal
Hasil Ukur	: 1. Tinggi, jika nilai $>$ median /Ind.=10; masy.=12 0. Rendah, jika nilai \leq median /Ind.=10; masy.=12
Cara Ukur	: Wawancara
Alat Ukur	: Skala

3.3. Hipotesis

- Ada hubungan antara umur dengan perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan malaria
- Ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan malaria
- Ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan malaria
- Ada hubungan antara pekerjaan dengan perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan malaria
- Ada hubungan antara riwayat menderita malaria dengan perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan malaria
- Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan malaria
- Ada hubungan antara persepsi terhadap resiko/kerentanan tertular (*perceived susceptibility*) malaria dengan perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan malaria, baik pada dirinya sebagai individu maupun pada dirinya bagi masyarakat
- Ada hubungan antara persepsi terhadap keseriusan (*perceived severity*) dengan perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan malaria, baik pada dirinya sebagai individu maupun pada dirinya bagi masyarakat

- Ada hubungan antara persepsi keuntungan (*perceived benefit*) dengan perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan malaria, baik pada dirinya sebagai individu maupun pada dirinya bagi masyarakat
- Ada hubungan antara persepsi kerugian (*perceived barrier*) dengan perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan malaria, baik pada dirinya sebagai individu maupun pada dirinya bagi masyarakat
- Ada hubungan antara persepsi terhadap kemampuan sendiri (*perceived self efficacy*) dengan perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan malaria, baik pada dirinya sebagai individu maupun pada dirinya bagi masyarakat



BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi potong lintang atau *cross sectional* (kuantitatif), dimana studi ini merupakan studi epidemiologi yang efisien dalam mempelajari dan melihat hubungan masalah kesehatan dengan faktor risiko yang berhubungan dan diukur pada satu saat atau satu periode tertentu sehingga dapat mendiskripsikan atau menggambarkan perilaku tokoh agama terhadap upaya pemberantasan penyakit malaria dengan faktor-faktor yang berhubungan dengannya sehingga dapat menjawab tujuan dari penelitian.

4.2. Tempat dan waktu

Penelitian ini dilakukan di seluruh kecamatan di wilayah Kabupaten Bima, yakni sebanyak 18 Kecamatan. Pengumpulan data dilaksanakan pada bulan Mei hingga Juni 2010. Pemilihan lokasi penelitian didasarkan atas pertimbangan disamping masih tingginya kasus penyakit malaria pada daerah tersebut juga bentuk kontribusi peneliti pada daerah tempat peneliti mengabdikan.

4.3. Populasi dan sampel

Populasi sekaligus sampel dalam penelitian ini adalah semua tokoh agama atau yang lebih dikenal dengan mubalig (Istilah penyuluh agama Islam bagi Pria) serta mubalighah (Istilah penyuluh agama Islam bagi Perempuan) dengan predikat penyuluh agama Muda dan Madya sebanyak 140 orang yang berdasarkan pada Surat Keputusan Kepala Kantor Kementerian Agama Kabupaten Bima nomor: Kd.19.06-6/BA.00/266/2009 tentang penetapan tenaga penyuluh agama Islam Muda dan Madya Kabupaten Bima, tanggal 20 Januari 2009 (Terlampir). Dengan kata lain teknik sampling yang digunakan adalah *exhaustive sampling*, artinya semua anggota populasi sekaligus menjadi sampel.

4.4. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian merupakan penentu kualitas dari data yang akan dijadikan sumber dari suatu penelitian. Dalam penelitian ini instrumen disusun secara sistematis agar dapat dipahami dengan mudah serta dapat memberikan data yang lebih akurat. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang terperinci dan menyangkut semua aspek atau variabel yang diteliti. Kuesioner pengetahuan yang digunakan mengacu pada kuesioner yang dibuat Duarsa, A.B.S. (2007) serta dimodifikasi dengan memperhatikan kondisi dan situasi di daerah penelitian. Pada pengukuran tentang persepsi digunakan skala Likert. Riduwan (2007) mengatakan bahwa skala Likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang atau kelompok tentang kejadian atau gejala sosial. Setiap jawaban dihubungkan dengan bentuk pernyataan atau dukungan yang diungkapkan dengan kalimat sebagai berikut (Riduwan, 2007) :

- Sangat setuju: **5**
- Setuju: **4**
- Cukup setuju (Netral): **3**
- Tidak setuju: **2**
- Sangat tidak setuju: **1**

Nilai-nilai pada pernyataan di atas berlaku untuk pernyataan positif, sedangkan untuk pernyataan negatif nilainya adalah sebaliknya, yakni :

- Sangat setuju: **1**
- Setuju: **2**
- Cukup setuju (Netral): **3**
- Tidak setuju: **4**
- Sangat tidak setuju: **5**

4.5. Pengumpulan data

4.5.1 Validitas dan Reliabilitas instrumen

Sebelum penelitian akan dilakukan pelatihan terhadap pembantu peneliti sekaligus uji coba kepada tokoh agama yang berpredikat Penyuluh Agama Madya dan Muda yang bertugas di wilayah Kota Bima dan bukan merupakan subyek

penelitian. Pemilihan subyek uji coba di Kota Bima dengan pertimbangan karena pemerintahan Kabupaten Bima masih berada dalam satu wilayah pemerintahan Kota Bima yang mudah dijangkau. Uji coba dimaksudkan untuk mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen yang digunakan. Uji coba ini dilakukan kepada 30 orang (Singarimbun, M. & Effendi, S. Ed. 1989) tokoh agama Madya dan Muda di wilayah Kota Bima. Validitas menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat mengukur apa yang ingin diukur, sedangkan reliabilitas adalah istilah yang dipakai untuk menunjukkan sejauh mana suatu hasil pengukuran relatif konsisten apabila pengukuran diulangi dua kali atau lebih (Singarimbun, M. & Effendi, S. Ed. 1989). Pada penelitian ini pengukuran reliabilitas hanya dilakukan atau diukur sekali saja/*one shot* (Hastono, S.P., 2007)

Langkah uji validitas dan reliabilitas kuesioner pengetahuan:

1. Validitas isi. Validitas isi memperlihatkan tingkat kesesuaian antara pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dan isi jawaban atau pekerjaan yang dapat diukur. Untuk tujuan tersebut, maka dalam penelitian ini dilakukan uji tingkat kesulitan (*item difficulty index*) dan uji derajat pembeda (*item discrimination index*).
 - a. *Item difficulty index* bertujuan untuk menilai indeks kesulitan item-item pertanyaan. Indeks ini diperoleh dari proporsi responden yang menjawab benar terhadap item pertanyaan, nilai *item difficulty index* berkisar antara 0-1 dengan nilai mendekati 1 berarti item semakin mudah. Alat uji yang baik akan memiliki *item difficulty index* berkisar 0,3 - 0,8.
 - b. *Item discrimination index* bertujuan untuk mengukur kemampuan satu item pertanyaan untuk membedakan responden yang tahu/mengerti masalah yang diujikan dengan responden yang tidak mengerti. Indeks ini diperoleh dari selisih proporsi responden yang menjawab benar antara subyek dengan nilai skor total yang tinggi dengan yang rendah. Nilai *item's discrimination index* berkisar antara -1 sd +1 dengan nilai yang besar menunjukkan item tersebut mampu membedakan responden yang mengerti dengan responden yang tidak mengerti materi yang ditanyakan. Nilai negatif menunjukkan kemampuan diskriminasi item pertanyaan yang buruk, karena justru

responden yang kurang mengerti materi yang diuji menjawab benar pada item ini.

2. Reliabilitas instrumen. Reliabilitas instrumen menunjukkan seberapa jauh konsistensi atau keterhandalan alat ukur sejalan dengan waktu. Reabilitas hasil pengujian dinyatakan dengan koefisien korelasi r yang menunjukkan hubungan (*relationship*) antara dua kumpulan skor. Untuk tujuan tersebut, maka dalam penelitian ini realibilitas dihitung menggunakan uji statistik *Cronbach α* . Uji *Cronbach α* merupakan korelasi kuadrat (koefisien determinasi) antara skala yg diukur dengan faktor yg mendasarinya. Suatu konstruk atau variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai *Cronbach α* > 0.60 (Nunnally, 1967 dalam Ghozali, I., 2007).

4.5.2 Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data akan dilakukan oleh peneliti dengan melakukan wawancara dibantu oleh 3 (tiga) orang pembantu peneliti (*enumerator*) yang sebelumnya dilatih/diberi penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian serta pemahaman terhadap butir-butir pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner sehingga memudahkan dalam pengumpulan data. *Enumerator* merupakan tenaga lulusan D III Ilmu Kesehatan dan bukan berstatus pegawai Puskesmas maupun Dinas Kesehatan serta bukan pula pegawai lingkup Kementerian Agama Kabupaten Bima, tetapi merupakan tenaga lepas/*independent*. Hal ini dilakukan untuk menjaga obyektifitas dan menghindari konflik kepentingan dalam penelitian.

Jenis data yang dikumpulkan terdiri dari data primer yang dikumpulkan melalui wawancara langsung dengan menggunakan daftar pertanyaan/kuesioner yang diisi oleh pewawancara kepada responden menyangkut semua variabel yang diteliti. Data sekunder diperoleh dari Dinas Kesehatan, Departemen Agama dan Biro Pusat Statistik/BPS Kabupaten Bima. Selama pengumpulan data dilakukan supervisi lapangan serta pertemuan harian untuk meminimalisir kesalahan pengumpulan data.

4.6. Pengolahan data

Kuesioner yang telah diisi oleh *enumerator*, kemudian dilakukan proses *editing* untuk memeriksa kelengkapan data dan ketepatan jawaban, hal ini dilakukan sebelum proses *entry* atau memasukan data ke komputer. Proses *cleaning* kemudian dilakukan setelah proses *entry*, proses ini bertujuan untuk mengecek kembali jika dikhawatirkan terjadi kekurangan dan kesalahan sebelum data siap dianalisis.

4.7. Analisis data

Analisis data dilakukan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian, yakni mendiskripsikan perilaku tokoh agama terhadap upaya pencegahan penyakit malaria dengan faktor-faktor yang berhubungan dengannya, maka uji statistik yang akan digunakan sesuai dengan tujuan tersebut, dengan menggunakan perangkat lunak komputer (SPSS Ver.15). Adapun tahapan analisis data tersebut adalah :

a. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk setiap variabel sehingga dapat diketahui gambaran karakteristik dan variasi dari tiap-tiap variabel. Bentuk analisisnya antara lain dengan membuat tabel distribusi frekuensi, mengestimasi parameter populasi dengan menampilkan ukuran-ukuran tendensi sentral: rerata, median, minimal-maksimal, dan ukuran penyebaran variabel: standar deviasi dengan interval kepercayaan 95%.

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dan variabel independen. Analisis ini dilakukan sebagai penilaian awal mengetahui asosiasi yang terjadi diantara variabel secara sendiri-sendiri, dengan menggunakan uji obyektif. Bentuk analisisnya dilakukan berdasarkan nilai proporsi dan rerata dari setiap variabel. Uji kemaknaan perbedaan proporsi dilakukan dengan menggunakan uji

statistik *chi-square* dengan $p < 0.05$ sebagai batas kemaknaan setiap perbedaan.

Analisis bivariat ini juga berfungsi untuk penilaian variabel independen untuk diikutkan ke dalam analisis multivariat, yaitu apabila variabel tersebut memperlihatkan signifikansi secara bermakna dengan variabel dependennya melalui uji korelasi. Mickey dan Greenland (1989) dalam Murti, B. (1997) menetapkan variabel yang memiliki nilai kemaknaan $p \leq 0.25$ pada uji korelasi dan memiliki kemaknaan secara substantif, memberi petunjuk perlunya memasukan variabel tersebut kedalam analisis multivariat. Alasan yang dikemukakan ialah, bahwa suatu variabel yang secara sendiri merupakan prediktor lemah, dapat menjadi prediktor penting apabila ia bersama-sama dengan variabel lainnya terutama bila diketahui adanya hubungan secara substantif (Riyanto, A., 2009).

c. **Analisa Multivariat**

Pada analisis ini menggunakan logistik regresi ganda. Analisis ini digunakan untuk melihat hubungan antara banyak variabel independen dengan variabel dependen yang bersifat dikotomus, variabel dikotomus sendiri adalah variabel yang hanya memiliki dua nilai, seperti hidup/mati, sakit/tidak sakit, dan sebagainya (Ariawan, I., 2008). Langkah-langkahnya sebagai berikut:

1. Melakukan seleksi, analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai $p \leq 0.25$, maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Namun bisa saja p valuenya > 0.25 tetap ikut ke multivariat bila variabel tersebut secara substansi penting.
2. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai p value ≤ 0.05 dan mengeluarkan variabel yang p valuenya > 0.05 . Pengeluaran variabel yang p valuenya > 0.05 tidak dilakukan secara serentak tetapi dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar. Bila variabel yang dikeluarkan tersebut mengakibatkan

perubahan besar koefisien (nilai OR) variabel-variabel yang masih ada (berubah $> 10\%$), maka variabel tersebut dimasukkan kembali dalam model.

3. Mendapatkan model akhir. Model akhir adalah hasil akhir dari analisa multivariat variabel.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kabupaten Bima beribu kota Raba, terletak di Pulau Sumbawa, Provinsi Nusa Tenggara Barat. Letak Kabupaten Bima diantara 118° 44" sampai dengan 119° 22" Bujur timur dan 08° 08" sampai dengan 08° 57" Lintang selatan. Total luas daratan sebesar 4374,65 km². Batas wilayah meliputi :

- a. Sebelah Timur berbatasan dengan Selat Sape
- b. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Dompu
- c. Sebelah Utara berbatasan dengan Laut Flores
- d. Sebelah Selatan berbatasan dengan Samudera Inonesia

Kabupaten Bima terdiri dari 18 kecamatan dengan 168 desa dan 803 dusun. Jumlah penduduk sebanyak 412.504 jiwa, terdiri dari 204.275 laki – laki dan 208.229 perempuan. Rata-rata kepadatan penduduk daerah ini adalah 96 jiwa/km². Desa – desa yang menjadi wilayah penelitian di Kabupaten Bima terletak di daerah daratan rendah sebanyak 80 desa (47,62%) sebagian daerah perbukitan 68 desa (41,48%), daerah ini banyak dimanfaatkan sebagai lahan pertanian padi dan bawang merah serta perkebunan berupa kopi, kopra, jambu mete dan rempah-rempah lainnya. Sebagian kecil lainnya adalah daerah pesisir pantai sebanyak 20 desa (11,90%), dimana penduduk banyak yang berprofesi sebagai petambak dan nelayan.

5.2 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku tokoh agama dalam upaya pencegahan penyakit malaria di Kabupaten Bima Propinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2010. Penelitian di lakukan di Kabupaten Bima periode Mei sampai dengan Juni 2010 dengan responden tokoh agama yakni mubaligh/mubalighah berjumlah 140 orang berdasarkan pada Surat Keputusan Kepala Kantor Kementerian Agama Kabupaten Bima, nomor : Kd.19.06-6/BA.00/266/2009 Tahun 2009 tentang

Penetapan Tenaga Penyuluh Agama Islam Muda dan Madya Kabupaten Bima. Dari 140 responden yang tercatat, sebanyak 138 yang berhasil diwawancarai, sedangkan 2 orang tidak dapat diwawancarai karena sudah pindah domisili ke luar daerah. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dan dibantu enumerator-enumerator yang berlatar pendidikan kesehatan tetapi bukan dari institusi kesehatan daerah.

Dalam melakukan pengumpulan data, peneliti melakukan wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur yang ditanyakan langsung ke tokoh agama yang meliputi variable bebas yang terdiri dari faktor karakteristik responden (Jenis kelamin, umur, pendidikan dan pekerjaan), riwayat menderita malaria, pengetahuan tentang malaria, *Health Belief Model* (HBM) Individu dan *Health Belief Model* (HBM) Masyarakat yang masing-masing meliputi persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi keuntungan, persepsi kerugian, dan persepsi keyakinan diri. Serta variable terikat yaitu perilaku pencegahan malaria. Sebelum melakukan wawancara dan kunjungan langsung ke rumah responden, terlebih dahulu dilakukan pertemuan antara peneliti dengan petugas pewawancara untuk menyamakan persepsi terhadap cara pengisian kuesioner.

Analisis dari penelitian ini dilakukan dengan 3 cara yaitu analisis univariat, bivariat dan multivariat. Pada analisis univariat akan dilihat distribusi frekuensinya, pada analisis bivariat akan dilihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan uji *chi-square*, sedangkan pada tahap analisis multivariat akan dilihat variabel bebas mana yang paling kuat hubungannya dengan variabel terikat dengan menggunakan uji *Regresi Logistik Ganda*.

5.3 Hasil uji coba Kuesioner

Dalam pengumpulan data, peneliti menggunakan kuesioner yang telah diujicobakan pada 30 tolok agama (Mubaligh/mubalighah) di Kota Bima, yang memiliki karakteristik hampir sama dengan responden yang akan diteliti. Maksud dari uji coba ini adalah untuk menguji sejauh mana validitas dan reliabilitas dari instrumen. Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas, diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Nilai validitas dari tiap butir pertanyaan dapat dilihat dari nilai *item rest correlation*. Untuk mengevaluasi nilai tersebut dilakukan dengan cara membandingkannya dengan nilai pada table r. Table r pada alpha 0.10 dengan $n = 30$ diperoleh nilai 0.306. Selanjutnya terlihat bahwa dari 18 (delapan belas) butir pertanyaan tentang pengetahuan terdapat 7 (tujuh) butir yang nilainya lebih dari angka pada r table. Dengan demikian sebanyak 11 (sebelas) butir pertanyaan tentang pengetahuan tidak cukup valid. Kemudian untuk butir pertanyaan tentang perilaku, dari 15 (lima belas) butir terdapat 9 (sembilan) butir yang nilainya lebih dari angka pada r table. Dengan kata lain terdapat 6 (enam) butir pertanyaan tentang perilaku yang tidak cukup valid, selanjutnya pertanyaan/ Pernyataan yang tidak valid ini dibuang (hasil uji terlampir).
2. Nilai reliabilitas dilihat dari nilai *cronbach alpha*. Suatu konstruk atau variable dikatakan reliable jika memberikan nilai *Cronbach $\alpha > 0.60$* (Nunnally, 1967 dalam Ghozali, I., 2007). Dari output diperoleh nilai *cronbach alpha* untuk butir pertanyaan tentang pengetahuan dan perilaku berada di atas 0.60, baik *alpha* perbutir pertanyaan maupun secara bersamaan, yakni 0.6480 dan 0.7312. Dengan demikian keseluruhan pertanyaan reliable (hasil uji terlampir).
3. Hasil uji untuk HBM individu dan HBM masyarakat menggunakan analisa factor. Alat penting untuk interpretasi faktor adalah *factor rotation*. Jenis rotasi yang digunakan adalah rotasi *orthogonal*. Metode Varimax terbukti sangat berhasil sebagai pendekatan analitik untuk mendapatkan rotasi *orthogonal* suatu factor (Hair, 1998 dalam Ghozali, I., 2007). Butir-butir pernyataan yang tidak valid dalam variable ini kemudian dibuang. Hasil uji ini dapat dilihat pada lampiran. Ringkasan hasil uji validitas dan reliabilitas dapat dilihat dalam table berikut ini.

Table 5.1
Hasil pengujian validitas dan reliabilitas

Kuesioner	Jumlah Item Asli	Jumlah Item Tidak Valid	Jumlah Item Valid
Pengetahuan	18	11	7 (No. 1,2,3,5,9,13&15)
Perilaku	15	6	9 (No. 2,4,7,8,9,10,11,12&13)
HBM Individu ;			
a. Persepsi Kerentanan	5	1	4 (No. 1,2,3 & 5)
b. Persepsi Keseriusan	5	1	4 (No. 1,2,3 & 5)
c. Persepsi Keuntungan	5	2	3 (No. 3,4 & 5)
d. Persepsi Kerugian	5	2	3 (No. 1,2 & 4)
e. Persepsi Keyakinan Diri	5	2	3 (No. 2,3 & 4)
HBM Masyarakat ;			
a. Persepsi Kerentanan	5	1	4 (No. 1,2,3 & 4)
b. Persepsi Keseriusan	5	2	3 (No. 3,4 & 5)
c. Persepsi Keuntungan	5	2	3 (No. 1,4 & 5*)
d. Persepsi Kerugian	5	2	3 (No. 3,4 & 5)
e. Persepsi Keyakinan Diri	5	2	3 (No. 1,2 & 3)
Total	83	34	49

Sumber : Data Primer (2010)

Keterangan : *) Pernyataan No. 5 pada persepsi keuntungan (HBM Masyarakat) tidak valid tetapi karena pertimbangan bahwa pernyataan tersebut bersifat substansial sehingga diikut sertakan dalam analisis.

Dari tabel tersebut, total 83 butir pertanyaan maupun pernyataan diperoleh 49 butir yang valid dan sebanyak 34 butir tidak valid, selanjutnya terhadap pernyataan/pertanyaan yang tidak valid ini dibuang.

5.4. Analisis Deskriptif

5.4.1. Distribusi Perilaku

Tabel 5.2
Distribusi responden menurut perilaku pencegahan malaria

n = 138

Perilaku Toga	Melakukan (%)	Tidak melakukan (%)
Pada malam hari mengolesi badan dengan obat anti gigitan nyamuk (<i>repellent</i>)	15,9	84,1
Membersihkan halaman dan semak-semak di tepi saluran/got/parit atau di sekitar rumah	55,8	44,2
Menjadikan ruang di dalam rumah tidak ada yang gelap dan lembab dengan membuka jendela disiang hari	80,5	19,5
Menimbun dengan tanah atau pasir semua genangan air disekitar tempat tinggal (spt. Genangan air hujan, air bekas rumah tangga, dll.)	50	50
Menebarkan ikan pemakan jentik di tambak atau kolam	7,2	92,8
Menyemprot obat anti larva (bubuk abate) pada genangan air seperti kolam, gentong air, drum, dll.	20,2	79,8
Sebagai contoh bagi masyarakat saya melestarikan hutan bakau di rawa-rawa sepanjang pantai	4,4	95,6
Sebagai contoh bagi masyarakat saya menghadiri penyuluhan tentang malaria yang dilakukan oleh petugas kesehatan	39,8	60,2
Sebagai contoh bagi masyarakat saya bergotong royong melakukan PSN	54,4	45,6

Tabel distribusi responden menurut perilaku upaya pencegahan malaria di atas, yang dibagi dalam kelompok melakukan (sering dan selalu) serta tidak melakukan (kadang dan tidak pernah) dapat terlihat ternyata diantara 9 butir perilaku yang penting untuk dilakukan, 5 butir diantaranya memiliki nilai yang dominan, yaitu perilaku pada malam hari mengolesi badan dengan obat anti nyamuk/*repellent* (tidak melakukan= 84,1%), menebarkan ikan pemakan jentik di

tambak atau kolam (tidak melakukan = 92,8%), perilaku menyemprot obat anti larva (bubuk abate) pada genangan air seperti kolam, gentong air, drum, dan lain-lain (tidak melakukan = 79,8%), perilaku sebagai contoh bagi masyarakat, toga melestarikan hutan bakau di rawa-rawa sepanjang pantai (tidak melakukan = 95,6%), dan perilaku sebagai contoh bagi masyarakat, toga menghadiri penyuluhan tentang malaria yang dilakukan oleh petugas kesehatan (tidak melakukan = 60,2%).

Tabel. 5.3
Distribusi frekwensi perilaku pencegahan malaria

n = 138

Variabel	Mean	Median	Min.	Max.	SD	Skor (Skala 100)
Perilaku	19,768	19	5	35	5,772	0,565

Tabel distribusi frekwensi perilaku di atas memperlihatkan nilai rata-rata (19,768), median (19), minimum (5), maximum (35), standar deviasi (5,772) dan skor yang dihitung dalam skala 100 (0,565).

Tabel 5.4
Distribusi responden menurut perilaku pencegahan malaria
Setelah dikelompokkan

n = 138

	Jumlah	%
Tidak Melakukan	70	50,7
Melakukan	68	49,3
Jumlah	138	100

Pada tabel di atas, setelah dikelompokkan menjadi 2 kategori (*Cut of poin* median = 19), maka dapat diperoleh hasil bahwa sebanyak 50,7% responden berperilaku tidak melakukan upaya pencegahan malaria dan 49,3% berperilaku melakukan upaya pencegahan malaria.

5.4.2. Distribusi Karakteristik

Tabel 5.5
Distribusi frekwensi karakteristik

n = 138

Variabel	Mean	Median	Min.	Max.	SD	Skor (Skala 100)
Umur	43,84	41,5	23	75	13,187	0,585
Jenis Kelamin	1,17	1,0	1	2	0,374	0,85
Pendidikan	1,57	2,0	1	2	0,497	0,79

Tabel distribusi frekwensi karakteristik di atas memperlihatkan nilai rata-rata untuk umur (43,84), jenis kelamin (1,17) dan pendidikan (1,57), nilai median untuk umur (41,5), jenis kelamin (1,0) dan pendidikan (2,0), nilai minimum untuk umur (23), jenis kelamin (1) dan pendidikan (1), nilai maximum untuk umur (75), jenis kelamin (2) dan pendidikan (2), nilai standar deviasi untuk umur (13,187), jenis kelamin (0,374) dan pendidikan (0,497), sedangkan skor yang dihitung dalam skala 100 untuk umur (0,585), jenis kelamin (0,85) dan pendidikan (0,79).

Tabel 5.6.
Distribusi Responden menurut variable karakteristik
di Kabupaten Bima Tahun 2010

n = 138

Variabel	Jumlah	%
Jenis Kelamin :		
- Perempuan	23	16,7
- Laki-laki	115	83,3
Umur :		
- < 40 Tahun	55	39,9
- 40 – 60 Tahun	66	47,8
- > 60 Tahun	17	12,3
Pendidikan :		
- Tinggi	59	42,8
- Menengah	79	57,2
Pekerjaan :		
- Beresiko rendah	106	76,8
- Baresiko tinggi	32	23,2

Dari tabel di atas memperlihatkan bahwa, toga yang berjenis kelamin laki-laki jumlahnya sebanyak 83,3%. Pada variabel umur, terbanyak ada pada kelompok toga yang berumur antara 40 – 60 tahun (47,8%). Berikutnya pada tingkat pendidikan, toga berpendidikan menengah sebanyak 57,2%, berpendidikan tinggi (42,8%) dan toga yang berpendidikan rendah tidak ada (0). Sedangkan pada variabel pekerjaan, ditemukan toga yang bekerja dengan tingkat resiko yang rendah terserang malaria sebanyak 76,8%.

5.4.3. Distribusi Riwayat malaria

Tabel 5.7.
Distribusi Responden menurut riwayat malaria
di Kabupaten Bima Tahun 2010

n = 138

Pertanyaan	Jumlah	%
Riwayat Malaria :		
- Pernah menderita malaria	89	64,5
- Belum pernah	49	35,5
Tindakan bila menderita malria :		
- Mengobati sendiri	18	20
- Obat ke mantri	18	20
- Obat ke PKM	44	49
- Obat ke dokter	9	11
Kondisi setelah diobati :		
- Sembuh	76	85,4
- Tidak sembuh	13	14,6
Upaya lanjut:		
- Obat ke mantri	1	7,7
- Obat ke PKM	10	76,9
- Obat ke dokter	2	15,4

Distribusi pada tabel ini memperlihatkan bahwa sebanyak 64,5% toga pernah menderita malaria. Dari 64,5% toga yang pernah malaria tersebut, lalu mengambil tindakan dengan berobat ke Puskesmas sebanyak 49%. Kondisi toga setelah diobati, ditemukan ada 85,4% yang sembuh. Pada toga yang tidak sembuh

(14,6%) tersebut kemudian menempuh upaya tindak lanjut dengan sebahagian besar memilih kembali berobat ke Puskesmas (76,9%).

5.4.4. Distribusi pengetahuan

Tabel 5.8.
Distribusi responden menurut pengetahuan
Di Kabupaten Bima, Tahun 2010

n = 138

Pengetahuan	Benar (%)	Salah (%)
Malaria ditularkan oleh gigitan nyamuk	69,4	30,6
Demam, menggigil, sakit kepala, pegal2 merupakan gejala malaria	12,6	87,4
Malaria disebabkan oleh semua jenis nyamuk	16,9	83,1
Tanda khas nyamuk malaria adalah posisi tubuh nungging saat menggigit, badan lebih kecil dari nyamuk biasa, ada warna putih pada badannya	9,3	90,7
Malaria dapat menyerang pria maupun wanita	38,1	61,9
Kandang ternak dekat rumah dapat sebagai tempat berkembang biak nyamuk malaria	4,9	95,1
Malaria pada ibu hamil tidak membahayakan bayi dalam kandungannya	10,9	89,1

Pada tabel tentang gambaran pengetahuan di atas menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang tanda-tanda nyamuk malaria banyak menjawab salah (90,7%), demikian halnya dengan pengetahuan tentang dampak buruk kandang ternak yang menjawab salah sebanyak 95,1%, pengetahuan tentang adanya dampak buruk malaria pada ibu hamil 89,1% menjawab salah. Pengetahuan tentang gejala malaria 87,4% menjawab salah serta pengetahuan tentang penyebab malaria sebanyak 83,1% juga menjawab salah.

Tabel 5.9
Distribusi frekwensi pengetahuan

n = 138

Variabel	Mean	Median	Min.	Max.	SD	Skor (Skala 100)
Pengetahuan	13,645	14	7	17	1,836	0,803

Tabel distribusi frekwensi pengetahuan di atas memperlihatkan nilai rata-rata (13,645), median (14), minimum (7), maximum (17), standar deviasi (1,836) dan skor yang dihitung dalam skala 100 (0,803).

Tabel 5.10.
Distribusi Responden menurut pengetahuan setelah dikelompokan di Kabupaten Bima, Tahun 2010

n= 138

Pengetahuan	Jumlah	%
Rendah	106	76,8
Tinggi	32	23,2
Total	138	100

Distribusi pengetahuan pada tabel di atas, menggambarkan bahwa 76,8% responden memiliki tingkat pengetahuan yang rendah tentang upaya pencegahan malaria dan 23,2% memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi dalam upaya pencegahan malaria.

5.4.5. Distribusi HBM Individu

Tabel 5.11.

Distribusi responden menurut Health Belief Model Individu

Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
<i>Persepsi kerentanan</i>					
Saya sangat mungkin terserang penyakit malaria (+)	15	16	20	68	19
Penyakit malaria tidak pandang usia dan jenis kelamin (+)	5	2	3	70	58
Penyakit malaria hanya menyerang anak-anak dan orang lanjut usia (-)	30	96	6	4	2
Saya sangat mungkin kena malaria karena pekerjaan saya sebagai mubaligh (+)	12	45	26	33	22

Tabel 5.11 (Sambungan)

<i>Persepsi keseriusan</i>					
Penyakit malaria akan berakibat fatal bagi semua orang (+)	8	22	5	82	21
Penyakit malaria adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan (-)	30	83	7	13	5
Penyakit malaria adalah penyakit yang umum di sini, jadi tidak perlu dikhawatirkan (-)	19	74	10	31	4
Penyakit malaria dapat kambuh kembali pada orang yang sama (+)	5	20	11	8	94
<i>Persepsi manfaat</i>					
Memakai baju lengan panjang & celana panjang saat di luar rumah malam hari dapat terhindar dari gigitan nyamuk malaria tetapi kesannya menjadi formal & kaku (-)	3	41	19	63	12
Memakai obat anti nyamuk oles dapat terhindar dari gigitan nyamuk malaria, tetapi aroma tubuh menjadi tidak enak (bau) (-)	2	52	10	9	65
Memasang kawat/kain kassa pada ventilasi tidak saja terhindar dari masuknya nyamuk malaria tetapi juga dari serangga/binatang pengganggu lainnya (+)	3	6	8	90	31
<i>Persepsi kerugian</i>					
Pencegahan malaria tidak memerlukan banyak uang dan waktu (+)	4	28	4	80	22
Saya merasa bisa mengalami sesak napas kalau menggunakan obat nyamuk bakar maupun semprot (-)	1	28	11	82	16
Pengasapan memang membunuh nyamuk malaria tetapi meninggalkan jelaga pada langit2 ruangan dan perabotan menjadi bau (-)	2	36	18	73	9
<i>Persepsi keyakinan diri</i>					
Memberantas nyamuk malaria bukanlah hal yang mudah (-)	7	59	10	48	13
Tidur dalam kelambu, khususnya malam hari sudah menjadi "kewajiban" bagi saya dan keluarga (+)	6	24	23	63	22
Saya mampu menjaga kebersihan rumah & pekarangan agar nyamuk tidak bersarang di tempat tinggal saya (+)	3	4	4	89	38

Tabel distribusi responden menurut HBM individu tersebut, memperlihatkan bahwa pada persepsi kerentanan, 2 pernyataan positif masing-masing menjawab rentan di atas 50% (87 dan 128 responden), 1 pernyataan positif menjawab tidak rentan di atas 50% (83 responden) serta 1 pernyataan negatif menjawab rentan juga di atas 50% (126 responden). Pada persepsi keseriusan diperoleh gambaran 2 pernyataan positif masing-masing menjawab serius di atas 50% yakni tentang kefatalan malaria (103 responden) dan malaria yang dapat

kambuh kembali (102 responden) serta 2 pernyataan negatif responden menjawab serius masing-masing di atas 50% yakni pernyataan tentang malaria yang tidak dapat disembuhkan (113 responden) dan tentang malaria yang tidak perlu dikhawatirkan (93 responden). Persepsi manfaat, 2 pernyataan negatif menunjukkan masing-masing responden menganggap tidak ada manfaat (> 50%) yaitu pernyataan tentang memakai pakaian pelindung terkesan kaku (97 responden) dan tentang obat anti nyamuk yang membuat bau badan (84 responden) sedangkan 1 pernyataan positif, yakni tentang kassa ventilasi yang dapat menghambat masuknya binatang lain 121 responden (>50%) menganggap bermanfaat. Persepsi kerugian, pada 2 pernyataan negatif lebih dari 50% responden menjawab dapat merugikan diri sendiri, yaitu memakai obat nyamuk malah akan menimbulkan gangguan pernapasan (109 responden) dan pengasapan malah mengotori rumah (100 responden), sedangkan 1 pernyataan positif yakni tentang upaya pencegahan malaria sangat efisien, > 50% responden menganggap tidak merugikan (102 responden). Pada persepsi keyakinan diri, untuk 2 pernyataan positif lebih dari 50% responden memiliki keyakinan diri, yakni pada pernyataan tentang menggunakan kelambu yang sudah menjadi “kewajiban” dalam keluarga waktu tidur (85 responden) dan pernyataan tentang kesanggupan menjaga kebersihan rumah dan pekarangan (127 responden) sedangkan 1 pernyataan negatif yakni tentang sulitnya memberantas sarang nyamuk sebanyak 66 responden menunjukkan ketidak yakinan dirinya.

Tabel 5.12
Distribusi frekwensi HBM individu

n = 138

Variabel	Mean	Median	Min.	Max.	SD	Skor (Skala 100)
P. Kerentanan	14,507	15	7	19	2,229	0,764
P. Keseriusan	14,616	15	8	19	2,271	0,769
P. Manfaat	9,573	10	6	13	1,746	0,736
P. Kerugian	8,681	8,5	5	13	1,687	0,668
P. Keyakinan diri	10,65	10	5	15	1,913	0,71

Melihat tabel distribusi frekwensi HBM individu di atas menunjukkan nilai masing-masing untuk persepsi kerentanan, rata-rata (14,507), median (15),

minimum (7), maximum (19), standar deviasi (2,229) dan skor yang dihitung dalam skala 100 (0,764). Persepsi keseriusan, rata-rata (14,616), median (15), minimum (8), maximum (19), standar deviasi (2,271) dan skor yang dihitung dalam skala 100 (0,769). Persepsi manfaat, rata-rata (9,573), median (10), minimum (6), maximum (13), standar deviasi (1,746) dan skor yang dihitung dalam skala 100 (0,736). Persepsi kerugian, rata-rata (8,681), median (8,5), minimum (5), maximum (13), standar deviasi (1,687) dan skor yang dihitung dalam skala 100 (0,71). Persepsi keyakinan diri, rata-rata (10,65), median (10), minimum (5), maximum (15), standar deviasi (1,913) dan skor yang dihitung dalam skala 100 (0,657).

Tabel 5.13
Distribusi Responden menurut HBM Individu
di Kabupaten Bima, Tahun 2010

n = 138

HBM Individu	Jumlah	%
Persepsi Kerentanan :		
- Rendah	91	65,9
- Tinggi	47	34,1
Persepsi Keseriusan :		
- Rendah	81	58,7
- Tinggi	57	41,3
Persepsi Manfaat :		
- Rendah	94	68,1
- Tinggi	44	31,9
Persepsi Kerugian :		
- Rendah	69	50
- Tinggi	69	50
Persepsi Keyakinan diri :		
- Rendah	71	51,4
- Tinggi	67	48,6

Dari tabel distribusi HBM Individu di atas terlihat gambaran bahwa hampir semua persepsi berada pada tingkat persepsi yang rendah. Persepsi kerentanan (rendah=65,9% dan tinggi=34,1%), persepsi keseriusan (rendah=58,7% dan tinggi=41,3%), persepsi manfaat (rendah=68,1% dan tinggi=31,9%), persepsi kerugian (rendah=50% dan tinggi=50%) serta persepsi keyakinan diri (rendah=51,4% dan tinggi=48,6%).

5.4.6. Distribusi HBM Masyarakat

Tabel 5.14
Distribusi responden menurut Health Belief Model Masyarakat

Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
<i>Persepsi kerentanan</i>					
Daerah ini adalah daerah yang sering terkena malaria (+)	6	42	12	64	14
Masyarakat di sini sebahagian besar bekerja sebagai petani, nelayan & petambak (ikan/garam) (merupakan jenis pekerjaan yg dinilai beresiko tinggi kena malaria) (+)	9	35	20	62	12
Kelambunisasi yang setengah hati dari pemerintah (prioritas hanya buat ibu hamil dan keluarga yg memiliki bayi/balita) (+)	22	47	23	41	5
Masyarakat di sini sdh menganggap malaria sbg hal yg biasa sehingga upaya pencegahan bagi mereka bukan hal yg penting (-)	16	72	6	41	3
<i>Persepsi keseriusan</i>					
Malaria bukan hal yg perlu dikhawatirkan karena sudah ada Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) gratis (-)	21	62	4	43	8
Penyakit malaria akan berdampak pada rendahnya prestasi pendidikan anak-anak usia sekolah (+)	4	20	6	92	16
Penyakit malaria akan berdampak pada jatuhnya industri pariwisata (+)	8	34	20	67	9
<i>Persepsi manfaat</i>					
Dengan melakukan kegiatan Jumat Bersih, disamping lingkungan menjadi bersih & bebas nyamuk malaria juga mempererat hubungan masyarakat dg pemerintah (+)	6	1	1	71	59
Menghadiri penyuluhan ttg malaria di balai desa, bukan saja mendapat informasi ttg malaria tetapi juga sebagai ajang silaturahmi antar warga (+)	3	8	3	71	53
Menjaga kelestarian hutan bakau tidak saja melokalisir tempat perindukan nyamuk malaria tetapi juga sbg tempat bersarang & bertelurnya ikan, udang, kepiting,dll (+)	4	10	16	86	22

Tabel 5.14 (Sambungan)

<i>Persepsi kerugian</i>					
Berada dalam rumah sepanjang malam utk menghindari gigitan nyamuk malaria hanyalah tindakan menutup diri dari pergaulan/bersosialisasi dengan tetangga & masyarakat lain. (-)	8	70	12	39	9
Memasang genteng kaca pd atap rumah agar cahaya matahari masuk sehingga dpt mengusir nyamuk malaria malah membuat rumah warga jadi panas/tdk nyaman (-)	6	57	21	50	4
Masyarakat tetap waspada dg tetap melakukan upaya pencegahan malaria meskipun musim malaria (biasanya saat musim hujan) sdh lewat (+)	1	7	9	81	40
<i>Persepsi keyakinan diri</i>					
Bapak/ibu mampu memotivasi masyarakat melakukan upaya pencegahan malaria (+)	2	3	14	110	9
Bapak/ibu sudah sangat mengenal masyarakat, jadi sangat mudah mengajak mereka berperilaku hidup sehat (+)	3	2	16	98	19
Bapak/ibu yakin bila mempraktekan perilaku pencegahan malaria, masyarakat akan sulit mengikuti (-)	12	90	16	19	1

Tabel distribusi responden menurut HBM masyarakat tersebut, memperlihatkan bahwa pada persepsi kerentanan, dari 3 pernyataan positif, 2 pernyataan menunjukkan responden menjawab rentan (masing-masing > 50%) yaitu pernyataan tentang daerah mereka merupakan daerah endemis malaria (78 responden) dan tentang pekerjaan masyarakat di daerah tersebut yang kebanyakan beresiko terkena malaria (74 responden), kemudian 1 pernyataan positif yang lain menunjukkan responden yang menjawab tidak rentan (> 50%) yaitu pernyataan tentang adanya program kelambunisasi yang terbatas untuk ibu hamil dan bayi (92 responden) dan 1 pernyataan negatif tentang tidak ada gunanya melakukan upaya pencegahan malaria karena malaria sudah merupakan hal yang biasa, 88 responden (>50% responden) mengatakan rentan. Persepsi keseriusan, pada 2 pernyataan positif responden menganggap malaria penyakit yang serius (> 50%), yakni pernyataan tentang malaria berdampak pada rendahnya prestasi pendidikan anak di sekolah (108 responden), pernyataan tentang malaria berdampak pada jatuhnya industri pariwisata (76 responden) serta 1 pernyataan negatif yang dianggap oleh responden juga serius (>50%) yaitu tentang adanya jaminan

kesehatan masyarakat (asuransi Jamkesmas) sehingga malaria tidak perlu dikhawatirkan (83 responden menyatakan tidak setuju). Persepsi manfaat, 3 pernyataan yang semuanya bernada positif, responden menganggap bermanfaat (>50%), yakni pernyataan tentang salah satu manfaat program Jum'at bersih adalah mempererat hubungan dengan pemerintah (130 responden menjawab setuju), hadir dalam penyuluhan di balai desa makin menjalin hubungan silaturahmi (124 responden setuju) dan pernyataan tentang melestarikan hutan bakau sebagai sarang ikan (108 responden setuju). Persepsi kerugian, pada 2 pernyataan negatif, 1 pernyataan responden menganggap tidak rugi (>50%) yaitu pernyataan tentang berada di dalam rumah sepanjang malam adalah upaya anti sosial (78 responden tidak setuju), 1 pernyataan responden menganggap rugi (>50%) yaitu pernyataan tentang pemasangan kaca pada atap genting malah membuat ruangan menjadi panas (75 responden setuju), dan 1 pernyataan positif tentang kewaspadaan masyarakat terhadap malaria (121 responden setuju). Persepsi keyakinan diri, pada 2 pernyataan positif semuanya menjawab yakin dapat melakukannya (>50%) yakni pernyataan tentang kemampuan dalam memotivasi masyarakat agar berperilaku mencegah malaria (119 responden) dan pernyataan tentang keyakinan diri mampu mengajak masyarakat dalam berperilaku mencegah malaria (117 responden) dan 1 pernyataan negatif tentang kesulitan masyarakat bila mencontoh perilaku pencegahan malaria yang dilakukan para tokoh agama (102 responden tidak setuju).

Tabel 5.15
Distribusi frekwensi HBM masyarakat

n = 138

Variabel	Mean	Median	Min.	Max.	SD	Skor (Skala 100)
P. Kerentanan	11,83	12	5	18	2,761	0,657
P. Keseriusan	10,232	10	3	14	1,941	0,731
P. Manfaat	12,33	13	5	15	1,88	0,822
P. Kerugian	10,377	10	6	15	1,88	0,692
P. Keyakinan diri	11,49	12	6	15	1,55	0,766

Tabel distribusi frekwensi HBM masyarakat di atas memperlihatkan nilai masing-masing untuk persepsi kerentanan, rata-rata (11,83), median (12),

minimum (5), maximum (18), standar deviasi (2,761) dan skor yang dihitung dalam skala 100 (0,657). Persepsi keseriusan, rata-rata (10,232), median (10), minimum (3), maximum (14), standar deviasi (1,941) dan skor yang dihitung dalam skala 100 (0,731). Persepsi manfaat, rata-rata (12,33), median (13), minimum (5), maximum (15), standar deviasi (1,88) dan skor yang dihitung dalam skala 100 (0,822). Persepsi kerugian, rata-rata (10,377), median (10), minimum (6), maximum (15), standar deviasi (1,88) dan skor yang dihitung dalam skala 100 (0,692). Persepsi keyakinan diri, rata-rata (11,49), median (12), minimum (6), maximum (15), standar deviasi (1,55) dan skor yang dihitung dalam skala 100 (0,766).

Tabel 5.16.
Distribusi Responden menurut HBM Masyarakat
di Kabupaten Bima, Tahun 2010
n = 138

HBM Masyarakat	Jumlah	%
Persepsi Kerentanan :		
- Rendah	86	62,3
- Tinggi	52	37,7
Persepsi Keseriusan :		
- Rendah	76	55,1
- Tinggi	62	44,9
Persepsi Manfaat :		
- Rendah	105	76,1
- Tinggi	33	23,9
Persepsi Kerugian :		
- Rendah	76	55,1
- Tinggi	62	44,9
Persepsi Keyakinan diri :		
- Rendah	112	81,2
- Tinggi	26	18,8

Sedangkan dari tabel distribusi HBM Masyarakat ini memperlihatkan gambaran yang sama dengan persepsi individu, semua persepsi berada pada tingkat persepsi yang rendah. Persepsi kerentanan (rendah=62,3%), persepsi

keseriusan (rendah=55,1%), persepsi manfaat (rendah=76,1%), persepsi kerugian (rendah=55,1%) serta persepsi keyakinan diri (rendah=81,2%).

5.5. Analisis Hubungan AntarVariabel

5.5.1. Hubungan Karakteristik dengan Perilaku

Tabel 5.17
Hubungan antara Variabel Karakteristik dengan Perilaku
Pencegahan Malaria Di Kabupaten Bima Tahun 2010

Variabel	Perilaku Toga				Jumlah	Nilai P	OR (95% CI)
	Tidak melakukan		Melakukan				
	n	%	n	%			
Sex						0,446	0,705
Perempuan	10	43,5	13	56,5	23		(0,29-1,74)
Laki-laki	60	52,2	55	47,8	115		
Umur						0,696	
< 40 Tahun	29	52,7	26	47,3	55		
40 – 60 Tahun	34	51,5	32	48,5	66		
>60 Tahun	7	41,2	10	58,8	17		
Pendidikan						0,507	0,796
Tinggi	42	53,2	37	46,8	79		(0,41-1,56)
Menengah	28	47,5	31	52,5	59		
Pekerjaan						0,264	0,634
Resiko rendah	51	48,1	55	51,9	106		(0,29-1,42)
Resiko tinggi	19	59,4	13	40,6	32		

Pada tabel hasil analisa bivariat diketahui proporsi jenis kelamin perempuan yang melakukan upaya pencegahan malaria sebesar 56,5% dan laki – laki 47,8%. Hasil uji didapatkan nilai p = 0,446 berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku pencegahan malaria. Pada kelompok umur, toga yang berumur dibawah 40 tahun dan berperilaku melakukan upaya pencegahan malaria sebesar 47,3%, toga pada kelompok umur 40 – 60 tahun sebanyak 48,5% dan toga pada kelompok umur di atas 60 tahun yang berperilaku melakukan upaya pencegahan penyakit malaria adalah 58,8%, diperoleh nilai p = 0,696, artinya pada alpha 5% terlihat tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan perilaku pencegahan malaria. Pada kelompok tingkat pendidikan diperoleh sebanyak 46,8% responden berpendidikan tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria, dan 52,5% responden berpendidikan

menengah yang melakukan upaya pencegahan malaria, hasil uji didapatkan nilai $p = 0,507$, jadi tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan malaria. Sedangkan pada kelompok jenis pekerjaan didapatkan bahwa pekerjaan beresiko rendah yang melakukan upaya pencegahan malaria sebesar 51,9% sedangkan responden dengan pekerjaan beresiko tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria sebesar 40,6%, nilai p adalah 0,264, artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan dengan perilaku pencegahan malaria.

5.5.2. Hubungan Riwayat Malaria dan pengetahuan dengan Perilaku

Tabel 5.18
Hubungan antara Riwayat malaria dan Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan Malaria Di Kabupaten Bima Tahun 2010

Variabel	Perilaku Toga				Jumlah	Nilai P	OR (95% CI)
	Tidak melakukan		Melakukan				
	n	%	n	%			
Riwayat malaria						0,310	0,696 (0,35-1,40)
Tidak pernah	22	44,9	27	55,1	49		
Pernah	48	53,9	41	46,1	89		
Pengetahuan						0,368	1,44 (0,65-3,19)
Tinggi	14	43,8	18	56,3	32		
Rendah	56	52,8	50	47,2	106		

Tabel hasil analisa bivariat ini memperlihatkan proporsi responden dengan riwayat belum pernah menderita malaria dan melakukan upaya pencegahan malaria sebesar 55,1% sedangkan responden dengan riwayat pernah menderita malaria dan melakukan upaya pencegahan malaria sebesar 46,1%. Dari nilai p sebesar 0,310 maka tidak ada hubungan yang bermakna antara riwayat menderita malaria dengan perilaku pencegahan malaria. Pada variabel pengetahuan diperoleh sebanyak 56,3% responden berpengetahuan tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria, 47,2% responden berpengetahuan rendah dan melakukan upaya pencegahan malaria, hasil uji didapatkan nilai p 0,368 sehingga tidak ada

hubungan bermakna antara pengetahuan tentang malaria dengan perilaku pencegahan malaria.

5.5.3. Hubungan HBM Individu dengan Perilaku

Tabel 5.19
Hubungan antara Variabel HBM Individu dengan Perilaku
Pencegahan Malaria Di Kabupaten Bima Tahun 2010

Variabel	Perilaku Toga				Jumlah	Nilai P	OR (95% CI)
	Tidak melakukan		Melakukan				
	n	%	n	%			
HBM Individu							
P. Kerentanan							
Tinggi	23	48,9	24	51,1	47	0,763	1,115 (0,55-2,25)
Rendah	47	51,6	44	48,4	91		
P. Keseriusan						0,976	0,99 (0,50-1,94)
Tinggi	29	50,9	28	49,1	57		
Rendah	41	50,6	40	49,4	81		
P. Manfaat						0,038	0,46 (0,22-0,94)
Tinggi	28	63,6	16	36,4	44		
Rendah	42	44,7	52	55,3	94		
P. Hambatan						0,307	0,71 (0,36-1,38)
Tinggi	38	55,1	31	44,9	69		
Rendah	32	46,4	37	53,6	69		
P. Key.diri						0,041	2,017 (1,02-3,97)
Tinggi	28	41,8	39	58,2	67		
Rendah	42	59,2	29	40,8	71		

Dari hasil yang ditunjukkan oleh tabel di atas sebanyak 51,1% responden yang memiliki persepsi kerentanan yang tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria, 48,4% responden yang memiliki persepsi kerentanan yang rendah dan melakukan upaya pencegahan malaria. Hasil uji didapatkan nilai p 0,763 sehingga tidak ada hubungan bermakna antara persepsi kerentanan terkena malaria dengan perilaku pencegahan malaria.

Sebanyak 49,1% responden yang memiliki persepsi keseriusan tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria, 49,4% responden yang memiliki persepsi keseriusan rendah dan melakukan upaya pencegahan malaria. Hasil uji didapatkan

nilai p 0,976 sehingga tidak ada hubungan bermakna antara persepsi keseriusan malaria dengan perilaku pencegahan malaria.

Sebanyak 36,4% responden yang memiliki persepsi manfaat tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria, 55,3% responden yang memiliki persepsi manfaat rendah dan melakukan upaya pencegahan malaria. Hasil uji didapatkan nilai p 0,038 sehingga ada hubungan bermakna antara persepsi manfaat dengan perilaku pencegahan malaria. Dari output diketahui nilai OR untuk Persepsi Manfaat yaitu 0,46 artinya responden yang memiliki persepsi manfaat tinggi berpeluang melakukan upaya pencegahan malaria sebesar 0,46 kali dibandingkan responden yang memiliki persepsi manfaat rendah.

Sebanyak 44,9% responden yang memiliki persepsi hambatan tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria, 53,6% responden yang memiliki persepsi hambatan rendah dan melakukan upaya pencegahan malaria. Hasil uji didapatkan nilai p 0,307 sehingga tidak ada hubungan bermakna antara persepsi hambatan dengan perilaku pencegahan malaria.

Sebanyak 58,2% responden yang memiliki persepsi keyakinan diri tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria, 40,8% responden yang memiliki persepsi keyakinan diri rendah dan melakukan upaya pencegahan malaria. Hasil uji didapatkan nilai p 0,041 sehingga ada hubungan bermakna antara persepsi keyakinan diri dengan perilaku pencegahan malaria. Dari output diketahui nilai OR untuk Persepsi Keyakinan diri yaitu 2,02 artinya responden yang memiliki persepsi keyakinan diri yang tinggi berpeluang melakukan upaya pencegahan malaria sebesar 2,02 kali dibandingkan responden yang memiliki persepsi keyakinan diri yang rendah.

5.5.4. Hubungan HBM Masyarakat dengan Perilaku

Tabel 5.20
Hubungan antara Variabel HBM Masyarakat dengan Perilaku Pencegahan Malaria Di Kabupaten Bima Tahun 2010

Variabel	Perilaku Toga				Jumlah	Nilai P	OR (95% CI)
	Tidak melakukan		Melakukan				
	n	%	n	%			
HBM Masy.							
P. Kerentanan Tinggi	23	44,2	29	55,8	52	0,235	1,52 (0,76-3,04)
P. Kerentanan Rendah	47	54,7	39	45,3	86		
P. Keseriusan Tinggi	29	46,8	33	53,2	62	0,402	1,33 (0,68-2,61)
P. Keseriusan Rendah	41	53,9	35	46,1	76		
P. Manfaat Tinggi	8	24,2	25	75,8	33	0,005	4,51 (1,86-10,93)
P. Manfaat Rendah	62	59,0	43	41,0	195		
P. Hambatan Tinggi	36	58,1	26	41,9	62	0,119	0,59 (0,297-1,15)
P. Hambatan Rendah	34	44,7	42	55,3	76		
P. Key.diri Tinggi	9	34,6	17	65,4	26	0,068	2,26 (0,93-5,498)
P. Key.diri Rendah	61	54,5	51	45,5	112		

Sebanyak 55,8% responden yang memiliki persepsi kerentanan yang tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria, 45,3% responden yang memiliki persepsi kerentanan yang rendah dan melakukan upaya pencegahan malaria. Hasil uji didapatkan nilai p 0,235, sehingga tidak ada hubungan bermakna antara persepsi kerentanan terkena malaria dengan perilaku pencegahan malaria.

Sebanyak 53,2% responden yang memiliki persepsi keseriusan tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria, 46,1% responden yang memiliki persepsi keseriusan rendah dan melakukan upaya pencegahan malaria. Hasil uji didapatkan nilai p 0,402 sehingga tidak ada hubungan bermakna antara persepsi kerentanan terkena malaria dengan perilaku pencegahan malaria.

Sebanyak 75,8% responden yang memiliki persepsi manfaat tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria, 41,0% responden yang memiliki persepsi manfaat rendah dan melakukan upaya pencegahan malaria. Hasil uji didapatkan nilai p 0,005, sehingga ada hubungan bermakna antara persepsi manfaat dengan perilaku pencegahan malaria. Dari output diketahui nilai OR untuk Persepsi

Manfaat yaitu 4,506 artinya responden yang memiliki persepsi manfaat yang tinggi berpeluang untuk melakukan upaya pencegahan malaria sebesar 4,506 kali dibandingkan responden yang memiliki persepsi manfaat yang rendah.

Sebanyak 41,9% responden yang memiliki persepsi hambatan tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria, 55,3% responden yang memiliki persepsi hambatan rendah dan melakukan upaya pencegahan malaria. Hasil uji didapatkan nilai p 0,119 sehingga tidak ada hubungan bermakna antara persepsi hambatan dengan perilaku pencegahan malaria.

Sebanyak 65,4% responden yang memiliki persepsi keyakinan diri tinggi dan melakukan upaya pencegahan malaria, 45,5% responden yang memiliki persepsi keyakinan diri rendah dan melakukan upaya pencegahan malaria. Hasil uji didapatkan nilai p 0,068 sehingga tidak ada hubungan bermakna antara persepsi keyakinan diri dengan perilaku pencegahan malaria.

5.6. Analisis Multivariat

Setelah dilakukan seleksi kandidat model selanjutnya dilakukan analisis multivariat dengan memasukkan kandidat model ke dalam model multivariat dengan menggunakan metode regresi logistik ganda model prediksi. Dari hasil seleksi kandidat yang masuk dalam pemodelan multivariat dengan model logistik dasar dengan pertimbangan wald test (p value < 0,25) (Hosmer dan Lemeshow, 2000) maka didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.21
Variabel yang masuk seleksi bivariat yang berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria di Kabupaten Bima, Tahun 2010

Variabel	P
Sex	0,446*
Umur	0,696*
Pendidikan	0,507*
Pekerjaan	0,264*
Riwayat menderita malaria	0,310*

Tabel 5.21. (Sambungan)

Variabel	P
Pengetahuan	0,368*
<u>HBM Individu</u>	
Persepsi Kerentanan	0,763*
Persepsi Keseriusan	0,976*
Persepsi Manfaat	0,038
Persepsi Kerugian	0,307*
Persepsi Keyakinan diri	0,041
<u>HBM Masyarakat</u>	
Persepsi Kerentanan	0,235
Persepsi Keseriusan	0,402*
Persepsi Manfaat	0,005
Persepsi Kerugian	0,119
Persepsi Keyakinan diri	0,068

*p value > 0,25 tidak ikut dalam pemodelan multivariat

Hasil analisis multivariat tersebut dapat dilihat dalam tabel 5.22 berikut ini :

Tabel 5.22
Hasil Analisis Multivariat Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku pencegahan malaria di Kabupaten Bima, Tahun 2010

Variabel	P	OR	95 % CI
Persepsi manfaat (Individu)	0,106	0,517	0,233-1,150
Persepsi Keyakinan diri (Individu)	0,113	1,827	0,868-3,848
Persepsi kerentanan (Masyarakat)	0,520	1,283	0,601-2,738
Persepsi manfaat (Masyarakat)	0,015	3,22	1,26 -8,243
Persepsi kerugian (Masyarakat)	0,116	0,551	0,262-1,158
Persepsi keyakinan diri (Masyarakat)	0,422	1,499	0,558-4,028

Dilakukan pemilihan variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p < 0,05$ dan

mengeluarkan variabel yang nilai $p > 0,05$, dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai nilai p terbesar. Setelah dilakukan pemilihan dan pengeluaran yang berulang-ulang dengan mempertimbangkan perubahan nilai OR (metode enter), maka diperoleh hasil model akhir seperti terlihat pada tabel 5.23 di bawah ini.

Tabel 5.23
Model Akhir Regresi Logistik Variabel Independen dengan
perilaku pencegahan malaria di Kabupaten Bima, Tahun 2010

Variabel	P	OR	95 % CI
Persepsi Keyakinan diri individu	0,099	1,812	0,894 – 3,676
Persepsi manfaat masyarakat	0,002	4,222	1,725 – 10,330

Hasil analisis multivariat dalam tabel model akhir di atas memperlihatkan bahwa variabel keyakinan diri individu ternyata tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria ($p > 0,05$) dan variabel persepsi manfaat masyarakat adalah merupakan variabel tunggal yang memiliki hubungan bermakna dengan perilaku pencegahan malaria di Kabupaten Bima. Odds ratio (OR) dari variabel persepsi manfaat masyarakat adalah 4,222 (CI 95%: 1,725 – 10,330) artinya tokoh agama yang memiliki persepsi manfaat bagi masyarakat yang tinggi dalam berperilaku mencegah malaria, cenderung akan melakukan upaya pencegahan malaria 4 kali lebih baik dibandingkan dengan tokoh agama yang memiliki persepsi manfaat bagi masyarakat yang rendah, setelah dikontrol variabel persepsi manfaat individu, persepsi kerentanan masyarakat, persepsi kerugian masyarakat, persepsi keyakinan diri masyarakat dan persepsi keyakinan diri individu.

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

6.1.1 Desain Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini tidak bisa lepas dari keterbatasan-keterbatasan, salah satunya adalah desain potong lintang (*cross sectional*). Penelitian memotret frekuensi, serta paparan faktor penelitian pada suatu populasi pada saat tertentu, konsekuensinya data yang di peroleh adalah prevalensi bukan insidensi. Desain ini kurang kuat untuk mencari hubungan sebab akibat, hal ini disebabkan pengukuran variabel terikat dengan variabel independan dilakukan pada waktu yang bersamaan.

6.1.2 Instrumen

Dengan melihat bahwa belum ada suatu bentuk instrumen yang secara nyata dibakukan, pertanyaan ataupun pernyataan dalam kuesioner kemungkinan kurang lengkap atau belum mencukupi. Hal ini disebabkan keterbatasan kajian pustaka dan pengetahuan peneliti sehingga hasil yang diperoleh belum mengungkap seluruh substansi variabel penelitian.

6.1.3 Bias Informasi

Salah satu jenis bias informasi yaitu bias yang terjadi karena perbedaan akurasi daya ingat responden dalam melaporkan yang sesungguhnya terjadi. Selain itu bias dapat terjadi karena responden mengetahui dirinya diamati sehingga ada kemungkinan jawaban yang diberikan tidak objektif dan mempunyai kecenderungan untuk menyenangkan peneliti.

Bias juga dapat terjadi karena pewawancara yang berasal dari tenaga yang memiliki latar belakang kesehatan sehingga kemungkinan untuk mengarahkan jawaban responden dapat terjadi, sehingga dapat menimbulkan bias

informasi. Terjadi persepsi yang tidak sama antara pengambil data (pewawancara) dan responden, walaupun sebelumnya telah diberikan arahan dalam pengambilan data. Peneliti tidak mampu mengontrol satu persatu responden serta tenaga pengambil data yang kurang tanggap menerima informasi yang diberikan. Untuk meminimalkan terjadinya bias informasi, pewawancara sebelumnya telah dilatih dan tidak diberi tahu tujuan penelitian secara rinci.

6.2. Pembahasan Hasil Penelitian

6.2.1 Perilaku Tokoh Agama Dalam Upaya Pencegahan Penyakit Malaria

Perilaku responden dikategorikan menjadi 2 bagian, yakni yang melakukan dan yang tidak melakukan. Data deskriptif menunjukkan bahwa responden yang tidak melakukan upaya pencegahan malaria sebanyak 50,7%. Perilaku responden yang menyolok ditunjukkan pada data yang dirinci (tabel 5.2), dimana dari 9 pernyataan terlihat ada 5 pernyataan yang cukup tinggi, yaitu; perilaku pada malam hari mengolesi badan dengan obat anti nyamuk/*repellent* (tidak melakukan= 84,1%), menebarkan ikan pemakan jentik di tambak atau kolam (tidak melakukan = 92,8%), perilaku menyemprot obat anti larva (bubuk abate) pada genangan air seperti kolam, gentong air, drum, dan lain-lain (tidak melakukan = 79,8%), perilaku sebagai contoh bagi masyarakat, toga melestarikan hutan bakau di rawa-rawa sepanjang pantai (tidak melakukan = 95,6%), dan perilaku sebagai contoh bagi masyarakat toga menghadiri penyuluhan tentang malaria yang dilakukan oleh petugas kesehatan (tidak melakukan = 60,2%).

Perilaku responden dalam upaya pencegahan malaria tersebut tampak sejalan dengan pengetahuan responden yang rendah yakni sebesar 76,8%. Hasil penelitian ini hampir sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ismoyowati, (1999), tentang perilaku masyarakat dalam upaya pencegahan malaria di NTT yang mendapatkan hasil perilaku kurang baik sebesar 68,0% serta penelitian Achmad Farhanny, (2010) tentang hubungan kepatuhan menggunakan kelambu dengan kejadian malaria di Kabupaten Sikka mendapatkan hasil tidak patuh menggunakan kelambu sebesar 60%.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukowati, S. dan Shinta, (2005) tentang pengetahuan, sikap dan perilaku tokoh

masyarakat tentang malaria di Kabupaten Purworejo (studi kualitatif) bahwa perilaku pencegahan penyakit malaria tokoh masyarakat pada umumnya sudah cukup baik tetapi masih rancu dengan cara pencegahan penyakit demam berdarah. Perbedaan ini bisa terjadi karena salah satunya mungkin dipengaruhi oleh adanya faktor budaya yang berbeda seperti teori yang dikemukakan oleh Sudarti Kresno bahwa masyarakat Indonesia terdiri dari banyak suku bangsa yang mempunyai latar belakang budaya yang beraneka ragam. Lingkungan budaya tersebut sangat mempengaruhi tingkah laku manusia yang memiliki budaya tersebut, sehingga dengan keanekaragaman budaya, menimbulkan variasi dalam perilaku manusia dalam segala hal, termasuk dalam perilaku kesehatan.

6.2.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku Pencegahan Malaria

Hasil penelitian menjelaskan bahwa perilaku toga dalam upaya pencegahan penyakit malaria dengan jenis kelamin ternyata tidak ada hubungan yang bermakna ($p = 0,446$). Dari hasil penelitian terlihat pada responden yang berjenis kelamin laki-laki mempunyai nilai rata-rata berperilaku lebih tinggi dibanding dengan perempuan. Secara teoritis menyatakan bahwa jenis kelamin laki-laki lebih cepat dan banyak menerima informasi tentang sesuatu hal atau keterpaparan tentang informasi lebih tinggi, karena laki-laki mempunyai tingkat sosialisasi kemasyarakatan yang lebih tinggi dibanding dengan perempuan. Imran, (2003), pada penelitiannya di Kota Sabang, proporsi jenis kelamin tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna secara statistik ($p > 0,05$) dan tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria.

Hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Ismoyowati, (1999) di NTT, diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara kategori jenis kelamin dengan kategori perilaku pencegahan penyakit malaria ($p = 0,62$). Hal ini dapat terjadi karena saat sekarang keterpaparan terhadap informasi antara laki-laki dan perempuan tidak terlalu berbeda, hal ini disebabkan karena begitu banyaknya sumber media yang diterima oleh masyarakat secara umum sehingga segala informasi mudah diperoleh semua lapisan masyarakat.

6.2.3 Hubungan umur dengan perilaku pencegahan malaria

Hasil penelitian menjelaskan bahwa perilaku pencegahan malaria dengan umur ternyata tidak ada hubungan yang bermakna ($p = 0,696$). Secara logika ternyata bahwa umur berhubungan dengan perilaku seseorang untuk melakukan tindakan. Dari segi biologis perilaku manusia adalah suatu kegiatan atau aktifitas yang dilakukan oleh manusia itu sendiri, biasanya sejalan dengan bertambahnya umur secara biologis mempengaruhi manusia untuk mengambil tindakan.

Hasil dari penelitian ini secara statistik tidak bermakna, hal ini mungkin disebabkan karena faktor homogenitas umur responden yaitu terbanyak pada kategori usia 40 - 60 tahun. Umur responden yang termuda 23 tahun dan yang tertua 75 tahun, atau rata-rata berusia 43,8 tahun. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Achmad Farchanny, (2010), Rizal, (2001) dan Ismoyowati (1999) dimana dinyatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan perilaku pencegahan malaria ($p > 0,05$).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ali Imran (2003), yakni secara statistik ada hubungan yang bermakna antara umur dengan perilaku pencegahan malaria ($p = 0,013$). Perbedaan hasil penelitian tersebut sangat dipengaruhi oleh perbedaan lingkungan responden. Di Kabupaten Bima, kemungkinan bisa muncul stigma tentang penyakit malaria khususnya pada orang tua bahwa penyakit malaria adalah penyakit yang sudah biasa dan tidak perlu dikhawatirkan. Dalam teori psikologi perkembangan dijelaskan bahwa umur 40 – 60 tahun dikenal sebagai masa dewasa madya, suatu masa dengan ciri-cirinya adalah pada masa ini perhatian terhadap agama lebih besar dibandingkan dengan masa sebelumnya. Dengan kata lain, ada kemungkinan bahwa para toga di Kabupaten Bima lebih memperhatikan masalah agama dibanding dengan masalah sosial kemasyarakatan.

6.2.4 Hubungan pendidikan dengan perilaku pencegahan malaria

Berdasarkan statistik deskriptif diketahui bahwa sebahagian besar (57,2%) responden berpendidikan menengah (tamat SMA/ sederajat). Tetapi hasil penelitian menjelaskan bahwa secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan malaria ($p = 0,507$). Hasil

penelitian ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Achmad Farhanny, (2010) di Kabupaten Sikka ($p= 0,129$) dan Ismoyowati, (1999) di Nusa Tenggara Timur (0,09).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ali Imran (2003), yang menyatakan bahwa secara statistik ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan perilaku pencegahan malaria ($p= 0,001$).

Pendidikan yang tinggi mempermudah pemahaman terhadap informasi atau pengetahuan tentang malaria sehingga mempengaruhi perilaku untuk mencegah penularan malaria. Sebaliknya, rendahnya tingkat pendidikan berpengaruh terhadap penerimaan inovasi dan ide baru, serta mempersulit komunikasi karena pemahaman yang terbatas sehingga menjadi penghambat perilaku masyarakat dalam pencegahan malaria. Oleh karena itu dalam penyampaian pesan kepada masyarakat perlu mempertimbangkan tingkat pendidikan masyarakat tersebut.

Menurut Pirayat, (1986) ada perbedaan bermakna antara tingkat pendidikan dengan kejadian malaria. Hasil penelitian Rustam, (2002) menyatakan bahwa masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah berpeluang menderita malaria 1,8 kali dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi.

6.2.5 Hubungan pekerjaan dengan perilaku pencegahan malaria

Hasil penelitian menjelaskan bahwa secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan perilaku pencegahan malaria ($p =0,264$). Secara logika dapat diterima bahwa faktor pekerjaan berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria. Dalam penelitian ini pekerjaan responden dikategorikan menjadi 2 katagori yaitu pekerjaan yang beresiko tinggi terhadap penularan malaria (pekerjaan di sektor informal) seperti petani, nelayan, dan petambak serta katagori pekerjaan yang beresiko rendah terhadap penularan malaria yaitu pekerja di sektor formal seperti PNS, TNI-Polri, dan Pedagang.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Achmad Farhanny, (2010) di Kabupaten Sikka ($p= 0,990$). Priyat, (1986) menyatakan bahwa tempat bekerja berhubungan dengan kejadian penyakit malaria, dimana ada perbedaan bermakna antara orang yang tempat kerjanya di sekitar hutan dengan bukan hutan. Namun

pada penelitian ini hasilnya berbeda, hal ini bisa terjadi karena kemungkinan tidak ada kebiasaan masyarakat bermalam di ladang atau kebun selama sehari – hari seperti kebiasaan masyarakat ditempat lain.

6.2.6 Hubungan riwayat malaria dengan perilaku pencegahan malaria

Berdasarkan statistik deskriptif diketahui bahwa sebahagian besar (64,5%) responden menjawab pernah menderita malaria baik dirinya ataupun keluarganya . Tetapi hasil penelitian menjelaskan bahwa secara statistik tidak ada hubungan yang signifikan antara riwayat malaria dengan perilaku pencegahan malaria ($p = 0,310$).

Teorinya, orang dengan riwayat pernah menderita penyakit tentu akan berusaha agar terhindar dari terulangnya penyakit tersebut dengan cara mempraktekan perilaku pencegahan dalam kesehariannya. Tetapi tampaknya hal ini tidak berlaku pada tokoh agama di Kabupaten Bima, hal ini terjadi mungkin karena masih adanya anggapan bahwa penyakit tersebut sudah merupakan takdir, dicegah ataupun tidak bila takdir sakit sudah ditentukan, pasti tidak akan bisa dihindari. Sudarti Kresno, (2005) menjelaskan hal ini sebagai pengaruh sikap fatalistis, lebih lanjut dijelaskan bahwa sifat fatalistis ini juga ditemukan pada masyarakat islam di pedesaan Mesir, masyarakat tersebut percaya bahwa musibah apapun (termasuk sakit) dan kematian adalah kehendak tuhan, dan tidak seorangpun yang dapat menghindarinya.

6.2.7 Hubungan pengetahuan dengan perilaku pencegahan malaria

Secara statistik tidak ada hubungan yang signifikan ($p = 0,368$) antara pengetahuan dan perilaku pencegahan malaria tetapi secara logika faktor pengetahuan mempengaruhi seseorang untuk melakukan tindakan. Pengetahuan merupakan salah satu unsur dalam perubahan perilaku, pengetahuan memiliki beberapa tingkatan dari yang terendah sampai yang tertinggi yaitu mengetahui, memahami, mengaplikasikan, menganalisis, mensitesis dan mengevaluasi (Notoatmodjo, 2007).

Sehubungan dengan perilaku pencegahan malaria, seseorang akan tergerak untuk berperilaku mencegah karena telah memperoleh pengetahuan yang cukup

melalui mendengar dan melihat. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Imran, (2003), dan penelitian yang dilakukan oleh Irmayanti, (2007), bahwa perilaku pencegahan malaria akan dilakukan jika seseorang telah memperoleh pengetahuan yang cukup melalui mendengar dan melihat. Jadi, peran penyuluhan kesehatan sebagai upaya meningkatkan pengetahuan seseorang melalui melihat dan mendengar memegang peranan yang cukup penting.

Hasil yang sama juga dilakukan oleh penelitian Faraiyatini, dkk. pada tahun 2005 diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan tindakan pencegahan malaria, karena jika seseorang tidak mengetahui sesuatu hal dengan jelas, maka sulit untuk menentukan sikap positif dan negatif. Apabila seseorang telah mengetahui sesuatu hal namun tidak dibarengi dengan kesadaran untuk berbuat maka pengetahuan tidak berlangsung lama (Notoatmodjo, 1993).

6.2.8 Hubungan persepsi kerentanan individu dan persepsi kerentanan masyarakat dengan perilaku pencegahan malaria

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 34,1% responden memiliki persepsi kerentanan individu (dirinya merasa rentan terhadap penyakit malaria). Statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara perilaku pencegahan malaria dengan persepsi kerentanan ($p = 0,763$). Hasil uji statistik yang sama juga ditemukan pada persepsi kerentanan masyarakat, dimana 37,7% responden yang memiliki persepsi kerentanan masyarakat atau merasa bahwa masyarakat rentan terhadap penyakit malaria. Statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara perilaku pencegahan malaria dengan persepsi kerentanan masyarakat ($p = 0,235$).

Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Indrayani, (2009), dan Suharjo di Banjarnegara tahun 2002 bahwa masyarakat yang melakukan pencegahan terhadap malaria sudah merasakan bahwa mereka rentan terhadap penyakit tersebut. Persepsi kerentanan merupakan faktor yang mempengaruhi persepsi ancaman sehingga mendorong untuk melakukan tindakan pencegahan. Berdasarkan teori yang mengatakan bahwa seseorang bertindak untuk mencegah atau mengobati penyakit, ia harus merasakan bahwa ia rentan

terhadap penyakit tersebut. Dengan kata lain suatu tindakan pencegahan penyakit akan timbul bila seseorang yakin atau percaya bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut (Notoatmodjo, 2007)

6.2.9 Hubungan persepsi keseriusan individu dan persepsi keseriusan masyarakat dengan perilaku pencegahan malaria

Dari hasil penelitian diperoleh informasi bahwa 41,3% responden memiliki persepsi keseriusan individu yang tinggi (penyakit malaria adalah penyakit yang serius). Secara statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi keseriusan dengan perilaku pencegahan malaria ($p = 0,976$). Hasil uji statistik yang hampir sama juga ditemukan pada persepsi keseriusan masyarakat, dimana 44,9% responden yang memiliki persepsi keseriusan masyarakat (responden merasa bahwa malaria sangat serius jika terjadi di masyarakat). Statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara perilaku pencegahan malaria dengan persepsi keseriusan masyarakat ($p = 0,402$). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Indrayani, (2009), di Lampung Selatan ($p < 0,05$).

Persepsi keseriusan dipengaruhi oleh riwayat menderita penyakit, riwayat anggota keluarga menderita penyakit dan penyakit itu sendiri yang dirasakan serius dibanding penyakit lain. Perilaku pencegahan ternyata dipengaruhi oleh persepsi seseorang yang merasakan malaria sebagai penyakit yang serius karena menimbulkan perasaan tidak nyaman, dapat menimbulkan kecacatan dan dapat menyebabkan kematian.

Menurut WHO, penyakit malaria dapat menyebabkan kesakitan dan kematian pada bayi dan balita serta terjadinya infeksi pada kehamilan sehingga menyebabkan kematian ibu, kematian neonatus dan berat badan lahir rendah, serta menurunkan produktifitas tenaga kerja (WHO, 1995).

6.2.10 Hubungan persepsi manfaat individu dan persepsi manfaat masyarakat dengan perilaku pencegahan malaria

Hasil penelitian hubungan persepsi manfaat dengan perilaku pencegahan malaria diperoleh hasil bahwa secara statistik ada hubungan antara persepsi

manfaat individu dengan perilaku pencegahan ($p=0,038$). Tetapi karena nilai OR adalah $0,46 (< 1)$, maka variabel ini bersifat protektif atau dengan kata lain variabel ini belum bisa dijadikan sebagai variabel penentu dalam mencari hubungan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Pada uji statistik persepsi manfaat masyarakat, terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi manfaat masyarakat dengan perilaku pencegahan malaria ($p= 0,005$), serta dari 23,9% responden yang merasakan persepsi manfaat masyarakat yang tinggi diperoleh OR 4,51, artinya bahwa responden yang merasakan manfaat masyarakat yang tinggi cenderung akan melakukan upaya pencegahan malaria 4,5 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi manfaat masyarakat yang rendah (persepsi tidak ada manfaatnya bagi masyarakat). Penelitian ini hampir sama dengan hasil penelitian Indrayani, (2009), di Lampung Selatan ($p= 0,001$, OR 2,897).

Persepsi manfaat dalam upaya pencegahan penyakit dipengaruhi oleh keseriusan penyakit tersebut. Seseorang akan merasakan manfaat yang besar jika dapat mencegah suatu penyakit yang dirasakan serius oleh dirinya tersebut. Dan persepsi manfaat juga dirasakan berpengaruh baik jika dapat mencegah anggota keluarga dari penyakit yang dirasakan serius. Selain dipengaruhi oleh keseriusan, persepsi manfaat dipengaruhi oleh adanya hambatan atau kerugian dalam pelaksanaan tindakan tersebut. Jika semakin besar hambatan/kerugian yang dirasakan maka kemungkinan merasakan manfaat akan semakin kecil sehingga keputusan untuk mengambil tindakan semakin kecil tetapi sebaliknya jika hambatan/kerugian yang dirasakan kecil maka semakin besar manfaat yang dirasakan sehingga kemungkinan untuk melakukan tindakan akan besar.

Persepsi manfaat bagi masyarakat yang cukup signifikan dalam penelitian ini menunjukkan adanya perhatian tokoh agama pada masyarakat tentang nilai manfaat yang dapat mereka peroleh apabila dalam kesehariannya mereka berperilaku melakukan upaya pencegahan malaria. Hal tersebut juga menunjukkan adanya peranan yang potensial pada tokoh agama sebagai agen perubahan, khususnya sebagai penyuluh kesehatan dalam masyarakatnya, serta isyarat tumbuhnya rasa tanggung jawab bersama bagi terwujudnya upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, sesuai dengan amanat Undang-undang Nomor 36

Tahun 2009 tentang Kesehatan khususnya pasal 3, 11, 62 dan 174 yang berhubungan dengan peran serta masyarakat.

6.2.11 Hubungan persepsi kerugian individu dan persepsi kerugian masyarakat dengan perilaku pencegahan malaria

Penelitian menemukan hasil yang imbang antara responden yang memiliki persepsi kerugian individu yang tinggi dengan responden yang memiliki persepsi kerugian individu yang rendah yakni masing-masing 50%. Secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna ($p = 0,307$) antara persepsi kerugian individu dengan perilaku pencegahan malaria. Angka deskriptif berbeda pada persepsi kerugian masyarakat yakni sebanyak 44,9% responden memiliki persepsi kerugian masyarakat yang tinggi dan uji statistik menyimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi kerugian masyarakat dengan perilaku pencegahan malaria ($p = 0,119$). Hal ini tidak sesuai dengan teori bahwa semakin rendah kerugian yang dirasakan seseorang maka semakin besar manfaat yang dirasakan dan semakin besar kemungkinan untuk mengambil tindakan pencegahan.

Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Indrayani pada tahun 2009, yang menemukan bahwa secara statistik ada hubungan bermakna antara persepsi kerugian dengan perilaku pencegahan malaria (0,001), dengan OR 6,344 peneliti tersebut menjelaskan bahwa responden yang memiliki persepsi kerugian yang rendah (tidak ada hambatan dalam berperilaku mencegah malaria) cenderung akan melakukan upaya pencegahan 6,3 kali dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi kerugian yang tinggi. Perbedaan ini dapat terjadi karena mungkin terdapat anggapan bahwa dengan melakukan kegiatan pencegahan malaria malah akan menambah beban dan mengurangi waktu mereka untuk beraktivitas.

6.2.12 Hubungan persepsi keyakinan diri individu dan persepsi keyakinan diri masyarakat dengan perilaku pencegahan malaria

Hasil penelitian hubungan persepsi keyakinan diri individu dengan perilaku pencegahan malaria diperoleh hasil bahwa secara statistik ada hubungan yang bermakna antara persepsi keyakinan diri individu dengan perilaku pencegahan ($p=0,041$). Dari 48,6% responden yang merasakan persepsi keyakinan diri yang tinggi dalam tindakan pencegahan malaria diperoleh OR 2,017, dapat dijelaskan bahwa responden yang memiliki persepsi keyakinan diri individu yang tinggi cenderung akan melakukan upaya pencegahan malaria 2,02 kali lebih besar dibandingkan responden yang memiliki persepsi keyakinan diri individu rendah (memiliki rasa percaya diri yang rendah). Pada deskriptif persepsi keyakinan diri masyarakat diperoleh hanya 18,8% responden yang memiliki persepsi keyakinan diri masyarakat yang tinggi. Uji statistik dengan hasil yang berbeda pada persepsi keyakinan diri masyarakat, didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi keyakinan diri masyarakat dengan perilaku pencegahan malaria ($p=0,068$)

Teori menjelaskan keyakinan individu terhadap kemampuannya dapat menentukan bagaimana mereka berperilaku, berpikir dan bereaksi terhadap situasi yang tidak menyenangkan. Penilaian diri terhadap kemampuan yang dimiliki akan menentukan rangkaian perilaku yang harus ditampilkan dan berapa lama harus menjalaninya, pola pikir dan reaksi emosional. Beberapa teori perilaku menyatakan bahwa orang yang mempunyai keyakinan terhadap kemampuannya untuk melakukan perubahan dalam hidupnya lebih memungkinkan untuk merubah perilaku dan berhasil dalam perubahan tersebut dari pada orang yang tidak mempunyai keyakinan atau keyakinannya kecil.

Adanya hubungan keyakinan diri individu dengan perilaku pencegahan malaria dalam penelitian ini ternyata tidak berkorelasi dengan riwayat pernah menderita malaria yang tinggi, hal ini menunjukkan mungkin keyakinan diri tersebut hanya berlaku pada tingkat retorika saja dan belum pada tingkat aplikasi yang nyata.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa :

1. Tidak terdapat hubungan antara variabel karakteristik, riwayat malaria, pengetahuan, persepsi individu (kerentanan, keseriusan, manfaat, kerugian dan keyakinan diri) serta persepsi masyarakat (kerentanan, keseriusan, kerugian dan keyakinan diri) dengan perilaku pencegahan malaria, dan hanya ada 1 variabel yang memiliki hubungan dengan perilaku pencegahan malaria, yaitu persepsi manfaat masyarakat (6,25 % dari 16 variabel yang dianalisis). Hal ini menunjukkan minimnya pemahaman tokoh agama terhadap penyakit malaria sekaligus berkorelasi dengan rendahnya keterlibatan mereka terhadap upaya edukasi pencegahan malaria pada masyarakat.

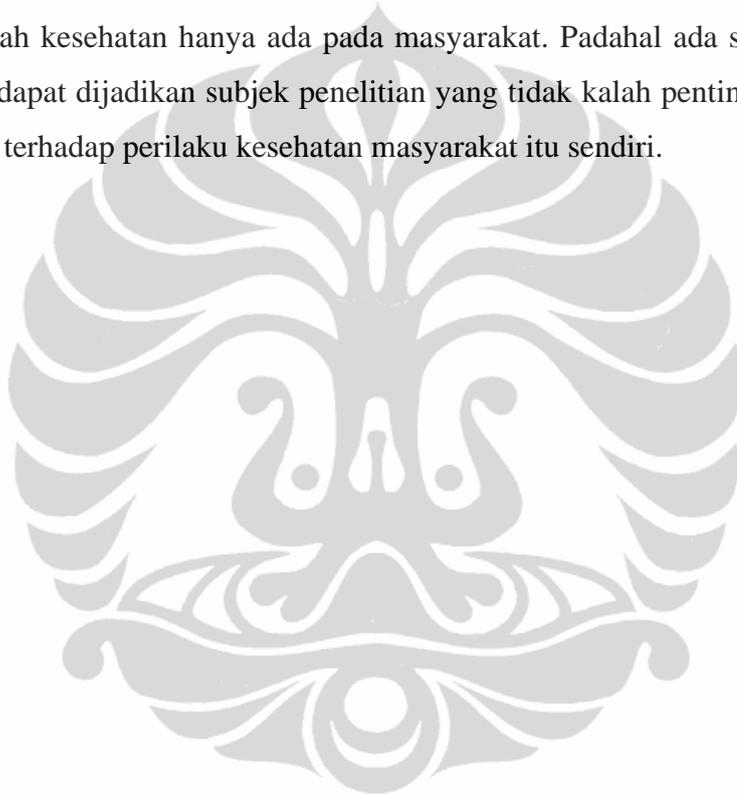
2. Hasil akhir menunjukkan terdapat hanya 1 variabel yang signifikan berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria, yakni: persepsi manfaat masyarakat. Persepsi manfaat masyarakat yang cukup signifikan dalam penelitian ini menunjukkan adanya perhatian tokoh agama pada masyarakat tentang nilai manfaat yang dapat masyarakat peroleh apabila dalam kesehariannya masyarakat berperilaku melakukan upaya pencegahan malaria. Hal ini menunjukkan adanya harapan bahwa masih ada potensi dalam diri tokoh agama yang bisa “dimanfaatkan” dalam peran mereka sebagai agen perubahan bagi masyarakat, khususnya dalam upaya perubahan perilaku pencegahan penyakit malaria, potensi yang dimaksud adalah seperti rasa kepedulian pada kesehatan masyarakat dan rasa memiliki tanggung jawab terhadap upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Bima.

7.2 Saran-Saran

1. Bagi pemerintah Kabupaten Bima, perlu memfasilitasi upaya kerjasama antara Dinas Kesehatan Kabupaten Bima dengan Kementerian Agama Kabupaten Bima serta organisasi keagamaan, seperti Majelis Ulama Indonesia Kabupaten Bima, dengan harapan dihasilkannya komitmen atau kesepakatan bersama yang berkelanjutan dalam wujud : *Pertama*, disediakannya anggaran Pendidikan dan Pelatihan bagi tokoh agama dan tenaga kesehatan oleh masing-masing institusi. *Kedua*, pertukaran sumber daya manusia sebagai peserta dalam Diklat tersebut. Dari kegiatan Diklat tokoh agama yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bima diharapkan menghasilkan tokoh agama-tokoh agama yang paham dan mahir menyebarkan pesan kesehatan dalam setiap materi dakwahnya. Sebaliknya, dari kegiatan Diklat tenaga kesehatan yang dilaksanakan oleh Kantor Kementerian Agama Kabupaten Bima diharapkan dapat menghasilkan tenaga-tenaga kesehatan yang paham dan mahir berdakwah. Manfaat yang diperoleh oleh kedua institusi ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Bima memiliki promotor-promotor kesehatan yang sangat potensial dan Kementerian Agama Kabupaten Bima tidak akan kekurangan tenaga penyuluh agama (Mubaligh).
2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bima
Terus dipertahankan program penyuluhan kelompok, khususnya kelompok tokoh agama maupun tokoh masyarakat. Tokoh agama tidak semata dijadikan sasaran penyuluhan tetapi ada kalanya mereka diposisikan sebagai nara sumber dalam kegiatan penyuluhan. Sebaiknya ada anggaran khusus untuk tokoh agama seperti untuk transportasi bulanan mereka, hal ini dilakukan demi terjalinnya hubungan yang berkesinambungan.
3. Bagi Peneliti Selanjutnya
 - Perlu dilakukan penelitian lain atau penelitian lebih lanjut dengan menambah dan menggunakan variabel lain yang tidak terdapat pada penelitian ini seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan diperkaya dengan penelitian kualitatif sehingga bisa diperoleh informasi yang lebih

mendalam tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria.

- Sebaiknya dilakukan juga penelitian tentang perilaku kesehatan pada kelompok-kelompok lain di masyarakat sebagai subjek penelitian, seperti tokoh masyarakat, aparat pemerintah daerah, anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, aparat penegak hukum, atau bahkan para tenaga kesehatan itu sendiri. Pada umumnya selama ini yang menjadi sasaran penelitian kesehatan adalah warga masyarakat, muncul kesan seolah-olah masalah kesehatan hanya ada pada masyarakat. Padahal ada sasaran lain yang dapat dijadikan subjek penelitian yang tidak kalah penting memiliki peran terhadap perilaku kesehatan masyarakat itu sendiri.



DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, A. (1999). Psikologi Sosial. Jakarta : Rineka Cipta.
- Ancok, D. (2002). Teknik Penyusunan Skala Pengukur. Jogyakarta : Pusat Penelitian Kependudukan UGM.
- Ariawan, I. (2008). Analisis Data Katagori. Depok : Dept. Biostatistik, FKM UI
- Arindita, S. (2003). Hubungan antara Persepsi Kualitas Pelayanan dan Citra Bank dengan Loyalitas Nasabah. Skripsi. Surakarta: Fakultas Psikologi UMS.
- Bappenas, R.I. Laporan MDG's Indonesia Tahun 2007. <http://www.bappenas.go.id/.../millenium-development-goals-indonesia>
- BPS Kabupaten Bima (2010). Bima dalam angka 2008/2009. Bima.
- Danim, S. (1997). Metode penelitian untuk ilmu-ilmu perilaku. Jakarta : Bumi Aksara.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bima (2010). Profil kesehatan Kabupaten Bima tahun 2009.
- Departemen Agama Kabupaten Bima (2009). Surat keputusan kepala Departemen Agama Kabupaten Bima, Nomor: Kd.19.06-6/BA.00/266/2009, tentang penetapan tenaga penyuluh agama islam muda dan madya Kabupaten Bima.
- Departemen Kesehatan R.I. (2009). Undang – undang R.I. Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Departemen Kesehatan R.I. (2009). S.K. Menkes R.I. Nomor 293/MENKES/SK/IV/2009 Tentang Eliminasi Malaria Di Indonesia.
- Departemen Kesehatan R.I. (2003). Modul epidemiologi malaria. Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I. (2006). Pedoman penatalaksanaan kasus malaria di Indonesia. Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I. (2004). Pedoman promosi gebrak malaria. Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I. (2008). Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) 2007. Jakarta.
- Duarsa, A.B.S. (2007). Pengaruh Perpaduan Berbagai Determinan Di Tingkat Individu Dan Determinan Di Tingkat Ekologi/Agregat Terhadap Kejadian Infeksi Malaria. *Disertasi*. Depok : Program Doktor IKM FKM UI.

- Edberg, M. (2009). Kesehatan Masyarakat, Teori Sosial Dan Perilaku. Jakarta : EGC.
- Erdinal, Susanna,D. & Wulandari, R.A. (Des. 2006). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian malaria di Kecamatan Kampar Kiri Tengah, Kabupaten Kampar Tahun 2005/2006. *Jurnal Makara Kesehatan*. Vol.10, No. 2 : 65-70.
- Farchanny, A. (2010). Hubungan kepatuhan menggunakan kelambu berinsektisida dengan kejadian malaria di Kabupaten Sikka Propinsi NTT, Tahun 2009. *Tesis*. Depok : Program IKM – FKM UI
- Friaraiyatini, Keman, S. & Yudhastuti, R. (Jan. 2006). Pengaruh lingkungan dan perilaku masyarakat terhadap kejadian malaria di Kabupaten Barito Selatan Propinsi Kalimantan Tengah. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, Vol. 2, No. 2 : 121-128
- Furchan, A. & Maimun, A. (2005). Studi tokoh, metode penelitian mengenai tokoh. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Gerungan, W. A. 1996. Psikologi Sosial. (edisi kedua). Bandung : PT Refika Aditama.
- Harijanto, P.N.. (Ed).(2000). Malaria : epidemiologi, patogenesis, manifestasi klinis & penanganan. Jakarta : EGC.
- Jalaluddin (2005). Psikologi Agama. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.
- Indrayani, R. (2009). Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penggunaan kelambu sebagai upaya mencegah penyakit malaria di Puskesmas Way Muli Kecamatan Rajabasa Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2009. *Tesis*. Depok : Program IKM – FKM UI
- Imran, A. (2003). Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam upaya pemberantasan penyakit malaria di kota Sabang Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam. *Tesis*. Depok : Program Studi IKM – FKM UI
- Ismoyowati (1999). Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam pemberantasan penyakit malaria di Propinsi NTT. *Tesis*. Depok : Program studi IKM – FKM UI
- Kasnodiharjo & Manalu, H.S.P. (2008). Persepsi dan pola kebiasaan masyarakat kaitannya dengan masalah malaria di daerah Sihepang Kabupaten Tapanuli Selatan Propinsi Sumatera Utara. *Media Litbang Kesehatan*, vol. XVIII, No. 2 : 69-77.

- Kloeblen, A. S & Batish, S. S. (1999). Understanding the intention to permanently follow a high folate diet among a sample of low-income pregnant women according to the Health Belief Model. *Health Education Research*, Vol. 14 no.3 : 327-338.
- Kotler, Philip. 2000. *Marketing Manajemen: Analysis, Planning, implementation, and Control* 9th Edition, Prentice Hall International, Int, New Jersey
- Lembar fakta malaria (April, 2008). *Mediakom* (edisi XI). Jakarta.
- Mar'at, (1991). *Sikap Manusia Perubahan Serta Pengukurannya*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Ningsih, B. Et al. (2007). Pengetahuan dan perilaku masyarakat berkaitan dengan kejadian malaria di Kecamatan Timoho, Kabupaten Parigi montongi, Sulaewesi Tengah, 2006. *Jurnal Vektor Penyakit*, vol. 1, No. 1 : 26-34.
- Notoatmodjo, S. (2008). *Ilmu perilaku kesehatan lanjut (Bahan ajar)*. Depok. Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.
- 3,2 milyar penduduk dunia terkena malaria (April, 2008). *Mediakom* (edisi XI). Jakarta.
- NTB daerah endemis malaria (Rabu, 29 April 2009). *Suara karya* (on line) <http://suarakaryantb.blogspot.com/2009/04/ntb-daerah-endemis-malaria.html> (09 Desember 2009)
- Rakhmat, J. (1992). *Psikologi Komunikasi*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- Riduwan (2007). *Skala Pengukuran Variabel-Variabel Penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Riyanto, A. (2009). *Penerapan Analisa Multivariat Dalam Penelitian Kesehatan*. Bandung : Niframedia press.
- Reksoatmodjo, T.N. (2009). *Statistika untuk psikologi dan pendidikan*. Bandung : PT. Refika Aditama.
- Rosmini, Garjito, T.A. & Srikandi, Y. (2007). Studi pengetahuan dan perilaku masyarakat tentang malaria di desa Banpres dan desa Tongoa Kabupaten Donggala Sulaewesi Tengah, Tahun 2004. *Jurnal Vektor Penyakit*, Vol. 1, No. 1; 26-34.
- Robbins, S.P. 2003. *Perilaku Organisasi*. Jilid I. Jakarta: PT INDEKS Kelompok Garmedia.

- Rosyadi, I. (2001). Keunggulan kompetitif berkelanjutan melalui *capabilities-based competition*: Memikirkan kembali tentang persaingan berbasis kemampuan. Jurnal BENEFIT, vol. 5, No. 1, Juni 2001. Surakarta: Fakultas Ekonomi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Singarimbun, M. & Effendi, S. (Ed.) (1989). Metode Penelitian Survei. Jakarta. LP3ES.
- Smet, B. (1994). Psikologi Kesehatan. Jakarta : PT. Grasindo.
- Santoso, S.S. & Friskarini, K. (2003). Aspek perilaku penduduk daerah endemis malaria di desa Hargowilis, Kecamatan Kokap, Kulonprogo, D.I. Yogyakarta. *Media Litbang Kesehatan*, Vol. XIII, No. 2 ; 1-9.
- Sarwono, S.W. (2008). Teori-teori Psikologi Sosial. Jakarta : Rajawali Pers.
- Sarwono, J. (2006). Metode penelitian kuantitatif & kualitatif. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Shuper, A. et al. (2008). Community knowledge, attitudes and practices (KAP) on malaria in Swaziland : A country earmarked for malaria elimination. *Journal of malaria*. Nopember 12, 2009.
<http://www.malariajournal.com/content/8/1/29>
- Sukowati, S. & Shinta (2005). Pengetahuan, sikap dan perilaku tokoh masyarakat tentang malaria di Kabupaten Purworejo, Jawa Tengah Tahun 2004. *Media Litbang Kesehatan*, Vol. XV (1) ; 29-34.
- Smet, B. (1994). Psikologi Kesehatan. Jakarta ; Grasindo.
- WHO (2005). Malaria control in complex emergencies. Switzerland.
- Walgito, Bimo (2003). Pengantar Psikologi Umum. Yogyakarta: Andi Offset





Universitas Indonesia

Kuesioner :
Potensi Peran Tokoh Agama Dalam Pencegahan Penyakit Malaria
Di Kabupaten Bima Propinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2010

1. Nama :
2. Alamat tempat tinggal :
3. Umur : Tahun
4. Jenis kelamin : P / L (lingkari sesuai jenis kelamin)
5. Pendidikan terakhir :
1. Tamat SMP/Sederajat
 2. Tamat SMA/Sederajat
 3. Tamat Akademi/PT
6. Pekerjaan :
1. Petani/Nelayan/Petambak
 2. Pegawai Negeri/Guru/TNI/Polri
 3. Pengusaha/Pedagang
 4. Lain-lain, Sebutkan.....
7. Riwayat menderita malaria
1. Apakah Bapak/ibu atau keluarga yang lain pernah menderita sakit malaria?
 1. Pernah
 2. Tidak pernah (Langsung ke pertanyaan **Pengetahuan**)
 2. Bila pernah, apa yang dilakukan pertama kali?
 1. Mengobati sendiri
 2. Berobat ke mantri
 3. Berobat ke Puskesmas/Pustu
 4. Berobat ke dokter
 5. Berobat ke Dukun
 6. Lain-lain, sebutkan
 3. Bagaimana kondisi setelah diobati?
 1. Sembuh
 2. Tidak sembuh
 3. Meninggal
 4. Jika tidak sembuh, apa tindakan selanjutnya?
 1. Mengobati sendiri
 2. Berobat ke mantri
 3. Berobat ke Puskesmas/Pustu
 4. Berobat ke dokter
 5. Berobat ke Dukun
 6. Berobat ke Rumah Sakit
 7. Lain-lain, sebutkan

8. Pengetahuan

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban	
		Benar	Salah
1	Apakah penyakit malaria ditularkan oleh gigitan nyamuk		
2	Demam, menggigil, sakit kepala, pegal-pegal adalah gejala malaria?		
3	Penyakit malaria disebabkan oleh semua jenis nyamuk (-)		
4	Penyakit malaria dapat ditularkan oleh selain dari gigitan nyamuk		
5	Posisi tubuhnya menungging saat menggigit, badan lebih kecil dari nyamuk biasa dan ada warna putih pada badannya adalah tanda khas nyamuk malaria		
6	Nyamuk malaria biasanya menggigit pada malam hari		
7	Menebarkan ikan Bandeng, Nila, Mujair dapat mencegah berkembangnya nyamuk malaria		
8	Penyakit malaria hanya menyerang anak-anak dan ibu hamil (-)		
9	Penyakit malaria dapat menyerang pria maupun wanita		
10	Penyakit malaria bila tidak diobati dapat menyebabkan kematian		
11	Penyakit malaria dapat muncul kembali pada orang yang sama		
12	Nyamuk malaria biasanya berkembang biak di genangan air kotor		
13	Kandang ternak dekat rumah dapat sebagai tempat berkembang biak nyamuk malaria		
14	Kebiasaan berada di luar rumah sampai larut malam dapat terkena penyakit malaria		
15	Penyakit malaria pada ibu hamil tidak membahayakan bayi dalam kandungannya (-)		
16	Minum obat anti malaria tidak sesuai aturannya dapat menyebabkan resistensi (ketidak ampuhan) obat		
17	Penyakit malaria dapat menyebabkan kurang darah		
18	Penyakit malaria bukan merupakan penyakit menular (-)		

9. Persepsi

Berilah tanda silang (X) atau contreng (\surd) pada salah satu kategori yang paling sesuai dengan keyakinan Bapak/ibu, kategori tersebut adalah :

- STS = sangat tidak setuju
- TS = tidak setuju
- N = netral
- S = setuju
- SS = sangat setuju

9a. *Perceived susceptibility Individu*

Bapak/ibu diminta untuk menilai seberapa besar kerentanan/kemungkinan tertular penyakit malaria:

No	+/-	Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
1	+	Saya sangat mungkin terserang penyakit malaria					
2	+	Penyakit malaria tidak pandang usia dan jenis kelamin					
3	-	Penyakit malaria hanya menyerang anak-anak dan orang lanjut usia					
4	-	Kecil kemungkinan saya tertular penyakit malaria					
5	+	Saya sangat mungkin kena malaria karena pekerjaan saya sebagai mubaligh					

9b. *Perceived severity Individu*

Pernyataan-pernyataan di bawah ini merupakan akibat yang ditimbulkan jika mengidap penyakit malaria. Bapak/ibu diminta untuk menilai seberapa seriuskah akibat yang mungkin Bapak/ibu rasakan seandainya Bapak/ibu mengidap penyakit malaria :

No	+/-	Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
1	+	Penyakit malaria akan berakibat fatal bagi semua orang					
2	+	Penyakit malaria adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan					
3	-	Penyakit malaria adalah penyakit yang umum di sini, jadi tidak perlu dikhawatirkan					
4	+	Penyakit malaria akan berdampak pada turunya produktivitas kerja					
5	+	Penyakit malaria dapat kambuh kembali pada orang yang sama					

9c. *Perceived Benefits Individu*

Pernyataan-pernyataan di bawah ini merupakan keuntungan/manfaat dari berperilaku pencegahan malaria. Bapak/ibu diminta untuk menilai seberapa besar kemungkinan keuntungan yang dapat Bapak/ibu rasakan jika melakukan upaya pencegahan malaria :

No	+/-	Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
1	+	Memelihara ikan pemakan jentik spt. Bandeng, Mujair, Nila, dll. Disamping menambah pendapatan juga dapat mengurangi populasi nyamuk malaria					
2	+	Menggunakan kelambu tidak saja dapat menghindari gigitan nyamuk malaria tetapi juga sebagai penambah keindahan kamar tidur					
3	-	Memakai baju lengan panjang & celana panjang saat di luar rumah malam hari dapat terhindar dari gigitan nyamuk malaria tetapi kesannya menjadi formal & kaku					
4	-	Memakai obat anti nyamuk oles dapat terhindar dari gigitan nyamuk malaria, tetapi aroma tubuh menjadi tidak enak (bau)					
5	+	Memasang kawat/kain kassa pada ventilasi tidak saja terhindar dari masuknya nyamuk malaria tetapi juga dari serangga/binatang pengganggu lainnya					

9d. *Perceived Barrier Individu*

Pernyataan-pernyataan di bawah ini merupakan kerugian dari berperilaku pencegahan malaria. Bapak/ibu diminta untuk menilai seberapa besar kemungkinan kerugian yang dapat Bapak/ibu rasakan jika melakukan upaya pencegahan :

No	+/-	Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
1	+	Pencegahan malaria tidak memerlukan banyak uang dan waktu					
2	-	Saya merasa bisa mengalami sesak napas kalau menggunakan obat nyamuk bakar maupun semprot					
3	-	Keberadaan kelambu dalam kamar membuat tidur saya menjadi tidak nyaman karena panas					
4	-	<i>Fogging</i> memang membunuh nyamuk malaria tetapi meninggalkan jelaga pada langit2 ruangan dan perabotan menjadi bau					
5	-	Menjauhkan kandang ternak besar (sapi, kerbau & kuda) dari rumah dg maksud agar nyamuk malaria tdk masuk ke rumah tetapi hinggap di kandang tsb. Malah berpotensi pencurian ternak					

9e. *Perceived self efficacy Individu*

Bapak/ibu diminta untuk menilai seberapa besar keyakinan terhadap kemampuan yang Bapak/ibu miliki dalam mencegah penyakit malaria :

No	+/-	Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
1	-	Menerapkan perilaku hidup sehat sebagai upaya mencegah malaria sungguh suatu kegiatan yang berat					
2	-	Memberantas nyamuk malaria bukanlah hal yang mudah					
3	+	Tidur dalam kelambu, khususnya malam hari sudah menjadi "kewajiban" bagi saya dan keluarga					
4	+	Saya mampu menjaga kebersihan rumah & pekarangan agar nyamuk tidak bersarang di tempat tinggal saya					
5	+	Saya yakin dapat menerapkan perilaku hidup bersih & sehat agar terhindar dari malaria					

9.f. *Perceived susceptibility* Masyarakat

Bapak/ibu diminta untuk menilai seberapa besar kerentanan/kemungkinan tertular penyakit malaria pada masyarakat:

No	+/-	Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
1	+	Daerah ini adalah daerah yang sering terkena malaria					
2	+	Masyarakat di sini sebahagian besar bekerja sebagai petani, nelayan & petambak (ikan/garam) (merupakan jenis pekerjaan yg dinilai beresiko tinggi kena malaria)					
3	+	Kelambunisasi yang setengah hati dari pemerintah (prioritas hanya buat ibu hamil dan keluarga yg memiliki bayi/balita)					
4	+	Masyarakat di sini sdh menganggap malaria sbg hal yg biasa sehingga upaya pencegahan bagi mereka bukan hal yg penting					
5	+	Masyarakat di sini sangat mungkin kena malaria karena minimnya informasi tentang malaria					

9.g. *Perceived severity* Masyarakat

Pernyataan-pernyataan di bawah ini merupakan akibat yang ditimbulkan jika mengidap penyakit malaria. Bapak/ibu diminta untuk menilai seberapa seriuskah akibat yang mungkin masyarakat rasakan seandainya mereka/masyarakat mengidap penyakit malaria :

No	+/-	Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
1	+	Penyakit malaria akan berakibat pada terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB)					
2	+	Penyakit malaria merupakan ancaman besar bagi kelompok ibu hamil dan janinnya					
3	-	Malaria bukan hal yg perlu dikhawatirkan karena sudah ada Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) gratis					
4	+	Penyakit malaria akan berdampak pada rendahnya prestasi pendidikan anak-anak usia sekolah					
5	+	Penyakit malaria akan berdampak pada jatuhnya industri pariwisata					

9.h. *Perceived Benefits Masyarakat*

Pernyataan-pernyataan di bawah ini merupakan keuntungan dari berperilaku pencegahan malaria. Bapak/ibu diminta untuk menilai seberapa besar kemungkinan keuntungan/manfaat yang dapat masyarakat rasakan jika mereka/masyarakat melakukan upaya pencegahan :

No	+/-	Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
1	+	Dengan melakukan kegiatan Jumat Bersih, disamping lingkungan menjadi bersih & bebas nyamuk malaria juga mempererat hubungan masyarakat dg pemerintah					
2	-	Kerja bakti melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) malaria berpotensi terjadi konflik di masyarakat					
3	-	Kegiatan PSN spt <i>fogging</i> & gotong royong membersihkan lingkungan kampung hanya agar terhindar dari penyakit malaria saja					
4	+	Menghadiri penyuluhan ttg malaria di balai desa, bukan saja mendapat informasi ttg malaria tetapi juga sebagai ajang silaturahmi antar warga					
5	+	Menjaga kelestarian hutan bakau tidak saja melokalisir tempat perindukan nyamuk malaria tetapi juga sbg tempat bersarang & bertelurnya ikan, udang, kepiting, dll					

9.i. *Perceived Barrier Masyarakat*

Pernyataan-pernyataan di bawah ini merupakan kerugian dari berperilaku pencegahan malaria. Bapak/ibu diminta untuk menilai seberapa besar kemungkinan kerugian yang dapat masyarakat rasakan jika mereka/masyarakat melakukan upaya pencegahan seperti berikut ini :

No	+/-	Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
1	-	Kegiatan Jumat Bersih melakukan PSN malaria hanya merepotkan warga saja, karena warga harus menjamu petugas2 pemerintah					
2	-	Hadir pada acara penyuluhan ttg malaria hanya membuang waktu warga yang mestinya untuk berusaha					
3	-	Berada dalam rumah sepanjang malam utk menghindari gigitan nyamuk malaria hanyalah tindakan menutup diri dari pergaulan/bersosialisasi dengan tetangga & masyarakat lain.					
4	-	Memasang genting kaca pd atap rumah agar cahaya matahari masuk sehingga dpt mengusir nyamuk malaria malah membuat rumah warga jadi panas/tdk nyaman					
5	+	Masyarakat tetap waspada dg tetap melakukan upaya pencegahan malaria meskipun musim malaria (biasanya saat musim hujan) sdh lewat					

9.j. *Perceived self efficacy* Masyarakat

Bapak/ibu diminta untuk menilai seberapa besar keyakinan terhadap kemampuan yang Bapak/ibut miliki dalam upaya mencegah penyakit malaria bagi masyarakat :

No	+/-	Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
1	+	Bapak/ibu mampu memotivasi masyarakat melakukan upaya pencegahan malaria					
2	+	Bapak/ibu sudah sangat mengenal masyarakat, jadi sangat mudah mengajak mereka ber-perilaku hidup sehat					
3	-	Bapak/ibu yakin bila mempraktekan perilaku pencegahan malaria, masyarakat akan sulit mengikuti					
4	-	Bapak/ibu tidak yakin mampu memberikan penyuluhan tentang hidup sehat pada masyarakat					
5	+	Bapak/ibu yakin masyarakat lebih mau mendengarkan Bapak/ibu dibanding oleh tenaga kesehatan					

10. Perilaku Tokoh Agama

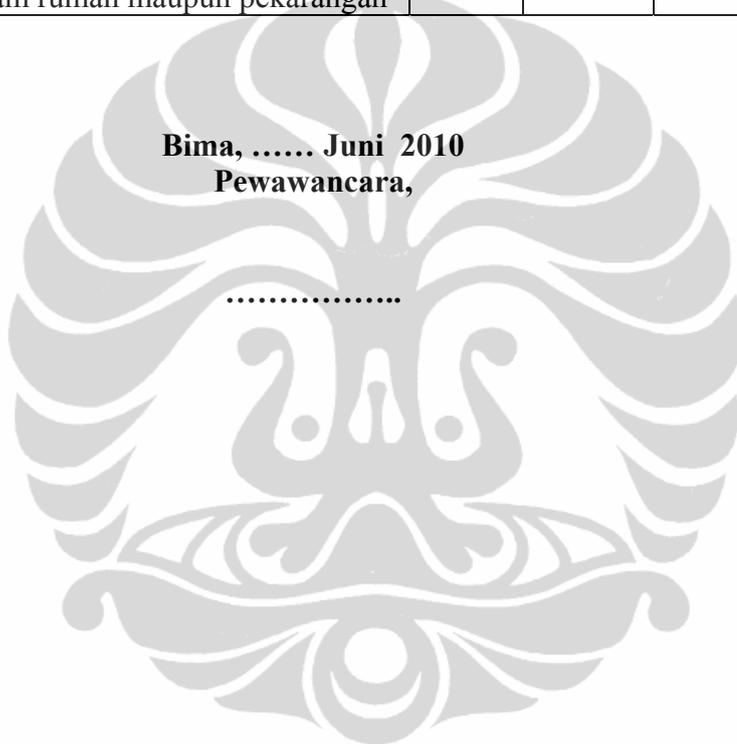
Berilah tanda *cek list* (√) pada jawaban yang dipilih

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban			
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	Bapak/ibu tidur dengan menggunakan kelambu				
2	Pada malam hari mengolesi badan dengan obat anti gigitan nyamuk (<i>repellent</i>)				
3	Pada malam hari (khususnya, ketika berada di dalam rumah) memakai obat nyamuk bakar atau menyemprot ruangan dengan obat nyamuk				
4	Membersihkan rumput dan semak2 di tepi saluran/got/parit atau di sekitar rumah				
5	Melipat kain-kain dan pakaian yang bergantung				
6	Menyapu dan membakar sampah dedaunan				
7	Menjadikan ruangan di dalam rumah tidak ada yang gelap dan lembab dengan membuka jendela disiang hari				
8	Menimbun dengan tanah atau pasir semua genangan air disekitar tempat tinggal (spt. Genangan air hujan, air bekas rumah tangga)				
9	Menebarkan ikan pemakan jentik di tambak atau di kolam				
10	Menyemprot obat anti larva (bubuk abate) pada genangan air, seperti kolam, gentong air, drum, dan sebagainya				

11	Sebagai contoh bagi masyarakat saya melestarikan hutan bakau di rawa-rawa sepanjang pantai				
12	Sebagai contoh bagi masyarakat saya menghadiri penyuluhan tentang malaria yang dilakukan oleh petugas kesehatan				
13	Sebagai contoh bagi masyarakat saya bergotong royong melakukan PSN				
14	Sebagai contoh bagi masyarakat saya bersedia jika petugas kesehatan mengambil darah untuk pemeriksaan malaria				
15	Sebagai contoh bagi masyarakat saya bersedia jika petugas kesehatan melakukan pengasapan (<i>Fogging</i>) di dalam rumah maupun pekarangan				

Bima, Juni 2010
Pewawancara,

.....



SURAT KEPUTUSAN
KEPALA KANTOR DEPARTEMEN AGAMA KABUPATEN BIMA
NOMOR :Kd.19.06-6 / BA.00 / 266 / 2009
TENTANG
PENETAPAN TENAGA PENYULUH AGAMA ISLAM MUDA DAN MADYA
KABUPATEN BIMA

KEPALA KANTOR DEPARTEMEN GAMA
KABUPATEN BIMA

- Menimbang** : a. Bahwa peningkatan bimbingan Penyuluhan Umat Islam di Provinsi maupun Kota dan Kabupaten se Provinsi Nusa Tenggara Barat , maka dipandang perlu penetapan tenaga Penyuluh Agama Islam.
- b. bahwa mereka yang namanya tercantum dalam lampiran Surat Keputusan ini dipandang mampu dan memenuhi syarat untuk diangkat sebagai Penyuluh Agama Islam, Madya dan Muda
- Mengingat** : 1. Keputusan Presiden Republik Indonesia No. 15 tahun 1984 tentang Pokok-pokok Organisasi Departemen Agama;
2. Keputusan Presiden Republik Indonesia No. 16 tahun 1999 tentang Pelaksanaan Pendapatan dan Belanja Negara;
3. Keputusan Menteri Agama Republik Indonesia No. 164 tahun 1996 tentang Honorarium Penyuluh Agama;
4. Keputusan Menteri Agama Republik Indonesia No. 373 tahun 2002 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kantor Wilayah Departemen Agama Propinsi dan Kantor Departemen Agama Kabupaten/Kota;
5. Keputusan Dirjen Bimas Islam dan Urusan Haji tanggal 17 Mei tahun 1987 No. 023/25/1987 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengadaan dan pengangkatan Penyuluh Agama;
- Memperhatikan** : DIPA Kantor Departemen Agama Kabupaten Bima Nomor :0096.0/025-01-2./XXI/229, Tanggal 31 Desember 2008.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** : KEPUTUSAN KEPALA KANTOR DEPARTEMEN AGAMA KABUPATEN BIMA TENTANG PENETAPAN PENYULUH AGAMA ISLAM MADYA DAN MUDA KABUPATEN BIMA
- Pertama** : Mengangkat tenaga Penyuluh Agama Islam, Muda dan Madya sebagaimana tercantum dalam daftar lampiran Surat Keputusan ini.
- Kedua** : 1. Penyuluh Agama Madya bertugas dilingkungan para pejabat Instansi Pemerintah/Swasta secara kelompok masyarakat dalam berbagai bidang di Kabupaten Bima.
2. Bertanggung jawab dan melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kantor Wilayah Departemen Agama Propinsi Nusa Tenggara Barat melalui Kantor Departemen Agama Kabupaten Bima.
- Ketiga** : Selama menjalankan tugas, setiap Penyuluh Agama Islam, Madya dan Muda diberikan honor sebesar Rp.100.000,- (seratus ribu rupiah) perbulan.

- Kecmpat : Segala biaya akibat pelaksanaan keputusan ini dibebankan kepada DIPA Kantor Departemen Agama Kabupaten Bima Barat Nomor : :0096.0/025-01-2./XXI/229, Tanggal 31 Desember 2008 mata Anggaran 3465-0983-521219
- Kelima : Keputusan ini berlaku dalam tahun Anggaran 2009 dengan Ketentuan segala sesuatu akan ditinjau kembali apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini;

DI TEPAKAN DI : BIMA
PADA TANGGAL : 20 JANUARI 2009



Tembusan : disampaikan kepada yth.

1. Badan Pemeriksa keuangan Negara Jakarta
2. Badan Kepegawaian Negara Jakarta
3. Sekjen Departemen Agama RI Jakarta
4. Irjen Departemen Agama RI Jakarta
5. Dirjen Bimas Islam Jakarta
6. Direktur Penerangan Agama Islam Jakarta
7. Kakanwil Dirjen Anggaran Wilayah XIII Mataram
8. Kepala KPN Bima

**Lampiran: Surat Keputusan Kepala Kantor Dep. Agama Kabupaten Bima
Tentang : Pengangkatan Penyuluh Agama Madya dan Muda Kabupaten Bima
Tahun Anggaran 2009**

Nmr Urut	N A M A	Tempat		Pendidikan	STATUS	SASARAN PENYULUHAN
		Tanggal Lahir/Umur				
1	3	4	5	6	7	
A	PENYULUH AGAMA MADYA					
1	TG. H. M. Said Amlin, BA	Bima, 1936	Sarjana Muda	Muballigh	Karyawan/wati Instansi Dinas Daerah Bima	
2	Drs. H. M. Saleh Ismail	Bima 1952	Sarjana	Muballigh	sda	
3	Drs. H. Ramli H. M. Ali	Bima, 1940	Sarjana	Muballigh	sda	
4	Drs.H. Fitrah Malik	Bima,1945	Sarjana	Muballigh	sda	
5	Drs.H. M. Saleh Ishaka	Bima, 1946	Sarjana	Muballigh	sda	
6	H. Muhammad H. Arsyad, BA	Bima 1969	Sarjana	Muballigh	sda	
7	Drs. H. Abubakar Ali	Bima, 1946	Sarjana	Muballigh	sda	
8	Drs. Abubakar Azis	Bima 1955	Sarjana	Muballigh	sda	
9	H. Abdul Azis H. Anwar, BA	Bima 1952	Sarjana Muda	Muballigh	sda	
B	PENYULUH AGAMA MUDA					
	1. KEC. SAPE					
10	Imran, S.Ag	Bima, 1974	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Sape	
11	Saiful Mubarak, S.Ag	Bima,1975	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Sangla	
12	TG. H. Mukhtar, BA	Bima,1940	D II	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Parangina	
13	Sumarni Ibrahim, A.md	Bima, 1970	D II	Muballighah	Kelompok Masyarakat Desa Naru Barat	
14	H.M. Sidik Rasyid, Ba	Bima,1935	Sarjana Muda	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Sape	
15	H. Muh.Amin, BA	Bima, 1935	Sarjana Muda	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Raj Oj	
16	Suhardin Musa	Bima, 1972	MAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Sape	
17	Fikrul Islami, SH	Bima,1982	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Kowo Sape	

1	2	3	4	5	6	7
		2. KEC. LAMBU				
18	1	Drs. Abidin	Bima, 1956	MA,AIN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Kec. Lambu
19	2	H.M.Sidik H. Yasin	Bima, 1931	PGA	Mubaligh	Kelompok Masarakat Desa Lanta
20	3	H. A. Rasyid H. A. Khalik	Bima, 1946	PGA	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Soro
21	4	Imran H. Junaid	Bima, 1953	MA,AIN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Melayu
22	5	Yayus Iskandar	Bima, 1980	SMA	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Mangge
23	6	Rahmat Wildan, S.PdI	Bima, 1979	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Lambu
24	7	Kaharuddin, S.Hi	Bima, 1958	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Kec. Lambu
25	8	Asrarul Imamul Haq, SE	Bima, 1979	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Mangge
		3. KEC. WAWO				
26	1	M. Yusuf Muhammad	Bima, 1964	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Kec. Wawo
27	2	Nurainun, S.Hi	Bima, 1981	Sarjana	Mubalighah	Kelompok Masyarakat Desa Maria Utara
28	3	Rohana	Bima, 1974	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Raba
29	4	Ramlin	Bima, 1965	PGAN	Mubalighah	Kelompok Masyarakat Desa Ria Mau
30	5	H. Ibrahim Idris	Bima, 1954	PGAN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Raba
31	6	Abd. Hamid Syafrudin	Bima, 1954	PGAN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Kec. Wawo
32	7	Dra. Nuraliyah	Bima, 1967	Sarjana	Mubalighah	Kelompok Masyarakat Kec. Wawo
33	8	Emi Febriyani	Bima, 1988	SMU	Mubalighah	Kelompok Masyarakat Maria
		4. KEC. WERA				
34	1	H. M. Thahir H. Yasin	Bima, 1955	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Kec. Wera
35	2	H. Ibrahim Hasan	Bima, 1952	MA,AIN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Tawali
36	3	Adrus H. Yasin, S.Ag	Bima, 1969	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Nunggi
37	4	Masrun H. Jafar	Bima, 1971	PGA	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Hidirasa
38	5	M. Yusuf, S.Ag	Bima, 1971	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Naru
39	6	Yuniarti H. Junaid	Bima, 1986	MAN	Mubalighah	Kelompok Masyarakat Kec. Wera
40	7	Siarajidin, S.PdI	Bima, 19879	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat kec. Wera

1	2	3	4	5	6	7
		5. KEC. AMBALAWI				
41	1	Drs. Sirajudin	Bima 1955	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Kec. Ambalawi
42	2	A. Rahman Ayub	Bima,1959	MAN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Nipa
43	3	Fatmah	Bima,1984	SMA	Mubalighah	Kelompok Masyarakat Desa Talapiti
44	4	Sam'illah	Bima,1987	MAN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Kec. Ambalawi
45	5	A. Haris	Bima,1969	SMA	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Tolowata
46	6	Prayatno	Bima, 1965	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Kec. Ambalawi
47	7	Iwan Ariksandi, A.Ma	Bima, 1987	D.II PAI	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Nipa Ambalawi

		6. KEC. BELO				
48	1	Mansyur Yacub	Bima 1964	MAN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Cenggu
49	2	Tuti Tazkiah, S.Ag	Bima, 1979	Sarjana	Mubalighah	Kelompok Masyarakat Kec. Belo
50	3	Agussalim	Bima,1985	MAN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Ncera
51	4	Masyitha, S.Ag	Bima,1968	Sarjana	Mubalighah	Kelompok/anak-anak Diniyah Al Manar
52	5	Abas, S.ag	Bima,1976	Sarjana	Mubaligh	Kkelompok Masyarakat Desa Ngali
53	6	Bisrun H. Mahmud	Bima,1952	PGAN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Kec. Belo Selatan
54	7	Mukhtar	Bima,1978	MAN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Kec. Belo
55	8	Sujanwo, S.Ag	Bima, 1983	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Lido

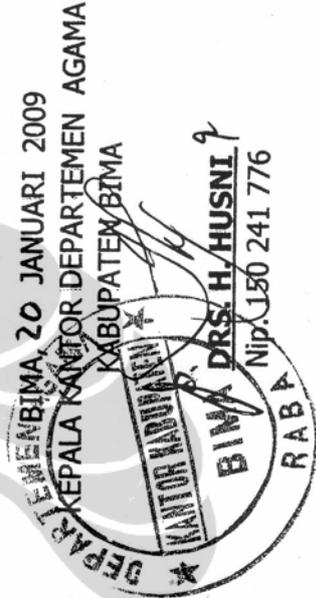
		7. KEC. LANGGUDU				
56	1	Sulab Hasan, S.Pd	Bima,1946	Sarjana	Mubalighah	Kelompok Masyarakat Karumbu
57	2	Yusrin, S.Ag	Bima,1972	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Langgudu
58	3	H. Muhammad Saleh	Bima,1945	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Doro Oo
59	4	Rukayah	Bima,1964	PGAN	Mubalighah	Kelompok Masyarakat Desa Langgudu
60	5	Fatonah, A.Ma	Bima 1984	D2	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Kalodu
61	6	Mukh. Ikhsan	Bima,1982	MAN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Kec.Wawo
62	7	Fikrin Azis	Bima,1978	PGAN	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Karumbu
63	8	Drs. Idris	Bima,1969	Sarjana	Mubaligh	Kelompok Masyarakat Desa Wadu Roka
64	9	St. Nurbaya,S.Ag	Bima, 1983	Sarjana	Mubalighah	Kelompok Majelis Ta'lim Karumbu
65	10	Yuyun Kurniawati	Bima, 1983	SMA	Mubalighah	Kelompok Masyarakat Karumbu

1	2	3*	4	5	6	7
		8. KEC. W O H A				
66	1	A.Rahman Jafar	Bima 1959	SMA	Muballigh	Kelompok Masyarakat Talabiu
67	2	Suryana Sukrin	Bima,1970	SMA	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Wadu Wane
68	3	H.Abd. Hamid HM.Saleh	Bima, 1955	MA	Muballigh	Kelpk. MT. Dan Masyarakat Kec. Woha
69	4	Jainab, S.Sos	Bima,1970	Sarjana	Muballighah	Kelompok Masyarakat Desa Tente
70	5	Ahmad, S.Ag	Bima,1970	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Kalampa
71	6	Zulkarnain H.Adam, S.PdI	Bima, 1971	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Pandai
72	7	Abdurrahman, S.PdI	Bima, 1981	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Rabakodo
73	8	Drs. Syamsuddin	Bima, 1968	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Risa
		9. KEC. MONTA				
74	1	Syamsuriadin, S.Sos	Bima,1980	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Monta
75	2	Ruslan, BA	Bima,1959	Sarmud	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec.Monta
76	3	Syafruddin, S.Ag	Bima,1969	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Baralau
77	4	Taufik	Bima,1983	MAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Simpasai
78	5	Burhan H. Ibrahim	Bima,1968	SLTA	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Sakuru
79	6	Syahrudin	Bima, 1983	MAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec.Monta
80	7	Amran H. M. Saleh	Bima 1958	MAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Monta
81	8	Syarifudin H.Kude	Bima,1969	PGAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Sakuru
		10. KEC.BOLO				
82	1	Yusuf H, Abidin	Bima 1954	SMA	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Kara
83	2	Nurudin, S.Ag	Bima, 1980	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Rada
84	3	Rahmi, S.Ag	Bima,1978	Sarjana	Muballighah	Kelompok Masyarakat Desa Rada
85	4	H. M. Nur Har	Bima,1944	SMA	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Rato
86	5	H.Marhaban	Bima,1948	Darul Ulum	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Leu
87	6	Syarifuddin, S.Hi	Bima,1977	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec.Bolo
88	7	Fahmi, SH	Bima, 1967	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Jala
89	8	H.M. Ali HAR	Bima, 1953	Darul Ulum	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Leu

1	2	3	4	5	6
	11. KEC. MADAPANGGA				
90	Nuridin M. Saleh	Bima 1959	PGAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Madapangga
91	M. Saleh Ahmad	Bima 1972	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Ndano
92	Dahlia, BA	Bima, 1953	Sarjana	Muballighah	Kelompok Masyarakat Desa Woro
93	Nurwahidah, S.Hi	Bima, 1983	Sarjana	Muballighah	Kelompok Masyarakat Desa Ndano
94	Syarif Hidayatullah	Bima, 1937	PGAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Dusun Tolo Nggeru
95	Syarifudin, S.Ag	Bima, 1971	Sarjana	Muballigh	kelompok Masyarakat khusus
96	Dra. Suryani	Dompu, 1964	Sarjana	Muballighah	Kelompok Masyarakat Bolo
97	Arsyad HAR	Bima, 1956	MAN	Muballigh	Masyarakat Desa Monggo
	12. KEC. DONGGO				
98	Drs. Nasir M. Sidik	Bima 1963	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Donggo
99	Mustakim Yasin	Bima, 1968	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Kala
100	H. Hasan Abdullah	Bima, 1944	Darul Ulum	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Donggo
101	Nursin M. Saleh	Bima, 1960	SLTA	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Dori Dunggu
102	Rumnah, A. Md	Bima, 1978	D. II	Muballighah	Kelompok Masyarakat Kec. Donggo
103	Nurkasim, SE	Lamasari, 1980	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Donggo
	13. KEC. SANGGAR				
104	M. Amin H. A. rajak	Bima 1964	SLTA	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Sanggar
105	Ahmad Ismail	Bima, 1974	Mualimin	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Kore
106	Ismail Ibrahim	Bima, 1972	SLTA	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa
107	Sudirman Arsyad	Bima, 1986	MAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Sanggar
108	Nahrub M. Said	Bima, 1964	S. I	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kore
109	Eni Rohmulyati, A. Ma	Bima, 1985	D 2	Muballighah	Kelompok Masyarakat Desa Benteng Kore
110	Taufik M. Yusuf	Bima, 1986	MAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Oj Saro

1	2	3 *	4	5	6	7
		14. KEC. TAMBORA				
111	1	Abdul Salam M. Tayeb	Bima 1965	MA.AIN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Tambora
112	2	Drs. Mansyur Salim	Bima,1960	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Sori Panihi
113	3	Darwis, SE	Bima,1975	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Tambora
114	4	Mustamin H. M. Said	Bima, 1954	SMU	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Teta
115	5	Ishaka AR	Bima,1969	PGAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Kawinda Nae
116	6	Sri Astuti, A.Md	Bima,1977	D.II	Muballighah	Kelompok Masyarakat Desa Tambora
		15. KEC. LAMBITU				
117	1	Abdullah Arsyad	Bima, 1968	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Lambitu
118	2	Abdul Malik, SH	Bima, 1970	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Lambitu
119	3	Siti Fatimah, SE	Bima, 1971	Sarjana	Muballighah	Kelompok Masyarakat Lambitu
120	4	A. Azis Hasan	Bima, 1954	D II	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Teta
121	5	Mukh. Ikhsan Ikbal	Bima, 1986	SMU	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Kaowa
122	6	Hadar Mori	Bima, 1970	PGAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Kaowa
		16. KEC. PALIBELO				
123	1	Abdullah Sulaiman	Bima, 1952	SMA	Muballigh	Kelompok Masyarakat Roi
124	2	Umar Arsyad	Bima, 1955	PGAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Belo
125	3	H. A. Rahim Thalib	Bima,1941	Darul Ulum	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Ntonggu
126	4	Sri Juliarti	Bima,1988	MAN	Muballighah	Kelompok Masyarakat Kec.PaliBelo
127	5	Drs. Syamsuddin	Bima, 1965	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Nata
128	6	H.Muh. Saleh Yasin,BA	Bima, 1952	Sarnud	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Bre

1	2	3	4	5	6	7
		17. KEC. PARADO				
129	Muh. Hatta Al Abrar		Bima, 1966	PGAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Parado
130	Sutriaman, S. Ag		Bima, 1971	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Parado Rato
131	Dra. Nurjannah		Bima, 1968	Sarjana	Muballighah	Kelompok Masyarakat Desa Kuta
132	Abdullah H. A. Gani		Bima, 1950	Darul Ulum	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Parado Rato
133	Abdullah Nurdin		Bima, 1969	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Parado Wane
134	Hadiyanto		Bima, 1979	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Canca
		18. KEC. SOROMANDI				
135	Abdul Basar		Bima, 1968	MAN	Muballigh	Kelompok Masyarakat Desa Sampungu
136	M. Fadlin		Bima, 1949	Sarjana Muda	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Soromandi
137	Bunyamin, S. Pdi		Bima, 1972	Sarjana	Muballigh	Kelompok Masyarakat Sarita Punt
138	Ikarwati		Bima, 1986	SMU	Muballighah	Kelompok Masyarakat Desa Bajo
139	Muhidin Ta'ali		Bima, 1976	SMU	Muballigh	Kelompok Masyarakat Kec. Soromandi
140	Ma'mur		Bima, 1979	SLTA	Muballigh	Kelompok Masyarakat Sarita Punt



UJI VALIDITAS DAN REABILITAS INSTRUMEN

VARIABEL PENGETAHUAN

. alpha p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13 p14 p15 p16 p17 p18, asis item
 Test scale = mean(unstandardized items)

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem covariance	alpha
p1	30	+	0.4743	0.3837	.015475	0.6226
p2	30	+	0.5818	0.4913	.014503	0.6082
p3	30	+	0.4854	0.3488	.0147566	0.6200
p4	30	+	0.3263	0.1674	.0162356	0.6458
p5	30	+	0.5189	0.3935	.0145284	0.6144
p6	30	+	0.4404	0.2842	.0150862	0.6291
p7	30	+	0.3618	0.1905	.0158807	0.6439
p8	30	+	0.2980	0.1803	.0165314	0.6418
p9	30	+	0.5818	0.4913	.014503	0.6082
p10	30	+	0.3090	0.2486	.0168611	0.6395
p11	30	+	0.1942	0.0604	.0173174	0.6556
p12	30	+	0.2270	0.1062	.0170385	0.6495
p13	30	+	0.4341	0.3399	.0157285	0.6268
p14	30	+	0.3263	0.1674	.0162356	0.6458
p15	30	+	0.4726	0.3178	.0147397	0.6239
p16	30	+	0.4053	0.2534	.015475	0.6336
p17	30	+	0.2623	0.1125	.0168103	0.6518
p18	30	+	0.2726	0.0965	.0168103	0.6578
Test scale					.0158065	0.6480

Pertanyaan tingkat pengetahuan tidak ada yang tereleminasi dalam uji, karena seluruh jawaban responden menunjukkan jawaban yang bervariasi.

Selanjutnya terhadap pertanyaan yang tersebut dilakukan uji validitas dan reabilitas:

1. Nilai validitas dari tiap item pertanyaan dapat dilihat dari nilai 'item rest correlation'. Untuk mengevaluasi nilai tersebut dilakukan dengan cara membandingkannya dengan nilai pada tabel r. Pada tabel r dengan alpha 0.10 dengan n=30 diperoleh nilai 0.306. Selanjutnya terlihat bahwa terdapat 7 (tujuh) item pertanyaan tersebut yang nilainya lebih dari angka pada r tabel. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa 11 (sebelas) item pertanyaan tidaklah cukup valid. sehingga belum layak untuk menjadi indikator dalam mengukur tingkat pengetahuan. Nilai reliabilitas dilihat dari nilai cronbach alpha. Suatu konstruk atau variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai *Cronbach* $\alpha > 0.60$ (Nunnally, 1967). Nampak dari output di atas nilai cronbach alpha berada di atas 0.60 baik alpha peritem pertanyaan maupun secara bersamaan. Dengan demikian keseluruhan pertanyaan reliable

VARIABEL PERILAKU

. alpha pl1 pl2 pl3 pl4 pl5 pl6 pl7 pl8 pl9 pl10 pl11 pl12 pl13 pl14 pl15, asis item

Test scale = mean(unstandardized items)

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem covariance	alpha
pl1	30	+	0.4417	0.2665	.1406467	0.7289
pl2	30	+	0.5843	0.4770	.1333081	0.7020
pl3	30	+	0.3616	0.2170	.148339	0.7302
pl4	30	+	0.4756	0.3644	.1419856	0.7145
pl5	30	+	0.3452	0.2107	.1498168	0.7298
pl6	30	+	0.2842	0.1714	.1542882	0.7315
pl7	30	+	0.5919	0.5020	.1358343	0.7023
pl8	30	+	0.6096	0.5128	.1327649	0.6993
pl9	30	+	0.5651	0.4676	.1367437	0.7049
pl10	30	+	0.4932	0.3627	.1385626	0.7141
pl11	30	+	0.5428	0.4225	.1352785	0.7074
pl12	30	+	0.7421	0.6706	.1240874	0.6825
pl13	30	+	0.5577	0.4700	.1391436	0.7066
pl14	30	+	0.2919	0.1509	.1534672	0.7361
pl15	30	+	0.1832	0.0004	.1636478	0.7603
Test scale					.141861	0.7312

VARIABEL PENGETAHUAN Dan VARIABEL PERILAKU

. use "C:\Documents and Settings\user\Desktop\data_ikball.dta", clear

. alpha p1 p2 p3 p5 p9 p13 p15, asis item

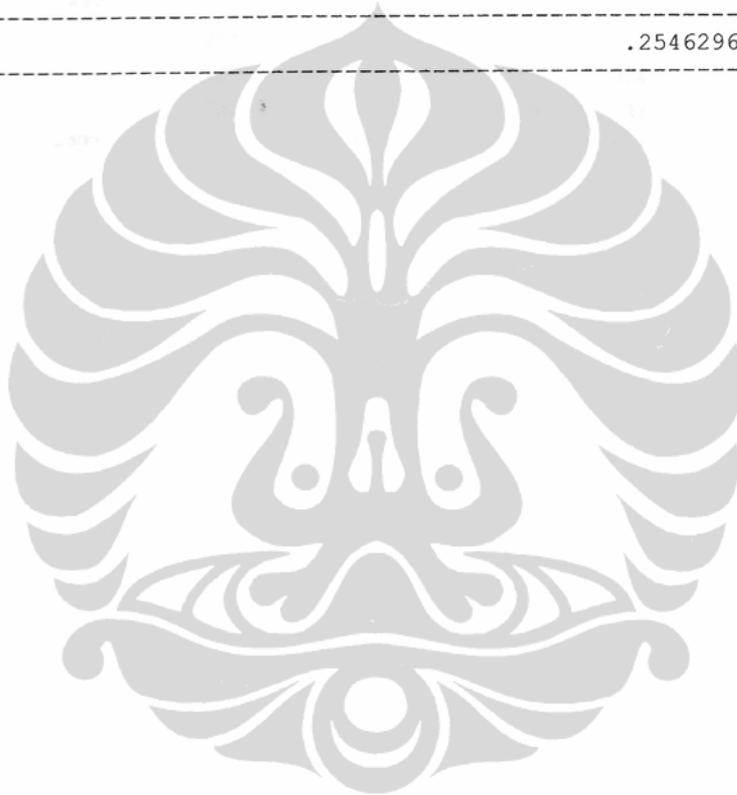
Test scale = mean(unstandardized items)

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem covariance	alpha
p1	30	+	0.5789	0.4234	.031954	0.5971
p2	30	+	0.7459	0.6166	.025364	0.5364
p3	30	+	0.5005	0.3345	.0342529	0.6537
p5	30	+	0.5943	0.3650	.0299617	0.6078
p9	30	+	0.7459	0.6166	.025364	0.5364
p13	30	+	0.5056	0.3360	.0342529	0.6180
p15	30	+	0.4308	0.3185	.0383908	0.7036
Test scale					.0313629	0.6562

. alpha p12 p14 p17 p18 p19 p110 p111 p112 p113, asis item

Test scale = mean(unstandardized items)

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem covariance	alpha
p12	30	+	0.7158	0.6033	.2366585	0.7708
p14	30	+	0.5344	0.3945	.2704023	0.7979
p17	30	+	0.4776	0.3381	.2805829	0.8038
p18	30	+	0.6441	0.5206	.2515189	0.7823
p19	30	+	0.7094	0.6092	.2441297	0.7716
p110	30	+	0.5470	0.3812	.2635878	0.8027
p111	30	+	0.7049	0.5818	.2356732	0.7735
p112	30	+	0.7301	0.6286	.2374795	0.7681
p113	30	+	0.5541	0.4358	.2716338	0.7929
Test scale					.2546296	0.8046



Rotated Factor Matrix^a

	Factor				
	1	2	3	4	5
pself_m1	.801		.473		
pben_m3	.754			-.271	
pben_m2	.723	.432			
pbar_m2	.711	-.301	.291		
pself_m2	.708		.582		
pbar_m1	.690	-.255	.364		
pben_m1	.573				.267
pself_m3	.562		.481		
pbenpben_m4	.530			.311	.292
pben_m5	.479				
psev_m4		.849			
psev_m3		.828			-.374
psev_m5		.780			.437
pbar_m4	-.332		.717		-.302
pbar_m3		.287	.714		
pself_m5			.465		
psus_m5					
psus_m2				.803	
psus_m1				.685	
pself_m4	.438	.436		.673	
psus_m4	-.352	-.257		.486	
psus_m3				.335	
psev_m2					.808
psev_m1					.774
pbar_m5			.320		-.461

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 14 iterations.

Factor Transformation Matrix

Factor	1	2	3	4	5
1	.923	.017	.349	-.115	-.117
2	.051	.846	.022	.525	.074
3	-.300	-.064	.636	.202	-.679
4	.069	-.492	.223	.715	.438
5	-.227	.194	.651	-.398	.573

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Rotated Factor Matrix^a

	Factor				
	1	2	3	4	5
pben_i5	.913				
pben_i4	.856				
pben_i3	.612				
psus_i4	.512			-.264	
pself_i5	-.491				.364
psus_i1		.755	.486		
psus_i2		.746			
psus_i3	.381	.733			
pben_i2		.628		.286	
psus_i5		.507			
pben_i1		.458		-.381	
psev_i4	.318	.415			
psev_i2	.298		.838	.325	
psev_i5		.280	.717		
psev_i3			.505		
pself_i1					
pself_i3	-.287			.750	
pbar_i5				-.612	
pbar_i3				-.521	
pself_i4	-.432			.507	.323
pself_i2			-.290	.439	
pbar_i1			.261		.821
pbar_i2					.663
pbar_i4					.549
psev_i1	-.281	.459	.502		-.505

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Factor Transformation Matrix

Factor	1	2	3	4	5
1	.644	.637	.391	-.068	-.148
2	-.571	.462	.409	.309	.444
3	-.159	.027	.158	-.935	.274
4	.480	-.227	-.083	.141	.831
5	-.058	.573	-.805	-.074	.122

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.



**PEMERINTAH KABUPATEN BIMA
DINAS KESEHATAN**

Jln. Kesehatan No.2 ☎ (0374) 43154, 43151 Fax.(0374) 646284



Bima, 24 Mei 2010

Nomor : 800/ *213* / Dikes / 2010
Lampiran : -
Perihal : **Ijin Penelitian dan Penggunaan Data**

Yth. : 1. Kepala Bidang P2PL Dikes Kab. Bima.
2. Kepala Bidang Promosi Kesehatan Dikes Kab. Bima.

Menindaklanjuti Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Nomor : 2794/ H.2.F10/ PPM. 00. 00/2010 tanggal, 21 Mei 2010, hal seperti Perihal tersebut diatas, maka dengan ini kami memberikan Ijin kepada :

Nama : MUHAMAD IKBAL
NPM : 0806443276
Peminatan : Promosi Kesehatan
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Perilaku Pencegahan Penyakit Malaria pada Tokoh Agama di Kabupaten Bima Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB).

Untuk melakukan Penelitian dan Penggunaan Data pada Bidang P2PL dan Bidang Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Bima yang dilaksanakan mulai tanggal, 24 Mei 2010 s/d selesai.

Demikian untuk maklum dan dilaksanakan seperlunya.

Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bima



= Drg. Hj. Siti Hadjar Yoenoes =

Nip. 19571212 198312 2 002



KEMENTERIAN AGAMA KANTOR KABUPATEN BIMA

Jln. Garuda No. 3 Telp. 43291 - 43660
BIMA

Nomor : Kd. 19.06/OT.00/ ~~730~~ /2010 Bima, 27 Mei 2010
Lamp. : --
Perihal : Ijin Penelitian

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Drs. H. Yaman H. Mahmud
Nip. : 195708181986031002
Jabatan : Kepala Kantor Kementerian Agama Kab. Bima

Dengan ini memberikan ijin kepada.

Nama : M. Iqbal
NPM : 0806443276
Tahun Angkatan : 2008/2009
Peminatan : Promosi Kesehatan
Program Study : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Untuk melakukan penelitian dalam rangka penulisan tesis dengan
judul : Perilaku Pencegahan Penyakit Malaria pada Tokoh Agama di
Kabupaten Bima Provinsi NTB.

Demikian ijin di buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wassalam
Kepala,



Drs. H. YAMAN H. MAHMUD
Nip 195708181986031002

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 2795 /H2.F10/PPM.00.00/2010
Lamp. : ---
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

21 Mei 2010

Kepada Yth.
Kepala Departemen Agama
Kabupaten Bima
Jl. Garuda No.1
Raba - Bima

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : M. Ikbal
NPM : 0806443276
Thn. Angkatan : 2008/2009
Peminatan : Promosi Kesehatan
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

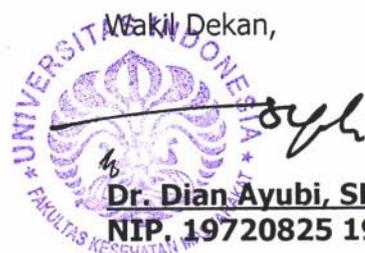
Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan tesis dengan judul, "*Perilaku Pencegahan Penyakit Malaria pada Tokoh Agama di Kabupaten Bima Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB)*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku dinomor telp. (021) 7863475.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n Dekan FKM UI

Wakil Dekan,


Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 19720825 199702 1 002

Tembusan:

- Pembimbing tesis
- Arsip

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 2734 /H2.F10/PPM.00.00/2010
Lamp. : ---
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

21 Mei 2010

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Bima
Jl. Kesehatan No.2
Raba - Bima

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

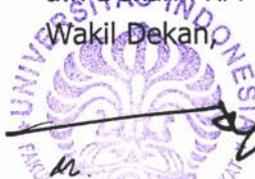
Nama : M. Ikbal
NPM : 0806443276
Thn. Angkatan : 2008/2009
Peminatan : Promosi Kesehatan
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan tesis dengan judul, "*Perilaku Pencegahan Penyakit Malaria pada Tokoh Agama di Kabupaten Bima Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB)*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku dinomor telp. (021) 7863475.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n. Dekan, FKM UI
Wakil Dekan,



Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 19720825 199702 1 002

Tembusan:

- Pembimbing tesis
- Arsip