



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA, PENYULUHAN
KESEHATAN LANGSUNG, DAN MEDIA MASSA DENGAN
PERILAKU PENCEGAHAN MALARIA PADA
KECAMATAN CEMPAKA KOTA BANJARBARU**

TESIS

**AHYAR WAHYUDI
1006749062**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK, JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA, PENYULUHAN
KESEHATAN LANGSUNG, DAN MEDIA MASSA DENGAN
PERILAKU PENCEGAHAN MALARIA PADA
KECAMATAN CEMPAKA KOTA BANJARBARU**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

**AHYAR WAHYUDI
1006749062**

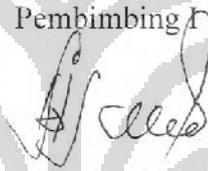
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK, JULI 2012**

HALAMAN PERSETUJUAN

HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA, PENYULUHAN KESEHATAN LANGSUNG, DAN MEDIA MASSA DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN MALARIA PADA KECAMATAN CEMPAKA KOTA BANJARBARU

Tesis ini telah diperiksa dan diperkenankan untuk diujikan dihadapan tim penguji
Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Pembimbing I



Dra. Junaiti Sahar, SKp.,M.App.Sc.,PhD

Pembimbing II



Sigit Mulyono, S.Kp.,MN.

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ahyar Wahyudi

NPM : 1006749062

Tanda tangan :



Tanggal : 13 Juli 2012

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : **Ahyar Wahyudi**
NPM : 1006749062
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : **Hubungan karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru**

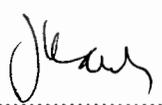
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pemimbing I : Dra. Junaiti Sahar, S.Kp.,M.App.Sc.,Ph.D. (.....)

Pemimbing II : Sigit Mulyono, S.Kp., M.N. (.....)

Penguji I : Henny Permatasari, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Kom.(.....)

Penguji II : dr. Trisna Setiawan, M.Kes. (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 10 Juli 2012

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : **Ahyar Wahyudi**
NPM : 1006749062
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
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:

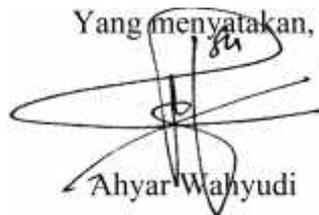
**Hubungan karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung,
dan media massa dengan perilaku pencegahan malaria pada
Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru,**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif 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 : 13 Juli 2012

Yang menyatakan,


Ahyar Wahyudi

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, atas Kuasa, Rahmat dan Karunia-Nyalah penelitian dengan judul ‘Hubungan karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru’ dapat diselesaikan. Peneliti mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada Ibu Dra.Junaiti Sahar, S.Kp.,M.App.Sc.,Ph.D (Pembimbing I) sekaligus Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang senantiasa memberikan bimbingan dan motivasi dengan penuh ketulusan dan Bapak Sigit Mulyono,S.Kp.,MN (Pembimbing II) dengan ide-ide dan kreativitasnya, yang telah memberikan bimbingan dan motivasi. Penelitian ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Peneliti juga mengucapkan terima kasih yang kepada semua pihak yang terlibat atas segala bantuan dan dukungannya, terutama:

1. Ibu Dewi Irawati, MA.,Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp.,M.N, selaku ketua Program Studi Pascasarjana atas bimbingan dan bantuannya baik selama pendidikan pendidikan atau pun dalam penyelesaian penelitian ini;
3. Bapak Drs. H.Rudy Resnawan, MBA, selaku Wakil Gubernur Kalimantan Selatan dan keluarga atas rekomendasi dan motivasinya, hingga akhirnya peneliti memperoleh kesempatan mengikuti tugas belajar ini;
4. Ibu dr. Hj.Nurlenny Saleh, MM selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru yang selalu memotivasi agar tugas belajar ini dapat diselesaikan dan memberikan izin pelaksanaan penelitian ini;
5. Orang Tua dan Kakak-Kakak tercinta di Amuntai, atas segala izin dan do’a serta perhatian hingga akhirnya dapat menyelesaikan pendidikan ini;
6. Isteriku tercinta Dewi Noviari serta kedua anakku Abdurrafie Indira Pasha dan Maritza Nur Lathiefa, atas sumber inspirasi, motivasi, dan do’anya yang selalu mengiringi ‘perjuangan’ ini;

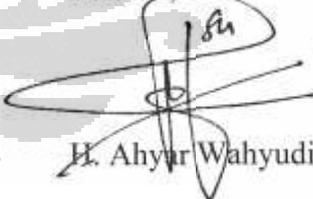
7. Kepala dan seluruh Staf Badan Kepegawaian, Pendidikan dan Pelatihan Daerah Kota Banjarbaru, atas segala bantuan tugas belajarnya selama ini;
8. Teman-teman perawat Puskesmas Cempaka Kota Banjarbaru atas bantuannya dalam pelaksanaan penelitian ini;
9. Teman-teman sejawat, khususnya perawat komunitas FIK UI Angkatan Ganjil 2010 yang senantiasa saling membantu dan memotivasi selama penyusunan proposal penelitian ini.

Terlepas bahwa penelitian ini merupakan salah satu syarat meraih gelar pendidikan pascasarjana, besar harapan bahwa hasil penelitian ini adalah sebuah bukti pengabdian dapat memberikan sedikit kontribusi dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, khususnya masyarakat di Kota Banjarbaru.

Akhirul kata, tidak dapat dipungkiri bahwa sebenarnya kesempurnaan hanyalah milik Allah SWT semata. Karena itu, peneliti mengharapkan segala saran dan kritik demi kesempurnaan penelitian di masa mendatang. Semoga penelitian memberikan manfaat bagi kita semua.

Depok, 12 Juli 2012

Peneliti,



H. Ahyar Wahyudi

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SKEMA.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	11
1.3 Tujuan Penelitian	12
1.4 Manfaat Penelitian	13
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Keluarga sebagai Kelompok Rentan.....	14
2.2 Promosi Kesehatan	25
2.3 Perilaku Pencegahan	37
2.4 <i>Malaria as a Communicable Disease</i>	48
2.5 Kerangka Teori Penelitian	54
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	58
3.2 Hipotesis Penelitian	59
3.3 Definisi Operasional	59
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	62
4.2 Populasi dan Sampel	62
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	65
4.4 Instrumen Penelitian	67
4.5 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	70
4.6 Pelaksanaan Uji Coba	71
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	71
4.8 Pengolahan Data	72
4.8 Analisa Data.....	73
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1 Gambaran Karakteristik Responden, Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, Media Massa, dan Perilaku Pencegahan	72
5.2 Hubungan Karakteristik Responden, Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, Media Massa,	

dan Perilaku Pencegahan	77
5.3 Pemodelan Faktor Penentu Perilaku Pencegahan Penyakit Malaria	83
5.4 Ringkasan Hasil Uji Bivariat dan Multivariat	85
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi Hasil Penelitian	86
6.2 Keterbatasan Penelitian	110
6.3 Implikasi Hasil Penelitian Pada Pelayanan dan Penelitian Keperawatan	111
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	115
7.2 Saran	117
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel	59
Tabel 4.1	Proporsi Sampel Per Kelurahan	61
Tabel 4.2	Analisis Univariat	70
Tabel 4.3	Uji Analisis Bivariat	70
Tabel 4.4	Uji Analisis Multivariat	71
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasar Karakteristik Responden	72
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasar Tipe Keluarga.....	73
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasar Sosial Ekonomi	73
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasar Suku	74
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasar Tahap Perkembangan	74
Tabel 5.6	Distribusi Responden Riwayat Sakit	75
Tabel 5.7	Distribusi Responden Berdasar Frekuensi Dan Metode	75
Tabel 5.8	Distribusi Responden Berdasar Penyuluhan Kesehatan Langsung Dan Media Massa.....	76
Tabel 5.9	Distribusi Responden Berdasar Perilaku Pencegahan	76
Tabel 5.10	Distribusi Tipe Keluarga dengan Perilaku Pencegahan.....	77
Tabel 5.11	Distribusi Jenis Pekerjaan dengan Perilaku Pencegahan.....	77
Tabel 5.12	Distribusi Penghasilan dengan Perilaku Pencegahan	78
Tabel 5.13	Distribusi Tingkat Pendidikan dengan Perilaku Pencegahan	79
Tabel 5.14	Distribusi Jumlah Anggota Keluarga dengan Perilaku Pencegahan	80
Tabel 5.15	Distribusi Suku Dengan Perilaku Pencegahan.....	80
Tabel 5.16	Distribusi Tahap Perkembangan Dengan Perilaku Pencegahan	81
Tabel 5.17	Distribusi Penyuluhan Kesehatan Langsung dengan Perilaku Pencegahan	82
Tabel 5.18	Distribusi Media Massa dengan Perilaku Pencegahan	82
Tabel 5.19	Pemilihan Kandidat Variabel Uji Multivariat.....	83
Tabel 5.20	Pemodelan Akhir Multivariat	84
Tabel 5.21	Ringkasan Hasil Uji Bivariat dan Multivariat	85

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	The Health Belief Model	52
Skema 2.2	Integrasi HBM dalam Perilaku Pencegahan malaria	53
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	58



ABSTRAK

Nama : Ahyar Wahyudi
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Hubungan karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru

Malaria adalah penyakit endemik di negara tropis. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi hubungan karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung dan media massa dengan perilaku pencegahan malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan cross sectional pada 293 responden dengan cluster proporsional. Hasil menunjukkan terdapat hubungan bermakna antara tipe keluarga, pendidikan, tahap perkembangan keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, media massa dengan perilaku pencegahan ($p < 0,05$). Tipe keluarga besar merupakan faktor yang dominan. Upaya promosi kesehatan ditingkatkan melalui keluarga besar, penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa. Perawat komunitas disarankan melakukan edukasi pada keluarga inti agar dapat melakukan pencegahan secara optimal.

Kata kunci:

Malaria, karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, media masa, perilaku pencegahan.

Daftar Pustaka : 108 (1956-2012)

ABSTRACT

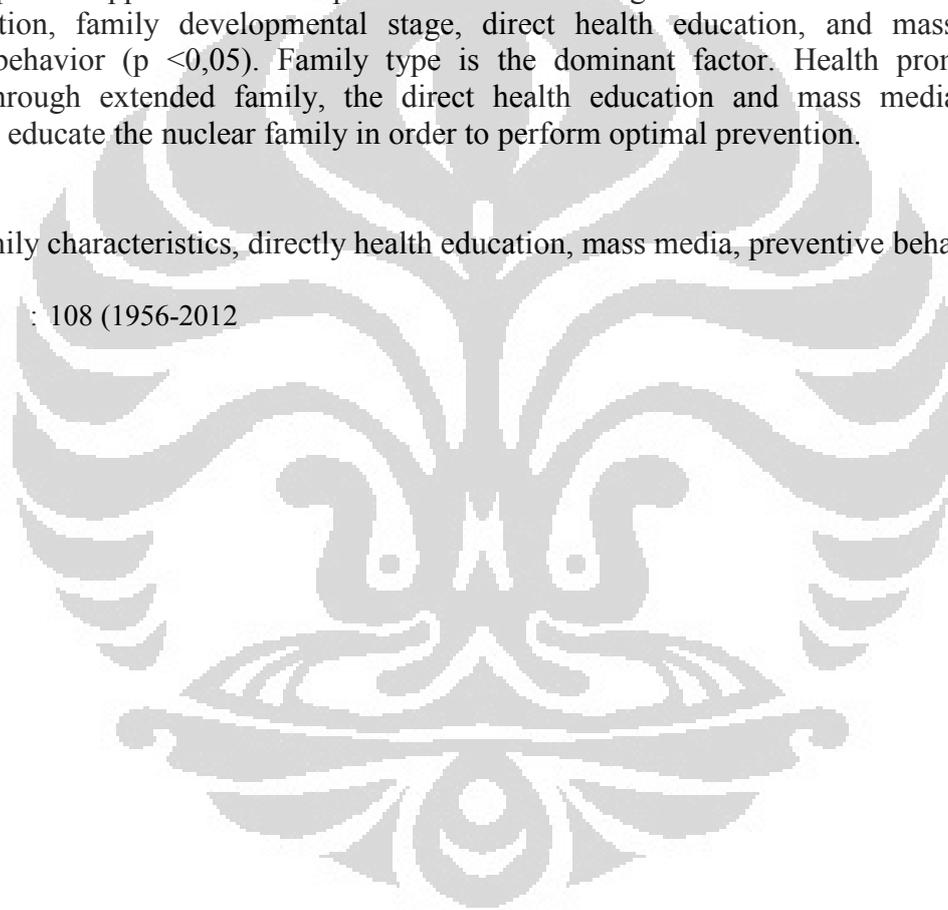
Name : Ahyar Wahyudi
Study Program: Master of Nursing, Community Health Nursing Specialization Faculty of Nursing Universitas Indonesia
Title : The correlation of family characteristics, direct health education and mass media towards preventive behaviours on malaria at Kecamatan Cempaka, Kota Banjarbaru

Malaria is an endemic disease in tropical countries. This study aims to identify correlation of family characteristics, direct health education and mass media towards preventive behaviours on malaria at Kecamatan Cempaka, Kota Banjarbaru. A descriptive correlation design with cross-sectional approach applied to 293 respondents. It showed significant correlations between family type, education, family developmental stage, direct health education, and mass media with preventive behavior ($p < 0,05$). Family type is the dominant factor. Health promotion efforts improved through extended family, the direct health education and mass media. Nurses are suggested to educate the nuclear family in order to perform optimal prevention.

Key words:

Malaria, family characteristics, directly health education, mass media, preventive behaviors.

Bibliography : 108 (1956-2012)



BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini membahas latar belakang, rumusan masalah penelitian, tujuan umum dan khusus, serta manfaat penelitian

1.1 Latar Belakang

Malaria merupakan salah satu penyakit menular yang banyak terjadi di negara-negara tropis. Penyakit ini pun masih menjadi masalah kesehatan di dunia (Kemenkes RI, 2010) dan dikategorikan “*re-emerging disease*”. WHO (*World Health Organization*) dalam *Malaria Report 2011* menyatakan bahwa malaria cenderung selalu meningkat dari tahun ke tahun. Data lima tahun terakhir menunjukkan bahwa pada tahun 2005 terdapat 83.551.210 kasus, tahun 2006 terdapat 85.573.379 kasus, tahun 2007 terdapat 86.746.527 kasus, tahun 2008 terdapat 74.585.630 kasus dan tahun 2009 terdapat 82.485.969 kasus. WHO (2011), melaporkan dari 106 negara yang dinyatakan endemis malaria terdapat 94.299.637 kasus malaria, 345.960 meninggal karenanya dan 2.426 kasus terjadi di Asia Tenggara selama tahun 2010.

Kondisi ini juga terpapar di Indonesia, populasi penduduk Indonesia hampir setengahnya tinggal di daerah endemik malaria (kecuali Pulau Jawa-Bali). WHO (2011) melaporkan bahwa terdapat 1.849.062 kasus dan 432 kasus meninggal selama tahun 2010. Terdapat 424 kabupaten/ kota endemis dari 576 kabupaten/ kota yang ada di Indonesia (Kemenkes, 2010).

Malaria juga merupakan penyakit yang mempengaruhi tingginya kematian terutama kelompok risiko tinggi, yaitu bayi, anak balita, dan ibu hamil. Malaria secara langsung menyebabkan anemia dan dapat menurunkan produktivitas sumber daya manusia (Kemenkes, 2010). Secara tidak langsung, malaria menyebabkan melemahnya perekonomian masyarakat. GF (*Global Fund AIDS, Tuberculosis, and Malaria*) (2009), menyatakan bahwa penyakit ini dianggap sebagai keadaan berbahaya yang mempengaruhi setengah dari populasi dunia dan menjadi lingkaran kemiskinan di beberapa negara berkembang. Menurut perhitungan para ahli ekonomi kesehatan, kasus malaria saat ini dapat menimbulkan kerugian ekonomi mencapai sekitar 3,3 triliun rupiah sebagai akibat dari tidak dapat bekerja selama

satu minggu, biaya pengobatan dan lain-lain, belum termasuk biaya sosial seperti menurunnya tingkat kecerdasan anak dan menurunnya kualitas sumber daya manusia yang berdampak pada penurunan produktifitas (Kemenkes, 2010).

Penanggulangan penyakit malaria telah menjadi kerangka kerja pembangunan nasional, kerangka kerja ini sebagai implikasi dari kesepakatan MDGs (*Millennium Development Goals*) tahun 2015. Penanggulangan malaria dideklarasikan pula sebagai agenda kesepuluh Sidang WHA (*World Health Assembly*) di Swiss tahun 2011 (Kemenkes RI, 2011). Penurunan angka kejadian malaria menjadi 1 per 1000 penduduk merupakan indikator yang harus dicapai setiap negara yang menyepakati MDGs tersebut.

Pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular dilakukan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi individu atau masyarakat, dan ditegaskan pula bahwa pencegahan penyakit menular wajib dilakukan oleh masyarakat melalui perilaku hidup sehat (Kemendagri, 2009). Artinya penanggulangan penyakit ini perlu dilakukan secara komprehensif sesuai dengan paradigma sehat pembangunan kesehatan saat ini, yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian serta mencegah KLB (Kejadian Luar Biasa). Pencapaian hasil yang optimal dilakukan dengan upaya preventif dan kuratif yang berkualitas dan terintegrasi dengan lintas sektor, lintas program, dan lintas daerah (Kemenkes RI, 2010). Hal ini disebabkan karena malaria tidak mengenal batas-batas wilayah administratif (Bappenas, 2006).

Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular menjadi upaya wajib (Kemenkes, 2004). Upaya wajib berarti upaya yang ditetapkan sebagai komitmen nasional dan global yang dianggap mampu menjadi daya ungkit tinggi dalam peningkatan derajat kesehatan manusia. Artinya penyakit malaria menjadi prioritas utama program di puskesmas.

Berdasarkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014 telah ditetapkan target penurunan angka kejadian kasus malaria (*Annual Paracite Index-API*) dari 2 menjadi 1 per 1.000 penduduk (Kemenkes, 2010). Angka kejadian malaria berdasarkan API sejak tahun 2005–2006 cenderung meningkat dari 2,93-

3,14, namun tahun 2007-2011 dengan berbagai upaya pemerintah terjadi penurunan yang sangat tajam dari 2,87-1,75 (Kemenkes, 2012).

Setiap individu dapat terinfeksi *plasmodium* malaria, akan tetapi dalam keadaan *vulnerable*, risiko terinfeksi akan lebih tinggi. Keadaan ini akan bertambah lagi bila dipicu dengan faktor-faktor lain seperti usia, jenis, kelamin, ras, riwayat malaria sebelumnya, gaya hidup, sosial ekonomi, status gizi dan imunitas (Kemenkes, 2004). Sehingga, kondisi *vulnerable* yang dipicu dengan beberapa faktor di atas akan menyebabkan individu mudah terinfeksi malaria.

Penduduk yang tinggal di daerah endemik pun lebih rentan terkena penyakit malaria. Keadaan semacam ini akan meningkatkan risiko memburuknya status kesehatan masyarakat (Stanhope & Lancaster, 2004). Populasi yang rentan merupakan kelompok yang paling membutuhkan dilakukannya tindakan pencegahan dan proteksi terhadap penyakit (Jaspers dan Shoham, 1999; Webb dan Harinarayan, 1999). Salah satu upaya pencegahan yang dilakukan adalah menghindari/ memproteksi dari *agent* penyebab malaria.

Agent penyebab malaria adalah protozoa dari genus plasmodium. Bila terjadi kontak yang efektif, *agent* ini akan lebih mudah menginfeksi pada individu/ keluarga *vulnerable*. Sedangkan, lingkungan di Indonesia cukup mendukung keberadaan penyakit malaria, seperti: lingkungan fisik (suhu, kelembaban udara, curah hujan, ketinggian, angin), lingkungan biologik dan lingkungan sosial-budaya (Kemenkes, 2004). Kondisi semacam ini semakin memudahkan *agent* malaria untuk menginfeksi individu/ keluarga yang *vulnerable* tersebut.

Suryantoro (2008) menemukan bahwa karakteristik lingkungan daerah endemis berpengaruh terhadap ada tidaknya kasus malaria di suatu daerah, adanya danau genangan air, kolam, pembenihan ikan merupakan tempat perkembangbiakan nyamuk *anopheles* sebagai vektor malaria. Begitu juga Darundiati (2010) yang menemukan bahwa terdapat hubungan yang bermakna dari faktor lingkungan dengan angka kejadian malaria. Sedangkan Kurniawan (2008) menemukan bahwa faktor risiko kejadian malaria adalah keberadaan genangan air dekat rumah dan tingkat pengetahuan. Keadaan lingkungan yang endemis dapat meningkatkan angka kejadian penyakit malaria.

Penduduk yang tinggal di daerah endemis termasuk dalam kategori populasi rentan. Populasi ini sangat sensitif terhadap risiko yang berasal dari faktor biologis dan didukung dengan faktor ekonomi, sosial, dan gaya hidup. Interaksi hasil beberapa faktor risiko dalam meningkatkan kerentanan terhadap faktor-faktor lain, yang juga dapat berdampak negatif terhadap kesehatan individu (Sebastian & Burshy, 2000 dalam Rita Hammer, Barbara dan Pagliaro, 2006). Keluarga rentan pun memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk terjangkitnya penyakit. Keadaan ini disebabkan karena keluarga rentan mempunyai keterbatasan sumber daya fisik dan emosional yang dapat mengancam tugas dan fungsi keluarga. Upaya yang dilakukan keluarga rentan dalam menyelesaikan masalah cenderung tidak tepat bahkan menyimpang (Hitchcock, 1999).

Penduduk yang tinggal di daerah endemik malaria tergolong dalam *aggregate vulnerable*. Swanson dan Nies (1997), rentan merupakan kondisi tidak terlindunginya dari pengaruh lingkungan. Peneliti juga mengemukakan karakteristik rentan terdiri atas fisik, lingkungan, sosial, dan ekonomi. Penduduk yang tinggal di daerah endemik malaria, dalam kondisi fisik yang kurang optimal akibat gizi kurang, terpaparnya dengan lingkungan rawa tempat berkembang biak vektor malaria, ditunjang pula dengan interaksi sosial yang kurang pemahaman tentang malaria dan pencegahannya kurang, diperberat lagi dengan kondisi ekonomi yang menyebabkan penduduk termasuk populasi rentan.

Keluarga dengan salah satu anggota keluarganya yang mempunyai pekerjaan di wilayah endemis akan mempunyai risiko lebih tinggi tertular penyakit malaria (Kemenkes, 2004). Hasil wawancara peneliti dengan pengelola Program P2 Malaria Puskesmas Cempaka, Kecamatan Cempaka, Kota Banjarbaru (09 Februari 2012), didapatkan data bahwa selama kurun waktu tahun 2011 terdapat 149 kasus malaria klinis dari 28.328 penduduk dan lebih dari 75% nya disebabkan lokal yang bekerja di wilayah endemis. Karakteristik lain keluarga rentan adalah *person with communicable disease* atau penderita penyakit menular. Transmisi penularan penyakit malaria begitu mudah dan cepat, sehingga prevalensinya dapat mempengaruhi sosial ekonomi kesehatan masyarakat. Semakin banyak pekerja yang sakit, maka akan makin sedikit keluarga yang mampu bekerja untuk mempertahankan fungsi keluarganya (Stanhope & Lancaster, 2004).

Secara epidemiologis, transmisi penularan malaria merupakan hasil interaksi dari *host*, *agent*, dan *environment* (Kemenkes, 2004). Blum (1974, dalam Notoatmojo, 2010) berpendapat bahwa faktor perilaku manusia merupakan determinan utama dan paling sukar ditanggulangi disamping faktor lain, yaitu: lingkungan, pelayanan kesehatan, dan genetik. Hal ini disebabkan, faktor perilaku mempengaruhi lingkungan hidup manusia.

Malaria merupakan penyakit menular yang berkaitan erat dengan perilaku. Perilaku seseorang juga dipengaruhi oleh keluarga. Keluarga rentan perilakunya berisiko tinggi memburuknya status kesehatan (Chesney dan Barbara, 2008). Hasil penelitian Cruz dan Crookston (2006), menemukan bahwa dari 516 partisipan, terdapat 90 % pekerja lembur dan 77% pekerja nonlembur menyatakan tahu bahwa perilaku pencegahan dengan menggunakan kelambu dapat mencegah dari penyakit malaria. Penelitian lain menemukan bahwa perilaku pencegahan pemakaian kelambu, menggunakan jamban, dan menggunakan racun serangga mempunyai hubungan yang bermakna dengan angka kejadian malaria (Salim, 2009). Perilaku pencegahan dengan menggunakan kelambu berinsektisida dapat menurunkan risiko terjangkit malaria 0,7 kali (Taviv; Salim; dan Yeni, 2008). Afridah (2009) dalam penelitiannya tentang pengaruh perilaku penderita terhadap angka kesakitan malaria di Kabupaten Rokan Hilir, dari 110 responden yang diambil secara random menunjukkan bahwa 52,7 % pengetahuan dalam kategori buruk, 51,8% sikap dalam kategori buruk, dan 76,3% tindakan dalam kategori sedang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, serta tindakan mempunyai pengaruh terhadap tindakan pencegahan malaria.

Budisuari dan Paramita (2010), penelitian yang sama menemukan lebih banyak responden yang menderita malaria tidak menggunakan kelambu saat tidur, tidak menggunakan jendela berkasa, tidak menggunakan obat anti nyamuk, tidak menggunakan obat anti malaria saat bepergian ke daerah endemis. Demikian pula penemuan Ernawati dkk (2011) di Kabupaten Pesawaran Provinsi Lampung bahwa individu yang tidak menggunakan obat anti nyamuk mempunyai risiko terkena malaria sebesar 1,14 kali dibanding yang menggunakan obat anti nyamuk dan 1,2 dibandingkan dengan yang menggunakan obat anti nyamuk. Individu yang

mempunyai pekerjaan (nelayan, pekebun, petani tambak, pekerja di hutan) berisiko 1,10 kali dibandingkan yang berada di rumah. Sedangkan prevalensi ratio pemeliharaan ternak dan tidaknya sebesar 1,10 dan prevalensi *ratio* jarak rumah dengan perindukan nyamuk sebesar 1,2.

Pencegahan penyakit malaria dilakukan dengan mengidentifikasi faktor-faktor risiko atau penyebabnya, salah satu yang diidentifikasi adalah perilaku masyarakat. Strategi berbasis masyarakat dilakukan dengan mendorong peningkatan perilaku sehat dan mengurangi risiko ancaman kesehatan (WHO, 2009). Risesdas 2010 melaporkan kebiasaan pencegahan malaria yang dilakukan adalah tidur menggunakan kelambu sebesar 31,9%, memakai obat nyamuk bakar/elektrika sebesar 57,6%, memasang kasa nyamuk pada jendela sebesar 13,6%, menggunakan *obat* anti nyamuk sebesar 24,7%, rumah disemprot obat nyamuk berinsektisida sebesar 20,0%, minum obat sebesar 4,7%, pencegahan bila bermalam di daerah endemis malaria sebesar 4,7%, dan yang lainnya 13,2% (Kemenkes, 2011). Data di atas menunjukkan bahwa perilaku pencegahan yang dilakukan masyarakat dalam menurunkan risiko malaria masih rendah.

Sejak tahun 2006–2009 Kejadian Luar Biasa (KLB) selalu terjadi di Pulau Kalimantan, walaupun kabupaten/kota yang terjangkit berbeda-beda setiap tahunnya. Pulau Kalimantan menjadi sasaran eliminasi malaria pada tahun 2020 (Kemenkes, 2009). Eliminasi malaria didefinisikan sebagai suatu upaya untuk menghentikan penularan malaria setempat dalam satu wilayah geografis tertentu, dan bukan berarti tidak ada kasus malaria luar wilayah (muncul akibat migrasi penduduk) serta sudah tidak ada vektor malaria di wilayah tersebut, sehingga tetap dibutuhkan kegiatan kewaspadaan untuk mencegah penularan kembali. Eliminasi malaria dilakukan secara bertahap dan berjenjang serta didasarkan pada situasi dan kondisi sumber daya yang tersedia (Kemenkes, 2011).

Kalimantan Selatan merupakan salah satu empat provinsi di Pulau Kalimantan yang menjadi sasaran eliminasi. Provinsi ini merupakan daerah endemis malaria. Di provinsi ini terdapat dari 13 kabupaten/ kota. Berdasarkan data, ada dua kabupaten endemis malaria, yaitu Tabalong dan Tanah Bumbu (Dinkes Prov. Kal-Sel, 2011) dan ada lima kabupaten/ kota yang berpotensi endemis, yakni: Banjarbaru, Banjar,

Tanah Laut, Hulu Sungai Utara dan Barito Kuala (Banjarmasin Post, 2011). Pada tahun 2010, terdapat tiga daerah Provinsi Kalimantan Selatan yang ditetapkan sebagai KLB (Kejadian Luar Biasa) Malaria pada tahun 2010. Terdapat tiga daerah KLB tersebut adalah Desa Rantau Bujur dan Desa Pau di Kecamatan Aranio, Kabupaten Banjar dan Desa Karang Bintang di Kabupaten Tanah Bumbu (Dinkes Prov Kal-Sel, 2011).

Angka kejadian malaria (dinyatakan dalam 1 tahun per 1000 penduduk, API atau *Annual Paracite Index*) di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 0,49 tahun 2007, 1,04 tahun 2008, 1,06 tahun 2009, dan 0,79 pada tahun 2010 (Kemenkes RI, 2010). Sedangkan jumlah populasi berisiko tahun 2010 adalah 3.395.359. Sedangkan angka kejadian kasus malaria tahun 2008 mencapai 12.300 kasus dan 21 orang meninggal. Tahun 2009 mencapai 12.749 kasus dan 17 orang meninggal, tahun 2010 mencapai 15.892 kasus dan 37 orang meninggal, serta tahun 2011 ini menurun menjadi 2.654 kasus dan 15 orang meninggal (Dinkes Prov. Kal-Sel, 2012). Namun, tidak semua kabupaten/ kota mengalami hal yang sama terkait dengan penurunan kasus.

Salah satu kota di Pulau Kalimantan yang pernah dinyatakan KLB adalah Kota Banjarbaru, tahun 2007 (Dinkes Kota Banjarbaru, 2008). Kota Banjarbaru merupakan satu dari 13 kabupaten/ kota di Provinsi Kalimantan Selatan. Kota Banjarbaru terdiri dari lima kecamatan, salah satunya adalah Kecamatan Cempaka. Angka rata-rata API Kota Banjarbaru tahun 2010 sebesar 0,3 (Kemenkes, 2011), sedangkan API Kecamatan Cempaka mencapai 1,84 yang melebihi rata-rata API Provinsi Kalimantan Selatan (1,40) dan rata-rata API Kota Banjarbaru (0,3). Angka ini dapat saja bertambah jika tidak dilakukan upaya promotif dan preventif secara komprehensif dan berkualitas.

Informasi dari pengelola program P2 Malaria Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru (09 Februari 2012) mengenai laporan penemuan dan pengobatan penyakit malaria pada tahun 2011 ditemukan bahwa jumlah kasus positif malaria sebesar 246 kasus atau mencapai 0,87% dan jumlah penduduk yang berisiko terkena malaria mencapai 98,01% (Dinkes Kota Banjarbaru, 2012) dari 203.298 jiwa (BPS Kota Banjarbaru, 2012). Begitu juga wilayah Kecamatan Cempaka, jumlah penduduk yang berisiko

mencapai 98,17% (Dinkes Kota Banjarbaru, 2012) atau dari 28.854 jiwa (BPS Kota Banjarbaru, 2012).

Sehatnya suatu bangsa dan negara diawali dari sehatnya sebuah keluarga dalam berperilaku sehat (Harian Tabengan, 2012). Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (Kemendagri, 2009). Kaakinen (2010), menjelaskan bahwa sistem keluarga mengalami peningkatan kompleksitas seiring dengan perkembangan waktu. Keluarga mempunyai kemampuan beradaptasi dan melakukan perubahan. Beberapa teori sistem keluarga telah dikembangkan sebagai upaya melakukan pendekatan yang memungkinkan perawat dalam memahami dan menilai keluarga secara keseluruhan.

Keluarga dipandang sebagai unsur yang dapat mempengaruhi status kesehatan individu anggota keluarga (Kemenkes, 2010). Meningkatkan partisipasi keluarga dan masyarakat dengan memastikan keluarga mampu mengenali dan mengambil tindakan segera dalam menangani penyakit malaria merupakan upaya promotif dan preventif yang dilakukan saat ini (GF ATM, 2009). Perilaku keluarga mempengaruhi perilaku anggota keluarga yang lain dalam menghadapi masalah kesehatan (Kaakinen, 2010).

Hasil penelitian Purnawati (2009), menemukan bahwa faktor pengetahuan keluarga mempunyai hubungan yang bermakna dengan sikap keluarga dengan tindakan. Hal ini sejalan dengan penelitian Aidah (2002), yang juga menemukan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan sikap, pengetahuan dengan praktik dan antara sikap dengan praktik. Demikian juga Ukraina (2010) yang menemukan bahwa kejadian malaria berhubungan dengan sikap, tindakan, pendidikan dan pekerjaan keluarga. Karenanya, perawat sebagai ujung tombak pemberi pelayanan kesehatan perlu menunjukkan perannya.

Perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan keluarga dalam membantu menyelesaikan masalah kesehatan melalui perubahan perilaku (Kaakinen, 2010). Kemenkes (2010), menegaskan bahwa pelayanan keperawatan keluarga dilakukan oleh unit pelayanan yang berafiliasi dengan rumah sakit, puskesmas, dan praktik mandiri keperawatan. Pelayanan keperawatan keluarga bertujuan untuk

mengoptimalkan kemampuan keluarga. Pengoptimalisasian kemampuan keluarga dapat dilakukan memberikan pemahaman mengenai perilaku promotif dan preventif dalam mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan keluarga (Kemenkes, 2006).

Kesehatan keluarga merupakan proses interaksi perilaku kesehatan antara anggota keluarga dari waktu ke waktu (Kaakinen, 2010). Interaksi ini akan mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga yang lain. Apabila ada anggota keluarga yang mengalami sakit, maka akan menimbulkan risiko sakit pada anggota keluarga yang lain (Hanson, Gedaly-Duff, Kaakinen, 2005).

Kaakinen (2010) menjelaskan bahwa perilaku pencegahan dipengaruhi karakteristik keluarga. Karakteristik keluarga terdiri dari tipe, sosial ekonomi, suku, dan tahap perkembangan keluarga (Hanson et al, 2005). Friaraiyatini dkk (2006), menemukan bahwa karakteristik pendidikan keluarga tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan angka kejadian malaria, sebaliknya jenis pekerjaan memberikan hubungan yang signifikan dengan kejadian malaria. Hal ini dikarenakan keluarga yang tinggal di daerah endemis atau mempunyai pekerjaan di daerah endemis akan rentan terinfeksi *plasmodium* malaria.

Harijanto (2000), menemukan bahwa status sosial ekonomi dan budaya keluarga mempengaruhi kerentanan individu terhadap penyebaran penyakit malaria. Friaraiyatini dkk (2006) menemukan bahwa kondisi sosial ekonomi keluarga berbanding lurus dengan rentannya individu terinfeksi malaria. Demikian juga Ningsi, dkk (2007) menemukan karakteristik sosial budaya keluarga mempengaruhi peningkatan angka kejadian malaria. Ditemukan pula masyarakat masih memiliki kepercayaan tradisional tentang penyebab sakit dan cara pencegahannya, melalui upacara-upacara adat dalam proses penyembuhan dan menghindari sakit.

Saat ini peneliti belum menemukan penelitian mengenai tipe dan tahap perkembangan keluarga dalam kaitannya dengan perilaku pencegahan. Peneliti bersumsi keluarga dengan tahap perkembangan anak sekolah dan remaja berisiko tidak berperilaku pencegahan bila dibandingkan tahap perkembangan lainnya, karena pada tahapan ini, anggota keluarga sibuk dengan aktivitas masing-masing.

Perilaku pencegahan digambarkan oleh Glanz dan Rimer (2008), dalam *The Health Belief Model* (HBM), perilaku dipengaruhi oleh karakteristik individu dan informasi kesehatan yang disampaikan baik melalui penyuluhan kesehatan atau media massa. Penyuluhan kesehatan dan media massa merupakan kegiatan dari promosi kesehatan. Kemenkes (2009), menjelaskan bahwa kegiatan eliminasi malaria lebih banyak terfokus kepada kegiatan promotif dan preventif. Oleh karena itu, peranan promosi kesehatan akan semakin besar agar pelaksanaannya lebih optimal. Notoatmojo, (2010) menjelaskan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui penyuluhan kesehatan dan media massa. Promosi kesehatan dilakukan untuk meningkatkan kemampuan perilaku individu dalam pencegahan penyakit malaria. Mardiah (2008), telah menemukan bahwa penyuluhan kesehatan memberikan pengaruh signifikan dalam membentuk perilaku pencegahan penyakit malaria. Pasaribu (2005), menemukan kenaikan nilai rata-rata komponen pengetahuan, sikap, dan praktik terjadi setelah dilakukan penyuluhan kesehatan. Hal ini menunjukkan penyuluhan kesehatan yang dilakukan dapat mengubah dan membentuk perilaku individu.

Hasil wawancara dengan pengelola program P2 Malaria Puskesmas Cempaka Kota Banjarbaru (09 Februari 2012) didapatkan bahwa kegiatan promotif dan preventif yang dilaksanakan saat ini adalah penyuluhan kesehatan setiap bulannya, pelaksanaan 3 M (menguras, menutup, mengubur) pada tempat penampungan air, pembagian kelambu berinsektisida kepada keluarga dengan ibu hamil dan balita, pembagian bubuk larvasida, pemasangan *banner* dan spanduk serta baliho di sepanjang jalan protokol. Selain itu juga disarankan kepada masyarakat agar menggunakan profilaksis saat akan bepergian ke daerah endemis malaria. Lebih lanjut disampaikan, kegiatannya selama ini belum dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap masyarakat. Investigasi kasus dilaksanakan bila ada ditemukan penderita yang mengalami klinis atau positif malaria dan disampaikan laporannya ke Dinas Kesehatan.

Promosi Kesehatan melalui media massa telah digunakan untuk meningkatkan kesadaran dan perubahan perilaku. Media massa memberikan peranan kunci dalam perang memerangi malaria. Mozumder dan Marathe (2006) telah menemukan

media massa dapat meningkatkan efektivitas sumber daya yang ada untuk pencegahan malaria.

Pencegahan dan pengendalian malaria dilakukan untuk mengurangi prevalensi kejadiannya, sehingga malaria tidak lagi menjadi masalah utama kesehatan di masyarakat (Kemenkes, 2012). Pencegahan penyakit malaria dapat dilakukan melalui pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer dilakukan untuk mengurangi insidensi penyakit malaria melalui promosi dan pendidikan kesehatan, seperti melakukan kemoprofilaksis, pemakaian kelambu berinsektisida, atau pun menghindari gigitan nyamuk *anopheles sp.* Pencegahan sekunder melalui deteksi dini dan penatalaksanaan, seperti surveilans epidemiologi, investigasi kasus dan penanganan kasus malaria. Sedangkan pencegahan tersier untuk mengurangi komplikasi dan kecacatan, seperti menghindari terjadinya keguguran pada ibu hamil dan gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada bayi akibat anemia malaria (Stanhope dan Lancaster, 2004).

Berdasarkan beberapa hal di atas, peneliti bermaksud melakukan penelitian tentang “Hubungan karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru”.

1.2 Rumusan Masalah

Angka kejadian kasus malaria di Kecamatan Cempaka berturut-turut sejak 2008 mencapai 1,65, tahun 2009 mencapai 4,91, tahun 2010 mencapai 7,69 dan tahun 2011 mencapai 7,94, angka kejadian ini melebihi rata-rata tingkat Provinsi Kalimantan Selatan (1,4) dan tingkat Kota Banjarbaru (0,3). Puskesmas Cempaka yang merupakan Puskesmas rawat inap selama tahun 2011 menemukan kasus malaria klinis sebesar 149 atau mencapai 0,53% dari jumlah penduduk wilayah setempat dan 43,62% atau 65 kasus merupakan positif malaria (Puskesmas Cempaka, 2012). Sedangkan pencegahan yang telah dilakukan seperti *larvaciding*, kelambu berinsektisida, pengontrolan jentik, dirasakan belum maksimal. Pembagian kelambu berinsektisida terbatas hanya diberikan kepada keluarga dengan ibu hamil atau balita saja, pemakaiannya pun tidak pernah dievaluasi. Pembagian bubuk larvasida pun tidak pernah dievaluasi secara langsung. Hal ini

menunjukkan penanggulangan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka perlu mendapatkan perhatian bersama.

Selain itu, pelaksanaan penyuluhan kesehatan secara langsung tentang malaria dilaksanakan satu bulan sekali, akan tetapi tidak pernah dilakukan evaluasi hasil pelaksanaannya terhadap perubahan perilaku masyarakat. Begitu pula dengan media massa, tidak ada evaluasi sejauh mana masyarakat mendapatkan informasi dari siaran interaktif melalui radio lokal yang dilakukan setiap minggunya. Materi tentang malaria pun paling banyak hanya 2 kali dari 48 kali siaran dalam setahun. Evaluasi media cetak yang digunakan baik poster atau baliho tidak pernah dilakukan. Selama ini petugas hanya melaksanakan pemasangan, akan tetapi tidak berdasarkan hasil kajian atau survei dari masyarakat. Luas wilayah Kecamatan Cempaka dengan sebaran penduduk yang tidak merata, serta jauhnya jarak ke sarana pelayanan kesehatan semakin memungkinkan lemahnya upaya promotif dan preventif yang telah dilakukan selama ini. Begitu pula dengan SDM Kesehatan yang kurang, jumlah perawat di hanya mencapai 15 orang yang memiliki banyak uraian tugas pokok dan tanggung jawab pengelolaan program seperti perkesmas, promosi kesehatan, dan P2 Malaria.

Berdasarkan hal di atas, maka rumusan masalah penelitian adalah “Apakah ada hubungan antara karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru.

1.3.2 Tujuan Khusus

Teridentifikasinya :

- 1.3.2.1 Karakteristik keluarga mencakup tipe, pendidikan, pendapatan, suku, pekerjaan, jumlah anggota, tahap perkembangan keluarga pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;

- 1.3.2.2 Penyuluhan kesehatan langsung pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
- 1.3.2.3 Penyuluhan melalui media massa pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
- 1.3.2.4 Hubungan antara tipe keluarga dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
- 1.3.2.5 Hubungan antara pendidikan keluarga dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
- 1.3.2.6 Hubungan antara pendapatan keluarga dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
- 1.3.2.7 Hubungan antara suku keluarga dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
- 1.3.2.8 Hubungan antara pekerjaan keluarga dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
- 1.3.2.9 Hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
- 1.3.2.10 Hubungan antara tahap perkembangan keluarga dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
- 1.3.2.11 Hubungan antara penyuluhan kesehatan langsung dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
- 1.3.2.12 Hubungan antara media massa dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
- 1.3.2.13 Faktor paling dominan yang berhubungan dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru.

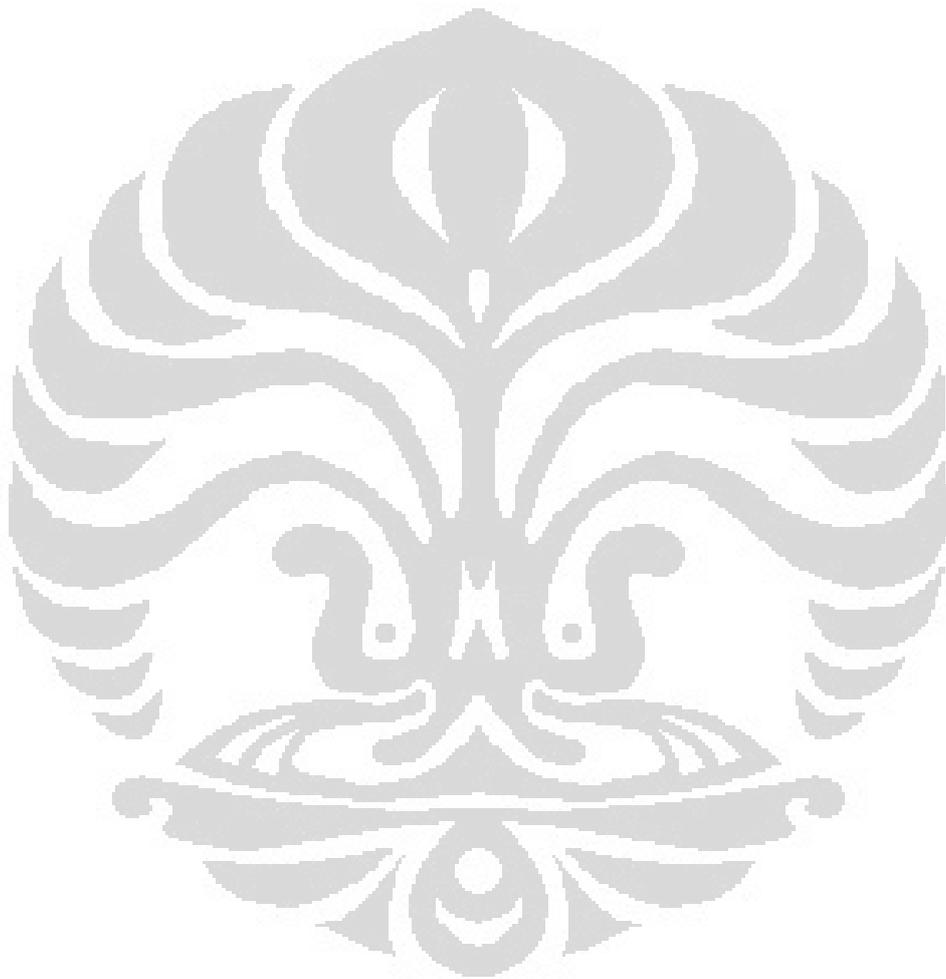
1.4 Manfaat

1.4.1 Sarana Pelayanan Kesehatan

- 1.4.1.1 Memperhatikan dan memberikan informasi kepada keluarga dalam yang khususnya terhadap tipe, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, jumlah anggota keluarga, suku, dan tahap perkembangan keluarga dalam pencegahannya terhadap malaria.
- 1.4.1.2 Bahan evaluasi terhadap penyuluhan kesehatan langsung dan media massa yang selama ini telah diberikan dan sebagai rekomendasi serta dasar dalam rencana kegiatan.

1.4.2 Perkembangan Ilmu

Khasanah keilmuan dan referensi untuk selanjutnya dilakukan penelitian lebih lanjut.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menguraikan konsep dan teori terkait dengan keluarga sebagai kelompok rentan, promosi kesehatan, penyuluhan kesehatan langsung, media massa, perilaku, serta malaria sebagai penyakit menular.

2.1 Keluarga sebagai Kelompok Rentan

2.1.1 Pengertian Rentan

Vulnerable merupakan konsep umum yang berarti rentan atau kerentanan. Istilah ini telah menjadi perhatian bagi perawat komunitas saat ini (Anderson dan McFarlane, 2010). Kelompok rentan adalah kelompok dengan risiko yang lebih dari kelompok lainnya untuk mendapatkan masalah kesehatan, sebagai akibat dari keadaan status sosial budaya, keterbatasan sumber daya ekonomi, atau karakteristik seperti usia dan jenis kelamin (Aday, 2001).

Berdasarkan genetika setiap individu mempunyai risiko memiliki penyakit tertentu (Scanlon & Lee, 2007). Peragallo dan Gonzalez (2007), menjelaskan bahwa kelompok *vulnerable* meliputi masyarakat minoritas, kaum perempuan, anak-anak, dan penyandang cacat. Kelompok ini lebih rentan terinfeksi penyakit. Sedangkan Anderson dan McFarlane (2010), menjelaskan bahwa *vulnerable* adalah individu di sekitar kita yang mengalami penyakit kronis, kecacatan, tuna wisma, atau orang tua yang berpenghasilan rendah. Adapun Aday (2001), berpendapat bahwa kelompok *vulnerable* adalah kelompok yang mempunyai berisiko memburuknya kesehatan baik fisik, psikologis, atau sosial.

Shi dan Steven (2005) menjelaskan bahwa setiap individu dapat menjadi *vulnerable* sebagai akibat dari keadaan hidup atau respon terhadap penyakit atau suatu peristiwa. *Vulnerable* tidak hanya ditentukan oleh karakteristik individu, akan tetapi juga tempat di mana individu tinggal dan berinteraksi dengan lingkungan. Lebih lanjut Shi dan Steven (2005), mengemukakan bahwa ada lima alasan kelompok *vulnerable* menjadi fokus perhatian

perawat, yaitu kelompok *vulnerable* mempunyai kebutuhan yang lebih besar, prevalensinya selalu meningkat, kelompok *vulnerable* menyebabkan masalah sosial di masyarakat. *Vulnerable* berkaitan erat dengan kesehatan dan sumber daya, dan adanya penekanan dalam kesetaraan dalam pembangunan kesehatan. Perilaku kesehatan kelompok ini berisiko, karena keterbatasannya mereka mengakses pelayanan kesehatan. Sehingga menyebabkan kurangnya menerima informasi, sehingga perilaku kesehatannya akan semakin memburuk (Shi dan Steven, 2005).

Shi dan Steven (2005), mengemukakan bahwa keadaan *vulnerable* ditentukan faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor kebutuhan kesehatan. Ketiga faktor tersebut bertemu dan berinteraksi dalam mempengaruhi perilaku individu terhadap akses, kualitas, dan status kesehatan, sehingga mengakibatkan individu menjadi rentan. Ketiga faktor tersebut, yaitu:

2.1.1.1 Faktor Predisposisi

Faktor ini menggambarkan kecenderungan individu untuk menggunakan layanan kesehatan. Faktor ini meliputi karakteristik, sistem kepercayaan, dan struktur sosial. Karakteristik terkait dengan variasi dalam status kesehatan, misalnya, usia, jenis kelamin, ukuran keluarga. Sistem kepercayaan meliputi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, misalnya keyakinan, sikap, budaya. Sedangkan struktural sosial berkaitan dengan posisi sosial dan akses ke sumber daya kesehatan. Keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh keyakinan dan akses sarana,.

2.1.1.1 Faktor Pemungkin

Faktor ini berhubungan dengan status sosial ekonomi, aset individu dan mediasi. Status sosial ekonomi seperti pendapatan, pendidikan, status pekerjaan, dan pendudukan. Aset individu berkontribusi terhadap kemampuan individu mandiri secara ekonomi, seperti warisan, kekayaan, atau keahlian. Sedangkan mediasi terkait dengan penggunaan layanan kesehatan, seperti asuransi kesehatan, akses ke sarana kesehatan, atau kualitas pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan sebagai jasa yang diberikan kepada individu termasuk

pelayanan pencegahan, dan jasa. Individu dengan status sosial ekonomi menengah keatas cenderung akan menggunakan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

2.1.1.1 Kebutuhan Kesehatan.

Kebutuhan kesehatan meliputi persepsi individu terhadap kesehatan baik fisik dan mental, indikator kualitas hidup, seperti aktivitas kerja sehari-hari, keterbatasan sosial, keterbatasan kognitif, keterbatasan dalam pekerjaan, dan pekerjaan rumah sekolah.

2.1.2 Karakteristik Rentan

Allender dan Spreadly (2005) menjelaskan bahwa keluarga dengan status ekonomi rendah (miskin) tergolong dalam populasi rentan. Kondisi rentan memungkinkan keadaan stress yang terus menerus yang dapat mengganggu kesehatan fisik dan psikis. Keluarga rentan seringkali tidak dapat fokus terhadap berbagai kegiatan yang dapat meningkatkan derajat kesehatan. Lingkungan tersebut dapat berupa fisik, psikis, sosial, dan ekonomi sebagai sumber dari masalah kesehatan (Swanson dan Nies, 1997)

2.1.2.1 Fisik

Lingkungan endemis malaria adalah lingkungan yang memungkinkan terjadinya penyebaran penyakit malaria, kondisi rawa atau masih lebatnya semak belukar merupakan tempat yang baik untuk berkembang biaknya vektor malaria. Harijanto (2000), mengemukakan lingkungan fisik yang dapat mempengaruhi adalah temperatur, kelembaban, hujan, ketinggian, angin, sinar matahari, dan arus air.

Proses metabolisme vektor malaria dan siklus hidupnya tergantung pada temperatur sekitar. Vektor malaria dapat bertahan hidup pada temperatur rendah, tetapi proses metabolismenya menurun dan terhenti. Temperatur optimum bagi untuk pertumbuhan vektor malaria adalah 25-27°C. Kecepatan perkembangan parasit dalam vektor pun tergantung temperatur. Temperatur optimum berkisar antara 20 dan 30° C. Makin tinggi temperatur, maka akan semakin pendek masa inkubasi dan begutu sebaliknya (Harijanto, 2000).

Kelembaban udara (banyaknya kandungan air dalam). Rendahnya kelembaban akan memperpendek usia vektor, tetapi hal ini tidak berpengaruh pada parasit. Tingkat kelembaban 60 % adalah batas minimal kemungkinan hidupnya vektor. Kelembaban juga berpengaruh terhadap kemampuan terbang vektor, karena sewaktu terbang vektor memerlukan oksigen lebih banyak sehingga *trachea* terbuka. Dengan demikian penguapan air dari tubuh nyamuk menjadi lebih besar. Jarak terbang vektor yang menjadi terbatas, terjadi karena mempertahankan cadangan air dalam tubuh dari penguapan. Kelembaban udara menjadi faktor yang mengatur cara hidup nyamuk. Kelembaban udara yang lebih tinggi, akan menyebabkan vektor menjadi lebih aktif dan lebih sering menggigit, sehingga meningkatkan penularan malaria (Harijanto, 2000).

Tingginya curah hujan akan menyebabkan naiknya kelembaban udara dan menambah jumlah tempat perkembangbiakan (*breeding places*). Keadaan ini akan menyebabkan terjadinya epidemi malaria. Pancaroba akan meningkatkan berkembangbiaknya vektor anopheles. Sedangkan ketinggian, saat ketinggian naik 100 meter, maka selisih udaranya adalah 0,5 °C. Apabila perbedaan ketinggian besar, maka perbedaan suhu udara akan besar pula dan ini mempengaruhi penyebaran nyamuk, siklus pertumbuhan parasit di dalam vektor. Vektor malaria berkurang pada ketinggian di atas 2000 m (Harijanto, 2000).

Sinar matahari terhadap pertumbuhan larva berbeda-beda. *Anopheles Sundaicus* lebih suka tempat yang teduh, sedangkan *Anopheles hyrcanus* dan *Anopheles punctulatus* lebih menyukai tempat yang terbuka. *Anopheles barbirostris* dapat hidup baik di tempat yang teduh maupun yang terang. Begitu pula dengan aliran air, beberapa jenis larva anopheles mempunyai karakteristik yang berbeda-beda. *Anopheles barbirostris* menyukai perindukan yang airnya diam atau mengalir lambat, sedangkan *Anopheles minimus* menyukai aliran air

yang deras dan *Anopheles letifer* menyukai air tergenang (Harijanto, 2000).

2.1.2.1 Psikologis

Secara psikis, kehidupan yang kumuh, kurangnya terpapar dengan informasi kesehatan, apalagi dipengaruhi budaya yang menganggap penyakit malaria adalah penyakit kutukan, hal ini akan memperparah kondisi rentan suatu kelompok masyarakat (Harijanto, 2000).

2.1.2.1 Sosial Ekonomi

Status sosial dan ekonomi masyarakat yang tergolong berpenghasilan rendah, mengakibatkan penduduk sekitar lebih mementingkan terpenuhinya kebutuhan pokok dibandingkan akses informasi dan perilaku sehat. Pemenuhan kebutuhan ekonomi akan memberikan pengaruh pada kebiasaan, seperti kebiasaan keluar rumah sampai larut malam. Kesadaran individu tentang bahaya malaria akan mempengaruhi individu memberantas malaria seperti menjaga kebersihan lingkungan, menggunakan kelambu, memasang kawat kasa pada rumah dan menggunakan obat anti nyamuk.

2.1.3 Karakteristik Keluarga

2.1.3.1 Pengertian Keluarga

Undang-Undang RI Nomor 52 tahun 2009 bahwa tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga mendefinisikan bahwa keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (Kemendagri, 2009). Sedangkan Kemenkes (2010), mendefinisikan bahwa keluarga adalah sistem sosial yang terdiri dari dua orang atau lebih yang dihubungkan karena hubungan darah, hubungan perkawinan, hubungan adopsi, dan tinggal bersama untuk menciptakan suatu budaya tertentu. Keluarga mengacu pada dua individu atau lebih yang saling ketergantungan dalam dukungan emosional, fisik, dan

ekonomis (Hanson, 2005). Wright dan Bell (2009) mendefinisikan bahwa keluarga sebagai sekelompok individu yang terikat dalam ikatan emosional yang kuat, ada rasa memiliki, dan semangat terlibat dalam satu kehidupan dengan yang lain. Dari beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah hubungan dua individu atau lebih yang saling ketergantungan dihubungkan dengan ikatan perkawinan, hubungan darah, adopsi, dan tinggal bersama membentuk sistem sosial dan budaya tertentu.

Setiap keluarga tentu mempunyai karakteristik masing-masing. Karakteristik demografi keluarga mengacu pada variabel deskriptif seperti komposisi keluarga, status sosial ekonomi, usia, pendidikan, pekerjaan, etnis, dan agama anggota (Allender & Spreadly, 2005). Sedangkan Kaakinen (2010) menyatakan bahwa karakteristik demografi keluarga terdiri dari tipe/ ukuran keluarga, status sosial ekonomi, suku/ budaya, dan tahap perkembangan. Karakteristik demografi keluarga memberikan pengaruh memburuknya kesehatan perilaku, selain itu juga mempengaruhi fungsi psikososial dan respon stress (Lorenz et al, 2005).

2.1.3.2 Tipe Keluarga

Ukuran atau tipe keluarga merupakan karakteristik demografi dibedakan dengan jumlah anak atau komposisi anggota keluarga, umur orang tua dan tempat tinggal (Sociology Guide, 2011). Tipe keluarga juga dibedakan berdasarkan ukuran atau bentuk keluarga, yaitu keluarga inti dan keluarga bersama (campuran).

Kaakinen (2010), menjelaskan tipe keluarga, terdiri dari keluarga Inti (*Nuclear Family*) terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak. Keluarga Besar (*Extended Family*) yaitu keluarga inti yang ditambah dengan sanak saudara misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya. Keluarga Berantai (*Serial Family*)

yaitu keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti. Keluarga Duda/Janda (*Single Family*) Keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian. Keluarga Berkomposisi (*Composite*) yaitu Keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama-sama dan keluarga Kabitas (*Cahabitation*) yaitu dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga.

2.1.3.3 Suku

Friedman (2003) menjelaskan bahwa budaya sebagai hasil perilaku secara turun temurun pada sekelompok masyarakat. Budaya merupakan sistem pola perilaku yang dipindahkan secara sosial menghubungkan kelompok manusia dengan tatanan lingkungan. Budaya membentuk pola perilaku yang dipelajari dan diturunkan dari generasi ke generasi. Budaya memandu individu dalam menyelesaikan masalah kehidupannya termasuk masalah kesehatan yang dihadapi. Karakteristik budaya melekat pada suku dalam suatu kelompok. Kaakinen (2010) menjelaskan bahwa suku akan memberikan pandangan yang berbeda dalam mendefinisikan kesehatan dan perilaku pencegahan. Sebagaimana penelitian Ningsi, dkk (2007) yang meneliti aspek budaya dan lingkungan fisik masyarakat Suku Da'a dalam kaitannya dengan kejadian malaria di wilayah Kota Palu Sulawesi Tengah. Hasil penelitian menemukan budaya keluarga berhubungan signifikan dengan meningkatnya angka kejadian malaria.

2.1.3.4 Sosial Ekonomi

Friedman (2003), mengemukakan bahwa status ekonomi merupakan komponen kelas sosial yang menunjukkan tingkat sumber daya penghasilan keluarga. Status sosial ekonomi juga merupakan ukuran stratifikasi ekonomi individu atau keluarga yang meliputi kekayaan, status (*prestise*), dan kekuasaan. Penghasilan yang memadai yang

diperoleh anggota keluarga dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Sedangkan sosial merupakan *prestise*, posisi, status yang teridentifikasi di masyarakat. Status sosial ekonomi seseorang akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi perilaku seseorang. Individu yang berasal dari status keluarga berpenghasilan rendah cenderung mempunyai masalah kesehatan fisik dan mental yang lebih banyak dibandingkan dengan keluarga berpenghasilan tinggi. Amalia (2009), dalam penelitiannya menemukan bahwa keluarga dengan pendapatan rendah lebih memperhatikan pemenuhan kebutuhan pokoknya sehingga kurang memperhatikan kebutuhan kesehatannya. Yusrizal (2008), menyatakan bahwa status sosial ekonomi keluarga dapat diukur dengan tingkat pendidikan, penghasilan, pekerjaan, dan jumlah anggota keluarga. Kahiludin, dkk (2002), Astuti (2011), dan Anjarwati (2009) dalam penelitiannya bahwa status sosial ekonomi ditentukan berdasarkan empat hal, yaitu: pendidikan formal, pekerjaan, pendidikan, dan jumlah anggota keluarga.

Kaakinen (2010) menjelaskan bahwa ukuran atau jumlah anggota keluarga mempengaruhi sistem keluarga, sistem keluarga dapat menjadi terbuka atau pun tertutup. Selain itu, ukuran keluarga mempengaruhi pendapatan, keluarga inti akan berbeda dengan keluarga besar, keluarga besar akan mempunyai beban yang lebih besar, sehingga keluarga besar kurang memperhatikan kesehatan anggota keluarganya karena lebih memperhatikan kebutuhan kehidupannya (Damandiri, 2012).

2.1.3.5 Tahap Perkembangan

Perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga dari waktu ke waktu. Perubahan ini meliputi

perubahan interaksi dan hubungan anggota keluarga. Duvall dan Miller membagi tahap perkembangan keluarga menjadi delapan tahapan (Kaakinen, 2010). Setiap tahap perkembangan mempunyai tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tahap tersebut dapat dilalui dengan sukses. Pembagian tahap perkembangan keluarga dilakukan berdasarkan kriteria perubahan utama pada keluarga, perkembangan anak tertua (kecuali dua tahap terakhir), dan status pekerjaan pencari nafkah. Anak pertama menjadi ukuran untuk tahapan perkembangan keluarga. Tugas perkembangan keluarga menumbuhkan rasa tanggung jawab yang harus dicapai dalam tiap tahapannya (Friedman, 2003).

Tahapan perkembangan keluarga menurut Friedman (2003), yaitu:

a. Keluarga Baru.

Tahap ini dimulai saat individu laki-laki (suami) dan perempuan (istri) membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing. Secara psikologis meninggalkan keluarga dapat diartikan masih tinggal bersama dengan orang tuanya, akan tetapi mempunyai tanggung jawab sebagai sebuah keluarga baru. Pasangan tersebut belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya, misalnya makan, tidur, bangun pagi dan sebagainya. Keluarga pasangan baru (tanpa anak) dimulai saat pasangan mulai menikah. Tugas perkembangan pada tahapan ini adalah membina hubungan intim yang memuaskan kehidupan baru, membina hubungan dengan sanak dan kerabat, teman lain, keluarga lain, serta membina keluarga berencana.

b. Keluarga dengan kelahiran anak pertama

Tahap ini dimulai sejak hamil sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak berumur 30 bulan atau 2,5 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah adanya perubahan peran menjadi orang tua, melakukan adaptasi dengan

anggota keluarga, dan mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangannya.

c. Keluarga dengan anak prasekolah

Tahapan ini dimulai sejak anak pertama berusia 2,5 tahun sampai dengan 5 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga, membantu anak bersosialisasi, beradaptasi dengan lingkungan, beradaptasi dengan anak yang baru lahir sementara kebutuhan anak yang lain juga harus dipenuhi, mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam maupun di luar keluarga, pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak-anak, pembagian tanggung jawab anggota keluarga, kegiatan stimulasi tumbuh dan kembang anak. Sedangkan masalah kesehatan yang sering terjadi pada tahap ini adalah terjadinya penyakit menular pada anak, terjadinya masalah psikososial dalam hubungan perkawinan atau pun perceraian, persaingan antara anak, dan masalah dalam pengasuhan anak.

d. Keluarga dengan anak sekolah

Tahapan ini dimulai saat anak pertama berusia 6 tahun sampai dengan 13 tahun. Tugas keluarga pada tahapan ini adalah membantu dalam sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan, mempertahankan hubungan perkawinan bahagia agar tetap bahagia, memenuhi kebutuhan dan biaya hidup yang semakin meningkat serta meningkatkan komunikasi terbuka.

e. Keluarga dengan anak remaja

Dimulai saat anak berumur 13 tahun dan berakhir 6 sampai 7 tahun kemudian. Tujuannya untuk memberikan tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi orang dewasa. Tahapan ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun sampai 19-20 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah memberikan kebebasan yang

seimbang dengan tanggung jawab kepada anak remajanya, meningkatkan otonominya, mempererat hubungan yang intim dalam keluarga, mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dengan orang tua serta perubahan sistem peran dan peraturan tumbuh dan berkembang keluarga.

f. Keluarga dewasa

Tahapan ini dimulai saat anak pertama meninggalkan rumah sampai anak terakhir meninggalkan rumah, lamanya tergantung dengan jumlah anak atau banyaknya anak belum menikah dan tinggal dalam rumah. Sedangkan tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, mempertahankan keintiman pasangan, membantu orang tua yang sedang sakit dan memasuki masa tua, membantu anak untuk dapat hidup mandiri di masyarakat, dan melakukan penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.

g. Keluarga pertengahan

Tahap ini dimulai saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau pun salah satu pasangan meninggal dunia. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mempertahankan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak, dan meningkatkan keakraban dengan pasangan.

h. Keluarga usia lanjut

Tahapan ini dimulai dimulai salah satu meninggal atau pensiun sampai dengan dua-duanya meninggal. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan, beradaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan, mempertahankan keakraban suami/istri dan saling merawat, mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat,

melakukan *life review*, mempertahankan penataan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini

Setiap tahapan, keluarga bertugas menyediakan kebutuhan fisik dari anggota keluarga. Penyelesaian tugas dan fungsi tergantung kemampuan keluarga dalam memenuhi tuntutan setiap tahap tertentu. Pada tahap awal perkembangan, anak-anak tergantung pada orang tua dalam memenuhi kebutuhan tahapan perkembangan, akan tetapi pada tahap sekolah, remaja, dan dewasa, anak-anak dapat berkontribusi untuk pemenuhan kebutuhan tahapan perkembangan dalam keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, Kaakinen, 2005). Tanggung jawab keluarga dalam melaksanakan tugas perkembangan bergeser dari hanya orangtua kepada anggota keluarga yang lainnya. Anggota keluarga dapat berkontribusi dalam memenuhi tugas dan fungsi keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga. Duvall dan Miller (1985 dalam Hanson, Gedaly-Duff, Kaakinen, 2005), menjelaskan bahwa tugas perkembangan keluarga yang harus diselesaikan sebelum berpindah ke tahap berikutnya.

Kaakinen (2010) menjelaskan bahwa keluarga dengan pasangan baru menikah cenderung kesulitan menghadapi berbagai masalah, karena merupakan tahap transisi dan penyesuaian dengan pasangan. Keluarga dengan tahap ini cenderung kurang terlibat dalam berbagai kegiatan kesehatan. Sejauh ini belum ditemukan hasil penelitian untuk tahap perkembangan keluarga dalam kaitannya dengan perilaku kesehatan.

Peningkatan kemampuan kelompok atau keluarga rentan dilakukan dapat dilakukan dengan melakukan promosi kesehatan. Kaakinen (2010), menjelaskan bahwa promosi kesehatan merupakan tugas

utama perawat dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga dan harus dilakukan secara teratur dan rutin.

2.2 Promosi Kesehatan

WHO dalam Konferensi Promosi Kesehatan Sedunia di Bangkok tahun 2005 didefinisikan bahwa promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan dan menentukan kontrol atas kesehatannya (Kemenkes, 2010). Kemenkes mendefinisikan promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong diri sendiri serta mendorong kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Kemenkes, 2007). Sedangkan menurut Pender, Murdaugh, & Parsons (2006 dalam, Allender, Rector, dan Warner, 2010) mendefinisikan bahwa promosi kesehatan adalah perilaku yang dimotivasi oleh keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mengaktualisasikan potensi kesehatan manusia atau untuk secara aktif menghindari penyakit, melakukan deteksi dini, dan mempertahankan diri dari penyakit. Jadi, promosi kesehatan adalah suatu proses meningkatkan dan memotivasi perilaku individu dalam menolong diri sendiri melalui kontrol, deteksi dini, dan meningkatkan potensi kesehatan.

2.2.1 Strategi

Strategi promosi kesehatan eliminasi malaria saat ini adalah advokasi, bina suasana, pemberdayaan masyarakat yang didukung oleh kemitraan. Advokasi dilakukan untuk mendapatkan dukungan dan komitmen dari stakeholder. Bina suasana dilakukan untuk menciptakan opini agar individu mau melakukan perilaku sehat. Bina suasana yang dilakukan biasanya melalui penyuluhan, media massa, sosialisasi, dan lain-lain. Sedangkan Pemberdayaan masyarakat dilakukan untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan melakukan pemberantasan penyakit malaria. pemberdayaan masyarakat ini dilakukan setelah tercipta bina suasana. Pemberdayaan masyarakat misalnya adanya pos malaria desa atau poskesdes.

Kemitraan dilakukan dengan menggalang kerja sama melalui lintas sektor, organisasi profesi, dan lain-lain. Promosi kesehatan dapat dilakukan melalui penyuluhan kesehatan secara langsung dan melalui media massa (Notoatmojo, 2010).

2.2.2 Penyuluhan Kesehatan Langsung

2.2.2.1 Pengertian

Penyuluhan kesehatan atau (*health education*) didefinisikan sebagai upaya peningkatan pengetahuan dan kemampuan individu melalui belajar dengan mempengaruhi perilaku agar sadar dan mau mengubah perilakunya menjadi perilaku sehat (Allender, Rector, dan Warner, 2010). Sedangkan Kemenkes (2002), mendefinisikan bahwa penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui tehnik praktek belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat. Sedangkan penyuluhan kesehatan langsung adalah penyuluhan yang dilakukan secara berhadapan atau tatap muka dalam memberikan penyuluhan (Kemenkes, 2004).

2.2.2.2 Sasaran

Penyuluhan kesehatan langsung terhadap keluarga dapat dilakukan di rumah, puskesmas atau masyarakat. Penyuluhan ini diutamakan pada kelompok risiko tinggi, seperti keluarga yang menderita penyakit menular, sosial ekonomi rendah, gizi buruk, sanitasi lingkungan yang buruk. Sasaran terhadap kelompok dapat dilakukan pada ibu hamil, ibu dengan balita, usia lanjut, anak sekolah, pekerja dalam perusahaan dan lain-lain. Sedangkan, sasaran masyarakat dapat dilakukan warga daerah binaan puskesmas, masyarakat nelayan, masyarakat pedesaan, masyarakat yang terkena wabah dan lain-lain (Kemenkes, 2004).

a. Perorangan

Dasar digunakan pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda dengan penerimaan informasi yang diberikan.

b. Kelompok

Pemilihan metode ini mempertimbangkan tingkat pendidikan formal. Pemilihan metode yang tepat akan turut menentukan efektifitasnya pelaksanaan penyuluhan.

2.2.2.3 Materi

Materi atau pesan yang disampaikan sesuai dengan kebutuhan kesehatan dari individu itu sendiri, sehingga dapat dirasakan langsung manfaatnya. Materi disampaikan dengan bahasa yang mudah dimengerti, dan disampaikan dengan menggunakan metode dan media yang dapat mempermudah pemahaman dan untuk menarik perhatian sasaran (Kemenkes, 2004).

2.2.2.4 Tempat

a. Kunjungan Rumah

Hubungan langsung antara penyuluh dengan masyarakat sasaran dan keluarganya yang dilaksanakan di rumah. Metode ini memperkuat metode-metode lainnya bila tidak efektif. Kelebihannya mendapat keterangan langsung masalah kesehatan, membina persahabatan dan kepercayaan, menemukan tokoh masyarakat, mencapai keluarga yang terpencil. Sedangkan keterbatasannya adalah jumlah kunjungan yang dilakukan. Akan tetapi, kunjungan yang sering pun dapat menimbulkan prasangka pada keluarga lainnya

b. Pertemuan Umum

Peserta pertemuan merupakan campuran dari berbagai karakteristik masyarakat. Pertemuan umum dilakukan dengan melakukan perencanaan dan persiapan yang baik. Kelebihannya

banyak orang yang dicapai, tahap persiapan untuk metode lainnya, pengenalan pribadi dapat ditingkatkan, segala macam topik/judul dapat diajukan. Sedangkan kekurangannya tempat dan sarana pertemuan tidak selalu cukup, waktu untuk diskusi biasanya terbatas sekali, pembahasan topik sedikit lebih sulit karena peserta yang hadir adalah campuran, kejadian-kejadian di luar kekuasaan, seperti cuaca buruk.

2.2.2.5 Bentuk

a. Diskusi Kelompok Terarah (FGD)

FGD terdiri sekitar 8-15 orang. Diskusi ini memungkinkan partisipasi baik dari peserta yang hadir. Keberhasilan pertemuan FGD banyak tergantung dari penyuluh dalam memperkenalkan materi yang dapat perhatian para peserta, memelihara perhatian terus menerus dari peserta, memberi kesempatan peserta mengemukakan pendapatnya dan menghindari dominasi beberapa orang saja, menyimpulkan pembicaraan dan menyusun saran yang diajukan, serta memberikan informasi yang cukup agar peserta sampai pada kesimpulan yang tepat.

b. Demonstrasi

Demonstrasi adalah memperlihatkan secara singkat kepada individu cara melakukan suatu perilaku kesehatan baru. Demonstrasi lebih menekankan cara melakukannya suatu perilaku kesehatan. Tujuannya untuk meyakinkan bahwa perilaku kesehatan tertentu itu berguna dan praktis. Demonstrasi ini mengajarkan suatu ketrampilan yang baru. Kelebihannya adalah cara memberikan penyuluhan keterampilan yang efektif, merangsang kegiatan, menumbuhkan kepercayaan pada diri sendiri. Sedangkan kekurangannya adalah memerlukan banyak persiapan, peralatan dan ketrampilan, dan merugikan bila demonstrasi dilaksanakan dengan kualitas yang buruk.

2.2.2.6 Komponen

Mardiah (2008), mengukur penyuluhan kesehatan berdasarkan lima komponen berikut:

a. Tujuan

Penetapan tujuan ditetapkan terlebih dahulu secara spesifik, realistis, dapat diukur, jelas batas waktunya. Perumusan tujuan dengan singkat dan sederhana, sehingga kegiatan kelihatan selalu akan terarah pada tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

b. Peserta

Peserta sebaiknya dipilih yang sesuai dengan tujuan, tidak heterogen baik dalam hal usia, pendidikan, maupun pengalaman belajar.

c. Penyuluh

Penyuluh yang dipilih adalah mereka yang sudah berpengalaman dan memiliki keterampilan dalam memberikan penyuluhan, dalam arti kata para pelatih mampu menggunakan metode yang ada dan menguasai materi penyuluhan dengan baik, serta mampu menjaga situasi penyuluhan agar tetap dalam keadaan yang menunjang pencapaian tujuan penyuluhan.

d. Materi Penyuluhan

Materi penyuluhan, sesuai dengan tujuan penyuluhan. Bahan bacaan disusun dengan bahasa yang sederhana agar mudah dimengerti dan mudah dicerna oleh peserta penyuluhan.

e. Metode Penyuluhan

Metode penyuluhan, dipilih metode yang paling cocok untuk menyampaikan materi kepada para peserta latihan oleh tim penyuluh yang bersangkutan. Penggunaan metode yang paling cocok akan mempermudah peserta latihan menerima materi yang diberikan.

2.2.2.7 Faktor yang mempengaruhi

Suryana (2006), menjelaskan bahwa keberhasilan suatu penyuluhan kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor penyuluh, sasaran dan proses penyuluhan, yaitu:

a. Faktor penyuluh

Kurang persiapan dan penguasaan materi, penampilan kurang meyakinkan sasaran, dan penggunaan bahasa yang digunakan kurang dapat dimengerti oleh sasaran, suara terlalu kecil dan kurang dapat didengar serta penyampaian materi penyuluhan terlalu monoton sehingga membosankan.

b. Faktor sasaran

Tingkat pendidikan terlalu rendah sehingga sulit menerima pesan yang disampaikan, tingkat sosial ekonomi terlalu rendah sehingga tidak begitu memperhatikan pesan-pesan yang disampaikan karena lebih memikirkan kebutuhan yang lebih mendesak, kepercayaan dan adat kebiasaan yang telah tertanam sehingga sulit untuk mengubahnya, kondisi lingkungan tempat tinggal sasaran yang tidak mungkin terjadi perubahan perilaku.

c. Faktor proses

Waktu penyuluhan tidak sesuai dengan waktu yang diinginkan sasaran, tempat penyuluhan dekat dengan keramaian sehingga mengganggu proses penyuluhan yang dilakukan, jumlah sasaran penyuluhan yang terlalu banyak, alat peraga yang kurang, metoda yang digunakan kurang tepat sehingga membosankan sasaran serta bahasa yang digunakan kurang dimengerti oleh sasaran.

2.2.2.8 Evaluasi

Suryana (2006), mengemukakan bahwa evaluasi penyuluhan merupakan langkah penting, karena:

- a. Memberi masukan kepada para pelatih apa yang harus dikerjakan dan apa yang tidak perlu dilakukan.

- b. Proses evaluasi memberikan petunjuk kepada manajemen bahwa program penyuluhan memberi dampak yang positif terhadap kebutuhan jangka panjang

Evaluasi penyuluhan memiliki dua aspek, yaitu:

- a. Menentukan apakah perubahan perilaku yang dihasilkan oleh program penyuluhan memberikan hal yang berarti pada pencapaian tujuan program kesehatan;
- b. Membandingkan berbagai teknik penyuluhan untuk menentukan teknik penyuluhan mana yang paling tepat dan dapat memberikan hal yang berarti pada pencapaian tujuan program.

Selain penyuluhan langsung, promosi kesehatan dapat dilakukan secara tidak langsung, yaitu melalui media massa.

2.2.3 Media Massa

2.2.3.1 Pengertian

Kegiatan promosi kesehatan tak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sampai akhirnya memutuskan untuk mengadopsinya ke perilaku yang positif. Penyuluhan tidak langsung dilakukan dalam hal penyuluh tidak berhadapan atau tidak bertatap muka dengan sasaran, tetapi menyampaikan pesannya dengan perantara atau media. Media adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh pemberi pesan sehingga sasaran dapat meningkat pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan.

Suryana (2006), mendefinisikan bahwa media massa adalah saluran/alat komunikasi dan informasi secara massal dan dapat diakses masyarakat secara massal pula. Sedangkan Kemenkes (2004), menjelaskan bahwa media massa merupakan salah satu bentuk kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan dengan metode

penyuluhan tidak langsung. Jadi, media massa adalah sarana atau alat penyampaian informasi tentang kesehatan.

2.2.3.2 Tujuan

Penggunaan media massa bertujuan agar mempermudah penyampaian informasi, menghindari kesalahan persepsi, memperjelas informasi, mempermudah pengertian, mengurangi komunikasi verbalistik, menampilkan objek yang tidak dapat ditangkap dengan mata, dan memperlancar komunikasi.

2.2.3.3 Bentuk

Media massa yang baik adalah media yang mampu memberikan informasi kesehatan yang sesuai dengan tingkat penerimaan sasaran, sehingga sasaran mau dan mampu untuk mengubah perilaku sesuai dengan pesan yang disampaikan. Kemenkes (2010), mengatakan bahwa publikasi melalui media massa dapat dilakukan dalam bentuk:

a. Cetak

Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Media cetak dapat berupa booklet, leaflet, *flyer* (selebaran), *flip chart* (lembar balik), rubrik atau tulisan pada surat kabar atau majalah, poster, foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Beberapa kelebihan media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa kemana-mana, mempermudah pemahaman. Sedangkan kelemahannya tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara.

Media menyampaikan pesannya di luar ruang, bisa melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar. Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, mengikutsertakan seluruh

panca indera, penyajian dapat dikendalikan dan jangkauannya relatif besar. Kekurangannya adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu alat canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

Media cetak dapat berupa :

1) Poster

Poster adalah sehelai kertas atau papan yang berisikan gambar-gambar dengan sedikit kata-kata. Poster biasanya ditempelkan pada suatu tempat yang mudah dilihat dan banyak dilalui orang. Gambar dalam poster dapat berupa lukisan, ilustrasi, kartun, gambar atau photo. Poster terutama dibuat untuk mempengaruhi orang banyak, memberikan pesan singkat. Pembuatannya harus menarik, sederhana dan hanya berisikan satu ide atau satu kenyataan saja. Poster yang baik adalah poster yang mempunyai daya tinggal lama dalam ingatan orang yang melihatnya serta dapat mendorong untuk bertindak (Suryana, 2006).

2) Leaflet

Leaflet adalah selebaran kertas yang berisi tulisan dengan kalimat-kalimat yang singkat, padat, mudah dimengerti dan gambar-gambar yang sederhana. Beberapa yang disajikan secara berlipat. Leaflet digunakan untuk memberikan keterangan singkat tentang suatu masalah, misalnya deskripsi tentang malaria dan pencegahannya, dan lain-lain. Leaflet dapat diberikan atau disebarkan pada saat pertemuan pertemuan dilakukan seperti pertemuan FGD, pertemuan posyandu, kunjungan rumah, dan lain-lain (Suryana, 2006).

3) Gambar Optik

Album merupakan foto-foto yang isinya berurutan, menggambarkan suatu cerita, kegiatan dan lain-lain. Album ini bisa dibawa dan ditunjukkan kepada masyarakat sesuai dengan topik yang sedang di diskusikan. Dokumentasi lepasan, yaitu gambar yang berdiri sendiri dan tidak disimpan dalam bentuk album. Dokumentasi ini menggambarkan satu pokok persoalan atau titik perhatian. Gambar ini digunakan biasanya untuk bahan brosur, leaflet, dan-lain. Sedangkan slide umumnya digunakan dengan sasaran kelompok atau grup. Slide ini sangat efektif untuk membahas suatu topik tertentu, dan peserta dapat mencermati setiap materi dengan cara seksama, karena slide sifatnya dapat diulang-ulang, lebih kearah sasaran secara masal, sifatnya menghibur dan mendidik (Suryana, 2006).

b. Elektronik

Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dan penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Media elektronik dapat berupa televisi, radio, surat kabar elektronik, video film, *cassette*, CD, VCD. Media elektronik ini memiliki kelebihan lebih mudah dipahami, menarik, dikenal masyarakat, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Sedangkan kekurangannya adalah biayanya lebih tinggi, rumit, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya (Suryana, 2006).

2.2.3.4 Jenis

Kemenkes (2008), menjelaskan beberapa jenis media, yaitu:

a. Benda Asli

Benda yang sesungguhnya baik hidup maupun mati. Benda asli merupakan alat peraga yang paling baik karena mudah serta cepat dikenal, mempunyai bentuk serta ukuran yang tepat. Tetapi alat peraga ini kelemahannya tidak selalu mudah dibawa ke mana-mana sebagai alat bantu mengajar. Termasuk dalam macam alat peraga ini antara lain benda sesungguhnya, misalnya nyamuk, lalat, spesimen, oralit.

b. Benda Tiruan

Benda yang berbeda dari benda sesungguhnya. Benda tiruan bisa digunakan sebagai media atau alat peraga dalam promosi kesehatan. Hal ini dikarena menggunakan benda asli tidak memungkinkan, misal ukuran benda asli yang terlalu besar, terlalu berat. Benda tiruan dapat dibuat dari bermacam-macam bahan seperti tanah, kayu, semen, plastik dan lain-lain.

2.3 Perilaku Pencegahan

2.3.1 Perilaku

Perilaku adalah fenomena dinamis hasil interaksi individu dengan lingkungan secara nyata berubah dari waktu ke waktu (Pelaez M, 2012). Sedangkan Gochman mendefinisikan bahwa perilaku adalah sesuatu yang tidak hanya dapat diamati secara nyata, tetapi juga keadaan mental dan emosional yang dapat diukur (Glanz dan Rimer, 2008).

Glanz dan Rimer (2008) mendefinisikan perilaku kesehatan sebagai atribut dari seseorang berupa kepercayaan, harapan, motivasi, nilai, persepsi, dan kognitif, karakteristik kepribadian, afektif dan emosional serta sifat, tindakan dan kebiasaan yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan, dan perbaikan kesehatan. selain itu, Glanz dan Rimer (2008) juga mengkategorikan tiga jenis perilaku kesehatan, yaitu perilaku kesehatan

preventif (setiap kegiatan individu yang dipercaya dapat menjadikan sehat, dengan tujuan mencegah atau mendeteksi datangnya penyakit), perilaku penyakit (setiap kegiatan individu yang merasa dirinya sakit dan menemukan penatalaksanaan yang sesuai), perilaku peran sakit (setiap kegiatan yang dilakukan oleh seorang individu yang bertujuan dan menganggap dirinya sakit, termasuk menerima pelayanan dari penyedia kesehatan dan menyebabkan lepasnya tanggung jawab).

Bloom (1956) menyatakan bahwa belajar bukan hanya proses kognitif, tetapi mampu melakukan dalam bentuk perilaku. Terdapat tiga domain dalam mempelajari perilaku, yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor. Sedangkan domain ketiga adalah yang psikomotor atau keterampilan. Perilaku yang berhubungan dengan psikomotor, yaitu: *observe* (menerjemahkan input sensorik ke dalam sebuah kegiatan), *model* (meniru keterampilan secara mendasar), *recognize standards* (mengenali standar dan kriteria dalam melakukan keterampilan), *correct* (menggunakan standar dalam mengevaluasi/ koreksi kinerja sendiri), *apply* (menerapkan keterampilan secara nyata), *coach* (menginstruksikan atau melatih orang lain untuk melakukan keterampilan).

2.3.1.1 Pengetahuan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI, 2009) tahu atau pengetahuan adalah mengerti terhadap sesuatu sesudah melihat, menyaksikan, atau mengalami. Pengertian ini tidak berbeda jauh dengan Notoatmojo (2003) yang mendefinisikan Pengetahuan sebagai hasil penginderaan terhadap suatu objek dan penginderaan ini sebagian besar dilakukan melalui penglihatan dan pendengaran, selain itu juga dengan penciuman, perasaan, dan perabaan. Sedangkan Bloom (1956) menjelaskan bahwa pengetahuan adalah proses atau metode memanggil kembali ingatan baik berupa ide, materi atau fenomena, ingatan tidak mesti harus sesuai dengan apa yang disampaikan. Perilaku yang didasari dengan pengetahuan

umumnya bersifat menetap (Soenaryo, 2002). Jadi, pengetahuan adalah sesuatu yang mendasari perilaku yang diperoleh melalui proses penginderaan dan ingatan tersebut dapat dipanggil kembali.

Bloom (1965) mengemukakan kognitif merupakan domain utama yang berhubungan dengan pengakuan pengetahuan serta pengembangan kemampuan intelektual dan keterampilan. Ia menjelaskan beberapa perilaku yang berhubungan dengan kognitif, yaitu *knowledge* (mengingat dan mengenali informasi), *comprehension* (mengerti makna dari informasi yang diberikan, dapat menafsirkan, menerjemahkan, dan memahaminya), *application* (mampu menggunakan informasi dan menerapkannya), *analysis* (mampu membedakan, mengelola, dan membuktikannya), *synthesis* (menerapkan pengetahuan, menganalisis dan mengintegrasikan konsep atau membangun sebuah teori) dan *evaluation* (menilai informasi berdasarkan kriteria dan standar).

Selanjutnya Krathwohl (2001), merevisi domain kognitif dalam ranah sebagai ranah domain pengetahuan (*knowledge*). Sebagaimana *taxonomi Bloom* (1956) yang telah direvisi, Notoatmojo (2010) menjabarkan bahwa domain pengetahuan, meliputi:

a. Mengetahui (*know*)

Tahu merupakan tingkat pengetahuan terendah. Tahu berarti mampu mengingat kembali terhadap suatu objek atau fenomena secara spesifik dari keseluruhan informasi yang diterima. kata kerja yang digunakan dalam mengukur tahu adalah menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah kemampuan menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar terhadap suatu objek atau peristiwa. Memahami berarti dapat menjelaskan, memberikan

contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek.

c. Menerapkan (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil. Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam bentuk konteks atau situasi yang lain.

d. Menganalisa (*analysis*)

Menganalisa berarti mampu menjabarkan objek atau peristiwa secara jelas dan rinci, dan tidak terlepas dari konteks yang disampaikan. Kemampuan ini berarti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan dan mengelompokkan.

e. Mensistesa (*synthesis*)

Mensistesa adalah kemampuan menghubungkan bagian atau sesuatu dalam suatu rangkaian yang baru. Hal ini berarti kemampuan dalam menyusun dan memformulasikan sesuatu yang baru.

f. Mengevaluasi (*evaluation*)

Mengevaluasi berarti mampu untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek atau peristiwa. Penilaian dilakukan berdasarkan kriteria yang ditentukan telah ditentukan.

Nasution (1999) mengatakan faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut:

a. Sosial Ekonomi

Lingkungan sosial yang tinggi mendukung terjadinya pengetahuan yang baik. Ekonomi yang baik akan mendukung tingkat pendidikan yang baik, sehingga tingkat pengetahuan akan tinggi.

b. Budaya dan Agama

Informasi yang didapat seseorang akan terpengaruh dengan budaya dan agama yang ada, berbenturan atau sesuai dengan budaya dan agama yang dianut.

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhinya dalam menerima informasi atau perihal baru

d. Pengalaman

Pengalaman berkaitan dengan usia dan pendidikan, semakin tua usia maka akan semakin berpengalaman seseorang dalam menanggapi sesuatu dan perihal baru.

2.3.1.2 Sikap

Bloom (1965) mengemukakan bahwa afektif menggambarkan perubahan dalam minat, sikap, nilai, dan perkembangannya. Ia juga menjelaskan beberapa perilaku yang berhubungan dengan afektif, yaitu: *receiving* (menyadari adanya sikap, perilaku, dan nilai), *responding* (menunjukkan reaksi atas adanya sikap dan nilai), *valuing* (mengenali nilai dan komitmen dalam sikap), *organizing* (menentukan nilai baru dalam berperilaku), dan *characterizing* (mengintegrasikan perilaku sebagai sesuatu yang alami).

Menurut Notoadmodjo (2005), mengemukakan sikap seseorang dapat bersifat positif atau pun negatif. Sikap positif cenderung tindakannya adalah mendekati, menyenangkan, dan mengharapkan, sedangkan sikap negatif cenderung menjauhi, menghindar, dan membenci. Jadi, sikap menunjukkan respons kesesuaian diri seseorang. Sikap belum merupakan suatu aktivitas, akan tetapi lebih kepada predisposisi bertindak. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, tidak ditunjukkan dengan aktivitas atau tindakan secara nyata.

Menurut Allport (1954, dalam Notoatmojo, 2010), terdapat tiga komponen pokok sikap yang secara bersama-sama membentuk sikap secara utuh, yaitu:

- a. Kepercayaan, keyakinan dan pendapat individu terhadap sesuatu. Misalnya pendapat atau keyakinan keluarga terhadap pencegahan penyakit menular malaria.
- b. Kehidupan emosional, evaluasi atau penilaian individu terhadap sesuatu. Misalnya bagaimana keluarga menilai pencegahan penyakit menular malaria.
- c. Kecenderungan bertindak merupakan acuan-ancuan sebelum melakukan tindakan. Misalnya, sikap keluarga terhadap pencegahan penyakit menular malaria adalah apa yang dilakukannya dalam tindakan pencegahan penularan penyakit malaria tersebut.

Sebagaimana pengetahuan, tingkatan domain sikap terdiri dari:

- a. Menerima (*receiving*)
Menerima berarti individu mau memperhatikan informasi yang diberikan. Misalnya sikap Bapak terhadap informasi pencegahan malaria yang diberikan oleh perawat puskesmas.
- b. Menanggapi (*responding*)
Menanggapi berarti memberikan jawaban saat ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Misalnya keluarga memberikan jawaban terhadap pertanyaan dalam melakukan perilaku pencegahan malaria. terlepas jawaban yang diberikan benar atau salah.
- c. Menghargai (*valuing*)
Mengajak orang lain dalam berdiskusi mengenai suatu masalah. Misalnya perawat mengajak perawat lainnya dalam melakukan penilaian pencegahan yang dilakukan keluarga.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Menanggung segala risiko yang telah dilakukan. Pengukuran sikap dilakukan dengan secara langsung dan tidak langsung. Misalnya seorang Bapak yang mengajak keluarga atau tetangganya dalam membersihkan genangan air dekat rumahnya, walaupun tidak mendapat sambutan yang baik dari warga lainnya.

2.3.1.3 Tindakan

Tindakan adalah melakukan praktik atau keterampilan motorik berdasarkan pengetahuan dan sikap yang terhadap sesuatu (Notoatmojo, 2010). Stanhope dan Lancaster (2004) menjelaskan bahwa faktor penentu keterampilan adalah mampu secara fisik, intelektual, dan emosional. Notoatmojo (2010) membedakan tindakan dalam beberapa tingkatan, yaitu:

- a. Tindakan terpimpin, yaitu tindakan yang dilakukan individu tetapi masih menggunakan panduan. Misalnya tindakan keluarga dalam menggunakan kelambu sewaktu tidur, tetapi masih diingatkan perawatnya.
- b. Tindakan secara mekanisme, yaitu tindakan individu secara otomatis. Misalnya tindakan keluarga yang selalu melakukan larvasiding terhadap genangan air yang ada disekitar rumahnya secara rutin.
- c. Adopsi, yaitu keterampilan yang sudah berkembang. Misalnya tindakan keluarga memasang kelambu saat tidur akan tetapi tetap obat nyamuk bakar di saat mau tidur.

2.3.2 Pencegahan

Pencegahan penyakit menular melalui tiga tingkatan, yaitu primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer bertujuan untuk mengurangi timbulnya penyakit melalui promosi pendidikan kesehatan dengan kata lain mencegah penyakit sebelum terjadi. Misalnya pemberian imunisasi terhadap penyakit menular, kemoprofilaksis malaria, penerapan *universal precaution*, dan lingkungan bersih. Pencegahan sekunder adalah menurunkan prevalensi penyakit dan morbiditas penyakit melalui diagnosis dini dan pengobatan. Misalnya melakukan tes kulit tuberkulosis, skrining serologi untuk HIV, skrining untuk penyakit menular seksual (PMS), dan laporan partner dalam AIDS dan program penyakit menular seksual (PMS). Sedangkan pencegahan tersier dilakukan untuk mengurangi komplikasi dan kecacatan melalui pengobatan dan rehabilitasi fisik dan mental. Contoh pencegahan tersier adalah *pneumocystis carinii pneumonia* (PCP), kemoprofilaksis untuk orang dengan AIDS dan menyediakan alas kaki dan sarung tangan bagi penderita kusta untuk mencegah trauma dan cacat pada tangan dan kaki yang tidak peka.

2.3.3 Perilaku Pencegahan

Kementerian kesehatan (2011) menganjurkan upaya pencegahan yang dilakukan adalah dengan pencegahan dari gigitan nyamuk. Bagi individu yang berkunjung ke daerah endemik malaria dalam waktu yang tidak lama dapat menggunakan kemoprofilaksis.

2.3.3.1 Primer

Pencegahan ini merupakan upaya pencegahan agar individu tetap dalam keadaan dalam keadaan sehat, tidak terinfeksi malaria. Kegiatannya adalah mengendaikan dan mengatasi faktor resiko.

Kegiatan ini meliputi:

a. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)

Kegiatannya dapat berupa penyuluhan kesehatan langsung, pemasangan media massa, konsultasi kesehatan, pengendalian lingkungan.

1) Penyuluhan Kesehatan Langsung

Penyuluhan kesehatan diberikan secara langsung kepada individu yang berada dalam kelompok rentan. Penyuluhan kesehatan yang diberikan menyampaikan pemahaman kepada individu agar melakukan pencegahan. Fokus pencegahan yang dilakukan adalah menghindari diri dari terinfeksi atau gigitan nyamuk malaria.

2) Pemasangan Media Massa

Media massa yang digunakan dapat berupa poster atau spanduk atau billboard yang ditujukan kepada masyarakat umum mengenai bahaya dan ancaman penyakit malaria. Media massa juga dapat bermaterikan tindakan yang tepat agar terhindar dari penyakit malaria.

3) Menghilangkan tempat berkembang biak (*eliminating breeding grounds*)

Tindakan lain dalam menghindari nyamuk adalah membatasi tempat berkembang biaknya. Melakukan 3 M (menutup, menguras, dan mengubur) dan melakukan larvasiding (*clorine*) pada tempat penampungan air atau memelihara ikan pemakan jentik nyamuk (*gambusia affinis*) (Marcus, 2009).

b. *General and Specific Protection*

Fokus dari upaya ini adalah memberikan perlindungan kepada host dengan meningkatkan daya tahan tubuh dan mengurangi resiko terinfeksi malaria. pencegahan yang dilakukan, yaitu:

1) Vaksinasi

Saat ini vaksin malaria masih dalam pengembangan. Ilmuwan dari *University of Edinburgh* telah menciptakan vaksin malaria. vaksin ini diharapkan dapat memicu produksi antibodi terhadap jenis parasit malaria. Vaksin ini sangat berguna bagi kelompok rentan (Marcus, 2009).

2) Menghindari gigitan (*avoiding bite*)

Cara pencegahan terbaik adalah menghindari gigitan nyamuk. Diperlukan pengetahuan mengenai perilaku nyamuk dan menyesuaikan dengan perilaku nyamuk tersebut. Misalnya, jika nyamuk paling aktif saat senja dan shubuh, maka sebaiknya menghindari aktivitas pada saat-saat itu. Nyamuk malaria juga dapat memindai panas melalui inframerah, maka sebaiknya menggunakan pakaian yang berwarna terang, karena warna terang lebih sedikit memancarkan inframerah dibandingkan warna gelap (Marcus, 2009).

3) Menggunakan pelindung (*using protective barriers*)

Pelindung nyamuk yang sering digunakan adalah menggunakan kasa jendela. Akan tetapi, dalam waktu relatif lama, kasa sering rusak. Pelindung yang paling efektif digunakan saat ini adalah kelambu, kelambu yang mengandung insektisida (*permethrine insecticide*). Kelambu terbukti efektif dalam mengurangi kejadian dan jumlah kematian akibat malaria (Marcus, 2009).

4) Menggunakan repelen (*using repellents*)

Di daerah tertentu yang masih terdapat hutan, rawa, atau banyak semak belukar, kepadatan nyamuk mungkin lebih tinggi dan penduduk setempat harus beraktivitas di saat nyamuk sedang aktif menggigit, maka cara efektif digunakan adalah dengan menggunakan repelent.

Penggunaan obat nyamuk *repellent* atau obat nyamuk bakar digunakan untuk mengusir nyamuk, obat tersebut dapat menimbulkan bau yang tidak nyaman dan berbahaya bagi kulit jika digunakan langsung. Sedangkan permethrine sangat efektif dalam waktu lama, akan tetapi mengandung racun (Marcus, 2009).

5) Profilaksis (*malaria prophylaxis*)

Pemberian OAM terhadap individu yang akan bepergian ke daerah endemis malaria dalam waktu yang tidak terlalu lama. Hal ini dilakukan dengan tujuan mengurangi risiko terinfeksi dan walaupun terinfeksi, maka klinisnya pun tidak berat. OAM yang diberikan adalah doksisilin dengan dosis 100 mg/hari dan diberikan selama 1-2 hari sebelum bepergian, dan selama berada di daerah tersebut sampai 4 minggu setelah kembali (Marcus, 2009).

2.3.3.2 Sekunder

Pencegahan ini ditujukan kepada individu yang dalam keadaan sakit, individu yang terancam akan menderita penyakit tertentu. Kegiatannya adalah

a. Deteksi Dini dan Penataksanaan (*early detectioun and prompt treatment*)

1) Melakukan deteksi dini dengan melakukan surveilans epidemiologi. Penemuan kasus yang ditindaklanjuti dengan investigasi kasus lainnya merupakan upaya deteksi dini yang dilakukan, sehingga kejadian penyakit malaria tidak bertambah dan menjangkiti individu yang lain.

2) Pemeriksaan dengan RDT merupakan upaya deteksi dini dan survei yang dilakukan terhadap kontak atau penderita.

b. Membatasi Ketidakmampuan (*disability limitation*)

Kegiatan yang pencegahan yang dilakukan adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini dapat dilakukan terhadap

penderita malaria pada ibu hamil dalam mencegah terjadinya anemia, keguguran, dan perdarahan, prematur atau pun BBLR.

2.3.3.3 Tersier

Pencegahan tersier lebih berfokus pada kegiatan rehabilitasi. Rehabilitasi merupakan upaya pemulihan individu yang setelah sembuh dari sakit dan mengalami kecacatan. Rehabilitasi yang dilakukan sebagai usaha pengembalian fungsi fisik, psikologi, dan sosial seoptimal mungkin. Penyakit malaria juga dapat menimbulkan kematian dan cacat mental, karena kerusakan otak. Kerusakan otak terjadi karena anemia berat. Kerusakan otak dapat menimbulkan kecacatan. Upaya rehabilitasi dapat dilakukan melalui perawatan di panti, memberikan keterampilan bagi penderita cacat, membentuk perkumpulan bagi orang-orang yang mengalami cacat tertentu.

2.4 Malaria

2.4.1 Malaria sebagai sebuah penyakit menular

Sebuah penyakit menular merupakan salah satu yang dapat ditularkan dari satu orang ke orang lain. Hal ini disebabkan oleh agen yang menular (mampu memproduksi infeksi) dan ditularkan dari sumber atau reservoir ke pejamu yang rentan (Allender, Rector, dan Warner, 2010). Penyakit menular mencakup rentang lebih lebar dari transmisi orang-ke-orang dari penyakit menular (Webber, 2005). Penyakit menular menimbulkan ancaman kesehatan bagi masyarakat dan menjadi perhatian perawat komunitas (Allender, Rector, dan Warner, 2010).

2.4.2 Definisi

WHO (2012) mendefinisikan bahwa malaria adalah penyakit yang ditularkan melalui gigitan nyamuk yang terinfeksi. CDC (2012) pun mendefinisikan malaria sebagai yang disebabkan oleh parasit penyakit. Sedangkan Kemenkes (2011) menjelaskan bahwa malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit plasmodium yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia dan ditularkan melalui gigitan nyamuk anopheles betina. Jadi,

malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh plasmadium yang hidup dan berkembang dalam sel darah manusia yang ditularkan oleh gigitan gigitan nyamuk anopheles betina.

2.4.3 Penyebab

Kemenkes RI menyatakan bahwa parasit plasmodium yang ditemukan pada manusia ada lima jenis, yaitu *plasmodium falciparum*, *plasmodium vivax*, *plasmodium ovale*, *plasmodium malariae*, *plasmodium knowlesi*. Sedangkan *plasmodium* yang banyak ditemukan di Indonesia adalah *falciparum* dan *vivax*. Pada tahun 2010, ditemukan *plasmodium knowlesi* yang menginfeksi manusia (sebelumnya menginfeksi primata), sedangkan dari data pengelola Program P2 Malaria Puskesmas Cempaka Kota Banjarbaru yang ditemukan adalah plasmodium falciparum, vivax, malariae, dan mix (*falciparum* dan *vivax*) (Dinkes Banjarbaru, 2012).

2.4.4 Tanda dan Gejala

Keluhan utama malaria adalah demam, menggigil, berkeringat, dan dapat disertai sakit kepala, mual, muntah, diare, dan nyeri otot. Hal-hal lain yang perlu ditanyakan adalah riwayat berkunjung atau bermalam 1 sampai 4 minggu yang lalu ke daerah endemis malaria, riwayat tinggal di daerah endemis malaria, riwayat sakit malaria/ demam, riwayat minum obat malaria sebulan sebelumnya, riwayat mendapatkan transfusi darah. Sedangkan pada pemeriksaan fisik adalah

2.4.4.1 Demam

Demam mulai timbul bersamaan dengan pecahnya skizon darah yang mengeluarkan bermacam-macam antigen, selanjutnya antigen akan merangsang sel-sel makrofag, monosit, atau limfosit yang mengeluarkan sitokin. Melalui peredaran darah, sitokin akan merangsang hipotalamus dan terjadi demam.

2.4.4.2 Anemia

Anemia terjadi karena pecahnya eritrosit. Plasmodium ovale dan vivax hanya menginfeksi eritrosit muda yang jumlahnya 2% dari seluruh eritrosit yang ada, dan plasmodium.

2.4.4.3 Splenomegali dan hepatomegali

Limfa dan hati merupakan organ retikuloendotelial, plasmodium dihancurkan oleh sel-sel makrofag dan limfosit. Penambahan sel radang ini akan menyebabkan hati dan limfa membesar.

2.4.5 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dilakukan melalui sediaan darah dengan cara:

2.4.5.1 Mikroskopis

Dilakukan untuk menentukan ada atau tidaknya parasit malaria, spesies dan stadium plasmodium, dan kepadatan parasit. Kepadatan parasit dilakukan dengan semi kuantitatif dan kuantitatif. Nilai semi kuantitatif (-) berarti negatif (tidak ditemukan parasit malaria dalam 100 LPB/ lapang pandang besar, sedangkan nilai kuantitatif dengan menghitung jumlah parasit per mikro liter darah pada sediaan darah tebal (leukosit) dan sel darah tipis (eritrosit).

2.4.5.2 RDT (Rapid Diagnostic Test)

Test ini digunakan saat terjadi KLB dan di daerah terpencil yang tidak tersedia fasilitas laboratorium mikroskopis.

2.4.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan adalah radikal dengan membunuh semua stadium parasit yang ada di dalam tubuh manusia termasuk stadium gametosit dengan tujuan mendapat kesembuhan klinis dan parasitologik serta memutuskan rantai penularan. Penggunaan OAM (Obat Anti Malaria) memperhatikan farmakokinetik dan farmakodinamik yang sesuai, bersinergi, dan berbeda cara resistensinya, dengan tujuan pengobatan yang lebih baik dan mencegah resistensi plasmodium terhadap OAM. Program nasional yang digunakan adalah derivat *artemesin* dengan golongan *aminokuinolin*, yaitu:

2.4.6.1 Artesunate – Amodiaquin

Pemberian kombinasi yang diberikan dengan dua *blister* selama tiga hari dengan dosis tunggal harian *amodiakuin* basa adalah 10 mg/KgBB dan artesunat adalah 4 mg/KgBB, sedangkan kombinasi tiga blister, terdiri dari 4 tablet *artesunate* @50 mg dan 4 tablet *amodiakuin* 150 mg

2.4.6.2 Kombinasi Tetap

Pemberian kombinasi tetap terdiri atas dihydroartemesin dan piperakuin dengan 1 tablet mengandung 40 mg dihydroartemesin dan 320 mg piperakuin. Pengobatan ini diberikan selama tiga hari dengan rentang dosis tunggal *dihydroartemesin* 2-4 mg/kgBB dan *piperakuin* 16-32 mg/kgBB.

2.4.7 Peran Perawat

Kementerian Kesehatan (2006) menjelaskan bahwa perawat profesional di puskesmas dalam menangani masalah kesehatan dapat menerapkan enam peran dan fungsinya sebagai berikut:

2.4.6.1 Pemberi Pelayanan Kesehatan

Perawat memberikan pelayanan asuhan keperawatan kepada keluarga, kelompok yang mengalami atau rentan terinfeksi malaria.

2.4.6.2 Penemu Kasus

Perawat berperan dalam mendeteksi dan menemukan kasus serta melakukan penelusuran terjadinya penyakit. Penemuan kasus malaria secara dini dapat dilakukan melalui surveilans epidemiologi.

2.4.6.3 Pendidik

Perawat memberikan pengkajian kebutuhan individu agar melakukan perilaku pencegahan, memberikan informasi yang tepat serta menolong individu menyeleksi informasi yang didapatkan dari berbagai media. Hal ini dapat dilakukan melalui penyuluhan kesehatan langsung dan media massa.

2.4.6.4 Koordinator dan Kolaborator

Perawat komunitas dan keluarga dapat menjadi *pioneer* menangani kasus malaria. Beberapa daerah perawat adalah koordinator Program P2 Malaria. Penatalaksanaan malaria memerlukan kerjasama lintas sektor dan lintas program, karenanya peran sebagai koordinator dan kolaborator mempengaruhi keberhasilan program P2 Malaria ini.

2.4.6.5 Pelaksana Konseling

Pelaksanaan konseling dapat dilakukan terhadap keluarga yang rentan. Kegiatan ini dapat dilakukan di puskesmas atau di rumah melalui *home visit* atau diskusi kelompok terarah.

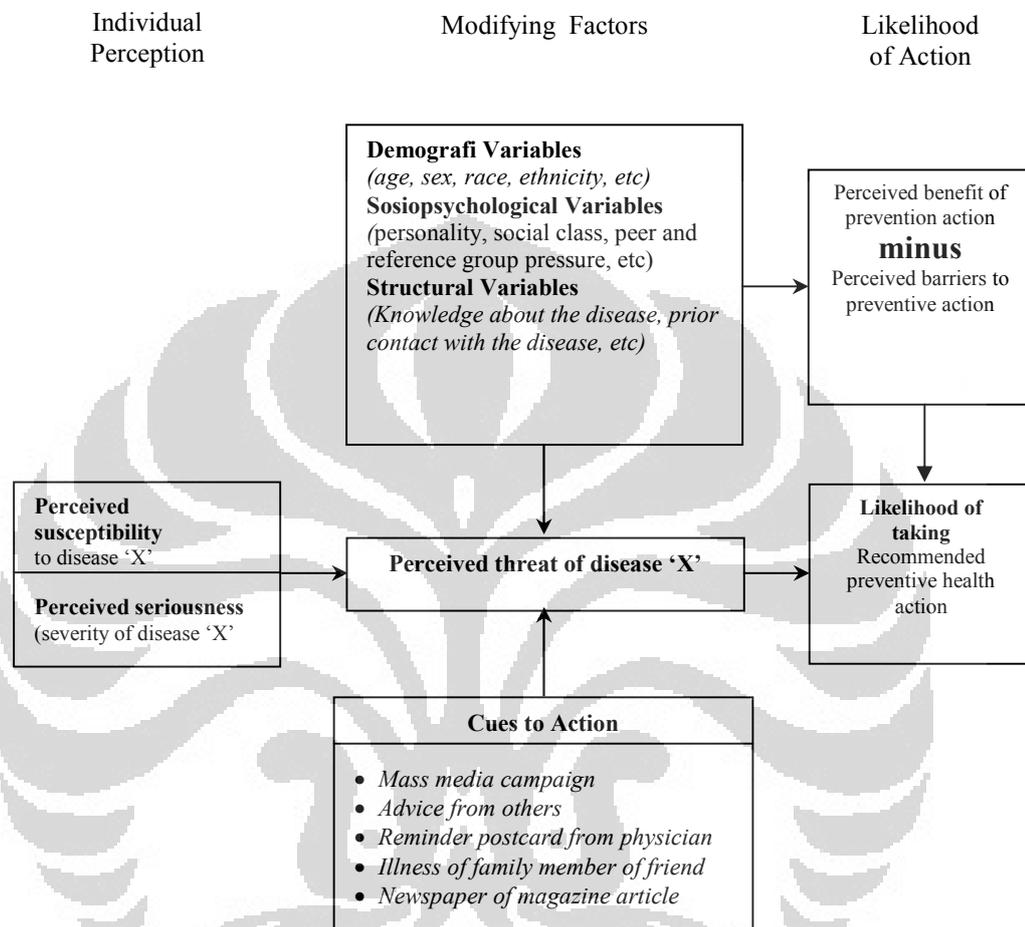
2.4.6.6 *Role Model*

Perawat keluarga atau komunitas memberikan contoh berperilaku pencegahan malaria yang tepat bagi masyarakat.

2.5 Kerangka Teori Penelitian

Menurut teori *Health Belief Model* (HBM) perilaku pencegahan individu dalam tergantung dari ancaman dari sakit yang dirasakan dan pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian. Umumnya perilaku dilakukan mengacu pada penilaian individu atau orang lain terhadap masalah kesehatan. Penilaian ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan yang dirasakan menstimulasi dimulainya suatu proses sosial psikologis.

Gambar 2.1 *The Health Belief Model* menjelaskan bahwa apabila individu melakukan perilaku tindakan pencegahan terhadap masalah kesehatan, maka ada empat faktor utama yang terlibat dalam perilaku tersebut, yakni *perceived susceptibility*, supaya individu melakukan perilaku pencegahan, maka individu tersebut harus merasakan kerentanan terhadap masalah kesehatan tersebut dan *perceived seriousness*, tindakan individu dalam melakukan perilaku pencegahan didorong pula keseriusan masalah kesehatan tersebut, keuntungan dan kerugian yang dirasakan, apabila dirasakan rentan untuk masalah kesehatan yang dianggap serius, ia akan melakukan perilaku pencegahan.



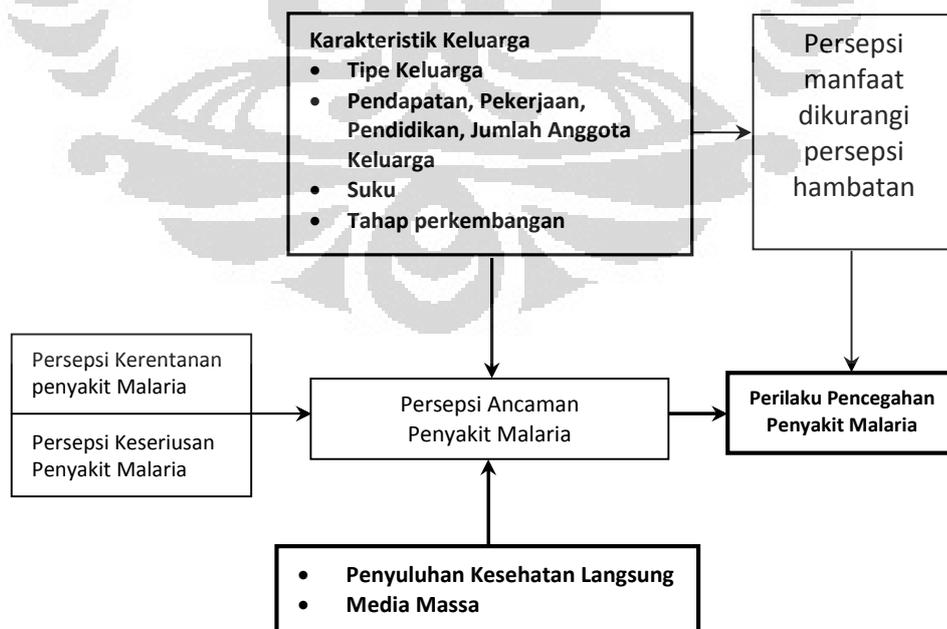
Skema 2.1 The Health Belief Model (sumber <http://www.ninds.nih.gov>)

2.5.1 Integrasi HBM dalam Perilaku Pencegahan Malaria

Perilaku pencegahan dipengaruhi karakteristik individu, sosiopsikologis, dan struktur serta informasi dalam melakukan perilaku yang tepat. Informasi tersebut dapat melalui media cetak atau dari nasihat dari orang lain melalui penyuluhan yang diberikan tenaga kesehatan. Karakteristik keluarga merupakan faktor pemodifikasi yang secara tidak langsung mempengaruhi persepsi manfaat dan hambatan, persepsi kerentanan dan keseriusan, dan serta persepsi ancaman penyakit malaria, dan secara langsung mempengaruhi perilaku pencegahan penyakit malaria. Sedangkan penyuluhan kesehatan

langsung dan media massa merupakan faktor pemodifikasi isyarat untuk bertindak (*Cues to Action*) yang secara langsung juga mempengaruhi keempat faktor utama dan memberikan pengaruh kepada keluarga dalam melakukan perilaku pencegahan penyakit malaria.

Faktor pemodifikasi berupa tipe keluarga, penyuluhan kesehatan langsung dan media massa dapat memberikan keyakinan (*belief*) dalam mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan individu dari ancaman penyakit malaria. Selain itu faktor tersebut akan memberikan pengaruh positif dengan menyebabkan keluarga merasakan manfaat/ keuntungan yang lebih dibandingkan hambatan atau kerugian yang dirasakan. Pemberian penyuluhan kesehatan secara langsung dan adanya media massa dapat memberikan pemahaman mengenai kerentanan individu yang tinggal di daerah endemis dan keseriusan melakukan proteksi atau keseriusan akibat dari penyakit malaria tersebut. Sehingga, variabel-variabel di atas akan memberikan pengaruh kepada keluarga untuk melakukan perilaku pencegahan terhadap penyakit malaria.



Skema 2.2. Integrasi HBM dalam Perilaku Pencegahan Malaria

Penelitian ini mengidentifikasi hubungan antara karakteristik keluarga yang berupa tipe, sosial ekonomi (terdiri dari pendapatan, pekerjaan, pendidikan, jumlah anggota keluarga), suku di dalam keluarga, dan tahap perkembangan keluarga dengan perilaku pencegahan keluarga terhadap penyakit malaria. Karakteristik keluarga merupakan faktor pemodifikasi, yaitu *demografi variables*. Sedangkan variabel *cues to action* adalah penyuluhan kesehatan langsung dan media massa dalam hubungannya dengan perilaku pencegahan keluarga terhadap penyakit malaria sebagaimana skema 2.2. Integrasi HBM dalam perilaku pencegahan malaria.



3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang dapat ditegakkan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Ada hubungan tipe keluarga dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
2. Ada hubungan jenis pekerjaan dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
3. Ada hubungan penghasilan dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
4. Ada hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
5. Ada hubungan jumlah anggota keluarga dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
6. Ada hubungan suku keluarga dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
7. Ada hubungan tahap perkembangan keluarga dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
8. Ada hubungan penyuluhan kesehatan langsung dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru;
9. Ada hubungan media massa dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional variabel independen dan dependen sebagaimana tabel 3.1 berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Karakteristik Demografi				
a.	Tipe Keluarga	Jenis komposisi anggota keluarga	Mengisi form. susunan anggota keluarga	1. Keluarga Inti 2. Keluarga Besar 3. <i>Single Parent</i>	Nominal
b.	Status Sosial Ekonomi				
b.1	Pekerjaan	Kegiatan yang dilakukan KK yang menghasilkan uang	Kuesioner	1. Formal (PNS/TNI/Polri), karyawan 2. Non Formal (petani, pedagang, pendulang)	Nominal
b.2	Penghasilan	Jumlah pendapatan yang dihasilkan KK selama sebulan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya.	Kuesioner	1. Rendah (<UMR) 2. Tinggi (\geq UMR) UMR Kalsel Rp. 1.225.000,	Ordinal
b.3	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal yang ditempuh KK	Kuesioner	1. \leq Pendidikan Dasar (Tidak sekolah, SD dan SMP Sederajat) 2. > Pendidikan Dasar (SLTA sederajat ke atas)	Ordinal
b.4	Jumlah Anggota Keluarga	Keseluruhan anggota keluarga yang tinggal menetap dalam satu rumah dan dipimpin seorang KK	Kuesioner	1. Kecil (\leq 4 orang) 2. Besar (>4 orang)	Ordinal
c.	Suku	Status budaya yang melekat pada individu	Mengisi form. susunan anggota keluarga	1. Banjar 2. Non Banjar (Dayak, Jawa, Sunda, Bugis)	Nominal
d.	Tahap perkembangan Keluarga	Periode atau siklus kehidupan keluarga yang terjadi berdasarkan usia keluarga dan usia anak pertama.	Mengisi form. susunan anggota keluarga	1. Pasangan Baru 2. Keluarga dengan kelahiran anak pertama 3. Keluarga Anak Prasekolah 4. Keluarga Anak Sekolah 5. Keluarga dengan Remaja	Nominal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
				6. Keluarga dengan dewasa 7. Keluarga pertengahan 8. Keluarga usia lanjut	
2	Penyuluhan Kesehatan Langsung	Pemahaman keluarga tentang malaria terhadap informasi yang diperoleh secara langsung dari tenaga kesehatan selama 1 tahun terakhir.	Kuesioner. Menghitung frekuensi mengikuti penyuluhan dan mengkategorikannya.	0= kurang baik (nilai <COP) dan 1=baik (jika nilai >COP). Hasil ukur dikategorikan berdasarkan nilai median (penyuluhan kesehatan langsung), yaitu 15 (normalitas p 0,000) dan median 28 (normalitas p 0,000).	Nominal
3	Media Massa	Pemahaman keluarga tentang malaria terhadap informasi dari media cetak (surat kabar, majalah, leaflet, baliho, spanduk) dan elektronik (TV, radio, siaran keliling) dalam satu tahun terakhir	Kuesioner dengan pernyataan yang diisi oleh responden	Hasil ukur dikategorikan berdasarkan nilai median (data tidak normal), yaitu 15 (normalitas p 0,000) 0= kurang baik (nilai <28) dan 1=baik (jika nilai >28).	Nominal
4.	Perilaku Pencegahan	Perbuatan yang didasarkan atas pengetahuan, sikap, dan tindakan nyata dalam melakukan tindakan pencegahan penyakit malaria.	Kuesioner dengan pernyataan yang diisi oleh responden	Hasil ukur dikategorikan berdasarkan nilai median (data tidak normal), yaitu: 0= berperilaku pencegahan (nilai <69) dan 1=tidak berperilaku pencegahan (jika nilai >69).	Nominal

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian bersifat *descriptive correlational* dengan pendekatan *cross sectional design*. Polit dan Beck (2012) mengemukakan bahwa *correlational design* dengan menjelaskan hubungan antara variabel, kecenderungan variasi variabel berkaitan dengan variabel lainnya. *Descriptive correlational* penelitian menggambarkan hubungan karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung dan media massa dengan perilaku pencegahan malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru, Provinsi Kalimantan Selatan.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian ini keluarga yang tinggal di wilayah Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru. Sebagaimana tabel 4, maka jumlah populasi dalam penelitian ini adalah 5.442 KK (kepala keluarga).

4.2.2 Sampel

4.2.2.1 Ukuran Sampel

Penentuan ukuran sampel menggunakan persamaan penelitian survei dengan besar populasi (N) diketahui Lemeshow (1991), sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel minimal yang diperlukan

α = Derajat kepercayaan

(ditetapkan $\alpha=0,05$ atau $Z_{1-\alpha/2}=1,96$)

p = Proporsi penelitian terdahulu

d = Limit dari *error* atau presisi absolut (d=0,05)

Penelitian sebelumnya yang dilakukan Mardiah (2008), telah ditemukan proporsi populasi yang mendapatkan penyuluhan kesehatan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria malaria dalam kategori baik sebesar 76,4%, sehingga peneliti bersumsi proporsi penelitian adalah 0,764, maka perhitungan sampel adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,764(1 - 0,764)5442}{0,05^2(5442 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,764(1 - 0,764)}$$

$$n = 263,8$$

Jumlah sampel minimal dalam penelitian adalah 264 KK. Sedangkan mencegah terjadinya *drop out*, maka digunakan koreksi sebagai berikut:

$$n' = \frac{n}{(1-f)}$$

$$n' = \frac{263,8}{(1-0,1)}$$

$$n' = 293$$

Keterangan:
 n' : Jumlah sampel setelah koreksi
 n : Jumlah sampel sebelum koreksi
 f : Perkiraan proporsi *drop out*

sehingga, didapatkan ukuran sampel sebesar 293.

4.2.2.2. Kriteria Sampel

Kriteria inklusi sampel, yaitu:

- Secara administrasi tinggal di wilayah kerja Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru,
- Berkomunikasi dengan baik, sehingga dapat diberikan penjelasan mengenai pelaksanaan penelitian;
- Mampu membaca dan menulis,

- d. Menjadi kepala keluarga;
- e. Pernah mengikuti penyuluhan kesehatan tentang malaria;
- f. Bersedia menjadi responden dan menandatangani *informed consent*,

4.2.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Ukuran sampel 293 KK tersebut terdistribusi pada empat kelurahan di wilayah Kecamatan Cempaka, yaitu Kelurahan Cempaka, Sei Tiung, Bangkal, dan Palam. Ukuran sampel setiap kelurahan dihitung berdasarkan proporsi KK yang berada di wilayah tersebut, sehingga didapatkan ukuran sampel untuk Kelurahan Cempaka sebesar 117 KK, Sei Tiung sebesar 79 KK, Bangkal sebesar 51 KK, dan Palam sebesar 46 KK sebagaimana tabel di berikut:

Tabel 4.1
Proporsi Sampel per Kelurahan

No.	Kelurahan	KK	Persentasi	Sampel (n)
1.	Cempaka	2.167	39,92	117
2.	Sei Tiung	1.476	27,08	79
3.	Bangkal	954	17,50	51
4.	Palam	845	15,50	46
Jumlah		5.442		293

Pengambilan sampel menggunakan teknik probability sampling, yaitu dengan *cluster proporsional*. *Cluster proporsional* dilakukan dengan mengambil sampel secara acak pada sebuah populasi yang terjadi secara alamiah berdasarkan wilayah tertentu (Sastroasmoro, 2010). *Cluster proporsional* digunakan karena sumber data sangat luas. Terdapat dua tahapan yang dilakukan, yaitu menentukan sampel wilayah dan orang-orang yang ada di wilayah tersebut. Responden dipilih dengan acak berdasarkan daftar nama KK yang ada di kelurahan setempat, penentuannya diacak dengan mengundi nama-nama KK.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan. Angka kejadian penyakit malaria di Kecamatan Cempaka sebesar 1,84 per 1000 penduduk. Angka kejadian ini melebihi rata-rata Kota Banjarbaru dan tingkat Provinsi Kalimantan Selatan, yaitu 0,30 dan 1,40. Penelitian dilaksanakan selama 3 minggu selama bulan Mei 2012.

4.3. Aplikasi Prinsip Dasar Etika Penelitian

menjelaskan bahwa etika penelitian bertujuan memberikan proteksi atau perlindungan terhadap responden dengan memperhatikan prinsip-prinsip etika dalam melaksanakan penelitian (Polit dan Beck, 2012). Beberapa prinsip etik yang diterapkan dalam penelitian sebagai berikut:

4.3.1 Memperhatikan Kesejahteraan Responden

Penelitian ini menerapkan *the right to freedom from harm and discomfort* dan *the right to protection from exploitation*, dengan memberikan manfaat dan tidak merugikan responden yang berpartisipasi dalam penelitian. *Maleficience*, berarti tidak ada resiko yang timbul sebagai akibat diikutsertakannya kepala keluarga sebagai responden. Selama penelitian, responden diharga kebebasan menentukan waktu untuk pengisian instrumen atau sesuai dengan kesepakatan. Sebagian besar waktu pengumpulan data dilakukan sore hari. Lembar instrumen diisi oleh responden, dan beberapa responden menginginkan instrumen ditinggal di tempat responden untuk diambil kemudian.

Beneficience artinya penelitian yang dilakukan ini memberi manfaat bagi responden, baik langsung atau tidak langsung. Secara tidak langsung, hasil penelitian merupakan rekomendasi bagi dinas kesehatan dan puskesmas dalam memberikan intervensi kesehatan yang tepat dan sesuai dengan kondisi setempat.

4.3.2 Menghargai Harkat dan Martabat Manusia

Selama penelitian peneliti memperhatikan dimensi etik *respect for human dignity* dan *the right to full disclosure*. Setelah diberikan penjelasan mengenai penelitian ini, tanggung jawab peneliti, kemungkinan risiko bila ada, dan manfaatnya. Secara otonom, responden berhak memutuskan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini. Selama proses pengambilan data tidak ada responden yang menolak berpartisipasi atau *drop out* dari penelitian

4.3.3 Keadilan

Prinsip *Justice* dalam penelitian ini adalah perlakuan yang adil kepada responden. Tidak ada diskriminasi antara responden. Salah satu dimensi pada prinsip ini adalah *the right to privacy*. Data identitas responden disimpan dan dirahasiakan, selanjutnya akan dimusnahkan bila tidak diperlukan lagi.

4.3.4 Persetujuan Sebelum Tindakan (*Informed Consent*)

Lembar *Informed consent* diberikan setelah responden diberikan informasi mengenai penelitian yang dilakukan (Polit dan Beck, 2012). Setiap responden diberikan informasi mengenai maksud dan tujuan penelitian satu persatu saat akan dilaksanakan pengambilan data. Apabila responden setuju mengikuti penelitian, selanjutnya responden menandatangani lembaran yang telah disediakan. Semua responden menandatangani lembar persetujuan berpartisipasi dalam penelitian.

4.4. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang terbagi dalam tiga bagian, yaitu:

4.4.1 Kuesioner A

Kuesioner ini digunakan untuk mengidentifikasi variabel karakteristik keluarga yang meliputi:

4.4.1.1 Tipe Keluarga

Pengkajian pada aspek tipe keluarga lakukan dengan menggunakan formulir susunan anggota keluarga.

Responden mengisi formulir yang disediakan. Penentuan tipe keluarga dilakukan oleh peneliti. Berdasarkan referensi, tipe keluarga akan dikategorikan menjadi

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*),
- 2) Keluarga luas (*extened family*), dan
- 3) Keluarga orang tua tunggal (*single parent family*).

4.4.1.2 Pekerjaan

Pekerjaan akan dikategorikan dalam : 1) Petani, 2) Buruh, 3) Pengusaha, 4) Pedagang, 5) PNS/ TNI Polri, 6) Pendulang, 7) lain-lain. Selanjutnya jenis pekerjaan dikategorikan menjadi:

1. Pekerjaan formal
2. Non Formal.

4.4.1.3 Penghasilan

Penghasilan dikategorikan menjadi:

1. Rendah ($<UMR$),
2. Tinggi ($\geq UMR$)

4.4.1.4 Pendidikan

Pendidikan dikategorikan berdasarkan pendidikan formal yang ditempuh responden, meliputi: 1) Tidak Sekolah, 2) Sekolah Dasar, 3) Sekolah Menengah, 4) Sekolah Tinggi. Selanjutnya tingkat pendidikan dikategorikan kembali menjadi

1. Pendidikan \leq (kurang dari) SMP/MTs
2. Pendidikan $>$ (lebih tinggi dari) SMP/MTs.

4.4.1.5 Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anggota keluarga dikategorikan dalam: 1) Kecil < 4 orang, 2) Sedang apabila 5 sampai 7 orang, dan 3) Besar > 7 orang. Selanjutnya jumlah anggota keluarga dikategorikan kembali menjadi:

1. Keluarga kecil (≤ 4 orang)
2. Keluarga besar (> 5 orang).

4.4.1.6 Suku

Pengkajian pada suku dilakukan dengan menggunakan formulir susunan anggota keluarga. Responden mengisi formulir yang disediakan. Suku dikategorikan dalam 1) Banjar, 2) Dayak, 3) Jawa, 4) Sunda, 5) Bugis, 6) Lain-Lain. Selanjutnya suku dikategorikan kembali menjadi, menjadi:

1. Suku Banjar
2. Non Banjar (Dayak, Jawa, Sunda, Bugis)

4.4.1.7 Tahap Perkembangan

Pengkajian tahap perkembangan keluarga dilakukan dengan menggunakan formulir. Tahap pengkajian keluarga dikategorikan dalam 8 tahap perkembangan (Allender, Rector, dan Warner, 2009), yaitu: 1) pasangan baru, 2) keluarga dengan kelahiran anak pertama, 3) keluarga anak prasekolah, 4) keluarga anak sekolah, 5) keluarga dengan remaja, 6) keluarga dengan dewasa, 7) keluarga pertengahan, 8) keluarga usia lanjut. Selanjutnya tahap perkembangan keluarga dikategorikan kembali menjadi tiga, yaitu: keluarga dengan tahap perkembangan anak prasekolah, tahap perkembangan anak usia sekolah, dan keluarga tahap perkembangan anggota dewasa. Selanjutnya tahap perkembangan keluarga dikategorikan dalam 3, yaitu:

1. Tahap perkembangan keluarga prasekolah
2. Tahap perkembangan keluarga anak usia sekolah
3. Tahap perkembangan keluarga dengan anggota dewasa.

4.4.2 Kuesioner B

Instrumen disusun oleh peneliti berdasarkan studi literatur. Digunakan untuk mengidentifikasi frekuensi penyuluhan kesehatan langsung yang telah diikuti oleh responden. Pengkajian pada aspek ini dilakukan dengan menggunakan formulir. Responden mengisi

formulir yang disediakan. Konsep yang akan diukur adalah frekuensi mengikuti penyuluhan malaria dalam setahun, yang dikategorikan

1. 1 kali,
2. > 1 kali

Aspek yang diukur dalam kuesioner ini adalah penyuluh (persiapan, penguasaan, materi, cara penyampaian, penggunaan bahasa, monoton dan dinamis) tujuan (penyampaian tujuan, penyederhanaan), peserta (homogenitas, usia, pengalaman), materi (kesesuaian, kemudahan difahami, pemahaman materi, tujuan, cara pencegahan, tanda gejala, akibat, simpulan), dan metode. Cara pengukuran menggunakan skala likert. Pernyataan akan bernilai 4 bila selalu, 3 bila kadang, 2 bila jarang, dan 1 bila tidak pernah untuk pernyataan positif, dan sebaliknya untuk pernyataan negatif. Sedangkan skala pengukuran interval dengan hasil ukur berupa nilai mean atau median dan standar deviasi.

4.4.3 Kuesioner C

Kuesioner ini digunakan untuk mengidentifikasi informasi yang diperoleh responden melalui media massa. Pengkajian pada aspek ini dilakukan dengan menggunakan formulir. Responden mengisi formulir yang disediakan. Konsep yang akan diukur dalam kuesioner ini adalah tujuan, bentuk, kemudahan difahami, menarik, kesesuaian tempat, dan ukuran. Cara pengukuran menggunakan skala likert. pernyataan akan bernilai 1 bila tidak setuju, 2 bila kurang setuju, 3 bila setuju, dan 4 bila sangat setuju. sedangkan skala pengukuran interval dengan hasil ukur berupa nilai mean atau median dan standar deviasi. Selain itu konsep yang diukur adalah informasi melalui media massa yang diperoleh oleh responden baik melalui cetak atau elektronik.

4.4.4 Kuesioner D

Digunakan untuk mengukur perilaku pencegahan terhadap penyakit malaria. Pengukuran perilaku pencegahan dilakukan atas beberapa pertanyaan yang terdiri dari domain pengetahuan, sikap, dan

tindakan. Hasil komposit variabel perilaku berdistribusi tidak normal, sehingga nilai media sebagai COP. Hasil akhir dari nilai akan dikategorikan dalam 0 (tidak berperilaku pencegahan) bila nilai < 69 , dan 1 (berperilaku pencegahan) bila ≥ 69 .

4.5 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

4.5.1 Uji Validitas

Instrumen diujikan pada populasi yang tidak menjadi sampel pada penelitian ini yaitu keluarga yang tinggal di wilayah Kecamatan Banjarbaru Selatan dan Kecamatan Banjarbaru Utara, berjumlah 30 KK. Sebagaimana Burn & Grove (2009) uji coba dilakukan terhadap 30 responden. Validitas instrumen diperoleh dengan membandingkan r tabel dengan hitung, dengan menggunakan korelasi *product moment*, yaitu mengkorelasikan antar item dengan skor total dalam satu variabel. Oswari (2011), mengemukakan koefisien validitas yang dianggap memuaskan $> 0,3$.

4.5.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas digunakan untuk mengetahui sejauh mana hasil pengukuran dapat dipercaya, bila dilakukan pengukuran pada waktu yg berbeda pada kelompok subjek yang sama diperoleh hasil yang relatif sama. Tinggi atau rendahnya reliabilitas ditunjukkan nilai koefisien reliabilitas. Koefisien reliabilitas yang tinggi ditunjukkan dengan nilai 1.00, dan reliabilitas yg dianggap sudah cukup memuaskan atau tinggi adalah > 0.70 . Uji reliabilitas penelitian ini dilakukan setelah dilakukan uji validitas. Arikunto (2006), uji reliabilitas dilakukan agar instrumen tersebut dapat dipercaya untuk dijadikan alat ukur. Teknik yang digunakan dengan membandingkan r hasil (α *cronbach*) lebih besar dari nilai standard (r tabel).

4.6. Pelaksanaan Uji Coba

Uji coba dilakukan pada populasi yang tidak menjadi sampel dalam penelitian ini, tetapi memiliki karakteristik yang sama dengan penelitian ini. Uji coba dilaksanakan terhadap 30 sampel. Populasi yang menjadi uji coba

adalah masyarakat yang tinggal di wilayah Kecamatan Banjarbaru Utara dan Banjarbaru Selatan.

Hasil pelaksanaan uji coba diperoleh, sebagai berikut:

1. Diperbaiki, terdapat lima item pernyataan (variabel pengetahuan nomor 14 dan 18, sikap nomor pertanyaan 3 dan 6, dan tindakan nomor pernyataan 4) yang diperbaiki karena nilai r antara 0,1-0,2.
2. Dihilangkan, terdapat 1 item pertanyaan yang dihilangkan (pernyataan nomor 9), karena nilai r hasil kurang 0,1.
3. Dipertahankan, semua pernyataan lain dipertahankan bernilai valid.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

4.6.1 Administratif

Penelitian dilakukan setelah proposal penelitian dinyatakan lulus kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan melalui FIK Universitas Indonesia. Selanjutnya, peneliti mengajukan permohonan izin untuk melakukan uji instrument dan izin melakukan penelitian ke Pemerintah Kota Banjarbaru melalui Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru.

4.6.2 Teknis

Setelah mendapatkan persetujuan pengambilan data penelitian dari Dinas Kesehatan, peneliti berkoordinasi dengan Kepala dan pengelola P2 Malaria Puskesmas Cempaka untuk persiapan pengambilan data penelitian.

Selanjutnya peneliti memberikan bimbingan teknis kepada dua orang staf puskesmas untuk dijadikan *data collector*. Bimbingan teknis diberikan selama 1 hari. Bimbingan teknis yang mengenai maksud dan tujuan penelitian, prosedur pengambilan data dan cara pengisian instrumen penelitian serta pelaksanaan *informed consent* selama penelitian. Perekrutan data collector dilakukan atas seizin Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas Cempaka.

Selanjutnya, peneliti bersama-sama dengan data collector melakukan penentuan keluarga yang dijadikan sampel penelitian. Setelah ditetapkan keluarga yang menjadi responden, peneliti memberikan penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan, menyampaikan surat permohonan menjadi responden, menjelaskan prosedur pengambilan data, meminta menanda tangani *informed consent*. Selanjutnya peneliti menjelaskan cara pengisian instrumen dan memberikan kesempatan kepada responden untuk mengisi instrumen yang disediakan dengan ketersediaan waktu maksimal 60 menit. Apabila responden tidak bersedia mengisi instrumen pada saat itu, maka instrumen akan dititipkan dan sesuai kesepakatan akan diambil kemudian. Setelah pengisian instrumen selesai, dilakukan validasi kelengkapan jawaban yang diberikan dan mengumpulkan instrumen yang sudah diisi untuk dilakukan langkah berikutnya.

4.7 Pengolahan Data

Teknik pengolahan data dilakukan melalui suatu proses dengan tahapan, adapun tahapan tersebut adalah :

4.7.1 *Editing data*

Editing data dilakukan setelah semua data terkumpul melalui pengecekan daftar isian. Tahap ini bertujuan untuk memeriksa kelengkapan isian data.

4.7.2 *Coding data*,

Coding data dilakukan dengan memberi tanda kode terhadap *check list* yang telah diisi dengan tujuan untuk mempermudah proses pengolahan data selanjutnya.

4.7.3 Processing

Setelah semua instrumen terisi, langkah selanjutnya adalah memproses agar data dapat dianalisis. Proses data dilakukan dengan memasukan data dari instrumen ke program komputer. Data tersebut dimasukan sesuai dengan subvariabel pada setiap item pertanyaan.

4.7.4 Cleaning

Pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan ke dalam komputer. Peneliti melihat kembali hasil yang telah masuk untuk dianalisis. Bila ada data yang kosong atau *missing*, maka akan dilihat dan diperiksa kembali pada instrumen.

4.8 Analisa Data

Analisis data dilakukan dengan komputer menggunakan *software* komputer. Analisis data dilakukan *secara statistik deskriptif dan analitik*.

4.8.1 Univariat

Analisis univariat yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah karakteristik demografi keluarga yang meliputi tipe keluarga, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, suku, dan tahap perkembangan, penyuluhan kesehatan langsung dan media massa serta perilaku pencegahan keluarga yang meliputi pengetahuan, sikap, dan tindakan).

Tabel 4.2 Analisa Univariat

No.	Variabel	Hasil Analisa
1.	Tipe Keluarga	Frekuensi dan presentasi
2.	Pendidikan	Frekuensi dan presentasi
3.	Penghasilan	Frekuensi dan presentasi
4.	Jenis Pekerjaan	Frekuensi dan presentasi
5.	Jumlah Anggota Keluarga	Frekuensi dan presentasi
6.	Suku	Frekuensi dan presentasi
7.	Tahap perkembangan	Frekuensi dan presentasi
8.	Penyuluhan Kesehatan Langsung	Frekuensi dan presentasi
9.	Media Massa	Frekuensi dan presentasi

4.8.2 Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan pada penelitian ini adalah menguji dua variabel antara variabel independen dengan dependen. Analisis bivariat dalam penelitian ini sebagai berikut:

Tabel 4.3.
Uji Analisa Bivariat

No.	Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji
1.	Tipe Keluarga	Perilaku Pencegahan	Chi Square
2.	Pendidikan	Perilaku Pencegahan	Chi Square
3.	Penghasilan	Perilaku Pencegahan	Chi Square
4.	Jenis Pekerjaan	Perilaku Pencegahan	Chi Square
5.	Jumlah Anggota Keluarga	Perilaku Pencegahan	Chi Square
6.	Suku	Perilaku Pencegahan	Chi Square
7.	Tahap perkembangan	Perilaku Pencegahan	Chi Square
8.	Penyuluhan Kesehatan Langsung	Perilaku Pencegahan	Chi Square
9.	Media Massa	Perilaku Pencegahan	Chi Square

Tingkat kepercayaan (CI) penelitian ini sebesar 95 % dengan alpha (α) 5 % atau 0,05. Jika hasil uji statistik (p value) $< \alpha$ (0,05), maka H_a (*hipotesis alternatif*) diterima atau ada hubungan antara variabel dan jika hasil uji statistik (p value) $> \alpha$ (0,05), maka H_a (*hipotesis alternatif*) ditolak atau tidak ada hubungan antara variabel

4.8.3 Multivariat

Analisis multivariat yang dilakukan adalah mengidentifikasi variabel independen (karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung serta media massa) yang paling berhubungan dengan variabel dependen (perilaku pencegahan penyakit malaria). Analisa multivariat dilakukan dengan uji regresi logistik berganda.

Tabel 4.4.
Uji Analisa Multivariat

No.	Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji
1.	Tipe Keluarga	Perilaku Pencegahan	Regresi Logistik Berganda
2.	Pendidikan		
3.	Penghasilan		
4.	Jenis Pekerjaan		
5.	Jumlah Anggota Keluarga		
6.	Suku		
7.	Tahap perkembangan		
8.	Penyuluhan Kesehatan Langsung		
9.	Media Massa		

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian tentang hubungan karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung dan media massa dengan perilaku pencegahan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru yang dilaksanakan pada 01 sampai dengan 22 Mei 2012.

5.1 Gambaran Karakteristik Responden, Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, Media Massa, dan Perilaku Pencegahan

5.1.1 Karakteristik Responden

Responden penelitian ini adalah kepala keluarga yang berada di wilayah Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru. Responden berjumlah 293 orang. Karakteristik responden pada penelitian ini mencakup usia dan jenis kelamin, sebagaimana digambarkan pada tabel 5.1 berikut:

Tabel 5.1
Distribusi responden berdasar usia dan jenis kelamin
Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru (n=293)

Usia	Frekuensi			Prosentasi (%)		
	Laki	Perempuan	Total	Laki	Perempuan	Total
Dewasa Muda	164	21	185	88,65	11,35	63,14
Dewasa Menengah	93	6	99	93,94	6,06	33,79
Lanjut	8	1	9	88,89	11,11	3,07
Jumlah	265	28	293	90,44	9,56	100

Tabel 5.1 menjelaskan bahwa terdapat kepala keluarga yang menjadi responden sebanyak 185 atau 63% pada usia dewasa muda dan 265 atau 90,4% adalah laki-laki.

5.1.2 Karakteristik Keluarga

Karakteristik keluarga terdiri dari tipe keluarga, sosial ekonomi, suku, tahap perkembangan, riwayat menderita malaria, serta informasi tentang malaria dari media yang diperoleh keluarga.

5.1.2.1 Tipe Keluarga

Pada penelitian ini, tipe keluarga yang digambarkan mencakup keluarga luas, keluarga inti, dan keluarga orang tua tunggal (*single parent*). Data rinci tergambar pada tabel 5.2

Tabel 5.2
Distribusi responden berdasar tipe keluarga
di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru Tahun 2012 (n=293)

	Frekuensi	Prosentasi (%)
Keluarga inti (<i>nuclear family</i>)	70	23,9
Keluarga luas (<i>extended family</i>)	191	65,2
Keluarga orang tua tunggal (<i>single parent family</i>)	32	10,9
Jumlah	293	100

Berdasarkan tabel 5.2, lebih dari setengah proporsi responden merupakan keluarga dengan tipe *extended family*, yaitu: 65,2% dan terdapat 10,9% keluarga dengan tipe *single parent*.

5.1.2.2 Sosial Ekonomi

Sosial ekonomi keluarga responden pada penelitian ini digambarkan melalui pekerjaan, penghasilan, pendidikan, dan jumlah anggota keluarga, sebagaimana tabel 5.3 berikut:

Tabel 5.3
Distribusi responden berdasar sosial ekonomi
di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru Tahun 2012 (n=293)

	Frekuensi	Prosentasi (%)
Pekerjaan		
Petani	133	45,4
Buruh	42	14,3
Pedagang	64	21,8
PNS/TNI/Polri	20	6,8
Pendulang	26	8,9
Lain-Lain	8	2,7
Penghasilan		
Kurang < UMR (Rp.1.225.000/ bulan)	188	64,2
Cukup \geq UMR	105	35,8
Pendidikan		
\leq SMP/ MTs	200	70
$>$ SMP/ MTs	88	30
Jumlah Anggota Keluarga		
Kecil (\leq 4 orang)	200	68,3
Besar ($>$ 4 orang)	93	31,7
Jumlah	293	100

Tabel 5.3 menunjukkan hampir setengah proporsi responden bekerja sebagai petani, yaitu: 45,4%, lebih dari setengah berpenghasilan di bawah UMR 64,2%, dan sebagian besar pendidikan dasar ke bawah 70%, dan lebih dari setengahnya jumlah anggota keluarga kecil, yaitu: 68,3%.

5.1.2.3 Suku

Karakteristik suku meliputi suku banjar dan nonbanjar (dayak, madura, jawa, sunda, dan batak) sebagaimana digambarkan tabel 5.4 berikut:

Tabel 5.4
Distribusi responden berdasar suku
di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru Tahun 2012 (n=293)

	Frekuensi	Prosentasi (%)
Banjar	250	85,3
Non Banjar	43	14,7
Jumlah	293	100

Tabel 5.4 menjelaskan bahwa sebagian besar responden suku Banjar, yaitu 85,3% dan hanya kurang dari 15% selain suku lain.

5.1.2.4 Tahap Perkembangan Keluarga

Karakteristik tahap perkembangan responden meliputi keluarga dengan tahap perkembangan anak prasekolah, anak sekolah, dan dewasa, sebagaimana tabel 5.5 berikut:

Tabel 5.5
Distribusi responden berdasar tahap perkembangan keluarga
di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru tahun 2012 (n=293)

	Frekuensi	Prosentasi (%)
Keluarga dengan Anak Prasekolah	96	32,8
Keluarga dengan Anak Usia Sekolah	127	43,3
Keluarga dengan Anggota Dewasa	70	23,9
Jumlah	293	100

Tabel 5.5 menjelaskan bahwa lebih dari setengah proporsi tahap perkembangan keluarga responden adalah keluarga dengan anak usia sekolah, yaitu 43,3%.

5.1.2.5 Riwayat anggota keluarga sakit malaria

Karakteristik riwayat anggota keluarga responden yang mengalami sakit malaria klinis dalam 6 bulan terakhir digambarkan pada tabel 5.6 berikut:

Tabel 5.6
Distribusi responden berdasar riwayat sakit malaria klinis dalam 6 bulan terakhir di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru Tahun 2012 (n=293)

	Frekuensi	Prosentasi (%)
Sakit	11	3,8
Tidak	282	96,2
Jumlah	293	100

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa terdapat 3,8% responden mempunyai anggota keluarga yang sakit malaria (klinis). Meskipun hanya 3,8%, hal ini menunjukkan pencegahan malaria belum berhasil. Hal dapat mempengaruhi pencapaian dan target eliminasi malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru.

5.1.2.6 Frekuensi dan media informasi mengenai penyakit malaria

Karakteristik frekuensi responden dan metode penyuluhan malaria dalam setahun terakhir, sebagaimana digambarkan pada tabel 5.7 berikut:

Tabel 5.7
Distribusi responden berdasar frekuensi dan metode penyuluhan malaria dalam setahun terakhir di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru Tahun 2012 (n=293)

	Frekuensi	Prosentasi (%)
Sekali	200	68,3
Lebih dari sekali	93	31,7
Media Cetak		
Surat Kabar	203	50,5
Non Surat Kabar (Majalah, Leaflet, Baliho, Spanduk, Poster)	199	49,5
Media Elektronik		
Televisi	286	97,6
Radio	7	2,4
Total	293	100

Tabel 5.7 menjelaskan bahwa terdapat 68,3% responden pernah mengikuti penyuluhan malaria sebanyak 1 kali, 50,5% responden mendapatkan informasi melalui media cetak surat kabar dan 97,6% mendapatkan informasi dari media elektronik televisi.

5.1.3 Penyuluhan Kesehatan Langsung dan Media Massa

Hasil pengukuran penyuluhan kesehatan langsung dan media massa setelah dikategorikan sebagaimana tabel 5.8 berikut:

Tabel 5.8
Distribusi responden berdasarkan penyuluhan kesehatan langsung dan media massa malaria kecamatan cempaka tahun 2012 (n=293)

	Frekuensi	Prosentasi (%)
Penyuluhan Kesehatan Langsung		
Kurang Baik	163	55,6
Baik	130	44,4
Media Massa		
Kurang Baik	180	61,4
Baik	113	38,6
Jumlah	293	100

Berdasar tabel 5.8 menjelaskan bahwa penyuluhan kesehatan langsung yang diberikan selama ini 55,6% dan media massa 61,4% dalam kategori kurang baik.

5.1.4 Perilaku Pencegahan

Tabel 5.9
Distribusi responden berdasar perilaku pencegahan malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru Tahun 2012 (n=293)

	Frekuensi	Prosentasi (%)
Tidak	129	44
Ya	165	56
Jumlah	293	100

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa terdapat proporsi hampir sama antara tidak berperilaku pencegahan dan berperilaku pencegahan, yakni 44% dan 56%.

5.2 Hubungan Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

Analisis bivariat pada penelitian ini, menguraikan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen pada penelitian ini yaitu, tipe keluarga, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, media massa dan variabel dependen, yaitu perilaku pencegahan.

5.2.1 Hubungan tipe keluarga dengan perilaku pencegahan

Analisis bivariat untuk variabel independen, yaitu tipe keluarga dihubungkan dengan variabel dependen, yaitu perilaku pencegahan penyakit malaria untuk melihat hubungan keduanya. Hasil uji statistik *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 5.10 sebagai berikut:

Tabel 5.10
Distribusi tipe keluarga dengan perilaku pencegahan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru

Tipe Keluarga	Perilaku pencegahan				Total	X ²	OR (95% CI)	P Value	
	Tidak Berperilaku Pencegahan		Berperilaku Pencegahan						
	n	%	n	%					
Keluarga Inti	38	54,3	32	45,7	70	100	11,6	-	0,04
Keluarga Luas	71	37,2	120	62,8	191	100			
Keluarga Orang tua Tunggal	20	62,5	12	37,5	32	100			
Jumlah	129	44,0	164	56	293	100			

Proporsi tipe keluarga luas yang berperilaku pencegahan lebih besar (62,8%) dibanding tipe keluarga inti dan orang tua tunggal. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan bermakna antara tipe keluarga dengan perilaku pencegahan (nilai $p < 0,05$; yaitu 0,04).

5.2.2 Hubungan jenis pekerjaan dengan perilaku pencegahan

Analisis bivariat untuk variabel independen, yaitu jenis pekerjaan dihubungkan dengan variabel dependen, yaitu perilaku pencegahan penyakit malaria untuk melihat hubungan keduanya. Hasil uji statistik *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 5.11 sebagai berikut:

Tabel 5.11
Distribusi jenis pekerjaan keluarga dengan perilaku
pencegahan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru

Pekerjaan	Perilaku pencegahan				Total		X ²	OR (95% CI)	P Value
	Tidak Berperilaku Pencegahan		Berperilaku Pencegahan						
	n	%	n	%	n	%			
Formal	30	48,4	32	51,6	62	100	0,40	1,25 (0,71- 2,19)	0,526
Nonformal	99	42,9	132	57,1	231	100			
Jumlah	129	44,0	164	56,0	293	100			

Proporsi keluarga bekerja pada sektor nonformal yang berperilaku pencegahan lebih besar (57%) dibanding keluarga bekerja pada sektor formal. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara jenis pekerjaan dengan perilaku pencegahan (nilai $p > 0,05$; yaitu 0,526).

Secara deskriptif ditemukan juga proporsi keluarga dengan pekerjaan nonformal yang pengetahuan pencegahan kurang sebesar 64,9%, proporsi keluarga dengan pekerjaan nonformal yang sikap pencegahan kurang sebesar 81,4%, dan proporsi keluarga dengan pekerjaan formal tindakan pencegahan kurang sebesar 54,8%. Sedangkan pada beberapa pernyataan ditemukan proporsi keluarga pekerjaan nonformal menggunakan kelambu saat tidur sebesar 73,2%, dan proporsi keluarga pekerjaan formal tidak menggunakan kemoprofilaksis saat akan bepergian ke wilayah endemis sebesar 88,7%.

5.2.3 Hubungan penghasilan keluarga dengan perilaku pencegahan

Analisis bivariat untuk variabel independen, yaitu penghasilan keluarga dihubungkan dengan variabel dependen, yaitu perilaku pencegahan penyakit malaria untuk melihat hubungan keduanya. Hasil uji statistik *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 5.12 sebagai berikut:

Tabel 5.12
Distribusi penghasilan keluarga dengan perilaku pencegahan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru

Penghasilan Keluarga	Perilaku pencegahan				Total	X ²	OR (95% CI)	P Value	
	Tidak Berperilaku Pencegahan		Berperilaku Pencegahan						
	n	%	n	%					N
Kurang dari UMR	75	39,9	113	60,1	188	100	3,19	0,627 (0,387-1,014)	0,074
Lebih dari atau sama UMR	54	51,4	51	48,6	35,8	100			
Jumlah	129	44,0	164	56,0	293	100			

Proporsi keluarga dengan penghasilan kurang dari UMR berperilaku pencegahan lebih besar (60,1%) dibandingkan keluarga dengan penghasilan yang lebih atau sama yang kurang dari UMR. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan keluarga dengan perilaku pencegahan (nilai $p > 0,05$; yaitu 0,074).

5.2.4 Hubungan tingkat pendidikan keluarga dengan perilaku pencegahan

Analisis bivariat untuk variabel independen, yaitu tingkat pendidikan keluarga dihubungkan dengan variabel dependen, yaitu perilaku pencegahan penyakit malaria untuk melihat hubungan keduanya. Hasil uji statistik *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 5.13 sebagai berikut:

Tabel 5.13
Distribusi tingkat pendidikan keluarga dengan perilaku pencegahan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru

Tingkat pendidikan Keluarga	Perilaku Pencegahan				Total	X ²	OR (95% CI)	P Value	
	Tidak Berperilaku Pencegahan		Berperilaku Pencegahan						
	n	%	n	%					n
Pendidikan Dasar ke bawah	80	39,0	125	61,0	205	100	6,27	0,51 (0,31-0,85)	0,012
Pendidikan Dasar ke atas	49	55,7	39	44,3	88	100			
Jumlah	129	44,0	164	56,0	293	100			

Proporsi keluarga dengan pendidikan dasar ke bawah yang berperilaku pencegahan lebih tinggi (61,0%) dibandingkan dengan keluarga dengan pendidikan dasar ke atas. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan keluarga dengan perilaku pencegahan (nilai $p < 0,05$; yaitu 0,012), dengan OR (*Odds Ratio*) sebesar 0,51, keluarga dengan tingkat pendidikan dasar ke atas berpeluang 0,51 berperilaku pencegahan dibandingkan keluarga dengan pendidikan dasar ke bawah.

5.2.5 Hubungan jumlah anggota keluarga dengan perilaku pencegahan

Analisis bivariat untuk variabel independen, yaitu jumlah anggota keluarga dihubungkan dengan variabel dependen, yaitu perilaku pencegahan penyakit malaria untuk melihat hubungan keduanya. Hasil uji statistik *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 5.14 sebagai berikut:

Tabel 5.14
Distribusi jumlah anggota keluarga dengan perilaku pencegahan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru

Jumlah anggota Keluarga	Perilaku pencegahan				Total	X ²	OR (95% CI)	P Value
	Tidak Berperilaku Pencegahan		Berperilaku Pencegahan					
	n	%	N	%				
Kecil	89	44,5	111	55,5	200	100	1,06 (0,65-1,75)	0,910
Besar	40	43,0	3	57,0	5	100		
Jumlah	129	44,0	164	56,0	293	100		

Proporsi keluarga besar yang berperilaku pencegahan lebih besar (57,0%) dibandingkan dengan keluarga keluarga kecil. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan perilaku pencegahan (nilai $p > 0,05$; yaitu 0,910).

Secara deskriptif ditemukan juga keluarga besar yang menggunakan kelambu saat tidur 72% dan menggunakan kemoprofilaksis saat akan bepergian ke wilayah endemis malaria 90,3%.

5.2.6 Hubungan suku keluarga dengan perilaku pencegahan

Analisis bivariat untuk variabel independen, yaitu suku dihubungkan dengan variabel dependen, yaitu perilaku pencegahan penyakit malaria

untuk melihat hubungan keduanya. Hasil uji statistik *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 5.15 sebagai berikut:

Tabel 5.15
Distribusi suku bangsa dengan perilaku pencegahan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru

Suku Bangsa	Perilaku pencegahan				Total	X ²	OR (95% CI)	P Value
	Tidak Berperilaku Pencegahan		Berperilaku Pencegahan					
	n	%	N	%				
Banjar	108	43,2	142	56,8	250	100	0,27 (0,42-1,52)	0,602
Nonbanjar	21	48,8	22	51,2	43	100		
Jumlah	129	44,0	164	56,0	293	100		

Proporsi keluarga suku Banjar yang berperilaku pencegahan lebih besar (56,8%) dibandingkan dengan keluarga suku nonbanjar. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara jenis suku dengan perilaku pencegahan (nilai $p > 0,05$; yaitu 0,602).

5.2.7 Hubungan tahap perkembangan keluarga dengan perilaku pencegahan

Analisis bivariat untuk variabel independen, yaitu tahap perkembangan keluarga dihubungkan dengan variabel dependen, yaitu perilaku pencegahan penyakit malaria untuk melihat hubungan keduanya. Hasil uji statistik *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 5.16 sebagai berikut:

Tabel 5.16
Distribusi tahap perkembangan keluarga dengan perilaku pencegahan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru Tahun 2012

	Perilaku Pencegahan				Total	X ²	OR (95% CI)	P Value
	Tidak Berperilaku Pencegahan		Berperilaku Pencegahan					
	N	%	N	%				
Anak Prasekolah	39	40,6	57	59,4	96	100	9,70	-
Anak Sekolah	48	37,8	79	62,2	127	100		
Anak Dewasa Muda	42	60,0	28	40,0	70	100		
Jumlah	129	44,0	164	56	293	100		

Proporsi keluarga yang berperilaku pencegahan pada keluarga dengan tahap perkembangan anak sekolah lebih besar dibandingkan dengan

keluarga dengan tahap perkembangan yang lainnya, yaitu 62,2%. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara tahap perkembangan keluarga dengan perilaku pencegahan (nilai $p < 0,05$; yaitu 0,008).

5.2.8 Hubungan penyuluhan kesehatan langsung dengan perilaku pencegahan

Analisis bivariat untuk variabel independen, yaitu penyuluhan kesehatan langsung dihubungkan dengan variabel dependen, yaitu perilaku pencegahan penyakit malaria untuk melihat hubungan keduanya. Setelah dilakukan uji *chi square*, maka diperoleh hasil sebagaimana tabel 5.17 sebagai berikut:

Tabel 5.17
Distribusi penyuluhan kesehatan langsung dengan perilaku pencegahan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru

Penyuluhan Kesehatan Langsung	Perilaku pencegahan				Total	X ²	OR (95% CI)	P Value
	Tidak Berperilaku Pencegahan		Berperilaku Pencegahan					
	N	%	N	%				
Kurang Baik	58	35,6	105	64,4	163	100	9,87 (0,29-0,74)	0,002
Baik	71	54,6	59	45,4	130	100		
Jumlah	129	44,0	164	56,0	293	100		

Proporsi keluarga dengan penyuluhan kesehatan langsung kurang baik lebih besar (64,4%) dibandingkan keluarga dengan penyuluhan kesehatan langsung baik. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara penyuluhan kesehatan langsung dengan perilaku pencegahan (nilai $p < 0,05$; yaitu 0,002) pada OR 0,46; CI95; 0,29-0,74), keluarga dengan penyuluhan kesehatan langsung yang baik, berpeluang berperilaku pencegahan 0,46 kali dibandingkan keluarga dengan penyuluhan kesehatan langsung kurang baik.

5.2.9 Hubungan media massa dengan perilaku pencegahan

Analisis bivariat untuk variabel independen, yaitu media massa dihubungkan dengan variabel dependen, yaitu perilaku pencegahan penyakit malaria untuk melihat hubungan keduanya. Setelah dilakukan uji *chi square*, maka diperoleh hasil sebagaimana tabel 5.18 sebagai berikut:

Tabel 5.18
Distribusi media massa dengan perilaku
pencegahan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru

Media Massa	Perilaku pencegahan				Total	X ²	OR (95% CI)	P Value	
	Tidak Berperilaku Pencegahan		Berperilaku Pencegahan						
	N	%	N	%					n
Kurang Baik	68	37,8	112	62,2	180	100	6,75	0,52 (0,32- 0,83)	0,009
Baik	61	54,0	52	46,0	113	100			
Jumlah	129	44,0	164	56,0	293	100			

Proporsi keluarga dengan media massa kurang baik berperilaku pencegahan lebih besar (62,2) dibandingkan keluarga dengan media massa baik. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara media massa dengan perilaku pencegahan (nilai $p < 0,05$; yaitu 0,009 pada OR 0,52; CI95;0,32-0,83), yang berarti keluarga dengan media massa yang baik berpeluang berperilaku pencegahan 0,52 kali dibandingkan keluarga dengan media massa kurang baik.

5.3. Pemodelan Faktor Penentu Perilaku Pencegahan Penyakit Malaria

5.3.1 Pemilihan Kandidat Variabel Multivariat

Seleksi kandidat variabel independen yang akan dimasukkan dalam uji multivariat dilakukan terhadap p value hasil uji bivariat. Variabel yang diikuti dalam seleksi kandidat multivariat, yaitu variabel dengan nilai p kurang dari 0,25 pada seleksi bivariat, sebagaimana tabel 5.19 berikut:

Tabel 19
Pemilihan kandidat variabel uji multivariat

No.	Variabel	p Value	Kandidat
1	Tipe Keluarga	0,040	Ya
2	Pekerjaan	0,526	Tidak
3	Penghasilan	0,074	Ya
4	Pendidikan	0,012	Ya
5	Jumlah Anggota Keluarga	0,910	Tidak
6	Suku	0,602	Tidak
7	Tahap Perkembangan Keluarga	0,008	Ya
8	Penyuluhan Kesehatan Langsung	0,002	Ya
9	Media Massa	0,009	Ya

Berdasarkan tabel 5.19 diperoleh 6 variabel dengan p value kurang dari 0,25 ($p < 0,25$) yang memenuhi untuk dilakukan uji multivariat, yaitu: tipe keluarga, penghasilan, pendidikan, tahap perkembangan keluarga,

penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa. Selanjutnya keenam variabel tersebut dimasukkan dalam analisa multivariat.

5.3.2 Pemodelan Multivariat

Setelah dilakukan uji regresi logistik berganda terhadap variabel yang memenuhi uji multivariat. Setelah dilakukan uji multivariat, maka variabel yang mempunyai nilai p terbesar dikeluarkan dari pemodelan dengan memperhatikan perubahan nilai OR (jika perubahan OR lebih dari 10%, maka variabel dipertahankan, dan sebaliknya). Hasil akhir uji multivariat, sebagaimana tabel 5.20.

<i>Variabel</i>	<i>B</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>CI for 95,0% for EXP(B)</i>	
					<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Tipe Keluarga						
Tipe Keluarga Inti		6,76	0,03			
Tipe Keluarga Luas	0,66	4,71	0,03	1,94	1,07	3,53
Tipe Keluarga Orang Tua Tunggal	-0,14	0,08	0,78	0,87	0,33	2,29
Tingkat Pendidikan						
Pendidikan	-0,62	4,916	0,026	0,539	0,313	0,93
Tahap Perkembangan Keluarga						
Keluarga dengan Anak Prasekolah		4,94	0,085			
Keluarga dengan Anak Usia Sekolah	0,13	0,17	0,67	1,137	0,624	2,070
Keluarga dengan Anggota Dewasa	-0,61	3,053	0,08	0,54	0,271	1,077
Penyuluhan Kesehatan Langsung						
	-0,56	4,738	0,029	0,572	0,346	0,945
Media Massa						
	-0,61	5,469	0,019	0,543	0,326	0,905
Konstanta						
	0,61	2,320	0,127	1,832		

Hasil akhir pemodelan tabel 5.20 analisis multivariat menghasilkan persamaan regresi logistik yang dapat menjelaskan perilaku pencegahan penyakit malaria, yaitu:

$$\text{Perilaku Pencegahan} = 0,61 + 1,94 (\text{Tipe Keluarga}) + 1,14 (\text{Tahap Perkembangan Keluarga}) + 0,58 (\text{Penyuluhan Kesehatan Langsung}) + 0,53 (\text{Tingkat Pendidikan}) + 0,33 (\text{Media Massa})$$

Hasil uji regresi logistik diperoleh nilai *Exp* (B) yang paling tinggi adalah tipe keluarga luas setelah dikontrol dengan tahap perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah, penyuluhan kesehatan langsung, tingkat pendidikan, dan media massa.

Pemodelan di atas dapat diartikan bahwa rata-rata keluarga dengan tipe *extended family* mempunyai perilaku pencegahan 1,94 kali lebih banyak dibandingkan keluarga *tipe nuclear* dan *single parent*. Rata-rata keluarga dengan tahap perkembangan anak sekolah mempunyai perilaku pencegahan 1,14 kali lebih banyak dibandingkan keluarga dengan anak prasekolah dan keluarga dengan anggota dewasa. Setiap penambahan 1 kali penyuluhan kesehatan langsung, maka perilaku pencegahan akan meningkat 0,58 kali. Rata-rata keluarga dengan tingkat pendidikan lebih tinggi dari SMP sederajat mempunyai perilaku pencegahan 0,53 kali lebih banyak dibandingkan keluarga dengan tingkat pendidikan kurang dari SMP sederajat dan setiap penambahan 1 kali media massa, maka perilaku pencegahan akan meningkat 0,33 kali.

5.3 Ringkasan Hasil Uji Bivariat dan Multivariat

Tabel 5.21
Ringkasan Hasil Uji Bivariat dan Multivariat

No.	Variabel		Uji Statistik	Hasil
	Independen	Dependen		
1.	Tipe Keluarga	Perilaku Pencegahan	<i>Chi Square</i>	P = 0,040
2.	Pendidikan	Perilaku Pencegahan	<i>Chi Square</i>	P = 0,526
3.	Penghasilan	Perilaku Pencegahan	<i>Chi Square</i>	P = 0,074
4.	Jenis Pekerjaan	Perilaku Pencegahan	<i>Chi Square</i>	P = 0,012
5.	Jumlah Anggota Keluarga	Perilaku Pencegahan	<i>Chi Square</i>	P = 0,910
6.	Suku	Perilaku Pencegahan	<i>Chi Square</i>	P = 0,602
7.	Tahap perkembangan	Perilaku Pencegahan	<i>Chi Square</i>	P = 0,008
8.	Penyuluhan Kesehatan Langsung	Perilaku Pencegahan	<i>Chi Square</i>	P = 0,002
9.	Media Massa	Perilaku Pencegahan	<i>Chi Square</i>	P = 0,009
10	Tipe Keluarga Pendidikan Penghasilan Jenis Pekerjaan Jumlah Anggota Keluarga Suku Tahap perkembangan Penyuluhan Kesehatan Langsung Media Massa	Perilaku Pencegahan	Regresi Logistik Berganda	0,61+ 1,94 (Tipe Keluarga) + 1,14 (Tahap Perkembangan Keluarga) + 0,58 (Penyuluhan Kesehatan Langsung) + 0,53 (Tingkat Pendidikan) + 0,33 (Media Massa)

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang hasil penelitian yang mencakup hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dan faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Bab ini juga membahas tentang keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian pada pelayanan dan penelitian keperawatan.

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian

6.1.1 Karakteristik Responden

Hasil penelitian menemukan bahwa responden lebih banyak berada pada rentang usia 18-40 tahun atau kategori dewasa muda, yaitu 186 (63,1%). Serupa dengan temuan Riskesdas, hampir setengah proporsi responden berada pada rentang usia dewasa muda, yaitu 44,8% bila dibandingkan dengan kelompok usia lainnya (Kemenkes, 2011). Akan tetapi, temuan ini berbeda dengan penelitian Essé, Utzinger dan Tschannen (2008), yang meneliti aspek sosial dan budaya malaria dan pengendaliannya di *République de Côte d'Ivoire*, salah satu negara berkembang di Afrika Barat, menemukan hampir setengah dari proporsi respondennya berada pada rentang dewasa madya (40-59), yaitu: 45,9% (dari 5999 responden).

Salah satu hal yang menyebabkan tingginya proporsi ini adalah kriteria inklusi penelitian, yaitu: kepala keluarga. Hal ini berarti responden telah menikah dan dapat dinyatakan dewasa. Menurut Polan dan Taylor (2007), usia dewasa muda adalah waktu yang tepat untuk membangun rumah tangga dan keluarga. Kebanyakan dewasa muda lebih memilih meninggalkan keluarga asal mereka dan membentuk keluarga sendiri.

Hasil penelitian ini juga menemukan proporsi lansia hanya 3,07%. Usia Harapan Hidup (UHH) di Provinsi Kalimantan Selatan relatif rendah (68,4) dan lansia yang berada dalam lingkungan sebuah keluarga tidaklah selalu seorang kepala keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan proporsi responden berjenis kelamin laki-laki sebesar 265 orang (90,4%). Hal ini serupa dengan temuan Essé, Utzinger dan Tschannen (2008) pada masyarakat di Côte d'Ivoire dengan kriteria inklusi kepala keluarga juga menemukan proporsi responden dengan jenis kelamin laki mencapai 93,2%.

Menurut Koentjoroningrat (2002), struktur masyarakat Indonesia, laki-laki merupakan kepala keluarga, sebagai kepala keluarga ia dapat menentukan apa yang diperbuat dan tidak diperbuat oleh keluarga itu. Begitu pula dengan masalah kesehatan, kepala keluarga menentukan berperilaku pencegahan atau tidaknya sebuah keluarga. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia No.1 tahun 1974 tentang Perkawinan, pada pasal 31 menyebutkan bahwa suami adalah kepala keluarga dan isteri ibu rumah tangga, sehingga mengakibatkan proporsi laki-laki lebih banyak ditemukan.

6.2.2 Karakteristik keluarga

6.2.2.1 Tipe keluarga

Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengahnya adalah keluarga luas (65,2%). Hal ini disebabkan keluarga Indonesia yang umumnya menganut tipe keluarga luas (*extended family*). Keluarga terdiri dari beberapa suku yang hidup dalam suatu komunitas dengan adat istiadat yang sangat kuat (Koentjoroningrat, 2002).

Extended family berarti keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lain yang mempunyai ikatan darah kekerabatan atau hubungan yang terbentuk oleh ikatan pernikahan, terdiri bukan hanya ayah, ibu, dan anak, akan tetapi juga kakek dan nenek, sepupu, bibi dan paman (Hanson and Kaakinen, 2005). Hal ini terjadi sebagai akibat dari peningkatan UHH (usia harapan hidup) penduduk Indonesia mencapai 72 tahun dan UHH Kalimantan Selatan yang mencapai 68,4 (Dinkes Provinsi Kalimantan

Selatan, 2012), sehingga masih banyak keluarga yang tinggal serumah. Selain itu, faktor keterbatasan dan ketersediaan perumahan serta pekerjaan telah mengakibatkan beberapa keluarga untuk tinggal bersama guna menghemat biaya perumahan (Friedman, Bowden and Jones, 2003).

6.2.2.2 Sosial ekonomi

Hasil penelitian menunjukkan hampir setengah proporsi responden bekerja sebagai petani. Menurut Bappeda Kota Banjarbaru (2012), kehidupan masyarakat di Kecamatan Cempaka tidak terlepas kondisi geografis, yaitu bekerja sebagai petani. Pertanian di Kalimantan Selatan dengan keadaan geografisnya hanya memungkinkan panen sekali dalam setahun. Walaupun daerah ini dikenal dengan pertambangan intan atau permata, akan tetapi hanya sedikit penduduk yang turun temurun yang menjadi pekerja tambang atau pendulang yang hanya 8,9 dari responden.

Penelitian ini menemukan bahwa proporsi responden dengan penghasilan kurang dari UMR mencapai 64,2%. Hal ini merupakan implikasi dari 45,4% yang bekerja sebagai petani. Pertanian di wilayah ini hanya memungkinkan panen sekali dalam setahun, sehingga penghasilan mereka masih di bawah UMR.

Proporsi responden yang bekerja pada sektor nonformal, yaitu: (petani, pedagang, dan pendulang) mencapai 78,8% tidak adanya keteraturan pendapatan dan penghasilan minimum, menyebabkan masih tingginya masyarakat yang berpenghasilan di bawah UMR. Sebagian penduduk tidak hanya mengandalkan pertanian sebagai pekerjaan utamanya, akan tetapi bagi mereka yang mempunyai lahan juga menanam karet sebagai kerja tambahannya.

Hasil penelitian juga menemukan proporsi keluarga dengan orang tua tunggal mencapai 10,9%. Menurut Kepala Badan Koordinasi

Keluarga Berencana (BKKBN) Kalimantan Selatan, hasil pendataan keluarga selama tahun 2009 menunjukkan jumlah janda atau duda yang belum menikah kembali mencapai 15,82% dari 991.641 keluarga. Salah satu hal yang penyebabnya adalah masalah ekonomi dan pernikahan di bawah umur. Hasil SKDI (Survei Demografi Kesehatan Indonesia) tahun 2009 menemukan pasangan yang menikah di bawah umur mencapai 4,44%.

Keluarga dengan orang tua tunggal dengan ibu sebagai kepala keluarga cenderung miskin dibandingkan keluarga dengan orang tua lengkap (Friedman, Bowden dan Jones, 2003). Kondisi inilah yang menyebabkan masih tingginya masyarakat yang berpenghasilan di bawah UMR yang telah ditetapkan pemerintah. Walaupun saat ini perhatian kesehatan lebih difokuskan pada keluarga menengah ke bawah, akan tetapi umumnya keluarga dengan status ekonomi menengah ke bawah cenderung lebih memperhatikan kebutuhan pokoknya dibandingkan dengan kebutuhan pelayanan kesehatannya (Friedman, Bowden dan Jones, 2003). Kondisi ini menyebabkan perilaku keluarga lebih mengutamakan menjaga keluarganya agar tidak sakit dibanding dibandingkan meningkatkan status kesehatannya.

Hasil penelitian ini juga mengungkapkan proporsi responden yang hanya sekolah sampai dengan pendidikan dasar mencapai 70%. Hal serupa ditemukan Mardiah yang meneliti hubungan penyuluhan dengan perilaku pencegahan malaria pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Lamteuba Kecamatan Selimun Aceh Besar tahun 2008, dari 233 responden ditemukan yang sekolah dasar 61,4%, sekolah menengah 35,6%, dan sekolah tinggi 3%.

Laporan pencapaian tujuan pembangunan milenium di Indonesia 2010 (Bappenas, 2010), menyampaikan bahwa secara nasional proporsi pendidikan dasar mencapai 101,99%. Hal ini berarti

proporsi pendidikan dasar di Kecamatan Cempaka kurang dari nasional. Padahal MDGs menargetkan pencapaian pendidikan dasar 100% pada tahun 2015.

Keluarga dengan penghasilan kurang dari UMR tentu akan lebih sulit memenuhi kebutuhan pendidikan keluarganya. Keluarga lebih mementingkan pemenuhan kebutuhan pokok, dibandingkan kebutuhan pendidikan, termasuk juga kebutuhan perawatan kesehatan keluarga (Friedman, Bowden dan Jones, 2003).

Saat ini, SKN (Sistem Kesehatan Nasional) dilaksanakan dengan mempertimbangkan determinan sosial ekonomi termasuk tingkat pendidikan dan penghasilan keluarga (Kemenkes, 2010). Masyarakat dengan tingkat pendidikan dan penghasilan rendah mempunyai keterbatasan memperoleh akses pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil Riset Kesehatan Dasar (2010), menemukan bahwa akses dan kemampuan kelompok dengan tingkat ekonomi yang lebih rendah untuk menjangkau pelayanan kesehatan terbatas, sehingga walaupun keterbatasan tersebut, pelayanan kesehatan diharapkan dapat merata di semua lapisan masyarakat.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa proporsi keluarga dengan jumlah anggota keluarga dalam kategori kecil sebesar 68,3%. Salah satu hal yang mengakibatkan besarnya proporsi ini adalah perubahan struktur keluarga. Perubahan struktur keluarga terjadi akibat modernisasi. Perubahan ini mengakibatkan perubahan struktur keluarga besar menjadi keluarga inti. Perubahan struktur keluarga turut mempengaruhi perilaku kesehatan anggota keluarga (Raharjo & Le, 2002). Kondisi ini dapat mengakibatkan berkurangnya ikatan kekerabatan dan kepedulian terhadap anggota kekerabatan. Perilaku anggota lebih mengutamakan kesehatan anggota keluarga intinya.

6.2.2.3 Suku

Hasil penelitian menunjukkan proporsi responden dengan suku Banjar sebesar 85,3%. Sedangkan proporsi responden Nonbanjar (Dayak, Madura, Jawa, Sunda, Bugis dan Batak) hanya mencapai 14,7%. Secara demografi, suku asli penduduk kecamatan Cempaka adalah Suku Banjar. Sedangkan warga Nonbanjar adalah akibat dari kebijakan transmigrasi dan tuntutan pekerjaan (BPS Kota Banjarbaru, 2010). Antara kelompok suku Banjar dan Nonbanjar saling berinteraksi dan hidup bermasyarakat.

Saling berinteraksi dan hidup bermasyarakat menyebabkan menyebabkan akulturasi dan asimilasi budaya kerap terjadi. Pembentukan budaya baru atau lebih dominan mengikuti budaya yang lain dapat terjadi.

6.2.2.4 Tahap perkembangan keluarga

Hasil penelitian menunjukkan proporsi terbesar adalah keluarga dengan anak sekolah, yaitu 27,0%. Hal ini berarti keluarga sebagian besar keluarga memiliki anak pertama dengan usia 5 sampai dengan 13 tahun. Kaakinen (2009), menjelaskan bahwa pada tahapan ini anak menjalankan peran dan bersosialisasi dengan sekolah lingkungan sekolahnya. Orang tua bertugas memberikan dukungan terhadap aktivitas anak. Tahap ini merupakan waktu yang tepat mulai menetapkan dan menentukan aturan serta mendidik disiplin dalam keluarga. Orang tua dapat menanamkan perilaku sehat terhadap anak-anaknya. Misalnya, membiasakan anak-anaknya tidur menggunakan kelambu, mengenalkan anak bentuk dan jenis nyamuk malaria, tidak membiasakan anak menggantung pakaian dalam kamar.

6.1.3 Penyuluhan kesehatan langsung

Hasil penelitian ini menunjukkan proporsi penyuluhan kesehatan langsung dalam kategori kurang baik mencapai 55,6%. Ahmed, Haque, Hossain

(2009), menemukan bahwa 25% masyarakat mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan pemerintah dan 15% dari NGO (*Non-Government Organization*). Hal ini berarti akses penerimaan informasi melalui penyuluhan kesehatan lebih besar proporsinya dibandingkan dengan yang lain. Hal ini berbeda dengan penelitian Mardiah (2008), yang membagi penyuluhan kesehatan menjadi tiga kriteria, yaitu materi dengan kategori baik 72,5%, komunikator 67,4%, dan metode yang sesuai 76,4%.

Menurut Mardiah (2008), penyuluhan kesehatan ditentukan lima hal, yaitu: tujuan, peserta, materi, penyuluh, dan metode. Hal ini berarti, penyuluhan kesehatan langsung saat ini masih dianggap kurang memenuhi kriteria lima hal tersebut di atas. Penyuluhan kesehatan merupakan salah satu metode promosi kesehatan yang saat ini dianggap paling efektif dalam meningkatkan perilaku kesehatan. Penyuluhan kesehatan di masyarakat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang ada di puskesmas dan dinas kesehatan setempat. Semua tenaga kesehatan yang ada di puskesmas hendaknya memiliki kemampuan dan keterampilan dalam memberikan informasi atau penyuluhan kesehatan (Kemenkes, 2006).

Tidak semua tenaga kesehatan menguasai dengan baik bagaimana penyuluhan kesehatan langsung dilaksanakan, karena antara tenaga penyuluh dan pengelola program P2 (pemberantasan dan pengendalian) malaria belum terintegrasi dengan baik. di samping keterbatasan SDM Kesehatan dan sumber daya yang ada, seorang ahli penyuluh kesehatan dapat saja kurang menguasai tentang malaria dan begitu sebaliknya. Pendidikan dan pelatihan saat ini masih dirasakan kurang. Perbedaan program kerja, tidak adanya keharmonisan penyusunan rencana kegiatan menyebabkan penyuluhan kesehatan yang dilakukan tidak bersinergi. Kondisi tidak bersinergi inilah yang mengakibatkan penyuluhan kesehatan yang dirasakan masyarakat kurang baik.

6.1.4 Media massa

Hasil penelitian ini menunjukkan proporsi media massa dalam kategori kurang baik mencapai 61,4%. Essé, Utzinger dan Tschannen (2008) menemukan responden yang menerima informasi melalui media elektronik berupa televisi dan radio sebesar 15%, sedangkan media cetak berupa poster dan leaflet sebesar 2%.

Penyebaran media massa yang saat ini dilakukan lebih banyak melalui poster, baliho, dan penyebaran leaflet. Hal ini berarti tersebut hanya sebagian kecil responden yang dapat mengakses media tersebut, yaitu 31,8%. Media massa yang digunakan hanya tepat pada keluarga yang mempunyai akses transportasi dan yang mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan, karena ketersediaan leaflet, poster, dan baliho lebih banyak di jalan raya dan fasilitas pelayanan kesehatan seperti poskesdes, posyandu, ataupun puskesmas pembantu dan puskesmas induk.

Selain itu, penilaian media massa yang dianggap kurang baik juga dipengaruhi penerimaan dan tingkat pendidikan masyarakat setempat yang hanya 30% dalam kategori pendidikan menengah ke atas. Walaupun media massa dibuat sederhana dan semenarik mungkin, akan tetapi dengan tingkat pendidikan dasar pun akan sulit menerima informasi dengan benar (Panduwinata dan Lumintang, 2008).

6.1.5 Perilaku pencegahan

Hasil kompilasi tiga domain (pengetahuan, sikap, dan tindakan) dari penelitian ini menunjukkan proporsi keluarga yang berperilaku pencegahan mencapai masih 56%. Hal ini sesuai dengan data yang diperoleh bahwa masih terdapat 149 kasus malaria klinis selama tahun 2011. Kecilnya keluarga yang berperilaku pencegahan menyebabkan masih adanya keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami sakit malaria dalam 6 bulan terakhir ini, yaitu 3,8%.

Rendahnya perilaku pencegahan ini juga ditemukan Mardiah (2008), dari 233 responden hanya terdapat 51,9% yang perilaku pencegahannya tergolong baik. Hasil serupa oleh Ngondi, Graves and Gebre (2011) yang meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan kelambu di Amhara, Oromia dan Southern Nations di Ethiopia. Mereka menemukan perilaku pencegahan yang kurang, dari 28.081 partisipan hanya 8.426 yang memiliki kelambu berinsektisida sendiri, dan hanya 56% yang menggunakan kelambu saat tidur. Serupa pula dengan temuan Ahmed, Haque and Hossain (2009), prevalensi angka kejadian malaria sebesar 3,1% dari 9,750 total responden.

Beberapa penelitian di atas telah mengungkapkan bahwa pengetahuan, sikap, dan tindakan pencegahan malaria masih dangkal. Hal ini berarti malaria masih menjadi ancaman utama, meskipun saat ini API dari tahun ke tahun telah dapat diturunkan (Allender, Rector dan Warner, 2010).

Perilaku pencegahan harus ditingkatkan. Meskipun perilaku pencegahan mencapai lebih dari setengah proporsi (56%), akan tetapi hal tersebut tidak menjamin masyarakat bebas dari penularan penyakit malaria. Apalagi di daerah endemis dan pernah dinyatakan KLB malaria.

Perilaku pencegahan ini juga menggambarkan masih minimnya peranan tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas. Intervensi keperawatan komunitas baik primer, sekunder atau tertier yang telah dilakukan belum mampu meningkatkan perilaku pencegahan terhadap penyakit. Padahal berbagai upaya telah dilakukan, baik melalui pendidikan kesehatan langsung ataupun melalui media massa.

Allender, Rector dan Warner (2010), mengemukakan pendidikan kesehatan dalam intervensi primer ditujukan membantu yang berisiko memahami status risikonya dan meningkatkan perilaku yang mengurangi paparan atau kerentanannya. Sedangkan media massa diharapkan mampu lebih efektif dalam mencapai sasaran kepada lapisan terkecil di masyarakat.

Brown (1991 dalam Anderson and McFarlane, 2011), mengemukakan saat ini kebanyakan promosi kesehatan berfokus mendorong individu mengubah perilaku kesehatan, tapi tidak memberdayakan masyarakat dengan membentuk perilaku dan mempengaruhi gaya hidupnya. Pemberdayaan masyarakat yang dilakukan pengembangan desa siaga, pemberdayaan posyandu, kemitraan dengan PKK (Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga). Hal ini berarti kemitraan yang saat ini dilakukan masih kurang optimal, karena rendahnya perilaku pencegahan masyarakat tersebut. Pendekatan keperawatan komunitas melalui asuhan keluarga merupakan dianggap mampu memberikan perubahan dalam mempengaruhi perilaku dalam sebuah keluarga.

Berthelemy dan Thuilliez (2008) yang meneliti tentang malaria dan pencegahannya di Perancis menemukan bahwa keragaman pola demografi, politik, jenis kelamin, usia, dan metode penggunaan obat anti nyamuk, pertimbangan keuangan merupakan pola penting yang mempengaruhi perilaku keluarga dalam melakukan pencegahan terhadap penyakit malaria. Perawat komunitas dapat meningkatkan perannya dengan mendorong penerapan keyakinan, sikap, dan perilaku yang berkontribusi pada kesehatan. Hal ini dapat dilakukan melalui advokasi kebijakan publik (*Canadian Public Health Association*, 2010). Advokasi kebijakan publik dilakukan melalui penerapan peraturan perundangan yang memungkinkan keluarga untuk berperilaku pencegahan, seperti pemasangan kelambu di wilayah endemis malaria, melarang adanya saluran air yang tergenang.

Penelitian perilaku pencegahan di negara maju juga belum menunjukkan hasil yang memuaskan. Pistone, Ezzedine, dan Gaudin (2010), yang meneliti mengenai penggunaan kemoprofilaksis pada orang dewasa di Perancis yang bepergian ke daerah risiko tinggi malaria menemukan bahwa dari 13.017 terdapat 18,3% responden yang tidak menggunakan kemoprofilaksis. Hal ini berarti melakukan perubahan perilaku masyarakat tidaklah mudah. Menurut Sines, Saunders, and Forbes-Burford (2009)

perubahan perilaku akan terjadi bila individu tersebut adanya insentif untuk berubah, adanya rasa terancam oleh perilakunya saat ini, merasakan manfaat dan kerugian secara finansial terhadap perubahan perilaku, dan merasa kompeten untuk melakukan perubahan tersebut.

Ingstad, Munthali, and Braathen (2011) melalui penelitian kualitatif lingkaran kemiskinan dan penyakit malaria di Norway dan Malawi menemukan bahwa meskipun sistem pelayanan kesehatan saat ini telah berbasis lokal. Masyarakat yang tinggal di pelosok dihadapkan dengan banyak hambatan ketika mengakses pencegahan dan pengobatan malaria. Hal ini disebabkan karena kurangnya tenaga kesehatan terlatih, kesulitan mengakses fasilitas kesehatan dalam waktu cepat, dan kurangnya perhatian baik tenaga kesehatan atau masyarakat dalam upaya mengendalikan penyakit menular malaria.

Saat ini program P2 Malaria hanya memberikan dorongan perubahan berperilaku pencegahan kepada masyarakat berupa imbauan dan anjuran, akan tetapi karena keterbatasan sumber daya implementasi program tersebut tidak disertai *follow up* secara berkala. Hitchcock (1999), menjelaskan bahwa implementasi program akan berproses pada awal-awal kegiatan, karenanya harus dilakukan *monitoring* dan *evaluation* yang terjadwal.

6.1.6 Hubungan tipe keluarga dengan perilaku pencegahan

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara tipe keluarga dengan perilaku pencegahan penyakit malaria (*p value* 0,04). Berbagai tipe keluarga seperti tipe keluarga inti, luas, dan orang tua tunggal, masing-masing mempunyai karakteristik yang berbeda-beda. Friedman, Bowden dan Jones (2003), mengemukakan tipe keluarga inti merupakan keluarga dengan pasangan yang saling berbagi peran dan tanggung jawab dalam pengaturan rumah tangga. Suami isteri dapat berbagi peran dalam menanamkan perilaku pencegahan penyakit bagi anak-anaknya.

Keluarga inti dianggap lebih stabil, karena keluarga memiliki ikatan hubungan dan emosi yang kuat (Putatunda, 2010). Antara anggota keluarga memiliki rasa kepedulian yang tinggi. Masing-masing anggota keluarga menjaga kesehatan keluarganya. Keluarga inti yang banyak terjadi adalah *dual-earning* (kedua orang tua bekerja) dan *dyad* (keluarga tanpa anak).

Peningkatan usia harapan hidup dalam sebuah keluarga, berarti semakin lamanya waktu dihabiskan dalam rumah tangga (Hanson dan Kaakinen (2005). Hal ini akan menyebabkan semakin banyaknya keluarga dengan tipe *extended family*. Keuntungan *extended family*, keluarga yang hidup bersama berbeda generasi dalam sebuah rumah adalah diceritakannya pengalaman keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan yang pernah dialami baik oleh keluarga itu sendiri atau di masyarakat. Perbedaan generasi dalam keluarga luas (*extended family*) memberikan kesempatan kepada anak-anak untuk memiliki beberapa model yang dapat diikuti (Polan dan Taylor, 2007). Pengalaman pengendalian dan pencegahan penyakit dapat diturunkan dari generasi ke generasi. Perilaku pencegahan terhadap penyakit menular yang telah diterapkan akhirnya menjadi kebiasaan dalam keseharian.

Perawat komunitas perlu meyakini bahwa keluarga dan anggotanya harus dilibatkan penuh dalam perencanaan dan pelaksanaan penanggulangan masalah kesehatan. Karena itu, pelibatan peran serta keluarga merupakan salah satu aspek yang mesti dioptimalkan dalam meningkatkan kesehatan keluarga (Kemenkes, 2007).

Menurut (Friedman, Bowden, dan Jones, 2003), tipe keluarga mempengaruhi struktur keluarga, yang meliputi: dinamika kekuasaan dan pengambilan keputusan, struktur peran, dan pola komunikasi serta nilai dalam keluarga. Dinamika kekuasaan dan pengambilan keputusan merupakan cerminan peraturan keluarga yang tidak tertulis dan mengandung nilai. Sedangkan peran merupakan rangkaian jaringan hak

dan kewajiban yang melekat pada seseorang. Selain itu, bentuk keluarga mempengaruhi komunikasi dalam keluarga. Intervensi promosi kesehatan keluarga diharapkan dapat mengubah pola komunikasi, dengan mengidentifikasi dan menyusun rencana keinginan perubahan perilaku, mengakui, mendukung, dan membimbing anggota keluarga berkomunikasi secara jelas dan selaras serta memantau perubahan perilaku.

6.1.7 Hubungan jenis pekerjaan dengan perilaku pencegahan

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan perilaku pencegahan (*p value* 0,526). Meskipun secara uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan, akan tetapi secara deskriptif menunjukkan lebih dari setengah proporsi (57,1%) kepala keluarga yang bekerja pada sektor nonformal berperilaku pencegahan.

Berbeda dengan temuan Wirasti (2010), di Puskesmas Sawangan Kota Depok, bahwa terdapat perbedaan antara kepala keluarga yang bekerja dan tidak bekerja dengan perilaku pencegahan penyakit menular. Serupa pula dengan Rusnoto, Rahmatullah, Udiono (2008) yang menemukan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara jenis pekerjaan tetap dengan tidak tetap dengan perilaku pencegahan penyakit menular. Begitu pula dengan Friaraiyatini, Keman, dan Yudhastuti (2006), mereka menemukan terdapat pengaruh yang bermakna antara jenis pekerjaan dengan kejadian malaria. Harijanto (2000), menemukan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan (berkebun, nelayan dan buruh yang bekerja pada malam hari) dengan kejadian malaria.

Perbedaan jenis pekerjaan memberikan perbedaan pada status sosial. Perbedaan status sosial dapat mempengaruhi keluarga dalam memperhatikan kebutuhan kesehatan keluarganya. Keluarga dengan status sosial tinggi cenderung akan lebih memperhatikan kesehatan anggota keluarganya, karena kebutuhan pokok keluarga telah terpenuhi. Sedangkan keluarga dengan status sosial kelas bawah, cenderung bekerja purna waktu. Mereka lebih memperhatikan kebutuhan pokok keluarga, banyak di

antaranya suami isteri menjadi pekerja dalam memenuhi kebutuhannya. Hal ini dapat menyebabkan perhatian terhadap tugas kesehatan keluarga cenderung berkurang.

Hasil penelitian ini menunjukkan hal yang berbeda. Peneliti menganalisa bahwa hal ini berkaitan erat dengan diberikannya promosi kesehatan. Menurut Undang-Undang No.36 tahun 2009 tentang kesehatan telah menjelaskan bahwa upaya kesehatan kerja ditunjukkan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan dan upaya kesehatan kerja dilaksanakan terhadap pekerja formal dan nonformal. Menurut Kemenkes (2008), promosi kesehatan di tempat kerja (PKDTK) di sektor formal dilakukan dengan pendekatan manajemen sesuai dengan struktur organisasi sedangkan di sektor nonformal dilakukan dengan melalui Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD).

Secara normatif, keluarga yang bekerja pada sektor formal akan mendapatkan pelayanan kesehatan melalui PKDTK, termasuk promosi kesehatan pencegahan penyakit malaria. Informasi yang didapatkan KK akan disampaikan kepada anggota keluarga yang lain, sehingga seluruh anggota keluarga mempunyai kemampuan berperilaku pencegahan. Sedangkan keluarga yang bekerja pada sektor nonformal memperoleh PKDT melalui PKMD, yang dikembangkan melalui desa siaga. Keluarga menerima pelayanan promosi kesehatan melalui tenaga kesehatan dan kader terlatih. Sehingga keluarga yang bekerja pada sektor formal maupun nonformal mendapatkan promosi kesehatan yang berimbang.

Meskipun secara deskriptif ditemukan bahwa keluarga dengan jenis pekerjaan nonformal tindakan pencegahannya lebih baik. proporsi keluarga yang bekerja pada sektor formal lebih tinggi pengetahuan pencegahannya, tetapi mempunyai sikap dan tindakan pencegahan penyakit malaria yang rendah. Hal ini ditunjukkan dengan proporsi keluarga dengan pekerjaan formal tidak menggunakan kemoprofilaksis saat akan bepergian ke wilayah endemis sebesar 88,7%. Sedangkan

proporsi keluarga dengan pekerjaan nonformal menggunakan kelambu saat tidur sebesar 73,2%.

Melalui sektor formal, keluarga tentu lebih banyak interaksinya dan mudah dalam mendapatkan informasi melalui PKDTK. Pekerjaan formal diimbangi pula dengan tingkat pendidikan tinggi (Bappenas, 2004), akan tetapi kelompok ini sebagian besar tidak melakukan kemoprofilaksis saat akan bepergian ke wilayah endemis malaria. Padahal, kemoprofilaksis merupakan tindakan penting yang harus dilakukan untuk mencegah terinfeksi penyakit malaria.

Sedangkan sektor nonformal memungkinkan lebih banyak penggunaan waktu luang di masyarakat. Keluarga dapat terlibat dalam kegiatan promosi kesehatan di lingkungannya. Kelompok keluarga non formal ini sebagian besar telah menggunakan kelambu saat tidur. Saat ini, penggunaan kelambu merupakan tindakan paling efektif untuk menghindari gigitan nyamuk *anopheles aegypty*.

6.1.8 Hubungan penghasilan keluarga dengan perilaku pencegahan

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara penghasilan dengan perilaku pencegahan (*p value* 0,074). Secara deskriptif, keluarga dengan penghasilan lebih dari UMR melakukan profilaksis saat akan bepergian ke wilayah endemis sebesar 87,7%. Sedangkan keluarga dengan penghasilan di bawah UMR menggunakan kelambu saat tidur sebesar 77,1%.

Hasil temuan serupa oleh Zega dan Haripurnomo (2007) yang meneliti Hubungan kejadian malaria dengan penghasilan pendidikan, perilaku pencegahan dan perilaku pengobatan masyarakat di Kabupaten Kulon Progo bahwa penghasilan tidak mempunyai hubungan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Darundiati (2002), menemukan tidak ada hubungan antara tingkat penghasilan keluarga dengan angka kejadian malaria di wilayah endemis. Hasil berbeda ditemukan oleh Ahmed, Haque and Hossain (2009) yang meneliti tentang pengetahuan transmisi

pencegahan, dan penatalaksanaan malaria antara dua populasi endemis di Bangladesh, bahwa kemiskinan adalah faktor penentu pengetahuan tindakan pencegahan malaria.

Friedman, Bowden, dan Jones (2003), menjelaskan bahwa individu yang berasal dari keluarga tidak mampu cenderung memiliki kondisi kesehatan yang kurang dibandingkan dengan kondisi ekonomi. Rendahnya penghasilan keluarga dapat menyebabkan kesenjangan dalam pelayanan kesehatan (Polan dan Taylor, 2007).

Kondisi ini berbeda dengan masyarakat yang tinggal di wilayah kecamatan cempaka. Penghasilan keluarga yang kurang dari UMR tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku pencegahan mereka terhadap penyakit malaria. Hal ini berarti perbedaan penghasilan keluarga bukanlah faktor penentu perilaku pencegahan dan penyebab terjadinya kesenjangan pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan saat ini lebih difokuskan pada keluarga miskin/berpenghasilan rendah. Pemerintah berupaya mengembangkan berbagai kebijakan yang lebih pro-rakyat. Misalnya kebijakan jamkesmas, jampersal, dan BOK. Kebijakan ini diharapkan menjadi tumpuan agar tidak terjadinya disparitas dalam pelayanan kesehatan antara masyarakat miskin dan kaya. Kebijakan tersebut diharapkan agar tenaga kesehatan lebih proaktif dalam memberikan pelayanan kesehatan.

6.1.9 Hubungan tingkat pendidikan keluarga dengan perilaku pencegahan

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan perilaku pencegahan (*p value* 0,012). Hal ini serupa dengan Utami (2010) dalam penelitiannya terhadap 120 responden ditemukan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan formal dengan perilaku pencegahan. Begitu pula dengan penelitian Nganda, Drakeley, Reyburn, and Marchant (2004) yang menemukan tingkat pendidikan mempunyai hubungan bermakna dengan pengetahuan tentang penyakit malaria. Sedangkan Mursiastuti (2006), dalam penelitiannya

menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan masyarakat dengan partisipasi masyarakat dalam Pos Penanggulangan Malaria Desa (PPMD) sebagai upaya pencegahan dan penanggulangan malaria di Kabupaten Kulon Progo. Penelitian Ahmed, Haque and Hossain (2009), menemukan tingkat pendidikan adalah faktor penentu pengetahuan tindakan pencegahan penyakit malaria.

Hasil penelitian yang berbeda ditemukan Karim (2006), terhadap 84 responden bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan. Demikian pula halnya penelitian Darundiati (2002), yang menemukan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan penyakit malaria. Meskipun ditemukan hasil penelitian yang berbeda-beda, akan tetapi penelitian ini telah membuktikan bahwa tingkat pendidikan pada masyarakat di wilayah Kecamatan Cempaka merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan penyakit malaria.

Pendidikan adalah sebuah proses sosialisasi ilmu dan nilai untuk mempengaruhi orang lain secara individu atau kelompok agar mau mengikuti ilmu dan nilai yang diajarkan seorang pendidik kesehatan. Melalui pendidikan, individu diajarkan untuk berperilaku sehat. Friedman, Bowden, Jones (2003), menjelaskan pendidikan merupakan aspek status sosial yang sangat berhubungan dengan status kesehatan karena pendidikan penting dalam membentuk pengetahuan dan pola perilaku. Menurut L. Green, perilaku individu dipengaruhi oleh tiga faktor yakni faktor predisposisi, pemungkin, dan faktor penguat. Salah satu faktor predisposisi yang diyakini mempengaruhi perilaku adalah tingkat pendidikan (Allender, Warner, dan Rector, 2010). Kepala keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya dalam berperilaku pencegahan.

6.1.10 Hubungan jumlah anggota keluarga dengan perilaku pencegahan

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan perilaku pencegahan (*p value* 0,910). Hal ini sesuai dengan penelitian Nugroho, Ilmi dan Marliani (2007), yang menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga terhadap perilaku dalam penanggulangan malaria. Hasil serupa juga ditemukan Kusyogo (2006), bahwa karakteristik jumlah anggota keluarga tidak berhubungan dengan sikap penerimaan kepercayaan kesehatan.

Seorang anggota keluarga dapat memiliki lebih dari satu peran dalam pengambilan keputusan (Allender, Warner, dan Rector, 2010). Pengambilan keputusan dalam keluarga ditentukan oleh kepala keluarga. Menurut Friedman, Bowden, Jones (2003), pengambilan keputusan keluarga umumnya lebih sering dilakukan bersama.

Meskipun secara deskriptif keluarga dengan jumlah anggota keluarga besar tindakan pencegahannya lebih baik, sebagian besar mereka menggunakan kelambu saat tidur dan melakukan kemoprofilaksis saat akan bepergian ke wilayah endemis malaria. Penelitian ini telah menunjukkan bahwa semakin besar jumlah anggota keluarga belum tentu perilaku terhadap penggulangan malaria semakin baik. Kepercayaan lebih ditentukan pengalaman, observasi dan pengaruh orang lingkungan. Jumlah anggota keluarga umumnya lebih dihubungkan dengan pemenuhan kebutuhan pokok sehari-hari.

6.1.11 Hubungan suku keluarga dengan perilaku pencegahan

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara suku dengan perilaku pencegahan (*p value* 0,602). Hal ini berbeda dengan Ningsi, dkk (2007) yang meneliti aspek budaya dan lingkungan fisik masyarakat Suku Da'a dalam kaitannya dengan kejadian malaria di wilayah Kota Palu Sulawesi Tengah. Hasil penelitian menemukan budaya

keluarga berhubungan signifikan dengan meningkatnya angka kejadian malaria.

Heterogenitas keluarga tersebut juga menggambarkan bahwa keadaan masyarakat Kecamatan Cempaka merupakan kesatuan masyarakat yang beraneka ragam asal daerahnya. Meskipun demikian, masyarakat rukun dan damai. Hal ini dapat menjadi potensi bagi peningkatan aktivitas masyarakat dalam mendukung pelaksanaan program promosi kesehatan yang dikembangkan melalui peningkatan partisipasi masyarakat (Yulianti, 2006). Akan tetapi, keadaan keanekaragaman sosial budaya masyarakat secara langsung atau tidak dapat mempengaruhi kejadian penyakit malaria (Lokollo, 1993)

Keanekaragaman suku yang terdapat di Kecamatan Cempaka tidak memberikan pengaruh dalam berperilaku pencegahan. Proses akulturasi dan asimilasi budaya telah terjadi, sehingga perbedaan suku tidak menjadi perbedaan perilaku pencegahan malaria. Selain itu, ketidakpedulian masyarakat terhadap lingkungan yang menyebabkan lingkungan menjadi kumuh, dan menjadi tempat yang baik bagi vektor malaria berkembang biak.

Kaakinen (2010) menjelaskan bahwa suku akan memberikan pandangan yang berbeda dalam mendefinisikan kesehatan dan perilaku pencegahan. Budaya sebagai hasil perilaku secara turun temurun pada sekelompok masyarakat (Friedman, Bowden, dan Jones , 2003). Allender, Rector dan Warner (2010), menjelaskan bahwa setiap suku atau bangsa memiliki bahasa sendiri yang berbeda, kepercayaan, dan adat istiadat. Perawat komunitas tidak dapat mengasumsikan bahwa pengetahuan tentang satu kelompok dapat digeneralisasikan kepada orang lain.

Notoatmojo (2007), menjelaskan bahwa suku memberikan nilai yang berbeda antara satu dengan yang lain, baik dari kebiasaan atau pun gaya hidup yang mengakibatkan perbedaan dalam berperilaku baik antara sesama suku atau dengan yang lain. Penelitian ini membuktikan bahwa

perbedaan suku bukanlah faktor penentu keluarga dalam melakukan perilaku pencegahan penyakit malaria.

6.1.12 Hubungan tahap perkembangan keluarga dengan perilaku pencegahan

Penelitian ini menemukan bahwa keluarga dengan tahap perkembangan mempengaruhi keluarga dalam berperilaku pencegahan (*p value* 0,008) Seperti halnya Winskill et al (2010), menemukan bahwa anak-anak dalam kelompok usia muda lebih mungkin untuk tidur di bawah kelambu berinsektisida daripada anak-anak dalam kelompok usia lebih tua (5-13 tahun). Sedangkan Graves, Ngondi and Hwang, (2011) menemukan bahwa orang dengan usia 5-24 tahun menggunakan jaring lebih jarang daripada anak-anak di bawah usia 5 tahun atau orang lebih dari 24 tahun.

Tahap perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga dari waktu ke waktu. Perubahan ini meliputi perubahan interaksi dan hubungan anggota keluarga (Friedman, Bowden, dan Jones, 2003).

Keluarga bertugas menyediakan kebutuhan fisik dari anggota keluarga pada setiap tahapannya. Penyelesaian tugas dan fungsi tergantung kemampuan keluarga dalam memenuhi tuntutan setiap tahap tertentu. Pada tahap awal perkembangan, anak-anak tergantung pada orang tua dalam memenuhi kebutuhan tahapan perkembangan, akan tetapi pada tahap sekolah, remaja, dan dewasa, anak-anak dapat dapat berkontribusi untuk pemenuhan kebutuhan tahapan perkembangan dalam keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, Kaakinen, 2005).

Pendidikan perilaku hidup bersih dan sehat yang diterapkan di sekolah akan menyebabkan anak menuntut orang tuanya melakukan perilaku tersebut (Kemenkes, 2005). Keadaan yang bertentangan atau pun ketidaktahuan anak dengan yang diajarkan di sekolah akan menyebabkan anak sering bertanya dan menyebabkan orang tua memberikan contoh yang baik bagi anak-anaknya.

Friedman, Bowden and Jones (2003), mengemukakan tahapan keluarga anak sekolah merupakan tahapan yang sibuk. Anak-anak memiliki aktivitas, tugas dan perannya masing-masing. Begitu pula dengan orang tua, melakukan tugas, dan perannya sebagai orang tua. Tahapan ini orang tua merasa ada tekanan yang kuat dari luar, yaitu sistem sekolah dan kelompok di luar keluarga untuk menyesuaikan dengan kapasitas anak. Hal inilah yang mendorong orang tua untuk mengikuti perkembangan pengetahuan anak. Hal ini menunjukkan bahwa perbedaan tahap perkembangan dalam keluarga memberikan pengaruh yang bermakna kepada keluarga dalam melakukan perilaku pencegahan.

6.1.13 Hubungan penyuluhan kesehatan langsung dengan perilaku pencegahan

Hasil penelitian menunjukkan penyuluhan kesehatan secara langsung memberikan hubungan yang bermakna terhadap perilaku pencegahan terhadap penyakit malaria (*p value* 0,002). Hal serupa juga ditemukan Ahmed, Haque, Hossain (2009) dalam penelitian di Bangladesh, bahwa pemberian informasi oleh tenaga kesehatan (langsung) memberikan hubungan yang bermakna (*p* 0,001).

Penyuluhan kesehatan merupakan proses perubahan, yang bertujuan mengubah individu, kelompok dan masyarakat menjadi positif yang terencana melalui proses belajar. Perubahan tersebut meliputi: pengetahuan, sikap, dan keterampilan. Penyuluhan kesehatan merupakan aspek penting dalam meningkatkan pengetahuan keluarga, dengan melakukan penyuluhan kesehatan berarti petugas kesehatan membantu keluarga meningkatkan derajat kesehatan (Machfoed, 2005).

Polan dan Taylor (2005), mengemukakan bahwa pemberian promosi kesehatan dapat mempengaruhi individu dalam menentukan dan mencari pelayanan kesehatan yang tepat. Anderson dan McFarlane (2011), menjelaskan bahwa promosi kesehatan yang diberikan (secara langsung) kepada masyarakat selain disampaikan secara langsung oleh tenaga

kesehatan, masyarakat mempunyai keterampilan baru yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

Kegiatan penyuluhan kesehatan dengan menggunakan strategi pemberdayaan keluarga dapat menumbuhkan kemampuan keluarga dalam mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya, menciptakan lingkungan sehat serta berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

Strategi pemberdayaan keluarga dilakukan agar pelayanan kesehatan berfungsi secara terintegrasi dan bersinergi. Strategi yang dilakukan dengan melibatkan jejaring kerja, memobilisasi dan mengelola semua sumber yang tersedia, mengembangkan dan mengoperasionalkan sistem informasi kesehatan yang sesuai, peningkatan koordinasi lintas program dan lintas sektor, pengembangan IPTEK, advokasi pelayanan keperawatan keluarga, peningkatan kemampuan dan keterampilan petugas baik pengelola, pelaksana, *care giver* dan penyediaan sarana dan pengembangan petunjuk pelaksanaan/ teknis (Kemenkes, 2007).

Perawat komunitas dapat memperkenalkan keluarga perilaku baru yang mungkin perilaku lama yang kurang baik dipraktikkan oleh keluarga. Keluarga dapat diajarkan pemasangan kelambu berinsektisida yang benar, penggunaan kasa nyamuk, dan lain-lain. Selain itu, dapat disepakati perubahan perilaku dengan keluarga, sehingga keluarga tahu, mau, dan mampu untuk melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (Kemenkes, 2005).

Penyuluhan kesehatan langsung dapat diikuti dengan belajar keterampilan baru, menerapkan dan mempertahankan perilaku yang dipelajari dalam jangka lama. Promosi kesehatan secara langsung diberikan secara tepat sasaran dan masyarakat mendapatkan informasi yang tepat, karena melibatkan komunikasi dua arah. Penelitian ini telah membuktikan bahwa penyuluhan kesehatan langsung berbanding lurus dengan perilaku pencegahan.

6.1.14 Hubungan media massa dengan perilaku pencegahan

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara media massa yang diberikan dengan perilaku pencegahan (*p value* 0,009). Hal ini sesuai dengan penelitian Ahmed, Haque, Hossain (2009) sumber informasi dari poster dan leaflet mempunyai hubungan yang bermakna dengan peningkatan pengetahuan, pencegahan dan penatalaksanaan malaria di dua daerah endemis di Bangladesh (*p value* 0,001).

Rahmat (2003), menjelaskan media massa membantu masyarakat mempelajari informasi yang bermanfaat dan mengembangkan keterampilan kognitif. Media massa dianggap sebagai perpanjangan alat indera. Melalui media massa dapat diperoleh informasi tentang benda, orang, tempat, perilaku, penyakit, dan lain-lain. Media massa memberikan efek perilaku prososial, yaitu memiliki keterampilan yang bermanfaat bagi dirinya dan orang lain. Pembelajaran tidak hanya diperoleh dari pengalaman langsung, akan tetapi dari peneladanan (*modelling*).

Allender, Rector dan Warner, (2010), mengemukakan penyebaran informasi melalui media massa dianggap efektif untuk menjangkau kelompok sasaran, seperti masyarakat berpenghasilan rendah dan etnis yang beragam, kelompok risiko tinggi (penyakit menular), yang sulit untuk ditemui satu-satu. Penggunaan media massa dalam penyebarluasan informasi kesehatan memegang empat peranan utama, yaitu:

1. Agen perubahan utama, program pendidikan kesehatan telah dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyakit menular dan tindakan pencegahan;
2. Upaya pelengkap pencegahan penyakit lain, media efektif sebagai model dalam perilaku pencegahan, seperti penggunaan kelambu, kassa nyamuk;
3. Promotor program pengendalian penyakit menular, media dapat membantu meningkatkan partisipasi anggota masyarakat dalam pencegahan primer;

4. Promosi pencegahan penyakit, media dapat memberikan kontribusi pada penciptaan lingkungan sosial.

Penelitian ini telah membuktikan, meskipun penilaian keluarga terhadap media massa kurang baik (61,4%), akan tetapi media massa masih merupakan metode yang tepat dalam meningkatkan perilaku pencegahan penyakit malaria.

6.1.15 Faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria

Berdasarkan Tabel 5.21, tipe keluarga yang paling dominan berpengaruh dengan perilaku pencegahan. Hasil uji statistik menunjukkan tipe keluarga luas berpeluang melakukan perilaku pencegahan 1,9 kali dibandingkan dengan tipe keluarga lain.

Leddy (2006), menjelaskan bahwa salah satu karakteristik *extended family* adalah dukungan sosial yang kuat. Allender dan Sparadley (2005), juga menjelaskan bahwa keluarga luas memperkuat standar budaya, harapan dan dapat memberikan dukungan emosional. Dukungan emosi dan sosial mengakibatkan komunikasi dan hubungan sosial yang lebih baik, sehingga kepedulian mengendalikan dan mengontrol kesehatan antar anggota keluarga semakin baik pula. Saling memberikan dukungan antar anggota keluarga dan dukungan dari masyarakat sekitar menjadikan keluarga luas semakin kuat. Hal inilah yang menyebabkan tipe keluarga luas cenderung lebih berperilaku pencegahan dibandingkan dengan tipe keluarga tradisional yang lain.

Selain itu, Friedman, Bowden, Jones (2003), juga menjelaskan bahwa *extended family* mempunyai ikatan dan interaksi yang kuat antar generasi, saling ketergantungan dan mempertahankan pola komunikasi. Sikap ini pada akhirnya akan mendorong penyebaran dan penerimaan informasi kesehatan yang lebih cepat.

Perawat komunitas dapat meningkatkan dan memberikan motivasi kepada *nuclear family* dan *single-parent family*. Melalui pelayanan keperawatan keluarga (yanwatga), perawat komunitas diharapkan mengembangkan intervensi yang berfokus pada tiga level pencegahan.

Perawat komunitas dapat meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan keperawatan di rumah dengan berkoordinasi dengan pengelola promosi kesehatan dan P2 Malaria. Kegiatan yang terkoordinasi baik diharapkan dapat memperoleh hasil yang tepat sasaran.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian memiliki beberapa keterbatasan. Keterbatasan tersebut, meliputi: keterbatasan dari kuesioner atau instrumen yang digunakan, variabel penelitian dan proses pengumpulan data.

6.2.1. Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini yang terdiri dari empat point, berdasarkan variabel yang diteliti, yaitu: karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, media massa, dan perilaku pencegahan. Instrumen ini dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan konsep, teori serta hasil penelitian yang berkaitan dengan variabel yang diteliti. Pelaksanaan uji validitas dan reliabilitas dilakukan satu kali, sehingga jika digunakan untuk populasi yang lain diperlukan uji validitas dan reliabilitas kembali.

6.2.2 Variabel penelitian

Penelitian ini mengukur perilaku pencegahan yang dihubungkan dengan karakteristik keluarga, dan metode dalam promosi kesehatan yaitu penyuluhan kesehatan langsung (*health education*) dan media massa (*mass media*). Promosi kesehatan keluarga sebaiknya juga mengkaji mengenai pelaksanaan tugas dan fungsi kesehatan keluarga serta struktur keluarga (struktur kekuasaan, pola komunikasi, nilai, dan struktur peran). Selain itu, penilaian perilaku pencegahan sebaiknya dihubungkan dengan persepsi keluarga (persepsi ancaman, keseriusan, manfaat, hambatan), karena sebagai rangkaian dari *Health Belief Model* (HBM) juga membantu

perawat dalam mengkaji sejauh mana faktor pemodifikasi dapat mempengaruhi persepsi keluarga untuk melakukan perilaku pencegahan.

6.2.3 Pengumpulan data

Pengumpulan data hanya dilakukan dengan pengisian instrumen, tanpa melakukan observasi perilaku. Hal ini dapat saja menimbulkan bias karena responden tidak mengisi sesuai dengan keadaan sebenarnya ataupun mengalami kesulitan dalam mengisi instrumen. Walaupun peneliti telah melakukan penjelasan sebelum penelitian (*informed consent*) akan tetapi hal tersebut tidak menutup kemungkinan masih saja dapat terjadi.

6.3 Implikasi hasil penelitian pada pelayanan dan penelitian keperawatan

6.3.1 Implikasi pada pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan atau pertimbangan dalam mengembangkan program promosi kesehatan dan keperawatan kesehatan masyarakat, khususnya pemberantasan dan pencegahan penyakit menular malaria. Berbagai karakteristik keluarga memberikan pengaruh yang berbeda-beda terhadap perilaku pencegahan.

Berdasarkan penelitian ini, peningkatan upaya promotif dalam kegiatan pencegahan penyakit malaria lebih diutamakan ditujukan kepada keluarga dengan tipe keluarga inti dan keluarga orang tua tunggal tanpa mengabaikan keluarga luas. Walaupun saat ini telah dilakukan kerja sama dengan lintas sektor dengan tokoh agama melalui Penyuluh Agama Masyarakat (PAM) Kementerian Agama dan tokoh masyarakat dalam penyuluhan kesehatan, akan tetapi masih dipandang perlu ditingkatkan lagi dalam memperkuat program yang selama ini telah dilaksanakan. Peningkatan motivasi terhadap tokoh agama dan masyarakat diharapkan mampu mempengaruhi keluarga inti dan keluarga orang tua tunggal dalam berperilaku pencegahan terhadap penyakit. Keluarga inti dan keluarga orang tua tunggal dapat lebih diberdayakan dalam berbagai kegiatan promosi kesehatan, misalnya baik di tingkat masyarakat dan atau keluarga, membersihkan lingkungan rumah, anjuran menggunakan kelambu saat tidur, ataupun penggunaan kemoprofilaksis.

Hasil statistik penelitian ini tidak menunjukkan adanya hubungan terhadap perilaku pencegahan. Perawat komunitas dapat meningkatkan perilaku pencegahan penyakit malaria melalui program promosi kesehatan di tempat kerja. Keluarga dengan jenis pekerjaan formal dapat diberikan penyuluhan kesehatan dan media massa di tempat kerjanya, sedangkan keluarga dengan jenis pekerjaan nonformal diberikan dapat promosi kesehatan secara langsung melalui kunjungan rumah.

Melalui hasil penelitian ini, perawat komunitas dapat memberikan advokasi kepada pengambil kebijakan dan melakukan prioritas sasaran promosi kesehatan. Perawat juga dapat meningkatkan perannya dengan membantu keluarga meningkatkan dan menggali potensi-potensi keluarga yang dapat meningkatkan penghasilan keluarga.

Pengembangan promosi kesehatan dikembangkan sesuai dengan pendidikan masyarakat. Pemberian materi penyuluhan kesehatan sesuai dengan tingkat pendidikan kelompok sasaran. Pengembangan media massa sebagai media informasi yang mudah dipahami dan sederhana sehingga masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah pun dapat mengerti maksud dan tujuan media tersebut.

Berbagai kegiatan kemitraan dapat dilakukan dengan kelompok anak remaja baik di sekolah seperti PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) atau Karang Taruna setempat. Meningkatkan keterlibatan remaja dalam sosialisasi perilaku pencegahan terhadap penyakit menular. Selain itu, pengembangan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui pemberdayaan Poskesdes di Kelurahan Siaga (Desa Siaga). Dukungan kegiatan dapat dilakukan melalui advokasi terhadap lurah, tokoh agama, atau tokoh masyarakat, sehingga anak usia sekolah atau dewasa muda mendapat persetujuan dan dukungan dari orang tuanya untuk aktif dalam berbagai kegiatan promosi kesehatan tersebut.

Pelaksanaan promosi kesehatan tentang perilaku pencegahan dapat bekerja sama dengan PKK (Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga) kelurahan atau kecamatan. Peningkatan kapasitas dan pemberdayaan kader PKK atau posyandu tentang penyakit menular dapat dilakukan melalui sosialisasi atau pertemuan di wilayah setempat.

Pengembangan promosi kesehatan pada keluarga dengan anak usia sekolah dapat dilakukan perawat dengan melakukan kerja sama lintas sektor dengan *stakeholder* pendidikan melalui kegiatan SBH (Saka Bakti Husada) atau UKS. Pembentukan karakter terhadap anak usia sekolah merupakan waktu yang tepat dalam membentuk perilaku. Pengenalan anak mengenai perilaku pencegahan penyakit menular dapat ditanamkan sejak dini, sehingga perilaku tersebut diharapkan dapat menjadi kebiasaan di lingkungan sekolah dan rumah.

Selama ini, perawat komunitas dapat meningkatkan kemampuan penyuluhan kesehatan, karena selama ini sebagian besar penyuluh kesehatan sebagian besar bukanlah berasal perawat komunitas. Penyuluhan kesehatan yang dilakukan perawat komunitas yang mengerti dan memahami teknis penyuluhan kesehatan tentu hasilnya akan sesuai dengan yang diharapkan. Peningkatan kapasitas dapat dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan, bimbingan teknis atau *refreshing* tentang penyuluhan kesehatan.

Saat ini, penyebaran informasi melalui media massa masih dianggap kurang sesuai dalam penyampaian informasi pencegahan penyakit malaria. Media massa diharapkan dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat, baik mereka yang berpendidikan rendah, berpenghasilan rendah, atau pun mereka yang bekerja pada sektor nonformal. Perawat dapat menggunakan media surat kabar atau televisi dalam mensosialisasikan informasi mengenai penyakit malaria, dengan menggunakan bahasa yang dapat dan mudah dipahami masyarakat, desain dan warna yang menarik serta ditempatkan di lokasi yang banyak dilewati masyarakat.

Berbagai hal ini di atas membutuhkan waktu dan sumber daya yang lebih. Komitmen dan kerja keras perawat komunitas untuk mau bekerja di luar jam kerja sangat diperlukan dalam upaya peningkatan perilaku masyarakat. Selain itu, perawat komunitas dapat menjadi *leading sector* dalam upaya mengembangkan program pemberantasan dan pengendalian malaria, keperawatan kesehatan masyarakat, dan program promosi kesehatan.

Perawat komunitas dapat merancang program kegiatan yang berkaitan dengan pemberantasan dan pengendalian malaria pada semua level pencegahan. Selain itu, penelitian ini dapat memberikan masukan yang berarti dalam evaluasi kegiatan yang selama ini dilakukan. Rekomendasi dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam penyusunan rencana kegiatan selanjutnya.

6.3.2 Implikasi dalam penelitian keperawatan

Hasil penelitian dapat menjadi pertimbangan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian keparawatan komunitas. Terdapat beberapa hal yang dapat menyebabkan keluarga berperilaku. Penelitian mendatang dapat mempertimbangkan struktur keluarga seperti pola kekuasaan, nilai, peran dan pola komunikasi yang mempengaruhi pelaksanaan tugas kesehatan keluarga ataupun perilaku pencegahan.

Penelitian ini belum mengkaji persepsi keluarga yang mengakibatkan mereka melakukan perilaku pencegahan. Berdasarkan HBM, persepsi merupakan variabel penting yang mempengaruhi individu atau keluarga berperilaku. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengkaji persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, hambatan serta ancaman terhadap penyakit dalam kaitannya dengan perilaku pencegahan.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan tentang kesimpulan dari hasil penelitian, dan saran yang diajukan untuk pengambil kebijakan, pelayanan kesehatan dan keperawatan serta untuk pengembangan ilmu keperawatan komunitas.

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik responden terbanyak adalah kelompok usia dewasa muda dengan jenis kelamin laki-laki. Sedangkan karakteristik keluarga sebagian besar adalah tipe *extended family*, jenis pekerjaan nonformal, penghasilan kurang dari UMR, berpendidikan SMP/MTs ke bawah, serta jumlah anggota keluarga kecil, suku mayoritas nonbanjar dan tahap perkembangan keluarga pada anak usia sekolah.
- 7.1.3 Penyuluhan kesehatan langsung dan media massa terbanyak pada kategori kurang baik. Penyuluhan kesehatan langsung dan media massa merupakan metode yang saat ini sering dilakukan dalam upaya promosi kesehatan.
- 7.1.4 Perilaku pencegahan terbanyak pada kategori berperilaku pencegahan. Perilaku kesehatan merupakan atribut yang melekat pada individu yang diukur berdasar pengetahuan, sikap, dan tindakan yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan, dan perbaikan kesehatan.
- 7.1.5 Ada hubungan bermakna antara tipe keluarga dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Perilaku pencegahan keluarga dengan tipe *extended family* dapat dipengaruhi pengambilan keputusan dalam keluarga dan pengaruh dari anggota keluarga yang lebih tua.
- 7.1.6 Tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Secara deskriptif keluarga dengan jenis pekerjaan nonformal perilaku pencegahannya lebih baik dibanding keluarga dengan jenis pekerjaan non formal.
- 7.1.7 Tidak ada hubungan bermakna yang antara penghasilan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. perbedaan penghasilan keluarga bukanlah

faktor penentu perilaku pencegahan dan penyebab terjadinya kesenjangan pelayanan kesehatan.

- 7.1.8 Ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Tingkat pendidikan yang diukur berdasarkan pendidikan dasar. Kepala keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya dalam berperilaku pencegahan.
- 7.1.9 Tidak hubungan bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Semakin besar jumlah anggota keluarga belum tentu perilaku terhadap pengulangan malaria semakin baik.
- 7.1.10 Tidak hubungan bermakna antara suku dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Suku yang diukur berdasarkan banjar dan Non Banjar. Pengetahuan tentang satu kelompok dapat digeneralisasikan kepada orang lain.
- 7.1.11 Ada hubungan bermakna antara tahap perkembangan keluarga dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Keluarga dengan tahap perkembangan anak sekolah lebih berpeluang berperilaku pencegahan dibandingkan keluarga dengan tahap perkembangan lainnya.
- 7.1.12 Ada hubungan bermakna antara penyuluhan kesehatan langsung dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Penyuluhan kesehatan yang diberikan secara langsung dan tepat sasaran memungkinkan masyarakat mendapatkan informasi yang tepat, karena melibatkan komunikasi dua arah.
- 7.1.13 Ada hubungan bermakna antara media massa dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Semakin baik media massa yang diberikan, maka akan semakin baik pula perilaku pencegahan keluarga terhadap penyakit malaria.
- 7.1.14 Karakteristik keluarga dengan tipe keluarga (keluarga luas) merupakan faktor paling dominan yang berpengaruh terhadap perilaku pencegahan keluarga, selain faktor lain, yaitu tingkat pendidikan, tahap perkembangan keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa.

7.2 Saran

7.2.1 Instansi Pelayanan Kesehatan

7.2.1.1 Dinas Kesehatan

- a. Advokasi dan rekomendasi ke pengambil kebijakan dalam upaya pencegahan penyakit menular malaria peningkatan promosi kesehatan;
- b. Peningkatan kerja sama lintas sektor dengan PKK (Pemberdayaan Kesejahteraan keluarga) dan Organisasi Karang Taruna sebagai advokasi dan kemitraan dalam upaya pengembangan promosi kesehatan baik tingkat kota maupun tingkat kecamatan;
- c. Pengembangan kerja sama lintas sektor Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat terintegrasi dengan UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) dan PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) dalam meningkatkan promosi kesehatan di sekolah.
- d. Kerja sama lintas program promosi kesehatan (Promkes) dengan Pengendalian dan Pemberantasan (P2) Penyakit Malaria, dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) perlu ditingkatkan dalam upaya perubahan perilaku masyarakat dalam mencegah terjadinya penyakit malaria dengan menggabungkan poster dan baliho dengan disain dan warna yang menarik serta ditempatkan dilokasi yang banyak dilewati masyarakat;
- e. Peningkatan kapasitas penyuluh kesehatan bagi perawat komunitas di puskesmas dan pengelola program P2 Malaria melalui pendidikan dan pelatihan, bimbingan teknis, atau penyegaran.

7.2.1.1 Puskesmas

- a. Melaksanakan asuhan keperawatan komunitas dengan prioritas keluarga rentan;

- b. Meningkatkan kuantitas dan kualitas penyuluhan kesehatan langsung terhadap keluarga dengan tingkat pendidikan dan penghasilan rendah;
- c. Pengembangan bahan promosi dan menggunakan media massa sebagai media promosi kesehatan yang dapat diakses oleh semua masyarakat baik melalui surat kabar dan televisi;
- d. Memprioritaskan pelaksanaan promosi kesehatan pencegahan penyakit malaria terhadap keluarga dengan tingkat pendidikan dan penghasilan rendah.
- e. Monitoring dan evaluasi secara berkala efektivitas program promosi kesehatan yang telah dilaksanakan.

7.2.2 Perkembangan Ilmu Keperawatan

- 7.2.1.1 Penelitian selanjutnya dapat mengembangkan model perilaku pencegahan dengan menggunakan faktor-faktor pemodifikasi yang lain;
- 7.2.1.2 Peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti struktur keluarga yang berpengaruh terhadap perilaku pencegahan
- 7.2.1.3 Peneliti selanjutnya dapat meneliti hubungan penerapan tugas kesehatan keluarga dengan perilaku pencegahan
- 7.2.1.4 Peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian mengenai persepsi ancaman, manfaat, dan keseriusan terhadap perilaku pencegahan penyakit malaria.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga. (2011). *Pengendalian Malaria di Indonesia*. Kemenkes RI. <http://depkes.go.id>
- Afridah. (2009). *Pengaruh Perilaku Penderita terhadap Angka Kesakitan Malaria di Kabupaten Rokan Hilir*. Universitas Sumatera Utara Medan <http://repository.usu.ac.id>
- Ahmed, Haque, Hossain. (2009). *Knowledge on the transmission, prevention and treatment of malaria among two endemic populations of Bangladesh and their health-seeking behaviour*. <http://www.malariajournal.com>
- Aidah, Noor Layli. (2002). *Perilaku Masyarakat Dalam Pencegahan Penyakit Malaria di Desa Hargotirto Kecamatan Kokap Kabupaten Kulonprogo Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2001*. Undergraduate Thesis, Diponegoro University. <http://eprints.undip.ac.id/28244/>
- Allender, Judith Ann. Rector, Cherie dan Warner, Kristine D. (2010). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting The Public's Health*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Allender, Judith Ann. dan Spradley, Barbara Walton. (2005). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health / Edition 6*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia
- Amanda, Imalia (2009). *Hubungan Antara Pendidikan, Pendapatan dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Pedagang Hidangan Istimewa Kampung (HIK) di Pasar Kliwon dan Jebres Kota Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Solo. (tidak dipublikasi)
- Anderson, Elizabeth T and McFarlane, Judith (2011). *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing 6th Ed*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Anjarwati. (2009). *Hubungan Status Sosial Ekonomi dengan Perilaku Seksual Remaja pada Siswa SMA Negeri di Kabupaten Gunung Kidul*. UGM. Jogjakarta. <http://etd.ugm.ac.id>
- Arikunto, Suharsimi. (2006). *Prosedur Penelitian. Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Astuti, Ratna Kusuma (2011). *Hubungan Antara Status Sosial Ekonomi Keluarga dengan Status Gizi Anak Usia Sekolah di SDN Godog I Polokarto Sukoharjo*. UMS. Surakarta. <http://etd.eprints.ums.ac.id>
- Bappenas RI. (2006). *Laporan Kajian Kebijakan Penanggulangan (Wabah) Penyakit Menular*. Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan. BAPPENAS RI. Jakarta. <http://bappenas.go.id>

- Barch , Carol A. (2012). *Seeking Health Care Following Stroke: Public Education*. NINDS: Stroke Proceedings: Barch. <http://www.ninds.nih.gov> accessed on March 11,2012
- Berthelemy, Jean-Claude dan Thuilliez, Josselin. (2011). *Malaria and preventive behaviors: is there a malaria trap?*. Université Paris. France. <http://www.csae.ox.ac.uk>
- Bloom, Benjamin S. (1956). *Taxonomy of Educational Objective: The Classification of Educational Goals*. David McKay Co. Inc.New York.
- Bomar, P. (2005). *Family Health Promotion*. In S. M. H. Hanson.,V. Gedaly-Duff, & J. R. Kaakinen (Eds.), *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research (3rd ed., pp. 243–264)*.Philadelphia: F.A. Davis.
- BPost.(2011). *Daerah Endemis Malaria di Kalsel Bertambah*. Banjarmasin Post. <http://banjarmasin.tribunnews.com>
- BPS Kota Banjarbaru. (2012). *Penduduk Kota Banjarbaru Tahun 2011*. Kota Banjarbaru.<http://banjarbarukota.bps.go.id>
- CDC. (2012). *The History of Malaria, an Ancient Disease*. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta. <http://www.cdc.gov>
- Charlotte, Perry R Hinton. Isabella, Brownlow. (2004). *SPSS Explained*. Routledge Inc. Ney York.
- Chesnay MD and Barbara AC. (2008). *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research*. Jones Bartlett Publisher, Inc. Canada.
- Cruz, et all. (2006). *Who sleeps under bednets in Ghana? A doer/non-doer analysis of malaria prevention behaviours*. BioMed Central Ltd.<http://www.malariajournal.com>.
- Darundiati, Yusniar Hanani. (2002). *Analisis faktor-faktor risiko malaria di daerah endemis dengan pendekatan spasial di Kabupaten Purworejo*. Masters Thesis, Program Pascasarjana Universitas Diponegoro. <http://eprints.undip.ac.id/14171/1/2002MIKM1803.pdf>.
- Dinkes Kota Banjarbaru. (2008). *Profil Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru Tahun 2007*. Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru. Banjarbaru (tidak dipublikasikan) <http://dinkes.banjarbarukota.go.id>
- Dinkes Kota Banjarbaru. (2011). *Profil Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru Tahun 2010*. Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru. Banjarbaru (tidak dipublikasikan) <http://dinkes.banjarbarukota.go.id>

- Dinkes Provinsi Kal-Sel. (2011). *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2010*. Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. Banjarmasin. (tidak dipublikasikan) <http://dinkes.kalselprov.go.id>
- Duffy, Susie. (2012). *Defining Your Family's Values*. <http://www.parentiq.com>. Accessed on March 04, 2012.
- Ernawati, Kholis dkk. (2011). *Hubungan Faktor Risiko Individu dan Lingkungan Rumah dengan Malaria di Punduh Pedada Kabupaten Pesawaran Provinsi Lampung Indonesia 2010*. Makara, Kesehatan, Vol 15 Np.02 Desember 2010.
- Essé, Utzinger, Tschannen. (2008). *Research: Social and cultural aspects of 'malaria' and its control in central Côte d'Ivoire*. <http://www.malariajournal.com>
- Friedman, Marylin. Bowden, Vicky R. Jones, Elaine. (2003). *Family Health Nursing. Theory and Practice 5th Edition*. Pearson Education Inc. USA.
- Gerlach, Peter. (2012). *Perspective on Family Role and Role Problems*. http://sfhelp.org/fam/roles_rules.htm accessed on March 03, 2012.
- Glanz, Karen. Rimer, Barbara K and Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice 4th Edition*. Jossey-Bass. San Francisco. www.josseybass.com
- Global Fund ATM. (2009). *Supporting Community Response to Malaria*. Cologne, Germany: Stop Malaria Now! <http://stopmalaria.org>
- Graves, Ngondi, Hwang. (2011). *Research: Factors associated with mosquito net use by individuals in households owning nets in Ethiopia*. <http://www.malariajournal.com>
- Hanson, S. M. H and Bomar J. (2005). *Introduction To Family Health Care Nursing*. F.A. Davis. Philadelphia.
- Hanson, Shirley May Harmon. Gedaly-Duff, Vivian and Kaakinen, Joanne Rowe. (2005). *Family Health Care Nursing. Theory, Practice and Research*. Third Edition. F.A. DAVIS Company. Philadelphia
- Harian Tabengan. (2012). *Kesehatan Investasi Pembangunan*. <http://media.hariantabengan.com>. Accessed on March 04, 2012.
- Hastono, Sutanto Priyo. (2007). *Analisa Data Kesehatan*. FKM Universitas Indonesia.
- Hariyanto PN. (2000). *Malaria: Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis dan Penanganannya*. EGC. Jakarta.
- Hariyanto, PN. (2000). *Malaria: Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis dan Penanganannya*. Jakarta : EGC.

- Ingstad, Munthali, Braathen. (2011). *The evil circle of poverty: a qualitative study of malaria and disability*. <http://www.malariajournal.com>
- Kaakinen, Joanna Rowe. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research Ed 4th*. F A Davis Company. Philadelphia. www.fadavis.com
- Kahliludin, M. Zeit. Fatimah, Siti dan Nugraha, Priyadi. (2002). *Pengaruh Beberapa Keadaan Sosial, Ekonomi Terhadap Tingkat Kecukupan Zat Gizi dan Status Gizi Anak SD (Anak Baru Masuk Sekolah) di Kabupaten Kendal, Provinsi Jawa Tengah*. Universitas Diponegoro. Semarang. <http://eprints.undip.ac.id/20191/>
- Karim, Risko. (2006). *Faktor-Faktor yang Berhubungan Perilaku Pekerja Seks (WPS) Dalam Pencegahan Penularan Penyakit Menular Seksual (PMS)-HIV/AIDS di Resosialisasi Argorejo Semarang*. Undergraduate thesis, Diponegoro University. <http://eprints.undip.ac.id/17098/>
- Kemendagri. (2009). *Undang-Undang RI. No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan*. Kementerian Dalam Negeri. Jakarta. <http://depdagri.go.id>
- Kemendagri. (2009). *Undang-Undang RI. No.52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga*. Kementerian Dalam Negeri. Jakarta. <http://depdagri.go.id>
- Kemenkes RI. (2006). *Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2007). *KMK Nomor 585 tahun 2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2008). *Pusat Promosi Kesehatan, Panduan Pelatihan Komunikasi Perubahan Perilaku untuk KIBBLA*. Jakarta.
- Kemenkes RI. (2010). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.03/160/I/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI tahun 2010-2014*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2010). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2010). *KMK Nomor 1787 tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2010). *KMK Nomor 908 tahun 2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Keperawatan Keluarga*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2010). *Laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta <http://depkes.go.id>

- Kemenkes RI. (2010). *Menuju Indonesia Bebas Malaria*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2010). *Rencana Operasional Promosi Kesehatan Malaria*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2011). *Buku Saku Eliminasi Malaria*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2011). *Epidemiologi Malaria di Indonesia*. Bulletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2007). *Panduan Penerapan Model Pelayanan Keperawatan Keluarga di Rumah dalam Menunjang Desa Siaga*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2011). *Pedoman Penatalaksanaan Kasus Malaria di Indonesia*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2011). *Pedoman Penggunaan Kelambu Berinsektisida Menuju Eliminasi Malaria*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2008). *Promosi Kesehatan di Tempat Kerja*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2011). *Sidang WHA Bahas Enam Belas Topik..* Jakarta. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1514-sidang-wha-bahas-enam-belas-topik.html>
- Kemenkes RI. (2010). *Modul Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien dengan Malaria*. Subdit Bina Pelayanan Keperawatan Keluarga Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Koentjaraningrat (2002). *Masalah Kesukubangsaan dan Integrasi Nasional*. Penerbit. UI . Jakarta.
- Lokollo, Daniel Marinus. (1993). *Penanggulangan Malaria untuk Menyehatkan Masyarakat Dalam Rangka Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia Indonesia. Documentation*. Diponegoro University Press, Semarang.
- Marcus, Bernand. (2009). *Deadly Diseases and Epidemics: Malaria, Second Edition*. Chelsea House Publisher. New York.
- Mardiah. (2008). *Hubungan Penyuluhan dengan Perilaku Pencegahan Malaria pada Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Lamteuba Kecamatan Selimun Aceh Besar*. <http://usu.ac.id>

- MedicineNet. (2012). *Malaria Symptoms, Treatment, Cycle, Prevention in children*. <http://medicinenet.com> accessed on February 16, 2012.
- Mozumder, Pallab and Marathe, Achla (2006). *Role of Information and Communication Networks in Malaria Survival*. <http://www.malariajournal.com/content/6/1/136>, accessed on march 16, 2012
- Mursiastuti, Anie dan Tjokrosonto, Soesanto. (2006). *Partisipasi masyarakat dalam Pos Penanggulangan Malaria Desa (PPMD) sebagai upaya pencegahan dan penanggulangan malaria di Kabupaten Kulon Progo*. S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat (Perilaku dan Promosi UGM). <http://etd.ugm.ac.id/index.php>.
- NCJRS. (2012). *Social Disorganization and Rural Communities*. National Criminal Justice Reference Service. U.S. Department of Justice. <https://www.ncjrs.gov>
- Nganda1, Drakeley, Reyburn. (2004). *Research: Knowledge of malaria influences the use of insecticide treated nets but not intermittent presumptive treatment by pregnant women in Tanzania*. <http://www.malariajournal.com>
- Ngondi, Graves, Gebre. (2011). *Research: Which nets are being used: factors associated with mosquito net use in Amhara, Oromia and Southern Nations, Nationalities and Peoples' Regions of Ethiopia*. <http://www.malariajournal.com>
- Ningsi, dkk. (2006). *Aspek Sosial Budaya Masyarakat Berkaitan dengan Kejadian Malaria di Desa Sidoan Kecamatan Tinombo Kabupaten Parigi Moutong*. <http://bp4b2donggala.litbang.depkes.go.id/>
- Ningsi, dkk. (2007). *Aspek Sosial Budaya dan Lingkungan Fisik Masyarakat Suku Da'a dalam Kaitannya dengan Kejadian Malaria di Wilayah Kota Palu Sulawesi Tengah*. <http://bp4b2donggala.litbang.depkes.go.id/>
- Notoatmojo, Soekidjo. (2010). *Promosi Kesehatan; Teori dan Aplikasi, Edisi Revisi 2010*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Nugroho, Adi. Ilmi, Bahrul, dan Marliani. (2007). *Studi Korelasi Karakteristik dengan Perilaku Keluarga dalam Upaya Penanggulangan Malaria di Kecamatan Kintap Kabupaten Tanah Laut Propinsi Kalimantan Selatan Periode September-Desember Tahun 2007*. Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Kalimantan Selatan. <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/jpki/article/download/2545/2255>
- Panduwinata, Ghea gatyaz Ezaputri dan Lumintang, Rizchard WE. (2008). *Faktor-faktor yang mempengaruhi efektifitas program public awareness*. Studi Kasus Kampanye Flu Burung. Badan Karantina Pertanian. Jakarta. <http://journalsodality.ipb.ac.id/jurnalpdf/edisi6-5.pdf>
- Pasaribu, Hotber ER. (2005). *Perbandingan Penyuluhan Kesehatan Metode Ceramah Tanya Jawab dengan Penyuluhan Kesehatan Menggunakan Buku*

Kecacingan dalam Mencegah Reinfeksi Ascaris lumbricoides pada Anak Sekolah Dasar. http://eprints.undip.ac.id/17659/1/Hotber_ER_Pasaribu.pdf, accessed on March 16, 2012.

- Pelaez., M. (2012). *Applied Behavior Analysis in the Classroom.* http://www2.fiu.edu/~pelaezm/images/Resource/New/Unit_6_EDP_3218.doc accessed on March 01, 2012.
- Winskill, Peter. Rowland, Mark. Mtove, George, et al. (2010). Research: Malaria risk factors in north-east Tanzania. <http://www.malariajournal.com>
- Poire, Neth A Lee. (2005). *Family Communication Nucturning and Control in a Changing World.* California Lutheran University. California. [http://www.ffri.uniri.hr/~ibrdar/komunikacija/seminari/Le%20Poire,%202005%20-%20Family%20communication%20\(Chapter1\).pdf](http://www.ffri.uniri.hr/~ibrdar/komunikacija/seminari/Le%20Poire,%202005%20-%20Family%20communication%20(Chapter1).pdf)
- Polan, Elaine U and Taylor, Daphne R. (2007). *Journey Across The Life Span : Human Development And Health Promotion.* F. A. Davis Company. Philadelphia.
- Polit, F Denise and Beck, Cheryl Tatano. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 9th Edition.* Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Putatunda, Rita. (2010). *Advantages of the Traditional Nuclear Family.* <http://www.buzzle.com/articles/advantages-of-the-traditional-nuclear-family.html>
- Purnawati, Yulia. (2009). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tindakan Keluarga Dalam Pencegahan Penyakit Chikungunya di Desa KLB Chikungunya.* Airlangga University Library. Surabaya.
- Rakhmat, Jalaluddin. (2003). *Psikologi Komunikasi.* Edisi Revisi. PT Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Rusnoto. Rahmatullah, Pasihan dan Udiono, Ari. (2008). *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Tb Paru Pada Usia Dewasa (Studi kasus di Balai Pencegahan Dan Pengobatan Penyakit Paru Pati).* Universitas Diponegoro Semarang. <http://eprints.undip.ac.id/5283/1/Rusnoto.pdf>
- Salim, Milana. (2009). *Laporan Analisa Lanjut Riskesdas; Hubungan Antara Sanitasi Lingkungan dan Perilaku Masyarakat Terhadap Kejadian Malaria dan Demam Berdarah di Provinsi Lampung.* Loka Litabang P2B2 Baturaja. Balitbangkes. Kementerian Kesehatan RI. Baturaja.
- Shi, Leiyu and Stevens, Gregory D. (2005). *Vulnerable Populations In The United States.* Jossey-BassA Wiley. San Francisco.
- Sines, Saunders and Forbes-Burford. (2009). *Community Health Care Nursing Fourth Edition.* Blackwell Publishing Ltd. Great Britain. United Kingdom.

- SKCS.(2012). *Family Tie; What are the Family Types?*. Southern Kings Consolidated School <http://www.edu.pe.ca/southernkings/familytypes.htm> accessed on March 10, 2012.
- Stanhope, Marcia and Lancaster, Jeanette. (2004). *Community & Public Health Nursing, 6th Edition*. Mosby. Missouri.
- Sunaryo. (2002). *Psikologi untuk Keperawatan*. Cetakan Pertama, EGC, Jakarta.
- Suryana , Sumantri S. 2006. Psikologi Personel. Bandung: UNPAD
- Suryantoro, Tri (2008). *Studi Karakteristik Lingkungan Daerah Endemis Malaria dengan Pendekatan Spasial di Kecamatan Banjarnangu Kabupaten Banjarnegara Tahun 2008*. Undergraduate Tesis. Universitas Diponegoro. <http://eprints.undip.ac.id/29417/>
- Swanson, M Janice and Nies, Mary A. (1997). *Community Health Nursing, Promoting the Health of Aggregates*. WB Saubders Company. Philadelphia.
- Taviv Y, Salim M, dan Yeni A. (2008). *Laporan Analisa Lanjut Perilaku Penggunaan Kelambu dan Rumah Tangga Sehat Terhadap Penyakit Tular Vektor (Malaria, Filaria, dan DBD) di Provinsi Jambi Tahun 2007*; Susenas dan Riskesdas 2007). Loka Litabang P2B2 Baturaja. Balitbangkes. Kementerian Kesehatan RI. Baturaja.
- Thierry, Pistone. Khaled, Ezzedine, and Gaudin, et al. (2010). *Malaria prevention behaviour and risk awareness in French adult travellers*. Travel Medicine and Infectious Disease. Volume 8, Issue 1. <http://www.travelmedicinejournal.com>
- Ukraina. (2010). *Hubungan Pengetahuan, Perilaku dan Karakteristik Masyarakat di Daerah Endemis Terhadap Kejadian Malaria (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Buntok Kabupaten Barito Selatan, Provinsi Kalimantan Tengah)*. Universitas Airlangga. <http://adln.fkm.unair.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=adlnfkm-adln-ukraina100-1396>
- Utam, Khonita Adian .(2010). *Hubungan Tingkat Pendidikan Formal terhadap Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) pada Masyarakat di Kelurahan Bekonang, Sukoharjo*. http://digilib.uns.ac.id/pengguna.php?mn=detail&d_id=18181
- W. K. Kellogg Foundation. (2012). *A Family-Focused Approach to Health Care*. Policy Institute for Family Impact Seminar. <http://www.familyimpactseminars.org> accessed on March 10, 2012
- WHO. (2010). *Guidelines for the treatment of malaria -- 2nd edition*. Global Malaria Programme World Health Organization. Geneva.

- Wirasti, Bagas. (2010). *Hubungan antara Karakteristik dan Pengetahuan tentang Tuberkulosis Paru dengan Perilaku Penularan Tuberkulosis Paru di Puskesmas Sawangan Kota Depok Tahun 2010*. UPNVJ. Jakarta. <http://www.library.upnvj.ac.id>
- Wright & Leahey. (2009). *A Guide to Family Assessment and Intervention*. F. A. Davis Company. Philadelphia. www.fadavis.com
- Yulianti. (2006). *Partisipasi masyarakat dalam perbaikan dan pemeliharaan lingkungan permukiman di Kelurahan Batu Sembilan Kecamatan Tanjungpinang Timur Program Pascasarjana Magister Pembangunan Wilayah dan Kota Universitas Diponegoro Semarang*. <http://eprints.undip.ac.id/17689/1/YULIANTI.pdf>
- Zega, Adieli dan Kushadiwijaya, Haripurnomo. (2007). *Hubungan kejadian malaria dengan penghasilan pendidikan, perilaku pencegahan dan perilaku pengobatan masyarakat di Kabupaten Kulon Progo*. UGM. Jogjakarta.





UNIVERSITAS INDONESIA

INSTRUMEN PENELITIAN

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA, PENYULUHAN
KESEHATAN LANGSUNG, DAN MEDIA MASSA DENGAN
PERILAKU PENCEGAHAN MALARIA PADA KECAMATAN
CEMPAKA KOTA BANJARBARU**

**H. AHYAR WAHYUDI
NPM 1006749062**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

2012

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____

Umur : _____ tahun

Alamat : _____

telah diberikan penjelasan oleh mengenai penelitian yang akan dilaksanakan dan saya telah mengerti serta memahaminya. Penelitian ini akan menghormati hak-hak saya selaku responden. Saya juga memahami bahwa penelitian ini memberikan bermanfaat dalam meningkatkan pelayanan kesehatan terutama dalam pemberantasan penyakit malaria di wilayah Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru.

Penandatanganan di lembar persetujuan sebagai responden ini, berarti saya bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan ikhlas tanpa ada paksaan dan tekanan dari pihak manapun. Demikian persetujuan sebagai responden ini ditandatangani untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Banjarbaru, Mei 2012
Responden,

INSTRUMEN A

Petunjuk:

- A. Instrumen berikut akan mengkaji karakteristik keluarga;
B. Isilah setiap pernyataan sesuai dengan keadaan Bapak/ Ibu/ Saudara (i) dan berilah tanda ceklist (\checkmark) pada pilihan dalam kotak yang tersedia atas jawaban yang diberikan.
-

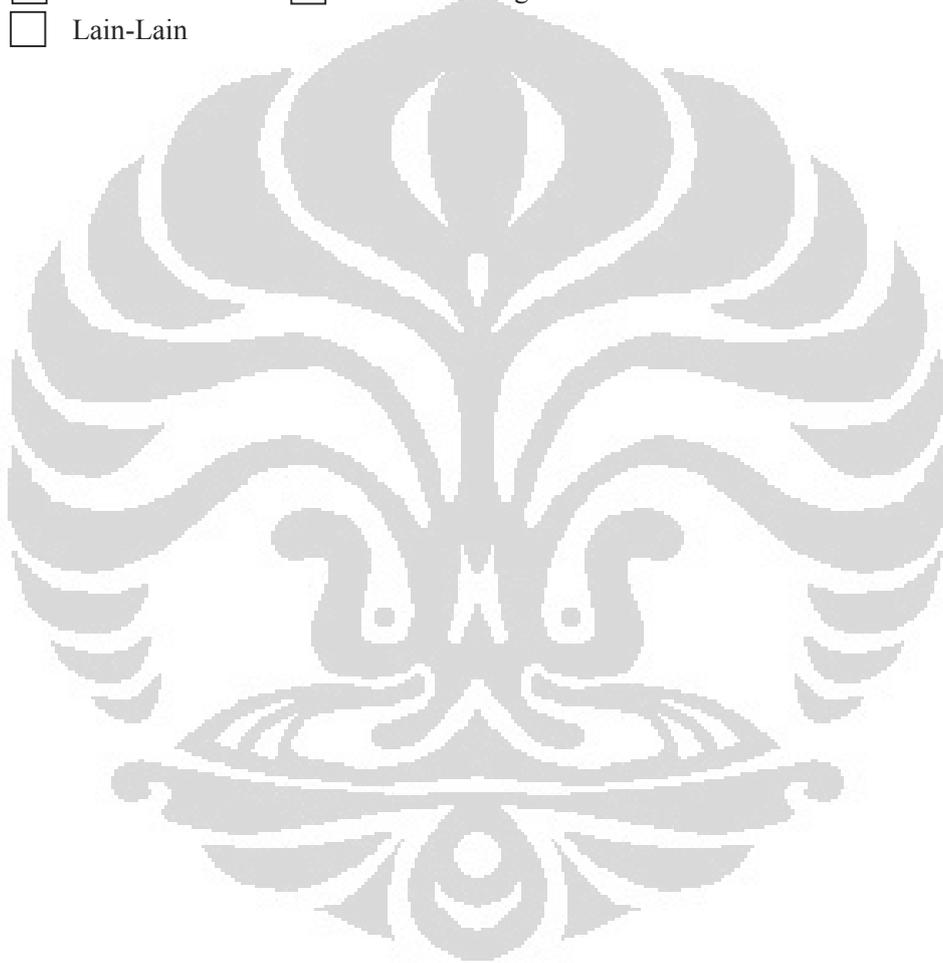
1. Nama Responden (inisial) : _____
2. Umur : _____ tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan
4. Pekerjaan : Petani PNS/TNI/Polri
 Buruh Pendulang
 Pedagang Lain-Lain
5. Pendidikan : SD/MI SMA/MA
 SMP/MTs Diploma III Sederajat
 Tidak Sekolah Strata-1 ke atas
7. Suku : Banjar Jawa
 Dayak Sunda
 Madura Bugis
 Lain-Lain (.....)
8. Tinggal di rumah bersama : Ayah Adik/ Kakak
 Ibu Sepupu
 Anak Paman/ Bibi
 Suami/ Isteri Anak/ Menantu
 Kakek/ Nenek Lain-Lain (.....)
9. Usia anak pertama : tahun
10. Jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah : orang (termasuk saya)
11. Penghasilan dalam sebulan : Kurang dari Rp. 1.225.000,-
 Lebih dari atau sama dengan Rp. 1.225.000,-
12. Dalam setahun terakhir, saya telah mengikuti penyuluhan kesehatan tentang malaria sebanyak
- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 kali | <input type="checkbox"/> 4 kali |
| <input type="checkbox"/> 2 kali | <input type="checkbox"/> Lebih dari 5 kali |
| <input type="checkbox"/> 3 kali | <input type="checkbox"/> Tidak pernah |

13. Informasi yang Bapak/ Ibu peroleh tentang penyakit malaria melalui media cetak adalah

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Surat Kabar | <input type="checkbox"/> Baliho |
| <input type="checkbox"/> Majalah | <input type="checkbox"/> Spanduk |
| <input type="checkbox"/> Leaflet | <input type="checkbox"/> Poster |

14. Informasi yang diperoleh Bapak/ Ibu peroleh melalui media elektronik tentang malaria adalah

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Televisi | <input type="checkbox"/> Video Film |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> CD Kaset |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Siaran Keliling |
| <input type="checkbox"/> Lain-Lain | |



INSTRUMEN B

Petunjuk:

- A. Instrumen berikut akan mengkaji informasi tentang penyuluhan kesehatan langsung penyakit malaria;
- B. Isilah setiap pernyataan sesuai dengan keadaan Bapak/ Ibu/ Saudara (i) dengan memberilah tanda ceklist (\checkmark) pada pilihan dalam kotak yang tersedia atas jawaban yang diberikan.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Materi yang diberikan dalam penyuluhan sederhana dan mudah dimengerti		
2.	Pengertian penyakit malaria diberikan dengan jelas		
3.	Penyuluhan menjelaskan penyebab malaria dengan jelas		
4.	Penyuluhan menjelaskan tanda dan gejala malaria dengan jelas		
5.	Penyuluh kurang jelas dalam menyampaikan cara pencegahan penyakit malaria.		
6.	Tujuan penyuluhan disampaikan dengan jelas		
7.	Penyuluh menggunakan bahasa yang mudah dimengerti		
8.	Penyuluh menjelaskan materi sesuai dengan tujuan		
9.	Penyuluh menggunakan alat peraga penyuluhan yang sesuai		
10.	Penyuluh memberikan kesempatan bertanya kepada peserta penyuluhan		
11.	Penyuluh menyimpulkan materi penyuluhan dengan singkat dan jelas		
12.	Penyuluh memberikan materi penyuluhan secara terburu-buru		
13.	Penyuluh mengabaikan pertanyaan dari peserta penyuluhan		
14.	Penyuluhan yang disampaikan membosankan		
15.	Penyuluh menyampaikan materi secara berurutan		

INSTRUMEN C

Petunjuk:

- A. Instrumen berikut akan mengkaji informasi tentang media massa penyakit malaria;
 - B. Isilah setiap pernyataan sesuai dengan keadaan Bapak/ Ibu/ Saudara (i);
 - C. Berilah tanda ceklist (\checkmark) pada pilihan dalam kotak yang tersedia atas jawaban yang diberikan.
-

No.	Pernyataan	Tidak Setuju	Kurang Setuju	Setuju	Sangat setuju
1.	Penyampaian informasi tentang penyakit malaria melalui poster dapat dipahami.				
2.	Informasi tentang penyakit malaria yang disampaikan melalui poster menarik untuk dibaca.				
3.	Adanya media cetak seperti leaflet, poster, surat kabar dan booklet dapat membantu memahami informasi tentang malaria lebih mendalam				
4.	Penyampaian pesan melalui media elektronik seperti TV, radio, dan internet dapat memperjelas informasi tentang malaria				
5.	Petugas kesehatan membagikan selebaran berupa leaflet tentang penyakit malaria untuk bacaan tambahan di rumah				
6.	Informasi yang terdapat pada baliho dapat dipahami				
7.	Keluarga mendapatkan informasi tambahan tentang malaria melalui spanduk atau baliho				
8.	Pemasangan poster, baliho atau umbul-umbul tentang malaria di jalan yang sering dilewati warga sangat bermanfaat akan peringatan bahaya penyakit malaria				
9.	Ukuran, bentuk, dan penampilan seperti poster dan baliho yang disampaikan menarik untuk dibaca				

INSTRUMEN D

Instrumen berikut akan mengkaji pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan penyakit malaria;

1. Pengetahuan

Petunjuk: Isilah setiap pernyataan sesuai dengan keadaan Bapak/ Ibu/ Saudara (i) dan berilah tanda ceklist (\checkmark) pada pilihan dalam kotak yang tersedia atas jawaban yang diberikan.

No.	Pernyataan	Benar	Salah
1.	Malaria adalah penyakit menular.		
2.	Penyakit malaria menyerang sel darah merah		
3.	Malaria dapat ditularkan melalui gigitan selain nyamuk		
4.	Tanda dan gejala malaria adalah demam tinggi yang disertai dengan sakit kepala, berkeringat, dan nyeri otot.		
5.	Jenis nyamuk penyebab malaria sama dengan nyamuk biasa		
6.	Posisi tubuh nyamuk malaria saat menggigit posisi datar (tidak menungging)		
7.	Nyamuk malaria dapat menggigit kapan saja.		
8.	Cara terbaik mencegah malaria adalah menghindari gigitan nyamuk malaria		
9.	Penyakit malaria dapat mengakibatkan kepucatan (kurang darah)		
10.	Obat nyamuk bakar tidak dapat mencegah gigitan nyamuk		
11.	Penyakit malaria dapat dicegah dengan menggunakan kelambu.		
12.	Kelambu malaria dapat dicuci 3 bulan sekali dengan menggunakan sabun detergen		
13.	Kelambu untuk mencegah gigitan malaria sama dengan kelambu biasa		
14.	Membersihkan semak bernyamuk merupakan salah satu tindakan pencegahan penyakit malaria		
15.	Nyamuk penyebab malaria dapat dimusnahkan dengan melakukan penyemprotan anti nyamuk di rumah		
16.	Memasang kawat kasa di ventilasi dan menggunakan obat nyamuk adalah tindakan pencegahan malaria		
17.	Nyamuk malaria hidup dan berkembang biak di rawa-rawa, air tergenang dan kolam-kolam		
18.	Keadaan air seperti bekas tambak, kubangan air, saluran got yang tidak mengalir adalah tempat yang baik bagi nyamuk untuk berkembang biak		
19.	Obat anti malaria tersedia di puskesmas		
20.	Penyakit malaria dapat disembuhkan dengan minum obat anti malaria secara teratur dan tuntas		

2. Sikap

Petunjuk: berilah tanda check list (√) pada kolom yang tersedia dengan pilihan sebagai berikut:

- **Sangat setuju**, jika pernyataan tersebut sangat sesuai dengan pendapat atau kondisi yang saudara alami
- **Setuju**, jika pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat atau kondisi yang saudara alami
- **Tidak setuju**, jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang saudara alami
- **Sangat tidak setuju**, jika pernyataan tersebut sangat tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang saudara alami.

No.	Pernyataan	Tidak Setuju	Kurang Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Saya dapat mencegah penyakit malaria dengan mudah				
2.	Menurut saya informasi tentang pencegahan penyakit malaria sangat penting.				
3.	Menurut saya penyuluhan kesehatan tentang malaria seharusnya dilakukan sesering mungkin				
4.	Menurut saya kebiasaan membersihkan lingkungan sekitar akan mempengaruhi terjadinya penyakit malaria				
5.	Menurut saya menggunakan kelambu sewaktu tidur dapat menghindari dari penyakit malaria				
6.	Menurut saya menggunakan obat nyamuk bakar dapat menghindar dari panyakit malaria				
7.	Saya dan anggota keluarga perlu terlibat dalam kegiatan pemberantasan nyamuk malaria				

3. Tindakan

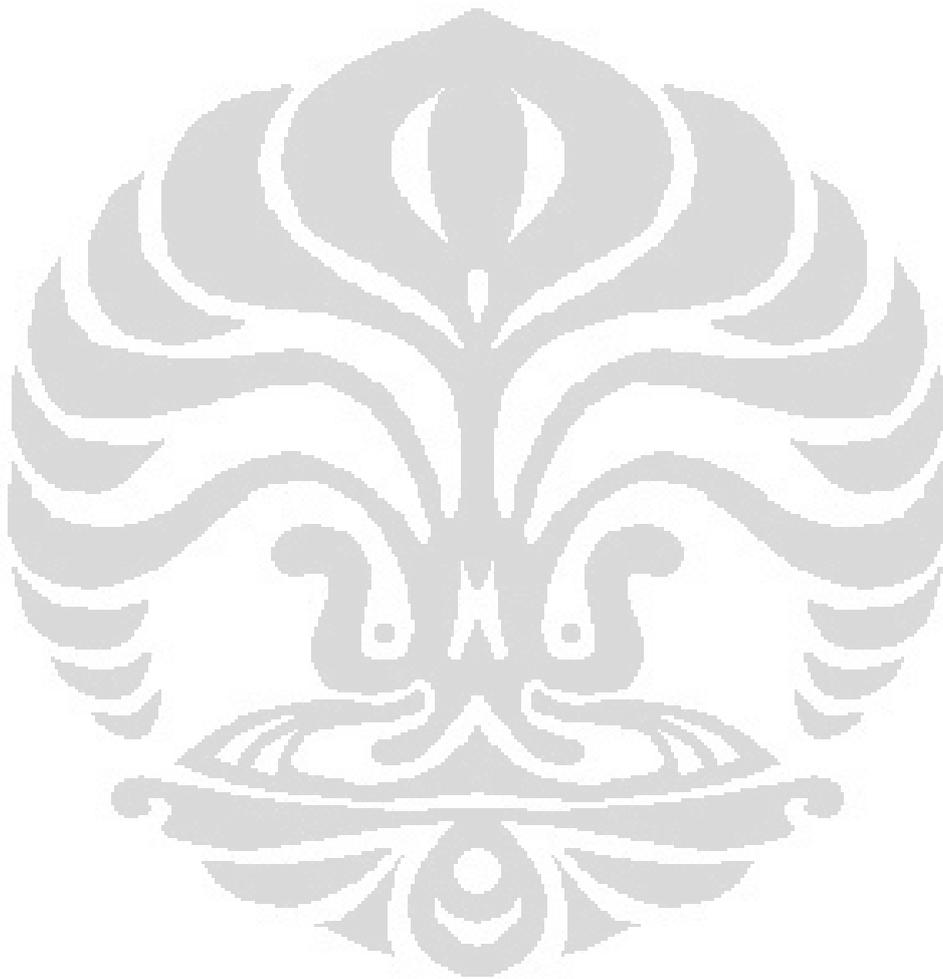
Petunjuk : Setiap item pertanyaan, pilihan jawaban saudara adalah tidak pernah, jarang, kadang-kadang dan sering dengan petunjuk sebagai berikut:

- Tidak pernah berarti tidak pernah melakukan tindakan sesuai dengan item pertanyaan;
- Jarang berarti lebih banyak tidak melakukan dibandingkan dengan melakukan;
- Kadang-kadang berarti melakukan dan tidak melakukan sama banyaknya (seimbang);
- Sering, berarti lebih banyak melakukan daripada tidak melakukan

No.	Pernyataan	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Sering
1.	Saya mencari informasi tentang penyakit malaria ke petugas kesehatan				
2.	Saya menggunakan kelambu saat tidur				
3.	Jika akan bepergian ke daerah yang banyak kasus malaria, saya dan keluarga mengkonsumsi obat anti malaria 1 minggu sebelumnya.				
4.	Saya memasang kassa anti nyamuk di setiap ventilasi rumah				
5.	Saya menggunakan obat anti nyamuk untuk menghindari gigitan nyamuk				
6.	Bila ada anggota keluarga yang sakit, maka saya segera membawanya ke sarana pelayanan kesehatan terdekat				

7.	Saya dan anggota keluarga melakukan kerja bakti untuk mengalirkan air yang tergenang untuk menghilangkan tempat perindukan nyamuk				
8.	Saya dan anggota keluarga membersihkan semak bernyamuk.				
9.	Saya dan anggota keluarga menaburkan ikan pemakan jentik (ikan guppi) ke genangan air sebagai tempat berkembang biak nyamuk malaria.				

terima kasih





UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru.

Nama peneliti utama : **Ahyar Wahyudi**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 19 April 2012

Dekan,

Ketua,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



PEMERINTAH KOTA BANJARBARU

DINAS KESEHATAN

Jl.Jend. Sudirman No.03 Telp/Fax. (0511) 4781588 Banjarbaru, Kal-Sel 70717 www.dinkes.banjarbarukota.go.id

Nomor : 420/1307 -YK/Dinkes
Lampiran : 1 (satu) Berkas
Perihal : Mohon Bantuan Pengambilan
Data Penelitian

Banjarbaru, 30 April 2012

Kepada Yth.
Kepala Puskesmas Cempaka
di -
Banjarbaru

Menindaklanjuti surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Nomor: 1701/H2.F12.D/PDP.04.02/2012, tanggal 13 April 2012, Perihal: Permohonan Izin Penelitian, maka dengan ini disampaikan kepada Saudara bahwa mahasiswa atas :

Nama : H. AHYAR WAHYUDI, S.Kep.Ns.
NPM : 1006749062

akan melakukan pengambilan data penelitian tentang "Hubungan karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung dan media massa dengan perilaku pencegahan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru".

Mengingat penelitian ini merupakan salah satu upaya memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada masyarakat dan membantu dalam evaluasi kegiatan promosi kesehatan terhadap Program P2 Malaria di Kota Banjarbaru, maka diharapkan bantuan dan kerja samanya dalam pengambilan data penelitian ini.

Demikian disampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.



Kepala,

dr. Hj. NURLENNY SALEH, MM

Pembina Utama Muda

NIP. 19590215.198801.2.001

Tembusan disampaikan kepada yth.:

1. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Penanaman Modal Kota Banjarbaru;
2. Kepala Dinas Kesatuan Pembangunan dan Perlindungan Masyarakat Kota Banjarbaru;
3. Camat Cempaka di Kota Banjarbaru, Hubungan karakteristik..., Ahyar Wahyudi, FIK UI, 2012
4. Yang bersangkutan.



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120 , 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.ac.id

Nomor : 470 /H2.F12.D/PDP.04.02/2012
Lampiran : - -
Perihal : Permohonan pengambilan data

07 Februari 2012

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru
Jl Jenderal Sudirman No 3 Banjarbaru
Kalimantan Selatan

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Komunitas atas nama:

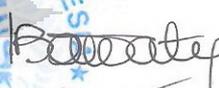
Sdr. Ahyar Wahyudi
NPM 1006749062

Bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa mengambil data pendahuluan di Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru, dan Puskesmas Cempaka Kota Banjarbaru sebagai proses pelaksanaan kegiatan tesis dengan Judul Hubungan Demografi dan Sistem Keluarga dengan Perilaku Keluarga dalam Melakukan Tindakan Pencegahan Malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru.

Sebagai informasi kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,


Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
3. Kepala Badan Kepegawaian Pendidikan & Pelatihan daerah kota Banjarbaru
4. Kepala Puskesmas Cempaka Kota Banjarbaru
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Peringgal



BIODATA

A. IDENTITAS PEGAWAI

1. Nama/ NIP : **H. AHYAR WAHYUDI, S.Kep.,Ns. / 19800420.200312.1.006**
2. Tempat/ Tanggal Lahir : **MURUNG SARI (HSU) / 20 APRIL 1980**
3. Pangkat Awal (Capeg)/ TMT : **PENGATUR (01-12-2003) MASA KERJA 3 TAHUN/ 0 BULAN**
4. Pangkat Terakhir : **PENATA MUDA (01-10-2006) MASA KERJA 0 TAHUN/ 0 BULAN**
5. Jabatan Terakhir : **STAF**
6. Unit Kerja : **DINAS KESEHATAN KOTA BANJARBARU**
7. Agama/ Status : **ISLAM/ MENIKAH**
8. Alamat Rumah : **JL. MISTAR COKROKUSUMO KOMPLEKS KELAPA SAWIT No. 46 RT/RW
01/01 KEL. SEI BESAR KEC. BANJARBARU SELATAN**
9. Nomor Telefone/ HP : **0511-7545439/ 08195477064**

B. RIWAYAT JABATAN/ PEKERJAAN

No.	Pengalaman Jabatan/ Pekerjaan	Mulai dan Sampai	Gol/ Ruang	Surat Keputusan		
				Pejabat	Nomor	Tanggal
1	2	3	4	5	6	7
1	Pelaksana Keperawatan Pada RSUD H. Abdul Aziz Marabahan	31 Desember 2003 01 Oktober 2008	II C	Bupati Barito Kuala	813.2.48- Bangpeg.1/BKD	29 Desember 2003
2	Pelaksana Yankes Pada Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru	01 Oktober 2007 s.d. 30 September 2010	III A	Sekretaris Daerah Kota Banjarbaru	825/127- Bangpeg/BKD	24 September 2007
3	Mahasiswa Tugas Belajar pada program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia	01 Oktober 2010 s.d. sekarang	III B	Walikota Banjarbaru	8892/063- Diklat/Bapegditlatda, tahun 2010	10 September 2010

C. RIWAYAT PENDIDIKAN

No.	Nama Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun Lulus
1	SD	Min Telaga Sari Amuntai	1992 (6 tahun)
2	SMP Sederajat	Mts As Salam Amuntai	1995 (3 tahun)
3	SMA Sederajat	Smu Negeri 1 Amuntai	1998 (3 tahun)
4	D III/ Akademi	Akademi Keperawatan Depkes Banjarbaru	2001 (3 tahun)
5	Strata 1 Keperawatan	Universitas Muhammadiyah Yogyakarta	2003 ((1,5 tahun)
6	Pendidikan Profesi Ners	Universitas Muhammadiyah Yogyakarta	2006 (1 tahun)
7.	Magister Ilmu Keperawatan	Universitas Indonesia	

D. DIKLAT KEDINASAN

D1 STRUKTURAL

NO.	NAMA DIKLAT	TEMPAT	TAHUN LULUS
1	Diklat Prajabatan II	Banjarbaru	2004
2.			

D2 TEKNIS/ FUNGSIONAL

NO.	NAMA DIKLAT	LAMA PENDIDIKAN (JUMLAH JAM)	TEMPAT	TAHUN LULUS
1	Diklat Teknis Training Officer Course (TOC) Bidang Kesehatan	70 Jam	Banjarbaru	2008

NO.	NAMA DIKLAT	LAMA PENDIDIKAN (JUMLAH JAM)	TEMPAT	TAHUN LULUS
2	Peningkatan Kemampuan Kemampuan Penggunaan Radio Komunikasi untuk Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana	42 Jam	Surabaya	2008
3	Pelatihan Keperawatan Gawat Darurat (Emergency Nursing) Basic 2	82 Jam	Banjarbaru	2008
4	Pelatihan Manajemen Puskesmas	42 Jam	Banjarbaru	2009
5.	Pelatihan Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah berdasar Keppres No.80 Tahun 2003		Banjarbaru	2010

E. KELUARGA

1	Nama Istri	: DEWI NOVIARI, A.Md.Keb
2	Pekerjaan Istri	: PEGAWAI NEGERI SIPIL
3	Nama Anak	: 1. ABDURRAFIE INDIRA PASHA
		2. MARITZA NUR LATHIEFA

Demikian biodata ini dibuat dengan sebenarnya dan apabila dikemudian hari terdapat keterangan yang tidak benar, saya bersedia dituntut dimuka pengadilan serta bersedia menerima segala tindakan yang diambil pemerintah.

Banjarbaru, Juli 2012
Pegawai yang bersangkutan


H. AHYAR WAHYUDI, S.Kep.,Ns.
NIP 19800420.2003112.1.006

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan Malaria pada Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru

Ahyar Wahyudi

Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru

Jl. Jenderal Sudirman No.03 Kota Banjarbaru, Kalimantan Selatan 70717

Korespondensi: ampun@ahyar.web.id

Junaiti Sahar dan Sigit Mulyono

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus FIK UI Depok, 16424.

Korespondensi: junsr@ui.ac.id; sigit_mulyono@yahoo.ca

ABSTRAK

Malaria adalah penyakit endemik di negara tropis. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi hubungan karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung dan media massa dengan perilaku pencegahan malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan cross sectional pada 293 responden dengan cluster proporsional. Hasil menunjukkan terdapat hubungan bermakna antara tipe keluarga, pendidikan, tahap perkembangan keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, media massa dengan perilaku pencegahan ($p < 0,05$). Tipe keluarga besar merupakan faktor yang dominan. Upaya promosi kesehatan ditingkatkan melalui keluarga besar, penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa. Perawat komunitas disarankan melakukan edukasi pada keluarga inti agar dapat melakukan pencegahan secara optimal.

Kata kunci : Karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, malaria, media masa, perilaku pencegahan

Daftar Pustaka : 108 (1956-2012)

ABSTRACT

Malaria is an endemic disease in tropical countries. This study aims to identify correlation of family characteristics, direct health education and mass media towards preventive behaviours on malaria at Kecamatan Cempaka, Kota Banjarbaru. A descriptive correlation design with cross-sectional approach applied to 293 respondents. It showed significant correlations between family type, education, family developmental stage, direct health education, and mass media with preventive behavior ($p < 0,05$). Family type is the dominant factor. Health promotion efforts improved through extended family, the direct health education and mass media. Nurses are suggested to educate the nuclear family in order to perform optimal prevention.

Key words : Behaviors prevention, directly health education, family characteristics, malaria, mass media,

Bibliography : 108 (1956-2012)

PENDAHULUAN

Malaria merupakan penyakit menular terjadi di negara-negara tropis. *Malaria Report* 2011 menyatakan bahwa malaria cenderung selalu meningkat dari tahun ke tahun (Kemenkes, 2010). Kondisi ini juga terpapar di Indonesia. Terdapat 424 kabupaten/ kota endemis dari 576 kabupaten/ kota yang ada di Indonesia (Kemenkes, 2010). Angka kejadian malaria berdasarkan API sejak tahun 2005–2006 cenderung meningkat dari 2,93-3,14, namun tahun 2007-2011 penurunan yang sangat tajam dari 2,87-1,75 (Kemenkes, 2012). Penurunan angka kejadian malaria menjadi 1 per 1000 penduduk telah komitmen bersama dalam kesepakatan *Millennium Development Goals* tahun 2015. Komitmen ini tertuang dalam Renstra Kemenkes 2010-2014.

Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan menyatakan bahwa pencegahan penyakit menular wajib dilakukan oleh masyarakat melalui perilaku hidup sehat (Kemendagri, 2009). Penanggulangan dilakukan komprehensif dengan tujuan prevalensi dan kematian serta mencegah KLB. Pencapaian hasil optimal yang berkualitas dan terintegrasi dilakukan dengan kerja sama lintas sektor, program, dan daerah (Kemenkes RI, 2010), malaria tidak mengenal batas-batas wilayah administratif (Bappenas, 2006). Masyarakat yang tinggal di daerah endemik lebih rentan memburuknya status kesehatan dan terinfeksi malaria. Populasi rentan membutuhkan dilakukannya tindakan pencegahan dan proteksi terhadap penyakit.

Kalimantan Selatan merupakan provinsi yang menjadi sasaran eliminasi tahun 2020. Provinsi

ini merupakan daerah endemis malaria, terdiri dari 13 kabupaten/ kota. Kota Banjarbaru merupakan salah satu yang pernah dinyatakan KLB tahun 2007 (Dinkes Kota Banjarbaru, 2008). Angka rata-rata API Kota Banjarbaru tahun 2010 sebesar 0,3 (Kemenkes, 2011), sedangkan API Kecamatan Cempaka mencapai 1,84 yang melebihi rata-rata API Provinsi Kalimantan Selatan (1,40) dan rata-rata API Kota Banjarbaru (0,3). Angka ini dapat saja bertambah jika tidak dilakukan upaya promotif dan preventif secara komprehensif dan berkualitas.

Upaya promotif dan preventif yang dikembangkan melalui promosi kesehatan dilakukan dengan penyuluhan kesehatan langsung dan media massa kepada keluarga dan masyarakat. Berbagai penelitian telah dilakukan dalam upaya pemberantasan dan pengendalian malaria dengan mengkaji perilaku pencegahan. Perilaku pencegahan yang digambarkan *Health Belief Model* dipengaruhi oleh karakteristik individu dan informasi kesehatan yang disampaikan baik melalui penyuluhan kesehatan atau media massa (Glanz dan Rimer, 2008). Penyuluhan kesehatan dan media massa merupakan kegiatan dari promosi kesehatan. Kemenkes (2009), menjelaskan bahwa kegiatan eliminasi malaria lebih banyak terfokus kepada kegiatan promotif dan preventif. Oleh karena itu, peranan promosi kesehatan akan semakin besar agar pelaksanaannya lebih optimal. Notoatmojo, (2010) menjelaskan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui penyuluhan kesehatan dan media massa. Promosi kesehatan dilakukan untuk meningkatkan kemampuan perilaku individu dalam pencegahan penyakit malaria.

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

Pendekatan keluarga merupakan salah satu upaya yang dilakukan perawat komunitas dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Perilaku pencegahan dipengaruhi karakteristik keluarga (Kaakinen (2010)). Karakteristik keluarga meliputi tipe, sosial ekonomi, suku dan tahap perkembangan. Berdasarkan hal di atas, maka dipandang perlu dilakukan penelitian 'hubungan antara karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa dengan perilaku pencegahan penyakit malaria di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru'

METODOLOGI

Penelitian bersifat *descriptive correlational* yang menggambarkan hubungan karakteristik keluarga, penyuluhan kesehatan langsung dan media massa dengan perilaku pencegahan penyakit malaria dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah kepala keluarga yang tinggal di wilayah Kecamatan Cempaka, Kota Banjarbaru. Perhitungan jumlah sampel menggunakan *Survei Crosssectional* (Lemeshow, 1991) dengan mempertimbangkan terjadinya drop-out diperoleh ukuran sampel 293 responden (CI 95%), dengan *cluster proporsional sampling*.

Instrumen dikembangkan peneliti berdasarkan konsep dan teori. Instrumen meliputi: karakteristik keluarga meliputi tipe, sosial ekonomi (pekerjaan, penghasilan, pendidikan, dan jumlah anggota keluarga), penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa serta perilaku perilaku pencegahan. Analisa data menggunakan *software statistic for Computer* untuk uji *Chi-Square* dan regresi logistik ($P=0.05$).

Pengumpulan data ini dilakukan sejak 01 sampai dengan 22 Mei 2012, setelah dinyatakan lolos kaji etik oleh Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Selama pengumpulan data, peneliti memegang prinsip etik dengan memperhatikan kesejahteraan responden, menghargai harkat dan martabat manusia, keadilan, dan memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian kepada responden (*Informed Consent*).

HASIL

Analisis univariat menunjukkan proporsi kepala keluarga 63% pada usia dewasa muda dan 90,4% adalah laki-laki.

Tabel 1
Analisa Univariat (n=293)

Karakteristik Keluarga	f	(%)
Tipe Keluarga		
Keluarga inti	70	23,9
Keluarga luas	191	65,2
Keluarga orang tua tunggal	32	10,9
Pekerjaan		
Formal	62	21,2
Non Formal	231	78,8
Penghasilan		
Kurang < UMR	188	64,2
Cukup \geq UMR	105	35,8
Pendidikan		
\leq SMP/ MTs	200	70
$>$ SMP/ MTs	88	30
Jumlah Anggota Keluarga		
Kecil (\leq 4 orang)	200	68,3
Besar ($>$ 4 orang)	93	31,7
Suku		
Banjar	250	85,3
Non Banjar	43	14,7
Tahap Perkembangan Keluarga		
Keluarga dengan Anak Prasekolah	96	32,8
Keluarga dengan Anak Usia Sekolah	127	43,3
Keluarga dengan Anggota Dewasa	70	23,9
Penyuluhan Kesehatan Langsung		
Kurang Baik	163	55,6

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

Baik	130	44,4
Media Massa		
Kurang Baik	180	61,4
Baik	113	38,6

Analisa Bivariat

1. Tipe keluarga dengan perilaku pencegahan

Proporsi tipe keluarga luas yang berperilaku pencegahan lebih besar (62,8%) dibanding tipe keluarga inti dan orang tua tunggal. Hasil uji Chi Square menunjukkan ada hubungan bermakna antara tipe keluarga dengan perilaku pencegahan (nilai $p > 0,05$; yaitu 0,04).

2. Tingkat pendidikan keluarga dengan perilaku pencegahan

Proporsi keluarga dengan pendidikan dasar ke bawah yang berperilaku pencegahan lebih besar (61,0%) dibandingkan dengan keluarga dengan pendidikan dasar ke atas. Hasil uji Chi Square menunjukkan ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan keluarga dengan perilaku pencegahan (nilai $p < 0,05$; yaitu 0,012), dengan OR (Odds Ratio) sebesar 0,51, keluarga dengan tingkat pendidikan dasar ke atas berpeluang 0,51 berperilaku pencegahan dibandingkan keluarga dengan pendidikan dasar ke bawah.

3. Tahap perkembangan keluarga dengan perilaku pencegahan

Proporsi keluarga yang berperilaku pencegahan pada keluarga dengan tahap perkembangan anak sekolah lebih besar dibandingkan dengan keluarga dengan tahap perkembangan yang lainnya, yaitu 62,2%. Hasil uji Chi Square menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara tahap perkembangan keluarga dengan perilaku pencegahan (nilai $p > 0,05$; yaitu 0,008).

4. Penyuluhan kesehatan langsung dengan perilaku pencegahan

Proporsi keluarga dengan penyuluhan kesehatan langsung kurang baik lebih besar

(64,4%) dibandingkan keluarga dengan penyuluhan kesehatan langsung baik. Hasil uji Chi Square menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara penyuluhan kesehatan langsung dengan perilaku pencegahan (nilai $p > 0,05$; yaitu 0,002) pada OR (Odds Ratio) 0,46; CI95;0,29-0,74), keluarga dengan penyuluhan kesehatan langsung yang baik, berpeluang berperilaku pencegahan 0,46 kali dibandingkan keluarga dengan penyuluhan kesehatan langsung kurang baik.

5. Media massa dengan perilaku pencegahan

Proporsi keluarga dengan media massa kurang baik berperilaku pencegahan lebih besar (62,2) dibandingkan keluarga dengan media massa baik. Hasil uji Chi Square menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara media massa dengan perilaku pencegahan (nilai $p > 0,05$; yaitu 0,009 pada OR (Odds Ratio) 0,52; CI95;0,32-0,83), yang berarti keluarga dengan media massa yang baik berpeluang berperilaku pencegahan 0,52 kali dibandingkan keluarga dengan media massa kurang baik.

Faktor Dominan

Hasil analisis multivariat didapatkan rata-rata keluarga dengan tipe extended family mempunyai perilaku pencegahan 1,94 kali lebih banyak dibandingkan keluarga tipe nuclear dan single parent. Rata-rata keluarga dengan tahap perkembangan anak sekolah mempunyai perilaku pencegahan 1,14 kali lebih banyak dibandingkan keluarga dengan anak prasekolah dan keluarga dengan anggota dewasa. Setiap penambahan 1 kali penyuluhan kesehatan langsung, maka perilaku pencegahan akan meningkat 0,58 kali. Rata-rata keluarga dengan tingkat pendidikan lebih tinggi dari SMP sederajat mempunyai perilaku pencegahan 0,53 kali lebih banyak dibandingkan keluarga dengan tingkat pendidikan kurang dari SMP sederajat dan setiap penambahan 1 kali media

massa, maka perilaku pencegahan akan meningkat 0,33 kali.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menemukan bahwa responden lebih banyak berada pada rentang dewasa muda. Hal ini sepadan dengan temuan Riskesdas (2010) juga menemukan lebih banyak responden pada usia dewasa muda, yaitu 44,8% dibandingkan dengan kelompok usia lainnya. Akan tetapi temuan ini berbeda dengan penelitian Essé, Utzinger dan Tschannen di Côte d'Ivoire (2008), proporsi responden dengan usia 40-59 lebih banyak ditemukan (45,9% dari 5999 responden). Penetapan kriteria inklusi kepala keluarga (KK) sebagai responden mengakibatkan keluarga dewasa muda sebagai responden terbanyak. Usia dewasa muda adalah waktu yang tepat untuk membangun rumah tangga dan keluarga (Polan and Taylor, 2007). Kebanyakan dewasa muda lebih memilih meninggalkan keluarga asal mereka dan membentuk keluarga sendiri.

Hasil serupa juga ditemukan Essé, Utzinger dan Tschannen (2008) di Côte d'Ivoire dengan kriteria inklusi yang sama ditemukan proporsi responden laki-laki mencapai 93,2%. Berdasarkan struktur masyarakat Indonesia, laki-laki merupakan kepala keluarga dan dapat menentukan apa yang diperbuat dan tidak diperbuat oleh keluarga (Koentjoroningrat, 2002). Kepala keluarga menentukan berperilaku pencegahan atau tidak sebuah keluarga. Undang-Undang No.1 tahun 1974 tentang Perkawinan, menyebutkan bahwa suami adalah kepala keluarga dan isteri ibu rumah tangga, sehingga proporsi lebih banyak sangat memungkinkan ditemukan pada penelitian ini.

Keluarga di Indonesia terdiri dari beberapa suku yang hidup dalam suatu komunitas dengan adat istiadat yang sangat kuat (Koentjoroningrat, 2002). Peningkatan UHH (usia harapan hidup) penduduk Indonesia yang mencapai 72 tahun dan UHH

Kalimantan Selatan yang mencapai 68,4 (Dinkes Provinsi Kalimantan Selatan, 2012), menyebabkan keluarga hidup lebih dari tiga generasi dan tinggal serumah. Terbatasnya ketersediaan perumahan serta pekerjaan telah mengakibatkan beberapa keluarga utuk tinggal bersama guna menghemat biaya perumahan (Friedman, Bowden and Jones, 2003).

Kehidupan masyarakat di Kecamatan Cempaka tidak terlepas kondisi geografis, yaitu bekerja sebagai petani (Bappeda Kota Banjarbaru, 2012). Sebagai implikasi dari pekerjaan pada sektor nonformal menyebabkan tidak adanya keterikatan atas pendapatan minimal UMR. keluarga dengan status ekonomi menengah ke bawah cenderung lebih memperhatikan kebutuhan pokoknya dibandingkan dengan kebutuhan pelayanan kesehatannya (Friedman, Bowden and Jones, 2003), sehingga berbagai kebijakan kesehatan dikeluarkan dengan perhatian lebih difokuskan pada keluarga menengah ke bawah. Keluarga dengan orang tua tunggal dengan ibu sebagai kepala keluarga cenderung miskin dibandingkan keluarga dengan orang tua lengkap (Friedman, Bowden and Jones, 2003).

Tingkat pendidikan lebih dibandingkan dengan dibandingkan dengan pencapaian nasional. Padahal MDGs menargetkan pencapaian pendidikan dasar 100% pada tahun 2015. Keluarga dengan penghasilan kurang dari UMR tentu akan lebih sulit memenuhi kebutuhan pendidikan keluarganya. Keluarga lebih mementingkan pemenuhan kebutuhan pokok, dibandingkan kebutuhan pendidikan, termasuk juga kebutuhan perawatan kesehatan keluarga (Friedman, Bowden and Jones, 2003). Masyarakat dengan tingkat pendidikan dan penghasilan rendah mempunyai keterbatasan memperoleh akses pelayanan kesehatan.

Riset Kesehatan Dasar (2010), menemukan bahwa akses dan kemampuan kelompok dengan tingkat ekonomi yang lebih rendah untuk menjangkau pelayanan kesehatan terbatas, sehingga walaupun

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

keterbatasan tersebut, pelayanan kesehatan diharapkan dapat merata di semua lapisan masyarakat. Sebagai akibatnya Sistem Kesehatan Nasional kebijakan dilaksanakan dengan mempertimbangkan determinan sosial ekonomi termasuk tingkat pendidikan dan penghasilan keluarga (Kemenkes, 2010). Perubahan struktur keluarga terjadi akibat modernisasi. Perubahan ini mengakibatkan perubahan struktur keluarga besar menjadi keluarga inti. Perubahan struktur keluarga turut mempengaruhi perilaku kesehatan anggota keluarga (Raharjo & Le, 2002). Secara demografi, penduduk asli suku kecamatan Cempaka adalah Suku Banjar. Sedangkan warga non-banjar adalah akibat dari kebijakan transmigrasi oleh pemerintah dan juga karena tuntutan pekerjaan (BPS Kota Banjarbaru, 2010).

Sebagian besar keluarga keluarga memiliki anak pertama dengan usia 5 sampai dengan 13 tahun. Tahapan ini anak menjalankan peran dan bersosialisasi dengan sekolah lingkungan sekolahnya (Kaakinen, 2010). Orang tua bertugas memberikan dukungan terhadap aktivitas anak. Tahap merupakan waktu yang tepat mulai menetapkan dan menentukan aturan serta mendidik disiplin dalam keluarga. Pemberian pendidikan mengenai perilaku pencegahan seperti membiasakan tidur menggunakan kelambu.

Ahmed, Haque, Hossain (2009), menemukan 25% masyarakat mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan pemerintah dan 15% dari NGO (*Non-Government Organization*). Akses penerimaan informasi melalui penyuluhan kesehatan lebih besar proporsinya dibandingkan dengan yang lain. Berbeda dengan temuan Mardiah (2008), yang membagi penyuluhan kesehatan menjadi tiga kriteria, yaitu materi dengan kategori baik 72,5%, komunikator 67,4%, dan metode yang sesuai 76,4%. Penyuluhan kesehatan langsung saat ini masih dianggap kurang optimal. Penyuluhan kesehatan

merupakan salah satu metode promosi kesehatan yang saat ini dianggap paling efektif dalam meningkatkan perilaku kesehatan. Semua tenaga kesehatan yang ada di puskesmas hendaknya memiliki kemampuan dan keterampilan dalam memberikan informasi atau penyuluhan kesehatan (Kemenkes, 2006). Akan tetapi, pada kenyataannya tidak semua tenaga kesehatan menguasai tentang penyuluhan kesehatan, karena saat ini antara penyuluh kesehatan dan P2 malaria belum terintegrasi dengan baik. Sehingga, seorang ahli penyuluh kesehatan dapat saja kurang menguasai tentang malaria dan begitu sebaliknya, pengelola program malaria tidak menguasai cara memberikan penyuluhan kesehatan dengan baik. Essé, Utzinger dan Tschannen (2008) menemukan responden yang menerima informasi melalui media elektronik berupa televisi dan radio sebesar 15%, sedangkan media cetak berupa poster dan leaflet sebesar 2%.

Media massa saat ini dilakukan lebih banyak melalui poster, baliho, dan penyebaran leaflet. Media massa yang digunakan hanya tepat pada keluarga yang mempunyai akses transportasi dan yang mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan, karena ketersediaan leaflet, poster, dan baliho lebih banyak di jalan raya dan fasilitas pelayanan kesehatan seperti poskesdes, posyandu, ataupun puskesmas pembantu dan puskesmas induk.

Media massa dipengaruhi penerimaan dan tingkat pendidikan masyarakat setempat yang hanya 30% dalam kategori pendidikan menengah ke atas. Walaupun media massa dibuat sederhana dan semenarik mungkin, akan tetapi dengan tingkat pendidikan dasar pun akan sulit menerima informasi dengan benar (Panduwinata dan Lumintang, 2008).

Perilaku pencegahan yang hanya 56% mengakibatkan masih tingginya kasus malaria klinis di wilayah ini (149 kasus pada 2011) dan masih adanya keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami sakit malaria dalam 6 bulan terakhir.

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

Rendahnya perilaku pencegahan ini juga ditemukan Mardiah (2008), yang perilaku pencegahannya tergolong baik 51,9%. Hasil serupa juga ditemukan Ngondi, Graves and Gebre (2011), hanya 56% yang menggunakan kelambu saat tidur dan Ahmed, Haque and Hossain (2009), prevalensi angka kejadian malaria sebesar 3,1% dari 9,750 total responden. Penelitian ini telah mengungkapkan bahwa pengetahuan penularan, pencegahan dan pengobatan malaria masih dangkal. Hal ini menunjukkan malaria masih menjadi ancaman utama, meskipun saat ini API dari tahun ke tahun telah dapat diturunkan (Allender, Rector dan Warner, 2009).

Perilaku pencegahan ini juga menggambarkan masih minimnya peranan tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas. Pencegahan primer yang selama ini telah dilakukan belum mampu meningkatkan perilaku pencegahan terhadap penyakit. Padahal berbagai upaya telah dilakukan, baik melalui pendidikan kesehatan atau pun melalui media mass. Pendidikan kesehatan dalam intervensi primer ditujukan membantu yang berisiko memahami status risikonya dan meningkatkan perilaku yang mengurangi paparan atau kerentanannya. Sedangkan media massa diharapkan mampu lebih efektif dalam mencapai sasaran kepada lapisan terkecil di masyarakat (Allender, Rector dan Warner, 2009).

Pemberdayaan masyarakat merupakan jalan terbaik dalam meningkat perilaku pencegahan (McFarlane, 2011). Pendekatan keperawatan komunitas melalui asuhan keluarga merupakan dianggap mampu memberikan perubahan dalam mempengaruhi perilaku dalam sebuah keluarga. Essé, Utzinger dan Tschannen (2008), bahwa proporsi pendekatan melalui keluarga sebesar 80% dan pendekatan ini memberikan hubungan yang bermakna dalam pengendalian penyakit malaria di Côte d'Ivoire. Berthelemy dan Thuilliez (2008), menemukan keragaman pola demografi, politik, jenis kelamin, dan usia, metode penggunaan obat anti nyamuk,

pertimbangan keuangan merupakan pola penting yang mempengaruhi perilaku keluarga dalam melakukan pencegahan terhadap penyakit malaria. Perawat komunitas dapat memainkan peranannya dalam mendorong penerapan keyakinan, sikap, dan perilaku yang berkontribusi pada kesehatan. Advokasi kebijakan publik dilakukan melalui penerapan peraturan perundangan yang memungkinkan keluarga untuk berperilaku pencegahan, seperti pemasangan kelambu di wilayah endemis malaria, melarang adanya saluran air yang tergenang.

Perilaku pencegahan di negara maju belum menunjukkan hasil yang memuaskan. Pistone, Ezzedine, dan Gaudin (2010), menemukan proporsi penggunaan kemoprofilaksis pada orang dewasa di Perancis yang bepergian ke daerah endemis malaria 82,7%. Perubahan perilaku masyarakat tidaklah mudah. Menurut Sines, Saunders, dan Forbes-Burford (2009), perubahan perilaku akan terjadi bila individu tersebut adanya insentif untuk berubah, adanya rasa terancam oleh perilakunya saat ini, merasakan manfaat dan kerugian secara finansial terhadap perubahan perilaku, dan merasa kompeten untuk melakukan perubahan tersebut.

Sistem pelayanan kesehatan saat ini telah berbasis lokal. Masyarakat yang tinggal di pelosok dihadapkan dengan banyak hambatan ketika mengakses pencegahan dan pengobatan malaria (Ingstad, Munthali, dan Braathen, 2011). Hal ini dapat disebabkan kurangnya tenaga kesehatan terlatih, kesulitan mengakses fasilitas kesehatan dalam waktu cepat, dan kurangnya perhatian baik tenaga kesehatan atau masyarakat dalam upaya mengendalikan penyakit menular malaria.

Kegiatan pemberantasan dan pengendalian malaria saat ini hanya memberikan dorongan perubahan berperilaku pencegahan kepada masyarakat berupa imbauan dan anjuran, akan tetapi karena keterbatasan sumber daya implementasi program

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

tersebut tidak disertai evaluasi berkala. Hitchcock (1999), menjelaskan bahwa implementasi program akan berproses pada awal-awal kegiatan, karenanya harus dilakukan monitoring dan evaluation yang terjadwal.

Berbagai tipe keluarga seperti tipe keluarga inti, luas, dan orang tua tunggal, masing-masing mempunyai karakteristik yang berbeda-beda. Tipe keluarga inti merupakan keluarga dengan pasangan yang saling berbagi dalam pengaturan rumah tangga (Friedman, Bowden dan Jones (2003). Peningkatan usia harapan hidup berarti semakin lamanya waktu dihabiskan dalam sebuah keluarga (Hanson dan Kaakinen, 2005). Keluarga yang berbeda generasi hidup bersama dalam sebuah rumah, sehingga masalah kesehatan yang pernah dialami baik oleh keluarga itu sendiri atau di masyarakat dapat disampaikan. Perbedaan generasi dalam keluarga luas (*extended family*) memberikan kesempatan kepada anak-anak untuk memiliki beberapa model yang dapat diikuti (Polan dan Taylor, 2007). Pengalaman pengendalian dan pencegahan penyakit dapat diturunkan dari generasi ke generasi. Perilaku pencegahan terhadap penyakit menular yang telah diterapkan akhirnya menjadi kebiasaan dalam keseharian.

Perbedaan jenis pekerjaan (sumber penghasilan) yang melekat pada kepala keluarga tidak memberikan perbedaan perilaku pencegahan penyakit malaria. Berbeda dengan temuan Wirasti (2010), di Puskesmas Sawangan Kota Depok, terdapat perbedaan kepala keluarga yang bekerja dan tidak bekerja dalam berperilaku pencegahan terhadap penyakit menular. Demikian juga penelitian Rusnoto, Rahmatullah, dan Udiono (2008), terdapat perbedaan yang bermakna antara jenis pekerjaan tetap dengan tidak tetap dengan perilaku pencegahan penyakit menular.

Perbedaan sumber penghasilan keluarga dapat memberikan perbedaan status sosial, dan perbedaan

status sosial dapat mempengaruhi keluarga dalam memperhatikan kebutuhan kesehatan keluarganya (Friedman, Bowden, dan Jones, 2003). Akan tetapi secara langsung, perbedaan sumber penghasilan tidak memberikan pengaruh keluarga dalam berperilaku pencegahan terhadap penyakit malaria.

Jenis pekerjaan mempengaruhi status sosial di masyarakat. Keluarga dengan status sosial tinggi cenderung akan lebih memperhatikan kesehatan anggota keluarganya, karena kebutuhan pokok keluarga telah terpenuhi (Friedman, Bowden, dan Jones, 2003). Sedangkan keluarga dengan status sosial kelas bawah, cenderung bekerja penuh waktu. Mereka lebih memperhatikan kebutuhan pokok keluarga, banyak di antaranya suami isteri menjadi pekerja dalam memenuhi kebutuhannya. Hal ini dapat menyebabkan perhatian terhadap tugas kesehatan keluarga cenderung berkurang.

Melalui penelitian ini, perbedaan sumber penghasilan pada masyarakat bukanlah faktor yang melatarbelakangi terjadinya perilaku pencegahan terhadap penyakit. Keluarga yang bekerja baik sektor formal atau non formal dapat saja memperoleh informasi yang berimbang. Meskipun secara deskriptif, keluarga dengan jenis pekerjaan non formal tindakan pencegahannya lebih baik.

Keluarga yang bekerja pada sektor formal tentu lebih banyak berinteraksi dengan masyarakat luar dan mudah mendapatkan informasi melalui promosi kesehatan di tempat kerja. Pekerjaan formal diimbangi dengan tingkat pendidikan tinggi, akan tetapi kelompok ini sebagian besar tidak melakukan kemoprofilaksis saat akan bepergian ke wilayah endemis malaria. Padahal, kemoprofilaksis merupakan tindakan penting yang harus dilakukan untuk mencegah terinfeksi penyakit malaria. Sedangkan keluarga yang bekerja pada sektor non formal lebih banyak penggunaan waktu luang di masyarakat. Keluarga juga dapat terlibat dalam

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

kegiatan promosi kesehatan di lingkungannya. keluarga ini sebagian besar telah menggunakan kelambu saat tidur. Saat ini, penggunaan kelambu merupakan tindakan paling efektif untuk menghindari gigitan nyamuk *anopheles aegypti*.

Secara deskriptif, perilaku pencegahan keluarga dengan penghasilan lebih dari UMR lebih banyak melakukan profilaksis saat akan bepergian ke wilayah endemis. Sedangkan keluarga dengan penghasilan di bawah UMR lebih banyak menggunakan kelambu saat tidur. Penelitian Zega dan Haripurnomo (2007), menemukan penghasilan tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Darundiati menemukan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat penghasilan keluarga dengan angka kejadian malaria di wilayah endemis. Berbeda dengan Ahmed, Haque and Hossain (2009) yang menemukan kemiskinan adalah faktor penentu pengetahuan tindakan pencegahan malaria.

Kondisi ini berbeda dengan masyarakat yang tinggal di wilayah kecamatan cempaka. Penghasilan keluarga yang kurang dari UMR tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku pencegahan mereka terhadap penyakit malaria. Hal ini berarti perbedaan penghasilan keluarga bukanlah faktor penentu perilaku pencegahan dan penyebab terjadinya kesenjangan pelayanan kesehatan.

Tingkat pendidikan keluarga berhubungan dengan perilaku pencegahan. Hal serupa ditemukan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan formal dengan perilaku pencegahan (Utami, 2010). Nganda, Drakeley, Reyburn, dan Marchant (2004) menemukan tingkat pendidikan berhubungan dengan pengetahuan tentang penyakit malaria. Mursiastuti (2006) menemukan tingkat pendidikan berhubungan dengan partisipasi masyarakat dalam Posmaldes (Pos Malaria Desa) di Kabupaten Kulon Progo. Begitu pula Ahmed, Haque and Hossain (2009), menemukan tingkat pendidikan adalah faktor

penentu pengetahuan tindakan pencegahan penyakit malaria.

Hasil berbeda ditemukan Karim (2006), tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan. Darundiati (2002), menemukan tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan penyakit malaria. Meskipun hasil penelitian berbeda-beda, tetapi penelitian ini telah membuktikan bahwa tingkat pendidikan pada masyarakat di wilayah Kecamatan Cempaka merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan penyakit malaria.

Pendidikan merupakan proses sosialisasi ilmu dan nilai untuk mempengaruhi orang lain secara individu atau kelompok agar mau mengikuti ilmu dan nilai yang diajarkan seorang pendidik kesehatan. Melalui pendidikan, individu diajarkan untuk berperilaku sehat. Friedman, Bowden, Jones (2003), menjelaskan pendidikan merupakan aspek status sosial yang sangat berhubungan dengan status kesehatan karena pendidikan penting dalam membentuk pengetahuan dan pola perilaku. Kepala keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya dalam berperilaku pencegahan.

Tahap perkembangan keluarga berhubungan dengan perilaku pencegahan. Winskill et al (2010), menemukan bahwa anak-anak dalam kelompok usia muda (6 bulan-4 tahun) lebih mungkin untuk tidur di bawah kelambu berinsektisida daripada anak-anak dalam kelompok usia lebih tua (5-13 tahun). Sedangkan Graves, Ngondi and Hwang, (2011) menemukan bahwa orang dengan usia 5-24 tahun menggunakan jaring lebih jarang daripada anak-anak di bawah usia 5 tahun atau orang lebih dari 24 tahun. Tahap perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga dari waktu ke waktu. Perubahan ini meliputi perubahan interaksi dan hubungan anggota keluarga (Friedman, Bowden, dan Jones, 2003).

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

Keluarga bertugas menyediakan kebutuhan fisik dari anggota keluarga pada setiap tahapannya. Penyelesaian tugas dan fungsi tergantung kemampuan keluarga dalam memenuhi tuntutan setiap tahap tertentu. Pada tahap awal perkembangan, anak-anak tergantung pada orang tua dalam memenuhi kebutuhan tahapan perkembangan, akan tetapi pada tahap sekolah, remaja, dan dewasa, anak-anak dapat berkontribusi untuk pemenuhan kebutuhan tahapan perkembangan dalam keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, Kaakinen, 2005). Pendidikan perilaku hidup bersih dan sehat yang diterapkan di sekolah akan menyebabkan anak menuntut orang tuanya melakukan perilaku tersebut (Kemenkes, 2005). Keadaan yang bertentangan atau pun ketidaktahuan anak dengan yang diajarkan di sekolah akan menyebabkan anak sering bertanya dan menyebabkan orang tua memberikan contoh yang baik bagi anak-anaknya.

Friedman, Bowden and Jones (2003), mengemukakan tahapan keluarga anak sekolah merupakan tahapan yang sibuk. Anak-anak memiliki aktivitas, tugas dan perannya masing-masing. Begitu pula dengan orang tua, melakukan tugas, dan perannya sebagai orang tua. Lebih lanjut dijelaskan, bahwa pada tahapan ini orang tua merasa ada tekanan yang kuat dari komunitas luar, yaitu sistem sekolah dan kelompok di luar keluarga untuk menyesuaikan dengan standar komunitas anak. Hal inilah yang mendorong orang tua untuk mengikuti perkembangan pengetahuan anak.

Penyuluhan kesehatan langsung berhubungan dengan perilaku pencegahan. Serupa dengan Ahmed, Haque, Hossain (2009) yang menemukan pemberian informasi oleh tenaga kesehatan (langsung) memberikan hubungan yang bermakna ($p < 0,001$).

Penyuluhan kesehatan merupakan proses perubahan, yang bertujuan untuk mengubah individu, kelompok dan masyarakat menuju hal-hal yang positif secara terencana melalui proses

belajar. Perubahan tersebut mencakup antara lain pengetahuan, sikap, dan keterampilan melalui proses penyuluhan kesehatan. Pada hakikatnya dapat berupa emosi, pengetahuan, keinginan, tindakan nyata dari individu, kelompok, dan masyarakat. Penyuluhan kesehatan merupakan aspek penting dalam meningkatkan pengetahuan keluarga, dengan melakukan penyuluhan kesehatan berarti petugas kesehatan membantu keluarga dalam usaha untuk meningkatkan derajat kesehatan (Machfoed, 2005).

Kegiatan penyuluhan kesehatan dengan menggunakan strategi pemberdayaan keluarga dapat menumbuhkan kemampuan keluarga dalam mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya, menciptakan lingkungan sehat serta berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya kesehatan. Melalui penyuluhan kesehatan langsung, keluarga diperkenalkan perilaku baru yang mungkin perilaku lama yang kurang baik dipraktikkan oleh keluarga. Melalui penyuluhan kesehatan langsung, keluarga dapat diajarkan pemasangan kelambu berinsektisida yang benar, penggunaan kasa nyamuk, dan lain-lain. Selain itu, dapat disepakati perubahan perilaku dengan keluarga, sehingga keluarga tahu, mau, dan mampu untuk melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (Kemenkes, 2005).

Penyuluhan kesehatan ini dapat diikuti dengan belajar keterampilan baru, menerapkan dan mempertahankan perilaku yang dipelajari dalam jangka lama. Promosi kesehatan secara langsung diberikan secara tepat sasaran dan masyarakat mendapatkan informasi yang tepat, karena melibatkan komunikasi dua arah. Penelitian ini telah membuktikan bahwa penyuluhan kesehatan langsung berbanding lurus dengan perilaku pencegahan.

Media massa berhubungan dengan perilaku pencegahan. Temuan serupa oleh Ahmed, Haque, Hossain (2009), sumber informasi dari poster dan

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

leaflet mempunyai hubungan yang bermakna dengan peningkatan pengetahuan, pencegahan dan penatalaksanaan malaria di dua daerah endemis di Bangladesh (p value 0,001).

Allender, Rector dan Warner, (2009), mengemukakan penyebaran informasi melalui media massa dianggap yang efektif untuk menjangkau kelompok sasaran, seperti masyarakat berpenghasilan rendah dan etnis yang beragam, kelompok risiko tinggi (penyakit menular), yang sulit untuk ditemui satu-satu.

Tipe keluarga merupakan faktor dominan berpengaruh dengan perilaku pencegahan. Tipe keluarga luas berpeluang melakukan perilaku pencegahan 1,9 kali dibandingkan dengan tipe keluarga lain. Leddy (2006), menjelaskan bahwa salah satu karakteristik *extended family* adalah dukungan sosial yang kuat. Allender dan Sparadley (2005), keluarga luas memperkuat standar budaya, harapan dan dapat memberikan dukungan emosional. Dukungan emosi dan sosial mengakibatkan komunikasi dan hubungan sosial yang lebih baik, sehingga kepedulian mengendalikan dan mengontrol kesehatan antar anggota keluarga semakin baik pula. Saling memberikan dukungan antar anggota keluarga dan dukungan dari masyarakat sekitar menjadikan keluarga luas semakin kuat. Hal inilah yang menyebabkan tipe keluarga luas cenderung lebih berperilaku pencegahan dibandingkan dengan tipe keluarga tradisional yang lain.

Berbagai karakteristik keluarga memberikan pengaruh yang berbeda-beda terhadap perilaku pencegahan. Hal ini merupakan langkah awal perawat komunitas melakukan intervensinya.

Peningkatan upaya promotif lebih diutamakan ditujukan kepada keluarga dengan tipe keluarga inti dan keluarga orang tua tunggal tanpa mengabaikan keluarga luas. Meskipun telah dilakukan kerja sama dengan lintas sektor melalui Penyuluh Agama

Masyarakat (PAM) dan tokoh masyarakat dalam penyuluhan kesehatan, akan tetapi masih dipandang perlu ditingkatkan lagi dalam memperkuat program yang selama ini telah dilaksanakan.

Perawat komunitas dapat meningkatkan promosi kesehatan di tempat kerja. Keluarga yang bekerja formal dapat diberikan penyuluhan kesehatan dan media massa di tempat kerjanya, sedangkan keluarga dengan pekerjaan nonformal diberikan dapat promosi kesehatan secara langsung melalui kunjungan rumah.

Perawat komunitas dapat memberikan advokasi kepada pengambil kebijakan dan melakukan prioritas sasaran promosi kesehatan. Perawat juga dapat meningkatkan perannya dengan membantu keluarga meningkatkan dan menggali potensi-potensi keluarga yang dapat meningkatkan penghasilan keluarga.

Pengembangan promosi kesehatan dikembangkan sesuai dengan pendidikan masyarakat. Pemberian materi penyuluhan kesehatan sesuai dengan tingkat pendidikan kelompok sasaran. Pengembangan media massa sebagai media informasi yang mudah dipahami dan sederhana sehingga masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah pun dapat mengerti maksud dan tujuan media tersebut.

Berbagai kegiatan kemitraan dapat dilakukan dengan kelompok anak remaja baik di sekolah seperti PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) atau Karang Taruna setempat. Meningkatkan keterlibatan remaja dalam sosialisasi perilaku pencegahan terhadap penyakit menular. Selain itu, pengembangan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui pemberdayaan Poskesdes di Kelurahan Siaga (Desa Siaga). Dukungan kegiatan dapat dilakukan melalui advokasi terhadap lurah, tokoh agama, atau tokoh masyarakat, sehingga anak usia sekolah atau dewasa muda mendapat persetujuan dan dukungan dari

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

orang tuanya untuk aktif dalam berbagai kegiatan promosi kesehatan tersebut.

Pelaksanaan promosi kesehatan tentang perilaku pencegahan dapat bekerja sama dengan PKK (Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga) kelurahan atau kecamatan. Peningkatan kapasitas dan pemberdayaan kader PKK atau posyandu tentang penyakit menular dapat dilakukan melalui sosialisasi atau pertemuan di wilayah setempat.

Pengembangan promosi kesehatan pada keluarga dengan anak usia sekolah dapat dilakukan perawat dengan melakukan kerja sama lintas sektor dengan stakeholder pendidikan melalui kegiatan SBH (Saka Bakti Husada) atau UKS. Pembentukan karakter terhadap anak usia sekolah merupakan waktu yang tepat dalam membentuk perilaku.

Selama ini, perawat komunitas dapat meningkatkan kemampuan penyuluhan kesehatan, karena selama ini sebagian besar penyuluh kesehatan sebagian besar bukanlah berasal perawat komunitas. Penyuluhan kesehatan yang dilakukan perawat komunitas yang mengerti dan memahami teknis penyuluhan kesehatan tentu hasilnya akan sesuai dengan yang diharapkan. Peningkatan kapasitas dapat dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan, bimbingan teknis atau refreshing tentang penyuluhan kesehatan.

Saat ini, penyebaran informasi melalui media massa masih dianggap kurang sesuai dalam penyampaian informasi pencegahan penyakit malaria. Media massa diharapkan dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat, baik mereka yang berpendidikan rendah, berpenghasilan rendah, atau pun mereka yang bekerja pada sektor non formal. Perawat dapat menggunakan media surat kabar atau televisi dalam mensosialisasikan informasi mengenai penyakit malaria.

Berbagai hal ini di atas membutuhkan waktu dan sumber daya yang lebih. Komitmen dan kerja keras perawat komunitas untuk mau bekerja di luar jam kerja sangat diperlukan dalam upaya peningkatan perilaku masyarakat. Selain itu, perawat komunitas dapat menjadi leading sector dalam upaya mengembangkan program pemberantasan dan pengendalian malaria, keperawatan kesehatan masyarakat, dan program promosi kesehatan.

SIMPULAN

Tipe keluarga, pendidikan, suku, tahap perkembangan keluarga, penyuluhan kesehatan langsung, dan media massa berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Perawat komunitas dapat meningkatkan perannya sebagai pemberi pelayanan kesehatan, penemu kasus, pendidik, koordinator dan kolaborator, pelaksana konseling, *role model* dan peneliti. Pemberian asuhan keperawatan diutamakan kepada kelompok keluarga rentan, meningkatkan kualitas dan kuantitas penyuluhan kesehatan langsung dan penyebaran media massa yang tepat. Perawat komunitas melakukan advokasi dan koordinasi dengan pengambil kebijakan serta melakukan kemitraan dengan stakeholder terkait. Penelitian selanjutnya dapat menggali aspek struktur, tugas, dan fungsi keluarga serta persepsi kesehatan terhadap perilaku pencegahan penyakit malaria.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih sedalam-dalamnya kepada Pemerintah Kota Banjarbaru atas segala bantuannya dalam tugas belajar dan penelitian ini. Teman sejawat rekan-rekan di Dinas Kesehatan dan Puskesmas Cempaka di Kota Banjarbaru atas segala bantuannya dalam penelitian ini.

REFERENSI

Afridah. (2009). *Pengaruh Perilaku Penderita terhadap Angka Kesakitan Malaria di Kabupaten Rokan Hilir*. Universitas Sumatera Utara Medan <http://repository.usu.ac.id>

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

- Ahmed, Haque, Hossain. (2009). *Knowledge on the transmission, prevention and treatment of malaria among two endemic populations of Bangladesh and their health-seeking behaviour*. <http://www.malariajournal.com>
- Aidah, Noor Layli. (2002). *Perilaku Masyarakat Dalam Pencegahan Penyakit Malaria di Desa Hargotirto Kecamatan Kokap Kabupaten Kulonprogo DIY Tahun 2001*. Undergraduate Thesis, Diponegoro University. <http://eprints.undip.ac.id>
- Amanda, Imalia (2009). *Hubungan Antara Pendidikan, Pendapatan dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Pedagang Hidangan Istimewa Kampung (HIK) di Pasar Kliwon dan Jebres Kota Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Solo. (tidak dipublikasi)
- Anderson, Elizabeth T and McFarlane, Judith (2011). *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing 6th Ed*. Lippincott Williams & Wilkins
- Astuti, Ratna Kusuma (2011). *Hubungan Antara Status Sosial Ekonomi Keluarga dengan Status Gizi Anak Usia Sekolah di SDN Godog I Polokarto Sukoharjo*. UMS. Surakarta. <http://etd.eprints.ums.ac.id>
- Darundiati, Yusniar Hanani. (2002). *Analisis faktor-faktor risiko malaria di daerah endemis dengan pendekatan spasial di Kabupaten Purworejo*. Masters Thesis, Program Pascasarjana Universitas Diponegoro. <http://eprints.undip.ac.id>.
- Dinkes Kota Banjarbaru. (2008). *Profil Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru Tahun 2007*. Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru. Banjarbaru (tidak dipublikasikan) <http://dinkes.banjarbarukota.go.id>
- Dinkes Provinsi Kal-Sel. (2011). *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2010*. Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. Banjarmasin. (tidak dipublikasikan) <http://dinkes.kalselprov.go.id>
- Essé, Utzinger, Tschannen. (2008). *Research: Social and cultural aspects of 'malaria' and its control in central Côte d'Ivoire*. <http://www.malariajournal.com>
- Friedman, Marylin. Bowden, Vicky R and Jones, Elaine. (2003). *Family Health Nursing. Theory and Practice 5th Edition*. Pearson Education Inc. USA.
- Glanz, Karen et al. (2008). *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice 4th Edition*. Jossey-Bass. San Francisco. www.josseybass.com
- Graves, Ngondi, Hwang. (2011). *Research: Factors associated with mosquito net use by individuals in households owning nets in Ethiopia*. <http://www.malariajournal.com>
- Hanson, S. M. H and Bomar J. (2005). *Introduction To Family Health Care Nursing*. F.A. Davis. Philadelphia.
- Hanson, Shirley May Harmon; Gedaly-Duff, Vivian; Kaakinen, Joanne Rowe. (2005). *Family Health Care Nursing. Theory, Practice and Research. Third Edition*. F.A. DAVIS Company. Philadelphia
- Ingstad, Munthali, Braathen. (2011). *The evil circle of poverty: a qualitative study of malaria and disability*. <http://www.malariajournal.com>
- Kaakinen, Joanna Rowe. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research Ed 4th*. F A Davis Company. Philadelphia. www.fadavis.com
- Karim, Risko. (2006). *Faktor-Faktor yang Berhubungan Perilaku Pekerja Seks (WPS) Dalam Pencegahan Penularan Penyakit Menular Seksual (PMS)-HIV/AIDS di Resosialisasi Argorejo Semarang*. Undergraduate thesis, Diponegoro University. <http://eprints.undip.ac.id>
- Kemendagri. (2009). *Undang-Undang RI. No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan*. Kementerian Dalam Negeri. Jakarta. <http://depdagri.go.id>
- Kemendagri. (2009). *Undang-Undang RI. No.52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga*. Kementerian Dalam Negeri. Jakarta. <http://depdagri.go.id>

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

- Kemenkes RI. (2007). *KMK Nomor 585 tahun 2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2010). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.03/160/I/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI tahun 2010-2014*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2010). *KMK Nomor 908 tahun 2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Keperawatan Keluarga*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2010). *Laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2010). *Rencana Operasional Promosi Kesehatan Malaria*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2011). *Buku Saku Eliminasi Malaria*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2011). *Pedoman Penatalaksanaan Kasus Malaria di Indonesia*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2011). *Pedoman Penggunaan Kelambu Berinsektisida Menuju Eliminasi Malaria*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010*. Kemenkes RI. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2011). *Sidang WHA Bahas Enam Belas Topik*. Jakarta. <http://www.depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2010). *Modul Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien dengan Malaria*. Subdit Bina Pelayanan Keperawatan Keluarga Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan. Jakarta. <http://depkes.go.id>
- Koentjaraningrat (2002). *Masalah Kesukubangsaan dan Integrasi Nasional*. Penerbit. UI . Jakarta.
- Lokollo, Daniel Marinus. (1993). *Penanggulangan Malaria untuk Menyehatkan Masyarakat Dalam Rangka Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia Indonesia*. Documentation. Diponegoro University Press, Semarang.
- Mardiah. (2008). *Hubungan Penyuluhan dengan Perilaku Pencegahan Malaria pada Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Lamteuba Kecamatan Selimun Aceh Besar*. <http://usu.ac.id>
- Mursiastuti, Anie dan Tjokrosonto, Soesanto. (2006). *Partisipasi masyarakat dalam Pos Penanggulangan Malaria Desa (PPMD) sebagai upaya pencegahan dan penanggulangan malaria di Kabupaten Kulon Progo*. S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat (Perilaku dan Promosi UGM). <http://etd.ugm.ac.id>
- Nganda1, Drakeley, Reyburn. (2004). *Research: Knowledge of malaria influences the use of insecticide treated nets but not intermittent presumptive treatment by pregnant women in Tanzania*. <http://www.malariajournal.com>
- Ngondi, Graves, Gebre. (2011). *Research: Which nets are being used: factors associated with mosquito net use in Amhara, Oromia and Southern Nations, Nationalities and Peoples' Regions of Ethiopia*. <http://www.malariajournal.com>
- Ningsi, dkk. (2006). *Aspek Sosial Budaya Masyarakat Berkaitan dengan Kejadian Malaria di Desa Sidoan Kecamatan Tinombo Kabupaten Parigi Moutong*. <http://bp4b2donggala.litbang.depkes.go.id>
- Ningsi, dkk. (2007). *Aspek Sosial Budaya dan Lingkungan Fisik Masyarakat Suku Da'a dalam Kaitannya dengan Kejadian Malaria di Wilayah Kota Palu Sulawesi Tengah*. <http://bp4b2donggala.litbang.depkes.go.id/>
- Notoatmojo, Soekidjo. (2010). *Promosi Kesehatan; Teori dan Aplikasi, Edisi Revisi 2010*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Nugroho, Adi. Ilmi, Bahrul, dan Marliani. (2007). *Studi Korelasi Karakteristik dengan Perilaku Keluarga dalam Upaya Penanggulangan Malaria di Kecamatan Kintap Kabupaten Tanah Laut Propinsi Kalimantan Selatan Periode September-Desember Tahun 2007*.

Karakteristik Keluarga, Penyuluhan Kesehatan Langsung, dan Media Massa dengan Perilaku Pencegahan

- Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM. <http://ejournal.undip.ac.id/>
- Panduwinata, Ghea Gatya Ezaputri dan Lumintang, Rizchard WE. (2008). *Faktor-faktor yang mempengaruhi efektifitas program public awareness*. Studi Kasus Kampanye Flu Burung. Badan Karantina Pertanian. Jakarta. <http://journalsodality.ipb.ac.id>
- Winskill, Peter. Rowland, Mark. Mtove, George, et al. (2010). *Research: Malaria risk factors in north-east Tanzania*. <http://www.malariajournal.com>
- Poire, Neth A Lee. (2005). *Family Communication Nucturning and Control in a Changing World*. California Lutheran University. California. <http://www.ffri.uniri.hr>
- Purnawati, Yulia. (2009). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tindakan Keluarga Dalam Pencegahan Penyakit Chikungunya di Desa KLB Chikungunya*. Airlangga University Library. Surabaya.
- Rusnoto. Rahmatullah, Pasihan dan Udiono, Ari. (2008). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian TB Paru Pada Usia Dewasa (Studi kasus di Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru Pati)*. Universitas Diponegoro Semarang. <http://eprints.undip.ac.id>
- Salim, Milana. (2009). *Laporan Analisa Lanjut Riskesdas; Hubungan Antara Sanitasi Lingkungan dan Perilaku Masyarakat Terhadap Kejadian Malaria dan Demam Berdarah di Provinsi Lampung*. Loka Litabang P2B2 Baturaja. Balitbangkes. Kementerian Kesehatan RI. Baturaja.
- Shi, Leiyu and Stevens, Gregory D. (2005). *Vulnerable Populations In The United States*. Jossey-Bass/Wiley. San Francisco.
- Sines, Saunders and Forbes-Burford. (2009). *Community Health Care Nursing Fourth Edition*. Blackwell Publishing Ltd. Great Britain. United Kingdom
- Stanhope, Marcia and Lancaster, Jeanette. (2004). *Community & Public Health Nursing, 6th Edition*. Mosby. Missouri.
- Suryana, Sumantri S. (2006). *Psikologi Personel*. Bandung: UNPAD.
- Suryantoro, Tri (2008). *Studi Karakteristik Lingkungan Daerah Endemis Malaria dengan Pendekatan Spasial di Kecamatan Banjarmangu Kabupaten Banjarnegara Tahun 2008*. Undergraduate Tesis. Universitas Diponegoro. <http://eprints.undip.ac.id>
- Swanson, M Janice and Nies, Mary A. (1997). *Community Health Nursing, Promoting the Health of Aggregates*. WB Saubders Company. Philadelphia.
- Taviv Y, Salim M, dan Yeni A. (2008). *Laporan Analisa Lanjut Perilaku Penggunaan Kelambu dan Rumah Tangga Sehat Terhadap Penyakit Tular Vektor (Malaria, Filaria, dan DBD) di Provinsi Jambi Tahun 2007*; Susenas dan Riskesdas 2007). Loka Litabang P2B2 Baturaja. Balitbangkes. Kementerian Kesehatan RI. Baturaja.
- Thierry, Pistone. Khaled, Ezzedine, and Gaudin, et al. (2010). *Malaria prevention behaviour and risk awareness in French adult travellers. Travel Medicine and Infectious Disease*. Volume 8, Issue 1. <http://www.travelmedicinejournal.com>
- Ukraina. (2010). *Hubungan Pengetahuan, Perilaku dan Karakteristik Masyarakat di Daerah Endemis Terhadap Kejadian Malaria (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Buntok Kabupaten Barito Selatan, Provinsi Kalimantan Tengah)*. Universitas Airlangga. <http://adln.fkm.unair.ac.id>
- Utami, Khonita Adian. (2010). *Hubungan Tingkat Pendidikan Formal terhadap Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) pada Masyarakat di Kelurahan Bekonang, Sukoharjo*. <http://digilib.uns.ac.id>
- WHO. (2010). *Guidelines for the treatment of malaria Second edition*. Global Malaria Programme World Health Organization. Geneva.
- Wirasti, Bagas. (2010). *Hubungan antara Karakteristik dan Pengetahuan tentang Tuberkulosis Paru dengan Perilaku Penularan Tuberkulosis Paru di Puskesmas Sawangan*

Kota Depok Tahun 2010. UPNVJ. Jakarta.
<http://www.library.upnvj.ac.id>

Wright & Leahey. (2009). *A Guide to Family Assessment and Intervention*. F. A. Davis Company. Philadelphia. www.fadavis.com

Yulianti. (2006). *Partisipasi masyarakat dalam perbaikan dan pemeliharaan lingkungan permukiman di Kelurahan Batu Sembilan*

Kecamatan Tanjungpinang Timur. Program Pascasarjana Magister Pembangunan Wilayah dan Kota Universitas Diponegoro Semarang.
<http://eprints.undip.ac.id>

Zega, Adieli dan Kushadiwijaya, Haripurnomo. (2007). *Hubungan kejadian malaria dengan penghasilan pendidikan, perilaku pencegahan dan perilaku pengobatan masyarakat di Kabupaten Kulon Progo*. UGM. Jogjakarta.

