

SKRIPSI

**EFEKTIFITAS METODE PENYULUHAN DAN KONSELING
KELOMPOK TERHADAP PERBAIKAN PERILAKU KEPALA
KELUARGA DALAM PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH
DENGUE (DBD) DI LINGKUNGAN MONJOK PEMAMORAN
RT 01 WILAYAH KERJA PUSKESMAS MATARAM**

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENT*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

Mira Utami Ningsih

NIM. 130915216

**PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2011

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 2 Februari 2011

Yang menyatakan



MIRA UTAMI NINGSIH
NIM. 130915216

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

SKRIPSI DENGAN JUDUL

**EFEKTIFITAS METODE PENYULUHAN DAN KONSELING KELOMPOK
TERHADAP PERBAIKAN PERILAKU KEPALA KELUARGA
DALAM PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* (DBD)
DI LINGKUNGAN MONJOK PEMAMORAN RT 01
WILAYAH KERJA PUSKESMAS MATARAM**

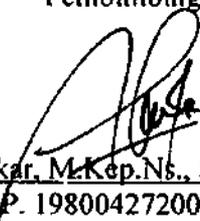
OLEH MAHASISWA:

**NAMA : MIRA UTAMI NINGSIH
NIM : 130915216**

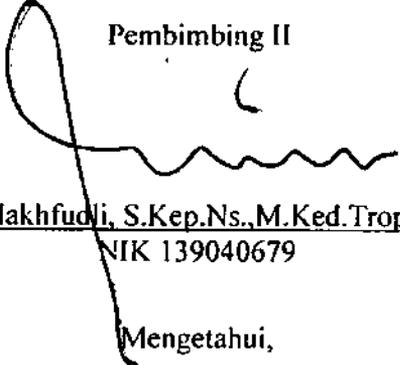
**TELAH DISETUJUI
TANGGAL 9 FEBRUARI 2011**

Oleh:

Pembimbing I


Abu Bakar, M.Kep.Ns., Sp.Kep.M.B.
NIP. 198004272009121002

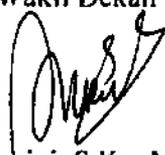
Pembimbing II


Makhfudli, S.Kep.Ns., M.Ked.Trop.
NIK 139040679

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Plt. Wakil Dekan I


Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

TELAH DIUJI

PADA TANGGAL 17 FEBRUARI 2011

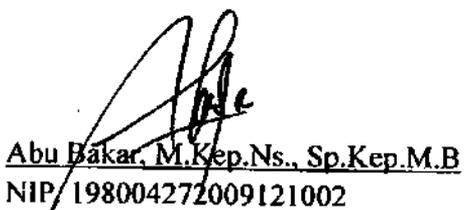
PANITIA PENGUJI

Ketua:

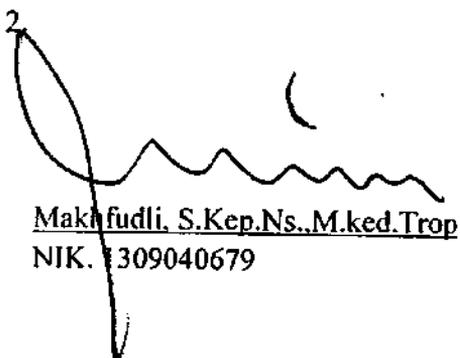


Retno Indarwati, S.Kep.,Ns. M.Kep.
NIP.197803160028122002

Anggota: 1.



Abu Bakar, M.Kep.Ns., Sp.Kep.M.B
NIP/198004272009121002



Makhfudli, S.Kep.Ns.,M.ked.Trop
NIK. 1309040679

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Plt. Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep
NIP. 197904242006042002

MOTTO

KNOWLEDGE IS LIMITED,
IMMAGINATION ENCIRCLE THE WORLD

SEBAIK-BAIK UMAT,
ADALAH YANG PALING BANYAK
MANFAATNYA
BAGI ORANG LAIN

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Efektifitas metode penyuluhan dengan metode konseling kelompok terhadap perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama ini perkenalkan saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Airlangga.
2. Dra. Hj. Sarkiah sebagai Kabid Litbang dan Statistik BAPPEDA Kota Mataram yang telah memberikan ijin dan kesempatan untuk melaksanakan penelitian dan pengambilan data.
3. Abu Bakar, M.Kep.Ns.,Sp.Kep.M.B., selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan membimbing, memotivasi dan memberikan saran-saran yang bermanfaat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. Makhfudli, S.Kep.Ns.,M.Ked.Trop selaku pembimbing II yang telah membimbing, memberikan banyak saran serta dengan sabar dan teliti mengoreksi berbagai kekurangan, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
5. Retno Indarwati, S.Kep.,Ns. M.Kep. selaku ketua penguji skripsi yang telah banyak memberikan kritikan dan masukan untuk menyempurnakan skripsi ini.

6. Bapak Budi Wartono, SSTP selaku Lurah Monjok, yang telah memberikan ijin untuk pengambilan data awal dan data penelitian sehingga berjalan dengan baik.
7. Kepala Puskesmas Mataram beserta staf yang telah membantu memberikan masukan tentang DBD dan perilaku kepala keluarga di Lingkungan Monjok Pemamoran serta proses penyuluhan dan konseling.
8. H. Bakrun sebagai kepala Lingkungan dan Bapak/Ibu Kepala Keluarga di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
9. Bapak, Mamak dan adik-adik tersayang (Etuq, Rana dan Adjie) yang membuat kangen, untuk doa dan dukungannya.
10. Semua teman-teman kost dan teman-teman seperjuangan di FKp UNAIR khususnya B12 yang telah memberikan semangat dan kebersamaannya.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan dan bantuan dalam penulisan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, sehingga diharapkan kritikan dan saran untuk menyempurnakannya.

Surabaya, Februari 2011

Penulis

ABSTRACT

THE EFFECTIVENESS OF ELUCIDATION AND GROUP COUNSELING METHOD TO EMENDATION OF PATRIARCH BEHAVIOR IN DENGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF) PREVENTION

A quasi experiment study at
Monjok Pemamoran Village, Region of Puskesmas Mataram

By: Mira Utami Ningsih

Dengue Hemorrhage Fever is a disease with prevalence that keep on higher and spread wider. Prevention and control of DHF are affected by environment and social-behavioral factors. So that, some efforts are needed to increase people awareness in prevention of DHF by giving health education. This study was aimed to find out the difference effectiveness of elucidation and group counseling method to emendation of patriarch behavior in DHF prevention.

This study used pre-post test design. The population is patriarch in Monjok Pemamoran Village RT 01. Samples were 40 patriarchs taken by purposive sampling. Independent variables were elucidation and group counseling. Dependent variables were patriarch behavior including knowledge, attitude and practice. Data were collected using questionnaire and observation sheet then analyzed using *Wilcoxon Signed Rank Test* and *Mann Whitney U Test*.

The result revealed that there are significant effect of elucidation and group counseling to emendation of patriarch behavior in DHF prevention. Except in patriarch's practice, there were no difference effectiveness of elucidation and group counseling to emendation of patriarch's knowledge and attitude. There was difference effectiveness of elucidation and group counseling method to emendation of patriarch's practice in prevention of DHF.

From this study in can be concluded that, both elucidation and group counseling can affect patriarch's behavior in prevention of DHF but group counseling method is more effective. That's why, it is hoped that paramedic can apply that method to society in purpose to increase prevention and control of DHF and prevents the outbreak.

Keyword: dengue hemorrhagic fever, elucidation, group counseling, behavior

Daftar Isi

Halaman Judul.....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan Skripsi.....	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji Skripsi	iv
Motto	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Istilah dan Singkatan	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	
1.4.1 Manfaat teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat praktis.....	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Demam Berdarah Dengue (DBD)	
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Epidemiologi	9
2.1.4 Cara penularan.....	10
2.1.5 Patogenesis	11
2.1.6 Gambaran klinis	14
2.1.7 Diagnosis.....	15
2.1.8 Pencegahan DBD	17
2.2 Konsep Penyuluhan	
2.2.1 Pengertian.....	23
2.2.2 Tujuan penyuluhan	24
2.2.3 Sasaran penyuluhan	24
2.2.4 Metode penyuluhan	25
2.2.5 Media penyuluhan	27
2.3 Konsep Konseling	
2.3.1 Definisi	28
2.3.2 Karakteristik	29
2.3.3 Metode konseling	29
2.3.4 Tujuan konseling	32

2.3.5	Topik konseling	33
2.3.6	Jenis konseling	35
2.3.7	Tahapan konseling.....	36
2.3.8	Domain konseling.....	38
2.3.9	Teori konseling.....	39
2.3.10	Perbedaan konseling dengan penyuluhan.....	40
2.4	Konsep Perilaku	
2.4.1	Definisi perilaku	41
2.4.2	Kelompok perilaku	42
2.4.3	Domain perilaku	43
2.4.4	Teori model terbentuknya perilaku	45
2.4.5	Teori-teori perubahan perilaku	46
2.4.6	Bentuk-bentuk perilaku	48
2.4.7	Strategi perubahan perilaku	49
2.5	Konsep Keluarga	
2.5.1	Pengertian keluarga	51
2.5.2	Karakteristik keluarga	51
2.5.3	Fungsi keluarga	52
2.5.4	Tipe-tipe keluarga.....	54
2.5.5	Struktur keluarga	56
2.5.6	Keluarga sebagai sasaran pelayanan kesehatan.....	57
2.5.7	Promosi kesehatan keluarga	58
 BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	60
3.2	Hipotesis Penelitian.....	64
 BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN		
4.1	Desain Penelitian.....	65
4.2	Kerangka Kerja.....	66
4.3	Populasi, Sampel dan Sampling	
4.3.1	Populasi	69
4.3.2	Sampel	69
4.3.3	Sampling.....	70
4.4	Identifikasi Variabel	
4.4.1	Variabel independen.....	66
4.4.2	Variabel dependen	66
4.5	Definisi Operasional.....	67
4.6	Pengumpulan Data	
4.6.1	Instrumen.....	73
4.6.2	Lokasi dan waktu penelitian.....	73
4.6.3	Prosedur pengumpulan data	73
4.7	Analisa Data	75
4.8	Etik Penelitian	76
4.9	Keterbatasan penelitian	78

BAB 5. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	79
5.1.2 Data demografi responden.....	80
5.1.3 Data perilaku responden.....	82
5.2 Pembahasan.....	90
BAB 6. Kesimpulan dan Saran	
6.1 Kesimpulan.....	102
6.2 Saran.....	103
Daftar Pustaka.....	104
Lampiran.....	107

Daftar Gambar

Gambar 2.1	Klasifikasi Dengue dan Tingkat Keparahan yang Disarankan.....	16
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian Efektifitas Metode Penyuluhan dengan Metode Konseling Terhadap Perbaikan Perilaku Kepala Keluarga dalam Pencegahan DBD di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	60
Gambar 4.1	Kerangka Operasional Penelitian Efektifitas Metode Penyuluhan dengan Metode Konseling Terhadap Perbaikan Perilaku Kepala Keluarga dalam Pencegahan DBD di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	66
Gambar 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Usia KK di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	80
Gambar 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan KK di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	81
Gambar 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin KK di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	81
Gambar 5.4	Tingkat Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah diberikan Penyuluhan di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	82
Gambar 5.5	Sikap Responden Sebelum dan Sesudah diberikan Penyuluhan di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	83
Gambar 5.6	Tindakan Responden Sebelum dan Sesudah diberikan Penyuluhan di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	83
Gambar 5.7	Tingkat Pengetahuan Responden Sebelum dan Setelah diberikan Konseling Kelompok di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011.....	84

Gambar 5.8	Sikap Responden Sebelum dan Setelah diberikan Konseling Kelompok di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	85
Gambar 5.9	Tindakan Responden Sebelum dan Setelah diberikan Konseling Kelompok di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	85

Daftar Tabel

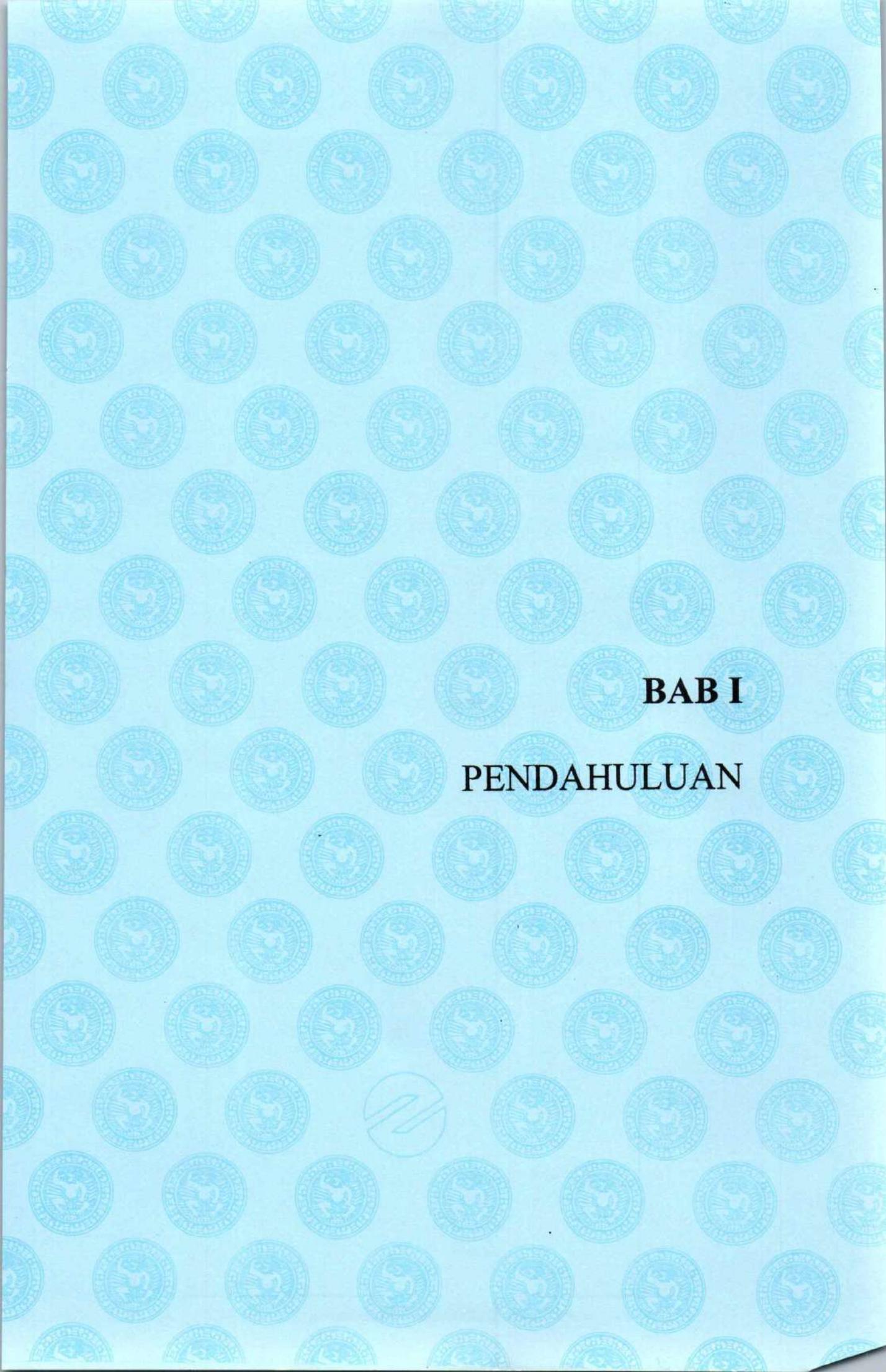
Tabel 2.1	Kriteria Klasifikasi Infeksi Dengue.....	17
Tabel 2.2	Perbedaan Antara Mengajar dan Konseling.....	41
Tabel 4.1	Rancangan Penelitian Eksperimen Semu (<i>Quasi Experiment</i>) <i>Pre-post Test Design</i>	65
Tabel 4.2	Definisi Operasional Penelitian Efektifitas Metode Penyuluhan dan Konseling Kelompok Terhadap Perbaikan Perilaku Kepala Keluarga dalam Pencegahan DBD di Lingkungan Monjok Pamamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	71
Tabel 5.1	Perbedaan Efektifitas Sebelum dan Setelah dilakukan Penyuluhan dan Konseling Terhadap Tingkat Pengetahuan Responden Tentang DBD dan Pencegahannya di Lingkungan Monjok Pamamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	88
Tabel 5.2	Perbedaan Efektifitas Sebelum dan Setelah dilakukan Penyuluhan dan Konseling Terhadap Sikap Responden Tentang DBD dan Pencegahannya di Lingkungan Monjok Pamamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011.....	89
Tabel 5.3	Perbedaan Efektifitas Sebelum dan Setelah dilakukan Penyuluhan dan Konseling Terhadap Tindakan Responden Tentang DBD dan Pencegahannya Berdasarkan Hasil Kuesioner di Lingkungan Monjok Pamamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	91
Tabel 5.4	Perbedaan Efektifitas Sebelum dan Setelah dilakukan Penyuluhan dan Konseling Terhadap Tindakan Responden Tentang DBD dan Pencegahannya Berdasarkan Hasil Observasi di Lingkungan Monjok Pamamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011	92

Daftar Lampiran

Lampiran 1.	Jadwal Penelitian	107
Lampiran 2.	Surat Ijin Penelitian	109
Lampiran 3.	Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian	111
Lampiran 4.	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	112
Lampiran 5.	Kuesioner Penelitian.....	113
Lampiran 6.	Lembar Observasi Tindakan/Praktik Kepala Keluarga dalam Pencegahan DBD	116
Lampiran 7.	Satuan Acara Pembelajaran	117
Lampiran 8.	Rencana Kegiatan Konseling.....	120
Lampiran 9.	Materi Penyuluhan dan Konseling	123
Lampiran 10.	Leaflet DBD	127
Lampiran 11.	Tabulasi Data Penelitian.....	129
Lampiran 12.	Hasil Uji Statistik	132

DAFTAR ARTI SINGKATAN DAN ISTILAH

BAPPEDA	: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
DBD	: Demam Berdarah <i>Dengue</i>
DD	: Demam <i>Dengue</i>
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
IVM	: <i>Integrated Vektor Management</i>
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KK	: Kepala Keluarga
KLB	: Kejadian Luar Biasa
PSN	: Pemberantasan Sarang Nyamuk
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
WHO	: <i>World Health Organization</i>

The background of the page is a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized bird or eagle with its wings spread, perched on a branch. The logos are arranged in a grid-like pattern across the entire page.

BAB I
PENDAHULUAN

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia karena angka kejadian yang terus meningkat dan penyebarannya semakin luas (Sungkar, 2007). Satu-satunya cara untuk mencegah penyakit ini adalah dengan memutus rantai transmisi penyakit yang disebut *vektor control* yang dipengaruhi oleh lingkungan dan faktor *socio-behavioral* (Fathi dkk, 2005). Menurut Kepala Bidang Pengendalian Penyakit dan Lingkungan Dinas Kesehatan NTB, penyebab utama mewabahnya penyakit DBD di Mataram terutama pada saat musim hujan yang ditambah tingkat kesadaran dan perilaku masyarakat untuk menjaga kebersihan lingkungan masih rendah, sehingga perlu terus menerus dilakukan sosialisasi kepada masyarakat tentang penyakit DBD, bahayanya dan bagaimana cara mencegahnya (Awaludin, 2010). Peningkatan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pemberantasan penyakit DBD dapat dilakukan dengan cara peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat tentang pencegahan DBD melalui promosi kesehatan (Suharto dkk, 2003). Salah satu hal yang mempengaruhi promosi kesehatan adalah metode yang digunakan.

Metode promosi kesehatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perilaku pencegahan DBD diantaranya ialah penyuluhan dan konseling. Selama ini, metode yang sering digunakan untuk sosialisasi pencegahan DBD di daerah endemik adalah dengan penyuluhan. Menurut penelitian Fathi dkk (2005) di daerah endemik DBD yaitu di Mataram, tidak

ada peran penyuluhan penyakit DBD yang bermakna terhadap Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit DBD di Kota Mataram. Sedangkan dengan menggunakan metode konseling kelompok, Suharto dkk (2003) dalam penelitiannya tentang metode konseling kelompok dan curah pendapat di Kabupaten Magetan, menyatakan bahwa metode konseling kelompok dapat meningkatkan perilaku pencegahan DBD.

Penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Surayani, 2005). Sedangkan mengenai konseling, menurut Redman dan Thomas (1985) dikutip oleh Friedman (1998), konseling sangat berhubungan erat dengan penyuluhan, tetapi berbeda. Mengajar dan konseling telah dilukiskan sebagai dua titik pada ujung kontinum yang berbeda, dengan perspektif ini, mengajar dipandang sebagai metode pilihan ketika bekerja dengan keluarga/masyarakat yang membutuhkan informasi lebih spesifik dan terstruktur. Konseling yang terletak pada satu ujung kontinum cocok jika bekerja dengan keluarga/masyarakat yang lebih banyak membutuhkan dukungan serta dorongan untuk menggunakan keterampilan-keterampilan memecahkan masalah (Friedman, 1998). Namun perbedaan efektifitas metode penyuluhan dan metode konseling kelompok dalam meningkatkan perilaku pencegahan DBD di daerah endemik belum dapat dijelaskan.

Di Indonesia meskipun sudah lebih dari 35 tahun, DBD bukannya terkendali, tetapi semakin mewabah. Sejak Januari sampai Maret 2004, KLB

DBD di Indonesia telah menyerang 39.938 orang dengan angka kematian 1,3 persen (Soeroso, 2008). Propinsi yang terus mengalami peningkatan angka kejadian DBD adalah DKI Jakarta, Jawa Barat, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Selatan, Bali, Nusa Tenggara Timur dan Nusa Tenggara Barat (Sungkar, 2007). Di Nusa Tenggara Barat Kasus DBD dari Januari sampai dengan Desember 2005 terdapat 1.040 kasus, dengan kematian mencapai 15 orang. Jumlah sebenarnya jauh lebih tinggi daripada jumlah yang tercatat ini (Taufik dkk, 2007). Sedangkan pada tahun 2010, terjadi peningkatan kasus secara signifikan. Sejak Januari 2010 sampai Februari 2010 telah tercatat 571 kasus DBD. Wilayah yang paling tinggi penderita DBD adalah Kota Mataram sebanyak 368 kasus, diikuti Lombok Barat 52 kasus, Lombok Timur 46 kasus, Sumbawa Barat 31 kasus. Selanjutnya Lombok Tengah 24 kasus, Kota Bima 13 kasus, Kabupaten Sumbawa 11 kasus, Dompu 11 kasus, Lombok Utara sembilan kasus dan Bima enam kasus. Dinas Kesehatan NTB telah menetapkan Kota Mataram sebagai daerah KLB penyakit DBD (Awaludin, 2010). Menurut data dari studi pendahuluan, didapatkan data peningkatan pasien DBD berobat ke Puskesmas Mataram yaitu dari 58 orang pada tahun 2009 menjadi 87 orang pada tahun 2010 dari Kelurahan Monjok. Jumlah ini mencapai hampir seperempat dari jumlah kejadian DBD keseluruhan di Kota Mataram pada tahun 2010. Dari jumlah tersebut, 48 orangnya berasal dari Lingkungan Monjok Pemamor yang terdiri dari 5 RT. RT terbanyak penderita DBD adalah RT 01 yaitu sebanyak 12 penderita.

Menurut Awaludin (2010), jika tidak diantisipasi dengan melakukan pencegahan, jumlah penderita DBD di NTB khususnya di Mataram dapat

meningkat dari tahun sebelumnya didasari oleh kondisi iklim yang tidak menentu seperti hujan yang turun tidak teratur. Peningkatan jumlah pasien DBD dapat berdampak tidak hanya pada derajat kesehatan masyarakat yang dapat menyebabkan kematian, namun juga aspek sosial ekonomi. Keluarga yang salah satu anggotanya menderita penyakit DBD tentu saja dirugikan dalam hal ekonomi. Soegijanto (2008) dalam penelitiannya di Jawa Timur menyatakan bahwa untuk merawat pasien DBD, keluarga memerlukan tambahan biaya Rp. 184.000 sampai 1.040.000 dalam waktu tujuh hari padahal masa rawat pasien DBD bisa lebih dari 7 hari dan keluarga dengan penderita DBD rata-rata berpenghasilan hanya 200 – 400 ribu rupiah per bulan. Kerugian tersebut belum termasuk kerugian akibat tidak masuk kerja, tidak masuk sekolah, gangguan aktivitas sosial dan pengaruh sakitnya terhadap orang-orang yang berhubungan dengan penderita DBD. Kerugian-kerugian tersebut juga sangat mungkin terjadi di daerah endemik seperti Kota Mataram.

Dalam rangka mengatasi masalah diatas diperlukan penerapan metode sosialisasi yang paling tepat dan efektif dalam meningkatkan kesadaran masyarakat dan mengubah perilaku masyarakat dalam upaya pencegahan kejadian DBD. Keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat dan ujung tombak pencegahan DBD perlu diberdayakan secara optimal (Suharto dkk, 2003). Menurut Effendi dan Makhfudli (2009), keluarga dipandang sebagai sumber daya kritis untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan, dimana dalam hal ini keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat berperan dalam penyampaian pesan betapa pentingnya usaha pencegahan agar

terhidar dari wabah. Setiap keluarga perlu dilibatkan dalam upaya pencegahan khususnya bagi kepala keluarga mengingat sebagian besar struktur keluarga di Indonesia adalah patriakal dimana dominasi pengambil keputusan ada pada suami (Setyowati dkk, 2008). Sehingga perlu ditentukan metode yang paling efektif dalam membantu keluarga untuk mengembangkan pengetahuan, kesehatan mental serta perubahan sikap dan perilaku. Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti perbedaan efektifitas metode penyuluhan ceramah-tanya jawab dan metode konseling kelompok terhadap perbaikan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD di Kota Mataram.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada perbedaan efektifitas metode penyuluhan dengan metode konseling kelompok terhadap perbaikan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Membuktikan perbedaan efektifitas metode penyuluhan dan metode konseling kelompok terhadap perbaikan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan kepala keluarga dalam pencegahan DBD sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan.
2. Mengidentifikasi sikap kepala keluarga dalam pencegahan DBD sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan.

3. Mengidentifikasi tindakan kepala keluarga dalam pencegahan DBD sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan.
4. Mengidentifikasi pengetahuan kepala keluarga dalam pencegahan DBD sebelum dan sesudah dilakukan konseling.
5. Mengidentifikasi sikap kepala keluarga dalam pencegahan DBD sebelum dan sesudah dilakukan konseling.
6. Mengidentifikasi tindakan kepala keluarga dalam pencegahan DBD sebelum dan sesudah dilakukan konseling.
7. Mengidentifikasi perbedaan efektifitas metode penyuluhan dengan metode konseling kelompok dalam perbaikan pengetahuan, sikap dan tindakan kepala keluarga dalam pencegahan DBD.

1.4 Manfaat

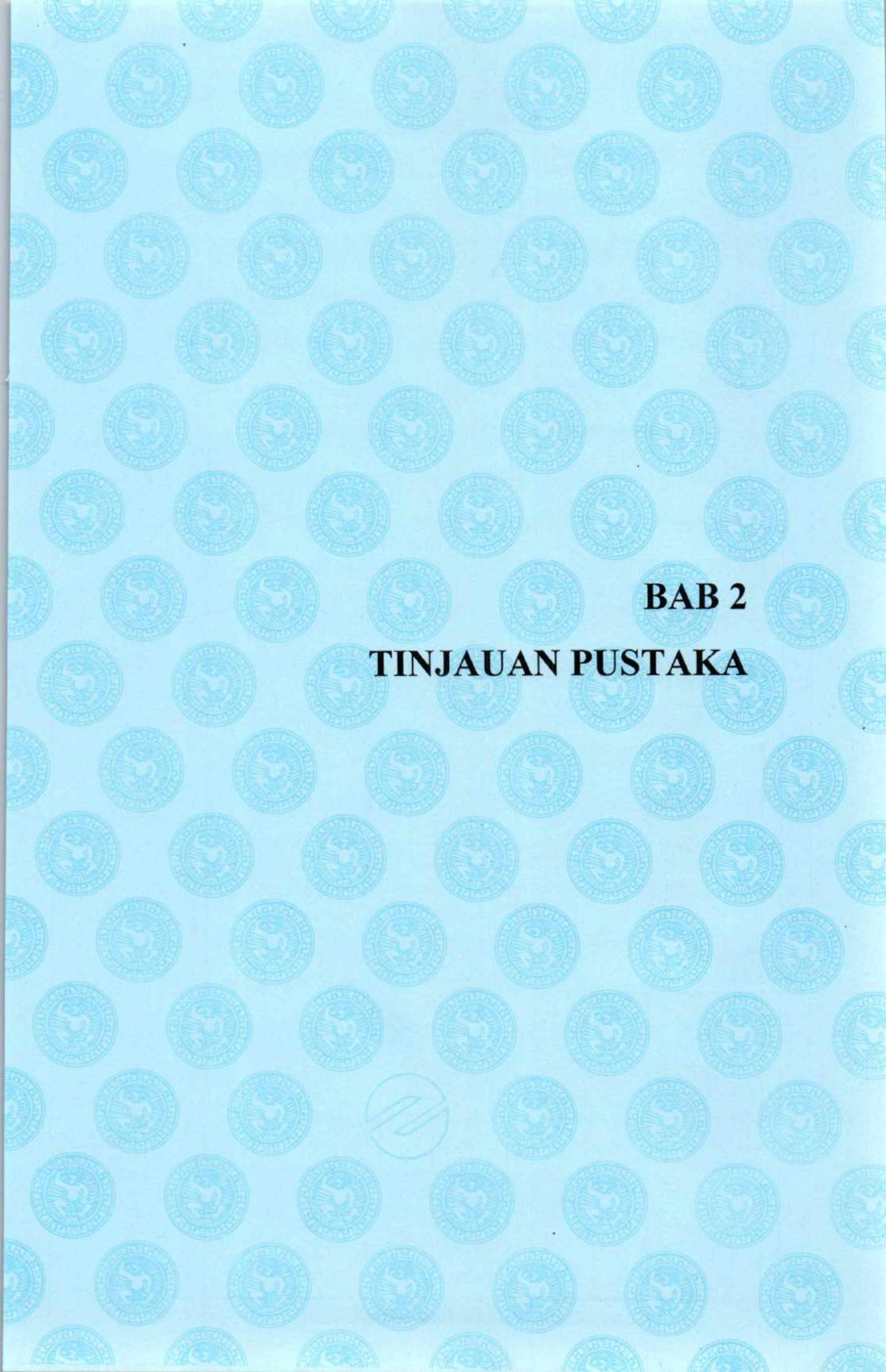
1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan perbedaan efektifitas metode penyuluhan dengan metode konseling dalam perbaikan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD sehingga dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan dalam ilmu keperawatan kesehatan komunitas khususnya dalam usaha pencegahan DBD di masyarakat.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan dalam menentukan kebijakan dalam melakukan usaha promotif dan preventif terhadap kejadian DBD agar tidak menjadi KLB.

2. Petugas pelayanan kesehatan di Puskesmas dapat menerapkan metode yang paling sesuai dan dirasa paling efektif sesuai dengan kondisi dan sumber daya yang tersedia guna memaksimalkan usaha menurunkan kejadian DBD dan mencegah terjadinya KLB.
3. Penerapan metode pendidikan kesehatan dalam pencegahan DBD yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan keluarga dapat membantu keluarga dalam mengenal masalah kesehatan yang dihadapinya, kemudian menentukan dan melakukan tindakan pencegahan yang lebih efektif.
4. Peneliti selanjutnya dapat memanfaatkan hasil penelitian ini untuk penelitian berikutnya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keefektifan sebuah metode pendidikan kesehatan.

The background of the page is a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized bird or eagle with its wings spread, perched on a branch. The logos are arranged in a grid-like pattern across the entire page.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka memuat uraian yang sistemik tentang teori dasar yang relevan, fakta dan hasil penelitian sebelumnya yang berasal dari pustaka mutakhir serta memuat teori, proposisi, konsep atau pendekatan terbaru yang ada hubungannya dengan penelitian yang dilakukan (Nursalam, 2009). Dalam bab ini akan dibahas tentang 1) konsep DBD; 2) konsep penyuluhan; 3) konsep konseling; 4) konsep perilaku; dan 5) konsep keluarga.

2.1 Konsep Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

2.1.1 Definisi

Penyakit DBD ialah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Kedua jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat dengan ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan air laut (Kristina dkk, 2004).

Demam *Dengue* (DD) adalah penyakit febris-virus akut, sering disertai dengan gejala sakit kepala, nyeri otot atau nyeri sendi, ruam dan leukopenia. Demam Berdarah *Dengue* (DBD) ditandai oleh empat manifestasi klinis utama yaitu demam tinggi, perdarahan, hepatomegali dan pada kasus berat terdapat tanda-tanda kegagalan sirkulasi. Pada pasien DBD terjadi kebocoran plasma sehingga dapat mengakibatkan syok hipovolemik. Syok ini disebut Sindrom Syok *Dengue* (SSD) (World Health Organization, 1999).

2.1.2 Etiologi

Demam *Dengue* dan Demam Berdarah *Dengue* disebabkan oleh virus *dengue*, yang termasuk dalam genus *Flavivirus*, keluarga *Flaviviridae*. *Flavivirus* merupakan virus dengan diameter 30 nm terdiri dari asam ribonukleat rantai tunggal dengan berat molekul 4×10^6 , panjangnya kira-kira 11 kilobasa. Terdapat 4 serotipe virus *dengue* yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4 yang semua dapat menyebabkan DD atau DBD (Suhendro, 2006).

Seluruh serotipe *Virus Dengue* terdapat di Indonesia. DEN-3 merupakan serotipe yang paling sering ditemui selama terjadinya KLB di banyak daerah, diikuti DEN-2, DEN-1 dan DEN-4. DEN-3 juga merupakan serotipe yang paling dominan yang berhubungan dengan tingkat keparahan penyakit, diikuti DEN-2. Namun pada penelitian Soedjoko dan Soegeng (2005) tentang pola distribusi serotipe *Virus Dengue* di beberapa daerah endemic di Jawa Timur dengan kondisi geografis berbeda, disebutkan bahwa serotipe virus *dengue* yang terbanyak adalah DEN-2, yang menyimpulkan bahwa masing-masing serotipe virus *dengue* akan memicu terjadinya wabah/KLB berdasar kondisi geografis dan periode waktu yang berbeda (Soegijanto, 2008).

2.1.3 Epidemiologi

Setiap tahun, diperkirakan terdapat 20 juta kasus infeksi *dengue*, mengakibatkan kira-kira 24 juta kematian (World Health Organization, 1999). Epidemiologi DBD di negara berkembang menjadi perhatian karena peningkatan sejumlah infeksi yang

dilaporkan dari semua provinsi. Penjangkitan penyakit DBD secara umum tergolong sebagai pola siklik, yang tidak beraturan dengan latar belakang endemis yang tinggi. (Setiati dkk., 2006).

Kebanyakan kasus DBD dilaporkan dari Asia, dimana DBD tersebut merupakan penyebab utama rawat inap dan kematian pada anak-anak. Di Asia didapatkan angka kematian 0,5% - 3,5 %. Dari semua kasus ini 90% adalah anak dengan umur dibawah 15 tahun (Taufik dkk, 2007). Di Asia Tenggara, dari jumlah populasi 15 milyar, kira-kira terdapat 13 milyar orang dengan resiko menderita DD atau DBD (Setiati dkk., 2006). Insidensi DBD di Indonesia antara 6 hingga 15 per 100.000 penduduk dari tahun 1989 hingga 1995, dan pernah meningkat tajam saat KLB hingga 35 per 100.000 penduduk pada tahun 1998, sedangkan mortalitas DBD cenderung menurun hingga mencapai 2% pada tahun 1999 (Suhendro, 2006). Awal tahun 2004 terjadi kejadian luar biasa DBD yang mencapai puncaknya di Jakarta, Jawa Tengah dan Nusa Tenggara Timur, dengan jumlah total 52.013 kasus dan kematian mencapai 603 kasus (Dewi, 2005).

2.1.4 Cara penularan

Terdapat tiga faktor yang memegang peranan pada penularan infeksi virus *dengue*, yaitu manusia, virus dan vektor perantara. Virus *dengue* ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* betina. Nyamuk *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis* dan beberapa spesies yang lain dapat juga menularkan virus ini, namun merupakan vektor yang kurang berperan. Nyamuk *Aedes* tersebut

dapat mengandung virus *dengue* pada saat menggigit manusia yang sedang mengalami *viremia*. Kemudian virus yang berada di kelenjar liur berkembang biak dalam waktu 8-10 hari (*extrinsic incubation period*) sebelum dapat ditularkan kembali kepada manusia pada saat gigitan berikutnya. Virus dalam tubuh nyamuk betina dapat ditularkan kepada telurnya (*transovarian transmission*), namun perannya dalam penularan virus tidak penting (Depkes RI, 2004).

Sekali virus dapat masuk dan berkembangbiak di dalam tubuh nyamuk, nyamuk tersebut akan dapat menularkan virus selama hidupnya (*infektif*). Di tubuh manusia, virus memerlukan waktu masa tunas 4-7 hari (*intrinsic incubation period*) sebelum menimbulkan penyakit. Penularan dari manusia kepada nyamuk hanya dapat terjadi bila nyamuk menggigit manusia yang sedang mengalami *viremia*, yaitu 2 hari sebelum panas sampai 5 hari sejak demam timbul (Depkes RI, 2004).

2.1.5 Patogenesis

Setelah nyamuk terinfeksi menggigit seseorang, virus yang terdapat di dalam air liur nyamuk yang terinfeksi tersebar masuk ke dalam pembuluh darah pada lapisan subkutan dan mengalami masa inkubasi beberapa hari yaitu terjadinya proses replikasi di dalam sistem limfe dan endotelium (Smith & Schwartz, 2005). Replikasi virus tersebut akan disebarkan melalui sistem limfe dan darah menuju jaringan-jaringan yang lain. Replikasi di dalam sistem retikulo-endotelial dan kulit mengakibatkan *viremia*. Masa inkubasi berkisar 3

sampai 14 hari, tetapi biasanya 4 sampai 7 hari (Smith & Schwartz, 2005).

Banyak penelitian mengenai patogenesis DBD diungkapkan, namun sampai saat ini belum mampu menerangkan secara tuntas fenomena klinik yang terjadi. Dari beberapa teori dan hipotesis mengenai patogenesis DBD terdapat dua teori yang paling banyak dianut yaitu teori *enhancing antibody* atau *secondary heterologous infection* dan teori virulensi virus (Dewi, 2005).

Dalam teori *secondary heterologous infection* menyatakan secara tidak langsung bahwa pasien yang mengalami infeksi yang kedua kalinya dengan serotipe virus *dengue* yang heterolog mempunyai risiko lebih besar untuk menderita DBD berat. Antibodi heterolog yang dibentuk pada infeksi primer akan menyebabkan kompleks imun pada infeksi sekunder yang dapat peningkatan replikasi virus dalam makrofag. Oleh karena antibodi heterolog maka virus tidak dinetralisasikan oleh tubuh sehingga akan bebas melakukan replikasi dalam sel makrofag. Hal ini selanjutnya dapat mengakibatkan aktivasi reaktif-silang CD4 dan CD8 limfosit sitotoksik. Pelepasan cepat sitokin yang disebabkan oleh aktivasi sel T dan oleh lisis monosit terinfeksi dimediasi oleh limfosit sitotoksik yang dapat mengakibatkan rembesan plasma dan perdarahan yang terjadi pada DBD (World Health Organization, 1999; Depkes RI, 2004).

Terbentuknya kompleks antigen-antibodi yang selanjutnya akan mengakibatkan aktivasi sistem komplemen. Pelepasan C3a dan C5a akibat aktivasi C3 dan C5 menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah dan merembesnya plasma dari ruang intravaskuler ke ruang ekstavaskuler. Peremberasan plasma ini terbukti dengan adanya peningkatan hematokrit, penurunan kadar natrium dan terdapatnya cairan di dalam rongga serosa (efusi pleura, asites). Akibat peremberasan plasma tersebut selanjutnya dapat mengakibatkan keadaan hipovolemia dan syok. Syok yang tidak ditanggulangi secara adekuat, akan menyebabkan asidosis dan anoksia (Depkes RI, 2004).

Kompleks antigen-antibodi selain mengaktivasi sistem komplemen, juga menyebabkan agregasi trombosit dan mengaktivasi sistem koagulasi melalui kerusakan sel endotel pembuluh darah. Kedua faktor tersebut akan menyebabkan perdarahan pada DBD. Perdarahan masif pada DBD diakibatkan oleh trombositopenia, penurunan faktor pembekuan akibat *koagulasi intravaskular deseminata (KID)*, kelainan fungsi trombosit dan kerusakan kapiler. Sehingga perdarahan akan memperberat syok yang terjadi (Depkes RI, 2004 ; Suhendro, 2006).

Dalam teori virulensi dijelaskan bahwa virus *dengue* dapat mengalami perubahan genetik saat virus mengadakan replikasi baik pada tubuh manusia maupun pada tubuh nyamuk. Ekspresi fenotipik dari perubahan genetik dalam genom virus dapat menyebabkan

peningkatan replikasi virus, viremia dan peningkatan virulensi. Beratnya gejala DBD kemungkinan disebabkan oleh virulensi virus penyebab (Dewi, 2005).

2.1.6 Gambaran klinis

Gambaran klinis infeksi virus *dengue* dapat bersifat asimtomatik, atau dapat berupa demam yang tidak khas, Demam *Dengue*, Demam Berdarah *Dengue* atau Sindrom Syok *Dengue* (Suhendro, 2006). Bayi dan anak yang diserang penyakit ini menderita demam ringan disertai timbulnya ruam (*rash*) makulopapular. Pada anak besar dan orang dewasa dikenal sindrom trias yang berupa demam tinggi, nyeri pada anggota badan (kepala, bola mata, punggung dan sendi) dan timbulnya ruam *makulopapular*.

Bentuk klasik dari DBD ditandai dengan demam tinggi, mendadak 2-7 hari, disertai dengan muka kemerahan. Keluhan seperti anoreksia, sakit kepala, nyeri otot, tulang, sendi, mual, dan muntah sering ditemukan. Beberapa penderita mengeluh nyeri menelan dengan faring hiperemis ditemukan pada pemeriksaan, namun jarang ditemukan batuk pilek. Biasanya ditemukan juga nyeri perut dirasakan di epigastrium dan dibawah tulang iga. Demam tinggi dapat menimbulkan kejang demam terutama pada bayi. Bentuk perdarahan yang paling sering adalah uji *tourniket (rumple leede)* positif, kulit mudah memar dan perdarahan pada bekas suntikan intravena atau pada bekas pengambilan darah.

Kebanyakan kasus, petekie halus ditemukan tersebar di daerah ekstremitas, aksila, wajah, dan palatum mole, yang biasanya ditemukan pada fase awal dari demam. Epistaksis dan perdarahan gusi lebih jarang ditemukan, perdarahan saluran cerna ringan dapat ditemukan pada fase demam. Hati biasanya membesar dengan variasi dari *just palpable* sampai 2-4 cm di bawah *arcus costae* kanan. Sekalipun pembesaran hati tidak berhubungan dengan berat ringannya penyakit namun pembesaran hati lebih sering ditemukan pada penderita dengan syok (Depkes RI, 2004).

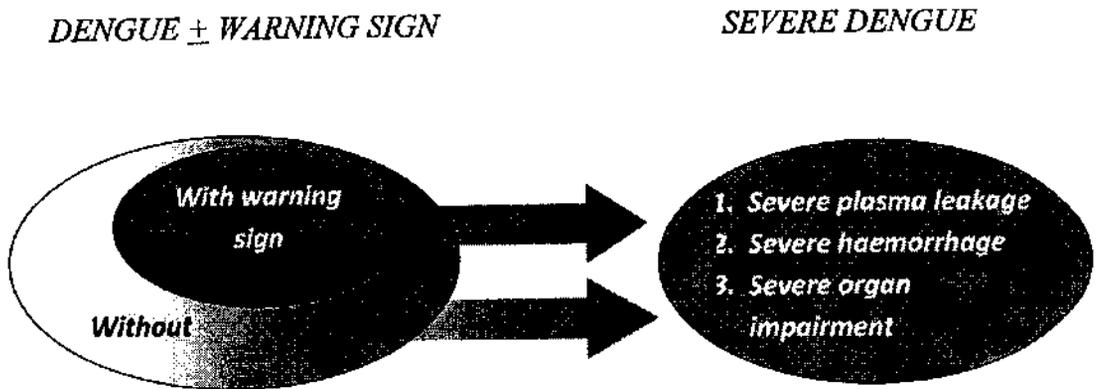
2.1.7 Diagnosis

Perubahan pada epidemiologi *dengue*, membawa masalah pada penggunaan klasifikasi WHO sebelumnya. Terdapat banyak laporan kesulitan penggunaan klasifikasi sebelumnya yang membagi infeksi *dengue* menjadi empat derajat keparahan, dengan derajat III dan IV didefinisikan sebagai *Dengue Shock Syndrome* (DSS). Saat ini, klasifikasi infeksi *dengue* menjadi *Dengue Fever* (DF), *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dan DSS, terus digunakan secara luas (WHO, 2009).

Studi terhadap daerah endemic *dengue* mengumpulkan kriteria klasifikasi *dengue* kedalam tingkat keparahan. Studi tersebut menyatakan bahwa dengan menggunakan sejumlah parameter klinik atau parameter laborat, dapat ditentukan pasien dengan *severe dengue* dan pasien dengan *non-severe dengue*. Pasien dengan *non-severe*

dengue dibagi lagi menjadi dua yaitu yang dengan tanda peringatan dan yang tanpa tanda peringatan.

Dengue adalah sebuah penyakit dengan gambaran klinis berbeda dan seringkali dengan evolusi dan *clinical outcome* yang tak dapat diprediksi. Klasifikasi kedalam tingkat keparahan dapat digunakan untuk menentukan pasien yang perlu penatalaksanaan dan observasi intensif. kriteria diagnosis *dengue* dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 2.1. Klasifikasi *Dengue* dan Tingkat Keparahan yang Disarankan (WHO, 2009).

Model klasifikasi diatas telah disarankan dan saat ini sedang di coba pada 18 negara. Kriteria untuk masing-masing klasifikasi infeksi *dengue* menurut WHO (2009) dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 2.1. Kriteria Klasifikasi Infeksi *Dengue*

<i>Dengue ± Warning Sign</i>		<i>Severe Dengue</i>
<i>Probable Dengue</i>	<i>Warning Sign*</i>	
Tinggal/pergi ke area endemic <i>dengue</i> . Terdapat demam dan 2 dari kriteria berikut: - Mual, muntah - Ruam/ <i>rash</i> - Sakit dan nyeri - Uji <i>tourniquet</i> positif - <i>Leucopenia</i> - Tanda perhatian lainnya - Adanya <i>warning sign</i> Konfirmasi pemeriksaan laboratorium (penting bila tidak ada tanda kebocoran plasma)	- Nyeri atau <i>tenderness</i> pada abdomen - Muntah yang terus menerus - Akumulasi cairan (<i>edema</i>) - Perdarahan mukosa - Letargi, gelisah - <i>Hepatomegali</i> > 2 cm - Pemeriksaan laboratorium: peningkatan HCT bersamaan dengan penurunan jumlah <i>platelet</i> secara cepat *(memerlukan observasi ketat dan intervensi medis)	Kebocoran plasma yang parah, mengarah pada: - Syok (DSS) - Akumulasi cairan (<i>edema</i>) dengan <i>distress</i> pernapasan Perdarahan yang parah Dievaluasi oleh klinisi Keterlibatan organ yang parah: - Hepar: AST atau ALT ≥ 1000 - CNS: gangguan kesadaran - Jantung dan organ lainnya

2.1.8 Pencegahan

Mencegah dan mengurangi transmisi virus *dengue* secara keseluruhan tergantung pada kontrol terhadap nyamuk atau pemutusan kontak antara manusia dengan vector. WHO (2009) mempromosikan *Integrated Vector Management* (IVM), yaitu strategi dengan pendekatan kontrol vector. IVM mempertimbangkan lima elemen kunci dalam proses manajemen yaitu:

1. Advokasi, mobilisasi sosial dan legislasi: prinsip dari promosi ini adalah dengan mengembangkan kebijakan dan penguatan

pengaturan dan kontrol legislatif untuk kesehatan masyarakat dan kekuatan dari komunitas.

2. Kolaborasi dengan sektor kesehatan dan sektor lainnya.
3. Pendekatan terintegrasi untuk kontrol penyakit. Menjamin penggunaan rasional dari sumber-sumber yang tersedia. Mengintegrasikan metode *non-chemical* dan *chemical* untuk kontrol vector .
4. Penentuan keputusan berdasarkan fakta. Adaptasi dari strategi dan intervensi terhadap ekologi vektor lokal, epidemiologi dan sumber-sumber.
5. Pembangunan kapasitas. Pembangunan infrastruktur esensial, sumber-sumber financial dan sumber daya manusia yang cukup pada tingkat lokal dan nasional untuk mengatur program IVM, berdasarkan analisis situasi.

Pengontrolan habitat larva *Aedes aegypti* sebaiknya ditargetkan pada habitat yang paling produktif menghasilkan nyamuk dewasa. Strategi target ini memerlukan pemahaman terhadap ekologi vector dan perilaku serta kebiasaan tempat berkembangbiaknya vector. Berikut ini adalah metode pencegahan infeksi *dengue* menurut WHO (2009):

1. Manajemen lingkungan

Manajemen lingkungan terdiri dari modifikasi lingkungan, manipulasi lingkungan dan mengubah tempat tinggal atau kebiasaan manusia. Langkah-langkah manajemen lingkungan yaitu:

1) Memperbaiki sistem penyimpanan dan suplai air

Memperbaiki suplai air adalah metode fundamental untuk mengontrol vector, khususnya *Aedes aegypti*. Suplai air melalui pipa lebih baik daripada melalui sumur, pemakaian pipa hidran bersama, penampungan air dari atap atau sistem penampungan air lainnya.

2) Kontainer penampung air anti nyamuk

Tempat penampungan air dapat didesain untuk mencegah nyamuk bertelur didalamnya, misalnya dengan pemberian lubang dengan penutup dimana air dapat mengalir tetapi nyamuk tidak dapat masuk. Penampungan air harus ditutup setiap kali selesai mengambil air. Melakukan pengurasan bak penampung air minimal sekali seminggu.

3) Manajemen sampah padat

Sampah padat yang dimaksud adalah sampah yang tak dapat dihancurkan secara alami terutama yang dapat menjadi habitat larva. Penyimpanan, pengumpulan dan pembuangan sampah sangat penting untuk menjaga kesehatan masyarakat. Sampah-sampah tersebut harus dikumpulkan kedalam plastic dan dibuang secara teratur. Frekuensi yang disarankan adalah dua kali seminggu untuk mengontrol lalat dan hewan pengerat pada cuaca hangat

4) Pembersihan jalan

Pembersihan jalan secara teratur untuk memindahkan barang

barang buangan yang dapat menampung air dan membersihkan got/saluran air agar tidak tersumbat dan menjadi tempat nyamuk berkembangbiak.

5) Struktur bangunan

Dalam perencanaan dan konstruksi bangunan perlu mempertimbangkan untuk mengurangi kemungkinan habitat larva, misalnya dengan menghindari atau mengatur got/saluran air seperti yang diterapkan di Singapura.

2. Kontrol dengan bahan kimia (*larvasides*)

Walaupun pemakaian bahan kimia digunakan secara luas untuk mengontrol habitat larva *Aedes aegypti*, penggunaan larvasida sebaiknya dipertimbangkan sebagai pelengkap dari manajemen lingkungan dan – kecuali dalam keadaan darurat – sebaiknya dibatasi untuk kontainer yang sebaliknya tidak dapat diganti. Target area pada habitat larva yang produktif dan hanya dapat diterapkan bila metode manajemen lingkungan atau metode *non-chemical* lainnya tidak dapat dengan mudah diterapkan atau terlalu mahal. Untuk penggunaan insektisida pada air minum, *temephos* dan *methoprene* dapat digunakan dengan dosis zat aktif 1 mg per liter (1 ppm); *pyriprosyfen* dengan dosis 0.01 mg per liter (0.01 ppm) dan Bti pada dosis 1-5 mg per liter. Perhatian khusus sangat penting bila mengenai air minum untuk mencegah dosis toksis bagi manusia. Penggunaan bahan kimia juga dilakukan untuk mengontrol nyamuk dewasa. Perlu diwaspadai penggunaannya

terutama untuk daerah yang resisten terhadap insektisida yang diberikan.

3. Perlindungan individu dan peralatan rumah tangga

Memakai pakaian dapat meminimalkan paparan kulit selama siang hari dimana nyamuk sangat aktif. Hal ini dapat memberikan proteksi dari gigitan nyamuk vector. Penangkal serangga seperti losion anti nyamuk dapat digunakan pada kulit yang tak tertutup pakaian. Bagi orang yang tidur pada siang hari, dapat menggunakan insektisida aerosol, memasang jaring pada jendela dan pintu atau menggunakan AC juga dapat mengurangi gigitan.

4. Kontrol biologi

Dilakukan berdasarkan pengenalan organisme pemangsa, parasit, yang bersaing atau sebaliknya mengurangi populasi dari *Aedes aegypti*. Kontrol biologi efektif hanya pada tingkat imatur dari vector nyamuk di habitat larva. Perlu diperhatikan bahwa organism yang digunakan untuk kontrol biologi tidak tahan terhadap pengeringan, jadi penggunaan mereka terutama khusus untuk kontainer yang jarang dikosongkan atau dibersihkan seperti sumur.

Pengendalian vector di Indonesia, menurut Nasronudin (2007) dilakukan dengan hal-hal berikut ini:

1. Lingkungan

Metode lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil

samping kegiatan manusia, dan perbaikan desain rumah. Upaya menggalang 3M: menguras, mengubur, menutup tempat sarang nyamuk perlu dilakukan seminggu sekali, karena proses dari telur hingga menjadi nyamuk perlu waktu rerata seminggu. Tempat sarang nyamuk yang perlu dikubur atau di tutup yang ada di dalam rumah diantaranya adalah tendon air, bak mandi, bak WC, cadangan ait, air jebakan semut di kaki meja dan sumur. Sedangkan yang di luar rumah diantaranya pot bunga, rumpun bambu, kaleng bekas, ban, plastic, gelas, lubang pohon. Terdapat pula tempat yang dapat menjadi sarang nyamuk di lingkungan seperti di tempat-tempat fasilitas umum, misalnya masjid, gereja, pasar, sekolahan, kebun kelapa (batok berisi air hujan), peternakan unggas dan sapi (tempat minum).

2. Biologis

Pengendalian biologis antara lain dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang), dan bakteri (Bt.H-14).

3. Kimiawi

Pengendalian kimia diantaranya dilakukan dengan hal-hal berikut:

- 1) Pengasapan/*fogging* (dengan menggunakan *melathion* dan *fenthion*), berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu.
- 2) Memberikan bubuk abate (*temephos*) pada tempat-tempat penampungan air seperti, gentong air, vas bunga, kolam, dan lain-lain. Formulasi abate yang digunakan adalah granules

(*sand granules*), dosis yang digunakan 1 ppm atau 10 gram (\pm 1 sendok makan rata) untuk tiap 100 liter air. Tendon air yang telah di diberi bubuk abate jangan dikuras selama satu bulan, karena obat ini melapisi dinding bak air sehingga kalau ada jentik, jentik akan mati. Masyarakat pun melakukan upaya pencegahan termasuk penggunaan *lotion* anti nyamuk dan atau penggunaan kelambu.

2.2 Konsep Penyuluhan

2.2.1 Pengertian

Menurut Azwar dalam Suryani (2005), penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan.

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu, dan masyarakat. Pendidikan kesehatan tidak dapat diberikan kepada seseorang oleh orang lain, bukan seperangkat prosedur yang harus dilaksanakan atau suatu produk yang harus dicapai, tetapi sesungguhnya merupakan suatu proses perkembangan yang berubah secara dinamis, yang didalamnya seseorang menerima atau menolak informasi, sikap, maupun praktek baru, yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat (Suliha dkk., 2002).

2.2.2 Tujuan penyuluhan

Secara operasional tujuan pendidikan kesehatan menurut Sulihadkk (2002) adalah:

1. Agar klien mempunyai tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan dirinya, keselamatan lingkungan dan masyarakat.
2. Agar klien melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan yang disebabkan oleh penyakit.
3. Agar klien mempunyai pengertian yang lebih baik tentang eksistensi sehat.
4. Agar klien mempelajari apa yang dapat ia lakukan sendiri dan bagaimana sistem pelayanan kesehatan normal

2.2.3 Sasaran penyuluhan

Menurut Notoatmodjo (2005), terdapat tiga sasaran dalam penyuluhan yaitu:

1. Sasaran primer

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan dan penyuluhan kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (Kesehatan ibu dan anak), anak sekolah untuk masalah kesehatan remaja dan sebagainya.

2. Sasaran sekunder

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat dan sebagainya disebut sasaran sekunder karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat disekitarnya.

3. Sasaran tersier

Para pembuat keputusan/perilaku atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat dan juga kepada masyarakat umum.

2.2.4 Metode penyuluhan

Metode penyuluhan yang dapat digunakan dalam memberikan penyuluhan kesehatan adalah:

1. Metode ceramah adalah suatu cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan kepada sekelompok sasaran sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan.
2. Metode diskusi kelompok adalah pembicaraan yang direncanakan dan telah dipersiapkan tentang suatu topik pembicaraan diantara 5 – 20 peserta (sasaran) dengan seorang pemimpin diskusi yang telah ditunjuk.

3. Metode curah pendapat adalah suatu bentuk pemecahan masalah di mana setiap anggota mengusulkan semua kemungkinan pemecahan masalah yang terpikirkan oleh peserta, dan evaluasi atas pendapat tadi dilakukan kemudian.
4. Metode panel adalah pembicaraan yang telah direncanakan di depan pengunjung atau peserta tentang sebuah topik, diperlukan 3 orang atau lebih panelis dengan seorang pemimpin.
5. Metode bermain peran adalah memerankan sebuah situasi dalam kehidupan manusia dengan tanpa diadakan latihan, dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk dipakai sebagai bahan pemikiran oleh kelompok.
6. Metode demonstrasi adalah suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide dan prosedur tentang sesuatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan, adegan dengan menggunakan alat peraga. Metode ini digunakan terhadap kelompok yang tidak terlalu besar jumlahnya.
7. Metode simposium adalah serangkaian ceramah yang diberikan oleh 2 – 5 orang dengan topik yang berlebihan tetapi saling berhubungan erat.
8. Metode seminar adalah suatu cara di mana sekelompok orang berkumpul untuk membahas suatu masalah dibawah bimbingan seorang ahli yang menguasai bidangnya.

2.2.5 Media penyuluhan

Menurut Notoatmodjo (2005), media penyuluhan didasarkan cara produksinya dikelompokkan menjadi:

1. Media cetak yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak terdiri dari:
 - 1) *Booklet* adalah suatu media untuk menyampaikan pesan kesehatan dan bentuk buku, baik tulisan ataupun gambar.
 - 2) *Leaflet* adalah suatu bentuk penyampaian informasi melalui lembar yang dilipat. Isi informasi dapat berupa kalimat maupun gambar.
 - 3) Selebaran adalah suatu bentuk informasi yang berupa kalimat maupun kombinasi.
 - 4) *Flip chart* adalah media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik berisi gambar dan dibaliknya berisi pesan yang berkaitan dengan gambar tersebut.
 - 5) Rubrik atau tulisan pada surat kabar mengenai bahasan suatu masalah kesehatan.
 - 6) Poster adalah bentuk media cetak berisi pesan kesehatan yang biasanya ditempel di tempat umum.
 - 7) Foto yang mengungkap informasi kesehatan yang berfungsi untuk member informasi dan menghibur.
2. Media Elektronik yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronika seperti televisi, radio, video, *slide* dan film.

3. Luar ruangan yaitu media yang menyampaikan pesannya di luar ruangan secara umum melalui media cetak dan elektronika secara statis, seperti pameran, *banner*, TV layar lebar atau spanduk dan papan reklame.

2.3 Konsep Konseling

2.3.1 Definisi

Konseling adalah kegiatan memberi arahan pada klien, termasuk membantu klien menyelesaikan masalah. Mortensen dan Schmuller merumuskan konseling sebagai proses seseorang membantu oranglain meningkatkan pemahaman dan kemampuannya mengatasi masalah (Tamsuri, 2007).

Menurut Pepinsky & Pepinsky (1954) dikutip oleh Gunarsa (2007), konseling adalah interaksi yang terjadi antara dua orang yang satu disebut konselor dan yang lain sebagai klien, berlangsung dalam kerangka profesional dan diarahkan agar memungkinkan terjadinya perubahan perilaku pada klien.

Konseling kini agaknya diterima secara luas bahwa terdapat tingkat-tingkat kecanggihan dan kompleksitas dalam memberikan konseling dan bahwa konseling keluarga merupakan inti dari perawatan keluarga. (Friedman, 1998). Menurut Friedman dan *American Nurse Association Council of Psiciatri-Mental Health Nurses*, terapi keluarga yaitu sebuah bentuk konseling yang telah maju, sebagai pendidikan latihan dan keterampilan-keterampilan yang dibutuhkan.

2.3.2 Karakteristik

Konseling merupakan hubungan antara seorang pemberi konseling (konselor) dengan yang diberi konseling (konseli), dengan karakteristik sebagai berikut:

1. Konseling adalah hubungan dalam suasana belajar mengajar
2. Hubungan antara konselor dan konseli adalah hubungan tatap muka
3. Konseling diselenggarakan untuk menyelesaikan suatu masalah
4. Tujuan konseling adalah klien mengenal diri sendiri, menerima diri secara realistis, dan mengembangkan tujuan, dapat memutuskan pilihan dan menyusun rencana yang lebih bijaksana sehingga dapat berkembang secara konstruktif di lingkungannya.
5. Konseling memberi bantuan kepada individu untuk mengembangkan pengetahuan, kesehatan mental, serta perubahan sikap dan perilaku (Tamsuri, 2007).

2.3.3 Metode konseling

Konseling merupakan aspek penting dalam penyembuhan atau efek perubahan perilaku. Untuk membuat proses ini efektif, terdapat dua metode menurut Gwendolyn (2009) yang dapat dilakukan yaitu konseling individu dan konseling kelompok. Berikut adalah penjelasan kedua metode tersebut:

1. Konseling individu

Konseling merupakan proses dimana hubungan dan komunikasi yang tersedia memungkinkan pengembangan pemahaman diri

sendiri, mengeksplorasi kemungkinan dan memulai perubahan. Hal ini didorong oleh perawatan dan perhatian terhadap kesejahteraan penerima dan bertujuan untuk membawa perubahan perilaku, pemecahan masalah, perkembangan dan pertumbuhan pribadi ketika benar-benar diimplementasikan. Beberapa kelebihan dari konseling individual antara lain:

- 1) Memungkinkan konselor untuk bekerja pada isu-isu tertentu.
- 2) Konselor hanya melayani satu klien
- 3) Memudahkan dalam mengumpulkan informasi untuk mengetahui dan mampu mengaplikasikan tindakan yang paling bermanfaat bagi klien dan target perilaku yang perlu ditingkatkan.
- 4) Klien memiliki kekuatan untuk mengubah hidupnya menjadi lebih baik berdasarkan pilihan yang ia buat.
- 5) Pikiran klien dan perilaku tidak dapat terdistorsi dibandingkan dengan konseling kelompok sebagai beberapa pola pikiran dan perilaku dari anggota kelompok lainnya dalam membuat pilihan dan pengambilan keputusan.
- 6) Selain itu, ia dapat mengontrol perilaku. Tingkat komitmen dan seberapa kuat keinginannya akan menentukan seberapa sukses ia dalam mengembangkan perilaku baru yang sesuai dengan kebutuhannya.

2. Konseling kelompok

Sesuai dengan teori William Glasser yang menyatakan bahwa

perilaku seseorang diinspirasi oleh apa yang diinginkan dan dibutuhkannya pada waktu tertentu, bukan dari stimulus luar. Bahwa setiap makhluk hidup mengontrol perilakunya untuk memenuhi kebutuhan akan kepuasan pada salah satu atau lebih dari lima area berikut: keberlangsungan hidup, memiliki dan dicintai oleh orang lain, memiliki kekuatan dan merasa penting, kebebasan dan kemerdekaan dan untuk kesenangan. Kebutuhan yang paling penting dari kelima hal diatas adalah perasaan cinta dan memiliki. Konseling kelompok memberikan perasaan ini. Didalam konseling kelompok, peserta diberanikan untuk menjalin hubungan dengan orang lain. Berikut adalah keuntungan dari konseling kelompok:

- 1) Konseling kelompok lebih baik dari pada konseling individu dalam hal membangun perilaku baru yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan dan membantu mencapainya.
- 2) Konseling kelompok juga memberikan kesempatan pada anggota konseling untuk belajar dengan dan dari orang lain dan untuk mampu memahami pola pikiran dan perilakunya sendiri serta orang lain. Orang lain mungkin melihat sikap dan pola perilaku yang tidak dapat kita nilai sendiri.
- 3) Grup A adalah kesempatan untuk menerima dukungan asli, umpan balik yang jujur dan alternatif yang berguna dari rekan-rekan. Hal ini juga memungkinkan anggota untuk bereksperimen dan bekerja menuju sikap baik dan cara mengatasi stres. kelompok A juga dapat membantu individu

dengan keprihatinan hubungan dan kesulitan umum dalam berhubungan dengan orang lain.

- 4) Adanya sebuah kelompok merupakan kesempatan untuk mendapatkan dukungan yang sungguh-sungguh, umpan balik yang jujur dan alternatif yang berguna dari teman kelompok.
- 5) Kelompok juga memungkinkan anggotanya untuk mencoba dan berusaha meningkatkan sikap serta cara untuk menghadapi stress.
- 6) Sebuah kelompok juga dapat membantu individu dengan masalah dalam berhubungan dengan orang lain dan kesulitan-kesulitan yang umum terjadi saat harus berhadapan dengan orang lain.
- 7) Manusia adalah makhluk sosial dan kebutuhan primernya adalah untuk merasa dicintai dan memiliki. Oleh sebab itu, penting untuk membangun dan menjaga hubungan dengan orang lain karena melalui orang lain kebutuhan kita yang lain dapat terpenuhi.

2.3.4 Tujuan konseling

Menurut Tamsuri (2007), dalam keperawatan, terdapat 4 tujuan utama konseling yaitu:

1. Meningkatkan kesejahteraan (*promoting wellness*)

Pengajaran berbagai teori dan teknik perawatan diri (*self care*) merupakan bentuk konseling dalam lingkup peningkatan

kesehatan, misalnya diit pada pasien diabetes atau pengajaran teknik kerja yang ergonomis.

2. Mencegah penyakit (*preventing illness*)

Dalam hal ini tujuannya adalah menghindarkan klien atau keluarga dari masalah kesehatan atau mencegah komplikasi yang mungkin timbul akibat kondisi kesehatan klien.

3. Memulihkan kesehatan (*restoring health*)

Konseling keperawatan yang diberikan kepada klien (individu) yang menderita sakit umumnya difokuskan pada pengembangan praktik perawatan diri selama sakit dan perawatan diri untuk memfasilitasi penyembuhan.

4. Memfasilitasi koping (*facilitating coping*)

Tujuan konseling keperawatan lebih lanjut adalah memfasilitasi pengembangan koping yang konstruktif pada klien yang mengalami masalah dalam kehidupan, khususnya yang berhubungan dengan penyakit, kondisi sakit, hospitalisasi, dan cacat yang dialami. Kegiatan fasilitasi koping tidak hanya terbatas pada individu yang mengalami sakit, tetapi juga terhadap keluarga dan (mungkin) rekan klien.

2.3.5 Topik konseling

Topik pendidikan kesehatan dan konseling dalam keperawatan diantaranya:

1. Peningkatan kesejahteraan

Hal-hal yang termasuk dalam topik ini misalnya masalah

pertumbuhan dan perkembangan, mengasuh anak normal, *hygiene*, nutrisi, latihan, kesehatan mental dan kesehatan spiritual

2. Pencegahan penyakit

Beberapa contoh topik ini adalah pertolongan pertama, keselamatan, imunisasi, skrining kesehatan dan identifikasi dan manajemen faktor risiko.

3. Penyembuhan

Beberapa hal yang berhubungan topik penyembuhan diantaranya:

- 1) Orientasi terhadap institusi dan staf pelayanan kesehatan
- 2) Harapan klien terhadap perawat (dan sebaliknya)
- 3) Kondisi fisik dan penyakit: anatomi dan fisiologi, penyebab masalah, makna gejala dan prognosis
- 4) Tindakan medic dan keperawatan dan partisipasi klien dalam perawatan
- 5) Tindakan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri oleh klien dan keluarga selama sakit dan manajemen ketergantungan klien.

4. Fasilitasi coping

Menurut Tamsuri (2007), hal-hal yang dapat dibahas dalam topik fasilitas coping diantaranya:

- 1) Bagaimana kondisi fisik dan mental klien berpengaruh terhadap fungsi hidup
- 2) Peningkatan konsep diri dan kemandirian diri
- 3) Manajemen stress

- 4) Perubahan lingkungan
- 5) Sumber bantuan di masyarakat
- 6) Rujukan yang memadai, seperti fisioterapi, terapi okupasi, kelompok swabantu, konseling kesehatan mental-psikiatri
- 7) Konseling saat berduka.

2.3.6 Jenis Konseling

Menurut Tamsuri (2007), terdapat tiga jenis konseling yaitu konseling jangka pendek, konseling jangka panjang dan konseling motivasi. Berikut penjelasan dari masing-masing jenis konseling tersebut:

1. Konseling jangka pendek (*short term counseling*)

Jenis konseling ini umumnya dilakukan untuk mengatasi masalah klien yang relative mudah. Konseling ini berorientasi pada penyelesaian masalah klien atau keluarga yang memerlukan tindakan segera. Konseling jangka pendek biasanya dilakukan pada situasi krisis atau situasi lain yang memerlukan tindakan segera.

2. Konseling jangka panjang (*long term counseling*)

Konseling jangka panjang adalah konseling yang diselenggarakan dalam jangka waktu tertentu (tidak cukup hanya sekali pertemuan) untuk mengatasi masalah. Pada praktiknya, klien berkonsultasi dengan perawat setiap hari, setiap minggu atau setiap bulan. Konseling jangka panjang ini dapat dilakukan sebagai tindak lanjut dari proses perawatan di rumah sakit ke perawatan di rumah. Dengan cara ini, perawat dapat memantau perkembangan klien,

sementara klien merasa aman dan terlindungi walaupun telah berada di rumah.

3. Konseling motivasi (*motivational counseling*)

Konseling motivasi meliputi diskusi tentang perasaan dan minat klien. Sering kali kita menjumpai klien yang tidak memiliki minat atau dorongan diri untuk melakukan perawatan diri. Klien tampak tidak kooperatif terhadap program terapi atau pasif dalam melakukan perawatan diri dan kegiatan-kegiatan yang dapat meningkatkan derajat kesehatannya. Pada situasi tersebut, perawat dapat membantu klien mengeksplorasi mengapa motivasi serta dorongan pada dirinya hilang dan kemudian mengangkat masalah yang ditemui untuk dicari penyelesaiannya dalam konseling.

2.3.7 Tahapan konseling

Ivey & Simek-Downing (1980) dikutip oleh Gunarsa (2007), mengemukakan tahapan konseling yang dikenal dengan model pemecahan persoalan (*problem-solving model*). Model pemecahan persoalan yang terdiri dari tiga tahapan sebagai berikut:

1. Tahap I: Fase perumusan masalah

Pada tahap ini ada tiga aktivitas yang berurutan yaitu:

- 1) Perumusan masalah oleh klien
- 2) Penjabaran alternatif perumusan masalah oleh konselor dan klien
- 3) Keputusan untuk memilih satu perumusan masalah untuk diskusi awal

2. Tahap II: Fase kerja

Pada tahap ini ada tiga kegiatan yang berurutan yakni:

- 1) Konselor mempertimbangkan macam-macam teori sebagai dasar alternatif pemecahan masalah dan tergantung orientasi teoritis yang dimiliki oleh konselor untuk dipergunakan. Kegiatan pada tahap ini ialah untuk memeriksa permasalahan agar memperoleh lebih banyak dan lebih mendalam mengenai kenyataan yang berhubungan dengan kondisi, pikiran maupun perasaan yang terjadi.
- 2) Konselor memilih cara yang utama untuk pelaksanaannya, didasari oleh teori dan keterampilan yang dimiliki. Kemungkinan memilih lebih dari satu teori bisa terjadi.
- 3) Konselor bersama klien memeriksa perumusan masalah dan menjabarkan cara-cara baru dalam menghadapi hal-hal yang muncul, menghadapi jawaban dan penyelesaian masalah dan kemungkinan menciptakan hal-hal baru untuk diskusi selanjutnya.

3. Tahap III: Keputusan melakukan tindakan

Pada tahap ini ada tiga kegiatan yaitu:

- 1) Konselor dan klien telah memeriksa masalah dan sudah menjabarkan beberapa penyelesaian. Proses ini berlanjut dengan penjabaran terhadap sejumlah penyelesaian masalah secara maksimal.

- 2) Konselor dan klien memeriksa sederetan cara penyelesaian masalah dan membuat kesepakatan untuk melakukan kegiatan didasarkan pada cara pemecahan persoalan yang telah dipilih dan mempertimbangkan kemungkinan akibat-akibatnya. Cara pemecahan persoalan dapat dapat diprioritaskan secara sistematis dengan memperhatikan penilaian mengenai akibat-akibatnya.
- 3) Klien menentukan cara penyelesaian masalah yang mana yang paling sesuai dan diuji di dalam lingkungan rumah.

Pada tahap ini, bilamana berhasil bisa dihentikan atau pengulangan pada tahap tertentu. Menghentikan konseling dengan melakukan penilaian terhadap hasil-hasil yang telah diperoleh.

2.3.8 Domain konseling

Proses konseling merupakan proses belajar mengajar, dengan demikian perlu dipahami bahwa perawat berperan sebagai pendidik sekaligus konselor. Perawat dan klien berupaya mengatasi masalah kesehatan dalam tiga domain yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor (Tamsuri, 2007). Penjelasan untuk ketiga domain dalam konseling adalah sebagai berikut:

1. Domain kognitif

Dalam domain kognitif, proses konseling meliputi kegiatan pendidikan untuk proses penyampaian, penyimpanan dan pemanggilan kembali (*recall*) memori dan informasi baru dari konselor kepada konseli.

perubahan perilaku. Rogers menyatakan bahwa sebelum terjadi perubahan perilaku, berlangsung serangkaian situasi yaitu adanya kesadaran (*awareness*), minat (*interest*), evaluasi (*evaluation*), uji coba (*trial*) dan adopsi (*adoption*).

3. Model peningkatan kesehatan

Model peningkatan kesehatan terdiri dari: model kepercayaan kesehatan yang berasumsi bahwa suatu perilaku kesehatan lebih dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap realitas bukan lingkungan fisik; model promosi kesehatan yang dikembangkan oleh Pender yang menyatakan bahwa ada banyak faktor yang dapat menimbulkan perilaku kesehatan.

2.3.10 Perbedaan konseling dengan penyuluhan

Menurut Redman dan Thomas (1985) dikutip oleh Friedman (1998), konseling sangat berhubungan erat dengan penyuluhan, tetapi berbeda. Mengajar dan konseling telah dilukiskan sebagai dua titik pada ujung kontinum yang berbeda. Dengan perspektif ini, mengajar dipandang sebagai model pilihan ketika bekerja dengan masyarakat/keluarga yang membutuhkan informasi lebih spesifik dan terstruktur. Konseling yang terletak pada satu ujung kontinum cocok jika bekerja dengan keluarga yang membutuhkan informasi tidak terlalu teratur, dengan arah yang minimal dan dukungan serta dorongan lebih banyak untuk menggunakan keterampilan-keterampilan pemecahan masalah. Table berikut menunjukkan perbedaan antara

mengajar dan konseling yang didefinisikan secara tradisional menurut Friedman (1998):

Tabel 2.2 Perbedaan Antara Mengajar dan Konseling

Kriteria perbandingan	Penyuluhan	Konseling
Peran perawat	Diarahkan oleh perawat	Diarahkan oleh klien
Tingkat fungsi keluarga	Ketergantungan tinggi (kemandirian rendah)	Ketergantungan rendah (kemandirian tinggi)
Tipe-tipe belajar yang terlibat	Kombinasi belajar afektif dan psikomotor	Terutama emosional (efektif) dan belajar kognitif
Tujuan dan modalitas yang digunakan	Diarahkan oleh perawat	Diarahkan oleh klien
Banyaknya struktur dalam intervensi	Struktur tinggi	Struktur rendah

2.4 Konsep Perilaku

2.4.1 Definisi perilaku

Dari aspek biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Aliran *Behavioral* menganalisis perilaku manusia dari gejala yang tampak saja, yang dapat diukur dan diramalkan. Karena mereka mengakui bahwa seluruh perilaku manusia (kecuali insting) adalah hasil dari belajar. Sedangkan Skinner (1938) dikutip oleh Notoatmodjo (2010) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus.

Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner maka perilaku kesehatan (*health behavior*) menurut Notoatmodjo (2010)

adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat sakit seperti lingkungan, makanan, minuman, dan peyanan kesehatan. Dengan perkataan lain, perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan.

2.4.2 Kelompok perilaku

Menurut Notoatmodjo (2010), perilaku kesehatan pada garis besarnya dikelompokkan menjadi dua, yakni:

1. Perilaku orang yang sehat, agar tetap sehat dan meningkat. Oleh sebab itu perilaku ini disebut perilaku sehat (*healthy behavioral*). Mencakup perilaku-perilaku mencegah atau menghindari penyakit dan penyebabnya (perilaku *preventive*) dan perilaku dalam mengupayakan meningkatnya kesehatan (perilaku *promotive*).
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 (*health seeking behavior*).

Becker (1979) dikutip oleh Notoatmodjo, 2010) membuat klasifikasi berbeda tentang perilaku kesehatan dan membedakannya menjadi tiga, yaitu:

1. Perilaku sehat (*healthy behavior*)

Perilaku sehat adalah perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan.

2. Perilaku sakit (*illness behavior*)

Perilaku sakit adalah berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang yang sakit dan atau terkena masalah kesehatan atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau teratasi masalah kesehatan yang lain.

3. Perilaku peran orang sakit (*The sick role behavior*)

Dari segi sosiologi, orang yang sedang sakit mempunyai peran yang mencakup hak-haknya dan kewajiban sebagai orang sakit. Menurut Becker, hak dan kewajiban orang yang sedang sakit adalah merupakan perilaku peran orang sakit. Perilaku peran orang sakit diantaranya adalah melakukan kewajibannya sebagai pasien seperti mentaati nasihat-nasihat dokter dan perawat.

2.4.3 Domain perilaku

Benyamin Bloom (1908) dikutip oleh Notoatmodjo (2010), membedakan perilaku menjadi 3 area atau domain, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Dalam perkembangan selanjutnya, berdasarkan

pembagian domain oleh Bloom, dikembangkan menjadi tiga tingkat ranah perilaku yaitu:

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya. Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar dibagi menjadi enam tingkat pengetahuan yaitu; tahu (*know*), memahami (*comprehension*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*) dan evaluasi (*evaluation*).

2. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah juga respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Menurut Newcomb dikutip oleh Notoatmodjo (2010), sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi perilaku. Sikap memiliki tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya yaitu: menerima (*receiving*), menanggapi (*responding*), menghargai (*valuing*) dan bertanggung jawab (*responsible*).

3. Tindakan atau praktik (*Practice*)

Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain seperti sarana dan

prasarana. Praktik atau tindakan ini dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya yaitu praktik terpimpin (*guided response*), praktik mekanisme (*mechanism*) dan adopsi (*adoption*).

2.4.4 Teori model terbentuknya perilaku

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultan dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Dari berbagai determinan perilaku manusia, banyak ahli telah merumuskan teori-teori atau model-model terbentuknya perilaku, yaitu:

1. Teori ABC (Sultzter, Azaroff, Mayer: 1977)

Teori ini mengungkapkan bahwa perilaku adalah suatu proses dan sekaligus hasil interaksi antara: *Antecedent* → *Behavior* → *Consequences*. Dimana *antecedent* adalah pemicu yang menyebabkan seseorang berperilaku, *behavior* adalah reaksi atau tindakan terhadap adanya *antecedent* dan *consequences* adalah kejadian selanjutnya yang mengikuti perilaku atau tindakan tersebut.

2. Teori "Reason Action"

Teori ini dikembangkan oleh Fesbein dan Ajzen (1980), yang menekankan pentingnya peranan dari *intention* atau niat sebagai alasan atau faktor penentu perilaku, selanjutnya niat ini ditentukan oleh sikap, norma subjektif dan pengendalian perilaku.

3. Teori "Precede-Proceed" (1991)

Teori ini dikembangkan oleh Lawrence Green. Menurutnya,

perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yang dirangkum dalam akronim PRECEDE yaitu *Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. Precede ini merupakan arahan dalam menganalisis dan evaluasi perilaku. Sedangkan PROCEED yaitu *Policy, Regulatory, Organizational Construct in Educational and Environmental Development* merupakan arahan dalam perencanaan, implementasi dan evaluasi pendidikan kesehatan.

4. Teori "*Behavior Intention*"

Teori ini dikembangkan oleh Snehendu Kar (1980). Menurutny, perilaku itu merupakan fungsi dari niat seseorang (*behavioral intention*), dukungan sosial (*social support*), keberadaan informasi (*accessibility of information*), otonomi pribadi (*personal autonomy*) dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*).

5. Teori "*Thoughts and Feeling*"

WHO (1984) dikutip oleh Notoatmodjo (2010), menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya empat alasan pokok yaitu pengetahuan, kepercayaan, sikap, orang penting sebagai referensi dan adanya sumber-sumber daya (*resources*).

2.4.5 Teori-teori perubahan perilaku

Perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan dan promosi kesehatan. Menurut Notoatmodjo (2010), terdapat banyak

teori tentang perubahan perilaku, yaitu:

1. Teori Stimulus Organisme (SOR)

Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula.

2. Teori Disonansi (*Dissonance Theory*)

Teori ini sebenarnya sama dengan konsep *imbalance* (tidak seimbang). Hal ini berarti bahwa keadaan *cognitive dissonance* merupakan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. *Dissonance* (ketidakseimbangan) terjadi karena dalam diri individu terdapat dua elemen kognisi yang saling bertentangan yaitu pengetahuan dan pendapat/keyakinan. Titik berat dari penyelesaian konflik ini adalah penyesuaian diri secara kognitif. Dengan penyesuaian diri ini maka akan terjadi keseimbangan kembali. Keberhasilan yang ditunjukkan dengan tercapainya keseimbangan kembali menunjukkan adanya perubahan sikap dan akhirnya akan terjadi perubahan perilaku.

3. Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan pada anggapan bahwa perubahan perilaku individu tergantung pada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus

yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut.

4. Teori Berubah

Teori ini dikembangkan oleh Carl Rogers. Teori ini menjelaskan bagaimana suatu program pendidikan dapat menyebabkan perubahan perilaku. Rogers menyatakan bahwa sebelum terjadi perubahan perilaku, berlangsung serangkaian situasi yaitu adanya kesadaran (*awareness*), minat (*interest*), evaluasi (*evaluation*), uji coba (*trial*) dan adopsi (*adoption*).

5. Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restraining forces*). Perilaku itu berubah bila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yaitu: kekuatan-kekuatan pendorong meningkat; kekuatan-kekuatan penahan menurun dan kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun.

2.4.6 Bentuk-bentuk perubahan perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi. Menurut WHO, perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga yaitu:

1. Perubahan alamiah (*Natural change*)

Sebagian perubahan manusia disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

2. Perubahan terencana (*Planned change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

3. Kesiediaan untuk berubah (*Readiness to change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010).

2.4.7 Strategi perubahan perilaku

Lawrence Green menjelaskan bahwa perilaku itu dilatarbelakangi atau dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing faktor*), faktor pendukung (*enabling faktor*) dan faktor pendorong (*reinforcing faktor*). Faktor predisposisi dapat terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. Faktor pendukung dapat berupa lingkungan fisik tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan

sebagainya. Sedangkan faktor pendorong terwujud dalam sikap perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang menjadi referensi dari perilaku masyarakat (Notoatmodjo, 2007). Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga yaitu:

1. Menggunakan kekuatan (*Enforcement*)

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum disadari oleh kesadaran sendiri.

2. Menggunakan kekuatan peraturan atau hukum (*Regulation*)

Dalam hal ini, masyarakat diharapkan berperilaku, diatur melalui peraturan atau undang-undang secara tertulis. Perubahan perilaku menggunakan pendekatan peraturan, hukum, undang-undang dan sebagainya ini sering juga disebut *law enforcement*.

3. Pendidikan (*Education*)

Perubahan perilaku kesehatan melalui cara pendidikan atau promosi kesehatan ini diawali dengan cara pemberian informasi-informasi kesehatan. Dengan pemberian informasi akan meningkatkan pengetahuan masyarakat yang akan menimbulkan kesadaran mereka dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Hasil atau perubahan

perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri (Notoatmodjo, 2010).

2.5 Konsep Keluarga

2.5.1 Pengertian keluarga

Banyak ahli mendefinisikan tentang keluarga sesuai dengan perkembangan social di masyarakat. Marilyn M. Friedman (1998) menyatakan keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional di mana individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Effendi dan Makhfudli, 2009). Menurut BKKBN (1992) keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-isteri atau suami-isteri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya (Setyowati dkk, 2008).

Sedangkan yang dimaksud dengan keluarga sejahtera adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material yang layak, bertakwa kepada Tuhan YME memiliki hubungan serasi, selaras dan seimbang antar anggota keluarga dan antar keluarga dengan masyarakat dan lingkungan (Setyowati dkk, 2008).

2.5.2 Karakteristik keluarga

Dari beberapa definisi tentang keluarga, dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah sebagai berikut:

1. Terdiri atas dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.
2. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
3. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial seperti peran suami, istri, anak, kakak dan adik.
4. Mempunyai tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya serta meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial anggota keluarga yang lain (Setyowati dkk, 2008)

2.5.3 Fungsi keluarga

Menurut Friedman (1998) dikutip oleh Effendi dan Makhfudli (2009), terdapat lima fungsi keluarga yaitu:

1. Fungsi afektif

Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan dalam melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif, perasaan memiliki, perasaan yang berarti dan merupakan sumber kasih sayang dan *reinforcement*.

2. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi

Fungsi ini sebagai tempat untuk melatih anak dan mengembangkan kemampuannya untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah. Keluarga merupakan tempat individu belajar bersosialisasi.

Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga yang ditujukan dalam sosialisasi.

3. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol.

4. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan individu untuk meningkatkan penghasilan dan memenuhi kebutuhan keluarga. Fungsi ini sukar dipenuhi oleh keluarga di bawah garis kemiskinan.

5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan

Fungsi ini mempertahankan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga.

Selanjutnya Friedman (1998) menjabarkan tugas keluarga sebagai berikut:

1. Mengenal masalah kesehatan
2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
3. Member perawatan pada anggota keluarga yang sakit
4. Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat
5. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat

2.5.4 Tipe-tipe keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya, yaitu:

1. Tipe tradisional

- 1) Keluarga inti, yaitu suatu RT yang terdiri dari suami, isteri dan anak (kandung atau angkat).
- 2) Keluarga besar, yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah misalnya kakek, nenek, keponakan, paman dan bibi.
- 3) Keluarga "*Dyad*": yaitu suatu RT yang terdiri dari suami dan isteri tanpa anak.
- 4) *Singel parent*, yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat), hal ini bisa karena kematian atau perceraian.
- 5) *Single adult*, adalah keluarga yang hanya terdiri dari seorang dewasa. Misalnya seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah.

2. Tipe non tradisional

- 1) *The unmarriedteenage mother*, adalah orang tua dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
- 2) *Stepparent family*, yaitu keluarga dengan orang tua tiri.
- 3) *Commune family*, adalah beberapa pasangan keluarga dengan anaknya yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama

dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama: sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.

- 4) *The non marital heteroseksual cohabiting family*, adalah keluarga yang hidup bersama dan berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
- 5) *Gay dan lesbian family*, adalah seseorang yang mempunyai persamaan seks hidup bersama sebagaimana suami istri (*marital partners*).
- 6) *Cohabiting couple* adalah orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
- 7) *Group-marriage family* adalah beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya.
- 8) *Grup network family* adalah keluarga inti yang dibatasi set aturan-aturan atau nilai-nilai hidup bersama atau bedekatan satu sama lainnya dan saling menggunakan barang-barang rumah bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.
- 9) *Foster family* adalah keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara dalam waktu sementara, pada saat orangtua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

- 10) *Homeless family*, yaitu keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.
- 11) *Geng*, merupakan sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya (Setyowati dkk, 2008).

2.5.5 Struktur keluarga

Menurut Effendi dan Makhfudli (2009), struktur keluarga dibagi menjadi:

1. Dominasi jalur hubungan darah

Dominasi hubungan darah dibagi menjadi dua yaitu *patrilineal* dan *matrilineal*. *Patrilineal* adalah keluarga yang berhubungan atau disusun melalui jalur garis keturunan ayah. Suku-suku di Indonesia rata-rata menggunakan struktur keluarga patrilineal. Sedangkan *matrilineal* adalah keluarga yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis keturunan ibu.

2. Dominasi keberadaan tempat tinggal

Terdiri dari *patrilokal* dimana keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak suami dan *matrilokal* dimana keberadaan tempat tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak isteri.

3. Dominasi pengambilan keputusan

Dominasi pengambilan keputusan bisa pada pihak isteri maupun pihak suami. Keluarga yang dominasi pengambilan keputusannya ada pada pihak suami disebut *patriakal* sedangkan jika dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak isteri disebut *matriakal*.

2.5.6 Keluarga sebagai sasaran pelayanan keperawatan

Menurut Effendi dan Makhfudli (2009) berikut ini merupakan latar belakang mengapa keluarga dijadikan sebagai sasaran pelayanan keperawatan:

1. Keluarga dipandang sebagai sumber daya kritis untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Dalam hal ini keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat berperan dalam penyampaian pesan betapa pentingnya usaha pencegahan agar terhidar dari wabah.
2. Keluarga sebagai satu kesatuan. Sejumlah anggota keluarga berada dalam satu ikatan yang saling mempengaruhi. Data anggota keluarga yang satu dengan yang lainnya saling mempengaruhi.
3. Hubungan yang kuat dalam keluarga dengan status kesehatan anggotanya. Peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan sampai dengan rehabilitasi.
4. Keluarga sebagai tempat penemuan kasus dini. Adanya masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga akan memungkinkan munculnya faktor risiko pada anggota keluarga yang lainnya.

5. Individu dipandang dalam konteks keluarga. Dalam hal ini seseorang dapat lebih memahami peran dan fungsinya apabila ia dipandang dalam konteks keluarga.
6. Keluarga sebagai sumber dukungan sosial bagi anggota keluarga lainnya. Dukungan sosial sangat diperlukan oleh setiap individu di dalam setiap siklus kehidupannya. Dukungan sosial akan semakin dibutuhkan pada saat seseorang mengalami masalah atau sakit, disinilah peran anggota keluarga diperlukan untuk menalani masa-masa sulit dengan cepat.

2.5.7 Promosi kesehatan keluarga

Leavel dkk (1965) dikutip oleh Setyowati (2008), mengembangkan sebuah kerangka kerja yang digunakan untuk menjelaskan tujuan dari keperawatan keluarga, tingkat pencegahan tersebut mencakup:

1. Pencegahan primer

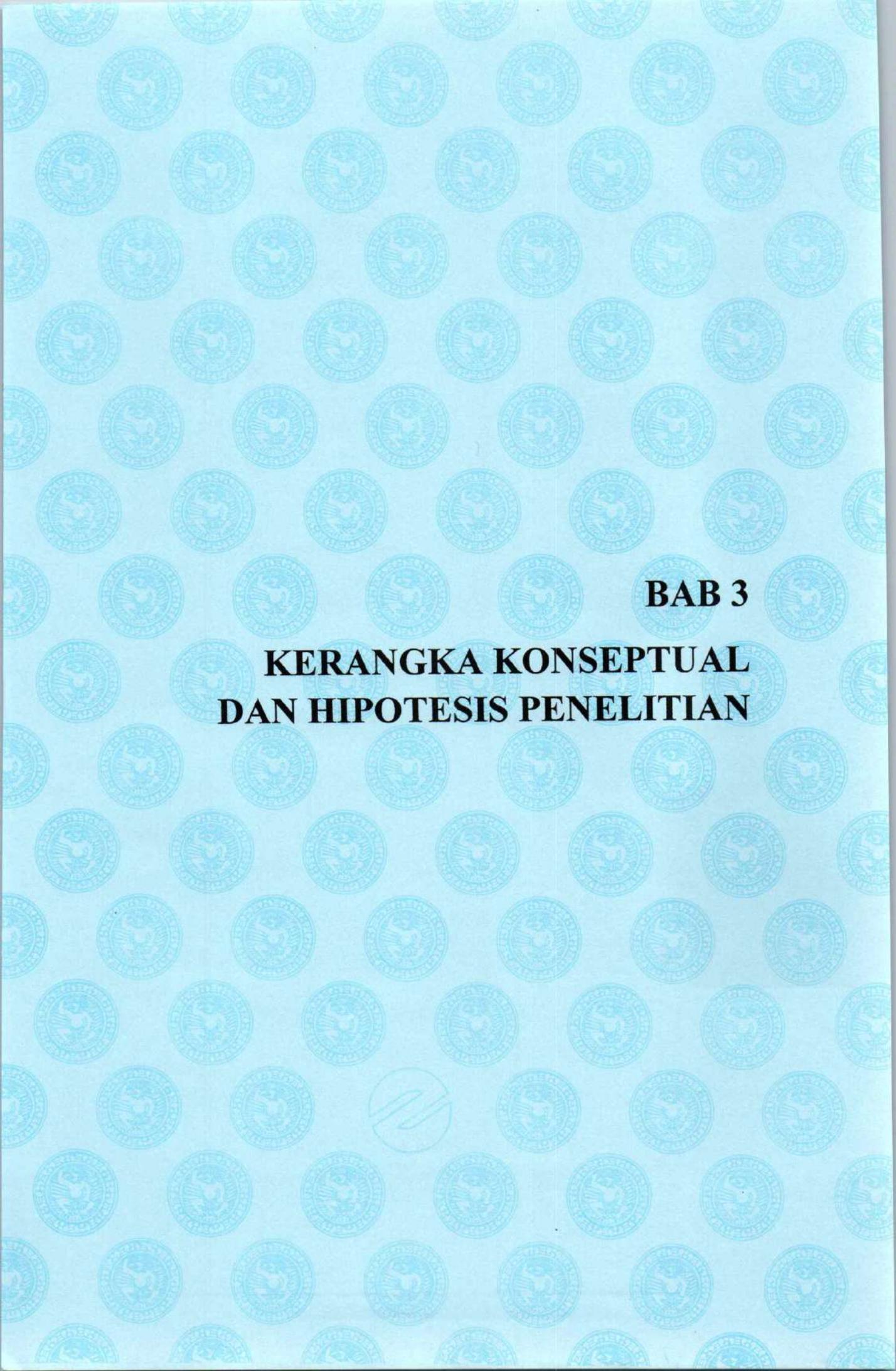
Tingkat pencegahan primer ini meliputi peningkatan kesehatan dan tindakan preventif khusus yang dirancang bagi anggota keluarga atau bagi individu untuk menjaga orang tersebut bebas dari penyakit dan cedera. Pencegahan berhubungan dengan penyakit atau masalah kesehatan yang spesifik dan meliputi perilaku menghindar. Peran keluarga dalam pencegahan primer yaitu keluarga merupakan sumber bantuan yang terpenting yang dapat mempengaruhi gaya hidup atau mengubah gaya hidup anggotanya menjadi berorientasi pada kesehatan.

2. Pencegahan sekunder

Temuan kasus merupakan pencegahan sekunder sehingga diagnosa dini dan penanganan segera dapat dilakukan. Jika penyakit tersebut bersifat menghambat penyembuhan, tujuannya adalah untuk mengontrol perkembangan penyakit tersebut dan mencegah kecacatan.

3. Pencegahan tertier

Rehabilitasi meliputi pemulihan terhadap individu yang cacat akibat penyakit dan luka hingga pada tingkat fungsi yang optimal atau hingga mereka dapat berguna pada tingkat fungsi yang optimal atau hingga mereka dapat berguna pada tingkat yang paling tinggi secara fisik, sosial emosional dan vokasional.

The background of the page is a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized bird or eagle with its wings spread, perched on a globe. The logos are arranged in a grid-like pattern across the entire page.

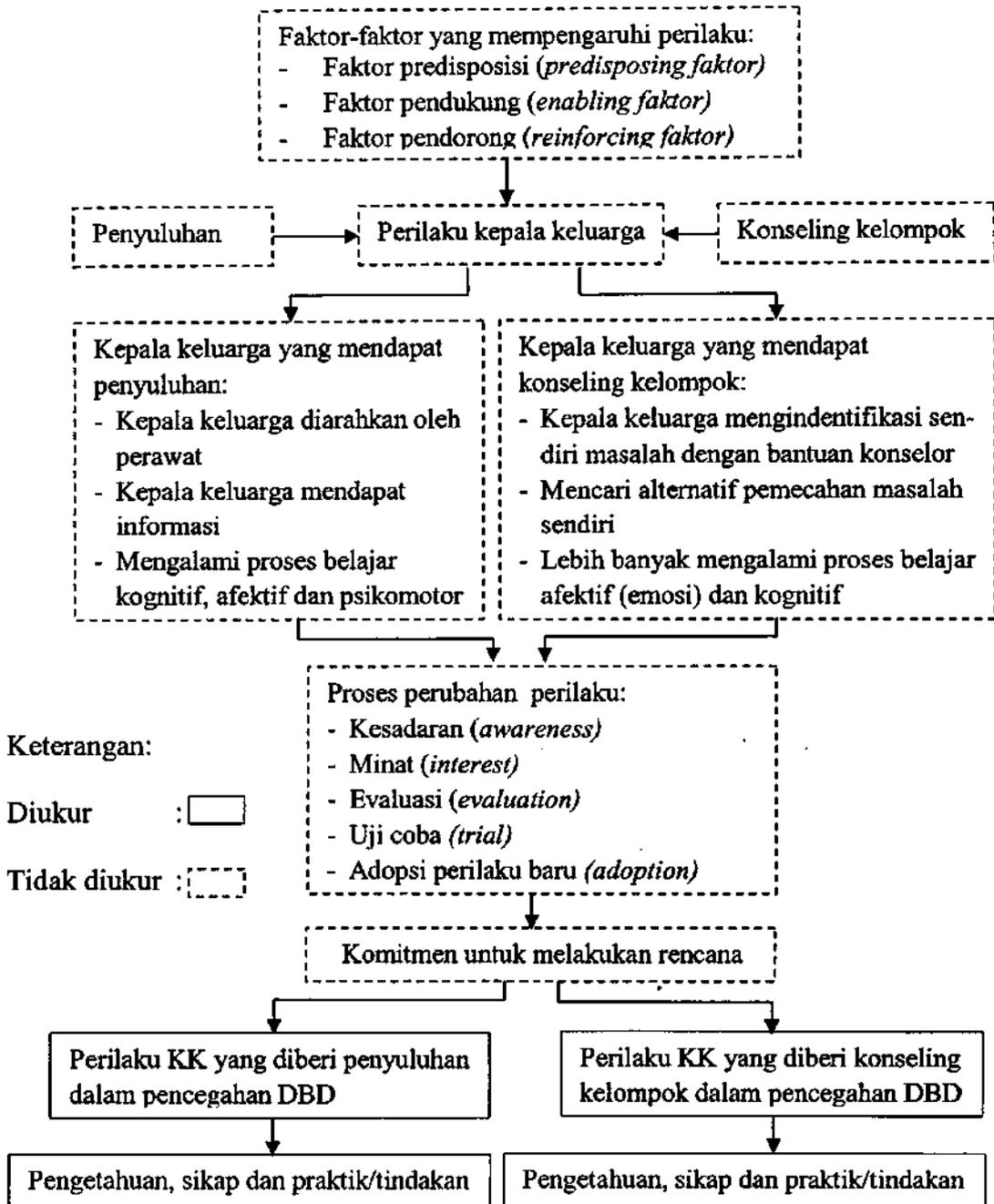
BAB 3

**KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Efektifitas Metode Penyuluhan dan Konseling Kelompok Terhadap Perbaikan Perilaku Kepala Keluarga dalam Pencegahan DBD di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011.

Menurut Lawrence Green, terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang yaitu faktor predisposisi yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya; faktor pendukung yang dapat berupa lingkungan fisik tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya serta faktor pendorong yang terwujud dalam sikap perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang menjadi referensi dari perilaku masyarakat. Petugas kesehatan juga dapat menjadi media faktor yang menyebabkan perubahan perilaku bagi masyarakat melalui upaya promosi kesehatan.

Salah satu faktor yang mempengaruhi promosi kesehatan adalah metode pendidikan kesehatan yang digunakan. Metode promosi kesehatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perilaku pencegahan DBD diantaranya adalah melalui penyuluhan dan konseling kelompok. Penyuluhan maupun konseling kelompok dapat ditujukan kepada keluarga sebagai bagian dari masyarakat, khususnya kepada kepala keluarga, mengingat sebagian besar struktur keluarga di Indonesia adalah patriakal dimana dominasi pengambilan keputusan ada pada suami.

Promosi kesehatan baik melalui penyuluhan maupun konseling diharapkan dapat mendatangkan proses perubahan perilaku kepala keluarga dalam upaya pencegahan terhadap DBD. Perubahan perilaku yang diharapkan tentu saja berupa perbaikan perilaku menjadi perilaku sehat yang sesuai dengan konsep sehat. Melalui penyuluhan, kepala keluarga diarahkan oleh perawat untuk mengetahui masalah dan cara pencegahannya dengan

memberikan informasi-informasi spesifik yang dibutuhkan. Dalam hal ini, kepala keluarga mengalami proses belajar kognitif, afektif dan psikomotor sehingga kepala keluarga tidak hanya tahu tapi mengerti dan mau serta bisa melakukan anjuran yang diberikan untuk melakukan upaya pencegahan DBD. Sedangkan pada konseling kelompok, kepala keluarga diarahkan untuk mengidentifikasi dan mengenal sendiri masalah-masalah kesehatan yang dihadapi. Kemudian bersama konselor, kepala keluarga mencari alternatif pemecahan masalahnya sendiri. Dalam hal ini kepala keluarga belajar lebih banyak mengalami proses belajar afektif dan kognitif. Hal tersebut memungkinkan kepala keluarga lebih mengenal dirinya sendiri beserta masalah-masalahnya, mengembangkan tujuan, dapat memutuskan pilihan dan menyusun rencana yang lebih bijaksana sehingga dapat berkembang secara konstruktif di lingkungannya.

Melalui berbagai stimulus yang diberikan oleh penyuluh maupun konselor dengan masing-masing metodenya, maka kepala keluarga akan mengalami proses perubahan perilaku. Proses berubah itu sendiri menurut Carl Rogers berlangsung dari serangkaian situasi yaitu adanya kesadaran (*awareness*), minat (*interest*), evaluasi (*evaluation*), uji coba (*trial*) dan adopsi (*adoption*). Pada situasi kesadaran, seseorang menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu, kemudian mulai tertarik pada stimulus atau memasuki situasi minat (*interest*). Pada situasi evaluasi, seseorang mulai menimbang-nimbang baik atau tidak stimulus baginya. Jika seseorang telah menimbang bahwa stimulus tersebut baik baginya, kemudian ia mulai mencoba perilaku tersebut yang disebut dengan situasi uji coba

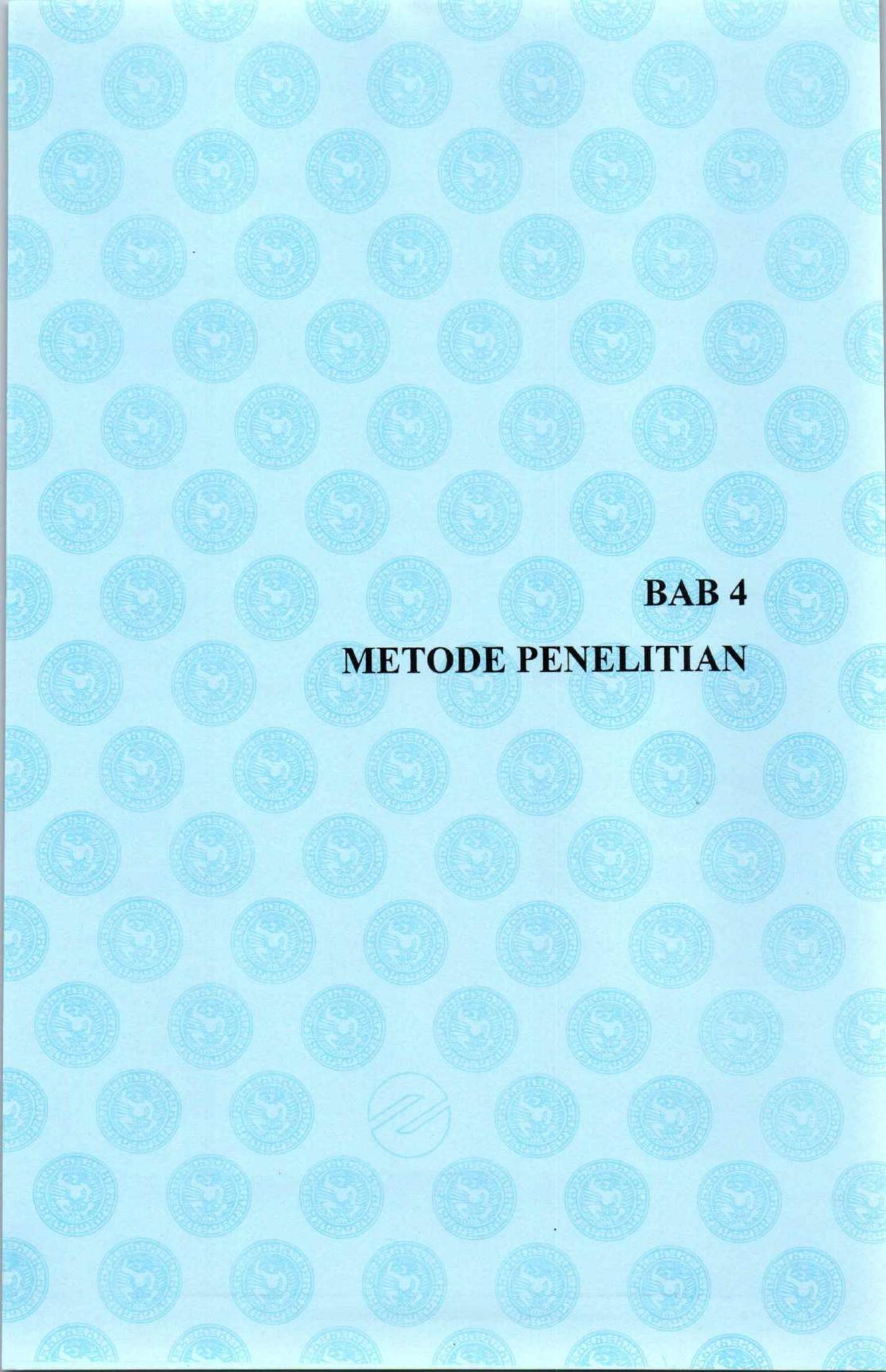
(*trial*). Situasi terakhir adalah adopsi, dimana seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus yang diberikan. Menurut Pender dalam model promosi kesehatannya, seseorang atau masyarakat setelah melewati proses berubah yang dipengaruhi oleh beberapa faktor, maka ia akan memiliki komitmen untuk merencanakan tindakan. Komitmen inilah yang mendorong seseorang berperilaku sesuai dengan stimulus atau promosi kesehatan yang telah diberikan kepadanya. Dalam hal ini adalah perilaku kepala keluarga dalam mencegah terjadinya DBD.

Perilaku kepala keluarga dalam pencegahan terjadinya DBD terdiri dari tiga domain sesuai dengan konsep domain perilaku menurut Bloom yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan meliputi pengetahuan tentang sakit dan penyakit DBD serta cara pencegahan penyakit DBD termasuk pengetahuan tentang kesehatan lingkungan dan pemeliharannya. Sikap berdasarkan intensitasnya meliputi menerima (*receiving*), menanggapi (*responding*), menghargai (*valuing*) dan bertanggung jawab (*responsible*). Sedangkan tindakan/praktik, indikatornya yaitu praktik pencegahan penyakit DBD dan praktik pemeliharaan kesehatan. Keefektifan sebuah metode promosi kesehatan dapat dinilai dari seberapa jauh metode tersebut dapat mengubah tiga domain perilaku dari kepala keluarga agar sesuai dengan perilaku yang diharapkan yaitu perilaku pencegahan DBD di masyarakat.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian merupakan langkah ketiga dalam penelitian, setelah peneliti mengemukakan landasan teori dan kerangka berfikir. Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. (Sugiyono, 2010). Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

H1. Ada perbedaan efektifitas antara metode penyuluhan dengan metode konseling terhadap perbaikan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD.

The background of the page is a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized bird or eagle with its wings spread, perched on a globe. The logos are arranged in a grid-like pattern across the entire page.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Dalam bab ini akan diuraikan tentang: 1) desain penelitian; 2) kerangka operasional; 3) desain sampling meliputi populasi, sampel dan sampling; 4) identifikasi variabel; 5) definisi operasional; 6) pengumpulan data; 7) analisa data; 8) etik penelitian dan 9) keterbatasan penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Menurut Nursalam (2009), desain penelitian adalah suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data. Berdasarkan tujuan penelitian, maka desain penelitian yang digunakan adalah *Quasy Experiment Design* bentuk *Pre-post Test*.

Tabal 4.1 Rancangan Penelitian Eksperimen Semu (*Quasy Experiment*) *Pre-post Test Design*

Subyek	Pra	Perlakuan	Post
K-A	O	I-A	O1-A.
K-B	O	I-B	O1-B.
	Waktu 1.	Waktu 2.	Waktu 3.

Keterangan:

K-A : subyek dengan perlakuan penyuluhan

K-B : subyek dengan perlakuan konseling

O : observasi perilaku sebelum tindakan penyuluhan

I-A : perlakuan penyuluhan

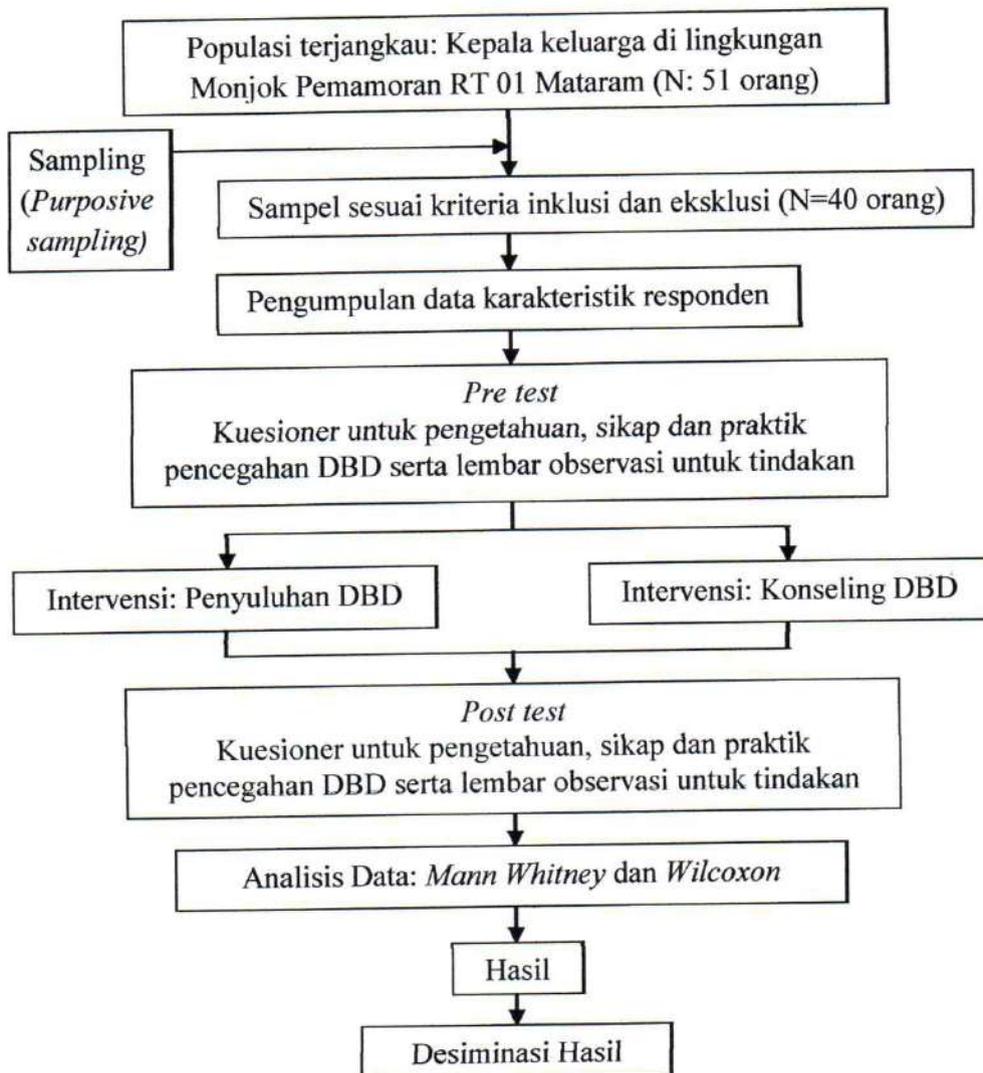
I-B : perlakuan konseling

O1-A : observasi setelah perlakuan I-A

O1-B : observasi setelah perlakuan I-B

4.2 Kerangka Operasional

Pada kerangka kerja disajikan alur penelitian, terutama variabel yang akan digunakan dalam penelitian (Nursalam, 2009). Kerangka kerja yang digunakan pada penelitian ini disajikan pada gambar berikut ini:



Gambar 4.1. Kerangka Operasional Penelitian Efektifitas Metode Penyuluhan dan Metode Konseling Kelompok Terhadap Perbaikan Perilaku Kepala Keluarga dalam Pencegahan DBD di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah setiap subjek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2009). Populasi dalam penelitian ini adalah kepala keluarga di kelurahan Monjok lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Kota Mataram, wilayah kerja Puskesmas Mataram berjumlah 51 KK.

4.3.2 Sampel

Pengertian sampel menurut Nursalam (2009) adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling. Dari data tentang populasi di atas akan diseleksi kriteria sampel yang terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau oleh peneliti (Nursalam, 2009).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Kepala keluarga bersedia menjadi responden dan mengikuti proses penelitian sampai selesai.
2. Kepala keluarga belum pernah mendapat penyuluhan maupun konseling tentang pencegahan DBD dalam kurun waktu dua bulan sebelumnya
3. Keluarga dengan lingkungan berisiko menjadi tempat penyebaran vektor nyamuk yaitu adanya kontainer buatan ataupun alami yang dapat menjadi habitat larva didalam maupun diluar rumah.

4. Kepala keluarga berusia 25-50 tahun, pendidikan minimal SD dan dapat membaca dan menulis

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Kepala keluarga adalah petugas kesehatan baik dokter, perawat, bidan maupun lulusan pendidikan sekolah kesehatan lainnya
2. Kepala keluarga yang sedang sakit berat

Menurut Nursalam (2009), terdapat dua syarat yang harus dipenuhi saat menetapkan sampel yaitu representatif dan sampel harus cukup banyak. Besar kecilnya sampel sangat dipengaruhi oleh rancangan dan ketersediaan subjek dari penelitian itu sendiri. Sampel dalam penelitian ini adalah kepala keluarga yang berdomisili di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Mataram, wilayah kerja Puskesmas Mataram yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 40 orang. Sampel tersebut dibagi menjadi dua kelompok perlakuan dengan proporsi yang sama, yaitu 20 orang pada kelompok perlakuan 1 dilakukan penyuluhan dan 20 orang pada kelompok perlakuan 2 dilakukan konseling kelompok.

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik *sampling* merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel agar memperoleh sampel yang

benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2009). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan *purposive sampling*, suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (Nursalam, 2009).

4.4 Identifikasi Variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain). Jenis variabel diklasifikasikan menjadi bermacam-macam tipe untuk menjelaskan penggunaannya dalam penelitian. Beberapa variabel dimanipulasi, yang lainnya sebagai kontrol (Nursalam, 2009). Berikut identifikasi variabel dalam penelitian ini:

4.4.1 Variabel independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2009). Variabel independen dalam penelitian ini adalah metode penyuluhan dan metode konseling yang diterapkan pada sampel.

4.4.2 Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel respon akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel-variabel lain (Nursalam, 2009). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan DBD oleh

masyarakat. Perilaku ini meliputi pengetahuan, sikap dan praktik pencegahan DBD.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional (Nursalam, 2009). Definisi operasional masing-masing variabel dalam penelitian ini dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian Efektifitas Metode Penyuluhan dan Konseling Kelompok Terhadap Perbaikan Perilaku Kepala Keluarga dalam Pencegahan DBD di Lingkungan Monjok Pemasoran RT 01 Tanggal Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independen:					
Metode Penyuluhan	Kegiatan memberikan informasi kepada kepala keluarga secara berkelompok dengan ceramah dan tanya jawab tentang DBD dan pencegahannya	Dilakukan 1x pertemuan selama 25 menit ceramah dan 50 menit tanya jawab	Satuan Acara Pembelajaran	-	-
Metode Konseling	Kegiatan memberikan arahan pada kepala keluarga agar tahu, mengerti dan mampu melakukan tindakan pencegahan DBD termasuk pemecahan masalah	Dilakukan dalam 3x kali pertemuan @ 30 menit.	Rencana kegiatan konseling	-	-
Variabel dependen					
Perilaku Pencegahan DBD	Perilaku kepala keluarga dalam mencegah DBD di lingkungannya meliputi Pengetahuan, sikap dan praktik	Menilai perilaku keluarga/ masyarakat dalam melakukan pencegahan DBD di lingkungannya:	-	-	-
a. Pengetahuan	Pemahaman yang dimiliki tentang DBD	Pengetahuan: - Pengertian - Penyebab	Kuesioner	Ordinal	Benar = 1 Salah = 0

	dan upaya pencegahan DBD	<ul style="list-style-type: none"> - Tanda gejala - Cara penularan - Pencegahan 			Kategori: Baik = 76–100% Cukup = 56 – 75 % Kurang = \leq 55% (Arikunto, 1998)
b. Sikap	Penilaian atau tanggapan yang dimiliki tentang DBD dan upaya pencegahan	Sikap terhadap DBD dan pencegahannya meliputi: <ul style="list-style-type: none"> - Menerima - Menanggapi - Menghargai - Bertanggung jawab 	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan positif Skor: SS: 5 S: 4 TS:2 STS: 1 Pertanyaan negatif Skor: SS: 1 S:2 TS:4 STS:5 Kategori: Baik = 76–100% Cukup = 56 – 75 % Kurang = \leq 55% (Arikunto, 1998)
c. Praktik/tindakan	Kegiatan pencegahan DBD yang dilakukan oleh kepala keluarga	Praktik/tindakan <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen lingkungan - Kontrol biologi - Kontrol kimia - Perlindungan individu dan peralatan rumah tangga 	Kuesioner dan lembar observasi	Ordinal	Ya = 1 Tidak = 0 Kategori: Baik = 76–100% Cukup = 56 – 75 % Kurang = \leq 55% (Arikunto, 1998)

4.6. Pengumpulan Data

4.6.1 Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD, untuk pengetahuan dan sikap berupa kuesioner yang dimodifikasi dari konsep pencegahan DBD menurut WHO (2009). Sedangkan untuk data praktik kepala keluarga dalam pencegahan DBD selain menggunakan kuesioner, juga menggunakan lembar observasi untuk mengukur data tindakan responden dalam pencegahan DBD.

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Penyuluhan dan konseling dilakukan di wilayah kerja puskesmas Mataram yaitu di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Kota Mataram. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011.

4.6.3 Prosedur pengambilan data

Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapat surat izin dari bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang kemudian digunakan untuk memperoleh surat ijin dari Kepala Bidang Litbang dan Statistik BAPPEDA Kota Mataram yang ditembuskan kepada Kepala Puskesmas Mataram, Lurah Monjok dan Kepala Lingkungan Monjok Pemamoran. Peneliti kemudian berkoordinasi dengan ketua RT untuk mendapatkan data kepala keluarga lalu mendatangi kepala keluarga (responden). Untuk menentukan kelompok yang diberi penyuluhan (kelompok perlakuan

1) dan kelompok yang diberi konseling (kelompok perlakuan 2), proporsi kepala keluarga dengan usia 25 – 50 tahun dan berdasarkan tingkat pendidikan dibagi sama antara kedua kelompok. Proses menyamakan variabel perancu diantara dua kelompok ini disebut proses *matching*. *Inform consent* diberikan terlebih dahulu kepada responden sebelum dilakukan perlakuan. *Inform consent* disetujui dan ditandatangani oleh kepala keluarga.

Metode penyuluhan tentang pencegahan DBD dilakukan pada kelompok perlakuan 1 dan metode konseling dilakukan pada kelompok perlakuan 2. Sehari sebelum diberikan perlakuan, peneliti mengunjungi rumah masing-masing kepala keluarga pada kedua kelompok perlakuan untuk melakukan *pre-test* untuk mengetahui skor awal dengan memberikan kuesioner pada kepala keluarga guna mendapatkan data pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan DBD.

Penyuluhan dilakukan satu kali pada kelompok perlakuan 1 kemudian dilakukan *post-test* menggunakan kuesioner untuk data pengetahuan dan sikap. Selanjutnya, seminggu setelah dilakukan penyuluhan, dilakukan kembali *post-test* dengan kuesioner dan lembar observasi untuk menilai praktik/tindakan kepala keluarga. Observasi dilakukan dengan mengunjungi langsung rumah masing-masing kepala keluarga.

Konseling dilakukan dengan metode konseling kelompok, dimana sepuluh orang kepala keluarga dikumpulkan menjadi satu kelompok konseling. Peneliti akan dibantu oleh seorang

perawat/konselor yang telah lebih berpengalaman dalam memberikan konseling. Konseling dilakukan berdasarkan tahapan konseling. Konseling dilakukan setiap 3 hari sekali. Setelah pertemuan terakhir dilakukan *post-test* untuk mengetahui pengetahuan dan sikap kepala keluarga dengan menggunakan kuesioner. Selanjutnya, seminggu setelah konseling yang terakhir, peneliti mengunjungi rumah masing-masing kepala keluarga untuk menilai praktik/tindakan kepala keluarga menggunakan kuesioner dan lembar observasi.

4.7 Analisa Data

Analisis data pada data kuantitatif atau data yang dikuantifikasikan menggunakan analisis statistik yang bertujuan untuk membantu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian dari kegiatan praktis maupun penelitian (Nursalam, 2009). Pada penelitian ini setelah kuesioner dan lembar observasi terisi dan data terkumpul kemudian jawaban pada kuesioner diberi skor. Skor masing-masing jawaban pada kuesioner dan lembar observasi kemudian ditabulasi dan diberi kode sesuai dengan kategori. Untuk kategori baik diberi kode 3, untuk kategori cukup diberi kode 2 dan untuk kategori kurang diberi kode 1. Data kemudian dianalisis dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* (uji komparasi 2 sampel berpasangan) dengan derajat kemaknaan $p \leq 0,05$. Jika hasil analisis penelitian terhadap data pada kedua kelompok perlakuan didapatkan nilai $p \leq 0,05$, artinya ada pengaruh metode penyuluhan terhadap perbaikan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD dan ada pengaruh metode konseling kelompok terhadap perbaikan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD.

Kemudian untuk mengetahui perbedaan perilaku kepala keluarga yang mendapat penyuluhan dengan perilaku kepala keluarga yang mendapat konseling kelompok, dilakukan uji komparasi dengan uji *Mann-Whitney U Test* (uji komparasi 2 sampel bebas/independen). Dalam uji tersebut, jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p \leq 0,05$ artinya ada perbedaan perbaikan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD antara kelompok yang diberikan penyuluhan dengan kelompok yang diberikan konseling kelompok yang menunjukkan perbedaan efektifitas metode penyuluhan dengan metode konseling kelompok terhadap perbaikan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD. Dalam pengolahan data ini peneliti akan menggunakan perangkat lunak komputer agar uji statistik yang diperoleh lebih akurat.

4.8 Etik Penelitian

Menurut Nursalam (2009) secara umum prinsip etika dalam penelitian/pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu: prinsip manfaat, prinsip menghargai hak-hak subjek dan prinsip keadilan. Berikut penjelasan dari prinsip etika dalam penelitian:

1. Prinsip Manfaat

1) Bebas dari penderitaan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus.

Bebas dari eksploitasi

2) Partisipasi subjek dalam penelitian, harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan,

tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apa pun.

3) Risiko (*benefits ratio*)

Penelitian harus hati-hati mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

2. Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia (*Respect Human Dignity*)

1) Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*right to self determination*)

Subjek mempunyai hak untuk memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apa pun atau akan berakibat terhadap kesembuhannya, jika mereka seorang klien.

2) Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek.

3) *Informed consent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

3. Prinsip Keadilan (*Right Justice*)

a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*)

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan

sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian

b. Hak dijaga kerahasiannya (*right to privacy*)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan

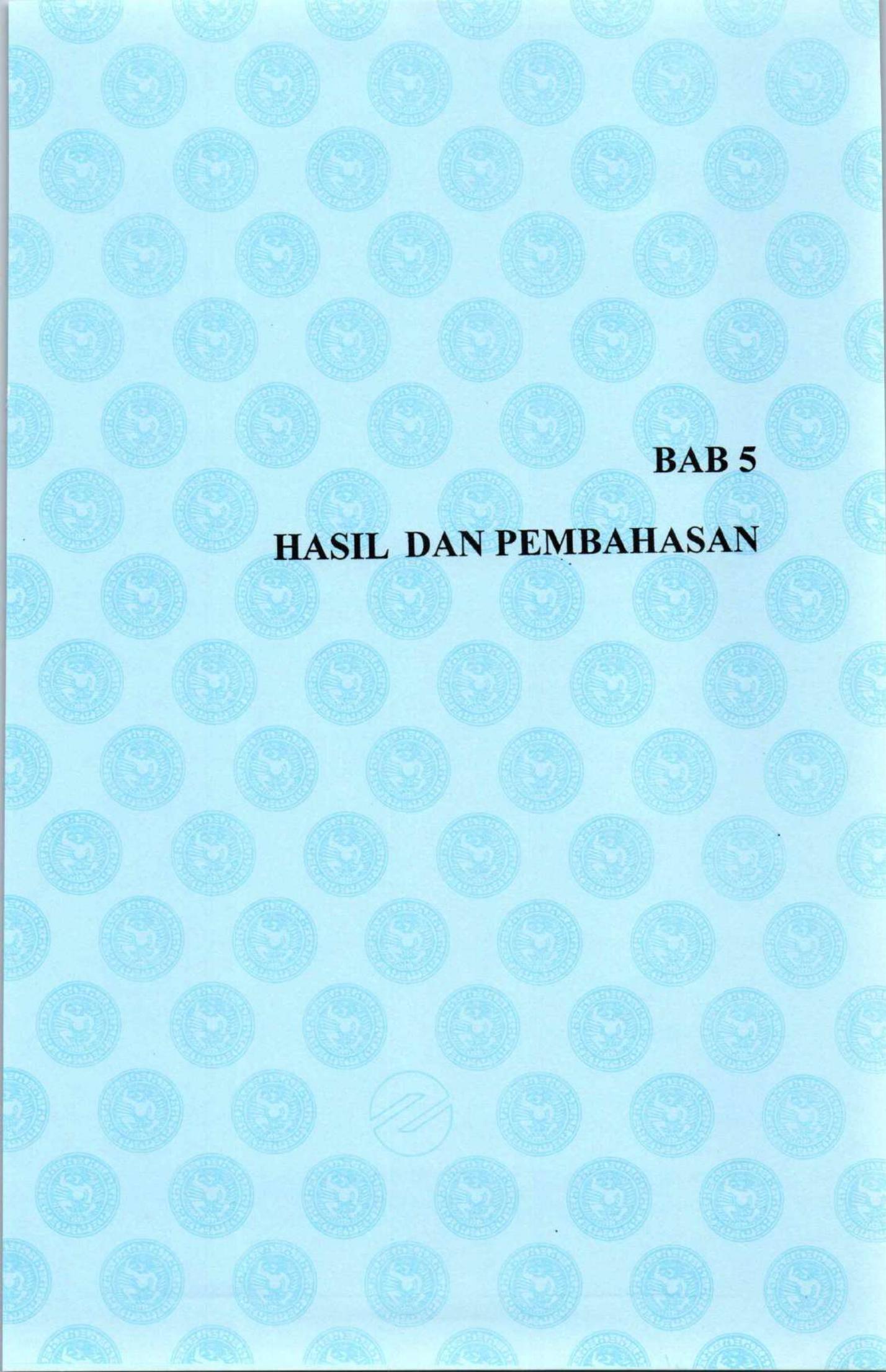
harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*)

dan rahasia (*confidentiality*).

4.9 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih memiliki kelemahan-kelemahan dan hambatan-hambatan yaitu:

1. Tindakan pencegahan DBD yang disosialisasikan melalui penyuluhan maupun konseling kelompok belum tentu dapat terus diadopsi oleh kepala keluarga dan diterapkan dilingkungannya. Sedangkan hasil *post test* diambil setelah peneliti menentukan kontrak waktu dengan kepala keluarga sehingga pada saat melakukan tindakan pencegahan DBD terkesan di observasi, yang akan dapat mempengaruhi hasil penelitian.
2. Terbatasnya kemampuan peneliti karena penelitian ini adalah pertama kalinya peneliti melakukan penelitian tentang penyuluhan dan konseling sehingga kurang mampu memberikan perlakuan yang sesuai dan menjabarkan masalah dengan baik.
3. Sampel yang digunakan sangat terbatas sehingga hasilnya akan kurang mewakili secara keseluruhan.
4. Kuesioner dalam penelitian ini belum diuji validitas dan reliabilitasnya sehingga data yang didapatkan kemungkinan kurang valid dan kurang dapat merepresentasikan perilaku responden yang sebenarnya.

The background of the page is a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized bird or eagle with its wings spread, perched on a globe. The logos are arranged in a grid-like pattern across the entire page.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN



BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang deskriptif mengenai hasil penelitian dan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian. Penyajian data terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian, data demografi responden dan data perilaku responden. Data demografi responden terdiri dari usia, jenis kelamin dan pendidikan. Data perilaku terdiri dari data pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan DBD pada kelompok yang diberi penyuluhan serta data pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan DBD pada kelompok yang diberi konseling kelompok. Pada bab ini juga akan dibahas tentang efektifitas penyuluhan dan konseling kelompok terhadap perbaikan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD dengan menggunakan tes kuantitatif menggunakan perhitungan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney* dengan bantuan komputerisasi.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

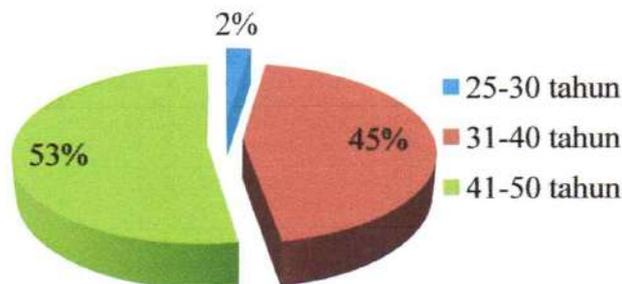
Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Mataram yaitu di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01. Lingkungan Monjok Pemamoran adalah bagian dari Kelurahan Monjok dengan luas wilayah ± 17 Ha, terdiri dari 5 RT. Lingkungan Monjok Pemamoran berbatasan dengan Lingkungan Monjok Culik di sebelah Timur, Lingkungan Monjok Griya di sebelah Barat, Lingkungan Monjok Kebun Jaya di sebelah Utara dan Jalan R.A Kartini di sebelah Selatan.

Jumlah penduduk sebanyak 1028 orang dan terdapat 237 KK. Di RT 01 sendiri dimana penelitian ini dilakukan terdapat 51 KK. Sebagian besar penduduknya berpendidikan terakhir SMA dan bermata pencaharian sebagai buruh. Sarana sosial di wilayah Lingkungan Monjok Pemamoran berupa sebuah Masjid, sebuah Mushola dan sebuah SD. Sarana kesehatan yang dapat digunakan adalah sebuah Puskesmas dan Puskesmas Pembantu.

5.1.2 Data demografi responden

Berikut ini akan digambarkan data demografi responden berdasarkan usia, jenis kelamin dan pendidikan.

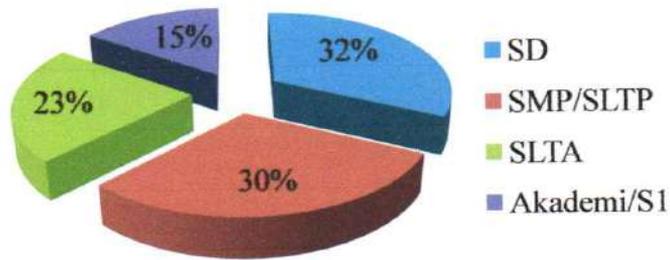
1. Distribusi responden berdasarkan usia



Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia KK di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Gambar 5.1 menunjukkan bahwa usia sebagian besar responden berada pada usia 41 – 50 tahun yaitu sebesar 53%. Hanya 2% responden yang berusia 25 – 30 tahun.

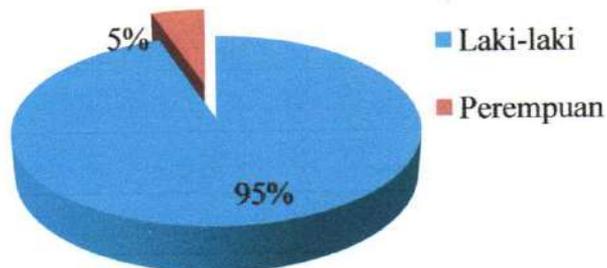
2. Distribusi responden berdasarkan pendidikan



Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan KK di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Dari gambar 5.2 dapat dilihat bahwa dari 40 responden, sebagian besar berpendidikan SD yaitu sebanyak 13 responden (32%). Paling sedikit berpendidikan Akademi/S1 yaitu sebanyak 6 orang (15%).

3. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



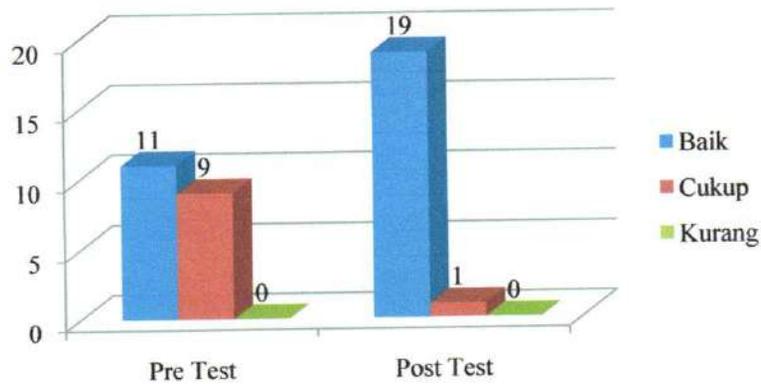
Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin KK di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Dari gambar 5.2 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden merupakan laki-laki yaitu 38 orang (95%). Sedangkan responden yang perempuan hanya 2 orang (5%).

5.1.3 Data perilaku responden

Perilaku responden meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan DBD yang diukur sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan. Berikut adalah rincian hasil pengukuran perilaku responden pada kedua kelompok perlakuan.

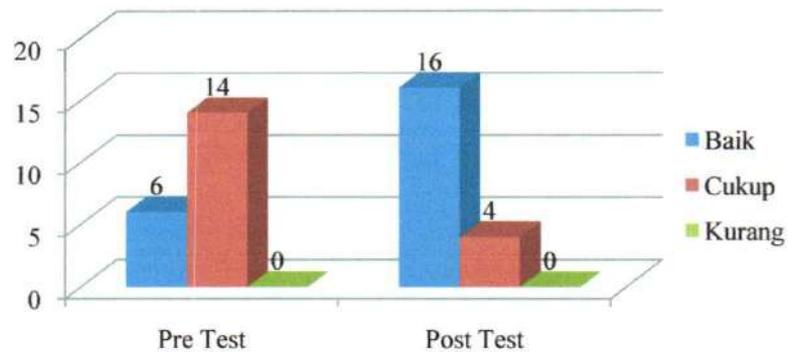
1. Identifikasi tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan



Gambar 5.4 Tingkat Pengetahuan Responden Sebelum dan Setelah Diberikan Penyuluhan di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Dari gambar 5.4 dapat diidentifikasi tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberi penyuluhan. Hasil *pre test* menunjukkan dari 20 responden, sebagian besarnya memiliki tingkat pengetahuan baik yaitu sebanyak 11 responden. Sedangkan hasil *post test* menunjukkan 19 responden masuk dalam kategori baik.

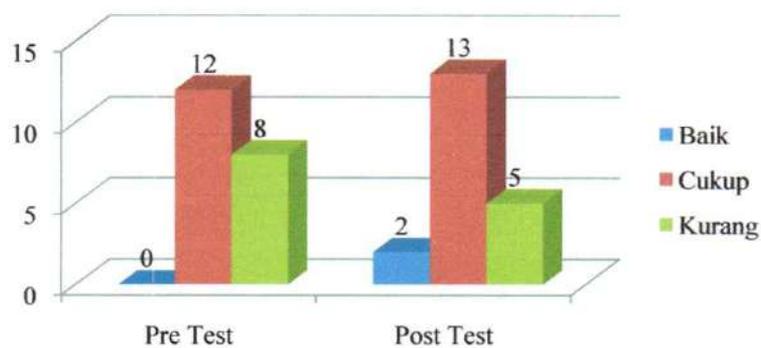
2. Identifikasi sikap responden sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan



Gambar 5.5 Sikap Responden Sebelum dan Setelah Diberikan Penyuluhan di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Gambar 5.5 menunjukkan sikap responden sebelum dan setelah diberikan penyuluhan. Pada *pre test*, sikap responden terbanyak masuk dalam kategori cukup yaitu 14 responden. Sedangkan pada *post test*, sebagian besar sikap responden masuk dalam kategori baik yaitu 16 responden.

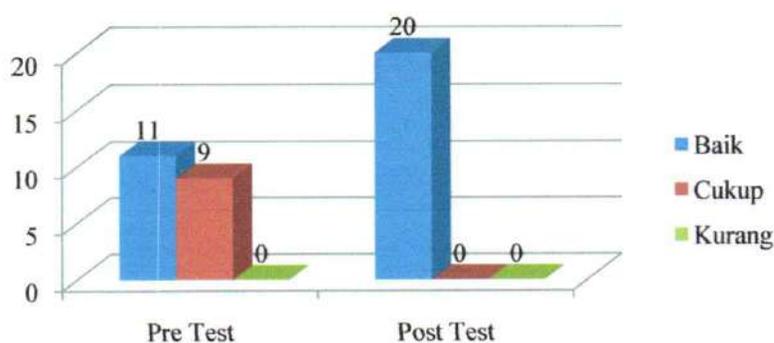
3. Identifikasi tindakan responden sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan



Gambar 5.6 Tindakan Responden Sebelum dan Setelah Diberikan Penyuluhan di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Gambar 5.6 menunjukkan tindakan responden sebelum dan setelah diberikan penyuluhan. Dari hasil *pre test* didapatkan sebagian besar tindakan responden masuk kategori cukup yaitu sebanyak 12 responden. Sedangkan pada *post test* didapatkan sebagian besar tindakan responden masuk dalam kategori cukup yaitu 13 responden.

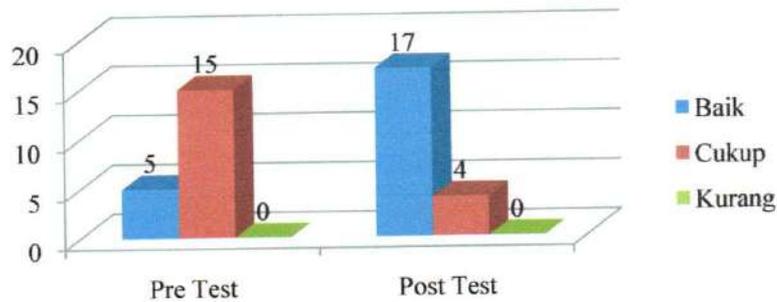
4. Identifikasi tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah dilakukan konseling kelompok



Gambar 5.7 Tingkat Pengetahuan Responden Sebelum dan Setelah Diberikan Konseling Kelompok di Lingkungan Monjok Pamamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Gambar 5.7 menunjukkan bahwa pada *pre test*, sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan baik yaitu sebanyak 11 responden. Sedangkan pada *post test*, tingkat pengetahuan seluruh responden masuk dalam kategori baik.

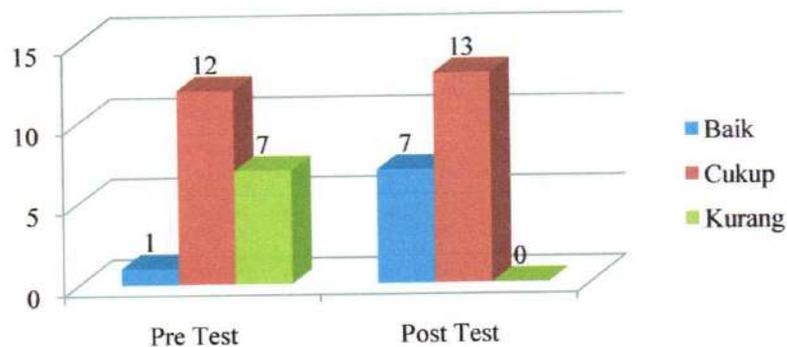
5. Identifikasi sikap responden sebelum dan sesudah dilakukan konseling kelompok



Gambar 5.8 Sikap Responden Sebelum dan Setelah Diberikan Konseling Kelompok di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Gambar 5.8 menunjukkan sikap responden sebelum dan setelah diberikan konseling kelompok. Pada *pre test*, sikap responden terbanyak masuk dalam kategori cukup yaitu 15 responden. Sedangkan pada *post test*, sebagian besar sikap responden masuk dalam kategori baik yaitu 17 responden.

6. Identifikasi tindakan responden sebelum dan sesudah dilakukan konseling kelompok



Gambar 5.9 Tindakan Responden Sebelum dan Setelah Diberikan Konseling Kelompok di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Gambar 5.11 menunjukkan tindakan responden sebelum dan setelah diberikan konseling kelompok. Dari hasil *pre test* didapatkan sebagian besar tindakan responden masuk kategori cukup yaitu sebanyak 12 responden. Sedangkan pada *post test* didapatkan sebagian besar tindakan responden masuk dalam kategori cukup yaitu 13 responden. Selain itu juga tampak adanya peningkatan jumlah responden yang tindakanya masuk dalam kategori baik.

7. Analisis perbedaan efektifitas penyuluhan dan konseling kelompok terhadap tingkat pengetahuan responden terhadap DBD dan pencegahannya

Tabel 5.1 Perbedaan Efektifitas Sebelum dan Setelah diberikan Penyuluhan dan Konseling Kelompok Terhadap Tingkat Pengetahuan Responden Tentang DBD dan Pencegahannya di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Kategori	Penyuluhan		Konseling Kelompok	
	Pre	Post	Pre	Post
Baik	55%	95%	55%	100%
Cukup	45%	5%	45%	0%
Kurang	0%	0%	0%	0%
Uji statistik	p = 0.002 <i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>		p = 0.001 <i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>	
	p = 1.000 <i>Mann Whitney Pre Test</i>		p = 0.317 <i>Mann Whitney Post Test</i>	

Tabel 5.1 menunjukkan pada kelompok penyuluhan, hasil *pre test* terdapat 55% responden tingkat pengetahuannya baik dan pada *post test* terdapat 95% responden tingkat pengetahuannya baik. Hasil ini dikuatkan dengan uji statistik menggunakan *Wilcoxon Singed*

Rank Test dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0.05$ didapatkan hasil $p = 0.011$ artinya ada pengaruh signifikan penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan.

Pada kelompok yang diberikan konseling kelompok, *pre test* ditemukan 55% responden pengetahuannya baik dan *post test* ditemukan 100% responden berpengetahuan baik. Hasil ini dikuatkan dengan uji *Wilcoxon Singed Rank Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0.05$ didapatkan hasil $p = 0.003$ artinya ada pengaruh signifikan konseling kelompok terhadap tingkat pengetahuan responden. Pada pengujian hasil *pre test* kelompok penyuluhan dengan konseling kelompok menggunakan *Mann Whitney U-Test* didapatkan tingkat kemaknaan $p = 0.1000$. Sedangkan pada *post test* didapatkan $p = 0.317$. Hal ini berarti tidak ada perbedaan signifikan efektifitas penyuluhan dan konseling kelompok terhadap tingkat pengetahuan responden pada *pre* maupun *post test*.

8. Analisis perbedaan efektifitas penyuluhan dan konseling kelompok terhadap sikap responden terhadap DBD dan pencegahannya.

Tabel 5.2 Perbedaan Efektifitas Sebelum dan Setelah diberikan Penyuluhan dan Konseling Kelompok Terhadap Sikap Responden Tentang DBD dan Pencegahannya di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Kategori	Penyuluhan		Konseling Kelompok	
	Pre	Post	Pre	Post
Baik	30%	80%	25%	85%
Cukup	70%	20%	75%	15%
Kurang	0%	0%	0%	0%
Uji statistik	p = 0.002 <i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>		p = 0.001 <i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>	
	p = 0.727 <i>Mann Whitney Pre Test</i>		p = 0.681 <i>Mann Whitney Post Test</i>	

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa pada kelompok penyuluhan terjadi peningkatan sikap responden yaitu *pre test* ditemukan hanya 30% responden yang sikapnya baik, pada *post test* didapatkan 80% responden sikapnya baik. Hal ini dikuatkan dengan uji statistik *Wilcoxon Singed Rank Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0.05$ didapatkan hasil $p = 0.002$ artinya ada pengaruh signifikan penyuluhan terhadap sikap responden.

Pada kelompok yang diberikan konseling kelompok, juga terjadi peningkatan sikap pasien. Pada *pre test* hanya ditemukan 25% responden dengan sikap baik dan pada *post test* menjadi 85% responden bersikap baik. Hal ini dikuatkan oleh hasil uji *Wilcoxon Singed Rank Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0.05$ didapatkan

$p = 0.001$ artinya ada pengaruh signifikan konseling kelompok terhadap tingkat sikap responden. Pada pengujian kelompok penyuluhan dengan kelompok konseling menggunakan *Mann Whitney U-Test*, pada *pre test* tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0.05$ didapatkan $p = 0.727$, sedangkan pada *post test* didapatkan $p = 681$. Hal ini berarti tidak ada perbedaan signifikan efektifitas penyuluhan dan konseling kelompok terhadap sikap responden baik dari hasil *pre test* maupun *post test*.

9. Analisis perbedaan efektifitas penyuluhan dan konseling kelompok terhadap tindakan responden terhadap DBD dan pencegahannya.

Tabel 5.4 Perbedaan Efektifitas Sebelum dan Setelah diberikan Penyuluhan dan Konseling Kelompok Terhadap Tindakan Responden Tentang DBD dan Cara Pencegahannya di Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01 Tanggal 23 Desember 2010 – 14 Januari 2011

Kategori	Penyuluhan		Konseling Kelompok	
	Pre	Post	Pre	Post
Baik	0%	10%	0%	35%
Cukup	60%	65%	70%	65%
Kurang	40%	25%	30%	0%
Uji statistik	p = 0.014 <i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>		p = 0.001 <i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>	
	p = 0.814 <i>Mann Whitney Pre Test</i>		p = 0.008 <i>Mann Whitney Post Test</i>	

Tabel 5.4 menunjukkan peningkatan responden yang tindakannya masuk kategori baik dan cukup serta penurunan responden yang tindakannya kurang. Hal ini dikuatkan oleh uji statistik *Wilcoxon Singed Rank Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq$

0.05 didapatkan hasil $p = 0.025$ artinya ada pengaruh signifikan penyuluhan terhadap tindakan responden.

Pada kelompok yang diberikan konseling kelompok, juga terjadi peningkatan tindakan responden. Hal ini dikuatkan oleh uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0.05$ didapatkan hasil $p = 0.001$ artinya ada pengaruh signifikan konseling kelompok terhadap tindakan responden. Pada pengujian *pre test* kelompok penyuluhan dengan kelompok konseling menggunakan *Mann Whitney U-Test* kemaknaan $\alpha \leq 0.05$ didapatkan $p = 0.613$ yang berarti tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan kelompok penyuluhan dengan kelompok konseling. Sedangkan pada pengujian *post test* didapatkan $p = 0.008$, hal ini berarti ada perbedaan signifikan efektifitas penyuluhan dan konseling kelompok terhadap tindakan responden.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diuraikan diatas maka selanjutnya akan dibahas hasil penelitian tersebut sesuai dengan tujuan penelitian sebagai berikut:

1. Identifikasi pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan penyuluhan dan konseling kelompok.

Kelompok yang diberikan penyuluhan menunjukkan peningkatan pengetahuan, dimana hanya ada satu responden yang pengetahuannya tetap pada kategori cukup. Begitu juga pada kelompok yang diberikan konseling, terjadi peningkatan pengetahuan. Hasil uji statistik dengan

Wilcoxon Signed Rank Test pada kedua kelompok perlakuan tersebut menunjukkan ada pengaruh signifikan pemberian penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan responden. Sementara Hasil uji statistik untuk membedakan efektivitas penyuluhan dan konseling kelompok terhadap peningkatan pengetahuan responden menggunakan uji *Mann Whitney U Test* menunjukkan tidak adanya perbedaan efektivitas penyuluhan dan konseling terhadap pengetahuan responden baik pada hasil *pre test* maupun *post test*.

Peningkatan pengetahuan pada kelompok yang diberi penyuluhan dalam penelitian ini sesuai dengan pendapat Azwar dalam Suryani (2005), yang menyatakan bahwa penyuluhan kesehatan adalah kegiatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan sehingga masyarakat tahu dan mengerti. Melalui penyuluhan, seseorang dapat menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan lisan kepada sekelompok sasaran sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan. Pemberian penyuluhan dengan metode ceramah dan tanya jawab memungkinkan banyak orang yang dapat mendengarkan dan memperoleh pengetahuan karena yang diinformasikan kepada peserta pada umumnya lebih menyentuh pengetahuan (Sudjana, 2005). Sedangkan peningkatan pengetahuan kepala keluarga yang mendapatkan konseling kelompok dalam penelitian ini sesuai dengan konsep konseling yang diungkapkan oleh Tamsuri (2007) bahwa konseling merupakan kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dengan memberi arahan pada klien atau keluarga termasuk membantu mereka menyelesaikan masalahnya. Tidak

adanya perbedaan pengetahuan antara kelompok yang diberi penyuluhan dengan yang diberi konseling kelompok tidak sesuai dengan teori perbedaan penyuluhan dan konseling kelompok yang disebutkan oleh Friedman (1998) dimana penyuluhan lebih banyak menggunakan proses belajar kognitif sedangkan konseling lebih banyak menggunakan proses belajar afektif dan kognitif.

Peningkatan pengetahuan kepala keluarga pada kedua kelompok perlakuan dapat disebabkan karena persepsi dan perhatian mereka terhadap informasi yang diberikan pada penyuluhan maupun konseling kelompok. Persepsi tersebut terbentuk dari hasil penginderaan dimana semua responden berada pada rentang usia 25 – 50 tahun, saat fungsi panca indera masih cukup baik untuk menerima stimulus atau informasi dari luar. Hal ini juga didukung oleh tingkat pendidikan responden, yang walaupun presentasi terbanyak untuk masing-masing tingkat pendidikan adalah SD (32%) namun lebih dari separuh (52%) responden berpendidikan menengah keatas dan berpendidikan tinggi.

Kelompok yang diberi penyuluhan tentunya akan mengalami proses belajar. Informasi baru yang mereka dapat dari ceramah oleh penyuluh selanjutnya akan dipahami lebih jauh melalui kegiatan tanya jawab. Dalam kegiatan tersebut mereka akan mengklarifikasi kesalahan atau kekurangan informasi yang mereka dapat selama ini dan menggantinya dengan informasi baru yang benar dan sesuai dengan konsep kesehatan. Walaupun tidak semua peserta memberikan pertanyaan atau aktif dalam bertanya pada kegiatan tanya jawab namun hal tersebut

memungkinkan beberapa kepala keluarga yang memiliki masalah sama dengan penanya, untuk belajar melalui pengalaman atau pertanyaan penanya tersebut. Dimana salah satu hal yang dapat menjadi sumber informasi atau pengetahuan adalah pengalaman pribadi maupun orang lain. Hal inilah yang kiranya meningkatkan pengetahuan responden yang diberi penyuluhan.

Terdapatnya seorang responden dari kelompok penyuluhan yang tingkat pengetahuannya tetap pada kategori cukup dapat disebabkan oleh karakteristik pribadi responden tersebut dimana ia berpendidikan hanya SD, berusia 43 tahun dan bekerja sebagai buruh. Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan mereka dalam menyerap informasi, semakin tinggi tingkat pendidikan, seseorang maka kemampuannya untuk memahami informasi akan semakin baik. Pada responden tersebut, walaupun tingkat pengetahuannya tetap pada kategori cukup namun terdapat peningkatan pada skor, hal ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pemahaman atau penyerapan informasi namun kemampuannya untuk menyerap informasi tidak cukup untuk mendapatkan skor lebih tinggi untuk masuk kategori berpengetahuan baik.

Konseling kelompok juga merupakan proses belajar yang mampu meningkatkan pengetahuan dan pemahaman seseorang. Dalam konseling kelompok juga terjadi pertukaran informasi tidak hanya dari konselor kepada konseli tetapi juga dari masing-masing konseli atau peserta konseling kelompok. Konseling kelompok memungkinkan masing-masing anggota kelompok untuk belajar dari pengalaman anggota kelompok

lainnya. Mereka juga dapat lebih mengetahui dan menyadari masalah yang mereka hadapi melalui kritik ataupun masukan dari anggota kelompok lainnya. Informasi pemecahan masalah yang sesuai dengan masalah yang mereka hadapi akan lebih menarik bagi responden sehingga mereka lebih tertarik dan menunjukkan perhatiannya. Hal ini berarti intensitas stimulus atau informasi yang mereka dapatkan akan lebih besar sehingga pengetahuan baru tersebut lebih mudah dipahami dan diingat. Hal inilah yang kiranya dapat meningkatkan pengetahuan responden.

Tidak adanya perbedaan efektifitas penyuluhan dengan konseling kelompok terhadap pengetahuan kepala keluarga dapat dipahami karena kedua metode tersebut memang sama-sama merupakan metode pendidikan kesehatan yang dapat meningkatkan pengetahuan seseorang melalui proses belajar. Sebaran responden yang telah diseimbangkan antara kelompok penyuluhan dan kelompok konseling berdasarkan usia dan tingkat pendidikan melalui proses *matching* juga mengurangi kesenjangan antar kedua kelompok. Hal ini menyebabkan kondisi dan kemampuan responden untuk menyerap informasi dari kedua metode pendidikan kesehatan tersebut relatif sama, sehingga tidak ada perbedaan signifikan peningkatan pengetahuan setelah diberikan penyuluhan maupun konseling kelompok.

2. Identifikasi sikap responden sebelum dan setelah diberikan penyuluhan dan konseling kelompok.

Kelompok yang diberikan penyuluhan, menunjukkan peningkatan sikap responden. Namun demikian masih terdapat 4 orang responden yang

sikapnya masuk kategori cukup pada *post test*. Sedangkan kelompok yang diberikan konseling kelompok, juga terjadi peningkatan sikap responden, namun masih terdapat 3 orang responden yang sikapnya masuk kategori cukup pada *post test*. Berdasarkan hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* pada kedua kelompok perlakuan sama-sama menunjukkan ada pengaruh signifikan pemberian konseling kelompok terhadap sikap responden dan berdasarkan hasil uji *Mann Whitney U Test* pada *pre test* dan *post test*, untuk melihat perbedaan sikap responden pada kedua kelompok perlakuan menunjukkan tidak ada perbedaan efektifitas penyuluhan dan konseling kelompok terhadap sikap responden.

Tidak adanya perbedaan antara efektifitas konseling kelompok dan penyuluhan tidak sesuai dengan teori Friedman (1998) yang menyatakan konseling kelompok lebih banyak terjadi proses belajar afektif (emosional) sehingga lebih mampu mempengaruhi sikap atau afektif. Menurut Notoatmodjo (2010), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek, sikap juga merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Menurut Anwar (2009), sikap dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong. Faktor predisposisi antara lain adalah pengetahuan, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

Dalam penelitian ini, faktor predisposisi peningkatan sikap kepala keluarga adalah pengetahuan yang juga telah meningkat setelah diberikan

penyuluhan maupun konseling kelompok. Kepala keluarga telah mengetahui dan memahami tentang DBD serta pentingnya pencegahan DBD.

Perubahan sikap yang terjadi pada kedua kelompok responden juga dapat dipengaruhi oleh faktor pendorong yaitu pemberian pendidikan kesehatan melalui penyuluhan maupun konseling kelompok. Seperti yang telah diketahui bahwa perubahan sikap dapat dilakukan dengan strategi pendidikan. Dengan pemberian informasi-informasi kesehatan akan meningkatkan pengetahuan masyarakat dan menimbulkan kesadaran mereka yang selanjutnya menyebabkan orang bersikap sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

Penyuluhan dan konseling kelompok yang diberikan tidak hanya bisa dijadikan sebagai media penyampaian informasi tetapi juga bisa membantu responden menyusun rencana dalam membuat keputusan yang tepat sehingga diharapkan berdampak positif bagi responden dalam menumbuhkan sikap yang baik tentang DBD dan pencegahannya. Dari uraian tersebut dapat dipahami mengapa penyuluhan dan konseling kelompok sama-sama dapat meningkatkan sikap responden dan tidak ada perbedaan efektifitas diantara kedua metode tersebut.

Masih terdapatnya responden yang sikapnya tidak berubah setelah diberikan penyuluhan maupun konseling kelompok walaupun mereka memiliki pengetahuan baik dapat dipengaruhi oleh faktor predisposisi seperti keadaan ekonomi ataupun kemampuan mengupayakan sumber-sumber daya yang mereka miliki. Pada penelitian ini responden yang

sikapnya tidak berubah walaupun pengetahuan telah meningkatkan, mungkin mendasarkan sikapnya tersebut tidak hanya dari pengetahuan yang telah mereka miliki tetapi berdasarkan pertimbangan lain. Dalam hal ini pertimbangan tersebut dapat berhubungan dengan kemampuan ekonomi dimana sebagian besar mereka hanya bekerja sebagai buruh. Pencegahan DBD mungkin memiliki konsekuensi kehilangan waktu dan pendapatan secara ekonomis.

3. Identifikasi tindakan responden sebelum dan setelah diberikan penyuluhan dan konseling kelompok.

Pada kelompok yang diberi penyuluhan baik berdasarkan hasil kuesioner maupun hasil observasi, didapatkan peningkatan tindakan responden. Hal ini dikuatkan oleh hasil uji statistik pada hasil kuesioner maupun observasi yang menunjukkan ada pengaruh signifikan pemberian penyuluhan terhadap tindakan. Namun demikian masih terdapat responden yang tindakannya masuk pada kategori cukup dan kurang setelah dilakukan penyuluhan. Sedangkan pada kelompok konseling, juga didapatkan peningkatan tindakan responden baik berdasarkan hasil kuesioner maupun hasil observasi. Hal ini juga dikuatkan oleh hasil uji statistik berdasarkan hasil kuesioner maupun observasi yang menunjukkan bahwa ada pengaruh signifikan pemberian konseling kelompok terhadap tindakan responden. Terdapat peningkatan tindakan responden yang cukup tinggi yaitu dari kategori kurang menjadi kategori baik setelah diberikan konseling kelompok. Dari hasil uji statistik *Mann Whitney U Test* yang menunjukkan terdapat perbedaan signifikan tindakan responden pada *post*

test baik berdasarkan hasil kuesioner maupun observasi pada kedua kelompok perlakuan. Hal ini menunjukkan bahwa walaupun penyuluhan dan konseling kelompok memang sama-sama dapat meningkatkan tindakan responden dalam pencegahan DBD, namun metode konseling kelompok lebih efektif.

Penyuluhan kesehatan, menurut Azwar dalam Suryani (2005) merupakan kegiatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan sehingga masyarakat tidak saja tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. Melalui penyuluhan, seseorang dapat menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan lisan kepada sekelompok sasaran sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan. Keunggulan strategi pembelajaran dengan penyuluhan menggunakan metode ceramah dan tanya jawab yaitu memungkinkan banyak orang yang dapat mendengarkan dan memperoleh pengetahuan. Sedangkan kelemahannya dalam keberhasilan pembelajaran kurang mengikutsertakan peserta untuk aktif, serta perubahan sikap dan perilaku peserta relatif sulit diukur karena yang diinformasikan kepada peserta pada umumnya lebih menyentuh pengetahuan (Sudjana, 2005). Namun demikian, penyuluhan tetap dapat meningkatkan tindakan responden sebagaimana yang telah ditunjukkan dari hasil uji statistik dalam penelitian ini.

Breckler & Wiggins dalam definisi mereka mengenai sikap mengatakan bahwa sikap yang diperoleh lewat pengalaman akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap tindakan berikutnya. Kondisi

apa, waktu apa dan situasi bagaimana saat individu tersebut harus mengekspresikan sikapnya merupakan bagian dari determinan-determinan yang sangat berpengaruh terhadap konsistensi antara sikap dengan pernyataannya dan antara pernyataan sikap dengan tindakannya (Anwar, 2009). Dalam konsep konseling, pemberian konseling bertujuan membantu klien mengenal diri sendiri, menerima diri secara realistis dapat memutuskan pilihan dan rencana yang lebih bijaksana sehingga dapat berkembang secara konstruktif di lingkungannya. Hal ini berarti bahwa individu tidak hanya memperoleh pengetahuan dan sikap dari konselor maupun kelompoknya namun juga dari pengalamannya sendiri yang akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap konsistensi terhadap pernyataan sikap dengan tindakannya.

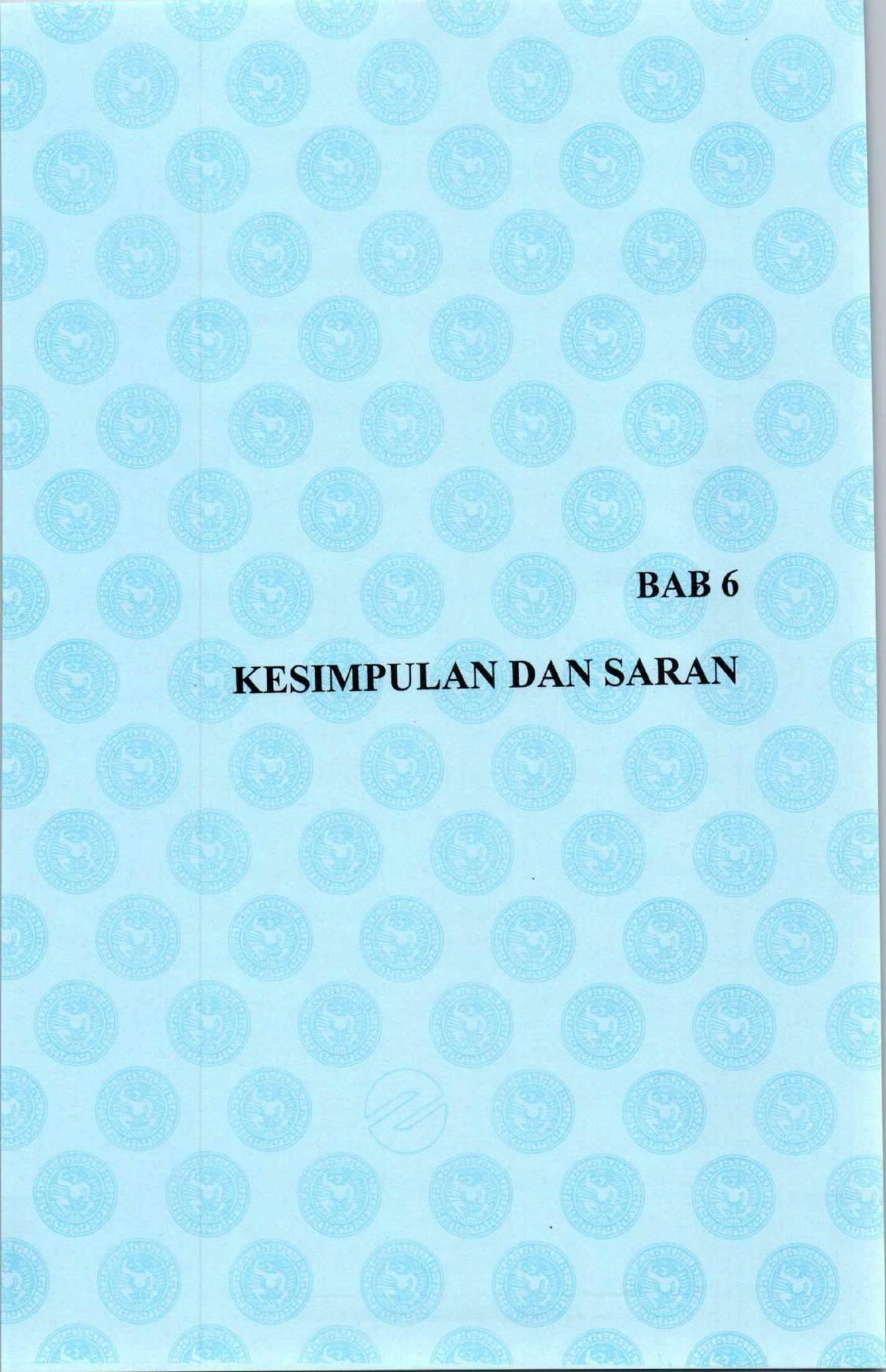
Menurut Warner & De Fleur yang dikutip Anwar (2009), dalam postulat konsistensinya yang ketiga tentang sikap, hubungan sikap dan tindakan sangat ditentukan oleh faktor-faktor situasional tertentu. Norma-norma peranan, keanggotaan kelompok, kebudayaan dan sebagainya merupakan kondisi ketergantungan yang dapat mengubah hubungan sikap dan tindakan (Anwar, 2009). Berkaitan dengan faktor keanggotaan kelompok yang diungkapkan oleh Warner & De Fleur, konseling kelompok memberikan kesempatan pada anggota konseling untuk belajar dengan dan dari orang lain untuk mampu memahami pola pikiran dan perilakunya sendiri serta orang lain. Sebuah kelompok merupakan kesempatan untuk mendapatkan dukungan dan memampukan anggotanya

untuk mencoba dan berusaha meningkatkan sikap dan tindakannya dalam menghadapi masalah.

Pada kelompok penyuluhan, peningkatan tindakan responden dapat dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap mereka yang telah meningkat. Sikap mereka yang baik adalah predisposisi bagi tindakan mereka dalam melakukan tindakan pencegahan DBD dengan baik. Terdapatnya responden yang tindakannya masih kurang dapat disebabkan karena berbagai faktor yang mempengaruhi seseorang saat akan mengekspresikan sikapnya. Pada responden yang diberikan konseling kelompok, sikap dan tindakan mereka tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan dari fasilitator atau konselor tetapi juga oleh dukungan dan alternatif pemecahan masalah yang mereka dapatkan dari anggota kelompok lainnya. Dukungan dari anggota kelompok dapat meningkatkan tindakan pencegahan DBD. Dari uraian tersebut dapat dipahami bagaimana konseling kelompok dapat mempengaruhi tindakan responden dengan lebih efektif daripada metode penyuluhan walaupun kedua metode pembelajaran atau pendidikan kesehatan tersebut sama-sama mampu meningkatkan tindakan responden dalam pencegahan DBD di lingkungannya.

Secara umum, penyuluhan dapat meningkatkan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD. Kepala keluarga yang telah diberikan penyuluhan memiliki perilaku yang baik dalam mencegah DBD. Hal ini terjadi karena terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan. Hal yang sama terjadi pada kelompok yang diberikan konseling kelompok. Terjadi perubahan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD

dimana kepala keluarga memiliki perilaku yang baik tentang pencegahan DBD. Perbedaan tingkat efektifitas metode penyuluhan dan konseling kelompok terhadap perilaku kepala keluarga dapat terjadi karena perbedaan metode dimana konseling kelompok memungkinkan kepala keluarga mendapat pengetahuan yang lebih spesifik, mendapat dukungan untuk bersikap positif dari anggota konseling lainnya serta mendapat dukungan atau bantuan dalam melakukan tindakan pencegahan DBD.



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disampaikan hal sebagai kesimpulan dari hasil penelitian tentang efektifitas metode penyuluhan dan konseling kelompok terhadap perbaikan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD di Lingkungan Monjok Pemamor RT 01, wilayah kerja Puskesmas Mataram.

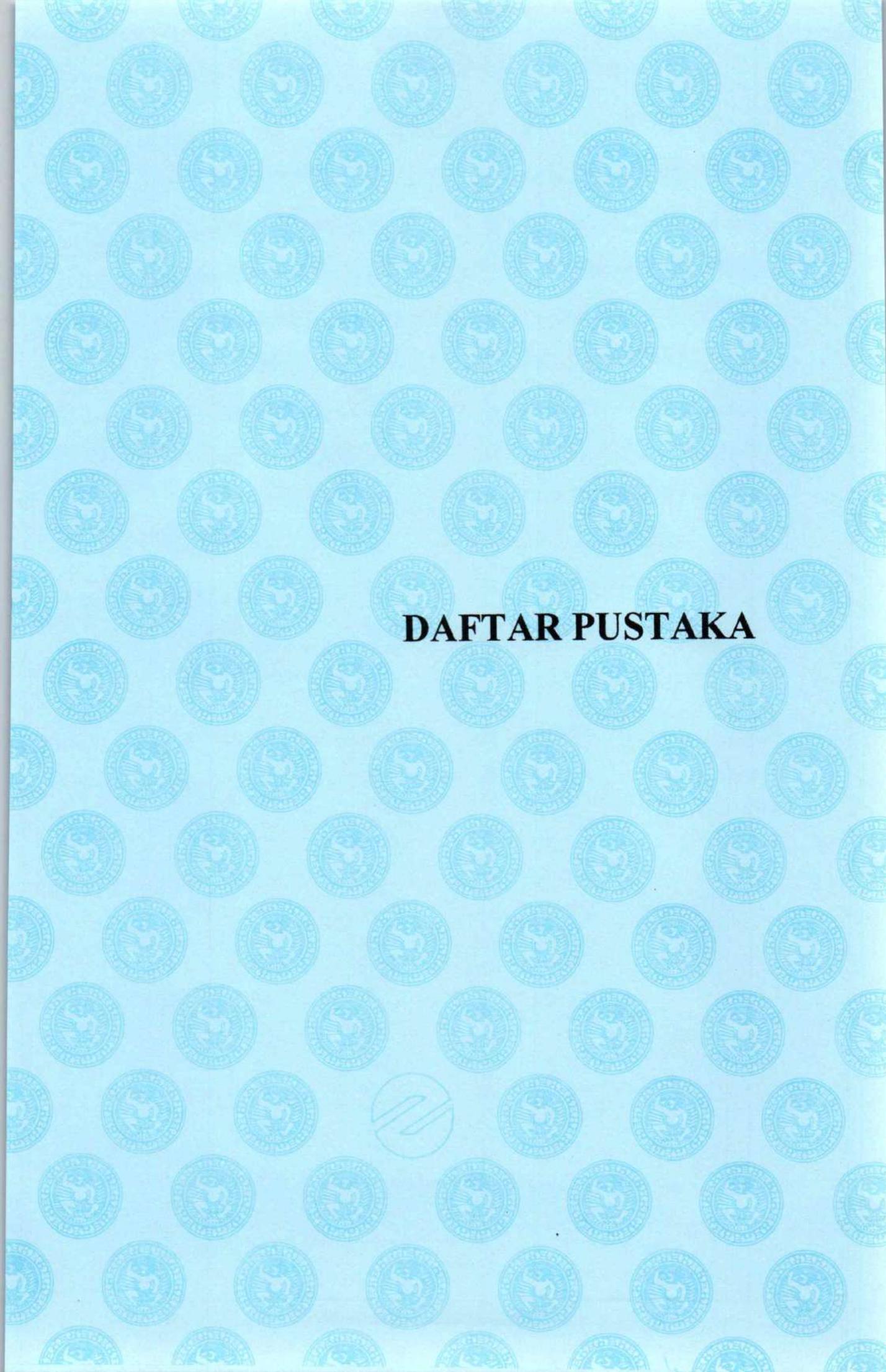
6.1 Kesimpulan

1. Penyuluhan dapat meningkatkan pengetahuan kepala keluarga tentang DBD dan pencegahannya.
2. Penyuluhan dapat meningkatkan sikap kepala keluarga tentang DBD dan pencegahannya.
3. Penyuluhan dapat meningkatkan tindakan kepala keluarga untuk mencegah DBD.
4. Konseling kelompok dapat meningkatkan pengetahuan kepala keluarga tentang DBD dan pencegahannya.
5. Konseling kelompok dapat meningkatkan sikap kepala keluarga tentang DBD dan pencegahannya.
6. Konseling kelompok dapat meningkatkan tindakan kepala keluarga dalam upaya pencegahan DBD.
7. Tidak ada perbedaan efektifitas metode penyuluhan dengan metode konseling terhadap pengetahuan dan sikap kepala keluarga dalam pencegahan DBD, namun terdapat perbedaan efektifitas kedua metode

tersebut terhadap tindakan kepala keluarga baik berdasarkan hasil kuesioner maupun hasil observasi.

6.2 Saran

1. Penentuan kebijakan dalam melakukan usaha promotif dan preventif terhadap kejadian DBD sebaiknya berdasarkan kebutuhan masyarakat. Usaha tersebut dapat dilakukan dengan metode konseling kelompok yang berdasarkan hasil penelitian ini lebih efektif untuk meningkatkan tindakan kepala keluarga dalam upaya pencegahan DBD.
2. Petugas pelayanan kesehatan diharapkan dapat menerapkan metode konseling kelompok untuk menumbuhkan kesadaran diri dan kepedulian masyarakat pada usaha pencegahan DBD dan terjadinya KLB.
3. Masyarakat diharapkan lebih peduli dan memahami masalah maupun potensi-potensi masalah kesehatan yang ada di lingkungannya dan dapat berpartisipasi dengan baik dalam setiap upaya preventif dan promotif guna mencegah terjadinya DBD dan KLB.
4. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi efektifitas suatu metode pendidikan sehingga dapat diterapkan di lingkungan dengan karakteristik masyarakat tertentu yang sesuai.
5. Berkaitan dengan kelemahan penelitian, maka untuk penelitian selanjutnya sebaiknya menggunakan tehnik *cluster sampling*, peneliti diharapkan dapat lebih memahami tentang metode konseling kelompok dan menggunakan waktu yang lebih banyak untuk melakukan observasi dan pengambilan data



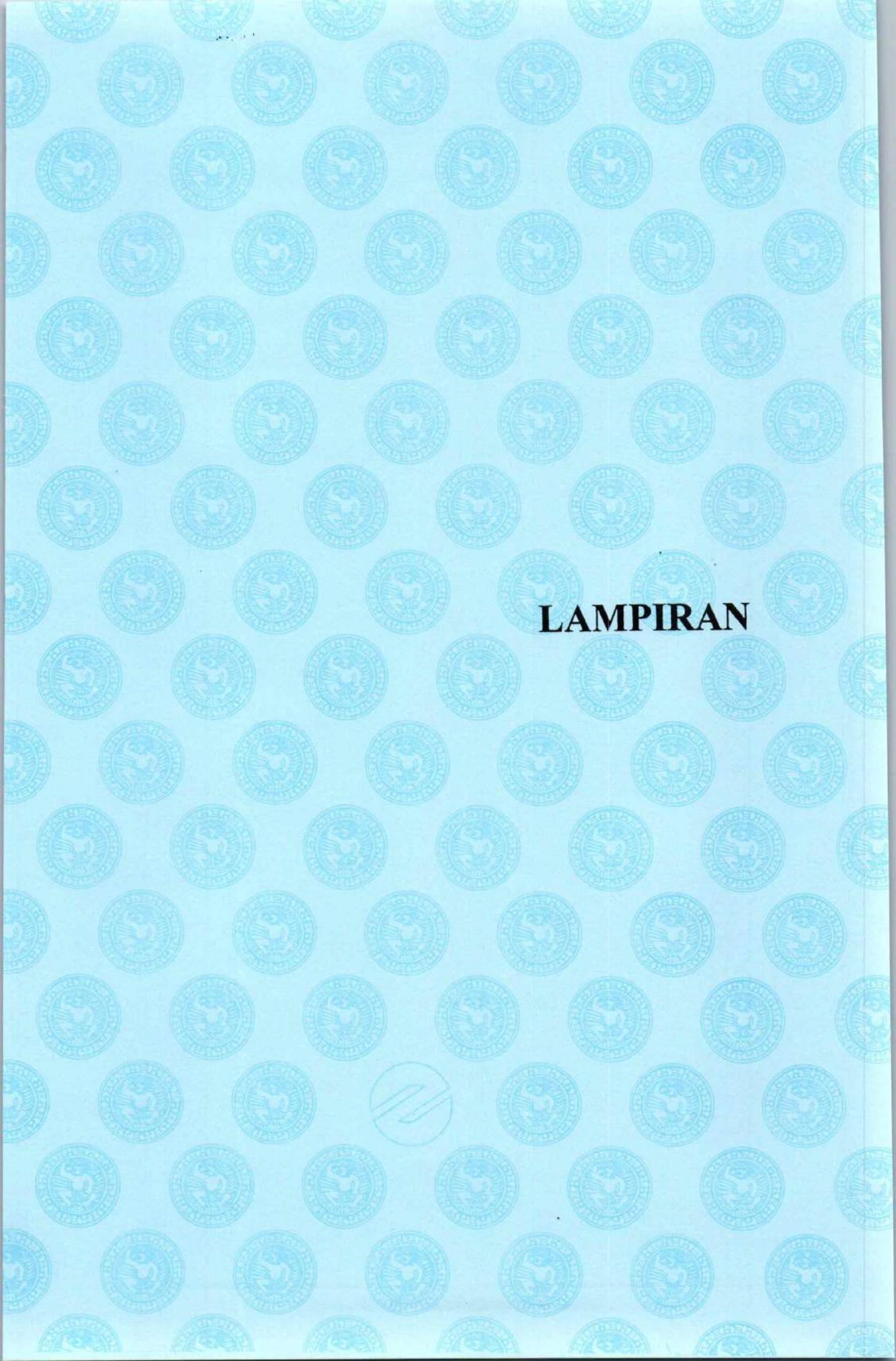
DAFTAR PUSTAKA

Daftar Pustaka

- Anwar, S. (2009). *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Jakarta: Pustaka Pelajar. Hal: 15-17
- Arikunto, S. (1998) . *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta, hal 42
- Awaludin, (2010). *Penderita DBD di NTB Mencapai 571 Orang*. <http://www.AntaraMataram.com>. Tanggal 14 Oktober 2010. Jam 12.00 WIB
- Departemen Kesehatan RI, (2004). *Tata Laksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. <http://www.depkes.go.id/downloads/TataLaksanaDBD.pdf>. Tanggal 15 oktober 2010. Jam 12.00 WIB
- Dewi, R., (2005). *Gambaran Klinis Demam Berdarah Dengue dan Faktor Resiko yang Memprediksi Terjadinya Kejadian*, Universitas Indonesia, Jakarta: Universitas Indonesia University Press. Hal: 23
- Effendi, F. Makhfudli, (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika. Hal: 180-182, 184-186
- Fathi, Keman, S., Wahyuni C.U., (2005). *Peran Faktor Lingkungan dan Perilaku Terhadap Penularan Demam Berdarah Dengue di Kota Mataram*. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. Vol 2, No 1 (hal. 1-10)
- Friedman, Marilyn M., (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik*. Edisi 3. Jakarta: EGC. Hal: 491
- Gunarsa, Singgih D., (2007). *Konseling dan Psikoterapi*. Jakarta: PT BPK Gunung Mulia. Hal: 19, 102-103
- Gwendolyn, C., (2009). *Individual vs Group Counseling: Sebuah Analisa Perbandingan Dua Metode Terapi*. <http://www.suite101.com/content/individual-vs-group-counseling>. Tanggal 13 November 2010. Jam 04.00 WIB
- Kristina, Isminah, Wulandari L. 2004. *Kajian Masalah Kesehatan Demam Berdarah Dengue*. <http://www.litbang.depkes.go.id>. Tanggal 13 November 2010. Jam 05.00 WIB
- Notoatmodjo, S. (2005). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. Hal: 13-14, 16, 26-27
- Notoatmodjo, (2007). *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta. Hal: 107-108

- Notoatmodjo, (2010). *Teori Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. Hal: 13-16, 26-28
- Nursalam, (2009). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan; Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika. Hal: 56, 57, 78,79, 89, 91, 93, 97, 98, 100, 114, 115, 117-119
- Setiati, T.E. *et al*, (2006). *Changing Epidemiology of Dengue Haemorrhagic Fever in Indonesia*. Dengue Bulletin, vol. 30 (hal. 1-14)
- Setyowati, S., Murwani A., (2008). *Asuhan Keperawatan Keluarga: Konsep dan Aplikasi Kasus*. Yogyakarta: Mitra Cendika Press. Hal: 23-29, 32
- Smith & Schwartz, (2005). *Dengue in Travelers*. The New England Journal of Medicine. no. 353 (hal. 924-32)
- Soegijanto, S., (2008). *Demam Berdarah Dengue*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press. Hal 14-18
- Soeroso, S., (2008). *Demam Dengue Adalah Penyakit Infeksi oleh Virus yang Sudah Lebih dari 100 Tahun Dikenal di Indonesia*. <http://www.depkes.go.id>. Tanggal 15 Oktober 2010. Jam 12.30 WIB
- Sudjana, S. (2005). *Metode dan Teknik Pembelajaran Partisipatif*. Bandung: Falah Production. Hal 34 - 35
- Sugiyono. (2010). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta, hal 133, 148
- Suharto, Agung, Muhana Sofiati U., Qomarudin. (2003). *Promosi Kesehatan Metode Konseling kelompok dan Curah Pendapat dalam Meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Pemberantasan DBD di Puskesmas Sidokerto Kabupaten Magetan*. Sains Kesehatan, Vol 16, No 3. September. (Hal: 465, 477)
- Suhendro, (2006). *Demam Berdarah Dengue*, dalam Sudoyo, Aru dkk (editor), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam edisi IV*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Hal: 14 – 17
- Suliha, Ester dan Monika, (2002). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC. Hal: 6-7, 20-27
- Sungkar, S., (2007), *Pemberantasan Demam Berdarah Dengue: Sebuah Tantangan yang Harus Dijawab*. Majalah Kedokteran Indonesia, vol. 57, no. 6, Juni. (hal.167-170)
- Suryani, S., (2005). *Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan*. Edisi 1. Yogyakarta: Fitramaya. Hal: 12
- Taufik, (2007). *Peranan Kadar Hematokrit, Jumlah Trombosit dan Serologi IgG – IgM AntiDHF*. Jurnal Penyakit Dalam. vol. 8, no. 2 (hal.105-111)

World Health Organization, (2009). *Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control*.
http://www.searo.who.int/Dengue_Guideline-dengue.pdf. Tanggal 29
Oktober 2010. Jam 16.00 WIB. Hal: 10-12, 62-71



LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 20 Desember 2010

Nomor : 2543 /H3.1.12/PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
Mahasiswa PSIK – FKP Unair

Kepada Yth.
Kepala BAPPEDA Kota Mataram, NTB

di –

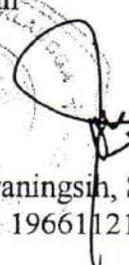
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Mira Utami Ningsih
NIM : 130915216
Judul Penelitian : Efektifitas Metode Penyuluhan Dan Konseling Kelompok Terhadap Perbaikan Perilaku Kepala Keluarga Dalam Pencegahan DBD di Lingkungan Monjok Pemamoran, Wilayah Kerja Puskesmas Mataram
Tempat : Lingkungan Monjok Pemamoran, Wilayah Kerja Puskesmas Mataram

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan


Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. : 196611212000032001

Tembusan:

1. Lurah Monjok
2. Kepala Lingkungan Monjok Pemamoran
3. Kepala Puskesmas Mataram



PEMERINTAH KOTA MATARAM
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(BAPPEDA)

GEDUNG SELATAN LANTAI 2 KANTOR WALIKOTA
JL. PEJANGGIK NO. 16 TELP. (0370) 621532 MATARAM 83121

SURAT IJIN

Nomor :297.a Ltb/Bpd-Kt/XII /2010

TENTANG

KEGIATAN PENELITIAN DI KOTA MATARAM

- Dasar :
- Keputusan Walikota Mataram No: 231/VI/2001 tanggal 15 Juni 2001 tentang Pendelegasian Wewenang, Pemberian dan Penandatanganan Ijin Kegiatan Penelitian di Kota Mataram;
 - Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Nomor : 2544/H3.1.12/PPd/2010 tanggal 20 Desember 2010 tentang Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian

MENGIJINKAN

- Kepada
- Nama : MIRA UTAMI NINGSIH
- NIM : 130915216
- Jurusan/Program : -
- Fakultas : Keperawatan Universitas Airlangga
- Judul Penelitian : **Efektifitas Metode Penyuluhan dan Konseling Kelompok Terhadap Perbaikan Perilaku Kepala Keluarga Dalam Pencegahan DBD di Lingkungan Monjok Pemamoran, Wilayah Kerja Puskesmas Mataram**
- Lokasi : Kelurahan Monjok, Lingkungan Monjok Pemamoran, dan Puskesmas Mataram
- Untuk : Melaksanakan penelitian selama 1 (satu) bulan, terhitung sejak dikeluarkannya ijin penelitian ini.

Setelah penelitian selesai, diharapkan untuk menyerahkan 1 (satu) eksamplar laporan hasil penelitian dimaksud kepada Bappeda Kota Mataram.

Demikian surat ijin ini diterbitkan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mataram, 22 Desember 2010
17 Muharram 1431 H

An. Kepala Bappeda
Kabid. Litbang & Statistik,



Dra. Hj. Sarkiah
NIP. 19640623 199403 2 002

Tembusan disampaikan kepada Yth:

- Walikota Mataram di Mataram;
- Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga di Surabaya;
- Kepala Puskesmas Mataram di Mataram
- Lurah Monjok di Mataram;
- Kepala Lingkungan Monjok Pemamoran di Mataram;
- Dinas Instansi Terkait;
- Yang Berhajat



PEMERINTAH KOTA MATARAM
KECAMATAN SELAPARANG
KELURAHAN MONJOK

Jalan Ade Irma Suryani No.72 Telp. (0370) 622763, Monjok
MATARAM

SURAT KETERANGAN

NO : 77 /Pem./KL. MJK./II / 2011

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Kelurahan Monjok, Kecamatan Selaparang Kota Mataram, menerangkan kepada :

1. N a m a : MIRA UTAMI NINGSIH
2. Tempat /Tgl.Lahir/Umur : MATARAM, 3 APRIL 1985
3. Kebangsaan/Agama : INDONESIA/ISLAM
4. Jenis Kelamin : PEREMPUAN
5. P e k e r j a a n : MAHASISWI
6. Alamat : PEMAMORAN MONJOK MATARAM
7. Universitas : AIRLANGGA
8. Fakultas : KEPERAWATAN
9. NIM : 130915216
10. Judul Penelitian : " EFEKTIFITAS METODE PENYULUHAN DAN KONSELING KELOMPOK TERHADAP PERBAIKAN PERILAKU KEPADA KELUARGA DALAM PENCEGAHAN DBD DILINGKUNGAN PEMAMORAN "

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa bersangkutan memang benar telah melakukan penelitian dengan judul penelitian tercantum diatas dilingkungan Pemamoran Kelurahan Monjok Mataram.

Demikian Surat Keterangan ini kami buat dengan sebenarnya agar dapat di pergunakan sebagaimana mestinya.

Monjok, 5 Februari 2011



Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mira Utami Ningsih

NIM : 130915216

Adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul:

“EFEKTIFITAS METODE PENYULUHAN DENGAN KONSELING KELOMPOK TERHADAP PERBAIKAN PERILAKU KEPALA KELUARGA DALAM PENCEGAHAN DBD DI LINGKUNGAN MONJOK RT 01, WILAYAH KERJA PUSKESMAS MATARAM”

Hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai bagian dari usaha memampukan masyarakat dalam melakukan pencegahan DBD. Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah saya siapkan dengan sejujurnya. Ketersediaan Bapak/Ibu adalah sukarela, dan data penelitian yang diambil dan disajikan bersifat rahasia, tanpa menyebutkan nama Bapak/ Ibu serta hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan. Kami akan menjamin kerahasiaan data dan identitas Bapak/Ibu.

Sebagai bukti ketersediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon ketersediaan Bapak/Ibu untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

Mataram, Desember 2010

Hormat saya,

(MIRA UTAMI NINGSIH)

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (Inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Sdri. Mira, mahasiswi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul:

“EFEKTIFITAS METODE PENYULUHAN DENGAN KONSELING KELOMPOK TERHADAP PERBAIKAN PERILAKU KEPALA KELUARGA DALAM PENCEGAHAN DBD DI LINGKUNGAN MONJOK RT 01, WILAYAH KERJA PUSKESMAS MATARAM”

Bersedia memberikan informasi, mengikuti kegiatan penyuluhan maupun konseling tanpa paksaan dan tanpa dipengaruhi oleh orang lain.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya keterpaksaan, serta untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mataram, Desember 2010

Peneliti,

Responden,

(MIRA UTAMI NINGSIH)

(_____)

Lampiran 5

KUESIONER PENELITIAN

**EFEKTIFITAS METODE PENYULUHAN DENGAN METODE
KONSELING KELOMPOK TERHADAP PERBAIKAN PERILAKU
KEPALA KELUARGA DALAM PENCEGAHAN DBD DI LINGKUNGAN
MONJOK PEMAMORAN WILAYAH KERJA PUSKESMAS MATARAM**

I. IDENTITAS RESPONDEN

No. Responden :
 Nama Responden :
 Jenis Kelamin :
 Umur :
 Pendidikan Terakhir :
 Pekerjaan :
 Alamat :
 Tanggal pengisian :

II. PERTANYAAN MENGUKUR PENGETAHUAN**Petunjuk**

Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai dengan pernyataan dibawah ini:

No	Pernyataan	Benar	Salah	Skor
1	Demam berdarah adalah penyakit yang disebabkan karena virus <i>dengue</i>			
2	Penyakit DBD ditularkan lewat gigitan nyamuk <i>Aedes aegypti</i>			
3	Tanda penyakit DBD adalah ada bintik putih di kulit			
4	Nyamuk penyebab DBD biasanya hidup, bertelur dan berkembangbiak di bak mandi, WC, drum dll			
5	Nyamuk penyebab DBD meletakkan telurnya di baju-baju yang bergantung			
6	Nyamuk penyebab DBD sering hinggap di dalam lemari dan laci			
7	Pencegahan DBD dilakukan untuk memberantas sarang nyamuk dan mencegah gigitan nyamuk			
8	Supaya lingkungan bebas dari nyamuk, got di sekitar rumah perlu dibersihkan			

9	Memberi bubuk abate di bak mandi adalah cara mencegah hidupnya nyamuk			
10	Mencegah DBD juga bisa dengan memelihara ikan pemakan jentik seperti ikan cupang			
11	PSN artinya Pemberantasan Sarang Nyamuk			
12	PSN terdiri dari 3M (menguras, menutup dan mengubur)			
13	Memakai losion anti nyamuk bisa mencegah gigitan nyamuk			
14	Memakai pakaian yang panjang bisa dilakukan untuk mencegah gigitan nyamuk			
15	Menguras tempat penampungan air sebaiknya setiap sekali sebulan			
16	Kalau sudah diberi bubuk abate, bak mandi tidak boleh dikuras selama sebulan			
17	Pencegahan DBD perlu dilakukan terus menerus			
18	Nyamuk penyebab DBD biasanya menggigit manusia pada pagi hari jam sembilan dan sore hari jam empat			
19	Sebaiknya mengoleskan losion anti nyamuk pada saat di kamar mandi			
20	Dengan melakukan pencegahan DBD kita akan terhindar dari gigitan nyamuk dan DBD			

III. PERNYATAAN MENGUKUR SIKAP

Petunjuk

Dibawah ini terdapat beberapa pernyataan, pilihlah dengan memberi tanda (✓) pada pilihan yang paling sesuai dengan diri anda. S menyatakan setuju, SS menyatakan sangat setuju, TS menyatakan tidak setuju dan STS menyatakan sangat tidak setuju.

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Bila ada penyuluhan tentang pencegahan DBD yang efektif, anda sangat senang menghadirinya				
2	Anda tidak ingin memberitahu keluarga dan tetangga anda tentang pencegahan DBD				
3	Anda tetap akan melakukan pencegahan DBD walaupun tidak saat musim hujan				
4	Karena penderita DBD bisa dirawat jalan dan tidak terlalu merepotkan, maka penyakit DBD bisa dibiarkan saja.				
5	Belajar tentang cara mencegah DBD biasanya melelahkan dan kurang bermanfaat				
6	Melakukan upaya pencegahan DBD harus dilakukan secara rutin dan terus menerus				
7	Kita perlu mempelajari cara pencegahan DBD				
8	Menurut anda tidak perlu mencari informasi tentang pencegahan DBD				
9	Melakukan pencegahan DBD hanya perlu dilakukan saat musim hujan saja dan saat banyak orang terkena DBD				
10	Saya sebaiknya memberikan contoh cara pencegahan DBD anggota keluarga saya dan masyarakat karena pencegahan DBD adalah tanggung jawab bersama				

Keterangan:

SS : Sangat setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat tidak setuju

Lampiran 6

**LEMBAR OBSERVASI TINDAKAN/PRAKTIK KEPALA KELUARGA
DALAM PENCEGAHAN DBD**

I. IDENTITAS RESPONDEN

No. Responden :
 Nama Responden :
 Jenis Kelamin :
 Umur :
 Pendidikan Terakhir :
 Pekerjaan :
 Alamat :
 Tanggal pengisian :

II. OBSERVASI PRAKTIK PENCEGAHAN DBD

Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai dengan hasil observasi

No	Hal yang diobservasi	Ya	Tidak	Ket
1	Menutup tempat penampungan air			
2	Mengubur barang bekas yang dapat menampung air			
3	Tempat penampungan air (bak mandi, bak air, vas bunga, tempat minum binatang) bebas dari jentik nyamuk			
4	Tidak terdapat baju yang bergantung dan menjadi tempat hinggap nyamuk			
5	Tidak ada sampah padat yang dapat menampung air disekitar rumah			
6	Memelihara ikan pemakan jentik di tempat penampungan air yang jarang dikuras (bagi yang memiliki tempat penampungan air yang jarang dikuras, bagi yang tidak memiliki isi di kolom keterangan)			
7	Terpasang jaring pada ventilasi untuk mencegah nyamuk masuk			
8	Got atau selokan di sekitar rumah tidak mampet dan bebas sampah			
9	Sumber air berasal dari pipa (PDAM) atau menggunakan mesin pompa air dari dalam tanah			

Lampiran 7

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Bidang studi : Ilmu Keperawatan Kesehatan Komunitas
Topik : DBD dan pencegahannya
Sasaran : Kepala keluarga di Lingkungan Monjok Pemamoran
Tempat : Lingkungan Monjok Pemamoran RT 01
Hari/Tanggal : Minggu, 27 Desember 2010
Waktu : 16.00-17.15 WIB (75 menit)

I. Tujuan**A. Tujuan Umum :**

Setelah diberikan penyuluhan dan diskusi/tanya jawab, diharapkan kepala keluarga yang mengikutinya dapat mengerti dan memahami penyakit DBD serta mau dan mampu melakukan pencegahan DBD.

B. Tujuan Khusus:

Setelah diberikan penyuluhan dengan ceramah dan tanya jawab 75 selama menit tentang penyakit DBD dan pencegahannya para peserta akan mengetahui tentang penyakit DBD meliputi:

1. Definisi DBD
2. Penyebab DBD
3. Tanda dan Gejala DBD
4. Cara penularan DBD
5. Tempat-tempat perindukan nyamuk penyebab DBD
6. Cara pencegahan DBD
7. Waktu pencegahan DBD
8. Keuntungan melakukan pencegahan

II. Materi :

1. Pengertian DBD
2. Penyebab DBD
3. Tanda dan gejala DBD
4. Cara penularan

5. Tempat-tempat perindukan nyamuk penyebab DBD
6. Cara pencegahan DBD
7. Waktu pencegahan DBD
8. Keuntungan melakukan pencegahan

III. Metode

1. Penyuluhan dengan ceramah
2. Diskusi/tanya jawab

IV. Media

1. Leaflet DBD
2. LCD
3. Laptop

V. Kegiatan Penyuluhan :

No	Waktu	Kegiatan penyuluh	Kegiatan peserta
1.	Pembukaan 3 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Mengucapkan salam. - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan penyuluhan - Kontrak waktu 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab salam - Mendengarkan - Memperhatikan - Memperhatikan
2.	Pelaksanaan a. 25 menit ceramah b. 40 menit diskusi dan tanya jawab	<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tentang pengertian, penyebab, cara penularan dan tanda gejala DBD - Menjelaskan tempat-tempat perindukan nyamuk - Menjelaskan tentang pencegahan DBD - Menjelaskan tentang waktu pencegahan DBD - Menjelaskan keuntungan melakukan pencegahan DBD - Memberi kesempatan pada peserta untuk bertanya tentang DBD ataupun masalah mereka berhubungan dengan DBD 	<ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan - Memperhatikan - Memperhatikan - Memperhatikan - Memperhatikan - Bertanya

3.	Evaluasi 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan - Membagi <i>leaflet</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab pertanyaan - Menerima <i>leaflet</i>
4.	Penutup 2 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Mengucapkan terimakasih atas perhatian peserta. - Mengucapkan salam penutup 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendengarkan - Menjawab salam

VI. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- a. Kepala keluarga siap menerima pembelajaran.
- b. Pembelajaran dilakukan di rumah Bapak Wahyudi

2. Evaluasi proses

- a. Kepala keluarga mengikuti pembelajaran, memperhatikan materi DBD dan pencegahannya
- b. Kepala keluarga memberikan pertanyaan dan menjawab pertanyaan pada sesi diskusi dan tanya jawab tentang DBD dan pencegahannya

3. Evaluasi hasil

Pengetahuan, sikap dan tindakan kepala keluarga tentang DBD dan pencegahannya meningkat.

Lampiran 8**Rencana Kegiatan Konseling**

Bidang studi : Ilmu Keperawatan Kesehatan Komunitas
Topik : DBD dan pencegahannya
Sasaran : Kepala keluarga di Lingkungan Monjok Pemamoran
Tempat : Masjid Al-Mu'min Kelurahan Monjok
Hari/Tanggal : 3, 6, dan 9 Desember 2010
Waktu : 90 menit, dalam 3x pertemuan (16.00 – 16.30 WIB)

I. Tujuan**A. Tujuan Umum :**

Setelah diberikan konseling kelompok, diharapkan kepala keluarga yang mengikutinya dapat mengerti dan memahami penyakit DBD serta mau dan mampu melakukan pencegahan DBD.

B. Tujuan Khusus:

Setelah diberikan konseling kelompok selama 3x pertemuan tentang penyakit DBD dan pencegahannya para peserta:

1. Mengetahui tentang definisi DBD
2. Mengetahui dan mau menghindari penyebab DBD
3. Mengetahui tanda gejala DBD
4. Mengetahui cara penularan DBD
5. Mengetahui tempat-tempat perindukan nyamuk
6. Mengatahui dan mau melakukan cara-cara pencegahan DBD
7. Mengetahui waktu pencegahan DBD
8. Mengetahui keuntungan melakukan pencegahan DBD

II. Materi :

1. Pengertian DBD
2. Penyebab DBD
3. Tanda dan gejala DBD
4. Cara penularan
5. Tempat-tempat perindukan nyamuk penyebab DBD

6. Cara pencegahan DBD
7. Waktu pencegahan DBD
8. Keuntungan melakukan pencegahan

III. Metode

Konseling kelompok

IV. Media

Leaflet DBD

V. Kegiatan konseling:

No	Waktu	Kegiatan penyuluh	Kegiatan peserta
1.	Tahap I (pertemuan I) - Identifikasi masalah - Penentuan masalah yang akan di selesaikan Waktu 30 menit	- Mengucapkan salam. - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan dari kegiatan konseling - Kontrak waktu - Mendiskusikan masalah yang dihadapi para peserta yaitu DBD meliputi definisi, penyebab, tanda gejala dan cara penularan - Memberikan alternatif perumusan masalah dan bersama-sama menentukan satu atau beberapa rumusan masalah	- Menjawab salam - Mendengarkan - Memperhatikan - Memperhatikan - Menyampaikan masalah - Mendengarkan dan memilih satu atau beberapa masalah yang dihadapi
2.	Tahap II (pertemuan kedua) - Mempertimbangkan cara penyelesaian masalah dalam upaya pencegahan DBD Waktu 30 menit	- Bersama dengan peserta mempertimbangkan cara penyelesaian masalah - Menjelaskan dan mendiskusikan tempat-tempat perindukan nyamuk - Menjelaskan dan mendiskusikan tentang pencegahan DBD - Menjelaskan tentang waktu pencegahan DBD - Menjelaskan keuntungan melakukan pencegahan DBD	- Memperhatikan - Menerima <i>leaflet</i> dan memperhatikan diskusi - Memperhatikan dan memberikan respon - Memperhatikan dan menyampaikan pendapat serta bertanya

3.	Tahap III pertemuan ketiga - Menilai hasil diskusi - Membuat kesepakatan melakukan tindakan Waktu 30 menit	- Bersama dengan peserta menilai hasil diskusi, pengetahuan tentang DBD dan pencegahannya - Bersama para peserta membuat kesepakatan untuk melakukan tindakan pencegahan DBD	- Memperhatikan dan ikut dalam diskusi - Memperhatikan dan memutuskan untuk melakukan tindakan pencegahan DBD yang sesuai dengan di lingkungannya
----	---	---	--

VI. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- a. Kepala keluarga siap menerima pembelajaran.
- b. Pembelajaran dilakukan di balai Masjid Al-Mukmin

2. Evaluasi proses

- a. Kepala keluarga mengikuti pembelajaran, memperhatikan dan antusias terhadap materi DBD dan pencegahannya
- b. Kepala keluarga memberikan pendapatnya, pertanyaan dan permasalahan-permasalahan tentang DBD dan pencegahannya

3. Evaluasi hasil

Pengetahuan, sikap dan tindakan kepala keluarga tentang DBD dan pencegahannya meningkat.

Lampiran 9

MATERI PENYULUHAN DAN KONSELING**A. Definisi DBD**

DBD (Demam Berdarah *Dengue*) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus *dengue* (Kristina dkk, 2004).

B. Penyebab DBD

Demam *Dengue* dan Demam Berdarah *Dengue* disebabkan oleh virus *dengue*, yang termasuk dalam genus *Flavivirus*, keluarga *Flaviviridae* (Suhendro, 2006).

C. Tanda dan gejala DBD

Pada anak besar dan orang dewasa dikenal sindrom trias yang berupa demam tinggi, nyeri pada anggota badan (kepala, bola mata, punggung dan sendi) dan timbulnya ruam *makulopapular*. Bentuk klasik dari DBD ditandai dengan demam tinggi, mendadak 2-7 hari, disertai dengan muka kemerahan. Keluhan seperti anoreksia, sakit kepala, nyeri otot, tulang, sendi, mual, dan muntah sering ditemukan. Beberapa penderita mengeluh nyeri menelan dengan faring hiperemis ditemukan pada pemeriksaan, namun jarang ditemukan batuk pilek (Depkes RI, 2004).

D. Cara penularan DBD

Terdapat tiga faktor yang memegang peranan pada penularan infeksi virus *dengue*, yaitu manusia, virus dan vektor perantara. Virus *dengue* ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* betina. Nyamuk *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis* dan beberapa spesies yang lain

dapat juga menularkan virus ini, namun merupakan vektor yang kurang berperan. Nyamuk *Aedes* tersebut dapat mengandung virus *dengue* pada saat menggigit manusia yang sedang mengalami *viremia*. Kemudian virus yang berada di kelenjar liur berkembang biak dalam waktu 8-10 hari (*extrinsic incubation period*) sebelum dapat ditularkan kembali kepada manusia pada saat gigitan berikutnya (Depkes RI, 2004).

E. Tempat-tempat perindukan nyamuk *Aedes aegypti*

Nyamuk *Aedes aegypti* biasanya hidup, bertelur dan berkembang biak di tempat-tempat yang dapat menampung air seperti bak mandi, WC, tempayan, drum, kaleng bekas yang menampung air hujan dll. Di dalam tempat penampungan air tersebut, biasanya nyamuk *Aedes aegypti* meletakkan telurnya di dinding tempat penampungan air di bagian sudut. Nyamuk *Aedes aegypti* biasanya menyukai tempat yang gelap, benda yang bergantung dan di genangan air yang tidak berhubungan dengan tanah. Nyamuk ini seringkali hinggap di tempat-tempat tersebut untuk beristirahat (Depkes RI, 2004).

F. Cara pencegahan DBD

Terdapat cara-cara pencegahan DBD menurut WHO (2009), sebagai berikut:

1. Manajemen lingkungan
 - a. Memperbaiki sistem penyimpanan dan suplai air. Dapat dengan menggunakan suplai air melalui pipa daripada sumur. Tempat penampungan air ditutup.
 - b. Container penampung air anti nyamuk. Menutup tempat penampungan air dengan penutup yang memungkinkan air dapat lewat tetapi nyamuk tidak dapat masuk. Penampungan air harus ditutup setiap selesai

mengambil air. Melakukan pengurasan bak penampung air minimal sekali seminggu.

- c. Manajemen sampah padat. Sampah padat yang tidak dapat terurai secara alami dan dapat menjadi habitat larva (ban bekas, kaleng bekas dll) harus di kumpulkan dalam plastic dan dibuang secara teratur minimal dua kali seminggu.
 - d. Pembersihan jalan. Dilakukan secara teratur untuk memindahkan barang-barang buangan yang menampung air, dan membersihkan got/saluran air agar tidak tersumbat menjadi tempat berkembang biak nyamuk.
 - e. Struktur bangunan. Mengatur konstruksi bangunan untuk mengurangi kemungkinan habitat larva, misalnya mengatur got/selokan agar tertutup.
2. Kontrol dengan bahan kimia
 - a. Pengasapan/*fogging*
 - b. Memberikan bubuk abate pada tempat-tempat penampungan air, *temephos* digunakan dengan dosis 1 mg per liter.
 3. Perlindungan individu dan peralatan rumah tangga
 - a. Memakai pakaian panjang untuk meminimalkan paparan kulit terhadap nyamuk yang aktif di siang hari
 - b. Penggunaan penangkal serangga seperti lotion anti nyamuk pada kulit yang tak tertutup pakaian,
 - c. Menggunakan insektisida aerosol/obat nyamuk semprot
 - d. Memasang jaring pada jendela dan pintu
 - e. Tidak menggantung pakaian terlalu banyak dan lama di dalam kamar.
 4. Kontrol biologi
 - a. Memelihara ikan pemakan jentik, seperti ikan cupang, ikan kepala timah, ikan gupi dan lain-lain
 - b. Menggunakan bakteri (Bt.H-14)

G. Waktu pencegahan DBD

Pencegahan DBD dilakukan terus menerus dengan menggunakan

metode manajemen lingkungan, kontrol biologi, kontrol dengan bahan kimia dan perlindungan pada individu dan peralatan rumah tangga. Lotion anti nyamuk paling efektif digunakan pada saat pagi sampai siang hari yaitu saat nyamuk biasa menggigit. Menguras tempat penampungan air sebaiknya dilakukan 1x seminggu, sedangkan mengubur sampah padat yang dapat menampung air dilakukan setiap dua minggu sekali. Memberikan bubuk abate pada air dilakukan setiap satu bulan sekali (Soegijanto, 2008).

H. Keuntungan melakukan pencegahan DBD

Beberapa keuntungan pencegahan DBD menurut Soegijanto (2008):

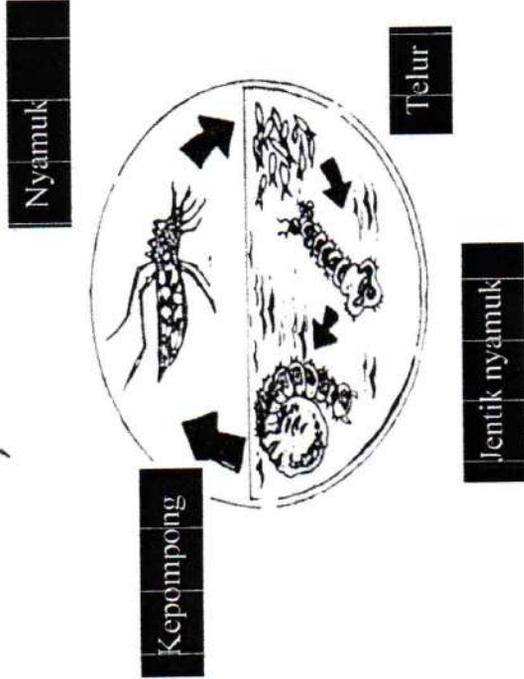
1. Lingkungan bebas dari jentik nyamuk
2. Masyarakat terhindar dari gigitan nyamuk
3. Terhindar dari penularan DBD
4. Tidak terjadi KLB DB

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI, (2004). *Tata Laksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. <http://www.depkes.go.id/downloads/TataLaksanaDBD.pdf>. Tanggal 15 oktober 2010. Jam 12.00 WIB
- Kristina, Isminah, Wulandari L. 2004. *Kajian Masalah Kesehatan Demam Berdarah Dengue*. <http://www.litbang.depkes.go.id>. Tanggal 13 November 2010. Jam 05.00 WIB
- Soegijanto, S., (2008). *Demam Berdarah Dengue*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press. Hal 14-18
- Suhendro, (2006). *Demam Berdarah Dengue*, dalam Sudoyo, Aru dkk (editor), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam edisi IV*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Hal: 14 – 17.
- World Health Organization, (2009). *Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control*. http://www.searo.who.int/Dengue_Guideline-dengue.pdf. Tanggal 29 Oktober 2010. Jam 16.00 WIB. Hal: 10-12, 62-71

DEMAM BERDARAH DENGUE

Demam berdarah adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* (betina)



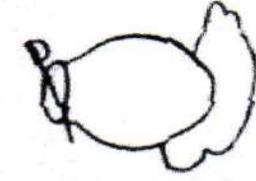
BAGAIMANA GEJALA AWAL DARI PENYAKIT DEMAM BERDARAH?

1. Demam tinggi 2 – 7 hari disertai menggigil
2. Mual dan muntah
3. Pegal – pegal pada seluruh badan
4. Perdarahan di bawah kulit
5. Perdarahan lain; batuk darah, muntah darah, berak darah dan kencingss darah

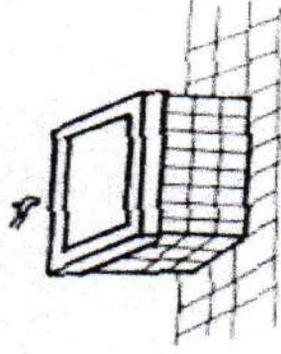
BAGAIMANA DBD DITULARKAN?

Ada tiga factor yang memegang peranan yaitu manusia, virus dan vector perantara. Virus dengue ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* betina. Nyamuk *aedes* tersebut dapat mengandung virus *dengue* pada saat menggigit manusia yang sedang mengalami yang terkena DBD. kemudian virus yang berada di kelenjar liur berkembang biak dalam waktu 8-10 hari sebelum dapat ditularkan kembali kepada manusia pada saat gigitan berikutnya.

DIMANAKAH NYAMUK AEDES AEGYPTI BERSARANG DAN BERKEMBANG BIAK



Tempayan



Bak mandi



Tempat minum burung



Drum air



Vas bunga



Kaleng/botol bekas



Ban bekas



Potongan bambu yang terser air

BAGAIMANA MENCEGAH DBD?

Untuk mencegah DBD yang utama dilakukan adalah pemberantasan sarang nyamuk (PSN) agar nyamuk tidak dapat berkembang biak dan kita terhindar dari gigitan nyamuk.

Cara-cara mencegah DBD yaitu:

Manajemen lingkungan

- Memperbaiki sistem penampungan air dan suplai air dengan menutup tempat penampungan air dan menguras sekali seminggu
- Mengumpulkan dan mengubur sampah padat (ban bekas, kaleng bekas dll) minimal dua kali seminggu
- Membersihkan jalan dan got
- Mengatur got/selokan agar

tertutup

Kontrol dengan bahan kimia

Mengontrol nyamuk dengan menggunakan bahan kimia dilakukan dengan cara:

- Pengasapan/fogging
- Memberikan bubuk abate pada tempat-tempat penampungan air.
- Tempat penampungan air yang telah diberi bubuk abate tidak boleh dikuras selama satu bulan.

Kontrol biologi

Melakukan control biologi dapat dengan cara:

- Memelihara ikan pemakan jentik seperti ikan cupang, ikan kepala timah, ikan gupi dan lain-lain
- Bisa juga menggunakan bakteri khusus (Bt. H-14)

Perindungan individu dan peralatan rumah tangga

- Memakai pakaian panjang untuk meminimalkan paparan kulit terhadap nyamuk yang aktif di siang hari
- Penggunaan penangkal serangga seperti losion anti nyamuk pada kulit yang tertutup pakaian
- Menggunakan obat nyamuk semprot bakar
- Memasang jaring pada jendela dan pintu untuk mencegah nyamuk masuk
- Tidak menggantung pakaian terlalu banyak dan lama di dalam kamar

Apakah keuntungan melakukan pencegahan DBD?

Nyamuk tidak dapat berkembangbiak, kita bebas dari gigitan nyamuk dan tidak tertular penyakit DBD.

Lampiran 11

Tabulasi Data

1. Pengetahuan

No	Penyuluhan				Konseling Kelompok			
	<i>Pre test</i>	Kode	<i>Post test</i>	Kode	<i>Pre test</i>	Kode	<i>Post test</i>	Kode
1	80	3	100	3	80	3	100	3
2	70	2	90	3	70	2	95	3
3	70	3	95	3	75	2	95	3
4	65	2	90	3	65	2	95	3
5	60	2	80	3	60	2	90	3
6	80	3	100	3	80	3	100	3
7	70	2	75	2	75	2	95	3
8	70	2	90	3	70	2	95	3
9	70	2	95	3	80	3	95	3
10	80	3	100	3	80	3	100	3
11	80	3	90	3	90	3	90	3
12	80	3	90	3	90	3	90	3
13	70	2	80	3	70	2	90	3
14	80	3	100	3	80	3	100	3
15	80	3	100	3	80	3	100	3
16	70	2	100	3	70	2	100	3
17	80	3	100	3	80	3	100	3
18	80	3	100	3	80	3	100	3
19	80	3	100	3	80	3	100	3
20	70	2	80	3	70	2	100	3

Keterangan:

Kode 1 = Kurang (<56%) Kode 2 = Sedang (56-75%) Kode 3 = Baik (76-100%)

2. Sikap

No	Penyuluhan				Konseling Kelompok			
	<i>Pre test</i>	Kode	<i>Post test</i>	Kode	<i>Pre test</i>	Kode	<i>Post test</i>	Kode
1	36	2	43	3	34	2	42	3
2	35	2	40	3	34	2	37	3
3	35	2	41	3	34	2	41	3
4	34	2	34	2	34	2	39	3
5	34	2	42	3	34	2	42	3
6	36	2	42	3	36	2	42	3
7	35	2	41	3	35	2	41	3
8	36	2	43	3	36	2	43	3
9	34	2	37	2	34	2	37	2
10	39	3	46	3	39	3	46	3
11	38	3	42	3	37	2	42	3
12	37	2	39	3	37	2	39	3
13	35	2	41	3	35	2	41	3
14	45	3	45	3	43	3	45	3
15	45	3	45	3	45	3	45	3
16	34	2	36	2	34	2	36	2
17	36	2	37	2	36	2	37	2
18	39	3	41	3	38	3	41	3
19	38	3	40	3	38	3	40	3
20	35	2	38	3	35	2	38	3

Keterangan:

Kode 1 = Kurang (<56%) Kode 2 = Sedang (56-75%) Kode 3 = Baik (76-100%)

3. Tindakan

Berdasarkan hasil kuesioner

No	Penyuluhan				Konseling Kelompok			
	<i>Pre test</i>	Kode	<i>Post test</i>	Kode	<i>Pre test</i>	Kode	<i>Post test</i>	Kode
1	55,55	1	55,55	1	33,33	1	66,66	2
2	55,55	1	55,55	2	55,55	2	66,66	2
3	55,55	2	77,77	3	44,44	1	66,66	2
4	55,55	2	55,55	2	44,44	1	77,77	3
5	33,33	1	55,55	1	66,66	2	77,77	3
6	33,33	1	33,33	1	66,66	2	66,66	2
7	55,55	1	66,66	2	66,66	2	66,66	2
8	66,66	2	66,66	2	66,66	2	77,77	3
9	66,66	2	66,66	2	55,55	1	77,77	3
10	33,33	1	66,66	2	44,44	1	66,66	2
11	66,66	2	66,66	2	66,66	2	77,77	3
12	66,66	2	66,66	2	77,77	3	88,88	3
13	33,33	1	33,33	1	66,66	2	66,66	2
14	66,66	2	66,66	2	33,33	1	66,66	2
15	66,66	2	88,88	3	55,55	2	77,77	3
16	55,55	2	55,55	2	66,66	2	66,66	2
17	55,55	2	55,55	2	66,66	2	77,77	3
18	66,66	2	66,66	2	55,55	2	66,66	2
19	33,33	1	33,33	1	33,33	1	66,66	2
20	66,66	2	66,66	2	44,44	1	66,66	2

Lampiran 12

UJI STATISTIK

Wilcoxon Signed Ranks Test

1. Pengetahuan

KELOMPOK PENYULUHAN

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pengetahuan pre penyuluhan	20	2.55	.510	2	3
Pengetahuan post penyuluhan	20	2.95	.224	2	3

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan post penyuluhan – Pengetahuan pre penyuluhan	Negative Ranks	1 ^a	5.50	5.50
	Positive Ranks	9 ^b	5.50	49.50
	Ties	10 ^c		
	Total	20		

- Pengetahuan post penyuluhan < pengetahuan pre penyuluhan
- Pengetahuan post penyuluhan > pengetahuan pre penyuluhan
- Pengetahuan post penyuluhan = pengetahuan pre penyuluhan

Test Statistics^b

	Pengetahuan post penyuluhan – Pengetahuan pre penyuluhan
Z	-2.530 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011

- Based on negative ranks.
- Wilcoxon Signed Ranks Test

KELOMPOK KONSELING KELOMPOK

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pengetahuan pre konseling	20	2.55	.510	2	3
Pengetahuan pos konseling	20	3.00	.000	3	3

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan pos konseling – pengetahuan pre konseling	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	9 ^b	5.00	45.00
	Ties	11 ^c		
	Total	20		

- a. Pengetahuan post konseling < pengetahuan pre konseling
- b. Pengetahuan post konseling > pengetahuan pre konseling
- c. Pengetahuan post konseling = pengetahuan pre konseling

Test Statistics^b

Pengetahuan pos konseling – pengetahuan pre konseling	
Z	-3.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

2. Sikap

KELOMPOK PENYULUHAN

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sikap pre penyuluhan	20	2.30	.470	2	3
Sikap post penyuluhan	20	2.80	.410	2	3

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sikap post penyuluhan – Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Sikap pre penyuluhan Positive Ranks	10 ^b	5.50	55.00
Ties	10 ^c		
Total	20		

- a. Sikap post penyuluhan < sikap pre penyuluhan
 b. Sikap post penyuluhan > sikap pre penyuluhan
 c. Sikap post penyuluhan = sikap pre penyuluhan

Test Statistics^b

	Sikap post penyuluhan – sikap pre penyuluhan
Z	-3.162 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

- a. Based on negative ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

KELOMPOK KONSELING

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sikap pre konseling	20	2.25	.444	2	3
Sikap post konseling	20	2.85	.366	2	3

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
poskonseling - prekonseling	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	12 ^b	6.50	78.00
	Ties	8 ^c		
	Total	20		

- a. Sikap post konseling < sikap pre konseling
- b. Sikap post konseling > sikap pre konseling
- c. Sikap post konseling = sikap pre konseling

Test Statistics^b

Sikap post konseling – sikap pre konseling	
Z	-3.464 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Sikap *post test* kelompok penyuluhan dan *post test* kelompok konseling

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Post penyuluhan konseling	40	2.82	.385	2	3
Kelompok	40	1.50	.506	1	2

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post penyuluhan konseling	20	20.00	400.00
Post konseling kelompok	20	21.00	420.00
Total	40		

Test Statistics^b

	Sikap post penyuluhan dan post konseling
Mann-Whitney U	190.000
Wilcoxon W	400.000
Z	-.411
Asymp. Sig. (2-tailed)	.681
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.799 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompokpost

2. Sikap

a. Sikap *Pre test* kelompok penyuluhan dan *pre test* kelompok konseling

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre penyuluhan konseling	40	2.28	.452	2	3
kelompok	40	1.50	.506	1	2

Ranks				
kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pre penyuluhan	Pre penyuluhan	20	21.00	420.00
konseling	Pre konseling kelompok	20	20.00	400.00
Total		40		

Test Statistics ^b	
Sikap pre penyuluhan dan pre konseling	
Mann-Whitney U	190.000
Wilcoxon W	400.000
Z	-.350
Asymp. Sig. (2-tailed)	.727
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.799 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

b. Pengetahuan *Post test* kelompok penyuluhan dan *pre test* kelompok konseling

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Post penyuluhan konseling	40	2.98	.158	2	3
Kelompok	40	1.50	.506	1	2

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post penyuluhan Post penyuluhan	20	20.00	400.00
konseling Post konseling kelompok	20	21.00	420.00
Total	40		

Test Statistics^b

	Pengetahuan post penyuluhan dan post konseling
Mann-Whitney U	190.000
Wilcoxon W	400.000
Z	-1.000
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.799 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

UJI STATISTIK

Mann Whitney Test

1. Pengetahuan

a. Pre test kelompok penyuluhan dan pre test kelompok konseling

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre penyuluhan konseling kelompok	40	2.55	.504	2	3
	40	1.50	.506	1	2

Ranks

kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Penyuluhan konseling	Pre penyuluhan	20	20.50	410.00
	Pre konseling kelompok	20	20.50	410.00
Total		40		

Test Statistics^b

	Pengetahuan pre penyuluhan dan konseling kelompok
Mann-Whitney U	200.000
Wilcoxon W	410.000
Z	.000
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	1.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

KELOMPOK KONSELING

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Tindakan pre konseling	20	1.60	.598	1	3
Tindakan post konseling	20	2.40	.503	2	3

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tindakan post konseling – tindakan pre konseling	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	12 ^b	6.50	78.00
	Ties	8 ^c		
	Total	20		

- a. Tindakan post konseling < tindakan pre konseling
- b. Tindakan post konseling > tindakan pre konseling
- c. Tindakan post konseling = tindakan pre konseling

Test Statistics^b

	Tindakan post konseling – tindakan prekonseling
Z	-3.176 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

3. Tindakan

KELOMPOK PENYULUHAN

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Tindakan pre penyuluhan	20	1.65	.671	1	3
Tindakan post penyuluhan	20	1.95	.605	1	3

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tindakan post penyuluhan	Negative Ranks	1 ^a	4.50	4.50
Tindakan post penyuluhan – Tindakan pre penyuluhan	Positive Ranks	7 ^b	4.50	31.50
	Ties	12 ^c		
	Total	20		

- Tindakan post penyuluhan < tindakan pre penyuluhan
- Tindakan post penyuluhan > tindakan pre penyuluhan
- Tindakan post penyuluhan = tindakan pre penyuluhan

Test Statistics^b

	Tindakan post penyuluhan – tindakan pre penyuluhan
Z	-2.121 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.034

- Based on negative ranks.
- Wilcoxon Signed Ranks Test

3. Tindakan

- a. Tindakan *pre test* kelompok penyuluhan dengan *pre test* kelompok konseling

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre penyuluhan konseling	40	1.65	.533	1	3
kelompok	40	1.50	.506	1	2

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pre penyuluhan	20	19.70	394.00
Pre konseling kelompok	20	21.30	426.00
Total	40		

Test Statistics^b

	Tindakan pre penyuluhan dan pre konseling
Mann-Whitney U	184.000
Wilcoxon W	394.000
Z	-.506
Asymp. Sig. (2-tailed)	.613
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.678 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

b. Tindakan *post test* kelompok penyuluhan dengan *post test* kelompok konseling

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Post penyuluhan konseling	40	2.10	.591	1	3
kelompok	40	1.50	.506	1	2

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post penyuluhan post penyuluhan	20	16.38	327.50
konseling Post konseling kelompok	20	24.62	492.50
Total	40		

Test Statistics^b

	Tindakan post penyuluhan dan post konseling
Mann-Whitney U	117.500
Wilcoxon W	327.500
Z	-2.644
Asymp. Sig. (2-tailed)	.008
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.024 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok