

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN PENYAKIT MALARIA PADA MASYARAKAT DI DESA KARYAMUKTI KECAMATAN CIBALONG KABUPATEN GARUT PROVINSI JAWA BARAT

ATUN FARIHATUN, SKM., M.KM¹
dr. ZULAZMI MAMDY, MPH²

ABSTRAK

Desa Karyamukti merupakan desa yang paling bermasalah dengan penyakit malaria di Kabupaten Garut. Selama dua tahun berturut-turut *Annual Parasite Incidence* (API) Desa Karyamukti menunjukkan *High Case Incidence* (HCI). Pada tahun 2001 didapatkan API 0,931 ‰. Tahun 2002 naik menjadi 13,737 ‰. Tahun 2003 naik lagi menjadi 40,279 ‰. Perilaku masyarakat sangat berpengaruh terhadap terjadinya penularan malaria. Pencegahan sederhana terhadap penyakit malaria dapat dilakukan antara lain dengan cara tidur menggunakan kelambu, memasang kawat kassa pada lubang-lubang angin, mengolesi badan dengan obat anti nyamuk, memakai obat nyamuk bakar dan pada malam hari tidak berada di luar rumah.

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang diantaranya faktor umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, pengetahuan, sikap dan keterpaparan penyuluhan. Untuk mengembangkan strategi pendidikan kesehatan terhadap perilaku masyarakat, perlu dilakukan identifikasi masalah perilaku sasaran dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Untuk itu dilakukan penelitian terhadap faktor-faktor tersebut.

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* dengan besar sampel 220 responden yang dipilih secara *simple random sampling*. Untuk memperkaya informasi dilakukan *focus group discussion* terhadap tokoh masyarakat. Analisis data mencakup univariat dan bivariat dengan menggunakan aplikasi analisis chi-square.

Hasil analisis memperlihatkan bahwa distribusi responden yang melakukan tindakan pencegahan proporsinya lebih sedikit dibandingkan dengan yang tidak melakukan pencegahan. Analisis bivariat menunjukkan bahwa faktor-faktor yang terbukti berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria adalah jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan pengetahuan. Sedangkan umur, pendapatan, sikap dan keterpaparan penyuluhan terbukti tidak berhubungan.

PENDAHULUAN

Beberapa tahun terakhir malaria merupakan salah satu penyakit yang muncul kembali (*re emerging diseases*) yang menunjukkan kecenderungan peningkatan jumlah kasusnya di beberapa daerah endemik, baik di Jawa-Bali maupun luar Jawa-Bali (Depkes RI, 2003).

Penyakit ini mempengaruhi morbiditas dan mortalitas bayi, anak balita dan ibu melahirkan. Mengakibatkan penurunan tingkat kecerdasan, penurunan imunitas, penurunan produktifitas, kehilangan kesempatan kerja serta

menjadi hambatan penting untuk pembangunan sosial dan ekonomi (Gunawan, 2000 ; Depkes RI, 2003). Dapat menghabiskan anggaran negara serta mempunyai dampak negatif pada kepariwisataan (Depkes RI, 2001).

Penduduk yang beresiko terkena malaria berjumlah sekitar 2,3 miliar atau 41% dari penduduk dunia (Gunawan, 2000) yaitu penduduk yang umumnya tinggal di daerah-daerah yang termasuk daerah endemik malaria. Di Indonesia diperkirakan sekitar 85,1 juta penduduk tinggal di daerah endemik malaria dan setiap tahun terdapat 15 juta penderita

malaria dengan kematian hampir 30.000 orang (Depkes RI, 2003).

Di Propinsi Jawa Barat, terdapat 5 (lima) kabupaten reseptif malaria yang pada umumnya berbatasan langsung dengan pantai selatan Jawa Barat yaitu Ciamis, Tasikmalaya, Garut, Sukabumi dan Cianjur (Depkes RI, 2001). Kabupaten Garut disebut daerah endemis malaria karena sepanjang tahun ditemukan penduduk yang menderita malaria. Daerah endemis itu adalah Kecamatan Cibalong, Pameungpeuk, Pakenjeng, Mekarmukti, Caringin dan Bungbulang (Supriadi, 2004).

Insiden penyakit malaria di 6 (enam) Kecamatan Garut Selatan setiap tahunnya cukup tinggi. Selama triwulan pertama tahun 2005, dari 1.004 orang yang memeriksakan diri ke puskesmas terdapat 53 orang dinyatakan positif malaria. Penderita terbanyak ditemukan di Kecamatan Cibalong dan 8 orang dari Kecamatan Pameungpeuk. Keadaan ini tidak jauh berbeda dengan tahun 2004, dimana jumlah penderita mencapai 323 orang dan 90% ditemukan di Kecamatan Cibalong (Firmanullah, 2005).

Menurut Budiman (2003) Kecamatan Cibalong masih menjadi daerah endemis malaria dengan kasus tertinggi se-Kabupaten Garut. Hal yang sama dikatakan Supriadi (2004) Kecamatan Cibalong merupakan daerah endemisitas paling tinggi (*high case incidence*) karena lebih dari 90% kasus malaria terjadi di Cibalong. Karena malaria ini pula, menurut Firmanullah

(2005) dua tahun terakhir di Kabupaten Garut dinyatakan sebagai kejadian luar biasa.

Hal ini selaras dengan data laporan bulanan pengobatan dan penemuan penderita malaria di Kabupaten Garut periode Januari-Desember 2004 jumlah penderita yang ditemukan dan diobati mencapai 323 kasus dan 295 diantaranya terjadi di Kecamatan Cibalong. Demikian juga, pada periode Januari-Desember 2003 penderita malaria yang ditemukan dan diobati mencapai 520 kasus dan 439 kasus diantaranya terjadi di Kecamatan Cibalong.

Dari laporan tahunan puskesmas Kecamatan Cibalong tahun 2001 sampai tahun 2003, desa yang paling bermasalah dengan penyakit malaria di wilayah puskesmas Kecamatan Cibalong Kabupaten Garut adalah Desa Karyamukti. Selama dua tahun berturut-turut sebagai strata *High Case Incidence* (HCI). Pada tahun 2001 jumlah penderita malaria di Desa Karyamukti sebanyak 4 penderita dengan *Annual Parasite Incidence* (API) 0,931 ‰, tahun 2002 naik menjadi 59 penderita dengan API 13,737 ‰ dan pada tahun 2003 naik lagi menjadi 173 penderita dengan API sebesar 40,279 ‰.

Berbagai upaya penanggulangan malaria di Indonesia telah dilakukan pemerintah, institusi maupun lembaga yang terkait dengan penelitian malaria, namun upaya tersebut belum dapat mengurangi morbiditas malaria (Depkes, 2003). Keadaan ini diantaranya dapat

diakibatkan karena belum dapat dikelolanya secara maksimal tempat-tempat perindukan nyamuk, jumlah penderita yang sangat banyak, keterbatasan sumberdaya manusia, biaya, infrastruktur (Prabowo, 2004), terlalu mengandalkan satu teknologi (penyemprotan insektisida) serta rendahnya pemahaman sebagian masyarakat mengenai bahaya penyakit malaria mengakibatkan rendahnya kepedulian mereka untuk berperan aktif dalam upaya pencegahan penyakit malaria, hal ini berkaitan dengan masalah perilaku masyarakat (Depkes, 2003).

Kebiasaan masyarakat dalam berpakaian, tidur di luar rumah dan di dalam rumah, tidur memakai kelambu, penggunaan obat anti nyamuk, atau menutup lubang-lubang rumah dengan kawat anti nyamuk sangat berpengaruh terhadap terjadinya penularan penyakit malaria. Kebiasaan begadang dan tidur di luar rumah yang biasa dilakukan masyarakat di Pegunungan Menoreh berpengaruh pada tingginya tingkat penularan malaria disana. Demikian pula dengan kebiasaan masyarakat Kubu di Jambi yang suka telanjang dada dan tidur di alam terbuka, mengakibatkan hampir setiap anggota keluarganya terkena penyakit malaria. Banyak anggota masyarakat di beberapa daerah endemis malaria yang menganggap masalah penyakit malaria sebagai masalah biasa yang tidak perlu dikhawatirkan dampaknya. Anggapan tersebut, membuat mereka lengah dan kurang berkontribusi

dalam upaya pencegahan dan pemberantasan malaria (Achmadi, 2003).

Blum (1974) dan Green (1991) mengatakan bahwa perilaku manusia mempunyai pengaruh yang besar dalam menentukan derajat kesehatan. Perilaku dapat mempengaruhi kesehatan secara langsung dan secara tidak langsung melalui pengaruhnya terhadap penggunaan pelayanan kesehatan, kualitas dan kuantitas penduduk serta lingkungan (Mamdy, 2001). Oleh karena itu, dalam rangka membina dan meningkatkan kesehatan masyarakat, maka intervensi yang ditujukan kepada faktor perilaku ini sangat strategis. Menurut Mantra (1997) untuk mengembangkan strategi pendidikan kesehatan terhadap perilaku masyarakat, perlu dilakukan identifikasi masalah perilaku sasaran dan faktor-faktor yang mempengaruhinya untuk menentukan langkah penyusunan rencana pendidikan kesehatan.

Berdasarkan uraian diatas, penulis merasa tertarik untuk meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria pada masyarakat di Desa Karyamukti sehingga hasilnya dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi program pemberantasan penyakit menular di Puskesmas Kecamatan Cibalong dan Dinas Kesehatan Kabupaten Garut dalam rangka menyusun perencanaan pendidikan kesehatan pada program pemberantasan malaria di Desa Karyamukti.

METODE RANCANGAN PENELITIAN

Rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*, Lokasi penelitian yaitu di Kecamatan Cibalong karena berdasarkan laporan tahunan malaria Dinas Kesehatan Kabupaten Garut tahun 2002 sampai tahun 2004, berdasarkan laporan tahunan Puskesmas Kecamatan Cibalong Desa Karyamukti tahun 2003 sampai tahun 2004, desa yang paling bermasalah dengan penyakit malaria di wilayah Puskesmas Kecamatan Cibalong Kabupaten Garut yaitu Desa Karyamukti, penelitian dilakukan pada bulan Mei tahun 2005.

Populasi penelitian seluruh penduduk yang tinggal di Desa Karyamukti.

Sampelnya yaitu penduduk Desa Karyamukti dengan kriteria pada Bulan Mei Tahun 2005 tinggal di Desa Karyamukti dan bisa diajak berkomunikasi.

HASIL PENELITIAN

Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan

Berdasarkan analisis bivariat, faktor-faktor yang terbukti berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria adalah jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan pengetahuan. Sedangkan umur, pendapatan, sikap dan keterpaparan penyuluhan terbukti tidak berhubungan.

Umur

Dari analisis bivariat didapatkan bahwa faktor umur tidak mempunyai hubungan

dengan perilaku pencegahan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Ismoyowati (1999) di NTT yang menyatakan tidak ada hubungan antara umur dengan perilaku pemberantasan malaria dengan $p\text{ value} = 0,540$. Namun berbeda dengan hasil penelitian Imran (2003) di Nanggroe Aceh Darussalam yang menyatakan ada hubungan bermakna dengan pola hubungan negatif antara antara dua variabel ini ($p\text{ value} = 0,013$) semakin tua umur responden semakin kurang baik perilaku pemberantasan penyakit malaria. Tidak adanya hubungan antara dua variabel ini dapat dijelaskan dari teori bahwa pada dasarnya setiap orang dapat terkena malaria, perbedaan prevalensi menurut umur berkaitan dengan derajat kekebalan variasi keterpaparan pada gigitan nyamuk (Gunawan, 2000). Menurut Green (1991) dan Rosenstock (1974) umur termasuk variabel demografi yang mempengaruhi perilaku namun bukan faktor penentu seseorang untuk berperilaku. Masih ada faktor-faktor lain yang berpengaruh.

Jenis Kelamin

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku pencegahan. Perempuan mempunyai kecenderungan berperilaku baik 1,5 kali dibandingkan laki-laki. Hasil ini menunjukkan perbedaan dengan 2 penelitian terdahulu yaitu Ismoyowati (1999) di NTT dan Imran (2003) di Nanggroe Aceh Darussalam yang menyatakan tidak ada hubungan antara kategori jenis kelamin dengan kategori

perilaku terhadap pemberantasan malaria. Green (1991) mengatakan bahwa jenis kelamin termasuk faktor predisposisi yang memberi kontribusi terhadap perilaku kesehatan. Adanya hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku pencegahan penyakit malaria ini dapat dijelaskan karena responden perempuan yang dianalisis dalam penelitian ini, pada malam hari cenderung lebih banyak tinggal di dalam rumah sementara didalam rumah sebagian besar responden telah melakukan upaya pencegahan dengan memakai obat nyamuk bakar. Sedangkan sebagian besar laki-laki yang dianalisis dalam penelitian ini, cenderung lebih banyak memiliki aktivitas pada malam hari seperti memancing, ronda, main kartu menginap di ladang atau di barak nelayan.

Pendidikan

Dari hasil analisis bivariat didapatkan ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Hasil ini sejalan dengan penelitian Imran (2003) yang menyatakan bahwa responden yang mempunyai pendidikan rendah akan mempunyai perilaku kurang baik dibandingkan dengan responden yang mempunyai pendidikan tinggi atau makin tinggi pendidikan makin baik perilaku terhadap pemberantasan malaria.

Ginting (2003) mengatakan bahwa pendidikan menyediakan berbagai informasi bagi orang-orang. Pendidikan tinggi akan meningkatkan pengetahuan tentang berbagai masalah termasuk masalah kesehatan. Rendahnya pendidikan

menyebabkan kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai tanda-tanda dan bahaya penyakit malaria sehingga berakibat pada kurangnya kepedulian masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya pencegahan malaria. Pendidikan juga berpengaruh secara tidak langsung, karena pendidikan akan mempengaruhi status sosial seseorang. Dengan meningkatnya pendidikan peluang seseorang untuk bekerja semakin besar sehingga akan dapat meningkatkan penghasilan dan kemampuan daya beli terhadap upaya pencegahan seperti obat nyamuk, memasang kawat kassa atau kelambu untuk melindungi dirinya dari gigitan nyamuk malaria.

Bila melihat distribusi responden berdasarkan pendidikan, sebagian besar responden (85,9%) dalam penelitian ini termasuk kategori berpendidikan rendah. Menurut Mustopo (2003) salah satu upaya yang dapat dilakukan pemerintah dalam dalam penanganan masalah kemiskinan di daerah endemik malaria adalah melalui pembelajaran masyarakat terhadap penyakit malaria dan pemberantasannya. Pembelajaran ini dapat dilakukan melalui kurikulum pendidikan dasar dengan materi-materi yang sesuai dengan tingkat sekolah dan kepada masyarakat umum perlu ada penyuluhan-penyuluhan disertai dengan pembelajaran melalui sarana komunikasi lainnya.

Pekerjaan

Hasil analisa bivariat menunjukkan ada hubungan antara pekerjaan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Ibu

rumah tangga atau pelajar mempunyai kecenderungan berperilaku baik 2,8 kali dibandingkan petani.

Adanya hubungan antara dua variabel ini dapat dijelaskan bahwa sebagian besar dari responden yang aktivitas sehari-harinya sebagai ibu rumah tangga atau pelajar menyatakan tidak melakukan kegiatan di luar rumah pada malam hari. Sedangkan pada responden yang memiliki aktivitas sebagai petani menyatakan memiliki kebiasaan menginap di ladang.

Menurut Achmadi (2003) jenis pekerjaan sangat terkait dengan resiko memperoleh penularan malaria. Pekerjaan menebang kayu di hutan, bertani di sekitar hutan, menanam padi dan tinggal di daerah persawahan, membawa orang berhubungan secara intens dengan nyamuk *anopheles* yang terinfeksi.

Menanggapi hasil penelitian yang menunjukkan bahwa Ibu rumah tangga atau pelajar di Desa Karyamukti mempunyai kecenderungan berperilaku baik 2,8 kali dibandingkan petani. Maka selain melakukan upaya penyuluhan pada kelompok petani sebagai target sasaran utama, hal yang dapat dipertimbangkan adalah penyuluhan secara intens kepada ibu rumah tangga dan pelajar. Diharapkan dengan penyuluhan pada kelompok ini akan memudahkan penerimaan pesan kesehatan dan selanjutnya kepada mereka diharapkan akan menyampaikannya kembali pada masing-masing keluarga.

Pendapatan

Dari hasil analisis bivariat didapatkan tidak ada hubungan antara

pendapatan dengan perilaku pencegahan. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Ismoyowati (1999) yang menyatakan tidak ada hubungan antara kedua variabel ini.

Tidak adanya hubungan antara pendapatan dengan perilaku dapat dijelaskan dengan meskipun distribusi responden berdasarkan pendapatan menunjukkan sebagian besar berpendapatan rendah namun bila dilihat dengan upaya pencegahan di dalam rumah pada malam hari, sebagian besar melakukan upaya pencegahan dengan obat nyamuk bakar. Ini dilakukan responden karena selain obat nyamuk bakar harganya murah juga mudah didapat di warung-warung. Ada juga responden yang melakukan tindakan pencegahan dengan memakai daun pepaya, daun kemangi, dan letod. Dengan demikian dengan pendapatan yang rendah pun, responden masih bisa mengupayakan tindakan pencegahan.

Hal ini tidak sejalan dengan Mardiyanto (2003) yang menyatakan bahwa ada korelasi atau hubungan yang signifikan antara kemiskinan dan tingkat penderita malaria. Kondisi kemiskinan secara berantai akan mengakibatkan rendahnya perilaku sehat, memburuknya kondisi lingkungan serta meningkatnya populasi nyamuk malaria yang pada gilirannya akan berakibat pada meledaknya jumlah penderita malaria.

Pengetahuan

Lebih dari setengah responden dalam penelitian ini mempunyai pengetahuan buruk mengenai penyakit

malaria. Sumber utama rendahnya pengetahuan adalah pertanyaan-pertanyaan no 9, 13, 14, 15, 16, 20, dan 25 (lihat lampiran 2).

Keterangan yang sama di dapat pada saat diskusi, sebagian besar peserta diskusi tidak mengetahui bahwa waktu penularan malaria adalah malam hari. Hal ini dapat berdampak pada rendahnya kepedulian masyarakat untuk melakukan pencegahan dengan menghindari aktivitas di luar rumah pada malam hari.

Pengetahuan masyarakat bahwa jentik nyamuk malaria tidak dapat diberantas dapat berdampak pada rendahnya kepedulian masyarakat untuk memelihara ikan. Seperti keterangan yang diperoleh pada saat diskusi bahwa sebagian besar peserta tidak mengetahui ikan-ikan (ikan mujair dan ikan kepala timah) yang pernah ditebar dinas kesehatan di lagun Haminteu dimaksudkan untuk memakan jentik-jentik nyamuk. Para peserta mengatakan banyak warga hoby mancing, termasuk mengambil ikan di lagun-lagun tempat perindukan nyamuk.

Sebagian besar peserta sudah mengetahui gejala-gejala penyakit malaria, mereka mengatakan gejala utama penyakit malaria adalah demam, badan pegal-pegal, kepala pusing. Begitu juga dengan hasil wawancara dengan responden sebagian besar mengatakan bahwa meriang, pegal linu, sakit kepala merupakan gejala penyakit malaria. Hal ini sejalan dengan penelitian lain di Desa Berakit Propinsi Riau, di Banjarnegara,

Purworejo dan Karanganyar Jawa Tengah (Santoso, dkk.1991) bahwa di daerah endemik malaria masyarakat lebih mengetahui gejala-gejala penyakit malaria.

Mengenai cara mengobati penyakit malaria, ada peserta yang sudah mengetahui pil kina. Namun sebagian besar tidak mengetahui obat malaria. Mereka mengenali jenis obat malaria dari akhiran kata, bila akhiran nama obatnya 'kuin' menurut mereka itu adalah obat malaria. Hal ini sama pada saat wawancara, sebagian responden mengatakan bahwa klorokuin, primakuin adalah benar obat malaria.

Hasil analisa bivariat memperlihatkan ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria ($p \text{ value} = 0,004$). Hasil ini sejalan dengan dua penelitian sebelumnya, Imran (2003) yang menunjukkan ada hubungan bermakna antara variabel pengetahuan dengan perilaku terhadap pemberantasan penyakit malaria ($p \text{ value} = 0,001$). Penelitian Ismoyowati (1999) menunjukkan ada hubungan bermakna antara dua variabel ini ($p \text{ value} = 0,007$).

Green (1991) mengatakan bahwa peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku. Pengetahuan tertentu tentang kesehatan mungkin penting sebelum suatu tindakan kesehatan tersebut terjadi, tetapi tindakan kesehatan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi kecuali apabila seseorang mendapat isyarat yang cukup kuat untuk

memotivasinya bertindak atas dasar pengetahuan yang dimilikinya.

(McGuire, 1964 dalam Graeff, 1993) menjelaskan bahwa perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prekondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku-perilaku lain. Dalam pendidikan untuk tujuan perubahan perilaku, jika ternyata pengetahuan memiliki pengaruh maka perlu diadakan pendekatan kepada orang yang bersangkutan untuk memberi penjelasan, informasi dan sebagainya (Wirawan, 2002).

Sikap

Dalam penelitian ini, proporsi responden sikap baik sedikit lebih banyak daripada responden sikap buruk. Pertanyaan-pertanyaan yang berkontribusi terhadap tingginya nilai sikap adalah pertanyaan-pertanyaan no 28, 29, 30, 31, 32 dan 34 (lihat lampiran 2). Respon positif masyarakat ini akan sangat membantu dalam upaya penanggulangan malaria di Desa Karyamukti.

Sementara terhadap menghindari aktivitas di luar rumah pada malam hari, sebagian responden menyatakan tidak setuju (lihat pertanyaan no 36). Keterangan ini juga didapat pada saat diskusi, ada peserta yang menyatakan sudah biasa dengan malaria, tidak perlu khawatir mancing di malam hari. Anggapan tersebut, salah satunya dapat diakibatkan karena masih banyak masyarakat yang tidak mengetahui waktu penularan malaria yang sebenarnya adalah pada malam hari.

Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan antara sikap dengan perilaku ($p \text{ value} = 0,053$). Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Ismoyowati (1999) yang menyatakan tidak ada hubungan antara kategorisikap masyarakat dengan kategori perilaku pemberantasan penyakit malaria ($p \text{ value} = 0,58$).

Wirawan (2002) menyatakan bahwa dalam kenyataan tidak selalu suatu sikap tertentu berakhir dengan perilaku yang sesuai dengan sikap tersebut. Sebagian besar dari para pakar psikologi sosial berpendapat bahwa sikap terbentuk dari pengalaman melalui proses belajar. Berdasarkan pandangan seperti ini, dapat disusun berbagai upaya pendidikan untuk mengubah sikap seseorang.

Menurut Ajzen (1991) mengukur sikap terhadap niat, sama dengan mengukur perilaku itu sendiri. Niat untuk berperilaku ditentukan oleh dua hal yaitu 1) *attitude* (sikap) terhadap perilaku itu dan 2) *subjective norms* (norma subjektif) tentang perilaku itu. Sikap terhadap perilaku ditentukan oleh dua hal yaitu 1) *belief* (kepercayaan atau keyakinan) dan 2) evaluasi terhadap konsekuensi-konsekuensi tersebut untuk diri subjek itu sendiri. Norma subjektif juga ditentukan oleh dua hal yaitu 1) pendapat tokoh atau orang lain yang penting yang berpengaruh atau tokoh panutan (*significant others*) tentang apakah subjek perlu, harus atau dilarang melakukan perilaku itu dan 2) seberapa jauh subjek akan mengikuti pendapat orang lain tersebut (*motivation*

to comply).

Dalam pendidikan untuk tujuan perubahan perilaku, jika ternyata sikap memiliki pengaruh maka perlu diadakan pendekatan kepada orang yang bersangkutan untuk memberi penjelasan informasi dan sebagainya untuk merubah struktur kognisinya. Pada gilirannya perubahan sikap ini akan mengubah pula perilaku sehingga terjadilah perilaku-perilaku yang lebih sesuai dengan perilaku yang diharapkan (Wirawan, 2002).

Keterpapanan Penyuluhan

Sebagian besar responden dalam penelitian ini (85,9%) menyatakan belum pernah terpajan penyuluhan mengenai penyakit malaria baik penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan, kader atau tokoh masyarakat. Hasil analisa bivariat memperlihatkan tidak ada hubungan antara keterpapanan penyuluhan dengan perilaku pencegahan penyakit malaria. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian Ismoyowati (1999) yang menyatakan ada hubungan bermakna antara penyuluhan dengan perilaku pemberantasan malaria (p value = 0,001).

Dari hasil diskusi diperoleh informasi yang sama bahwa belum ada penyuluhan mengenai penyakit malaria yang diberikan kepada masyarakat di Desa Karyamukti. Sedikit responden yang mengatakan pernah mendapat penjelasan tentang penyakit malaria, yaitu ketika mereka memeriksakan diri ke puskesmas atau ketika pada saat petugas juru malaria desa puskesmas melaksanakan *passive case detection*. Hal ini selaras dengan

keterangan petugas pemegang program pemberantasan malaria puskesmas Kecamatan Cibalong, penyuluhan yang dilakukan adalah pada saat *passive case detecton* dan pada saat *active case detection* oleh juru malaria desa (JMD).

Untuk merubah perilaku biasanya diperlukan waktu yang lama. Jarang ada orang yang langsung merubah perilakunya setelah mendengar penyuluhan satu kali. Mantra (1997) menjelaskan 8 (delapan) langkah pokok pengembangan strategi penyuluhan, yaitu :

- Analisa masalah kesehatan dan perilaku
- Menetapkan sasaran
 - Menetapkan sasaran primer dan tatanan serta analisisnya
 - Menetapkan sasaran sekunder dan tatanan serta analisisnya
 - Menetapkan sasaran tersier dan tatanan serta analisisnya
- Menetapkan tujuan
 - Tujuan umum
 - Tujuan khusus
- Menetapkan strategi
 - Advocacy
 - Pemberdayaan
 - Dukungan sosial
- Menetapkan pesan pokok
- Menetapkan metode dan saluran komunikasi
- Menetapkan kegiatan operasional
- Menetapkan pemantauan dan penilaian

Menanggapi hasil penelitian ini, hal yang dapat dipertimbangkan adalah

penyuluhan yang dilakukan tidak terbatas pada saat ACD dan PCD. Seperti yang disampaikan semua peserta diskusi, penyuluhan masih sangat diperlukan. Penyuluhan diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan merubah perilaku (Santoso, 2002).

DAFTAR PUSTAKA

Achmadi. 2003

Malaria dan Kemiskinan di Indonesia Tinjauan situasi tahun 1997-2001. Pusat Data dan Informasi. Depkes RI. Jakarta.

Ariawan. 2003

Analisa Data Kategorik. FKM. UI

Ajzen, I. 1988

Attitude, personality and behavior. Open University Press.

Ajzen, I. 1991

Attitude, personality and behavior. Open University Press.

Badan Pusat Statistik.2003

Statistik Pendidikan. Badan Pusat Statistik. hal : Jakarta.

.....2004

Statistik Upah. Badan Pusat Statistik. Jakarta

Budiman. 2004

“Cibalong Daerah Endemis Malaria di Garut”. Pikiran Rakyat. 24 Maret 2004. Jawa Barat.

Depkes RI. 2000

Prosedur Penilaian Cepat. Pusat Data Kesehatan. Jakarta.

.....2001

Penatalaksanaan Kasus Malaria. Dirjen P2M dan PL. Jakarta

..... 2002

Profil Kesehatan Indonesia. Depkes RI. Jakarta.

.....2003

Epidemiologi Malaria. Dirjen P2M dan PL. Jakarta.

.....2003

Pengobatan Malaria. Dirjen P2M dan PL. Jakarta.

.....2003

Promosi Gebrak Malaria. Dirjen P2M dan PL. Jakarta.

Dinkes kabupaten Garut, 2003

Sub. Din. P2 dan PL. *Laporan Bulanan Pengobatan dan Penderita Malaria*.

....., 2004

Sub. Din. P2 dan PL. *Laporan Bulanan Pengobatan dan Penderita Malaria*.

Firmanulloh. 2005

“53 Warga Garut Selatan Terjangkit Malaria”. Pikiran Rakyat. 11 Mei 2005. Jawa Barat.

FKM. 2000

Aplikasi Metode Kualitatif dalam Penelitian Kesehatan. FKM.UI

Gerungan.1991

Psikologi Sosial. Eresco. Bandung.

Ginting. 2003

Peran serta WALHI dalam

penanggulangan Masalah Kesehatan Penyakit Akibat Pengrusakan Lingkungan yang Dikaitkan dengan Penyakit Malaria di Indonesia dalam Malaria dan Kemiskinan di Indonesia Tinjauan Situasi tahun 1997-2001. Pusat Data dan Informasi. Depkes. Jakarta.

Graeff, Elder & Booth. 1993
Communication for Health and Change Behavior. Jossey-Bass. San Francisco

Green & Kreuter 1991
Health Promotion Planning. An Educational and Environment Approach 2nd. Myfield Publising Co.

Green & Kreuter (alih bahasa Mamdy,dkk).
Perencanaan Pendidikan Kesehatan, Sebuah Pendekatan Diagnostik. Proyek Pengembangan FKM. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. Jakarta.

Gunawan. 2000
Epidemiologi Malaria dalam Harijanto, P.N. Malaria : Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis & Penanganan. EGC. Jakarta.

Harijanto. 2000
Malaria : Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis & Penanganan. EGC. Jakarta.

Hastono. 2001
Analisa Data. FKM.UI

Imran. 2003
Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Masyarakat dalam Upaya

Pemberantasan Malaria di Kota Sabang Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam. Tesis. FKM. UI.

Ismoyowati. 1999
Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pemberantasan Malaria di Daerah Endemik Nusa Tenggara Timur. Tesis. FKM UI.

Karr. 1986
Communication for Health Promotion : A Model for Research and Action, in Ward (editor) : *Advance in Health Eduvation and Promotion*. JAI Press.

Lemeshow. 1997
Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan. Gajah Mada University Press. Yogyakarta.

Mamdy. 2001
Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jurnal Ilmu Kesehatan UHAMKA Vol.1 No.1 Hal 10-23. Jakarta.

Mantra.1997
Strategi Penyuluhan Kesehatan. Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat. Depkes. Jakarta.

Mardiyanto. 2003
Strategi dan Langkah-langkah Pemerintah Propoinsinya Jawa Tengah dalam Menangani Masalah Kemiskinan di Daerah Malaria dalam Malaria dan Kemiskinan di Indonesia Tinjauan Situasi tahun 1997-2001. Pusat Data dan Informasi. Depkes. Jakarta.

Mustopo, 2003

Peranan Legislatif dalam Mendukung Upaya Pemerintah dan Masyarakat untuk Penanganan Masalah Kemiskinan yang Dikaitkan dengan Penyakit Malaria di Indonesia dalam Malaria dan Kemiskinan di Indonesia Tinjauan Situasi tahun 1997-2001. Pusat Data dan Informasi. Depkes. Jakarta.

Nugroho. 2000

Siklus Hidup Plasmodium Malaria dalam Harijanto, P.N. Malaria : Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis & Penanganan. EGC. Jakarta.

Pemerintah Propinsi Jawa Barat Dinas Kesehatan. 2001.

Profil Kesehatan Propinsi Jawa Barat. Dinkes Propinsi Jawa Barat.

Prabowo. 2004

Malaria : mencegah dan mengatasinya. Puspa swara. Jakarta

Pratiknya. 2000

Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan. Raja Grafindo Persada. Jakarta.

Profil Puskesmas kecamatan Cibalong. 2003

Purwaningsih. 2000

Diagnosis Malaria dalam Harijanto, P.N. Malaria : Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis & Penanganan. EGC. Jakarta.

Rampengan. 2000

Malaria Pada Anak dalam Harijanto, P.N. Malaria : Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis & Penanganan. EGC. Jakarta.

Rogers, E. 1983

Diffusion of Innovations. New York. Free Press. Hal : 5-16

Rosenstock. 1974

The Health Belief Model and Preventive Behavior in Becker (editor). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior.* Charles B Slack New Jersey.

Santoso,dkk. 1991

Perilaku Penduduk dalam Penanggulangan Penyakit Malaria di Desa Berakit Propinsi Riau. Buletin Penelitian Kesehatan (19) Vol. 1 Hal :14-23

Santoso,dkk. 2002

Penyuluhan Tepat Guna yang Berkaitan dengan Penyakit Malaria bagi Penduduk Hargotirto Kecamatan Kokap, Kabupaten Kulon Progo, DI Yogyakarta. Media Litabng Kesehatan Volume XII Nomor 3 Hal : 1 – 11

Sastroasmoro. 1995

Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Binarupa Aksara. Jakarta

Sutisna. 2004

Malaria Secarara Ringkas : Dari Pengetahuan Dasar Sampai Terapan. EGC. Jakarta

Sudarsono. 2001

Survei Pengetahuan, Sikap, Perilaku di
Kabupaten Ogan Komering Ulu.
Skripsi.FKM.UI

Supriadi. 2004

Awas Malaria. Priangan. 01 Juli 2004.
Jawa Barat.

Tjitra. 2000

Obat Anti - Malaria dalam Harijanto, P.N.
Malaria : Epidemiologi, Patogenesis,
Manifestasi Klinis & Penanganan. EGC.
Jakarta.

Wirawan. 2002.

Psikologi Sosial. Balai Pustaka. Jakarta