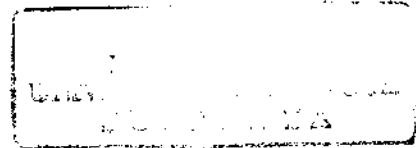


TESIS

**BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA PENYAKIT MALARIA
DI PUSKESMAS KOTARATU
KECAMATAN ENDE SELATAN**



OLEH

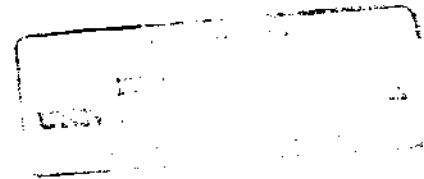
STANISLAUS NONG SELUNG

NIM : 090114311 M

**MAGISTER ILMU PERILAKU DAN PROMOSI KESEHATAN
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
2003**

TESIS

**BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA PENYAKIT MALARIA
DI PUSKESMAS KOTARATU
KECAMATAN ENDE SELATAN**



OLEH

STANISLAUS NONG SELUNG

NIM : 090114311 M

**MAGISTER ILMU PERILAKU DAN PROMOSI KESEHATAN
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
2003**

**BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA PENYAKIT MALARIA
DI PUSKESMAS KOTA RATU
KECAMATAN ENDE SELATAN**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister
Dalam Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga**



OLEH

STANISLAUS NONG SELUNG

NIM : 090114311 M

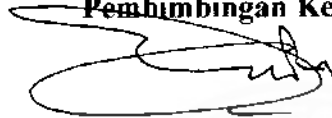
**MAGISTER ILMU PERILAKU DAN PROMOSI KESEHATAN
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
2003**

Lembar Pengesahan

**TESIS INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN
PADA TANGGAL 9 SEPTEMBER 2003**

OLEH

Pembimbingan Ketua



Oedojo Soedirham, dr., MPH., MA., Ph.D
NIP : 131406099

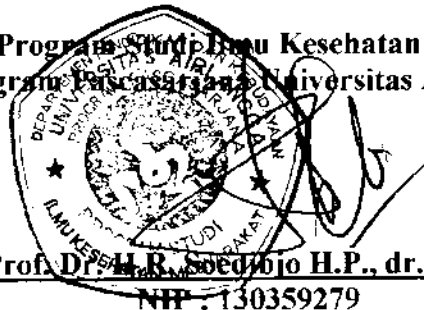
Pembimbing



M. Bagus Oमारuddin, Drs., MSc
NIP: 131877897

Mengetahui

**Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Program Pascasarjana Universitas Airlangga**



Prof. Dr. H.R. Soedibjo H.P., dr., DTM
NIP : 130359279

Telah diuji
Pada Tanggal : 9 September 2003

PANITIA PENGUJI TESIS

- Ketua : Prof. Dr.Hj.Rika Subarniati T,dr.,SKM
- Anggota : 1. Oedojo Soedirham, dr.,MPH.,MA.,Ph.D
2. M. Bagus Qumaruddin, Drs.,MSc
3. Saenun, dr.,MS
4. Didik Budijanto,drh.,M.Kes
5. Shrimarti R.Devy,Dra.,M.Kes



UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, sebab berkat karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan Judul Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Penderita Penyakit Malaria di Puskesmas Kota Ratu Kecamatan Ende Selatan. Tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan akademi dalam rangka menyelesaikan pendidikan pada Program Pascasarjan Universitas Airlangga Surabaya.

Dengan tulus hati saya ucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada Bapak Oedojo Soedirham, dr.,MPH.,MA.,PhD selaku pembimbing utama dan Bapak M. Bagus Qumaruddin, Drs.,MSc selaku pembimbing kedua yang telah memberi petunjuk, koreksi dan saran hingga terwujudnya tesis ini.

Selanjutnya saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Menteri Kesehatan Republik Indonesia melalui Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Timur yang telah memberikan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan tersebut. Demikian pula saya sampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk menjadi mahasiswa pada Program Magister Universitas Airlangga.
2. Bapak Prof. Dr. Laba Mahaputra, drh., M.Sc selaku Asisten Direktur Bidang Akademik Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
3. Bapak Prof. Dr. H.R. Soedibjo H.P, dr., DTM selaku Ketua Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.

4. Ibu Prof. Dr. Hj. Rika S. Triyoga, dr.,SKM selaku Ketua Minat Studi Ilmu Perilaku dan Promosi Kesehatan Universitas Airlangga Surabaya.
5. Bapak Dominikus Minggu, drg., M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ende yang telah memberikan ijin dan kesempatan kepada saya untuk melakukan penelitian ini.
6. Ibu dr Surip Tintin selaku Kepala Puskesmas Kota Ratu yang memberikan ijin dan kesempatan kepada saya untuk melakukan penelitian ini.
7. Bapak Hendrikus Mbira, AMK.,SPd selaku Ketua Jurusan Akper Ende yang telah memberi ijin dan kesempatan kepada saya untuk melanjutkan pendidikan pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
8. Bapak Saenun, dr., MS dan Bapak Didik Budijanto, drh., M.Kes yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam kegiatan penelitian ini.
9. Istri dan anak-anak saya yang telah memberikan dukungan selama mengikuti pendidikan ini.
10. Ibu Shrimarti R. Devy, Dra., M.Kes selaku instruktur peneliti dalam penulisan tesis ini.
11. Rekan-rekan seperjuangan pada minat studi ilmu perilaku dan promosi kesehatan dengan kerelaannya dalam membantu dan memberi dukungan kepada penulis selama pendidikan tersebut.
12. Semua pihak yang telah membantu saya dalam penulisan tesis ini dan tidak sempat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa tesis ini jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu

kritik dan saran sangat diharapkan untuk penyempurnaan selanjutnya. Semoga Tuhan Yang Maha Pengasih, memberikan berkat atas segala perbuatan baik yang diberikan dan semoga tesis ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Surabaya, 25 Agustus 2003

Penulis



RINGKASAN

Malaria masih merupakan masalah kesehatan dunia, terutama di negara-negara tropis dan sub tropis termasuk Indonesia (WHO,1993).

Kerugian akibat malaria antara lain meningkatnya angka kematian anak, ibu hamil serta janin (WHO, 1996). Hingga hari ini malaria merupakan masalah dibidang kesehatan dan mempunyai dampak terhadap faktor pertumbuhan ekonomi serta produktifitas kerja (Dachlan Y.P, 1996).

Upaya yang dilakukan terhadap penyakit malaria sejak tahun 1960, dalam bentuk penemuan dan pengobatan penderita malaria, pemberantasan vektor, survei entomologi, penelitian-penelitian yang mendukung namun hasil akhirnya belum memuaskan.

Berdasarkan hal tersebut maka penelitian ini dengan tujuan untuk mengetahui hubungan berbagai faktor sosial budaya seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, kondisi ekonomi, kepercayaan, kebiasaan, pengetahuan, sikap dan dukungan dari orang lain yang berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita malaria.

Penelitian ini dilaksanakan sejak bulan Juni sampai dengan Agustus 2003 di Kecamatan Ende Selatan tepatnya di wilayah Kerja Puskesmas Kota Ratu dengan menggunakan rancangan retrospektif Analisis secara kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antara berbagai faktor sosial budaya terhadap kepatuhan berobat (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, ekonomi, kebiasaan, kepercayaan, dukungan orang lain, pengetahuan dan sikap) Selain itu penelitian ini juga menggunakan teknik wawancara mendalam untuk mengetahui secara kualitatif tentang berbagai hal yang menyangkut nilai pada penderita yang mempengaruhi kepatuhan berobat. Adapun sampel yang dijadikan sebagai informan sebesar 44 responden.

Hasil penelitian melalui uji statistik didapatkan tiga variabel yang berpengaruh terhadap kepatuhan berobat penderita malaria yaitu pengetahuan yang tinggi dengan kepatuhan berobat $P = 0,001$,Ada dukungan sosial dengan kepatuhan berobat $P = 0,001$, Usia dengan kepatuhan $p = 0,001$ dan sikap yang baik dengan kepatuhan $p = 0,001$

SUMMARY

Malaria remains a worldwide health problem, particularly in tropical and subtropical countries, including Indonesia (WHO, 1993).

Malaria results in remarkable disadvantages, for example, increasing children, maternal, and fetal mortality rate (WHO, 1996). Up to now, this disease remains a health problem that affects the economic growth factor as well as working productivity (Dachlan Y P, 1996).

Efforts have been taken since 1960 to deal with this disease, such as finding medications and establishing treatment for malaria patients, vector eradication, entomologic survey, and other supportive studies. However, the results remain far from satisfactory.

This study was aimed to identify relations between various sociocultural factors, such as age, sex, level of education, occupation, economic condition, beliefs, habit, knowledge, attitude, and support from others, and treatment compliance of malaria patients.

This study was carried out between June and August 2003 at the subdistrict of South Ende, at the working area of community Health Center, Kota Ratu. Using quantitative retrospective analysis design, this study was aimed to identify sociocultural factors (age, sex, education, occupation, economy, habit, beliefs, support from others, knowledge, and attitude). In-depth interview was also employed to find qualitatively all items related to values that affected treatment compliance.

Theories employed in this study were those from Compliance (Sarafino, 1990), and supportive theories were those from Snehandu B Kar (1981), HBM (1974), and Lawrence Green (1980), as well as Reasonable Theory and Planned Behavior Theory.

Results of statistical tests revealed three variables that had effect on the treatment compliance of malaria patients. Those variables were higher level of knowledge ($p = 0,001$), support from others ($p = 0,001$), age ($p = 0,001$) and acceptable attitude ($p = 0,001$).

ABSTRACT

Malaria is a worldwide health problem, particularly in tropical and subtropical countries, including Indonesia. Malaria results in the increase of mortality rate among children, pregnant women, and fetus (WHO, 1996), and provides effect on the factors of economic growth and working productivity.

In addition to plasmodium, the increase of malaria morbidity rate results also from the factors of environment, social, economy, habit, and lifestyle of the community. Therefore, various sociocultural factors, such as age, sex, occupation, education, economy, faith, knowledge, attitude, and support in the family have a high influence on treatment compliance among malaria patients. Incompliance in the treatment for malaria may cause an increase of morbidity rate in the community, so that the target of Healthy Indonesia in year 2010 may be unattainable.

The objective of this study was to identify various factors related to treatment compliance in malaria patients, such as education, occupation, economy, social support, habit, faith, age, sex, knowledge, and attitude.

This study was carried out from June to August 2003 in the Subdistrict of South Ende, at the working area of Kota Ratu Community Health Center. This study used cross-sectional design with quantitative approach aimed to identify relationship between several factors and treatment compliance among malaria patients. To disclose qualitatively all issues related to values in the family, this study also employed indepth interview. Samples enrolled as informant comprised 44 respondents.

Results of statistical test revealed relationship in several variables. Treatment compliance was found to be related to social support with $p = 0.001$ and $r = 0.539$; age receiving social support from treatment providers with $p = 0.001$ and $r = 0.466$; high knowledge with $p = 0.001$, and $r = 0.456$; and good attitude with $p = 0.001$, and $r = 0.537$.

From those results, it can be concluded that four variables are related to treatment compliance (i.e., social support, age, knowledge, and attitude), while other six variables are not related to treatment compliance (education, occupation, economy, sex, habit, and faith). It is recommended to provide appropriate health promotion on malaria, to provide social support from health care providers and family, and to conduct further studies on this subject.

Keywords: *treatment compliance, malaria*

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Prasyarat Gelar	iii
Lembaran Persetujuan	iv
Penetapan Panitia Penguji	v
Ucapkan Terima Kasih	vi
Ringkasan	vii
Abstrak	ix
Daftar isi	xi
Daftar Tabel	xv
Daftar Gambar	xvii
Bab I Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	7
1.3 Rumusan Masalah	10
1.4 Tujuan Penelitian	10
1.5 Manfaat Penelitian	11
Bab II Tinjauan Pustaka	12
2.1 Penyakit Malaria	12
2.1.1 Pengertian	12
2.1.2 <i>Agent</i> (Parasit/Plasmodium)	12
2.1.3 Cara Penularan	13
2.1.4 Penegakan Diagnosis	14
2.1.5 Gejala Klinis Malaria	15

2.1.6 Masa Inkubasi	16
2.1.7 Kegiatan Pemberantasan Penyakit Malaria	17
2.1.8 <i>Environment</i> (lingkungan)	19
2.2 Perilaku dan Perilaku Kesehatan	25
2.2.1 Perilaku	25
2.2.2 Perilaku Kesehatan	29
2.3 Teori determinan perilaku kesehatan	30
2.3.1 Teori Snehandu B.Kar (1983)	31
2.3.2 Teori WHO (1984)	32
2.3.3 Health Belief Model	34
2.3.4 Teori Lawrence Geen (1980)	36
2.3.5 Teori Tindakan Beralasan Dan teori Perilaku Terencana	37
2.3.6 Perilaku Kepatuhan	39
2.4 Budaya	41
2.4.1 Kebiasaan	42
2.4.2 Kepercayaan	43
2.4.3 Sikap	45
2.4.4 Pendidikan Kesehatan	48
2.4.5 Pengetahuan	48
2.5 Model Yang Berhubungan dengan Sehat Sakit	49
2.5.1 Model Suchman	49
2.5.2 Model Mechanic	52
2.5.3 Model Andersen	54

2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Berobat	55
Bab III Kerangka Konsep	60
3.1 Kerangka Konsep	60
3.2 Hipotesis	61
Bab IV Metode Penelitian	63
4.1 Rancangan Penelitian	63
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian	63
4.3 Populasi dan sampel	64
4.4 Alur Penelitian	65
4.5 Cara Pengukuran dan Definisi Operasional Variabel	66
4.6 Teknik pengumpulan Data	71
4.7 Analisa Data	75
BAB V Analisis hasil Penelitian	76
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	76
5.1.1 Keadaan Geografi dan Demografi	76
5.1.2 Gambaran Umum Puskesmas Kota Ratu	76
5.1.3 Hasil Penelitian Beberapa Faktor Berhubungan dengan Responden	77
5.2 Tabulasi Silang	84
5.2.1 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Variabel bebas	84
5.3 Analisis Kualitatif	96
BAB VI Pembahasan	100
6.1 Hubungan Kepatuhan dengan variabel bebas yang terkait hubungan	100

6.1.1 Hubungan Kepatuhan dengan Dukungan Sosial	100
6.1.2 Hubungan Kepatuhan dengan Usia	101
6.1.3 Hubungan Kepatuhan dengan Pengetahuan	102
6.1.4 Hubungan Kepatuhan dengan Sikap	105
6.2. Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Variabel Bebas yang tidak terikat hubungan	106
6.2.1 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Tingkat pendidikan	106
6.2.2 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Pekerjaan	107
6.2.3 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Ekonomi	108
6.2.4 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Kebiasaan	109
6.2.5 Hubungan Kepatuhan berobat dengan Kepercayaan	109
6.2.6 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Jenis Kelamin	111
BAB VII Simpulan dan Saran	113
7.1 Simpulan	113
7.2 Saran	115
Kepustakaan	
Lampiran.	
1. Kuesioner Penelitian	
2. Hasil <i>Indepth Interview</i>	
3. Tabel penderita malaria klinis dari 15 puskesmas kabupaten Ende	
4. Struktur Dinas Kesehatan Kab. Ende	
5. Struktur Puskesmas Kota Ratu	

DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Tabel 1.1 PR, SPR, AMI di Prop.NTT tahun 1992-1999	3
2. Tabel 1.2 Jumlah Penderita Malaria Klinis di Dinkes Kab.Ende 1999-2002	3
3. Tabel 1.3 Jumlah penderita Malaria Klinis Puskesmas Kotarata 1999-2002	3
4. Tabel 1.4 Hasil wawancara mantan penderita malaria di Wilayah kerja Puskesmas Kotaratu	6
5. Tabel 2.1 Distribusi vektor malaria di Indonesia.....	21
6. Tabel 5.1 Distribusi Tingkat Usia Responden	78
7. Tabel 5.2 Distribusi Jenis Kelamin Responden.....	78
8. Tabel 5.3 Distribusi Tingkat Pendidikan Responden.....	79
9. Tabel 5.4 Distribusi Status Pekerjaan responden.....	80
10. Tabel 5.5 Distribusi penghasilan responden.....	80
11. Tabel 5.6 Distribusi Tingkat Kebiasaan responden.....	81
12. Tabel 5.7 Distribusi Tingkat kepercayaan responden.....	82
13. Tabel 5.8 Distribusi Tingkat Pengetahuan responden.....	82
14. Tabel 5.9 Distribusi Sikap Responden.....	83
15. Tabel 5.10 Distribusi Dukungan Sosial	84
16. Tabel 5.11 Distribusi kepatuhan berobat dengan usia responden.....	84
17. Tabel 5.12 Distribusi kepatuhan berobat dengan jenis kelamin.....	85
18. Tabel 5.13 Distribusi kepatuhan berobat dengan tkt pendidikan.....	87
19. Tabel 5.14 Distribusi kepatuhan berobat dengan pekerjaan respnden..	88
20. Tabel 5.15 Distribusi kepatuhan berobat dengan penghasilan responden	89
21. Tabel 5.16 Distribusi kepatuhan berobat dengan kebiasaan responden	90

22. Tabel 5.17 Distribusi kepatuhan berobat dengan tingkat kepercayaan responden	91
23. Tabel 5.18 Distribusi kepatuhan berobat dengan tingkat kepercayaan responden	93
24. Tabel 5.19 Distribusi kepatuhan berobat dengan kategori sikap responden	94
25. Tabel 5.20 Distribusi kepatuhan berobat dengan dukungan sosial responden	95



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
1. Gambar 1.1 Identifikas Masalah	8
2. Gambar 2.1 Penularan penyakit malaria secara alamiah.....	14
3. Gambar 2.2 Asumsi determinan perilaku manusia.....	30
4. Gambar 2.3 Model Kepercayaan Kesehatan (HBM).....	36
5. Gambar 2.4 Individu di pengaruhi lingkungan.....	38
6. Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian.....	60
7. Gambar 4.1 Alur penelitian tentang faktor sosial budaya mempengaruhi kepatuhan berobat penderita malaria.....	65





BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.

Malaria masih merupakan masalah kesehatan dunia, terutama di negara tropis dan sub tropis, termasuk Indonesia (WHO, 1993). Kerugian akibat penyakit malaria antara lain meningkatnya angka kematian anak-anak, ibu hamil serta janin (WHO, 1996). Hingga kini penyakit malaria merupakan masalah dibidang kesehatan dan mempunyai dampak terhadap faktor pertumbuhan ekonomi serta produktiritas kerja (Dachlan Y.P,1986), dalam buku Dep.Kes.RI, 1999a

Malaria dikenal di Italia sejak abad tujuh belas yang merupakan rangkaian kata "*mala aria*" yang berarti cuaca buruk, karena penderita meninggal dengan gejala panas *intermitten* dianggap akibat cuaca buruk (Russel.P.F, 1963). Penyebaran penyakit malaria di dunia sangat luas yaitu antara garis bujur 60^o di Utara dan 40^o di Selatan, yang meliputi 100 buah negara beriklim tropis dan sub tropis.

Penduduk yang berisiko terjangkit malaria berjumlah sekitar 2,3 milyar atau 41 % dari penduduk dunia yang tinggal di daerah yang memiliki resiko untuk terkena infeksi malaria. Setiap tahun kasus malaria sebesar 300-500 juta dan mengakibatkan 1,5 s/d 2,7 juta kematian (Gunawan S, 2000). Wilayah di dunia yang kini sudah bebas dari malaria adalah Eropa, Amerika Utara, sebagian besar Timur Tengah, sebagian besar Karabia, sebagian besar Amerika Selatan, Australia dan Cina (Gunawan.S, 2000)

Untuk wilayah Jawa-Bali sebagian besar bebas dari penularan malaria, malaria hanya ditemukan pada daerah dengan fokus-fokus tertentu ini kasus

import dari luar Jawa-Bali (Depkes RI, 1999a). Namun pada tahun 1997 masih ada 208 desa tersebar di beberapa kabupaten antara lain Kabupaten Ciamis, Suka Bumi (Jawa Barat), Jepara, Banjarnegara, Purworejo, Wonosobo, Pekalongan, Magelang (Jawa Tengah), Trenggalek, Tulung Agung, Sumenep, Pacitan, Banyuwangi (Jawa Timur), Kulonprogo (Daerah Istimewa Yogyakarta), dan Buleleng- Bali (Laihad F.J dan Gunawan S, 2000).

Di Propinsi Nusa Tenggara Timur, malaria tersebar di 13 kabupaten yang ada. Berdasarkan hasil survei sejak tahun 1991 s/d 1997 menghasilkan PR (*Parasite Rate*) sebesar 6,15 %. Berdasarkan stratifikasi tingkat prevalensi wilayah, maka pada tahun 1997 Propinsi NTT termasuk dalam daerah HPA (*High Prevalance Area*) karena PR >4 % (Depkes. RI, 1999a). Sedangkan AMI (*Annual Malaria Incidence*) cenderung turun dan pada tahun 1999 sebesar 132,4⁰ /₁₀₀. Berdasarkan stratifikasi wilayah, maka tahun 1999 propinsi NTT termasuk dalam daerah *Medium Incidence Area*/MIA karena AMI = 50-170 per 1000 penduduk (Depkes. RI, 1999a). SPR (*Slide Positivlty Rate*) juga cenderung turun dan pada tahun 1997 sebesar 33,31 % (Kanwil Depkes.Prop. NTT, 1999). Untuk lebih jelas dapat dilihat pada Tabel 1.1 berikut :

Tabel 1.1

Parasite Rate, Slide Positivity Rate dan Annual Malaria Incidence
Di Propinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 1992-1999

No	Tahun	PR	SPR	AMI	Keterangan
1	1992	6,15 %	42,8 %	-	PR per 100
2	1993	5,7 %	48,25 %	-	SPR per 100
3	1994	5,7 %	48,25 %	215,50 ⁰ / ₁₀₀	AMI per 1000
4	1995	3,2 %	35,92 %	219,73 ⁰ / ₁₀₀	
5	1996	5,91 %	40,42 %	186,17 ⁰ / ₁₀₀	
6	1997	-	33,31 %	197,5 ⁰ / ₁₀₀	
7	1998	-	-	161,6 ⁰ / ₁₀₀	
8	1999	-	-	132,4 ⁰ / ₁₀₀	

Sumber : Kanwil Depkes Propinsi Nusa Tenggara Timur, tahun 2002

Sedangkan di Kabupaten Ende sendiri, penyakit malaria berdasarkan diagnosis klinis yang dilaporkan dari 15 buah Puskesmas cenderung meningkat dari tahun ke tahun hal ini seperti terlihat pada Tabel 1.2 berikut :

Tabel 1.2

Jumlah penderita malaria klinis di Dinas Kesehatan Kab. Ende (1999-2002)

No	Tahun	Jumlah Penduduk (Jiwa)	Jumlah Penderita (Jiwa)	Per 1000 (⁰ / ₁₀₀)
1.	1999	231.539	43.478	187,78
2.	2000	231.539	39.751	171,68
3.	2001	237.918	60.248	253,23
4.	2002	237.918	63.239	265,80

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, Desember tahun 2002

Di Puskesmas Kotaratu Kabupaten Ende sebagai tempat penelitian insiden penyakit malaria meningkat setiap tahun seperti terlihat pada Tabel: 1.3 berikut

Tabel 1.3

**Daftar jumlah penderita malaria klinis di Puskesmas Kotaratu
Kecamatan Ende Selatan (1999- 2002)**

No	Tahun	Jumlah Penduduk	Jumlah Penderita	Per-1000 (⁰ / ₀₀)
1.	1999	21.800	4.838	221, 92 ⁰ / ₀₀
2.	2000	21.800	6.465	296, 56 ⁰ / ₀₀
3.	2001	26.744	9.743	364, 30 ⁰ / ₀₀
4.	2002	26.744	9.765	365, 13 ⁰ / ₀₀

Sumber: Puskesmas Kotaratu , Desember tahun 2002.

Jenis nyamuk *anopheles* yang ada di Indonesia lebih dari 80 macam. Dari variasi jenis yang ada, hanya beberapa yang mempunyai potensi untuk menularkan penyakit malaria. Sekarang telah diketahui jenis nyamuk sebagai vektor yang menularkan penyakit malaria di Kabupaten Ende adalah, *An aconicus*, *An barostis*, *An subpictus* dan *An sundaicus* (informasi dari wawancara dengan Kepala Seksi Program Malaria Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, Pebruari tahun 2003).

Salah satu faktor penyebab meningkatnya jumlah penderita malaria adalah pelaksanaan pengobatan. Dalam pelaksanaan pengobatan malaria hampir selalu mendapat hambatan yang umumnya berkisar pada faktor pemakaian obat yang sering tidak dipatuhi oleh penderita. Faktor kurangnya pengetahuan dan kesadaran akan kegunaan obat sangat mempengaruhi kepatuhan penderita malaria dalam pengobatan (Depkes. RI, 1991a) Menurut Sungkar S., dkk (1999). masyarakat tidak sepenuhnya mengetahui cara pemakaian obat yang benar, pemakaian obat dengan dosis yang tidak adekuat (dosis parsial) akan memperbesar kemungkinan

plasmodium tetap hidup dalam darah, hal ini merupakan karier dalam penularan penyakit malaria.

Selama ini pengobatan penderita malaria dengan klorokuin sering ada keluhan rasa pahit baik orang dewasa maupun anak-anak dan akibatnya ialah kesulitan memaksakan minum obat untuk pengobatan maupun pencegahan sehingga sulit untuk mematuhi penggunaan obat dengan dosis yang dianjurkan. Setelah minum obat akan timbul rasa mual, pusing, kepala sakit, badan lemah dan sebagian besar dianggap mabuk obat (Haliman A., 1990).

Observasi pendahuluan yang dilaksanakan sejak 10 Juli 2002 sampai dengan 12 Agustus 2002 terhadap 20 responden mantan penderita malaria memberikan informasi bahwa ketidak patuhan dalam pengobatan penyakit yang diderita oleh responden dipengaruhi oleh beberapa hal : 1) Responden sering lupa minum obat pada jam yang ditentukan oleh dokter (pagi, siang dan malam). 2) Responden sering mengubah dosis yang telah ditentukan oleh dokter tanpa konsultasi kepada dokter pemberi resep, alasan responden mengurangi dosis karena efek samping obat (pusing-pusing). 3) Obat yang diberikan dokter untuk tiga hari oleh responden hanya diminum hari pertama setelah itu berhenti dengan alasan gejala / sakit sudah sembuh atau karena obat tersebut pahit. 4) Responden tidak tahu tentang efek yang akan terjadi bila obat tidak diminum sampai habis sesuai dengan resep dokter. 5) Responden berobat ke puskesmas bila merasa sakit sudah parah.

Sarafino (1990) mendefinisikan kepatuhan (*compliance* atau *adherence*) adalah kepatuhan penderita dalam menjalankan program pengobatan sesuai yang

dianjurkan oleh dokter yang merawatnya, yang tercermin dalam tindakan penderita.

Pernyataan ketidakpatuhan dari Sarafino ada kesamaan dengan hasil wawancara pendahuluan yang dilakukan peneliti pada 20 responden mantan penderita malaria di wilayah kerja puskesmas Kotaratu seperti tersebut diatas. Untuk lebih jelas dapat dilihat hasil rekapitan pada Tabel 1.4 berikut ini :

Tabel 1.4

**Rekapan Hasil Wawancara dengan mantan penderita malaria
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu Kecamatan Ende Selatan Tahun
2002**

No	Pertanyaan	Jawaban Responden				Jumlah	
		Ya		Tidak		N	%
		n	%	n	%		
1.	Minum obat setiap hari	13	65 %	7	35 %	20	100 %
2.	Minum obat sesudah makan	11	55 %	9	45 %	20	100 %
3.	Minum obat sesuai petunjuk dokter	12	60 %	8	40 %	20	100 %
4.	Obat yg diberikan selalu dihabiskan	13	65 %	7	35 %	20	100 %
5.	Obat sisa untuk keluarga yg sakit	7	35 %	13	65 %	20	100 %
6.	Minum obat diawasi keluarga	8	40 %	12	60 %	20	100 %
7.	Tetap minum obat walaupun ada alergi atau pahit	9	45 %	11	55 %	20	100 %
8.	Kontrol kesehatan bila obat sudah habis	8	40 %	12	60 %	20	100 %

Sumber: Data survei pendahuluan bulan Juli s/d Agustus 2002

Upaya yang dilakukan dalam pemberantasan penyakit malaria sejak tahun 1960, misalnya, penemuan dan pengobatan penderita malaria, pemberantasan vektor, survei entomologi, penelitian yang mendukung, namun hasil akhirnya belum memuaskan, hal ini disebabkan:

- 1) Terlalu mengandalkan satu teknologi yang ternyata belum mampu mengatasi malaria di seluruh wilayah yang terjangkit malaria yaitu penyemprotan dengan menggunakan DDT, dan sampai saat ini 3 unit alat penyemprotan

dalam keadaan rusak (informasi progam P2M- malaria Dinas Kesehatan Kab. Ende tahun 2002).

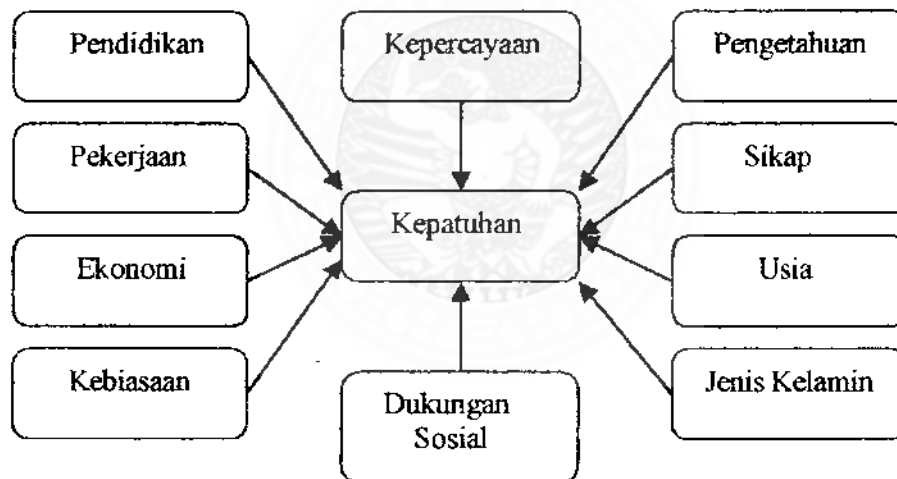
- 2) *Plasmodium falciparum* yang resistensi terhadap klorokuin, dimana berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di Propinsi Nusa Tenggara Timur pada tahun 1983 bahwa telah terjadi *resistensi plasmodium* terhadap klorokuin di Robek Manggarai (Tjitra.E, 1985). Hal ini mungkin juga terjadi *resistensi Plasmodium Falcifarum* terhadap klorokuin di Kabupaten Ende.
- 3) Pemberantasan malaria secara tidak langsung dilakukan setiap hari Jumat pada kegiatan Jumat bersih dengan jalan membersihkan semak dan mengeringkan genangan air untuk menghindari perindukan nyamuk, namun sampai sekarang belum dapat menurunkan angka kesakitan bahkan meningkat (lihat lampiran hln 9).
- 4) Kurang memperhatikan faktor sosial berupa perilaku masyarakat yang meliputi pendidikan, pekerjaan, ekonomi, pengetahuan, sikap dan dukungan orang lain, faktor kebiasaan dan faktor kepercayaan terhadap pemberantasan malaria. Hal ini terbukti pada saat observasi terhadap 20 responden didapatkan kurang patuh terhadap pengobatan penyakit malaria. Dalam wawancara dengan responden (mantan penderita malaria) terlihat jelas ketidak patuhan berobat dari responden dengan berbagai alasan antara lain: lupa, obat pahit, sibuk dengan pekerjaan, obat tidak habis diminum karena gejala sudah sembuh, kalau tidak ada keluhan sakit tidak kontrol. Selain itu penderita malaria sering berobat ke dukun (*ata mbeo*), karena mereka percaya bahwa sakit dengan gejala panas sampai kesadaran menurun disebabkan oleh angin merah, sehingga menurut keluarga penderita yang

dapat mengobati hanyalah dukun (*ata mbeo*), bila 2-3 kali tidak sembuh baru pergi berobat ke Puskesmas atau dokter.

Hal-hal tersebut yang membuat peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian agar dapat mengungkapkan fenomena tersebut dengan judul: “Beberapa Faktor yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Penderita Penyakit Malaria di Puskesmas Kotaratu Kecamatan Ende Selatan”

1.2 Identifikasi Masalah

Dari latar belakang masalah diatas bahwa yang berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita malaria. Faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan dapat dilihat pada bagan dan penjelasan dibawah ini :



Gambar 1.1 Identifikasi masalah yang berhubungan dengan kepatuhan berobat

Faktor usia dan jenis kelamin berpengaruh terhadap tingkat patuhan berobat (Bart Smet - Psikologi Kesehatan). Variabel demografi (usia, jenis kelamin) digunakan untuk meramalkan ketidak patuhan (Taylor, 1991). Di Amerika

Serikat, para wanita dan orang tua cenderung mengikuti anjuran dokter dalam program pengobatan dari pada pria dan remaja. La Greca, 1988 dalam risetnya mengungkapkan bahwa umur merupakan faktor yang penting. Karena anak-anak mempunyai tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan remaja, meskipun anak-anak itu mendapatkan informasi yang kurang.

Hal ini sesuai dengan riset yang mengidentifikasi kelompok pasien yang tidak patuh berdasarkan kelas sosio-ekonomi dan pendidikan. Usaha ini berhasil mengungkapkan bahwa setiap orang dapat menjadi tidak patuh kalau situasinya memungkinkan (Schwartz & Griffin, 1986). Teori yang baru menekankan bahwa ada hubungan faktor situasional dan pasien sebagai peserta aktif dalam proses pengobatannya.

Untuk itu dapat disimpulkan bahwa faktor situasional, misalnya ekonomi rendah akan mempengaruhi seseorang tidak patuh karena tidak ada uang untuk membiayai pengobatan. Begitu pula pendidikan yang rendah akan mempengaruhi seseorang dalam mematuhi pengobatan karena tidak mampu memprioritaskan nilai kehidupan yang sehat, lagi pula tidak mengerti apa yang di informasikan oleh petugas kesehatan (dokter).

Faktor lain tentang pekerjaan, kebiasaan, kepercayaan, pengetahuan dan sikap berpengaruh pula terhadap tingkat kepatuhan berobat, hal ini sesuai dengan penelitian pendahuluan terhadap 20 responden mantan penyakit malaria menginformasikan bahwa karena kesibukan dengan pekerjaan sehingga tidak patuh terhadap pengobatan (lupa), dan ada pula kebiasaan berobat ke dukun, dan mereka percaya bahwa berobat ke dukun akan menyembuhkan penyakitnya. Pengetahuan yang rendah seseorang akan tidak patuh terhadap program

pengobatan karena ia tidak tahu efek negatif yang akan terjadi, maka sikap dan tindakanpun akan tidak ikut mendukung dalam suatu program pengobatan yang ditentukan oleh dokter.

Faktor dukungan sosial yang dimaksud adalah keluarga/kader malaria / teman berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan berobat. Hal ini dijelaskan bahwa keluarga memainkan peran yang sangat penting dalam pengobatan anak-anak (La Greca, 1988; Dunbar & Waszak, 1990). Tetapi kalau pasiennya bukan anak-anak, faktor keluarga tetap penting karena menggunakan pengaruh normatif pada pasien yang mungkin mengakibatkan efek yang memudahkan perilaku kepatuhan terhadap pengobatan.

Dukungan sosial merupakan faktor penting mempengaruhi kepatuhan, seperti tenaga kesehatan (kader malaria) harus meningkatkan dukungan sosial kepada keluarga pasien, maka ketidakpatuhan berobat dapat di kurangi.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas, maka permasalahan penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Apakah faktor sosial (pendidikan, pekerjaan, ekonomi dan dukungan sosial) berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria ?
2. Apakah faktor budaya (kebiasaan dan kepercayaan) berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria ?
3. Apakah faktor demografi (usia dan jenis kelamin) berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria ?
4. Apakah faktor pengetahuan dan sikap berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria ?

1.4 Tujuan Penelitian.

1.4.1 Tujuan Umum.

Menganalisis beberapa faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah

1. Menganalisis hubungan masing-masing faktor sosial (pendidikan, pekerjaan, ekonomi dan dukungan sosial) dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria.
2. Menganalisis hubungan masing-masing faktor budaya (kebiasaan dan kepercayaan) dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria.
3. Menganalisis hubungan masing-masing faktor demografi (usia dan jenis kelamin) dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria.
4. Menganalisis hubungan faktor pengetahuan dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria dan faktor sikap dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria.

1.5 Manfaat penelitian

1.5. 1 Bagi Peneliti

1. Sebagai sarana untuk menerapkan teori perilaku dan promosi kesehatan dalam penelitian tersebut.
2. Dapat mengetahui faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat penderita penyakit malaria.

1.5.2 Bagi Institusi Pendidikan

Untuk memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan tentang berbagai faktor dalam keluarga yang mempengaruhi kepatuhan berobat penderita malaria.

1.5.3 Bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten

Untuk memberikan masukan bagi kegiatan pemberantasan malaria yang selama ini telah dijalankan dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat malaria, khususnya di kabupaten Ende.





BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Malaria

2.1.1 Pengertian

Kata malaria berasal dari bahasa Italia *mala* dan *aria* yang berarti udara buruk/jelek, dimana dapat mengakibatkan sakit bahkan kematian (Russell P.F, 1963). Malaria adalah penyakit yang disebabkan oleh adanya *sporozoa* dari kelompok genus *Plasmodium* yang berada di dalam sel darah merah, atau sel hati. Ada empat spesies parasit malaria yang menyerang manusia yaitu: *Plasmodium falcifarum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae*, dan *Plasmodium ovale* (Pampana E.J, 1969; Gunawan S, 2000).

2.1.2 Agent (Parasit/ Plasmodium)

Agent penyebab malaria dari genus *Plasmodium*, *familia Plasmodiidae*, dari *ordo Coccidiidae*. Penyebab malaria pada manusia di Indonesia sampai saat ini ada empat *spesies plasmodium* yaitu *Plasmodium Falciparum* sebagai penyebab malaria Tropika, *Plasmodium Vivax* sebagai penyebab malaria Tertiana, *Plasmodium Malariae* sebagai penyebab malaria *Quartana* dan *Plasmodium Ovale* sebagai penyebab malaria *Ovale*, jenis ini jarang sekali dijumpai, umumnya banyak di Afrika. (Pampana E.J, 1969; Gunawan S, 2000). Jenis *Plasmodium* yang sering menyebabkan kekambuhan adalah *Plasmodium Vivax* dan *Plasmodium Ovale* (Benenson A.S, 1990).

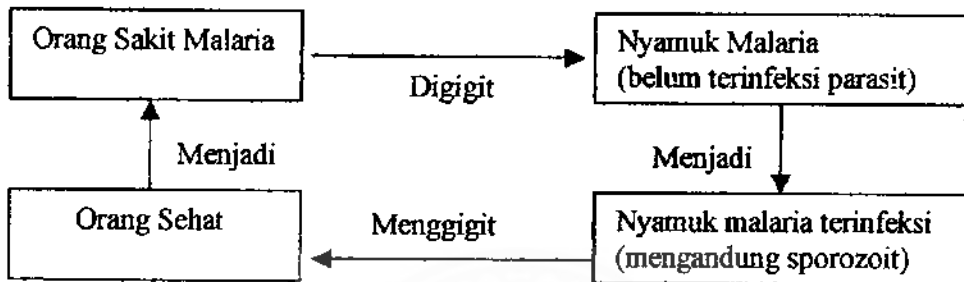
Seorang penderita dapat ditulari oleh lebih dari satu jenis *Plasmodium*, biasanya infeksi semacam ini disebut infeksi campuran. Tapi umumnya paling banyak hanya dua jenis parasit, yaitu campuran antara *Plasmodium Falcifarum*

dengan *Plasmodium Vivax* atau *plasmodium Ovale*. Campuran tiga jenis parasit jarang sekali terjadi (Departemen Kesehatan RI, 1999).

2.1.3 Cara Penularan

2.1.3.1 Penularan Secara Alamiah (*natural infection*)

Penularan secara alamiah dari nyamuk anopheles ke dalam tubuh manusia hingga sakit dapat dilihat pada Gambar 2.1. (Depkes. RI, 1999)



Gambar . 2.1 Penularan Penyakit Malaria Secara Alamiah

Penjelasan dari gambar tersebut secara sederhana dapat dilihat pada keterangan ini.

<p>Orang Sakit Malaria Di gigit nyamuk (<i>vector</i>) penyebar penyakit malaria, saat nyamuk mengisap darah orang sakit itu, maka akan terbawa parasit malaria yang ada dalam darah.</p>	<p>Nyamuk Vektor Penyebab Penyakit Nyamuk yang telah mengisap darah orang sakit akan terinfeksi oleh parasit malaria. Dalam tubuh nyamuk terjadi siklus hidup parasit malaria (<i>sexual</i>).</p>
<p>Orang Sehat Di gigit nyamuk malaria yang telah terinfeksi oleh plasmodium. Pada saat menggigit maka parasit malaria yang ada dalam tubuh nyamuk masuk ke dalam darah manusia. Kemudian manusia yang sehat menjadi sakit. Dalam tubuh manusia terjadi siklus hidup parasit malaria (<i>asexual</i>)</p>	<p>Nyamuk Vektor Penyebab Penyakit Nyamuk yang telah terinfeksi parasit malaria (<i>sporozoit</i>) menggigit orang sehat.</p>

2.1.3.2 Penularan Yang Tidak Alamiah

Penularan yang tidak alamiah ada tiga macam (Knight, 1985, Russel, 1963), yaitu : a) Malaria bawaan (*congenital*), terjadi pada bayi yang baru

dilahirkan karena ibunya menderita malaria. Penularan biasanya melalui tali pusat atau plasenta, b) Secara mekanik, penularan terjadi melalui transfusi darah atau melalui jarum suntik. Penularan melalui jarum suntik banyak terjadi pada para morfinis yang menggunakan jarum suntik yang tidak steril lagi. Cara penularan ini pernah dilaporkan terjadi di salah satu rumah sakit di Bandung pada tahun 1981 pada penderita yang mendapatkan suntikan intravena dengan menggunakan alat suntik yang dipergunakan untuk menyuntik beberapa pasien, dimana alat suntik itu seharusnya dibuang sekali pakai/*disposable* (Departemen Kesehatan RI, 1999), c) Secara oral, cara penularan ini pernah dibuktikan pada burung, ayam dan monyet.

2.1.4 Penegakan Diagnosis

Diagnosis malaria didasarkan atas *manifestasi* klinik (termasuk anamnesis), uji *imunoserologis* dan menemukan parasit (*plasmodium*) malaria dalam darah penderita. Penegakan diagnosis melalui pemeriksaan laboratorium memerlukan persyaratan tertentu agar mempunyai nilai diagnostik yang tinggi yaitu : waktu pengambilan sample harus tepat yaitu pada akhir periode demam memasuki periode berkeringat, karena pada periode ini jumlah *tropozoit* dalam sirkulasi mencapai maksimal dan cukup matur sehingga memudahkan identifikasi *spesies* parasit. Volume darah yang diambil sebagai sample cukup, yaitu darah kapiler. Kualitas preparat harus baik untuk menjamin identifikasi *spesies plasmodium* yang tepat (Purwaningsih, 2000). Diagnosis malaria dibagi dua yaitu :

2.1.4.1 Secara Klinis (Tanpa Pemeriksaan Laboratorium)

Yaitu diagnosis berdasarkan gejala klinis malaria, yang gejala umumnya ditandai dengan “ *Trias Malaria* “, yaitu demam, menggigil dan sakit kepala.

2.1.4.2 Secara Laboratorium (Dengan Pemeriksaan Sediaan Darah)

Selain berdasarkan gejala klinis, juga dilakukan konfirmasi dengan pemeriksaan Sediaan Darah (SD) tetes tebal. Apabila hasil pemeriksaan SD tetes tebal selama 3 kali berturut-turut negatif, diagnosa malaria dapat disingkirkan. Bila dihitung parasit $> 5\%$ atau 5000 parasit / 200 leukosit, maka diagnosa sebagai malaria berat. Di daerah yang tidak ada sarana laboratorium diagnosa malaria ditegakkan berdasarkan pemeriksaan klinis (anamnese dan pemeriksaan fisik).

2.1.5 Gejala Klinis Malaria

Gejala penyakit malaria berupa demam dengan interval tertentu (*paroxysme*), diselingi dengan periode laten dimana penderita bebas sama sekali dari demam. Jadi gejala klinis utama dari penyakit malaria adalah demam, menggigil secara berkala dan sakit kepala disebut “*Trias Malaria*” (*malaria paroxysme*). Dalam keadaan menahun (kronis) gejala malaria disertai dengan pembesaran limpa. Pada malaria berat, gejala malaria disertai kejang-kejang dan penurunan kesadaran sampai koma. Pada anak, makin muda usia makin tidak jelas gejala klinisnya, tetapi yang menonjol adalah diare, anemia dan adanya riwayat kunjungan atau berasal dari daerah malaria.

2.1.5.1 Stadium menggigil

Dimulai dengan menggigil dan perasaan sangat dingin, nadi cepat lemah, bibir dan jari pucat/kebiruan, penderita mungkin muntah. Pada anak-anak sering terjadi kejang. Stadium ini berlangsung antara 15 menit sampai 1 jam.

2.1.5.2 Stadium Demam

Setelah merasa kedinginan penderita merasa kepanasan, muka merah, kulit kering, dan terasa sangat panas seperti terbakar, sakit kepala, nadi lebih kuat. Penderita merasa sangat haus dan suhu tubuh bisa mencapai 41° C. Stadium ini berlangsung antara 2 sampai 4 jam.

2.1.5.3 Stadium Berkeringat

Penderita berkeringat banyak, suhu badan menurun dengan cepat, kadang-kadang sampai di bawah suhu normal, dapat tidur nyenyak dan setelah bangun tidur badan terasa lelah tetapi tidak ada gejala lain. Stadium ini berlangsung antara 2 sampai 4 jam.

2.1.6 Masa Inkubasi

Masa inkubasi penyakit malaria dibedakan atas masa inkubasi ekstrinsik (*stadium sporogoni*) dan masa inkubasi intrinsik. Masa inkubasi ekstrinsik adalah mulai saat masuknya gametosit ke dalam tubuh nyamuk sampai terjadinya stadium *sporogoni* dalam tubuh nyamuk yaitu terbentuknya *sporozoit* yang kemudian masuk ke dalam kelenjar air liur. Masa inkubasi ekstrinsik dipengaruhi oleh suhu udara. Pada suhu 26,7 °C, untuk setiap species adalah sebagai berikut : *Plasmodium falcifarum* : 10 – 12 hari (15), *Plasmodium Vivax* ; 8 – 11 hari, *Plasmodium malariae* 14 hari, *Plasmodium Ovale* : 15 hari (Depkes RI, 1999). Masa inkubasi intrinsik adalah waktu mulai saat masuknya *sporozoit* ke dalam darah sampai timbulnya gejala klinis/ demam atau sampai pecahnya sel darah. Masa inkubasi intrinsik berbeda tiap *spesies*; *Plasmodium falcifarum* : 9 – 14 (12) hari, *plasmodium vivax* : 12 – 17 (15) hari, *Plasmodium malariae* 18-40 hari (28), *Plasmodium ovale* : 16 – 18 (17) hari (Russel P.F, 1963).

2.1.7 Kegiatan Pemberantasan Penyakit Malaria.

Kegiatan pemberantasan penyakit malaria terdiri dari :

2.1.7.1 Penemuan penderita (Luar Jawa – Bali)

Salah satu cara memutuskan penyebaran penyakit malaria adalah dengan cara menemukan penderita sedini mungkin. Jenis penemuan penderita untuk daerah luar Jawa- Bali adalah secara pasif (*passive case detection*) yang dilakukan oleh semua unit pelayanan kesehatan kepada penderita yang datang berkunjung, namun tidak tertutup kemungkinan untuk melaksanakannya secara aktif yaitu dengan cara mengunjungi rumah untuk mencari penderita yang dapat dilakukan oleh petugas khusus misalnya kader malaria dengan melihat gejala klinis.

2.1.7.2 Pengobatan Malaria

Tujuan pengobatan adalah untuk mengurangi kesakitan, mencegah kematian, menyembuhkan penyakit dan mengurangi penularan. Petugas yang memberi obat harus memahami jenis obat anti malaria dan menguasai cara pemakaiannya, karena penggunaan obat yang keliru akan merugikan pemakainya (Depkes. RI, 1999).

Obat anti malaria yang ideal adalah obat yang efektif terhadap semua jenis stadia parasit, menyembuhkan infeksi akut maupun laten, cara pemakaian mudah, harganya terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat dan mudah diperoleh, efek samping ringan dan toksisitas yang rendah (Tjitra E, 2000).

Untuk dapat memantau penggunaan obat yang tepat dan benar, Departemen Kesehatan RI mempunyai kebijakan pengobatan malaria berdasarkan obat anti malaria yang tersedia, jenis dan beratnya malaria, keadaan *resisten* daerah tersebut, fasilitas laboratorium untuk pemeriksaan sediaan darah, dan lain-

lain, maka di siapkan 4 macam obat anti malaria yaitu : klorokuin, *sulfadoksin pirimetamin*, warna putih, pemberian obat malaria dikombinasi dengan parasetamol warna putih dan vitamin B complex warna kuning, diberikan selama tiga hari dengan dosis Klorokui kuur sebagai berikut: 4 – 4 – 2 atau 9 tablet dengan dosis 3 x 1 tablet per hari. Sedangkan *Sulfadoksin pirimetamin* dosis tunggal untuk orang dewasa 2 tablet sekali telan

2.1.7.3 Pemberantasan Vektor Malaria

Pemberantasan vector dilakukan dengan cara membunuh nyamuk dewasa dengan cara biologis seperti dengan ikan pemakan jentik atau ikan pemakan lumut dan cara kimia seperti penyemprotan rumah dengan menggunakan insektisida. Penyemprotan rumah pada prinsipnya memperpendek umur nyamuk. Dengan dibunuhnya nyamuk maka parasit yang ada dalam tubuh, pertumbuhannya tidak sampai selesai, sehingga penyebaran / transmisi penyakit dapat terputus (Depkes RI. 1999)

Pengendalian nyamuk dapat dilakukan dengan cara biologis seperti adanya ternak ikan pemakan jentik (ikan kepala timah) di sekitar rumah, cara kimia seperti penggunaan obat nyamuk bakar (Soedibyo, 1986).

Pengendalian *vector* yaitu mengubah lingkungan sehingga tidak cocok untuk tempat perindukan nyamuk atau tempat istirahatnya. Daerah sasaran biasanya diprioritaskan pada desa fokus tinggi yang kondisi lingkungannya sesuai dengan kegiatan yang akan dilakukan. Jenis kegiatan itu berupa pembersihan lumut di kolam dan genangan air, pembersihan semak belukar di tebing sungai dan lain-lain.

2.1.7.4 Pencegahan Penyakit Malaria

Pencegahan penyakit malaria dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain adalah 1) pencegahan terhadap parasit yaitu dengan pengobatan *profilaksis*, 2) pencegahan terhadap vector/gigitan nyamuk yaitu dengan cara : a) menghindari atau mengurangi gigitan nyamuk malaria dengan menggunakan kelambu pada saat tidur, pada malam hari tidak berada di luar rumah, mengolesi badan dengan obat anti gigitan nyamuk memakai obat nyamuk bakar, memasang kasa pada jendela dan menjauhkan kandang ternak dari rumah, b) membersihkan tempat sarang nyamuk, dengan cara membersihkan semak belukar disekitar rumah dan melipat kain-kain yang bergantung dan mengusahakan di dalam rumah tidak terdapat tempat yang gelap, mengalirkan semua genangan air, c) membunuh nyamuk dewasa (dengan menyemprotkan *insektisida*), d) membunuh jentik dengan menebarkan ikan pemakan jentik pada kolam di sekitar rumah dan e) membunuh jentik dengan menyemprotkan *larvasida*.

2.1.8 Environment (lingkungan)

Lingkungan yang dimaksud disini adalah lingkungan dimana manusia dan nyamuk berada. Nyamuk dapat berkembang biak dengan baik bila lingkungannya sesuai dengan keadaan yang dibutuhkan oleh nyamuk untuk berkembang biak (Pampana E.J, 1969; Purdom, 1980; Dep.Kes. RI, 1999).

Nyamuk *anopheles* betina mengisap darah yang akan diperlukan untuk pertumbuhan telurnya. Jenis *anopheles* di Indonesia lebih dari 80 macam. Dari sekian jenis yang ada, hanya beberapa yang mempunyai potensi untuk menularkan malaria. Di Indonesia diketahui beberapa jenis nyamuk *Anopheles* sebagai vektor utama antara lain *An Aconitus*, *An Punctudatus*, *An Farauti*, *An Balabancensis*,

An Barbirostis, An Sundaicus dan An Maculatus, yang dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1 Distribusi Vektor Malaria di Indonesia.

No	Propinsi	Vektor Predominan
1.	D.I Aceh	<i>An balabacensis, An sundaicus</i>
2.	Sumatera Utara	<i>An letifer, An maculatus, An sundaicus</i>
3.	Sumatera Barat	<i>An maculatus, An sundaicus</i>
4.	Riau	<i>An letifer, An maculatus, An sundaicus</i>
5.	Jambi	<i>An letifer, An maculatus, An sundaicus</i>
6.	Sumatera Selatan	<i>An letifer, An maculatus, An sundaicus</i>
7.	Bengkulu	<i>An maculatus, An sundaicus</i>
8.	Lampung	<i>An aconitus, An maculatus, An sundaicus</i>
9.	DKI Jakarta	<i>An sundaicus</i>
10.	Jawa Barat	<i>An acunitus, An maculatus, An sundaicus</i>
11.	Jawa Tengah	<i>An acunitus, An maculatus, An sundaicus, An balabacensis</i>
12.	D.I Yogyakarta	<i>An maculatus, An sundaicus, An balabacensis</i>
13.	Jata Timur	<i>An aconitus, An maculatus, An sundaicus, An balabacensis</i>
14.	Bali	<i>An aconitus, An maculatus, An sundaicus</i>
15.	Kalimantan Barat	<i>An letifer, An maculatus, An sundaicus, An balabacensis</i>
16.	Kalimantan Tengah	<i>An letifer, An maculatus, An balabacensis</i>
17.	Kalimantan Selatan	<i>An letifer, An maculatus, An sundaicus, An balabacensis</i>
18.	Kalimantan Timur	<i>An letifer, An maculatus, An sundaicus, An balabacensis</i>
19.	Sulawesi Utara	<i>An barbirostis, An subpictus, An sundaicus</i>
20.	Sulawesi Tengah	<i>An barbirostis, An subpictus</i>

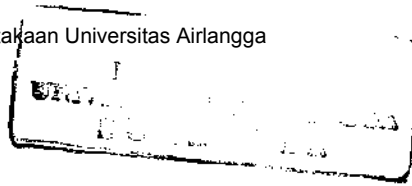
21.	Sulawesi Selatan	<i>An barbirostis, An subpictus, An sundaicus</i>
22.	Sulawesi Tenggara	<i>An aconitus, An balabacencis, An barbirostis, An maculatus, An subpictus, An sundaicus</i>
23.	Nusa Tenggara Barat	<i>An aconitus, An balabacencis, An barbirostis, An maculatus, An subpictus, An sundaicus</i>
24.	Nusa Tenggara Timur	<i>An aconitus, An balabacencis, An barbirostis, An maculatus, An subpictus, An sundaicus</i>
25.	Maluku	<i>An subpictus, An farauti, An punctulatus</i>
26.	Irian Jaya	<i>An aconitus, An barbirostis, An maculatus, An subpictus</i>

Sumber : Laihah F.J, 2000

Semua vektor tersebut perlu dipelajari sifat hidupnya agar dapat dilaksanakan tindakan baik terhadap bentuk dewasa maupun bentuk larvanya (Dep.Kes. RI, 1999; Laihah F.J, 2000).

Perilaku nyamuk sangat menentukan dalam proses penularan malaria. Secara singkat dikemukakan bahwa perilaku nyamuk antara lain adalah tempat hinggap atau istirahat; Eksofilik : Nyamuk lebih suka hinggap atau istirahat di luar rumah dan Endofilik : nyamuk lebih suka hinggap atau istirahat di dalam rumah. Tempat menggigit; Eksofagik : lebih suka menggigit di luar rumah dan *endofagik* : lebih suka menggigit di dalam rumah. Obyek yang digigit; *Antrofilik* : lebih suka menggigit manusia dan Zoofilik : lebih suka menggigit hewan.

Ada 3 kelompok faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap terjadinya penyakit malaria, yaitu:



2.1.8.1 Lingkungan fisik

2.1.8.1.1 Kelembaban Udara (*relative humidity*)

Kelembaban yang rendah memperpendek umur nyamuk. Tingkat kelembaban 65 % misalnya, merupakan angka paling rendah untuk memungkinkan adanya penularan di Punjab, India. Kelembaban mempengaruhi kecepatan berkembang biak, kebiasaan menggigit, istirahat dan lain-lain dari nyamuk (Gunawan S, 2000).

2.1.8.1.2 Hujan

Adanya hubungan langsung antara hujan dan perkembangan larva nyamuk menjadi bentuk dewasa. Besar kecilnya pengaruh tergantung pada jenis hujan, derasnya hujan, jumlah hari hujan, jenis vektor dan jenis tempat perindukan. Hujan yang diselingi oleh panas akan memperbesar kemungkinan berkembang biaknya anopheles (Dep.Kes RI, 1999).

2.1.8.1.3 Angin

Kecepatan angin pada saat matahari terbit dan terbenam merupakan saat terbangnya nyamuk kedalam dan keluar rumah, adalah salah satu faktor yang ikut menentukan jumlah kontak antara manusia dan nyamuk. Jarak terbang nyamuk dapat diperpendek atau diperpanjang tergantung kepada arah angin (Gunawan S, 2000).

2.1.8.1.4 Sinar Matahari

Pengaruh sinar matahari terhadap perkembangan larva nyamuk berbeda-beda. *An sudaicus* lebih suka tempat teduh, sebaliknya *An hyracanus* lebih suka tempat terbuka, *An barbirostris* dapat hidup baik ditempat yang teduh maupun tempat yang terang (Dep.Kes RI, 1991).

2.1.8.1.5 Arus Air

An barbirostris menyukai tempat perindukan yang airnya statis atau mengalir sedikit. *An minimus* menyukai tempat perindukan yang aliran airnya cukup deras dan *An letifer* ditempat yang airnya tergenang (Gunawan S, 2000).

2.1.8.2 Lingkungan Kimia

Lingkungan ini baru diketahui pengaruhnya adalah kadar garam dari tempat perindukan. Sebagai contoh *An sundaicus* tumbuh optimal pada air yang kadar garamnya berkisar antara 12 – 18 ‰ dan tidak dapat berkembang biak pada kadar garam 40 ‰ ke atas, meskipun di beberapa tempat di Sumatera Utara *An sundaicus* ditemukan pula dalam air tawar. *An letifer* dapat hidup di tempat yang asam/pH rendah (Gunawan S, 2000).

2.1.8.3 Lingkungan Biologik

Tumbuhan bakau, lumut, ganggang dan berbagai jenis tumbuhan lain dapat mempengaruhi kehidupan larva nyamuk karena ia dapat terhalang oleh sinar matahari yang masuk atau melindungi dari serangan makhluk hidup lain. Adanya berbagai jenis ikan pemakan larva seperti ikan kepala tima, gambusia, nila, mujair dan lain-lain akan mempengaruhi populasi nyamuk di suatu daerah. Selain itu adanya ternak besar (*Cattle Barrier*) seperti sapi, kerbau dapat mengurangi jumlah gigitan nyamuk pada manusia, apabila kandang hewan tersebut diletakkan di luar rumah, tetapi tidak jauh jaraknya dari rumah (Soedibyo, 1985).

2.1.8.4 Lingkungan Sosial Budaya

Faktor ini besar sekali pengaruhnya dibandingkan dengan faktor lingkungan yang lain. Kebiasaan untuk berada di luar rumah sampai larut malam di mana vektornya lebih bersifat eksofilik dan eksofagik akan memperbesar

jumlah gigitan nyamuk. Penggunaan kelambu, kawat kassa pada rumah dan penggunaan zat penolak nyamuk yang intensitasnya berbeda sesuai dengan perbedaan status sosial masyarakat, akan mempengaruhi penularan dan angka kesakitan malaria (Dep.Kes. RI, 1999).

Faktor yang cukup penting pula adalah pandangan masyarakat di suatu daerah terhadap penyakit malaria. Apabila malaria dianggap sebagai suatu kebutuhan untuk diatasi, upaya untuk menyetatkan lingkungan akan dilaksanakan oleh masyarakat secara spontan (Gunawan S, 2000).

Akibat dari lajunya pembangunan yang kian cepat maka kemungkinan timbulnya tempat perindukan buatan manusia sendiri. Pembangunan bendungan, penambangan timah dan pembukaan tempat pemukiman baru adalah beberapa contoh kegiatan pembangunan yang sering menimbulkan perubahan lingkungan yang menguntungkan bagi nyamuk *Anopheles* (Dep.Kes.RI, 1999).

2.2 Perilaku Dan Perilaku Kesehatan

2.2.1 Perilaku.

Leagans (1961) mengemukakan bahwa perilaku berhubungan dengan apa yang diketahui (*knowledge*), apa yang dapat dilakukan (*skill-mental and physical*), apa yang diperkirakan (*attitudes*) dan apa yang diaktualisasikan (*action*) (Dahama, 1980). Sedangkan Notoatmodjo (1993) mendefinisikan bahwa perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Perilaku manusia mempunyai rentangan yang sangat luas, yaitu mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian dan lain-lain. Bahkan kegiatan internal (*internal activity*) sendiri seperti : berpikir, persepsi dan emosi juga merupakan perilaku manusia.

Dengan demikian perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme, baik yang dapat diamati secara langsung maupun yang dapat diamati secara tidak langsung.

Berdasarkan bentuknya perilaku dibedakan menjadi dua macam, yaitu (1) perilaku pasif merupakan respons internal, yaitu terjadi di dalam diri manusia dan tidak dapat dilihat oleh orang lain secara langsung, misalnya berpikir : tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan, (2) perilaku aktif, yaitu perilaku yang dapat dilihat oleh orang lain secara langsung. Karena perilaku itu sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata maka disebut *overt behavior* (Notoatmodjo, 1993).

Perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin Bloom (1985) membagi perilaku ke dalam 3 domain (ranah/kawasan) yang terdiri dari ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*) dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Dalam perkembangan selanjutnya untuk mengukur hasil dari suatu pendidikan terhadap ketiga ranah tersebut dapat diukur melalui adanya pengetahuan (*knowledge*) untuk mengukur ranah kognitif, adanya suatu sikap (*attitude*) atau anggapan untuk mengukur ranah afektif dan adanya suatu kegiatan atau tindakan (*practise*) untuk mengukur ranah psikomotor.

Pengetahuan merupakan hal yang penting sebagai dasar dari adanya suatu sikap ataupun tindakan. Hal ini tidak berarti bahwa adanya suatu tindakan selalu diawali oleh adanya suatu pengetahuan, karena ada pula terjadinya suatu tindakan tanpa disadari oleh suatu pengetahuan. Tindakan yang terjadi tanpa didasari oleh adanya suatu pengetahuan, maka pada umumnya tindakan tersebut tidak dapat berlangsung/bertahan lama.

Sikap merupakan suatu tanggapan yang masih bersifat tertutup terhadap adanya suatu rangsangan atau obyek, sehingga sikap tidak dapat langsung tampak, tetapi sikap dapat diamati dari reaksi yang timbul/tanggapan terhadap suatu obyek. Tingkatan dari sikap dapat dibedakan menjadi : 1) Menerima, hal ini dapat ditunjukkan dengan adanya perhatian yang baik terhadap rangsangan atau obyek tertentu. 2) Merespons/menanggapi, hal ini dapat ditunjukkan dengan adanya jawaban yang positif bila ditanya. 3) Menghargai, hal ini ditunjukkan dengan usaha untuk mengajak atau menginformasikan sesuatu obyek kepada orang lain. 4) Bertanggung jawab, yaitu bertanggung jawab atas segala sesuatu risiko yang dapat timbul akibat dari sikap yang diambilnya.

Tindakan merupakan perwujudan dari adanya suatu sikap. Adanya suatu tindakan juga memerlukan adanya suatu dukungan ataupun sarana agar sikap sebagai sesuatu yang tidak tampak dapat diwujudkan secara nyata. Dukungan dapat berasal dari orang terdekat (keluarga) ataupun oleh orang lain yang ada disekitarnya (lingkungan sosial) (Notoatmodjo.S, 1993).

Perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) membagi perilaku ke dalam 3 domain (ranah/kawasan) yang terdiri dari ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*) dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Dalam perkembangan selanjutnya untuk mengukur hasil dari suatu pendidikan terhadap ketiga ranah tersebut dapat diukur melalui adanya pengetahuan (*knowledge*) untuk mengukur ranah kognitif, adanya suatu sikap (*attitude*) atau tanggapan untuk mengukur ranah *affective* dan adanya suatu kegiatan atau tindakan (*practice*) untuk mengukur ranah psikomotor.

Pengetahuan merupakan hal yang penting sebagai dasar dari adanya suatu sikap ataupun tindakan. Hal ini tidak berarti bahwa adanya suatu tindakan selalu diawali oleh adanya suatu pengetahuan, karena ada pula terjadinya suatu tindakan tanpa disadari oleh suatu pengetahuan. Tindakan yang terjadi tanpa didasari oleh adanya suatu pengetahuan, maka pada umumnya tindakan tersebut tidak dapat berlangsung/bertahan lama. Contoh, seseorang yang menderita penyakit malaria diberi pengobatan klorokuin, karena pahit maka ia memutuskan untuk tidak melanjutkan pengobatan, karena ia tidak tahu dampak yang terjadi pada dirinya juga orang lain.

Sikap merupakan suatu tanggapan yang masih bersifat tertutup terhadap adanya suatu rangsangan atau obyek, sehingga sikap tidak dapat langsung tampak, tetapi sikap dapat diamati dari reaksi yang timbul/tanggapan terhadap suatu obyek. Tingkatan dari sikap dapat dibedakan menjadi : 1) Menerima, hal ini dapat ditunjukkan dengan adanya perhatian yang baik terhadap rangsangan atau obyek tertentu. Misalnya, seorang penderita malaria memperhatikan terhadap penjelasan dokter tentang aturan minum obat anti malaria. 2) Merespons/menanggapi, hal ini dapat ditunjukkan dengan adanya jawaban yang positif bila ditanya 3) Menghargai, hal ini ditunjukkan dengan usaha untuk mengajak atau menginformasikan sesuatu obyek kepada orang lain. Misalnya seorang bapak setelah mendengar ceramah dari petugas kesehatan tentang malaria, setelah pulang ia mengajak tetangga untuk membersihkan semak dan mengeringkan genangan air untuk mencegah perindukan nyamuk anopheles. 4) Bertanggung jawab, yaitu bertanggung jawab atas segala sesuatu resiko yang dapat timbul

akibat dari sikap yang diambilnya. Misalnya, seorang ibu bersedia menjadi kader malaria walaupun tidak disetujui oleh suami dan anak-anaknya.

Tindakan merupakan perwujudan dari adanya suatu sikap. Adanya suatu tindakan juga memerlukan adanya suatu dukungan ataupun sarana agar sikap sebagai sesuatu yang tidak tampak dapat diwujudkan secara nyata. Dukungan dapat berasal dari orang terdekat (keluarga) ataupun oleh orang lain yang ada di sekitarnya (lingkungan sosial) (Notoatmodjo.S, 1993).

2.2.2 Perilaku Kesehatan

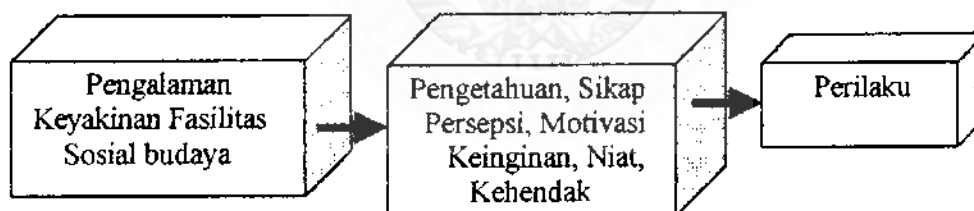
Perilaku Kesehatan (*health behavior*) merupakan bagian dari perilaku manusia yang meliputi semua atribut personal, seperti : keyakinan, motif, nilai, persepsi dan elemen kognitif lainnya misalnya : karakteristik kepribadian, yang meliputi : keadaan emosi dan perasaan serta pembawaan; dan pola perilaku yang tampak, tindakan dan kebiasaan yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan dan peningkatan kesehatan (Gochman, 1982). Sedangkan Kasl & Cobb (1966) mengklasifikasikan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan menjadi tiga yaitu : *preventive and protective behavior, illness behavior, dan sick-role behavior* (Gochman, 1988).

Perilaku kesehatan pada dasarnya merupakan respons seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Respons merupakan reaksi manusia baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, sikap) maupun bersifat aktif (*practice*). Stimulus merupakan rangsangan, misalnya : sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan (Glans, 1990).

Notoatmodjo (1993) menjelaskan bahwa perilaku kesehatan secara lebih rinci terdiri dari : (1) perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, meliputi ; perilaku yang berhubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, perilaku pencegahan penyakit, perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan, (2) perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan, (3) perilaku terhadap makanan, dan (4) perilaku terhadap lingkungan kesehatan.

2.3 Teori Determinan Perilaku Kesehatan.

Faktor penentu perilaku manusia atau sering disebut sebagai determinan perilaku sulit untuk dibatasi. Perilaku merupakan hasil dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Menurut Notoatmodjo (1993) ada asumsi determinan perilaku manusia yang dapat digunakan untuk kerangka analisis perilaku manusia yang digambarkan pada bagan 2.1 berikut ini :



Gambar 2.2 Asumsi Determinan Perilaku manusia

Perilaku kesehatan menurut Gochman (1988) ditentukan oleh banyak faktor yaitu : (1) *determinan personal*, meliputi : *kognitif*, karakteristik personal serta gaya hidup, (2) *determinan keluarga*, (3) *determinan sosial*, (4) *determinan kelembagaan dan organisasi*, dan (5) *determinan budaya*.

Determinan perilaku kesehatan menurunkan berbagai teori determinan perilaku kesehatan, teori tersebut antara lain Teori Snehandu Kar (1983), dan WHO (1984) (Notoatmodjo, 1993) dan *Health Belief Model* (1950) namun yang dipakai dalam penelitian ini adalah teori Compliance (sarafino, 1990) dan teori lain sebagai pendukung.

2.3.1 Teori Snehandu B. Kar (1983)

Snehandu menganalisis bahwa perilaku merupakan fungsi dari :
 1) Dukungan sosial dari masyarakat disekitarnya (*social support*), 2) Adanya atau tidaknya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*), 3) Otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil keputusan (*personal autonomy*), 4) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Uraian tersebut diatas dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f (BI, SS, AL, PA, AS)$$

B = *Behavior*. F = fungsi. BI = *Behavior intention*

SS = *Social support*. AI = *Accessability of Information*

PA = *Personal Autonomy*. AS = *Action situation*

Dengan demikian, perilaku pengobatan penyakit malaria akan ditentukan oleh ada tidaknya niat seseorang untuk menyembuhkan penyakitnya, ada tidaknya dukungan dari keluarga atau orang lain dalam hal program pengobatan yang di tentukan dokter, ada tidaknya informasi dan fasilitas kesehatan agar penderita malaria mengetahui tempat pengobatan (Puskesmas) dan kebebasan dalam

mengambil keputusan apakah memungkinkan untuk bertindak dalam menaati/kepatuhan dalam pengobatan (Glans, 1990).

2.3.2 Teori WHO (1984)

Tim kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu karena adanya 6 (enam) alasan pokok yaitu :

1) Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain, misalnya seorang penderita malaria tidak patuh berobat karena pengetahuan kurang, tentang kegunaan obat.

2) Kepercayaan

Sesuatu yang diterima dan diyakini kebenarannya dari orang tua atau orang lain tanpa adanya suatu pembuktian terlebih dahulu, misalnya penyakit malaria dapat sembuh dengan menggunakan ramuan tradisional. Atau ia percaya dan yakin bahwa dirinya sembuh dari penyakit malaria karena makan obat anti malaria.

3) Sikap

Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat, dan sikap positif terhadap nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata. Misalnya, sikap tidak mendukung dalam suatu program pengobatan yang ditentukan oleh dokter.

4) Orang yang dituruti

Perilaku setiap orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila orang itu penting untuknya, maka apa yang dikatakan atau diperbuat oleh orang itu cenderung untuk ditiru, misalnya penderita malaria

akan berobat ke Puskesmas bila yang menyuruh adalah kepala keluarga, atau tidak boleh berada diluar rumah sampai malam kalau diperintahkan oleh kepala desa atau lurah setempat.

5) Berbagai sumber daya (*Resources*)

Sumber daya yang dimaksud adalah fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat, misalnya, seorang penderita malaria hendaknya berobat ke Puskesmas namun di batalkan karena tidak ada uang, atau tidak ada waktu.

6) Budaya

Kebiasaan, nilai dan penggunaan berbagai sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut sebagai budaya. Misalnya, kebiasaan tidur tidak menggunakan kelambu, atau obat bakar anti nyamuk.

Dari uraian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa berbagai perilaku yang sama diantara masyarakat disebabkan oleh latar belakang yang berbeda-beda, misalnya mengapa masyarakat tidak patuh berobat ke Puskesmas. Hal ini mungkin karena tidak punya uang, untuk biaya pengobatan, mungkin tidak percaya lagi terhadap pengobatan di Puskesmas, mungkin pula mementingkan pekerjaan dari pada waktu digunakan untuk pergi berobat.

Secara sederhana dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f (TF, PR, R, C)$$

B = *Behavior*. F = fungsi. TF = *Thoughts and feeling*

PR= Personal References R = *Resources*. C = *Culture*

2.3.3 Health Belief Model

Selama lebih dari empat dekade, HBM merupakan salah satu model yang memberikan *frame work*/gambaran tentang perilaku kesehatan. HBM telah digunakan untuk menjelaskan baik perubahan maupun mempertahankan perilaku sehat dan sebagai penuntun dalam melaksanakan intervensi perilaku kesehatan.

HBM adalah *teori expectancy* nilai (harapan). Ketika konsep *expectancy* nilai di formulasikan secara perlahan-lahan pada konteks perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, maka akan timbul : 1) Keinginan untuk menghindarkan kesakitan atau untuk selalu sehat (nilai). 2) Kepercayaan bahwa tindakan kesehatan tertentu yang ada pada diri seseorang akan mencegah kesakitan (harapan menjadi lebih baik).

Komponen-Komponen HBM (*Health Belief Model*)

1. *Perceived Susceptibility* :

Perceived susceptibility mengukur persepsi subyektif individu terhadap risiko yang akan diterima bila mengalami kondisi kesehatan tertentu. Dalam perawatan medis kesediaan individu menerima dianosa, perkiraannya secara pribadi tentang bahaya yang dihadapi, hal ini merupakan bagian dari *perceived susceptibility* (kecemasan),

2. *Perceived Severity* :

Perceived severity berhubungan dengan perasaan seseorang tentang tingkat keseriusan dari suatu penyakit atau dibiarkan penyakit tersebut tidak terobati.

3. *Perceived Benefits* :

Kepercayaan tentang kemanjuran atau manfaat dari suatu tindakan yang dianjurkan untuk mengurangi risiko dan keseriusan suatu masalah. Misalnya seorang penderita malaria percaya dan tahu bahwa obat yang diberikan oleh dokter akan menyembuhkan penyakit maka obat yang diberikan akan dimakan.

4. *Perceived Barriers* :

Ini menggambarkan aspek negatif dari tindakan kesehatan tertentu. Hal ini terlihat pada saat individu melakukan perbandingan efektifitas suatu tindakan kesehatan dengan jumlah biaya yang dikeluarkannya atau efek samping suatu pengobatan, tidak menyenangkan, tidak cocok, lama, mengganggu gaya hidup dan lain-lain.

5. *Cues To Action* :

Cues to action adalah kesiapan individu untuk menerima atau melakukan sesuatu tindakan. Sehingga dengan demikian *cues to action* merupakan pemicu untuk melakukan suatu tindakan.

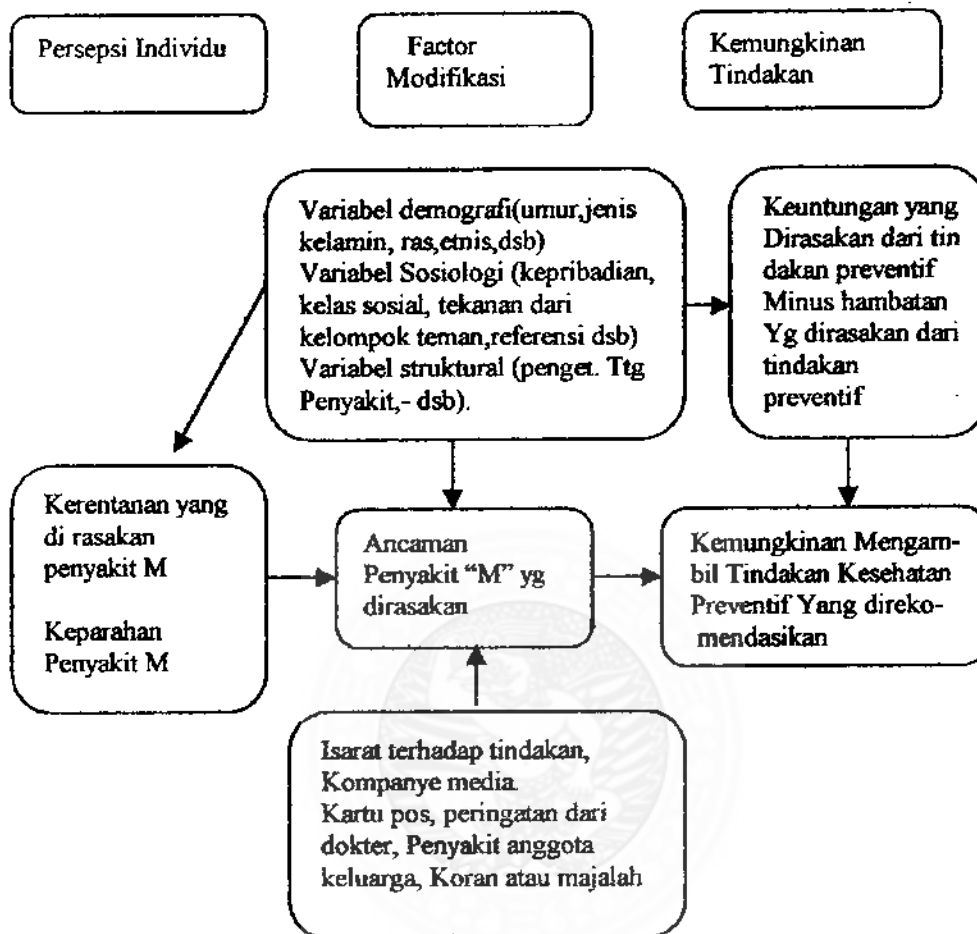
6. Variabel Lain :

perbedaan demografi, sosiopsikologis dan struktur variabel juga turut mempengaruhi pandangan individu dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku kesehatan yang terkait.

7. *Self Efficacy* :

Keyakinan bahwa seseorang akan berhasil melakukan sesuatu (Bandura, 1977) Perubahan perilaku hanya berhasil bila orang merasa dirugikan oleh perilaku mereka sekarang ini dan percaya bahwa perubahan memberikan manfaat sesuai

biaya yang dikeluarkan, tetapi mereka harus yakin bahwa mereka mampu menghindari permasalahan yang ada dengan cara melakukan tindakan tertentu.



Gambar 2.3 Model Kepercayaan Kesehatan (HBM)

Sumber: Marshall H. Becker (ed), *Model Kepercayaan Kesehatan dan perilaku sehat Personal*, San Francisco, Masyarakat Untuk pendidikan Kesehatan Masyarakat/*Society for Public Health Education Inc.*, 1974

2.3.4 Teori Lawrence Green (1980)

Menurut Lawrence W. Green (1980) kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu : faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavior causes*). Faktor perilaku sendiri terdiri dari tiga hal yaitu ;

(1) Faktor predisposisi

(*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, kepercayaan, nilai, sikap, dan keyakinan (2) faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya Puskesmas, obat-obatan dan (3) faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut

$$B = f (PF, EF, RF)$$

B= Behavior PF= *Predisposing factors*. EF = *Enabling factors*

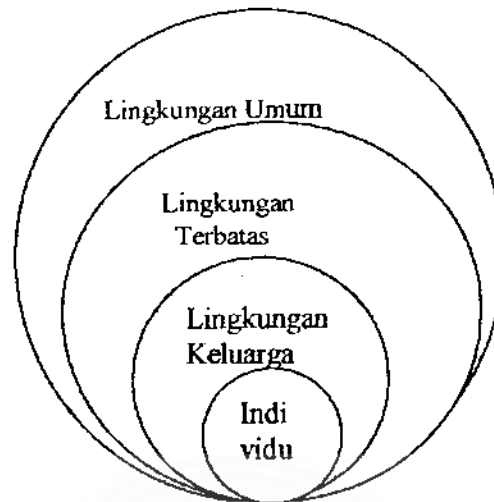
RF = *Reinforcing factors*. F = Fungsi

Dengan demikian, perilaku pengobatan penyakit malaria ditentukan oleh pengetahuan, kepercayaan, sikap dan tradisi dari masyarakat. Di samping itu, perilaku pengobatan seseorang juga ditentukan oleh tersedia tidaknya sarana dan prasarana untuk melakukan pengobatan (puskesmas) serta ada tidaknya perilaku yang simpatik dan menarik dari petugas kesehatan yang bisa dijadikan referensi untuk melakukan tindakan pengobatan (Manaf, 1997).

2.3.5 Teori Tindakan Beralasan Dan Teori Perilaku Terencana

Teori Tindakan Beralasan (TTB) dan Teori Perilaku Terencana (TPT) mengasumsikan bahwa semua faktor termasuk faktor demografi dan lingkungan berlaku pada pola perilaku dan tidak secara terpisah mempengaruhi perilaku seseorang (Montono, 1986). Dalam konsep tersebut dianggap bahwa ada alasan yang menentukan motivasi individu.

Berkaitan dengan hal ini maka Saparinah Sadli (1982) dalam Soekidjo Notoatmodjo (1993) menggambarkan bahwa individu dengan lingkungan sosial dapat saling mempengaruhi seperti gambar berikut ini :



Gambar 2.4 : sumber Buku Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan, Notoatmodjo (1993) hal 63.

Keterangan :

- a. Perilaku kesehatan individu : sikap dan kebiasaan individu yang erat kaitannya dengan kesehatan. Misalnya sikap terhadap program pengobatan malaria, apakah mendukung atau tidak mendukung dan kebiasaan bila sakit berobat ke dukun atau bertobat sendiri atau ke dokter.
- b. Lingkungan keluarga : kebiasaan tiap anggota keluarga mengenai kesehatan. Misalnya setiap bulan anggota keluarga kontrol kesehatan ke puskesmas atau saling mengawasi bila salah satu anggota keluarga sedang menjalankan perawatan atau pengobatan.
- c. Lingkungan terbatas : tradisi, adat istiadat dan kepercayaan masyarakat sehubungan dengan kesehatan. Misalnya Anak yang demam panas sampai

mencret dianggap tumbuh gigi, atau mereka lebih percaya pada pengobatan dukun dari pada dokter atau petugas kesehatan lain.

d. Lingkungan Umum : Kebijakan pemerintah di bidang kesehatan, Undang kesehatan, program kesehatan. Misalnya jumat bersih yang dicanangkan pemerintah agar semua masyarakat setiap hari jumat melaksanakan kebersihan lingkungan yaitu semak, alirkan genangan air untuk menghindari perindukan nyamuk anopheles, atau sarana pelayanan yang disiapkan pemerintah dimanfaatkan atau tidak dimanfaatkan.

2.3.6 Perilaku Kepatuhan

Sarafino (1990) mendefinisikan kepatuhan (*compliance*) sebagai : tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau orang lain.

Pengukuran Perilaku Kepatuhan, metode untuk mengukur sejauh mana para para pasien mematuhi nasehat dokter dengan baik meliputi laporan pasien, laporan dokter, perhitungan pil yang sisa, tes darah dan urine, observasi langsung hasil pengobatan (La Greca, 1988, Sarafino, 1990; Ley, 1992). Tetapi reabilitas metode ini sering ragu (Warner, 1985). Sebagai contoh pendapat pasien mengenai aturan medis sering kurang dipercayai. Pasien sendiri tampak enggan untuk mengakui bahwa mereka tidak mengindahkan anjuran dokter.

Faktor Yang Berhubungan dengan Ketidak patuhan, Secara sejarah, riset tentang kepatuhan pasien didasari pandangan tradisional mengenai pasien sebagai penerima nasehat dokter yang pasif dan patuh. Pasien yang tidak patuh dipandang sebagai orang yang lalai dan dianggap sebagai masalah. Riset berusaha mengidentifikasi kelompok pasien yang tidak patuh berdasarkan kelas sosial –

ekonomi, pendidikan, umur dan jenis kelamin. Usaha ini berhasil; setiap orang menjadi tidak patuh kalau situasinya memungkinkan (Schwartz & Griffin, 1986).

Komunikasi antara pasien dan dokter, aspek komunikasi antara pasien dengan dokter mempengaruhi tingkat kepatuhan : misalnya informasi dengan pengawasan yang kurang, ketidakpuasan terhadap hubungan emosional dengan dokter, ketidakpuasan dengan pengobatan yang diberikan (Schwartz & Griffin, 1986; Dunbar & Waszak, 1990). Frekwensi pengawasan, dukungan atau tindakan lanjutan juga cukup penting (Dickson dkk, 1989; Ley, 1992).

Dukungan Sosial, hubungan antara dukungan sosial dengan kepatuhan telah dipelajari bahwa orang yang merasa menerima penghiburan, perhatian dan pertolongan dari seorang atau kelompok biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis, dari pada pasien kurang mendapat dukungan sosial (Sarafino, 1990).

Ciri Individual, variabel demografis digunakan untuk meramal ketidakpatuhan (Taylor, 1991). Sebagai contoh di Amerika serikat para wanita, kaum kulit putih dan orang tua cenderung mengikuti anjuran dokter. Umur dan status perkembangan merupakan faktor yang penting (La Greca, 1988). Sebagai contoh anak-anak mempunyai tingkat kepatuhan lebih tinggi dibandingkan dengan remaja, meskipun anak kurang mendapat informasi.

Meningkatkan Kepatuhan, strategi untuk meningkatkan kepatuhan dengan cara meningkatkan ketrampilan komunikasidokter, petugas dengan pasien, keterlibatan keluarga (Taylor, 1990,; Sarafino, 1990; Ley, 1992)

2.4 Budaya

Dari sudut pandang antropologi, penyakit tidak bisa dilihat hanya dari masalah klinis saja tetapi juga harus dipahami dari aspek lingkungan, kebudayaan dan juga dari keganasan kuman atau keparahan penyakit yang dipengaruhi oleh perbedaan usia, jenis kelamin, kelas sosial dan kelompok etnis (Brown dan Inhorn, 1990).

Budaya dapat memainkan peran dalam menentukan pola penyakit pada suatu kelompok masyarakat tertentu dan hal ini disebabkan oleh dua faktor, yaitu : Pertama kebudayaan dapat membentuk berbagai perilaku yang dapat menyebabkan seseorang terkena penyakit tertentu, misalnya kebiasaan tidak menggunakan kelambu saat tidur sehingga digigit nyamuk malaria.

Kedua perubahan lingkungan disebabkan oleh manusia juga dapat mempercepat proses penularan suatu penyakit, misalnya gantungan pakaian dalam kamar tidur merupakan tempat tersembunyi nyamuk malaria.

Selain itu manusia tanpa menyadari bahwa manusia berperan dalam menularkan berbagai penyakit melalui pola perilaku sosial. Semua faktor ini dipengaruhi oleh lingkungan alam dan unsur sosial budaya dimana agent penyebab penyakit dan manusia saling berinteraksi (Marcia dan Peter, 1997). Untuk itu faktor kepatuhan berobat suatu penyakit dalam hal ini penyakit malaria juga disebabkan oleh faktor sosial dari manusia itu sendiri.

Kalau kita memperhatikan suatu masyarakat maka dapat dilihat bahwa warganya, walaupun mempunyai sifat secara individual berbeda namun akan memberi reaksi yang sama pada berbagai gejala tertentu. Misalnya penderita panas tinggi di antar ke dukun, mereka menganggap bahwa sakit tersebut

disebabkan oleh angin marah. Reaksi seperti ini adalah karena mereka memiliki kepercayaan, sikap, nilai dan kebiasaan yang sama. Berbagai hal yang dimiliki bersama itulah dinamakan kebudayaan (Ihromi, 1996). Hal ini sejalan dengan pendapat Kroeber (1948) yang menyebutkan bahwa :

1. Budaya merupakan keseluruhan reaksi gerak, kebiasaan, tata cara, gagasan dan banyak nilai yang dipelajari serta diwariskan dari perilaku yang ditimbulkannya.
2. Bahwa perilaku manusia sangat ditentukan karena budaya dan bukan dipengaruhi oleh keturunan. (Nicholas, Stephen & Bryans, 1984)

Berdasarkan pemahaman tersebut maka sudah jelas bahwa kebiasaan, kepercayaan, prasangka merupakan bagian dari unsur kebudayaan yang mendasari pola perilaku masyarakat terhadap suatu obyek tertentu yang selanjutnya akan diuraikan sebagai berikut :

2.4.1 Kebiasaan

Manusia selalu mencoba setiap cara yang mungkin dilakukan dalam menghadapi segala sesuatu. Berbagai masyarakat telah menemukan pola yang dapat dilaksanakan dan hal ini mulai dari coba-coba, mungkin kebetulan, atau beberapa pengaruh yang tidak disadari oleh sekelompok orang sehingga sampai pada kemungkinan untuk mengulanginya atau menerima sebagai suatu cara yang wajar dalam memenuhi kebutuhan tertentu. Kejadian ini diturunkan pada generasi berikutnya dan menjadikan satu kebiasaan.

Kebiasaan menurut psikologi sosial hanyalah suatu cara yang lazim dan wajar diulang-ulang dalam melakukan sesuatu oleh sekelompok orang (Horton & Hunt, 1999). Dalam hal ini generasi barupun menyerap kebiasaan, akibatnya bila seseorang dikelilingi oleh banyak kebiasaan dan terus menerus melihat cara

perilaku tertentu sehingga mereka yakin bahwa hanya cara itulah yang benar. Namun kebiasaan kelompok lain tampak sebagai suatu keganjilan dan tidak praktis dalam menyelesaikan sesuatu. Hal ini dapat dipahami sebab setiap orang mempunyai cara sendiri-sendiri dalam mengatasi berbagai persoalan yang dihadapinya ini tergantung dari latar belakang budaya dimana orang itu berasal. Sebagai contoh jika seseorang yang sakit malaria berobat ke dukun maka orang lain akan menganggapnya tidak mempunyai perilaku kepatuhan berobat di puskesmas, hal ini sangat dipengaruhi oleh budaya kesehatan yang diyakininya.

2.4.2 Kepercayaan

Andrew Lang (1912 :58) dalam buku teori antropologi menyebutkan bahwa dalam jiwa manusia ada suatu kemampuan gaib yang dapat bekerja lebih kuat dari daya fikir manusia secara rasional. Karena gejala gaib tersebut bisa bekerja lebih kuat terhadap beberapa orang yang tidak aktif dalam menggunakan fikirannya.

Berdasarkan teori tersebut jelas bahwa unsur kepercayaan biasanya diwarnai dengan aspek budaya yang dianut dan diterima dari lingkungan sekitarnya. Sistem kepercayaan biasanya berwujud dalam bentuk pikiran dan gagasan manusia tentang sesuatu hal yang diwariskan dari generasi ke generasi secara turun temurun (Koentjaraningrat, 1987). Sistem kepercayaan tersebut juga menyangkut tentang sistem norma, ajaran kesusilaan atau ajaran doktrin lainnya yang mengatur tingkah laku manusia terhadap suatu fenomena tertentu. Dalam kepercayaan tersebut biasanya mencakup ajaran doktrin, tafsiran mitos dan juga dongeng secara lisan atau tulisan yang menceritakan hal tertentu. Ini sesuai

dengan pendapat Widyosiswoyo (1996) yang mengatakan bahwa kepercayaan adalah suatu anggapan yang mengakui bahwa sesuatu itu memang benar dan diyakini akan adanya.

Sistem Kepercayaan *Supranatural*, merupakan penyakit *supranatural* yang berkembang menjadi sistem kepercayaan masyarakat. Penyakit ini disebabkan oleh *intervensi* langsung dari dewa atau roh atau melalui tukang sihir (suatu makhluk hidup dalam kontrol kekuatan *supranatural*) atau melalui gangguan benda asing dalam tubuh. "Benda" ini bisa roh atau jin atau sesuatu yang nyata seperti tulang atau batu-batu kerikil (Ackernecht, 1982).

Manusia menggunakan beberapa prosedur ramalan atau mendiagnosakan penyakit tersebut dengan melihat batu- batu kerikil untuk membaca maksud dari *supranatural* sehingga memudahkan tindakan penyembuhan, yaitu dengan cara *ritual religius* seperti doa, mantra untuk mengusir setan atau dengan kekuatan fisik seperti pengisapan, muntah yang disengajakan atau mengeluarkan darah untuk menarik benda asing dalam tubuh pasien (Ackernecht, 1982).

Prosedur yang paling menakutkan adalah dilakukan *trephination* atau membuat lobang pada kepala dengan menggunakan batu tajam. Tujuan dari *trephination* tidak diketahui tetapi banyak yang percaya bahwa ini dilakukan untuk mengeluarkan roh jahat. Lobang yang dibuat dengan berbagai ukuran dan konfigurasi tergantung dari diagnosis. Penelitian menunjukkan bahwa banyak pasien tetap hidup dengan operasi *trephination* dan beberapa diantaranya menerima *trephination* tambahan (Green, 1968).

Doa dan mantra, tarian ritualistik dan pengorbanan juga digunakan untuk mempengaruhi perhatian dewa. Teknik ini juga meningkatkan kepercayaan pasien dalam pengobatan yang di usahakan (Camp, 1977; Achermecht, 1982).

2.4.3 Sikap

Secara historis, istilah sikap (*attitude*) digunakan pertama kali oleh Herbert Spencer di tahun 1862 yang pada saat itu diartikan olehnya sebagai status mental seseorang (Allen, Guy, & Edgley, 1980). Di masa-masa awal penggunaan konsep sikap sering dikaitkan dengan postur fisik atau posisi tubuh seseorang (Wrightsman & Deaux, 1981).

Ketika Thomas dan Znaniecki di tahun 1918 (Allen, Guy, & Edgley, 1980) mengatakan bahwa psikologi sosial adalah studi ilmiah mengenai sikap maka konsepsi sikap pun diterima secara formal dalam dunia pengetahuan.

2.4.3.1 Pengertian Sikap

Para ahli psikologi seperti Louis Thurstone (1928) dan Rensis Likert (1932) dan Charles Osgood menurut mereka bahwa, sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau tidak mendukung atau derajat afek positif atau afek negatif terhadap sesuatu obyek psikologis (Edwards, 1957).

Para ahli Chave (1928) Bogardus (1931) LaPierre (1934, Gordon Allport (1935) kelompok ini terkenal di bidang psikologis sosial dan psikologi kepribadian menurut mereka bahwa sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. Atau suatu pola perilaku tendensi atau kesiapan antisipasi, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam

situasi sosial, secara sederhana kelompok ahli ini mengatakan sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan.

Para ahli pada kelompok ke tiga ini berorientasi kepada skema triadik (triadic scheme) menurut mereka bahwa sikap merupakan konstelasi komponen-komponen kognitif, afektif dan konatif yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan dan berperilaku terhadap suatu objek. Secord & Backman (1964) mendefinisikan sikap sebagai keteraturan tertentu dalam hal perasaan (*afeksi*), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya.

2.4.3.2 Komponen Sikap

Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 komponen yaitu 1) kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu obyek, 2) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek, 3) kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen tersebut diatas secara bersama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Contoh, seorang penderita malaria telah mendengar tentang penyakit malaria (penyebabnya, gejalanya akibatnya, pencegahannya juga tentang obatnya). Pengetahuan ini akan membantu penderita malaria berpikir dan meyakinkan diri untuk makan obat anti malaria yang diberikan dokter agar penyakitnya tidak menjadi lebih parah atau sembuh.

2.4.3.3 Tingkatan Sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu :

1. Menerima (*Receiving*), menerima diartikan bahwa subyek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan. Misalnya sikap penderita malaria terhadap obat anti malaria yang diberikan oleh dokter dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian penderita malaria itu terhadap informasi yang diberikan oleh dokter tentang aturan menggunakan obat anti malaria.
2. Merespons (*Responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Dengan memberikan jawaban dan mengerjakan tugas yang diberikan apakah benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide.
3. Menghargai (*Valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan sesuatu masalah adalah indikasi sikap. Misalnya seorang bapak mengajak tetangganya untuk membersihkan lingkungan dan mengeringkan genangan air agar tidak menjadi tempat perindukan nyamuk anopheles, adalah suatu bukti bahwa bapak tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap penularan penyakit malaria.
4. Bertanggung jawab (*Responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala risiko adalah sikap yang paling tinggi. Misalnya seorang ibu mau menjadi kader malaria walaupun mendapat tantangan dari suami dan anak-anaknya.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu obyek. Misalnya, bagaimana pendapat anda tentang pelayanan petugas Puskesmas Kota Ratu ? Atau dalam bentuk pernyataan, misalnya saya minum obat anti malaria apabila sakit sudah parah.

2.4.4 Pendidikan Kesehatan

Semua petugas kesehatan mengakui bahwa Pendidikan Kesehatan penting untuk menunjang program-program kesehatan, akan tetapi pada kenyataannya pengakuan itu tidaklah didukung oleh kenyataan. Artinya, dalam program pelayanan kesehatan kurang dilibatkan pendidikan kesehatan, mungkin telah melibatkan pendidikan kesehatan, tetapi kurang berbobot. Argumentasi mereka bahwa pendidikan kesehatan tidak segera memperlihatkan hasilnya. Pendidikan kesehatan baru dapat dilihat beberapa tahun kemudian. Dalam waktu pendek pendidikan kesehatan hanya menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat.

Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh kepada perilaku sebagai hasil jangka menengah dari pendidikan kesehatan. Peranan pendidikan kesehatan adalah melakukan intervensi faktor perilaku sehingga perilaku individu, kelompok atau masyarakat sesuai dengan berbagai nilai kesehatan. Dengan perkataan lain Pendidikan Kesehatan adalah suatu usaha untuk menyediakan kondisi psikologis dari sasaran agar mereka berperilaku sesuai dengan tuntutan berbagai nilai kesehatan.

2.4.5 Pengetahuan

Menurut Dr. Soekidjo Notoadmodjo (1983), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan tertentu terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan ini terjadi melalui panca indra yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku/ tindakan seseorang. Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh

... dengan ... mulai ... sehingga ... dari ... perilaku yang tidak disertai oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) membuktikan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan sebagai berikut : a) *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (*objek*). b) *Interest*, dimana orang mulai tertarik terhadap stimulus. c) *Evaluation*, orang menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. d) *Trial*, dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru. e) *Adoption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulus. Namun dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tersebut tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut diatas.

Pengetahuan akan suatu masalah akan memberi kemampuan untuk dapat menilai, menganalisa, menerima atau menolak masalah tersebut. Dengan pengetahuan pula, seseorang akan mampu dan terampil untuk melaksanakan sesuatu yang berhubungan dengan pengetahuan yang diperolehnya.

2.5 Model yang berhubungan dengan Sehat dan Sakit

2.5.1 Model Suchman

Model Suchman adalah menyangkut pola sosial dari perilaku sakit yang tampak pada cara orang mencari, menemukan dan melakukan perawatan atau pengobatan medis (Suchman, 1965b: 114). Pendekatan yang digunakannya berkisar pada 4 unsur yang merupakan faktor utama dalam perilaku sakit, yaitu : 1) perilaku itu sendiri; 2) sekuensinya; 3) tempat atau ruang lingkup dan 4) variasi perilaku selama perawatan/pengobatan medis. Unsur pertama, perilaku sakit, yang

menggambarkan alternatif perilaku yaitu: 1) mencari pertolongan medis dari berbagai sumber atau pemberi pelayanan; 2) fragmentasi perawatan medis; 3) menangguhkan atau mengundurkan upaya mencari pertolongan sesuai dengan gejala yang dirasakan; 4) melakukan pengobatan sendiri; 5) membatalkan atau menghentikan pengobatan.

Menurut paradigma Suchman, sekuensi peristiwa medis dibagi atas 5 tingkat, yaitu: 1) pengalaman dengan gejala penyakit, 2) penilaian terhadap peran sakit, 3) kontak dengan perawatan/pengobatan medis, 4) jadi pasien, dan 5) sembuh atau masa rehabilitasi. Pada tingkat permulaan, terdapat 3 dimensi gejala yang menjadi pertanda ketidakberesan dalam diri seseorang. Pertama, adanya rasa sakit, kurang enak badan atau sesuatu yang tidak biasa dialami. Kedua, pengetahuan seseorang tentang gejala tersebut mendorongnya membuat penafsiran yang berkaitan dengan gangguan terhadap fungsi sosialnya. Ketiga perasaan terhadap gejala tersebut berupa rasa takut atau cemas.

Pada saat orang mengira bahwa dirinya sakit, maka orang akan mencoba mengontrol gejala tersebut melalui pengobatan sendiri. Sementara itu pihak keluarga dan semua teman dimintai nasihat. Sistem rujukan awam (*lay-referral system*) dapat mempengaruhi seseorang berperan sakit, sedangkan upaya diskusikan gejala dengan orang-orang terdekat atau orang penting lainnya bertujuan untuk memperoleh "pengakuan" yang diperlukan agar ia mendapat kebebasan dari tuntutan dan tanggung jawab sosial tertentu. Selanjutnya berhubungan dengan pihak pelayanan medis, dokter membantu memenuhi kebutuhan fisik dan psikologis, dengan memberikan diagnosa dan pengobatan

terhadap gejala, pada tahap ini seseorang bisa menerima tindakan atau saran pengobatan dan bisa juga menolaknya.

Pada saat menjadi pasien, yaitu saat seseorang tergantung pada pihak pemberi perawatan medis, maka orang sakit itu berada dalam suatu keadaan yang memaksa ia harus menerima serangkaian tindakan yang ditentukan dokter. Meskipun orang itu tidak ingin menyerahkan semua keputusan pada dokter, namun situasi “tergantung pada dokter” ini dianggap perlu diterima agar sembuh dan pulih seperti sediakala agar dapat melakukan kegiatan sebagaimana biasa.

Tahap terakhir adalah, pasien bebas dari sakit dan memasuki tahap pemulihan kesehatan (misalnya pengobatan berakhir pasien dianggap sembuh secara medis), atau memasuki tahap rehabilitasi (misalnya pasien dinyatakan masih berstatus penderita penyakit kronis atau cacat).

Suchman (1965a) memformulasikan suatu pernyataan teoritis mengenai hubungan antara struktur sosial dan orientasi medis dengan variasi respons individu terhadap penyakit dan perawatan medis. Dalam pengembangan model ini, Suchman membahas dari berbagai faktor lain (faktor tempat, variasi respons terhadap penyakit, dan perawatan medis) sesuai dengan kelima tahap penyakit dan proses perawatan medis tersebut.

Struktur sosial kelompok ditentukan oleh keadaan sosial dari 3 tingkat kelompok yaitu tingkat komunitas, persahabatan, dan keluarga. Pada tingkat komunitas, derajat hubungan sosial diukur dengan kuat tidaknya rasa kesukuan, pada tingkat persahabatan diukur dengan solidaritas persahabatan, dan pada tingkat keluarga ditandai dengan kuat tidaknya orientasi terhadap tradisi dan otoritas. Ketiga dimensi hubungan sosial tersebut dikombinasikan kedalam suatu

indeks Kosmopolitan parokial struktur sosial. Parokialisme diartikan sebagai suatu keadaan sosial dimana terdapat rasa kesukuan yang kuat, solidaritas persahabatan tinggi, dan sangat berorientasi pada tradisi dan otoritas dalam keluarga. Orientasi kesehatan seseorang dilihat sebagai suatu kontinum, yang dibedakan atas orientasi ilmiah (bersifat obyektif, profesional, dan impersonal), dan orientasi populer (bersifat subyektif, awam, dan personal), yang disesuaikan menurut tingkat pengetahuan pasien mengenai penyakit, skeptisisme (rencana) terhadap perawatan kesehatan, dan ketergantungan seseorang akibat penyakit.. Orientasi pada kesehatan populer ditandai oleh rendahnya tingkat pengetahuan tentang penyakit (dimensi kognitif), tingginya tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis (dimensi afektif) dan tingginya tingkat ketergantungan seseorang akibat penyakit (dimensi perilaku).

Dari pernyataan tersebut diatas dapat di asumsikan bahwa seseorang penderita malaria patuh atau tidak patuh terhadap pengobatan tergantung dari 4 unsur yang merupakan faktor utama dalam perilaku sakit dan konsep-konsep alternatif perilaku apakah mencari pertolongan (pengobatan), menanggukkan, melakukan pengobatan sendiri atau menghentikan pengobatan; namun hal ini tergantung dari dukungan struktur sosial kelompok yaitu kelompok komunitas, kelompok persahabatan dan kelompok keluarga.

2.5.2 Model Mechanic

Mechanic mengembangkan suatu model mengenai faktor yang mempengaruhi perbedaan cara orang melihat, menilai serta bertindak tentang suatu gejala penyakit (Mechanic, 1962: hlm.189). Dalam mengembangkan model ini Mechanic (1978: 268-269) menggunakan 10 tipe variabel yang menentukan

perilaku sehat yaitu : 1) adanya tanda penyimpangan dan gejala penyakit yang dirasakan; 2) seberapa jauh gejala penyakit dipandang serius oleh seseorang, maksudnya apakah bahaya dalam waktu dekat atau masa yang akan datang; 3) seberapa jauh gejala penyakit menimbulkan gangguan kehidupan keluarga, pekerjaan dan kegiatan sosial; 4) frekwensi terjadinya tanda penyimpangan; 5) batas toleransi dari orang menilai gejala penyakit tersebut; 6) informasi tersedia, pengetahuan, kebudayaan serta pandangan orang yang menilai; 7) adanya kebutuhan pokok lain yang menimbulkan penolakan terhadap gejala tersebut; 8) kebutuhan untuk melawan dengan penyakit; 9) adanya intervensi yang timbul setelah gejala penyakit diketahui; 10) sumber pengobatan tersedia serta biaya yang harus dikeluarkan (dalam hal ini menyangkut jarak, waktu, uang dan tenaga, akan tetapi juga akibat kecacatan).

Mechanic menduga bahwa pengetahuan seseorang tentang gejala penyakit tidak ada kaitannya dengan tingkat keparahan penyakit dipandang dari sudut kedokteran. Mechanic menggunakan 10 tipe variabel yang menentukan perilaku sehat diantaranya 1) Seberapa jauh gejala penyakit dipandang serius oleh seseorang, 2) seberapa jauh gejala penyakit menimbulkan gangguan keluarga atau kegiatan sosial, 3) Adanya intervensi yang timbul setelah gejala penyakit diketahui dan 4) sumber pengobatan serta biaya. Variabel ini hampir sama dengan unsur pokok dalam model kepercayaan terhadap kesehatan (health belief model), akan tetapi Mechanic memformulasikan dengan menekankan peranan dari gejala penyakit (kemenonjolan, frekwensi, lamanya) dan dari para penilai sendiri (pengetahuan mereka, latar belakang budaya, tingkat gangguan dan proses nyata yang berlangsung). Mechanic membedakan antara penyakit “ menurut pandangan

orang lain “ dan “ menurut pandangan diri sendiri “. Kedua pandangan ini dapat mempengaruhi sistem rujukan awam (*lay-referral*) dan tekanan dari keluarga satu sama lain berbedah. Bila pandangan orang lain penyakit itu bersumber pada suatu dalam lingkungan, maka orang sakit tersebut cenderung menolak pandangan itu dan mungkin pergi berobat karena terpaksa. Jenis penyakit yang dirumuskan orang lain seperti penyakit kejiwaan akan diiringi dengan penolakan orang itu tentang gejala dan perawatan yang disarankan. Mechanic (1968: 138- 139) yakin bahwa variabel yang mempengaruhi pandangan terhadap suatu gangguan kesehatan, baik pandangan sendiri maupun orang lain dalam kelompoknya mirip satu sama lain, baik yang menyangkut penyakit fisik maupun mental. Inilah beberapa faktor yang mempengaruhi orang “mencari pertolongan medis” saling berkaitan satu sama lain.

2.5.3 Model Andersen

Suatu pendekatan konseptual yang banyak digunakan dalam pemanfaatan pelayanan dokter adalah model perilaku yang dikembangkan oleh R. Andersen (1968), yang kemudian disempurnakan oleh koleganya (Andersen dan Newman, 1973; Aday dan Andersen, 1974; Andersen dkk., 1975). Kerangka model ini menggambarkan konsekuensi individu terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan tergantung pada : 1) predisposisi keluarga untuk menggunakan jasa pelayanan kesehatan, 2) kemampuan mereka untuk melaksanakannya, dan 3) kebutuhan mereka terhadap jasa pelayanan tersebut (Andersen, 1968).

Komponen “predisposisi” keluarga dalam model tersebut mencakup karakteristik keluarga sebelum kejadian penyakit, dimana terdapat kecenderungan yang berbedah dalam penggunaan pelayanan kesehatan : meliputi variabel

demografik (umur, jenis kelamin, status perkawinan); variabel struktur sosial (pendidikan, pekerjaan kepala keluarga, suku bangsa); serta kepercayaan dan sikap terhadap perawatan medis, dokter dan penyakit (termasuk stres serta kecemasan yang berkaitan dengan kesehatan).

2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Berobat

Perilaku seseorang dalam bertindak yang ada hubungan dengan kepatuhan berobat dipengaruhi oleh dasar motivasi pribadi dari suatu perilaku kesehatan, yang mencakup pengetahuan, sikap, persepsi, kepercayaan, kebiasaan, tradisi, tingkat pendidikan, sosial ekonomi, adanya penyuluhan kesehatan atau paparan media massa tentang kesehatan. Selain adanya motivasi dalam diri pribadi perlu juga dorongan dan dukungan agar terlaksananya suatu tindakan, misalnya kecukupan biaya, jarak pelayanan yang dekat atau kelengkapan sarana pelayanan kesehatan, sistem pelayanan kesehatan yang berupa sikap dan perilaku petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan, adanya dukungan dari pihak keluarga, teman, atasan dan lain sebagainya.

Decision theory : Janis (1985) menganggap pasien sebagai pengambil keputusan, dan kepatuhan sebagai hasil dari proses pengambilan keputusan. Hal ini tercermin dalam *Conflict theory* dari Janis dan Mann (1977). *Theory* ini mengatakan bahwa: para pasien sendirilah harus memutuskan apakah mereka akan menjalani/mematuhi pengobatan, oleh karena itu seharusnya diberitahu mengenai prosedurnya, risiko dan efektifitas pengobatan agar mereka bisa mengambil keputusan yang tepat.

Secara umum orang merasa bahwa menerima penghiburan, perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang biasanya cenderung lebih

mudah mengikuti/mematuhi nasihat dari pada pasien yang kurang mendapat dukungan sosial (Sarafino, 1990). Faktor demografis juga digunakan untuk meramal ketidakpatuhan (Taylor, 1991). Sebagai contoh : di Amerika Serikat para wanita, kaum kulit putih dan orang tua cenderung mengikuti anjuran dokter. Umur atau status perkembangan merupakan faktor penting (La Greca, 1988). Sebagai contoh : anak-anak punya tingkat kepatuhan lebih tinggi dibandingkan dengan remaja, meskipun anak-anak itu kurang mendapatkan informasi, salah satu strategi untuk meningkatkan kepatuhan berobat perlu adanya ketrampilan berkomunikasi antara dokter dan pasien mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya dengan keterlibatan lingkungan sosial (Taylor, 1990., Sarafino, 1990., Ley, 1992). Dukungan sosial menjadi suatu faktor yang penting mempengaruhi faktor kepatuhan, untuk itu tenaga kesehatan seharusnya mencoba untuk mempertinggi dukungan sosial. Jika tenaga kesehatan dapat memperoleh jalan masuk keluarga pasien, maka ketidakpatuhan dapat dikurangi. Riset telah mempertunjukkan bahwa kerja sama anggota keluarga maka kepatuhan menjadi lebih tinggi (Taylor, 1991).

Dunbar dan Waszak (1990) menyarankan bahwa tidak semua intervensi menjadi sukses atau hanya mempunyai efek yang menguntungkan ketika dikombinasikan dengan banyak metode lain : 1) Pengelolaan diri (*self management*) Contoh: anak-anak diajari untuk mencatat berapa kali berobat di Puskesmas dalam setahun. 2) Pengingat. Contoh mengingatkan pada pasien untuk minum obat menjelang jam 12 siang. 3) Penguat (*reinforcement*). Contoh sistim pemberian hadiah untuk mengingatkan kepatuhan terhadap aturan minum obat. 4) Pengawasan yang ditingkatkan. Contoh petugas kesehatan mendiskusikan

dengan keluarga tentang masalah kepatuhan serta pentingnya pengobatan.

5) Meningkatkan keterlibatan orang tua misalnya *intervensi* pendidikan atau monitor diri.

Kebingungan bisa terjadi setelah pasien konsultasi dengan dokter, ketika pasien di rumah dan mengikuti instruksi. Mari kita ilustrasikan :

1. “Minum obat ini tiga kali sehari.” Karena itu berarti harus tiap delapan jam, apakah saya harus tinggalkan pekerjaan saya ? Akibatnya bagaimana bila saya melupakan ? Perlukah saya meminum dua tablet ketika saya ingat ?

2. “ Hanya dengan pil ini kamu bisa jadi sehat.” Sejauh mana yang dimaksud tidak sehat ? Sampai tiga hari, pagi, siang dan malam saya harus meminumnya ? Apakah tidak baik untuk meminum pil itu ? Jika aku lakukan, apakah saya termasuk orang yang patuh ?

Norton J.C (1988) dan Sarafino E.P (1990), menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat antara lain petugas kesehatan, obat dan penderita

a. Petugas Kesehatan

Peranan petugas kesehatan adalah memberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lilja,J. (1985), ditemukan penderita kurang mendapat penyuluhan tentang pengobatan, dalam hal ini disebabkan karena petugas kesehatan kurang memiliki pengetahuan tentang pengobatan. Tjitra, E. (1994), menyatakan bahwa di beberapa rumah sakit dan di lapangan, tidak jarang ditemukan pengobatan malaria tidak rasional, baik regimen maupun dosis obat malariannya. Hal ini mungkin karena ketidak tahuan yang disebabkan dalam masa pendidikan petugas kesehatan tidak mempunyai

pengalaman atau tidak mendapat kesempatan menangani kasus malaria, atau adanya ketidak seragaman kurikulum dalam hal ini khususnya mengenai pengobatan malaria. Selain itu pemberian informasi yang sejelas-jelasnya kepada pasien (penderita) sangat diperlukan. Menurut Wilmana,P.F. (1979), reaksi pemutusan tiba-tiba terapi obat dapat dihindari bila petugas memberikan penerangan secukupnya kepada pasien. Masyarakat sebaiknya mengetahui nama obat, mengerti untuk apa obat yang dimakan. Mereka pun harus tahu bagaimana memakan obat dengan tepat, berapa banyak, berapa kali sehari, bersama makan atau pada waktu perut kosong dan juga untuk berapa lama (Setiadji,R, 1996).

b. Obat.

Dari beberapa penelitian ditemukan bahwa pengobatan mengganggu pelaksanaannya menyebabkan penderita tidak patuh minum obat, pengobatan tidak menunjukkan perubahan kearah penyembuhan, pengobatan memerlukan waktu yang lama, ada efek samping obat (Sarafino,E. P. 1990). Demikian pula tentang masalah ketidak patuhan yang berkaitan dengan obat ditemukan oleh Eraker,S.A., et al (1984), yaitu penderita tidak patuh berobat (minum obat) apabila cara pengobatan terlalu sulit, pengobatan dalam jangka waktu lama, pengobatan mempengaruhi kebiasaan gaya hidup, dan membutuhkan biaya mahal.

c. Faktor Penderita

Karakteristik penderita adalah faktor predisposisi/penentu (*Predisposing Factors*) yang merupakan dasar atau motivasi (landasan pribadi) dari suatu perilaku kesehatan, yang mencakup pengetahuan, sikap, persepsi, kepercayaan, nilai, tradisi serta faktor sosial demografi seperti tingkat pendidikan, keterpaparan

terhadap media massa/penyuluhan kesehatan, sosial ekonomi dan umur (Sarafino,E.P. 1990; Green,L, et al, 1980; Notoatmodjo, S. 1993; Juanita, 1977).

Selain itu dukungan orang lain, seperti teman, saudara, orang tua dapat meningkatkan kepercayaan dan kepatuhan dalam penggunaan obat atau pengobatan (Sarafino,F.P. 1990; Green, L, et al. 1980; Notoatmodjo, S. 1993; Juanita, 1977).



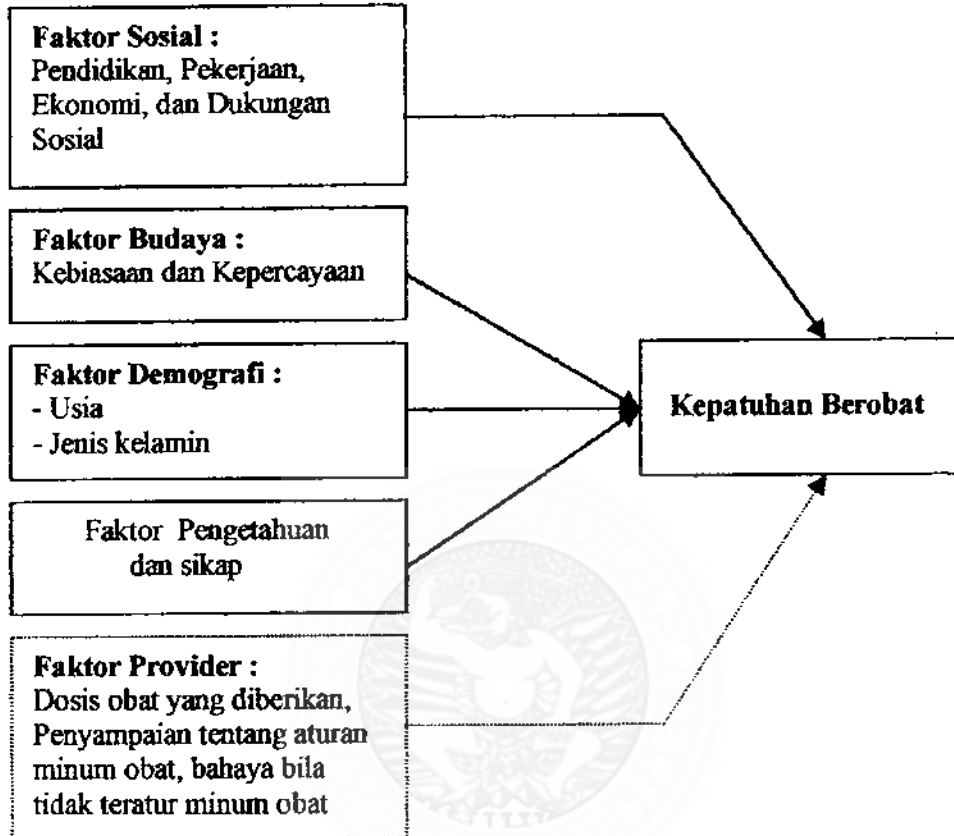


BAB III
KERANGKA KONSEP PENELITIAN
DAN HIPOTESIS

BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep penelitian

Keterangan

Di teliti

Tdk diteliti

Kerangka konsep penelitian ini pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara beberapa konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teori *Compliance* (Sarafino), 1990).

Menurut WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu karena adanya beberapa alasan pokok yaitu 1) pengetahuan, diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. 2) kepercayaan, merupakan sesuatu yang diterima dan diyakini kebenarannya dari orang lain atau dari orang tua tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. 3) Sikap, sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat, dan sikap yang positif terhadap nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata. 4) Orang yang dituruti, perilaku setiap orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang yang dianggap sangat penting. 5) Beberapa sumber daya (*Resources*), sumber daya yang dimaksud adalah beberapa fasilitas, uang, waktu, tenaga, semuanya akan mempengaruhi terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat. 6) Sosial budaya : kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan berbagai sumber daya dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut budaya.

Sarafino (1990) mengatakan kepatuhan (*compliance*) sulit dianalisis, sulit didefinisikan, sulit untuk diukur dan tergantung pada banyak faktor (usia, jenis kelamin, ekonomi, pendidikan dan dukungan orang lain). Dari pernyataan ini dapat disimpulkan bahwa kepatuhan berobat penderita malaria di Puskesmas Kotaratu Kecamatan Ende Selatan dipengaruhi oleh faktor-faktor tersebut diatas.

3.2 Hipotesis

1. Ada hubungan antara masing-masing faktor sosial (pendidikan, pekerjaan, ekonomi, dan dukungan sosial) dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria

2. Ada hubungan antara masing-masing faktor budaya (kebiasaan dan kepercayaan) dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria.
3. Ada hubungan antara masing-masing faktor demografi (usia dan jenis kelamin) dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria.
4. Ada hubungan antara faktor pengetahuan dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria dan faktor sikap dengan kepatuhan berobat penderita penyakit malaria.





BAB IV
METODE PENELITIAN

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini secara *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antar berbagai faktor sosial budaya dan demografi (pendidikan, pekerjaan, ekonomi, dukungan sosial, kebiasaan, kepercayaan, usia, jenis kelamin, pengetahuan, sikap,) yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pada penderita malaria. Dalam penelitian ini juga dilakukan pendekatan kualitatif guna mendapatkan tambahan informasi dari penderita atau keluarga penderita malaria secara jelas untuk mendukung data yang diperoleh dari pendekatan kuantitatif.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

4.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah Kabupaten Ende dengan data penderita malaria 5 tahun yang berasal dari 15 Puskesmas di wilayah Kabupaten Ende (data terlampir). Dipilihnya Puskesmas Kotaratu Kecamatan Ende selatan dengan pertimbangan mempunyai riwayat rekam medis (*medical record*) yang cukup memadai, penegakan diagnosis terhadap penyakit malaria lebih pasti (secara klinis dan parasitologis), mudah terjangkau. Hal ini merupakan salah satu syarat untuk penelitian ini.

4.2.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian akan dilaksanakan selama 5 bulan, yaitu April - Agustus 2003 mencakup mulai dari tahap persiapan sampai tahap analisis data dan laporan.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah seluruh penderita yang pernah sakit malaria dan mendapat pengobatan serta bermukim di wilayah kerja Puskesmas Kotaratu Kecamatan Ende Selatan.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah populasi. Kriteria sampel pada penelitian ini meliputi pernah mengalami sakit malaria dan mendapat program pengobatan yang tercatat di puskesmas.

Sampel yang digunakan untuk data kuantitatif sebesar 44 orang dan 10 orang yang ditentukan oleh peneliti atas konsultasi dengan petugas puskesmas untuk menjadi informan untuk data kualitatif, salah satu kriteria informan ini adalah orang terpandang di wilayah tersebut, hal yang ditanyakan antara lain tentang kebiasaan, kepercayaan terhadap penyakit malaria dan pengobatannya.

4.3.2.1 Besar Sampel

Besarnya sampel dihitung dengan menggunakan rumus

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)} \quad (\text{Notoatmodjo, 2002})$$

Keterangan :

N = Besar populasi penderita malaria = 50

n = Besar sampel

d = Tingkat presisi (tingkat kesalahan masih bisa ditoleransi) = 0,05

$$n = \frac{50}{1 + 50 (0,05^2)} = 44$$

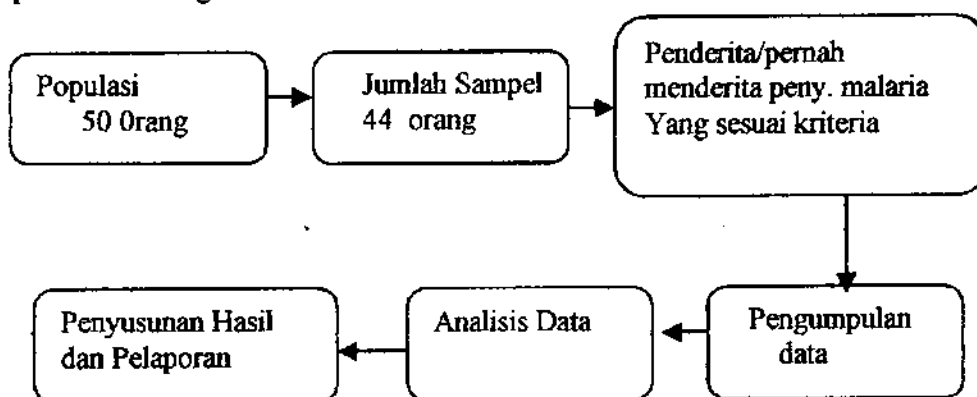
Besarnya populasi sebanyak 50 orang didapat dari catatan Puskesmas Kotaratu, dan orang yang berada di wilayah kerja puskesmas, serta yang bersedia terlibat dalam penelitian ini. Banyak mantan penderita penyakit malaria namun tidak menjadi responden karena : 1) orang luar wilayah datang berobat ke Puskesmas Kotaratu, 2) tidak bersedia terlibat dalam penelitian ini karena masih berkabung dengan kematian anggota keluarga akibat bencana alam (banjir).

Dengan diketahui besar populasi , dan digunakan rumus tersebut dapat ditentukan besar sampel yang harus diambil adalah 44 responden.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan sampel secara acak sederhana (*Simple random sampling*). Hakekat dari pengambilan sampel secara acak sederhana adalah setiap anggota dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel. Cara pengambilan sampel acak sederhana ini dengan mengundi anggota populasi (*lottery technique*) atau teknik undian (Notoatmodjo, 2002 : 85)

4.4 Alur Penelitian

Proses yang dilakukan dalam penelitian ini dapat dilihat pada alur penelitian sebagai berikut :



Gambar 4.1 Alur penelitian tentang faktor sosial budaya yang mempengaruhi kepatuhan berobat penderita malaria di Puskesmas Kotaratu

4.5 Cara Pengukuran dan Definisi Operasional Variabel

4.5.1 Cara Pengukuran

4.5.1.1 Tingkat pengetahuan diukur dengan cara memberikan pertanyaan-pertanyaan:

- a. Untuk pertanyaan dengan kemungkinan jawaban benar lebih dari satu, maka nilai bergerak dari 5 - 1
- b. Untuk pertanyaan dengan kemungkinan jawaban hanya satu yang paling benar, maka nilainya bergerak dari 5 - 1

Dari semua nilai pengukuran tingkat pengetahuan responden, ditetapkan kategori sebagai berikut : kurang tahu total nilai 10 – 29 dan tahu bila total nilai 30 –50

Tingkat pengetahuan diukur melalui 11 pertanyaan.

4.5.1.2 Sikap penderita malaria diukur dengan menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban berupa : Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS) (Sugiono, 1994). Responden harus memilih salah satu dari jumlah kategori yang mulai dari sangat setuju sampai sangat tidak setuju. Responden dapat memberi penilaian positif dan negatif sehingga kelihatan sebagai berikut :

Kemungkinan Jawaban		Positif	Negatif
Sangat Setuju	a	4	1
Setuju	b	3	2
Tidak setuju	c	2	3
Sangat Tidak setuju	d	1	4

Kemudian dirumuskan sebagai berikut :

Sikap mendukung (baik) dan sikap kurang mendukung (kurang baik)

4.5.1.3 Kepatuhan dalam pengukurannya diukur dengan pertanyaan tentang kepatuhan penderita malaria dalam pelaksanaan program pengobatan malaria. Tiap pertanyaan diberi nilai, bila dilakukan dengan patuh nilai 1, bila tidak dilakukan dengan patuh nilai 0 (nol). Responden yang dapat melakukan program pengobatan dengan patuh untuk 5 pertanyaan mendapat nilai 5. Kemudian dikategorikan sebagai berikut :

- a. Kepatuhan tidak dilaksanakan dengan baik, bila responden mendapat nilai 0 – 3.
- b. Kepatuhan dilaksanakan dengan baik bila responden memperoleh nilai 4-5

4.5.1.4 Kepercayaan, pengukuran dengan menggunakan 5 pertanyaan yang berhubungan dengan penyebab penyakit malaria, cara penyembuhan dan cara pengobatan. Bila jawabannya benar nilainya 1 dan bila jawabannya salah nilainya 0.

4.5.2 Definisi Operasional

Definisi operasional variabel penelitian dijabarkan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

Variabel	Definisi Operasional	Alat Pengukuran	Skala	Kategori
1	2	3	4	5
Usia	Adalah usia responden yang dihitung mulai sejak lahir sampai saat peneliti melakukan penelitian sesuai pengakuan	Kuesioner	Ordinal	1. Anak-anak (<17 tahun) 2. Dewasa (> 17 tahun)

<p>Jenis Kelamin responden</p>	<p>responden, yang dibuktikan dengan surat pembaptis atau sejenisnya.</p> <p>Jenis kelamin responden adalah jenis kelamin responden yang didasarkan atas surat keterangan yang sah (Akte)</p> <p>Jenis kelamin responden dinyatakan dalam katagori (1) laki-laki dan (2) perempuan.</p>	<p>Kuesioner</p>	<p>Nominal</p>	<p>1 Laki-laki 2 Perempuan</p>
<p>Tingkat pendidikan responden</p>	<p>Tingkat pendidikan formal responden yang terakhir ditamatkan.</p> <p>Misalnya:</p> <p>-tdk sekolah s.d tmt SD, -SMP s.d tmt SMA, -Akademi s.d Perguruan Tinggi</p>	<p>Kuesioner</p>	<p>Ordinal</p>	<p>* Tdk sekolah s/d tmt SD =Rendah 1</p> <p>*SMP s/d tmt SMA = Sedang 2</p> <p>Akademi s/d Perg.Tinggi = Tinggi 3</p>

Pekerjaan	Adalah sumber mata pencaharian responden.	Kuesioner	Nominal	*Tidak bekerja * Buruh *Petani * Nelayan *PNS,ABRI * Peg.Swasta
Status Ekonomi	Adalah keadaan perekonomian responden yang diukur berdasarkan pengeluaran dalam sebulan.	Dengan menggunakan standar BPS Kab. Ende	Ordinal	* < Rp 59000 = Rendah (1) * Rp 60000 s.d 199999 = Sedang (2) * > Rp 200000 = Tinggi (3)
Kebiasaan	Adalah tindakan yang dilakukuan oleh penderita malaria secara berulang-ulang sehingga menjadi suatu hal yang rutin dan tidak disadari akibatnya.	Kuesioner	Ordinal	* Sering kali =Tdk baik Skor 1 * Kadang-kadang =Krg baik Skor 2 * Tdk pernah = Baik skor 3
Kepercayaan	Adalah penerimaan suatu pengobatan tradisional sebagai pembenaran dalam pengobatan penyakit malaria.	Kuesioner	Nominal	*Tidak Percaya = skor 1 *Percaya = skor 2 <u>Keterangan:</u> Jika skor < 50 tdk baik (1) dan jika skor 50 baik (2)
Pengetahuan	Adalah tingkat pemahaman responden tentang penyakit malaria	Kuesioner (Skala Likert)	Ordinal	* Krg Tahu jika 1-6 jawaban benar = Rendah (1) * Tahu jika 7- 11

	yaitu tentang penyebab penyakit malaria, gejala malaria, cara penularan, cara pencegahan dan pemberantasan.			jawaban benar = Tinggi (2)
Sikap	Adalah tanggapan responden yang bersifat positif dan negatif terhadap program pengobatan malaria mulai dari pernyataan sangat setuju sampai dengan pernyataan tidak setuju, yang diketahui melalui kuesioner.	Kuesioner	Ordinal	<p>* SS =Skor 1 * S = Skor 2 * TS =Skor 3 * STS =Skor 4</p> <p>Keterangan: Dengan rumus S.Arikunto yaitu 0-69 % benar = sikap kurang baik. 70 – 100 % benar = sikap baik</p>
Dukungan Sosial	Adalah memberi dukungan moril oleh keluarga/kader malaria/teman terhadap penderita malaria dalam melaksanakan pengobatan.	Kuesioner	Nominal	<p>* Ada = 1 * Tdk ada = 2</p> <p>Keterangan Bila jawaban 1-3 benar berarti ada dukungan. Bila jawaban hanya 1 yang benar berarti tidak mendukung.</p>
Kepatuhan	Adalah kepatuhan penderita malaria dalam menjalankan	Kuesioner	Nominal	<p>*Patuh = 1 *Tidak patuh = 0</p>

	<p>program pengobatan sesuai dengan petunjuk Dokter/ petugas kes: minum obat tepat waktu, (3x1/hr) dengan benar dan tidak merubah resep dokter</p>			<p>(Bila 3-5 jawaban benar nilainya patuh = 1 Bila 0-2 jawaban benar nilai tidak patuh = 0)</p>
--	--	--	--	---

4.6 Teknik pengumpulan data, Jenis data dan pengujian Instrumen

4.6.1 Teknik pengumpulan data

Untuk mendapatkan suatu informasi yang akurat maka penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

1. Teknik wawancara dengan kuesioner, yaitu suatu bentuk pertanyaan secara terstruktur yang digunakan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan penderita malaria, seperti pendidikan, pekerjaan, ekonomi, dukungan sosial, kebiasaan, kepercayaan, usia, jenis kelamin, pengetahuan dan sikap terhadap kepatuhan berobat yang dilakukan oleh penderita malaria.
2. Teknik wawancara mendalam (*Indepth Interview*) yaitu bentuk pertanyaan yang

tidak berstruktur yang dilakukan untuk mendapatkan informasi yang jelas tentang persepsi masyarakat mengenai kepercayaan pada pengobatan tradisional terhadap penyakit malaria.

Informannya dipilih dan ditentukan oleh peneliti atas konsultasi dengan petugas puskesmas, 10 informan ini dianggap akan dapat memberikan jawaban dengan jujur terhadap pertanyaan dari peneliti.

Kriteria informan antara lain : 1) Orang dewasa pria atau wanita, 2) Mantan penderita penyakit malaria, 3) Berada diwilayah kerja Puskesmas Kotaratu, 4) Mampu berbahasa Indonesia dengan lancar, dan 5) Orang yang terpandang di lingkungannya (Tokoh masyarakat).

Tujuan *indepth interview* ini untuk melengkapi data yang diperoleh dari hasil wawancara dengan kuesioner yang masih kabur.

Agar memperoleh instrumen yang baik dilakukan uji coba terhadap 10 sampel yang serupa sebelum periode penelitian (penderita malaria di Puskesmas Pembantu Rewonena). Alasan memilih lokasi uji coba instrumen di Puskesmas Pembantu Reworena karena ada kesamaan karakteristik masyarakat.

4.6.2 Jenis data

Untuk mendukung penelitian ini diperlukan informasi dari berbagai sumber data, misalnya :

1) Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti melalui teknik wawancara dengan kuesioner, dan atau melalui *indepth interview* pada penderita malaria yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Kota ratu.

2) Data Sekunder

Data yang diperoleh secara tidak langsung oleh peneliti melalui berbagai sumber data misalnya :

- (1) Data tentang jumlah penduduk di Kabupaten Ende
- (2) Data tentang profil bidang kesehatan di dinas Kesehatan Kabupaten Ende.
- (3) Data tentang pendapatan/ pengeluaran di pusat statistik Kab. Ende.
- (4) Data tentang angka kesakitan karena malaria di Puskesmas
- (5) Data tentang kebijakan penanggulangan Malaria di Kabupaten Ende.

4.6.3 Pengujian Instrumen untuk data Kuantitatif

Pengujian instrumen dimaksudkan untuk mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen tersebut pada 10 responden.

Pengujian validitas isi tes pengetahuan dan pernyataan sikap untuk mengetahui validitas butir soal/item tes sebagai alat ukur pengetahuan dan sikap terhadap program pengobatan penderita malaria. Uji statistik yang digunakan untuk menghitung validitas tes adalah teknik koefisien bagian total (Sutrisno Hadi, 1991), inilah koefisien kesahihan yang sesungguhnya.

Rumus yang digunakan sebagai berikut

$$r = \frac{NEXY - (EXEY)}{\sqrt{\{NEX^2 - (EX)^2\} \{NEY^2 - (EY)^2\}}}$$

Keterangan:

r = Koefisien korelasi antara variabel X dan Y.

N = Jumlah subyek

EXY = Jumlah perkalian X dengan Y

X^2 = Kuadrat dari X

Y^2 = Kuadrat dari Y

Perhitungan dengan rumus diatas diperoleh hasil bahwa dari 20 butir soal atau item tes pengetahuan yang di uji cobakan terhadap 10 orang responden yang serupa, butir-butir soal yang memiliki nilai r dengan $p = 0,05$ adalah butir soal nomor 2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18 dan 20. dari 12 soal ini diambil 10 soal dipergunakan untuk mengukur pengetahuan penderita malaria yaitu soal nomor : 4, 6, 8, 18, 12, 13, 14, 17, 18 dan 20.

Validitas butir soal atau item pernyataan sikap yang memiliki nilai r dengan $p = > 0,05$ adalah butir soal pernyataan sikap nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 dan 20. Kedua puluh soal ini dipergunakan untuk mengukur pernyataan sikap penderita malaria yang dianggap valid.

Uji reliabilitas untuk semua butir soal atau item pengetahuan dan pernyataan sikap menggunakan teknik belah dua yaitu nilai item genap dan item gasal

(separuh tes) dikorelasikan dihitung menggunakan rumus Spearman

Brown (Ancok , 1989) yaitu

$$r. \text{ tot} = \frac{2(r. \text{ tt})}{1 + r. \text{ tt}}$$

Keterangan :

$r. \text{ tot}$ = angka reliabilitas keseluruhan item

$r. \text{ tt}$ = angka korelasi belahan pertama dan belahan kedua

Menggunakan rumus diatas hasil koefisien reliabilitas tes pengetahuan $p = 0,936$ ($> 0,05$) dan tes pernyataan sikap $p = 0,853$ ($> 0,05$). Hasil uji reliabilitas tes dapat dipakai sebagai bahan instrumen.



BAB V
ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB V

ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.1 Keadaan Geografi dan Demografi

Kecamatan Ende Selatan terletak di bagian selatan Kabupaten Ende, dengan batas wilayah sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Detusoko, sebelah selatan dengan laut Sawa, sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Ndonga dan sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Ende. Iklim sub tropis dengan jumlah curah hujan 211 mm dan jumlah hari hujan sebanyak 29 hari dalam tahun 2002.

Luas wilayah Kecamatan Ende Selatan 74,92 Km² yang terdiri dari gunung-gunung, hutan produksi, perdagangan dan jasa, perkantoran pemerintahan, pemukiman dan jalur hijau/konservasi.

Jumlah penduduk 71769 jiwa yang terdiri dari 35206 jiwa laki-laki dan 36563 jiwa perempuan. Jenis pekerjaan mayoritas penduduk meliputi petani, penenun (pengrajin), buruh, nelayan dan tukang.

Sarana pelayanan kesehatan kecamatan Ende Selatan terdiri dari 1 Rumah Sakit Umum, 1 Rumah bersalin swasta, 2 Puskesmas 5 Puskesmas Pembantu, 45 posyandu, 7 dokter umum, 3 dokter gigi, 23 bidan dan 71 perawat, perawat gigi 5, kader malaria 1

5.1.2 Gambaran Umum Puskesmas Kotaratu.

Gambaran Puskesmas Kotaratu sebagai lokasi penelitian sebagai berikut :
Luas wilayah kerja 36,41 Km², meliputi 6 Kelurahan dengan jumlah penduduk 26744 Jiwa, laki-laki 13172 jiwa dan perempuan 13572 jiwa. Jumlah KK pada 6 kelurahan tersebut sebesar 5259 KK, dan jumlah KK yang mendapat kartu miskin 3233 KK.

Fasilitas kesehatan terdiri dari 2 Puskesmas Pembantu, 20 Posyandu dan memiliki laboratorium untuk pemeriksaan malaria. Tenaga Kesehatan dan non kesehatan sebesar 25 orang dengan perincian 1 Dokter umum, 1 Dokter gigi 5 Perawat, 4 Bidan, 2 Perawat gigi, 1 Analis, 1 Farmasi, 1 Gizi, 3 Kesling, 3 Pekarya, 3 SMA(Tata Usaha) dan 1 orang sebagai Kader malaria.

Hasil Kegiatan Yang dilakukan dalam tahun 2002 yaitu penderita klinis malaria yang diobati dengan pengobatan klinis 9765 atau 22 %, penderita yang tersangka malaria yang diperiksa darahnya sebesar 9262 ditemukan positif malaria dengan kategori vivax sebesar 1072 dan Falsifarum sebesar 799 penderita ini diberikan pengobatan radikal.

Keadaan penyakit malaria sejak bulan Januari s/d bulan Juni 2003 dikategorikan sebagai berikut : malaria klinis sebesar 7233 penderita, positif malaria vivax 764 penderita dan positif malaria falciparum 124 penderita ini diberikan pengobatan radikal

5.1.3 Hasil Penelitian beberapa Faktor Berhubungan dengan Responden

1) Tingkat Usia

Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa penderita malaria 27,3 % responden usia anak dan 72,7 % usia dewasa.

Untuk lebih jelasnya distribusi tingkat usia responden dapat dilihat pada Tabel 5.1 berikut ini :

Tabel 5.1
Distribusi Tingkat Usia Responden Penyakit Malaria Di Wilayah Kerja
Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Tingkat Usia Responden	Jumlah	Persentase (%)
1.	Anak	12	27,3
2.	Dewasa	32	72,7
Jumlah		44	100

Sumber : Data primer

2) Jenis Kelamin

Hasil penelitian terhadap 44 responden diketahui bahwa 52,3 % laki-laki dan 47,7 % perempuan.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 5.2 berikut ini :

Tabel 5.2

Distribusi Jenis Kelamin Responden penyakit Malaria Di Wilayah Kerja
Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Jenis Kelamin Responden	Jumlah	Persentase (%)
1.	Laki- laki	23	52,3
2.	Perempuan	21	47,7
Jumlah		44	100

Sumber : Data primer

3) Pendidikan

Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa 52,3 % responden berpendidikan rendah, mereka berpendidikan tersebut termasuk dalam kategori tidak sekolah sampai dengan tamat sekolah dasar. Selain itu ditemukan 31,8 % responden yang

berpendidikan sedang dengan kategori tamat Sekolah Menengah Pertama sampai dengan tamat Sekolah Menengah Tingkat Atas, sedangkan 13,6 % berpendidikan tinggi dengan kategori Tingkat akademi sampai Perguruan Tinggi

Untuk lebih jelasnya distribusi tingkat pendidikan yang dapat ditamatkan oleh responden dapat dilihat pada Tabel 5.3 berikut ini :

Tabel 5.3

Distribusi Tingkat Pendidikan Responden Penyakit Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Tingkat Pendidikan Responden	Jumlah	Persentase (%)
1.	Rendah	24	54,6
2.	Sedang	14	31,8
3.	Tinggi	6	13,6
	Jumlah	44	100

Sumber : Data primer

4) Status Pekerjaan

Dari hasil wawancara 44 responden diketahui bahwa 20,5 % responden bekerja sebagai petani, 20,5 % bekerja sebagai pegawai, 22,7 % sebagai penenun (pengrajin), 20,5 % bekerja sebagai buruh dan 15,9 % bekerja sebagai nelayan.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 5.4 berikut ini :

Tabel 5.4

Distribusi Status Pekerjaan Responden Penyakit Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Status Pekerjaan Responden	Jumlah	Persentase (%)
1.	Petani	9	20,5
2.	Pegawai Negeri/Swasta	9	20,5
3.	Penenun (Pengrajin)	10	22,7
4.	Buruh	9	20,5
5.	Nelayan	7	15,9
Jumlah		44	100

Sumber: Data primer

5. Status Ekonomi (Penghasilan)

Berdasarkan hasil dari rekapan kuesioner diketahui bahwa 72,7 % responden berpenghasilan rendah yaitu kurang dari Rp 200.000, sedangkan 13,6 % responden berpenghasilan sedang antara Rp 500.000 sampai dengan Rp 750.000 dan 13,6 % berpenghasilan tinggi lebih dari 1 juta.

Untuk lebih jelasnya tentang status ekonomi(penghasilan) responden berdasarkan kategori yang ada, dapat dilihat pada Tabel 5.5 berikut ini :

Tabel 5.5

Distribusi Penghasilan Responden Penyakit Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Tingkat Penghasilan Responden	Jumlah	Persentase (%)
1.	Rendah	32	72,7
2.	Sedang	6	13,6

3.	Tinggi	6	13,6
Jumlah		44	100

Sumber : Data primer

6) Kebiasaan minum obat Responden

Dari 44 responden yang berhasil diwawancarai diketahui bahwa 63,6 % mempunyai kebiasaan tidak baik, sedangkan 18,2 % responden yang mempunyai kebiasaan kurang baik. Adapun yang mempunyai kebiasaan baik sebesar 18,2 %.

Untuk lebih jelasnya tentang kebiasaan responden tersebut dapat dilihat pada Tabel 5.6 berikut ini :

Tabel 5.6

Distribusi Kebiasaan Responden Penyakit Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Tingkat Kebiasaan Responden	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak baik	28	63,6
2.	Kurang baik	8	18,2
3.	Baik	8	18,2
Jumlah		44	100

Sumber : Data primer

7) Tingkat Kepercayaan Tentang pengobatan

Dari hasil wawancara pada 44 responden diketahui bahwa 65,9 % tidak percaya (jelek) Sedangkan selebihnya 34,1 % responden yang mempunyai kepercayaan baik.

Untuk lebih jelasnya tentang kepercayaan responden tersebut dapat dilihat pada Tabel 5.7 berikut ini :

Tabel 5.7

Distribusi Tingkat Kepercayaan Responden Terhadap Pengobatan Penyakit Malaria secara medis Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Tingkat Kepercayaan Responden	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak baik (tdk percaya) terhadap pengobatan medis	29	65,9
2.	Baik (percaya)	15	34,1
Jumlah		44	100

Sumber : Data primer

8) Tingkat Pengetahuan Responden

Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui bahwa 61,4 % responden mempunyai pengetahuan rendah, dan 38,6 % responden lainnya mempunyai pengetahuan tinggi.

Untuk lebih jelasnya dari hasil tersebut dapat dilihat pada Tabel 5.8 berikut ini:

Tabel 5.8

Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Terhadap Penyakit Malaria DI Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Tingkat Pengetahuan Responden	Jumlah	Persentase (%)
1.	Rendah	27	61,4
2.	Tinggi	17	38,6
Jumlah		44	100

Sumber : Data primer

9) Kategori Sikap Responden Terhadap Pengobatan

Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui bahwa 72,7 % responden sikap kurang baik, sedangkan 27,3 % responden sikap baik.

Untuk lebih jelasnya tentang sikap responden tersebut dapat dilihat pada Tabel berikut ini :

Tabel 5.9

Distribusi Sikap Responden Terhadap Pengobatan Penyakit Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Sikap Responden	Jumlah	Persentase (%)
1.	Kurang baik	32	72,7
2.	Baik	12	27,3
Jumlah		44	100

Sumber : Data primer

10) Dukungan Sosial dalam program pengobatan

Hasil dari penelitian ini bahwa penderita sebanyak 31,8 % mendapat dukungan sosial dan selebihnya 68,2 % tidak mendapat dukungan sosial.

Hasil penelitian selengkapnya mengenai dukungan dapat dilihat pada Tabel 5.10 berikut ini :

Tabel 5.10

**Distribusi Dukungan Sosial Untuk Pengobatan Penyakit Malaria Di
Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003**

No	Dukungan Sosial	Jumlah	Persentase (%)
1.	Ada	14	31,8
2.	Tidak	30	68,2
Jumlah		44	100

Sumber : Data primer

5.2 Tabulasi Silang

5.2.1 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan masing-masing Variabel Bebas

Untuk mengetahui ada pengaruh yang bermakna antara kepatuhan berobat penderita malaria dengan masing-masing variabel bebas maka perlu dilakukan terlebih dahulu uji statistik dengan hasil:

1) Hubungan Kepatuhan berobat dengan Tingkat Usia.

Tabel 5.11

**Distribusi Kepatuhan berobat dengan Tingkat Usia Responden Penyakit
Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003**

No	Tingkat Usia	Kepatuhan Berobat				Total	%
		Tdk Patuh	%	Patuh	%		
1.	Anak	3	25,0	9	75,0	12	100
2.	Dewasa	26	81,3	6	18,7	32	100
Jumlah		29	65,9	15	34,1	44	100

Uji chi-square : $p = 0,001$.

Berdasarkan tabulasi silang tersebut diatas dapat dilihat bahwa jumlah prosentase responden yang patuh berobat pada usia anak lebih tinggi dari pada usia dewasa yaitu sebesar 75,0 %. Selain itu bahwa prosentase yang tidak patuh berobat lebih besar pada responden usia dewasa yaitu 81,3 %. Demikian pula hasil uji chi-square menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat usia dengan kepatuhan berobat ($P = 0,001$). Untuk melihat kekuatan hubungan antara usia dengan kepatuhan berobat digunakan asosiasi koefisien kontingensi dengan rumus

$$C = \sqrt{\frac{x}{n + x}} = \sqrt{\frac{12,290}{44 + 12,290}} = \sqrt{0,218} = 0,466$$

Kesimpulan bahwa hubungan antara usia dengan kepatuhan cukup kuat yaitu sebesar 0,466. Batas kritis menurut Fleis sebesar 0,350.

2) Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Jenis Kelamin Responden Malaria

Tabel 5.12

Distribusi Kepatuhan Berobat dengan Jenis Kelamin Responden Penyakit Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Jenis Kelamin	Kepatuhan Berobat				Total	%
		Tdk Patuh	%	Patuh	%		
1	Laki-laki	13	56,5	10	43,5	23	100
2.	Perempuan	16	76,2	5	23,8	21	100
	Jumlah	29	65,9	15	34,1	44	100

Uji chi-square : $p = 0,169$

Berdasarkan tabel tersebut bahwa prosentase tidak patuh berobat pada jenis kelamin perempuan lebih tinggi yaitu 76,2 %, sedangkan prosentasi kepatuhan berobat pada responden laki-laki lebih tinggi dari perempuan yaitu sebesar 43,5 %. Begitu pula hasil uji chi-square menyatakan tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kepatuhan berobat penderita malaria ($p = 0,169$).

3) Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Tingkat Pendidikan Responden

Pada penelitian ini, variabel pendidikan responden dibagi menjadi tiga kategori yaitu responden dengan tingkat pendidikan rendah, tingkat pendidikan sedang dan tingkat pendidikan tinggi. Pembagian kategori ini berdasarkan pendidikan formal yang pernah ditempuh oleh responden, yaitu pendidikan rendah adalah responden tidak pernah sekolah sampai dengan tamat sekolah dasar atau sederajat, pendidikan sedang adalah responden yang tamat Sekolah Menengah Pertama sampai dengan Sekolah Menengah Atas sedangkan pendidikan tinggi adalah responden yang menamatkan diri pada Akademi sampai Perguruan Tinggi.

Untuk lebih jelasnya pembahasan tentang ini dapat dilihat pada Tabel 5.13 berikut ini :

Tabel 5.13

**Distribusi Kepatuhan Berobat dengan Tingkat Pendidikan Responden
Penyakit Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003**

No	Tingkat Pendidikan	Kepatuhan Berobat				Total	%
		Tdk Patuh	%	Patuh	%		
1.	Rendah	15	62,5	9	37,7	24	100
2.	Sedang	11	78,6	3	21,4	14	100
3.	Tinggi	2	33,3	4	66,7	6	100
Jumlah		28	63,6	16	36,4	44	100

Uji Chi-Square : 0,151

Berdasarkan tabulasi di atas dapat dilihat bahwa jumlah responden yang tidak patuh berobat lebih besar pada kelompok berpendidikan rendah (62,5 %) dan yang berpendidikan sedang (78,6 %) dibandingkan dengan responden yang berpendidikan tinggi. Selain itu juga dapat dilihat bahwa prosentase yang patuh berobat lebih banyak pada kelompok responden yang berpendidikan tinggi yaitu sebesar 66,7 %. Demikian pula uji chi-square pada tingkat pendidikan dengan kepatuhan berobat penderita malaria, secara statistik ternyata tidak ada hubungan yang signifikan ($p = 0,151$).

4) Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Status Pekerjaan

Dari data yang dikumpulkan diketahui bahwa jenis pekerjaan responden bermacam-macam, antara lain buruh, petani, penenun (pengrajin), nelayan dan pegawai.

Untuk lebih jelasnya pembahasan tersebut dapat dilihat pada daftar Tabel 5.14 berikut ini :

Tabel 5.14

Distribusi Kepatuhan Berobat dengan Status Pekerjaan Responden Penyakit Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Pekerjaan	Kepatuhan Berobat				Total	%
		Tdk Patuh	%	Patuh	%		
1.	Buruh	7	77,8	2	22,2	9	100
2.	Petani	5	55,6	4	44,4	9	100
3.	Penenun	9	90,0	1	10,0	10	100
4.	Nelayan	2	28,6	5	71,4	7	100
5.	Pegawai	6	66,7	3	33,3	9	100
	Jumlah	29	65,9	15	34,1	44	100

Uji shi-square : $p = 0,094$.

Berdasarkan tabel tersebut terlihat bahwa jenis pekerjaan penenun lebih banyak tidak patuh terhadap pengobatan yaitu sebesar 90,0 %. Sedangkan jenis pekerjaan sebagai nelayan lebih banyak patuh terhadap pengobatan yaitu sebesar 71,4 %. Demikian juga uji chi square menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis pekerjaan dengan kepatuhan berobat pada penderita malaria ($p = 0,094$).

5) Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Penghasilan Responden

Mengenai penghasilan dalam penelitian ini dibagi atas tiga kategori berdasarkan standar UMR (Upah Minimum Regional) tahun 2000 yang ditetapkan berdasarkan daerah tinggal di NTT.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 5.15 berikut ini :

Tabel 5.15

Distribusi Kepatuhan Berobat dengan Tingkat Penghasilan Responden Penyakit Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Status Ekonomi	Kepatuhan Berobat				Total	%
		Tdk Patuh	%	Patuh	%		
1.	Rendah	21	65,6	11	34,4	32	100
2.	Sedang	4	66,7	2	33,3	6	100
3.	Tinggi	4	66,7	2	33,3	6	100
Jumlah		29	65,9	15	34,1	44	100

Uji chi-square : $p = 0,996$.

Dari hasil tabulasi diatas dapat dilihat bahwa kelompok responden tingkat penghasilan rendah lebih patuh dalam pengobatan sebesar 34,4 % bila dibandingkan dengan kelompok responden yang berpenghasilan sedang dan yang berpenghasilan tinggi masing-masing sebesar 33,3 %. Demikian pula hasil uji chi square menyatakan bahwa pengaruh antara penghasilan dengan kepatuhan berobat pada penderita malaria tidak ada hubungan signifikan ($p = 0,996$).

6) Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Kebiasaan Responden

Dalam penelitian ini pengkategorian tentang kebiasaan responden adalah kebiasaan kurang baik dan kebiasaan baik.

Untuk lebih jelasnya dari hasil rekapitulasi data tersebut dapat dilihat pada Tabel 5.16 berikut ini :

Tabel 5.16

**Distribusi Kepatuhan Berobat dengan Kebiasaan Responden Penyakit
Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003**

No	Kebiasaan Responden	Kepatuhan Berobat				Total	%
		Tdk Patuh	%	Patuh	%		
1.	Tidak baik	23	63,9	13	36,1	36	100
2.	Baik	6	75	2	25	8	100
	Jumlah	29	65,9	15	34,1	44	100

Uji chi-square : $p = 0,832$.

Berdasarkan hasil tabulasi tentang kebiasaan diketahui bahwa responden yang tidak patuh dalam program pengobatan sebesar 65,9 %. Sedangkan yang patuh terhadap pengobatan hanya sebesar 34,1 %. Demikian uji chi square didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan dengan kepatuhan berobat ($p = 0,832$).

7) Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Tingkat Kepercayaan

Responden Terhadap Penyakit Malaria dan Pengobatan

Penderita malaria mempunyai konotasi bahwa penyakit malaria merupakan penyakit masyarakat, maka siapapun yang berada dan menjadi anggota masyarakat di wilayah ini harus menerima risiko penyakit malaria. Pandangan seperti ini menggambarkan bahwa pengetahuan penderita tentang penyakit malaria masih rendah, karena mereka menganggap bahwa menjadi anggota masyarakat di tempat tersebut konsekwensinya menerima kenyataan tersebut. Dengan dasar pandangan tersebut maka mereka tidak mempunyai upaya untuk mencegah penyakit malaria, hal ini terbukti bahwa sebagian besar penderita

malaria tidur tidak menggunakan kelambu maupun obat bakar anti nyamuk, begitu pula jendela dan ventilasi rumah tidak ditutupi kain kasa.

Ada pula yang percaya kepada dukun dengan memberi air minum yang telah dibaca dengan doa (*mantra-mantra*), pengobatan seperti ini kadang kalah menyembuhkan gejala demam dan panas sehingga penderita menjadi percaya bahwa air *mantra* dari dukun mempunyai kasihat menyembuhkan penyakit malaria. Hal ini mungkin saja terjadi karena saat itu gejala malaria sudah mencapai stadium tiga yaitu stadium keringat dimana suhu tubuh mulai menurun sampai normal, pasien dapat tidur dengan nyenyak dan tidak ada lagi gejala, keadaan inilah penderita percaya bahwa pengobatan dukun tersebut dapat menyembuhkan penyakit malaria. Dengan demikian penderita malaria tidak patuh berobat ke dokter atau puskesmas tetapi mereka lebih percaya kepada dukun.

Untuk lebih jelas tentang kepercayaan dapat dilihat pada rekapilasi data Tabel 5.17 berikut ini:

Tabel 5.17

**Distribusi Kepatuhan Berobat dengan Tingkat Kepercayaan Responden
Terhadap Penyakit Malaria dan pengobatan Di Wilayah Kerja
Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003**

No	Tingkat Kepercayaan	Kepatuhan Berobat				Total	%
		Tdk Patuh	%	Patuh	%		
1.	Tidak percaya	19	65,5	10	34,5	29	100
2.	Percaya	10	66,7	5	33,3	15	100
Jumlah		29	65,9	15	34,1	44	100

Uji chi-square $p = 0,939$

Berdasarkan hasil tabel tersebut diatas dapat dilihat bahwa responden yang tidak percaya dan yang percaya, presentase tidak patuh terhadap pengobatan hampir sama yaitu 65,5 % dan 66,7 %, sedangkan yang patuh dalam pengobatan presentasi masing-masing yang tidak percaya 34,5 % dan yang percaya 33,3 %. Demikian pula uji chi square menggambarkan tidak signifikan antara tingkat kepercayaan dengan kepatuhan berobat ($p = 0,939$).

8) Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Pengetahuan Responden Tentang Penyakit Malaria dan Pengobatan

Tingkat pengetahuan pada penelitian ini berkaitan dengan penyebab, gejala penyakit malaria dan manfaat obat anti malaria yang ditanyakan melalui proses interview. Dalam interview tersebut ada penderita malaria menyatakan bahwa penyebab penyakit malaria karena minum air kelapa, mereka yakin bahwa setiap kali minum air kelapa dalam waktu 12 – 24 jam akan timbul gejala penyakit malaria yaitu demam, panas disertai menggigil dan untuk pengobatan adalah minum air daun pepaya yang direbus dengan ukuran tiga gelas sehari sampai gejala malaria sembuh. Bila pandangan ini dianalisis dapat disimpulkan bahwa kepatuhan pengobatan secara medis tidak dilaksanakan oleh penderita, karena pengobatan menggunakan air daun pepaya yang direbus.

Untuk lebih jelasnya hasil rekapilasi dari penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 5.18 berikut ini :

Tabel 5.18

**Distribusi Kepatuhan Berobat dengan Tingkat Pengetahuan Responden
Tentang Penyakit Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu
Tahun 2003**

No	Tingkat Pengetahuan	Kepatuhan Berobat				Total	%
		Tdk Patuh	%	Patuh	%		
1.	Kurang tahu	23	85,2	4	14,8	27	100
2.	Tahu	6	35,3	11	64,7	17	100
Jumlah		29	65,9	15	34,1	44	100

Uji chi-square ; 0,001

Berdasarkan hasil tabulasi diatas terlihat bahwa untuk yang patuh, sebagian besar tahu tentang hal-hal yang berkaitan dengan penyakit malaria (64,7 %) sedangkan yang kurang tahu, proporsinya sebesar 14,8 %. Demikian pula hasil uji chi square menyatakan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dan kepatuhan penderita malaria berobat ($p = 0,001$).

Untuk mengetahui kekuatan hubungan antara kepatuhan berobat dengan pengetahuan dapat digunakan corelasi contingensi :

$$C = \sqrt{\frac{x}{(n+x)}} = \sqrt{\frac{11,566}{44 + 11,566}} = \sqrt{0,208} = 0,456$$

Kesimpulan bahwa hubungan antara kepatuhan berobat dengan pengetahuan cukup kuat yaitu koefisien korelasi kontingensi sebesar 0,456. sedangkan batas kritis menurut Fleis sebesar 0,350.

9) Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Sikap responden

Penelitian tentang sikap ini dikategorikan berdasarkan perhitungan Arikunto, yaitu 0-79 % dari jumlah soal dijawab dengan benar termasuk kategori sikap kurang mendukung (sikap kurang baik) dan 80 % - 100 % dari jumlah soal dijawab dengan benar termasuk kategori sikap mendukung (sikap baik). Sedangkan pengukuran sikap dengan menggunakan Skala Likert yang rentangnya dimulai dari skala 1 sampai dengan skala 4, yaitu Sangat Setuju, Setuju, Tidak Setuju dan sangat Tidak setuju terhadap pengobatan.

Untuk lebih jelasnya hasil rekapilasi tersebut dapat dilihat pada Tabel 5.19 berikut ini :

Tabel 5.19

Distribusi Kepatuhan Berobat dengan Kategori Sikap Responden Penyakit Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu, Tahun 2003

No	Kategori Sikap	Kepatuhan Berobat				Total	%
		Tdk Patuh	%	Patuh	%		
1.	Kurang baik	27	84,4	5	15,6	32	100
2	Baik	2	16,7	10	83,3	12	100
Jumlah		29	65,9	15	34,1	44	100

Uji Exact Fisher : $p = 0,001$

Berdasarkan hasil tabulasi silang ini dapat terlihat bahwa mereka yang patuh berobat adalah sebagian besar bersikap baik yaitu 83,3 %, dan hanya 15,6 % saja mereka yang bersikap kurang baik. Demikian uji exact Fisher juga didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap penderita malaria dengan kepatuhan berobat ($p = 0,0001$).

Untuk mengetahui kekuatan hubungan antara kepatuhan berobat dengan Sikap dapat digunakan korelasi kontingensi

$$C = \sqrt{\frac{x}{n+x}} = \sqrt{\frac{17,877}{44 + 17,877}} = \sqrt{0,288} = 0,537$$

Dengan melihat hasil korelasi kontingensi dapat disimpulkan bahwa hubungan antara kepatuhan berobat dengan sikap cukup kuat dengan besar koefisien korelasi kontingensi 0,537 dengan batas kritis menurut Fleis sebesar 0,350.

10) Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Tingkat Dukungan Sosial

Berdasarkan hasil rekapitulasi data yang dikumpulkan melalui kuesioner diketahui bahwa 14 responden yang mendapat dukungan sedangkan 30 responden lainnya tidak mendapat dukungan.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada hasil rekapitulasi data dalam Tabel 5.20 berikut ini :

Tabel 5.20

Distribusi Kepatuhan Berobat dengan Dukungan Terhadap Responden penyakit Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotaratu Tahun 2003

No	Dukungan Sosial	Kepatuhan Berobat				Total	%
		Tdk Patuh	%	Patuh	%		
1.	Ada	3	21,4	11	78,6	14	100
2.	Tidak Ada	26	86,7	4	13,3	30	100
Jumlah		29	65,9	15	34,1	44	100

Uji Exact Fisher : p = 0,001

Berdasarkan hasil tabulasi silang dapat dilihat bahwa semakin tinggi dukungan maka semakin tinggi angka prosentase kepatuhan dalam berobat yaitu 78,6 %. Sebaliknya semakin rendah tidak ada dukungan maka semakin rendah pula angka prosentase ketidak patuhan dalam berobat yaitu 21,4 %. Demikian pula dari hasil uji Exact Fisher didapatkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan orang lain dengan kepatuhan berobat penderita malaria ($p = 0,0001$).

Untuk mengetahui kuat lemahnya hubungan antara kepatuhan berobat dengan dukungan orang lain dapat digunakan corelasi contingensi.

$$C = \sqrt{\frac{x}{n+x}} = \sqrt{\frac{18,081}{44+18,081}} = \sqrt{0,291} = 0,539$$

Dari hasil korelasi kontingensi dapat disimpulkan bahwa hubungan antara kepatuhan berobat dengan dukungan orang lain cukup kuat dengan koefisien korelasi sebesar 0,539. Sedangkan batas kritis menurut Fleis sebesar 0,350,

5.2 Analisis Kualitatif

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan pada sejumlah penderita penyakit malaria yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kotaratu diketahui bahwa ada anggapan tentang masalah penyakit malaria antara lain :

1. Pandangan responden tentang penyakit malaria

Penderita malaria mempunyai konotasi bahwa penyakit malaria merupakan penyakit masyarakat, maka siapapun yang berada dan menjadi anggota masyarakat di wilayah ini harus menerima risiko penyakit malaria. pandangan seperti ini menggambarkan bahwa pengetahuan penderita tentang penyakit malaria masih rendah, karena mereka menganggap bahwa menjadi anggota masyarakat di tempat tersebut konsekwensinya menerima kenyataan tersebut.

Dengan dasar pandangan tersebut maka mereka tidak mempunyai usaha untuk mencegah penyakit malaria, hal ini terbukti bahwa sebagian besar penderita malaria tidur tidak menggunakan kelambu maupun obat bakar anti nyamuk, begitu pula jendela dan ventilasi rumah tidak ditutupi kain kasa. Untuk lebih jelas dapat dilihat cuplikan hasil wawancara dengan responden.

“... Malaria itu penyakit rakyat siapa saja yang ada di sini harus menerima risiko penyakit malaria... kita sudah lakukan pencegahan membersihkan lingkungan, mengeringkan genangan air tetap juga sakit... ada tetangga pakai kelambu tapi sama saja hampir tiap bulan sakit malaria... ya pak lihat saja kami tidak pake kelambu, tidak pake kasa pada jendela dan ventilasi percuma (Dah, Wan)”.

2. Penyebab penyakit Malaria

Penyebab penyakit malaria dikonotasikan adalah minum air kelapa, mereka yakin bahwa setiap kali minum air kelapa dalam waktu 12-24 jam akan timbul gejala penyakit malaria yaitu demam, panas disertai menggigil dan untuk pengobatan adalah minum air daun pepaya yang direbus dengan ukuran tiga gelas sehari sampai gejala malaria sembuh. Bila pandangan tersebut dianalisis dapat disimpulkan bahwa kepatuhan pengobatan secara medis tidak dilakukan oleh penderita, karena pengobatan menggunakan air daun pepaya. Pandangan penderita bahwa air kelapa sebagai penyebab timbulnya penyakit malaria ada benarnya karena ada mineral dalam air kelapa yang dibutuhkan untuk hidupnya plasmodium malaria, disini dapat disimpulkan bahwa air kelapa dapat mengaktifkan plasmodium yang sudah ada dalam tubuh sehingga timbulnya gejala tersebut, bukan air kelapa pembawa parasit malaria (plasmodium). Sedangkan pengobatan menggunakan air daun pepaya atau samburoto rasa pahit dapat meningkatkan immunitas tubuh sehingga infeksi tidak dapat terjadi, namun

plasmodium tetap hidup. Disini dapat disimpulkan bahwa pengetahuan penderita rendah tentang penyebab penyakit malaria adalah plasmodium dan pengobatannya adalah klorokuin, kina dan lain sebagainya.

Dengan pengetahuan yang rendah tentang penyebab penyakit malaria dan pengobatannya, maka plasmodium malaria tetap hidup dalam darah penderita, yang merupakan karier bagi orang lain juga bagi dirinya. Hal ini terbukti bahwa setiap tahun angka kesakitan malaria meningkat, walaupun sudah dilakukan dengan berbagai cara pencegahan dan pemberantasan. Inilah cuplikan wawancara

“... Kalau saya minum air kelapa tidak lama sakit malaria... saya biasanya minum air daun pepaya yang direbus tiga gelas sehari bisa sembuh, ya kalau tiga sampai empat hari tidak sembuh baru saya pergi ke puskesmas, biasanya baru sehari minum air daun pepaya sudah sembuh... ya namanya air kelapa tidak dibedakan apakah air kelapa merah atau hijau, pokoknya saya minum pasti sakit malaria (Sum, Had).”

Dengan kepercayaan terhadap pengobatan tradisional tersebut, maka penderita malaria selalu tidak patuh terhadap pengobatan medis yang seharusnya.

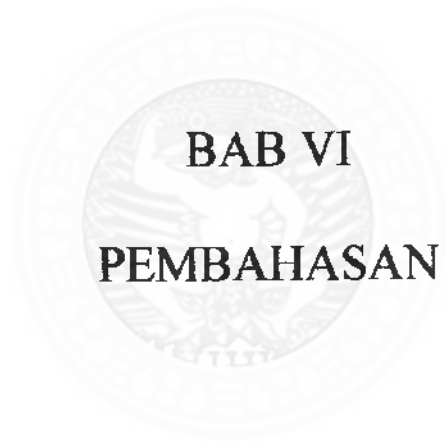
3. Kepercayaan Pengobatan Dukun

Ada pula yang percaya kepada pengobatan dukun dengan memberi air minum yang telah di baca dengan doa (*mantra-mantra*), pengobatan seperti ini kadang kalah menyembuhkan gejala demam dan panas sehingga penderita menjadi percaya bahwa air mantra dari dukun mempunyai kasihat menyembuhkan penyakit malaria. Hal ini mungkin terjadi karena saat itu gejala malaria sudah mencapai stadium tiga yaitu stadium keringat dimana suhu tubuh mulai menurun sampai normal, pasien dapat tidur dengan nyenyak dan tidak ada lagi gejala, keadaan inilah penderita percaya bahwa pengobatan dukun tersebut dapat menyembuhkan penyakit malaria. Dengan demikian penderita malaria tidak patuh

berobat ke dokter atau puskesmas tetapi mereka lebih percaya kepada dukun yang pengobatannya dengan Cuma-Cuma atau pembayarannya setelah sembuh dan sangat murah. Inilah cuplikan wawancara dengan responden :

“...*jao* (saya) sering berobat ke mama dukun, ya mama dukun berobat gratis tidak minta uang kalau kita beri uang kadang mama dukun terima kadang menolak...ya hampir tiap hari orang datang berobat di mama dukun... penyakit apa saja, malaria, ibu hamil...sembuh kadang tidak sembuh, terpaksa harus ke dokter (Sof, Far).”

Dari pernyataan tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa air kelapa sebagai katalisator plasmodium yang sudah ada dalam tubuh bukan sebagai penyebab, karena penyebab penyakit malaria adalah plasmodium yang ditularkan oleh nyamuk anopheles. Sedangkan pengobatan penyakit malaria yang diyakini dengan air rebus daun pepaya, hanya sekedar meningkatkan immunitas tubuh sehingga infeksi tidak terjadi bukan untuk membunuh plasmodium, sehingga sesewaktu akan timbul gejala malaria kalau konsumsi mineral, protein atau zat besi (Fe). Untuk sementara pengobatan penyakit malaria yang dapat membunuh plasmodium adalah klorokuin, kina, primakuin dan fansidar, sedangkan penyebab terjadinya penyakit malaria adalah plasmodium.



BAB VI

PEMBAHASAN

Masalah penyakit malaria sudah ada sejak lama dan sampai saat ini penyakit tersebut masih merupakan masalah yang sangat kompleks. Upaya yang dilakukan dalam pemberantasan penyakit malaria sejak tahun 1960, misalnya penemuan dan pengobatan penderita malaria, pemberantasan vektor, survei entologi, penelitian-penelitian yang mendukung, namun hasil akhirnya belum memuaskan, hal ini mungkin disebabkan faktor sosial budaya misalnya usia, jenis kelamin, pekerjaan, ekonomi, pendidikan, kebiasaan, kepercayaan, pengetahuan, sikap dan dukungan orang lain terhadap kepatuhan berobat penderita penyakit malaria.

6.1 Hubungan Kepatuhan berobat dengan Variabel Bebas yang terkait hubungan

6.1.1 Hubungan Kepatuhan berobat dengan Dukungan Sosial

Perilaku seseorang banyak dipengaruhi oleh orang-orang disekitarnya yang dianggap penting, seperti tokoh agama, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan yang sampai saat ini masih dianggap sebagai panutan.

Dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan kepatuhan berobat penderita malaria yang tingkat kemaknaan sebesar 0,001 dengan kekuatan hubungan berdasarkan korelasi kontingensi sebesar 0,539.

Seiring dengan pendapat yang dikemukakan oleh Lawrence W Green (1980) dan Snehandu B Kar (1983) bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan adalah dukungan sosial dari

masyarakat sekitarnya seperti tokoh masyarakat /tokoh agama (*Social Support*). Hal ini di dukung oleh pendapat Notoatmodjo (1990) bahwa keluarga dan teman merupakan salah satu unsur pendukung dalam perilaku kepatuhan untuk berobat.

6.1.2 Hubungan Kepatuhan berobat dengan Usia

Penelitian Taylor, 1991 di Amerika Serikat mengungkapkan bahwa para wanita, kaum kulit putih, dan orang tua cenderung mengikuti anjuran dokter. Umur dan atau status perkembangan merupakan faktor penting (La Greca, 1988) bahwa anak-anak kadang-kadang punya tingkat kepatuhan yang lebih tinggi di bandingkan dengan remaja, meskipun anak-anak itu kurang mendapatkan informasi. Masalah khusus dapat timbul dalam memperoleh kepatuhan pengobatan dari anak-anak sangat tergantung pada anggota keluarga yang lain yang merawatnya. Dalam penelitian ini terdapat 12 anak, yang patuh dalam pengobatan 75 % dan sisanya 25 % tidak patuh dalam pengobatan. Hal ini di dukung oleh pernyataan keluarga anak, yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam sebagai berikut :

“....Ya diingatkan oleh bapak untuk berobat ke Puskesmas...tepat waktu sesuai petunjuk petugas, agar cepat sembuh....kalau lama sembuh sangat merugikan saya tidak bisa kerja.... Saya minumkan obat sampai habis, kata dokter kalau minum tidak habis akan sakit lagi, kasihan dia masih anak-anak. (Ra)”

“...resep saya takut robah takut anak saya mati.... Saya biasa tanya langsung pada peugas yang beri obat Obat biasanya diberi selama tiga hari, saya beri sampai habis... sering muntah kalau minum obat pahit ...kadang sembuh memang, kalau tidak sembuh bawah lagi ke Puskesmas (Fat)”

“... Kadang sibuk dengan pekerjaan anak saya lupa beri obat, kalau bapanya pulang kerja tanya baru saya kaget ... tidak, bila siang lupa beri minum tunggu hari berikut...anak tidak alergi hanya kalau diberi minum obat selalu muntah... saya tidak beri ulang takut anak mati .. anak saya kalau pulang sekolah taruh buku langsung pergi main di rumah tetangga dan selalu lupa, *jao* sibuk (En)”

Berdasarkan teori dan pernyataan responden dapat disimpulkan bahwa tingkat kepatuhan berobat lebih tinggi pada anak dan orang tua bila dibandingkan dengan yang remaja, namun tingkat kepatuhan ini tergantung pada orang yang merawatnya (dukungan sosial). Hal ini sesuai penelitian Johnson (1988) menyatakan bahwa kepatuhan berobat pada anak sangat bergantung pada anggota keluarga lain yang merawatnya.

Dari hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikansi umur dengan kepatuhan berobat sebesar 0,001, dengan kekuatan hubungan berdasarkan koefisien korelasi kontingensi sebesar 0,446.

6.1.3 Hubungan Kepatuhan dengan Pengetahuan

Unsur pengetahuan responden yang ingin dipahami dalam penelitian ini adalah penyebab penyakit malaria, gejala, terjadinya penyebaran penyakit malaria dan proses pengobatan dan pencegahan penyakit malaria.

Pada kenyataannya bahwa sebagian besar gagal dalam pengobatan penderita disebabkan oleh faktor sikap dan perilaku seseorang yang kurang mengerti dalam upaya pengobatan yang diterimanya. Hal tersebut karena tingkat pengetahuan yang rendah tentang masalah penyakit malaria, apalagi kepada keluarga yang belum pernah memperoleh informasi yang benar tentang masalah penyakit malaria. Pandangan Lawrence W Green (1980) mengemukakan bahwa pengetahuan seseorang dapat mempengaruhi perilaku karena pengetahuan merupakan salah satu unsur dari diri seseorang dalam berperilaku. Selain itu Rogers (1971) berpendapat bahwa perilaku kesehatan seseorang akan melalui suatu proses pentahapan dan salah satu tahap tersebut adalah pengetahuan sehingga dengan pengetahuan itu seseorang akan lebih mudah menerima perilaku

secara sadar dari pada seseorang tidak mempunyai pengetahuan yang memadai tentang hal tertentu (Soekijo Notoatmodjo, 1993). Menurut Rosentock (1974) dalam konsep HBM (Health Belief Model) mengatakan bahwa orang tidak akan mencari pertolongan medis atau pencegahan penyakit bila mereka kurang mempunyai pengetahuan atau motivasi yang relevan dengan kesehatannya. Selain itu menurut Karl dan Cobb (1966) dalam tulisan Fausi Muzaham (1995 : 103) menyebutkan bahwa seseorang harus menyadari terlebih dahulu gejala penyakit tersebut sebagai suatu masalah, kemudian mengunjungi dokter atau puskesmas sebagai suatu tindakan yang tepat. Hal senada dengan pendapat Taylor (1991) yang mengatakan bahwa penentuan pengobatan pada anggota keluarga yang menderita penyakit tertentu biasanya agak tertambat karena disebabkan tidak adanya rasa sakit yang ditimbulkannya, terlebih mereka tidak mengetahui gejala dan akibat dari penyakit tersebut.

Pada saat interview ada pula penderita malaria menyatakan bahwa air kelapa sebagai penyebab timbulnya penyakit malaria, ada benarnya karena ada mineral dalam air kelapa yang dibutuhkan untuk hidupnya plasmodium malaria, disini dapat disimpulkan bahwa air kelapa dapat mengaktifkan plasmodium yang sudah ada dalam tubuh sehingga timbulnya gejala tersebut, bukan air kelapa pembawa parasit malaria (plasmodium). Sedangkan pengobatan menggunakan air daun pepaya atau samburoto rasa pahit dapat meningkatkan immunitas tubuh sehingga infeksi tidak dapat terjadi, namun plasmodium tetap hidup. Disini dapat disimpulkan bahwa pengetahuan penderita rendah tentang penyebab penyakit malaria adalah plasmodium dan pengobatannya adalah klorokuin, kina dan lain sebagainya.

Dengan pengetahuan yang rendah tentang penyebab penyakit malaria dan pengobatannya, maka plasmodium malaria tetap hidup dalam darah penderita, yang merupakan karier bagi orang lain juga bagi dirinya. Hal ini terbukti bahwa setiap tahun angka kesakitan malaria meningkat, walaupun sudah dilakukan dengan berbagai cara pencegahan dan pemberantasan. Dengan percaya pada pengobatan tradisional tersebut, maka penderita malaria selalu tidak patuh terhadap pengobatan medis yang seharusnya.

Berdasarkan teori diatas jelas bahwa penderita yang memiliki tingkat pengetahuan rendah tentang penyakit malaria tidak akan mematuhi program pengobatannya seperti yang diharapkan apabila mereka belum memperoleh informasi yang memadai tentang penyakit malaria.

Dari pernyataan penderita malaria tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa air kelapa sebagai katalisator plasmodium yang sudah ada dalam tubuh bukan sebagai penyebab, karena penyebab penyakit malaria adalah plasmodium yang ditularkan oleh nyamuk anopheles. Sedangkan pengobatan penyakit malaria yang diyakini dengan air rebus daun pepaya, hanya sekedar meningkatkan imunitas tubuh sehingga infeksi tidak terjadi bukan untuk membunuh plasmodium, sehingga sewaktu akan timbul gejala malaria kalau konsumsi mineral, protein atau zat besi (Fe).

Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini yang secara statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan responden dengan kepatuhan berobat dengan tingkat signifikan sebesar 0.001, dengan kekuatan hubungan berdasarkan koefisien korelasi kontingensi sebesar 0,456.

6.1.4 Hubungan Kepatuhan berobat dengan Sikap

Berdasarkan hasil penelitian tentang sikap responden terhadap program pengobatan penyakit malaria di Puskesmas Kota Ratu Kecamatan Ende Selatan (lihat tabel 5.9). Dalam penentuan sikap faktor yang berperan penting adalah pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi (Notoatmodjo, 1993).

Sikap baik dan kepatuhan baik, hal ini bisa terjadi berdasarkan pengalaman dengan melihat banyak kejadian yang diakibatkan oleh penyakit malaria, maka hal tersebut bisa merupakan kejadian dan pengalaman yang dapat membuat seseorang untuk berfikir dan meyakini tentang sesuatu yang dialami pada akhirnya akan membentuk suatu sikap yang utuh (Notoatmodjo, 1993), bahwa sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap suatu obyek, sikap seseorang diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat, dan sikap positif terhadap kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata.

Disini terlihat bahwa responden yang patuh cenderung memiliki sikap yang baik (lihat tabel 5.19).

Hal tersebut menunjukkan bahwa penyakit malaria yang dialami seseorang merupakan suatu faktor eksteren yang mempengaruhi individu, sehingga dalam diri individu tersebut timbul dorongan atau motivasi untuk berbuat sesuatu. Perasaan atau dorongan dari dalam inilah yang mempengaruhi sikap yang dikemukakan oleh Mar at (1981) bahwa sikap akan menghasilkan tingkah laku tertentu dalam hal ini adalah kepatuhan terhadap program pengobatan malaria.

Hal tersebut diatas sesuai dengan yang dikemukakan oleh Tim ahli dari WHO (1984) bahwa sikap diikuti atau tidak oleh tindakan berdasarkan pada

banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang. Sehubungan dengan itu hasil penelitian secara statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara sikap penderita malaria dengan kepatuhan berobat dengan tingkat signifikan sebesar 0,001, sedangkan kekuatan hubungan berdasarkan koefisien korelasi kontingensi sebesar 0,537.

Hasil uji ini didukung oleh data kualitatif yang di peroleh dari pernyataan beberapa penderita malaria sebagai berikut :

“... *Jao* (saya) kalau dapat obat dari dokter minum sampai habis... *jao* iwa jam (saya tdk punya jam) yang penting pagi anak sekolah pergi sekolah *jao* minum, siang anak sekolah pulang dan malam sesudah makan *jao* minum lagi.... Kalau *twa* ikut kita tidak akan sembuh (Tn, Um)”

“... Pernah robah resep karena anak saya minum tidak lama badan lemah, kaki tangan dingin...saya konsultasi dengan dokter untuk ganti obat ... saya beri minum sampai habis supaya anak cepat sembuh ... katanya akan kambuh lagi dan malaria ini membuat orang jadi gila biasa dibilang malaria tua. ... Tetangga kami sebelah rumah panas tinggi berteriak, kata mamanya malari masuk di otak (Nu)”

6.2 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Variabel Bebas yang tidak terikat hubungan

6.2.1 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Tingkat Pendidikan

Berdasarkan teori Lawrence W green (1990) yang mengatakan baha pendidikan merupakan salah satu unsur dari faktor *predisposisi* (penentu) yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Demikian pula menurut Sugeng R (1991) bahwa pendidikan akan membuat seseorang lebih berpandangan luas, bertindak dan berfikir secara rasional sehingga orang yang berpendidikan akan lebih mudah memahami informasi kesehatan (Soekidjo Notoatmodjo, 1984).

Meskipun demikian, pada penelitian ini ternyata tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan berobat. Hal ini dikarenakan besar tingkat signifikan penderita yang berpendidikan $P = 0,151$ lebih besar bila dibandingkan dengan 0,5. Akan tetapi tingkat pendidikan yang berbedah dapat menyebabkan daya tangkap seorang, sehingga daya terima seorang terhadap suatu informasi juga bisa berbeda. Hal tersebut terbukti dalam penelitian ini bahwa ketidak patuhan responden terhadap program pengobatan malaria juga dimiliki oleh semua tingkat pendidikan, oleh karena itu tingkat pendidikan seorang tidak selalu diikuti dengan kepatuhan yang baik pula, karena kepatuhan seorang terhadap sesuatu tindakan dipengaruhi oleh individu itu sendiri.

Hal ini mengingat perilaku manusia merupakan hasil dari pada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungan, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan (Sarwono, 1993).

6.2.2 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 44 responden mantan penyakit malaria yang mendapat program pengobatan dan terdaftar pada buku register Puskesmas Kota Ratu, semuanya mempunyai pekerjaan tetap.

Menurut Allport (1937) bahwa salah satu kekuatan dasar yang mempengaruhi pribadi seseorang dalam bertindak adalah lingkungan. Para pakar teori umumnya sepakat bahwa kekuatan dan pengaruh lingkungan sangat penting dalam pembentukan kepribadian seseorang, misalnya dimana orang yang bersangkutan hidup dan berkembang. Jadi dapat dikatakan bahwa penderita malaria mau patuh atau tidak terhadap program pengobatan tergantung dari

kesadarannya sendiri tanpa dipengaruhi oleh kondisi bekerja atau tidak bekerja. Sehubungan dengan hal tersebut maka ada beberapa penderita malaria patuh dalam program pengobatan, tetapi ada pula tidak patuh dalam program pengobatan walaupun mereka mempunyai jenis pekerjaan yang sama.

Hal tersebut sesuai dengan uji statistik menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna pekerjaan dan kepatuhan berobat. Alasannya karena nilai signifikan yang diperoleh 0,094.

6.2.3 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Ekonomi

Sesuai dengan penelitian bahwa penghasilan responden sebagian besar rendah, namun bagi keluarga yang berpenghasilan rendah pemerintah memprioritaskan pelayanan kesehatan secara gratis dengan memperlihatkan kartu keluarga Miskin (Gakin) yang dikeluarkan dari BKKBN. Meskipun demikian perlu diketahui bahwa tidak selamanya orang yang berpenghasilan rendah tidak patuh berobat, dan mereka yang memiliki kartu miskin atau pengobatan gratis tidak semuanya patuh dalam pengobatan. Hal ini tergantung pada sikap individu dan dukungan sosial, bukan ketidak patuhan berobat karena keterbatasan ekonomi. Permasalahan seperti ini biasanya terjadi hanya karena unsur kurangnya dukungan sosial dan tidak mengerti tentang akibat dari penyakit tersebut. Masalah tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara ekonomi dengan kepatuhan berobat. Hal ini dikarenakan tingkat signifikan sebesar 0,998 ($P > 0,667$).

6.2.4 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Kebiasaan

Dalam penelitian ini yang di uji berdasarkan statistik menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan yang signifikan kebiasaan dengan kepatuhan berobat pada penderita malaria dengan tingkat kemaknaan sebesar 0,832.

Hal ini mungkin disebabkan karena adanya faktor lain yang pengaruhnya terhadap variabel ini seperti tingkat kepercayaan kurang, tingkat pengetahuan rendah serta sikap kurang baik sehingga hasilnya kurang bermakna.

Selain itu mungkin juga karena kebiasaan tampak tidak mudah diperlihatkan bagi mereka yang menderita penyakit malaria. Dengan demikian maka informasi yang hanya diperoleh melalui hasil tanya jawab dengan kuesioner dianggap tidak cukup menggambarkan kebiasaan yang sesungguhnya walaupun pendeita menyadari akan adanya risiko yang dapat terjadi oleh penyakit malaria.

6.2.5 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Kepercayaan

Dalam konsep Teori Tindakan Beralasan (TTB) dan Teori Perilaku Terencana mengasumsikan bahwa semua faktor termasuk faktor demografi dan lingkungan berlaku pada pola perilaku dan tidak secara terpisah mempengaruhi perilaku seorang (Montono, 1986). Dalam konsep tersebut dianggap bahwa ada alasan yang menentukan motivasi individu untuk berperilaku. Alasan tersebut membentuk kepercayaan perilaku dan normatif seseorang, menentukan norma sikap dan subyektifnya serta mengesampingkan apakah kepercayaannya tadi rasional, logis atau benar menurut standar obyektif.

Kosa dan Robertson (1942) mengatakan bahwa perilaku kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi kesihatan yang diinginkan dan kurang berdasarkan pada pengetahuan

biologi. Kenyataannya memang demikian sebab setiap individu mempunyai cara yang berbeda dalam mengambil tindakan pengobatan meskipun gangguan yang dialaminya sama. Penilaian semacam ini menunjukkan bahwa gangguan yang dirasakan individu menstimulasikan pada suatu proses sosial psikologis. Proses semacam ini menggambarkan berbagai tindakan yang dilakukan oleh penderita terhadap gangguan yang dialaminya.

Ada kesamaan dengan Andrew Lang (1912 : 58) dalam buku teori antropologi menyebutkan bahwa dalam jiwa manusia ada suatu kemampuan gaib yang dapat bekerja lebih kuat dari daya pikir manusia secara rasional. Karena gejala gaib tersebut bisa bekerja lebih kuat terhadap orang yang tidak aktif dalam menggunakan fikirannya. Dengan demikian maka sudah jelas bahwa kondisi penderita dengan berbagai pemahaman yang keliru tentang penyakit malaria tentu akan mempengaruhi pola perilakunya terhadap penderita yang bersangkutan. Hal ini sesuai dengan teori di atas menyebutkan bahwa unsur kepercayaan biasanya diwarnai dengan aspek budaya yang mereka anut dan terima dari lingkungan sekitarnya serta diwariskan dari generasi ke generasi secara turun temurun (Koentjoroningrat, 1987), inilah kutipan pernyataan dari beberapa responden :

“... Saya kalau minum air kelapa 12 -24 jam kemudian langsung kena malaria...anak-saya kalau mandi air hujan langsung sakit malaria...kami biasanya berobat kepuskesmas atau minta bantuan pak mantri atau ibu bidan, tetapi kejadian pada malam hari biasanya minta dukun obat sementara (Ny Sum, Tn H)”

“.....Kalau cuaca hujan dan mendung banyak orang menderita malaria.... ya ke dukun biasanya dukun beri air untuk minum ... sehari 3 gelas... bisa langsung sembuh, kadang tidak kalau tidak sembuh saya pergi berobat ke Puskesmas. (Tn Hal, Ibu Ar)”

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diketahui bahwa ada penderita berobat ke dukun dan ada yang berobat ke Puskesmas bila mereka sakit.

Hal ini dengan hasil penelitian yang di uji secara statistik tidak menunjukkan yang bermakna tingkat kepercayaan dan kepatuhan berobat dengan signifikan sebesar 0,939 ($P > 0,001$).

6.2.6 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Jenis Kelamin

Berdasarkan penelitian pada mantan penderita malaria di wilayah kerja Puskesmas Kota Ratu dengan jumlah 44 responden, diperoleh gambaran seperti pada tabel 5.2. Sedangkan berdasarkan kepatuhan terhadap program pengobatan malaria dengan jenis kelamin responden yang patuh proporsinya yang terbesar dimiliki oleh laki-laki (lihat tabel 5.12). Kondisi seperti ini bahwa perubahan perilaku dalam hal ini penderita malaria dipengaruhi oleh 3 faktor (Lawrence Green, 1980). Pertama faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam tradisi, norma, nilai dan kepatuhan program pengobatan malaria dapat dikatakan bahwa segala keperluan suami atau kaum laki-laki tampaknya sewaktu dirumah istri atau wanita harus menyiapkan makanan, obat yang harus diminum. Kedua pendukung yang meliputi adanya fasilitas pelayanan kesehatan dan kartu gakin (keluarga miskin). Ketiga faktor pendukung yang meliputi sikap responden terhadap program pengobatan malaria sendiri dan didukung dengan sikap petugas kesehatan, suami atau istri. Oleh karena itu perilaku responden merupakan hasil dari ke tiga rangkaian faktor tersebut. Hal tersebut diperkuat dengan teori Kalman (1985) dan Sarwono (1993) bahwa kepatuhan seseorang untuk melakukan tindakan yang sifatnya sementara dan dilakukan selama masih ada pengawasan

petugas dan orangt lain. Dengan kata lain bahwa seseorang akan melaksanakan program pengobatan malaria dengan patuh, apabila ada yang melayani atau mengawasi.

Dalam penelitian ini, dari hasil uji statistik menunjukan bahwa tidak adanya hubungan yang signifikansi jenis kelamin dengan kepatuhan berobat dengan tingkat kemaknaan sebesar 0,169.





BAB VII
SIMPULAN DAN SARAN

BAB VII SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Tidak adanya hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan berobat, walaupun demikian hasil tabulasi silang terlihat bahwa pendidikan tinggi tingkat kepatuhan berobat penderita malaria lebih tinggi dari pendidikan rendah dan sedang.
2. Tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kepatuhan berobat. Hal ini dapat dikatakan bahwa penderita malaria mau patuh atau tidak terhadap program pengobatan tergantung dari sikap atau kesadarannya sendiri tanpa dipengaruhi oleh kondisi bekerja atau tidak bekerja. Hal ini dapat terlihat dari hasil tabulasi bahwa ada penderita malaria yang patuh dalam pengobatan, tetapi ada pula tidak patuh dalam program pengobatan walaupun mereka mempunyai jenis pekerjaan yang sama.
3. Tidak ada hubungan antara ekonomi dengan kepatuhan berobat. Meskipun demikian perlu diketahui bahwa tidak semuanya orang yang ekonomi rendah tidak patuh berobat, dan mereka yang memiliki kartu pengobatan gratis tidak semuanya patuh dalam pengobatan. Hal ini tergantung pada sikap individu dan dukungan sosial, bukan ketidak patuhan karena keterbatasan ekonomi.
4. Adanya hubungan yang bermakna antara dukungan orang lain dengan kepatuhan berobat. Berdasarkan tabulasi silang dapat dilihat bahwa semakin tinggi ada dukungan dari orang lain maka semakin tinggi pula angka kepatuhan berobat penderita malaria. Sebaliknya semakin rendah tidak ada dukungan sosial maka semakin rendah pula angka kepatuhan berobat penderita malaria.

5. Tidak adanya hubungan antara kebiasaan dengan kepatuhan berobat. Hal ini mungkin disebabkan karena adanya faktor lain yang mempengaruhinya seperti tingkat kepercayaan terhadap pengobatan kurang, tingkat pengetahuan rendah serta sikap kurang baik.
6. Tidak ada hubungan antara kepercayaan dengan kepatuhan berobat. Kosa dan Robertson (1942) mengatakan bahwa perilaku kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan, dan kurang berdasarkan pada pengetahuan biologi. Kenyataannya memang demikian sebab setiap individu mempunyai cara yang berbeda dalam mengambil tindakan pengobatan meskipun gangguan yang dialaminya sama.
7. Ada hubungan antara usia dengan kepatuhan berobat. Hal ini disebabkan karena faktor usia berpengaruh secara tidak langsung dari dukungan sosial.
8. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan berobat. Kondisi seperti ini mungkin dipengaruhi oleh 3 faktor (Lawrenca Green, 1980). Pertama faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam tradisi setempat bahwa segala keperluan suami atau kaum laki sewaktu dirumah istri atau wanita harus menyiapkan makanan termasuk obat yang harus diminum. Kedua faktor pendukung (*enabling factors*), adanya fasilitas kesehatan dan kartu miskin. Ketiga faktor pendorong (*reinforcing factors*), ini meliputi sikap responden terhadap program pengobatan dan didukung dengan sikap petugas kesehatan, suami atau istri, dengan kata lain bahwa perilaku responden patuh atau tidak merupakan hasil dari ketiga faktor tersebut.
9. Adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan penderita dengan kepatuhan berobat penderita malaria. Berdasarkan tabulasi silang dapat di lihat

bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan maka semakin tinggi pula angka prosentase kepatuhan berobat. Sebaliknya semakin rendah tingkat pengetahuan maka semakin tinggi angka prosentase ketidak patuhan berobat.

10. Adanya hubungan yang bermakna antara sikap penderita dengan kepatuhan berobat. Berdasarkan hasil tabulasi silang dapat dilihat bahwa semakin tinggi sikap kurang baik semakin tinggi angka penderita tidak patuh berobat. Sebaliknya semakin tinggi sikap baik maka semakin tinggi pula angka kepatuhan penderita berobat.

Dari hasil perhitungan tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa untuk responden yang tidak ada dukungan sosial, pengetahuan rendah, sikap kurang baik mempunyai peluang tidak patuh berobat.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa variabel-variabel ini perlu di perhatikan agar penderita patuh berobat terhadap penyakitnya, yaitu adanya dukungan sosial, pengetahuan yang tinggi, dan sikap yang baik.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, maka perlu diajukan beberapa saran sebagai berikut :

1. Perlu adanya penyuluhan kesehatan dari para petugas kesehatan tentang penyebab penyakit malaria secara benar, cara penularan, pencegahan dan program pengobatan serta akibat bila pengobatan tidak teratur, penyuluhan dapat diberikan secara perorangan, kelompok maupun secara massa dengan cara memasang poster di tempat umum atau menyebarkan brosur tentang penyakit malaria dan pengobatannya.

2. Perlunya dukungan sosial seperti petugas kesehatan, kader malaria desa, teman, anggota keluarga, tokoh agama, tokoh masyarakat atau orang yang dapat dipercaya oleh penderita malaria agar mereka patuh dalam program pengobatannya.

3. Dari *indepth interview* diketahui bahwa penderita yang sakit malaria karena minum air kelapa dan pengobatannya dengan minum air daun pepaya hal ini perlu disarankan untuk penelitian lebih lanjut untuk mengetahui sejauh mana pengaruh air kelapa dengan penyakit malaria. Selain itu perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang Apakah faktor sosial budaya berperan dalam penularan penyakit malaria ?





KEPUSTAKAAN

- Bart Smet, 1994. *Psikologi Kesehatan*. Penerbit PT. Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta. hln. 250-261
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Ende, 2000. *Ende dalam Angka*, ISSN, 0215-644x 53011-001
- Departemen Kesehatan RI, 1999. *Modul Epidemiologi malaria I* Jakarta; Dirjen PPM dan PLP.
- Departemen Kesehatan RI, 1999. *Modul Pelatihan Penatalaksanaan Kasus malaria untuk dokter Puskesmas I*. Jakarta; Dirjen PPM dan PLP, hln 33-36
- David O. Sears, Jonathan L. Freedman, L. Anne Peplau, 1991. *Psikologi Sosial*. Edisi kelima. Jilid 2. Penerbit Erlangga, Jl. Kramat IV No.11 Jakarta. hln 92-104.
- Departemen Kesehatan RI 1999. *Modul Penemuan penderita dan pengobatan malaria I*. Jakarta: Dirjen PPM dan PLP, hln 30-34
- Fauzi Muzaham, 1995. *Sosiologi Kesehatan*. Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press)
- Foster / Anderson, 1986. *Antropologi Kesehatan*. Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press)
- Gunawan S, 2000. *Epidemiologi malaria. Dalam (Harijanto). Malaria Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis dan penanganan*, Cetakan I, Jakarta; EGC
- Gregory I, Weiss, Lynne E dan Lonquist, 1997 *The Sociology of Health Healing and Illness*, Printice Hall Inc, USA
- Glans K Lewis F A, Rimoer BK, 1990. *Health Behaviour and health Education*. San Fransisco; Yosdsey Publissheer Oxford
- Hans Daeng 1986 Cetakan II. *Antropologi Budaya*. Penerbit Nusa Indah
- Imam Ghozali, 15 Agustus 2002. *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program SPSS*. Edisi II Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Ihromi T.O, 1980. *Pokok-pokok Antropologi Budaya*. PT Gramedia Jakarta
- Iving Kenneth Zola, 1983. *Socio-Medical Inquiries. Recollections, Reflections, and Reconsiderations*. Temple University Press. Philadelphia 19122. Published.
- Koentjaraningrat, 1990. *Pengantar Ilmu Antropologi*, Jakarta : Rineka Cipta Press

- Koentjaraningrat, 1987. *Sejarah teori Antropologi I* Jakarta: UI Press
- Karen glanz, Frances Marcus Lewis, Barbara K Rimer, 1996. *Health Behavior and Health Education theory*. Research and practice
- Murti Bhisma, 1997. *Prinsip dan metode riset epidemiologi* Yogyakarta Gajah Mada University Press, hln 367-388
- Muhamad Zainuddin, 2000. *Metodologi Penelitian*. Surabaya
- Masri Singarimbun dan Sofian Effendi (editor), 1995. *Metode Penelitian Survei*. Edisi Revisi. Penerbit LP3ES (Lembaga Pelatihan, Pendidikan dan Penerangan Ekonomi dan Sosial) Jakarta hln 122-145
- Marcia. Inhorn and Peter J.Brown, 1997. *The Antropology of Infectious Disease*. The Netherlands : Gordon and Breach Cience Publisher. PP 119-141.
- M. Habib Mustopo, 1983. *Ilmu Budaya Dasar (Kumpulan essay- Manusia dan Budaya)*. Penerbit Usaha Nasional.
- M.Chomis, 2001. *Kamus Bahasa Indonesia*. Penerbit: Sendang Siraman-Surabaya
- Notoatmodjo S, 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jogjakarta. Penerbit Andi Offset
- Purdum W, 1-291980. *Environmental health*, second edition. Philadelphia; Academic Press, Inc, pp
- Pampana E, 1969. *A Textbook of Malaria Eradication*. 2nd edition. Offord University Press, pp 11-33
- Sihadi, 1990. *Kaitan malaria dengan hemoglobin*. Medika No. 11: 920-924
- Smitt K, 1995. Is fever a good sign for clinical malaria in surveys of endemic communities. *American Journal Tropical Medicine and Hygiene* 52: 306-310.
- Suharjo, 1997. *Peran serta masyarakat dalam penanggulangan malaria menggunakan kalambu celup* di Mimika, Irian Jaya. *Cermin duia Kedokteran* 118: 20-23
- Soedibjo E.P, 1985. *Hubungan tempat pemeliharaan hewan ternak (cattle shed) dan kejadian malaria* di Kecamatan Loceret Kabupaten Nganjuk. FK UNAIR Surabaya
- Susanto L, Muljono R, 1998. Perkembangan diagnosis malaria. *Majalah Kedokteran Indonesia*. Volume 48. Nomor 5.

LAMPIRAN





Lampiran 1a

KUESIONER PENELITIAN
FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA
MALARIA DI PUSKEMAS KOTA RATU KECAMATAN ENDE SELATAN

Nomor Urut Responden

I. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :

2. Umur :

3. Jenis kelamin : 1 Laki-laki. 2. Perempuan.....

4. Alamat :

RT : RW :

Kelurahan :

5. Pendidikan :

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| 1. tidak sekolah/SD tidak tamat. | 2. SD tamat/SMP tidak tamat |
| 3. SMP tamat/SMU tidak tamat. | 4. SMU tamat D3/PT tdk tamat |
| 5. Akademi/PT tamat. | |

6. Pekerjaan :

- | | |
|--------------------------------|---------------------|
| 1. Tidak bekerja/pengangguran. | 2. Buruh |
| 3. Petani | 4. Nelayan |
| 5. Penenun | 6. Tukang kayu/batu |
| 7. Sopir | 8. Pedagang |
| 9. ABRI/PNS | 10. Pegawai swasta. |

7. Penghas Rp/bln : 1. < 200.000, 2. 500.000, 3. 750.000, 4. > 750000

8. Pengeluaran Rupiah : 1. < 59.000, 2. 60.000-199000, 3. > 200.000

II. TINGKAT PENGETAHUAN

1. Penyebab penyakit malaria adalah

- a. Parasit (plasmodium)
- b. Kena guna-guna (leu-leu)
- c. Melanggar adat

- d. Bekerja terlalu berat.
2. Apa tanda/gejala jika sakit malaria (Jawaban bisa lebih dari satu)
- a. Menggigil
 - b. Demam /panas
 - c. Badan lemah/lesu
 - d. Sakit persendian
 - e. Badan pegal-pegal
 - f. Sakit kepala
 - g. Mulut terasa pahit.
3. Menurut saudara terjadinya penularan penyakit malaria karena :
- a. Gigitan nyamuk anopheles
 - b. Bersentuhan dengan orang sakit malaria.
 - c. Mandi air kotor.
 - d. Udara jelek
4. Bagaimana pencegahan terhadap penyakit malaria ?
- a. Tidur menggunakan kelambu.
 - b. Berada di luar rumah sampai larut malam.
 - c. Minum jamu
 - d. Tidak tahu
5. Penderita malaria dapat disembuhkan dengan cara :
- a. Berobat ke dukun
 - b. Di obati sendiri
 - c. Berobat ke Puskesmas/ dokter.
 - d. Berobat ke Pastor/Pendeta/Kyai
6. Apa nama obat anti malaria
- a. Klorokuin
 - b. Vitamin B kompleks
 - c. Parasetamol
 - d. Antalgin
7. Obat anti malaria yang anda terima dari dokter berwarna :
- a. Merah
 - b. Putih

- c. Kuning
 - d. Hijau
8. Obat anti malaria di berikan dokter selama :
- a. Satu hari
 - b. Dua hari
 - c. Tiga hari
 - d. Empat hari
9. Nyamuk malaria meletakkan telurnya di
- a. Genangan air
 - b. Tumpukan sampah
 - c. Pohan yang rimbun
10. Apa saja efek samping yang terjadi setelah obat di minum :
- a. Pusing-pusing
 - b. Mual-mual
 - c. Sakit kepala
 - d. Tidak ada gangguan apa-apa.

III. KEPERCAYAAN

12. Penyakit malaria terjadi karena salah makan/minum
- a. Percaya
 - b. Tidak percaya
13. Penderita malaria mudah sembuh bila berobat ke dukun
- a. Percaya
 - b. Tidak percaya
14. Penderita malaria sulit sembuh bila berobat ke Puskesmas
- a. Percaya
 - b. Tidak percaya
15. Penyakit malaria disebabkan oleh roh halus

- a. Percaya
 - b. Tidak percaya
16. Cara pengobatan penyakit malaria dengan membaca doa atau mantra-mantra
- a. Percaya
 - b. Tidak percaya

IV. DUKUNGAN SOSIAL

17. Apakah ada pengawasan dari keluarga pada saat anda minum obat ?
- a. Ada
 - b. Tidak ada
18. Apakah keluarga yang mengantar anda untuk berobat ke Puskesmas/dokter ?
- a. Ada
 - b. Tidak ada
19. Apakah keluarga menyiapkan obat untuk anda ?
- a. Pernah
 - b. Tidak pernah
20. Apakah anda mendapatkan nasehat dari keluarga agar anda menjalankan pengobatan dengan teratur ?
- a. Pernah
 - b. Tidak pernah.

V. SIKAP

Berikan tanda " V " pada kolom yang saudara pilih.

No	Pernyataan	Skala Sikap			
		SS	S	TS	STS
1.	Setiap penderita malaria ingin sembuh seperti penderita penyakit lain				
2.	Saya melaksanakan pengobatan sesuai dengan petunjuk dokter/perawat				
3.	Obat sesuai dengan dosis yang dianjurkan dan tepat waktu perlu dilaksanakan dengan patuh				
4.	Pengobatan harus dilaksanakan dengan tepat, walaupun berat dilaksanakan.				
5.	Saya berusaha untuk teratur melaksanakan pengobatan karena dapat menimbulkan kekambuhan.				
6.	Saya harus berusaha agar tidak lupa minum obat				
7.	Saya berusaha tetap mematuhi program pengobatan walaupun sibuk dengan pekerjaan				
8.	Penderita malaria tidak boleh minum obat tanpa resep dari dokter				
9.	Ketidak patuhan pengobatan penyakit malaria akan tambah berat penyakitnya				
10.	Tanpa pengobatan, penyakit malaria akan sembuh				
11.	Saya mengikuti program pengobatan 3x1 sehari sesuai petunjuk dokter.				
12.	Saya merasa pahit minum obat klorokuin, tetapi tetap meneruskan pengobatan				
13.	Saya berhenti minum obat klorokuin tanpa konsultasi dengan dokter karena obat menimbulkan sakit kepala				

14.	Saya melaksanakan pengobatan tidak perlu terlalu ketat				
15.	Saya selalu enggan melaksanakan pengobatan, karena tidak mungkin sembuh				
16.	Obat malaria (klorokuin) membosankan karena tabletnya besar-besar				
17.	Saya tidak perlu mengikuti jadwal minum obat yang penting obatnya ditelan habis.				
19.	Saya minum obat kalau masih sakit, bila sudah agak baik tidak perlu lagi				
20.	Saya lebih suka minum obat dari dukun				

Keterangan :

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

VI. KEBIASAAN

1. Apakah kebiasaan keluarga sebagai penentu untuk berobat ke Puskesmas ?

a. Tidak

b. Kadang-kadang

c. Sering kali

2. Apakah saudara minum obat harus di balut dengan buah asam ?

a. Tidak

b. Kadang-kadang

c. Sering kali

3. Apakah saudara tidak berobat ke Puskesmas karena tidak ada uang ?

a. Tidak

b. Kadang-kadang

c. Sering kali

4. Apakah saudara tidak berobat ke Puskesmas karena transportasi yang sulit ?

a. Tidak

b. Kadang-kadang

c. Sering kali

5. Apakah saudara biasa mengubah dosis obat yang ditentukan oleh dokter ?

- a. Tidak
- b. Kadang-kadang
- c. Sering kali

VII KEPATUHAN

6. Apakah anda pernah lupa minum obat yang ditentukan dokter 3 x 1 sehari ?

- a. Pernah
- b. Tidak pernah

7. Kalau anda lupa, pernahkah anda minum 2 tablet sekali minum ?

- a. Pernah
- b. Tidak pernah

8. Obat klorokuin pahit dan tablet besar, pernahkan anda menunda waktu untuk minum ?

- a. Pernah
- b. Tidak pernah

9. Anda pernah membatalkan pengobatan, karena pusing setelah minum obat ?

- a. Pernah
- b. Tidak pernah

10. Apakah anda selalu kontrol kesehatan setiap 3 bulan ke Puskesmas ?

- a. Pernah
- b. Tidak pernah

Lampiran 1b

**PANDUAN INDEPTH INTERVIEW
TENTANG FAKTOR SOSIAL BUDAYA YANG BERPENGARUH
TERHADAP KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA MALARIA
DI PUSKESMAS KOTARATU KEC. ENDE SELATAN**

Nama penderita :

Umur :

Jenis kelamin :

Pewawancara :

Puskesmas :

Kelurahan/Desa :

Kecamatan :

Jawablah pertanyaan di bawah ini menurut anda ketahui

1. Apa yang menyebabkan timbulnya penyakit malaria ?
2. Apakah penyakit malaria dapat disembuhkan ?
3. Dengan cara apa penyakit malaria dapat disembuhkan ?
4. Apakah diingatkan oleh keluarga untuk berobat ke puskesmas ?
5. Apakah di awasi oleh keluarga pada saat minum obat ?
6. Apakah dukun dapat menyembuhkan penyakit malaria ?
7. Bagaimana caranya dukun menyembuhkan penyakit tersebut ?

TABEL JUMLAH PE NDERITA KLINIS MALARIA PADA 15 PUSKESMAS
DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN ENDE
TAHUN 1999 S/D TAHUN 2002

NO	NAMA PUSKESMAS	JUMLAH PENDUDUK	TAHUN				TOTAL
			1999	2000	2001	2002	
1.	Ahmad Yani	8258	155	277	1051	1087	2570
2.	Detusoko	14.967	1714	1305	2019	1195	6233
3.	Kota Ende	43.580	11955	5845	11824	9564	39188
4.	Kotaratu	26.744	4838	6465	9743	9765	30811
5.	Kota Baru	11.796	1576	1462	1706	1756	6502
6.	Maurole	16.156	2157	1506	2545	3634	9842
7.	Maukaro	5780	-	-	-	1747	1747
8.	Nangapanda	18.297	2870	3904	10668	10088	27530
9.	Ndetundora	6773	1570	2190	3953	871	8584
10.	Riaraja	12.417	-	-	-	3664	3664
11.	Roga	18.374	6254	4878	3588	3813	18533
12.	Watuneso	12.417	3647	4401	4039	5339	17426
13.	Wolowaru	23.858	3951	3778	4607	6144	18480
14.	Wolojita	6282	1150	1624	1607	1907	6288
15.	Welamosa	12.219	1641	2116	2854	2687	9298
jULMAH		237918	43478	39751	60248	63261	212528

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Ende

Jenis nyamuk yang ada di Kabupaten Ende adalah *An aconicus*, *An barbirostitis*,
An subpictus dan *An sundaicus*.

HASIL INDEPTH INTERVIEW
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTARATU

I. Identitas responden

Nama : Umbu
Umur : 64 tahun
Pekerjaan : Petani
Alamat : Kelurahan Rewarana
Tanggal Wawancara : 9 Juni 2003

2. Wawancara antara peneliti dengan responden :

P : Menurut bapak apa yang menyebabkan bapak sakit malaria ?

R : Nyamuk, sekarang ini banyak lebih-lebih musim hujan.

P : Ko bapak tahu bahwa musim hujan banyak nyamuk ?

R : Di rumah ini kalau musim hujan kami semua sakit

P : Bapa tidak pake kelambu ?

R : Wa tidak ada uang beli kelambu makan saja kurang cukup

P : Apakah sakit malaria dapat disembuhkan ?

R : Ya kalau menteri kasih obat tepat langsung sembuh, kalau tidak bisa beberapa hari baru sembuh.

P : Bapak tahu nama obat yang menteri kasih dan berapa hari minum ?

R : Klorokuin, antalgin dan vitamin B kompleks, disuruh minum sehari tiga kali pagi, sore dan malam.

P : Apakah bapa menjalankan perintah mantri dengan baik yaitu 3 kali sehari

R : Kadang-kadang tepat waktu kadang tidak sebab saya sering lupa maklum sudah tua

P : Apa istri bapa atau anak bapa ingatkan saat minum obat ?

R : Anak-anak saya sudah keluar semua dari rumah ya cari hidup ada yang pergi ke Kalimantan, Malesya di rumah hanya saya dengan istri saya.

P : Bapak pernah berobat ke dukun kalau sakit malaria ?

R : Ya kalau sakit malaria biasanya ke manteri minta obat malaria, bapa kalau berobat ke dukun kecuali badan sakit minta dukun urut.

P : Apakah obat yang diberikan manteri dengan ukuran yang ditetapkan oleh mantri bapa pernah merubah aturan minum ?

R : Tidak pernah saya takut manteri marah, kalau tidak cocok dengan obat yang diberikan saya lepas tidak minum.



HASIL INDEPTH INTERVIEW
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTARATU

1. Identitas Responden

Nama : Dahlan (Orang tua Dahlan)
Umur : 3 tahun
Pekerjaan : Nelayan
Alamat : Kelurahan Rukun Lima
Tanggal wawancara : 10 Juni 2003

2. Wawancara antara peneliti dengan responden :

P : Menurut ibu apa yang menyebabkan timbulnya penyakit malaria ?

R : Kami dapat ceramah dari Bidan di posyandu bilang malaria itu disebabkan oleh nyamuk malaria yaitu nyamuk anopheles katanya sayapnya berbintik-bintik hitam putih dan menggigit pada malam hari atau siang hari. Bidan Dina juga memberitahu cara pencegahannya dan pengobatannya.

P : Apakah ibu percaya apa yang diceramahkan Bidan Dina dan bagaimana sikap ibu terhadap ceramah bidan Dina ?

R : Saya percaya sekali, anak saya ini juga bidan Dina yang tolong, sekarang saya mau tidurkan anak, saya kebas-kebas agar nyamuk keluar semua, bapanya rencana belikan kelambu kalau setelah mendapat arisan orang-orang nelayan.

P : Apakah selalu tepat waktu ibu memberi obat kepada anak ?

R : Selalu tepat kalau terlambat takut dimarahi bapanya, jadi saya berusaha tidak lupa, walaupun saat minum ia selalu muntah, Ya saya kasihan

melihat anakku muntah tapi saya harus berusaha agar ia cepat sembuh.
Kalau ia tidak sakit saya bisa bekerja.

P : Kalau anak sakit pernah kedukun ? dan obat apa yang diberikan dukun ?

R : Kalau anak tidak bisa tidur sering menangis saya suruh neneknya urut dengan menggunakan minyak kelapa dicampur dengan bawang merah lulur seluruh tubuh anakku akan tidur nyenyak. Tetapi kalau ia panas tinggi lebih dari satu atau dua hari saya bawa ke Puskesmas untuk mendapat obat malaria.

P : Pernah merobah resep yang telah diberikan oleh petugas di Puskesmas ?

R : Biasanya petugas Puskesmas sudah dibagikan, dibuat bubuk jadi kita kasih sesuai dengan ketentuan, saya takut rubah kalau salah anak saya bisa mati.
Kalau minum tiga hari belum sembuh saya pergi lagi ke Puskesmas.

P : Obat yang diberikan petugas apakah diminum sampai habis atau sisa ?

R : Kalau saya beri sampai habis, kakau lupa beri minum saya teruskan besoknya agar obat yang diberikan itu habis, kalau tidak habis katanya kambuh lagi.

HASIL INDEPTH INTERVIEW
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTARATU

1. Identitas responden

Nama : Sumarni
Umur : 22 tahun
Pekerjaan : Penenun
Alamat : Kelurahan Reworena
Tanggal Wawancara : 12 Juli 2003

2. Wawancara antara peneliti dengan responden

P : Apa yang menyebabkan timbulnya penyakit malaria ?

R : Kalau saya minum air kelapa tidak lama sakit malaria

P : Kalau minum air kelapa sakit malaria obatnya kemana ?

R : Saya berobat ke Puskesmas kalau ada waktu, biasanya sakit ini dua hari sembuh sendiri, kalau sudah lebih dari dua hari tidak sembuh saya ke Puskesmas.

P : Apakah obat yang diberikan oleh petugas diminum sesuai ketentuan petugas ?

R : *Wa Jao* (saya) sering lupa karena sibuk dengan tenun, kadang saya hanya minum pagi dan malam sedangkan siang lupa.

P : Kalau siang lupa apakah malam minum dua tablet ?

R : Kadang-kadang saya minum dua tablet kadang tidak, sehingga obat selalu sisa, kalau sakit lagi saya minum obat sisa dari pada saya harus ke Puskesmas.

P : Apakah ibu tahu efek yang akan terjadi bila minum obat tidak teratur ?

R : Saya tahu akan tidak sembuh, tetapi saya minum baru hari pertama rasanya sudah sembuh (tidak panas dan badan rasa baik) obat saya lepas.

Nanti obat yang sisa bisa dipakai lagi kalau sakitnya sama.

P : Apakah obat yang sisa diberikan kepada keluarga lain yang sakit ?

R : Ya diberikan untuk tahan-tahan sebelum pergi ke Puskesmas



Frequencies

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

Statistics

		jenis kelamin	pendidikan	pekerjaan	penghasilan	kebiasaan	kepercayaan
N	Valid	44	43	44	44	44	44
	Missing	0	1	0	0	0	0

Statistics

		pengetahuan	sikap	UMUR	kepatuhan	dukungan orang lain
N	Valid	44	44	44	44	44
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	23	52.3	52.3	52.3
	perempuan	21	47.7	47.7	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	23	52.3	53.5	53.5
	sedang	14	31.8	32.6	86.0
	tinggi	6	13.6	14.0	100.0
	Total	43	97.7	100.0	
Missing	System	1	2.3		
	Total	44	100.0		

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruh	9	20.5	20.5	20.5
	petani	9	20.5	20.5	40.9
	penenun	10	22.7	22.7	63.6
	nelayan	7	15.9	15.9	79.5
	pegawai	9	20.5	20.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

penghasilan

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	32	72.7	72.7	72.7
	sedang	6	13.6	13.6	86.4
	tinggi	6	13.6	13.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

kebiasaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak baik	28	63.6	63.6	63.6
	kurang baik	8	18.2	18.2	81.8
	baik	8	18.2	18.2	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

kepercayaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tdk percaya	29	65.9	65.9	65.9
	percaya	15	34.1	34.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang tahu	27	61.4	61.4	61.4
	tahu	17	38.6	38.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	12	27.3	27.3	27.3
	2.00	32	72.7	72.7	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

kepatuhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak patuh	29	65.9	65.9	65.9
	patuh	15	34.1	34.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

dukungan orang lain

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	14	31.8	31.8	31.8
tidak ada	30	68.2	68.2	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

sikap

N	Valid	44
	Missing	0

sikap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang baik	32	72.7	72.7	72.7
baik	12	27.3	27.3	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan * kepatuhan	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%
sikap * kepatuhan	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%
dukungan orang lain * kepatuhan	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%
UMUR * kepatuhan	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%
kepercayaan * kepatuhan	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%
kebiasaan * kepatuhan	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%
penghasilan * kepatuhan	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%
pekerjaan * kepatuhan	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%
pendidikan * kepatuhan	43	97.7%	1	2.3%	44	100.0%
jenis kelamin * kepatuhan	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%

pengetahuan * kepatuhan

Crosstab

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
pengetahuan	kurang tahu	Count	23	4	27
		% within pengetahuan	85.2%	14.8%	100.0%
	tahu	Count	6	11	17
		% within pengetahuan	35.3%	64.7%	100.0%
Total		Count	29	15	44
		% within pengetahuan	65.9%	34.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.556 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^a	9.443	1	.002		
Likelihood Ratio	11.737	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.294	1	.001		
N of Valid Cases	44				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.80.

sikap * kepatuhan

Crosstab

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
sikap	kurang baik	Count	27	5	32
		% within sikap	84.4%	15.6%	100.0%
	baik	Count	2	10	12
		% within sikap	16.7%	83.3%	100.0%
Total		Count	29	15	44
		% within sikap	65.9%	34.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17.807 ^b	1	.000		
Continuity Correction ^a	14.921	1	.000		
Likelihood Ratio	17.913	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	17.402	1	.000		
N of Valid Cases	44				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.09.

dukungan orang lain * kepatuhan

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

Crosstab

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
dukungan orang lain	ada	Count	3	11	14
		% within dukungan orang lain	21.4%	78.6%	100.0%
	tidak ada	Count	26	4	30
		% within dukungan orang lain	86.7%	13.3%	100.0%
Total		Count	29	15	44
		% within dukungan orang lain	65.9%	34.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	18.081 ^b	1	.000		
Continuity Correction ^a	15.294	1	.000		
Likelihood Ratio	18.355	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	17.670	1	.000		
N of Valid Cases	44				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.77.

UMUR * kepatuhan

Crosstab

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
UMUR 1.00	Count	3	9	12	
	% within UMUR	25.0%	75.0%	100.0%	
2.00	Count	26	6	32	
	% within UMUR	81.3%	18.8%	100.0%	
Total		Count	29	15	44
		% within UMUR	65.9%	34.1%	100.0%

Chi-Square Tests

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.290 ^b	1	.000		
Continuity Correction ^a	9.914	1	.002		
Likelihood Ratio	12.083	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	12.010	1	.001		
N of Valid Cases	44				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.09.

kepercayaan * kepatuhan

Crosstab

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
kepercayaan	tdk percaya	Count	19	10	29
		% within kepercayaan	65.5%	34.5%	100.0%
	percaya	Count	10	5	15
		% within kepercayaan	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	29	15	44
		% within kepercayaan	65.9%	34.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.006 ^b	1	.939		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.006	1	.939		
Fisher's Exact Test				1.000	.606
Linear-by-Linear Association	.006	1	.940		
N of Valid Cases	44				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.11.

kebiasaan * kepatuhan

Crosstab

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
kebiasaan	tidak baik	Count	18	10	28
		% within kebiasaan	64.3%	35.7%	100.0%
	kurang baik	Count	5	3	8
		% within kebiasaan	62.5%	37.5%	100.0%
	baik	Count	6	2	8
		% within kebiasaan	75.0%	25.0%	100.0%
Total		Count	29	15	44
		% within kebiasaan	65.9%	34.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.368 ^a	2	.832
Likelihood Ratio	.383	2	.826
Linear-by-Linear Association	.226	1	.635
N of Valid Cases	44		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.73.

penghasilan * kepatuhan

Crosstab

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
penghasilan	rendah	Count	21	11	32
		% within penghasilan	65.6%	34.4%	100.0%
	sedang	Count	4	2	6
		% within penghasilan	66.7%	33.3%	100.0%
	tinggi	Count	4	2	6
		% within penghasilan	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	29	15	44
		% within penghasilan	65.9%	34.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.004 ^a	2	.998
Likelihood Ratio	.004	2	.998
Linear-by-Linear Association	.004	1	.952
N of Valid Cases	44		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.05.

pekerjaan * kepatuhan

Crosstab

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
pekerjaan	Buruh	Count	7	2	9
		% within pekerjaan	77.8%	22.2%	100.0%
	petani	Count	5	4	9
		% within pekerjaan	55.6%	44.4%	100.0%
	penenun	Count	9	1	10
		% within pekerjaan	90.0%	10.0%	100.0%
	nelayan	Count	2	5	7
		% within pekerjaan	28.6%	71.4%	100.0%
	pegawai	Count	6	3	9
		% within pekerjaan	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	29	15	44
		% within pekerjaan	65.9%	34.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.922 ^a	4	.094
Likelihood Ratio	8.229	4	.084
Linear-by-Linear Association	.671	1	.413
N of Valid Cases	44		

a. 6 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.39.

pendidikan * kepatuhan

Crosstab

			kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
pendidikan	rendah	Count	15	8	23
		% within pendidikan	65.2%	34.8%	100.0%
	sedang	Count	11	3	14
		% within pendidikan	78.6%	21.4%	100.0%
	tinggi	Count	2	4	6
		% within pendidikan	33.3%	66.7%	100.0%
Total		Count	28	15	43
		% within pendidikan	65.1%	34.9%	100.0%

Chi-Square Tests

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.784 ^a	2	.151
Likelihood Ratio	3.712	2	.156
Linear-by-Linear Association	.719	1	.396
N of Valid Cases	43		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.09.

jenis kelamin * kepatuhan

Crosstab

		kepatuhan		Total
		tidak patuh	patuh	
jenis kelamin	laki-laki	Count 13	Count 10	Count 23
		% within jenis kelamin 56.5%	% within jenis kelamin 43.5%	% within jenis kelamin 100.0%
	perempuan	Count 16	Count 5	Count 21
		% within jenis kelamin 76.2%	% within jenis kelamin 23.8%	% within jenis kelamin 100.0%
Total		Count 29	Count 15	Count 44
		% within jenis kelamin 65.9%	% within jenis kelamin 34.1%	% within jenis kelamin 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.890 ^b	1	.169		
Continuity Correction ^a	1.116	1	.291		
Likelihood Ratio	1.919	1	.166		
Fisher's Exact Test				.213	.145
Linear-by-Linear Association	1.847	1	.174		
N of Valid Cases	44				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.16.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	44	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	44	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		44	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
tidak patuh	0
patuh	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter (1)
dukungan	ada	14	1.000
orang lain	tidak ada	30	.000
pengetahuan	kurang tahu	27	.000
	tahu	17	1.000
UMUR	1.00	12	1.000
	2.00	32	.000
sikap	kurang baik	32	.000
	baik	12	1.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		Percentage Correct
			kepatuhan		
			tidak patuh	patuh	
Step 0	kepatuhan	tidak patuh	29	0	100.0
		patuh	15	0	.0
Overall Percentage					65.9

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.659	.318	4.296	1	.038	.517

Variables not in the Equation

Step 0			Score	df	Sig.
Variables	SIKAP1(1)		17.805	1	.000
	TAHU1(1)		11.555	1	.001
	UMUR(1)		12.288	1	.000
	ORLA(1)		18.079	1	.000
Overall Statistics			26.365	4	.000

Block 1: Method = Backward Stepwise (Wald)

Omnibus Tests of Model Coefficients

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	31.144	4	.000
	Block	31.144	4	.000
	Model	31.144	4	.000
Step 2 ^a	Step	-.395	1	.530
	Block	30.749	3	.000
	Model	30.749	3	.000

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	25.320	.507	.702
2	25.715	.503	.696

Classification Table^a

Observed		Predicted		
		kepatuhan		Percentage Correct
		tidak patuh	patuh	
Step 1	kepatuhan	27	2	93.1
	tidak patuh	3	12	80.0
Overall Percentage				88.6
Step 2	kepatuhan	27	2	93.1
	tidak patuh	3	12	80.0
Overall Percentage				88.6

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	SIKAP1(1)	2.030	1.192	2.900	1	.089	7.614
	TAHU1(1)	1.848	1.317	1.970	1	.161	6.349
	UMUR(1)	-6.009	39.990	.023	1	.881	.002
	ORLA(1)	9.060	39.975	.051	1	.821	8600.051
	Constant	-3.409	1.084	9.890	1	.002	.033
Step 2	SIKAP1(1)	1.915	1.154	2.755	1	.097	6.788
	TAHU1(1)	2.102	1.265	2.762	1	.097	8.182
	ORLA(1)	3.282	1.198	7.508	1	.006	26.638
	Constant	-3.549	1.116	10.118	1	.001	.029

a. Variable(s) entered on step 1: SIKAP1, TAHU1, UMUR, ORLA.

Variables not in the Equation

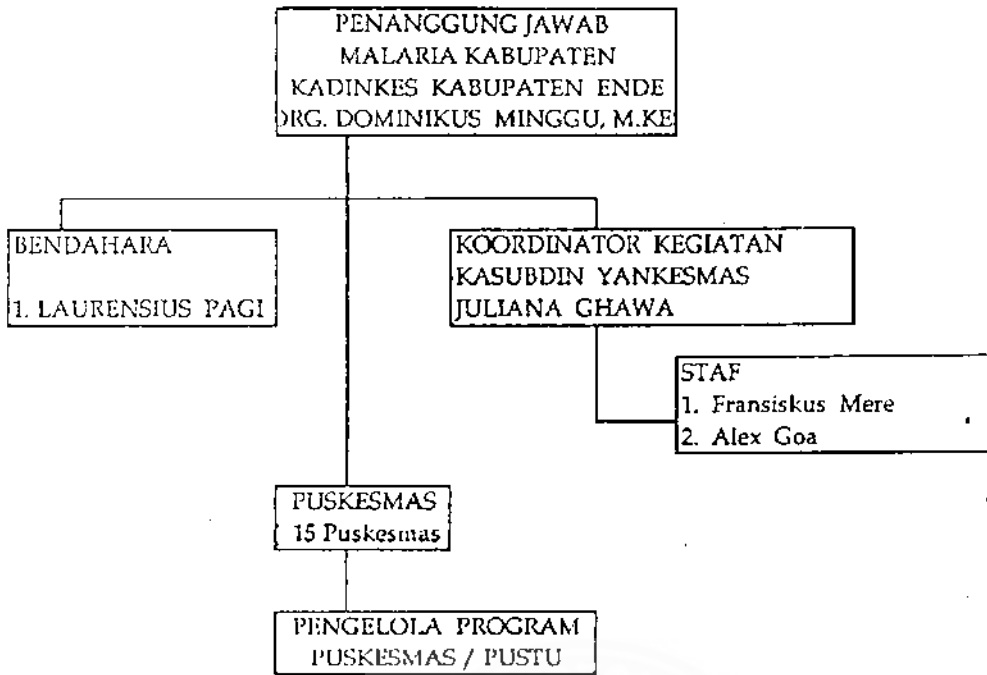
ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

	Score	df	Sig.
Step 2 ^a Variables			
UMUR(1)	.238	1	.626
Overall Statistics	.238	1	.626

a. Variable(s) removed on step 2: UMUR.



UNIT ORGANISASI
PROGRAM P2 MALARIA
BANTUAN GF ATM



KETERANGAN :

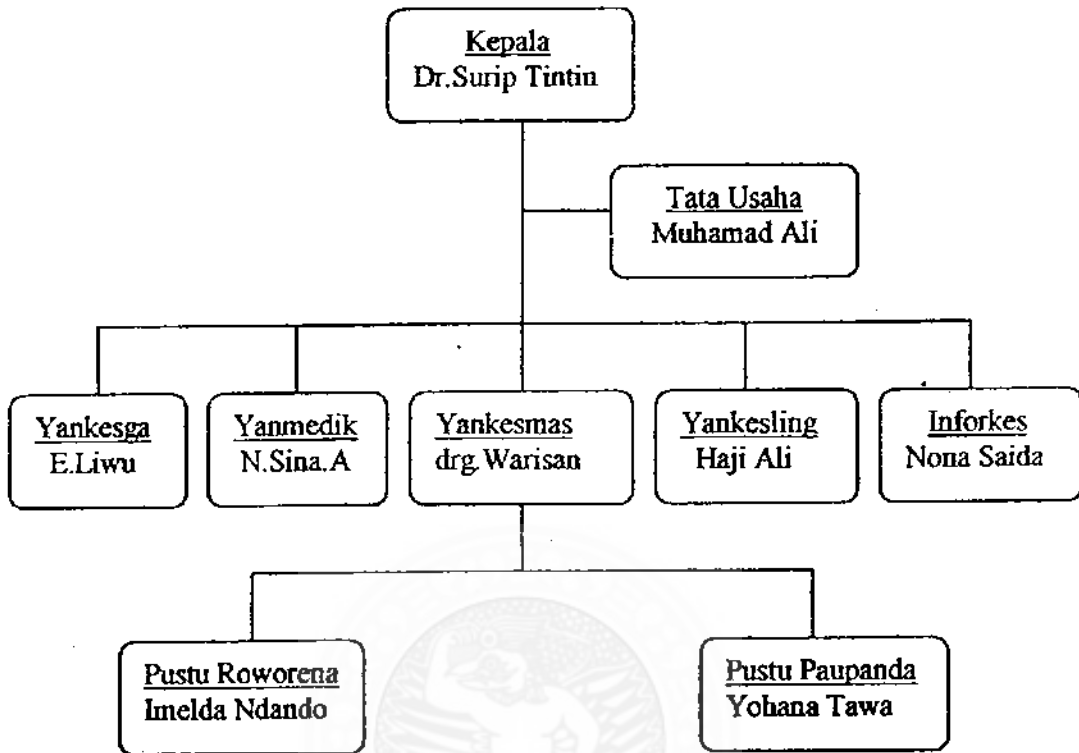
PUSKESMAS	PENGELOLA
1 Kota Ende	Ludgardis Nuwawea
2 Kota Ratu	Kletus Ronggi
3 Nangapanda	Karolina Sona
4 A. Yari	Simpson Djami La
5 Ndetundora	Rafael Reme
6 Detusoko	Silvester Kiri
7 Roga	Damianus Juma So
8 Wolowaru	Siprianus Ngongo
9 Welamosa	Andreas Kristofer
10 Maurole	Linus Nele
11 Kotabaru	Siprianus Roy
12 Wolojita	Fransiskus Dahur
13 Watuneso	Maria Goreti Mogi
14 Riaraja	Ruderikus Pitu
15 Maukaro	Darius Roga

Ende, 3 Pebruari 2003

Dinas Kesehatan
Kabupaten Ende
Dr. Dominikus Minggu, M.Kes
Pembina Tk. I
Nip. 140 222 084

Lampiran

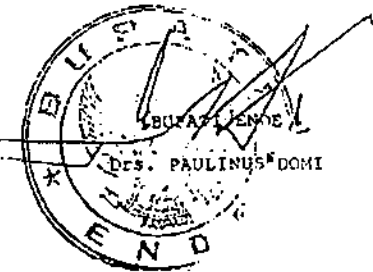
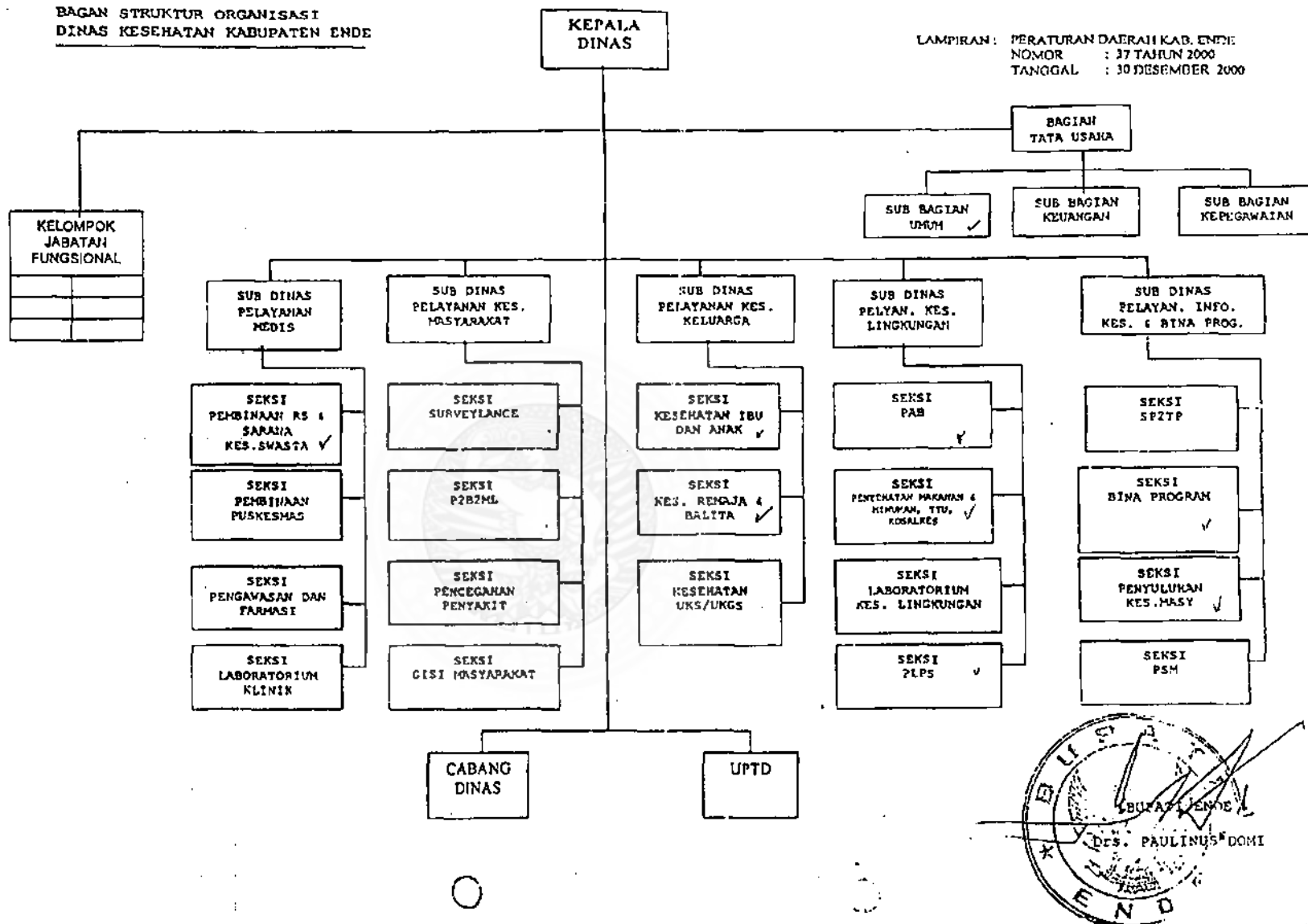
STRUKTUR ORGANISASI PUSKESMAS KOTA RATU



Sumber : Puskesmas Kota Ratu, 14 Juni 2003

**BAGAN STRUKTUR ORGANISASI
DINAS KESEHATAN KABUPATEN ENDE**

LAMPIRAN: PERATURAN DAERAH KAB. ENDE
NOMOR : 37 TAHUN 2000
TANGGAL : 30 DESEMBER 2000




RENCANA
KEGIATAN G.F. ATM TAHUN 2003
ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga
KABUPATEN ENDE

periode	Pengobatan dan Surveillance	pencegahan Penularan	Penyuluhan Malaria	Management
(Enam) Bulan Pertama	<ol style="list-style-type: none"> 1. TNA <ul style="list-style-type: none"> - Program & Labkes 2. Pelatihan tenaga <ul style="list-style-type: none"> - Microscopies - Tenaga Para Medis Puskesmas/Pustu - Kader Malaria Desa - Asisten Entomologi 3. Pelaksanaan MFS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Survei Vektor dan pemetaan tempat perindukan nyamuk 2. Pemberantasan sarang nyamuk (PSN) 3. Survei Resitem Obat <ul style="list-style-type: none"> - Penderita - Nyamuk (insel. tiseda) 4. Biological Control 5. Manipulasi Lingkungan terhadap perindukan nyamuk, dll 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Survey KAP 2. Design media penyuluhan 3. Uji coba penggunaan media 4. Perbaikan media 5. Penggandaan media 6. Penyebarluasan media dan Informasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan perencanaan GF ATM 2. Mobilisasi Sosial dan Advocacy program 3. Pengadaan Sarana & Peralatan : <ul style="list-style-type: none"> - Microscoop - Slide - Bahan-bahan Laboratorium dll
12 lan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intensifikasi pengobatan penderita 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelambunisasi 2. Penyemprotan Rumah (IRS) 3. Larvaciding 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyuluhan kepada masyarakat umum 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi kegiatan

Mengetahui
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Ende.

= drg. D. D. Pembina M. Kes =
D. D. Pembina Tk. I
NIP: 140 222 084

Ende, 11 Pebruari 2003
Ka. Sub. Din. Yankesmas


= Juliana Ghawa =
NIP: 620 005 331



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga
PROGRAM PASCASARJANA

Jl. Dharmawangsa Dalam Selatan Surabaya - 60286 ☎ (031) 5023715, 5020170, Fax.: (031) 5030076
E-mail : pasca@pasca.unair.ac.id URL address : http://www.pasca.unair.ac.id

Nomor : 2135 /J03.4/PP/2003
Lamp :
Hal : Izin melaksanakan penelitian

19 Mei 2003

Yth.

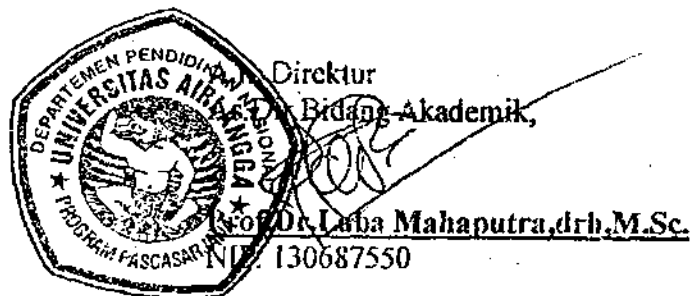
Guna penulisan penelitian untuk Tesis peserta Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Studi MPPK angkatan tahun 2001/2002 Program Pascasarjana Universitas Airlangga,

Nama : Stanislaus Nong Selung
Nim : 090114311 / M
Judul : PENGARUH SOSIAL BUDAYA DAN DEMOGRAFI TERHADAP KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA MALARIA (Studi di Puskesmas Kotaratu Kecamatan Ende Selatan).

Pembimbing : Oedojo Soedirham, dr, MPH, M.A., Ph.D.
Pembimbing I : M. Bagus Qomaruddin, Drs., M.Sc.

Maka dengan ini kami mohon perkenan Saudara untuk memberikan izin kepada yang bersangkutan untuk melaksanakan penelitian di Instansi Saudara.

Demikian dan atas bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.



**SURAT KETERANGAN / REKOMENDASI
UNTUK MENGADAKAN RESEARCH / PENELITIAN**

Nomor : BKPM. 860/I/02/VI/2003.

- MEMBACA** : Surat Direktur Bidang Akademik Universitas Airlangga NO. 2135/J03.4/PP/2003 tgl. 19-05-2003 perihal izin melaksanakan Penelitian.
- MENGINGAT** : 1. Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah.
2. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 72 Tahun 1991 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Dalam Negeri.
3. Surat Kawat menteri Dalam Negeri Nomor : SD.6/2/12/1972 tanggal 5 Juli 1972.
4. Surat Menteri Dalam Negeri Nomor : 1270/SOSPOL/D.IV/X/1980 tgl. 21 Oktober 1980, tentang Pengawasan terhadap kegiatan orang asing.
- MEMPERHATIKAN** : Rencana Penelitian / Proycks Statemen / Research, yang diajukan oleh yang bersangkutan.
- MENERANGKAN** : Bahwa dapat diberikan Izin Penelitian kepada
- N a m a** : STANISLAUS NONG SELUNG.
- A l a m a t** : UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA.
- P e k e r j a a n** : MAHASISWA.
- K e b a n g s a a n** : INDONESIA.
- J u d u l** : PENGARUH SOSIAL BUDAYA DAN DEMOGRAFI TERHADAP KEPATUHAN BEROBAT PENYERITA MALARIA.
(STUDI DI PUSKESMAS KOTARATU KEC.ENDE SELATAN)
- B i d a n g** : KESEHATAN
- D a c r a h R e s e a r c h** : PUSKESMAS KOTARATU KECAMATAN ENDE SELATAN, KABUPATEN ENDE.
- L a m a n y a** : 2 (DUA) BULAN TERHITUNG SEJAK REKOMENDASI INI DIKELUARKAN.
- P e n g i k u t** :
- P e n a n g r u n g J a w a b** :
- S p o n s o r** :
- B i a y a** : Rp. 11.825.000,-

Peneliti berkewajiban menghormati / mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku, dan melaporkan hasil-hail penelitian kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Ende,

dengan ketentuan :

1. Wajib melaporkan maksud dan tujuan kepada Camat setempat.
2. Selama melakukan Penelitian tidak dibenarkan / diijinkan untuk melakukan kegiatan di bidang lain.
3. Berbuat positif tidak melakukan hal-hal yang mengganggu keamanan dan ketertiban masyarakat.
4. Rekomendasi ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila Pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati dan mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti di atas.

Demikian Rekomendasi ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 03 - 06 - 2003.
an. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT KAB. ENDE,
KABUPATEN ENDE
KOTARATU, ENDE
Drs. JOSEPH WOGI =
PEMBINA
NIP. 620023340.

Tembusan disampaikan kepada :

1. Yth. Bapak Bupati Ende (Sebagai laporan).
2. Yth. Direktur Bidang Akademik Universitas Airlangga.
3. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ende.
4. Yth. Camat Ende Selatan.
5. Yth. Kepala Puskesmas. Kotaratu.

DINAS KESEHATAN KABUPATEN ENDE
PUSKESMAS KOTARATU

Jl. Kesehatan

Telp. (0381) 21290

Nomor : 24 / TU.01/ HCKR/VI/ 2003

Lampiran :

Perihal : Pengembalian mahasiswa
Yang mengadakan penelitian
An. Stanislaus Nong Selung

K e p a d a

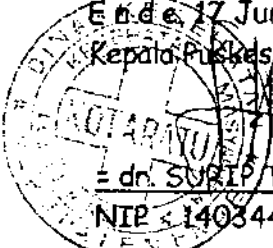
Yth. Bapak Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan
Perlindungan Masyarakat Kab. Ende
di
Ende

Berdasarkan surat Direktur Bidang Akademik Universitas Airlangga Nomor: 2135/JO3.4/PP/2003 tanggal 19 mei 2003 dan surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kab. Ende No. 860/I/02/VI/2003 tanggal 03 Juni 2003, Tentang izin melaksanakan penelitian di Puskesmas Kotaratu Kec. Ende Selatan dengan judul : PENGARUH SOSIAL BUDAYA DAN DEMONOGRAFI TERHADAP KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA MALARIA, maka dengan ini disampaikan bahwa :

N a m a : Stanislaus Nong Selung
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Universitas Airlangga Surabaya.

Telah melaksanakan penelitiannya sejak tanggal 3 Juni 2003 dan selesai pada tanggal 17 Juni 2003 di wilayah Puskesmas Kotaratu.

Demikianlah surat ini kami buat untuk dipergunakan seperlunya.

Ende, 17 Juni 2003
Kepala Puskesmas Kotaratu

= dr. SURIP/TINTIN =
NIP. 140344174

Tembusan : disampaikan dengan hormat Kepada

1. Bapak Kepala Dinas Kesehatan Kab. Ende di Ende
2. Bapak Camat Ende Selatan di Ende
3. Arsip.

PEMERINTAH KABUPATEN ENDE
ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga
BADAN KESATUAN BANGSA DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
JLN. EL TARI NO. - TLP.(0381)21429 ENDE

SURAT KETERANGAN SELESAI MELAKSANAKAN
RESEARCH / PENELITIAN

NOMOR : BKPM. 947/I/02/VI/2003.

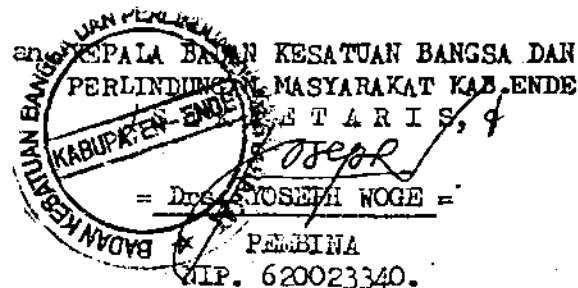
Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan dengan sebenarnya bahwa:

N a m a : STANISLAUS NONG SELUNG.
Pekerjaan : MAHASISWA.
A l a m a t : UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA.

Telah selesai melaksanakan Research/Penelitian, yang bersangkutan telah mematuhi ketentuan - ketentuan seperti yang tercantum dalam surat keterangan dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Ende Nomor : BKPM. 860/I/02/VI/2003 tgl. 03-06-2003.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 19 - 06 - 2003.



Tembusan : Disampaikan kepada :

1. Yth. Bapak Bupati Ende (sebagai laporan).
2. Yth. Direktur Bidang Akademik Universitas Airlangga.

RENCANA PELAKSANAAN

1. Susunan Organisasi

Pembimbing Utama : Oedojo Soedirham.,dr.,MPH.,MA.,PhD

Pembimbing : M. Bagus Qomaruddin.,Drs.,MSc

Peneliti : Stanis. Nong Selung.,AMK.,SPd

2. Jadwal Penelitian

	KEGIATAN	Bulan (2002 –2003)										
		12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	Persiapan											
.	1. Penyusunan proposal	**	****									
	2. Ujian Pra Proposal			*								
	3. Perbaikan Pra Proposal			**	****							
	4. Ujian Proposal					*						
B	Pelaksanaan											
.	1. Perijinan						**					
	2. Persiapan penelitian						**					
	3. Penyusunan dan Uji coba Instrumen							**				
	4. Pengambilan Data							**	***			
	5. Pengolahan dan Analisa Data									****		

C	Penulisan Laporan										*	
D	Ujian tesis										**	**
E	Perbaikan Tesis											
F	Penyerahan Laporan											

Kode * Satuan dalam minggu