

SKRIPSI

**ANALISIS PERILAKU KEPALA KELUARGA TENTANG
PENCEGAHAN CHIKUNGUNYA DENGAN PENDEKATAN
TEORI *HEALTH BELIEF MODEL* DI DESA KARANGGANDU
KECAMATAN WATULIMO KABUPATEN TRENGGALEK**

PENELITIAN DESKRIPTIF

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



Oleh :

DEASY DWI W

NIM. 010610308 B


**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

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, 12 Agustus 2010

Yang Menyatakan



DEASY DWI W

NIM : 010610308B

LEMBAR PENGESAHAN
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

Tanggal, 18 Agustus 2010

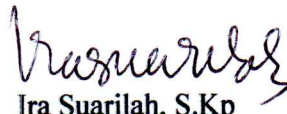
Oleh

Pembimbing I



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

Pembimbing II

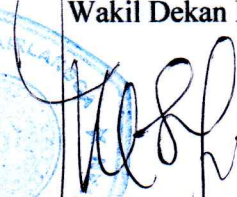
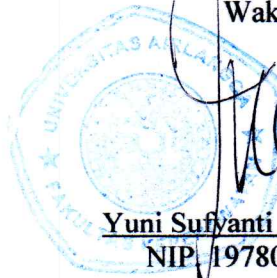


Ira Suarilah, S.Kp
NIK. 139040673

Mengetahui,

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Wakil Dekan I

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes
NIP. 197806062001122001

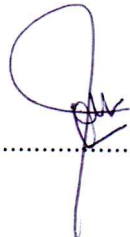
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI TELAH DIUJI

Pada tanggal 10 Agustus 2010

PANITIA PENGUJI

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

()

Anggota : 1. Abu Bakar Ns., M.Kep
198004272009121002

()

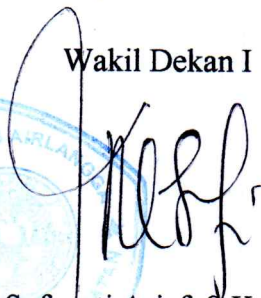

2. Ira Suarilah, S.Kp
NIK. 139040673

()

Mengetahui,

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Wakil Dekan I

()

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes
NIP. 197806062001122001

MOTTO

*Our lives are connected by a thousand
invisible threads.*

(Herman Melville)

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul "Analisis Perilaku Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya dengan Pendekatan Teori *health belief model* di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing pertama. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi dan waktu yang telah diluangkan untuk saya. Terima kasih telah memotivasi saya untuk teguh, disiplin dan pantang menyerah.
3. Ira Suarilah, S.Kp selaku pembimbing kedua. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi dan waktu yang telah diluangkan untuk saya. Terima kasih untuk semua perhatian atas kemajuan penyelesaian skripsi saya.
4. dr. Moro Prasetyo selaku kepala Puskesmas Turen dan bapak Eko Agus Purnomo selaku bagian *Surveillance* Puskesmas Karanggandu serta seluruh staff Puskesmas Turen yang turut berperan demi terselesaikannya skripsi ini.

Terima kasih atas bimbingan, informasi dan waktu yang telah diluangkan serta kesempatan dan fasilitas yang diberikan dalam melaksanakan penelitian.

5. Kepala desa dan segenap perangkat desa Karanggandu. Terima kasih atas bimbingan, informasi dan waktu yang telah diluangkan serta kesempatan dan fasilitas yang diberikan dalam melaksanakan penelitian
6. Seluruh staf pendidikan, perpustakaan dan tata usaha fakultas keperawatan Universitas Airlangga. Terima kasih atas segala bantuan yang diberikan dari awal pembuatan proposal hingga skripsi ini selesai.
7. Seluruh kepala keluarga responden penelitian di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo, Trenggalek. Terima kasih atas partisipasi dan kerjasamanya selama ini.
8. Bapak, Ibu, kakak tercinta. Terima kasih atas semua cinta, do'a, kasih sayang, dukungan baik secara moril maupun materi yang tak terhingga sehingga menjadi penyemangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Teman-teman angkatan 2006 Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung demi terselesaikannya skripsi ini.

Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini. Semoga Allah SWT senantiasa meridhoi dan memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan serta selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua. Amin.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan segala saran dan kritik demi perbaikan dan

penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pembaca khususnya dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 1 Agustus 2010

Penulis

ABSTRACT

BEHAVIOUR ANALYSIS OF HEADS OF HOUSEHOLD PREVENTION TOWARDS CHIKUNGUNYA DISEASE BY USING HEALTH BELIEF MODEL APPROACH IN KARANGGANDU VILLAGE KEC. WATULIMO TRENGGALEK

Description Research in Karanggandu Village Kec. Watulimo, Trenggalek

By : Deasy Dwi W

Chikungunya is a kind of tropical disease which is signed by fever and arthritis. Since 2001, chikungunya has re-emerged as an important pathogen of global concern. However, most of people prefer a curative act than a preventive treatment. By the health belief model implementation, the society's behaviour of chikungunya prevention could be known by them, so they able to do the right response for preventing this case. The research using descriptive study. The population was 114 heads of households that one or more of family members ever had chikungunya disease from November 2009 up to May 2010 . The total sample was 70 respondents. The independent variables that are measured were perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived benefit, perceived barriers, cues to action and also perceived self-efficacy. The dependent variable was the head of household's act about preventing chikungunya disease. The data was collected by quantitative questionnaire and analyzed by percentage and frequency distribution in each of categories. The result showed that in independent variables, most respondents were in high category of perceived susceptibility, perceived seriousness and perceived barriers. The most respondents were in low category in perceived benefit and cues to action. The dependent variable showed that act the head of household is low category in preventive of chikungunya disease. It can be concluded that most of the head households still lack of information about the preventive act of chikungunya disease that cause less act to prevent this. Health wokers in puskesmas should socialize how to prevent chikungunya with the puskesmas program. Therefor, the heads of households believed that prevent chikungunya disease is an important action.

Key word : *head of household, preventive behavior, chikungunya disease, health belief model.*

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Surat Pernyataan	ii
Halaman Lembar Pengesahan.....	iii
Halaman Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
<i>Abstract</i>	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xvi
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan umum	6
1.3.2 Tujuan khusus	7
1.4 Manfaat	8
1.4.1 Manfaat teoritis	8
1.4.2 Manfaat praktis	8
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Perilaku	9
2.1.1 Pengertian perilaku	9
2.1.2 Klasifikasi perilaku	9
2.1.3 Perilaku kesehatan.....	10
2.1.4 Domain perilaku.....	12
2.1.5 Faktor – faktor perilaku manusia dan inovasi kesehatan	13
2.1.6 Faktor-faktor demografi yang mempengaruhi keputusan tindakan terkait kesehatan.....	14
2.1.7 Teori perilaku kesehatan	15
2.1.8 Hubungan kepercayaan kesehatan dan pribadi keluarga	23
2.2 Konsep Keluarga	24
2.2.1 Definisi keluarga	24
2.2.2 Karakteristik keluarga	24
2.2.3 Peran dan fungsi keluarga	25
2.2.4 Tugas kesehatan keluarga	27
2.2.5 Kepala keluarga sebagai individu	29
2.2.6 Perilaku keluarga dalam penanggulangan penyakit menular.....	30
2.3 Konsep Chikungunya	31
2.3.1 Definisi chikungunya	31
2.3.2 Epidemiologi.....	31
2.3.3 Etiologi.....	32
2.3.4 Vektor.....	33
2.3.5 Manifestasi klinis	36

2.3.6	Pengobatan	38
2.3.7	Diagnosis.....	38
2.3.8	Surveilans dan respon tanggap KLB chikungunya menurut WHO (<i>World Health Organization</i>) tahun 2009	39
2.3.9	Pencegahan chikungunya	41
2.3.10	Perbedaan chikungunya dengan demam <i>dengue</i>	43
2.3.11	Program penanggulangan chikungunya di Puskesmas Watulimo Kabupaten Trenggalek.....	44
 BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL		
3.1	Kerangka Konseptual.....	46
 BAB 4 METODE PENELITIAN		
4.1	Desain Penelitian.....	49
4.2	Populasi	49
4.3	Sampel.....	50
4.4	Besar Sampel.....	51
4.5	Sampling	51
4.6	Identifikasi Variabel.....	52
4.7	Definisi Operasional	53
4.8	Pengumpulan dan Pengolahan Data.....	57
4.8.1	Instrumen penelitian.....	57
4.8.2	Lokasi dan waktu penelitian	58
4.8.3	Prosedur pengumpulan data	58
4.9	Kerangka Kerja	60
4.10	Analisa Data	61
4.11	Etika Penelitian	70
4.11.1	Lembar persetujuan menjadi responden (<i>Informed Consent</i>)	71
4.11.2	Tanpa nama (<i>Anomity</i>)	71
4.11.3	Kerahasiaan.....	71
 BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		
5.1	Hasil Penelitian	71
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian	71
5.1.2	Karakteristik Umum Responden.....	73
5.1.3	Data variabel yang diteliti	77
5.1.4	Data persepsi kerentanan (<i>perceived susceptibility</i>) yang dirasakan kepala keluarga dalam kaitannya dengan tindakan pencegahan chikungunya.....	83
5.1.5	Data persepsi keseriusan (<i>perceived seriousness</i>) yang dirasakan kepala keluarga dalam kaitannya dengan tindakan pencegahan chikungunya.	83
5.1.6	Data persepsi manfaat (<i>perceived benefit</i>) yang dirasakan oleh kepala keluarga dalam kaitannya dengan tindakan pencegahan chikungunya.....	84
5.1.7	Data persepsi halangan (<i>perceived barriers</i>) yang dirasakan oleh kepala keluarga dalam kaitannya dengan tindakan pencegahan chikungunya.....	85

5.1.8 Data persepsi keberhasilan (<i>perceived self-efficacy</i>) yang dirasakan oleh kepala keluarga dalam kaitannya dengan tindakan pencegahan chikungunya.....	86
5.1.9 Data pendorong tindakan (<i>cues to action</i>) yang dirasakan oleh kepala keluarga dalam kaitannya dengan tindakan pencegahan chikungunya.	86
5.2 Pembahasan.....	87
5.2.1 Persepsi kerentanan Persepsi kerentanan (<i>perceived susceptibility</i>) yang dirasakan kepala keluarga	87
5.2.2 Persepsi keseriusan (<i>perceived seriousness</i>) yang dirasakan kepala keluarga	89
5.2.3 Persepsi manfaat (<i>perceived benefit</i>) yang dirasakan kepala keluarga	91
5.2.4 Persepsi halangan (<i>perceived barriers</i>) yang dirasakan kepala keluarga	92
5.2.5 Pendorong untuk bertindak (<i>cues to action</i>) kepala keluarga	95
5.2.6 Persepsi keberhasilan (<i>perceived self-efficacy</i>) yang dirasakan kepala keluarga	97
5.2.7 Tindakan pencegahan chikungunya kepala keluarga	99
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	100
6.2 Saran.....	103
Daftar Pustaka	104
Lampiran	109

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Manifestasi Klinis Demam Chikungunya.....	37
Tabel 2.2 Perbedaan Demam Chikungunya dan Demam <i>Dengue</i>	44
Tabel 4.1 Definisi operasional Analisis Perilaku Keluarga tentang Pencegahan Demam Chikungunya dengan Pendekatan Teori <i>Health Belief Model</i> di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek	53
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Sumber Informasi yang Dipakai Responden untuk Pengambilan Keputusan tentang Tindakan Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.....	80
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Alasan Responden Mempercayai Sumber Informasi dalam Pengambilan Keputusan tentang Tindakan Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010	81
Tabel 5.3 Tabulasi Silang Persepsi Kerentanan dan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek , Juni 2010.....	83
Tabel 5.4 Tabulasi Silang Persepsi Keseriusan dan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek , Juni 2010.....	84
Tabel 5.5 Tabulasi Silang Persepsi Keseriusan dan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek , Juni 2010.....	84
Tabel 5.6 Tabulasi Silang Persepsi Halangan dan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek , Juni 2010.....	85
Tabel 5.7 Tabulasi Silang Persepsi Keberhasilan dan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek , Juni 2010.....	86
Tabel 5.8 Tabulasi Silang Pendorong Untuk Bertindak dan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek , Juni 2010.....	87

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Jumlah penderita chikungunya yang berobat ke puskesmas Watulimo dari bulan November 2009 sampai Maret 2010	3
Gambar 1.2	Prosentase Jumlah Penderita Chikungunya di Wilayah Kerja Puskesmas Watulimo, Kabupaten Trenggalek..	3
Gambar 2.1	Model Alternatif Perilaku Kesehatan.....	14
Gambar 2.2	Teori Sosial Kognitif.....	16
Gambar 2.3	Teori Aksi Beralasan.....	19
Gambar 2.4	Model Transtheoretical	19
Gambar 2.5	Model Kepercayaan kesehatan dari Rosenstock.....	23
Gambar 2.6	Virus Chikungunya dengan Mikroskop Elektron	33
Gambar 2.7	Nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	34
Gambar 2.8	Habitat Vektor Chikungunya	35
Gambar 2.9	Manifestasi klinis pada sendi penderita Chikungunya.....	36
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual analisis perilaku keluarga tentang pencegahan demam Chikungunya dengan pendekatan teori <i>health belief model</i> di desa Karanggandu kecamatan Watulimo kabupaten Trenggalek	46
Gambar 4.1	Kerangka Kerja Penelitian (<i>Frame Work</i>) Analisis Perilaku Keluarga dengan Pendekatan Teori <i>Health Belief Model</i> tentang Pencegahan Demam Chikungunya di desa Karanggandu, Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek	60
Gambar 5.1	Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin di Desa Karanggandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.	73
Gambar 5.2	Distribusi Responden berdasarkan Usia di Desa Karanggandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.	74
Gambar 5.3	Distribusi Responden berdasarkan Status dalam Keluarga di Desa Karanggandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.	74
Gambar 5.4	Distribusi Responden berdasarkan Agama di Desa Karanggandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.	75
Gambar 5.5	Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan Terakhir di Desa Karanggandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010	75
Gambar 5.6	Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan Utama di Desa Karanggandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.	76
Gambar 5.7	Distribusi Responden berdasarkan Penghasilan Perbulan di Desa Karanggandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.	76
Gambar 5.8	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Kerentanan	

	Kepala Keluarga tentang Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.....	77
Gambar 5.9	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Keseriusan Kepala Keluarga tentang Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.	78
Gambar 5.10	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Manfaat oleh Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.....	78
Gambar 5.11	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Penghalang oleh Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010	79
Gambar 5.12	Distribusi Responden Berdasarkan Pendorong Tindakan oleh Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.....	80
Gambar 5.13	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Keberhasilan tindakan oleh Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.	81
Gambar 5.16	Distribusi Responden Berdasarkan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.....	82

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Surat Ijin Permohonan Pengumpulan Data Awal.....	109
Lampiran 2	Lembar Surat Ijin Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian....	110
Lampiran 3	Lembar Surat Keterangan Untuk Melakukan Penelitian	111
Lampiran 4	Lembar Surat Ijin Penelitian oleh Dinas Kesehatan	112
Lampiran 5	Lembar Surat Rekomendasi Penelitian oleh Kecamatan	113
Lampiran 6	Lembar Surat Keterangan Ijin Penelitian oleh Puskesmas	114
Lampiran 7	Lembar Formulir Persetujuan Menjadi Peserta Penelitian	115
Lampiran 8	Lembar Formulir Persetujuan Menjadi Responden	116
Lampiran 9	Lembar Kuesioner Penelitian Analisis Perilaku Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Trenggalek	117
Lampiran 10	Hasil Tabulasi Karakteristik Umum Responden di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek 21 Juni-30 Juni 2010	111
Lampiran 11	Hasil Tabulasi Kuesioner Persepsi Kerentanan yang dirasakan oleh kepala keluarga (<i>perceived susceptibility</i>)	115
Lampiran 12	Hasil Tabulasi Kuesioner Persepsi Keseriusan yang dirasakan oleh kepala keluarga (<i>perceived seriousness</i>)	117
Lampiran 13	Hasil Tabulasi Kuesioner Persepsi manfaat yang dirasakan oleh kepala keluarga (<i>perceived benefit</i>).....	119
Lampiran 14	Hasil Tabulasi Kuesioner Persepsi Halangan yang dirasakan oleh kepala keluarga (<i>perceived barriers</i>).....	122
Lampiran 15	Hasil Tabulasi Kuesioner Pendorong Untuk Bertindak (<i>cues to action</i>)	124
Lampiran 16	Hasil Tabulasi Kuesioner Persepsi Keberhasilan yang dirasakan oleh kepala keluarga (<i>perceived self-efficacy</i>)	127
Lampiran 17	Hasil Tabulasi Kuesioner Tindakan Kepala Keluarga dalam Pencegahan Chikungunya	129
Lampiran 18	Lembar Distribusi Frekuensi Data Umum dan Variabel Penelitian	132

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Chikungunya merupakan sejenis penyakit atau sejenis demam virus yang disebabkan oleh alphavirus dari keluarga *Togaviridae*. Penyakit ini disebarkan oleh gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Walaupun tidak mematikan, atau menyisakan cacat atau kelumpuhan, serangan virus cukup membuat pasien menderita dikarenakan seluruh persendian tubuh diserang dan seujur tubuh seakan tidak bisa digerakkan. Pasien takut menggerakkan tubuh yang sendi-sendinya kaku dan nyeri, sehingga menimbulkan kesan telah terjadi kelumpuhan (Nadesul, 2008). Chikungunya adalah *re-emerging disease* atau penyakit lama yang kemudian merebak kembali. Setelah vakum hampir 20 tahun, pada awal tahun 2001 Kejadian Luar Biasa (KLB) demam chikungunya terjadi di Muara Enim, Sumatera Selatan dan Aceh, disusul Bogor pada Oktober. Penyakit ini cenderung menimbulkan kejadian luar biasa pada sebuah wilayah (Depkes RI, 2007). Kasus Chikungunya di beberapa Provinsi sebenarnya sudah ada beberapa tahun yang lalu, namun akhir-akhir ini kasus tersebut mengalami peningkatan dan penyebaran yang cukup drastis (Huda, 2004). Di Indonesia sendiri Kejadian Luar Biasa (KLB) chikungunya dilaporkan pertama kali pada tahun 1979 di Bengkulu, dan sejak itu menyebar ke seluruh daerah baik di Sumatera pada tahun 1982, maupun di luar Sumatera yaitu pada tahun 1983 di Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, dan Sulawesi Selatan. Pada tahun 1984 terjadi KLB di Nusa Tenggara Timur dan Timor Timur, sedangkan pada tahun

1985 di Maluku, Sulawesi Utara dan Irian Jaya. Setelah hampir 20 tahun tidak ada kejadian maka mulai tahun 2001 mulai dilaporkan adanya KLB chikungunya lagi di Indonesia yaitu di Aceh, Sumatera Selatan, dan Jawa Barat, sedangkan pada tahun 2002 terjadi KLB di Jawa Tengah, Sulawesi Selatan, Sumatera Selatan, dan Jawa Barat (Heriyanto,dkk, 2005).

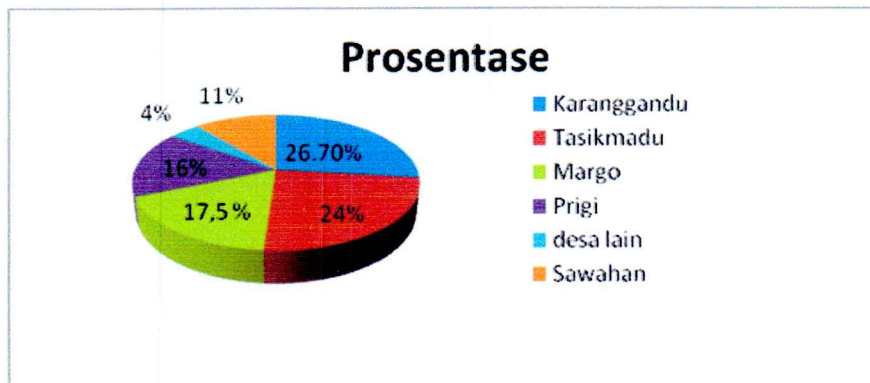
Berdasarkan data yang dipublikasikan Depkes RI, selama lima tahun terakhir (2004-2008), demam chikungunya menyebar di 11 Provinsi (Sumatra Utara, Sumatra Selatan, DKI Jakarta, Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Tengah, Sulawesi Utara, dan Nusa Tenggara Barat) dengan jumlah kasus sebanyak 13.634 penderita tanpa kematian yang tersebar di 42 kabupaten/kota, 90 Kecamatan dan 134 desa/Kelurahan (Depkes RI, 2009). Dari data Ditjen PP dan PL (2009), di daerah Jawa Timur sendiri, pada tahun 2008 kasus chikungunya yang terjadi sebesar 12,5 % dari jumlah keseluruhan penderita di seluruh Indonesia . Chikungunya sendiri telah melanda penduduk di beberapa kecamatan di Kabupaten Trenggalek. Ribuan orang yang berada di empat kecamatan di Kabupaten Trenggalek terserang chikungunya. Dinas Kesehatan (Dinkes) setempat menyatakan Kejadian Luar Biasa (KLB). Empat kecamatan yang dimaksud yaitu, Dongko, Suruh, Kampak dan Watulimo. Berdasarkan catatan Dinkes Kabupaten Trenggalek kejadian ini berlangsung dalam waktu singkat yakni, hanya seminggu (Masyhari, 2010) . Salah satu kecamatan yang dilanda wabah chikungunya di Trenggalek adalah Kecamatan Watulimo. Dari data laporan wabah chikungunya di Puskesmas Watulimo, didapatkan bahwa jumlah penderita chikungunya dari bulan November 2009 sampai dengan bulan

Mei 2010 cenderung mengalami kenaikan. Hal ini tampak pada gambar sebagai berikut :



Gambar 1.1 Jumlah penderita chikungunya yang berobat ke puskesmas Watulimo dari bulan November 2009 sampai Mei 2010

Wilayah kerja Puskesmas Induk Watulimo terdiri dari 5 desa yaitu desa Tasikmadu, Karanggandu, Prigi, Margomulyo dan Sawahan. Dari 5 desa tersebut, desa Karanggandu menempati posisi terbanyak penderita chikungunya.



Gambar 1.2 Prosentase Jumlah Penderita Chikungunya di Wilayah Kerja Puskesmas Watulimo, Kabupaten Trenggalek dari bulan November 2009 sampai Mei 2010

Dari diagram diatas, maka dapat diketahui bahwa desa Karanggandu menempati sekitar 26,7% dari jumlah keseluruhan penderita chikungunya di wilayah kerja Puskesmas Watulimo. Sedangkan posisi kedua ditempati desa Tasikmadu dengan prosentase sekitar 24 %, Margomulyo 17,5% , Prigi 16% dan

sawah sekitar 11%. Sedangkan prosentase desa lain diluar wilayah kerja Puskesmas Watulimo yang berobat ke Puskesmas tersebut sebesar 4%. Dari jumlah penduduk secara keseluruhan di desa Karanggandu , prosentase penderita chikungunya sebesar 1,7 %.

Beberapa faktor penyebab timbulnya Kejadian Luar Biasa (KLB) Chikungunya adalah perpindahan penduduk dari daerah terinfeksi, sistem pengelolaan limbah dengan penyediaan air bersih yang tidak memadai, serta berkembangnya penyebaran dan kepadatan nyamuk (sanitasi lingkungan yang buruk). (Depkes RI, 2007). Menurut Huda (2004), adapun yang menjadi penyebab timbulnya masalah adalah karena semakin berkurangnya kepedulian masyarakat terhadap masalah kesehatan lingkungan yang merupakan tempat berkembang biaknya nyamuk penular penyakit tersebut, sehingga secara tidak langsung dapat meningkatkan jumlah kasus penyakit-penyakit yang ditularkan oleh nyamuk. Beberapa faktor yang mempengaruhi demam chikungunya antara lain rendahnya status kesehatan masyarakat, status sosial ekonomi masyarakat yang buruk, perilaku masyarakat yang tidak menerapkan PHBS, serta kepadatan populasi nyamuk penular terutama pada saat musim hujan (Depkes RI, 2007). Satu-satunya cara menghindari penyakit ini adalah membasmi nyamuk pembawa virusnya (Judarwanto, 2009). Upaya pencegahan dititikberatkan pada pemberantasan sarang nyamuk penular dengan membasmi jentik nyamuk penular di tempat perindukannya. Selanjutnya penderita sebaiknya diisolasi dari gigitan nyamuk sehingga dapat mencegah penularan pada orang lain. Penyakit ini bisa menyebabkan penderitaan yang berkepanjangan tergantung stamina tubuh penderita. Jika stamina menurun, maka rasa ngilu pada

persendian akan sering muncul dan kemungkinan akan muncul infeksi lain. (Oktikasari, 2008). Dalam hal ini, peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan, mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan sampai dengan rehabilitasi. Untuk menentukan keputusan yang penting dalam tahap penyelesaian masalah kesehatan dalam keluarga, kepala keluarga mempunyai peran yang cukup penting. Kepala keluarga mempunyai kekuasaan yang besar dalam menentukan apa yang akan dilakukan anggota keluarga dalam permasalahan yang terjadi pada keluarga (Yuvarani, 2010).

Teori yang mungkin dalam perilaku kesehatan adalah teori sosial kognitif, teori aksi beralasan, transteorikal model dan teori *health belief model*. Diantara beberapa teori tersebut, teori *health belief model* merupakan teori yang paling tepat digunakan dalam penelitian ini karena model tersebut menjelaskan tentang perilaku pencegahan dalam kesehatan, yang terfokus pada hubungan perilaku kesehatan dalam kegunaannya untuk pelayanan kesehatan yang lebih baik (Ross dan Mico, 1980). Dibandingkan dengan teori perilaku kesehatan yang lain, *health belief model* memiliki kelebihan yakni dapat memprediksi derajat dimana individu kemungkinan memainkan peran aktif dalam perawatan kesehatan dirinya dan orang lain (Niven, 2002). Selain itu, model ini tergolong model yang interaktif (setiap tahap akan mempengaruhi orang lain) dan berdasarkan tiga dimensi primer yaitu kesiapan seseorang untuk menerima suatu perawatan kesehatan, motivasi serta faktor pendorong yang mencerminkan tindakan yang akan dilakukan seseorang terhadap kebutuhannya (Ross dan Mico, 1980). *Health belief model* menetapkan perilaku seseorang yang berhubungan dengan kesehatan

tergantung dari persepsi seseorang pada enam hal: persepsi kerentanan penyakit, persepsi keseriusan penyakit, persepsi keuntungan melakukan tindakan pencegahan, hambatan mengambil suatu tindakan, pendorong untuk bertindak dan persepsi keberhasilan/keefektifan tindakan yang dilakukan (*self-efficacy*) (Grizzell, 2007). Permasalahan yang penting untuk difokuskan adalah prosentase penderita chikungunya di desa Karanggandu adalah sebesar 26,7 % dari total penderita di seluruh wilayah Puskesmas Watulimo. Jumlah tersebut merupakan peringkat tertinggi dari jumlah penderita dari desa lain di wilayah kerja Puskesmas Watulimo dan sampai saat ini, perilaku kepala keluarga tentang pencegahan demam chikungunya di desa Karanggandu belum diketahui.

1.2 Rumusan Masalah

Perilaku apa yang ditunjukkan kepala keluarga tentang pencegahan chikungunya dengan pendekatan teori *health belief model* di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan perilaku kepala keluarga tentang pencegahan chikungunya dengan pendekatan teori *health belief model* di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek .

1.3.2 Tujuan khusus

- 1) Mengidentifikasi kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*) oleh kepala keluarga tentang chikungunya di desa Karanggandu kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek.
- 2) Mengidentifikasi keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*) oleh kepala keluarga tentang chikungunya di desa Karanggandu kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek.
- 3) Mengidentifikasi manfaat yang dirasakan (*perceived benefit*) oleh kepala keluarga tentang pencegahan chikungunya di desa Karanggandu kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek.
- 4) Mengidentifikasi rintangan yang dirasakan (*perceived barriers*) oleh kepala keluarga tentang pencegahan chikungunya di desa Karanggandu kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek.
- 5) Mengidentifikasi faktor pendorong untuk bertindak (*cues to action*) oleh kepala keluarga tentang pencegahan chikungunya di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek.
- 6) Mengidentifikasi persepsi keberhasilan tindakan yang dilakukan (*perceived self-efficacy*) oleh kepala keluarga tentang pencegahan chikungunya di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek.
- 7) Mengidentifikasi tindakan kepala keluarga tentang pencegahan Chikungunya di desa Karanggandu wilayah kerja puskesmas Watulimo Kabupaten Trenggalek.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.3 Manfaat teoritis

Mempelajari tentang ilmu perilaku berdasarkan teori *health belief model* sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam penelitian ilmu keperawatan

1.4.4 Manfaat praktis

- 1) Manfaat bagi responden yaitu bagi masyarakat adalah mengetahui tentang pentingnya perilaku pencegahan demam chikungunya dalam keluarga
- 2) Memberikan masukan berupa informasi dan bahan pertimbangan bagi puskesmas dalam upaya pencegahan chikungunya agar tidak semakin meluas.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan mengenai konsep teori yang mendasari atau mendukung penelitian ini, berdasarkan landasan teori yang meliputi : konsep perilaku, , konsep keluarga dan konsep chikungunya.

2.1 Konsep Perilaku

2.1.1 Pengertian perilaku

Perilaku dari sudut pandang biologis adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan, yang mempunyai benteng sangat luas baik yang dapat diamati secara langsung atau tidak langsung (Notoatmojo, 2003). Perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada dalam diri manusia, sedang dorongan merupakan usaha untuk memenuhi kebutuhan yang ada dalam diri manusia (Purwanto, 1998). Perilaku manusia merupakan hasil daripada segala macam pengetahuan serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan . Kesimpulan yang bisa didapatkan yaitu perilaku merupakan respons/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Sarwono, 2004).

2.1.2 Klasifikasi perilaku

Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku dapat dibedakan menjadi:

1) Perilaku tertutup (*convert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terhadap pada perhatian, persepsi,

pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2) Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain.

2.1.3 Perilaku kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner, maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan, dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, menurut Notoatmodjo (2007), perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok.

1) Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health Maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu, perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek yaitu :

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
- b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan di sini, bahwa kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, maka dari itu orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.

c. Perilaku gizi (*makanan*) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit.

2) Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan.

Perilaku ini sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*Health Seeking Behaviour*). Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati diri sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

3) Perilaku kesehatan lingkungan

Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial budaya dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

Menurut Becker (1979) dalam Notoadmodjo (2003), klasifikasi lain perilaku kesehatan antar lain :

- 1) Perilaku Kesehatan (*health behavior*) yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan, termasuk pencegahan penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan dan sanitasi.
- 2) Perilaku Sakit (*illness behavior*) yaitu segala tindakan yang dilakukan seseorang individu yang merasa sakit, untuk mengenal kesehatan dan rasa sakitnya, kemampuan mengidentifikasi penyakit, penyebab dan usaha pencegahan.

- 3) Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*), yaitu segala tindakan yang dilakukan individu saat sakit untuk memperoleh kesembuhan.

2.1.4 Perubahan perilaku dan indikatornya

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori, seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap :

1) Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru) maka dia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya tau keluarganya. Indikator – indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan dapat dikelompokkan menjadi :

- a. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit.
- b. Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat.
- c. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan.

2) Sikap

Sikap adalah penilaian seseorang terhadap stimulus atau obyek. Indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan seperti diatas yakni :

- a. Sikap terhadap sakit dan penyakit.
- b. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat.
- c. Sikap terhadap kesehatan lingkungan.

3) Tindakan

Setelah mengetahui stimulus atau obyek kesehatan kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan dia melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya.

Indikator praktek kesehatan yaitu :

- a. Tindakan yang sehubungan dengan penyakit, yang mencakup tindakan atau perilaku ini adalah pencegahan penyakit, imunisasi , penyembuhan penyakit misalnya minum obat sesuai petunjuk dokter dan berobat ke fasilitas kesehatan yang tepat.
- b. Tindakan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan
- c. Tindakan kesehatan lingkungan

Cara mengukur indikator perilaku atau memperoleh data atau informasi tentang indikator- indikator perilaku tersebut agak berbeda. Untuk memperoleh data tentang pengetahuan dan sikap, cukup dilakukan melalui wawancara, baik terstruktur maupun wawancara mendalam. Sedangkan untuk memperoleh data tentang praktik atau perilaku yang paling akurat adalah melalui pengamatan (observasi). Namun dapat juga dilakukan melalui wawancara dengan pendekatan *recall* atau mengingat kembali perilaku yang telah dilakukan oleh responden beberapa waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2007)

2.1.5 Faktor – faktor perilaku manusia dan inovasi kesehatan

Menurut Kalangie (1994), kebudayaan kesehatan masyarakat mengatur, membentuk dan mempengaruhi tindakan atau kegiatan individu dalam suatu

kelompok sosial dalam memenuhi berbagai kebutuhan kesehatan baik yang berupa upaya mencegah penyakit maupun menyembuhkan diri dari penyakit

Faktor – faktor perilaku manusia yang mempengaruhi kesehatan dapat digolongkan menjadi dua kategori yaitu 1) perilaku yang terwujud secara sengaja atau sadar dan 2) perilaku yang terwujud secara *tidak sengaja* atau *tidak sadar*. Ada perilaku yang disengaja ataupun tidak disengaja membawa manfaat bagi kesehatan individu atau kelompok kemasyarakatan dan sebaliknya ada perilaku yang disengaja atau tidak disengaja berdampak merugikan kesehatan. (Kalangie, 1994)

	Sadar/tahu	Tidak sadar/Tidak tahu	
Menguntungkan (U)	1	2	Potensi (Stimulan)
Merugikan (R)	3	4	Kendala

Gambar 2.1 Model Alternatif Perilaku Kesehatan (Kalangie, 1994)

2.1.6 Faktor-faktor demografi yang mempengaruhi keputusan tindakan terkait kesehatan.

1) Umur

Menurut Ojha dan Pramaniks (2009), pada usia dewasa muda/*early middle* (41-50 th) dan *late young* (31-40 th) memiliki tingkat aktualisasi diri yang tinggi sehingga mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan.

2) Jenis kelamin

Menurut Major (1993) dalam Baron dan Byrne (2008) , peran gender tradisional memiliki pengaruh yang besar yang kuat terhadap cara pria dan wanita berperilaku dalam rumah tangga.

3) Pendidikan

Menurut Cutler dan Lieras-Muney (2009), tingkat pendidikan berpengaruh positif dengan perilaku kesehatan. Semakin tinggi pendidikan, maka semakin tinggi perilaku pencegahan dan perilaku kontrol resiko.

4) Pekerjaan

Status pekerjaan yang rendah secara konsisten berhubungan dengan resiko kesehatan yang kurang (Ganzeboom, dkk, 1992).

5) Agama

Dalam mengkaji aspek-aspek kesehatan dalam agama, ada dua hal yang perlu diperhatikan. Pertama, ajaran agama secara normatif dan kedua ada perilaku keagamaan yang tampak atau riil dilakukan di masyarakat. Berdasarkan pemilahan pemikiran ini, maka dapat dikemukakan bahwa pada sisi normatif, agama memberikan ajaran atau panduan tentang sistim kesehatan, sedangkan pada sisi perilaku nyatamasih ada penganut agama yang tidak memperhatikan aspek kesehatan (Sudarma, 2008).

6) Peran

Peran adalah kumpulan budaya yang didefinisikan sebagai hak, kewajiban, dan harapan yang menyertai status dalam sistem sosial. Peran tidak hanya mempersepsikan norma dan harapan, tetapi juga kesempatan. Suatu peran juga digunakan untuk mengejar ketertaikan dan posisi yang diinginkan, termasuk dalam membuat keputusan (Gelles dan Levine, 1999).

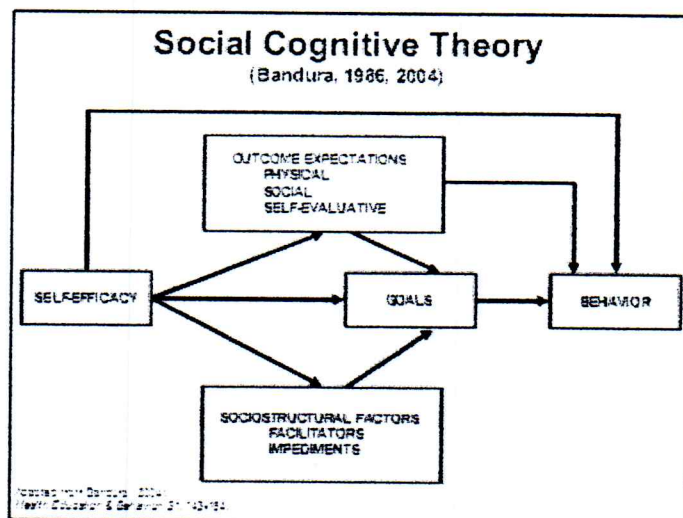
2.1.7 Teori perilaku kesehatan

Menurut Nationan Cancer Institute (2005) dalam buku *Teory at Glance*, untuk menjelaskan suatu perilaku, maka teori yang mempunyai level individu

memfokuskan diri pada faktor interpersonal (menjelaskan tentang keberadaan atau kejadian dalam diri /pemikiran individu) dan faktor intrapersonal (termasuk pengetahuan, sikap, kepercayaan, motivasi, konsep diri, sejarah perkembangan, pengalaman sebelumnya serta kemampuan).

1) Teori Social Kognitif (*social cognitive theory*)

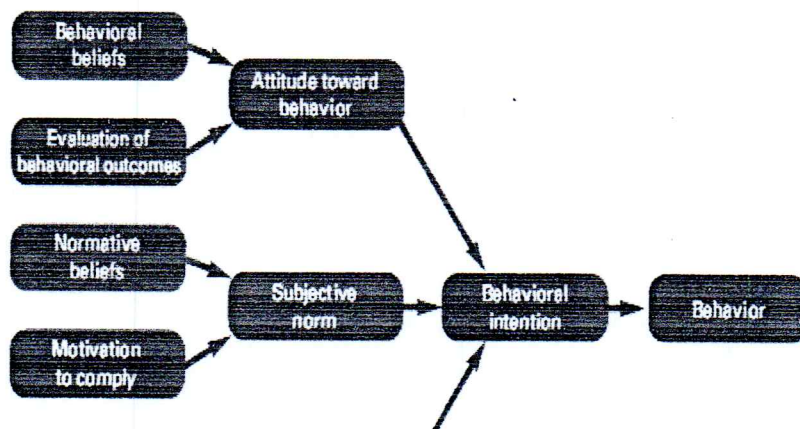
SCT dideskripsikan sebagai proses yang dinamis dan terus menerus dengan faktor personal, lingkungan, dan perilaku manusia yang saling mempengaruhi satu sama lain. Berdasarkan SCT ini, ada 3 faktor utama yang mempengaruhi seseorang untuk berperilaku terkait dengan kesehatan antara lain : 1) self-efficacy 2) Hasil/pencapaian 3) pengharapan akan hasil. Apabila seseorang mempunyai self-efficacy yang baik, maka mereka dapat merubah perilaku mereka ketika berhadapan dengan suatu halangan. Jika mereka tidak merasakan adanya kontrol pada perilaku yang ditunjukkan, maka seseorang tidak akan termotivasi untuk bertindak atau membuat perubahan ke arah yang lebih baik bagi kesehatan (NCI, 2005).



Gambar 2.2 Teori Sosial Kognitif (NCI,2005)

2) Teori aksi beralasan (*theory of reasoned action*)

TRA dari Ajzen dan Fishbein ini masih relatif baru, dan kurang banyak digunakan serta kurang dikenal. Kebalikan dari teori *health belief model*, TRA merupakan teori perilaku manusia secara umum : aslinya teori ini dipergunakan dalam berbagai macam perilaku manusia, khususnya yang berkaitan dengan permasalahan sosial-psikologis, kemudian makin bertambah digunakan untuk menentukan faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku kesehatan. Teori ini menghubungkan keyakinan (*belief*), sikap (*attitudes*), kejangak/intense (*intention*), dan perilaku. Intensi merupakan predictor terbaik dari perilaku. Jika ingin mengetahui apa yang dilakukan seseorang, cara terbaik untuk meramalkannya adalah mengetahui intense orang tersebut (Smet, 1994)

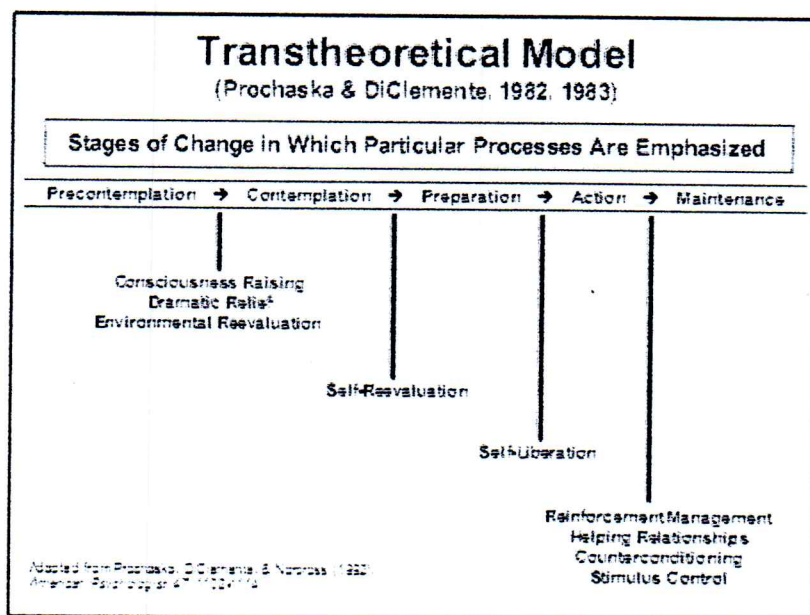


Gambar 2.3 Teori Aksi Beralasan (Smet,1994)

3) Transtheoretical Model

Dikembangkan oleh Prochaska dan DiClemente *Transtheoretical Model* berkembang dari studi komparasi pengalaman perokok yang berhenti atas kehendak sendiri dengan perokok yang berhenti dengan perawatan profesional. Dasar pikiran teori ini adalah perubahan perilaku adalah suatu proses, bukan

kejadian spontan. Seseorang yang berusaha merubah perilaku, maka harus melewati 5 tahap perkembangan : prekontemplasi, kontemplasi, preparasi, aksi dan perawatan. Definisi pada tahap-tahapnya sangat bervariasi, tergantung pada persoalan perilaku. Teori ini mengungkapkan apakah individu menggunakan metode manajemen diri sendiri atau mengambil bagian dari program petugas profesional, akan berjalan dengan tahap perubahan perilaku yang sama. Walaupun demikian, cara seseorang melewati tahap-tahap tersebut akan bervariasi tergantung tipe perubahan perilaku.(NCI, 2005).



Gambar 2.4 Model Transtheoretical (Kalangie, 1994)

4) Teori keyakinan kesehatan (*health belief model*)

Berkaitan dengan teori Green, dikembangkan teori lain yang dinamakan *health belief model* oleh Rosenstock (1982). Ia percaya bahwa perilaku individu ditentukan oleh motif dan kepercayaannya, tanpa memperdulikan apakah motif dan kepercayaannya tersebut sesuai atau tidak dengan realitas atau pandangan orang

lain tentang apa yang baik untuk individu tersebut. Sangat penting untuk membedakan antara kebutuhan kesehatan yang objektif dan yang subjektif. Kebutuhan kesehatan yang objektif ialah kebutuhan yang diidentifikasi oleh petugas kesehatan berdasarkan penilaiannya secara profesional, yaitu adanya gejala yang dapat mengganggu/mambahayakan kesehatan individu. Sebaliknya, individu menentukan sendiri apakah dirinya mengalami suatu penyakit berdasarkan perasaan dan penilaiannya sendiri. Pendapat/kepercayaan ini dapat sesuai dengan realitas, tetapi dapat pula berbeda dengan kenyataan yang dilihat orang lain. Meskipun berbeda dengan realitas, menurut Rosenstock, pendapat subjektif inilah yang merupakan kunci dari dilakukannya atau dihindarinya suatu tindakan kesehatan. Artinya, individu akan melakukan suatu tindakan untuk menyembuhkan penyakitnya jika ia benar-benar merasa terancam oleh penyakit tersebut. Jika tidak, ia tidak akan melakukan tindakan apapun (Noorkasiani, dkk, 2007).

Apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada enam variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan tersebut, yakni kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakannya melawan penyakitnya, hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut serta keyakinan individu akan keberhasilan tindakan yang dilakukan.

a. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)

Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, maka seseorang harus merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut. Suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila

seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut (Notoatmodjo, 2007),

b. Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*)

Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat. Menurut Sarwono (2004), makin berat risiko penyakit, maka makin besar kemungkinan individu tersebut merasa terancam. Ancaman ini mendorong tindakan individu untuk melakukan tindakan pencegahan atau penyembuhan penyakit. Akan tetapi, ancaman yang terlalu besar malah menimbulkan rasa takut dalam diri individu yang justru menghambatnya untuk melakukan tindakan karena individu tersebut merasa tidak berdaya melawan ancaman tersebut.

c. Persepsi Manfaat (*perceived benefits*)

Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Seseorang akan melaksanakan tindakan apabila percaya akan adanya manfaat yang dihasilkan dari tindakan yang dilakukan (Edlin dan Golanty, 2010). Menurut Macdowall (2006), individu melaksanakan suatu tindakan pencegahan dan pemeliharaan kesehatan apabila dalam diri individu terdapat keyakinan bahwa manfaat yang akan diperoleh dari suatu tindakan jauh lebih besar apabila dibandingkan dengan rintangan yang mungkin dialami ketika memutuskan suatu tindakan tersebut.

d. Persepsi Halangan (*perceived barriers*)

Keputusan untuk melakukan tindakan akan mempunyai sejumlah akibat tertentu. Apabila seseorang mempunyai persepsi penghalang yang lebih besar,

maka perilaku yang dilakukan cenderung sedikit atau tidak ada (Niven, 2002). Aspek negatif yang potensial adalah adanya persepsi halangan dalam melaksanakan tindakan terkait kesehatan. (Stretcher,dkk, 1997). Pada umumnya, manfaat tindakan lebih menguntungkan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan tindakan tersebut.

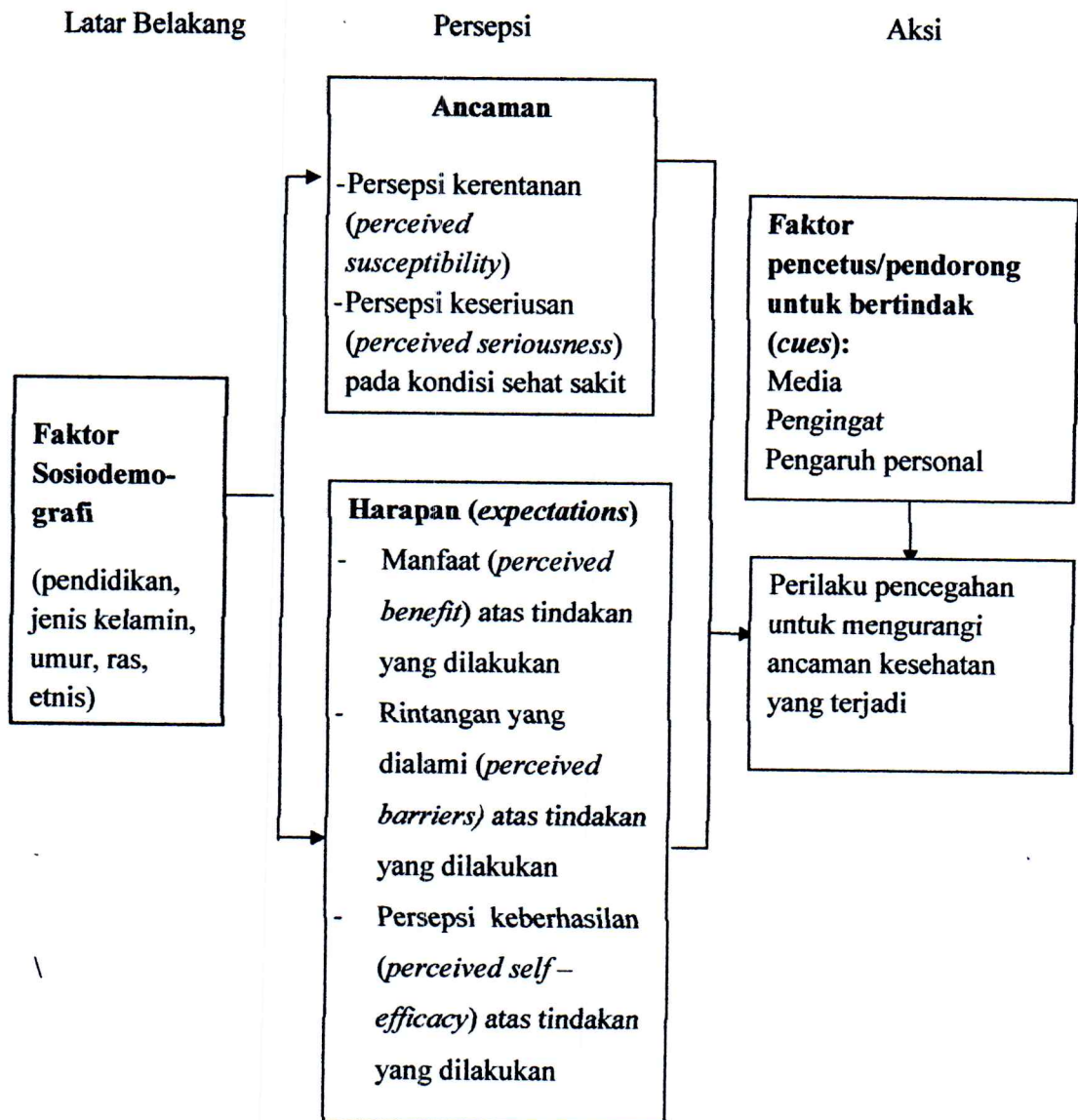
e. Pendorong Tindakan (*cues to action*)

Untuk menentukan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, , kegawatan dan keuntungan tindakan, maka diperlukan syarat-syarat yang berupa faktor-faktor eksternal. Faktor-faktor tersebut, misalnya , pesan-pesan pada media massa , nasihat atau anjuran dari teman atau anggota keluarga lain dari orang yang sakit (Notoatmodjo, 2007). Determinan lingkungan mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang termasuk semua aspek fisik individu yang mengelilinginya diantaranya aspek informasi baik elektronik maupun cetak serta jarak dengan pelayanan dan pendidikan kesehatan (Ayers, dkk, 1998). Dorongan-dorongan ini berkaitan dengan kebutuhan-kebutuhan yang mendorong organisme berperilaku (Walgito, 2003).

f. Persepsi keberhasilan (*perceived self-efficacy*)

Pada tahun 1977, Bandura memperkenalkan konsep tentang *self-efficacy* atau harapan keberhasilan sebagai penjelasan dari harapan akan hasil yang sesuai. *Self efficacy* ini harus ditambahkan pada konsep HBM untuk menambah daya/kemampuan dalam penjelasan teori HBM. Harapan akan hasil didefinisikan sebagai perkiraan seseorang/individu yang melaksanakan perilaku untuk mencapai tujuan , yang mempunyai konsep hampir sama dengan persepsi manfaat (*perceived benefit*). *Self-efficacy* digambarkan sebagai pendirian seseorang yang

menentukan suatu keberhasilan dalam melaksanakan perilaku yang sesuai untuk mendapatkan hasil yang diinginkan. Apabila seseorang tidak yakin akan keberhasilan tindakan yang dilakukannya, maka individu tersebut akan digambarkan lebih memilih persepsi rintangan (*perceived barrier*) untuk mengambil tindakan kesehatan yang dianjurkan. *Self efficacy* ini tidak disajikan pada konsep awal HBM. Hal ini dikarenakan focus asli pada awal konsep HBM dibatasi hanya untuk perilaku pencegahan kesehatan, yang biasanya hanya membidik satu masalah seperti penerimaan individu tentang *screening test* atau imunisasi, yaitu perilaku yang secara umum cukup sederhana untuk dilakukan. Akan tetapi, sejak sebagian besar individu yang merupakan target kelompok HBM menunjukkan *self efficacy* yang tinggi, maka konsep ini mulai ditambahkan pada perilaku kepercayaan kesehatan (Stretcher, 1997). Akan tetapi dalam melaksanakan tindakan, belum menentukan apabila seseorang mempunyai *self-efficacy* yang tinggi, akan melaksanakan tindakan yang efektif. perbedaan tindakan pada orang yang mempunyai *self-efficacy* yang tinggi tergantung pada faktor kedua yaitu kontrol terhadap hasil yang diperoleh. Sebagai contohnya, apabila seseorang meyakini bahwa dirinya adalah pengemudi yang baik, akan tetapi individu tersebut akan merasa berkendaraan merupakan hal yang berbahaya karena pengaruh minuman beralkohol sehingga tindakan menyetir yang baik belum tentu dilakukan (Myer, 2005).



Gambar 2.5 Model Kepercayaan kesehatan (Rosenstock, 1988)

2.1.8 Hubungan kepercayaan kesehatan dan pribadi anggota keluarga

Kerentanan dan keseriusan penyakit merupakan faktor yang bisa dirasakan, bukan tergantung pada fakta, tetapi tergantung pada keyakinan pribadi keluarga. Persepsi keluarga ini menjadi faktor kesiapan yang menimbulkan ancaman penyakit yang dirasakan. Model keyakinan kesehatan menguraikan tentang tindakan kesehatan preventif yaitu strategi-strategi untuk menghindari daerah

sakit dan penyakit yang dinilai secara negatif. Agar keluarga dapat melakukan tindakan preventif untuk menghindari penyakit maka ia harus percaya bahwa secara pribadi ia rentan terhadap penyakit, keadaan sakit minimal agak berat, melakukan tindakan tertentu akan bermanfaat dalam mengurangi kerentanan terhadap keparahan penyakit dan manfaatnya lebih besar daripada rintangannya (Friedman, 1998).

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi keluarga

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 (Friedman, 1998). Sedangkan menurut Duval dan Logan (1986) dalam Effendi dan Makhfudli (2009), keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosioal, serta sosial dari tiap anggota keluarga.

2.2.2 Karakteristik keluarga

Karakteristik keluarga adalah sebagai berikut:

- 1) Terdiri dari 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.

2.2.3 Peran dan fungsi keluarga

Peran formal keluarga menurut Effendi dan Makhfudli (2009) antara lain:

- 1) Peran sebagai ayah.

Ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya yang berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman. Juga sebagai kepala keluarga, anggota kelompok sosial, serta anggota masyarakat dan lingkungan..

- 2) Peran sebagai Ibu.

Ibu sebagai istri dan Ibu dari anak- anaknya berperan untuk mengurus rumah-tangga sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya , pelindung dan salah satu anggota kelompok sosial, serta sebagai anggota masyarakat dan lingkungan di samping dapat berperan pula sebagai pencari nafkah tambahan keluarga. Menurut Gelles dan Levine (1999), pada perspektif sosiologi, peran suami dan istri menempati posisi utama sebagai pemberi instruksi yang mengatur dan mempengaruhi sikap dan perilaku orang lain.

- 3) Peran sebagai anak.

Anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, spiritual.

Lima Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) adalah:

1) Fungsi afektif

Berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tambak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga.

2) Fungsi sosialisasi

Fungsi ini sebagai tepat untuk melatih anak dan mengembangkan kemampuannya untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi. Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antara anggota keluarga yang ditujukan dalam sosialisasi.

3) Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan dan menambah sumber daya manusia.

4) Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan individu untuk meningkatkan penghasilan dan memenuhi kebutuhan keluarga seperti makan, pakaian dan rumah.

5) Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan

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

2.2.4 Tugas kesehatan keluarga

Tugas kesehatan keluarga menurut Bailon dan Maglaya (1998) dalam Makhfudli (2009) antara lain:

1) Mengetahui masalah kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana kesehatan habis. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga.

2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Sebelum keluarga membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, maka keluarga harus dapat mengetahui :

- a. Kemampuan keluarga mengenai sifat dan luasnya masalah
- b. Keluarga merasakan adanya masalah kesehatan
- c. Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami
- d. Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit
- e. Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan
- f. Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada
- g. Apakah keluarga kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
- h. Apakah keluarga kurang mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah

3) Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a. Keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya).
 - b. Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
 - c. Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan.
 - d. Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung-jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial).
 - e. Sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Memodifikasi lingkungan dan menciptakan suasana rumah yang sehat

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a. Sumber-sumber keluarga yang dimiliki
 - b. Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan
 - c. Pentingnya higiene sanitasi.
 - d. Upaya pencegahan penyakit.
 - e. Sikap atau pandangan keluarga terhadap higiene sanitasi.
 - f. Kekompakan antar anggota keluarga.
- 5) Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat.

Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan , keluarga harus mengetahui hal-hal berikut ini :

- a. Keberadaan fasilitas keluarga.
- b. Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan.
- c. Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan.
- d. Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan.

e. Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

2.2.5 Kepala keluarga sebagai individu

Kepala keluarga adalah istilah yang sering digunakan untuk mendeskripsikan individu dalam rumah tangga yang bertanggung jawab untuk memelihara dan menjaga rumah tangga dan keluarga serta untuk melindungi individu yang tinggal didalamnya. Menurut istilah kebudayaan secara luas, kepala keluarga adalah individu sebagai pemilik rumah, atau pencari nafkah yang hasilnya digunakan untuk kebutuhan rumah tangga. Pada beberapa kebudayaan, jenis kelamin menentukan status individu sebagai kepala keluarga. Keluarga yang tidak mempunyai anggota laki-laki dewasa, maka wanita akan bertindak sebagai pengatur aset dan pencari nafkah. Sedangkan pada keluarga yang mempunyai anggota laki-laki yang biasanya berperan sebagai suami, kebanyakan tradisi di beberapa negara menjadikan laki-laki tersebut sebagai kepala keluarga. Peran kepala keluarga sangat berpengaruh terhadap keluarga terutama dalam penyediaan kebutuhan sandang, pangan dan papan (Tatum,2010)..

Struktur keluarga mengambil peranan yang penting dalam menentukan tugas masing-masing anggota keluarga. Salah satu struktur dalam keluarga yang mempunyai posisi penting adalah struktur pengambilan keputusan dalam keluarga. Kekuasaan dalam keluarga sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan yang tepat untuk merawat anggota keluarga yang sakit, karena pengambilan keputusan yang tepat dapat mencegah komplikasi yang lebih lanjut (Hughes, 2004). Kepala keluarga selain sebagai pencari nafkah juga mempunyai peran sebagai pengambil keputusan dalam keluarga. Kepala keluarga mempunyai

kekuasaan yang besar dalam menentukan apa yang akan dilakukan anggota keluarga dalam permasalahan yang terjadi pada keluarga (Yuvarani, 2010).

2.2.6 Perilaku kepala keluarga dalam penanggulangan penyakit menular.

Kepala keluarga dapat memainkan suatu peranan vital dalam upaya peningkatan kesehatan dan pengurangan resiko. Ada banyak bentuk peningkatan kesehatan, pencegahan, dan pengurangan resiko. Agar strategi – strategi sehat dapat berhasil, biasanya menuntut perbaikan-perbaikan dalam pola hidup seluruh anggota sebuah keluarga. Kepala keluarga perlu mempelajari status sehat mereka dari citra tubuh yaitu apakah tubuh mereka lemah sakit, sehat atau sembuh . Dalam menanggulangi suatu penyakit, khususnya penyakit menular, kepala keluarga memainkan peran yang sangat penting yaitu dalam menentukan perilaku peran anggota keluarganya yang sakit. (Friedman, 1998).

Penyakit yang menular dengan vektor nyamuk hingga kini masih menjadi beban berat bagi sebagian besar negara tropis termasuk Indonesia. Penyakit-penyakit yang menular melalui gigitan nyamuk masih endemis di banyak daerah di Indonesia . Perilaku kepala keluarga yang dilakukan untuk penanggulangan penyakit ini sangatlah penting untuk dilakukan. Penyakit yang menular dengan vektor nyamuk hanya bisa diatasi secara tuntas melalui pencegahannya. (Judarwanto, 2009). Salah satu penyakit menular yang vektor pembawanya adalah nyamuk adalah chikungunya. Dalam pemberantasan chikungunya, maka perlu diberikan upaya pencegahan yang efektif. Salah satunya adalah dengan meminimalkan semua faktor resiko yang terkait dengan faktor-faktor epidemiologis (manusia inang, nyamuk vektor, patogen beserta lingkungannya (Dinata, 2009).

2.3 Konsep Chikungunya

2.3.1 Definisi chikungunya

Chikungunya adalah penyakit mirip demam dengue yang disebabkan oleh virus chikungunya dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes africanus*. Chikungunya dalam bahasa Swahili berarti Kejang urat (Widoyono,2008). Menurut Strickland (1991), demam chikungunya merupakan penyakit mirip demam dengue yang merupakan penyakit endemik dan epidemik yang disebabkan nyamuk yang mengandung *alphavirus*. Namanya diambil dari bahasa swahili yang berarti lemas sendi, yang diartikan sebagai penyakit nyeri tulang sendi yang hebat. Sedangkan menurut Judarwanto (2009) Chikungunya berasal dari bahasa swahili berdasarkan gejala pada penderita, yang berarti meliuk (posisi tubuh) atau melengkung, mengacu pada postur penderita yang membungkuk akibat nyeri sendi hebat (*arthralgia*). Nyeri sendi ini terjadi pada lutut pergelangan kaki serta persendian tangan dan kaki.

2.3.2 Epidemiologi

Transmisi virus chikungunya ditemukan dari *Aedes aegypti* liar di Tanzania, Nigeria, India, dan Thailand. Selain itu: dari *Aedes africanus* di Uganda dan Bangui , serta *Aedes lutuchepalus* di Senegal. Dari isolasi yang dibuat di Uganda, ditemukan pada *Mansonia fuscopenmata* dan di Thailand ditemukan *Culex fatigan*. Kelompok *Aedes furcifer taylori* juga menunjukkan terjadi pada daerah yang diinfeksi dengan *Aedes aegypti*.

Wabah Chikungunya pertama kali dilaporkan di Tanzania pada taun 1952, kemudian di Uganda tahun 1963, Senegal tahun 1967, 1975, dan 1983. Angola tahun 1972, Afrika selatan tahun 1976 dan di negara-negara Afrika Tengah seperti

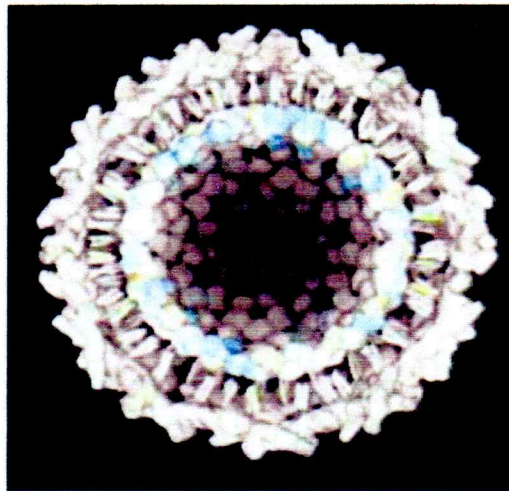
Zaire dan Zambia pada tahun 1978-1979. Di Afrika, penyakit ini menyebar ke negara-negara Amerika dan Asia sampai menimbulkan pandemi. Wabah ini juga dilaporkan di India antara tahun 1964-1965 dan Sri Lanka. Thailand dan Malaysia pertama kali wabah terjadi pada tahun 1969. Di Indonesia, Kejadian Luar Biasa (KLB) Chikungunya mulai dilaporkan pada tahun 1982 di berbagai Provinsi. Beberapa kota seperti di Yogyakarta (1983), Muara Enim (1999), Bekasi, Purworejo, Boyolali, Klaten (2002), telah terjadi KLB (Soegijanto, 2004).

Dalam 5 tahun terakhir (2004-2008), Demam chikungunya telah menyebar di 11 Provinsi (Sumatera Utara, Sumatera Selatan, DKI Jakarta, Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, Yogyakarta Jawa Timur, Kalimantan Tengah, Sulawesi Utara dan NTB) dengan Jumlah kasus sebanyak 13.634 penderita tanpa kematian yang tersebar di 42 Kab/Kota, 90 Kecamatan dan 134 Desa/Kelurahan (Depkes RI, 2009).

2.3.3 Etiologi

Demam Chikungunya disebabkan oleh virus Chikungunya (CHIKV). CHIKV termasuk keluarga *Togaviridae*, genus *alphavirus*, dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* (Judarwanto, 2009). Strain Asia merupakan *genotype* yang berbeda dengan yang dari Afrika. (Soegijanto, 2004). Sebelum menyerang manusia, sekitar 200-300 tahun yang lalu virus ini telah menyerang primata di hutan padang savana Afrika. Hewan primata yang sering terjangkit adalah baboon (*Papio sp*) dan *Cerchipithecus sp*. Meskipun belum ada penjelasan tentang perubahan siklus serangan dari hewan primata ke nyamuk menjadi dari hewan primata ke manusia dan kemudian dari nyamuk ke manusia, kemungkinan hal ini

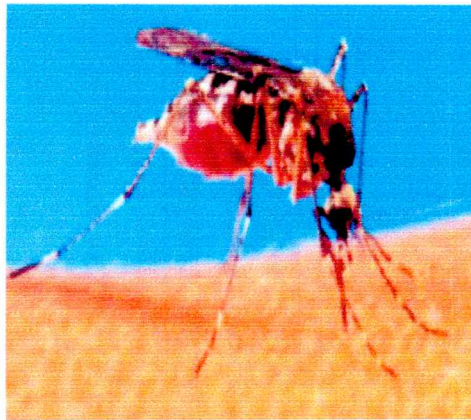
terjadi karena mutasi genetik pada virus sangat besar karena tidak semua virus hewan dapat mengalami perubahan tersebut (Widoyono,2008).



Gambar 2.6 Virus Chikungunya dengan Mikroskop Elektron (WHO, 2009)

2.3.4 Vektor

Vektor virus chikungunya adalah adalah nyamuk *Aedes aegypti* berukuran kecil dibandingkan nyamuk yang lain: ukuran badan 3-4 mm, bewarna hitam dengan hiasan titik-titik putih di badannya, dan pada kakinya warna putih melingkar. Nyamuk jenis ini dapat hidup berbulan – bulan. Nyamuk jantan tidak menggigit manusia, ia hanya makan buah. Hanya nyamuk betina yang menggigit , yang diperlukan untuk memebuat telur. Telur nyamuk *Aedes* diletakkan induknya menyebar , berbeda dengan telur nyamuk lain yang dikeluarkan berkelompok. Nyamuk bertelur di air bersih. Telur akan menjadi pupa dalam beberapa minggu. Nyamuk *Aedes* bisa terbang hampir tidak berbunyi, sehingga manusia yang diserang tidak mengetahui kehadirannya. Nyamuk menyerang dari bawah atau belakang dan terbang sangat cepat.



Gambar 2.7 Nyamuk *Aedes aegypti* (WHO, 2009)

Telur nyamuk *Aedes* dapat bertahan dalam air yang terklorinasi (*chlorinated*) (Soegijanto, 2004). Nyamuk *Aedes* berkembangbiak di tempat - tempat domestik seperti vas bunga, tempat penyimpanan air dan mesin pendingin serta di tempat peri-domestik seperti tempat konstruksi bangunan , tempurung kelapa serta barang- arang bekas (ban bekas, plastic, kaleng dll). Nyamuk dewasa bertempat di area yang cukup dingin dan gelap pada tempat – tempat tersebut dan menggigit manusia pada tengah hari (WHO, 2009).

infeksi dengue. Hampir 50% anak-anak yang mengidap infeksi virus chikungunya menunjukkan gejala panas berakhir dalam kurun waktu 72 jam. Manifestasi panas pada demam dengue rata-rata 2 hari lebih lama. Banyak gejala dan tanda klinis chikungunya sukar dibedakan dengan tanda dan gejala klinis penderita demam dengue. Walaupun demikian akhir munculnya *makulo papulo rash*, nyeri sendi atau artritis, dan selaput konjungtiva yang memerah sering dijumpai pada penderita chikungunya. Manifestasi syok dilaporkan sangat jarang terjadi (Soegijanto, 2004).

Menurut Dian dan Jati (2007) gejala yang timbul pada anak-anak sangat berbeda, seperti nyeri sendi yang terjadi tidak terlalu nyata dan berlangsung singkat. Ruam juga lebih jarang terjadi. Tetapi pada bayi dan anak kecil timbul:

- 1) Kemerahan pada wajah dan munculnya ruam kemerahan dalam bentuk papul-papul (*maculopapular*) atau erupsi seperti biduran (*urtikaria*)
- 2) Rasa linu di persendian tangan dan kaki serta pergelangan lutut.
- 3) Demam tinggi yang disertai muntah-muntah, menggigil, sakit kepala, sakit perut serta bintik merah pada kulit seperti penderita demam berdarah.
- 4) Mimisan bisa terjadi pada pasien anak-anak.

Tabel 2.1 Manifestasi Klinis Demam Chikungunya (WHO, 2008)

Sering	Jarang	Jarang pada dewasa, tapi kadang terlihat pada anak-anak dan bayi
Demam Atralgia Nyeri Punggung Sakit Kepala	Ruam Stomatitis Sariawan Hiperpigmentasi	Fotofobia Nyeri retro-orbita Muntah Diare Sindrom meningeal Enselofati akut

Fotophobia dan nyeri retro-orbital dilaporkan pada beberapa kasus. Walaupun hal ini jarang terjadi pada orang dewasa dan anak-anak, bayi selalu menunjukkan tanda gejala tersebut disertai gejala muntah dan diare serta meningoencephalitis. Manifestasi neurologi seperti ensefalitis, kejang demam sindrome meningeal dan ensefalopati akut juga dilaporkan pada anak (WHO, 2008).

2.3.6 Pengobatan

Menurut Soegijanto (2004), pengobatan yang harus dilakukan untuk demam chikungunya antara lain :

- 1) Diberikan pengobatan penunjang
- 2) Ketika penderita masih berada di periode panas penderita dianjurkan tirah baring, obat panas dan kompres air untuk mempertahankan suhu tubuh di bawah 40 derajat celsius.
- 3) Untuk mengatasi rasa sakit diberikan obat analgesik atau sedatif ringan. Setelah mengidap radang sendi mungkin dibutuhkan obat antiradang dan secara perlahan dianjurkan mengikuti fisioterapi.
- 4) Obat salisilat tidak boleh diberikan dan merupakan kontraindikasi
- 5) Kejang demam pada bayi dapat diberikan luminal secara intravena dan dianjurkan secara oral sehingga suhu normal.

2.3.7 Diagnosis

Chikungunya didiagnosis dengan tes darah ELISA. Tes darah merupakan satu-satunya cara yang reliabel untuk mengidentifikasi Chikungunya karena gejalanya yang sama dengan sebagian besar demam dengue (Judarwanto, 2009).

Menurut Soegijanto (2004), chikungunya dapat dikonfirmasi ketika gejalanya seperti demam dan nyeri sendi terlihat dan hasil lab menunjukkan:

- 1) Ada 4 lipatan perbedaan antibodi HI (Haemagglutination Inhibition) yang dipasangkan dengan sampel serum. Hasilnya positif setelah 5 sampai 8 hari setelah infeksi.
- 2) Deteksi antibodi Ig M. Antibodi ini berlangsung sampai 6 bulan setelah infeksi, akan tetapi sampai sekarang tidak tersedia tes komersial untuk deteksi ini.
- 3) Mengisolasi virus dari serum.
- 4) Deteksi asam nukleat virus dengan RT-PCR. Hal ini membutuhkan waktu selama 5 hari terinfeksi.

2.3.8 Surveilans dan Respon Tanggap KLB Chikungunya Menurut WHO (World Health Organization) Tahun 2009

1) Definisi kasus (*Case Definition*)

Walaupun diagnosis kasus hanya dapat ditegakkan berdasarkan hasil laboratorium, chikungunya dapat dicurigai menjadi epidemic dalam suatu daerah apabila memenuhi karakteristik trias demam, kemerahan dan manifestasi sendi.

- a. Kriteria Klinis : Demam akut >38 derajat *celcius* dan atralgia hebat/arthritis yang tidak dapat dijelaskan oleh kondisi medis yang lain.
- b. Kriteria Epidemiologi : Bertempat tinggal atau baru saja mengunjungi area epidemik selama 15 hari sebelum serangan gejala
- c. Kriteria laboratorium : Salah satu dari test untuk diagnosis laboratorium pada fase akut .

Kasus dikategorikan sebagai berikut:

- a. Kemungkinan ada kasus: Jika pasien memenuhi kriteria klinis.
- b. Kemungkinan ada kasus : Jika pasien memenuhi kriteria klinis dan Kriteria epidemiologi
- c. Kasus terkonfirmasi : Jika pasien memenuhi kriteria klinis dan Kriteria epidemiologi dan kriteria labotratorium.

2) Pemberitahuan dan pelaporan

Chikungunya bukan merupakan penyakit yang harus dilaporkan. Akan tetapi, selama penyebarannya terjadi, negara pada daerah tersebut harus membuat pemberian wewenang pada pusat kesehatan primer , klinik dan rumah sakit untuk melaporkan kasus suspek pada pemerintah. Test positif untuk chikungunya mungkin menjadi darurat apabila laboratorium harus melaporkan kasus suspek pada pemerintah setempat. Kejadian yang sering terjadi pada suatu daerah yang sesuai dengan definisi kasus suspek chikungunya harus mengindikasikan bahwa daerah tersebut kemungkinan KLB chikungunya sesegera mungkin dilaporkan ke dinas kesehatan setempat untuk penanganan lebih lanjut.

3) Tindakan dari Pemerintah

Pemerintah setempat dianjurkan untuk lebih proaktif apabila KLB terjadi pada kabupaten tetangga atau provinsi atau jika KLB terjadi pada tahun-tahun sebelumnya. Langkah untuk persiapan seharusnya dimulai 2-3 bulan sebelum musin hujan.

4) Tindakan dari masyarakat

Masyarakat mempunyai peran yang penting untuk menjaga lingkungan tetap bersih, mengeliminasi tempat – tempat perkembangan vektor, dan meminimalisasi

kontak vektor dengan manusia. Mobilisasi sosial dimaksudkan untuk menahan penyebaran chikungunya. Kegiatan tersebut perlu dilakukan level individu (rumah tangga), dan juga level institusi seperti sekolah, universitas, rumah sakit dan sector yang lain.

2.3.9 Pencegahan chikungunya

Pencegahan ditujukan untuk mengendalikan nyamuk atau menghindari gigitan nyamuk. Pada saat ini belum ada vaksin di pasaran untuk mencegah terjadinya chikungunya. Tindakan pencegahan chikungunya di daerah dimana terdapat nyamuk *Aedes aegypti* adalah menghilangkan tempat dimana nyamuk dapat meletakkan telurnya, terutama pada tempat penyimpanan air buatan, misalnya bak mandi, kolam ikan, ban mobil atau kaleng kosong. Tempat menyimpan air hujan atau penyimpanan air (kontainer plastik, drum) hendaknya tertutup rapat. Ban mobil bekas, kaleng kosong, sebaiknya dimusnahkan. Tempat air minum hewan/burung peliharaan dan vas bunga hendaknya dikosongkan/diganti setidaknya seminggu sekali (Suharto, 2007).

Upaya pencegahan chikungunya hampir sama dengan pencegahan untuk penyakit DBD. Pencegahan yang dilakukan menurut Soegijanto (2004), antara lain:

- 1) Pembersihan jentik
 - a. Program pemberantasan sarang nyamuk (PSN)
 - b. Larvasidasi
 - c. Menggunakan ikan (ikan kepala timah, cupang, sepat)
- 2) Pencegahan gigitan nyamuk
 - a. Menggunakan kelambu

- b. Menggunakan obat nyamuk (bakar, oles)
- c. Tidak melakukan kebiasaan beresiko
- d. Penyemprotan (*Fogging*).

Untuk memutuskan rantai penularan, pemberantasan vektor dianggap cara paling memadai saat ini. Menurut Suharto (2007), Ada 2 cara pemberantasan vektor yaitu :

1) Menggunakan insektisida

Insektisida yang lazim dipakai dalam program pemberantasan adalah *malathion* untuk membunuh nyamuk dewasa (adultisida) dan *temephos* (*abate*) untuk membunuh jentik (larvasida). Cara penggunaan *malathion* ialah pengasapan (*thermal fogging*) atau pengabutan (*cold fogging*). Untuk pemukiman rumah tangga dapat digunakan berbagai jenis insektisida yang disemprotkan di dalam kamar/ruangan, misalnya golongan organofosfat, karbasangat atau *pyrethroid*. Cara penggunaan *temephos* (*abate*) ialah dengan pasir *abate* (*sand granules*) ke dalam sarang-sarang nyamuk *Aedes*, yaitu bejana tempat penampungan air bersih. Dosis yang digunakan adalah 1 ppm atau 1 gram *Abate* SG 1% per 10 liter air.

2) Tanpa Insektisida

Caranya adalah :

- a. Menguras bak mandi, tempayan dan tempat penampungan air minimal 1 kali seminggu (perkembangan telur ke nyamuk lamanya 7-10 hari)
- b. Menutup tempat penampungan air rapat-rapat
- c. Membersihkan tempat halaman rumah dari kaleng-kaleng bekas, botol-botol pecah dan benda-benda lain yang memungkinkan nyamuk bersarang.
- d. Isolasi pasien agar tidak digigit vektor untuk ditularkan kepada orang lain

e. Memakai obat gosok/*repellant*.

2.3.10 Perbedaan Chikungunya dengan Demam *Dengue*

Chikungunya harus dapat dibedakan dengan demam *dengue* yang mana dapat memberikan akibat yang sangat fatal termasuk kematian. Dua macam penyakit ini seringkali terlihat mempunyai gejala yang sama pada penderitanya. Pada kejadian chikungunya, *shock* atau pendarahan masif dilaporkan tidak terjadi. Serangan yang terjadi pada chikungunya lebih akut dan durasi demam lebih pendek daripada demam *dengue*. Pada demam chikungunya, ruam makulopapular yang terjadi lebih sering daripada demam *dengue*. Pada fase awal chikungunya, ketika tanda ruam belum tampak maka hal tersebut sudah sangat tampak pada gejala malaria (WHO, 2008). Nyeri sendi pada DBD tidak sehebat pada Chikungunya. Ruam merah pada DBD mempunyai ciri-ciri merah terang, berbercak, biasanya timbul lebih dulu pada kaki, tangan dan kemudian bisa menyebar keseluruhan tubuh. Ruam tersebut bila diraba permukaannya sama dengan kulit dalam keadaan normal (Uyainah, 2010). Diagnosa banding dengan virus *arthropod-borne* yang lain pada genus *Alphavirus* (*Ross River*, *O'nyong-nyong*, *Sindbis* dan virus *Mayaro*) cukup sulit, akan tetapi jarang dibandingkan dengan chikungunya (WHO, 2008).

Tabel 2.1 Perbedaan Demam Chikungunya dan Demam *Dengue* (WHO, 2008)

Ciri-Ciri	Demam Chikungunya	Demam <i>dengue</i>
Tanda klinis dan gejala		
1) Serangan demam 40 derajat <i>celcius</i>	Akut	Bertahap
2) Durasi demam	1-2 hari	5-7 hari
3) Ruam makulopopular	Sering	Jarang
4) <i>Shock</i> dan pendarahan masif	Jarang	Sering/selalu
5) <i>Arthralgia</i>	Sering dan tidak hilang lebih dari sebulan	Jarang dan durasi pendek
Parameter Laboratorium		
1) Leukopenia	Sering	Jarang
2) Trombositopenia	Jarang	Sering

2.3.11 Program penanggulangan Chikungunya di Puskesmas Watulimo

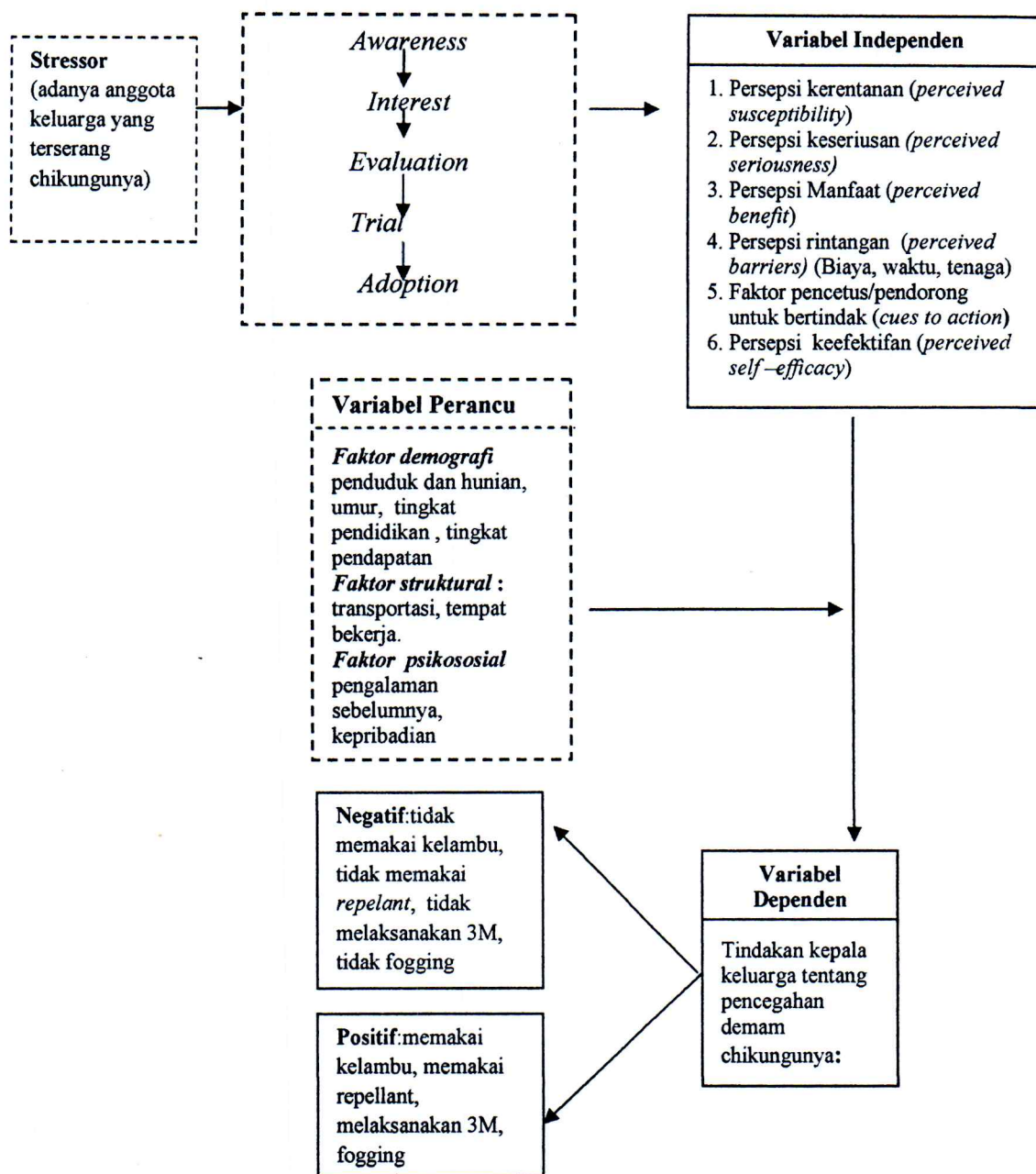
Kabupaten Trenggalek

Informasi kasus Chikungunya yang diterima Puskesmas Watulimo, Trenggalek baik secara lisan maupun tertulis selanjutnya ditindaklanjuti dengan melakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE). Bila dari hasil Penyelidikan Epidemiologi (PE) menunjukkan adanya fokus penularan Chikungunya, paling lambat 3 hari dilakukan *fogging*, akan tetapi bila hasil Penyelidikan Epidemiologi (PE) tidak menunjukkan fokus penularan, maka upaya yang dilakukan adalah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dan abatisasi. Kriteria dilakukan *fogging* yaitu : terdapat satu kasus positif chikungunya atau ditambah dua atau lebih tersangka Chikungunya di sekitar tempat tinggal penderita, angka bebas jentik kurang dari 95% dari rumah yang dilakukan pemeriksaan jentik.

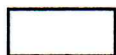
Fogging bertujuan untuk membasmi nyamuk dewasa yang dimungkinkan menjadi penyebar virus chikungunya. Namun demikian, *fogging* bukan satu-satunya solusi untuk menanggulangi demam chikungunya. Masalah chikungunya tidak akan selesai tanpa dibarengi dengan pencegahan terhadap berkembangbiaknya nyamuk *Aedes aegypti*.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL



Keterangan:



: Variabel yang diukur



: Variabel yang tidak diukur

Gambar 3.1 :

Kerangka Konseptual analisis perilaku kepala keluarga tentang pencegahan demam Chikungunya dengan pendekatan teori *health belief model* di desa Karangandu kecamatan Watulimo kabupaten Trenggalek. Diadopsi dari dari Rosenstock (1988).

Gambar 3.1 menjelaskan bahwa dengan adanya suatu stressor yaitu adanya anggota keluarga yang menderita chikungunya, maka akan terjadi suatu proses perubahan perilaku meliputi kesadaran (*awareness*), ketertarikan (*interest*), evaluasi (*evaluation*), mencoba (*trial*) dan adopsi (*adoption*). Kelima hal tersebut akan membentuk persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) yaitu apakah kepala keluarga dapat merasakan kerentanan penyakit yang terjadi di keluarga, persepsi keseriusan (*perceived seriousness*) oleh kepala keluarga, yang meliputi kecemasan tentang penyakit chikungunya yang diderita anggota keluarga, persepsi manfaat (*perceived benefit*) kepala keluarga seperti harapan kepala keluarga penderita chikungunya tentang status kesehatan keluarga, persepsi halangan (*perceived barriers*) dalam melaksanakan tindakan pencegahan chikungunya antara lain biaya yang dikeluarkan untuk pencegahan chikungunya, waktu yang tersedia untuk pencegahan chikungunya dan pengorbanan tenaga untuk melakukan pencegahan chikungunya, persepsi keberhasilan (*perceived self-efficacy*) yang dirasakan kepala keluarga tentang tindakan pencegahan chikungunya. dan pendorong untuk bertindak (*cues to action*) yang mencakup pesan/anjuran untuk pecegahan chikungunya dari teman, keluarga, petugas kesehatan serta informasi dari koran/media massa tentang bahaya chikungunya. Keenam hal tersebut merupakan faktor dalam teori *health belief model* (Rosenstock, 1988) yang termasuk dalam variabel independen. Variabel independen akan mempengaruhi variabel dependen yaitu tindakan pencegahan kepala keluarga yang menderita chikungunya. Selain variabel independen, tindakan yang akan dilakukan oleh kepala keluarga terkait pencegahan chikungunya juga dipengaruhi oleh 3 variabel perancu yaitu faktor demografi

antara lain penduduk dan hunian keluarga penderita chikungunya, umur penderita chikungunya, tingkat pendidikan keluarga penderita chikungunya, dan tingkat pendapatan keluarga penderita chikungunya. Faktor kedua adalah faktor struktural yang meliputi transportasi ke pelayanan kesehatan keluarga penderita chikungunya dan tempat bekerja keluarga penderita chikungunya jauh dari pemukiman.. Sedangkan faktor perancu ketiga adalah faktor psikososial seperti pengalaman keluarga sebelumnya tentang chikungunya serta kepribadian keluarga penderita chikungunya. Faktor independen dan faktor perancu bersama-sama akan membentuk tindakan pencegahan chikungunya antara lain apakah keluarga memakai kelambu saat tidur, memakai obat nyamuk oles saat beraktivitas ataupun tidur, melaksanakan 3M (menguras, mengubur dan menutup), serta pelaksanaan fogging untuk pemberantasan nyamuk dewasa.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara pemecahan masalah berdasarkan keilmuan (Nursalam & Parfani, 2001). Dalam metode penelitian ini dijelaskan secara rinci mengenai desain penelitian yang digunakan, kerangka kerja, populasi, sampel. Identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan data dan etika penelitian

4.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif kategorik. Desain ini berarti peneliti mendeskripsikan perilaku pencegahan demam chikungunya menggunakan teori *health belief model* di desa Karanggandu kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek dengan menggunakan variabel kategorik yaitu variabel yang mempunyai kategori di dalamnya.. Penelitian *deskriptif* tidak dimaksudkan untuk menguji hipotesis tertentu, tetapi hanya menggambarkan tentang sesuatu variabel, gejala, atau keadaan. Dalam penggunaan desain penelitian ini, peneliti berusaha untuk mengidentifikasi suatu peristiwa yaitu mengenai perilaku keluarga tentang pencegahan chikungunya di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo kabupaten Trenggalek.

4.2. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah kepala keluarga yang anggota keluarganya menderita chikungunya dari bulan November 2009- Mei 2010 yaitu

sebanyak 93 kepala keluarga yang berada di desa Karanggandu wilayah kerja Puskesmas Watulimo Kabupaten Trenggalek.

4.3 Sampel

Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *simple random sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara acak . Dalam pemilihan sampel, peneliti menerapkan kriteria sebagai berikut.

- 1) Kriteria inklusi, adalah karekteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :
 - a. Kepala keluarga yang salah satu atau lebih anggota keluarganya menderita chikungunya dari bulan November 2009- Maret 2010 sebagai pengambil keputusan.
 - b. Bersedia menjadi subyek penelitian
- 2) Kriteria eksklusi adalah menghilangkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dengan berbagai sebab (Nursalam, 2008). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :
 - a. Keluarga yang tidak menetap di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo, Trenggalek.
 - b. Mengundurkan diri sebagai responden.

Dari kriteria inklusi dan eksklusi diatas, maka didapatkan jumlah responden sebesar 84 orang .

4.4 Besar Sampel (*sample size*)

Besar sampel dihitung berdasarkan rumus besar sampel untuk populasi. Setelah dihitung berdasarkan Menurut Zainuddin (2000) yang dikutip oleh Nursalam (2008), besar sampel dalam penelitian dapat dihitung sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 N &= \frac{N}{1 + N(d)^2} \\
 &= \frac{84}{1 + 84(0,05)^2} \\
 &= \frac{84}{1,21} \\
 &= 70 \text{ orang}
 \end{aligned}$$

n : Besar sampel

N : Besar Populasi

D : Tingkat Signifikan (p)

$n = 70$ Artinya jumlah sampel minimal yang harus dipakai, dimana dari populasi 84 orang yang sudah memenuhi kriteria inklusi yang diambil sampel sebanyak 70 orang dengan teknik *simple random sampling*.

4.5 Sampling

Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *simple random sampling* yaitu suatu tehnik penetapan sampel dengan cara acak. Pemilihan sampel dilakukan sebelum penelitian dilaksanakan yaitu pada bulan Mei 2010. Setelah didapatkan jumlah sampel minimal sesuai kriteria inklusi maka peneliti membuat seluruh daftar nama populasi target penelitian dari nomor urut 0 sampai 84. Setelah masing-masing nomor dibuatkan lotre, maka peneliti

mengambil lotre sebanyak 70 kali tanpa pengembalian. Setelah itu, nomor urut yang telah diambil dari pengocokan lotre tersebut dicocokkan dengan nama-nama responden yang akan dilakukan penelitian.

4.6 Identifikasi variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia dan lain-lain) (Soeparto,dkk. 2004 dalam Nursalam, 2008). Pada penelitian ini menggunakan data variabel, yaitu variabel dependen dan variabel independen

Variabel dependen (terikat) adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain, variabel respon akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel-variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tindakan keluarga tentang pencegahan chikungunya

Variabel Independen (bebas) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan Stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti merupakan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2008). Variabel independen dalam penelitian ini adalah kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*), manfaat yang dirasakan (*perceived benefit*), rintangan yang dirasakan (*perceived barriers*), pendorong untuk bertindak (*cues to action*) dan persepsi keberhasilan tindakan yang dilakukan (*perceived self-efficacy*).

4.7 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah pemberian arti atau makna pada masing - masing variabel berdasarkan karakteristik masing-masing variabel untuk kepentingan akurasi , komunikasi, dan replikasi agar memberikan pemahaman yang sama kepada setiap orang mengenai variabel-variabel yang dirumuskan dalam suatu penelitian.

Tabel 4.2 Defiisi operasional Analisis Perilaku Keluarga tentang Pencegahan Demam Chikungunya dengan Pendekatan Teori *Health Belief Model* di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek

Variabel	Definisi Operasio-nal	Parameter	Alat Ukur	Skal a	Skor
Independen					
Kerentanan yang dirasakan (<i>perceived susceptibility</i>)	Persepsi kepala keluarga tentang kerentanan keluarga terserang chikungunya	<ol style="list-style-type: none"> Riwayat kesehatan keluarga Pembanding dengan keluarga lain Kebiasaan anggota kelurga 	Kue-sioner	Ordi nal	Untuk pertanyaan no 1- 4 Jawaban pernyataan positif SS = Sangat setuju skor 4 S = Setuju skor 3 TS = Tidak setuju skor 3 STS = Sangat Tidak Setuju skor 1 Jawaban Pernyataan Negatif SS=skor 1 S=skor 2 TS=Skor 3 STS=skor 4 Dengan kriteria sebagai berikut : $T \geq \text{Median } T$: persepsi kerentanan

						tinggi $T \leq \text{Median data} =$ persepsi kerentanan rendah
Independen						
Keseriusan yang dirasakan (<i>perceived seriousness</i>)	Pemahaman kepala keluarga tentang berat/ringannya penyakit chikungunya yang diderita/pernah diderita anggota keluarga	1. Persepsi keluarga terhadap orang lain yang menderita chikungunya	Kuesioner	Ordinal	Untuk pertanyaan no 1-8 Jawaban Jawaban SS = Sangat setuju skor 4 S = Setuju skor 3 TS = Tidak setuju skor 2 STS = Sangat Tidak Setuju skor 1	Dengan kriteria sebagai berikut : $T \geq \text{Median T} :$ persepsi keseriusan tinggi $T \leq \text{Median data} =$ persepsi keseriusan rendah
Independen						
Manfaat yang dirasakan (<i>perceived benefit</i>)	Manfaat yang dirasakan kepala keluarga dalam mengambil tindakan kesehatan/praktik pencegahan chikungunya	1. Manfaat pemeliharaan kesehatan secara umum 2. Manfaat pencegahan chikungunya	Kuesioner	Ordinal	Untuk pertanyaan no 1-16 Jawaban pernyataan positif SS = Sangat setuju skor 4 S = Setuju skor 3 TS = Tidak setuju skor 3 STS = Sangat Tidak Setuju skor 1 Jawaban Pernyataan Negatif : SS=skor 1 S=skor 2	

			TS=Skor 3 STS=skor 4 Dengan kriteria sebagai berikut : $T \geq \text{Median } T$: persepsi manfaat tinggi $T \leq \text{Median data}$ = persepsi manfaat rendah
<hr/>			
Independen			
Rintangan yang dialami (<i>perceived barriers</i>)	Persepsi keluarga mengenai rintangan yang dialami dalam melakukan pencegahan chikungunya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengorbanan biaya 2. Pengorbanan waktu 3. Pengorbanan tenaga 4. Ketidaknyamanan 	Untuk pertanyaan no 1-6 Jawaban SS = Sangat setuju skor 4 S = Setuju skor 3 TS = Tidak setuju skor 3 STS = Sangat Tidak Setuju skor 1 Dengan kriteria sebagai berikut : $T \geq \text{median data}$ = persepsi rintangan tinggi $T \leq \text{median data}$ = persepsi rintangan rendah

Independen					
Pendorong untuk bertindak (<i>cues to action</i>)	Pendapat kepala keluarga tentang alasan pemicu keluarga melakukan tindakan pencegahan/ tidak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pendorong untuk bertindak 2. Alasan menggunakan pendorong tersebut 	Kuesioner	Nominal	<p>Jawaban pertanyaan no 1 Ya : skor 1 Tidak : skor 0</p> <p>Untuk pertanyaan no 2,3 setiap jawaban diberi kode 1</p>
Independen.					
Persepsi keberhasilan tindakan yang dilakukan (<i>perceived self-efficacy</i>)	Pendapat kepala keluarga tentang keberhasilan tindakan pencegahan chikungunya terhadap status kesehatan keluarga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepercayaan kepala keluarga bisa mengatasi problem kesehatan 2. Keyakinan kemampuan kepala keluarga mengatasi hambatan tindakan pencegahan chikungunya 	Kuesioner	Ordinal	<p>Untuk pertanyaan no 1-10 Jawaban SS = Sangat setuju skor 4 S = Setuju skor 3 TS = Tidak setuju skor 3 STS = Sangat Tidak Setuju skor 1 Dengan kriteria sebagai berikut : $T \geq \text{median data} =$ persepsi keberhasilan tindakan tinggi $T \leq \text{median data} =$ persepsi keberhasilan tindakan rendah</p>
Dependen:					
Tindakan Keluarga dalam pencegahan chikungunya	Bagaimana keluarga bertindak untuk mencegah ancaman terjadi chikungunya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan proteksi meminimalisir populasi vektor 2. Tindakan pencegahan kontak vektor-pasien 	Kuesioner	Ordinal	<p>Untuk pertanyaan no 1-15 Jawaban Tidak pernah , skor 1 Kadang-kadang skor 2 Sering skor 3 Selalu skor 4</p>

Dengan kriteria sebagai berikut :
 Pencegahan baik: 76-100%
 Pencegahan cukup :56-75%
 Pencegahan kurang : \leq 55%

4. 8 Prosedur Pengumpulan Data dan Pengolahan Data

4.8.1 Instrumen penelitian

Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner dalam penelitian ini berdasarkan teori *Health Belief Model* menurut Rosenstock dan Strecher (1982) yang telah dimodifikasi oleh penulis. Untuk variabel persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*), persepsi keseriusan (*perceived seriousness*), persepsi manfaat (*perceived benefit*), persepsi halangan (*perceived barriers*) dan pendorong untuk bertindak (*cues to action*) diambil berdasarkan *the health belief model: a decade later* oleh Janz dan Becker (1984), *Reliability of Health Belief indexes: Confirmatory Factor analysis in sex, race, and Subgroups* oleh Weissfeld et al (1987), *The Structure and Reability of Health Belief Indices* oleh Jette et al (1981), dan *Chikungunya on Reunion Island : Social, Environmental and Behaviorl Factor in an Epidemic Context* oleh Setborn dan Raude (2008). Untuk kuesioner persepsi keberhasilan dalam bertindak (*self efficacy*) diambil berdasarkan *General Self Efficacy Scale* oleh Born et al (1995). Sedangkan untuk tindakan pencegahan chikungunya yang dilakukan diambil berdasarkan *Guidelines for Prevention and Control of Chikungunya Fever* oleh WHO (2009) dan *Guidelines of management of Chikungunya Fever* oleh WHO (2008),. Kuesioner ini terdiri dari 73 pernyataan yang terdiri dari 10 pernyataan untuk

karakteristik umum responden dan 63 pertanyaan jenis *close ended multiple choice questions*. 57 pertanyaan untuk variabel independen yaitu variabel persepsi kepala keluarga dan pendorong tindakan pencegahan chikungunya berdasarkan *health belief model* meliputi, variabel kerentanan (*perceived susceptibility*) yang dirasakan kepala keluarga terdiri dari 4 pertanyaan, variabel keseriusan (*perceived seriousness*) yang dirasakan oleh kepala keluarga tentang chikungunya terdiri dari 8 pertanyaan, variabel manfaat (*perceived benefit*) yang dirasakan kepala keluarga terdiri dari 16 pertanyaan, variabel rintangan yang dirasakan kepala keluarga dalam pencegahan chikungunya 3 pertanyaan, variabel keyakinan keberhasilan tindakan (*perceived self efficacy*) yang terdiri dari 10 pertanyaan dan faktor pendorong (*cues to action*) bagi kepala keluarga yang terdiri dari 3 pertanyaan. Pertanyaan untuk variabel dependen yaitu tindakan keluarga dalam pencegahan chikungunya di desa Karanggandu sebanyak 16 pertanyaan.

4.8.2 Lokasi dan waktu penelitian.

Lokasi penelitian ini adalah desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek. Pengambilan data kuesioner dilakukan di masing-masing rumah penduduk pada minggu ketiga bulan Juni sampai dengan minggu ketiga bulan Juli 2010.

4.8.3 Prosedur pengumpulan data.

Peneliti melakukan pengumpulan data pertama melalui kuesioner yang diberikan kepada kepala keluarga yang salah satu atau lebih anggota keluarganya menderita chikungunya di desa Karanggandu kecamatan Watulimo kabupaten Trenggalek. Langkah selanjutnya adalah menjelaskan tujuan dan langkah dari

penelitian serta memberikan surat persetujuan (*inform consent*) menjadi responden penelitian untuk ditandatangani.

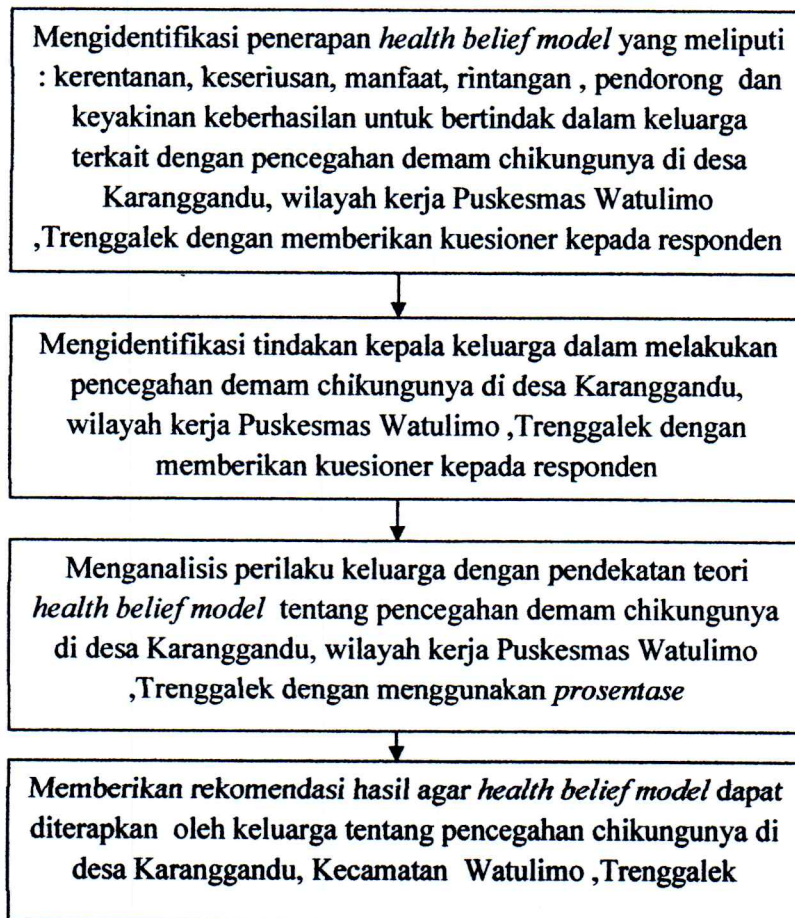
Setelah responden menyetujui *informed consent*. Keluarga diminta untuk mengisi sendiri biodata atau data demografi dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang telah tertulis dalam kuesioner yang diberikan. Peneliti akan memberikan kuesioner kepada responden dengan cara melakukan kunjungan ke rumah keluarga yang menjadi responden (*door to door*) kemudian menemani responden dalam pengisian kuesioner dan jika ada pertanyaan yang tidak dimengerti responden maka peneliti yang akan membantu responden dalam pengisian kuesioner. Kuesioner untuk mengukur perilaku keluarga tentang pencegahan chikungunya di desa Karanggandu Wilayah kerja puskesmas Watulimo kabupaten Trenggalek menggunakan skala Likert. Perilaku yang diukur dalam keluarga tersebut meliputi:

- 1) Faktor kerentanan (*perceived susceptibility*) yang dirasakan keluarga tentang chikungunya terdiri dari 4 pertanyaan jenis *close ended multiple choice questions*.
- 2) Faktor keseriusan (*perceived seriousness*) yang dirasakan keluarga tentang chikungunya terdiri dari 8 pertanyaan jenis *close ended multiple choice questions*
- 3) Faktor manfaat (*perceived benefit*) yang dirasakan keluarga terdiri dari 16 pertanyaan jenis *close ended multiple choice questions*
- 4) Rintangan (*perceived barriers*) yang dirasakan keluarga terdiri dari 16 pertanyaan jenis *close ended multiple choice questions*

- 5) Faktor pendorong (*cues to action*) bagi keluarga terdiri dari 3 pertanyaan jenis *close ended multiple choice questions*
- 6) Faktor keyakinan keberhasilan tindakan yang dilakukan (*perceived self-efficacy*) terdiri dari 10 pernyataan jenis *close ended multiple choice questions*.
- 7) Tindakan keluarga dalam pencegahan chikungunya terdiri dari 16 pertanyaan jenis *close ended multiple choice questions*

4.9 Kerangka Kerja Penelitian (*Frame Work*)

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian (*Frame Work*) Analisis Perilaku Kepala Keluarga dengan Pendekatan Teori *Health Belief Model* tentang Pencegahan Demam Chikungunya di desa Karanggandu, Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek

4.10. Tabulasi Data

1) Data Karakteristik umum

- a. Identifikasi responden dengan langkah awal memberikan *informed consent* untuk ditandatangani oleh responden yang memenuhi kriteria inklusi
- b. Memberikan angket kuesioner kepada responden . Responden diminta untuk memberikan jawaban yang sesuai.
- c. Setelah pengisian kuesioner selesai, maka selanjutnya dilakukan pengecekan yang dimaksudkan untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah lengkap atau masih kurang
- d. Setelah data terkumpul, maka langkah selanjutnya adalah pengolahan data dengan cara mentabulasikan data untuk mengetahui karakteristik responden yang disajikan dalam bentuk diagram atau narasi.

Termasuk dalam kegiatan tabulasi ini antara lain:

- a. Memberikan skor (*scoring*) terhadap item-item yang perlu diberikan skor
- b. Memberikan kode terhadap item yang tidak perlu diberi skor
 - a) Jenis Kelamin

Laki – laki	: diberi kode 1
Perempuan	: diberi kode 2
 - b) Umur

< 20 tahun	: diberi kode 1
20-30 tahun	: diberi kode 2
31-40 tahun	: diberi kode 3
41-50 tahun	: diberi kode 4
51-60 tahun	: diberi kode 5
≥ 60 tahun	: diberi kode 6
 - c) Posisi dalam keluarga

Suami	: diberi kode 1
Istri	: diberi kode 2
Lain-lain	: diberi kode 3

- d) Agama/kepercayaan
- | | |
|-------------------|-----------------|
| Islam | : diberi kode 1 |
| Kristen Protestan | : diberi kode 2 |
| Kristen Katolik | : diberi kode 3 |
| Hindu | : diberi kode 4 |
| Budha | : diberi kode 5 |
- e) Pendidikan tertinggi
- | | |
|------------------------|-----------------|
| Tidak pernah sekolah | : diberi kode 1 |
| Tidak tamat SD | : diberi kode 2 |
| Tamat SD | : diberi kode 3 |
| Tamat SLTP | : diberi kode 4 |
| Tamat SLTA | : diberi kode 5 |
| Tamat Perguruan Tinggi | : diberi kode 6 |
- f) Jumlah anggota keluarga dalam satu rumah
- | | |
|-----------|-----------------|
| 2 orang | : diberi kode 1 |
| 3 orang | : diberi kode 2 |
| 4 orang | : diberi kode 3 |
| > 4 orang | : diberi kode 4 |
- g) Pekerjaan Utama
- | | |
|---------------------|-----------------|
| Nelayan | : diberi kode 1 |
| Petani | : diberi kode 2 |
| Wiraswasta/pedagang | : diberi kode 3 |
| PNS | : diberi kode 4 |
| TNI/POLRI | : diberi kode 5 |
| Lain-Lain | : diberi kode 6 |
- h) Penghasilan kepala keluarga per bulan
- | | |
|-------------------------|-----------------|
| < Rp. 400.000 | : diberi kode 1 |
| Rp. 400.000 - <700.000 | : diberi kode 2 |
| Rp. 700.000 - 1.000.000 | : diberi kode 3 |
| > Rp. 1.000.000 | : diberi kode |
- 2) Data kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)
- a. Identifikasi responden dengan langkah awal memberikan *informed consent* untuk ditandatangani oleh responden yang memenuhi kriteria inklusi

- b. Memberikan angket kuesioner kepada responden dengan menggunakan *close ended multiple choice question*. Responden diminta untuk memilih jawaban yang sesuai.
- c. Setelah pengisian kuesioner selesai, maka selanjutnya dilakukan pengecekan yang dimaksudkan untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah lengkap atau masih kurang
- d. Setelah data terkumpul, maka langkah selanjutnya adalah pengolahan data dengan cara : masing-masing jawaban responden pada kuesioner no 1-4 yang merupakan pernyataan positif dengan jawaban sangat setuju (SS) diberi skor 4, setuju (S) skor 3, tidak setuju (TS) skor 2 dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 1. Setelah itu dihitung dengan rumus :

$$T = 50 + 10 \frac{\sum (X - \bar{X})}{SD}$$

$$SD = \frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N-1} \quad (\text{Azwar, 2003})$$

Dimana: T = nilai persepsi
 X = skor responden
 \bar{X} = nilai rata-rata kelompok
 SD = Standar Deviasi

- 1) Nilai $T \geq \text{Med } T$, berarti subjek mempunyai persepsi kerentanan yang tinggi
- 2) Nilai $T \leq \text{Med } T$, berarti subjek mempunyai persepsi kerentanan yang rendah

- 3) Data keseriusan yang dirasakan keluarga (*perceived seriousness*)
- Identifikasi responden dengan langkah awal memberikan *informed consent* untuk ditandatangani oleh responden yang memenuhi kriteria inklusi
 - Memberikan angket kuesioner kepada responden dengan menggunakan *close ended multiple choice question*. Responden diminta untuk memilih jawaban yang sesuai.
 - Setelah pengisian kuesioner selesai, maka selanjutnya dilakukan pengecekan yang dimaksudkan untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah lengkap atau masih kurang
 - Setelah data terkumpul, maka langkah selanjutnya adalah pengolahan data dengan cara : masing-masing jawaban responden pada kuesioner no 1-8 adalah bentuk pernyataan positif sehingga setiap jawaban sangat setuju (SS) diberi skor 4, setuju (S) skor 3, , tidak setuju (TS) skor 2 dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 1. Setelah itu dihitung dengan rumus :

$$T = 50 + 10 \frac{X - \bar{X}}{SD}$$

$$SD = \frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N} \quad (\text{Azwar, 2003})$$

- Dimana: T = nilai persepsi
 X = skor responden
 \bar{X} = nilai rata-rata kelompok
 SD = Standar Deviasi (simpangan baku)

- 3) Nilai $T \geq \text{Med } T$, berarti subjek mempunyai persepsi keseriusan tinggi.
 4) Nilai $T \leq \text{Med } T$, berarti subjek mempunyai persepsi keseriusan rendah

- 4) Data manfaat yang dirasakan (*perceived benefit*)
- Identifikasi responden dengan langkah awal memberikan *informed consent* untuk ditandatangani oleh responden yang memenuhi kriteria inklusi
 - Memberikan angket kuesioner kepada responden dengan menggunakan *close ended multiple choice question*. Responden diminta untuk memilih jawaban yang sesuai.
 - Setelah pengisian kuesioner selesai, maka selanjutnya dilakukan pengecekan yang dimaksudkan untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah lengkap atau masih kurang
 - Setelah data terkumpul, maka langkah selanjutnya adalah pengolahan data dengan cara : masing-masing jawaban responden pada kuesioner no 1,2,3,4,5,6,7,8,,10,11, 12, 13,15 yang merupakan pernyataan positif maka setiap jawaban sangat setuju (SS) diberi skor 4, setuju (S) skor 3, , tidak setuju (TS) skor 2 dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 1.Sedangkan pernyataan negatif no 9,14, 16 setiap jawaban sangat setuju (SS) diberi skor 1, setuju (S) skor 2, , tidak setuju (TS) skor 3 dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 4. Setelah itu dihitung berapa total skor yang didapat dengan kriteria :

$$T = 50 + 10 \frac{\sum (X - \bar{X})}{SD}$$

$$SD = \frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N-1} \quad (\text{Azwar, 2003})$$

Dimana: T = nilai persepsi

X = skor responden

\bar{X} = nilai rata-rata kelompok

SD = Standar Deviasi

- 5) Nilai $T \geq \text{Med } T$, berarti subjek mempunyai persepsi manfaat tinggi.
 - 6) Nilai $T \leq \text{Med } T$, berarti subjek mempunyai persepsi manfaat yang rendah
- 5) Data rintangan yang dialami keluarga (*perceiver barriers*)
- a. Identifikasi responden dengan langkah awal memberikan *informed consent* untuk ditandatangani oleh responden yang memenuhi kriteria inklusi
 - b. Memberikan angket kuesioner kepada responden dengan menggunakan *close ended multiple choice question*. Responden diminta untuk memilih jawaban yang sesuai.
 - c. Setelah pengisian kuesioner selesai, maka selanjutnya dilakukan pengecekan yang dimaksudkan untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah lengkap atau masih kurang
 - d. Setelah data terkumpul, maka langkah selanjutnya adalah pengolahan data dengan cara : jawaban responden pada kuesioner no 1,3,4,5 merupakan pernyataan positif sangat setuju (SS) diberi skor 4, setuju (S) skor3, tidak setuju (TS) skor 2 dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 1, sedangkan jawaban no 2 dan 6 yang merupakan pernyataan negatif , setiap jawaban sangat setuju (SS) diberi skor 1, setuju (S) skor 2, tidak setuju (TS) skor 3 dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 4. Setelah itu dihitung dengan menggunakan rumus

$$T = 50 + 10 \frac{\sum (X - \bar{X})}{SD}$$

$$SD = \frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N-1} \quad (\text{Azwar, 2003})$$

Dimana: T = nilai persepsi
 X = skor responden
 \bar{X} = nilai rata-rata kelompok
 S = Standar Deviasi

- a) Nilai $T \geq \text{Med } T$, berarti subjek mempunyai persepsi halangan tinggi.
- b) Nilai $T \leq \text{Med } T$, berarti subjek mempunyai persepsi halangan yang rendah
- 6) Data faktor pendorong untuk bertindak
 - a. Identifikasi responden dengan langkah awal memberikan informed consent untuk ditandatangani oleh responden yang memenuhi kriteria inklusi
 - b. Memberikan angket kepada responden tentang faktor pendorong keluarga dalam pencegahan chikungunya menggunakan close ended question. Responden diminta memberikan jawaban yang sesuai.
 - c. Setelah pengisian kuesioner selesai, maka selanjutnya dilakukan pengecekan yang dimaksudkan untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah lengkap atau masih kurang
 - d. Setelah data terkumpul, maka selanjutnya adalah pengolahan data menggunakan yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi dengan cara:
 - e. Jawaban pada responden no 1, untuk jawaban "ya" diberi skor 1, dan untuk jawaban "tidak", diberi skor 0. Jawaban untuk no 2, apabila menjawab item media massa diberi kode 1, membca sendiri diberi kode 2, teman atau tetangga diberi kode 3, petugas kesehatan diberi kode 4. Sedangkan untuk

pertanyaan no 3, apabila "menjawab "sesuai dengan kenyataan" diberi kode 1 dan "merupakan media atau pihak yang sudah terpercaya" diberi kode 2.

- 7) Data persepsi keberhasilan tindakan yang dilakukan (*perceived self-efficacy*)
- Identifikasi responden dengan langkah awal memberikan *informed consent* untuk ditandatangani oleh responden yang memenuhi kriteria inklusi
 - Memberikan angket kepada responden tentang faktor pendorong keluarga dalam pencegahan chikungunya menggunakan *close ended question*. Responden diminta memberikan jawaban yang sesuai.
 - Setelah pengisian kuesioner selesai, maka selanjutnya dilakukan pengecekan yang dimaksudkan untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah lengkap atau masih kurang
 - Setelah data terkumpul, maka langkah selanjutnya adalah pengolahan data dengan cara : jawaban responden pada kuesioner no 1-10 merupakan pernyataan positif sangat setuju (SS) diberi skor 4, setuju (S) skor3, tidak setuju (TS) skor 2 dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 1, Setelah itu dihitung dengan menggunakan rumus

$$T = 50 + 10 \frac{X - \bar{X}}{SD}$$

$$SD = \frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N-1} \quad (\text{Azwar, 2003})$$

- Dimana:
- T = nilai persepsi
 - X = skor responden
 - \bar{X} = nilai rata-rata kelompok
 - SD = Standar Deviasi

- 7) Nilai $T \geq \text{Med } T$, berarti subjek mempunyai persepsi keberhasilan yang tinggi.
- 8) Nilai $T \leq \text{Med } T$, berarti subjek mempunyai sikap persepsi keberhasilan yang rendah.
- 8) Data tindakan yang dilakukan kepala keluarga dalam pencegahan chikungunya
- Identifikasi responden dengan langkah awal memberikan *informed consent* untuk ditandatangani oleh responden yang memenuhi kriteria inklusi
 - Memberikan angket kepada responden tentang tindakan yang dilakukan keluarga dalam pencegahan chikungunya menggunakan *close ended multiple choice question*. Responden diminta memberikan jawaban yang sesuai.
 - Setelah pengisian kuesioner selesai, maka selanjutnya dilakukan pengecekan yang dimaksudkan untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah lengkap atau masih kurang
 - Setelah data terkumpul, masing-masing jawaban responden pada kuesioner no 1-16, masing-masing jawaban untuk pilihan jawaban tidak pernah diberi skor 1, kadang-kadang diberi skor 2, sering diberi skor 3 dan selalu diberi skor 4. Setelah itu dihitung dengan menggunakan rumus :

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

(Arikunto, 2006)

- Dimana: P = Prosentase
- F = Jumlah jawaban yang benar
- N = Jumlah skor maksimal

Hasil dari perhitungan tersebut diinterpretasikan dengan kriteria sebagai berikut:

Tinggi :76-100% (skor:49-64)

Sedang :56-75% (skor:36 -48)

Rendah :≤ 56% (skor:≤ 36)

4.11 Analisis Data

Data kuantitatif yang tersedia akan diolah dan dianalisis. Analisis tersebut dihasilkan tabel-tabel frekuensi dan diagram untuk memberikan gambaran secara umum mengenai semua variabel yang diteliti dengan menggunakan distribusi frekuensi dan prosentase dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{Sp}{Sn} \times 100\%$$

(Arikunto, 2006)

Keterangan : P= Prosentase

Sp= Nilai yang didapat

Sn= Nilai dari keseluruhan

Apabila nilai sudah diubah dalam skala prosentase, maka dicocokkan dengan nilai yang akan dikategorikan untuk mengelompokkan data.

Setelah mengetahui nilai variabel dan mengelompokkan data, maka hasil pada masing-masing variabel dependen ditabulasi silang dengan variabel independen menggunakan perangkat lunak (*software*) komputer.

4.11 Etika Penelitian

Masalah etika pada penelitian yang menggunakan subjek manusia menjadi isu sentral yang berkembang saat ini. Pada penelitian ilmu keperawatan, karena hampir 90% subjek yang dipergunakan adalah manusia, maka peneliti harus

memahami prinsip – prinsip etika penelitian. Jika hal ini dilaksanakan, maka akan melanggar hak-hak (otonomi) manusia yang kebetulan sebagai klien. Peneliti yang sekaligus juga perawat, sering memperlakukan subjek peneliti seperti memperlakukan kliennya, sehingga subjek harus menurut semua anjuran yang diberikan. Padahal pada kenyataannya, hal ini sangat bertentangan dengan prinsip – prinsi etika penelitian. (Nursalam, 2008)

4.7.1 Lembar persetujuan menjadi reponden (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan. Lembar kesediaan menjadi responden diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi. Bila menolak, maka peneliti tidak memaks dan tetap menghormati hak - hak responden.

4.7.1 Tanpa nama (*Anomity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas, peneliti tidak akan mencantumkan nama pada data demografi maupun kuesioner. Data tersebut haya diberi kode nomor tertentu.

4.7.2 Kerahasiaan

Kerahasiaan informasi resonden penelitian yang telah dikumpulkan dari responden dijamin oleh peneliti. Hanya data-data tertentu saja yang berhubungan dengan penelitian ini yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian meliputi mengenai gambaran umum mengenai lokasi penelitian, gambaran data umum responden (usia, pendidikan, pekerjaan) dan data khusus subvariabel *health belief model* yang meliputi persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*), persepsi keseriusan (*perceived seriousness*), persepsi manfaat (*perceived benefit*), persepsi halangan (*perceived barriers*), persepsi keberhasilan (*perceived self-efficacy*), pendorong untuk bertindak (*cues to action*) dan tindakan pencegahan chikungunya .

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di desa Karanggandu, Kecamatan Watulimo, Kabupaten Trenggalek. Berdasarkan data desa Karanggandu tahun 2009 didapatkan bahwa jumlah penduduk di desa Karanggandu sebanyak 6466 jiwa, terdiri dari laki-laki 2816 jiwa dan wanita 3650 jiwa, sedangkan jumlah kepala keluarga di desa Karanggandu adalah 2203 jiwa. Letak Demografi desa Karanggandu terletak pada daerah pegunungan yang juga dekat dengan pantai. Oleh karena itu mata pencaharian penduduk desa Karanggandu ini sebagian besar adalah petani ladang dan sedikit nelayan.

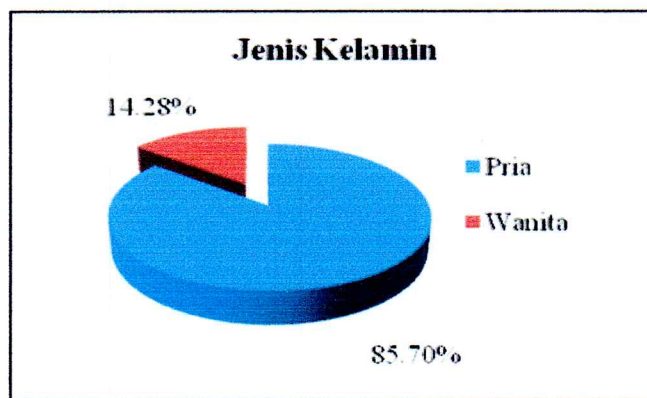
Program puskesmas Watulimo terkait chikungunya di desa Karanggandu adalah pelaksanaan *fogging*, Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dan abatisasi. *Fogging* dilakukan apabila terdapat laporan adanya kejadian luar biasa/wabah

pada desa di unit kerja Puskesmas Watulimo. Sampai saat ini program pemberantasan chikungunya yang sudah terlaksana adalah *fogging* , sedangkan untuk pemberantasan sarang nyamuk dan abatisasi sendiri belum dilakukan secara rutin.

5.1.2 Karakteristik umum responden

Karakteristik umum responden menguraikan tentang jenis kelamin, umur, status responden dalam keluarga , agama, pendidikan tertinggi, pekerjaan, jumlah anggota keluarga dalam satu rumah dan penghasilan responden perbulan.

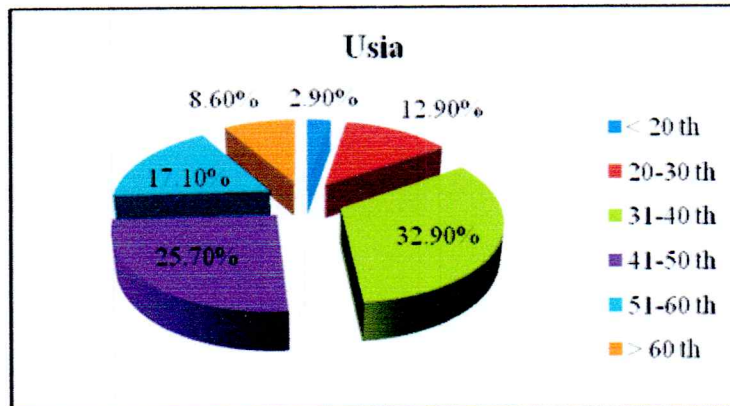
1. Jenis kelamin responden



Gambar 5.1 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin di Desa Karanggandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.

Jenis kelamin terbesar berdasarkan diagram diatas adalah pria yaitu sebesar 85,7%. Menurut Major (1993) dalam Baron dan Byrne (2008) , peran gender tradisional memiliki pengaruh yang besar yang kuat terhadap cara pria dan wanita berperilaku dalam rumah tangga.

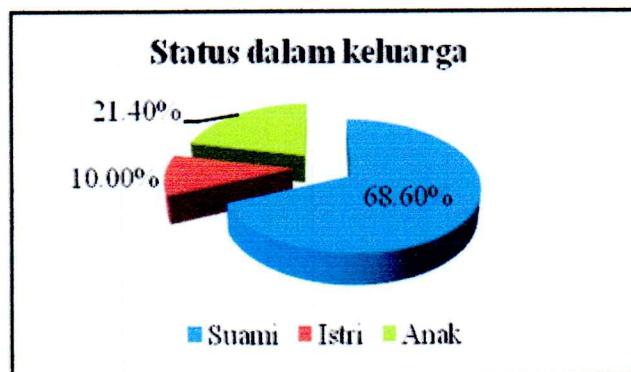
2. Usia responden



Gambar 5.2 Distribusi Responden berdasarkan Usia di Desa Karanggandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.

Menurut Ojha dan Pramaniks (2009), pada usia dewasa muda/*early middle* (41-50 th) dan *late young* (31-40 th) memiliki tingkat aktualisasi diri yang tinggi sehingga mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan.

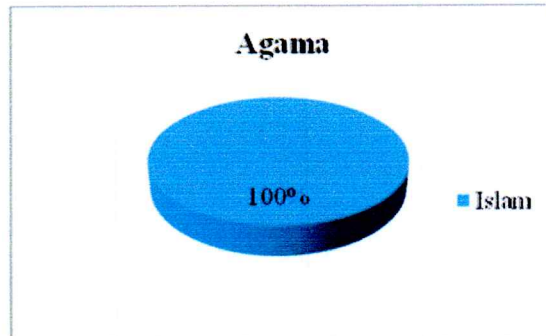
3. Status dalam keluarga



Gambar 5.3 Distribusi Responden berdasarkan Status dalam Keluarga di Desa Karanggandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.

Status kepala keluarga terbesar adalah sebagai suami dalam keluarga (68,6 %). Menurut Gelles dan Levine (1999), pada perspektif sosiologi, peran suami dan istri menempati posisi utama sebagai pemberi instruksi yang mengatur dan mempengaruhi sikap dan perilaku orang lain.

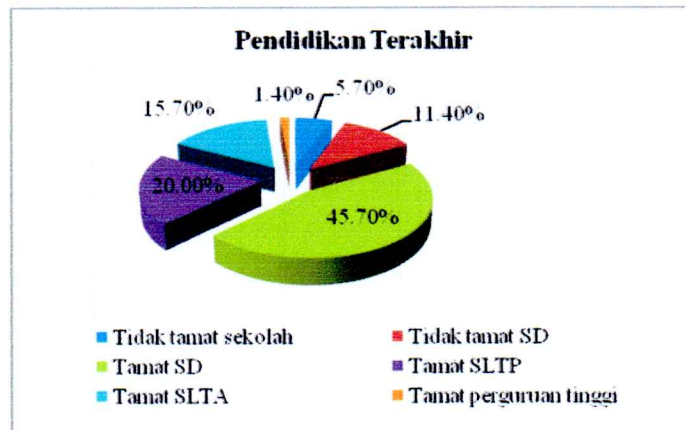
4. Agama



Gambar 5.4 Distribusi Responden berdasarkan Agama di Desa Karanggandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.

Seluruh responden penelitian adalah beragama islam. Menurut Sudarma (2008), pada sisi normatif, agama memberikan ajaran atau panduan tentang pentingnya menjaga kesehatan, sedangkan pada sisi perilaku nyata masih ada penganut agama yang tidak memperhatikan aspek kesehatan.

5. Pendidikan

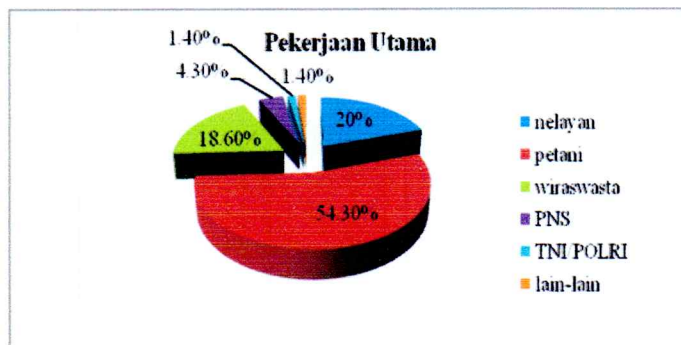


Gambar 5.5 Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan Terakhir di Desa Karanggandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.

Tingkat pendidikan terbanyak menurut data diatas adalah tamat SD yaitu sebanyak 45,7%. Menurut Cutler dan Lieras-Muney (2009), tingkat pendidikan

berpengaruh positif dengan perilaku kesehatan. Semakin tinggi pendidikan, maka semakin tinggi perilaku pencegahan dan perilaku kontrol resiko.

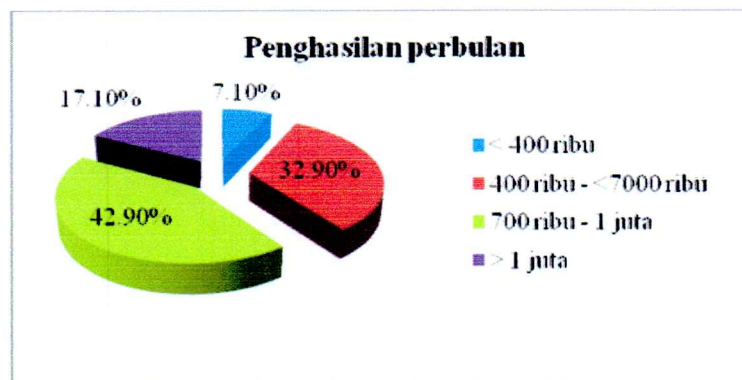
6. Pekerjaan



Gambar 5.6 Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan Utama di Desa Karangandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.

Pekerjaan utama terbesar berdasarkan data diatas adalah petani (54,3%). Menurut Ganzeboom, dkk (1992), petani sering diasumsikan sebagai status pekerjaan dengan skala penghasilan dan pendidikan yang rendah. Status pekerjaan yang rendah secara konsisten berhubungan dengan resiko kesehatan yang kurang.

7. Penghasilan



Gambar 5.7 Distribusi Responden berdasarkan Penghasilan Perbulan di Desa Karangandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek Juni 2010.

Prosentase terbesar penghasilan perbulan responden berdasarkan diagram pie diatas adalah 700 ribu – 1 juta rupiah. Menurut Phelan dan Bruce (2003),

kemampuan seseorang untuk menghindari resiko dan meminimalisir terjadinya penyakit dengan kaitannya dengan sumber penghasilan berhubungan langsung pada status sosioekonomi dan penyebab pokok dari penyakit tersebut.

5.1.3 Data variabel yang diteliti.

1. Identifikasi persepsi kerentanan kepala keluarga (*perceived susceptibility*)



Gambar 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Kerentanan Kepala Keluarga tentang Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.

Sebagian besar data persepsi kerentanan menurut data diatas adalah persepsi kerantanan tinggi sebanyak 42 responden (60%). Suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut (Notoatmodjo, 2007)

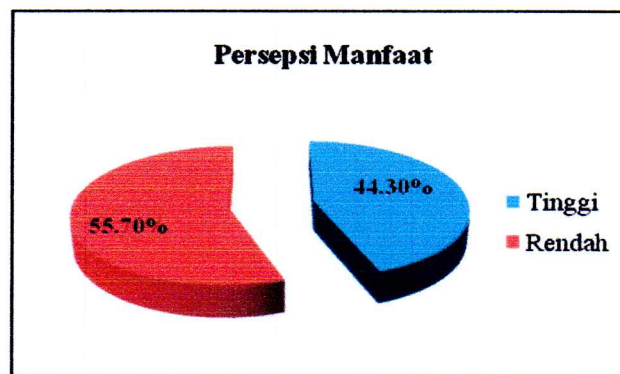
2. Identifikasi persepsi keseriusan kepala keluarga (*perceived seiousness*)



Gambar 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Keseriusan Kepala Keluarga tentang Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.

Sebagian besar kepala keluarga menurut diagram pie diatas mempunyai persepsi keseriusan tinggi yaitu sebanyak 52 responden (74%). Menurut Sarwono (2004), ancaman akan mendorong individu untuk melakukan tindakan pencegahan atau penyembuhan penyakit.

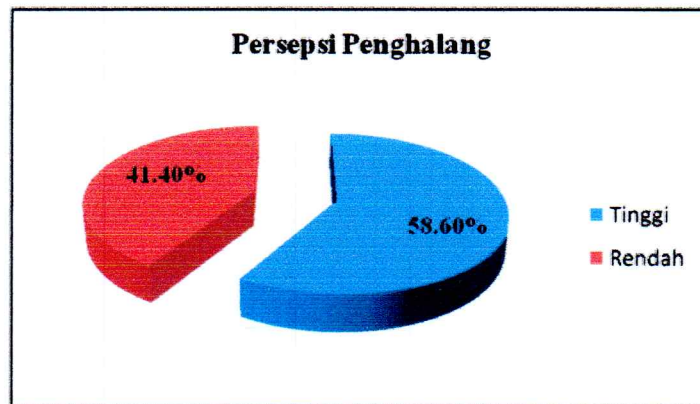
3. Identifikasi manfaat yang dirasakan kepala keluarga (*perceived benefit*)



Gambar 5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Manfaat oleh Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.

Sebagian besar responden berdasarkan diagram pie diatas mempunyai persepsi manfaat yang rendah tentang pencegahan chikungunya yaitu sebanyak 39 orang (55,7%). Seseorang akan melaksanakan tindakan apabila percaya akan adanya manfaat yang dihasilkan dari tindakan yang dilakukan (Edlin dan Golanty, 2010).

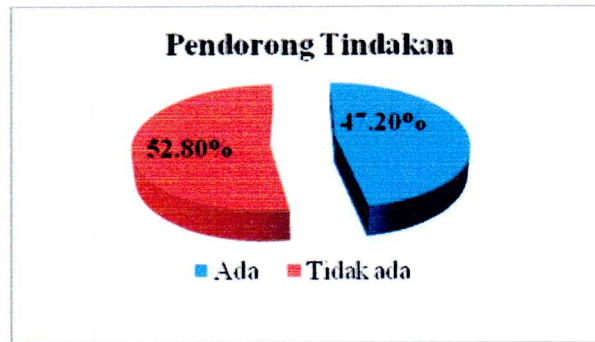
4. Identifikasi persepsi penghalang (*perceived barriers*) oleh kepala keluarga tentang pencegahan chikungunya.



Gambar 5.11 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Penghalang oleh Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.

Sebagian besar responden berdasarkan data diatas mempunyai persepsi penghalang yang tinggi tentang pencegahan chikungunya yaitu sebanyak 41 orang (58,6%). Apabila seseorang mempunyai persepsi penghalang yang lebih besar, maka perilaku yang dilakukan cenderung sedikit atau tidak ada (Niven, 2002).

5. Identifikasi faktor pendorong untuk bertindak (*cues to action*)



Gambar 5.12 Distribusi Responden Berdasarkan Pendorong Tindakan oleh Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.

Sebagian besar responden berdasarkan diagram diatas tidak mempunyai pendorong untuk bertindak yaitu sebanyak 37 orang (52,8%). Sumber informasi bagi responden yang mempunyai pendorong untuk bertindak ditunjukkan pada tabel 5.1 dibawah ini:

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Sumber Informasi yang Dipakai Responden untuk Pengambilan Keputusan tentang Tindakan Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010

Sumber Informasi	Frekuensi	Prosentase
Media massa (TV, surat kabar,internet,majalah)	3	9,09%
Membaca sendiri buku-buku tentang chikungunya	2	6,06%
Teman atau tetangga	27	81,8%
Petugas kesehatan	1	3,03%
Jumlah	33	100%

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa 27 responden (81,8%) dari 33 kepala keluarga yang merasakan adanya pendorong keputusan tentang tindakan

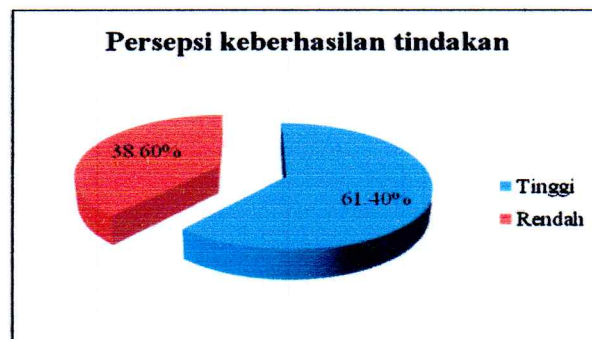
pengecahan chikungunya menyatakan mendapatkan informasi tentang chikungunya dari teman atau tetangga.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Alasan Responden Mempercayai Sumber Informasi dalam Pengambilan Keputusan tentang Tindakan Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010

Alasan Mempercayai Sumber Informasi	Frekuensi	Prosentase
Sesuai dengan kenyataan (tanda dan gejala, keparahan chikungunya)	14	42,4%
Media atau pihak yang sudah terpercaya	19	57,6%
Jumlah	33	100%

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa frekuensi terbesar alasan responden mempercayai sumber informasi dalam mendorong tindakan pencegahan chikungunya adalah karenan sumber tersebut merupakan media atau pihak yang sudah terpercaya oleh responden yaitu sebesar 19 responden (57,6%) dari 33 kepala keluarga yang merasakan adanya pendorong keputusan tentang tindakan pencegahan chikungunya.

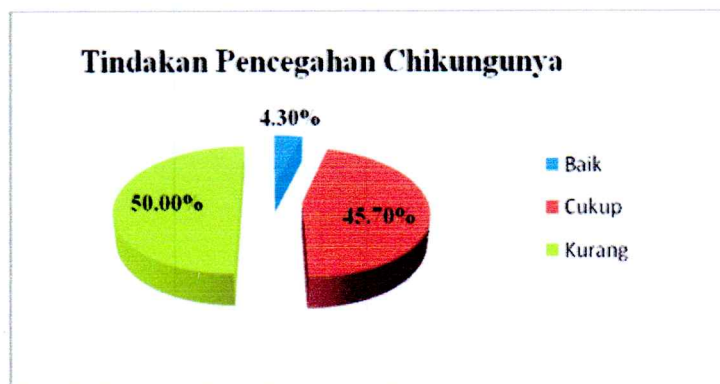
6. Identifikasi persepsi keberhasilan tindakan yang dilakukan (*perceived self-efficacy*) oleh kepala keluarga tentang pencegahan chikungunya.



Gambar 5.13 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Keberhasilan tindakan oleh Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.

Sebagian besar responden mempunyai persepsi keberhasilan tindakan yang tinggi tentang pencegahan chikungunya yaitu sebanyak 43 orang (61,4%). Menurut Bandura (1999) dalam Baron dan Byrne (2008), orang akan bertindak untuk mencapai tujuan apabila ia merasa akan mendapatkan hasil dari tindakannya tersebut, jika ia tidak yakin akan tindakannya tersebut, maka tindakannya cenderung tidak ada atau relatif sedikit.

7. Identifikasi tindakan pencegahan chikungunya oleh kepala keluarga



Gambar 5.14 Distribusi Responden Berdasarkan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek pada Juni 2010.

Sebagian besar tindakan kepala keluarga tentang pencegahan chikungunya berada pada kategori kurang yaitu sebanyak 35 orang (50%). Menurut Kalangie (1994), pada suatu komunitas pedesaan, prioritas perawatan kuratif berada jauh diatas perawatan pencegahan penyakit.

5.1.4 Data persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) yang dirasakan kepala keluarga dalam kaitannya dengan tindakan pencegahan chikungunya.

Hasil tabulasi silang antara persepsi kerentanan chikungunya (*perceived susceptibility*) dan tindakan pencegahan chikungunya oleh kepala keluarga adalah sebagai berikut:

Tabel 5.3 Tabulasi Silang Persepsi Kerentanan dan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek , Juni 2010

Tindakan Pencegahan Chikungunya	Persepsi Kerentanan				Total	
	Tinggi		Rendah		N	%
	n	%	n	%		
Baik	2	4,8	1	3,6	3	4,3
Cukup	19	45,2	13	46,4	32	45,7
Kurang	21	50	14	50	35	50
Total	42	100	28	100	70	100

Sebagian besar responden yang mempunyai persepsi tinggi terhadap kerentanan chikungunya, melaksanakan tindakan pencegahan yang kurang yaitu sebesar 21 responden (50%). Sedangkan responden terbanyak yang mempunyai persepsi kerentanan rendah sebanyak 14 orang, juga mempunyai tindakan pencegahan chikungunya yang kurang (50%).

5.1.5 Data persepsi keseriusan (*perceived seriousness*) yang dirasakan kepala keluarga dalam kaitannya dengan tindakan pencegahan chikungunya.

Hasil tabulasi silang antara persepsi keseriusan chikungunya (*perceived seriousness*) dan tindakan pencegahan chikungunya oleh kepala keluarga adalah sebagai berikut:

Tabel 5.4 Tabulasi Silang Persepsi Keseriusan dan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek , Juni 2010

Tindakan Pencegahan Chikungunya	Persepsi Keseriusan				Total	
	Tinggi		Rendah		N	%
	n	%	n	%		
Baik	2	4,8	1	2,8	3	4,3
Cukup	23	44,2	9	50	32	45,7
Kurang	27	51,9	8	44,5	35	50
Total	52	100	18	100	70	100

Sebagian besar responden yang mempunyai persepsi tinggi terhadap keseriusan chikungunya, melaksanakan tindakan pencegahan yang kurang yaitu sebesar 27 responden (51,9%).

5.1.6 Data persepsi manfaat (*perceived benefit*) yang dirasakan oleh kepala keluarga dalam kaitannya dengan tindakan pencegahan chikungunya.

Hasil tabulasi silang antara persepsi manfaat pencegahan chikungunya (*perceived benefit*) dan tindakan pencegahan chikungunya oleh kepala keluarga adalah sebagai berikut:

Tabel 5.5 Tabulasi Silang Persepsi Keseriusan dan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek , Juni 2010

Tindakan Pencegahan Chikungunya	Persepsi Manfaat				Total	
	Tinggi		Rendah		N	%
	n	%	n	%		
Baik	3	9,6	0	0	3	4,3
Cukup	14	45,2	18	46,2	32	45,7
Kurang	14	45,2	21	53,8	35	50
Total	31	100	39	100	70	100

Sebagian besar kepala keluarga yang mempunyai persepsi tinggi tentang manfaat pencegahan chikungunya mempunyai pelaksanaan tindakan pencegahan cukup dan kurang sebanyak 14 orang (20%) sedangkan kepala keluarga yang

mempunyai persepsi manfaat rendah sebagian besar yaitu sebanyak 21 orang (53,8%) juga mempunyai tindakan pencegahan chikungunya yang kurang.

5.1.7 Data persepsi halangan (*perceived barriers*) yang dirasakan oleh kepala keluarga dalam kaitannya dengan tindakan pencegahan chikungunya.

Hasil tabulasi silang antara persepsi halangan pencegahan chikungunya (*perceived barriers*) dan tindakan pencegahan chikungunya oleh kepala keluarga adalah sebagai berikut:

Tabel 5.6 Tabulasi Silang Persepsi Halangan dan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek, Juni 2010

Tindakan Pencegahan Chikungunya	Persepsi Halangan				Total	
	Tinggi		Rendah		N	%
	n	%	n	%		
Baik	2	4,9	1	3,5	3	4,3
Cukup	15	36,6	17	58,6	32	45,7
Kurang	24	58,5	11	37,9	35	50
Total	41	100	29	100	70	100

Sebagian besar responden yang mempunyai persepsi tinggi terhadap penghalang tindakan pencegahan chikungunya, melaksanakan tindakan pencegahan yang kurang yaitu sebesar 24 responden (58,5%). Sedangkan responden terbanyak yang mempunyai persepsi halangan rendah sebanyak 17 orang (58,6%), mempunyai tindakan pencegahan chikungunya yang cukup.

5.1.8 Data persepsi keberhasilan (*perceived self-efficacy*) yang dirasakan oleh kepala keluarga dalam kaitannya dengan tindakan pencegahan chikungunya.

Hasil tabulasi silang antara persepsi keberhasilan (*perceived self-efficacy*) dan tindakan pencegahan chikungunya oleh kepala keluarga adalah sebagai berikut:

Tabel 5.7 Tabulasi Silang Persepsi Keberhasilan dan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek , Juni 2010

Tindakan Pencegahan Chikungunya	Persepsi Keberhasilan				Total	
	Tinggi		Rendah		N	%
	N	%	n	%		
Baik	3	7	0	0	3	4,3
Cukup	19	44,2	13	48,1	32	45,7
Kurang	21	48,8	14	51,9	35	50
Total	43	100	27	100	70	100

Sebagian responden yang mempunyai persepsi keberhasilan tinggi, melaksanakan tindakan pencegahan yang kurang yaitu sebesar 21 responden (48,8%), sedangkan responden terbanyak yang mempunyai persepsi keberhasilan rendah sebanyak 14 orang (51,9%), juga mempunyai tindakan pencegahan chikungunya yang kurang.

5.1.9 Data pendorong tindakan (*cues to action*) yang dirasakan oleh kepala keluarga dalam kaitannya dengan tindakan pencegahan chikungunya.

Hasil tabulasi silang antara pendorong tindakan (*cues to action*) dan tindakan pencegahan chikungunya oleh kepala keluarga adalah sebagai berikut:

Tabel 5.8 Tabulasi Silang Pendorong Untuk Bertindak dan Tindakan Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek, Juni 2010

Tindakan Pencegahan Chikungunya	Pendorong Tindakan				Total	
	Ada		Tidak Ada		N	%
	N	%	n	%		
Baik	2	5,9	1	2,8	3	4,3
Cukup	20	58,8	12	33,3	32	45,7
Kurang	12	35,3	23	63,9	35	50
Total	34	100	36	100	70	100

Sebagian responden yang mempunyai pendorong untuk bertindak, melaksanakan tindakan pencegahan yang cukup yaitu sebesar 20 responden (58,8%). Sedangkan responden terbanyak yang tidak mempunyai pendorong untuk bertindak sebanyak 23 orang (63,9%), mempunyai tindakan pencegahan chikungunya yang kurang.

5.2.1 Pembahasan

5.2.1 Persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) yang dirasakan kepala keluarga

Identifikasi persepsi kerentanan yang dirasakan kepala keluarga (*perceived susceptibility*) dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 70 responden, diperoleh data bahwa 48 responden atau sekitar 60% mempunyai kerentanan yang tinggi terhadap penyakit chikungunya yang diderita oleh anggota keluarga atau dengan kata lain kepala keluarga tersebut merasakan adanya kerentanan akan terjadinya penyakit chikungunya dalam keluarga. Sedangkan sekitar 40% dari

responden atau sekitar 28 kepala keluarga mempunyai persepsi rendah terhadap kerentanan terjadinya chikungunya dalam keluarga. Artinya, kepala keluarga tersebut merasa anggota keluarganya tidak rentan terhadap chikungunya di kemudian hari. Kerentanan yang dirasakan responden terhadap chikungunya ini meliputi persepsi kepala keluarga tentang kemungkinan akan terjadinya chikungunya pada anggota keluarga di kemudian hari dan persepsi tentang ketahanan anggota keluarga dibandingkan dengan orang lain atau keluarga yang lain.

Menurut Notoatmodjo (2007), suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul apabila seseorang telah merasakan bahwa seseorang rentan terhadap penyakit tersebut. Kerentanan yang dialami timbul dari pendapat subyektif yang merupakan kunci dari dilakukannya atau dihindarinya suatu tindakan kesehatan. Dalam hal ini, kepala keluarga akan melaksanakan tindakan pencegahan terjadinya chikungunya apabila kepala keluarga tersebut merasakan kerentanan terhadap terjadinya chikungunya pada anggota keluarganya. Pada penelitian ini, sebagian besar responden (60%) mempunyai kerentanan tinggi terhadap penyakit chikungunya. Artinya, kepala keluarga tersebut telah merasakan bahwa keluarganya rentan akan terserang chikungunya di kemudian hari. Akan tetapi, pada kenyataannya kepala keluarga yang mempunyai persepsi kerentanan tinggi tersebut sebagian besar melaksanakan tindakan pencegahan yang kurang (50%). Menurut Cutler dan Lieras-Muney (2009), tingkat pendidikan berpengaruh positif dengan perilaku kesehatan. Semakin tinggi pendidikan, maka semakin tinggi perilaku pencegahan dan perilaku kontrol resiko. Hasil penelitian diperoleh bahwa prosentase terbanyak pendidikan responden adalah tamat SD

(45,7%). Maka semakin rendah tingkat pendidikan, semakin rendah pula kesadaran orang akan tindakan kesehatan yang dianjurkan.

Persepsi kerentanan yang tinggi akan tertularnya chikungunya pada anggota keluarga bisa disebabkan karena letak demografis tempat tinggal. Seperti sudah diketahui bahwa lokasi tempat tinggal penduduk adalah daerah dekat hutan/gunung yang masih masuk wilayah pesisir. Dengan keadaan topografi seperti itu, maka iklim dan cuaca yang terjadi akan cepat sekali berubah. Perubahan iklim dapat menjadikan semakin berkembangnya penyakit yang ditularkan melalui nyamuk. Salah satunya adalah akibat pertambahan suhu yang sesuai siklus hidup nyamuk karena nyamuk berkembang pada daerah yang lembab dan panas. Selain itu, pola hujan yang tidak menentu bisa menyebabkan lebih banyak genangan air yang cocok untuk jentik nyamuk. Hal tersebut yang mungkin membuat nyamuk bisa berkembang dengan cepat yang mana tidak ditemukan pada daerah-daerah yang lain. Beberapa responden menyatakan bahwa dengan tempat tinggal yang mereka tempati saat ini mereka tidak dapat mencegah anggota keluarga mereka tertular chikungunya. Oleh karena itu sebagian besar kepala keluarga merasa bahwa anggota keluarga mereka akan sangat rentan tertular chikungunya di kemudian hari.

5.2.2 Persepsi keseriusan (*perceived seriousness*) yang dirasakan kepala keluarga

Identifikasi persepsi keseriusan yang dirasakan kepala keluarga (*perceived seriousness*) dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar jumlah responden yang memiliki persepsi keseriusan tinggi terhadap bahaya terjadinya chikungunya adalah sebanyak 52 orang (74%), yang berarti keluarga tersebut tidak merasakan adanya bahaya pada chikungunya. Ini artinya, sebagian besar

responden tersebut merasakan adanya bahaya ketika ada anggota keluarga mereka yang terserang chikungunya. Keseriusan yang dirasakan kepala keluarga ini antara lain tentang kekhawatiran kepala keluarga ketika anggota keluarganya terserang chikungunya, efek penyakit terhadap kehidupan rumah tangga, sosial dan pekerjaan. Menurut Sarwono (2004), makin berat risiko penyakit, maka makin besar kemungkinan individu tersebut merasa terancam. Ancaman ini mendorong tindakan individu untuk melakukan tindakan pencegahan atau penyembuhan penyakit. Artinya, apabila individu tersebut merasa terjadinya keseriusan, maka tindakan pencegahan atau pengobatan penyakit akan semakin besar dilakukan. Pada hasil penelitian didapatkan bahwa pada responden yang merasakan akan adanya keseriusan penyakit chikungunya sebagian besar memilih untuk melaksanakan tindakan pencegahan yang kurang yaitu sebesar 51,9 %, sedangkan untuk tindakan pencegahan cukup sebesar 44,2 % dan untuk tindakan pencegahan baik sebesar 4,8%. Ancaman yang terlalu besar malah menimbulkan rasa takut dalam diri individu yang justru menghambatnya untuk melakukan tindakan karena individu tersebut merasa tidak berdaya melawan ancaman tersebut (Sarwono, 2004). Oleh karena itu, walaupun kepala keluarga merasakan adanya keseriusan penyakit chikungunya yang diderita keluarga, tindakan yang diambil belum tentu mencerminkan tindakan kesehatan yang dianjurkan .

Persepsi keseriusan ditentukan oleh pengalaman kepala keluarga tentang akibat chikungunya. Sebagian responden menyatakan bahwa penyakit chikungunya merupakan penyakit yang sangat serius karena efek yang ditimbulkan mempunyai jangka waktu yang sangat cepat yaitu sekitar 2-3 hari dan nyeri persendian yang sangat akut. Mereka menyatakan bahwa chikungunya

merupakan penyakit yang berbahaya karena seringkali bisa menyebabkan nyeri sendi yang hebat sehingga sulit menggerakkan anggota badan, bahkan beberapa responden menganggap hal tersebut adalah kelumpuhan. Seringkali penderita chikungunya harus dirawat inap di puskesmas agar cepat sembuh dan beberapa diantara mereka menyatakan bahwa nyeri persendian bisa berkurang apabila sudah diinfus. Selain itu, ketika sudah dinyatakan sembuh dari chikungunya, nyeri persendian masih tetap dirasakan sekitar 1-2 bulan kemudian. Gejalanya tidak serta merta hilang walaupun tidak sehebat saat demam chikungunya terjadi. Maka dari itu, sebagian besar kepala keluarga menganggap bahwa chikungunya merupakan penyakit yang sangat serius dan harus dilakukan penanganan dengan segera.

5.2.3 Persepsi manfaat (*perceived benefit*) yang dirasakan kepala keluarga

Identifikasi persepsi manfaat yang oleh kepala keluarga (*perceived benefit*) dari hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah responden yang memiliki persepsi rendah sebanyak 39 orang (55,7%) dan sisa responden yaitu 31 orang (44,3%) mempunyai persepsi manfaat yang tinggi akan pencegahan chikungunya. Hal ini berarti bahwa sebagian besar responden merasakan kurang atau tidak adanya manfaat apabila melaksanakan pencegahan chikungunya. Persepsi manfaat pencegahan chikungunya ini antara lain berupa persepsi atau pendapat kepala keluarga tentang nilai atau kegunaan melakukan tindakan pencegahan chikungunya. Menurut Ayers dkk (1998), determinan lingkungan mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang termasuk semua aspek fisik individu yang mengelilinginya diantaranya aspek informasi baik elektronik maupun cetak serta jarak dengan pelayanan dan pendidikan kesehatan. Dari hasil penelitian

didapatkan bahwa hanya sebagian kecil responden yang mendapatkan informasi dari petugas kesehatan (3,03%) sedangkan sebagian besar didapatkan informasi dari teman atau tetangga. Sebagian responden merasa sangat kurang mendapatkan informasi yang tepat berhubungan dengan tindakan pencegahan chikungunya. Oleh karena itu, dari hasil prosentase responden yang merasakan persepsi manfaat rendah tersebut sebagian besar melaksanakan tindakan pencegahan chikungunya yang kurang (53,8%).

Informasi yang diperoleh sangat penting untuk memberikan gambaran pada masyarakat tentang apa itu chikungunya, pengobatan serta pencegahannya. Informasi ini juga harus diberikan oleh orang yang benar-benar kompeten dalam kesehatan, khususnya chikungunya, misalnya dokter, petugas puskesmas, atau kader kesehatan terlatih. Akan tetapi, sampai dengan saat ini sebagian besar responden menyatakan belum pernah diadakannya penyuluhan tentang bagaimana mencegah chikungunya. Informasi terbesar yang mereka peroleh adalah tentang pengobatan penderita, sedangkan untuk pencegahan chikungunya itu sendiri masih sangat sedikit. Bahkan, beberapa kepala keluarga menyatakan mereka tidak melakukan pencegahan dikarenakan mereka sudah mengetahui obat apa yang akan digunakan ketika ada anggota keluarga mereka yang terserang chikungunya. Padahal, apabila pencegahan chikungunya dilaksanakan, maka angka morbiditas kejadian chikungunya bisa diturunkan karena dengan pencegahan sejak dini, perkembangbiakan nyamuk akan berkurang dan resiko tertular chikungunya dari penderita lain bisa diminimalisir.

5.2.4 Persepsi halangan (*perceived barriers*) yang dirasakan kepala keluarga

Identifikasi persepsi penghalang (*perceived barriers*) dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 70 kepala keluarga yang mejadi responden, 41 (58,6%) responden memiliki persepsi penghalang yang rendah dan 29 responden (41,4%) memiliki persepsi penghalang tinggi terhadap tindakan pencegahan chikungunya. Persepsi penghalang (*perceived barriers*) tindakan pencegahan chikungunya oleh kepala keluarga ini merupakan pendapat kepala keluarga tentang banyaknya rintangan yang akan dihadapi jika melakukan pencegahan chikungunya, termasuk diantaranya adalah pengorbanan waktu, pengorbanan biaya, pengorbanan tenaga dan rasa ketidaknyamanan dalam melakukan tindakan. Pada penelitian ini, sebagian besar responden mempunyai persepsi yang tinggi terhadap adanya halangan dalam melaksanakan tindakan pencegahan chikungunya. Menurut Phelan dan Bruce (2003), kemampuan seseorang untuk menghindari resiko dan meminimalisir terjadinya penyakit erat kaitannya dengan sumber penghasilan dan berhubungan langsung pada status sosioekonomi dan penyebab pokok dari penyakit tersebut. Penghasilan responden sebagian besar dibawah Rp 1 juta dan juga sebagian besar responden (54,3%) bermata pencaharian sebagai petani. Menurut Ganzeboom, dkk (1992), petani sering diasumsikan sebagai status pekerjaan dengan skala penghasilan dan pendidikan yang rendah. Hal ini yang memungkinkan kepala keluarga akan berpikir beberapa kali apabila ingin melaksanakan tindakan pencegahan chikungunya yang mungkin akan mengorbankan waktu, biaya, tenaga dan kenyamanan. Selain itu, daerah demografi desa yang sebagian merupakan daerah pegunungan memungkinkan tempat perkembangbiakan nyamuk yang sulit untuk dibasmi. Dari hasil tabulasi

silang sebagian besar responden yang merasakan adanya penghalang , melaksanakan tindakan pencegahan yang kurang yaitu sebesar 24 responden (58,5%). Sedangkan responden terbanyak yang mempunyai persepsi halangan rendah sebanyak 17 orang (58,6%), mempunyai tindakan pencegahan chikungunya yang cukup. Menurut Macdowall (2006), individu melaksanakan suatu tindakan pencegahan dan pemeliharaan kesehatan apabila dalam diri individu terdapat keyakinan bahwa manfaat yang akan diperoleh dari suatu tindakan jauh lebih besar apabila dibandingkan dengan rintangan yang mungkin dialami ketika memutuskan suatu tindakan tersebut.

Kondisi kejadian luar biasa (KLB) chikungunya di suatu daerah sangat membutuhkan usaha-usaha untuk mencegah meluasnya jumlah penderita chikungunya . Keadaan yang demikian menuntut masyarakat untuk ikut berperan aktif memberantas chikungunya termasuk juga dengan pencegahannya. Akan tetapi, yang menjadi masalah adalah keterbatasan masyarakat seperti kesulitan yang akan mereka hadapi ketika melaksanakan pencegahan tersebut. Salah satunya adalah terkait dengan tingkat penghasilan kepala keluarga. Tingkat penghasilan bisa dikaitkan dengan status ekonomi seseorang. Apabila tingkat penghasilan kepala keluarga tinggi, maka akan cukup untuk memenuhi kebutuhan dirinya dan keluarganya. Sebaliknya , ketika tingkat penghasilan kepala keluarga kurang, maka kepala keluarga akan berfikir bagaimana untuk memenuhi kebutuhan pokok dirinya dan keluarganya. Kepala keluarga dalam penelitian ini yang kebanyakan mempunyai tingkat ekonomi menengah ke bawah akan berfikir ulang untuk melaksanakan tindakan pencegahan. Sebagai contohnya adalah untuk membeli kelambu, obat repellent, obat semprot nyamuk atau korden untuk

mencegah gigitan nyamuk. Kondisi penduduk dengan tingkat ekonomi menengah ke bawah sangat tidak memungkinkan untuk mengalokasikan dana untuk melaksanakan hal tersebut. Untuk itu perlu adanya subsidi bantuan untuk meringankan beban masyarakat untuk mencegah perluasan chikungunya seperti bantuan kelambu, obat repellent atau semprot penangkal nyamuk.

Faktor penghambat lain yang bisa menjadi halangan melaksanakan tindakan pencegahan adalah faktor waktu dan tenaga. Walaupun untuk faktor biaya bisa diminimalisir, akan tetapi faktor waktu dan tenaga tidak bisa mereka kurangi. Menurut sebagian responden, tindakan pencegahan chikungunya memerlukan waktu dan tenaga yang tidak sedikit. Beberapa responden menyatakan bahwa mereka tidak mempunyai waktu yang cukup untuk melaksanakan pencegahan tersebut berhubungan dengan pekerjaan yang tidak bisa diabaikan. Walaupun sudah direncanakan dan dilaksanakan kerja bakti desa seminggu sekali, akan tetapi hanya beberapa kepala keluarga saja yang mengikuti dan tidak di semua RW melaksanakan. Terkait dengan hasil penelitian, pada umumnya kepala keluarga lebih memperhatikan hal-hal yang menjadi rintangan ketika akan memutuskan suatu tindakan daripada manfaat yang didapatkan.

5.2.5 Pendorong untuk bertindak (*cues to action*) kepala keluarga

Identifikasi pendorong untuk bertindak (*cues to action*) dari hasil penelitian kepada 70 kepala keluarga yang menjadi responden, menunjukkan bahwa 37 (52,8%) responden tidak mempunyai pendorong untuk bertindak dan 33 (47,2%) responden menyatakan mempunyai pendorong untuk bertindak dalam memutuskan melaksanakan tindakan pencegahan chikungunya atau tidak. Menurut Walgito (2003), dorongan-dorongan ini berkaitan dengan kebutuhan-

kebutuhan organisme yang mendorong organisme berperilaku. Penjelasan tersebut menyimpulkan bahwa apabila seseorang mempunyai pendorong yang tepat untuk memutuskan suatu tindakan, maka kemungkinan besar individu tersebut akan melaksanakan tindakan yang sesuai anjuran kesehatan. Dari responden yang mempunyai pendorong untuk bertindak dalam memutuskan tindakan terkait pencegahan chikungunya, sebagian besar responden mendapatkan informasi terkait pencegahan chikungunya dari teman atau tetangga (81,8%), sedangkan lainnya berasal dari media massa (9,09%), membaca sendiri dari buku (6,06%) dan juga dari petugas kesehatan (3,03%).

Pendorong dalam bertindak (*cues to action*) pada penelitian ini masih sangat sedikit, terutama pendorong dalam melaksanakan tindakan pencegahan. Hal ini lebih disebabkan karena penyakit ini tergolong masih baru dan informasi yang diperoleh tergolong masih minimal. Selain itu, beberapa kepala keluarga menyatakan tidak mengetahui bagaimana cara mencegah chikungunya karena merasa bahwa penyakit chikungunya tidak dapat dicegah terkait dengan letak demografis penduduk. Pendorong dalam bertindak pada penelitian ini sebagian besar adalah berasal dari tetangga atau teman yang juga awam dalam hal chikungunya. Tentu saja saran yang diberikan oleh teman ataupun tetangga tersebut belum tentu tepat karena sama-sama tidak mengetahui bagaimana cara mencegah dengan benar. Alasan sebagian besar responden menggunakan teman atau tetangga menggunakan pendorong untuk bertindak adalah karena teman atau tetangga merupakan pihak yang sudah dipercaya dan yang pertama kali tanggap ketika ada anggota keluarga mereka yang sakit. Masyarakat terutama kepala keluarga tentu akan mempunyai pandangan yang berbeda apabila meminta saran

kepada petugas kesehatan terkait seperti dokter, perawat atau petugas puskesmas. Peran petugas kesehatan untuk memberikan sosialisasi yang benar terkait pencegahan chikungunya sangat penting dan diperlukan untuk sarana informasi penduduk di desa Karangandu.

5.2.6 Persepsi keberhasilan (*perceived self-efficacy*) yang dirasakan kepala keluarga

Identifikasi persepsi keberhasilan (*perceived self-efficacy*) dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 70 kepala keluarga yang menjadi responden, 43 responden (61,4%) memiliki persepsi *self-efficacy* tinggi dan 27 (38,6%) responden memiliki persepsi keberhasilan rendah terhadap tindakan pencegahan chikungunya. Persepsi keberhasilan (*perceived self-efficacy*) yang dirasakan oleh kepala keluarga meliputi keyakinan individu akan tindakan pencegahan chikungunya, keyakinan individu menyelesaikan masalah kesehatan yang berhubungan dengan chikungunya dan keyakinan mengatasi segala rintangan yang dihadapi dalam melakukan pencegahan chikungunya. Menurut Stretcher (1997), *self-efficacy* digambarkan sebagai pendirian seseorang yang menentukan suatu keberhasilan dalam melaksanakan perilaku yang sesuai untuk mendapatkan hasil yang diinginkan. Apabila seseorang tidak yakin akan keberhasilan tindakan yang dilakukannya, maka individu tersebut akan digambarkan lebih memilih persepsi rintangan (*perceived barrier*) untuk mengambil tindakan kesehatan yang dianjurkan. Pada penelitian ini sebagian besar responden lebih menunjukkan persepsi yang tinggi akan keberhasilan tindakan pencegahan chikungunya. Tingkat *self-efficacy* yang tinggi juga tergantung pada tingkat usia individu. Menurut Ojha dan Pramaniks (2009), pada usia dewasa muda/*early middle* (41-50 th) dan *late young* (31-40 th) memiliki tingkat aktualisasi diri yang tinggi

sehingga mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan. Data usia responden dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar usia responden adalah 31-40 tahun. Dalam rentang usia tersebut maka seseorang bisa dikatakan mantap untuk melaksanakan tindakan. Akan tetapi pada data tabulasi silang menunjukkan bahwa pada responden yang mempunyai persepsi tinggi, prosentase terbanyak responden masih melaksanakan tindakan pencegahan yang kurang, begitu juga dengan pada responden yang mempunyai *perceived self-efficacy* yang rendah, sebagian besar (51,9%) juga melaksanakan tindakan pencegahan yang kurang.

Self-efficacy berbanding lurus pada tindakan kesehatan yang dianjurkan. Artinya ketika seseorang mempunyai *self-efficacy* tinggi terhadap tindakan kesehatan, maka seseorang akan melaksanakan dengan baik tindakan kesehatan tersebut. Pada penelitian ini digambarkan bahwa tingkat *self-efficacy* penduduk sangat tinggi terhadap tindakan pencegahan chikungunya. Akan tetapi pada tingkat *self-efficacy* yang tinggi tersebut, ternyata tindakan pencegahan chikungunya yang dilaksanakan masih tergolong kurang. Maka hal ini menjadi sangat berlawanan jika dibandingkan dengan teori yang telah dikemukakan sebelumnya. Hal ini kemungkinan bisa disebabkan karena jawaban responden belum mencerminkan keadaan mereka yang sebenarnya. Terkadang status responden juga bisa mempengaruhi jawaban dari pertanyaan penelitian. Responden lebih tertarik kearah jawaban positif terkait dengan posisi mereka sebagai kepala keluarga. Posisi tersebut terkadang mengharuskan mereka yakin dengan apa yang akan mereka lakukan pada keluarga terkait dengan tanggung jawab moral atas tindakan yang akan dilakukan.

6.2.7 Tindakan pencegahan chikungunya kepala keluarga

Identifikasi tindakan pencegahan chikungunya dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 70 kepala keluarga yang menjadi responden, 35 (50%) melakukan pencegahan yang kurang, 32 (45,7%) melakukan pencegahan yang cukup dan 3 (4,3%) responden melakukan pencegahan yang baik. Tindakan pencegahan chikungunya ini mencakup tindakan kepala keluarga untuk meminimalisir populasi vektor dan tindakan pencegahan kontak vektor dengan pasien. Menurut Kalangie (1994), kebudayaan kesehatan masyarakat mengatur, membentuk dan mempengaruhi tindakan atau kegiatan individu dalam suatu kelompok sosial dalam memenuhi berbagai kebutuhan kesehatan baik yang berupa upaya mencegah penyakit maupun menyembuhkan diri dari penyakit. Masih banyaknya kepala keluarga yang melaksanakan tindakan pencegahan yang kurang ini dipengaruhi oleh faktor kebudayaan kesehatan. Beberapa kepala keluarga menyatakan bahwa mereka tidak melaksanakan pencegahan khusus karena menganggap bahwa pencegahan tidaklah penting. Mereka menganggap bahwa tindakan pengobatan akan jauh lebih penting daripada pencegahan karena efek yang ditimbulkan dari chikungunya sangat akut, berjalan cepat dan membutuhkan penanganan segera. Pada suatu komunitas pedesaan, prioritas perawatan kuratif berada jauh diatas perawatan pencegahan penyakit. Padahal , pencegahan chikungunya tidak kalah penting untuk dilakukan dalam upaya mencegah penularan yang berkembang cepat.

Selain faktor diatas, maka pemberian informasi yang dilakukan mungkin mempunyai peran yang sangat penting disini. Kita ketahui bahwa program

puskesmas yang dilaksanakan sampai saat ini masih sebatas pengobatan dan pelaksanaan *fogging* di desa Karanggandu. Walaupun telah diprogramkan, pelaksanaan PSN juga tidak dilakukan secara efektif karena tidak ada kontrol dari puskesmas Watulimo. Selain itu, pelaksanaan penyuluhan/sosialisasi tentang pencegahan yang merupakan dimensi penting untuk perilaku mencegah pada keluarga /masyarakat juga tidak dilakukan. Hal inilah yang mungkin membuat masyarakat tidak mengetahui bagaimana cara menghindari diri dari tertularnya chikungunya. Maka peran petugas kesehatan sangat penting untuk meningkatkan upaya pencegahan chikungunya di masyarakat khususnya di desa Karanggandu.

Penerapan *Health Belief Model* dalam masyarakat sangat tepat untuk mengidentifikasi bagaimana perilaku pencegahan penyakit di masyarakat, khususnya kepala keluarga sebagai pengambil keputusan dalam keluarga. Penerapan tindakan pencegahan chikungunya ini dilakukan agar perkembangan chikungunya tidak terus meluas dan segera berakhir. Informasi yang tepat sangat dibutuhkan dalam penanganan chikungunya ini, khususnya pada tindakan pencegahannya. Penekanan pada promosi kesehatan tentang bagaimana mencegah chikungunya dengan lebih intensif, merupakan metode yang paling penting untuk memberikan informasi pada masyarakat untuk mendapatkan pencegahan yang tepat sejak awal.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan membahas kesimpulan dan saran dari hasil penelitian perilaku kepala keluarga tentang pencegahan chikungunya dengan pendekatan teori *health belief model* di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah :

- 1) Kepala keluarga desa Karanggandu kecamatan Watulimo, Trenggalek sebagian besar memiliki persepsi kerentanan tinggi terhadap chikungunya. Hal ini dikarenakan letak demografis penduduk yaitu pegunungan dekat pantai yang sangat memungkinkan kecepatan berkembangnya nyamuk chikungunya.
- 2) Kepala keluarga desa Karanggandu kecamatan Watulimo, Trenggalek sebagian merasakan persepsi keseriusan tinggi terhadap chikungunya. Hal ini dikarenakan gejala chikungunya yang akut dan menimbulkan penderitaan hebat yaitu nyeri sendi.
- 3) Kepala keluarga desa Karanggandu kecamatan Watulimo, Trenggalek sebagian besar tidak merasakan manfaat terhadap tindakan pencegahan chikungunya. Hal ini disebabkan informasi yang sampai kepada masyarakat tentang tindakan pencegahan chikungunya sangat kurang.

- 4) Sebagian besar kepala keluarga desa Karanggandu kecamatan Watulimo, Trenggalek mempunyai persepsi adanya penghalang yang tinggi dalam melaksanakan tindakan pencegahan chikungunya dikarenakan sebagian besar tingkat penghasilan kepala keluarga tergolong rendah sehingga pencegahan yang dilakukan akan memakan biaya, waktu dan tenaga.
- 5) Kepala keluarga desa Karanggandu kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek sebagian besar tidak mempunyai pendorong untuk bertindak dalam memutuskan untuk melaksanakan pencegahan chikungunya. Hal ini disebabkan karena chikungunya tergolong penyakit yang masih baru sehingga informasi yang diketahui masih sangat sedikit.
- 6) Kepala keluarga desa Karanggandu kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek sebagian besar mempunyai tingkat *self-efficacy* yang tinggi terhadap tindakan pencegahan chikungunya. Hal ini disebabkan karena sebagian besar usia responden adalah dewasa muda (41-50 th) dan remaja akhir (31-40) yang mempunyai tingkat aktualisasi yang tinggi.
- 7) Kepala keluarga kepala keluarga desa Karanggandu kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek sebagian besar melaksanakan tindakan yang kurang terkait pencegahan chikungunya. Hal ini disebabkan karena tingkat pendidikan yang rendah kepala keluarga, sehingga merasakan bahwa tindakan pengobatan kan jauh lebih penting daripada pencegahan.

6.2 Saran

- 1) Untuk masyarakat khususnya pada keluarga diharapkan dapat melaksanakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) secara rutin misalnya satu minggu sekali pada saat melaksanakan kerja bakti desa.
- 2) Bagi tenaga kesehatan khususnya petugas puskesmas diharapkan dapat mengadakan program bantuan kelambu untuk mencegah masyarakat tertular nyamuk chikungunya serta menambah jadwal untuk program pendidikan kesehatan yang termasuk dalam program P2M (Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular).
- 3) Bagi peneliti selanjutnya diharapkan melaksanakan penelitian yang lebih mendalam tentang chikungunya di masyarakat misalnya tentang pendidikan kesehatan tentang pencegahan chikungunya.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, S., (2003). *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, hal. 16–18
- Arikunti, S., (2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : PT. Rineka Cipta, hal 94-98.
- Cutler, D.M dan Lieras-Muriey, A., (2009). “Understanding Differences in Health Behaviour by Education”, (online), (http://www.economics.harvard.edu/faculty/cutler/files/CLM_paper-July2009.pdf, diakses pada tanggal 18 Juli 2010 pukul 23.00 WIB)
- Departemen Kesehatan RI., (2009). *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta : Dep. Kes. RI. Hal 47-50
- Departemen Kesehatan RI., (2007). *Profil Kesehatan Indonesia 2006*. Jakarta : Dep. Kes. RI. Hal 59 - 64
- Dian, T. AP dan Jati, P., (2007). “Alphavirus Penyebab Chikungunya”, (Online), (<http://mikrobia.wordpress.com/2007/05/17/alphavirus-penyebab-chikungunya/> Alphavirus penyebab Chikungunya. Diakses pada tanggal 6 April 2010 pukul 10:37)
- Dinata, A., (2009). “Manajemen Lingkungan dalam Penanggulangan DBD”, (Online), (<http://arda.students-undip.ac.id/2009/11/10/manajemen-lingkungan-dalam-penanggulangan-dbd/>. Diakses pada tanggal 22 Mei 2010 pukul 15:26)
- Ditjen PP dan PL., (2009). *Profil Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan tahun 2008*. Jakarta : Ditjen PP dan PL . Hal 94, 241.
- Dunn, Alison, (2005). *Who is most vulnerable to TB and what can we do about it?*. www.healthlink.org.uk diakses tanggal 30 Juni 2009 jam 15.03 WIB
- Edlin, G dan Golanty, E., 2010. *Health and Wellnes*, 10th Edition. London: Jones and Bartlett Publisher, pp. 19.
- Effendi, F dan Makhfudli, (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika, Hal : 179- 186.
- Friedman, M., (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*. Edisi 3. Jakarta: EGC. Hal 285-310

- Ganzeboom, et al., (1992). "A Standart International Socio Economic Index of Occupational Status". *Social Science Research* Vol 21, pp. 1-56.
- Gelles, R.J dan Levinne, A., (1999). *Sociology: An Introduction* .6th edition. New York: Mc. Graw Hill Companies, pp. 162
- Grizzel, J., (2007). "Behaviour Change Theories and Models", (Online) , (http://www.csupomona.edu/~jvgrizzell/best_practices/bctheory.html#Health%20Belief%20Model), diakses 14 April 2010 pukul 00:21)
- Heriyanto B , dkk., (2005). *Kecenderungan Kejadian Luar Biasa Chikungunya di Indonesia Tahun 2001-2003*. Balitbangkes Depkes RI. Cermin Dunia Kedokteran; 148: 37-39.
- Huda, A.H., (2004). "Selayang Pandang Penyakit-Penyakit yang Ditularkan oleh Nyamuk di Provinsi Jawa Timur Tahun 2004", (Online),(<http://www.dinkesjatim.go.id/images/datainfo/200501031458-Selpandnyamuk.pdf> . Diakses pada tanggal 14 Maret 2010 pukul 22.30).
- Hughes, J.E., (2004). *Family Wealth Keeping It in The Family*. Princeton : Bloomberg Press, hal 89-90
- Janz, N.K. dan M.H. Becker, (1984). *The Health Belief Model: A Decade Later*. Health Education Quarterly vol 11: 1-47.
- Jette, A.M., at all. (1981). *The Structure and Reliability of Health Belief Indices*. Journal of Health Service Research 1981, hal 81-98
- Judarwanto, W., (2009). "Berbahayakah Penyakit Demam Chikungunya?", (Online), (<http://koranindonesiasehat.wordpress.com/2009/12/02/berbahayakah-penyakit-demam-chikungunya/>). Diakses pada tanggal 14 Maret 2010 pukul 23:39).
- Kalangie. N.S., (1994). *Kebudayaan dan Kesehatan: Pengembangan Pelayanan Kesehatan Primer Melalui Pendekatan Sosiobudaya*. Jakarta : Megapoin
- Masyhari, N., (2010). "Ribuan Warga Terserang Chikungunya, Trenggalek KLB", (Online),(http://beritajatim.com/detailnews.php/11/Pendidikan_&_Kesehatan/Ribuan_Warga_Terserang_Chikungunya_Trenggalek_KLB_Ribuan_Warga_Terserang_Chikungunya_Trenggalek_KLB). Diakses pada tanggal 7 April 2010 jam 11: 19)
- Myers, D. G., (2005). *Social Psychology*. 8th edition. New York : Mc. Graw Hill Companies. pp.58

- Setbom dan Raude, (2008). *Chikungunya on Reunion Island : Social, Environmental and Behavioral Factors in an Epidemic Context*. Population- E. 2008, hal 491 – 515
- Smart, B., (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : PT Grasindo, hal 159-165.
- Soegijanto, S., (2003). *Demam Chikungunya pada Anak dalam Kumpulan Makalah Penyakit Tropis dan Infeksi di Indonesia*. Surabaya: Airlangga University Press, hal 55-57, 61-63.
- Stretcher, V.J, et al., (1997) (1997). *The Health Belief Model and Health Behaviour*.in David S.Gochman. (Ed). *Handbook of Health Behaviour Research IV: Relevance for Professional and Issues for The Future*. New York: Plenum Press. pp. 71-90
- Strickland,Thomas., (1991). *Hunter's Tropical Medicine Seventh Ed*. Philadelphia: WB. Saunders Company, hal 209-210
- Sudarmo, M., (2008). *Sosiologi untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal 147,180
- Suharto, (2007). *Chikungunya pada Orang Dewasa*. Dalam Nasronudin,dkk . (Ed). *Penyakit Infeksi di Indonesia, Solusi Kini dan Mendatang*. Surabaya : Airlangga University Press, hal 104-108
- Tatum, M., (2010). "What is Head of Haousehold?", (Online), (www.wisegeek.com/what-is-head-of-household.htm, diakses pada tanggal 13 juni 2010 pukul 13.20))
- Uyainah, A., (2010). "Mengenal Demam Berdarah *Dengue* dan Chikungunya ", (Online),(<http://www.esqmagazine.com/kesehatan/2010/01/12/1227/mengenal-demam-berdarah-dengue-dan-chikungunya.html>, diakses pada tanggal 9 Mei 2010 pukul 22.10)
- Volkers, A., et al, (2007). "Health Disparities in Occupation Modified by Education: A Crossectional Population Study". *BMC Public Health*, Vol 7, No 196, hal 6
- Walgito, B., (2003). *Psikologi Sosial (Suatu Pengantar)*. Yogyakarta : Penerbit Andi, hal 127
- Weissfeld et al ., (1987). *Reliability of Health Belief indexes: Confirmatory Factor analysis in sex, race, and Subgroups*. *Journal of Health Service Research* 1987 vol 21: 6 hal 792
- Widoyono, (2008). *Penyakit Tropis, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Jakarta : Erlangga, hal 68- 70.

- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2009). *Guideliness Prevention and Control Of Chikungunya Fever*. New Delhi: WHO-SEARO, hal 3-6 ; 19-23
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, (2008). *Guideliness on Clinical Management Chikungunya Fever*. New Delhi :WHO-SEARO, pp. 4-5.
- Yuvarani, R.,(2010). "Family Influence and Decision Making",(Online), (<http://www.articlesbase.com/marketing-articles/family-influences-decision-making-family-decisionmaking-1014177.html>). Diakses pada tanggal 13 Juni 2010 pukul 14:25)



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, 4 Mei 2010

Nomor : //92 /H3.1.12/PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Kepala Puskesmas Watulimo Kab. Trenggalek
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Deasy Dwi W.
NIM : 010610308B
Judul Penelitian : Analisis Perilaku Keluarga tentang Pencegahan Demam Chikungunya Menggunakan Teori Health Belief Model di Desa Karangandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek
Tempat : Wilayah Kerja Puskesmas Watulimo Kab. Trenggalek

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP : 196612251989031004



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, 16 Mei 2010

Nomor : 1956 /H3.1.12/ Ppd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
bagi Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Kepala Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kab. Trenggalek
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 : Deasy Dwi W.
NIM : 010610308B
Judul Penelitian : Analisis Perilaku Kepala Keluarga tentang Pencegahan Demam Chikungunya dengan Pendekatan Teori *Helath Belief Model* di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek
Tempat : Desa Karanggandu Wilayah Kerja Puskesmas Watulimo Kabupaten Trenggalek

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP : 196612251989031004



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jln. Kanjeng Jimat No. 191 Telp. (0355) 791237
TRENGGALEK Kode Pos. 66316

Trenggalek, 18 Juni 2010

Kepada :

Yth. 1. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Trenggalek;
2. Sdr. Camat Watulimo

SURAT KETERANGAN UNTUK MELAKUKAN SURVEY/KKN/KKL/PPL/PSG/PRAKERIN

Nomor : 072/355 /406.074/2010

- MEMBACA : Surat dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
Nomor : 1456/H3.1.12/PPd/2010, tanggal 16 Juni 2010
- NAMA PENANGGUNG JAWAB : Dr. NURSALAM, M.Nurs (Hons)
- ALAMAT : Kampus C Mulyorejo Surabaya
- TEMA/ACARA SURVEY/KKN/
PPL/PSG : Analisa Perilaku Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya dengan
Pendekatan Teori *Health Belief Model* di Desa Karanggandu Kec. Watulimo
Kab. Trenggalek
- TUJUAN : Melakukan Penelitian guna Penyusunan Skripsi / Tugas Akhir
- LAMANYA SURVEY/KKN/KKL/
PPL/PSG : 21 Juni s/d 19 Juli 2010
- TEMPAT DILAKUKAN SURVEY/
KKN/KKL/PPL/PSG : Desa Karanggandu dan Puskesmas Watulimo
- PENGIKUT/PESERTA SURVEY/
KKN/KKL/PPL/PSG : DEASY DWI W
- LAIN-LAIN : 1. Mentaati ketentuan setempat dimana yang bersangkutan mengadakan
kegiatan.
2. Selesai melakukan **Survey**, melaporkan hasil kegiatan secara tertulis
kepada Bupati Trenggalek lewat Kepala Badan Kesbangpol dan
Linmas Kabupaten Trenggalek.

Tembusan : Kepada :

- Yth. 1. Bupati Trenggalek
2. Dandim 0806 Trenggalek
3. Kapolres Trenggalek
4. Kajari Kab. Trenggalek
5. Kepala Bappeda Kab. Trenggalek
6. Sdr. Dekan Fak. Keperawatan Unair;
7. Sdr. Peserta Survey yang bersangkutan.

AN KEPALA BADAN KESBANGPOL DAN LINMAS
KABUPATEN TRENGGALEK
Kabid Kesbangpol Dalam Negeri
PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
BADAN KESBANGPOL DAN LINMAS
Drs. SUNARTO
Pembina Tk. I
NIP. 19570408 198701 1 002



IPR Perpustakaan Universitas Ardena

PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK DINAS KESEHATAN

Jl. Dr. Sutomo Nomor 4 Telp. 0355 - 791270

TRENGGALEK (66312)



Trenggalek, 22 Juni 2010

Nomor : 870/2003/406.052/2010
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian / Survey.

K e p a d a
Yth. Kepala Puskesmas Watulimo
di
W A T U L I M O

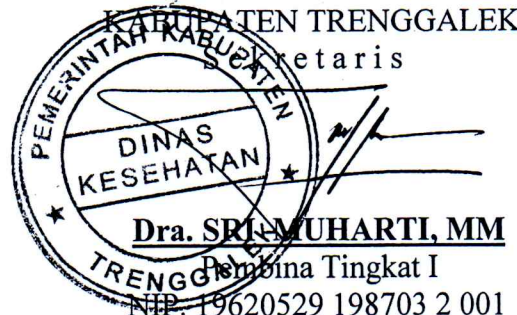
Menindaklanjuti surat dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat tanggal 18 Juni 2010 Nomor : 072/355/406.074/2010 Perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka dengan ini kami mohon dapatnya Saudara sebagai berikut :

N a m a : DEASY DWI W
Judul : Analisi Perilaku Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya dengan Pendekatan Teori Health Belief Model di Desa Karangandu Kec. Watulimo Kab. Trenggalek.
Lamanya Survey : Tanggal 21 Juni s/d Tanggal 19 Juli 2010

Untuk mencari data di unit kerja Saudara dan mohon bantuannya guna mendukung kelancaran kegiatan dimaksud, dengan dikenakan retribusi sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Trenggalek Nomor 8 Tahun 2009.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas bantuannya disampaikan terima kasih.

An. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN TRENGGALEK



TEMBUSAN : disampaikan kepada
Yth. 1. Kepala Puskesmas Watulimo
2. Sdr. DEASY DWI W



SURAT KETERANGAN

Nomor : 870 / **288** /406.052.03.01/2010

Yang bertanda tangan di bawah ini :

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1. Nama | : dr. MORO PRASTYO |
| 2. NIP. | : 19720124 200604 1 004 |
| 3. Pangkat/Golongan Ruang | : Penata III / c |
| 4. Jabatan | : Kepala Puskesmas Watulimo |

Menerangkan bahwa

- | | |
|---------|---------------|
| 1. Nama | : DEASY DWI W |
| 2. NIM | : 010610308 B |

Adalah Mahasiswa Universitas Airlangga Fakultas Keperawatan Surabaya yang saat ini akan mengadakan penelitian di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek mulai tanggal 21 Juni s.d 10 Juli 2010.

Demikian atas bantuan dan partisipasinya disampaikan terima kasih.

Watulimo, 21 Juni 2010
Dokter Puskesmas Watulimo

dr. MORO PRASTYO
NIP. 19720124 200604 1 004



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK

DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS WATULIMO



Jl. Raya Prigi No. Telp. (0355) 551107 Watulimo Kode Pos 66382

SURAT KETERANGAN

Nomor : 870/289/406.052.03.01/2010

Yang bertanda tangan di bawah ini :

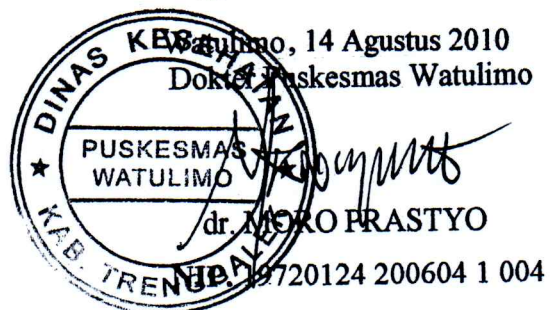
- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1. Nama | : dr. MORO PRASTYO |
| 2. NIP. | : 197201242006041004 |
| 3. Pangkat/Golongan Ruang | : Penata III / c |
| 4. Jabatan | : Kepala Puskesmas Watulimo |

Menerangkan bahwa

- | | |
|---------|---------------|
| 1. Nama | : DEASY DWI W |
| 2. NIM | : 010610308B |

Adalah Mahasiswa Universitas Airlangga Fakultas Keperawatan Surabaya yang telah selesai melaksanakan penelitian di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek mulai tanggal 21 Juni 2010 s.d 19 Juli 2010.

Demikian surat keterangan ini agar digunakan sebagaimana mestinya.



Lampiran 7

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI PESERTA PENELITIAN
ANALISIS PERILAKU KEPALA KELUARGA TENTANG PENCEGAHAN
CHIKUNGUNYA DENGAN PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL*
DI DESA KARANGGANDU KECAMATAN WATULIMO KABUPATEN
TRENGGALEK

Oleh:

Deasy Dwi W

010610308B

Saya adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Pendidikan Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perilaku kepala keluarga tentang pencegahan demam chikungunya dengan pendekatan teori *health belief model* di desa Karanggandu wilayah kerja Puskesmas Watulimo Kabupaten Trenggalek.

Saya sangat mengharapkan partisipasi dan kesediaan saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan hanya dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud-maksud lain.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat bebas, artinya saudara bebas untuk ikut ataupun tidak tanpa sangsi apapun. Jika saudara bersedia menjadi peserta dalam penelitian ini, silahkan saudara menandatangani kolom dibawah ini. Atas kerja sama dan partisipasi saudara, kami sebagai peneliti mengucapkan banyak terimakasih

Tanggal:

No. responden:

Tanda Tangan:

Lampiran 8

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia / tidak bersedia ikut (*) berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Deasy Dwi W, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang berjudul: **“Analisis Perilaku Kepala Keluarga tentang Pencegahan Chikungunya di Desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek”**. Demikian pernyataan ini saya buat secara sadar, dan tanpa paksaan siapapun.

Surabaya, 2010

Yang membuat pernyataan

()

* Pilih salah satu

Lampiran 9

KUESIONER PENELITIAN
ANALISIS PERILAKU KEPALA KELUARGA TENTANG PENCEGAHAN
CHIKUNGUNYA DENGAN PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF*
MODEL DI DESA KARANGGANDU KECAMATAN WATULIMO
KABUPATEN TRENGGALEK

Tanggal Pengisian Kuesioner:

Kode/No:

A. Karakteristik Umum Responden

Kode diisi oleh petugas

1. Nama Responden:

2. Jenis Kelamin

 Laki – laki Perempuan.

3. Umur

 < 20 tahun 20-30 tahun 31-40 tahun 41-50 tahun 51-60 tahun ≥ 60 tahun

4. Peran Dalam Keluarga

 Suami Istri Lain-lain (sebutkan).....

5. Agama / Kepercayaan

 Islam Kristen Protestan Kristen Katolik Hindu Budha

6. Pendidikan Tertinggi

 Tidak pernah sekolah Tidak tamat SD Tamat SD Tamat SLTP Tamat SLTA Tamat Perguruan Tinggi

7. Pekerjaan Utama

- () Nelayan
 () Petani
 () Wiraswasta/pedagang
 () PNS
 () TNI/POLRI
 () Lain-Lain (sebutkan).....

8. Berapa penghasilan kepala keluarga perbulan?

- () < Rp. 400.000
 () Rp. 400.000 - < Rp. 700.000
 () Rp. 700.000 - < Rp. 1.000.000
 () > Rp. 1.000.000

B. Kerentanan yang dirasakan keluarga (*perceived susceptibility*)

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang menurut anda benar.

- SS : Sangat Setuju
 S : Setuju
 TS : Tidak Setuju
 STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Dibandingkan dengan keluarga lain , keluarga saya lebih rentan terserang penyakit				
2	Sebagian besar orang terserang penyakit lebih mudah daripada saya/keluarga saya				
3	Keluarga saya tahan terhadap penyakit chikungunya dengan baik				
4	Saya merasa keluarga saya akan terserang penyakit chikungunya di kemudian hari				

C. Keseriusan yang dirasakan oleh keluarga (*perceived severity*)

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang menurut anda benar.

- SS : Sangat Setuju
 S : Setuju
 TS : Tidak Setuju
 STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya merasa khawatir ketika keluarga saya terserang chikungunya				
2	Chikungunya merupakan penyakit yang serius/parah daripada penyakit lain				
3	Menurut pendapat saya, chikungunya merupakan penyakit yang serius disebabkan dapat menyebabkan kelumpuhan				
4	Mengatasi chikungunya akan menenangkan pikiran keluarga saya akan keseriusan penyakit tersebut				
5	Ketika anggota keluarga terserang chikungunya, hubungan antar keluarga akan terganggu				
6	Ketika anggota keluarga terserang chikungunya, hubungan antara keluarga dan tetangga/orang lain di sekitar akan terganggu				
7	Ketika anggota keluarga terserang chikungunya, pekerjaan saya dan keluarga saya akan terganggu.				

D. Keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*)

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang menurut anda benar.

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Keluarga saya dapat menghindari suatu penyakit apabila dapat menjaga kesehatan masing-masing				
2	Suatu penyakit akan datang apabila anggota keluarga tidak menjaga kesehatan masing-masing				
3	Dalam menanggulangi chikungunya, pencegahan penyakit lebih efektif daripada dengan pengobatannya				
4	Menggunakan repellent/krim/obat nyamuk semprot tidak dapat menghindari gigitan nyamuk <i>Aedes</i>				

5	Melaksanakan fogging untuk memutus siklus nyamuk dapat mencegah terjadinya chikungunya				
6	Menggunakan kelambu untuk tidur dapat menghindari gigitan nyamuk				
7	Menggunakan kipas angin efektif untuk mengusir nyamuk				
8	Membasmi tempat perindukan nyamuk sangat penting untuk mencegah perkembangbiakan nyamuk				
	Membersihkan tempat sampah tidak dapat mencegah penyebaran nyamuk <i>Aedes</i> penyebab chikungunya.				
10	Menguras tempat penampungan air dan membuang barang-barang bekas di area sekitar rumah dapat mencegah chikungunya				
11	Mengganti air yang tidak mengalir misalnya di pot bunga atau tempat sejenisnya setiap hari atau minimal dua kali seminggu sangat efektif untuk membasmi sarang nyamuk				
12	Menambah ikan pemakan larva dalam akuarium, kolam, dsb dapat membantu membasmi tempat perindukan nyamuk				
13	Memotong rumput-rumputan yang sudah tinggi tidak dapat meminimalisir ruang gerak nyamuk dewasa untuk bersembunyi pada siang hari.				
14	Menyalurkan /membuang semua air yang menggenang setelah hujan tidak mencegah telur nyamuk berkembang				
15	Melindungi penderita chikungunya dengan kelambu dapat mencegah keluarga terutama penderita chikungunya dari gigitan/kontak nyamuk				
16	Memakai baju lengan panjang untuk menutupi permukaan kulit , terutama dengan warna-warna cerah tidak mencegah dari gigitan nyamuk <i>Aedes</i>				

E. Penghalang dalam melakukan tindakan pencegahan chikungunya (*perceived barriers*)

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang sesuai menurut pendapat anda

- SS : Sangat Setuju
 S : Setuju
 TS : Tidak Setuju
 STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Kesulitan yang saya rasakan lebih besar daripada manfaat saya peroleh apabila saya melaksanakan pencegahan chikungunya,				
2	Tidak ada waktu yang cukup bagi keluarga untuk melaksanakan kerja bakti, membersihkan tempat penampungan air yang rutin, melaksanakan fogging dsb.				
3	Apabila keluarga melaksanakan tindakan pencegahan chikungunya, biaya yang dikeluarkan tergolong tinggi (membeli tutup penampung air, kelambu, obat nyamuk dsb)				
4	Melaksanakan kerja bakti, membersihkan tempat penampungan air, memakaikan kelambu ke tempat tidur, dsb akan sangat merepotkan anggota keluarga karena masing-masing anggota keluarga bekerja sesuai dengan kapasitas masing-masing				
5	Keluarga saya tidak sempat untuk melaksanakan 3M (menguras, menutup, mengubur) karena keterbatasan jumlah keluarga (tenaga yang melaksanakan)				
6	Keluarga saya tidak melaksanakan fogging karena membahayakan bagi kesehatan keluarga				

F. Pendorong untuk bertindak (*cues to action*)

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang sesuai menurut pendapat anda

- Dalam memutuskan apakah keluarga saya perlu melaksanakan pencegahan menularnya chikungunya atau tidak, saya mempunyai rekomendasi/saran/informasi dari orang lain
 - () Ya
 - () Tidak
- Jika ya, dari siapa anda mendapat rekomendasi/saran tersebut (jawaban bisa lebih dari satu)
 - () Media massa (Televisi, surat kabar, internet, majalah)
 - () Membaca sendiri buku-buku tentang chikungunya, pengobatan dan pencegahannya
 - () Teman dan tetangga
 - () Petugas kesehatan (dokter, bidan, perawat)

3. Menurut anda, apa yang menyebabkan anda mempercayai informasi tersebut?
 (jawab yang paling banyak memberikan pengaruh)
 () Sesuai dengan kenyataan (tanda dan gejala chikungunya, keparahan)
 () Merupakan media atau pihak yang sudah terpercaya

G. Kepercayaan diri keberhasilan tindakan yang dilakukan (*perceived self-efficacy*)

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang sesuai menurut pendapat anda

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya yakin dapat mencegah chikungunya jika saya berusaha				
2	Apabila ada hal yang menghambat saya untuk mencegah chikungunya, saya akan berusaha mencari cara lain agar saya tetap bisa mencegah chikungunya				
3	Saya tidak mempunyai kesulitan untuk mencegah chikungunya terjadi pada keluarga saya				
4	Ketika ada anggota keluarga saya yang terserang chikungunya, saya yakin dapat mencegah penularan chikungunya pada anggota keluarga yang lain.				
5	Apabila tindakan saya mencegah chikungunya bertentangan dengan hal yang lain, saya tahu bagaimana mengatasinya				
6	Solusi saya untuk mengatasi chikungunya adalah melaksanakan pencegahan menular pada anggota keluarga yang lain.				
7	Saya dapat mengatasi penghambat dalam mencegah penularan chikungunya dalam hal biaya, waktu dan tenaga karena saya percaya kemampuan saya sebagai kepala keluarga				
8	Ketika saya mempunyai kesulitan dalam mencegah penularan chikungunya kepada anggota keluarga yang lain, maka saya akan selalu berhasil				

	menyelesaikan masalah tersebut				
9	Ketika terjadi chikungunya pada anggota keluarga ,saya sebagai kepala keluarga yakin akan melaksanakan tindakan pencegahan penularan kepada anggota keluarga yang lain				
10	Apapun masalah kesehatan yang terjadi pada keluarga saya, saya sebagai keluarga akan siap menanganinya dengan baik				

H. Tindakan proteksi/pencegahan *chikungunya*

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang sesuai menurut pendapat anda

TP : Tidak Pernah
 KK : Kadang-kadang
 SR : Sering
 SL : Selalu (rutin)

No	Pernyataan	TP	KK	SR	SL
1.	Menggunakan repellent/krim/obat nyamuk semprot untuk menghindari gigitan nyamuk				
2	Melaksanakan fogging untuk memutus siklus nyamuk?				
3	Menggunakan kelambu untuk tidur agar menghindari gigitan nyamuk				
4	Menggunakan kipas angin untuk mengusir nyamuk				
5	Membasmi tempat perindukan nyamuk				
6	Membersihkan tempat sampah				
7	Menguras tempat penampungan air dan membuang barang-barang bekas di area sekitar rumah				
8	Mengganti air yang tidak mengalir misalnya di pot bunga atau tempat sejenisnya setiap hari atau minimal dua kali seminggu				
9	Menambah ikan pemakan larva dalam akuarium, kolam, dsb				
10	Memotong rumput yang tinggi untuk meminimalisir ruang gerak nyamuk dewasa untuk bersembunyi pada siang hari				
11	Menyalurkan /membuang semua air yang menggenang setelah hujan				

12	Melindungi penderita chikungunya dari kontak nyamuk dengan kelambu?				
13	Menggunakan obat semprot untuk kamar tidur, toilet, kamar mandi, sudut dan pojok rumah, kemungkinan di keset, tikar gulung dsb				
14	Memakai baju lengan panjang untuk menutupi permukaan kulit, terutama warna-warna cerah				
15	Menggunakan korden di pintu dan jendela				

Lampiran 10
 Hasil Tabulasi Karakteristik Umum Responden di desa Karanggandu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek 21 Juni-30
 Juni 2010

No. Responden	Jenis kelamin	Umur	Status dalam Keluarga	Agama	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Penghasilan
1	1	4	1	1	3	2	1
2	1	4	1	1	3	3	2
3	1	5	1	1	5	2	3
4	1	3	1	1	4	2	3
5	1	4	3	1	1	2	3
6	1	3	1	1	4	2	3
7	1	6	3	1	2	2	3
8	2	4	2	1	3	2	2
9	1	2	3	1	3	2	3
10	1	2	1	1	4	2	3
11	1	3	1	1	3	2	3
12	1	5	1	1	3	2	1
13	2	2	2	1	3	2	1
14	1	4	1	1	3	2	3
15	1	3	1	1	3	2	3
16	1	4	1	1	3	2	3
17	1	3	1	1	3	2	2
18	1	5	1	2	2	2	2
19	1	4	1	1	3	2	2
20	1	2	1	1	5	3	4
21	1	2	3	1	4	3	3
22	1	3	1	1	4	3	4
23	1	3	1	1	5	4	4
24	2	5	3	1	2	2	1

25	1	3	1	1	1	3	1	1	1	2
26	1	2	1	1	1	4	1	1	1	2
27	2	1	2	1	1	4	1	1	1	2
28	1	4	1	1	1	3	1	1	2	3
29	2	4	2	1	1	2	2	2	2	3
30	1	5	2	1	1	3	2	2	2	3
31	1	3	1	1	1	4	1	3	3	3
32	1	3	1	1	1	4	1	1	1	3
33	1	6	1	1	1	3	1	1	1	3
34	1	5	1	1	1	3	1	1	1	3
35	1	3	1	1	1	3	1	1	1	3
36	1	3	1	1	1	3	1	1	1	3
37	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2
38	1	2	1	1	1	5	1	3	3	3
39	2	5	3	1	1	3	3	2	2	2
40	1	3	1	1	1	4	1	3	3	4
41	1	3	3	1	1	4	3	4	1	2
42	1	5	3	1	1	2	3	2	2	3
43	1	6	1	1	1	1	1	2	2	2
44	1	6	3	1	1	1	3	1	1	1
45	2	2	3	1	1	5	3	3	3	3
46	1	3	1	1	1	5	1	6	3	3
47	2	3	2	1	1	6	2	4	4	4
48	1	3	1	1	1	5	1	3	3	4
49	1	6	1	1	1	2	1	2	2	2
50	1	6	1	1	1	3	1	2	2	2
51	1	3	1	1	1	5	1	5	5	4
52	1	3	1	1	1	3	1	1	1	2
53	1	1	3	1	1	3	3	2	2	2

54	2	4	3	1	4	2
55	1	5	1	1	3	2
56	1	4	1	1	3	3
57	1	5	1	1	3	1
58	1	4	1	1	3	2
59	1	3	1	1	4	2
60	1	2	3	1	5	4
61	1	3	3	1	5	4
62	1	4	1	1	3	4
63	1	4	1	1	3	2
64	2	4	2	1	3	4
65	2	5	3	1	2	2
66	1	4	1	1	3	3
67	1	3	1	1	5	4
68	1	4	1	1	3	2
69	1	4	1	1	4	3
70	1	5	1	1	2	2

Keterangan;

Jenis Kelamin:

- 1= laki-laki
- 2= Perempuan

Agama

- 1 = Islam
- 2 = Kristen Protestan
- 3 = Kristen katolik
- 4 = Hindu
- 5 = Budha

Penghasilan perbulan

- 1 = < Rp. 400.000
- 2 = Rp. 400.000 - < 700.000
- 3 = Rp. 700.000- 1.000.000
- 4 = > 1 juta

Status dalam keluarga

- 1 = Suami
- 2 = Istri
- 3 = Anak
- 4 = Ibu
- 5 = Ayah

Pendidikan Terakhir

- 1 = Tidak pernah sekolah
- 2 = Tidak tamat SD
- 3 = Tamat SD
- 4 = Tamat SLTP
- 5 = Tamat SLTA
- 6 = Tamat PT

Pekerjaan

- 1 = Nelayan
- 2 = Petani
- 3 = Wiraswasta/Pedagang
- 4 = PNS
- 5 = TNI/POLRI
- 6 = Lain-lain

Umur:

- 1 = < 20 tahun
- 2 = 20-30 tahun
- 3 = 31-40 tahun
- 4 = 41-50 tahun
- 5 = 50-60 tahun
- 6 = > 60 tahun

Lampiran 11

**Hasil Tabulasi Kuesioner Persepsi Kerentanan yang dirasakan oleh kepala keluarga
(perceived susceptibility)**

No Responden	Pernyataan				Hasil (x)	x-x̄	(x-x̄)²	Skor T	Kriteria	Kode	Keterangan
	1	2	3	4							
1	4	2	3	2	11	1	1	55.6497	tinggi	1	Untuk pertanyaan no 1-4 Jawaban pernyataan tinggi SS = Sangat setuju skor 4 S = Setuju skor 3 TS = Tidak setuju skor 3 STS = Sangat Tidak Setuju skor 1 Jawaban Pernyataan Rendah SS=skor 1 S=skor 2 TS=Skor 3 STS=skor 4 Dengan kriteria sebagai berikut : T ≥ Median T : persepsi kerentanan tinggi T ≤ Median data = persepsi kerentanan rendah
2	4	4	4	4	16	6	36	83.8983	tinggi	1	
3	3	3	3	2	11	1	1	55.6497	tinggi	1	
4	4	3	3	2	12	2	4	61.2994	tinggi	1	
5	4	3	3	2	12	2	4	61.2994	tinggi	1	
6	2	3	3	2	10	0	0	50	tinggi	1	
7	3	3	3	3	12	2	4	61.2994	tinggi	1	
8	2	2	2	3	9	-1	1	44.3503	tinggi	1	
9	3	3	3	2	11	1	1	55.6497	tinggi	1	
10	2	2	3	2	9	-1	1	44.3503	rendah	2	
11	2	3	2	2	9	-1	1	44.3503	rendah	2	
12	3	3	3	2	11	1	1	55.6497	tinggi	1	
13	2	3	3	2	10	0	0	50	tinggi	1	
14	1	3	3	2	9	-1	1	44.3503	rendah	2	
15	1	1	1	1	4	-6	36	16.1017	rendah	2	
16	1	4	1	1	7	-3	9	33.0508	rendah	2	
17	2	3	2	2	10	0	0	50	tinggi	1	
18	2	2	2	1	7	-3	9	33.0508	rendah	2	
19	2	3	3	2	10	0	0	50	tinggi	1	
20	3	3	3	2	11	1	1	55.6497	tinggi	1	
21	2	2	2	3	9	-1	1	44.3503	rendah	2	
22	3	3	3	2	8	-2	4	38.7006	rendah	2	
23	2	3	3	2	10	0	0	50	tinggi	1	
24	4	2	3	2	11	1	1	55.6497	tinggi	1	
25	3	2	2	1	8	-2	4	38.7006	rendah	2	
26	1	3	2	2	8	-2	4	38.7006	rendah	2	
27	4	1	3	2	10	0	0	50	tinggi	1	
28	2	3	3	1	9	-1	1	44.3503	rendah	2	
29	4	1	4	1	10	0	0	50	tinggi	1	
30	2	3	3	2	10	0	0	50	tinggi	1	
31	2	3	3	2	10	0	0	50	tinggi	1	
32	2	3	3	3	11	1	1	55.6497	tinggi	1	
33	2	3	2	2	9	-1	1	44.3503	rendah	2	
34	2	3	2	1	8	-2	4	38.7006	rendah	2	
35	1	4	3	2	10	0	0	50	tinggi	1	
36	2	2	3	2	9	-1	1	44.3503	rendah	2	
37	4	4	3	2	13	3	9	66.9492	tinggi	1	
38	1	4	2	1	8	-2	4	38.7006	rendah	2	
39	1	4	3	1	9	-1	1	44.3503	rendah	2	
40	2	2	3	2	9	-1	1	44.3503	rendah	2	

41	1	2	3	1	7	-3	9	33.0508	rendah	2
42	3	3	3	1	10	0	0	50	tinggi	1
43	2	3	3	3	11	1	1	55.6497	tinggi	1
44	2	3	4	2	11	1	1	55.6497	tinggi	1
45	3	3	3	3	12	2	4	61.2994	tinggi	1
46	4	4	3	1	12	2	4	61.2994	tinggi	1
47	3	3	3	4	13	3	9	66.9492	tinggi	1
48	3	2	3	3	10	0	0	50	tinggi	1
49	2	3	2	2	9	-1	1	44.3503	rendah	2
50	2	3	3	2	10	0	0	50	rendah	2
51	3	4	1	1	9	-1	1	44.3503	rendah	2
52	4	2	2	2	10	0	0	50	tinggi	1
53	2	3	3	2	10	0	0	50	tinggi	1
54	4	2	1	3	10	0	0	50	tinggi	1
55	2	3	4	4	13	3	9	66.9492	tinggi	1
56	2	2	2	3	9	-1	1	44.3503	rendah	2
57	4	1	3	3	11	1	1	55.6497	tinggi	1
58	3	3	2	4	12	2	4	61.2994	tinggi	1
59	3	1	3	2	9	-1	1	44.3503	rendah	2
60	4	3	1	2	10	0	0	50	tinggi	1
61	2	2	2	2	8	-2	4	38.7006	rendah	2
62	2	2	1	2	7	-3	9	33.0508	rendah	2
63	3	3	2	4	12	2	4	61.2994	tinggi	1
64	3	3	2	1	9	-1	1	44.3503	rendah	2
65	4	2	1	2	9	-1	1	44.3503	rendah	2
66	3	2	3	2	11	1	1	55.6497	tinggi	1
67	2	2	3	4	11	1	1	55.6497	tinggi	1
68	3	3	2	3	11	1	1	55.6497	tinggi	1
69	4	3	2	1	10	0	0	50	tinggi	1
70	2	2	2	2	8	-2	4	38.7006	rendah	2
Total					694		220	3466.1		
Mean					10			50		
SD					1.77					
median T					50					
$T = 50 + 10 \frac{x - X}{SD}$ $SD = \frac{\sum (x - X)^2}{N}$										

Lampiran 12

**Hasil Tabulasi Kuesioner Persepsi Keseriusan yang dirasakan oleh kepala keluarga
(perceived seriousness)**

No Responden	Pernyataan							Hasil (x)	x-x̄	(x-x̄) ²	Skor T	Kriteria	Kode
	1	2	3	4	5	6	7						
1	4	4	3	3	3	4	3	24	4.42	19.5364	66.9349	tinggi	1
2	4	3	3	3	2	2	4	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
3	4	4	3	3	2	2	3	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
4	4	4	4	3	2	2	2	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
5	4	3	4	3	1	1	4	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
6	4	3	3	2	2	4	3	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
7	4	3	3	4	4	3	3	24	4.42	19.5364	66.9349	tinggi	1
8	4	2	3	4	3	3	3	22	2.42	5.8564	59.272	tinggi	1
9	4	4	3	3	3	2	2	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
10	4	4	4	3	2	2	3	22	2.42	5.8564	59.272	tinggi	1
11	3	4	3	3	2	2	3	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
12	3	2	3	3	3	3	3	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
13	4	3	3	3	3	2	3	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
14	2	4	3	3	3	2	3	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
15	4	4	4	4	3	3	3	25	5.42	29.3764	70.7663	tinggi	1
16	3	3	4	3	3	3	4	23	3.42	11.6964	63.1034	tinggi	1
17	4	4	4	3	3	3	3	24	4.42	19.5364	66.9349	tinggi	1
18	4	4	4	3	2	2	2	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
19	3	3	4	3	3	3	3	22	2.42	5.8564	59.272	tinggi	1
20	4	3	3	3	2	3	2	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	2
21	4	2	3	4	3	3	2	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
22	3	3	3	4	2	2	3	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
23	4	3	3	3	3	3	3	22	2.42	5.8564	59.272	tinggi	1
24	4	3	3	3	3	3	3	22	2.42	5.8564	59.272	tinggi	1
25	4	4	4	2	2	3	3	22	2.42	5.8564	59.272	tinggi	2
26	2	3	3	2	2	3	2	17	-2.58	6.6564	40.1149	rendah	2
27	3	3	3	2	2	2	2	17	-2.58	6.6564	40.1149	rendah	2
28	4	4	4	2	2	3	3	22	2.42	5.8564	59.272	tinggi	1
29	4	4	4	2	2	2	2	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	2
30	3	3	3	3	2	2	2	18	-1.58	2.4964	43.9464	rendah	2
31	3	3	3	3	2	3	2	19	-0.58	0.3364	47.7778	rendah	2
32	3	3	3	2	4	3	2	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
33	3	4	4	2	1	1	1	16	-3.58	12.8164	36.2835	rendah	2
34	4	4	4	3	1	3	3	22	2.42	5.8564	59.272	tinggi	1
35	3	3	3	2	3	2	4	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
36	3	3	3	3	3	2	3	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
37	3	3	3	2	3	3	3	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
38	4	4	3	2	2	2	2	19	-0.58	0.3364	47.7778	rendah	2
39	3	3	3	3	2	2	2	18	-1.58	2.4964	43.9464	rendah	2
40	3	3	3	2	3	3	2	19	-0.58	0.3364	47.7778	rendah	2
41	4	3	3	3	2	2	4	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1

42	3	4	2	3	2	2	3	19	-0.58	0.3364	47.7778	rendah	2
43	4	4	3	3	2	2	2	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
44	1	1	1	3	3	2	2	13	-6.58	43.2964	24.7893	rendah	2
45	4	4	4	3	3	3	4	25	5.42	29.3764	70.7663	tinggi	1
46	4	4	3	3	1	1	4	20	0.42	0.1764	51.6092	rendah	2
47	4	4	3	3	3	2	4	23	3.42	11.6964	63.1034	tinggi	1
48	3	4	3	2	2	2	2	18	-1.58	2.4964	43.9464	rendah	2
49	4	3	4	3	3	2	2	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
50	4	3	3	3	3	3	3	22	2.42	5.8564	59.272	tinggi	1
51	4	2	3	2	2	4	2	19	-0.58	0.3364	47.7778	rendah	2
52	4	3	4	3	3	2	1	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
53	2	3	3	3	2	3	4	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
54	4	4	4	2	3	1	3	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
55	3	3	3	3	4	3	3	22	2.42	5.8564	59.272	tinggi	1
56	3	3	3	2	2	3	3	19	-0.58	0.3364	47.7778	rendah	2
57	4	3	4	2	3	1	4	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
58	3	3	3	3	3	4	4	23	3.42	11.6964	63.1034	tinggi	1
59	2	3	3	2	2	1	2	15	-4.58	20.9764	32.4521	rendah	2
60	4	3	4	2	1	3	2	19	-0.58	0.3364	47.7778	rendah	2
61	3	3	2	4	2	3	3	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
62	2	2	3	3	2	3	3	18	-1.58	2.4964	43.9464	rendah	2
63	4	3	2	3	2	3	4	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
64	1	4	3	2	4	3	3	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
65	3	2	3	2	4	1	3	18	-1.58	2.4964	43.9464	rendah	2
66	3	3	3	3	3	3	4	22	2.42	5.8564	59.272	tinggi	1
67	3	2	4	3	3	2	4	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
68	4	4	2	2	3	2	3	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
69	3	2	4	3	3	3	3	21	1.42	2.0164	55.4406	tinggi	1
70	3	2	3	3	3	3	3	20	0.42	0.1764	51.6092	tinggi	1
Total								1429		355.708	3723.75		
Mean								19.58			50		
SD								2.61					
median T											51.6		
Keterangan:													
Untuk pertanyaan no 1-8													
Jawaban													
SS = Sangat setuju skor 4													
S = Setuju skor 3													
TS = Tidak setuju skor 2													
STS = Sangat Tidak Setuju skor 1													
Dengan kriteria sebagai berikut :													
T ≥ Median T : persepsi keseriusan tinggi													
T ≤ Median data = persepsi keseriusan rendah													
								$T = 50 + 10 \frac{x - K}{SD}$ $SD = \frac{\sum(x - X)^2}{N}$					

Lampiran 13

Hasil Tabulasi Kuesioner Persepsi manfaat yang dirasakan oleh kepala keluarga (*perceived benefit*)

No Responden	Pernyataan																Hasil (x)	x- \bar{x}	(x- \bar{x}) ²	Skor T	Kriteria	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16						
1	3	3	2	2	3	4	2	2	3	3	3	2	3	3	4	3	45	2.49	6.2001	54.1431	tinggi	1
2	3	3	1	4	1	3	3	2	1	2	2	2	2	1	4	3	37	-5.51	30.3601	40.8319	rendah	2
3	3	3	1	2	4	3	3	2	1	1	2	1	3	1	1	3	34	-8.51	72.4201	35.8403	rendah	2
4	4	4	2	1	4	3	3	2	1	3	3	2	3	2	4	2	43	0.49	0.2401	50.8153	tinggi	1
5	3	3	2	2	2	3	3	3	1	2	2	2	4	2	4	2	40	-2.51	6.3001	45.8236	rendah	2
6	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	39	-3.51	12.3201	44.1597	rendah	2
7	4	4	4	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	54	11.49	132.02	69.1181	tinggi	1
8	4	3	4	3	3	3	2	4	3	3	3	4	3	3	3	2	50	7.49	56.1001	62.4626	tinggi	1
9	3	3	1	3	4	4	3	1	1	3	3	3	2	2	3	2	41	-1.51	2.2801	47.4875	rendah	2
10	3	3	3	2	2	3	2	2	1	2	2	2	4	2	3	2	38	-4.51	20.3401	42.4958	rendah	2
11	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	35	-7.51	56.4001	37.5042	rendah	2
12	3	3	2	3	3	3	1	3	3	1	1	1	3	3	3	3	39	-3.51	12.3201	44.1597	rendah	2
13	3	3	1	3	4	4	3	3	1	3	2	2	1	3	4	2	42	-0.51	0.2601	49.1514	rendah	2
14	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	1	4	1	3	1	38	-4.51	20.3401	42.4958	rendah	2
15	4	3	1	1	4	4	4	1	1	4	2	2	1	1	2	1	36	-6.51	42.3801	39.1681	rendah	2
16	3	3	1	1	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	40	-2.51	6.3001	45.8236	rendah	2
17	2	2	2	2	3	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	4	35	-7.51	56.4001	37.5042	rendah	2
18	3	3	1	3	4	2	2	2	3	2	2	4	3	3	2	1	40	-2.51	6.3001	45.8236	rendah	2
19	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	4	38	-4.51	20.3401	42.4958	rendah	2
20	3	3	1	3	3	3	2	2	3	3	3	1	2	2	4	2	40	-2.51	6.3001	45.8236	rendah	2
21	4	3	4	3	3	3	2	4	3	2	3	4	3	3	3	3	50	7.49	56.1001	62.4626	tinggi	1
22	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	3	2	2	40	-2.51	6.3001	45.8236	rendah	2
23	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	45	2.49	6.2001	54.1431	tinggi	1
24	3	3	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	1	1	4	2	39	-3.51	12.3201	44.1597	rendah	2
25	3	3	1	3	4	2	2	3	2	2	2	2	1	2	3	2	37	-5.51	30.3601	40.8319	rendah	2

58	2	3	3	2	4	2	2	1	3	3	2	1	3	3	2	4	3	40	-2.51	6.3001	45.8236	rendah	2
59	2	2	1	2	3	2	2	1	3	4	3	2	4	3	2	4	3	38	-4.51	20.3401	42.4958	rendah	2
60	4	3	4	4	4	3	2	4	2	2	2	4	2	2	1	2	3	46	3.49	12.1801	55.807	tinggi	1
61	3	4	3	4	3	3	2	4	4	3	4	4	2	1	3	3	2	48	5.49	30.1401	59.1348	tinggi	1
62	3	3	4	1	3	4	3	4	4	3	4	4	2	4	2	4	2	50	7.49	56.1001	62.4626	tinggi	1
63	3	2	3	1	3	2	4	3	3	3	4	2	1	3	3	3	44	1.49	2.2201	52.4792	tinggi	1	
64	3	2	2	2	3	2	4	3	3	3	3	3	1	2	1	2	39	-3.51	12.3201	44.1597	rendah	2	
65	4	2	3	4	4	3	2	3	4	4	4	2	2	2	4	3	51	8.49	72.0801	64.1265	tinggi	1	
66	2	3	3	3	3	4	4	2	2	3	2	2	2	2	2	3	43	0.49	0.2401	50.8153	tinggi	1	
67	4	2	3	1	4	3	1	2	3	3	3	4	2	2	4	3	44	1.49	2.2201	52.4792	tinggi	1	
68	3	2	3	1	3	2	3	2	3	3	3	3	4	2	3	4	44	1.49	2.2201	52.4792	tinggi	1	
69	3	4	2	3	4	2	3	1	1	2	3	1	2	3	4	2	38	-4.51	20.3401	42.4958	rendah	1	
70	4	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	3	43	0.49	0.2401	50.8153	tinggi	1	
Total																	2976		2353.49	3500.5			
Mean																	42.51						
SD																	6.01						
Median T																						48.3	

Untuk pertanyaan no 1-16
 Jawaban pernyataan tinggi
 SS = Sangat setuju skor 4
 S = Setuju skor 3
 TS = Tidak setuju skor 3
 STS = Sangat Tidak Setuju skor 1
 Jawaban Pernyataan Rendah :
 SS=skor 1
 S=skor 2
 TS=Skor 3
 STS=skor 4
 Dengan kriteria sebagai berikut :
 $T \geq \text{Median } T$: persepsi manfaat tinggi
 $T \leq \text{Median data}$ = persepsi manfaat rendah

$$T = 50 + 10 \frac{x - X}{SD}$$

$$SD = \frac{\sum(x - X)^2}{N}$$

Lampiran 14

Hasil Tabulasi Kuesioner Persepsi Halangan yang dirasakan oleh kepala keluarga (*perceived barriers*)

No Responden	Pernyataan						Hasil (x)	x-x̄	(x-x̄) ²	Skor T	Kriteria	Kode
	1	2	3	4	5	6						
1	3	2	3	2	2	1	13	-2.21	4.8841	40.63559	rendah	2
2	2	2	3	3	2	2	14	-1.21	1.4641	44.87288	rendah	2
3	2	2	3	3	3	2	15	-0.21	0.0441	49.11017	rendah	2
4	2	2	3	2	2	3	14	-1.21	1.4641	44.87288	rendah	2
5	3	2	2	2	3	2	14	-1.21	1.4641	44.87288	rendah	2
6	2	2	3	3	3	2	15	-0.21	0.0441	49.11017	tinggi	1
7	1	3	3	2	2	2	13	-2.21	4.8841	40.63559	rendah	2
8	2	3	2	2	2	1	12	-3.21	10.3041	36.39831	rendah	2
9	2	2	3	4	3	2	16	0.79	0.6241	53.34746	tinggi	1
10	3	2	2	2	2	4	15	-0.21	0.0441	49.11017	rendah	2
11	3	3	3	3	3	3	18	2.79	7.7841	61.82203	tinggi	1
12	3	4	2	2	2	2	15	-0.21	0.0441	49.11017	tinggi	1
13	4	2	3	2	2	2	15	-0.21	0.0441	49.11017	tinggi	1
14	2	2	3	3	2	2	14	-1.21	1.4641	44.87288	rendah	2
15	1	1	2	2	2	1	9	-6.21	38.5641	23.68644	rendah	2
16	4	3	4	3	3	1	18	2.79	7.7841	61.82203	tinggi	1
17	2	2	1	3	1	1	10	-5.21	27.1441	27.92373	rendah	2
18	4	3	3	3	3	2	18	2.79	7.7841	61.82203	tinggi	1
19	4	3	3	3	3	1	17	1.79	3.2041	57.58475	tinggi	1
20	3	2	2	2	2	2	13	-2.21	4.8841	40.63559	rendah	2
21	2	3	2	2	3	1	13	-2.21	4.8841	40.63559	rendah	2
22	2	2	3	3	2	2	14	-1.21	1.4641	44.87288	rendah	2
23	2	2	2	2	2	1	11	-4.21	17.7241	32.16102	rendah	2
24	4	3	4	3	3	2	19	3.79	14.3641	66.05932	tinggi	1
25	4	3	3	3	2	2	17	1.79	3.2041	57.58475	tinggi	1
26	3	3	2	3	2	2	15	-0.21	0.0441	49.11017	tinggi	1
27	3	3	3	3	2	2	16	0.79	0.6241	53.34746	tinggi	1
28	4	2	3	3	2	2	16	0.79	0.6241	53.34746	tinggi	1
29	2	2	3	3	3	2	15	-0.21	0.0441	49.11017	tinggi	1
30	3	2	4	3	4	2	18	2.79	7.7841	61.82203	tinggi	1
31	4	4	3	2	3	2	18	2.79	7.7841	61.82203	tinggi	1
32	1	2	3	2	3	2	13	-2.21	4.8841	40.63559	rendah	2
33	3	3	3	2	2	2	15	-0.21	0.0441	49.11017	tinggi	1
34	3	3	3	2	2	2	15	-0.21	0.0441	49.11017	tinggi	1
35	3	3	3	3	3	2	17	1.79	3.2041	57.58475	tinggi	1
36	3	2	3	3	2	2	15	-0.21	0.0441	49.11017	tinggi	1
37	3	2	3	3	3	2	16	0.79	0.6241	53.34746	tinggi	1
38	3	3	2	2	2	2	14	-1.21	1.4641	44.87288	rendah	2
39	4	3	3	3	3	2	18	2.79	7.7841	61.82203	tinggi	1
40	3	3	2	3	2	2	15	-0.21	0.0441	49.11017	tinggi	1

41	4	3	3	3	2	2	17	1.79	3.2041	57.58475	tinggi	1
42	4	4	3	3	2	2	18	2.79	7.7841	61.82203	tinggi	1
43	4	4	4	4	4	2	22	6.79	46.1041	78.77119	tinggi	1
44	2	3	3	2	2	2	14	-1.21	1.4641	44.87288	rendah	2
45	4	3	2	2	2	2	15	-0.21	0.0441	49.11017	tinggi	1
46	4	3	1	1	2	2	13	-2.21	4.8841	40.63559	rendah	2
47	3	3	1	2	2	2	13	-2.21	4.8841	40.63559	rendah	2
48	3	3	2	2	2	2	14	-1.21	1.4641	44.87288	rendah	2
49	1	4	3	3	3	2	16	0.79	0.6241	53.34746	tinggi	1
50	4	3	3	3	1	2	16	0.79	0.6241	53.34746	tinggi	1
51	3	3	2	4	3	3	18	2.79	7.7841	61.82203	tinggi	1
52	4	2	3	2	2	3	16	0.79	0.6241	53.34746	tinggi	1
53	2	3	2	3	3	4	17	1.79	3.2041	57.58475	tinggi	1
54	4	3	1	2	3	3	16	0.79	0.6241	53.34746	tinggi	1
55	1	3	2	4	1	1	12	-3.21	10.3041	36.39831	rendah	2
56	2	2	3	2	2	1	12	-3.21	10.3041	36.39831	rendah	2
57	4	4	3	2	4	3	20	4.79	22.9441	70.29661	tinggi	1
58	3	2	1	2	3	2	13	-2.21	4.8841	40.63559	rendah	2
59	1	2	3	3	2	2	13	-2.21	4.8841	40.63559	rendah	2
60	4	3	4	2	3	2	18	2.79	7.7841	61.82203	tinggi	1
61	2	1	2	2	2	3	12	-3.21	10.3041	36.39831	rendah	2
62	4	2	3	3	2	2	16	0.79	0.6241	53.34746	tinggi	1
63	3	2	2	4	2	3	16	0.79	0.6241	53.34746	tinggi	1
64	2	3	3	2	3	2	15	-0.21	0.0441	49.11017	tinggi	1
65	4	3	3	1	4	3	18	2.79	7.7841	61.82203	tinggi	1
66	3	2	3	1	3	2	14	-1.21	1.4641	44.87288	rendah	2
67	4	2	3	1	4	2	16	0.79	0.6241	53.34746	tinggi	1
68	4	4	2	3	3	3	19	3.79	14.3641	66.05932	tinggi	1
69	2	3	1	3	2	1	12	-3.21	10.3041	36.39831	rendah	2
70	2	3	1	3	2	3	14	-1.21	1.4641	44.87288	rendah	2
Total							1063		392.627	3492.79		
Mean							15.21			14.98		
SD									2.36			
median T										49.1		
Untuk pertanyaan no 1-6												
Jawaban												
SS = Sangat setuju skor 4												
S = Setuju skor 3												
TS = Tidak setuju skor 3												
STS = Sangat Tidak Setuju skor 1												
Dengan kriteria sebagai berikut :												
T ≥ median data = persepsi rintangan tinggi												
T ≤ median data = persepsi rintangan rendah												
								$T = 50 + 10 \frac{x - X}{SD}$ $SD = \frac{\sum(x - X)^2}{N}$				

Lampiran 15

Hasil Tabulasi Kuesioner Pendorong Untuk Bertindak (*cues to action*)

No Responden	Pendorong Tindakan	Sumber Informasi	Alasan menggunakan sumber Informasi
1	1	3	1
2	1	3	2
3	1	3	1
4	1	3	2
5	1	3	2
6	1	3	2
7	2	-	-
8	2	-	-
9	1	3	1
10	1	3	2
11	1	3	2
12	1	3	1
13	1	3	2
14	2	-	-
15	1	3	1
16	2	-	-
17	1	3	2
18	1	3	1
19	2	-	-
20	2	-	-
21	2	-	-
22	1	3	1
23	1	3	2
24	2	-	-
25	1	3	2
26	1	3	2
27	2	-	-
28	1	1	1
29	2	-	-
30	2	-	-
31	2	-	-
32	2	-	-
33	2	-	-
34	1	3	2
35	2	-	-

36	2	-	-
37	2	-	-
38	1	2	2
39	2	-	-
40	1	3	1
41	2	-	-
42	2	-	-
43	2	-	-
44	2	-	-
45	1	3	2
46	1	2	2
47	2	-	-
48	1	1	1
49	2	-	-
50	2	-	-
51	2	-	-
52	1	3	1
53	2	-	-
54	1	2	2
55	1	3	1
56	2	-	-
57	2	-	-
58	1	4	2
59	2	-	-
60	2	-	-
61	1	3	1
62	1	4	2
63	2	-	-
64	1	3	2
65	2	-	-
66	2	-	-
67	1	3	1
68	2	-	-
69	1	3	1
70	2	-	-

Keterangan :
Pendorong Tindakan
1 = Ada
2 = Tidak ada
Sumber Informasi
1 = Media massa (Televisi, surat kabar, internet, majalah)

2= Membaca sendiri buku-buku tentang chikungunya, pengobatan dan pencegahannya

3 = Teman dan tetangga

4 = Petugas kesehatan (dokter, bidan, perawat)

Alasan menggunakan sumber Informasi

1 = Sesuai dengan kenyataan (tanda dan gejala chikungunya, keparahan)

2 = Merupakan media atau pihak yang sudah terpercaya

Lampiran 16

**Hasil Tabulasi Kuesioner Persepsi Keberhasilan yang dirasakan oleh kepala keluarga
(perceived self-efficacy)**

No Res-ponden	Pernyataan										(x)	$x-\bar{x}$	$(x-\bar{x})^2$	Skor T	Krite-ria	Ko-de
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
1	3	3	2	2	1	1	2	3	3	3	23	-2.31	5.3361	41.89474	rendah	2
2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	25	-0.31	0.0961	48.91228	tinggi	1
3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	25	-0.31	0.0961	48.91228	tinggi	1
4	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	23	-2.31	5.3361	41.89474	rendah	2
5	4	3	1	2	2	2	4	2	2	3	25	-0.31	0.0961	48.91228	tinggi	1
6	3	3	2	2	4	4	3	2	2	3	28	2.69	7.2361	59.4386	tinggi	1
7	4	3	3	3	2	3	2	2	3	4	29	3.69	13.6161	62.94737	tinggi	1
8	4	3	3	2	2	2	3	2	2	3	26	0.69	0.4761	52.42105	tinggi	1
9	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	23	-2.31	5.3361	41.89474	rendah	2
10	4	3	2	2	2	2	3	2	2	3	25	-0.31	0.0961	48.91228	tinggi	1
11	3	2	1	1	3	4	4	2	4	2	26	0.69	0.4761	52.42105	tinggi	1
12	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	24	-1.31	1.7161	45.40351	rendah	2
13	4	2	2	3	3	3	2	2	3	2	26	0.69	0.4761	52.42105	tinggi	1
14	4	4	2	2	3	3	3	2	3	3	29	3.69	13.6161	62.94737	tinggi	1
15	4	3	1	2	3	3	1	2	3	3	25	-0.31	0.0961	48.91228	tinggi	1
16	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	22	-3.31	10.9561	38.38596	rendah	2
17	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	24	-1.31	1.7161	45.40351	rendah	2
18	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	23	-2.31	5.3361	41.89474	rendah	2
19	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	22	-3.31	10.9561	38.38596	rendah	2
20	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	27	1.69	2.8561	55.92982	tinggi	1
21	4	3	3	3	2	2	2	2	3	4	28	2.69	7.2361	59.4386	tinggi	1
22	3	2	2	2	3	4	4	1	3	3	27	1.69	2.8561	55.92982	tinggi	1
23	3	3	1	2	2	4	4	3	3	3	28	2.69	7.2361	59.4386	tinggi	1
24	3	2	1	2	2	2	3	2	1	2	20	-5.31	28.1961	31.36842	rendah	2
25	4	3	2	1	2	2	3	3	3	1	24	-1.31	1.7161	45.40351	rendah	2
26	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	25	-0.31	0.0961	48.91228	tinggi	1
27	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	25	-0.31	0.0961	48.91228	tinggi	1
28	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	27	1.69	2.8561	55.92982	tinggi	1
29	4	2	2	2	2	3	2	2	3	3	25	-0.31	0.0961	48.91228	tinggi	1
30	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	26	0.69	0.4761	52.42105	tinggi	1
31	4	4	1	2	2	3	2	2	3	3	26	0.69	0.4761	52.42105	tinggi	1
32	4	4	2	1	2	2	2	2	3	3	25	-0.31	0.0961	48.91228	tinggi	1
33	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	21	-4.31	18.5761	34.87719	rendah	2
34	3	3	2	1	1	3	2	2	2	3	22	-3.31	10.9561	38.38596	rendah	2
35	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	24	-1.31	1.7161	45.40351	rendah	2
36	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	24	-1.31	1.7161	45.40351	rendah	2
37	3	2	2	3	2	3	3	2	2	1	23	-2.31	5.3361	41.89474	rendah	2
38	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	28	2.69	7.2361	59.4386	tinggi	1
39	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21	-4.31	18.5761	34.87719	rendah	2

40	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	26	0.69	0.4761	52.42105	tinggi	1
41	3	3	2	1	2	2	3	2	4	4	26	0.69	0.4761	52.42105	tinggi	1
42	3	3	1	2	3	3	2	2	4	3	26	0.69	0.4761	52.42105	tinggi	1
43	4	2	1	3	3	3	2	2	3	3	26	0.69	0.4761	52.42105	tinggi	1
44	3	3	2	3	1	2	2	2	2	3	23	-2.31	5.3361	41.89474	rendah	2
45	4	4	3	3	3	2	4	2	4	3	32	6.69	44.7561	73.47368	tinggi	1
46	4	3	3	4	1	2	4	2	4	3	30	4.69	21.9961	66.45614	tinggi	1
47	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	29	3.69	13.6161	62.94737	tinggi	1
48	3	2	2	3	2	2	2	3	4	4	27	1.69	2.8561	55.92982	tinggi	1
49	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	23	-2.31	5.3361	41.89474	rendah	2
50	4	3	2	2	3	3	2	2	4	2	27	1.69	2.8561	55.92982	tinggi	1
51	2	2	3	3	4	2	2	1	1	2	22	-3.31	10.9561	38.38596	rendah	2
52	4	3	2	1	3	2	2	3	4	3	27	1.69	2.8561	55.92982	tinggi	1
53	2	3	1	3	1	3	3	2	1	2	21	-4.31	18.5761	34.87719	rendah	2
54	4	3	2	1	3	2	3	2	1	3	24	-1.31	1.7161	45.40351	rendah	2
55	1	1	2	1	2	1	4	3	4	4	23	-2.31	5.3361	41.89474	rendah	2
56	2	1	2	2	1	2	3	3	2	2	20	-5.31	28.1961	31.36842	rendah	2
57	4	3	2	3	3	2	3	3	1	3	27	1.69	2.8561	55.92982	tinggi	1
58	3	2	3	2	2	4	4	3	3	2	28	2.69	7.2361	59.4386	tinggi	1
59	3	3	3	4	3	2	1	2	2	2	25	-0.31	0.0961	48.91228	tinggi	1
60	4	3	3	4	3	2	4	3	1	2	29	3.69	13.6161	62.94737	tinggi	1
61	3	4	2	3	3	3	1	2	3	1	25	-0.31	0.0961	48.91228	tinggi	1
62	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	37	11.69	136.6561	91.01754	tinggi	1
63	3	2	2	2	3	2	3	4	2	1	24	-1.31	1.7161	45.40351	rendah	2
64	3	2	3	3	2	1	2	3	3	2	24	-1.31	1.7161	45.40351	rendah	2
65	4	3	2	4	1	4	3	3	2	1	27	1.69	2.8561	55.92982	tinggi	1
66	3	3	1	2	2	1	2	3	3	2	22	-3.31	10.9561	38.38596	rendah	2
67	3	3	2	1	3	4	1	3	2	4	26	0.69	0.4761	52.42105	tinggi	1
68	3	3	2	3	4	4	2	3	4	1	29	3.69	13.6161	62.94737	tinggi	1
69	4	2	3	1	2	2	3	1	3	1	22	-3.31	10.9561	38.38596	rendah	2
70	3	2	3	1	3	2	3	4	3	2	26	0.69	0.4761	52.42105	tinggi	1
Total											1772		571.087	3501.053		
Mean											25.31			15.01		
SD											2.85					
Median T														48.9		

Untuk pertanyaan no 1-10

Jawaban

SS = Sangat setuju skor 4

S = Setuju skor 3

TS = Tidak setuju skor 3

STS = Sangat Tidak Setuju skor 1

Dengan kriteria sebagai berikut :

T ≥ median data = persepsi keberhasilan tindakan tinggi

T ≤ median data = persepsi keberhasilan tindakan rendah

$$T = 50 + 10 \frac{x - \bar{X}}{SD}$$

$$SD = \frac{\sum(x - \bar{X})^2}{N}$$

Lampiran 17

Hasil Tabulasi Kuesioner Tindakan Kepala Keluarga dalam Pencegahan Chikungunya

No Responden	Pernyataan															(x)	%	Kriteria	Kode	Keterangan
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
	1	3	3	4	2	2	3	2	2	1	1	3	2	2	1					
2	2	3	1	1	2	2	2	1	1	1	2	3	1	1	1	24	40	kurang	3	Jawaban Tidak penah, skor 1
3	2	3	4	3	2	2	2	1	1	2	2	3	1	1	1	29	48.3333	kurang	3	Kadang-kadang skor 2
4	2	3	1	1	1	2	3	2	1	2	2	4	2	2	4	32	53.3333	kurang	3	Sering skor 3
5	3	3	3	3	1	2	2	3	1	2	1	3	2	1	4	34	56.6667	cukup	2	Selalu skor 4
6	3	3	1	2	1	3	3	2	1	1	3	1	2	3	1	30	50	kurang	3	Dengan kriteria sebagai berikut :
7	3	2	4	2	4	4	2	4	4	4	3	4	4	3	4	51	85	cukup	2	Pencegahan baik: 76-100%
8	3	1	4	3	3	3	2	2	2	2	3	4	3	3	3	41	68.3333	cukup	2	Pencegahan cukup :56-75%
9	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	32	53.3333	kurang	3	Pencegahan kurang :≤ 55%
10	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	32	53.3333	kurang	3	
11	3	3	3	3	3	1	2	2	3	2	3	3	2	1	4	38	63.3333	cukup	2	
12	1	3	4	3	2	2	3	2	1	4	3	4	1	2	3	38	63.3333	cukup	2	
13	1	3	4	3	2	2	3	2	1	4	3	4	1	2	3	38	63.3333	cukup	2	
14	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	4	33	55	kurang	3	
15	1	3	1	3	2	3	2	2	1	2	2	1	4	3	4	34	56.6667	cukup	2	
16	1	2	4	1	2	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2	29	48.3333	kurang	3	
17	2	4	4	2	2	4	3	3	1	2	2	4	2	1	1	37	61.6667	cukup	2	
18	1	2	3	2	2	3	4	2	1	2	3	3	1	2	3	34	56.6667	cukup	2	
19	1	2	4	1	2	3	1	1	1	2	2	4	1	2	3	30	50	kurang	3	
20	1	3	1	3	2	3	3	2	1	2	3	1	3	3	4	35	58.3333	cukup	2	
21	3	1	4	3	3	3	2	2	2	2	3	4	3	3	3	41	68.3333	cukup	2	
22	3	3	1	3	2	2	2	3	1	1	2	1	1	1	4	30	50	kurang	3	
23	3	2	3	2	2	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	39	65	cukup	2	
24	2	3	1	1	1	2	2	2	1	2	3	1	1	3	1	26	43.3333	kurang	3	
25	1	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	4	2	2	3	35	58.3333	cukup	2	
26	1	3	3	2	2	2	3	2	1	2	3	3	1	2	3	33	55	kurang	3	
27	2	2	2	1	2	2	2	3	1	1	2	2	3	2	3	30	50	kurang	3	

28	2	3	4	3	2	3	2	2	1	3	2	2	1	3	2	2	1	3	2	2	4	3	2	2	2	4	40	66.6667	cukup	2
29	2	3	2	1	2	3	2	2	1	1	1	1	2	1	1	3	4	3	4	30	50	kurang	3	3	4	30	50	kurang	3	
30	1	3	2	3	2	2	3	2	1	2	3	2	3	1	2	3	3	1	2	33	55	kurang	3	3	3	33	55	kurang	3	
31	2	2	4	1	1	2	2	2	3	1	2	3	2	3	2	3	3	3	35	58.3333	cukup	2	3	3	35	58.3333	cukup	2		
32	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	3	1	2	2	3	1	2	2	25	41.6667	kurang	3	1	2	25	41.6667	kurang	3		
33	1	3	2	3	1	2	3	3	4	1	2	4	4	1	2	4	4	2	39	65	cukup	2	4	2	39	65	cukup	2		
34	2	2	2	4	1	3	3	2	1	2	3	2	3	2	3	2	2	4	36	60	cukup	2	4	2	36	60	cukup	2		
35	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	32	53.3333	kurang	3	2	2	32	53.3333	kurang	3		
36	3	3	1	1	2	2	2	2	3	1	2	2	1	2	2	1	1	2	29	48.3333	kurang	3	3	2	29	48.3333	kurang	3		
37	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	1	4	1	2	4	1	2	35	58.3333	cukup	2	4	2	35	58.3333	cukup	2		
38	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	3	4	4	4	4	4	4	4	44	73.3333	cukup	2	4	4	44	73.3333	cukup	2		
39	2	3	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	26	43.3333	kurang	3	4	2	26	43.3333	kurang	3		
40	3	3	2	3	3	2	3	3	1	2	3	4	3	4	3	4	3	2	41	68.3333	cukup	2	4	2	41	68.3333	cukup	2		
41	3	3	1	2	1	1	3	3	4	3	1	1	1	1	3	3	3	33	55	kurang	3	3	3	33	55	kurang	3			
42	1	2	1	1	2	2	3	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	3	28	46.6667	kurang	3	4	2	28	46.6667	kurang	3		
43	1	4	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	23	38.3333	kurang	3	2	2	23	38.3333	kurang	3		
44	2	3	2	4	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	3	2	2	31	51.6667	kurang	3	2	2	31	51.6667	kurang	3		
45	2	3	4	4	2	3	3	3	3	2	2	2	4	4	3	4	4	4	46	76.6667	Baik	1	4	3	46	76.6667	Baik	1		
46	4	3	3	2	1	3	3	2	1	3	2	4	4	3	2	4	3	2	40	66.6667	cukup	2	4	2	40	66.6667	cukup	2		
47	3	3	4	3	3	3	2	3	2	3	3	4	3	4	3	4	3	3	46	76.6667	Baik	1	4	3	46	76.6667	Baik	1		
48	3	2	2	4	1	2	3	3	1	2	3	2	3	2	3	2	2	4	37	61.6667	cukup	2	4	2	37	61.6667	cukup	2		
49	3	3	1	1	2	3	2	2	1	2	1	1	1	1	3	4	1	3	30	50	kurang	3	4	3	30	50	kurang	3		
50	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	27	45	kurang	3	1	2	27	45	kurang	3		
51	4	1	4	2	4	1	4	2	2	3	4	1	2	4	1	2	1	3	38	63.3333	cukup	2	1	3	38	63.3333	cukup	2		
52	1	2	2	1	2	3	1	3	1	2	3	4	4	4	2	4	4	2	32	53.3333	kurang	3	1	2	32	53.3333	kurang	3		
53	2	2	1	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	30	50	kurang	3	2	2	30	50	kurang	3		
54	1	2	2	3	4	2	1	3	2	1	3	3	2	3	3	2	2	3	35	58.3333	cukup	2	3	3	35	58.3333	cukup	2		
55	1	2	2	3	4	3	3	4	4	3	1	2	1	2	2	1	2	2	38	63.3333	cukup	2	3	3	38	63.3333	cukup	2		
56	2	3	2	3	2	2	3	4	3	1	2	3	3	2	3	2	2	2	37	61.6667	cukup	2	2	2	37	61.6667	cukup	2		
57	1	2	3	2	2	2	2	1	1	3	4	1	1	2	3	2	3	2	30	50	kurang	3	2	3	30	50	kurang	3		
58	2	3	3	4	2	2	1	2	3	2	3	3	1	2	4	4	2	4	37	61.6667	cukup	2	3	4	37	61.6667	cukup	2		
59	1	2	3	2	2	2	3	3	2	2	3	4	4	4	4	4	4	2	39	65	cukup	2	4	4	39	65	cukup	2		
60	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	1	1	3	1	4	3	1	4	30	50	kurang	3	3	3	30	50	kurang	3		
61	1	2	1	3	1	3	2	4	1	3	2	2	2	3	2	2	3	2	33	55	kurang	3	3	2	33	55	kurang	3		
62	3	3	2	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	46	76.6667	Baik	1	3	3	46	76.6667	Baik	1		
63	2	3	2	3	1	1	1	1	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	30	50	kurang	3	2	1	30	50	kurang	3		
64	1	1	1	1	2	3	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28	46.6667	kurang	3	2	2	28	46.6667	kurang	3		

65	1	2	3	2	2	1	2	4	4	3	2	1	1	3	2	33	55	kurang	3
66	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	4	2	2	1	36	60	cukup	2
67	1	2	3	4	3	2	1	3	2	3	2	1	3	3	2	35	58.3333	cukup	2
68	2	2	3	2	2	1	2	4	4	3	2	2	3	1	2	35	58.3333	cukup	2
69	1	2	3	1	3	4	2	3	1	3	2	4	2	3	1	35	58.3333	cukup	2
70	2	3	2	3	4	2	1	2	1	3	2	1	2	1	3	32	53.3333	kurang	3

Lampiran 18

Distribusi Frekuensi Data Umum dan Variabel Penelitian**Frequencies****Statistics**

		Jenis kelamin	Kelompok usia	Status perkawinan	Status dalam keluarga	agama	pendidikan tertinggi	jumlah anggota keluarga	pekerjaan utama	penghasilan per bulan
N	Valid	70	70	70	70	70	70	70	70	70
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table**Jenis kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pria	59	84.3	84.3	84.3
	wanita	11	15.7	15.7	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

Kelompok usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 20 tahun	2	2.9	2.9	2.9
	20-30 tahun	9	12.9	12.9	15.7
	31-40 tahun	23	32.9	32.9	48.6
	41-50 tahun	18	25.7	25.7	74.3
	51-60 tahun	12	17.1	17.1	91.4
	> 60 tahun	6	8.6	8.6	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

Status perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid belum menikah	8	11.4	11.4	11.4
menikah	51	72.9	72.9	84.3
cerai hidup	2	2.9	2.9	87.1
cerai mati	9	12.9	12.9	100.0
Total	70	100.0	100.0	

Status dalam keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Suami	48	68.6	68.6	68.6
istri	7	10.0	10.0	78.6
anak	15	21.4	21.4	100.0
Total	70	100.0	100.0	

pendidikan tertinggi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak pernah sekolah	4	5.7	5.7	5.7
tidak tamat sd	8	11.4	11.4	17.1
tamat sd	32	45.7	45.7	62.9
tamat SLTP	14	20.0	20.0	82.9
tamat SLTA	11	15.7	15.7	98.6
tamat perguruan tinggi	1	1.4	1.4	100.0
Total	70	100.0	100.0	

agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid islam	70	100.0	100.0	100.0

jumlah anggota keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 orang	11	15.7	15.7	15.7
3 orang	24	34.3	34.3	50.0
4 orang	25	35.7	35.7	85.7
>4 orang	10	14.3	14.3	100.0
Total	70	100.0	100.0	

pekerjaan utama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nelayan	14	20.0	20.0	20.0
petani	38	54.3	54.3	74.3
wiraswasta	13	18.6	18.6	92.9
PNS	3	4.3	4.3	97.1
TNI/POLRI	1	1.4	1.4	98.6
lain-lain	1	1.4	1.4	100.0
Total	70	100.0	100.0	

penghasilan per bulan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 400 ribu	5	7.1	7.1	7.1
400 ribu - <700 ribu	23	32.9	32.9	40.0
700 ribu- 1 juta	30	42.9	42.9	82.9
> 1 juta	12	17.1	17.1	100.0
Total	70	100.0	100.0	

Frequency

Statistics

		persepsi kerentanan yang dirasakan	persepsi keseriusan yang dirasakan	persepsi manfaat yang dirasakan	persepsi halangan yang dirasakan	persepsi keberhasilan yang dirasakan	tindakan pencegahan chikungunya	pendorong untuk bertindak
N	Valid	70	70	70	70	70	70	70
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

persepsi kerentanan yang dirasakan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	42	60.0	60.0	60.0
	rendah	28	40.0	40.0	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

persepsi keseriusan yang dirasakan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	52	74.3	74.3	74.3
	rendah	18	25.7	25.7	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

persepsi manfaat yang dirasakan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	31	44.3	44.3	44.3

rendah	39	55.7	55.7	100.0
Total	70	100.0	100.0	

persepsi halangan yang dirasakan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tinggi	41	58.6	58.6	58.6
rendah	29	41.4	41.4	100.0
Total	70	100.0	100.0	

persepsi keberhasilan yang dirasakan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tinggi	43	61.4	61.4	61.4
rendah	27	38.6	38.6	100.0
Total	70	100.0	100.0	

tindakan pencegahan chikungunya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baik	3	4.3	4.3	4.3
cukup	32	45.7	45.7	50.0
kurang	35	50.0	50.0	100.0
Total	70	100.0	100.0	

pendorong untuk bertindak

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	34	48.6	48.6	48.6
tidak ada	36	51.4	51.4	100.0
Total	70	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
tindakan pencegahan chikungunya * persepsi kerentanan yang dirasakan	70	100.0%	0	.0%	70	100.0%
tindakan pencegahan chikungunya * persepsi keseriusan yang dirasakan	70	100.0%	0	.0%	70	100.0%
tindakan pencegahan chikungunya * persepsi manfaat yang dirasakan	70	100.0%	0	.0%	70	100.0%
tindakan pencegahan chikungunya * persepsi halangan yang dirasakan	70	100.0%	0	.0%	70	100.0%
tindakan pencegahan chikungunya * persepsi keberhasilan yang dirasakan	70	100.0%	0	.0%	70	100.0%
tindakan pencegahan chikungunya * pendorong untuk bertindak	70	100.0%	0	.0%	70	100.0%

tindakan pencegahan chikungunya * persepsi kerentanan yang dirasakan Crosstabulation

Count		persepsi kerentanan yang dirasakan		Total
		Tinggi	rendah	
		tindakan pencegahan chikungunya	baik	
	cukup	19	13	32
	kurang	21	14	35
Total		42	28	70

tindakan pencegahan chikungunya * persepsi keseriusan yang dirasakan

Crosstabulation

Count				
		persepsi keseriusan yang dirasakan		Total
		tinggi	rendah	
tindakan pencegahan chikungunya	baik	2	1	3
	cukup	23	9	32
	kurang	27	8	35
Total		52	18	70

tindakan pencegahan chikungunya * persepsi manfaat yang dirasakan Crosstabulation

Count				
		persepsi manfaat yang dirasakan		Total
		tinggi	rendah	
tindakan pencegahan chikungunya	baik	3	0	3
	cukup	14	18	32
	kurang	14	21	35
Total		31	39	70

tindakan pencegahan chikungunya * persepsi halangan yang dirasakan Crosstabulation

Count				
		persepsi halangan yang dirasakan		Total
		tinggi	rendah	
tindakan pencegahan chikungunya	baik	2	1	3
	cukup	15	17	32
	kurang	24	11	35
Total		41	29	70

tindakan pencegahan chikungunya * persepsi keberhasilan yang dirasakan

Crosstabulation

Count				
		persepsi keberhasilan yang dirasakan		
		tinggi	rendah	Total
tindakan pencegahan	baik	3	0	3
chikungunya	cukup	19	13	32
	kurang	21	14	35
Total		43	27	70

tindakan pencegahan chikungunya * pendorong untuk bertindak Crosstabulation

Count				
		pendorong untuk bertindak		
		ada	tidak ada	Total
tindakan pencegahan	baik	2	1	3
chikungunya	cukup	20	12	32
	kurang	12	23	35
Total		34	36	70