



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERTHUBUNGAN DENGAN
PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN MALARIA KLINIS
PEKERJA MUSIMAN KE LUAR PULAU JAWA
DI PUSKESMAS TEGALOMBO KABUPATEN PACITAN
TAHUN 2012**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER EPIDEMIOLOGI**

**ARIEF MUSTHOFA
1006798316**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI EPIDEMIOLOGI
KEKHUSUSAN EPIDEMIOLOGI LAPANGAN (FETP)
DEPOK
JUNI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Arief Musthofa

NPM : 1006798316

Tanda Tangan : 

Tanggal : 22 Juni 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Arief Musthofa

NPM : 1006798316

Program Studi : Epidemiologi

Judul Tesis : Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pengobatan malaria klinis pekerja musiman ke luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan Tahun 2012

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

DEWAN PENGUJI

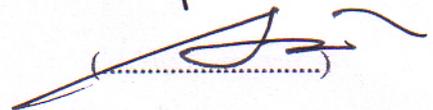
Pembimbing : drg. Dwi Gayatri, MPH


(.....)

Penguji : Dr. Ratna Djuwita, dr.MPH


(.....)

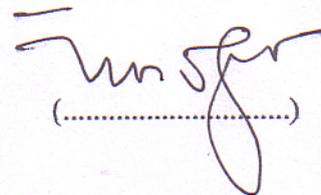
Penguji : dr. Syahrizal Syarif, MPH, Ph.D


(.....)

Penguji : dr. Hj. Eulis Wulantari, M.Epid


(.....)

Penguji : Suherman, M.Sc


(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 22 Juni 2012

SURAT PERYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : Arief Musthofa

NPM : 1006798316

Program Studi : Epidemiologi

Tahun Akademik : 2010/1011

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

“Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pengobatan malaria klinis pekerja musiman ke luar pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan Tahun 2012”

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Depok, 22 Juni 2012



Arief Musthofa

RIWAYAT HIDUP

1. Nama : Arief Musthofa
2. Tempat/Tanggal lahir : Kulonprogo 28 Maret 1970
3. Status Perkawinan : Menikah dikaruniai 2 anak
4. Agama : Islam
5. Alamat kantor : Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo,
Jalan Suparman No 1, Wates, Kulonprogo,
Yogyakarta
6. Alamat rumah : RT 12 / 06 Triharjo, Wates, Kulonprogo,
Yogyakarta
7. Riwayat Pendidikan Formal :
 - a. 1976-1983 : SD Negeri Karawanguni, Kecamatan, Wates
Kabupaten Kulonprogo Yogyakarta
 - b. 1984-1986 : SMP Negeri Sogan, Kecamatan, Wates,
Kabupaten Kulonprogo, Yogyakarta.
 - c. 1986-1989 : SMA Negeri 2 Wates, Kulonprogo
Yogyakarta.
 - d. 1989-1992 : Akademi Analis Kesehatan Bandung
 - e. 2000-2003 : F MIPA Prodi Biologi Universitas Negeri
Yogyakarta
 - f. 2010-2012 : Program Pasca Sarjana FKM UI Depok
Kekhususan Epidemiologi Lapangan
(FETP)
8. Riwayat Pekerjaan :
 - a. 1994 – Sekarang : Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo
Yogyakarta

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberi karunia dan hidayah Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman ke luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan tahun 2012”. Penyusunan tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia.

Selama penyusunan tesis ini, saya banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat ;

1. Bapak Bupati Kabupaten Kulonprogo yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Program Pasca Sarjana FKM UI.
2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia beserta staf pengajar serta seluruh karyawan di lingkungan FKM UI yang telah membantu proses kelancaran pendidikan.
3. Ibu Dr. Ratna Djuwita Hatma, dr. MPH selaku Ketua Departemen Epidemiologi dan telah berkenan menjadi pembimbing yang dalam kesibukan tugasnya banyak memberikan arahan dan masukan dalam menyempurnakan tesisi ini.
4. Ibu drg. Dwi Gayatri, MPH selaku pembimbing I ditengah kesibukan tugasnya dengan sabar banyak memberikan masukan dan saran guna perbaikan tesis ini.
5. Bpk. dr. Syahrizal Syarif, MPH, Ph.D ditengah padatnya tugas berkenan menjadi penguji yang banyak memberikan arahan, saran, dan masukan agar menjadikan tesis lebih baik lagi
6. Ibu dr. Hj. Eulis Wulantari, M.Epid ditengah kesibukannya tugasnya berkenan meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi kesempurnaan tesis ini

7. Bpk Suherman, M.Sc yang diantara banyaknya tugas masih berkenan untuk menguji dan memberikan masukan demi kebaikan tesis ini.
8. Bpk drg. Ansarul Fahrudha, M.Kes sebagai Pembimbing lapangan dan Kepala Seksi P2 Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur yang telah banyak memberikan bantuan, bimbingan dan arahan selama penulis melakukan proses studi, penelitian dan penyusunan tesis ini.
9. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan beserta jajarannya yang telah mengizinkan penulis dalam melakukan kegiatan penelitian di Kabupaten Pacitan, serta atas bantuan dalam penyelesaian penelitian ini khususnya Kepala Bidang P2PL beserta stafnya.
10. Kepala Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan beserta staf khususnya mas Tri, mbak Rini, mbak Andri, mbak Arum, mbak Febby dan bu Rini atas semua bantuan dan fasilitas selama penulis melakukan penelitian ini.
11. Seluruh dosen dan civitas akademika Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
12. Bpk Syamsir, M.Kes atas *tools screening* hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Donggala, Sulawesi Tengah sehingga penulis merasa amat terbantu dalam penelitian.
13. Teman-teman seperjuangan FETP angkatan III, di Departemen Epidemiologi, FKM atas kekompakan dalam suka dan duka dalam proses studi.
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu terimakasih atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan.

Ucapan hormat dan terima kasih yang tiada terhingga saya haturkan kepada kedua orang tua (Ambari, Suminah) dan mertua (Sumini, Amat Suwito) atas doa, pengorbanan yang tulus ikhlas dalam ikut memperjuangkan penulis sampai sekarang ini.

Ucapan terima kasih yang tak terkira untuk Istriku tercinta atas kebersamaan perjuangan ini dalam menempuh pendidikan di UI, serta pengorbanan, pengertian dan kesabaran kedua buah hatiku Nisa dan Almaas selama ditinggal di Jakarta semoga kalian menjadi pribadi yang kuat karenanya.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan tesis ini.

Depok, 22 Juni 2012

Penulis

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

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Arief Musthofa
NPM : 1006798316
Peminatan : FETP (Field Epidemiologi Training Program)
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Nonklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul “ Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku Pengobatan Malaria Klinis Pekerja Musiman ke Luar pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan tahun 2012” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-ekklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 22 Juni 2012

Yang menyatakan



Arief Musthofa

ABSTRAK

Nama : Arief Musthofa
Program Studi : Epidemiologi
Judul : Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perilaku pencarian Pengobatan Malaria Klinis Pekerja Musiman Keluar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan tahun 2012.

Di Kabupaten Pacitan kasus malaria didominasi oleh pekerja musiman yang pulang bekerja dari luar Jawa 347 orang (95,8% dari total kasus) pada tahun 2011. Berdasarkan surveilans aktif Puskesmas Tegalombo prosentase pekerja musiman bergejala klinis malaria yang pulang dari luar Jawa tidak memeriksakan ke layanan kesehatan sebesar 76,6%. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman yang bekerja keluar pulau Jawa setelah kepulangannya di daerah asal tempat tinggalnya.

Desain penelitian yang digunakan adalah cross sectional. Subyek penelitian sebanyak 270 pekerja musiman, berumur ≥ 17 tahun dengan gejala klinis malaria 1 bulan setelah kedatangannya dari luar Jawa.

Hasil penelitian menunjukkan 37,4% pekerja musiman melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya. Terdapat hubungan yang bermakna antara variabel pengetahuan dan jarak dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman keluar Pulau Jawa dengan OR masing-masing 2,43 (95% CI; 1.411-4.171) dan 3,38 (95 CI; 1,945- 5,862)

Pendekatan layanan kesehatan hendaknya di ikuti dengan peningkatan pengetahuan petugas kesehatan khususnya bidan desa dan perawat untuk melakukan pengambilan sediaan darah guna penegakan diagnosis pasti malaria. Diperlukan peningkatan pengetahuan pekerja musiman melalui media penyuluhan

Kata kunci: Perilaku pencarian pengobatan, malaria, pekerja musiman.

ABSTRACT

Name : Arief Musthofa
Study Program : Epidemiology
Title : Factors related to the care seeking treatment behavior of
Clinical Malaria of temporally workers to out side Java
Island in Tegalombo Health Center Pacitan district 2012.

In Pacitan district case of malaria dominated by temporally workers who return to work from outside Java island. In 2011 total case of malaria by temporally 347 people (95.8% of total cases). Percentage of clinical malaria temporally workers who come from outside Java island not hekked into the Tegalombo health service is 76%. The Objective of this study was to determine clinical malaria treatment seeking behavior of temporally workers who work out of Java island after his return to his residence.

Study design is cross sectional. Research subjects and as many as 270 temporally workers aged ≥ 17 years, one month after his arrival from outside Java. The results showed 37% of temporally workers make own treatment of clinical malaria symptoms that their suffered. There is a significant association between the variables of knowledge and distance with a clinical malaria treatment seeking behavior temporally workers with respective OR 2.43 (95% CI: 1.411-4.171) and 3.38 (95 CI: 1.945 to 5.862). Health care approach should be followed by an increase in knowledge of health workers, especially midwives and nurses to perform collection of blood preparation for definite diagnosis of malaria. Required increased knowledge of temporally workers through media outreach

Keywords: Care seeking treatment behavior, clinical malaria, temporally workers.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH	vii
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
DAFTAR SINGKATAN	xxii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1.Latar belakang	1
1.2.Perumusan masalah	5
1.3.Pertanyaan penelitian.....	6
1.4. Tujuan	6
1.4.1 Tujuan umum	6
1.4.2 Tujuan khusus	6
1.5. Manfaat penelitian.....	7
1.6. Ruang lingkup penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Pengertian	8
2.2. Gejala klinis malaria	8
2.3. Diagnosis malaria.....	9
2.4. Siklus hidup parasit malaria	10
2.4.1. Siklus hidup parasit malaria dalam tubuh manusia	10
2.4.2. Siklus hidup parasit malaria dalam tubuh nyamuk	11
2.5. Masa inkubasi	11
2.6. Cara penularan malaria	11
2.7. Pengobatan	12
2.8. Epidemiologi Malaria	15

2.9. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian malaria	16
2.9.1. Faktor lingkungan fisik	16
2.9.2. Faktor lingkungan biologi	17
2.9.3. Perilaku	17
2.9.4. Karakteristik individu	18
2.10. Kejadian penyakit dan perilaku kesehatan	18
2.10.1. Teori Hendrick L Blum	19
2.10.2. Teori Skinner	20
2.10.3. Teori John Gordon	21
2.10.4. Teori Thoughts and Feeling	22
2.10.5. Teori Lawrence Gren	22
2.11. Perilaku pengobatan sendiri	24
2.11.1. Umur	25
2.11.2. Pengetahuan	25
2.11.3. Pendidikan	26
2.11.4. Pekerjaan	26
2.11.5. Persepsi penyakit	27
2.11.6. Biaya	27
2.11.7. Jarak	28
2.11.8. Nasihat keluarga	28
2.11.9. Penyuluhan	28
2.12. Kerangka Teori	29
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI	
OPERASIONAL	
3.1. Kerangka konsep.....	31
3.2. Definisi operasional	32
3.3. Hipotesis.....	34
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1. Desain penelitian	35
4.2. Tempat dan waktu penelitian	35
4.3. Populasi dan sampel	35
4.3.1. Populasi	35

4.3.2. Sampel	35
4.3.2.1 Kriteria inklusi	36
4.3.2.2. Kriteria eskłusi.....	36
4.4. Besar Sampel	36
4.4.1. Prosedur pengambilan sampel	47
4.5. Langkah-langkah penelitian	39
4.5.1. Pengumpulan data rimer	39
4.5.2. Pelaksanaan wawancara	39
4.5.2.1. Persiapan penelitian	39
4.5.2.2. Pengumpulan data	39
4.6. Pengolahan data	40
4.7. Analisis data	40
4.7.1. Analisis univariat.....	40
4.7.2. Analisis Bivariat	40
4.7.3. Analisis Multivariat	41

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1. Situasi daerah penelitian	45
5.1.1. Kondisi geografi	40
5.1.2. Pelaksanaan Program di Kabupaten Pacitan	43
5.2. Pelaksanaan Penelitian	43
5.3. Analisis univariat	45
5.3.1. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan responden....	45
5.3.2. Distribusi responden berdasarkan gejala malaria klinis	45
5.3.3. Analisis variabel dependen	46
5.3.3.1 Perilaku pencarian pengobatan	46
5.3.4. Analisis variabel independen	47
5.3.4.1 Faktor Predisposisi	48
5.3.4.1.1. Distribusi menurut umur	48
5.3.4.1.2. Distribusi menurut pendidikan	49
5.3.4.1.3. Distribusi menurut Pengetahuan	49
5.3.4.1.4. Distribusi menurut persepsi sakit	50
5.3.4.1.5. Distribusi menurut persepsi biaya berobat	50

5.2.4.2 Faktor Pendukung	51
5.2.4.2.1. Distribusi jarak rumah ke layanan kesehatan	51
5.2.4.2.2. Distribusi sarana transportasi ke layanan kesehatan	52
5.2.4.2.3. Distribusi biaya transportasi ke Layanan kesehatan	52
5.3.4.3 Faktor Penguat	53
5.3.4.3.1. Distribusi nasihat keluarga	53
5.3.4.3.2. Distribusi penyuluhan	54
5.4. Analisis Bivariat	54
5.4.1. Hubungan faktor predisposisi dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.....	55
5.4.1.1. Hubungan Umur dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman	56
5.4.1.2. Hubungan pengetahuan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman	56
5.4.1.3. Hubungan pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman	57
5.4.1.4. Hubungan persepsi sakit dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman	57
5.4.1.5. Hubungan persepsi biaya berobat dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman	58
5.4.2. Hubungan faktor pendukung dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.....	58
5.4.2.1. Hubungan jarak rumah dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman	59
5.4.2.2. Hubungan sarana transportasi dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman	59
5.4.2.3. Hubungan biaya transportasi dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman	60
5.4.3. Hubungan faktor penguat dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.....	60

5.4.3.1. Hubungan nasihat keluarga dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman	61
5.4.3.2. Hubungan penyuluhan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman	61
5.5. Analisis Multivariat	62
5.5.1. Penentuan variabel yang akan masuk model awal	62
5.5.2. Model awal	63
5.5.3. Pemodelan multivariat	64
5.5.4. Model akhir	66

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian	67
6.1.1. Desain Studi	67
6.1.2 Bias seleksi	67
6.1.3. Bias Informasi	68
6.1.3.1. <i>Recall bias</i>	69
6.1.3.2. Bias Pewawancara	69
6.2. Perilaku Pencarian pengobatan malaria klinis	69
6.3. Hubungan variabel bukan kandidat dengan perilaku pengobatan	
6.3.1. Hubungan variabel umur dengan perilaku pengobatan	71
6.3.2. Hubungan variabel pendidikan dengan perilaku pengobatan ..	71
6.3.3. Hubungan variabel persepsi biaya obat dengan perilaku pengobatan	72
6.3.4. Hubungan variabel sarana transportasi dengan perilaku pengobatan	73
6.4. Hubungan variabel bukan kandidat dengan perilaku pengobatan	74
6.4.1. Hubungan variabel pengetahuan dengan perilaku pengobatan .	74
6.4.2. Hubungan variabel jarak dengan perilaku pengobatan	74
6.4.3. Hubungan variabel biaya transportasi dengan perilaku pengobatan	75
6.4.4. Hubungan variabel persepsi sakit dengan perilaku pengobatan	76

6.4.5. Hubungan variabel nasihat keluarga dengan perilaku pengobatan	77
6.4.6. Hubungan variabel penyuluhan dengan perilaku pengobatan	78
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1. Kesimpulan	80
7.2. Saran	81
DAFTAR REFERENSI	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Pengobatan lini 1 <i>Plasmodium falsifarum</i> menurut kelompok umur dengan artesunat- amodiaquin.....	13
Tabel 2.2 Pengobatan lini 2 <i>Plasmodium falsifarum</i> menurut kelompok umur dengan Kina-doksisiklin	14
Tabel 2.3 Pengobatan lini 2 <i>Plasmodium vivaks/ovale</i> menurut kelompok umur Kina – primakuin	15
Tabel 4.1 Hasil perhitungan besar sampel berdasarkan variabel yang akan diteliti Di Puskesmas Tegalombo	38
Tabel 4.2 Proporsional purpose to size menurut pekerja musiman di Puskesmas Tegalombo tahun 2011	41
Tabel 5.1 Hasil Pendataan dan wawancara yang dilakukan untuk mendapatkan sampel	44
Tabel 5.2. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaannya di luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo tahun 2012	45
Tabel 5.3. Distribusi kombinasi gejala yang dialami responden setelah kepulangannya dari luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo tahun 2012	45
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi jenis pelayanan kesehatan pemberi pelayanan pengobatan Malaria klinis pekerja musiman dari luar jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012.....	47
Tabel 5.5 Distribusi frekuensi pengobatan sendiri malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Jawadi Puskemas Tegalombo Kabupaten Pacitan tahun 2012.....	47
Tabel 5.6 Distribusi frekuensi variabel pre-disposisi perilaku pencarian pengobatan malaria klinis ke pekerja musiman keluar Jawa di Puskesmas Tegalombo,kabupaten Pacitan tahun 2012	48
Tabel 5.7 Distribusi frekuensi variabel pendukung perilaku pencarian pengobatan malaria klinis klinis ke pekerja musiman keluar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012.....	51

Tabel 5.8	Distribusi frekuensi variabel penguat perilaku pencarian pengobatan malaria klinis ke pekerja musiman keluar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012	53
Tabel 5.9	Hubungan antara variabel pre-disposisi dengan perilaku pencarian Pengobatan malaria klinis ke pekerja musiman keluar Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan tahun 2012.....	55
Tabel 5.10	Hubungan antara variabel pendukung dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis ke pekerja musiman keluar Jawa.....	58
Tabel 5.11	Hubungan antara variabel Penguat dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis ke pekerja musiman keluar Jawa.....	60
Tabel 5.12	Hasil analisis bivariat variabel independen untuk pemilihan variabel dalam model multivariat.....	63
Tabel 5.13	Model awal regresi logistik antara variabel independen kandidat dengan perilaku pencarian pengobatan	64
Tabel 5.14	Hasil analisis regresi logistik antara variabel independen kandidat dengan dengan perilaku pencarian pengobatan	65
Tabel 5.15	Hasil akhir analisis regresi logistik antara variabel independen dengan kandidat dengan perilaku pencarian pengobatan	66
Tabel 5.16	Hasil analisis multivariat regresi logistik dengan perilaku pencarian pengobatan.....	66
Tabel 6.1	Kombinasi gejala yang dapat digunakan sebagai skreening malaria positif	68

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 .Gambar faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan	20
Gambar 2.2 Gambar faktor-faktor yang berkontribusi atas perilaku kesehatan	24
Gambar 2.3 Bagan kerangka teori perilaku pencarian pengobatan	30
Gambar 3.1 Bagan kerangka konsep penelitian perilaku pencarian pengobatan ...	31
Gambar 5.1 Prevalensi perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012.....	46

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman di Puskesmas Tegalombo Pacitan th 2012
- Lampiran 2 Hasil Analisis Bivariat dan multivariat
- Lampiran 3 Surat permohonan ijin penelitian dan penggunaan data
- Lampiran 4 Surat keterangan untuk melakukan penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- Lampiran 5 Bagan algoritme Malaria

DAFTAR SINGKATAN

ACD	<i>Aktive Case Detection</i>
ACT	<i>Artemisinin Combination Teraphy</i>
AMI	<i>Annual Malaria insidens</i>
API	<i>Annual Parasite insidens</i>
BB	Berat Badan
CI	<i>Confident Interval</i>
DHP	<i>Dihydroartemisinin Piperaquin</i>
DIY	Daerah Istimewa Yogyakarta
DKI	Daerah Khusus Ibukota
HRP-2	<i>Histidin Rich Protein2</i>
HBM	<i>Health Believe model</i>
HCI	<i>High Case Insidens</i>
HCl	<i>Hidro Chlorida</i>
JMD	Juru Malaria Desa
Kg	Kilo Gram
LCI	<i>Low Case Insidens</i>
LPB	Lapang Pandang Besar
Mg	Mili Gram
OAM	Obat Anti malaria
OR	<i>Odds Ratio</i>
PCD	<i>Passive case detection</i>
p-LDH	<i>Parasite Lactate Dehydrogenase</i>
RDT	<i>Rapid Diagnostic Test</i>
SD	Sekolah Dasar
SMP	Sekolah Menengah Pertama
SMA	Sekolah Menengah Atas
WHO	<i>Word Health organization</i>
WHA	<i>Word Health Assembly</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Malaria merupakan penyakit menular yang sangat dominan di daerah tropis dan sub-tropis dan dapat mematikan. Setidaknya 270 juta penduduk dunia menderita malaria dan WHO (*World Health Organisation*) mencatat setiap tahunnya tidak kurang dari 1 hingga 2 juta penduduk meninggal karena penyakit yang disebarkan nyamuk *Anopheles* (Achmadi U, 2005). Berdasarkan data WHO (2009) dalam Susana D, 2010 terdapat 109 negara endemik malaria dan 31 diantaranya tercatat sebagai *malaria-high burden countries*. Diperkirakan 3,3 milyar sampai setengah penduduk dunia berada pada daerah yang berisiko terhadap malaria setiap tahun terdapat kasus sekitar 250 juta dengan 1 juta kematian. Kasus terbanyak terdapat di Afrika dan beberapa negara Asia, Amerika Latin, Timur Tengah dan beberapa bagian negara Eropa.

Untuk mengatasi masalah malaria, dalam pertemuan WHA (*World Health Assembly*) ke 60 tanggal 18 Mei 2007 telah dihasilkan komitmen global tentang eliminasi malaria bagi setiap negara. Petunjuk pelaksanaan eliminasi malaria tersebut telah dirumuskan oleh WHO dalam *Global Malaria Programme*. Indonesia merupakan salah satu negara yang masih berisiko terhadap malaria (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Di Indonesia rata-rata kasus malaria klinis sebesar 15 juta per tahun dan mengancam penduduk di daerah endemis, 60% diantaranya menyerang usia produktif. Penyakit malaria mempengaruhi tingginya angka kematian bayi, balita dan ibu hamil. Pada tahun 2007 di Indonesia terdapat 396 Kabupaten endemis dari 495 Kabupaten yang ada, dengan perkiraan sekitar 45% penduduk berdomisili di daerah yang berisiko tertular malaria. Jumlah kasus pada tahun 2006 sebanyak 2 juta dan pada tahun 2007 menurun menjadi 1.774.845. Menurut perhitungan para ahli berdasarkan teori ekonomi kesehatan, dengan jumlah kasus malaria sebesar tersebut diatas dapat menimbulkan kerugian ekonomi yang sangat besar mencapai sekitar 3 triliun rupiah lebih. Kerugian tersebut sangat berpengaruh terhadap pendapatan daerah (Departemen Kesehatan RI, 2009).

API (*Annual Parasit Insiden*) di Pulau Jawa Bali periode tahun 2000-2008 mengalami kecenderungan menurun, tahun 2001 angka API sebesar 0,81 per mil dan terus mengalami penurunan 0,15 per mil tahun 2004, namun meningkat menjadi 0,19 tahun 2007 dan kembali menurun tahun 2007-2008 menjadi 0,16 permil. AMI (*Annual malaria Insiden*) juga menunjukkan trend yang hampir sama pada tahun 2000 - 2004 cenderung menurun dari 31,09 per mil menjadi 21,2 per mil, namun mengalami kenaikan menjadi 24,75 per mil dan terus mengalami penurunan sampai tahun 2008 sebesar 16,82 permil. Di luar Jawa Bali AMI tertinggi di Propinsi Papua Barat (167,47) dan Nusa Tenggara Timur (104,10), sedangkan untuk Jawa Bali API tertinggi adalah Propinsi Jawa Timur (0,71) dan Jawa Barat (0,58) (Depkes 2009).

Sesuai dengan kebijakan Kementerian Kesehatan setelah tahun 2007 indikator yang digunakan adalah API sehingga membawa konsekuensi setiap kasus malaria harus dibuktikan dengan pemeriksaan sediaan darah dan semua kasus positif harus dilakukan pengobatan dengan ACT (*Artemisin base Combination Therapies*). Penggunaan obat malaria yang tidak tepat akan menimbulkan resistensi parasit terhadap obat tersebut. Resistensi adalah kemampuan strain parasit untuk hidup dan atau memperbanyak diri meskipun diberikan obat yang cukup dosis atau lebih tinggi yang masih dalam batas toleransi yang bersangkutan (Soepanto, 1987).

Dalam penanganan malaria kesulitan bukan hanya pada diagnosis dininya tetapi juga kegagalan obat pada akhirnya. Kegagalan ini disebabkan keterlambatan pengobatan, tidak tepat regimen, tidak tepat dosis dan adanya resistensi obat (Tjitra, 2000).

Resistensi klorokuin pernah dilaporkan di 27 propinsi di Indonesia dengan derajat RI – R III. Sulfadoksin di 9 Propinsi (Irja, Lampung, Jateng, Sumut, Riau, Sulsel, DKI Jakarta dan Kaltim) dengan derajat RI-RII. Kina di 5 propinsi (Jabar, Jateng, Irja, NTT dan Kaltim), sedangkan meflokuin di 3 propinsi (Jateng, Irja, Kaltim) dan halofantrin di laporkan resisten di Kalimantan Timur (Tjitra, 2004). Beberapa penelitian penggunaan obat sendiri dan penggunaan obat tak sesuai standar mengharuskan kita untuk hati-hati terhadap resistensi obat anti malaria. Angka resistensi klorokuin terhadap *P.falsifarum* cukup tinggi,

sehingga lebih penting adalah pemantauan pemberian obat secara tepat dan benar (WHO, 2000).

Hasil penelitian di Kenya 53% penduduk membeli obat anti malaria di warung dengan alasan jaraknya yang dekat, warung selalu buka saat darurat, dan perlakuan pemilik yang baik, dan nasihat dosis obat oleh pemilik warung. (Mburu et al, 1987). Sedangkan penelitian di Tanzania 41% penduduk membeli obat di warung (Mac Cormac and Lwhula, 1983). Hasil penelitian di Kabupaten Banjarnegara dan Temanggung proporsi penduduk yang melakukan pengobatan sendiri dengan membeli pil malaria di warung sebesar 44% dan 14,6% (Santoso, 1987). Hasil penelitian Dianita E 2002 di Kabupaten Bangka 62,5% penderita klinis melakukan pengobatan sendiri.

Di propinsi Jawa Timur 12 dari 38 Kabupaten /Kota merupakan daerah yang masih ditemukan malaria dengan API < 1 sedangkan 26 lainnya tidak ditemukan. Jumlah kasus yang ditemukan 1.789 pada tahun 2009, dan 946 kasus pada tahun 2010. API juga mengalami penurunan dari 0,87 permil tahun 2008, menjadi 0,48 permil tahun 2009 dan 0,17 permil tahun 2010. Proporsi penderita malaria import di Jawa Timur adalah 82% berasal dari Kalimantan, Sumatera dan Papua pada tahun 2010 (Profil Dinkes Jawa Timur).

Kabupaten Pacitan merupakan salah satu kabupaten di Propinsi Jawa Timur yang masih mempunyai kantong-kantong daerah endemis malaria. Daerah tersebut meliputi 12 Kecamatan dengan 12 desa HCI (*High Case Insidens*) tahun 2008 dan 13 desa HCI pada tahun 2009 serta 3 Desa HCI pada tahun 2010. Jumlah kasus malaria di Kabupaten Pacitan pada tahun 2008 sebanyak 758 kasus dengan API sebesar 2,29 per 1000 penduduk, dan tahun 2009 sebanyak 798 kasus dengan API sebesar 2,13 per 1000 penduduk serta 432 kasus tahun 2010 dengan API, 1,14 per 1000 penduduk dan tahun 2011 sebanyak 362 dengan API 0,78 per mil (Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan, 2011).

Berdasarkan klasifikasinya kasus malaria di Kabupaten Pacitan sebagian besar merupakan kasus impor dari daerah luar Jawa seperti Sumatera, Kalimantan, Sulawesi maupun Papua. Pada tahun 2009 sampai dengan 2011 proporsi kasus impor sebesar 93,2%, 95,6%, dan 95,8%. Berdasarkan daerah asal kasus impor Pulau Sumatera merupakan daerah yang dominan sebesar 85% tahun 2008 dan

86% pada tahun 2009 dan 84% tahun 2010. Proporsi kasus malaria berasal dari Puskesmas Tegalombo dan Tulakan dengan proporsi 27 % dan 15 % dari keseluruhan kasus pada tahun 2010, serta 16,9 % dan 12,5 % pada tahun 2011. Disamping itu jumlah kasus indigenous mengalami kenaikan yaitu 33 orang (4,4 %) tahun 2008 dan pada tahun 2009 sebanyak 43 orang (5,4 %) sedangkan tahun 2010 sebesar (2,8%) atau 12 kasus dan tahun 2011 sebanyak 16 orang (4%) (Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan,2011).

Tingginya kasus malaria di Kabupaten Pacitan yang didominasi kasus impor tidak lepas dari kebiasaan sebagian penduduk Pacitan yang bekerja musiman di daerah endemis malaria dan pulang secara periodik. Berdasarkan data dari Dinas Sosial, Tenaga kerja dan Transmigrasi Kabupaten Pacitan serta data dari penerah tenaga kerja swasta yang dapat diperoleh pada tahun 2010 jumlah pekerja musiman yang bekerja keluar Pulau Jawa terutama Sumatera 3390 orang, dan tahun 2011 sebanyak 4066 orang. Sebagian besar tenaga musiman tersebut berasal dari Kecamatan Tulakan (32%) dan Tegalombo (30%). Berdasarkan Data dari Dinas Kesehatan Pacitan tidak semua tenaga kerja musiman melakukan pemeriksaan diri malaria melalui Puskesmas dan Laboratorium Kesehatan daerah pada tahun 2011 tercatat sebanyak 1176 atau 28,9% dari semua tenaga kerja musiman yang tercatat pada tahun 2011, hal ini menjadi beban berat surveilans migrasi mengingat 95,8% kasus yang ditemukan merupakan pekerja musiman. Data proporsi kasus malaria klinis diantara pekerja musiman belum diketahui secara pasti karena banyaknya tenaga musiman illegal yang datanya tidak tercatat kepergiannya, masalah yang juga menjadi bahan pertanyaan adalah faktor apa saja yang mempengaruhi pekerja musiman dalam melakukan pencarian pengobatannya setelah kepulangannya dari bekerja di luar Pulau Jawa.

Kasus malaria di Puskesmas Tegalombo tahun 2008 sampai dengan 2011 adalah 178, 159, 113 dan 66 orang. Sedangkan dan API Puskesmas tahun 2011 sebesar 2,02 per 1000 penduduk. Semua kasus yang ditemukan pada tahun 2008 dan 2009 hasil kegiatan PCD (*Passive Case detection*), sedangkan pada tahun 2010 sebesar 16.0% tahun 2011 sebesar 6,5% ditemukan melalui kegiatan PCD. Berdasarkan kasus malaria yang ditemukan di Puskesmas Tegalombo 89,0 % pada

tahun 2010 berasal dari pekerja musiman, dan 84,0% pada tahun 2011. Dari data di Puskesmas Tegalombo jumlah pekerja musiman yang dapat di lakukan pemeriksaan malaria melalui kegiatan ACD (*active case detection*) dan PCD pada tahun 2011 sebanyak 434 atau 34,9% dari seluruh pekerja musiman yang ada. Dari pemeriksaan sediaan darah tersebut 55 orang positif malaria atau 12,7% pekerja musiman yang dilakukan pemeriksaan sediaan darah malaria.

Berdasarkan data diatas maka jika cakupan pemeriksaan sediaan darah pada pekerja musiman lebih besar, maka dimungkinkan akan lebih banyak lagi kasus malaria yang dapat ditemukan. Secara pasti belum diketahui proporsi kasus malaria klinis pada pekerja musiman yang tidak melakukan pemeriksaan malaria setelah kepulangan dari luar Pulau Jawa menjadi hal yang mendorong penulis untuk mengetahui perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pada pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa dalam mencari pengobatan malaria di puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan tahun 2012.

1.2. Perumusan masalah

Banyaknya pekerja musiman di wilayah Puskesmas Tegalombo yang bekerja di luar Pulau Jawa berkisar sebesar 4% jumlah penduduk akan berdampak pada jumlah kasus malaria impor yang ditemukan di wilayah Puskesmas Tegalombo, hal ini akan menjadi beban surveilans malaria di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan tahun 2012. Peran serta para pekerja musiman untuk memeriksakan penyakit malaria dan mencari pengobatan setelah kepulangannya dari luar Jawa sebagai bagian dari surveilans berbasis masyarakat merupakan hal yang penting dilakukan untuk mengantisipasi penularan setempat dari kasus impor para pekerja musiman. Berdasarkan kegiatan surveilans aktif Puskesmas Tegalombo tahun 2011 proporsi pekerja musiman yang menderita klinis malaria dan berusaha melakukan pengobatan sendiri adalah 76,6 % sedangkan yang melakukan upaya pengobatan ke Puskesmas sebesar 23,4%. Berdasarkan hal tersebut maka dirasa penting untuk mengetahui perilaku pencarian pengobatan malaria klinis para pekerja musiman yang pulang dari luar jawa di Puskesmas Tegalombo 2012.

1.3. Pertanyaan penelitian

Faktor apa saja yang berhubungan dengan perilaku pengobatan penyakit malaria klinis pada pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan ?

1.4. Tujuan

1.4.1. Tujuan umum :

Diketuainya faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan penyakit malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan pada tahun 2012.

1.4.2. Tujuan khusus:

- 1.4.2.1. Diketuainya proporsi perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan tahun 2012.
- 1.4.2.2. Diketuainya distribusi frekuensi umur, tingkat pengetahuan, pendidikan, persepsi sakit, persepsi biaya berobat, jarak, sarana transportasi, biaya transportasi, nasihat keluarga dan penyuluhan yang diterima para pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa tahun 2012.
- 1.4.2.3. Diketuainya hubungan faktor umur, tingkat pengetahuan, pendidikan, persepsi sakit, persepsi biaya berobat, dengan perilaku pengobatan sendiri malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012.
- 1.4.2.4. Diketuainya hubungan faktor jarak, sarana transportasi dan biaya transportasi dengan perilaku pengobatan sendiri malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012.
- 1.4.2.5. Diketuainya hubungan antara nasihat keluarga dan penyuluhan yang diterima dengan perilaku pengobatan sendiri malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012.

1.5. Manfaat

Adapun manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah :

- 1.5.1. Penelitian ini dapat memberikan gambaran faktor-faktor yang berhubungan perilaku pengobatan sendiri penyakit malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan pada tahun 2012.
- 1.5.2. Menjadi informasi dan bahan pertimbangan maupun rekomendasi bagi pemerintah khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan dalam program pencegahan dan penanggulangan malaria dalam mendukung rencana eliminasi malaria di Indonesia 2030.
- 1.5.3. Menambah literatur penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pengobatan sendiri penyakit malaria klinis pekerja musiman

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan penyakit malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan. Variabel dependen adalah perilaku pencarian pengobatan penyakit malaria klinis. Variabel independen dalam penelitian ini umur, tingkat pengetahuan, pendidikan, persepsi sakit, persepsi biaya berobat, jarak, sarana transportasi, biaya transportasi, nasihat keluarga dan penyuluhan yang diterima. Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas Tegalombo dengan wilayah kerja 7 Desa yaitu, Kebondalem, Gedangan, Ngreco, Kemuning, Kasihan, Tegalombo, dan Pucangombo.

Desain penelitian adalah kasus studi potong lintang atau *cross sectional* untuk mengetahui perilaku pencarian pengobatan penyakit malaria dan faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku tersebut diatas. Pengambilan data dilakukan dengan dengan kuesioner terhadap pekerja musiman dengan gejala klinis malaria yang terpilih sebagai sampel.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengertian

Penyakit malaria merupakan penyakit yang disebabkan oleh parasit dari genus plasmodium yang termasuk golongan *protozoa* melalui gigitan serangga nyamuk *anopheles spp.* (Achmadi FA, 2008). Genus Plasmodium dibagi menjadi 3 sub-genus yaitu; *sub-genus plasmodium* dengan spesies yang menginfeksi manusia adalah *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale*, dan *Plasmodium malariae*, *sub-genus laverania* dengan spesies yang menginfeksi manusia adalah *Plasmodium falsifarum*, serta *sub genus vinkeia* yang tidak menginfeksi manusia (menginfeksi kelelawar, binatang pengerat dan lainnya) (Nugroho, Tumewu, 2000).

2.2. Gejala Klinis malaria

Secara klasik gejala malaria menurut Departemen Kesehatan (1999) adalah:

1. Stadium dingin, berlangsung sekitar 15-60 menit. Stadium ini mulai dengan menggigil dan perasaan dingin, nadi cepat tetapi lemah, sianotik, kulit kering dan pucat dan kadang penderita muntah dapat pula disertai kejang pada anak-anak.
2. Stadium demam, demam yang diderita oleh penderita diakibatkan oleh karena pecahnya sizon dan masuknya merozoit ke dalam sel darah merah. Muka merah, kulit terasa kering dan panas, sakit kepala, mual serta muntah sering terjadi. Stadium ini berlangsung sekitar 2-4 jam dan bisa berulang beberapa hari kemudian sesuai dengan jenis parasit yang menginfeksi.
3. Stadium berkeringat, pada stadium ini penderita mengeluarkan banyak sekali keringat, sehingga mengakibatkan badan terasa lemah dan berlangsung sekitar 2-4 jam.

Ketiga gejala klinis tersebut di atas dapat ditemukan biasanya pada penderita dengan infeksi pertama kali. Sedangkan di daerah endemik malaria tidak semua dapat dijumpai, bahkan sering disertai gejala lain seperti :

1. Badan terasa lemas dan pucat
2. Nafsu makan berkurang
3. Mual kadang muntah
4. Sakit kepala hebat
5. Diare
6. Kejang
7. Ikterus
8. Badan sakit

2.3. Diagnosis Malaria

1. Diagnosis malaria ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopis, melalui pemeriksaan sediaan darah tebal dengan menemukan adanya parasit plasmodium malaria. Pemeriksaan ini masih merupakan standar emas yang ditetapkan oleh WHO (World Health Organisation) (WHO, 2008).

Pemeriksaan sediaan darah tebal dan tipis untuk menentukan :

- a. Ada tidaknya parasit malaria
- b. Spesies dan stadium Plasmodium
- c. Kepadatan parasit yang dilakukan secara :

1. Semi kuantitatif

(-) = Negatif tidak ditemukan parasit dalam 100 LPB

(+) = Positif 1 ditemukan 1-10 parasit /100 LPB

(++) = Positif 2 ditemukan 11-100 parasit /100 LPB

(+++)= Positif 3 ditemukan 1-10 parasit /1 LPB

(++++)= Positif 4 ditemukan >10 parasit /1 LPB

2. Kuantitatif

Jumlah parasit dihitung per mikroliter darah sediaan darah tebal dengan membandingkannya jumlah leukosit atau dalam sediaan darah tipis dengan membandingkan dengan eritrosit. Jumlah Leukosit dalam darah adalah 8000 dan eritrosit 450.000 per μ l. Dalam penghitungannya parasit yang ditemukan

dalam 200 leukosit atau 1000 eritrosit dan dilakukan konversi dengan jumlah leukosit atau eritrosit per μ l darah.

2. Pemeriksaan dengan tes diagnostik cepat RDT (*Rapid Diagnostic Test*) diterapkan bagi daerah-daerah terpencil dengan pemeriksaan mikroskopis yang tidak adekuat, unit gawat darurat dan pada saat terjadi kejadian luar biasa dimana beban slide yang harus diperiksa cukup besar dan dibutuhkan kecepatan diagnosis. Mekanisme kerja tes ini didasarkan deteksi antigen parasit malaria, dengan menggunakan prinsip imunokromatografi dalam bentuk dipstick. Tes ini didasarkan atas deteksi :
 - a. HRP-2 (*Histidin Rich Protein2*) yang diproduksi oleh trophozoit, skizon dan gametosit *Plasmodium falciparum*
 - b. Enzim *parasite lactate dehydrogenase* (p-LDH) dan *aldolase* yang diproduksi oleh parasit seksual dan aseksual *Plasmodium falciparum, vivax, ovale dan malariae*.
3. Diagnosa klinis malaria sejak tahun 2007 sudah tidak diberlakukan kembali (Depkes, 2007).

2.4. Siklus Hidup Parasit Malaria

2.4.1. Siklus Hidup Parasit malaria dalam tubuh manusia.

Plasmodium malariae masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk anopheles betina yang infeksius. Pada saat menghisap darah manusia, nyamuk betina yang terinfeksi tersebut juga memasukkan sporozoit ke dalam tubuh manusia. Sekitar 30 menit sporozoit kemudian berpindah ke sel hati dan berkembang menjadi schizont. Schizont-schizont pecah dan menghasilkan merozoit-merozoit. merozoit-merozoit meninggalkan hati dan menginfeksi sel darah merah. Dalam sel darah merah trophozoid berkembang menjadi schizont-schizont dan gametosit baik makro gamet (betina) maupun mikro gamet (jantan). Schizont- schizont akan pecah menghasilkan merozoit-merozoit kembali sedangkan gametosit siap untuk dihisap oleh nyamuk.

2.4.2. Siklus Hidup parasit malaria dalam tubuh nyamuk.

Perkembangan plasmodium malaria di dalam tubuh nyamuk dimulai dari proses perkawinan antara gamet jantan dan gamet betina. Perkawinan ini menghasilkan zygote yang kemudian menjadi ookinete. Ookinete kemudian masuk melalui dinding usus nyamuk berkembang menjadi oocyst. Oocyst mengalami perkembangan kemudian pecah dan menghasilkan sporozoit-sporozoit baru. Sporozoit-sporozoit ini kemudian menuju ke kelenjar air liur nyamuk dan siap untuk dipindahkan ke manusia.

2.5. Masa inkubasi

Dalam kaitan diagnosis malaria penting diketahui adalah masa inkubasi intrinsik (dalam tubuh manusia) yaitu mulai saat masuknya sporozoit kedalam darah sampai timbulnya gejala klinis. Lama waktu sekitar 9 – 14 hari untuk *P falcifarum*, 12-17 hari untuk *P vivax*, 16 – 18 hari untk *P ovale* dan *P malariae* sekitar 18-40 hari. (Chin, 2000)

Masa inkubasi ini dibedakan menjadi masa pre paten yang menggambarkan jarak waktu antara masuknya sporozoit dan pemunculan pertama di darah tepi. Masa sub-paten adalah keadaan dimana jumlah parasit dalam darah tepi masih sedikit sehingga belum ditemukan dalam pemeriksaan laboratorium sehingga disebut pula masa sub paten parasitemia. Masa pre paten dan sub paten parasitemia kemudian diikuti timbulnya gejala klinis dan paten parasitemia.

2.6. Cara penularan Malaria

Malaria ditularkan oleh nyamuk *Anopheles Spp* betina dari 400 spesies *Anopheles* di dunia hanya 67 yang terbukti mengandung sporozoit dan dapat menularkan malaria. Di Indonesia telah ditemukan 24 spesies anopheles yang menjadi vektor malaria (Gunawan S, dalam Harjanto PN, 2000). Nyamuk anopheles betina memerlukan darah untuk pertumbuhan telurnya. Apabila nyamuk menggigit penderita malaria maka nyamuk akan terinfeksi oleh parasit malaria. Kemudian nyamuk yang sudah terinfeksi tersebut menggigit orang sehat sehingga orang sehat tersebut terinfeksi malaria (Depkes RI,1999).

2.7. Pengobatan

Pengobatan yang diberikan adalah pengobatan radikal malaria dengan membunuh semua stadium parasit yang ada di dalam tubuh manusia. Adapun tujuan pengobatan radikal untuk mendapat kesembuhan kilinis dan parasitologik serta memutuskan rantai penularan. Semua obat anti malaria tidak boleh diberikan dalam keadaan perut kosong karena bersifat iritasi lambung, oleh sebab itu penderita harus makan terlebih dahulu setiap akan minum obat anti malaria.

Kebijakan pengobatan malaria dengan kombinasi *artesunate-Amodiaquin* dan *artemeter* injeksi dimulai sejak tahun 2004, berdasarkan hasil rekomendasi komisi ahli diagnosis dan pengobatan (Depkes RI, 2009).

Sesuai rekomendasi WHO 2010 maka pengobatan malaria tanpa komplikasi menggunakan obat anti malaria kombinasi menggunakan *Artesunate Combination Therapy* (ACT) serta untuk daerah tertentu menggunakan *Dihydroartemisinin Piperiaquin* (DHP) untuk semua jenis malaria. Pengobatan malaria falsiparum dikombinasikan dengan primaquin 1 hari untuk mengatasi masalah gametosit pada hari pertama. Sedangkan untuk malaria yang lain (vivak) primaquin diberikan selama 14 hari untuk mengatasi kemungkinan relaps karena adanya fase hipnosoit. Primaquin tidak boleh diberikan kepada bayi dan ibu hamil. (Harjanto PN, 2000).

Pengobatan lini pertama *Plasmodium falsifarum* adalah Artemisinin Combination Therapy. Pada saat ini pada program pengendalian malaria mempunyai 2 sediaan yaitu:

1. Artemisinin- Amodiaquin
2. Dihydroartemisinin-Piperiaquin (saat ini digunakan untuk Papua dan wilayah tertentu).
3. Primaquin sebagai OAM (obat anti malaria) pembasmi gametosit.

Dosis pemberian didasarkan atas berat badan. Amodiaquin basa diberikan secara oral dengan dosis 10 mg/Kg BB (berat badan) dan artesunet 4 mg/kg BB. Primaquin diberikan per oral dengan dosis 0,75 mg/Kg BB yang diberikan hari pertama.

Apabila pemberian dosis obat tidak memungkinkan berdasarkan berat badan penderita, pemberian obat dapat diberikan berdasarkan golongan umur dengan tabel sebagai berikut:

Tabel 2.1. Pengobatan lini 1 *Plasmodium falsifarum* menurut kelompok umur Dengan artesunat-amodiaquin

Hari	Jenis Obat	Jumlah tablet per hari menurut kelompok umur					
		0-1 bulan	2-11 bulan	1 - 4 tahun	5-9 tahun	10-14 tahun	≥ 15 th
1	Artesunat	¼	1/2	1	2	3	4
	Amodiaquin	¼	1/2	1	2	3	4
	Primaquin	-	-	3/4	1½	2	3
2	Artesunat	¼	½	1	2	3	4
	Amodiaquin	¼	½	1	2	3	4
3	Artesunat	¼	½	1	2	3	4
	Amodiaquin	¼	½	1	2	3	4

Sumber; (Depkes 2009).

Pengobatan lini kedua *Plasmodium falsifarum* jika pengobatan lini pertama tidak efektif dimana ditemukan gejala klinis tidak memburuk tetapi parasit aseksual tidak berkurang atau timbul kembali. Obat yang digunakan pada pengobatan *Plasmodium falsifarum* adalah kina + doksisisiklin atau tetrasiklin + primakuin.

Tablet kina yang ada dalam pengobatan program mengandung 200 mg kina fosfat atau sulfat. Kina diberikan per oral 3 kali sehari dengan dosis 10 mg/kg BB selama 7 hari.

Doksisisiklin yang digunakan dalam pengobatan malaria adalah kapsul atau tablet yang mengandung 50 mg dan 100 mg Doksisisiklin HCl. Doksisisiklin diberikan 2 kali per hari selama 7 hari dengan dosis orang dewasa 4 mg/kg BB per hari. Sedangkan anak-anak 8-14 tahun 2 mg/Kg BB. Bila tidak ada doksisisiklin dapat digunakan tetrasiklin.

Tetrasiklin yang ada di pasaran adalah kapsul yang mengandung 250 mg atau 500 mg tetrasiklin HCl. Tetrasiklin diberikan 4 kali per hari selama 7 hari dengan dosis 4-5 mg / Kg BB. Tetrasiklin dan doksisisiklin tidak boleh diberikan pada anak kurang dari 8 tahun dan ibu hamil. Pemberian primakuin seperti pada

pengobatan lini pertama. Pendekatan dosis berdasarkan golongan umur pengobatan *Plasmodium falsifarum* sebagaimana tabel berikut :

Tabel 2.2. Pengobatan lini 2 *Plasmodium falsifarum* menurut kelompok umur dengan kina-doksisiklin

Hari	Jenis Obat	Jumlah tablet per hari menurut kelompok umur				
		0-11 bulan	1 - 4 tahun	5-9 tahun	10-14 tahun	≥ 15 th
1	Kina	*)	3 x ½	3 x 1	3 x 1½	3 x (2-3)
	Doksisiklin	-	-	-	2 X 1**)	4 X 1**)
	Primaquin	-	¾	1½	2	2 – 3
2 – 7	Kina	*)	1	2	3	4
	Doksisiklin	-			2 X 1**)	2 X 1***)

*) Dosis diberikan kg / BB

***) 2 x 50 mg doksisiklin

****) 2 x 100 mg doksisiklin

Sumber (Depkes 2009).

Pengobatan lini pertama *Plasmodium vivaks, ovale, dan malarie* adalah ACT. Dosis obat untuk *Plasmodium vivaks* sama dengan *Plasmodium falsifarum*, dimana perbedaannya adalah pemberian obat primaquin selama 14 hari dengan dosis 0,25 mg/Kg BB.

Pengobatan yang efektif apabila sampai dengan hari ke 28 setelah pemberian obat secara klinis sembuh (sejak hari ke 4), dan tidak ditemukannya parasit aseksual sejak hari ke 7. Pengobatan tidak efektif apabila dalam 28 hari setelah pemberiaan obat ditemukan keadaan:

- Gejala klinis memburuk dan parasit aseksual positif
- Gejala klinis tidak memburuk tetapi parasit aseksual tidak berkurang (persisten), atau timbul kembali setelah hari ke 14.
- Gejala klinis membaik tetapi parasit aseksual timbul kembali antara hari ke 15 sampai dengan hari ke 28.

Pada keadaan tersebut diatas maka dilakukan pengobatan lini kedua dengan kina dan primakuin sebagai berikut :

Tabel 2.3. Pengobatan lini 2 *Plasmodium vivaks / ovale* menurut kelompok umur

P Hari	Jenis Obat	Jumlah tablet per hari menurut kelompok umur					
		0-1 bulan	2-11 bulan	1 - 4 tahun	5-9 tahun	10-14 tahun	≥ 15 th
1 - 7	Kina	*)	*)	3 x ½	3 x 1	3 x 1½	3 x 3
1- 14	Primaquin	-		¼	½	¾	1

*) Dosis diberikan kg / BB

Pengobatan lini pertama *Plasmodium vivaks*, yang relaps diberikan sama dengan regimen pengobatan lini 1 dengan melakukan peningkatan dosis primakuin dari 0,25 mg/Kg BB menjadi 0,50 mg /kg BB per hari selama 14 hari.

Pengobatan *plasmodium malariae* diberikan dosis ACT 1 kali per hari sama dengan dosis pemberian plamodium yang lainnya.

2.8. Epidemiologi Malaria

Penyebaran malaria yang masih merupakan masalah di dunia saat ini berada di beberapa negara tropis dan subtropis; transmisi malaria yang tinggi masih ijumpai di daerah pinggiran hutan di Amerika Selatan (Brasil), Asia Tenggara (Thailand dan Indonesia) dan di seluruh sub-sahara Afrika (Chin, 2000).

Di Indonesia malaria merupakan salah satu penyakit menular yang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Pengaruh penyakit ini dapat berupa kerugian kesehatan dan ekonomi yang meliputi kematian bayi, balita dan ibu melahirkan serta dapat menyebabkan penurunan produktifitas kerja (Gani, 2009). Menurut hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga Tahun 2001 di Indonesia terjadi 15 juta kasus malaria dengan 38.000 kematian setiap tahunnya.

Berbagai upaya telah dilakukan melalui implementasi strategi global pemberantasan malaria secara umum telah memberikan hasil yang baik. Angka

kejadian malaria tiap seribu penduduk (API) di Jawa dan Bali sejak tahun 2000 menurun dari 0,81 per seribu penduduk menjadi 0,16 per seribu penduduk pada tahun 2008. Jumlah penderita malaria di luar Jawa dan Bali yang diukur dengan AMI menurun pula dari 24,75% pada tahun 2005 menjadi 17,7% pada tahun 2008 (Depkes, 2009). Jumlah kabupaten endemis malaria sebanyak 396 kabupaten dengan perkiraan sekitar 45% penduduk berdomisili di daerah yang tertular malaria. (Depkes, 2009).

Terjadinya peningkatan kasus malaria yang disertai dengan kejadian luar biasa di beberapa daerah, disamping karena umumnya malaria terjadi di daerah terpencil yang jauh dari pusat kesehatan masyarakat juga karena pemantauan dan analisa data malaria yang masih lemah di semua jenjang, sehingga tindakan yang dilaksanakan sering tidak memberikan hasil yang optimal (Depkes 2007).

2.9. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian malaria.

2.9.1. Faktor Lingkungan fisik

Variasi kondisi iklim mempunyai pengaruh nyata dalam kehidupan nyamuk dan perkembangan parasit malaria. Kondisi optimal untuk perkembangan plasmodium dalam tubuh *Anopheles* dan transmisi infeksi adalah dalam rentang suhu 20 – 30 derajat celcius dan kelembaban 60% (Bruce-Chwatt, 1980). Suhu udara lebih dari 35°C dan kelembaban dibawah 50% dapat memperpendek umur nyamuk secara drastis sehingga memperkecil kesempatan parasit malaria menyelesaikan masa inkubasi intrinsiknya (dalam tubuh nyamuk). Curah hujan akan mempengaruhi langsung terhadap keberadaan genangan air di sekitar pemukiman sebagai tempat berkembang biaknya nyamuk serta suhu dan kelembaban udara di suatu daerah. Hujan yang diselingi dengan panas akan memperbesar kemungkinan berkembang biaknya *Anopheles* (Depkes, 2003).

Konstruksi tempat tinggal juga merupakan faktor risiko terkena malaria, Disamping itu jarak rumah terhadap tempat perindukan juga merupakan faktor risiko. Analisis pengindraan jauh menggambarkan daerah yang dekat dengan tempat perindukan mempunyai risiko yang lebih tinggi (Brooker.*et.al*, 2004). Tempat

perindukan nyamuk anopheles adalah genangan air tawar ataupun payau sesuai dengan jenis nyamuknya, asal tidak terkena polusi dan selalu berhubungan dengan tanah. Perindukan di air tawar dapat berupa sawah, tepian sungai, kobakan tanah dan bekas galian lobang, sedang perindukan air payau di muara sungai yang tertutup dan rawa-rawa (Harijanto PN,2000). Menurut Rejmankova *et.al* (1995) penelitian yang dilakukan di Meksiko menyimpulkan jarak rawan terhadap perindukan adalah kurang dari 500 meter, tetapi hasil penelitian di kawasan bukit menoreh (perbatasan Jawa Tengah dan DIY) tahun 2002 yang dilakukan Nalim menyatakan daerah dengan jarak kurang dari 250 meter mempunyai prevalensi malaria yang lebih tinggi dibandingkan di atas 250 meter. Penelitian lain di Israel oleh Kietron *et.al* (1992) menyatakan bahwa jarak rawan dengan perindukan tergantung dari jarak terbang vektornya.

2.9.2. Faktor lingkungan biologi

Tumbuh-tumbuhan seperti lumut, dedaunan dan pohon bakau mempengaruhi kehidupan larva nyamuk. Tumbuh-tumbuhan dapat pula menjadi pelindung jentik dari terpaan sinar matahari dan gangguan predator. Semak-semak disekitar rumah juga merupakan tempat istirahat yang disukai nyamuk anopheles (Depkes, 1999). Keberadaan predator seperti ikan kepala timah, nila dan mujahir juga mempengaruhi kehidupan jentik nyamuk. Sedangkan hewan besar seperti sapi, kerbau dapat menjadi barrier dan mengurangi gigitan nyamuk pada manusia (Depkes, 2003). Adanya semak-semak di sekitar rumah akan menyebabkan terhalangnya sinar matahari ke tanah menyebabkan kondisi yang lembab dan merupakan daerah yang disukai oleh nyamuk (Handayani, 2008).

2.9.3. Perilaku

Istirahat di hutan tanpa perlindungan dari gigitan nyamuk mempunyai risiko tertular malaria (Tjokrosonto, 1996). Pemakaian kelambu secara rutin mampu menurunkan angka kejadian malaria. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa menggunakan kelambu secara teratur pada waktu malam hari dapat mengurangi kejadian malaria. Penduduk yang tidak menggunakan kelambu mempunyai resiko 6,44 kali terkena malaria (Barodji , 2000).

Kebiasaan berada di luar rumah sejak senja hingga menjelang pagi mempunyai risiko untuk terkena malaria karena pada saat itu nyamuk biasanya menggigit (Chin, 2000). Nyamuk penular malaria mempunyai keaktifan menggigit pada malam hari. Menurut Lestari dkk (2007) nyamuk *Anopheles* paling aktif mencari darah pukul 21.00-03.00. Menurut Darmadi (2002) kebiasaan penduduk berada di luar rumah pada malam hari antara pukul 21.00 s.d 22.00 berhubungan erat dengan kejadian malaria, karena frekuensi menghisap darah jam tersebut tinggi.

Menurut Gunawan S, dalam Harjanto PN (2000), penduduk yang paling berisiko terkena malaria adalah anak balita, wanita hamil dan penduduk non imun yang mengunjungi daerah endemik malaria seperti pekerja migran (khususnya kehutanan, pertanian, pertambangan) pengungsi, transmigran dan wisatawan.

2.9.4. Karakteristik Individu

Setiap orang pada dasarnya rentan terhadap penularan malaria kecuali yang mempunyai galur spesifik. Anak-anak lebih rentan terhadap parasit malaria demikian pula status gizi yang rendah juga mempunyai resiko terkena malaria lebih besar. Toleransi atau daya tahan terhadap munculnya gejala ditemukan pada penduduk di daerah endemis dimana dimana gigitan nyamuk anopeles terjadi bertahun-tahun (Depkes, 2003).

2.10. Kejadian Penyakit dan Perilaku Kesehatan.

Perilaku manusia pada hakekatnya merupakan aktivitas dari manusia itu sendiri. Perilaku merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan lain sebagainya. Gejala-gejala kejiwaan tersebut juga dipengaruhi oleh pengalaman, keyakinan, fasilitas, dan faktor sosial budaya yang ada di lingkungan (Notoatmodjo, 1993).

Perilaku menurut Skinner (*cit.* Notoatmodjo 1997), merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan respon. Secara lebih operasional, perilaku dapat diartikan sebagai respon organisme atau seseorang terhadap adanya stimulus

atau rangsangan dari luar subyek tersebut. Respon tersebut dapat berupa respon pasif maupun respon aktif.

Perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungan yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan praktek (Sarwono, 1993). Bloom (1956) menyatakan bahwa perilaku memiliki 3 domain atau ranah. Ketiga domain tersebut dapat diukur dengan menggunakan pengetahuan, sikap, dan praktek. Pengetahuan dan sikap termasuk dalam respon pasif sedangkan praktek termasuk dalam respon aktif.

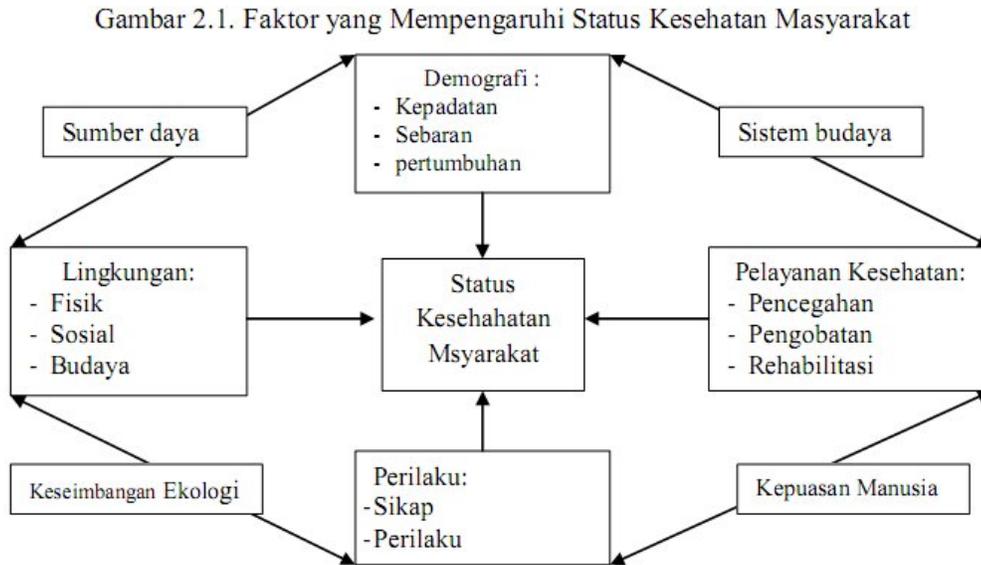
Proses pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan luar individu. Faktor dari dalam individu tersebut meliputi pengetahuan, kecerdasan, persepsi, sikap, emosi dan motivasi yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Faktor dari luar individu meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial, ekonomi, budaya dan sebagainya. Perilaku manusia memberikan pengaruh yang sangat besar terhadap tingkat kontak dengan vektor. Kontak dapat terjadi jauh maupun dekat dengan lingkungan domestik. Kontak di lingkungan penduduk sering menimbulkan jumlah penderita lebih cepat meluas di antara kelompok umur dan jenis kelamin pada suatu wilayah tertentu (Saepudin, 2001).

Menurut Nalim (1989), perilaku masyarakat sangat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, terutama perilaku masyarakat yang erat hubungannya dengan penularan dan pencegahan malaria. Perilaku itu meliputi kebiasaan tidur di luar rumah, kebiasaan tidak memakai kelambu sewaktu tidur, kebiasaan bekerja di kebun, kebiasaan keluar rumah/kumpul-kumpul pada malam hari.

2.10.1. Hendrick L Blum.

Status kesehatan menurut teori Blum dalam Dever (1984) dipengaruhi 4 faktor yaitu keturunan, faktor pelayanan kesehatan, faktor perilaku dan faktor lingkungan. Keempat faktor tersebut saling berhubungan dan berinteraksi menentukan status kesehatan individu atau masyarakat. Lingkungan merupakan faktor terbesar dalam mempengaruhi status kesehatan individu atau masyarakat. Perilaku adalah faktor

terbesar kedua setelah lingkungan dalam mempengaruhi kesehatan individu atau masyarakat. Adapun teori Blum dapat dijelaskan pada gambar sebagai berikut :



Sumber : Epidemiologi in Health Service Managemen, GE Alan Dever, 1984

Upaya mengubah perilaku dilakukan dengan meningkatkan pelayanan kesehatan karena pelayanan kesehatan bukan hanya bersifat untuk pengobatan tetapi lebih penting adalah segi pencegahan terhadap timbulnya penyakit. Pencegahan lebih bermanfaat daripada pengobatan.

2.10.2. Teori Skinner

Perilaku Kesehatan menurut skiner dalam Notoatmodjo (2010) adalah respon seseorang terhadap stimulasi atau obyek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang yang dapat diamati maupun yang tidak yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Skinner membagi perilaku kesehatan secara garis besar menjadi 2 yakni :

1. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat atau meningkat. Perilaku ini mencakup perilaku-perilaku mencegah atau menghindari dari penyakit adn penyebab

penyakit atau masalah atau penyebab masalah kesehatan (perilaku preventif) dan perilaku dalam upaya meningkatnya kesehatan (perilaku promotif).

2. Perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya. Oleh sebab itu perilaku ini disebut perilaku pencarian pelayanan kesehatan. Perilaku ini mencakup tindakan yang diambil seseorang atau anaknya bila sakit atau terkenan masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau terlepasnya dari masalah kesehatan tersebut. Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan tradisonional maupun modern atau profesional.

2.10.3. Teori John Gordon

Secara alamiah kehidupan manusia berada dan berinteraksi dengan lingkungannya baik fisik, biologis maupun sosial. Ketergantungan kondisi kesejahteraan atau kesehatan manusia amat besar sehingga kondisi lingkungan yang kondusif akan meningkatkan kesehatan manusia sedangkan kondisi lingkungan yang buruk akan berdampak pada penurunan kesehatan manusia sehingga manusia menjadi sakit.

John Gordon CDC (*Communicable diseases centre*) Atlanta, 2000 menggambarkan penyakit sebagai hubungan keseimbangan segitiga antara manusia sebagai penjamu/host, lingkungan (*environment* dan penyebab (*agent*). *Agent* penyakit digambarkan sebagai pengungkit di ujung yang satu dan *host* sebagai pengungkit diujung yang lainnya, sedangkan *environment* sebagai titik tumpu. Jika ketiganya pada kondisi seimbang maka disebut sebagai kondisi yang sehat, sebaliknya jika kondisi sakit maka disebabkan oleh ketidakseimbangan baik penyebab, penjamu atau lingkungannya.

2.10.4 Teori Thoughts and Feeling

Teori ini dikembangkan oleh tim kerja WHO tahun 1984 dalam Notoatmodjo (2010), bahwa penyebab perilaku adalah karena 4 alasan pokok. Pemikiran dan perasaan dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian seseorang terhadap obyek.

- a. Pengetahuan
Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri ataupun orang lain
- b. Kepercayaan
Kepercayaan dapat diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan atau tanpa pembuktian terlebih dahulu.
- c. Sikap
Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap obyek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain.
- d. Orang penting sebagai referensi
Orang-orang yang dianggap penting ini sering disebut kelompok referensi antara lain guru, alim, ulama, kepala desa dan lain-lain
- e. Sumber-sumber daya
Sumber daya mencakup fasilitas, keuangan, waktu, tenaga dan sebagainya.
- f. Kultur
Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup yang umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan selalu berubah baik lambat atau cepat sesuai dengan peradaban manusia.

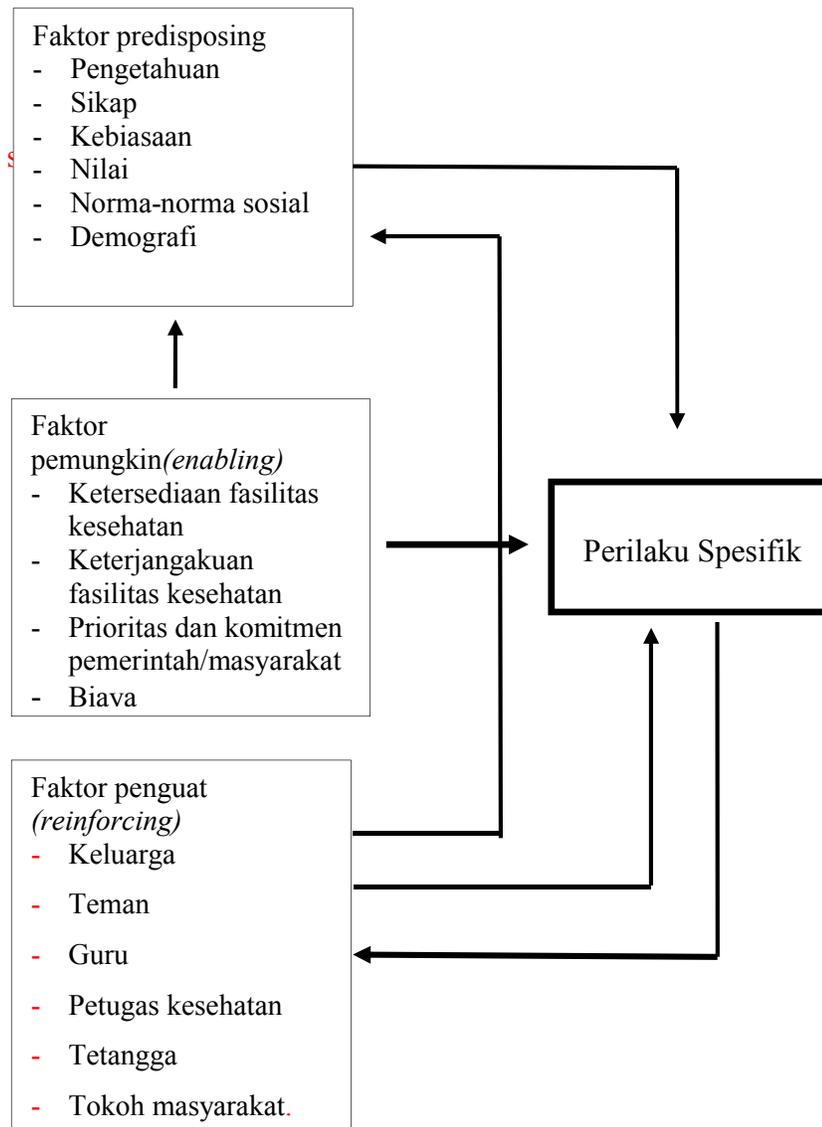
2.10.4. Teori Lawrence Green.

Menurut Green(1990) dalam Notoatmodjo, menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau kelompok masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku dan faktor diluar perilaku. Sedangkan perilaku sendiri dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yang dirangkum dalam akronim PRECEDE (*Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*) sehingga Precede model dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Faktor predisposisi (*Predisposing factors*) merupakan faktor yang mendahului sebelum terjadinya suatu perilaku, yang meliputi pengetahuan, sikap, kebiasaan, nilai, norma-norma sosial yang berlaku di masyarakat serta faktor demografi

2. Faktor pemungkin (*Enabling factors*) merupakan faktor yang memungkinkan suatu motivasi yang sudah terbentuk dalam faktor predisposisi menjadi suatu praktek yang diinginkan yang meliputi sumber daya atau potensi masyarakat , jarak, akses ke sumber pengobatan, dan sistem rujukan
3. Faktor pendorong (*Reinforcing factors*) adalah faktor diluar individu yang dapat memperkuat perubahan perilaku, yang meliputi sikap dan perilaku orang lain misalnya keluarga, teman, petugas kesehatan, tetangga dan tokoh masyarakat.

Dari uraian diatas secara skematis teori L Green dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2. Faktor yang memberikan kontribusi atas perilaku Kesehatan

2.11. Perilaku pengobatan sendiri.

Pengobatan sendiri adalah upaya pengobatan menggunakan obat, obat tradisional atau cara lain tanpa petunjuk dokter. (Supardi S,1997). Menurut Anderson(1979), bahwa pengobatan sendiri merupakan penggunaan setiap zat yang dikemas dan dijual pada masyarakat dengan tujuan pengobatan tanpa resep dokter.

Tujuan pengobatan sendiri adalah untuk peningkatan kesehatan, pengobatan sakit ringan, dan pengobatan rutin penyakit kronis setelah perawatan dokter. (Mc Ewen, (1979). Menurut WHO (1988) peran pengobatan sendiri adalah untuk penanggulangan cepat dan efektif keluhan ringan yang tidak memerlukan konsultasi medis, mengurangi pelayanan kesehatan karena keterbatasan sumber daya dan tenaga serta meningkatkan keterjangkauan pelayanan kesehatan pada masyarakat khususnya daerah pedesaan yang jauh dari puskesmas.

Pada masyarakat Indonesia tindakan pada saat sakit antara lain 36,8% tidak berobat 24,4% ke puskesmas, 3% ke pengobatan tradisional dan 13,9% pengobatan sendiri. Tindakan pertama pada saat sakit di kota 60,77% adalah pengobatan sendiri dan 25,38% ke pelayanan kesehatan. (Fakultas Kedokteran Atmajaya, 1993).

2.11.1 Umur

Umur adalah aspek penting untuk diamati karena dapat mencerminkan beberapa nilai seperti pengalaman, pengetahuan, kematangan berpikir dan kemampuan akan nilai-nilai tertentu (Muis, 2000).

Penggunaan obat meningkat seiring dengan kesakitan, umur kurang aktif dalam kegiatan sosial, kejadian yang mengganggu kehidupan, stress yang akut, dan kesulitan mencari dokter pada saat sakit (verbruge,1982).

Prevalensi pengobatan sendiri di Indonesia pada tahun 2004 sebesar 24,1% dan di propinsi DIY pada tahun 2005 sebesar 87,73%. Perilaku pengobatan sendiri kemungkinan dipengaruhi oleh jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, tingkat pendapatan, pengetahuan serta sikap tentang pengobatan sendiri (Kristina,SA, 2008).

2.11.2. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek. Pengetahuan tentang malaria 92% penduduk di Mantewe, Tanah Bumbu, mengetahui tanda dan

gejala malaria dengan menjawab demam, mengigil, dan sebagian kecil menjawab gejala lain; sakit kepala 84% dan 29% pucat dan tidak nafsu makan. Pengetahuan tentang penularan malaria melalui gigitan nyamuk sebesar adalah 91,5% (Mardiana,2010). Menurut hasil penelitian Sapardiyah,S (1997) di daerah Mimika Timur pengetahuan penyakit malaria berkisar 94,9% - 97,4% mengetahui tanda sakit malaria adalah demam (79,5%-96,8%) dan penularannya melalui gigitan nyamuk (41,3-52,6%) sedangkan penderita yang melakukan pengobatan sendiri berkisar (22,4-78,3%). Pengetahuan tentang obat baru malaria di daerah mantewe, Tanah Bumbu hanya seorang yang menjawab tahu tentang ACT sedangkan 19,9% menjawab kloroquin, 23% menjawab fansidar, dan 69% menjawab kina (Mardina, 2010). Menurut penelitian yang dilakukan Supardi dan Notosiswoyo (2005) pengetahuan pengobatan sendiri umumnya masih rendah dan kesadaran masyarakat untuk membaca label pada kemasan juga masih kecil. Sumber informasi utama untuk pengobatan sendiri umumnya berasal dari media massa.

2.11.3. Pendidikan

Pendidikan berhubungan dengan inisiatif melakukan pengobatan sendiri, hasil penelitian Figueras (2000) menyatakan responden berpendidikan tinggi lebih banyak melakukan pengobatan sendiri secara rasional. Dharmasari dalam penelitiannya menemukan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi pengobatan sendiri yang aman, tepat dan rasional. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin rasional dan berhati-hati dalam memilih obat untuk pengobatan sendiri. Hasil penelitian Lapau (1978;Nandipinta;2000) pendidikan berhubungan dengan pengobatan sendiri semakin tinggi tingkat pendidikan orang makan semakin banyak mempergunakan sarana pengobatan, (Puskesmas). Hal ini dimungkinkan berkaitan dengan informasi yang diterima orang dengan pendidikan rendah baik akses maupun sumber informasinya

2.11.4. Pekerjaan

Pekerjaan erat kaitannya dengan pencarian pengobatan, hal ini sejalan dengan hasil penelitian Susi Ari Kristina (2007) di Depok, Sleman, bahwa faktor

sosiodemografi yaitu jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan dan tingkat pendapatan berhubungan dengan perilaku pengobatan sendiri yang rasional.

2.11.5. Persepsi penyakit

Menurut Koentjaraningrat (1981) persepsi adalah akal manusia yang sadar meliputi fisik, fisiologis dan psikologis yang megolah bermacam-macam input sebagai penggambaran lingkungan. Persepsi merupakan perlakuan yang melibatkan penafsiran melalui proses berpikir tentang apa yang dilihat, didengar, dialami, atau dibaca sehingga mempengaruhi tingkah laku, percakapan, serta perasaan seseorang.

Persepsi merupakan keadaan merupakan yang terjadi bila penginderaan disatukan dan dikoordinasikan ke dalam pusat syaraf yang lebih tinggi (otak) sehingga manusia dapat mengenali dan menilai obyek persepsi berdasarkan asas refleks yaitu penginderaan-persepsi-reaksi. Perbedaan obeservasi individu yang berbeda disebabkan beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut yang akan mempengaruhi persepsi mungkin berbeda pada subyek/pelaku, obyek, atau lingkungan tempat terjadinya (Sarwono 2001).

Horton dalam Foster (1986) menyatakan bahwa populasi tertentu telah hidup berdampingan dengan penyakit tertentu selama beberapa generasi. Seleksi alamiah memiliki peranan penting dalam mengembangkan resistensi dalam diri manusia terhadap penyakit-penyakit seperti, typhoid, disentri, cacar, malaria dan sebagainya. Individu-individu yang telah bisa melewati masa kanak-kanaknya kemungkinan memiliki tambahan resistensi menghadapi penyakit-penyakit tersebut. Rosenstok (1974) menyatakan tindakan individu dalam mencari pengobatan penyakit akan berkaitan dengan keseriusan penyakit tersebut terhadap penderita.

2.11.6. Biaya.

Berdasarkan hasil penelitian Gani A, (1982) di Karanganyar bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan pelayanan kesehatan antara lain masalah jarak dan biaya. Biaya mempunyai efek yang positif terhadap penggunaan pelayanan tradisional. Demikian pula hasil penelitian Syaiful kamal di Kabupaten

Ogan Komering Ulu, penderita yang mengeluarkan biaya rendah memiliki kecenderungan 4,04 kali membeli obat malaria di warung dibandingkan yang mengeluarkan biaya tinggi.

2.11. 7. Jarak

Pengaruh jarak dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat dominan karena berkaitan dengan akses, hal ini sesuai dengan penelitian Lavy dan Garmain (1994). Penelitian Lapau (1978) di Sulawesi Selatan mendapatkan 3 rukun kampung dengan jarak antara 0,5-3km dari puskesmas persen pemanfaatan Puskesmas masing-masing kampung 42,1%,25,8% dan 13,6%. Semakin jauh jarak dari puskesmas semakin sedikit pemanfaatan puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan bagi keluarga-keluarga mereka.

2.11.8 Nasihat Keluarga

Lewin dalam Notoatmojo (2003) menyatakan hal-hal yang memotivasi seseorang untuk bertindak diantaranya adanya nasihat atau anjuran dari pihak lain seperti keluarga, tetangga dan orang-orang yang dianggap penting lainnya. Menurut Rosentsock (1974) faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan adalah faktor eksternal antara lain nasihat atau anjuran dari keluarga penderita, Jika seseorang sakit faktor eksternal diperlukan untuk mendorong seseorang bertindak mencari pengobatannya.

2.11.9 Penyuluhan

Penyuluhan merupakan upaya untuk mengubah perilaku kesehatan melalui persuasi, himbauan, ajakan, dan sebagainya dengan cara pemberian informasi melalui pendidikan atau penyuluhan kesehatan. Menurut Hobart, Pengambilan keputusan pada orang sakit belum tentu obyektif karena dipengaruhi iklan. Rendahnya minat baca pada masyarakat menyebabkan minat mencari informasi kesehatan melalui media audio visual atau media massa rendah sehingga penyuluhan kesehatan merupakan hal yang dianggap paling efektif (Martuti 1995).

2.11. Kerangka Teori

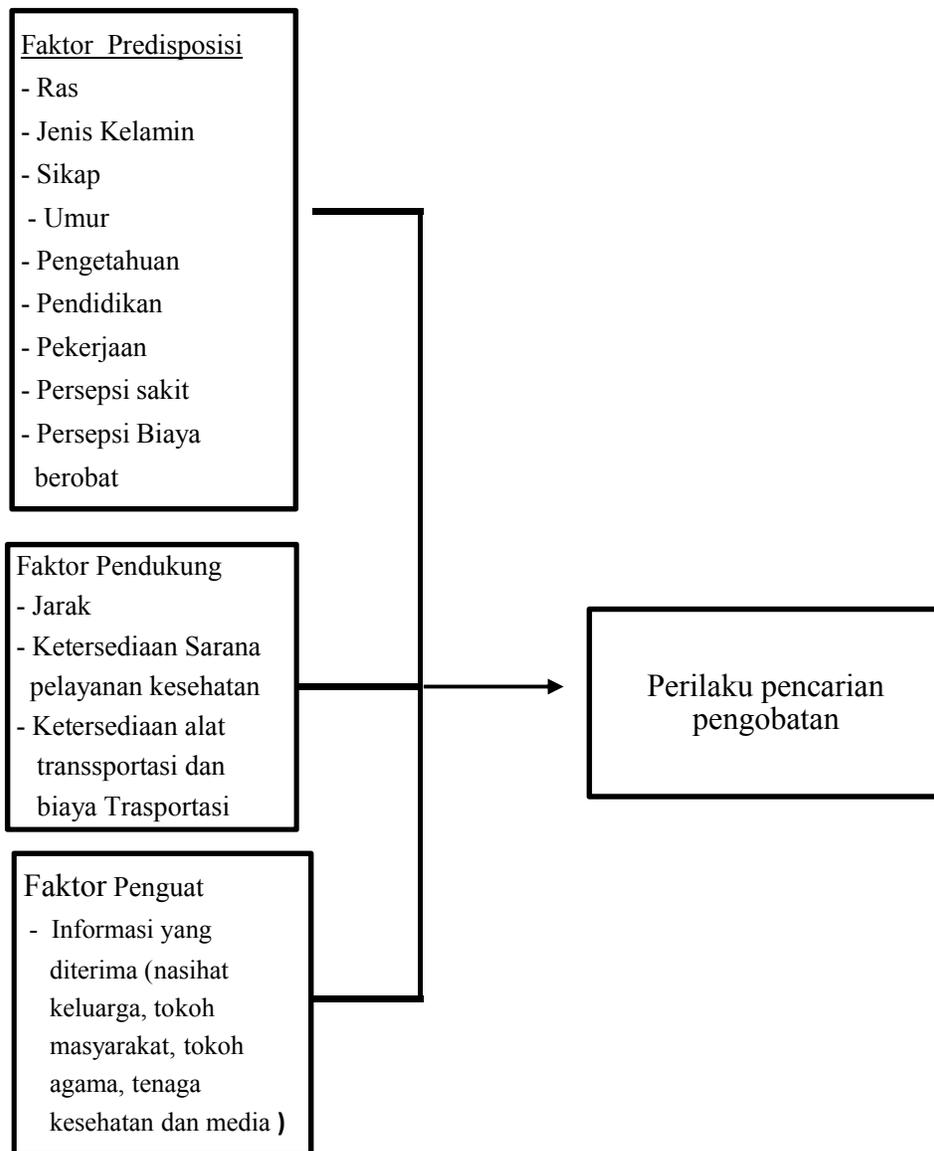
Berdasarkan tinjauan pustaka diatas ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan penyakit malaria antara lain :

1. Faktor Pre disposisi yaitu
 - a. Pengetahuan, sikap, kepercayaan, mengenai malaria dan tanggung jawab individu terhadap penyembuhan maraia
 - b. Pengalaman tentang pengobatan yang sama sebelumnya termasuk efek samping atas pengobatan itu.
 - c. Persepsi sehat-sakit malaria, tingkat keparahan dan persepsi biaya pengobatan.
2. Faktor Pendukung
 - a. Jarak tempuh ke tempat pelayanan kesehatan, (dokter, mantri, bidan, apotek, toko obat dan lain sebagainya)
 - b. Ketersediaan sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas, BP, Bidan dan lain-lain) yang dapat dimanfaatkan.
 - c. Ketersediaan alat transportasi yang dapat dimanfaatkan untuk mendukung menuju ke tempat pelayanan kesehatan

3. Faktor Penguat

Adanya informasi yang diterima penderita melalui berbagai saluran yang dapat mempengaruhi penderita dalam mengambil keputusan (penyuluhan, nasihat keluarga, petugas kesehatan, tokoh masyarakat, media massa dan lain-lain)

Dari beberapa teori diatas maka dapat dirangkum tentang kerangka teori yang mendasari seseorang untuk melakukan pencari pengobatan malaria klinis yang dideritanya sebagaimana digambarkan dalam gambar 2.3. dibawah ini.



Gambar 2.3 Bagan kerangka teori perilaku pencarian pengobatan malaria

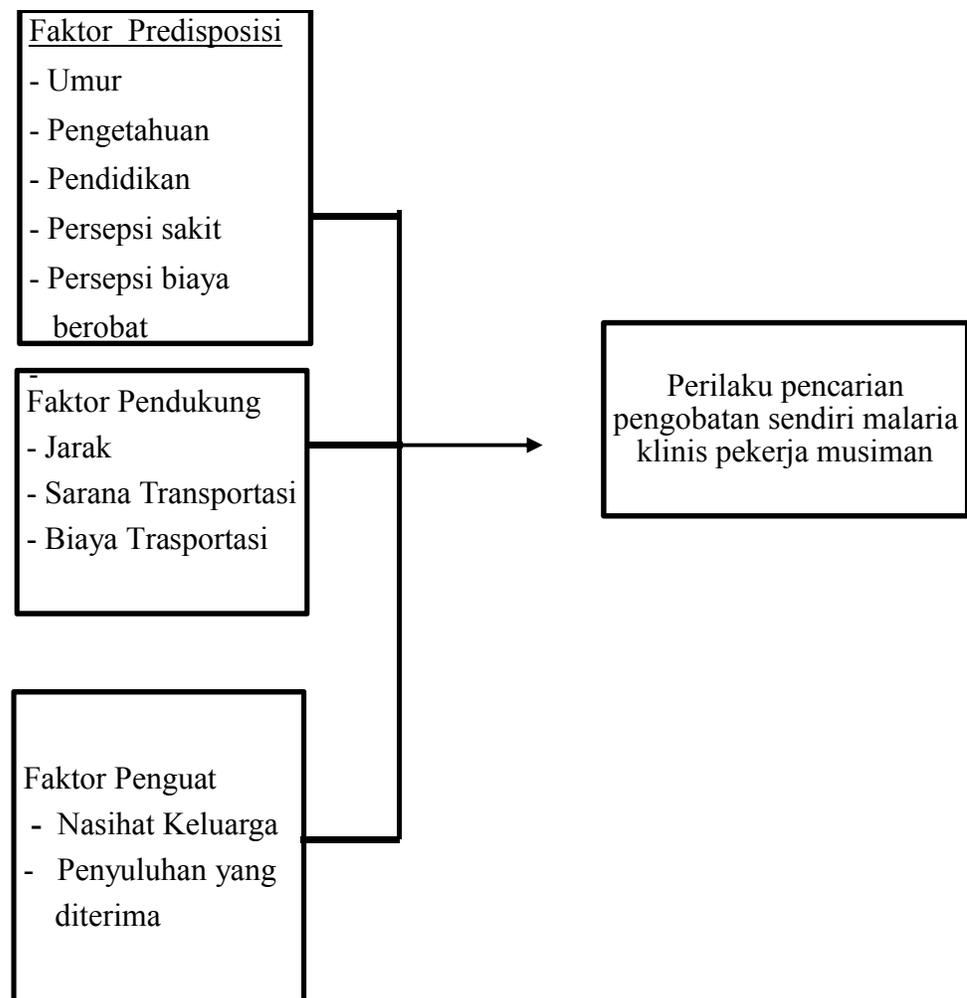
Sumber : Modifikasi Teori L Green dalam Notoatmodjo (2010)

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep ini digunakan untuk memberikan alur dan arah penelitian ini serta hubungan variabel dependen dengan variabel independen yang secara konseptual dapat digambarkan dalam gambar kerangka konsep dibawah ini.



Gambar 3.1. Kerangka konsep penelitian perilaku pencarian pengobatan.

Berdasarkan kerangka konsep tersebut dapat dijelaskan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen yaitu perilaku pencarian pengobatan malaria pekerja musiman di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan. Variabel independen yang diteliti adalah variabel faktor pre-disposisi (umur, pendidikan, persepsi sakit, persepsi biaya obat), faktor pendukung (jarak, sarana transportasi, biaya transportasi) dan faktor penguat (nasihat keluarga, penyuluhan diterima)

3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasioanal	Skala	Hasil ukur
1	Perilaku pencarian pengobatan	Perilaku pencarian pengobatan pekerja musiman yang mengalami gejala klinis malaria setelah kepulangan dari luar Jawa dalam waktu 1 bulan setelah kepulangannya yang terakhir	Nominal	(0) Pengobatan sendiri (1) Ke layanan kesehatan
2	Pekerja musiman	Adalah para pekerja yang bekerja pada sektor informal (khususnya di bidang perkebunan dan pertambangan) ke luar Pulau Jawa dalam jangka waktu tertentu dengan kepulangan ke tempat asal paling lama 6 bulan.	Nominal	(1) Penebang kayu (2) Perkebunan (3) Pekerja Bangunan (4) Pertambangan (5) Lain-lain_____
3	Malaria Klinis	Penderita yang menderita kombinasi gejala klinis malaria antara lain demam, dingin, sakit kepala, sakit punggung, dan mengigil berdasarkan algoritme hasil penelitian Syamsir di Kabupaten Donggala Sulawesi Tengah tahun 2001. Dari lima gejala yang ada maka didapatkan 8 kombinasi yang masuk sebagai gejala malartia klinis malaria yaitu : 1. Demam, ingin , sakit kepala 2. Demam, mengigil, sakit kepala 3. Demam, dingin, mengigil 4. Demam Sakit Kepala 5. Demam, dingin, mengigil, sakit punggung 6. Demam, dingin, sakit punggung 7. Sakit kepala, dingin 8. Demam, dingin, sakit kepala, sakit punggung	Nominal	1. Demam, ingin , sakit kepala 2. Demam, mengigil, sakit kepala 3. Demam, dingin, mengigil 4. Demam Sakit Kepala 5. Demam, dingin, mengigil, sakit punggung 6. Demam, dingin, sakit punggung 7. Sakit kepala, dingin 8. Demam, dingin, sakit kepala, sakit punggung

4	Umur	Adalah jumlah ulang tahun yang dialami responden selama hidupnya sampai dengan saat wawancara dilakukan. Pengelompokan umur dilakukan usia muda dan usia tua. Usia muda jika dibawah mean atau median dan usia tua diatas atau sama dengan mean atau median.	Ordinal	(0) Umur Muda (1) Umur Tua
4	Pengetahuan	Kemampuan yang dimiliki responden dalam menjawab pertanyaan dengan benar tentang penyebab, tanda-tanda, pencegahan, dan pengobatan malaria. Jumlah Pertanyaan 9 dengan nilai 0-3. Nilai tertinggi 15 dan terendah 0. Nilai yang didapat dikalikan indeks 100 dan dibagi dengan kemungkinan nilai tertinggi (15) sehingga nilai tertinggi yang mungkin diperoleh adalah 100. Kategori didasarkan pada distribusi nilai median atau mean	Ordinal	(0) Rendah nilai \leq mean atau median. (1) Tinggi nilai $>$ mean atau median.
5	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang diselesaikan oleh responden. Pengelompokan dilakukan atas pendidikan dasar (SD) dan pendidikan lanjut.(SMP dan SMA)	Ordinal	(0) SD atau sederajat. (1) \geq SMP ke atas
6	Persepsi Sakit	Adalah persepsi responden tentang kemungkinan potensi ancaman penyakit malaria terhadap jiwa dan aktivitas sehari-hari. Persepsi sakit di kategorikan menjadi 2 kategori. Ringan apabila penyakit malaria dianggap responden tidak mengganggu aktifitas sehari-hari dan berat apabila penyakit malaria dianggap menyebabkan responden tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari atau istirahat total.	Ordinal	(0) Berat (1) Ringan.

7	Persepsi biaya obat	Persepsi responden tentang biaya yang harus dikeluarkan dalam menerima pengobatan, termasuk untuk membeli obat.	Ordinal	(0) Mahal (1) Murah
8	Jarak	Jarak yang ditempuh oleh responden ke tempat pelayanan kesehatan. Jauh jika lebih dari 3 km dan dekat jika kurang dari 3 km	Ordinal	(0) Jauh > 3 km (1) Dekat < 3 km
9	Sarana transportasi	Adalah alat transportasi yang digunakan responden untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan pulang pergi. Kategori yang digunakan adalah menggunakan kendaraan sendiri atau tidak.	Nominal	(0) Tidak (1) Ya
10	Biaya Transportasi	Adalah biaya yang dikeluarkan dengan atau tanpa alat transportasi yang digunakan responden untuk mencapai dari tempat pelayanan kesehatan pulang pergi. Kategori yang digunakan adalah mahal jika lebih dari Rp. 20.000,- dan murah jika kurang atau sama dengan Rp.20.000,-.	Ordinal	(0) Mahal > Rp. 20.000,- (1) Murah ≤ Rp. 20.000,-
11	Nasihat Keluarga	Adakah saran, petunjuk, anjuran dan dorongan atau inisiasi dari orang lain (kelurga, teman, tetangga) kepada responden untuk mencari pengobatan. Tidak jika datang ke tempat pengobatan atau pelayanan kesehatan atas kemauan sendiri dan ya jika dilakukan atas anjuran orang lain tersebut diatas.	Nominal	(0) Tidak (1) Ya
12	Penyuluhan diterima	Adalah program atau kegiatan penyampaian informasi oleh petugas kesehatan, LSM kepada masyarakat yang bertujuan untuk menyebarluaskan tentang penyakit yang diterima oleh responden dalam kurang dari enam bulan terakhir.	Nominal	(0) tidak (1) Ya

3.2 Hipotesis

- 3.2.1** Ada hubungan antara faktor umur, pengetahuan, pendidikan, persepsi sakit, dan persepsi biaya berobat dengan perilaku pengobatan sendiri malaria klinis pekerja musiman keluar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012.
- 3.2.2** Ada hubungan antara faktor jarak, sarana dan biaya transportasi dengan pengobatan sendiri malaria klinis pekerja musiman ke luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012.
- 3.2.3** Ada hubungan antara faktor nasihat keluarga, dan penyuluhan yang diterima dengan perilaku pengobatan sendiri malaria klinis pekerja musiman keluar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* yang meneliti perilaku pencarian pengobatan malaria pekerja musiman dan faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku tersebut. Pengukuran variabel dilakukan pada saat yang bersamaan ketika penelitian berlangsung dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Desain ini memiliki kelemahan tentang tidak diketahuinya sebab atau akibat. Desain ini dipilih karena dapat diketahuinya prevalensi perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman relatif lebih murah dan mudah serta hasilnya cepat dapat diperoleh.

4.2. Tempat dan waktu Penelitian

Daerah yang dijadikan lokasi penelitian adalah puskesmas Tegalombo Kabupaten, Pacitan yang terdiri atas 7 Desa wilayah kerja Puskesmas. Pengumpulan data primer dilakukan mulai bulan Maret – Mei 2012.

4.3. Populasi dan sampel

4.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pekerja musiman yang mengalami gejala malaria klinis paling lama satu bulan setelah kepulangan dari luar Jawa di wilayah kerja Puskesmas Tegalombo dengan kepulangan kurang dari atau sama dengan 6 bulan terakhir pada saat dimulainya penelitian.

4.3.2. Sampel

Adalah sebagian pekerja musiman yang mengalami gejala malaria klinis paling lama 1 bulan setelah kepulangannya dengan kepulangan dari luar Jawa kurang dari atau sama dengan 6 bulan terakhir yang memenuhi kriteria inklusi sebagai sampel, yang melakukan semua upaya pengobatan bagi dirinya baik pengobatan sendiri maupun ke tenaga kesehatan atau unit pelayanan kesehatan yang ada.

4.3.2.1. Kriteria Inklusi

1. Responden adalah penduduk di wilayah kerja puskesmas Tegalombo yang bekerja sebagai pekerja musiman ke luar Pulau Jawa.
2. Responden merupakan pekerja musiman ke luar Pulau Jawa dengan waktu kepulangan maksimal 6 bulan.
3. Responden berumur \geq dari 17 tahun dan atau sudah kawin
4. Responden dapat berkomunikasi dengan baik
5. Responden bersedia menjadi subyek penelitian ini

4.3.2.2. Kriteria Ekslusi

1. Responden yang mempunyai riwayat penyakit lain selain malaria dan mencari pengobatan karena penyakit tersebut
2. Responden tidak dapat berkomunikasi dengan baik.
3. Responden tidak bersedia menjadi subyek penelitian

4.4. Besar Sampel

Besar sampel minimal dihitung dengan menggunakan uji hipotesis untuk uji hipotesis beda 2 proporsi (Lemenshow et.al,1997).

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{[2P(1-P)]} + Z_{1-\beta}\sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

dimana :

n = Jumlah Sampel yang diperlukan

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ pada CI 95%

$Z_{1-\beta} =$ Kekuatan Uji = 90% = 1,282

P_1 = Proporsi malaria klinis terpapar faktor risiko yang mencari pengobatan di sarana pelayanan kesehatan.

P_2 = Proporsi malaria klinis tidak terpapar faktor risiko yang mencari pengobatan di sarana pelayanan kesehatan.

Dengan menggunakan rumus diatas didapatkan hasil dari 10 variabel yang akan diteliti sebagai berikut :

Tabel 4. 1 Hasil perhitungan besar sampel berdasarkan variabel yang akan diteliti di Puskesmas Tegalombo tahun 2012

No	Variabel	P1	P2	OR Asumsi	α	1- β	$Z_{\alpha/2}$	n	Ket
1	Umur	0.44	0.66	1.5	1,96	90	1,282	106	SK
2	Pengetahuan	0.598	0.402	-	1,96	90	1,282	135	DE
3	Pendidikan	0.40	0.60	1.5	1,96	90	1,282	130	BA
4	Persepsi sakit	0.21	0.42	2	1,96	90	1,282	101	BA
5	Persepsi Biaya berobat	0.121	0.294	-	1,96	90	1,282	93	DE
6	Jarak	0.127	0.32	2.5	1,96	90	1,282	96	BA
7	Sarana Transportasi	0.352	0.70	2	1,96	90	1,282	42	SK
8	Biaya Transportasi	0.331	0.66	2	1,96	90	1,282	47	BA
9	Nasihat keluarga	0.48	0.72	1.5	1,96	90	1,282	86	BA
10	Penyuluhan diterima	0.626	0.373	-	1,96	90	1,282	80	BA

Ket : BA : Budi Andri (2006)

SK : Saiful Kamal (2001)

DE ; Dianita Ekawati (2002)

Berdasarkan perhitungan tersebut maka jumlah sampel terbesar adalah 135 sehingga dalam penelitian ini dipakai sampel 135 kali 2 adalah 270 responden.

4.4.1. Prosedur Pengambilan sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan cara total cluster satu tahap dan random acak sederhana. Pemilihan subyek penelitian menggunakan cara probabilitas dengan besar klaster (*Propobability proportional to size*), hal ini dilakukan agar setiap subyek penelitian yang ada dalam klaster memiliki kesempatan yang sama untuk dipilih sebagai sampel. Klaster dalam penelitian ini adalah desa, berdasar perhitungan besar sampel maka sampel pada masing-masing desa sebagai berikut:

Tabel 4.2. Proportional purpose to size menurut jumlah pekerja musiman di Puskesmas Tegalombo tahun 2011

	Desa	Penduduk	Pekerja Musiman	Sampel
P	Kebondalem	2656	37	8
	Gedangan	1373	62	13
	Ngreco	5484	137	31
	Kemuning	5345	151	34
P	Tegalombo	7301	124	28
	Kasihani	3696	237	53
	Pucangombo	6681	498	103
	Jumlah	32536	1246	270

Perhitungan jumlah sampel masing-masing desa didasarkan atas proporsi jumlah pekerja musiman yang tercatat pada tahun 2011. Proporsi jumlah pekerja musiman terhadap jumlah pekerja musiman secara keseluruhan.

Pengambilan sampel lapangan dilakukan dengan random acak sederhana dengan tahapan sebagai berikut :

1. Melakukan pendataan pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa mulai bulan Oktober 2011 sampai dengan bulan Maret 2012.
2. Data nama-nama pekerja musiman legal diperoleh dari Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi Pacitan berdasarkan kontrak kerja yang dijalani. Sedangkan tenaga kerja musiman yang illegal data nama-nama pekerja diperoleh dari pengerah tenaga kerja di wilayah kerja puskesmas Tegalombo, berdasarkan informasi para pekerja musiman yang pernah berangkat, dan informasi dari puskesmas Tegalombo.
3. Daftar yang diperoleh di lakukan urutan dilakukan koding berdasarkan nomor urut.
4. Pengacakan dilakukan atas dasar nomor tersebut berdasarkan jumlah sampel yang diperlukan untuk setiap desa sebagai dasar untuk memulai survey di lapangan pada saat wawancara akan dilakukan dengan bantuan software excel
5. Wawancara dilakukan dengan kuesioner dimulai nomor terpilih pada masing-masing desa, jika ada sampel yang yang tidak memenuhi syarat

setelah dilakukan wawancara maka dikeluarkan dari sampel dan dilanjutkan pada nomor berikutnya sampai dengan sampel yang dibutuhkan terpenuhi.

4.5. Langkah-langkah Penelitian

4.5.1. Pengumpulan data primer

Pengumpulan data primer dilakukan berdasarkan hasil wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Pengumpulan data dilakukan oleh juru malaria desa dan bidan desa untuk desa yang tidak terdapat JMD (Juru Malaria Desa) dengan total berjumlah 7 orang, dengan melakukan penjelasan tentang kuesioner 2 hari sebelum pengumpulan data dilakukan melalui on the job training pewawancara. Pengumpulan data dilakukan 7 minggu mulai minggu ke 3 Maret sampai dengan awal Mei 2012.

4.5.2. Pelaksanaan wawancara

4.5.2.1. Persiapan penelitian

Sebelum penelitian dilakukan maka dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Melakukan uji coba kuesioner pada calon responden untuk melihat pemahaman responden dengan kuesioner yang telah di buat dan dilakukan terhadap 15 responden pada kecamatan lain yang secara demografi mirip dengan daerah penelitian.
2. Pelatihan tenaga pewawancara serta pembagian tugas dan tanggung jawab antara petugas pewawancara dan supervisor untuk kelancaran pelaksanaan penelitian.

4.5.2.2. Pengumpulan data

Sebelum dilakukan wawancara kepada responden diberikan *informed consent* untuk meminta kesediaan responden ikut dalam penelitian. Responden yang bersedia mengikuti penelitian diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, dan manfaat penelitian bagi responden serta manfaat bagi program pemberantasan dan penanggulangan malaria

Seluruh pengumpulan data dinyatakan selesai dan telah dilakukan pemeriksaan akhir kuesioner tentang kelengkapan data didalamnya. Data tentang ;

umur, jenis kelamin; pendidikan, jenis pekerjaan, perilaku pengobatan malaria para pekerja musiman dan faktor-faktor mempengaruhinya.

4.6. Pengolahan data

Data yang diperoleh dilakukan pengolahan data secara digital dengan bantuan komputer dengan langkah-langkah :

1. Pemeriksaan data

Data yang telah diperoleh dilakukan editing atau pemeriksaan data tentang kelengkapan dan ketepatan pengisian kuesioner

2. Penandaan data atau koding

Koding data diperlukan untuk memudahkan dalam pengolahannya yang disesuaikan dengan kode angka yang telah ditetapkan sebelumnya pada bagian kanan isian kuesioner.

3. Entry data

Kode-kode pada jawaban dalam kuesioner dipindahkan ke dalam format isian komputer dengan menggunakan program SPSS 16. Hasil akhir entri data merupakan data induk dari semua format pengolahan data penelitian.

4. Cleaning data

Pengecekan data dilakukan untuk meneliti ulang data-data semua variabel yang diperoleh sehingga telah komplit dan siap dilakukan analisis

4.7. Analisis data

4.7.1. Analisis univariat

Dimaksudkan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi semua variabel penelitian. Ukuran yang dipergunakan dalam analisis ini adalah angka absolut atau prosentase yang disajikan dalam bentuk tabel atau grafik.

4.7.2. Analisis Bivariat

Analisi bivariat dipergunakan untuk menilai hubungan antara variabel bebas dengan variabel dependen secara statistik. Uji statistik yang akan digunakan adalah *Chi Square* untuk melihat ada tidaknya asosiasi atau hubungan antara 2 variabel dengan nilai $p = 0,05$. Analisis dilakukan dengan tabel silang 2x2 untuk

menghitung nilai *odds ratio* dan nilai *confidence interval* (CI). Uji statistik yang digunakan adalah *Chi square* dengan menggunakan tingkat kemaknaan 95% ($\alpha=5\%$).

Faktor risiko	+	-	Total
+	A	B	a+b
-	C	D	c+d
Total	a+c	b+d	

Odds pada kelompok kasus = $a/a+c : c/a+c = a/c$

Odds pada kelompok bukan kasus = $b/b+d : d/b+d = b/d$

OR = $a/c : b/d = ad/bc$

Bila OR =1 artinya tidak terdapat asosiasi

Bila OR < 1 artinya faktor risiko negatif (efek perlindungan)

Bila OR > 1 artinya faktor risiko positif (sebagai penyebab)

4.7.3. Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan menganalisis secara bersama-sama faktor risiko yang bermakna secara statistik terhadap variabel perilaku pencarian pengobatan dengan regresi logistik ganda.

Hasil analisa bivariat dipilih variabel dengan nilai $p < 0,25$ dan dimasukkan dalam kandidat model multivariat, hal ini dilakukan untuk mengetahui hubungan faktor-faktor yang diteliti secara bersama-sama

Tahap pertama analisis diawali dengan melakukan pemilihan variabel independen yang akan masuk ke dalam model berdasarkan pada nilai p yang $<0,25$. Regresi logistik dilakukan bersama-sama terhadap semua variabel independen dengan melihat nilai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang nilai $p > 0,05$ secara bertahap dimulai dari nilai p value yang terbesar. Pengeluaran variabel independen dihentikan setelah semua variabel yang tersisa memiliki nilai $p < 0,05$. Dan terakhir menyusun model akhir dari regresi logistik dari penelitian ini.

Variabel yang layak dimasukkan ke dalam analisis regresi logistik ialah variabel dengan nilai odds ratio batas bawah dan tidak menyinggung atau hampir 1 (Basuki, 1999).

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Situasi Daerah Penelitian

5.1.1 Kondisi geografi

Kabupaten Pacitan merupakan salah satu dari 38 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang letaknya berada dibagian paling selatan barat daya wilayah Propinsi Jawa Timur. Luas wilayahnya 1.389,87 Km² dan secara administratif terletak diantara koordinat 110°50'00"– 111°25'00" bujur timur dan 07°55'00 – 08°17'00" lintang selatan. Adapun batas-batas wilayah kabupaten Pacitan adalah sebagai berikut:

- Disebelah utara : Kabupaten Ponorogo (Jatim) dan Wonogiri (Jateng)
- Disebelah timur : Kabupaten Trenggalek (Jatim)
- Disebelah selatan : Samudra Indonesia
- Sebelah barat : Kabupaten Wonogiri (Jateng)

Puskesmas Tegalombo terletak 35 km kearah timur laut dari kota pacitan dan berjarak 234 km dari Surabaya ibukota Propinsi Jawa Timur. Wilayah kerja Puskesmas Tegalombo meliputi 7 (tujuh) desa dari 11 (sebelas) desa di kecamatan Tegalombo, yaitu: Desa Tegalombo, Pucangombo, Kasihan, Kemuning, Ngreco, Gedangan dan Kebondalem dengan batas wilayah sebagai berikut :

- Utara : Kecamatan Bandar
- Selatan : Kecamatan Tulakan
- Timur : Wilayah Puskesmas Gemaharjo
- Barat : Kecamatan Arjosari

Luas wilayah kecamatan Tegalombo : 6.670 Ha dengan perincian sebagai berikut :

- Daerah pemukiman : 2.890 Ha = 17 %
- Sawah : 2.940 Ha = 17,60 %
- Ladang : 7.170 Ha = 43 %
- Hutan : 610 Ha = 3,70%
- Perkebunan : 2.940 Ha = 17,65

5.1.2. Pelaksanaan program malaria di Kabupaten Pacitan

Malaria di kabupaten pacitan telah merupakan masalah kesehatan sejak lama, namun dengan seiring penurunan jumlah kasus yang ada, perhatian pemerintah baik Kabupaten maupun Propinsi juga terjadi penurunan, sehingga kegiatan pemberantasan penyakit malaria tidak lagi menjadi masalah prioritas.

Kegiatan pemberantasan penyakit malaria yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan antara lain :

1. Penemuan penderita dan pengobatan penderita
 - a. Penemuan secara aktif karena terbatasnya pendanaan hanya dilakukan di Puskesmas Tegalombo pada tahun 2010 dengan jumlah JMD 15 orang, sedangkan tahun 2011 dan 2012 dilakukan di wilayah Puskesmas Tegalombo dan Tulakan dengan JMD 10 atas biaya Pemerintah Propinsi.
 - b. Penemuan secara pasif dilakukan di setiap puskesmas, pustu, posmaldes, dan laboratorium kesehatan daerah yang dahulu merupakan kantor malaria. Dari 24 Puskesmas yang ada, semua Puskesmas dengan petugas laboratorium, dan yang terlatih sebagai mikroskopis malaria 7 orang
 - c. Surveilans migrasi dilakukan untuk menemukan kasus pada pekerja yang pulang dari luar Jawa dengan melakukan pengambilan darah untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium malaria.

2. Pencegahan penyakit

Pencegahan penyakit dilakukan dengan kelambunisasi terbatas dilakukan di Puskesmas Tegalombo atas bantuan Dinas propinsi Jawa Timur, sedangkan IRS (*indoors residual spraying*) tidak dilakukan lagi karena ketiadaan pendanaan dari APBD Kabupaten.

5.2 Pelaksanaan penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret sampai Mei 2012 dengan daerah penelitian adalah wilayah kerja Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan yang terdiri atas 7 Desa. Jumlah data pekerja musiman yang terdata sebanyak 600

orang dan yang dilakukan wawancara 469 sedangkan jumlah yang memenuhi kriteria sebagai sampel 270 sebagaimana rincian pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.1 Hasil pendataan dan wawancara yang dilakukan untuk mendapatkan sampel.

No	Desa	Data Pekerja musiman	Diwawancarai	Memenuhi sampel
1	Kebondalem	27	19	8
2	Gedangan	29	24	13
3	Ngreco	78	70	31
4	Kemuning	63	52	34
5	Tegalombo	55	45	28
6	Kasih	109	90	53
7	Pucangombo	239	169	103
	Jumlah	600	469	270

Jumlah sampel yang diperoleh dari perhitungan sampel adalah 270 responden. Pengambilan data dilakukan oleh 7 orang yang merupakan tenaga harian lepas (JMD) Puskesmas Tegalombo. Sebelum turun ke lapangan dilakukan pelatihan kepada tenaga pengumpul data terlebih dahulu, serta uji coba kuesioner sebelumnya. Wawancara dilakukan pada pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa, yang memenuhi kriteria sampel berdasarkan algoritme hasil penelitian Samsyir (2001) di Kabupaten Donggala, Sulawesi Tengah dan kriteria inklusi. Semua Responden yang memenuhi kriteria bersedia dilakukan wawancara.

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* dengan sampel adalah pekerja musiman yang mengalami gejala malaria klinis paling lama 1 bulan setelah kepulangannya dengan kepulangan dari luar Jawa kurang dari atau sama dengan 6 bulan terakhir yang memenuhi kriteria inklusi sebagai sampel, yang melakukan semua upaya pengobatan bagi dirinya baik pengobatan sendiri maupun ke tenaga kesehatan atau unit pelayanan kesehatan yang ada.

Data yang terkumpul selanjutnya dilakukan analisis secara univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat, bivariat dan multivariat dilakukan menggunakan program komputer SPSS versi 16.

5.3. Analisis Univariat

Analisis dilakukan dengan maksud untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi semua variabel penelitian. Ukuran yang dipergunakan dalam analisis ini adalah angka absolut atau prosentase yang disajikan dalam bentuk tabel atau grafik.

5.3.1. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan responden

Berdasarkan jenis pekerjaan responden di luar Pulau Jawa maka distribusi jenis pekerjaan responden sebagai berikut :

Tabel 5.2. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaannya di luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo 2012

No	Jenis Pekerjaan	n	%
1	Penebang kayu	129	47.78
2	Perkebunan	109	40.37
3	Pekerja bangunan	26	9.63
4	Pertambangan	5	1.85
5	lain-lain	1	0.37
	Jumlah	270	100.00

Jenis pekerjaan yang dijalani oleh responden pada saat bekerja di luar Pulau Jawa didominasi penebang kayu 47.78% dan perkebunan 40.37% sedangkan sisanya adalah jenis pekerjaan lain antara lain pekerja bangunan, pertambangan dan lain-lain.

5.3.2. Distribusi responden berdasarkan gejala malaria klinis

Berdasarkan gejala klinis yang di alami responden setelah kepulangannya di tempat asal adalah sebagai berikut :

Tabel 5.3. Distribusi kombinasi gejala yang dialami responden setelah kepulangannya dari luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo 2012

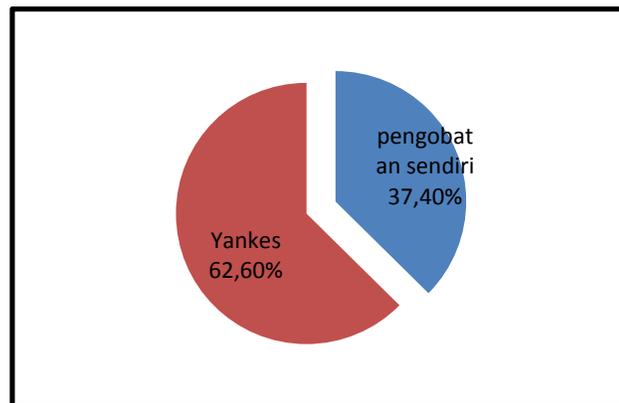
No	Gejala	N	%
1	Demam,dingin,sakit kepala	15	5.56
2	Demam,menggigil, sakit kepala	77	28.52
3	Demam,dingin,menggigil	58	21.48
4	Demam, sakit kepala	58	21.48
5	Demam,dingin,sakit punggung, menggigil	14	5.19
6	Demam,dingin,sakit punggung	1	0.37
7	Demam,dingin,sakit punggung, sakit kepala	47	17.41
	Jumlah	270	100.00

Dari tujuh kombinasi gejala distribusi kombinasi gejala yang dialami responden paling dominan adalah demam, mengigil, sakit kepala sebanyak 28.52%, demam, dingin, mengigil (21.48%), demam, sakit kepala (21.48%) demam, dingin, sakit punggung, sakit kepala (17.41%) dan sisanya gejala kombinasi lainnya.

5.3.3. Analisis variabel dependen

5.3.3.1 Perilaku Pencarian Pengobatan

Hasil analisis univariat variabel dependen yaitu tentang perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan tahun 2012 sebagai berikut :



Gambar 5.1. Proporsi perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012.

Berdasarkan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman tersebut responden yang melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya sebesar 169 orang (37.40%) dan yang mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan sebesar 101 orang (62.60%).

Tabel 5.4. Distribusi frekuensi pemberi layanan pengobatan malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012.

No	Jenis Yankes	n	%
1	Bidan	12	7.10
2	Mantri / Perawat	145	85.80
3	DPS	2	1.18
4	Puskesmas	10	5.92
	Total	169	100.00

Berdasarkan tabel 5.4 diatas dapat dilihat bahwa jenis layanan kesehatan yang paling banyak di kunjungi oleh pekerja musiman dalam melakukan pengobatan malaria klinis adalah mantri (perawat) 145 orang (85,80%), disusul bidan dan puskesmas masing-masing 12 (7,10%), ke puskesmas 10 orang (5,92%) sedangkan ke dokter hanya 2 orang (1.18%).

Tabel 5.5. Distribusi frekuensi pengobatan sendiri malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012

Pencarian pengobatan sendiri	n	%
Warung	81	80.20
Toko Obat	19	18.81
Apotik	1	0.99
Total	101	100.00

Berdasarkan tabel 5.5 diatas dapat dilihat bahwa tempat pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya oleh responden adalah warung 81 orang (80,20%), toko obat 18 (18,81%) dan apotik 1 orang (0.99%).

5.3.4. Analisis variabel independen

Hasil analisis univariat distribusi frekuensi variabel bebas tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pada pekerja musiman ke luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo tahun 2012 sebagai berikut.

5.3.4.1 Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*)

Variabel yang masuk dalam pre-disposisi antara lain umur, pendidikan, persepsi sakit, dan persepsi biaya berobat. Hasil analisis univariat faktor pre-disposisi tentang perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman ke luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo tahun 2012 dirangkum dalam tabel 5.6

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi variabel pre-disposisi perilaku pencarian pengobatan malaria klinis ke luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012

No	Variabel	Upaya Pencarian pengobatan				Jumlah	
		Pengobatan Sendiri		Ke pelayanan Kesehatan			
		n	%	n	%	n	%
1	Umur						
	- Muda	81	38.03	132	61.97	213	78.89
	- Tua	20	35.09	37	64.91	57	21.11
2	Pendidikan						
	- SD	79	36.92	135	63.08	214	79.26
	- SMP	21	41.18	30	58.82	51	18.89
	- SMA	1	20.00	4	80.00	5	1.85
3	Pengetahuan						
	- Rendah	50	53.19	44	46.81	94	34.81
	- Tinggi	51	28.98	125	71.02	176	65.19
4	Persepsi Sakit						
	- Ringan	29	51.79	27	48.21	56	20.74
	- Berat	72	33.64	142	66.36	214	79.26
5	Persepsi Biaya Berobat						
	- Mahal	35	35.35	64	64.65	99	36.67
	- Murah	66	38.60	105	61.40	171	63.33

5.3.4.1.1 Distribusi Menurut Umur.

Distribusi umur responden berdasarkan analisis data berdistribusi normal dengan nilai mean 33,90 tahun dan median 34.00 tahun, dengan umur termuda 17 tahun dan umur tertua 68 tahun. Berdasarkan normalitas data tersebut maka untuk kepentingan analisis dilakukan pengelompokan umur berdasarkan nilai median yaitu kelompok umur ≤ 34 tahun dikelompokkan dalam golongan usia muda dan > 34 tahun dikelompokkan dalam usia tua. Proporsi responden pada kelompok usia ≤ 34 tahun (muda) sebesar 78,89% sedangkan pada kelompok umur > 34 tahun (tua) 21,11%. Pada kelompok responden berumur baik muda maupun tua,

proporsi responden yang melakukan upaya pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya lebih kecil dibandingkan yang melakukan pencarian ke pelayanan kesehatan. Pada kelompok responden berumur ≤ 34 tahun proporsi responden yang melakukan pengobatan sendiri sebesar 81 responden (38.03%), sedangkan pada kelompok responden umur > 34 tahun responden yang melakukan pengobatan sendiri sebesar 20 responden (35.09%).

Pada kelompok responden berumur ≤ 34 tahun proporsi responden yang melakukan pencarian pengobatan ke layanan kesehatan sebesar 132 responden (61.97%), sedangkan pada kelompok responden umur > 34 tahun responden yang melakukan pencarian pengobatan ke layanan kesehatan sebesar 37 responden (64.91%).

5.3.4.1.2 Distribusi Menurut Pendidikan.

Berdasarkan pendidikannya proporsi responden terbagi pendidikan SD sebesar 214 responden (79,3%), SMP sebesar 51 responden (18,9%) dan SMA sebesar 5 responden (1,9%). Pada ketiga kelompok pendidikan SD, SMP dan SMA proporsi responden yang melakukan pengobatan sendiri. Lebih besar dibandingkan dengan responden yang melakukan pengobatan malaria klinis ke layanan kesehatan. Pada kelompok pendidikan SD perbandingan proporsi responden yang melakukan pengobatan sendiri sebesar 79 responden (36.92%), SMP sebesar 21 responden (41,18%) dan SMA sebesar 1 responden (20,00%).

Responden yang melakukan pencarian pengobatan ke layanan kesehatan pada masing-masing kelompok pendidikan adalah 135 responden (63,08%) berpendidikan SD, 30 responden (58,82%) berpendidikan SMP, dan 4 responden (80,00%) berpendidikan SMA.

5.3.4.1.3. Distribusi Menurut Pengetahuan.

Pengelompokan pengetahuan responden didasarkan atas 2 kategori yaitu pengetahuan rendah dan pengetahuan tinggi. Responden diberikan pertanyaan yang menyangkut tentang penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan pengobatan dengan jumlah pertanyaan 9. Penilaian didasarkan atas pertanyaan yang dapat dijawab oleh responden dengan mempertimbangkan tingkat kesulitannya. Nilai jawaban maksimal sebesar 15 dan dikalikan indeks 100 dibagi

15, sehingga nilai maksimal yang dapat diperoleh responden adalah 100. Data pengetahuan berdistribusi normal dengan nilai mean 62,60 dan median 66,66 dengan nilai terendah 23,33 dan nilai tertinggi 93,33. Berdasarkan normalitas data tersebut maka untuk kepentingan analisis dilakukan pengelompokan tingkat pengetahuan didasarkan nilai mean yaitu kelompok responden dengan nilai $\leq 62,66$ dikelompokkan dalam kategori tingkat pengetahuan rendah dan responden dengan nilai $> 62,66$ dikelompokkan dalam kategori tingkat pengetahuan tinggi. Proporsi responden berdasarkan pengetahuannya adalah 176 responden (65,19%) berpengetahuan tinggi dan 94 responden (34,81%).

Pada kelompok responden dengan pengetahuan rendah cenderung melakukan upaya pencarian pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dengan proporsi perbandingan antara responden yang melakukan upaya pencarian pengobatan sendiri 50 responden (53,19%) dan 51 responden (28,98%) responden dengan pengetahuan tinggi.

Sedangkan pada kelompok responden yang melakukan pencarian pengobatan ke layanan kesehatan 125 responden (71,02%) yang berpengetahuan tinggi dan 44 responden (46,81%) berpengetahuan rendah.

5.3.4.1.4. Distribusi Menurut Persepsi Sakit

Kelompok responden yang berpersepsi sakit ringan lebih banyak melakukan upaya pelayanan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya, sedangkan responden yang berpersepsi sakit berat cenderung melakukan upaya pengobatan malaria klinis ke layanan kesehatan.

Responden yang melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya berpersepsi sakit ringan sebesar 29 orang (51,79%) dan 72 orang (33,64%) berpersepsi sakit berat.

Responden yang melakukan pencarian pengobatan klinis malaria ke layanan kesehatan 27 responden (48,21%) berpersepsi sakit ringan dan 142 responden (66,36%) berpersepsi sakit berat.

5.3.4.1.5. Distribusi Menurut Persepsi Biaya Berobat

Perbandingan proporsi responden berdasarkan persepsi biaya obat adalah 171 responden (63,3%) berpersepsi mahal dan 99 responden (36,7%) berpersepsi

biaya berobat murah. Distribusi kelompok responden berdasarkan persepsi biaya obat baik yang berpersepsi murah atau mahal cenderung melakukan upaya pelayanan pengobatan ke layanan kesehatan dibandingkan yang melakukan pengobatan sendiri.

Responden berpersepsi biaya obat mahal yang melakukan upaya pengobatan sendiri sebesar 35 orang (35,35%) dan 66 responden (38,60%), berpersepsi biaya obat murah. Responden yang melakukan pencarian pengobatan ke layanan kesehatan memiliki persepsi biaya mahal sebesar 64 orang (64,65%) dan 105 responden (61,40%) berpersepsi biaya berobat malaria murah.

5.3.4.2 Faktor Pendukung (*Enabling factors*)

Variabel yang masuk dalam faktor pendukung antara lain jarak, sarana transportasi dan biaya transportasi. Hasil analisis univariat faktor pendukung tentang perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman ke luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan tahun 2012 sebagai berikut :

Tabel 5.7. Distribusi frekuensi variabel pendukung perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman ke luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012

No	Variabel	Upaya Pencarian pengobatan				Jumlah	
		Pengobatan Sendiri		Ke pelayanan kesehatan			
		n	%	n	%	n	%
1	Jarak						
	- Jauh	50	58.82	35	41.18	85	31.48
	- Dekat	51	27.57	134	72.43	185	68.52
2	Sarana Transportasi						
	- Tidak ada	51	37.23	86	62.77	137	50.74
	- Ada	50	37.59	83	62.41	133	49.26
3	Biaya Trasportasi						
	- Mahal	45	45.00	55	55.00	100	37.04
	- Murah	56	32.94	114	67.06	170	62.96

5.3.4.2.1 Distribusi Jarak Rumah ke Layanan Kesehatan

Berdasarkan jarak rumahnya ke layanan kesehatan dilakukan pengelompokan 2 kategori, yaitu jauh apabila jaraknya > 3 km dan dekat apabila jaraknya ≤ 3 km. Berdasarkan jarak proporsi responden berjarak dekat lebih

banyak dibandingkan yang berjarak jauh dengan perbandingan 85 responden (31,5%) dan 185 responden (68,5%).

Pada kelompok responden yang berjarak jauh dari layanan kesehatan memiliki kecenderungan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya sebesar 50 responden (58,82%) dan responden yang berjarak dekat kelayanan namun melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya sebesar 51 responden (27,57%).

Responden yang melakukan pencarian pengobatan kelayanan kesehatan berjarak jauh ke layanan kesehatan sebesar 35 orang (41,18%) dan yang berjarak dekat kelayanan kesehatan sebesar 134 responden (72,43%).

5.3.4.2.2 Distribusi Sarana Transportasi ke Layanan Kesehatan

Berdasarkan sarana transportasi yang dimiliki oleh responden dilakukan pengelompokan 2 kategori, yaitu memiliki kendaraan sendiri (sepeda motor atau mobil) dan tidak memiliki kendaraan sendiri apabila menggunakan alat transportasi lain ke layanan kesehatan (jalan kaki, ojeg, numpang dan kendaraan umum). Proporsi responden berdasarkan kepemilikan kendaraan adalah 133 responden (49,26%) memiliki kendaraan sendiri dan 137 responden (50,74%) tidak memiliki kendaraan sendiri. Pada kedua kelompok baik yang memiliki maupun tidak memiliki sarana transportasi memiliki kecenderungan melakukan upaya pencarian pengobatan malaria klinis ke layanan kesehatan.

Distribusi frekuensi responden berdasarkan kepemilikan kendaraan pada kelompok responden melakukan sendiri malaria klinis yang dideritanya 51 responden (37,23%) tidak memiliki dan 50 responden (37,59%) memiliki kendaraan sendiri.

Sedangkan pada kelompok responden yang melakukan pengobatan ke layanan kesehatan berdasarkan kepemilikan kendaraan perbandingan proporsinya 86 responden (62,77%) tidak memiliki kendaraan dan 83 responden (62,41%) ke memiliki kendaraan sendiri sebagai sarana ke layanan kesehatan.

5.3.4.2.3 Distribusi Biaya Transportasi ke Layanan Kesehatan

Berdasarkan biaya transportasi yang dikeluarkan oleh responden untuk menuju ke layanan kesehatan dilakukan pengelompokan 2 kategori, yaitu kategori

mahal apabila mengeluarkan biaya lebih dari Rp. 20.000,- dan murah apabila biaya yang dikeluarkan \leq Rp. 20.000,-.

Proporsi responden pada kelompok yang melakukan upaya pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya 45 responden (45,00%) menyatakan biaya transportasi mahal untuk ke layanan kesehatan dan 56 responden (32,94%) menyatakan biaya transportasi ke layanan kesehatan murah.

Proporsi responden yang melakukan pengobatan ke layanan kesehatan 55 orang (55,00%) mengatakan bahwa biaya transportasi ke layanan kesehatan mahal, dan 114 orang (67,06%) menyatakan biaya transportasi murah.

5.3.4.3 Faktor Penguat (*Reinforcing Faktor*)

Variabel yang masuk dalam faktor penguat antara lain nasihat keluarga dan penyuluhan yang diterima. Distribusi frekuensi faktor penguat tentang perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman ke luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan tahun 2012 sebagai berikut :

Tabel 5.8 Distribusi frekuensi variabel penguat perilaku pencarian pengobatan malaria klinis ke luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012.

No	Variabel	Upaya Pencarian pengobatan				Jumlah	
		Pengobatan sendiri		Ke pelayanan kesehatan			
		n	%	n	%	n	%
1	Nasihat Keluarga						
	- Tidak	42	48.28	45	51.72	87	32.22
	- Ya	59	32.24	124	67.76	183	67.78
2	Penyuluhan						
	- Tidak ada	59	32.42	123	67.58	182	67.41
	- ya	42	47.73	46	52.27	88	32.59

5.3.4.3.1 Distribusi Nasihat Keluarga

Berdasarkan nasihat keluarga yang diterimanya untuk melakukan pengobatan malaria klinis responden dikategorikan dalam dua kategori yang mendapatkan nasihat dan yang tidak. Proporsi responden responden yang mendapatkan nasihat keluarga untuk melakukan pengobatan malaria klinis yang dideritanya ke layanan kesehatan sebesar 183 responden (67.78%) sedangkan yang tidak mendapatkan nasihat keluarga sebesar 87 responden (32,22%).

Proporsi responden berdasarkan nasihat keluarga yang diterimanya pada kelompok responden yang melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya adalah 42 responden (48,28%) tidak mendapatkan nasihat keluarga dan 59 responden (32,24%) menyatakan mendapatkan nasihat keluarga untuk melakukan pengobatan malaria klinis yang dideritanya ke layanan kesehatan.

Proporsi responden berdasarkan nasihat keluarga yang diterimanya pada kelompok responden yang melakukan pengobatan malaria klinis yang dideritanya ke layanan kesehatan adalah 45 responden (51,72%) tidak mendapatkan nasihat keluarga dan 124 responden (67,76%) menyatakan mendapatkan nasihat keluarga untuk melakukan pengobatan malaria klinis yang dideritanya ke layanan kesehatan.

5.3.4.3.2 Distribusi Penyuluhan

Berdasarkan penyuluhan yang diterima responden tentang upaya pengobatan malaria klinis, responden dikategorikan dalam dua kategori yang mendapatkan penyuluhan tentang malaria dan yang tidak. Proporsi kelompok responden baik yang tidak dan yang mendapat penyuluhan, memiliki kecenderungan melakukan upaya pencarian pengobatan malaria klinis ke layanan kesehatan perbandingan proporsi 123 responden (67,6%) dan 46 responden (52,3%).

Pada kelompok responden yang melakukan pengobatan sendiri malaria klinisnya adalah 59 responden (32,42%) tidak mendapatkan penyuluhan tentang malaria dan 42 responden (47,73%) menyatakan mendapatkan penyuluhan tentang malaria

Proporsi responden yang melakukan pengobatan malaria klinisnya ke layanan kesehatan berdasarkan penyuluhan yang diterimanya adalah 123 responden (67,58%) tidak mendapatkan penyuluhan dan 46 responden (52,27%) menyatakan mendapatkan penyuluhan tentang malaria.

5.4. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel-variabel independen dengan variabel *dependen* dengan nilai batas kemaknaan 0.05. Untuk melihat besarnya hubungan dan nilai *odds ratio* antara variabel

dependen *perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman ke luar Jawa* dan variabel *independen* faktor pre-disposisi; umur, pengetahuan, pendidikan, persepsi sakit dan persepsi biaya berobat, variabel faktor pendukung; Jarak, sarana transportasi, dan biaya transportasi serta variabel faktor penguat ; nasihat keluarga dan penyuluhan yang diterima.

5.4.1 Hubungan antara faktor pre-disposisi dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Hasil analisis bivariat faktor predisposisi secara lengkap dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut ini.

Tabel 5.9. Hubungan antara variabel pre-disposisi dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis ke luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012

No	Variabel	Upaya Pencarian pengobatan		Jumlah	P	OR	95% CI
		Pengobatan sendiri	Ke pelayanan Kesehatan				
1	Umur						
	- Muda	81 (38.02%)	132 (61,97%)	213	0.800	1.14	0.617-2.090
	- Tua	20 (35.09%)	37 (64.91%)	57			
2	Pengetahuan						
	- Rendah	50 (53.19%)	44 (46.81%)	94	*0.001	2.79	1.656- 4.684
	- Tinggi	51 (28.98%)	125 (71.02%)	176			
3	Pendidikan						
	- SD	79 (36.92%)	135 (63.08)	214	0.864	0.90	0.494 -1.654
	- SMP + SMA	22 (39.29%)	34 (60,71%)	56			
4	Persepsi Sakit						
	- Ringan	29 (51,79%)	27 (48,21%)	56	*0.019	2.12	1.167 -3,844
	- Berat	72 (33,64%)	142 (66,36%)	214			
5	Persepsi biaya obat						
	- Mahal	66 (38,60%)	105 (61,40%)	171	0.689	1.15	0,687-1,922
	- Murah	35 (35,35%)	64 (64,65%)	99			

* *Bermakna secara statistik*

5.4.1.1 Hubungan Umur dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Sebagaimana terlihat di tabel 5.9 diatas menunjukkan bahwa responden baik pada kategori umur muda maupun tua tidak menunjukkan kecenderungan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dengan proporsi masing-masing sebesar 38,02% dari 213 responden berumur muda dan 35,09% dari 57 responden berumur tua.

Berdasarkan hasil uji bivariat menunjukkan bahwa responden yang berumur kurang dari 35 tahun (muda) mempunyai peluang 1.14 kali untuk melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan responden yang berumur 35 tahun keatas (tua), dengan nilai OR: 1.14 (95% CI: 0.617-2.090) dengan nilai $p = 0.800$ sehingga secara statistik variabel hubungan tersebut tidak bermakna

5.4.1.2 Hubungan Pengetahuan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Distribusi frekuensi menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan rendah memiliki kecenderungan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya sebesar dengan proporsi 53,19% dari 94 responden berpengetahuan rendah, sedangkan responden dengan pengetahuan tinggi memiliki kecenderungan untuk mencari pengobatan malaria klinis ke layanan kesehatan dengan proporsi 71,02% dari 176 responden berpengetahuan tinggi.

Hasil uji bivariat menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan rendah mempunyai peluang 2.79 kali melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan tinggi dengan nilai OR: 2.785 (95% CI: 0.617-2.090) dan $p = 0.001$, sehingga variabel pengetahuan memiliki hubungan yang bermakna sebagai determinan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pada responden.

5.4.1.3 Hubungan Pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Distribusi frekuensi menunjukkan bahwa responden berpendidikan SD dan (SMP+SMA) tidak menunjukkan kecenderungan mencari pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dengan proporsi sebesar 36,92% dari 214 responden berpendidikan SD, dan 39,29% dari 57 responden berpendidikan (SMP+SMA).

Berdasarkan uji bivariat menunjukkan bahwa responden dengan pendidikan SD mempunyai memiliki peluang 0,90 kali melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan penderita malaria klinis pekerja musiman yang berpendidikan (SMP+SMA) dengan nilai OR: 0,90 (95% CI: 0,494 – 1,654) dan nilai $p = 0,864$, sehingga variabel pendidikan secara statistik tidak berhubungan bermakna dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pada responden.

5.4.1.4 Hubungan persepsi sakit dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Berdasarkan distribusi frekuensi responden berdasarkan persepsi sakitnya menunjukkan responden dengan persepsi sakit ringan memiliki kecenderungan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya, sedangkan responden dengan persepsi sakit berat memiliki kecenderungan untuk mencari pengobatan malaria klinis ke layanan kesehatan dengan proporsi masing-masing sebesar 51,79% dari 56 responden berpersepsi sakit ringan, dan 66,36% dari 214 responden berpersepsi sakit berat.

Berdasarkan uji bivariat menunjukkan bahwa responden dengan persepsi sakit ringan mempunyai peluang 2,12 kali untuk melakukan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan responden yang berpersepsi sakit berat dengan nilai OR: 2,12 (95% CI: 1.167-3.844) dan nilai $p = 0.019$, sehingga variabel persepsi sakit berhubungan secara bermakna dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pada responden.

5.4.1.5 Hubungan persepsi biaya berobat dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Berdasarkan distribusi frekuensi responden menurut persepsi biaya berobat didapatkan responden dengan persepsi biaya obat mahal dan murah tidak memiliki kecenderungan untuk mencari pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dengan proporsi sebesar 38,60% dari 171 responden dengan biaya obat mahal, dan 35,35% dari 99 responden dengan biaya obat murah.

Berdasarkan uji bivariat menunjukkan bahwa responden dengan persepsi biaya berobat malaria klinis mahal mempunyai peluang 1,15 kali melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan responden dengan persepsi biaya pengobatan murah untuk dengan nilai OR: 1,15 (95% CI: 0,6877- 1,922) dan nilai $p = 0,689$ sehingga hubungan variabel persepsi biaya pengobatan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis responden tidak bermakna secara statistik

5.4.2 Hubungan antara faktor pendukung dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Hasil analisis bivariat faktor pendukung secara lengkap dapat dilihat pada tabel 5.10. berikut ini.

Tabel 5.10. Hubungan antara faktor pendukung dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis ke luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012

No	Variabel	Upaya Pencarian pengobatan		Jumlah	P	OR	95% CI
		Pengobatan sendiri	Ke pelayanan Kesehatan				
1	Jarak						
	- Jauh	50 (58,82%)	35 (41,18%)	85	* <0.001	3.75	2.185 - 6,435
	- Dekat	51 (27,57%)	134 (72,43%)	185			
2	Sarana transportasi						
	- Tidak ada	51 (37,23%)	86 (62,77%)	137	1.000	0.98	0.601- 1.612
	- Ada	50 (37,59%)	83 (62,41%)	133			
3	Biaya transportasi						
	- Mahal	50 (58,82%)	35 (41,18%)	100	*0.048	1.67	1.003- 2,767
	- Murah	51 (27,57%)	134 (72,43%)	170			

* Bermakna secara statistik

5.4.2.1 Hubungan Jarak rumah responden ke layanan kesehatan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Berdasarkan tabel 5.10 diatas menunjukkan bahwa responden dengan jarak rumah ke layanan kesehatan jauh (> 3 km) memiliki kecenderungan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya, sedangkan responden dengan jarak rumah ke layanan kesehatan dekat (≤ 3 km) memiliki kecenderungan untuk mencari pengobatan malaria klinis ke layanan kesehatan dengan proporsi masing-masing sebesar 58,82% dari 85 responden dengan jarak rumah jauh dan 72,43% dari 185 responden dengan jarak rumah yang dekat.

Berdasarkan uji bivariat menunjukkan bahwa responden dengan jarak rumah yang jauh dari layanan kesehatan mempunyai peluang 3.75 kali untuk melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan responden dengan jarak rumah yang dekat ke layanan kesehatan, dengan nilai OR: 3.75 (95% CI: 2.185 – 6.435) dan nilai $p < 0.001$ sehingga hubungan variabel jarak dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pada responden bermakna secara statistik.

5.4.2.2 Hubungan sarana transportasi dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Berdasarkan distribusi frekuensi sarana transportasi yang digunakan responden menunjukkan bahwa responden yang tidak maupun memiliki sarana transportasi sendiri tidak menunjukkan kecenderungan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya. Proporsi responden yang melakukan pengobatan sendiri malaria klinis adalah 37,23% dari 137 responden tidak memiliki sarana transportasi dan 37,59% dari 133 responden yang memiliki sarana transportasi

Berdasarkan uji bivariat menunjukkan bahwa responden yang tidak memiliki sarana transportasi mempunyai peluang 0,98 untuk melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan responden yang memiliki sarana transportasi dengan nilai OR: 0.98 (95% CI: 0.601 – 1.612) dengan nilai $p = 1.000$ sehingga tidak terdapat hubungan antara variabel sarana transportasi dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis responden.

5.4.2.3 Hubungan Biaya transportasi dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Berdasarkan distribusi frekuensi menurut biaya transportasi yang dikeluarkan responden mengeluarkan biaya transportasi mahal memiliki kecenderungan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya. Proporsi responden yang melakukan pengobatan sendiri malaria klinisnya adalah 58,82 % dari 100 responden yang memiliki persepsi biaya transportasi mahal, dan 27,57% dari 170 responden yang memiliki persepsi biaya transportasi murah.

Berdasarkan uji bivariat menunjukkan bahwa responden dengan persepsi biaya transportasi mahal mempunyai peluang 1,67 kali untuk melakukan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi biaya transportasinya murah dengan nilai OR: 1.666 (95% CI: 1.003 – 2.767) dan nilai $p = 0.048$ sehingga hubungan variabel biaya transportasi dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pada responden bermakna secara statistik.

5.4.3 Hubungan antara faktor penguat dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Hasil analisis bivariat faktor penguat secara lengkap dapat dilihat pada tabel 5.11. berikut ini.

Tabel 5.11. Hubungan antara faktor penguat dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis ke luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012

No	Variabel	Upaya Pencarian pengobatan		Jumlah	p	OR	95% CI
		Pengobatan sendiri	Ke pelayanan Kesehatan				
1	Nasihat keluarga						
	- Tidak	66 (38,60%)	105 (61,40%)	87	*0.016	1.96	1.163-3.307
	- Ada	35 (35,35%)	64 (64,65%)	183			
2	Penyuluhan yang diterima						
	- Tidak	42 (42,28%)	45 (51,72%)	182	*0.021	0.53	0.312- 0.884
	- Ada	59 (32,24%)	124 (67,76%)	88			

* Bermakna secara statistik

5.4.3.1 Hubungan Nasihat Keluarga dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Dari hasil distribusi frekuensi menurut nasihat keluarga yang diterimanya menunjukkan bahwa responden yang mendapatkan maupun tidak nasihat keluarga tidak memiliki kecenderungan untuk melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya. Proporsi responden yang melakukan pengobatan sendiri malaria klinisnya adalah 38,60% dari 87 responden yang tidak mendapatkan nasihat keluarga dan 35,35% dari 183 responden yang mendapatkan nasihat keluarga .

Berdasarkan uji bivariat menunjukkan bahwa responden tanpa nasihat keluarga mempunyai peluang 1,96 kali untuk melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan responden yang mendapatkan nasihat keluarga, dengan nilai OR: 1.96 (95% CI: 1.163 – 3.307) dengan nilai $p = 0.016$, sehingga hubungan variabel nasihat keluarga dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pada responden secara statistik memiliki kemaknaan.

5.4.3.2 Hubungan Penyuluhan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman.

Berdasarkan distribusi frekuensi menurut penyuluhan yang diterimanya menunjukkan bahwa responden baik yang menerima penyuluhan maupun tidak menunjukkan kecenderungan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya. Proporsi responden yang melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya adalah 42,28% dari 182 responden yang tidak mendapatkan penyuluhan tentang malaria dan 32,24% dari 88 responden yang mendapatkan penyuluhan tentang malaria.

Berdasarkan uji bivariat menunjukkan bahwa responden yang tidak menerima penyuluhan mempunyai efek mencegah responden untuk melakukan pencarian pengobatan ke layanan kesehatan dengan OR < 1 yaitu sebesar 0,53 atau dengan kata lain responden yang tidak menerima penyuluhan memiliki peluang 0.53 kali untuk melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan penderita malaria klinis responden yang pernah mendapatkan penyuluhan dengan nilai OR: 0,53 (95% CI: 0,312 – 0,884) dan

nilai $p = 0,021$ sehingga hubungan variabel penyuluhan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pada responden secara statistik bermakna secara protektif.

5.5 Analisis Multivariat

Tujuan dilakukan analisis multivariat adalah untuk mendapatkan model yang terbaik guna menentukan variabel independen yang paling berpengaruh terhadap perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman. Analisis multivariat dilakukan dengan *logistic regression* dalam beberapa tahapan. Pertama penentuan variabel yang akan ikut dalam analisis model awal analisis multivariate dengan melakukan logistik bivariat pada masing-masing variabel independen untuk menentukan variabel kandidat ($p < 0,25$) yang masuk ke dalam model multivariat. Kedua memilih variabel yang penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel dengan nilai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel dengan nilai $p > 0,05$ yang dilakukan satu persatu dimulai dari nilai p yang terbesar. Dalam penelitian ini tidak terdapat variabel utama sehingga semua variabel mempunyai peluang yang sama untuk masuk ke dalam analisis multivariat. Ketiga model akhir atau final model.

5.5.1 Penentuan variabel yang akan masuk model awal

Variabel-variabel independen yang masuk kedalam model berdasarkan analisis bivariat dengan nilai p pada tahap analisis bivariat $< 0,25$, ketentuan ini dimaksudkan memberi peluang variabel independen yang mungkin bersama-sama dapat memunculkan hubungan yang bermakna dengan variabel dependen (Hastono P 2007, Riyanto A 2009, Lemeshow, 1997).

Analisis bivariat dilakukan terhadap 10 variabel independen dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.12. Hasil analisis bivariat variabel independen untuk Pemilihan variabel model awal multivariat.

No	Variabel	<i>p</i>	OR	95% CI	Keterangan
1	Umur	0.683	1.135	0.617- 2.090	Masuk model
2	Pengetahuan	<0.001	2.785	1.656 - 4.684	Masuk model
3	Pendidikan	0.745	0.904	0.494 - 1.654	
4	Persepsi sakit	0.014	2.118	1.167- 3.844	Masuk model
5	Biaya obat	0.595	1.149	0.687-1.922	
6	Jarak	<0.001	3.754	2.189 - 6.435	Masuk model
7	Sarana Transportasi	0.950	0.984	0.601- 1.612	
8	Biaya Transportasi	0.049	1.666	1.003- 2.767	Masuk model
9	Nasihat Keluarga	0.011	1.962	1.163 - 3.307	Masuk model
10	Penyuluhan	0.015	0.525	0.312- 0.884	Masuk model

Berdasarkan tabel 5.12 diatas maka variabel yang mempunyai nilai $p < 0,25$ adalah pengetahuan, persepsi sakit, jarak, biaya transportasi, nasihat keluarga dan penyuluhan. Karena umur merupakan variabel yang secara substantif penting dalam penelitian ini sebagaimana dijelaskan oleh Notoatmojo (1997), variabel umur selalu diperhatikan di dalam penelitian epidemiologi. Angka kematian atau kesakitan hampir selalu menunjukkan adanya hubungan dengan umur, Maka umur dimasukkan sebagai kandidat analisis multivariat

5.5.2. Model Awal

Untuk selanjutnya variabel yang memenuhi kriteria $p < 0,25$ dimasukkan ke dalam model regresi logistik satu per satu berdasarkan nilai p sehingga didapatkan model awal multivariat faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis responden. Hasil regresi logistik awal adalah sebagai berikut;

Tabel 5.13. Model awal regresi logistik antara variabel independen kandidat dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis ke luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012

No	Variabel	OR	95% CI		P
			Lower	Upper	
1	Jarak	2.885	1.615-	5.153	<0.001
2	Pengetahuan	2.131	1.218-	3.728	0.008
3	Nasihat keluarga	1.685	0.945-	3.006	0.077
4	Biaya transportasi	1.577	0.900-	2.762	0.111
5	Persepsi sakit	1.514	0.786-	2.915	0.215
6	Umur	1.381	0.706-	2.704	0.346
7	Penyuluhan	0.770	0.429-	1.380	0.380

Berdasarkan tabel 5.13 tersebut merupakan model awal regresi logistik dari 7 variabel independen yang masuk model yaitu umur, pengetahuan, persepsi sakit, jarak, sarana transportasi, biaya transportasi, nasihat keluarga dan penyuluhan. Untuk selanjutnya dilakukan pemodelan multivariat dengan melakukan pengeluaran variabel dengan nilai p terbesar secara bertahap satu persatu, variabel yang dikeluarkan pertama yaitu penyuluhan.

5.5.3 Pemodelan multivariat.

Pemodelan multivariat dilakukan dengan cara memasukkan variabel independen dengan nilai $p < 0.25$ secara bersama-sama dengan apabila terdapat nilai $p > 0,05$ dalam model multivariate maka harus dikeluarkan dari model. Pengeluaran dilakukan secara bertahap mulai dari nilai p terbesar. Pengeluaran variabel dilakukan sampai variabel yang tersisa dalam model memiliki nilai $p < 0.05$

Berdasarkan hasil analisis regresi logistik model awal maka variabel penyuluhan dikeluarkan dari model sehingga perubahan hasil analisis regresi logistik sebagai berikut:

Tabel 5.14. Hasil analisis regresi logistik antara variabel independen kandidat dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis ke luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012

No	Variabel	Nilai p	Nilai p tanpa variabel umur
1	Jarak	<0.001	<0.000
2	Pengetahuan	0.008	0.006
3	Nasihat keluarga	0.077	0.060
4	Biaya transportasi	0.111	0.127
5	Persepsi sakit	0.215	0.218
6	Umur	0.346	0.347
7	Penyuluhan	0.380	-

Hasil analisis regresi logistik pada tabel 5.12. diatas menunjukkan variabel dengan nilai $p > 0.05$ adalah variabel umur, persepsi sakit, biaya transportasi, biaya transportasi, dan nasihat dikeluarkan secara bertahap sampai sisa variabel yang ada berniali $p < 0.05$. Demikian selanjutnya secara berurutan variabel umur, persepi sakit, biaya transportasi dan nasihat keluarga sesuai nilai p nya dikeluarkan dari model dan dilihat perubahan nilai p hasil analisis regresi logistik .

Hasil terakhir model yang didapatkan bahwa variabel yang berpengaruh terhadap perilaku pencarian pengobatan malaria klinis responden antara lain jarak dan pengetahuan karena semua variabel memiliki nilai $p < 0,05$ sehingga model terakhir yang dihasilkan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.15. Hasil akhir analisis regresi logistik antara variabel independen dengan perilaku pencarian pengobatan malaria pekerja musiman ke luar Jawa di Puskesmas Tegalombo, Kabupaten Pacitan tahun 2012

No	Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.	
								Lower	Upper
1	Pengetahuan	.886	.277	10.270	1	.001	2.43	1.411	4.171
2	Jarak	1.217	.282	18.682	1	<.001	3.38	1.945	5.862
	Constant	-.844	.276	9.387	1	.002	.430		

a. Variable(s) entered on step 1: pengetahuan_2, Jarak.

5.5.4 Model Akhir.

Model akhir dalam penelitian ini adalah model akhir analisis multivariat regresi logistik adalah sebagai berikut :

Tabel 5.16. Model akhir analisis multivariat regresi logistik dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman ke luar Pulau Jawa di Puskesmas tegalombo Kabupaten Pacitan Tahun 2012

No	Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I	
								Lower	Upper
	Pengetahuan	.886	.277	10.270	1	.001	2.43	1.411	4.171
	Jarak	1.217	.282	18.682	1	<.001	3.38	1.945	5.862
	Constant	-.844	.276	9.387	1	.002	.430		

a. Variable(s) entered on step 1: pengetahuan 2, Jarak.

Berdasarkan model akhir tersebut maka ada 2 variabel yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pekerja musiman di Puskesmas Tegalombo Pacitan yaitu jarak dan pengetahuan dengan OR masing-masing 2,43 dengan $p=0.001$ (95% CI 1.411- 4.171) dan 3,38 nilai $p < 0.001$ (95% CI; 1.945-5.862) artinya responden yang berpengetahuan rendah berpeluang 2.43 kali untuk melakukan upaya pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan responden yang berpengetahuan tinggi, sedangkan responden yang jarak rumahnya ke layanan kesehatan jauh berpeluang 3,38 kali untuk melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan responden yang jarak rumahnya dekat ke layanan kesehatan.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian.

6.1.1. Desain Studi

Penelitian ini dilakukan dengan desain *cross sectional* dengan melakukan pengumpulan data dilakukan dalam satu waktu yang bersamaan sehingga hanya melihat hubungan sesaat antara variabel dependen dan independen atau dengan kata lain sulit mencari hubungan sebab akibat. Oleh sebab itu penelitian ini hanya dapat menunjukkan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

Keuntungan desain studi ini adalah mudah dilakukan dengan dengan biaya yang murah serta tak memerlukan tindak lanjut. Desain *cross sectional* merupakan desain yang paling baik bila tujuan penelitian hanya untuk mendeskripsikan distribusi penyakit dihubungkan dengan paparan faktor determinan.

Namun studi *cross sectional* lebih lemah untuk pengujian hipotesis kausal jika dibandingkan dengan studi kohort dan kasus kontrol karena ketidakpastian sekuensi temporal paparan penyakit (Murti, 2003)

6.1.2. Bias Seleksi.

Bias adalah kesalahan sistemik yang berakibat distorsi penaksiran parameter populasi dengan dasar parameter sampel. Akibat distorsi penelitian menjadi *under estimate* atau *over estimate* sehingga meniadakan paparan terhadap masalah kesehatan. Penelitian ini menggunakan gejala klinis malaria untuk menemukan kasus malaria sehingga akan mengalami bias seleksi. Untuk mengatasi bias seleksi maka digunakan algoritme malaria hasil penelitian samsir (2001), di Donggala Sulawesi Selatan yang menemukan 13 gejala yang dikeluhkan oleh subyek penelitian yaitu; demam, dingin, keringat, mengigil, sakit kepala, batuk, diare, lemas, mual muntah, nafsu makan menurun, pucat, sakit perut, dan sakit punggung. Dari 13 terdapat 11 gejala yang bermakna secara statistik dan ada 5 gejala yang sangat baik dipakai dalam menjangring penderita

positif malaria yakni demam, dingin, sakit kepala, sakit punggung, dan mengigil. Sehingga terdapat delapan gejala yang dapat digunakan sebagai alat skrining malaria klinis sebagai berikut :

Tabel 6.1 Kombinasi gejala yang dapat digunakan sebagai skrining malaria positif.

No	Kombinasi gejala	Overall
1	Demam, Dingin, Sakit Kepala	91,22%
2	Demam, mengigil, sakit kepala	88,49%
3	Demam, dingin, mengigil	79,05%
4	Demam, sakit kepala	81,90%
5	Demam, dingin, mengigil, sakit punggung	80,03%
6	Demam, dingin, sakit punggung	71,24%
7	Sakit Kepala ,dingin	70,39%
8	Demam, dingin, sakit kepala, sakit punggung	78,17%

(sumber Syamsir, 2001)

6.1.3. Bias Informasi.

Bias informasi hal yang penting untuk dilakukan pengontrolan. Bias informasi merupakan kesalahan yang dapat terjadi karena pengamatan, pelaporan, pengukuran, pencatatan, pengklasifikasikan dan interpretasi (Murti B, 1997)

Dalam penelitian ini menggunakan data primer yang dikumpulkan melalui wawancara dengan kuesioner sehingga data ini amat dipengaruhi oleh daya ingat dan kejujuran pewawancara dalam melaporkan jawaban pertanyaan yang diajukan responden. Dalam mengeliminir hal tersebut maka dilakukan pelatihan pada pewawancara agar memiliki persepsi yang sama tentang isi dari kuesioner yang digunakan dan dilakukan uji coba kuesioner sebelum digunakan dalam penelitian ini. Responden dalam penelitian ini adalah pekerja musiman yang bekerja keluar Pulau Jawa yang menderita gejala klinis malaria maksimal 1 bulan sejak kepulangannya dari bekerja di luar jawa yang melakukan pencarian pengobatan baik yang ke layanan kesehatan atau melakukan pengobatan sendiri. Bias informasi dapat terjadi yang disebabkan informasi yang tidak lengkap yang disampaikan oleh responden, tentang tindakan pengobatan yang dilakukannya mengingat banyak responden yang telah berkali-kali pulang pergi untuk bekerja ke luar jawa serta melakukan pengobatan sendiri di tempat kerja yang dapat

menurunkan parasitemia sebelum kepulangannya yang terakhir sehingga gejala klinis tidak timbul pada saat kepulangannya sampai dengan wawancara dilakukan. Untuk mengurangi hal tersebut maka responden diberi penjelasan bahwa sakit yang dimaksud dalam penelitian adalah sakit yang dideritanya paling lama 1 bulan setelah kepulangannya yang terakhir dari bekerja di luar Jawa. Juga penentuan layak tidaknya responden sebagai sampel ditentukan oleh pewawancara dengan mencocokkan kombinasi gejala yang muncul dengan algoritme yang ditetapkan sebagai alat skreening.

6.1.3.1. Recall bias

Bias ini merupakan bias yang terjadi karena keterbatasan responden dalam mengingat kembali dan mengungkapkannya dengan benar dan lengkap tentang apa yang pernah dilakukan diwaktu yang lalu. Dalam mengatasi hal ini maka gejala malaria klinis yang diderita dibatasi 1 bulan setelah kepulangannya yang terakhir dan maksimal wawancara dapat dilakukan sampai dengan 6 bulan setelah kepulangan yang terakhir.

6.1.3.2. Bias Pewawancara

Bias ini disebabkan karena perbedaan pemahaman pewawancara tentang isi kuesioner, pencatatan dan cara menginterpretasikan informasi yang diperoleh dari responden. Upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi hal ini adalah dilakukan pelatihan sebelum dilakukan wawancara, serta uji coba kuesioner sebelum ke lapangan. Upaya lain adalah melakukan cross cek hasil kuesioner secara berkala kepada pewawancara dan melakukan supervisi pada pewawancara. Pewawancara juga tidak diberi penjelasan tentang hipotesis penelitian untuk menghindari subyektifitas.

6.2. Perilaku Pencarian pengobatan malaria klinis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya 37,40 % dan 62,60 % ke layanan kesehatan antara lain puskesmas, dokter praktek swasta, perawat dan bidan desa. Sebagian besar responden yang melakukan pencarian pengobatan malaria klinis ke layanan kesehatan memilih mantri/ perawat sebagai tenaga kesehatan penolongnya 145 responden (85,80%), bidan 12 responden (7,10%), dokter praktek 2 responden

(1,18%) dan hanya 10 responden (5,92%) yang memanfaatkan puskesmas sebagai tempat layanan kesehatannya. Sedangkan responden yang melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya didominasi membeli obat warung 81 responden (80,20%) dan toko obat 19 responden (18,81%) serta apotek 1 responden (0,99%).

Hasil penelitian ini sejalan hasil penelitian di Thailand barat menunjukkan warung sebagai pencarian obat pertama malaria sebelum ke pelayanan kesehatan sebesar 34%.(Fungladda, 1986). Penelitian ini sedikit berbeda dengan yang dilakukan di Bangka (2002) dimana proporsi penderita malaria klinis yang melakukan pencarian sendiri sebesar 62,2% (Ekawati, 2002). Demikian juga yang dilakukan di Ogan komering Ulu ditemukan proporsi penderita malaria klinis yang berobat keluar sarana kesehatan sebesar 56,4% dengan membeli obat ke warung, dengan kecenderungan 7,24 kali dari pada ke pelayanan kesehatan (95% CI 3,99- 11,19) (Kamal, 2001). Hal ini dimungkinkan karena perbedaan definisi operasional layanan kesehatan dimana dalam penelitian ini layanan kesehatan yang dimaksud adalah semua layanan kesehatan baik individu maupun bukan. Jika pencarian dilakukan pada sarana pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas atau Lab Kesda) maka proporsinya hanya 5,9% dari pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa.

Di Wilayah Puskesmas Tegalombo ditemukan penjualan obat malaria secara bebas meskipun tidak secara luas hal ini terlihat dari jenis obat yang dibeli responden yang melakukan pencarian pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya membeli obat 84,16% (analgesik antipiretik), 15,84% obat malaria (klorokuin, Kina dan fansidar).

Proporsi perilaku pencarian pengobatan ke warung yang cukup tinggi perlu mendapatkan perhatian serius. Penggunaan obat anti malaria yang tidak tepat selain diragukan khasiatnya juga dapat menimbulkan resistensi terhadap obat-obat yang ada (Soepanto, 1981).

6.3. Hubungan bukan variabel kandidat dengan perilaku pencarian pengobatan

Variabel-variabel yang tidak masuk dalam kandidat multivariat antara lain umur, pendidikan, persepsi biaya obat, dan sarana transportasi.

6.3.1. Hubungan variabel umur dengan perilaku pencarian pengobatan

Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan di dalam penelitian epidemiologi. Angka kematian atau kesakitan hampir selalu menunjukkan adanya hubungan dengan umur (Notoatmojo, 1997). Pada Penelitian ini pembagian umur didasarkan atas nilai mean ≤ 34 tahun yang dikelompokkan usia muda dan > 34 tahun dikelompokkan pada usia tua. Proporsi usia lebih banyak yaitu sebesar 78,89% sedangkan tua 21,11% hal ini dimungkinkan karena responden adalah pekerja musiman yang semua jenis pekerjaannya mengandal kekuatan fisik yaitu penebang kayu 129 responden (47,78%), pekerja perkebunan 109 responden (40,37%) pekerja bangunan 26 responden (9,63%), pertambangan 5 responden (1,85%) dan lainnya 1 responden (0,37%).

Tidak terdapat hubungan variabel umur dengan perilaku pencarian pengobatan responden dengan OR 1,14 (95%CI; 0.656- 4,684) dan nilai $p = 0,800$. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Ekawati, 2002) di Bangka dan (Kamal, 2001) di Ogan Komering Ulu yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara umur dengan perilaku pencarian pengobatan klinis malaria. Perbedaan hasil studi dengan teori yang ada dimungkinkan karena perbedaan pengelompokkan umur.

6.3.2. Hubungan variabel Pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan

Berdasarkan pendidikannya proporsi responden terbagi atas pendidikan SD sebesar 214 responden (79,26%) SMP sebesar 51 responden (18,89%) dan SMA sebesar 5 responden (1,85%). Pengelompokkan umur dilakukan dengan membagi atas pendidikan SD dan pendidikan SMP+SMA. Pada kedua kelompok pendidikan SD, dan (SMP + SMA) proporsi responden yang melakukan upaya pengobatan sendiri malaria klinis lebih kecil dibandingkan yang melakukan upaya pengobatan malaria klinis ke layanan kesehatan. Pada kelompok SD perbandingan proporsi responden yang melakukan pengobatan sendiri malaria

klinis yang dideritanya sebesar 79 responden (36,92%) dan 22 responden (39,29%), responden berpendidikan (SMP+ SMA).

Tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan penderita malaria klinis pekerja musiman. Hal ini di buktikan dengan $OR < 1$ yaitu sebesar 0,904 (95% CI: 0,494 – 1,654) dengan nilai $p = 0,864$, sehingga hubungan variabel pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pada responden tidak bermakna. Hasil ini berbeda dengan penelitian di Bangka (Ekawati D, 2002) yang mendapatkan hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan dengan $OR 2,60$ (95% CI 1,50-4,51). Hal ini dimungkinkan karena perbedaan pengelompokan pendidikan yang berbeda karena dalam penelitian ini hanya dikelompokkan pendidikan SD dan SMP ke atas.

6.3.3. Hubungan variabel persepsi biaya obat dengan perilaku pencarian pengobatan

Proporsi responden pada dikelompok 2 kelompok berdasarkan persepsi pembiayaan yang dikeluarkan untuk berobat adalah 36,67% berpersepsi biaya berobat mahal dan 63,33% berpersepsi biaya berobat murah. Responden pada kelompok berpersepsi biaya obat mahal dan murah sama-sama tidak memiliki kecenderungan untuk melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya sebesar 35,35% dari 99 responden dengan persepsi biaya obat murah dan 38,60% dari 171 responden dengan persepsi biaya obat murah. WHO (dalam Notoatmojo, 1993) menyatakan sumber daya mencakup uang, waktu, tenaga dan sebagainya berpengaruh terhadap perilaku masyarakat baik positif atau negatif.

Hubungan antara variabel persepsi biaya obat dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis menunjukkan, responden dengan persepsi pemeriksaan malaria klinis mahal mempunyai peluang 1,149 kali untuk melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan responden yang berpersepsi biaya pengobatan murah, dengan nilai $OR: 1,15$ (95% CI: 0.687-1.922) dengan nilai $p = 0,689$ sehingga hubungan tersebut tidak bermakna secara statistik. Hal ini berbeda dengan penelitian (Kamal S, 2002) yang menemukan bahwa ada hubungan yang bermakna antara biaya yang dikeluarkan dengan tempat pencarian pengobatan responden dengan $OR 7,42$ (95% CI; 4,232-13,014).

Demikian juga hasil penelitian di Thailand barat penderita melakukan pengobatan sendiri penyakitnya karena pengobatan di klinik lebih mahal biayanya (Fungladda, Sommani, 1987).

Hal ini dimungkinkan adanya tindakan pengobatan ke perawat memberikan manfaat yang lebih besar dibandingkan dengan tenaga kesehatan lain sehingga biaya berobat tidak menjadikan masalah karena mendapatkan kemanfaatan yang besar. Sebagaimana teori HBM (health believe models) dalam Notoatmodjo, 2010 “Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut”.

6.3.4. Hubungan variabel sarana transportasi dengan perilaku pencarian pengobatan

Responden pada kedua kelompok baik yang memiliki maupun tidak memiliki sarana transportasi tidak memiliki kecenderungan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya. Proporsi pada kelompok responden yang melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya sebesar 51 responden (37,23%) tidak memiliki sarana transportasi sendiri dan 50 responden (37,59%) memiliki sarana transportasi sendiri.

Hasil uji bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kepemilikan sarana transportasi dengan perilaku pencarian obat penderita malaria klinis pekerja musiman dengan $OR < 1$ yaitu sebesar 0,98 (95% CI: 0,601 – 1,612) dengan nilai $p = 1,000$. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian (Andri B, 2006) di Kepulauan Mentawai yang menyatakan bahwa kepemilikan speedboat memiliki hubungan yang bermakna dengan perilaku pencarian pengobatan penderita klinis malaria dengan $OR 6,67$ (95% CI; 2,466-18,05). Hal ini dimungkinkan karena mudahnya pilihan sarana transportasi yang digunakan responden antara lain jalan kaki 2 responden (0,74%) naik ojeg sebesar 52 responden (19,26%) kendaraan umum 56 responden (20,74%) kendaraan sendiri (49,26%) dan lain-lain (ikut angkutan kayu, kendaran tetangga) 27 responden (10%).

6.4. Hubungan variabel kandidat dengan perilaku pencarian pengobatan

6.4.1 Hubungan variabel pengetahuan dengan perilaku pencarian pengobatan

Pengetahuan responden dikategorikan pada dua hal tinggi dan rendah dengan memberikan 9 pertanyaan dan nilai maksimal 100. Pertanyaan yang diajukan seputar penyebab, tanda, gejala, pencegahan, dan obat malaria. Responden yang dikategorikan responden berpengetahuan tinggi dengan nilai diatas mean (62) dan rendah dibawah atau sama dengan mean.

Responden dengan pengetahuan rendah memiliki kecenderungan mencari pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya, sedangkan responden dengan pengetahuan tinggi memiliki kecenderungan untuk mencari pengobatan malaria klinis ke layanan kesehatan, dengan proporsi 53,19% pada kelompok responden berpengetahuan rendah dan 71,00% pada responden berpengetahuan tinggi.

Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis yang dideritanya dengan OR 2,79; (95% CI: 0,617-2,090) dengan nilai $p < 0,001$. Hasil uji multivariat juga memberikan hasil OR 2,25 dengan nilai $p < 0,001$. Penelitian ini sejalan dengan berbagai penelitian antara lain (Ekawati, 2002) di Bangka bahwa pengetahuan memiliki hubungan yang bermakna dengan perilaku pencarian obat dengan OR 2,13. (Oemiyati 1991) pengetahuan yang rendah mengenai malaria akan merupakan pendukung bagi hadirnya vektor dan perilaku negatif. Hal lain juga ditemukan (Wuryanto, 2005) di Banjarnegara bahwa pengetahuan rendah berpengaruh terhadap pengobatan dengan OR 0,39.

6.4.2. Hubungan variabel jarak dengan perilaku pencarian pengobatan

Kriteria yang digunakan dalam pengelompokan adalah jauh jika lebih dari 3 km dan dekat kurang ≤ 3 km. Responden yang berjarak jauh dari layanan kesehatan memiliki kecenderungan untuk melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritan dibandingkan responden yang jarak tempat tinggalnya jauh dari layanan kesehatan dengan proporsi 58,82% atau 51 responden dari 85 responden yang berjarak jauh dari layanan kesehatan dan 27,57% atau 51 dari 185 responden yang berjarak dekat ke layanan kesehatan yang ada. Hal ini menggambarkan tentang penyebaran pelayanan yang ada di wilayah puskesmas

tegalombo telah memiliki bidan desa di setiap desanya serta terdapat 2 puskesmas di 2 desa dari 7 desa yang ada.

Terdapat hubungan yang bermakna antara jarak dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis dengan nilai OR: 3,38 (95% CI: 1,956 - 5,862) dengan nilai $p < 0,001$.

Hal ini sejalan hasil penelitian (Andri B, 2006) di Kepulauan Mentawai yang mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara jarak dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis dengan OR 3,49 (95% CI: 1,604-7,606) juga sejalan dengan lapau di Sulawesi selatan (1978) semakin dekat jarak antara tempat tinggal dengan puskesmas semakin banyak masyarakat mempergunakan puskesmas sebagai layannya. Sedangkan penelitian Hongvivatan (1985) di Bor Ploi District Kanchanaburin, penderita memilih ke warung karena kemudahan menjangkaunya daripada ke layanan kesehatan. Hal ini berbeda dengan temuan (Ekawati D, 2002) bahwa tidak ditemukan hubungan antara jarak dengan perilaku pengobatan malaria.

Hal ini dimungkinkan karena kondisi geografi daerah penelitian yang bergunung-gunung dengan kemiringan 30-70 derajat dan cukup sulit jangkauannya sehingga jarak merupakan kendala tersendiri dalam melakukan pencarian pengobatan malaria.

6.4.3. Hubungan variabel biaya transportasi dengan perilaku pencarian pengobatan

Responden mengeluarkan biaya transportasi mahal memiliki kecenderungan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dengan dibandingkan dengan responden yang mengeluarkan biaya transportasi murah. Proporsi responden yang melakukan pengobatan sendiri dan mengeluarkan biaya transportasi mahal sebesar 58,82% atau 50 responden dari 100 responden yang mengeluarkan biaya transportasi mahal (> Rp. 20.000) dan 27,57% atau 51 responden dari 170 responden yang mengeluarkan biaya transportasi murah.

Terdapat hubungan antara biaya transportasi dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis responden dengan nilai OR: 1,67 (95% CI: 1,003 - 2,767) dengan nilai $p = 0,048$ sehingga hubungan variabel biaya transportasi dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis pada responden bermakna

secara statistik. Setelah dilakukan uji multivariat biaya transportasi bukan merupakan variabel yang berpengaruh terhadap perilaku pencarian pengobatan.

Hasil penelitian ini tidak sejalan (Kamal, 2001) yang menyatakan responden yang mengeluarkan biaya transportasi menyebabkan kecenderungan 2,10 kali penderita malaria klinis untuk membeli obat ke warung dengan (95% CI; 1,24- 3,55). Demikian juga penelitian (Getahun, 2010) di Ethiopia yang menemukan keterlambatan pengobatan malaria oleh ibu pada anak di bawah lima tahun meningkat seiring dengan peningkatan biaya transportasi.

Hasil penelitian ini dimungkinkan karena sugesti tentang kesembuhan terhadap tenaga kesehatan tertentu hal ini dapat dilihat dengan kecilnya akses ke puskesmas yang hanya 5,92% sehingga biaya transportasi tidak berpengaruh terhadap perilaku pengobatan.

6.4.4. Hubungan variabel persepsi sakit dengan perilaku pencarian pengobatan

Persepsi sakit responden didasarkan pada penilaian tentang gangguan aktifitas sehari-hari, yang dikategorikan sebagai sakit berat bila gangguan yang dirasakan responden mengganggu dan sangat mengganggu aktifitas sehari-hari responden sedangkan yang ringan tidak dan cukup mengganggu aktifitas harian responden. Berdasarkan persepsi sakit yang dideritanya terdapat kecenderungan responden yang berpersepsi sakit ringan cenderung melakukan sendiri pengobatan malaria klinis yang dideritanya dengan proporsi 51,79% atau 29 responden dari responden yang berpersepsi sakit ringan, sedangkan yang berpersepsi sakit berat 33,64% atau 72 responden dari 214 responden berpersepsi sakit berat, hal ini sesuai dengan pekerjaan responden yang memerlukan kekuatan fisik sehingga gangguan fisik akan memberikan persepsi tentang sakitnya yang mengganggu aktifitas hariannya

Uji bivariat menunjukkan adanya hubungan antara persepsi sakit dengan perilaku pengobatan. Responden yang berpersepsi sakit ringan berpeluang 2,12 kali (95% CI: 1,167- 3,844) $p=0,019$ untuk melakukan pengobatan sendiri malaria yang dideritanya dibandingkan dengan responden yang mempunyai persepsi sakit malaria merupakan sakit yang berat, namun setelah dilakukan dalam

uji multivariat variabel persepsi sakit tidak berhubungan dengan perilaku pencarian obat pekerja musiman.

Penelitian ini sejalan dengan (Ekawati, 2002) di Bangka yang tidak menemukan hubungan persepsi tingkat keparahan dengan perilaku pencarian obat penderita malaria klinis. Hasil penelitian lain (Zaluchu dan Amri, 2006) ditemukan adanya di Kepulauan Nias bahwa masyarakat menganggap malaria tidak berbahaya dan bahkan bukan penyakit menular yang harus dikuatirkan, karena sekian lama menjadi penyakit masyarakat tidak lagi dianggap menjadi penyakit yang berbahaya. Hal lain ditemukan (Kamal S, 2001) penderita malaria klinis ringan mempunyai kecenderungan membeli obat di warung 6,68 kali (95% CI 3,39 – 1119). Menurut Rosenstok (1974) bahwa tindakan individu dalam mencari pengobatan penyakit akan berkaitan dengan keseriusan penyakitnya, sehingga responden yang berpersepsi sakit berat akan cenderung mencari pengobatan ke layanan kesehatan hal ini sesuai dengan hasil penelitian. Hal ini menunjukkan bahwa malaria bukan merupakan ancaman bagi pekerja musiman di Tegalombo menurut persepsi mereka. Horton dalam Foster (1986) menyatakan populasi tertentu dengan penyakit tertentu telah hidup berdampingan selama beberapa generasi. Foster (1996) menyatakan ancaman penyakit yang tak tertanggulangi dalam masyarakat tradisional dimana separuh jumlah anak meninggal sebelum usia lima tahun berubah menjadi bentuk-bentuk adaptasi budaya. Menurut Notoatmojo (1993) persepsi terhadap keadaan sakit menyebabkan masyarakat tidak bertindak atau tidak melakukan apa-apa terhadap penyakit tersebut.

Hal ini dimungkinkan karena pekerja musiman telah berkali-kali pulang pergi keluar jawa untuk bekerja dan memiliki pengalaman terserang penyakit malaria, sehingga bukan lagi dianggap sebagai penyakit yang mengancam jiwanya.

6.4.5. Hubungan variabel nasihat keluarga dengan perilaku pencarian pengobatan

Terdapat perbedaan yang cukup besar antara responden yang mendapatkan nasihat keluarga untuk melakukan pencarian pengobatan malaria klinis yang dideritanya ke layanan kesehatan dengan yang tidak sebesar 96

responden (35,56%). Peran anggota keluarga memiliki peran yang penting dalam pengambilan keputusan dalam pencarian pengobatan. Tidak terdapat kecenderungan responden dalam pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dengan proporsi sebesar 38,60% atau 66 responden dari 87 responden yang tidak mendapatkan nasihat keluarga, dan 35,35% atau 35 responden yang mendapatkan nasihat keluarga.

Uji bivariat menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara nasihat keluarga dengan perilaku pencarian pengobatan dengan OR 1,96 (95% CI: 1,163 - 3,307) dengan nilai $p = 0,016$., meskipun uji multivariat tidak didapatkan hubungan yang bermakna.

Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan (Ekawati D dan Kamal S) yang menyatakan bahwa nasihat tidak berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan. Hal ini lain ditemukan Widyaningsih , (2010) yang menemukan hubungan antara nasihat keluarga dengan perilaku pencarian pengobatan malaria.

Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Rosentsok (1974) bahwa faktor eksternal merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan antara lain berupa nasihat keluarga atau anjuran keluarga penderita. Sehingga faktor eksternal diperlukan untuk mempengaruhi seseorang bertindak maupun berperilaku mencari pengobatan. Hal ini dimungkinkan karena banyak pekerja musiman yang tidak tinggal dalam waktu yang cukup lama untuk melakukan pengobatan malaria klinis yang dideritanya dan telah kembali ke tempat kerjanya di luar jawa sebagai mana ditunjukkan proporsi responden yang kepulangan kurang 1 bulan sebesar 121 orang (44,80%), sehingga keluarga belum cukup waktu dalam interaksinya.

6.4.6. Hubungan variabel penyuluhan dengan perilaku pencarian pengobatan

Proporsi responden baik yang menerima penyuluhan maupun tidak memiliki, tidak menunjukkan kecenderungan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dengan proporsi sebesar 42,28% atau 42 responden dari 45 responden yang tidak mendapatkan penyuluhan, dan 32,24% atau 59 responden dari 88 responden yang mendapatkan penyuluhan tentang malaria.

Uji bivariat menunjukkan terdapat hubungan yang protektif antara penyuluhan dengan perilaku pencarian pengobatan dengan $OR < 1$ yaitu sebesar 0,53 (95% CI: 0,312 – 0,884) dengan nilai $p = 0,021$. Tetapi hasil uji multivariate penyuluhan tidak berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan malaria klinis.

Hasil penelitian ini berbeda dengan beberapa penelitian antara lain Ekawati, (2002) dibangka dan Andri (2006) di Kepulauan mentawai yang menyatakan adanya hubungan antara penyuluhan dengan perilaku pencarian obat malaria klinis. Penelitian lain Rahman (2000) di Banglades dan Gupta (1987) di india bahwa penyuluhan berpengaruh positif terhadap perilaku pencarian pengobatan ke fasilitas kesehatan. Hasil penelitian ini berkaitan dengan tidak adanya penyuluhan dan penyampaian penyuluhan yang kurang tepat sehingga justru berdampak pada perilaku pencarian pengobatan itu sendiri.

Hasil penelitian ini dimungkin karena pengaruh kegiatan promosi tentang malaria yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Pacitan maupun jajarannya amat minim karena terbatasnya anggaran. Di Puskesmas Tegalombo tidak terdapat poster maupun baliho tentang malaria di lokasi yang strategis sebagai media penyuluhan bagi masyarakat sehingga boleh dikatakan bahwa hampir tidak ada penyuluhan yang berkaitan malaria baik bagi masyarakat maupun bagi pekerja musiman yang akan bekerja ke luar Jawa.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

1. Proporsi pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan yang melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya sebesar 37,40% sedangkan yang melakukan pengobatan ke layanan kesehatan sebesar 62.6 %.
2. Proporsi pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa dan melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya berumur ≤ 34 tahun 80,20% , berpengetahuan rendah 49,50%, berpendidikan SD sebesar 78,22%, berpersepsi sakit ringan 28,71% , berpersepsi biaya pengobatannya mahal 34,65%, berjarak jauh dari layanan kesehatan 49,50%, tidak memiliki alat transportasi 50,50% berpersepsi biaya transportasi murah 55,45% , tidak mendapat nasihat keluarga 41,58% dan tidak mendapatkan penyuluhan tentang malaria 58,42%.
3. Variabel pengetahuan dan jarak merupakan faktor determinan perilaku upaya pengobatan sendiri malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan dengan variabel jarak merupakan faktor determinan yang lebih kuat. Pekerja musiman yang berpengetahuan rendah memiliki peluang 2.43 kali untuk melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan pekerja musiman yang berpengetahuan tinggi. Pekerja musiman yang jarak rumah ke layanan kesehatan lebih dari 3 km memiliki peluang 3,38 kali melakukan pengobatan sendiri malaria klinis yang dideritanya dibandingkan dengan pekerja musiman yang jarak rumah ke layanan kesehatan kurang dari 3 km.
4. Variabel umur, pendidikan, persepsi sakit, persepsi biaya berobat, sarana transportasi, biaya transportasi, nasihat keluarga dan penyuluhan bukan merupakan faktor determinan yang berhubungan dengan perilaku pengobatan sendiri malaria klinis pekerja musiman yang pulang dari luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan tahun 2012.

7.2. Saran

1. Dinas Kesehatan bekerja sama dengan Dinas Sosial dan Tenaga Kerja perlu melakukan peningkatan pengetahuan pada pekerja musiman yang akan bekerja keluar Pulau Jawa dengan melakukan penyuluhan, pembagian leaflet dan poster agar setelah kepulangannya dapat segera melakukan pemeriksaan ke layanan kesehatan yang ada.
2. Dinas Kesehatan dan Jajarannya melakukan peningkatan pengetahuan pekerja musiman di wilayah tempat tinggal pekerja musiman dengan memasang baliho peringatan, poster dan media lainnya di lokasi-lokasi strategis.
3. Perlunya dilakukan pendekatan layanan pengobatan malaria yang diikuti dengan peningkatan pengetahuan petugas kesehatan khususnya bidan desa dan perawat agar dapat melakukan diagnosis dini dengan melakukan pengambilan sediaan darah atau penggunaan RDT (*rapid diagnostic test*) guna menegakkan diagnosis malaria.
4. Pendekatan jangkauan layanan dapat dilakukan dengan lebih memberdayakan JMD (Juru Malaria Desa) dalam melakukan promosi malaria pada pekerja musiman guna melakukan pemeriksaan dan pengobatan malaria klinis yang dideritanya ke layanan kesehatan yang ada.

DAFTAR REFERENSI

- Achmadi Umar F,(2008), *Manajemen penyakit berbasis wilayah*, Universitas Indonesia Press, Jakarta
- Alemayehu G, et all, Kebede Deribe, Amare Deribew, *Determinant of delay in malaria treatment seeking behaviour for under-five children in south-west Ethiopia: Case Control Study*, Determinan, Malaria Journal, Ethiopia , 2010 dalam <http://www.malariajournal.com/content/9/1/320> diakses 29 Mei 2012
- Anderson,JAD (1979), *Self medication The Proceeding of the workshop on self, held at the royal college of physicians, London, on 8th, ang 9th, 1979*, MTP Press Limited lancaster, England International Medical Publisers, 1979.
- Ariawan I (1998) , *Besar dan metode sampel pada penelitiaon kesehatan*, Jurusan Biostatisk dan kependudukan FKM UI, Jakarta
- Andri B, (2006), *Perilaku pencarian pengobatan pertama penderita malaria klinis di Kecamatan siberut selatan Kabupaten kepulauan mentawai tahun 2006*, Tesis S2 Universitas Indonesia , Jakarta
- Babba I, Hadisaputro S, Sawandi S, (2006) *Faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kejadian malaria (Studi Kasus diwilayah kerja puskesmas hamadi kota Jayapura)*, Artikel Publikasi , Tesis S2 Universitas Diponegoro Semarang.
- Barodji, Sumardi, Suwarjono T. (1993), *Fauna nyamuk di daerah Se Luhir dan Se Belen, Kecamatan Wulanggitang, Kabupaten Flores Timur*. Inpress.
- Barodji. (2000). *Pemanfaatan hasil Survai Entomologi dalam pemberantasan malaria*, disampaikan dalam seminar Hasil-hasil kegiatan SLPV Sulawesi Tengah, Palu.
- Barodji., Boesri H., Boewono TB., Sumardi. (2001). *Bionomik vektor malaria di daerah endemis malaria Kecamatan Kokap, Kabupaten Kulonprogo,DIY*, disampaikan dalam seminar Hari Nyamuk di UGM, Yogyakarta.
- Basuki, 2000 *Aplikasi Metode kasus kontrol* , Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia , Jakarta
- Boesri H., Boewono TB., Priyanto H. 2003. *Fauna Anopheles di daerah Kecamatan Borobudur, Kabupaten Magelang, Jawa Tengah*, disampaikan dalam seminar Hari Nyamuk, Surabaya.

- Brooker.S, Sian Clarke, 2004 Spatial Clustering Of malaria And Associated Risk factor During An Epidmic in A Highland Area Of Western Kenya, *Tropical Medicine and International Health*, Vol 9 no 7 p 757-766 July 2004
- Bruce-Chwatt,L.J, 1980, *Essential malariology*, William Herinemann Medical Books Ltd, London
- CDC, FHI, WHO, 1991, An Epidemiologic approach to reproductive health, Editors PA Wingo, JE Higgins, GL Rubin, SC Zahniser, CDC Atlanta , FHI-North Carolina, WHO Geneva.
- Chin, 2000 , *Control of Comunicable desease manual* edisi 17, American Public Health Association, Washington
- CHINH, 2007, *Evaluation of the impact of insecticide treated nets on wild resistant malaria vector population in Southem Vietnam* (March-may, 2007), Mekongi
- Darmadi, 2002 , *Hubungan kondisi fisik rumah dan lingkungan sekitar rumah serta praktik pencegahan dengan kejadian malaria di Desa Buaran Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara*. Semarang: FKM UNDIP.
- Depkes RI, (1999) *Modul epidemiologi malaria*, Ditjen P2M&PL, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Depkes RI ,2001, *Pedoman ekologi dan aspek perilaku vektor*, Direktorat Jenderal PPM-PL, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Depkes RI, 2003. *Modul entomologi malaria*, Ditjen P2M&PL ,Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Depkes RI, 2006. *Modul pedoman penatalaksanaan kasus malaria di Indonesia* Ditjen P2M&PL ,Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Depkes RI, 2007, *Keputusan Menteri Kesehatan No:041/menkes/SK/I/2007 tentang Suirveilans Malaria*, Departemen Kesehatan RI , Jakarta
- Depkes RI , 2009, *Pedoman penatalaksanaan kasus malaria di Indonesia*, Ditjen P2M&PL Depkes Jakarta
- Depkes RI , 2009, *Profil kesehatan Indonesia 2008*, Depatemen Kesehatan RI Jakarta

- Depkes RI 2009, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 293/Menkes.SK/IV/2009 tentang Eliminiasi Malaria di Indonesia*, Departemen Kesehatan RI Jakarta
- Dever, Alan GE, 1984 *Epidemiology in health services management*, Maryland
- Dever, Alan GE, 2006, *Managerial epidemiology, Practice, Methods and concepts*, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
- Ekawati D, 2002, *Perilaku pencarian pengobatan pertama penyakit malaria Klinis di Kecamatan Sungai Liat Kabupaten Bangka 2002*, Tesis S2 Universitas Indonesia, Jakarta
- Erdinal, Susanna D, Wulandari RA, 2006, *Faktor-Faktor yang berhubungan dengan kejadian malaria di Kecamatan Kampar Kiri Tengah, Kabupaten Kampar, 2005/2006*, *Makara, Kesehatan*, Vol. 10, No. 2, Desember 2006: 64-70
- Fungladda W and Sommani, S.(1986) *Health behavior, treatment-seeking pattern, and cost Of treatment for pasien visiting malaria clinics in western thailand*. The Southeast Asian Journal of Tropical medicine and Public Health Vol 17 No 3 september 1986, Official Publication of the SEAMEO Regional Tropical Medicine and Public Health ,Bangkok.
- Gambiro PY. 1998. *Studi beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kejadian malaria di Puskesmas Mayong 1 Kabupaten Jepara*. Yogyakarta: UGM.
- Gani, A (1981) *Demand for health Services in rural area of Karanganyar Regency, Central Java Indonesia*. Thesis For Doctor of Public health. Baltimore, Maryland, John Hopkins University.
- Gani A, 2009 , *Dampak malaria terhadap pembangunan*, makalah dalam pertemuan Hari Malaria sedunia th 2009 di Jakarta
- Handayani L., Pebrorizal., Soeyoko. *Faktor risiko penularan malaria vivax* .*Berita Kedokteran Masyarakat*. Vol. 24. No. 1. Maret 2008:38-43.
- Harijanto P.N. (2000). *Malaria epidemiologis,patogenesis, manifestasi klinis dan penanganan*. EGC ,Jakarta:
- Hastono.SP,2001, *Modul analisis data*, Universitas Indonesia, Jakarta

- Hongvitana,Thavitong, 1986, *Human Behavior and malaria in Singapuore*, The southeast Asian journal of Tropical Medicine and Public Health. Vol 17 No 3 September 1986. Official Publication of SEAMEO Regional Tropical Medicine and Public health (Tropmed) Bangkok
- Kalangie, Nico S, 1984. "The Hierarchy of Resort to Medical Care Among the Serpong villagers in West Java". Dalam *Seminar Peranan Univesitas Dalam Pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Untuk Menunjang Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta:
- Kemenkes RI,2011, *Buletin cendela data dan informasi kesehatan tribulan 1 tahun 2011*,Kementrian Kesehatan RI Jakarta
- Koentjoroningrat,1981 Pengantar ilmu antropologi, Rineka Cipta , Jakarta
- Kristina AS,Prabandari YS, Sudjaswadi R, (2008), *Perilaku pengobatan sendiri yang rasional pada masyarakat Kecamatan Depok dan Cangkringan Kabupaten Sleman*, , Majalah Farmasi Indonesia 19(1),32-40, 2008. Fakultas farmasi UGM ,Yogyakarta,
- Lapau, Buchari. (1978) *Hoshold Survey on seeking treatment behavior in The Pejalesong and Macanre Villages*, 1978, Program Pasca Sarjana UI
- Lestari EW., Sukowati S., Soekidjo., dan Wigati, (2007). Vektor Malaria di Daerah Bukit Menoreh, Purworejo, Jawa Tengah. *Media penelitian dan pengembangan kesehatan*. Vol. 17. No. 1. 2007:30-35.
- Lemeslow, Stanley, dkk,1997, *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta
- Mac Cormack CP and Lwihula G (1983), *Failure to Participate in malaria chemosupressions programme; Nort Mara Tanzania jurnal of tropical medicine and hygiene, 1986 in Foster Susan DF The Distribution and Use of Anti Malaria Drugs not a Prety Picture, Malaria Waiting For the vaccine*. London School of Hygiene and Tropical Medicine First Annual Public Health Forum. Copyright 1991 by Jhon Wilev & Sons Ltd Baffins Lane, Chichester , West Sussex PO19 IUD England 1991.
- Marai A,2006, *Faktor-Faktor yang berhubungan dengan dinamika penularan malaria di Nabire 2006*, Tesis S2 IKM Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
- Mardiana et al, (2010), *Faktor risiko akibat penambangan batubara terhadap kejadian malaria dan kecacingan di Kalimantan Selatan*, Puslitbang dan Status Kesehatan, Kemenkes, RI, Jakarta.

- Murti B. 1997. *Prinsip dan metode riset epidemiologi*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press.
- Nalim,S, 2002 *Rapid Assesment of correlation between remotly sensed data and malaria prevalence in the Monoreh Hill Central Java, Indonesia*, Final Report, Geneva 2002
- Notoatmodjo S,(2010). *Ilmu perilaku kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Oemiyati S, 1992 *Masalah malaria di Indonesia* , Dalam kumpulan makalah simposium, Fakultas Kedokteran Indonesia, 1991.
- Pribadi, Wita, (1991) *Malaria pada Orang Bepergian dan Pencegahannya. Proceeding Simposium Malaria, jakarta 2 Mei 1991*, Balai Penerbit FK Universitas Indonesia, Jakarta 1991.
- Rejmankova et al, (1995), *Prediction og adult Anopheles albimanus densities in villages Base on Distances*, Amj Tro Med Hyg (53(5) ,pp 482-488 by The American Society of Tropical Medicine and Hygiene
- Rosenstock, M Irwin (1974), *The health belief Model and Preventive health Behavior in Backer, H Marshal. The Health belief Model and Personal Health behavior*. Charles B, Slack, INC, Thorofare, New Jersey, 1974
- Santoso SS, dkk, (1989), *Peran serta masyarakat dalam penanggulangan malaria di Jawa Tengah*, Cermin Dunia kedokteran No 54
- Santoso, Siti Sapardiyah Et al (1987), *Sikap dan kebiasaan penduduk yang berhubungan dengan prevalensi malaria di Banjarnegara dan Temanggung, Proceeding Lokakarya Penelitian Sosial dan Ekonomi Pemberantasan penyakit Tropis di Indonesia*, 19-22 januari 1987, Pusat Penelitian Ekologi Kesehatan, Badan Litbangkes, Jakarta
- Santoso, Siti Sapardiyah,(1997), *Pengetahuan, pengalaman, pandangan dan pola pencarian pengobatan tentang penyakit malaria di daerah hyper endemik Mimika Timur Irian Jaya*, Buletin Penelitian Kesehatan Badan Litbangkes, Depkes RI Jakarta, 1997.
- Sarwono, EW (2001). *Teori-teori sosial*, CV Rajawali, Jakarta.
- Sugiarto, Yuliawati S, Sawandi S, 2002, *Model Penyelidikan epidemiologi malaria di desa Kalirejo, kecamatan kokap, Kab Kulonprogo*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.

- Sudjaswadi et al, (2008), *Perilaku pengobatan sendiri yang rasional pada masyarakat Kecamatan Depok dan cangkringan kabupaten Sleman*, Fakultas Farmasi UGM, Majalah farmasi Indonesia, Vol 19(1), Yogyakarta.
- Sunarsih.E ,2008, *Analisis faktor risiko kejadian malaria di wilayah Puskesmas Pangkalbalam Kota Pangkalpinang Propinsi Kepulauan Bangka Belitung*, Tesis S2 Universitas Diponegoro Semarang
- Supardi S dan Notosiswoyo,M, (2005), *Pengobatan sendiri sakit kepala, demam, batuk dan pilek pada masyarakat Warungkondang,Kabupaten Cianjur, Jawa Barat*. Majalah Ilmu Kefarmasian, Vol2, 134-144
- Supardi, Sudibyoy et al.(1997) *Pola penggunaan obat tradisional dalam Upaya pengobatan sendiri di Tanjung Bintang, lampung*. Buletin Penelitian Kesehatan Balitbangkes, Depkes RI. Jakarta.
- Supardi S, (1997) *Pengobatan sendiri di masyarakat dan masalahnya*, Cermin Dunia kedokteran No.118 Tahun 1997, Puslitbang Farmasi Balitbangkes, Depkes RI, Jakarta.
- Suprayogi A.(2006), *Hubungan dan perilaku pada pekerja yang menginap di hutan dengan kejadian malaria pada golongan umur 15 – 50 tahun di Kecamatan Mandor Kabupaten landak tahun 2006*, Tesis S2 Universitas Indonesia , Jakarta
- Susana D, (2011), *Dinamika penularan malaria*, Universitas Indonesia Press, Jakarta.
- Syamsir , 2001, *Penyusunan diagnosis klinis berdasarkan gejala utama dan penatalaksanaan sediaan darah dalam rangka penyusunan algoritme diagnosis malaria di Kabupaten Donggala Sulawesi Tengah*, Tesis S2 Universitas Gajah Mada Yogyakarta .
- Tjokrosonto S, 1996, *Masalah resistensi terhadap obat malaria di Indonesia*, Lembaga penelitian, UGM
- WHO, 2008, *WHO Recommended \surveillance second edition*, Geneva
- WHO, 2010, *Giuidelines for the treatment of Malaria , second edition* , Geneva
- Widijaningsih W, *Praktek pencarian pengobatan penderita malaria di wilayah kerja puskesmas kajen II kabupaten pekalongan*, 2010, Skripsi FKM Universitas Diponegoro.

Zaluchu F, Arma AJ, (2007), *Studi Kualitatif Sodio_Psikologi Masyarakat Terhadap Penyakit Malaria di daerah Endemis Malaria (Studi kasus di Kecamatan Gunung Sitoli, Kabupaten Nias.*

**KUISIONER PENELITIAN FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN PERILAKU Pencarian Pengobatan Malaria Klinis Pekerja Musiman
DI PUSKESMAS TEGALOMBO KABUPATEN PACITAN TAHUN 2012**

Bapak/ Ibu/ Saudara yang terhormat

Sebelumnya kami ucapkan terima kasih atas kesediaannya menjadi responden penelitian ini, namun mohon dapat diperhatikan dalam pengisian kuisisioner ini sebagai berikut :

1. Tidak ada jawaban yang salah maupun benar dalam kuisisioner ini
2. Data yang terkumpul semata-mata dalam rangka keperluan ilmiah dan akademis.
3. Kebenaran informasi yang bapak/Ibu/Saudara berikan akan bermanfaat dalam pembangunan kesehatan khususnya program malaria
4. Kami ucapkan banyak terima kasih atas partisipasinya .

PETUNJUK PENGISIAN

1. Mohon kesediaan untuk melingkari jawaban sesuai hati nurani, informasi dan pengetahuan bapak/ibu/saudara
2. Bacalah setiap pertanyaan dalam kuisisioner ini secara seksama sebelum memilih jawabannya
3. Mohon kesediaan untuk menjawab semua pertanyaan dalam kuisisioner ini

No Kuisisioner

--	--	--

Nama :

Umur / Jenis kel : L/ P .

Alam at :

Pendidikan terkahir :

Nama KK :

Nama Pewawancara :

Tanggal wawancara :

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1	Jenis pekerjaan apa yang bapak/ibu/saudara lakukan sebagai pekerja musiman di luar pulau jawa sebelum kepulangan yang terakhir ?	(1) Penebang kayu (2) Perkebunan (3) Pekerja Bangunan (4) Pertambangan (5) Lain-lain _____	
2	Mengapa bapak/ibu/saudara bersedia bekerja sebagai pekerja musiman di luar pulau jawa ?	(1). Ekonomi (2) _____	
3	Apakah bapak/ibu/saudara bekerja sebagai pekerja musiman di luar pulau jawa melalui Dinas Nakertrans Kab Pacitan ? dan sebutkan alasannya ?	(1). Ya _____ (2).Tidak _____	

B. RIWAYAT MIGRASI

4	Sudah berapa lama bapak/ibu/saudara pulang dari bekerja terakhir sebagai tenaga musiman dari luar pulau jawa?	(1) < 1 bulan (2) 1-2 bulan (3) 2-3 bulan (4). 3-4 bulan (5) 4-5 bulan (6) 5-6 bulan	
5	Dimana tempat kerja bapak/ibu/saudara sebagai pekerja musiman di luar pulau jawa sebelum kepulangan yang terakhir ?	Kec _____ Kab _____ Prop _____	

C. RIWAYAT SAKIT SETELAH PULANG

6	Setelah kepulangan apakah bapak /ibu /saudara (paling lama 3 minggu) pernah merasa sakit dengan gejala a. Demam b. Sakit Kepala c. Dingin d. Mengigil e. Sakit punggung	a. (1). Ya (0) Tidak b. (1). Ya (0) Tidak c. (1). Ya (0) Tidak d. (1). Ya (0) Tidak e. (1). Ya (0) Tidak (STOP JIKA TAK MEMENUHI ALGORITME)	
7	Apakah bapak/ibu/saudara juga menderita penyakit lain selain malaria ?	(1) Ya jika ya sebutkan _____ (2) Tidak	

D. PENCARIAN PENGOBATAN SETELAH PULANG

8	Kemana bapak/ibu/saudara melakukan upaya pengobatan penyakit yang bapak/ibu/saudara derita diatas ? dan sebutkan alasannya ?.	(1) Membeli obat ke Warung/Apotek/toko obat _____ (ke No 10) (2) Ke petugas kesehatan Bidan /mantri/dokter/Puskesmas/ RS _____ (ke No 13)	
9	Jika Bapak/ibu/saudara membeli obat, apa nama obat tersebut ? dan bagaimana cara minumnya ?	Nama Obat Jmlh dibeli Cara minum _____ _____ _____ x _____ _____ _____ x _____ _____ _____ x	
10	Dari mana bapak/ibu/saudara mengetahui cara minum obat tersebut ?	(1) Petugas kesehatan (2) Radio (3) Kader kesehatan (4) Media televisi (5) Media cetak (6) Tetangga/ tokoh masyarakat (7) Buku	
11	Atas anjuran siapa bapak/ibu/saudara melakukan pengobatan seperti tersebut	(1) Diri sendiri (2) Penjual obat (3) Teman (4) Brosur obat (5) Petugas kesehatan	

12	Apakah bapak/ibu/saudara merasa sembuh setelah minum obat tersebut ?	(1) Ya , jika ya berapa obat yang diminum (2) <u>Tidak jika tidak apa yang dilakukan</u>	
13	Jika berobat ke petugas kesehatan (bidan,mantri) atau Pusk/ RS apakah Bapak/ibu/saudara masih ingat obat yang diberikan pada saat berobat tersebut?	(1) Ya (2) Tidak	
14	Apa nama obat tersebut ? dan bagaimana cara minumnya?	Nama Obat Jmlh Cara minum _____ _____ _____ x _____ / hr _____ _____ _____ x _____ / hr _____ _____ _____ x _____ /hr	
15	Apakah obat diminum sampai habis ?	(1) Ya (2) Tidak, jika tidak kenapa _____	
16	Apakah bapak/ibu/saudara merasa sembuh setelah berobat tersebut ?	(1) Ya (2) Tidak, jika tidak apa yang dilakukan	
17	Apakah Bapak/ibu/saudara juga diambil darahnya (di cukit) untuk diperiksa di laboratorium?	(1) Ya , jika ya hasilnya bagaimana a. Positif malaria b. Negatif malaria (2) Tidak _____	

E. RIWAYAT SAKIT DI TEMPAT KERJA

18	Apakah pada saat bapak/ibu/saudara di tempat kerja sebagai pekerja musiman yang terakhir pernah merasa sakit dengan gejala a. Demam b. Sakit Kepala c. Dingin d. Mengigil e. Sakit punggung	a. (1). Ya (0) Tidak b. (1). Ya (0) Tidak c. (1). Ya (0) Tidak d. (1). Ya (0) Tidak e. (1). Ya (0) Tidak	
19	Jika Ya Kemana melakukan upaya pengobatan penyakit yang bapak/ibu/saudara derita diatas ?	(1) Klinik Perusahaan/Puskesmas/dokter/bidan (2) Membeli obat ke warung/apotik/toko obat (3) Lain-lain	
20	Jika Bapak/ibu/saudara membeli obat, apa nama obat tersebut ? dan bagaimana cara minumnya ?	Nama Obat Jmlh dibeli Cara minum _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
21	Atas anjuran siapa bapak/ibu/saudara melakukan pengobatan seperti tersebut	(1) Diri sendiri (2) Penjual obat (3) Teman (4) Brosur obat (5) Petugas kesehatan	

F. PENGETAHUAN RESPONDEN

22	Apakah bapak/ibu/saudara tahu atau pernah mendengar tentang penyakit malaria	(1) Ya (2) Tidak	
23	Menurut Bapak/ibu/saudara apa penyebab penyakit malaria ?	(1).Virus (2). Bakteri atau kuman (3). Jamur (4) Parasit	
24	Menurut Bapak/ibu/saudara penyakit malaria ditularkan lewat apa?	(1). Gigitan nyamuk (2). Lingkungan yang tidak baik (3) Makanan (4). Air	
25	Menurut Bapak/ibu/saudara Kapan biasanya nyamuk malaria menggigit ?	(1). Pagi Hari (2). Siang Hari (3). Malam Hari	
26	Bagaimana tanda-tanda orang yang sakit malaria menurut Bapak/ibu/saudara ?	(1) Demam, Mengigil , sakit kepala (2) Terdapat bintik-bintik merah dikulit (3) Nafsu makan kurang (4) Batuk tak sembuh-sembuh	
27	Bagaimana cara mencegah agar tidak terkena penyakit malaria menurut Bapak/ibu/saudara ?	(1) Memakai Kelambu jika tidur (2) Melakukan imunisasi (3) Memelihara sapi/ternak besar (4) Minum obat	
28	Obat yang bapak/ibu/saudara ketahui sebagai obat penyakit malaria?	(1) Parasetamol (2) Kina ,Fansidar (3) Antibiotik (4) _____	
29	Bagaimana takaran minum obat malaria yang bapak/ibu/saudara ketahui ?	_____ _____ _____	
30	Efek samping obat malaria yang bapak/ibu/saudara ketahui bila penderita minum obat tersebut?	(1) Muntah, (2) Telinga berdenging, mual. (3) Diare, pusing (4) Tidak nafsu makan	

G. PERSEPSI SAKIT

31	Bagaimana menurut bapak/ibu/saudara pada saat sakit malaria tersebut bagaimana ?	(1) Tidak mengganggu aktifitas harian (2) Cukup mengganggu aktifitas harian (3) Mengganggu aktifitas harian (4) Sangat mengganggu aktifitas harian	
32	Menurut pendapat bapak/ibu/saudara bagaiman keparahan penyakit malaria tersebut?	(1) Sakit Parah (2) Tidak parah	

H. PERSEPSI BIAYA BEROBAT

33	Menurut bapak /ibu /saudara bagaimana biaya pengobatan penyakit malaria tersebut ?	(1) Murah (0) Mahal	
----	------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	--

I. JARAK

34	Berapa jauh tempat tinggal bapak/ibu/saudara dengan tempat berobat tersebut ?	(1) Kurang dari 3 Km (0) > dari 3 km	
----	-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	--

J. SARANA TRANSPORTASI

35	Apakah bapak / ibu /Saudara memiliki sarana transportasi untuk ke berobat ?	(1) Ya (0) Tidak	
36	Dengan kendaraan apa ke tempat berobat tersebut ?	(1) Jalan kali (2) Ojeg (3) Kendaraan umum (4) Sepeda motor / mobil sendiri (5) Lain-lain _____	

K. BIAYA TRANSPORTASI

37	Berapa biaya yang dikeluarkan untuk ke tempat berobat tersebut ?	(1) < Rp. 20.000,- (0) > Rp. 20.000	
----	------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	--

L. PENYULUHAN

38	Apakah bapak/ibu/saudara pernah mendapatkan penyuluhan tentang penyakit malaria oleh petugas kesehatan (Pusk/Dinkes) ?	(1) Ya (0) Tidak	
39	Jika ya bagaimana penyuluhan tersebut dilakukan ?	(1) Ceramah berkelompok (2) Penjelasan secara Individu (3) Melalui Leaflet (4) Melalui Poster (5) Lain-lain _____ --	

M. NASIHAT KELUARGA

40	Apakah bapak/ibu/saudara pernah mendapatkan anjuran untuk melakukan pengobatan penyakit malaria yang bapak/ibu/saudara derita dari keluarga /teman/ tetangga ke pelayanan kesehatan seperti Pusk/Bidan/dokter / RS ?	(1) Ya (0) Tidak	
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.344 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	14.327	1	.000		
Likelihood Ratio	15.174	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	15.287	1	.000		
N of Valid Cases ^b	270				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 35.16.

b. Computed only for a 2x2 table

pengetahuan_2 * Upaya_obat Crosstabulation

			Upaya_obat		Total
			non Yankes	Yankes	
pengetahuan_2 rendah	Count	50	44	94	
	% within pengetahuan_2	53.2%	46.8%	100.0%	
Tinggi	Count	51	125	176	
	% within pengetahuan_2	29.0%	71.0%	100.0%	
Total	Count	101	169	270	
	% within pengetahuan_2	37.4%	62.6%	100.0%	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan_2 (rendah / Tinggi)	2.785	1.656	4.684
For cohort Upaya_obat = non Yankes	1.836	1.361	2.476
For cohort Upaya_obat = Yankes	.659	.521	.834
N of Valid Cases	270		

umur_2 * Upaya_obat Crosstabulation

			Upaya_obat		Total
			non Yankes	Yankes	
umur_2	Muda	Count	81	132	213
		% within umur_2	38.0%	62.0%	100.0%
	Tua	Count	20	37	57
		% within umur_2	35.1%	64.9%	100.0%
Total		Count	101	169	270
		% within umur_2	37.4%	62.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.166 ^a	1	.684		
Continuity Correction ^b	.064	1	.800		
Likelihood Ratio	.167	1	.683		
Fisher's Exact Test				.759	.403
Linear-by-Linear Association	.165	1	.684		
N of Valid Cases ^b	270				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.32.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umur_2 (Muda / Tua)	1.135	.617	2.090
For cohort Upaya_obat = non Yankes	1.084	.732	1.605
For cohort Upaya_obat = Yankes	.955	.768	1.187
N of Valid Cases	270		

pendidikan_1 * Upaya_obat Crosstabulation

			Upaya_obat		Total
			non Yankes	Yankes	
pendidikan_1 <=SD	Count	79	135	214	
	% within pendidikan_1	36.9%	63.1%	100.0%	
SMP/SMA	Count	22	34	56	
	% within pendidikan_1	39.3%	60.7%	100.0%	
Total	Count	101	169	270	
	% within pendidikan_1	37.4%	62.6%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.106 ^a	1	.744		
Continuity Correction ^b	.029	1	.864		
Likelihood Ratio	.106	1	.745		
Fisher's Exact Test				.758	.429
Linear-by-Linear Association	.106	1	.745		
N of Valid Cases ^b	270				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.95.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan_1 (<=SD / SMP/SMA)	.904	.494	1.654
For cohort Upaya_obat = non Yankes	.940	.649	1.360
For cohort Upaya_obat = Yankes	1.039	.822	1.313
N of Valid Cases	270		

Persepsi_sakit * Upaya_obat Crosstabulation

		Upaya_obat		Total
		non Yankes	Yankes	
Persepsi_sakit Ringan	Count	29	27	56
	% within Persepsi_sakit	51.8%	48.2%	100.0%
Berat	Count	72	142	214
	% within Persepsi_sakit	33.6%	66.4%	100.0%
Total	Count	101	169	270
	% within Persepsi_sakit	37.4%	62.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.238 ^a	1	.013		
Continuity Correction ^b	5.488	1	.019		
Likelihood Ratio	6.084	1	.014		
Fisher's Exact Test				.019	.010
Linear-by-Linear Association	6.215	1	.013		
N of Valid Cases ^b	270				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.95.

Persepsi_sakit * Upaya_obat Crosstabulation

			Upaya_obat		Total
			non Yankes	Yankes	
Persepsi_sakit	Ringan	Count	29	27	56
		% within Persepsi_sakit	51.8%	48.2%	100.0%
	Berat	Count	72	142	214
		% within Persepsi_sakit	33.6%	66.4%	100.0%
Total		Count	101	169	270

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Persepsi_sakit (ringan / berat)	2.118	1.167	3.844
For cohort Upaya_obat = non Yankes	1.539	1.123	2.109
For cohort Upaya_obat = Yankes	.727	.545	.969
N of Valid Cases	270		

Persepsi_biaya_obat * Upaya_obat Crosstabulation

			Upaya_obat		Total
			non Yankes	Yankes	
Persepsi_biaya_obat	mahal	Count	66	105	171
		% within Persepsi_biaya_obat	38.6%	61.4%	100.0%
	murah	Count	35	64	99
		% within Persepsi_biaya_obat	35.4%	64.6%	100.0%
Total		Count	101	169	270

Persepsi_biaya_obat * Upaya_obat Crosstabulation

			Upaya_obat		Total
			non Yankes	Yankes	
Persepsi_biaya_obat	mahal	Count	66	105	171
		% within Persepsi_biaya_obat	38.6%	61.4%	100.0%
	murah	Count	35	64	99
		% within Persepsi_biaya_obat	35.4%	64.6%	100.0%
Total		Count	101	169	270
		% within Persepsi_biaya_obat	37.4%	62.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.282 ^a	1	.596		
Continuity Correction ^b	.160	1	.689		
Likelihood Ratio	.283	1	.595		
Fisher's Exact Test				.605	.345
Linear-by-Linear Association	.281	1	.596		
N of Valid Cases ^b	270				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 37.03.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Persepsi_biaya_obat (mahal / murah)	1.149	.687	1.922
For cohort Upaya_obat = non Yankes	1.092	.788	1.513
For cohort Upaya_obat = Yankes	.950	.787	1.146
N of Valid Cases	270		

Sarana_transportasi * Upaya_obat Crosstabulation

			Upaya_obat		Total
			non Yankes	Yankes	
Sarana_transportasi	tidak punya	Count	51	86	137
		% within Sarana_transportasi	37.2%	62.8%	100.0%
	ada	Count	50	83	133
		% within Sarana_transportasi	37.6%	62.4%	100.0%
Total		Count	101	169	270
		% within Sarana_transportasi	37.4%	62.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.004 ^a	1	.950		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.004	1	.950		
Fisher's Exact Test				1.000	.525
Linear-by-Linear Association	.004	1	.950		
N of Valid Cases ^b	270				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 49.75.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sarana_transportasi (tidak punya / ada)	.984	.601	1.612
For cohort Upaya_obat = non Yankes	.990	.727	1.348
For cohort Upaya_obat = Yankes	1.006	.836	1.210
N of Valid Cases	270		

Biaya_transport * Upaya_obat Crosstabulation

			Upaya_obat		Total
			non Yankes	Yankes	
Biaya_transport	Mahal	Count	47	63	110
		% within Biaya_transport	42.7%	57.3%	100.0%
	Murah	Count	54	106	160
		% within Biaya_transport	33.8%	66.2%	100.0%
Total		Count	101	169	270
		% within Biaya_transport	37.4%	62.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.244 ^a	1	.134		
Continuity Correction ^b	1.877	1	.171		
Likelihood Ratio	2.235	1	.135		
Fisher's Exact Test				.159	.086
Linear-by-Linear Association	2.235	1	.135		
N of Valid Cases ^b	270				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 41.15.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Biaya_transport (mahal / murah)	1.464	.888	2.415
For cohort Upaya_obat = non Yankes	1.266	.932	1.720
For cohort Upaya_obat = Yankes	.864	.711	1.051
N of Valid Cases	270		

Jarak * Upaya_obat Crosstabulation

			Upaya_obat		Total
			non Yankes	Yankes	
Jarak	jauh	Count	50	35	85
		% within Jarak	58.8%	41.2%	100.0%
	dekat	Count	51	134	185
		% within Jarak	27.6%	72.4%	100.0%
Total		Count	101	169	270
		% within Jarak	37.4%	62.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	24.300 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	22.984	1	.000		
Likelihood Ratio	23.949	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	24.210	1	.000		
N of Valid Cases ^b	270				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31.80.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	24.300 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	22.984	1	.000		
Likelihood Ratio	23.949	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	24.210	1	.000		
N of Valid Cases ^b	270				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31.80.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jarak (jauh / dekat)	3.754	2.189	6.435
For cohort Upaya_obat = non Yankes	2.134	1.591	2.862
For cohort Upaya_obat = Yankes	.568	.434	.744
N of Valid Cases	270		

Nasihah_kelg * Upaya_obat Crosstabulation

			Upaya_obat		Total
			non Yankes	Yankes	
Nasihah_kelg	tidak	Count	42	45	87
		% within Nasihat_kelg	48.3%	51.7%	100.0%
	ya	Count	59	124	183
		% within Nasihat_kelg	32.2%	67.8%	100.0%
Total	Count		101	169	270
	% within Nasihat_kelg		37.4%	62.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.476 ^a	1	.011		
Continuity Correction ^b	5.809	1	.016		
Likelihood Ratio	6.391	1	.011		
Fisher's Exact Test				.015	.008
Linear-by-Linear Association	6.452	1	.011		
N of Valid Cases ^b	270				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32.54.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Nasihat_kelg (tidak / ya)	1.962	1.163	3.307
For cohort Upaya_obat = non Yankes	1.497	1.107	2.026
For cohort Upaya_obat = Yankes	.763	.609	.957
N of Valid Cases	270		

Penyuluhan * Upaya_obat Crosstabulation

			Upaya_obat		Total
			non Yankes	Yankes	
Penyuluhan	tidak	Count	59	123	182
		% within Penyuluhan	32.4%	67.6%	100.0%
	ya	Count	42	46	88
		% within Penyuluhan	47.7%	52.3%	100.0%
Total		Count	101	169	270
		% within Penyuluhan	37.4%	62.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.938 ^a	1	.015		
Continuity Correction ^b	5.302	1	.021		
Likelihood Ratio	5.864	1	.015		
Fisher's Exact Test				.016	.011
Linear-by-Linear Association	5.916	1	.015		
N of Valid Cases ^b	270				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32.92.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penyuluhan (tidak / ya)	.525	.312	.884
For cohort Upaya_obat = non Yankes	.679	.502	.920
For cohort Upaya_obat = Yankes	1.293	1.034	1.617
N of Valid Cases	270		

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a umur_2	.323	.343	.888	1	.346	1.381	.706	2.704
Jarak	1.060	.296	12.816	1	.000	2.885	1.615	5.153
Persepsi_sakit	.415	.334	1.540	1	.215	1.514	.786	2.915
Biaya_transport	.455	.286	2.536	1	.111	1.577	.900	2.762
Penyuluhan	-.262	.298	.772	1	.380	.770	.429	1.380
Nasihat_kelg	.522	.295	3.128	1	.077	1.685	.945	3.006
pengetahuan_2	.756	.285	7.025	1	.008	2.131	1.218	3.728
Constant	-1.587	.468	11.497	1	.001	.204		

a. Variable(s) entered on step 1: umur_2, Jarak, Persepsi_sakit, Biaya_transport, Penyuluhan, Nasihat_kelg, pengetahuan_2.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a umur_2	.321	.342	.883	1	.347	1.379	.706	2.694
Jarak	1.117	.289	14.910	1	.000	3.055	1.733	5.385
Persepsi_sakit	.412	.334	1.521	1	.218	1.510	.784	2.907
Biaya_transport	.435	.285	2.331	1	.127	1.545	.884	2.700
Nasihat_kelg	.552	.293	3.546	1	.060	1.736	.978	3.082
pengetahuan_2	.780	.284	7.535	1	.006	2.181	1.250	3.807
Constant	-1.735	.439	15.601	1	.000	.176		

a. Variable(s) entered on step 1: umur_2, Jarak, Persepsi_sakit, Biaya_transport, Nasihat_kelg, pengetahuan_2.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
Jarak	1.106	.288	14.732	1	.000	3.022	1.718	5.316
Persepsi_sakit	.413	.333	1.535	1	.215	1.511	.786	2.903
Biaya_transport	.409	.283	2.091	1	.148	1.506	.865	2.623
Nasihat_kelg	.523	.290	3.248	1	.072	1.688	.955	2.981
pengetahuan_2	.784	.283	7.646	1	.006	2.190	1.256	3.817
Constant	-1.629	.423	14.844	1	.000	.196		

a. Variable(s) entered on step 1: Jarak, Persepsi_sakit, Biaya_transport, Nasihat_kelg, pengetahuan_2.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Jarak	1.141	.286	15.893	1	.000	3.131	1.786	5.486
Biaya_transport	.451	.280	2.586	1	.108	1.570	.906	2.720
Nasihat_kelg	.528	.289	3.343	1	.067	1.695	.963	2.984
pengetahuan_2	.826	.281	8.645	1	.003	2.283	1.317	3.959
Constant	-1.384	.368	14.151	1	.000	.251		

a. Variable(s) entered on step 1: Jarak, Biaya_transport, Nasihat_kelg, pengetahuan_2.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Jarak	1.155	.285	16.451	1	.000	3.174	1.816	5.545
Nasihat_kelg	.484	.286	2.871	1	.090	1.623	.927	2.842
pengetahuan_2	.871	.278	9.811	1	.002	2.390	1.386	4.124
Constant	-1.116	.324	11.882	1	.001	.328		

. Variable(s) entered on step 1: Jarak, Nasihat_kelg, pengetahuan_2.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Jarak	1.217	.282	18.682	1	.000	3.376	1.945	5.862
pengetahuan_2	.886	.277	10.270	1	.001	2.426	1.411	4.171
Constant	-.844	.276	9.387	1	.002	.430		

a. Variable(s) entered on step 1: Jarak, pengetahuan_2.

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7364975, FAX. (021) 7863472

No : 2020/H2.F10/PPM.00.00/2012
Lamp. : ---
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

1 Maret 2012

Kepada Yth.
Kepala Kantor Kesbangpolinmas
Kabupaten Pacitan
Provinsi Jawa Timur

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

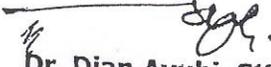
Nama : Arief Musthofa
NPM : 1006793316
Thn. Angkatan : 2010/2011
Program Studi : Epidemiologi
Peminatan : Epidemiologi FETP

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan tesis dengan judul, "*Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencarian Pengobatan Malaria Klinis Pekerja Musiman ke Luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan Tahun 2012*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Epidemiologi dinomor telp. (021) 78849031.

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

a.n. Dekan FKM UI
Wakil Dekan,


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

Tembusan:

- Pembimbing tesis
- Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN PACITAN
BADAN KESATUAN BANGSA POLITIK DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Ronggo Warsito .7 Telp. (0357) 881066

PACITAN

SURAT KETERANGAN

Untuk Melakukan Penelitian

Nomor : 072 / 132 / 408.45 / 2012

Dasar :

1. Undang – undang Nomor : 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah dua kali diubah terakhir dengan Undang-undang Nomor 12 Tahun 2008 ;
2. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah Antara Pemerintah , Pemerintah Daerah Provinsi Dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota ;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah ;
4. Peraturan Daerah Kabupaten Pacitan Nomor 18 Tahun 2007 tentang Urusan Pemerintahan Kabupaten Pacitan ;
5. Peraturan Daerah Kabupaten Pacitan Nomor 21 Tahun 2007 tentang Organisasi Lembaga Tehnis Daerah Kabupaten Pacitan ;
6. Peraturan Bupati Pacitan Nomor : 56 Tahun 2007 tentang Uraian Tugas Fungsi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Pacitan ;

7. Surat : “ **FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA** ”

Nomor : 220/ H2F10 /PPM.00.00/2012

Tanggal : 1 Maret 2012

Perihal : Ijin Penelitian dan menggunakan data

Dengan dasar tersebut diatas dengan ini kami *Tidak Keberatan* dan memberikan

Surat Keterangan untuk mengadakan Penelitian di Kabupaten Pacitan kepada :

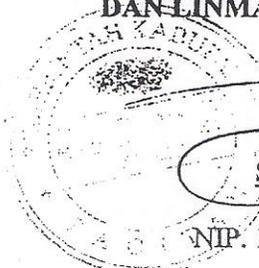
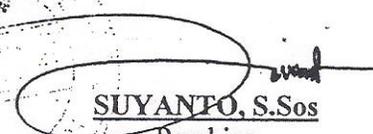
- a. Nama : Arief Musthofa
- b. NIM / NUP : 10067983316
- c. Alamat : RT.012 RW.006 Tambak Ds/Kel. Triharjo Kec. Wates Kab. Kulon Progo
- d. Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
- e. Kebangsaan : Indonesia
- f. Tema/Keg : “ **Faktor- faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencarian Pengobatan Malaria Klinis Pekerja Musiman ke Luar Pulau Jawa di Puskesmas Tegalombo Kabupaten Pacitan Tahun 2012** ”
- g. Lokasi : Puskesmas Tegalombo Kab. Pacitan
- h. Tanggal : 15 Maret s/d 15 Mei 2012
- i. Pengikut : -

Dengan Ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan peraturan yang berlaku dalam Daerah Hukum Pemerintah setempat.
2. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar hal-hal tersebut diatas.
3. Setelah melakukan Survey/Penelitian/Praktek Kerja Lapangan, sebelum meninggalkan Kabupaten Pacitan diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Camat setempat dan Pemerintah Kabupaten Pacitan ;
4. Dalam jangka waktu 1 (satu) bulan setelah selesai melakukan kegiatan Survey/Penelitian/Praktek Kerja Lapangan, diwajibkan memberikan laporan tentang Hasil Survey/Penelitian/Praktek Kerja Lapangan dan hasil lainnya kepada :
 - a. Bupati Pacitan
 - b. Kepala Bappeda dan Penanaman Modal Kab Pacitan . . .
 - c. Kepala Bakesbang Pol dan Linmas Kab Pacitan .
 - d. Kepala Dinas/Badan/Kantor/Instansi terkait.
5. Surat Keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi apabila ternyata bahwa Pemegang Surat Keterangan ini tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas.

Pacitan, 15 Maret 2012

An KEPALA BADAN KESBANG POL
DAN LINMAS KABUPATEN PACITAN
Sekretaris



SUYANTO, S.Sos
Pembina

NIP. 19560818 198503 1 011

Tembusan :

- Yth. 1. Bupati Pacitan
2. Kodim 0801 Pacitan
3. Kapolres Pacitan
4. Kepala Bappeda dan PM Kab. Pacitan
5. Kepala Balitbang dan Statistik Kab Pacitan
6. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Pacitan
7. Kepala Puskesmas Tegalombo
8. Camat Tegalombo

ALGORITME MALARIA
(Sumber Syamsir, Supardi S, Tjokrosonto S ,2001)

