

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE
BRAIN STORMING TENTANG 3M TERHADAP PERILAKU
KEPALA KELUARGA PADA PENCEGAHAN DBD DI DUSUN
TANDES DESA KONANG KECAMATAN GALIS
KABUPATEN PAMEKASAN**

PENELITIAN PRA EXPERIMENTAL

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



Oleh :

EMDAT SUPRAYITNO

NIM. 130915159

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

2011

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 11 Februari 2011

Yang Menyatakan



Emdat Suprayitno
130915159

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI DENGAN JUDUL

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *BRAIN STORMING* TENTANG 3M TERHADAP PERILAKU KEPALA KELUARGA PADA PENCEGAHAN DBD DI DUSUN TANDES DESA KONANG KECAMATAN GALIS KABUPATEN PAMEKASAN

NAMA : EMDAT SUPRAYITNO

NIM. : 130915159

TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 11 FEBRUARI 2011

Oleh
Pembimbing I

Dr. I Ketut Suidiana Drs., MSi.

NIP. 195507051980031005

Pembimbing II

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

NIK. 139 040 679

Mengetahui:

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Wakil Dekan I

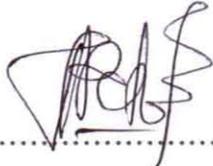
Mira Triharini S.Kp, M.Kep
NIP. 19790424242006042002

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

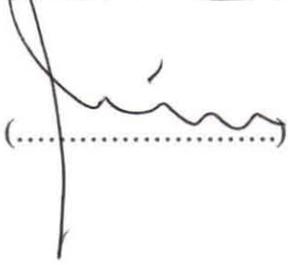
PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *BRAIN STORMING* TENTANG 3M TERHADAP PERILAKU KEPALA KELUARGA PADA PENCEGAHAN DBD DI DUSUN TANDES DESA KONANG KECAMATAN GALIS KABUPATEN PAMEKASAN

Telah diuji
Pada tanggal, 11 Januari 2011

PANITIA PENGUJI

Ketua : 1. Retno Indarwati S. Kep. Ns., M.Kep. (..........)
NIP. 197803162008122002

Anggota : 1. Dr. I Ketut Sudiana Drs., Msi (..........)
NIP. 195507051980031005

: 2. Makhfudli, S. Kep. Ns., M. Ked., Trop. (..........)
NIK. 139 040 679

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




Mira Triharipi S.Kp, M.Kep
NIP. 19790424242006042002

MOTTO

Apabila di dalam diri seseorang masih ada rasa malu dan takut untuk berbuat suatu kebaikan, maka jaminan bagi orang tersebut adalah tidak akan bertemunya ia dengan kemajuan selangkah pun. (Bung Karno)

Orang yang berhasil akan mengambil manfaat dari kesalahan-kesalahan yang ia lakukan, dan akan mencoba kembali untuk melakukan dalam suatu cara yang berbeda. (Dale Carnegie)

Orang-orang yang sukses telah belajar membuat diri mereka melakukan hal yang harus dikerjakan ketika hal itu memang harus dikerjakan, entah mereka menyukainya atau tidak. (Aldus Huxley)

Banyak kegagalan dalam hidup ini dikarenakan orang-orang tidak menyadari betapa dekatnya mereka dengan keberhasilan saat mereka menyerah. (Thomas Alva Edison)

Kebanggaan kita yang terbesar adalah bukan tidak pernah gagal, tetapi bangkit kembali setiap kali kita jatuh. (Confucius)

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **"Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *brainstorming* tentang 3M terhadap perilaku kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan"**. 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. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Dr. I Ketut Suidiana Drs., MSi. 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. Makhfudli, S.Kep. Ns., M.Ked., Trop. 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 ini.

4. Drs. H. Afandi selaku Kabid. Kesbang. Kabupaten Pamekasan, terimakasih atas ijin yang diberikan untuk pengambilan data awal di Dusun Tandes Desa Konang Kabupaten Pamekasan.
5. dr. H. Ach. Muzammil selaku kepala Puskesmas Galis Kabupaten Pamekasan serta seluruh staff Puskesmas Galis yang turut berperan demi terselesaikannya skripsi ini. Terima kasih atas bimbingan, informasi dan waktu yang telah diluahkan serta kesempatan dan fasilitas yang diberikan dalam melaksanakan penelitian.
6. Budi Hartojo selaku Kepala desa Konang dan segenap perangkat desa Konang. Terima kasih atas bimbingan, informasi dan waktu yang telah diluahkan serta kesempatan dan fasilitas yang diberikan dalam melaksanakan penelitian ini.
7. Seluruh staf pendidikan, perpustakaan dan staf kependidikan fakultas keperawatan Universitas Airlangga. Terima kasih atas segala bantuan yang diberikan dari awal pembuatan skripsi hingga Skripsi ini selesai.
8. Seluruh kepala keluarga responden penelitian di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis, Pamekasan. Terima kasih atas partisipasi dan kerjasamanya selama ini.
9. Bapak, Ibu, Saudaraku 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.
10. Teman-teman B12 angkatan 2009 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, 11 Februari 2011

Penulis

ABSTRACT

EFFECT OF HEALTH EDUCATION WITH BRAIN STORMING METHOD ON 3M ON THE BEHAVIOR OF FAMILY HEADS IN DHF PREVENTION

**A Pre-Experimental Research in Dusun Tandes, Konang Village,
Sub district Galis, Pamekasan**

Emdat Suprayitno

Health education can help improving the behavior of family heads in the prevention of dengue fever (DHF). Family head is responsible for maintaining and keeping the household, such as modifying the environment and create healthy home atmosphere. The purpose of this study was to identify and analyze the influence of health education using brainstorming method about 3M on the behavior of family heads in dengue prevention in Dusun Tandes, Konang village, Sub District Galis, Pamekasan.

This study used pre-test to post-test design. The population is all households living in Dusun Tandes. The number of samples was 24, registered in accordance with inclusion criteria. The dependent variable was health education with brain storming method and the independent variable was the behavior of family heads in dengue prevention. Data were analyzed using the Wilcoxon Signed Rank Test, with significance level $\alpha \leq 0.05$.

Results showed that health education with the methods of brain storming influenced behavior change of family heads in preventing DHF with the significance of knowledge ($p= 0.000$), attitude ($p= 0.025$) and action ($p= 0.000$).

It can be concluded that health education with the methods of brain storming about the 3M has effect on knowledge, attitudes and actions of the heads of families in the prevention of dengue. This finding can be used as a suggestion for the health centers, nurses and health volunteers to conduct health education using brains torming to improve knowledge and behavior of the family heads in the prevention of dengue by 3M.

Keywords: health education with brain storming, the concept of behavior, dengue prevention.

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>	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel.....	xv
Daftar Lampiran	xvi
Daftar Singkatan dan Istilah.....	xvii

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	
1.3.1 Tujuan umum	6
1.3.2 Tujuan khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Pendidikan	8
2.2 Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan.....	9
2.2.1 Pengertian pendidikan kesehatan	9
2.2.2 Sasaran pendidikan kesehatan	10
2.2.3 Tujuan pendidikan kesehatan	11
2.2.4 Proses pendidikan kesehatan	11
2.2.5 Prinsip pendidikan kesehatan	12
2.2.6 Ruang lingkup pendidikan kesehatan.....	12
2.2.7 Metode pendidikan kesehatan	14
2.2.8 Alat bantu peraga pendidikan kesehatan	21
2.2.9 Media pendidikan kesehatan	23
2.3 Konsep Perilaku	
2.3.1 Pengertian perilaku.....	25
2.3.2 Klasifikasi perilaku	25
2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku.....	26
2.3.4 Perilaku kesehatan.....	26
2.3.5 Teori model terbentuknya perilaku	28
2.3.6 Teori-teori perubahan perilaku.....	29
2.3.7 Bentuk-bentuk perubahan perilaku	31
2.3.8 Strategi perubahan perilaku.....	32

2.3.9	Domain perilaku	33
2.3.10	Proses adopsi perilaku	42
2.3.11	Perubahan perilaku dan indikatornya	43
2.3.12	Faktor-faktor perilaku manusia dan inovasi kesehatan	44
2.4 Konsep Keluarga		
2.4.1	Definisi keluarga	47
2.4.2	Karakteristik keluarga	47
2.4.3	Peran keluarga	48
2.4.4	Fungsi keluarga	48
2.4.5	Tipe-tipe keluarga	50
2.4.6	Tugas kesehatan keluarga.....	52
2.4.7	Struktur keluarga	54
2.4.8	Kepala keluarga sebagai individu.....	54
2.4.9	Perilaku kepala keluarga dalam penanggulangan penyakit menular	55
2.4.10	Keluarga sebagai sasaran pelayanan kesehatan	56
2.4.11	Promosi kesehatan keluarga	57
2.5 Konsep Demam Berdarah <i>Dengue</i> (DBD)		
2.5.1	Definisi DBD.....	58
2.5.2	Epidemiologi DBD.....	59
2.5.3	Etiologi DBD.....	60
2.5.4	Cara penularan DBD	60
2.5.5	Tanda dan gejala DBD	61
2.5.6	Patogenesis DBD.....	64
2.5.7	Diagnosis	67
2.5.8	Kegiatan pokok dalam pemberantasan DBD	68
BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konsep Penelitian	71
3.2	Hipotesis Penelitian	74
BAB 4. METODELOGI PENELITIAN		
4.1	Desain Penelitian.....	75
4.2	Kerangka Kerja	77
4.3	Populasi, Sampel dan Sampling	78
4.3.1	Populasi	78
4.3.2	Sampel	78
4.3.3	Sampling.....	80
4.4	Identifikasi Variabel	80
4.4.1	Variabel Dependen	80
4.4.2	Variabel Independen	80
4.5	Definisi Operasional.....	80
4.6	Pengumpulan dan Pengolahan Data	83
4.6.1	Instrumen.....	83
4.6.2	Lokasi dan waktu penelitian.....	83
4.6.3	Prosedur pengumpulan data	83

4.6.4	Cara analisis data data.....	84
4.7	Etik Penelitian	87
4.7.1	Lembar persetujuan menjadi responden.....	87
4.7.2	Tanpa nama (<i>Anomity</i>)	88
4.7.3	Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	88
4.8	Keterbatasan	88
BAB 5. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		
5.1	Hasil Penelitian.....	89
5.1.1	Karakteristik gambaran lokasi penelitian.....	89
5.1.2	Karakteristik demografi responden	90
5.1.3	Variabel yang diukur	92
5.2	Pembahasan	
5.2.1	Identifikasi pengetahuan kepala keluarga	96
5.2.2	Identifikasi sikap kepala keluarga	97
5.2.3	Identifikasi tindakan kepala keluarga.....	98
5.2.4	Analisa perilaku kepala keluarga	99
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		
6.1	Kesimpulan.....	106
6.2	Saran	107
	Daftar Pustaka	108
	Lampiran	111

Daftar Gambar

Gambar 2.1	Nyamuk <i>Aedes Aegypti</i>	65
Gambar 2.2	Habitat Vektor Nyamuk <i>Aedes Aegypti</i>	66
Gambar 2.3	Klasifikasi Dengue dan tingkat keparahan yang disarankan menurut WHO.....	67
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan metode <i>Brain Storming</i> tentang 3M terhadap Perilaku Kepala Keluarga pada Pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan tanggal 29 Desember 2010 sampai tanggal 9 Januari 2011	71
Gambar 4.1	Kerangka Kerja Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan metode <i>Brain Storming</i> tentang 3M terhadap Perilaku Kepala Keluarga pada Pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan tanggal 29 Desember 2010 sampai tanggal 9 Januari 2011	77
Gambar 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan tanggal 29 Desember 2010 sampai tanggal 9 Januari 2011	90
Gambar 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan tanggal 29 Desember 2010 sampai tanggal 9 Januari 2011	91
Gambar 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan tanggal 29 Desember 2010 sampai tanggal 9 Januari 2011	91
Gambar 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan jenis kelamin Di Dusun Tandes Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan tanggal 29 Desember 2010 sampai tanggal 9 Januari 2011	92

Gambar 5.5	Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode <i>Brain Storming</i> tentang 3M terhadap Pengetahuan kepala keluarga di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.....	92
Gambar 5.6	Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode <i>Brain Storming</i> tentang 3M terhadap sikap kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.....	94
Gambar 5.7	Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode <i>Brain Storming</i> tentang 3M terhadap tindakan Kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.....	95

Daftar Tabel

Tabel 4.1	Rancangan Penelitian <i>Pra-Experimental Pre-post Test One Group Design</i>	75
Tabel 4.2	Definisi Operasional Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode <i>Brain Storming</i> tentang 3M terhadap Perilaku Kepala Keluarga pada Pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011	81
Tabel 5.1	Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode <i>Brain Storming</i> tentang 3M terhadap Pengetahuan kepala keluarga di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.....	93
Tabel 5.2	Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode <i>Brain Storming</i> tentang 3M terhadap Sikap Kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.....	94
Tabel 5.3	Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode <i>Brain Storming</i> tentang 3M terhadap Tindakan kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.....	96

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Ijin Penelitian.....	111
Lampiran 2 <i>Informed Consent</i>	116
Lampiran 3 Pernyataan Bersedia Menjadi Responden.....	117
Lampiran 4 Kuesioner	118
Lampiran 5 SAP	122
Lampiran 7 Tabulasi data.....	125
Lampiran 8 Hasil uji statistik	127

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

DBD	: Demam Berdarah
3M	: Menguras bak mandi, mengubur barang bekas, menutup tempat penampungan air
PSN	: Pemberantasan sarang nyamuk
CFR	: <i>Case fatality rate</i>
DINKES	: Dinas Kesehatan
KLB	: Kejadian Luar Biasa
WHO	: <i>World Health Organization</i>
DSS	: <i>Dengue Shock Syndrome</i>
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
SAP	: Satuan acara pembelajaran

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan masalah kesehatan di Indonesia, hampir seluruh wilayah Indonesia telah terjangkit penyakit demam berdarah *dengue* karena virus penyebab maupun nyamuk penularnya sudah tersebar luas diperumahan penduduk maupun fasilitas umum di seluruh Indonesia (Soegijanto S, 2004). DBD terutama menyerang anak dan dapat menimbulkan kematian dalam waktu yang sangat pendek serta sering menimbulkan wabah (Soegijanto S, 2008). Kepala keluarga adalah individu dalam rumah tangga yang bertanggung jawab untuk memelihara dan menjaga rumah tangga dalam keluarga serta untuk melindungi individu yang tinggal didalamnya (Notoatmojo, 2005). Perilaku kepala keluarga dalam pemberantasan sarang nyamuk dengan 3M yaitu: Menutup tempat penampungan air, menguras atau menyikat tempat-tempat penampungan air dan mengubur barang bekas (Soegijanto, 2008). Menurut Poerbakwatja dan Harahap (2008), pendidikan diartikan sebagai proses pembelajaran bagi individu untuk mencapai pengetahuan dan pemahaman yang lebih tinggi mengenai obyek-obyek tertentu dan spesifik. Pendidikan kepala keluarga di Dusun Tandes mayoritas SD dan SMP, dengan pendidikan yang rendah akan memiliki pengetahuan yang minimal tentang pencegahan DBD melalui 3M sehingga mempengaruhi pengetahuan dan sikap yang akan berdampak pada tindakannya (Pramudiyo, 2003). Pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan

kepada masyarakat, kelompok atau individu, dengan adanya pesan tersebut diharapkan masyarakat, keluarga atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik (Notoatmojo, 2003). Salah satu metode yang dapat digunakan untuk pemberian pendidikan kesehatan adalah metode curah pendapat (*brain storming*) dimana metode ini akan melibatkan kepala keluarga secara langsung yang terbentuk dalam satu kelompok terdiri dari 6-12 orang (Notoatmojo, 2005). Dalam metode ini masing-masing kepala keluarga diberi kesempatan untuk menyampaikan pemikiran, pendapat dan gagasan mereka yang nantinya akan di diskusikan untuk mendapatkan formulasi penyelesaian masalah yang di hadapi (Purwanto D, 1998). Berdasarkan studi awal yang dilakukan peneliti pada bulan November 2010 data yang didapatkan dari perawat dan kader kesehatan menjelaskan bahwa metode yang dilakukan oleh petugas kesehatan selama ini hanya metode ceramah dan kurang mampu merubah perilaku masyarakat Dusun Tandes dalam pencegahan DBD melalui 3M. Hal ini dibuktikan dengan adanya sebagian kepala keluarga di Dusun tandes yang masih tidak menguras tempat-tempat penampungan air secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali atau memberikan bubuk abate kedalamnya tiap 3 bulan sekali, tidak menutup rapat-rapat tempat penampungan air dan tidak mengubur atau menyingkirkan barang-barang bekas yang dapat menampung air. Padahal penampung air merupakan salah satu media paling cepat bagi kembang biak jentik nyamuk demam berdarah (Dinkes Pamekasan, 2009). Namun sampai saat ini metode pendidikan kesehatan dengan *brain storming* belum pernah dilaksanakan.

Penyakit demam berdarah *Dengue* pertama kali ditemukan di Fhilipina pada tahun 1953, di Thailand pada tahun 1958, selanjutnya di Malaysia, Singapura, Vietnam pada tahun 1953-1964 (Purmani, 2005). Sedangkan di Indonesia Penyakit demam berdarah *Dengue* di temukan pertama kali di Surabaya tahun 1968 dengan penderita 58 dan 24 orang meninggal dunia (*case fatality rate*/KFR sebesar 41,3%). Pada tahun 1993 tercatat jumlah kasus 4.376 orang (insidens 12,82 per 100.000 penduduk dengan jumlah kematian sebanyak 74 orang (CFR sebesar 1,69%). Pada tahun 1997 meningkat menjadi 7.622 orang (insidens 12,19 per 10.000 penduduk) dengan jumlan kematian 138 orang atau CFR 1,81%. (Soegijanto S, 2008). Pada tahun 2001 jumlah kasus DBD di Jawa Timur sebanyak 8222 kasus, jumlah kematian 57 kasus (0,67%) (Dinkes Prop Jatim, 2008). Sedangkan kejadian DBD 5 tahun terakhir di Puskesmas Galis sebanyak 158 kasus, yaitu 26 kasus (2006), 24 kasus (2007), 34 kasus (2008), 38 kasus (2009) dan 36 kasus sampai November tahun 2010, untuk kejadian DBD terbanyak di Desa Konang selama lima tahun terahir tersebut adalah di Dusun Tandes sebanyak 28 kasus (Puskesmas Galis, 2010). Berdasarkan survei awal yang dilakukan peneliti pada bulan November 2010 didapatkan sebanyak 24 kepala keluarga yang anggota keluarganya pernah menderita DBD di Dusun Tandes Desa Konang dan mereka mempunyai perilaku tidak melaksanakan pencegahan DBD melalui 3M seperti: menutup tempat penampungan air, menguras dan menyikat tempat-tempat penampungan air serta mengubur barang bekas.

Beberapa faktor penyebab timbulnya Kejadian Luar Biasa (KLB) demam berdarah *dengue* adalah perpindahan penduduk dari daerah terinfeksi, sistem pengelolaan limbah dengan penyediaan air bersih yang tidak memadai, serta berkembangnya penyebaran dan kepadatan nyamuk karena 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. Menurut Depkes RI, (2007) beberapa faktor yang mempengaruhi insidensi penyakit DBD antara lain karena rendahnya status kesehatan masyarakat, status sosial ekonomi masyarakat yang buruk, perilaku masyarakat yang tidak melakukan pencegahan melalui 3M, serta kepadatan populasi nyamuk penular terutama pada saat musim hujan, jika perilaku pencegahan tidak dilakukan akan berdampak pada bertambahnya jumlah kejadian DBD sehingga dapat berdampak tidak hanya pada derajat kesehatan masyarakat yang dapat menyebabkan kematian, namun juga aspek sosial ekonomi. Keluarga yang salah satu anggotanya menderita penyakit DBD tentu saja dirugikan dalam hal ekonomi karena membutuhkan biaya untuk perawatan (Soegijanto, 2008).

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. 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). Pendidikan kesehatan penting untuk menunjang kesehatan, terutama pada masyarakat pedesaan yang memiliki pendidikan dan pengetahuan rendah tentang DBD, diharapkan dengan adanya pendidikan kesehatan dengan metode *Brain Storming* tentang 3M dapat mengubah perilaku pada pencegahan DBD dari yang merugikan kesehatan kearah yang bermanfaat bagi kesehatan. Berdasarkan uraian tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M terhadap perilaku kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten pamekasan.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M terhadap perilaku kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M terhadap perilaku kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan kepala keluarga pada pencegahan DBD sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* (curah pendapat) tentang 3M di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan.
2. Mengidentifikasi sikap Kepala keluarga pada pencegahan DBD sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* (curah pendapat) tentang 3M di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan.
3. Mengidentifikasi tindakan Kepala keluarga pada pencegahan DBD sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* (curah pendapat) tentang 3M di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan.
4. Menganalisis perilaku Kepala keluarga pada pencegahan DBD sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* (curah pendapat) tentang 3M di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.3 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan informasi ilmiah tentang pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* (curah pendapat) tentang 3M terhadap perilaku kepala keluarga pada pencegahan DBD sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam ilmu keperawatan kesehatan komunitas.

1.4.4. Manfaat praktis

1. Sebagai masukan berupa informasi dan bahan pertimbangan bagi puskesmas dan masyarakat terutama kepala keluarga dalam upaya pencegahan DBD dengan 3M agar penyakit DBD tidak semakin meluas.
2. Sebagai masukan bagi institusi terkait berupa alternatif metode pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M pada pencegahan DBD.
3. Sebagai sumber data awal dan pembanding bagi penelitian berikutnya dengan menggunakan metode dan variabel yang lebih sempurna.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan mengenai konsep teori yang mendasari atau mendukung penelitian ini, berdasarkan landasan teori yang meliputi: Konsep pendidikan kesehatan, konsep perilaku, konsep keluarga dan konsep demam berdarah *dengue*.

2.1 Konsep Dasar Pendidikan

Crow (dalam Supriyatno, 2001) mengatakan bahwa pendidikan diinterpretasikan dengan makna untuk mempertahankan individu dengan kebutuhan-kebutuhan yang senantiasa bertambah dan merupakan suatu harapan untuk dapat mengembangkan diri agar berhasil serta untuk memperluas, mengintensifkan ilmu pengetahuan dan memahami elemen-elemen yang ada disekitarnya.

Pendidikan merupakan pengaruh lingkungan terhadap individu untuk menghasilkan perubahan-perubahan yang tetap dalam kebiasaan perilaku, pikiran dan sikapnya (Thompson, 2002). Sedangkan Darnelawati (2004) berpendapat bahwa tujuan pendidik adalah untuk memperkaya budi pekerti, pengetahuan dan untuk menyiapkan seseorang agar mampu dan terampil dalam suatu bidang pekerjaan tertentu.

Menurut Poerbakwatja dan Harahap (2008), pendidikan diartikan sebagai proses pembelajaran bagi individu untuk mencapai pengetahuan dan pemahaman yang lebih tinggi mengenai obyek-obyek tertentu dan spesifik.

2.2 Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan

2.2.1 Pengertian

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan dengan adanya pesan tersebut masyarakat, keluarga atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik (Notoatmojo, 2003).

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dibidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Berangkat dari konsep pendidikan kesehatan, pendidikan kesehatan didefinisikan sebagai usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan perilaku mereka untuk mencapai kesehatan secara optimal (Ali, 2000).

Pendidikan kesehatan merupakan komponen program kesehatan dan kedokteran yang terdiri atas upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok maupun masyarakat yang merupakan perubahan cara berpikir, bersikap, dan berbuat dengan tujuan membantu pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit, dan promosi hidup sehat (Suliha, Uha, 2001).

Menurut Nyswandar dan Herawani dkk (2001) pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu dan masyarakat. Pendidikan kesehatan dapat diberikan kepada seseorang oleh orang lain bukan seperangkat prosedur yang harus dilaksanakan atau suatu produk yang harus dilaksanakan atau suatu produk yang

harus dicapai tetapi sesungguhnya merupakan suatu proses perkembangan yang berubah dinamis, yang di dalamnya seseorang menolak atau menerima informasi, sikap maupun praktek baru yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat (Notoatmojo, 2003)

2.2.2 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan menurut Notoatmodjo (2003), yaitu :

1) Sasaran primer (*primary target*)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan sesuai dengan permasalahan kesehatan maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (kesehatan ibu dan anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja dan sebagainya. Upaya promosi kesehatan yang dilakukan terhadap sasaran primer ini selalu dengan strategi pemberdayaan masyarakat (*empowerement*)

2) Sasaran sekunder (*secondary target*)

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

3) Sasaran tersier (*tertiary target*)

Para pembuat keputusan atau perilaku atau penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan, dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok

ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder) dan juga ke masyarakat umum (sasaran primer).

2.2.3 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum tujuan dari pendidikan kesehatan ialah mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan (WHO, 1954, dikutip oleh Notoatmojo, 1997). Tujuan tersebut diperinci sebagai berikut: (1) menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat, (2) menolong individu agar secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat, (3) mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

2.2.4 Proses pendidikan kesehatan

Seperti telah disebutkan di a

tas bahwa prinsip pokok pendidikan kesehatan adalah proses belajar. Dalam kegiatan belajar terdapat tiga persoalan pokok, yaitu persoalan masukan (*input*), proses dan persoalan keluaran (*output*) (Notoatmodjo, 2003).

1. Masukan (*input*)

Persoalan masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar sasaran didik yaitu individu, kelompok, atau masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya.

2. Proses

Persoalan proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan perilaku pada diri subjek belajar tersebut. Didalam proses ini terjadi perubahan timbal balik antara berbagai faktor, antara lain: subjek belajar, pengajar

(pendidik atau fasilitator), metode dan teknik belajar, alat bantu belajar, dan materi atau bahan yang dipelajari.

3. Keluaran (*output*)

Keluaran atau output adalah merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar.

2.2.5 Prinsip pendidikan kesehatan

Prinsip pendidikan kesehatan menurut Ali (2000) adalah:

1. Pendidikan kesehatan bukan hanya pelajaran di kelas, tetapi merupakan kumpulan pengalaman dimana saja dan kapan saja sepanjang dapat mempengaruhi pengetahuan sikap dan kebiasaan sasaran pendidikan.
2. Pendidikan kesehatan tidak dapat secara mudah diberikan oleh seseorang kepada orang lain, karena pada akhirnya sasaran pendidikan itu sendiri yang dapat mengubah kebiasaan dan tingkah lakunya sendiri.
3. Bahwa yang harus dilakukan oleh pendidik adalah menciptakan sasaran agar individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dapat mengubah sikap dan tingkah lakunya sendiri.
4. Pendidikan kesehatan dikatakan berhasil bila sasaran pendidikan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) sudah mengubah sikap dan tingkah lakunya sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

2.2.6 Ruang lingkup pendidikan kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan masyarakat dapat dilihat dari 3 dimensi (Suliha, 2002):

1. Dimensi sasaran

- a. Pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu Individu yang mempunyai masalah keperawatan dan kesehatan, yang dapat dilakukan di RS, klinik, puskesmas, rumah bersalin, posyandu, keluarga binaan dan masyarakat binaan
- b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok masyarakat tertentu. Kelompok yang rawan dan rentan terhadap masalah kesehatan, terikat dalam institusi, misalnya panti, rutan atau lapas, pondok pesantren, lokalisasi (WTS), karang wredha, karang balita, kelompok pekerja informal, perkumpulan penyandang penyakit tertentu (jantung, asma, dan lain-lain), kelompok remaja dan sebagainya.
- c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.
- d. Dalam hal ini adalah masyarakat binaan Puskesmas, masyarakat nelayan, masyarakat pedesaan, masyarakat yang datang ke institusi pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, posyandu yang diberikan pendidikan kesehatan secara massal dan masyarakat luas yang terkena masalah kesehatan seperti wabah DBD dan muntaber.

2. Dimensi tempat pelaksanaan

- a. Pendidikan kesehatan di rumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga Perawat teregistrasi dan telah lulus dalam bidang keperawatan yang dipersiapkan untuk praktek memberikan pelayanan individu dan keluarga disepanjang rentang sehat sakit. Praktek ini mencakup pengambilan keputusan independen dan interdependen dan secara langsung bertanggung gugat terhadap keputusan klinis.

- b. Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran pelajar. Difokuskan pada anak ditatanan pendidikan guna memenuhi kebutuhan anak dengan mengikutsertakan keluarga maupun masyarakat sekolah dalam perencanaan pelayanan (Ali, 2000). Pendidikan kesehatan di sekolah dilakukan disekolah dengan sasaran murid pendidikan kesehatan dipelayanan kesehatan dilakukan di puskesmas, balai kesehatan, rumah sakit.
- c. Pendidikan kesehatan di masyarakat atau tempat kerja dengan sasaran masyarakat atau pekerja. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.

3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan menurut Machfoedz (2005) adalah:

- a. Pendidikan kesehatan promosi kesehatan (*health promotion*), misal: peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, gaya hidup dan sebagainya.
- b. Pendidikan kesehatan untuk perlindungan khusus (*specific protection*) misal: imunisasi
- c. Pendidikan kesehatan untuk diagnosis dini dan pengobatan tepat (*early diagnostic and prompt treatment*) misal: dengan pengobatan layak dan sempurna dapat menghindari dari resiko kecacatan.
- d. Pendidikan kesehatan untuk rehabilitasi (*rehabilitation*) misal: dengan memulihkan kondisi cacat melalui latihan-latihan tertentu.

2.2.7 Metode pendidikan kesehatan

Menurut Ali (2000) macam-macam metode pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Metode pendidikan perorangan (*individual*)

Bentuk dari metode individual ada 2 (dua) bentuk:

a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Kontak antara klien dengan petugas lebih intensif, Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku)

b. Wawancara (*interview*)

Merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan, Menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode pendidikan kelompok

Metode pendidikan Kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan (Depkes, 2006).

a. Kelompok besar

Metode untuk kelompok besar ini seperti ceramah sngat cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah, kemudian juga metode seminar tetapi hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas karena seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

b. Kelompok kecil

1) *Brain storming* (curah pendapat)

a) Pengertian

Curah pendapat (*brain storming*) merupakan modifikasi dari diskusi kelompok berjumlah 6-12 orang, dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban atau tanggapan, tanggapan atau jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapapun, setelah semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

b) Ciri-ciri *brain storming*

curah pendapat mengajak para peserta dengan kerja secara perorangan dan kemudian di dalam kelompok, mengadakan curah pendapat bagaimana mencari penyelesaian suatu masalah. metode ini dapat digunakan kapan saja selama program pembelajaran. Menurut handoko dalam metode *brain storming* akan ditentukan hal-hal sebagai berikut:

- (1) Waktu : kira-kira 30-60 menit
- (2) Kelompok : sangat baik untuk kelompok yang terdiri dari 12-20 anggota
- (3) Tempat : suatu ruangan yang cukup luas, sehingga para peserta dapat duduk leluasa
- (4) Peralatan : Untuk setiap peserta dianjurkan untuk membawa pensil/alat tulis, selembar kertas dan lembar masalah.

c) Langkah-langkah dalam *brain storming*

- (1) Fasilitator memberitahu para peserta bahwa dalam metode ini mereka akan memeriksa diri dan kemudian secara kelompok memproses pemecahan masalah sebagaimana mereka mengadakan curah pendapat untuk menyelesaikan suatu masalah. Fasilitator menerangkan bahwa dalam curah pendapat seseorang atau kelompok menuliskan gagasan-gagasan yang muncul, pemecahan masalah, pendekatan dan lain-lain tanpa memandang pada kepraktisan dan kemudahannya.
- (2) Fasilitator memberikan sebuah pensil atau alat tulis, selembar kertas dan lembar kopian masalah pada setiap peserta. Mereka diminta bekerja secara pribadi dan diberi waktu kira-kira sepuluh menit. Mereka diminta menuliskan gagasan-gagasan mereka untuk memecahkan masalah pada lembaran kertas yang dimiliki. Mereka juga diminta menyadari proses pemecahan masalah yang dilakukan.
- (3) Setelah sepuluh menit, fasilitator meminta para peserta berkumpul dalam kelompok kecil yang terdiri dari empat orang untuk mengadakan curah pendapat dan memecahkan masalah yang sama. Mereka diberi waktu kira-kira lima menit untuk curah pendapat ini. Salah satu dari mereka harus membuat catatan kecil.
- (4) Fasilitator meminta mereka masuk ke dalam kelompok besar dan saling membandingkan cara-cara mengatasi masalah, baik yang ditemukan secara pribadi maupun dalam kelompok kecil.

- (5) Permainan dapat diakhiri dengan sharing tentang perasaan-perasaan mereka selama mereka mencari pemecahan masalah baik perseorangan maupun di dalam kelompok.
- d) Variasi dalam *brain storming*
- (1) Fasilitator dapat mengajukan dua masalah yang berbeda, satu masalah diselesaikan secara pribadi dan satunya lagi dipecahkan dalam kelompok.
 - (2) Fasilitator diskusi dengan proses pemecahan masalah di dalam kelompok dan kemudian secara pribadi.
 - (3) Fasilitator dapat meminta anggota-anggota kelompok menceritakan pemecahan masalah mereka secara lisan atau secara tulisan dengan mengedarkannya kepada semua peserta.
- e) Tugas pemimpin dalam *brain storming*
- (1) Membuat pertemuan menjadi bersemangat dan intensitasnya tinggi.
 - (2) Mendorong setiap anggota agar ikut berpartisipasi.
 - (3) Mengumpulkan sebanyak mungkin gagasan dengan cara memberi giliran pada setiap anggota beberapa kali.
 - (4) Pada setiap giliran mendorong anggota melontarkan sebanyak mungkin gagasan dan mengupayakan agar tidak ada peserta yang tidak memberikan pendapat.
 - (5) Menghindarkan adanya tanggapan (dukungan atau bantahan), jika salah seorang anggota sedang mengemukakan suatu gagasan.

(6) Mencatat semua gagasan yang dikemukakan pada suatu papan tulis atau *clipboard* sehingga dapat dilihat oleh semua peserta curah pendapat.

(7) Apabila semua anggota sudah selesai memberikan gagasan atau pendapat, sidang dapat dimulai menilai atau mempertimbangkan setiap gagasan yang dilontarkan.

f) Partisipasi anggota dalam curah pendapat:

(1) Mengemukakan sebanyak mungkin gagasan.

(2) Melontarkan semua gagasan yang ada dalam pikiran, tidak peduli apakah pandangan itu sangat ekstrem.

(3) Tidak memberi penilaian terhadap gagasan orang lain

(4) Menghargai gagasan anggota yang lain.

2) Bola salju (*snow balling*)

Tiap orang dibagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang ada 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas.

3) Kelompok kecil-kecil (*buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama atau tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut.

Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.

4) Memainkan peranan (*role play*)

Beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dan lain-lain. Sedangkan anggota lainnya sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana interaksi atau komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

5) Demonstrasi

Merupakan metode pendidikan dengan memperagakan kepada kelompok tertentu. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk praktik atau memperagakan tindakan tentang proses dan tata cara suatu pembelajaran seperti mempraktikkan teknik menyusui bayi yang meliputi proses dan tata cara menyusui.

3. Metode pendidikan massa

Pada umumnya bentuk pendekatan ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa (Depkes, 2006). Contoh:

1. Ceramah umum (*public speaking*)

Dilakukan pada acara tertentu, misalnya hari kesehatan nasional oleh menteri atau pejabat kesehatan lain.

2. Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

3. Simulasi, dialog antar pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio adalah juga merupakan pendidikan kesehatan massa. Contoh: "Praktek Dokter Herman Susilo" di Televisi.
4. Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
5. *Bill Board*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk poster dan sebagainya adalah juga bentuk pendidikan kesehatan massa. Contoh: Billboard "Ayo ke Posyandu". Adalah yang dapat mencegahnya (Pemberantasan Sarang Nyamuk).

2.2.8 Alat bantu (peraga)

Alat-alat yang digunakan oleh peserta didik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran, sering disebut sebagai alat peraga. Elgar Dale membagi alat peraga tersebut menjadi 11 (sebelas) macam, dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat bantu tersebut dalam suatu kerucut. Menempati dasar kerucut adalah benda asli yang mempunyai intensitas tertinggi disusul benda tiruan, sandiwara, demonstrasi, kunjungan lapangan (*field trip*), pameran, televisi, film, rekaman atau radio, tulisan dan kata-kata. Penyampaian bahan dengan kata-kata saja sangat kurang efektif artinya intensitasnya paling rendah. Macam-macam alat bantu pendidikan menurut Ali (2000) terbagi atas tiga kelompok dibawah ini:

1. Alat bantu lihat (*visual aids*)

a. Pengertian

Media visual adalah alat bantu yang digunakan untuk membantu menstimulasi indra penglihatan pada saat proses pendidikan.

b. Bentuk-bentuk alat bantu lihat (*visual aids*)

Alat ini berguna didalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat ini ada 2 bentuk:

- 1) alat yang diproyeksikan: slide, film, film strip dan sebagainya.
- 2) alat yang tidak diproyeksikan: untuk dua dimensi misalnya gambar, peta, bagan untuk tiga dimensi misalnya bola dunia, boneka, dsb.

c. Fungsi alat bantu lihat (*visual aids*)

Fungsi media, khususnya media *visual* juga dikemukakan oleh Levie dan Lentz, seperti yang dikutip oleh Arsyad (2002) bahwa media tersebut memiliki empat fungsi yaitu:

- 1) fungsi atensi, media *visual* dapat menarik dan mengarahkan perhatian peserta didik untuk berkonsentrasi kepada isi pelajaran.
- 2) Fungsi afektif dari media *visual* dapat diamati dari tingkat “kenikmatan” peserta didik ketika belajar (membaca) teks bergambar. Dalam hal ini gambar atau simbol *visual* dapat menggugah emosi dan sikap peserta didik.
- 3) fungsi kognitif media *visual* melalui gambar atau lambang *visual* dapat mempercepat pencapaian tujuan pembelajaran untuk memahami dan

mengingat pesan atau informasi yang terkandung dalam gambar atau lambang *visual* tersebut.

4) Fungsi kompensatoris media pembelajaran adalah memberikan konteks kepada peserta didik yang kemampuannya lemah dalam mengorganisasikan dan mengingat kembali informasi dalam teks. Dengan kata lain bahwa media pembelajaran ini berfungsi untuk mengakomodasi peserta didik yang lemah dan lambat dalam menerima dan memahami isi pelajaran yang disajikan dalam bentuk teks (disampaikan secara verbal).

2. Alat bantu dengar (*audio aids*): piringan hitam, radio, pita suara, dsb.

3. Alat bantu lihat dengar (*audio visual aids*): televisi dan VCD.

2.2.9 Media pendidikan kesehatan

Media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan. Disebut media pendidikan karena alat tersebut merupakan *alat saluran (channel)* untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan media ini dibagi menjadi tiga (Ali, 2000):

1. Media cetak

- a. *Booklet*: untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- b. *Leaflet*: melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar atau tulisan atau keduanya.
- c. Selebaran (*flyer*): seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.

- d. Lembar balik (*flip chart*): pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar halaman berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- e. Tulisan-tulisan (*rubrik*) pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- f. *Poster* ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- g. Foto, yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

2. Media elektronik

- a. Televisi: dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi atau tanya jawab, pidato atau ceramah, TV, Spot, quiz, atau cerdas cermat, dll.
- b. Radio: bisa dalam bentuk obrolan atau tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, radio spot, dll.
- c. VCD (*video compact disc*)
- d. *Slide*: slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi kesehatan.
- e. *Film strip* juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

3. Media papan (*bill board*)

Papan atau *bill board* yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus atau taksi).

2.3 Konsep Perilaku

2.3.1 Pengertian perilaku

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

Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner maka perilaku kesehatan (*health behavior*) menurut Notoatmodjo (2010) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat sakit seperti lingkungan, makanan, minuman, dan peyanaan kesehatan. Dengan perkataan lain, perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan.

2.3.2 Klasifikasi perilaku

Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku dapat dibedakan menjadi:

1. Perilaku tertutup (*covert 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.

2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Perilaku

Menurut Green perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu:

1. Faktor-faktor predisposisi (*Predisposition factors*) Faktor-faktor ini mencakup umur, pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan, tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.
2. Faktor-faktor Pendukung (*Enabling factors*) Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sumber informasi, sarana dan prasarana tau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, jamban dan lain-lain.
3. Faktor-faktor Penguat (*Reinforcing factors*) Faktor-faktor ini meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku petugas kesehatan, undang-undang, peraturan pemerintah daerah dan peraturan pemerintah pusat yang terkait dengan kesehatan (Notoatmojo, 2007).

2.3.4 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, sistem 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 disini, 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:

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

2.3.5 Teori model terbentuknya perilaku

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

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

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

2. Teori “Reason Action”

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

3. Teori “Precede-Proceed” (1991)

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

4. Teori “Behavior Intention”

Teori ini dikembangkan oleh Snehendu Kar (1980). Menurutnya, perilaku itu merupakan fungsi dari niat seseorang (*behavioral intention*), dukungan sosial (*social support*), keberadaan informasi (*accessibility of information*), otonomi

pribadi (*personal autonomy*) dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*).

5. Teori “*Thoughts and Feeling*”

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

2.3.6 Teori-teori perubahan perilaku

Perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan dan promosi kesehatan. Menurut Notoatmodjo (2010), terdapat banyak teori tentang perubahan perilaku, yaitu:

1. Teori Stimulus Organisme (SOR)

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

2. Teori Disonansi (*Dissonance Theory*)

Teori ini sebenarnya sama dengan konsep *imbalance* (tidak seimbang). Hal ini berarti bahwa keadaan *cognitive dissonance* merupakan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. *Dissonance* (ketidakseimbangan) terjadi karena dalam diri individu terdapat dua elemen kognisi yang saling bertentangan yaitu pengetahuan dan pendapat/keyakinan. Titik berat dari penyelesaian konflik ini

adalah penyesuaian diri secara kognitif. Dengan penyesuaian diri ini maka akan terjadi keseimbangan kembali. Keberhasilan yang ditunjukkan dengan tercapainya keseimbangan kembali menunjukkan adanya perubahan sikap dan akhirnya akan terjadi perubahan perilaku.

3. Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan pada anggapan bahwa perubahan perilaku individu tergantung pada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut.

4. Teori Berubah

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

5. Teori Kurt Lewin

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

2.3.7 Bentuk-bentuk perubahan perilaku

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

1. Perubahan alamiah (*Natural change*)

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

2. Perubahan terencana (*Planned change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

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

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

2.3.8 Strategi perubahan perilaku

Lawrence Green menjelaskan bahwa perilaku itu dilatarbelakangi atau dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing faktor*), faktor pendukung (*enabling faktor*) dan faktor pendorong (*reinforcing faktor*). Faktor predisposisi dapat terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. Faktor pendukung dapat berupa lingkungan fisik

tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya. Sedangkan faktor pendorong terwujud dalam sikap perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang menjadi referensi dari perilaku masyarakat (Notoatmodjo, 2007). Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga yaitu:

1. Menggunakan kekuatan (*Enforcement*)

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

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

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

3. Pendidikan (*Education*)

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

yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri (Notoatmodjo, 2010).

2.3.9 Domain perilaku

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, pengetahuan umumnya datang dari penginderaan yang terjadi melalui panca indra manusia, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoadmojo, 2003).

Domain kognitif menurut Notoatmodjo (2003) Tingkat pengetahuan yang tercakup di dalam domain kognitif pada manusia mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang dipelajari sebelumnya, termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima.

b. Memahami (*comprehension*)

Materi tersebut secara benar. Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan.

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

d. Analisis (*analysis*)

Analisa adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*syntesis*)

Menunjukkan pada suatu kemampuan meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penelitian-penelitian terhadap suatu objek. Penelitian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri dengan menggunakan kriteria yang telah ada, pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau respon dan kedalam pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut (Notoatmodjo, 2003).

Cara memperoleh pengetahuan:

1) Cara tradisional

Cara-cara memperoleh pengetahuan pada periode ini antara lain:

a) Cara coba-coba dan salah (*trial dan error*)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan tersebut tidak berhasil dicoba kemungkinan yang lama.

b) Cara kekuasaan (*otoritas*)

Dimana pengetahuan diperoleh berdasarkan pada otoritas (kekuasaan) baik otoritas tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin, otoritas agama maupun otoritas ahli ilmu pengetahuan.

c) Berdasarkan pengalaman

Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.

d) Melalui jalan pikiran

Yaitu manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya.

e) Cara modern dalam memperoleh pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer lagi metodologi penelitian (Notoatmodjo, 2003).

f) Variabel-variabel yang mempengaruhi pengetahuan:

(1) Umur

Umur adalah lamanya hidup dalam tahun dihitung sejak dilahirkan hingga saat ini. Umur merupakan periode penyesuaian terhadap pola-pola kehidupan baru dan harapan-harapan baru, dimana semakin tinggi umur seseorang maka semakin banyak pola pengetahuan yang diperoleh.

(2) Pekerjaan

Lama kerja merupakan pengalaman individu yang akan menentukan pertumbuhan dalam pekerjaan (Notoatmodjo, 2003). Pertumbuhan dalam pekerjaan dapat dialami oleh setiap orang hanya apabila dijalani proses

belajar dan berpegalaman, diharapkan orang yang bersangkutan memiliki kecakapan (pengetahuan) kerja yang bertambah serta memiliki keterampilan kerja akan menambah kualitas dan kuantitas (Notoatmodjo, 2003).

(3) Pendidikan

Tidak dipungkiri pendidikan akan menentukan pola pikir dan wawasan seseorang. Selain itu tingkat pendidikan juga merupakan bagian dari pekerja. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka diharapkan stok modal manusianya (pengetahuan dan keterampilan akan semakin meningkat). Pendidikan dianggap memiliki peranan penting dalam menentukan kualitas manusianya. Lewat pendidikan manusia dianggap akan memperoleh pengetahuan, semakin tinggi pendidikan hidup manusia akan semakin berkualitas (Notoatmodjo, 2003).

g) Sumber informasi

Sumber informasi adalah segala sesuatu alat yang menjadi parantara dalam menyampaikan pesan yang merangsang pikiran dan kemampuan seseorang. Sumber informasi didapatkan dari media elektronik (Tv, Internet, dan lain-lain), Media cetak (Koran, Majalah kesehatan dan poster-poster kesehatan dan lain-lain). Semakin sering ibu hamil mendapatkan informasi maka semakin baik pengetahuan ibu hamil tersebut tersebut tentang rokok, semakin baik pula perilaku ibu hamil.

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. (Notoatmodjo, 2003)

Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk berreaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

a. Komponen pokok sikap

Dalam bagian lain, Allport (1954) dikutip Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

a) Berbagai tingkatan sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan (Notoatmodjo, 2003).

(1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah-ceramah.

(2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

(3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

(4) Bertanggung jawab

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

b. Pengukuran sikap

Mengukur suatu sikap bukanlah suatu pelajaran yang mudah karena tidak nampak sehingga diperlukan alat ukur yang standart untuk menyamakan persepsi dengan penelitian.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Sikap

1) Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang dianggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak, tingkah dan pendapat kita, seseorang yang tidak ingin kita kecewakan atau seseorang yang berarti khusus bagi kita akan mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap

sesuatu. Contoh: Orang tua, teman sebaya, teman dekat, guru, istri, suami dan lain-lain.

3) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita.

4) Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif bagi terbentuknya sikap.

5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam arti individu.

6) Pengaruh faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap dipengaruhi oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang, kadang-kadang sesuatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi yang berfungsi sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. (Azwar, 2000).

d. Fungsi sikap

1) Sebagai instrument untuk mencapai tujuan

Seseorang mengambil sikap tertentu terhadap suatu obyek karena atas dasar pemikiran sampai sejauh mana obyek tersebut dapat digunakan

untuk mencapai tujuan yang diinginkannya. Kalau obyek itu berguna untuk mencapai tujuannya, maka sikapnya akan baik atau positif. Fungsi ini sering disebut fungsi penyesuaian, karena dengan mengambil sikap tertentu digunakan untuk menyesuaikan diri dengan keadaan lingkungan agar dapat diterima oleh lingkungannya.

2) Sebagai pertahanan ego

Kadang-kadang orang mengambil sikap ini karena merasa harga dirinya terdesak atau terancam.

3) Sebagai ekspresi nilai

Sikap seseorang menunjukkan bagaimana nilai-nilai yang ada pada seseorang itu.

b) Sebagai pengetahuan

Ini berarti bahwa bagaimana sikap seseorang sesuatu, juga mencerminkan keadaan pengetahuannya.

3. Praktik atau tindakan

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian-penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya. Tingkatan praktik terdapat empat macam (Azwar, 2000) yaitu:

a. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih sebagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

b. Respon terpimpin (*gulled respon*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh.

c. Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.

d. Adaptasi (*adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik.

2.3.10 Proses adopsi perilaku

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas disamping faktor dukungan dari pihak lain, misalnya anggota keluarga yang lain. Menurut Notoatmodjo (2003) dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan.

Penelitian Roger (1974) dikutip oleh Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu:

1. Kesadaran (*awarenes*), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
2. Merasa tertarik (*interest*) terhadap stimulus atau objek tertentu, di sini sikap subjek sudah mulai timbul.

3. Menimbang-nimbang (*evaluation*) terhadap baik buruknya stimulus terhadap bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik sekali.
4. Mencoba (*trial*), dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
5. Adaptasi (*adoption*), dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.3.11 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 yaitu:

- 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).

2.3.12 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). Faktor-faktor demografi yang mempengaruhi keputusan tindakan terkait kesehatan yaitu:

a. Umur

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

b. 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.

c. 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.

d. Pekerjaan

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

e. 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 nyata masih ada penganut agama yang tidak memperhatikan aspek kesehatan (Sudarma, 2008).

f. 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 ketertarikan dan posisi yang diinginkan, termasuk dalam membuat keputusan (Gelles dan Levine, 1999).

2.4 Konsep Keluarga

2.4.1 Definisi keluarga

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

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

2.4.2 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.

2.4.3 Peran 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, dan spiritual.

2.4.4 Fungsi keluarga

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 tampak 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 ditunjukkan 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.

2.4.5 Tipe-tipe keluarga

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

1. Tipe tradisional

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

1. Tipe non tradisional

- a. *The unmarried teenage mother*, adalah orang tua dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
- b. *Stepparent family*, yaitu keluarga dengan orang tua tiri.
- c. *Commune family*, adalah beberapa pasangan keluarga dengan anaknya yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah,

- sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama: sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.
- d. *The non marital heteroseksual cohabiting family*, adalah keluarga yang hidup bersama dan berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
 - e. *Gay dan lesbian family*, adalah seseorang yang mempunyai persamaan seks hidup bersama sebagaimana suami istri (*marital partners*).
 - f. *Cohabiting couple* adalah orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
 - g. *Group-marriage family* adalah beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya.
 - h. *Grup network family* adalah keluarga inti yang dibatasi set aturan-aturan atau nilai-nilai hidup bersama atau bedekatan satu sama lainnya dan saling menggunakan barang-barang rumah bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.
 - i. *Foster family* adalah keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara dalam waktu sementara, pada saat orangtua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.
 - j. *Homeless family*, yaitu keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.
 - k. *Geng*, merupakan sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang

mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya (Setyowati dkk, 2008).

2.4.6 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. Memberi 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.

2.4.7 Struktur keluarga

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

1. Dominasi jalur hubungan darah

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

2. Dominasi keberadaan tempat tinggal

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

3. Dominasi pengambilan keputusan

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

2.4.8 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).

2.4.9 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 demam berdarah *dengue*. Dalam pemberantasan DBD, maka perlu diberikan upaya pencegahan yang efektif. Salah satunya adalah dengan meminimalkan semua faktor resiko yang terkait dengan faktor-faktor epidemiologis (manusia, nyamuk vektor, patogen beserta lingkungannya (Dinata, 2009).

2.4.10 Keluarga sebagai sasaran pelayanan keperawatan

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

1. Keluarga dipandang sebagai sumber daya kritis untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Dalam hal ini keluarga sebagai unit terkecil dalam

masyarakat berperan dalam penyampaian pesan betapa pentingnya usaha pencegahan agar terhidar dari wabah.

2. Keluarga sebagai satu kesatuan. Sejumlah anggota keluarga berada dalam satu ikatan yang saling mempengaruhi. Data anggota keluarga yang satu dengan yang lainnya saling mempengaruhi.
3. Hubungan yang kuat dalam keluarga dengan status kesehatan anggotanya. Peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan sampai dengan rehabilitasi.
4. Keluarga sebagai tempat penemuan kasus dini. Adanya masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga akan memungkinkan munculnya faktor risiko pada anggota keluarga yang lainnya.
5. Individu dipandang dalam konteks keluarga. Dalam hal ini seseorang dapat lebih memahami peran dan fungsinya apabila ia dipandang dalam konteks keluarga.
6. Keluarga sebagai sumber dukungan sosial bagi anggota keluarga lainnya. Dukungan sosial sangat diperlukan oleh setiap individu di dalam setiap siklus kehidupannya. Dukungan sosial akan semakin dibutuhkan pada saat seseorang mengalami masalah atau sakit, disinilah peran anggota keluarga diperlukan untuk menalani masa-masa sulit dengan cepat.

2.4.11 Promosi kesehatan keluarga

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

1. Pencegahan primer

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

2. Pencegahan sekunder

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

3. Pencegahan tertier

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

2.5 Konsep Demam berdarah *Dengue* (DBD)

2.5.1 Definisi demam berdarah *dengue*

Penyakit demam berdarah *Dengue* adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus *Dengue* dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. (Soegijanto S, 2008). Menurut Nasronudin 2007 demam berdarah

Dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *Dengue* yang termasuk group B Arthropod borne virus (arbovirus) yang dikenal sebagai genus flavivirus, family flaviridae yang mempunyai 4 serotip yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Menurut Purwani 2005 Demam berdarah *Dengue* (DBD) adalah penyakit inveksi akut yang disebabkan oleh 4 serotype virus *Dengue* dan secara klinis ditandai dengan adanya manifestasi perdarahan dan dapat berkembang menjadi renjatan yang bisa disebut *Dengue shock system* (DSS) yang bisa berakibat fatal. Trombositopeni yang bersamaan dengan hemokonsentrasi merupakan gambaran yang selalu ditemukan pada penderita DBD.

2.5.2 Epidemiologi

Penyakit demam berdarah *Dengue* pertama kali ditemukan di Philipina pada tahun 1953, di Thailand pada tahun 1958, selanjutnya di Malaysia, Singapura, Vietnam pada tahun 1953-1964 (Purwani Et, Al, 2005). Sedangkan di Indonesia Penyakit demam berdarah *Dengue* di temukan pertama kali di Surabaya tahun 1968 dengan penderita 58 dan 24 orang meninggal dunia (*case fatality rate/ CFR* sebesar 41,3%). Pada tahun 1993 tercatat jumlah kasus 4.376 orang (*insidens* 12,82 per 100.000 penduduk dengan jumlah kematian sebanyak 74 orang (*CFR* sebesar 1,69%). Pada tahun 1997 meningkat menjadi 7.622 orang (*insidens* 12,19 per 10.000 penduduk) dengan jumlah kematian 138 orang atau *CFR* 1,81%. (Soegijanto S, 2008). Pada tahun 2001 jumlah kasus DBD di Jawa Timur sebanyak 8222 kasus, jumlah kematian 57 kasus (0,67%) dan daerah yang terjangkau ada 37 diseluruh kabupaten dan kota yang ada di Jawa Timur (Dinkes Prop Jatim, 2008).

2.5.3 Etiologi

Penyebab penyakit Demam Berdarah Dengue adalah virus dengue yang termasuk kelompok B *Arthropod Borne Virus (Arboviruses)* yang sekarang dikenal sebagai genus *Flavivirus*, family *Flaviviridae*, dan mempunyai 4 jenis serotipe, yaitu: DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi terhadap serotipe yang bersangkutan, sedangkan antibodi yang terbentuk terhadap serotipe lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe lain tersebut. Keempat serotipe virus dengue dapat ditemukan di berbagai daerah di Indonesia. Di Indonesia, pengamatan virus dengue yang dilakukan sejak tahun 1975 di beberapa rumah sakit menunjukkan bahwa keempat serotipe ditemukan dan bersirkulasi sepanjang tahun. Serotipe DEN-3 merupakan serotipe yang dominan dan diasumsikan banyak yang menunjukkan gejala klinis (Soedarmo, 1999).

2.5.4 Cara Penularan

Terdapat tiga faktor yang memegang peranan pada penularan infeksi virus *dengue*, yaitu manusia, virus dan vektor perantara. Virus *dengue* ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* betina. Nyamuk *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis* dan beberapa spesies yang lain dapat juga menularkan virus ini, namun merupakan vektor yang kurang berperan. Nyamuk *Aedes* tersebut dapat mengandung virus *dengue* pada saat menggigit manusia yang sedang mengalami *viremia*. Kemudian virus yang berada di kelenjar liur berkembang biak dalam waktu 8-10 hari (*extrinsic incubation period*) sebelum dapat ditularkan kembali kepada manusia pada saat gigitan berikutnya. Virus dalam tubuh nyamuk betina dapat ditularkan kepada telurnya (*transovarian*

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

2.5.5 Tanda dan Gejala

Gambaran klinis DBD sering kali tergantung pada umur penderita. Pada bayi dan anak biasanya didapatkan demam dengan ruam makulopapular saja. Pada anak besar dan dewasa mungkin hanya didapatkan demam ringan, atau gambaran klinis lengkap dengan panas tinggi mendadak, sakit kepala hebat, sakit bagian belakang kepala, nyeri otot dan sendi serta ruam. Tidak jarang ditemukan perdarahan kulit, biasanya didapatkan leukopeni atau kadang-kadang trombositopeni. Pada waktu wabah tidak jarang demam Dengue dapat disertai dengan perdarahan hebat. Yang membedakan antara DD dengan DBD adalah pada DBD didapati kebocoran plasma (Depkes RI, 2001)

Diagnosis DBD ditegakkan berdasarkan kriteria diagnosis WHO 1997 terdiri dari kriteria klinis dan laboratorium. Penggunaan kriteria ini dimaksudkan untuk mengurangi diagnosis yang berlebihan.

2. Kriteria klinis

- a. Demam atau riwayat demam tinggi mendadak, tanpa sebab yang jelas antara 2- 7 hari

- b. Terdapat manifestasi dari perdarahan berikut:
 - 2) Uji torniquet positif
 - 3) Petekie, ekimosis atau purpura
 - 4) Perdarahan mukosa tersering epistaksis/mimisan atau perdarahan gusi), atau perdarahan dari tempat lain
 - 5) Hematemesis atau melena
- c. Pembesaran hati
- d. Syok ditandai nadi cepat dan lemah serta hipotensi, pasien tampak gelisah.

2. Kriteria Laboratoris

- a. Trombositopenia (jumlah trombosit $\leq 100.000/\mu\text{l}$).
- b. Hemokonsentrasi, dapat dilihat dari peningkatan hematokrit 20% atau lebih.
- c. Dua kriteria klinis ditambah trombositopenia dan hemokonsentrasi atau peningkatan hematokrit cukup untuk menegakkan diagnosis klinis DBD. Efusi pleura dan atau hipoalbumemia dapat memperkuat diagnosis terutama pada pasien anemia dan atau terjadi perdarahan. Pada kasus syok, peningkatan hematokrit dan adanya trombositopenia mendukung diagnosis DBD.

Terdapat 4 gejala utama DBD, yaitu demam tinggi, fenomena perdarahan, hepatomegali, dan kegagalan sirkulasi. Keempat gejala utama DBD adalah sebagai berikut:

1) Demam

Penyakit ini didahului oleh demam tinggi yang mendadak, terus-menerus, berlangsung 2-7 hari, naik turun tidak mempan dengan obat

antipiretik. Kadang-kadang suhu tubuh sangat tinggi sampai 40oC dan dapat terjadi kejang demam. Akhir fase demam merupakan fase kritis pada DBD. Pada saat fase demam mulai cenderung menurun dan pasien tampak seakan sembuh, hati-hati karena pada fase tersebut dapat sebagai awal kejadian syok. Biasanya pada hari ketiga dari demam. Hari ke 3,4,5 adalah fase kritis yang harus dicermati pada hari ke 6 dapat terjadi syok.

2) Tanda-tanda perdarahan

Penyebab perdarahan pada pasien DBD adalah vaskulopati, trombositopenia, dan gangguan fungsi trombosit, serta koagulasi intravaskular yang menyeluruh. Jenis perdarahan yang terbanyak adalah perdarahan kulit seperti uji tourniquet (uji *Rumple Leede* atau uji bendung) positif, petekie, purpura, ekimosis, dan perdarahan konjungtiva. Petekie merupakan tanda perdarahan yang tersering ditemukan. Tanda ini dapat muncul pada hari-hari pertama demam tetapi dapat pula dijumpai pada hari ke 3,4,5 demam. Petekie sering sulit dibedakan dari bekas gigitan nyamuk. Untuk membedakannya lakukan penekanan pada bintik merah yang dicurigai dengan kaca obyek atau penggaris plastik transparan. Jika bintik merah menghilang berarti bukan petekie. Tanda perdarahan seperti tersebut diatas tidak semua terjadi pada seorang pasien DBD. Perdarahan yang paling ringan adalah uji tourniquet positif berarti fragilitas kapiler meningkat. Perlu diingat bahwa hal ini juga dapat dijumpai pada penyakit virus lain (misalnya campak, demam berdarah dengue), infeksi bakteri (tifus abdominalis) dan lain-lain (Depkes RI, 2001). Selain itu bentuk

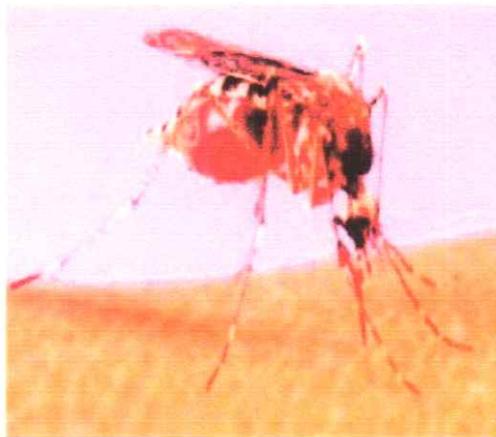
perdarahan lainnya dapat berupa keluarnya darah dari hidung (epistaksis), perdarahan saluran cerna seperti muntah darah (Sadikin, 2002).

- d. Hepatomegali (pembesaran hati)
- e. Syok
- f. Pada kasus ringan dan sedang, semua tanda dan gejala klinis menghilang setelah demam turun. Demam turun disertai keluarnya keringat, perubahan pada denyut nadi dan tekanan darah, ujung ekstremitas terasa dingin, disertai dengan kongesti kulit. Perubahan ini memperlihatkan gejala gangguan sirkulasi sebagai akibat dari perembesan plasma yang dapat bersifat ringan atau sementara (Depkes RI, 2001).

2.5.6 Patogenesis

Virus *Dengue* masuk ke dalam tubuh manusia lewat gigitan nyamuk *aedes aegypti* atau *aedes albopictus*. Organ sasaran dari virus adalah organ hepar, nodus limfaticus, sumsum tulang serta paru-paru. Data dari berbagai peneliti menunjukkan bahwa sel-sel monosit dan makrofag mempunyai peranan besar pada infeksi ini. Dalam peredaran darah, virus tersebut akan difagosit oleh sel monosit perifer. Virus DEN mampu bertahan hidup dan mengadakan multifikasi di dalam sel tersebut. Infeksi virus *Dengue* dimulai dengan menempelnya virus genomnya masuk ke dalam sel dengan bantuan organel-organel sel, genom virus membentuk komponen-komponennya, baik komponen antara maupun komponen struktural virus. Setelah komponen struktural dirakit, virus dilepaskan dari dalam sel. Proses perkembang biakan virus DEN terjadi di sitoplasma sel. Semua flavivirus memiliki kelompok epitop pada selubung protein yang menimbulkan

cross reaction reaksi silang pada uji serologis, hal ini menyebabkan diagnosis pasti dengan uji serologi sulit ditegakkan. Kesulitan ini dapat terjadi antara keempat *serotype virus DEN*. Infeksi oleh salah satu serotip virus DEN menimbulkan imunitas protektif terhadap serotip virus tersebut, tetapi tidak ada cross protektif terhadap serotip virus yang lain (Soegijanto S, 2008).



Gambar 2.1 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-barang 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).



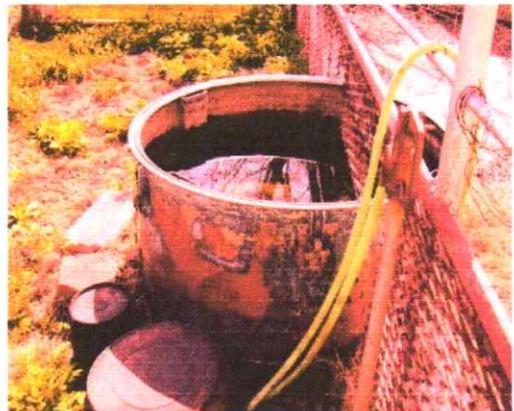
Ban bekas



Genangan air sumur



Tempurung kelapa bekas



Tempat penyimpanan air



Genangan air sekitar ladang/sawah

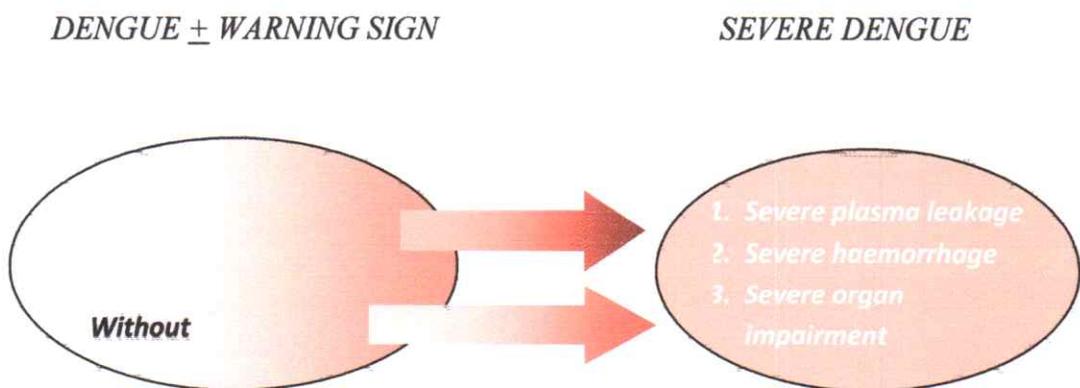


Bekas penampungan air

Gambar 2.2 Habitat Vektor *Aedes aegypti* (WHO, 2009)

2.5.7 Diagnosis

Perubahan pada epidemiologi *dengue*, membawa masalah pada penggunaan klasifikasi WHO sebelumnya. Terdapat banyak laporan kesulitan penggunaan klasifikasi sebelumnya yang membagi infeksi *dengue* menjadi empat derajat keparahan, dengan derajat III dan IV didefinisikan sebagai *Dengue Shock Syndrome* (DSS). Saat ini, klasifikasi infeksi *dengue* menjadi *Dengue Fever* (DF), *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dan DSS, terus digunakan secara luas (WHO, 2009). Studi terhadap daerah endemik *dengue* mengumpulkan kriteria klasifikasi *dengue* kedalam tingkat keparahan. Studi tersebut menyatakan bahwa dengan menggunakan sejumlah parameter klinik atau parameter laborat, dapat ditentukan pasien dengan *severe dengue* dan pasien dengan *non-severe dengue*. Pasien dengan *non-severe dengue* dibagi lagi menjadi dua yaitu yang dengan tanda peringatan dan yang tanpa tanda peringatan. *Dengue* adalah sebuah penyakit dengan gambaran klinis berbeda dan seringkali dengan evolusi dan *clical outcome* yang tak dapat diprediksi. Klasifikasi kedalam tingkat keparahan dapat digunakan untuk menentukan pasien yang perlu penatalaksanaan dan observasi intensif, kriteria diagnosis *dengue* dapat dilihat pada gambar berikut ini:



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

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

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

Tabel 2.1. Kriteria Klasifikasi Infeksi *Dengue* (WHO, 2009)

2.5.8 Kegiatan Pokok dalam Program Pemberantasan DBD

Adapun kegiatan pokok dalam program pemberantasan penyakit DBD antara lain:

1. Penyuluhan kepada masyarakat.

Penyuluhan ini dilakukan agar masyarakat:

- a. Mengetahui Demam Berdarah tanda-tanda dan akibatnya sehingga diharapkan berobat secara dini maka kematian dapat sejauh mungkin dicegah.
- b. Mengetahui cara mencegahnya dan melaksanakannya dengan menjaga kebersihan lingkungan termasuk meniadakan tempat-tempat yang menjadi sarang yamuk aedes aegypti. Kegiatan ini dilakukan melalui berbagai media massa antara lain TV, radio, surat kabar majalah dan sebagainya. Selain itu juga dilakukan melalui pendekatan kelompok seperti ceramah-ceramah, diskusi tentang Demam Berdarah dalam kelompok ibu-ibu, anak sekolah dan sebagainya (Soegijanto S, 2004).

2. Tata laksana PE (Penyelidikan Epidemiologi)

Dengan adanya penderita atau tersangka Demam Berdarah Dengue maka dilakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE) meliputi pemeriksaan jentik dan kunjungan ke lokasi fokus 20 rumah sekitar penderita. Bila ada penderita Demam Berdarah dengue lain atau ada jentik dan ada penderita panas lebih dari 3 orang maka seandainya dilakukan penyuluhan, PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk), *fogging* radius \pm 200 m, abatisasi sedangkan bila tidak maka dilakukan penyuluhan (Depkes RI, 2001).

3. *Fogging*

Menurut Alkatiri Saleh (2001) kegiatan *fogging* terdiri atas:

- a. Memutuskan rantai penularan sampai amsuknya kasus viremia baru.
- b. Digunakan melathion untuk membunuh nyamuk dewasa (adultisida) dengan cara pengasapan (*thermal fogging*) atau pengabutan (*cald*

fogging) dengan dosis 435 g melathion 96% per hektar dalam bentuk larutan 5%.

- c. *Residual effect* tidak ada. Tidak dilakukan penyemprotan pada dinding seperti pada pemberantasan malaria, sebab nyamuk *aedes aegypti* tidak suka hinggap pada dinding, tetapi pada benda-benda yang bergantung, seperti: kelambu, pakaian bergantung, gordin dan lain-lain.

4. 3 M Plus

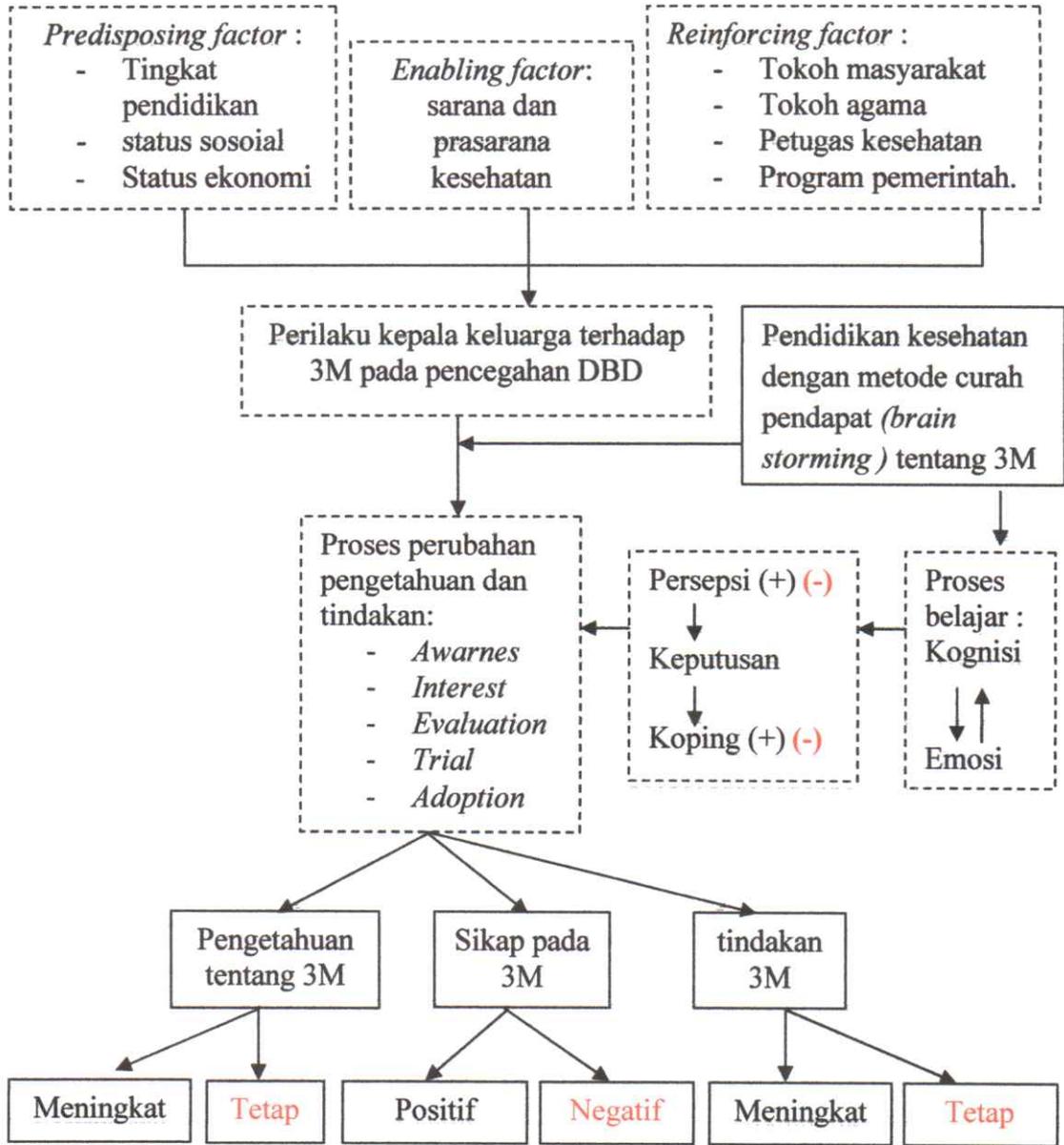
Menurut DEPKES RI (2010) kegiatan 3 M plus terdiri atas:

- a. Menguras tempat-tempat penampungan air secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali atau menyingkirkan bubuk abate kedalamnya tiap 3 (tiga) bulan sekali.
- b. Menutup rapat-rapat tempat penampungan air.
- c. Mengubur atau menyingkirkan barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan.
- d. Memelihara ikan pemakan jentik nyamuk
- e. Mengusir nyamuk dengan menggunakan obat nyamuk
- f. Mencegah gigitan nyamuk dengan memakai obat nyamuk
- g. Memasang kawat pada jendela dan ventilasi
- h. Tidak membiasakan pakaian dalam kamar

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

: Diukur
 : Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Brain Storming* tentang 3M terhadap perilaku kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.

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

Metode pendidikan kesehatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perilaku kepala keluarga pada pencegahan DBD salah satunya dengan metode curah pendapat (*brain storming*) tentang 3M untuk memberikan perubahan perilaku pada kepala keluarga terhadap pencegahan DBD. Dalam hal ini, kepala keluarga mengalami proses belajar kognitif, afektif dan psikomotor sehingga kepala keluarga tidak hanya tahu tapi mengerti dan mau serta bisa melakukan anjuran yang diberikan untuk melakukan upaya pencegahan DBD. Melalui berbagai stimulus yang diberikan oleh pendidik dengan masing-masing metodenya, maka kepala keluarga akan mengalami proses perubahan perilaku. Proses berubah itu sendiri menurut Carl Rogers berlangsung dari serangkaian situasi yaitu adanya kesadaran (*awareness*), minat (*interest*), evaluasi (*evaluation*), uji coba (*trial*) dan adopsi (*adoption*). Pada situasi kesadaran, seseorang menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu, kemudian mulai tertarik pada stimulus atau memasuki situasi minat (*interest*). Pada situasi evaluasi, seseorang mulai menimbang-nimbang baik atau tidak

stimulus baginya. Jika seseorang telah menimbang bahwa stimulus tersebut baik baginya, kemudian ia mulai mencoba perilaku tersebut yang disebut dengan situasi uji coba (*trial*). Situasi terakhir adalah adopsi, dimana seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus yang diberikan. Menurut Pender dalam model pendidikan kesehatannya, seseorang atau masyarakat setelah melewati proses berubah yang dipengaruhi oleh beberapa faktor, maka ia akan memiliki komitmen untuk merencanakan tindakan. Komitmen inilah yang mendorong seseorang berperilaku sesuai dengan stimulus atau pendidikan kesehatan yang telah diberikan kepadanya. Dalam hal ini adalah perilaku kepala keluarga dalam mencegah terjadinya DBD dengan melaksanakan 3M (menguras tempat penampungan air, menutup penampungan air dan mngubur barang bekas).

Perilaku kepala keluarga terhadap 3M dalam pencegahan terjadinya DBD terdiri dari tiga domain sesuai dengan konsep domain perilaku menurut Bloom yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan meliputi pengetahuan tentang cara melakukan 3M. Sikap berdasarkan intensitasnya meliputi menerima (*receiving*), menanggapi (*responding*), menghargai (*valuing*) dan bertanggung jawab (*responsible*). Sedangkan tindakan/praktik, indikatornya yaitu praktik pencegahan penyakit DBD dengan melakukan 3M. Pengaruh sebuah metode pendidikan kesehatan dapat dinilai dari seberapa jauh metode tersebut dapat mengubah tiga domain perilaku dari kepala keluarga agar sesuai dengan perilaku yang diharapkan yaitu perilaku pencegahan DBD pada kepala keluarga dengan melakukan 3M.

1.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah:

- H1:
1. Ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Brain storming* tentang 3M terhadap pengetahuan kepala keluarga pada pencegahan DBD.
 2. Ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Brain storming* tentang 3M terhadap sikap kepala keluarga pada pencegahan DBD.
 3. Ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Brain storming* tentang 3M terhadap tindakan kepala keluarga pada pencegahan DBD.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara menyelesaikan masalah dengan menggunakan metode ilmiah. Pada bab ini penulis akan mengemukakan tentang: desain penelitian, kerangka kerja, populasi, sampel, sampling, variabel penelitian, definisi operasional, bahan penelitian, instrumen penelitian, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, cara analisis data, etik penelitian dan keterbatasan penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk keperluan pengujian hipotesis atau untuk menjawab pertanyaan penelitian dan sebagai alat kontrol atau mengendalikan berbagai variabel yang berpengaruh dalam penelitian (Nursalam, 2008).

Penelitian ini menggunakan *pra-experimental* dengan rancangan pendekatan *Pre-post test One Group Design*. Ciri dari penelitian ini adalah mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2008).

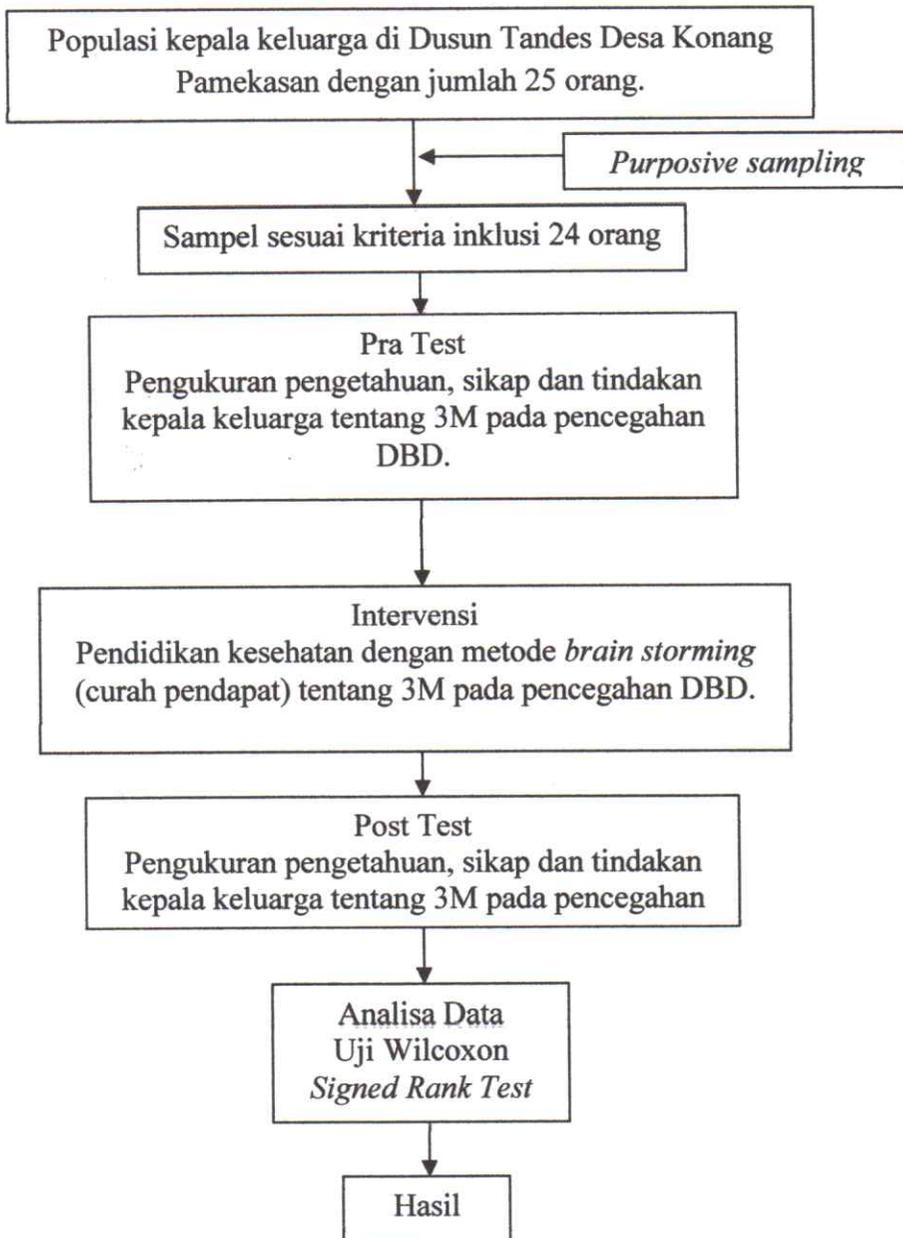
Tabel 4.1 Hubungan Sebab Akibat dengan Satu Kelompok Objek Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi.

Subjek	pra	Perlakuan	Pasca-test
K	O	I	O1
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan:

- K : Subjek (kepala keluarga).
- O : Observasi pengetahuan, sikap dan tindakan kepala keluarga pada pencegahan DBD sebelum intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* (curah pendapat) tentang 3M.
- I : Intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* (curah pendapat) tentang 3M pada pencegahan DBD.
- O1 : Observasi pengetahuan, sikap dan tindakan kepala keluarga pada pencegahan DBD sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* (curah pendapat) tentang 3M.

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Brain Storming* tentang 3m terhadap Perilaku Kepala Keluarga pada Pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan Tanggal 29 Desember 2010 Sampai Tanggal 9 Januari 2011.

4.3 Populasi, Sampel, dan *Sampling*

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2002).

Populasi dalam penelitian ini adalah kepala keluarga di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan yang salah satu anggota keluarganya pernah menderita penyakit DBD sebanyak 25 orang.

4.3.2 Sampel

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui *sampling* (Nursalam, 2003).

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau yang layak diteliti. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Kepala keluarga yang berusia 31-50 tahun.
2. Pernah mendapatkan penyuluhan 3M melalui petugas kesehatan tapi masih mempunyai kebiasaan tidak melakukan 3M yaitu: menguras tempat penampungan air, menutup tempat penampungan air dan mengubur barang bekas.

Kriteria eksklusi adalah karakteristik sampel yang tidak layak dimasukkan atau tidak layak diteliti. kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

1. Kepala keluarga yang mengundurkan diri menjadi subyek penelitian
2. Kepala keluarga yang tidak menetap di Dusun tandes
3. Kepala keluarga yang sedang sakit

Adapun perkiraan besar sampel dalam penelitian ini ditetapkan berdasarkan rumus sebagai berikut (Notoatmodjo, 2003).

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

n = Perkiraan jumlah sampel

N = Perkiraan jumlah populasi

d = Tingkat ketepatan yang diinginkan (5%=0,05).

Jadi besar sampel adalah :

$$\begin{aligned} n &= \frac{25}{1 + N (d)^2} \\ &= \frac{25}{1 + 25 (0,05)^2} \\ &= \frac{25}{1,0625} \\ &= 23,53 \end{aligned}$$

Jadi $n=24$

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008).

Penelitian ini menggunakan *purposive sampling*, suatu teknik untuk penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan kriteria inklusi dan kriteria eklusi sampai besar sampel tersebut terpenuhi.

4.4 Identifikasi Variabel

4.4.1 Variabel independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel independen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M pada pencegahan DBD.

4.4.2 Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pengetahuan, sikap dan tindakan Kepala keluarga terhadap 3M pada pencegahan DBD.

2.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari suatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2008).

Batasan: kepala keluarga merupakan individu dalam rumah tangga yang bertanggung jawab untuk memelihara dan menjaga rumah tangga dan keluarga serta untuk melindungi individu yang berada di dalamnya (Notoatmojo, 2003).

Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Brain Storming* tentang 3M terhadap perilaku Kepala Keluarga Pada pencegahan DBD di Dusun Tandés Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai Tanggal 9 Januari 2011

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen					
Pendidikan kesehatan dengan metode: Curah pendapat (<i>brain storming</i>)	Suatu cara untuk mendapatkan solusi dalam penyelesaian suatu masalah yang diberikan dengan memberikan tanggapan terhadap masalah tersebut dan tanggapan tersebut ditampung untuk menyatukan pendapat.	<i>Brain storming</i> tentang 3M: 1. Menguras tempat-tempat penampungan air. 2. Menutup rapat-rapat penampungan air. 3. Mengubur atau menyingkirkan barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan.	SAP <i>brain storming</i>		
Dependen: a. Pengetahuan	Jawaban yang diberikan kepala keluarga merupakan hasil tahu kepala keluarga tentang 3M pada pencegahan DBD.	1. Menguras tempat-tempat penampungan air. 2. Menutup rapat-rapat penampungan air. 3. Mengubur barang-barang bekas.	Kuesioner	Ordinal	Penilaian: Pertanyaan positif no: 1,3,5,7,9 jika, Benar= 1 Salah= 0 Pertanyaan negatif no.2,4,6,8,10, Jika, Benar=0 Salah =1 Baik bila hasilnya 76%-100%. Cukup bila hasilnya 56%-75%. Kurang bila hasilnya <56%

b. Sikap	Penilaian atau tanggapan yang dimiliki tentang 3M dalam pencegahan DBD.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menguras tempat-tempat penampungan air. 2. Menutup rapat-rapat penampungan air. 3. Mengubur atau menyingkirkan barang-barang bekas yang dapat nenampung air hujan. 	Kuesioner	Ordinal	Penilaian: Pertanyaan positif no: 1,2,3,4, Skor: SS: 5, S: 4, TS:2 STS: 1 Pertanyaan negatif no. 5,6,7 dan 8 Skor: SS: 1, S:2, TS:4 STS:5 $T \geq \text{Mean} =$ sikap positif $T < \text{Mean} =$ Sikap negatif
c. tindakan	Tingkah laku yang menunjukkan kepala keluarga mampu dalam melakukan 3M pada pencegahan DBD.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menguras tempat-tempat penampungan air. 2. Menutup rapat-rapat penampungan air. 3. Mengubur atau menyingkirkan barang-barang bekas yang dapat nenampung air hujan 	Kuesioner	Ordinal	Penilaian: Ya= 1 Tidak= 0 Baik bila hasilnya 76%-100% Cukup bila hasilnya 56%-75% Kurang bila hasilnya $\leq 56\%$.

4.6 Pengumpulan Dan Analisa Data

4.6.1 Instrumen penelitian

Dalam penelitian ini untuk mengetahui perilaku kepala keluarga terhadap 3M peneliti menggunakan instrumen SAP *brain storming* (curah pendapat). Peneliti menggunakan kuesioner untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan tindakan sebelum dan sesudah intervensi *brain storming* (curah pendapat) yang terdiri dari pertanyaan berbentuk *forced choice question* dengan memilih jawaban yang benar. Peneliti menggunakan lembar kuesioner yang didapatkan peneliti dari konsep yang sudah ada dan sedikit modifikasi dari konsep yang sudah ada.

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

1. Tempat penelitian penelitian ini dilaksanakan di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupatenn Pamekasan.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 29 Desember 2010 sampai tanggal 9 Januari 2011.

4.6.3 Prosedur pengumpulan data

Dalam penelitian ini proses pengambilan dan pengumpulan data diperoleh setelah sebelumnya mendapat izin dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya untuk mengadakan penelitian. Terlebih dahulu peneliti mendatangi rumah responden pada tanggal 27 desember 2010 untuk memberikan undangan dan memberikan lembar *inform consent* untuk meminta persetujuan kepala keluarga menjadi responden penelitian sekaligus peneliti melakukan observasi untuk tindakan pencegahan DBD dengan 3M sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *brainstorming*, kemudian pada tanggal 29

desember 2010 responden dikumpulkan di balai desa dengan meminta bantuan perangkat desa. Selanjutnya responden dibagi menjadi 2 kelompok dan tiap kelompok terdiri dari 12 responden, kelompok pertama pada pukul 08.00-10.00 WIB, kelompok kedua pada pukul 10.00-11.00 WIB. Kemudian responden dijelaskan tentang cara pengisian kuesioner, serta dilakukan fasilitasi terhadap kemungkinan kebingungan atau kesalahan responden dalam mengisi kuesioner. Setelah pengisian kuesioner responden dibuat menjadi satu kelompok berjumlah 12 orang berbentuk lingkaran, kemudian dilakukan pemberian pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M pada pencegahan DBD. Setelah intervensi *brainstorming* selesai maka responden diberikan kuesioner lagi untuk mengukur perubahan pengetahuan dan sikap responden terhadap pencegahan DBD dengan 3M, sedangkan untuk tindakan di observasi seminggu setelah pemberian intervensi *brain storming* dengan mendatangi rumah responden untuk menilai pengaruh dari intervensi yang telah diberikan.

1.6.4 Analisa data

Analisa data merupakan suatu proses analisis yang digunakan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan. Peneliti mengolah data yang terkumpul dan melakukan penilaian pada kuesioner dengan memberikan nilai pada masing-masing pertanyaan.

Untuk penilaian peneliti memisahkan tiap-tiap item pertanyaan yang mengacu pada pengetahuan dan tindakan kepala keluarga dalam pencegahan DBD dan dinilai secara tersendiri. Setelah data terkumpul dari angket berupa kuesioner maka dilakukan pengolahan data yang melalui tahapan sebagai berikut:

1. *Editing*

Pada tahap ini penulis melakukan pemeriksaan terhadap data yang diperoleh kemudian diteliti apakah terdapat kekeliruan dalam pengisiannya, sudah terisi lengkap atau belum.

2. *Coding*

Setelah dilakukan editing selanjutnya penulis memberikan kode tertentu pada tiap-tiap data sehingga memudahkan dalam melakukan analisa data.

3. *Skoring*

Pada tahap ini jawaban-jawaban responden yang sama dikelompokkan dengan teliti dan teratur, lalu dihitung dan dijumlahkan kemudian dituliskan dalam bentuk tabel-tabel.

Analisa data dilakukan secara manual dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

1. pengetahuan

Untuk mengukur pengetahuan keluarga dalam pencegahan DBD, diukur dengan skala Guttman yang terdiri dari 5 pertanyaan positif dan 5 pertanyaan negatif, yaitu pertanyaan positif yang terdapat pada no. 1,3,5,7,9, untuk pilihan benar= 1, salah=0, sedangkan untuk pertanyaan negatif terdapat pada no. 2,4,6,8,10, dengan skor benar=0, salah=1. Nilai maksimum=10. Kemudian diperhitungkan dengan nilai skor menjawab angket dengan rumus (Azwar, 2007).

Aspek pengetahuan dinilai dengan menggunakan rumus :

$$P = f/N \times 100\%$$

Dimana P = Prosentase

f = Jumlah jawaban yang benar

N = Jumlah skor maksimal, jika pertanyaan dijawab benar

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria:

Baik : bila hasilnya 76%-100%

Cukup : bila hasilnya 56%-75%

Kurang : bila hasilnya $\leq 55\%$

2. sikap

Untuk mengukur sikap, diukur dengan menggunakan skala Likert yang terdiri dari 4 jawaban, yaitu ; SS = 4, S = 3, TS = 2, STS = 1 untuk pernyataan positif (no. 1,2,3 dan 4), dan untuk pernyataan negatif (no. 5,6,7 dan 8) dengan ketentuan SS = 1, S = 2, TS = 3, STS = 4.

Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab angket dengan rumus :

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

Dimana T = Nilai responden

x = Skor responden

\bar{x} = Nilai rata-rata kelompok

S = Standar deviasi

(Azwar, 2007).

Setelah sikap dikatakan positif bila nilai skor = $T \geq \text{Mean data}$

Sikap dikatakan negatif bila nilai skor = $T < \text{Mean data}$

$$\text{Mean data} = \frac{T \text{ total}}{\text{Jumlah responden}}$$

3. Tindakan

Aspek tindakan dinilai dengan menggunakan rumus :

$$P = f/N \times 100\%$$

Dimana P = Prosentase

f = Jumlah tindakan yang dilakukan

N = Jumlah skor maksimal, jika tindakan dilakukan

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria:

Baik : bila hasilnya 76%-100%

Cukup : bila hasilnya 56%-75%

Kurang : bila hasilnya $\leq 55\%$

4. Analisis statistik

Untuk mengidentifikasi efek pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M terhadap perilaku kepala keluarga dalam mencegah DBD, maka dilakukan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan taraf kemaknaan $\alpha \leq 0,05$. Apabila $p \leq 0,05$ maka H_1 diterima yang berarti terdapat perbedaan antara sebelum dan sesudah diberikan perlakuan.

4.7 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan permohonan izin kepada Kepala Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan untuk mendapat persetujuan. Kemudian kuesioner dikirim ke subyek yang diteliti dengan menekankan pada masalah etika yang meliputi:

4.7.1 Lembar persetujuan penelitian (*informed consent*)

Guna menghindari suatu keadaan atau hal-hal yang tidak diinginkan, maka yang menjadi responden adalah yang bersedia diteliti dan telah menandatangani

lembar persetujuan (*informed consent*), jika responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan menghormati haknya.

4.7.2 Tanpa nama (*anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan subjek, maka peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh subjek. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu.

4.7.3 Kerahasiaan (*confidentially*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subjek dijamin oleh peneliti, hanya data tertentu yang diperlukan saja yang dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.8 Keterbatasan

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Instrumen pengumpulan data yang dirancang oleh peneliti tanpa melakukan uji coba terlebih dahulu sehingga validitas dan reliabilitasnya perlu disempurnakan.
2. Peneliti masih tergolong peneliti pemula dan penelitian ini adalah yang pertama kali sehingga masih banyak prosedur tindakan yang kurang dan menyebabkan hasil kurang memuaskan
3. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner memungkinkan terjadinya subyektifitas. Responden dapat dengan sengaja memberikan jawaban yang tidak jujur.
4. Penelitian ini tidak menggunakan kelompok kontrol sehingga memungkinkan terjadinya pengaruh maturasi waktu terhadap perilaku responden penelitian.
5. Desain penelitian untuk penelitian ini masih perlu dikembangkan untuk mencari desain yang tepat.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M terhadap perilaku kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan yang dilakukan tanggal 29 Desember 2010 sampai tanggal 9 Januari 2011.

Pada bagian hasil akan diuraikan tentang karakteristik lokasi pengambilan sampel, karakteristik responden dan variabel yang diukur meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan kepala keluarga sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *brainstorming* tentang 3M pada pencegahan DBD.

Pada bagian pembahasan diuraikan tentang hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* untuk mengetahui pengaruh variabel independen pendidikan kesehatan terhadap variabel dependen pengetahuan, sikap dan tindakan kepala keluarga pada pencegahan DBD dengan 3M. Tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$, bila hasil $p \leq 0,05$ berarti H_1 diterima dan ada pengaruh yang bermakna variabel independen terhadap variabel dependen.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Karakteristik gambaran lokasi penelitian

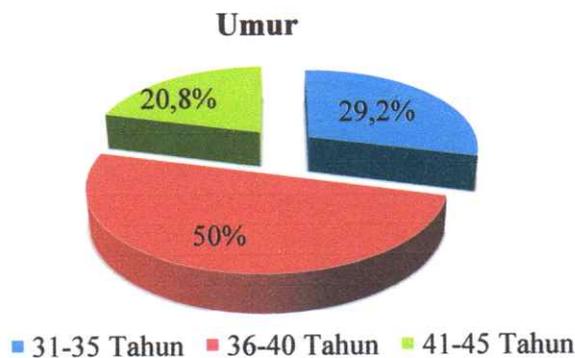
Penelitian ini dilakukan di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan. Berdasarkan data Desa Konang tahun 2010 didapatkan bahwa jumlah penduduk di Dusun Tandes sebanyak 717 jiwa, terdiri dari laki-laki 349 jiwa dan wanita 368 jiwa, sedangkan jumlah kepala keluarga di Dusun

Tandes adalah 208 jiwa. Desa Konang terdiri dari 8 Dusun yaitu: Dusun Konang Barat, Dusun Konang Tengah, Dusun Konang Cangkren, Dusun Konang Gardajah, Dusun Konang Dajah, Dusun Konang Pabungkon, dusun Konang Panyepen dan Dusun Tandes. Letak Demografi Dusun Tandes terletak pada daerah persawahan yang juga dekat dengan sungai dengan batas-batasnya yaitu: sebelah barat berbatasan dengan Dusun Konang Tengah, sebelah timur berbatasan dengan Dusun Panyepen, sebelah utara berbatasan dengan Dusun Pabungkon dan sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Pademawu. Oleh karena itu mata pencaharian penduduk Dusun Tandes ini sebagian besar adalah petani dan sedikit pedagang.

5.1.2 Karakteristik demografi responden

Kepala keluarga yang memenuhi syarat sebagai sampel penelitian sebanyak 24 responden. Penjelasan responden akan diuraikan tentang umur, pendidikan, jenis kelamin, dan pekerjaan.

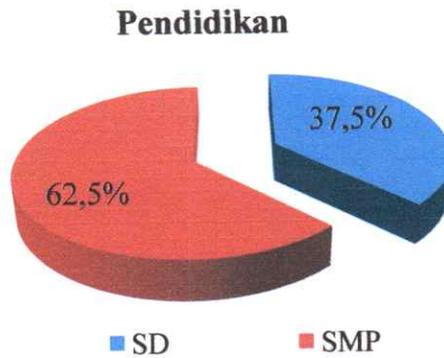
1. Distribusi responden berdasarkan umur



Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan Tanggal 29 Desember 2010 sampai Tanggal 9 Januari 2011.

Dari diagram di atas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan umur menunjukkan responden berumur 36-40 tahun sebanyak 12 orang sebesar 50%.

2. Distribusi responden berdasarkan pendidikan



Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan Tanggal 29 Desember 2010 sampai Tanggal 9 Januari 2011.

Dari diagram di atas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan responden lulusan dari SMP sebanyak 15 orang sebesar 62,5%.

3. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan



Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan Di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan Tanggal 29 Desember 2010 sampai Tanggal 9 Januari 2011.

Dari diagram di atas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan pekerjaan menunjukkan responden bekerja sebagai petani yaitu sebanyak 17 orang sebesar 71%.

4. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

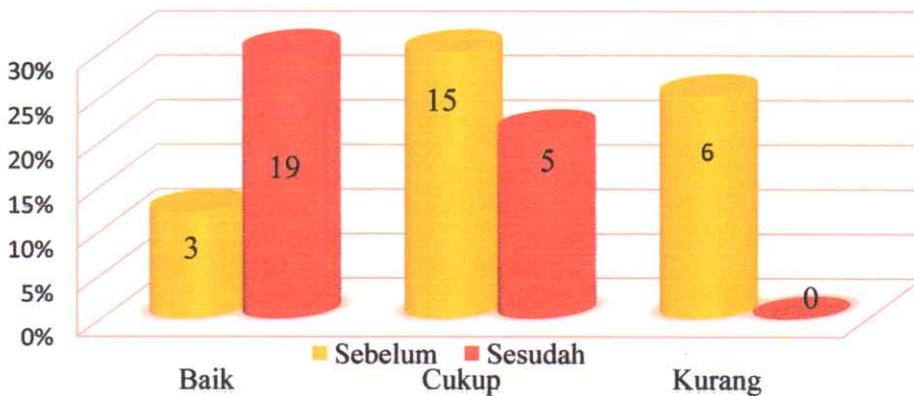


Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan jenis kelamin Di Dusun Tandes Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan Tanggal 29 Desember 2010 sampai Tanggal 9 Januari 2011.

Dari diagram di atas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan Jenis Kelamin menunjukkan responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 22 orang sebesar 91,7%.

5.1.3 Variabel yang diukur

1. pengetahuan kepala keluarga sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan metode *brainstorming*



Gambar 5.5 Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Brain Storming* tentang 3M terhadap Pengetahuan kepala keluarga di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.

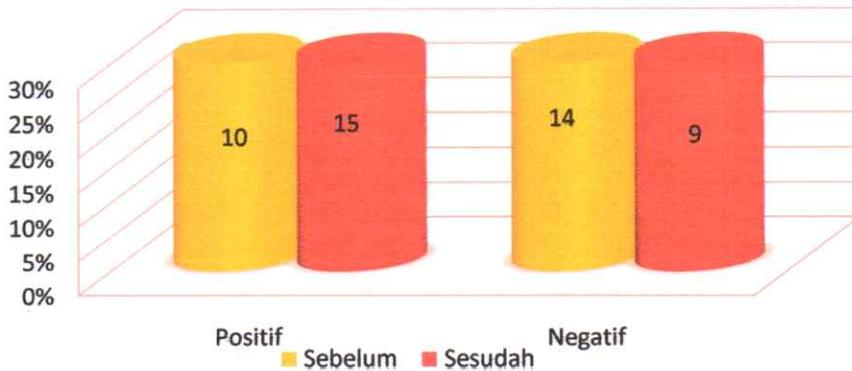
Dari diagram di atas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan pengetahuan dalam pencegahan DBD dengan 3M sebelum diberikan pendidikan kesehatan didapatkan sebanyak 15 responden mempunyai pengetahuan cukup sebesar 62,5%. Sedangkan sesudah *brain storming* didapatkan pengetahuan baik sebanyak 19 responden sebesar 79,2% .

Tabel 5.1 Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Brain Storming* tentang 3M terhadap Pengetahuan kepala keluarga di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.

Kategori	Pengetahuan Kepala Keluarga			
	Sebelum		Sesudah	
	Responden	%	Responden	%
Baik	3	12,5%	19	79,2%
Cukup	15	62,5%	5	20,8%
Kurang	6	25%	0	0%
Total	24	100%	24	100%
\bar{x}	$\bar{x}_1 = 61,67$		$\bar{x}_2 = 86,25$	
SD	10,49		10,13	
Wilcoxon test nilai $p = 0,000$				

Dari Tabel 5.1 diketahui nilai rerata pengetahuan sebelum dilakukan pendidikan kesehatan adalah $\bar{x}_1 = 61,67$ dan nilai standar deviasi 10,49. Sedangkan untuk nilai rerata pengetahuan sesudah pendidikan kesehatan adalah $\bar{x}_2 = 86,25$ dan nilai standar deviasi 10,13. Hasil uji statistik Wilcoxon signed rank test, nilai $p = 0,000$, berarti $p < 0,05$, maka H_1 diterima, artinya pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan.

2. Sikap kepala keluarga sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming*



Gambar 5.6 Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Brain Storming* tentang 3M terhadap sikap kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.

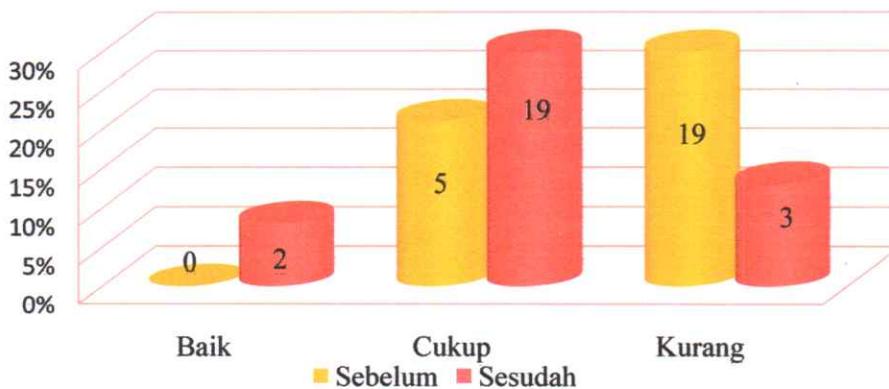
Dari diagram di atas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan sikap dalam pencegahan DBD dengan 3M sebelum diberikan pendidikan kesehatan didapatkan sikap negatif sebanyak 14 responden sebesar 58,3%. Sesudah pemberian pendidikan kesehatan mempunyai sikap positif sebanyak 15 responden sebesar 62,5%.

Tabel 5.2 Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Brain Storming* tentang 3M terhadap Sikap Kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.

Kategori	Sikap kepala keluarga			
	Sebelum		Sesudah	
	Responden	%	Responden	%
Positif	10	41,7%	15	62,5%
Negatif	14	58,3%	9	37,5%
Total	24	100%	24	100%
\bar{x}	$\bar{x}_1 = 20,58$		$\bar{x}_2 = 25,91$	
SD	3,16		3,45	
Wilcoxon test nilai $p = 0,025$				

Dari Tabel 5.2 diketahui nilai rerata sikap sebelum dilakukan pendidikan kesehatan adalah $\bar{x}_1 = 20,58$ dan nilai standar deviasi 3,16. Sedangkan untuk nilai rerata sikap sesudah pendidikan kesehatan adalah $\bar{x}_2 = 25,91$ dan nilai standar deviasi 3,45. Hasil uji statistik Wilcoxon signed rank test, nilai $p = 0,025$, berarti $p < 0,05$, maka H_1 diterima, artinya pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* berpengaruh terhadap perubahan sikap.

3. Tindakan Kepala Keluarga yang sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan



Gambar 5.7 Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Brain Storming* tentang 3M terhadap tindakan Kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.

Dari diagram diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan tindakan dalam pencegahan DBD dengan 3M sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* didapatkan bertindak kurang dalam pencegahan DBD sebanyak 19 orang sebesar 79,2% dan sesudah pendidikan kesehatan didapatkan bertindak cukup sebanyak 19 orang sebesar 79,2%.

Tabel 5.3 Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Brain Storming* tentang 3M terhadap Tindakan kepala keluarga pada pencegahan DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan pada Tanggal 29 Desember 2010 sampai 9 Januari 2011.

Kategori	Tindakan Kepala Keluarga			
	Sebelum		Sesudah	
	Responden	%	Responden	%
Baik	0	0%	2	8,3%
Cukup	5	20,8%	19	79,2%
Kurang	19	79,2%	3	12,5%
Total	24	100%	24	100%
\bar{x}	$\bar{x}_1 = 49,25$		$\bar{x}_2 = 69,27$	
SD	8,64		10,41	
Wilcoxon test nilai $p = 0,000$				

Dari Tabel 5.3 diketahui nilai rerata tindakan sebelum dilakukan pendidikan kesehatan adalah $x_1 = 49,25$ dan nilai standar deviasi 8,64. Sedangkan untuk nilai rerata tindakan sesudah pendidikan kesehatan adalah $x_2 = 69,27$ dan nilai standar deviasi 10,41. Hasil uji statistic Wilcoxon signed rank test, nilai $p = 0,000$, berarti $p < 0,05$, maka H_1 diterima, artinya pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap perubahan tindakan.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Identifikasi pengetahuan kepala keluarga sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M pada pencegahan DBD.

Pengetahuan kepala keluarga terhadap pencegahan DBD dengan 3M sebelum dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* sebanyak 15 orang mempunyai pengetahuan cukup sebesar 62,5% dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* sebanyak 19 orang mempunyai pengetahuan baik sebesar 79,2%.

Pengetahuan bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap obyek, pengalaman, maupun lingkungannya. Pengetahuan bukanlah sesuatu yang sudah ada dan tersedia dan sementara orang lain tinggal menerimanya, pengetahuan adalah sebagai suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman-pemahaman baru (Notoatmodjo, 2007).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu: 1) Pendidikan, pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. 2) Tempat tinggal, tempat tinggal adalah tempat menetap responden sehari-hari. Pengetahuan seseorang akan lebih baik jika berada di perkotaan dari pada di pedesaan karena di perkotaan akan

meluasnya kesempatan untuk melibatkan diri dalam keiatan sosial maka wawasan sosial makin kuat, di perkotaan mudah mendapatkan informasi. 3) Lingkungan, lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. 4) Pengalaman, pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu (Notoatmodjo, 2003).

Sebelum dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode *brainstorming* terdapat beberapa responden yang berpendidikan SD mempunyai pengetahuan kurang, sebaliknya yang berpendidikan SMP berpengetahuan cukup dan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *brainstorming* tentang 3M pada pencegahan DBD pengetahuan responden yang berpendidikan SD dan SMP ada yang meningkat menjadi sebagian cukup dan sebagian baik. Hal ini diduga karena di Dusun Tandes Desa Konang hanya dilakukan metode ceramah kesehatan tentang pencegahan DBD melalui 3M, dengan metode curah pendapat tentang 3M responden fokus dan serius saat menerima pendidikan kesehatan serta aktif mencurahkan pendapatnya, bertanya dan mereka berkeinginan mencari tambahan wawasan. Tingkat pendidikan responden mayoritas SD juga dapat mempengaruhi motivasi untuk belajar, sehingga responden tidak dapat memanfaatkan media masa, buku sebagai bahan untuk belajar atau kajian. Sesuai juga dengan pendapat Friedman (1992) yang mengatakan bahwa orang yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi telah memiliki tingkat pengetahuan terhadap kesehatan yang lebih baik dalam menyelesaikan suatu masalah/mengambil

keputusan. Menurut Notoatmodjo (2003) peran kesehatan keluarga diantaranya, mengenal penyakit, membuat keputusan yang tepat, merawat keluarga yang sakit, memelihara lingkungan sehat, menggunakan sumber daya di masyarakat dan layanan kesehatan yang tersedia. Peningkatan pengetahuan kepala keluarga juga dapat disebabkan karena persepsi dan perhatian mereka terhadap informasi yang diberikan pada pendidikan kesehatan dengan metode *brainstorming* tentang 3M pada pencegahan DBD. Persepsi tersebut terbentuk dari hasil penginderaan dimana semua responden berada pada rentang usia 35 – 50 tahun, saat fungsi panca indera masih cukup baik untuk menerima stimulus atau informasi dari luar.

5.2.2 Identifikasi sikap kepala keluarga sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M pada pencegahan DBD.

Sikap kepala keluarga terhadap pencegahan DBD dengan 3M sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* bersikap negatif sebanyak 14 orang sebesar 58,3% dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M sebanyak 15 orang bersikap positif sebesar 62,5%.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1954) yang dikutip Azwar (2007) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok :1) Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu objek. 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek. 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*). Azwar (2003) menjelaskan bahwa Sikap terdiri dari berbagai tingkatan : 1) Menerima (*receiving*), menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek). 2) Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas

yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. 3) Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. 4) Bertanggung jawab (*responsible*) bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Sebelum pemberian pendidikan kesehatan, sikap kepala keluarga terhadap 3M pada pencegahan DBD lebih dari 50% negatif, hal itu terjadi karena sebagian kepala keluarga yang sebagian besar bekerja sebagai petani dan pedagang merasa dirinya sibuk dengan pekerjaan mereka sehingga mempunyai perhatian dan kepedulian yang kurang terhadap keadaan lingkungannya termasuk dalam melaksanakan 3M untuk mencegah penyakit DBD. Lingkungan di sekitarnya juga mempengaruhi sikap kepala keluarga (misalnya dari hasil wawancara, ada beberapa responden yang mengatakan bahwa ada sebagian kepala keluarga yang jarang melakukan 3M tetapi Salah satu anggota keluarganya tidak terkena penyakit DBD.

Sesudah dilakukan pemberian pendidikan kesehatan, sikap kepala keluarga meningkat, yaitu positif (62,5%). Dari hasil wawancara, beberapa responden mempunyai keterbukaan dalam menerima informasi dan pendidikan kesehatan tentang 3M tersebut karena menganggap bahwa pencegahan 3M sangat penting untuk mencegah 3M dan merupakan tugas dari keluarga khususnya kepala keluarga yang bertanggung jawab dalam memelihara kesehatan keluarganya. Peningkatan sikap juga dipengaruhi oleh keyakinan responden, dari hasil wawancara kepala keluarga mereka mengatakan bahwa nasib seseorang berbeda-beda, meskipun banyak kepala keluarga yang tidak melakukan 3M untuk mencegah DBD tetapi anggota keluarganya tetap sehat bahkan tidak pernah

menderita penyakit DBD, akan tetapi dengan adanya pendidikan kesehatan tentang 3M pada pencegahan DBD mereka merasa penting untuk lebih memperhatikan akan kesehatan keluarganya karena mereka yakin dengan menghindari sesuatu hal yang negatif dan melakukan sesuatu yang positif maka akan menghasilkan hal yang positif. Perubahan sikap yang terjadi pada responden juga dapat dipengaruhi oleh faktor pendorong yaitu pemberian pendidikan kesehatan dengan metode *brainstorming* tentang 3M. Seperti yang telah diketahui bahwa perubahan sikap dapat dilakukan dengan strategi pendidikan. Dengan pemberian informasi-informasi kesehatan akan meningkatkan pengetahuan masyarakat dan menimbulkan kesadaran mereka yang selanjutnya menyebabkan orang bersikap sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. perubahan sikap kepala keluarga meningkat diduga dipengaruhi juga oleh: 1) Pengetahuan kepala keluarga, 2) Kekuatan psikis terkait dengan status kesehatan, 3) Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku, 4) Metode pendidikan kesehatan yang diberikan. beberapa responden yang tidak mengalami perubahan sikap setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *brainstorming* tentang 3M, hal itu disebabkan karena 1) Pengaruh keluarga yang kurang mendukung, 2) Keyakinan terhadap ada atau tidak adanya ancaman kesehatan, 3) Sikap memerlukan proses internal yang membutuhkan waktu berbeda pada tiap individu untuk berubah dan kemungkinan individu belum siap untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan tentang objek tersebut.

5.2.3 Identifikasi tindakan kepala keluarga sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M pada pencegahan DBD.

Tindakan kepala keluarga dalam melakukan 3M sebelum dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* sebanyak 19 orang mempunyai tindakan kurang sebesar 79,2 %, cukup 5 orang sebesar 20,8% dan tidak ada responden yang mempunyai tindakan baik. Setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* sebanyak 3 orang mempunyai tindakan kurang sebesar 12,5% , cukup 19 orang sebesar 79,2% dan baik sebanyak 2 orang sebesar 8,3%.

Menurut notoatmodjo (2003) Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas disamping faktor dukungan dari pihak lain misalnya anggota keluarga yang lain, dari pengalaman dan penelitian terbukti bawa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Penelitian roger (1974) yang dikutip Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yaitu: 1) *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu, 2) *Interest*, yakni orang mulai tertarik pada stimulus, 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut terhadap dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baaik, 4) *Trial*, orang telah mencoba perilaku baru, 5) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai pengalaman, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Sebelum pemberian pendidikan kesehatan tindakan kepala keluarga dalam melakukan pencegahan DBD dengan 3M lebih dari 50% kurang, hal itu terjadi karena hampir separuh kepala keluarga mempunyai pengetahuan cukup tentang 3M sehingga mempengaruhi sikap kepala keluarga terhadap pencegahan DBD yang mencapai lebih dari 50% negatif, secara otomatis hal tersebut mempengaruhi pada tindakan kepala keluarga dalam melakukan 3M.

Sesudah dilakukan pendidikan kesehatan, tindakan kepala keluarga meningkat, dengan adanya tindakan kepala keluarga yang baik dan lebih dari 50% baik, hal tersebut diduga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pengetahuan tentang 3M sebagian besar baik dan sikap kepala keluarga terhadap pencegahan DBD mengalami peningkatan sesudah pemberian pendidikan kesehatan, sehingga tindakan kepala keluarga menjadi lebih baik dalam melaksanakan 3M. Namun masih terdapat beberapa responden yang tidak mengalami perubahan tindakan dalam melakukan 3M, hal itu disebabkan karena responden merasa sudah terbiasa dengan tidak melakukan 3M dan tidak ada masalah pada kesehatan keluarganya.

5.2.4 Analisa perilaku kepala keluarga sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M pada pencegahan DBD dinilai dari pengetahuan, sikap dan tindakan.

Peningkatan pengetahuan, sikap, dan terwujud dalam tindakan pencegahan DBD dengan 3M merupakan salah satu tujuan akhir dari kegiatan pendidikan kesehatan yang telah dilakukan. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dengan uji *wilcoxon signed rank test* menunjukkan hasil adanya pengaruh yang signifikan pada domain pengetahuan, sikap, dan tindakan dengan nilai signifikansi kurang dari $p = 0,05$. Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode *brainstorming* tentang 3M pada pencegahan DBD pengetahuan, sikap dan

tindakan kepala keluarga ada yang meningkat dan ada pula yang tetap. Penelitian membuktikan bahwa proses perubahan perilaku tidak selalu melalui proses perubahan yaitu: pengetahuan, sikap dan praktek/tindakan, bahkan dalam penelitian ini ada yang terjadi sebaliknya, yang berarti seseorang telah bertindak cukup dan baik, meskipun pengetahuan kurang dan sikapnya masih negatif.

Proses pembentukan perilaku di dalam diri seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain: susunan syaraf pusat, persepsi, motivasi, emosi, dan belajar. Pendidikan kesehatan berfungsi sebagai media atau sarana untuk menyediakan kondisi sosio-psikologis yang positif sehingga individu atau masyarakat berperilaku sesuai dengan norma-norma hidup sehat (Notoatmodjo, 2003). Menurut notootmodjo (2003) dari pengalaman dan penelitian terbukti bawa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian roger (1974) yang dikutip Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yaitu: 1) *Awareness*, yakni orang tersebut menyadari dalam arti pentingnya pemberian informasi kesehatan, 2) *Interest*, yakni orang mulai tertarik pada informasi yang diterima, 3) *Evaluation*, menimbang-nimbang informasi tersebut manfaat atau tidak bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik, 4) *Trial*, orang telah mencoba tindakan pencegahan DBD dengan 3M, 5) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai pengalaman, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Berdasarkan hasil penelitian, ada perubahan perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD dengan 3M. Hal ini disebabkan karena 1) keyakinan atau persepsi kepala keluarga akan pentingnya tugas kesehatan terkait dengan pengetahuan sehingga diwujudkan atau direalisasikan dalam suatu tindakan, yaitu

melakukan tugas kesehatan/ mencegah DBD dengan 3M secara tepat dan benar, 2) adanya faktor predisposisi penyebab perubahan perilaku seseorang yaitu pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3 M sehingga responden mengalami proses belajar kognitif, afektif dan psikomotor dimana kepala keluarga tidak hanya tahu tapi mengerti dan mau serta bisa melakukan anjuran yang diberikan untuk melakukan upaya pencegahan DBD.

Terdapat beberapa responden yang tidak mengalami perubahan perilaku setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *brainstorming* tentang 3M, hal itu disebabkan karena 1) Pengaruh keluarga yang kurang mendukung, 2) Keyakinan terhadap ada atau tidak adanya ancaman kesehatan, 3) Sikap memerlukan proses internal yang membutuhkan waktu berbeda pada tiap individu untuk berubah dan kemungkinan individu belum siap untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan tentang objek tersebut. 4) Kemungkinan responden berada pada tahap adopsi perilaku *Evaluation*, sehingga responden hanya menimbang-nimbang informasi tersebut manfaat atau tidak bagi dirinya.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Pengetahuan kepala keluarga dalam pencegahan DBD dengan 3M sebelum intervensi sebanyak 9 responden mempunyai pengetahuan cukup dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* meningkat menjadi 9 responden yang mempunyai pengetahuan baik.
2. Sikap kepala keluarga dalam pencegahan DBD dengan 3M sebelum intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* sebanyak 9 responden yang mempunyai sikap negatif dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* meningkat menjadi 9 responden mempunyai sikap positif.
3. Tindakan kepala keluarga dalam pencegahan DBD dengan 3M sebelum intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* sebanyak 8 responden yang mempunyai tindakan kurang dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* meningkat menjadi 10 responden mempunyai tindakan cukup.
4. Pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M berpengaruh terhadap perilaku kepala keluarga dalam pencegahan DBD dengan 3M yang ditunjukkan dengan nilai signifikansi kurang dari $p=0,05$ dan adanya peningkatan tindakan kepala keluarga yang sebelum diberikan intervensi *brain storming* kepala keluarga yang mempunyai pengetahuan baik, sikap positif dan tindakannya kurang ada 1 responden meningkat menjadi 11 responden menjadi tindakannya cukup.

6.2 Saran

1. Bagi Puskesmas

Meningkatkan pelayanan puskesmas dalam melaksanakan promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan tentang 3M kepada masyarakat. Kegiatan tersebut dapat dilakukan melalui kegiatan pertemuan yang sudah terbentuk di masyarakat, seperti Posyandu dan lain-lain.

2. Bagi Perawat

Peran serta perawat khususnya dalam hal ini adalah perawat komunitas juga di perlukan dalam upaya menanamkan dan meningkatkan pengetahuan kepala keluarga tentang pencegahan DBD dengan 3M.

3. Bagi Keluarga

Melakukan kegiatan pencegahan DBD dengan 3M oleh para kepala keluarga secara teratur dan benar sehingga dapat mengurangi jumlah kejadian DBD dalam keluarga dan lingkungannya.

4. Bagi penelitian selanjutnya

Melakukan penelitian lanjutan untuk mengidentifikasi pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode yang lebih sempurna dengan menggunakan kelompok kontrol dan memperhatikan maturasi waktu terhadap perilaku kepala keluarga pada pencegahan penyakit DBD dengan semua aspek pencegahan yang terdapat pada program pemberantasan sarang nyamuk (PSN).

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. 2000. *Dasar-dasar pendidikan kesehatan masyarakat*. Jakarta: EGC, hal: 87-89
- Alkatiri, Saleh, 2001. *Penuntun Hidup Sehat menurut Ilmu Kesehatan Modern Surabaya*, Airlangga University Press, hal: 56-57
- Arikunto, (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineke Cipta, hal: 131
- Azwar, (2008). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, hal: 189-204
- Darnelawati. (2004). *Pengertian Konsep Dasar Pendidikan*. <http://mustafatope.wordpress.com/2004/07/27/konsep-konsep-dasar-pendidikan-2>. Tanggal 14 November 2010. Jam 22.00 WIB.
- Departemen Kesehatan RI., (2006) *Buku pedoman kerja Puskesmas jilid III*. Jakarta: Depkes RI., hal: 43-46
- 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
- Departemen kesehatan RI., (2010). “*Informasi Umum Demam Berdarah*” (<http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream//123456789/1366/1/BK2009-Sep20.pdf>. diakses pada tanggal 23 November 2010 jam 21.15 WIB).
- Dinkes Pamekasan., (2009). “*Cegah peningkatan DBD, Dinkes terapkan mobiling sosialisasih tahun 2009*” http://www.berita8.com/read/2009/02/14/4/8400/about_us.php. Diakses pada tanggal 02 November 2010 jam 21:47 WIB.
- 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
- Gruendeman B,J., (2005). *Buku Ajar Keperawatan Perioperatif Vol. I*. Jakarta: EGC, hal: 100.
- Handayani K., *Faktor Sosial yang Berpengaruh Terhadap Pelaksanaan 3m Plus*, (<http://www.risbinkes.litbang.depkes.go.id/Buku%20Laporan%20Penelitian%202006/faktor%20sosbud%20terhadap%203M.htm>). Diakses pada tanggal 23 November 2010 jam 20.15 WIB.

- Handoko M., (2006) *100 Permainan Penyegar Pertemuan*, Yogyakarta: kanisius, hal: 240-241.
- Huda, A.H., (2004). “*Selayang Pandang Penyakit-Penyakit yang Ditularkan oleh Nyamuk di Provinsi Jawa Timur Tahun 2004*”, <http://www.dinkesjatim.go.id/images/datainfo/200501031458Selpandnyu.pdf>. Diakses pada tanggal 04 November 2010 jam 21.30 WIB.
- Juliantara, K. (2010)., *Media Pembelajaran: Arti, Posisi, Fungsi, Klasifikasi, dan Karakteristiknya*. (<http://edukasi.kompasiana.com/2009/12/18/media-pembelajaran-arti-posisi-fungsi-klasifikasi-dan-karakteristiknya/>). Diakses pada tanggal 29 november 2010 jam 21.30)
- Machfoedz, I. (2005), *Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Fitramaya, hal: 64
- Maulana, H., (2007) *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC, hal: 174
- Niven, N., (2002). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: EGC, hal: 186.
- Notoatmodjo, S, (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 13-14
- Notoatmodjo, S, (2007). *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 107-108
- Notoatmodjo, S, (2010). *Teori Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 26-28
- Nursalam, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 77,93
- Poerbakwatja dan Harahap. (2008). *Kamus Besar Bahasa Indonesia, Makna Pendidikan Sebagai Proses Belajar*. Jakarta: Balai pustaka, hal: 125
- Pohan I., (2006) *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC, hal: 102-103
- Pramudiyo, R., (2003). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid 1 Edisi 3. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, hal: 201,202-204
- Purwanto, H., (1998). *Pengantar Perilaku Manusia untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC, hal: 10.
- Reza, (2010). “*Ilmu perilaku kesehatan*”, (<http://rezakuo-burungkasuari.blogspot.com/p/pembahasan-konsep-perilaku-kesehatan.html>). Diakses pada tanggal 26 Oktober jam 10:16. WIB.

- Sarwono, S., (2004). *Sosiologi Kesehatan: Beberapa Konsep beserta Aplikasinya*. Yogyakarta: Gajahmada University Press, Hal: 18-25.
- Soegijanto, S., (2004). *Aspek imunologi penyakit DBD dalam DBD tinjauan dan temuan baru di era 2003*. Surabaya: Airlangga University, hal: 27-33.
- Soegijanto, S., (2008). *Demam Berdarah Dengue*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press, hal: 14-18
- Sudarmo, M., (2008). *Sosiologi untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 147,180
- Suliha, U. dkk. (2002). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC, hal: 35
- Supriyatno. (2001). *Perbedaan Tingkat pengetahuan Ditinjau dari Tingkat Pendidikan*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo, hal: 94
- Uyainah, A., (2010). "Mengenal Demam Berdarah Dengue dan Chikungunya", <http://www.esqmagazine.com/kesehatan/2010/01/12/1227/mengenal-demam-berdarah-Dengue-dan-chikungunya.html>, diakses pada tanggal 9 November 2010 jam 22.10 WIB.
- Widoyono, (2008). *Penyakit Tropis, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga, hal: 68- 70.
- Yuvarani, R.,(2010). "Family Influence and Decision Making", (<http://www.articlesbase.com/marketing-articles/family-influences-decision-making-family-decisionmaking-1014177.html>). Diakses pada tanggal 6 November 2010 jam 14:25 WIB.



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, 27 Oktober 2010

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

Kepada Yth.
Kepal Puskesmas Galis Kabupaten Pamekasan
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 : Emdat Suprayitno
NIM : 130915159
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode Brain Storming
Tentang 3 M Terhadap Perilaku Kepala Keluarga Pada Pencegahan
DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten
Pamekasan
Tempat : Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Pamekasan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan


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



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, 21 Desember 2010

Nomor : 256/H3.1.12/PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
Kepal Puskesmas Galis Kabupaten Pamekasan
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 : Emdat Suprayitno
NIM : 130915159
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode Brain Storming
Tentang 3 M Terhadap Perilaku Kepala Keluarga Pada Pencegahan
DBD di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten
Pamekasan
Tempat : Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Pamekasan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP : 19661212000032001



PEMERINTAH KABUPATEN PAMEKASAN
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT
JL. K.H. AGUSSALIM NO. 44 TELP. (0324) 322336 FAX. 322336
P A M E K A S A N

SURAT REKOMENDASI

Ijin Penelitian / Pengambilan Data

Nomor : 072/ 540 /441.406/2010

Membaca : Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Tanggal 21 Desember 2010 Nomor 2555/H3.1.12/PPd/2010 ;
Mengingat : 1. Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor : 3 Tahun 1972;
2. Surat Gubernur Jawa Timur tanggal 17 Juli 1972;
Nomor : Gub 187/1972.

Dengan ini kami tidak keberatan memberikan ijin :

Nama : **EMDAT SUPRAYITNO**
N I M : 130915159
Prodi : -
Judul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Brain Storming
Tentang 3M terhadap perilaku Kepala Keluarga pada pencegahan
DBD di dusun Tandes Desa Konang Kec. Galis Kab. Pamekasan;
Lokasi : Dusun Tandes Desa Konang Kec. Galis Kabupaten Pamekasan
Lama : 2 (dua) Bulan;

Dengan ketentuan – ketentuan sebagai berikut:

1. Surat keterangan ini akan dicabut dan dianggap tidak berlaku apabila pemegang keterangan ini tidak memenuhi ketentuan – ketentuan sebagai tersebut di atas.
2. Dalam jangka waktu 1 x 24 jam setelah tiba ditempat yang dituju diwajibkan melaporkan kedatangan kepada camat setempat.
3. Mentaati tata tertib keamanan kesopanan dan kesusilaan serta menghindari pernyataan – pernyataan baik dengan lisan, tulisan, yang dapat melukai / MENGHINA AGAMA DAN NEGARA, dari golongan penduduk.
4. Mentaati ketentuan – ketentuan yang berlaku didalam daerah / desa setempat
5. Lamanya pelaksanaan : 2 (dua) Bulan;
6. Setelah melakukan penelitian sebelum meninggalkan tempat harus terlebih dahulu melaporkan hasil kegiatannya kepada Camat setempat / Pejabat setempat yang berwenang dilokasi penelitian.
7. Dalam jangka waktu 1 minggu setelah selesai melakukan diwajibkan memberikan laporan sementara tentang pelaksanaan dan hasil – hasilnya kepada BUPATI Pamekasan.

Pamekasan, 27 Desember 2010
A.n, KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA
POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KABUPATEN PAMEKASAN
Kabid. Kesbang



Drs. H. A FANDI

Pembina

NIP. 195710251983031010



**PEMERINTAH KABUPATEN PAMEKASAN
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS GALIS**

Jl. Raya Galis Telp. (0324) 324512 Pamekasan

SURAT TUGAS

Nomor : 072 / 139 / 445.051 / 2010

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Puskesmas Galis Kabupaten Pamekasan

MENUGASKAN

Kepada :

1. Nama : **EMDAT SUPRAYITNO**
NIM : 130 915 159
Jabatan : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Lama : 2 (Dua) Bulan

Untuk : Melaksanakan Pengambilan Data dan Melakukan Penelitian Mengenai Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode Brain Storming Tentang 3M Terhadap Perilaku Kepala Keluarga Pada Pencegahan DBD Di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan.

Demikian surat tugas ini kami buat untuk dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab

Dikeluarkan di : Pamekasan
Pada Tanggal : 28 Desember 2010

KEPALA /DOKTER PUSKESMAS GALIS


Dr. H. ACHMAD MUZZAMIL
NIP : 19690828 200212 1 007

**PEMERINTAH KABUPATEN PAMEKASAN
KECAMATAN GALIS
DESA KONANG**

SURAT KETERANGAN IJIN PENELITIAN

No. 479.4/1147/44.004.2/2010

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan menerangkan dengan sebenarnya :

Nama : ENDAT SUPRAYITNO
Tempat tanggal lahir : Pamekasan, 05 Desember 1987
Status pendidikan : Jurusan S1 Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
Jenis Kelamin : Laki - laki
NIM : 130915159
Alamat : Jl. Jokotole 256 Kel. Barurambat Timur Kec. Pademawu
Kab. Pamekasan

Bahwa orang tersebut di atas betul - betul akan melakukan penelitian /pengambilan data dan kami memberikan ijin terhadap orang tersebut dengan judul “ *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode Brain Storming Tentang 3M Terhadap Prilaku Kepala Keluarga Pada Pencegahan DBD (Demam Berdarah)*”.

Lokasi : Dusun Tandes Desa Konang Kec. Galis Kab. Pamekasan
Lama : 2 bulan

Demikian surat keterangan ijin penelitian kami buat bilamana perlu bisa dipergunakan sebagaimana mestinya.

Konang, 28 Desember 2010
Kepala Desa Konang

BUDI HARTOJO

PENJELASAN DAN INFORMASI (*INFORMED CONSENT*)

Kepada

Yth.

Di tempat

Dengan Hormat

Saya Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya bermaksud akan mengadakan penelitian untuk membuktikan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M terhadap perilaku kepala keluarga pada pencegahan DBD.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, saya mohon kepada Bapak untuk memberi respon terhadap penelitian yang akan dilakukan. Keikutsertaan Bapak untuk sifat sukarela. Saya akan menjaga kerahasiaan untuk memperoleh hasil yang diharapkan.

Atas kesediaan dan bantuan Bapak menjadi responden saya ucapkan banyak terimakasih.

Surabaya, 27 Desember 2010

Hormat Saya

EMDAT SUPRAYITNO
NIM : 130915159B

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan judul “Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Brain Storming* tentang 3M Terhadap perilaku Kepala Keluarga pada Pencegahan DBD ”.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Surabaya, 29 Desember 2010

Tanda tangan

()

KUESIONER

Judul : Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M terhadap perilaku Kepala Keluarga pada Pencegahan DBD.

No.Responden :

Tanggal penelitian :

I. Petunjuk : Berilah tanda “√” pada kotak pilihan yang anda pilih

II. Data Demografi

1. Umur Responden

- 31-35 tahun
 36-40 tahun
 41-45 tahun
 46-50 tahun

2. Pendidikan

- SD
 SMP

3. Pekerjaan

- Wiraswasta
 Tani
 Tidak bekerja
 pedagang

4. Jenis Kelamin

- Laki-laki
 Perempuan

1. PENGETAHUAN

Petunjuk :

- a. Pilihlah jawaban yang sesuai menurut anda, dengan memberikan tanda (√) pada pilihan jawaban yang disediakan untuk jawaban yang anda anggap benar.
- b. Jangan mengisi apapun pada kolom skor

No.	PERNYATAAN	Benar	Salah	SKOR
1.	Menguras tempat-tempat penampungan air adalah salah satu cara yang dilakukan dalam 3M.			
2.	Menguras bak mandi yang baik adalah sebulan sekali dan memberikan bubuk abate tiap bulan.			
3.	Tempat nyamuk DBD berkembangbiak adalah di tempat penampungan air sehari-hari seperti: drum, vas bunga, tmpat minum burung bak mandi dan lain-lain.			
4.	Mengganti air vas bunga/tanaman air yang baik adalah sebulan sekali.			
5.	Menutup rapat-rapat tmpat penampungan air merupakan cara pelaksanaan 3M pada pencegahan DBD.			
6.	cara menguras bak mandi yang benar untuk memberantas jentik nyamuk penular DBD adalah dengan mengganti air saja.			
7.	Mengubur atau menyingkirkan barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan juga merupakan pelaksanaan 3M pada pencegahan DBD.			
8.	3M dilakukan hanya pada saat banyak warga yang telah menderita DBD.			
9.	barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan adalah seperti: plastik bekas, ban bekas, tempurung kelapa, kaleng bekas dan lain - lain.			
10.	Pemberantasan sarang nyamuk hanya bisa dilakukan dengan 3M saja.			

2. SIKAP

Petunjuk :

- a. Pilihlah jawaban yang sesuai menurut anda, dengan memberikan tanda (✓) pada pilihan jawaban yang disediakan untuk jawaban yang anda anggap benar.
- b. Jangan mengisi apapun pada kolom skor

No	Pertanyaan	S	SS	TS	STS	SKOR
1	3M merupakan salah satu cara pemberantasan sarang nyamuk yang menimbulkan banyak dampak positif dalam pencegahan DBD.					
2	Tujuan dan isi dari konsep pencegahan DBD dengan 3M perlu dipelajari dan dilakukan.					
3	Melakukan upaya pencegahan DBD dengan 3M haruslah secara rutin dan terus menerus					
4	Saya sebaiknya memberikan contoh cara pencegahan DBD dengan 3M kepada anggota keluarga saya yang lain serta masyarakat karena pencegahan DBD adalah tanggung jawab bersama					
5	Mempelajari tentang konsep dan cara pencegahan DBD dengan 3M seringkali melelahkan dan kurang bermanfaat					
6	Dari berbagai cara dalam pencegahan DBD tidak ada cara yang paling efektif selain dengan cara 3M.					
7	Terdapat sangat banyak cara untuk pencegahan DBD dengan 3M dan biasanya memberatkan untuk dilakukan					

8	Pelaksanaan upaya pencegahan DBD dengan 3M dilakukan hanya pada saat musim hujan dan saat terjadi banyak kasus DBD					
---	--	--	--	--	--	--

Keterangan:

S : setuju

SS : sangat setuju

TS : tidak setuju

STS : sangat tidak setuju

3. PRAKTIK/TINDAKAN

Petunjuk

- Pilihlah jawaban yang sesuai menurut anda, dengan memberikan tanda (√) pada pilihan jawaban yang akan anda pilih.
- Jangan mengisi apapun pada kolom skor

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak	Skor
1.	Menutup tempat penampungan air di rumah			
2.	Menguras bak mandi seminggu sekali untuk mencegah perkembangbiakan jentik a. Bak mandi bersih b. Ada jentik nyamuk			
3.	Mengganti air vas bunga/tanaman air seminggu sekali a. Air di vas bunga bersih			
4.	Mengubur barang bekas a. Kaleng bekas berserakan di lingkungan rumah b. Tempurung kelapa berserakan di lingkungan rumah			
5.	Mengatur got/saluran air agar selalu tertutup.			
6.	Memakai bubuk abate untuk tempat penampungan air yang sulit dikuras			

SAP BRAIN STORMING

Materi : pengetahuan dan pencegahan DBD

Durasi :60 menit

A. Analisa Situasional

1. Fasilitator : Emdat Suprayitno
2. Peserta : Kepala Keluarga di Dusun Tandes Desa Konang Kecamatan Galis Kabupaten Pamekasan.
3. Waktu : 1 kali selama 60 menit

B. Tujuan Instruksional

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah kegiatan *Brain storming* (curah pendapat), pengetahuan kepala keluarga tentang DBD dapat meningkat sehingga mau dan mampu dalam melaksanakan tindakan terhadap pencegahan DBD.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Menggali/mengetahui masalah pada responden tentang 3M pada pencegahan DBD.

3. Materi Permasalahan

- a. Menguras tempat penampungan air.
- b. Menutup tempat penampungan air.
- c. Mengubur barang-barang bekas.

4. Metode: Diskusi

5. Media

1. Materi permasalahan 3M
2. Notebook, alat tulis

6. Setting Pelaksanaan Pembelajaran

1. Observasi awal, responden dijelaskan tentang cara pengisian kuesioner, serta dilakukan fasilitasi terhadap kemungkinan kebingungan atau kesalahan responden dalam mengisi kuesioner.
2. Selanjutnya dilakukan pemberian pendidikan kesehatan dengan metode *brain storming* tentang 3M,
3. Selanjutnya pendapat dibahas untuk memperoleh solusi.

7. Proses pelaksanaan

No.	Tahap	Waktu	Kegiatan Pengajaran	Kegiatan Peserta
1.	Pembukaan	5 menit	Perkenalan	Menanggapi
2.	Pengembangan	15 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peneliti memberikan suatu masalah yaitu 3M dalam pencegahan DBD. 2. Peserta memberikan tanggapan. 3. Tanggapan ditulis. 4. Akhirnya terjadi diskusi tentang 3M pada pencegahan DBD. 5. Terjadi keseragaman persepsi. 	Mendengarkan, memperhatikan, mencurahkan pendapat dan merespon dengan baik
3.	Penutup	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan. 2. Melakukan evaluasi hasil pemberian pendidikan kesehatan. 3. Memberikan salam penutup 	Menyetujui

8. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- 1) Kepala keluarga siap menerima pembelajaran.
- 2) Pembelajaran dilakukan di balai desa konang.

2. Evaluasi proses

- 1) Kepala keluarga mengikuti pembelajaran dan antusias terhadap materi permasalahan 3M.
- 2) Kepala keluarga mencurahkan pendapatnya dengan baik tentang 3M.

3. Evaluasi hasil

Kepala keluarga mengalami peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan dalam pelaksanaan 3M pada pencegahan DBD.

Tabulasi Data

No, Res	Karakteristik Responden			Perilaku Sebelum <i>brainstorming</i>				Perilaku Sesudah <i>brainstorming</i>										
	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Skor	Kode	Skor	T	Kode	Skor	Kode	Skor	Kode					
1.	2	1	2	2	60	2	16	35,50	1	50	3	80	1	19	27,41	1	62,5	2
2.	1	1	2	3	70	2	20	48,16	1	50	3	70	2	22	37,21	1	62,5	2
3.	2	1	2	2	70	2	18	41,83	1	62,5	2	90	1	21	33,94	1	75	2
4.	1	2	1	1	60	2	24	60,82	2	50	3	90	1	26	50,29	2	50	3
5.	3	1	1	2	50	3	18	41,83	1	62,5	2	70	2	24	43,75	1	50	3
6.	1	1	1	3	60	2	24	60,82	2	50	3	80	1	28	56,83	2	62,5	2
7.	2	1	1	2	50	3	16	35,50	1	37,5	3	80	1	20	30,67	1	62,5	2
8.	1	1	2	2	80	1	20	48,16	1	50	3	90	1	26	50,29	2	75	2
9.	2	1	2	3	60	2	22	54,49	2	62,5	2	90	1	28	56,83	2	75	2
10.	2	1	2	2	60	2	20	48,16	1	37,5	3	80	1	27	53,56	2	75	2
11.	2	1	1	2	50	3	18	41,83	1	50	3	80	1	25	47,02	1	75	2
12.	3	1	2	2	70	2	20	48,16	1	62,5	2	80	1	30	63,37	2	75	2
13.	1	1	1	2	50	3	18	41,83	1	50	3	90	1	24	43,75	1	50	3
14.	2	1	2	2	80	1	22	54,49	2	37,5	3	100	1	26	50,29	2	87,5	1
15.	1	1	2	2	70	2	20	48,16	1	50	3	70	2	22	37,21	1	62,5	2
16.	2	1	1	1	60	2	24	60,82	2	50	3	90	1	28	56,83	2	75	2
17.	2	1	1	2	60	2	23	57,65	2	37,5	3	80	1	26	50,29	2	62,5	2
18.	3	2	2	2	80	1	28	73,48	2	62,5	2	100	1	30	63,37	2	75	2
19.	1	1	1	3	40	3	16	35,50	1	50	3	70	2	28	56,83	2	75	2
20.	3	1	2	2	60	2	22	54,49	2	50	3	90	1	28	56,83	2	75	2
21.	2	1	2	3	50	3	18	41,83	1	37,5	3	90	1	25	47,02	1	62,5	2
22.	3	1	2	2	60	2	20	48,16	1	50	3	90	1	27	53,56	2	75	2
23.	2	1	2	2	70	2	26	67,15	2	37,5	3	80	1	30	63,37	2	87,5	1
24.	2	1	2	2	60	2	21	51,32	2	50	3	80	1	28	56,83	2	75	2

Keterangan:

1. Umur
 1. : 31-35
 2. : 36-40
 3. : 41-45
 4. : 46-50
2. Pendidikan
 1. SD
 2. SMP
3. Pekerjaan
 1. Wiraswasta
 2. Petani
 3. Pedagang
 4. Tidak Bekerja
4. Jenis Kelamin
 1. Laki-laki
 2. Perempuan
5. Kode untuk pengetahuan dan tindakan
 1. Baik
 2. Cukup
 3. Kurang
6. Kode untuk sikap
 1. Negatif
 2. Positif

Tabulasi data hasil kuesioner pengetahuan sebelum intervensi *brain storming*

Responden	Pertanyaan no.										Skor (%)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	60
2	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	70
3	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	70
4	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	60
5	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	50
6	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	60
7	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	50
8	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	80
9	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	60
10	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	60
11	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	50
12	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	70
13	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	50
14	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	80
15	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	70
16	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	60
17	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	60
18	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	80
19	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	40
20	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	60
21	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	50
22	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	60
23	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	70
24	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	60

Tabulasi data hasil kuesioner sikap sebelum intervensi *brain storming*

Responden	Pertanyaan No.								Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	3	2	3	3	1	2	1	1	16
2	3	3	2	2	2	2	3	3	20
3	3	3	2	2	1	2	2	3	18
4	4	3	3	3	3	3	2	3	24
5	3	3	3	2	2	1	2	2	18
6	3	4	4	3	2	3	3	2	24
7	3	2	2	3	2	2	1	1	16
8	2	2	3	2	3	2	3	3	20
9	2	3	3	3	2	3	3	3	22
10	3	2	4	1	2	1	4	3	20
11	2	3	4	2	2	1	2	2	18
12	2	2	3	3	4	2	2	2	20
13	2	3	2	4	2	2	1	2	18
14	2	2	3	2	4	3	2	4	22
15	2	3	2	4	1	2	3	3	20
16	4	3	3	3	3	2	3	3	24
17	3	3	4	3	3	3	2	2	23
18	4	3	4	3	3	3	4	4	28
19	3	2	2	2	1	2	3	1	16
20	4	3	2	3	2	4	2	2	22
21	3	3	3	2	2	3	1	1	18
22	3	2	2	3	3	3	2	2	20
23	3	4	3	3	2	4	3	4	26
24	3	2	3	3	2	3	3	2	21

Lampiran 12

Tabulasi data hasil Observasi tindakan sebelum intervensi *brain storming*

Responden	Observasi No.								Skor (%)
	1	2a	2b	3	4a	4b	5	6	
1	1	1	1	0	1	0	0	0	50
2	1	1	1	0	1	0	0	0	50
3	1	1	1	0	1	0	1	0	62,5
4	0	1	1	1	0	0	1	0	50
5	1	1	1	0	0	1	1	0	62,5
6	1	1	1	1	0	0	0	0	50
7	1	0	0	1	1	0	0	0	37,5
8	1	0	0	1	0	1	1	0	50
9	1	1	1	0	1	0	1	0	62,5
10	1	0	0	1	1	0	0	0	37,5
11	1	1	1	0	1	0	0	0	50
12	1	1	1	0	1	0	1	0	62,5
13	1	0	0	1	1	1	0	0	50
14	0	0	0	1	1	0	1	0	37,5
15	1	0	0	1	1	1	0	0	50
16	1	1	1	0	0	0	1	0	50
17	1	0	0	1	1	0	0	0	37,5
18	1	1	1	0	1	0	1	0	62,5
19	1	0	0	1	0	1	1	0	50
20	1	0	0	1	0	1	1	0	50
21	0	0	0	1	1	0	1	0	37,5
22	1	1	1	1	0	0	0	0	50
23	1	0	0	1	1	0	0	0	37,5
24	1	1	1	0	0	0	1	0	50

Tabulasi data hasil kuesioner pengetahuan sesudah intervensi *brain storming*

Responden	Pertanyaan no.										Skor (%)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	80
2	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	70
3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	90
4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	90
5	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	70
6	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	80
7	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	80
8	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	90
9	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	90
10	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	80
11	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	80
12	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	80
13	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	90
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
15	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	70
16	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	90
17	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	80
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
19	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	70
20	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	90
21	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	90
22	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	90
23	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	80
24	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	80

Tabulasi data hasil kuesioner sikap sesudah intervensi *brain storming*

Responden	Pertanyaan No.								Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	3	2	3	3	1	2	3	2	19
2	3	3	3	2	3	2	3	3	22
3	3	3	2	3	2	3	2	3	21
4	4	3	4	3	3	3	3	3	26
5	4	3	3	2	3	4	3	2	24
6	4	4	4	3	2	4	3	4	28
7	3	3	2	3	2	3	2	2	20
8	3	4	3	4	3	3	3	3	26
9	4	4	3	4	3	3	4	3	28
10	4	3	3	4	3	3	4	3	27
11	3	3	2	4	3	3	4	3	25
12	4	4	4	3	4	4	4	3	30
13	3	4	3	3	2	3	3	3	24
14	3	3	3	3	4	3	2	4	26
15	3	3	2	4	3	2	3	2	22
16	4	3	4	3	4	3	3	4	28
17	3	4	4	3	3	4	2	3	26
18	4	4	4	3	3	4	4	4	30
19	3	4	4	3	3	3	4	4	28
20	4	3	4	3	3	4	3	4	28
21	3	4	3	2	4	3	3	3	25
22	3	4	4	3	3	3	4	3	27
23	4	4	4	3	4	4	3	4	30
24	4	3	4	4	3	3	4	3	28

Tabulasi data hasil Observasi tindakan sesudah intervensi *brain storming*

Responden	Observasi No.								Skor (%)
	1	2a	2b	3	4a	4b	5	6	
1	1	1	1	0	1	0	1	0	62,5
2	1	1	1	0	1	1	0	0	62,5
3	1	1	1	0	1	0	1	1	75
4	0	1	1	1	0	0	1	0	50
5	1	1	1	0	0	0	1	0	50
6	1	1	1	1	0	0	0	1	62,5
7	1	0	0	1	1	0	1	1	62,5
8	1	0	0	1	1	1	1	1	75
9	1	1	1	1	1	1	0	0	75
10	1	0	0	1	1	1	1	1	75
11	1	1	1	1	1	0	1	0	75
12	1	1	1	1	0	0	1	1	75
13	1	0	0	1	1	1	0	0	50
14	1	1	1	1	1	0	1	1	87,5
15	1	0	0	1	1	1	1	0	62,5
16	1	1	1	1	1	0	1	0	75
17	1	1	1	1	1	1	1	0	62,5
18	1	1	1	1	1	0	0	1	75
19	1	0	0	1	1	1	1	1	75
20	1	1	1	1	1	0	0	1	75
21	1	0	0	1	1	0	1	1	62,5
22	1	1	1	1	0	0	1	1	75
23	1	1	1	1	1	1	0	1	87,5
24	1	1	1	1	0	0	1	1	75

Hasil uji analisis ststistik

1. Analisis Data Umum

1) Umur Responden

Frequencies

Statistics

Umur responden

N	Valid	24
	Missing	0
Mean		1.92
Std. Error of Mean		.146
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.717
Sum		46
Percentiles	25	1.00
	50	2.00
	75	2.00

Umur responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	31-35 tahun	7	29.2	29.2	29.2
	36-40 tahun	12	50.0	50.0	79.2
	41-45 tahun	5	20.8	20.8	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

2) Jenis Kelamin responden

Frequencies**Statistics**

Jenis kelamin responden

N	Valid	24
	Missing	0
Mean		1.08
Std. Error of Mean		.058
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.282
Sum		26
Percentiles	25	1.00
	50	1.00
	75	1.00

Jenis kelamin responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	22	91.7	91.7	91.7
	perempuan	2	8.3	8.3	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

3) Pendidikan

Frequencies

Statistics

Pendidikan responden

N	Valid	24
	Missing	0
Mean		1.62
Std. Error of Mean		.101
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.495
Sum		39
Percentiles	25	1.00
	50	2.00
	75	2.00

Pendidikan responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	9	37.5	37.5	37.5
	SMP	15	62.5	62.5	100.0
Total		24	100.0	100.0	

4) Pekerjaan

Frequencies**Statistics**

Pekerjaan responden

N	Valid	24
	Missing	0
Mean		2.12
Std. Error of Mean		.110
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.537
Sum		51
Percentiles	25	2.00
	50	2.00
	75	2.00

Pekerjaan responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wiraswasta	2	8.3	8.3	8.3
	Petani	17	70.8	70.8	79.2
	Pedagang	5	20.8	20.8	100.0
Total		24	100.0	100.0	

2. Analisis Data Khusus

1) Pengetahuan

Frequencies**pre pengetahuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baik	3	12.5	12.5	12.5
cukup	15	62.5	62.5	75.0
kurang	6	25.0	25.0	100.0
Total	24	100.0	100.0	

post pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baik	19	79.2	79.2	79.2
cukup	5	20.8	20.8	100.0
Total	24	100.0	100.0	

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Range	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
pre pengetahuan	24	40	61.67	2.142	10.495
Valid N (listwise)	24				

Descriptive Statistics

	N	Range	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
post pengetahuan	24	30	86.25	2.069	10.135
Valid N (listwise)	24				

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post pengetahuan - pre pengetahuan	Negative Ranks	19 ^a	10.00	190.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	5 ^c		
	Total	24		

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

Test Statistics ^b	
	post pengetahuan - pre pengetahuan
Z	-4.119 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

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

2) Sikap

Frequencies**Pre sikap**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid negatif	14	58.3	58.3	58.3
positif	10	41.7	41.7	100.0
Total	24	100.0	100.0	

Post sikap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid negatif	9	37.5	37.5	37.5
positif	15	62.5	62.5	100.0
Total	24	100.0	100.0	

Descriptives**Pre sikap**

	N	Range	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Sikap	24	12	20.58	.645	3.161
Valid N (listwise)	24				

Post Sikap

	N	Range	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Sikap	24	15.00	25.9167	.70433	3.45048
Valid N (listwise)	24				

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postsikap – presikap	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	5 ^b	3.00	15.00
	Ties	19 ^c		
	Total	24		

a. postsikap < presikap

b. postsikap > presikap

c. postsikap = presikap

Test Statistics^b

	postsikap – presikap
Z	-2.236 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.025

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

3) Tindakan

Frequencies**pre tindakan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid cukup	5	20.8	20.8	20.8
kurang	19	79.2	79.2	100.0
Total	24	100.0	100.0	

post tindakan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baik	2	8.3	8.3	8.3
cukup	19	79.2	79.2	87.5
kurang	3	12.5	12.5	100.0
Total	24	100.0	100.0	

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Range	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
pre tindakan	24	25	49.25	1.765	8.649
Valid N (listwise)	24				

Descriptive Statistics

	N	Range	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
post tindakan	24	38	69.27	2.125	10.412
Valid N (listwise)	24				

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post tindakan - pre tindakan	Negative Ranks	17 ^a	9.56	162.50
	Positive Ranks	1 ^b	8.50	8.50
	Ties	6 ^c		
	Total	24		

a. post tindakan < pre tindakan

b. post tindakan > pre tindakan

c. post tindakan = pre tindakan

Test Statistics^b

	post tindakan - pre tindakan
Z	-3.662 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test