



**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINDAKAN PENCEGAHAN
MALARIA DI DESA BANGSRING KECAMATAN WONGSOREJO
KABUPATEN BANYUWANGI TAHUN 2015**

SKRIPSI

Oleh

**Ecy Haqy Zhanah Hadi Putri
NIM 112110101051**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINDAKAN PENCEGAHAN
MALARIA DI DESA BANGSRING KECAMATAN WONGSOREJO
KABUPATEN BANYUWANGI TAHUN 2015**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

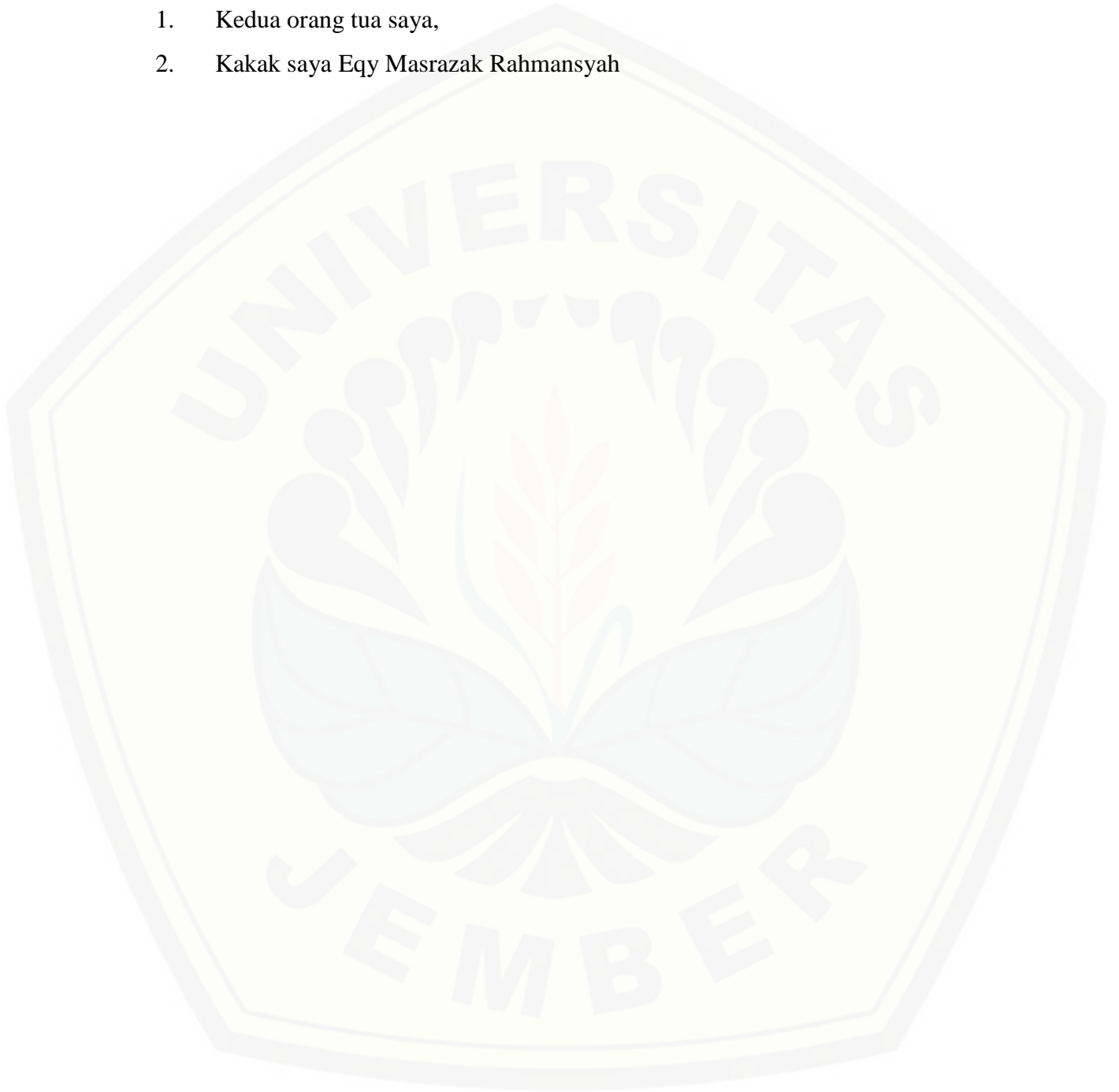
**Ecy Haqy Zhanah Hadi Putri
112110101051**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatISTIKA KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya,
2. Kakak saya Eky Masrazak Rahmansyah



MOTTO

*You have to learn the rules of the game.
And then you have to play better than anyone else.*
(Albert Einstein)



Albert Einstein dalam Hartman, Taylor. 2007. *The People Code: It's All About Your Innate Motive*. New York: Scribner.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :Ecy Haqy Zhanah Hadi Putri

NIM :112110101051

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Faktor yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Malaria di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Mei 2015

Yang menyatakan,

Ecy Haqy Zhanah Hadi Putri

NIM. 112110101051

SKRIPSI

**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINDAKAN PENCEGAHAN
MALARIA DI DESA BANGSRING KECAMATAN WONGSOREJO
KABUPATEN BANYUWANGI TAHUN 2015**

Oleh

Ecy Haqy Zhanah Hadi Putri
NIM.112110101051

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Andrei Ramani, S.KM.,M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Yunus Ariyanto, S.KM.,M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Faktor yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Malaria di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Rabu
tanggal : 17 Juni 2015
tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Khoiron, S.KM., M.Sc
NIP. 197803152005011002

Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes
NIP. 198311132010122006

Anggota,

Sudarto Setyo N.N, S.KM., M.Kes
NIP. 196911031997031010

Mengesahkan
Dekan,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP. 195608101983031003

RINGKASAN

Faktor yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Malaria di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015; Ecy Haqy Zhanah Hadi Putri; 112110101051; 2015: (102) viii; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Kabupaten Banyuwangi merupakan salah satu dari empat kabupaten/kota yang menjadi kabupaten dengan jumlah kejadian malaria tertinggi. Kasus malaria di Kabupaten Banyuwangi mengalami peningkatan dari tahun 2010 sebanyak 31 kasus menjadi 127 kasus pada tahun 2013, meskipun sebagian besar adalah kasus malaria impor. Terdapat empat kecamatan yang endemis malaria yang salah satunya adalah Kecamatan Wongsorejo tepatnya di Desa Bangsring. Desa Bangsring merupakan desa yang berpeluang tinggi terjadinya kasus *indigenous* dan KLB malaria. Kejadian penyakit malaria dan KLB malaria sangat berkaitan erat dengan menurunnya perhatian dan kepedulian masyarakat terhadap upaya penanggulangan malaria secara terpadu melalui tindakan pencegahan oleh masyarakat. Tindakan pencegahan malaria dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu tingkat pendidikan, pendapatan, riwayat penyakit malaria, pengetahuan tentang malaria, dan sikap pencegahan malaria. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh karakteristik individu, pengetahuan tentang malaria, dan sikap pencegahan malaria terhadap tindakan pencegahan malaria.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain *cross-sectional*. Penelitian dilaksanakan di Desa Bangsring mulai bulan Februari-Maret 2015. Sampel penelitian sebesar 91 kepala keluarga yang berasal dari 1.918 kepala keluarga di Desa Bangsring yang telah memenuhi kriteria inklusi yaitu masih berdomisili di Desa Bangsring, memiliki usia maksimal 65 tahun, dan dapat berkomunikasi dengan baik. Teknik pengambilan

sampel menggunakan metode *cluster random sampling* dengan modifikasi. Analisis data terdiri dari analisis univariat, analisis bivariat menggunakan *chi-square*, dan analisis multivariat menggunakan regresi logistik dengan $\alpha=0,05$.

Hasil analisis dalam penelitian ini menunjukkan bahwa faktor yang secara signifikan mempengaruhi tindakan pencegahan malaria adalah tingkat pendidikan, pengetahuan tentang malaria, dan sikap pencegahan malaria. Faktor yang paling mempengaruhi seseorang dalam melakukan tindakan pencegahan malaria adalah pengetahuan tentang malaria. Seseorang yang mempunyai pengetahuan tentang malaria yang tinggi memiliki kecenderungan 22,75 kali lebih besar untuk melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik daripada orang yang mempunyai pengetahuan tentang malaria yang rendah.

Saran yang dapat diberikan adalah agar dilakukan pemberdayaan dan menggerakkan masyarakat agar terus aktif dalam upaya pencegahan malaria, pemberian informasi kepada masyarakat dan juga penyuluhan terkait malaria secara berkesinambungan, komunikasi dan advokasi kepada Pemerintah Desa Bangsring untuk selalu mendukung secara aktif, dan juga pemberian motivasi kepada masyarakat agar dapat meningkatkan tindakan pencegahan malaria.

SUMMARY

Determinants of Malaria Prevention Practice in Bangsring Village Wongsorejo Subdistrict Banyuwangi Regency 2015; Ecy Haqy Zhanah Hadi Putri; 112110101051; 2015: (102) x; Epidemiology and Biostatistics Section, Public Health Faculty, University of Jember

Banyuwangi is one of four district with the highest number of malaria cases. Malaria in Banyuwangi increased from 31 cases in 2010 to 127 cases in 2013, although most of it is imported cases. There are four malaria endemic subdistricts in Banyuwangi, one of which is the Wongsorejo Subdistrict (Bangsring Village). Bangsring has high probabilities of indigenous cases and outbreaks of malaria. The incidence of malaria and malaria outbreaks are close associated with decreased attention and public awareness of malaria prevention efforts in an integrated manner through malaria prevention practice by the public. Malaria prevention practice can be influenced by several factors: the level of education, income, history of malaria, knowledge of malaria, and malaria prevention attitude. This research is aimed to analyze the influence of individual characteristics, knowledge of malaria, and malaria prevention attitudes towards malaria prevention practice.

This research is an observational analytic cross-sectional design. The research was conducted in the Bangsring Village, started at February-March 2015. The sample was 91 heads of families from the 1,918 families living in the Bangsring village who have met the criteria for inclusion. The inclusion are still living in the Bangsring village, has a maximum age 65 years old, and have a good communications. The sampling technique used cluster random sampling method with modifications. Data analysis consisted of univariate analysis, bivariat analysis using chi-square, and multivariat analysis used logistic regression with $\alpha = 0.05$.

Results of analysis in this research showed that factors significantly affect malaria prevention practice is the level of education, knowledge of malaria, and malaria prevention attitude. The factor that most affects a person in a malaria prevention practice is knowledge about malaria. A person who has good knowledge of malaria have a tendency to 22,75 times to take good action to prevent malaria than those who have low knowledge of malaria.

The recommendation that can be given are empowering and mobilizing the community to be active in the prevention of malaria, the provision of information to the public and also sustainable malaria-related counseling, communication and advocacy to the Bangsring Village Government to actively support, and also providing motivation to the public in order to improve malaria prevention practice.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *Faktor yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Malaria di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015*. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skripsi ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan malaria, sehingga nantinya diharapkan dapat memberikan bahan masukan dalam upaya eliminasi malaria dan upaya pemeliharaan di Kabupaten Banyuwangi.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan, bimbingan, dan petunjuk dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Bapak Andrei Ramani, S.KM.,M.Kes selaku Dosen Pembimbing Utama dan Bapak Yunus Ariyanto, S.KM.,M.Kes selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian serta memberikan motivasi sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik.

Pada kesempatan ini penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada:

1. Bapak Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku ketua bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan
3. Bapak Khoiron, S.KM., M.Sc selaku ketua penguji
4. Ibu Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes selaku sekretaris penguji

5. Bapak Sudarto Setyo N.N., S.KM. M.Kes., selaku Kepala Seksi Pemberantasan Penyakit Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi sekaligus anggota penguji
6. Guru dan dosen Biostatistika Kependudukan yang telah memberikan banyak ilmu berharga
7. Teman-teman seperjuangan di peminatan Epidemiologi, teman-teman angkatan 2011 FKM UJ dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

Penulis juga akan terbuka terhadap segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Skripsi ini telah penulis susun dengan kerja keras secara optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kesalahan, kekurangan. Semoga skripsi ini bermanfaat, terutama bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, Mei 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
<i>SUMMARY</i>	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Malaria	7
2.1.1 Definisi Malaria	7
2.1.2 Vektor Malaria	7
2.1.3 Siklus Hidup <i>Plasmodium</i>	10

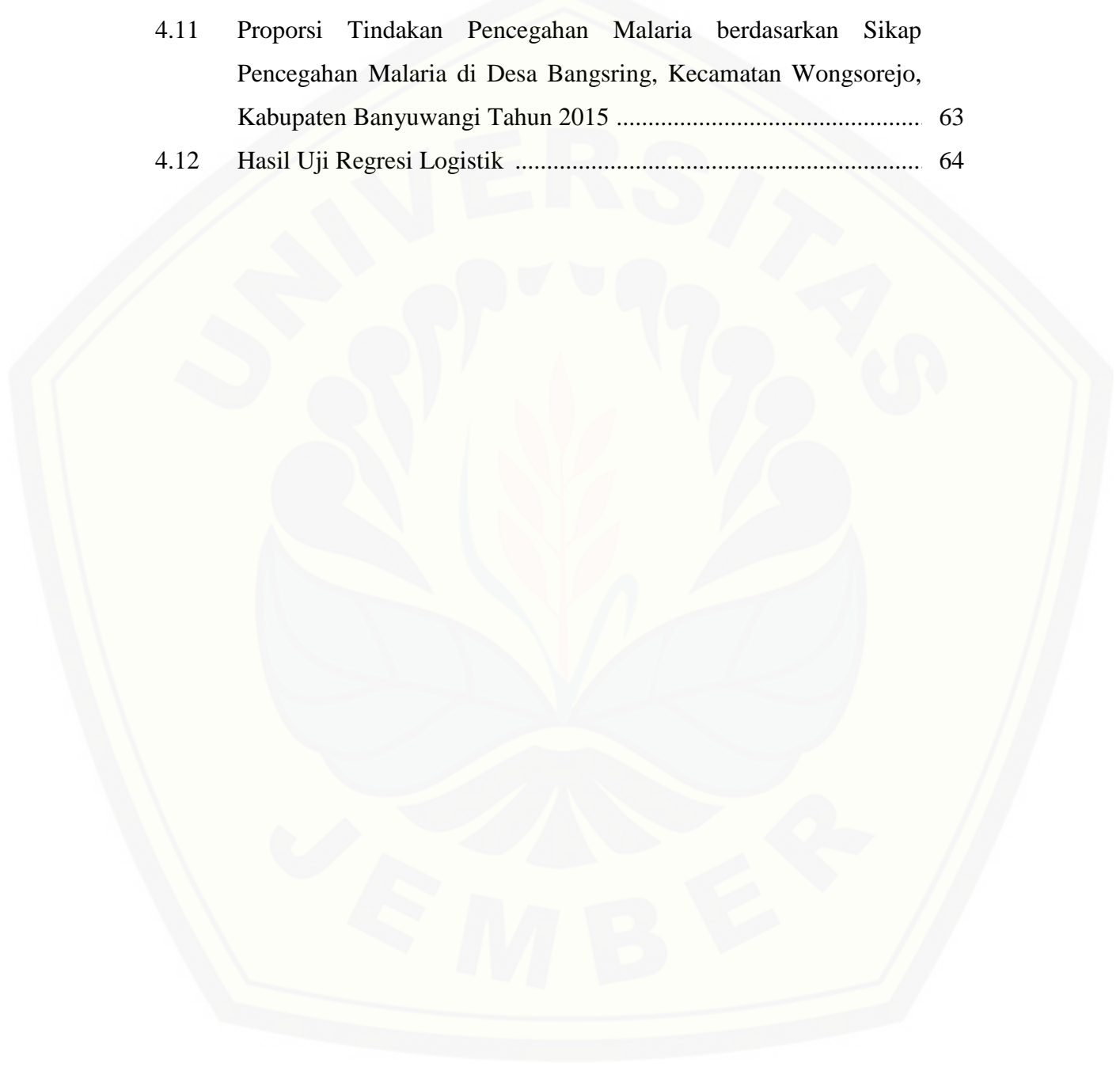
2.1.4	Gejala Malaria	12
2.1.5	Cara Penularan	14
2.2	Tindakan Pencegahan Malaria	15
2.2.1	Konsep Segitiga Epidemiologi pada Pencegahan Malaria ..	15
2.2.2	Teori Simpul Penyakit Malaria	24
2.2.3	Konsep dan Pengukuran Tindakan	26
2.3	Faktor yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Malaria.	28
2.4	Kerangka Teori	36
2.5	Kerangka Konseptual	37
2.6	Hipotesis	38
BAB 3.	METODE PENELITIAN	39
3.1	Jenis Penelitian	39
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	39
3.3	Populasi dan Teknik Pengambilan Subjek Penelitian	39
3.3.1	Populasi Penelitian	39
3.3.2	Sampel Penelitian	39
3.3.3	Teknik Pengambilan Subjek Penelitian	40
3.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	43
3.4.1	Variabel Penelitian	43
3.4.2	Definisi Operasional	43
3.5	Data dan Sumber Data Penelitian	47
3.5.1	Sumber Data	47
3.5.2	Teknik Pengumpulan Data	48
3.5.3	Instrumen Penelitian	49
3.6	Teknik Pengolahan Data	50
3.7	Teknik Penyajian dan Analisis Data	50
3.7.1	Teknik Penyajian Data	50
3.7.2	Analisis Data	51
3.8	Kerangka Operasional	52
BAB 4.	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	53
4.1	Hasil Penelitian	53

4.1.1	Deskripsi Responden	53
4.1.1.1	Karakteristik Individu	53
4.1.1.2	Pengetahuan tentang Malaria	54
4.1.1.3	Sikap Pencegahan Malaria	55
4.1.1.4	Tindakan Pencegahan Malaria	56
4.1.2	Pengaruh Karakteristik Individu terhadap Tindakan Pencegahan Malaria	57
4.1.3	Pengaruh Pengetahuan tentang Malaria terhadap Tindakan Pencegahan Malaria	60
4.1.4	Pengaruh Sikap Pencegahan Malaria terhadap Tindakan Pencegahan Malaria	62
4.1.5	Faktor yang Paling Berpengaruh terhadap Tindakan Pencegahan Malaria	63
4.2	Pembahasan	65
4.2.1	Karakteristik Individu, Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Pencegahan Malaria	65
4.2.2	Pengaruh Karakteristik Individu terhadap Tindakan Pencegahan Malaria	68
4.2.3	Pengaruh Pengetahuan tentang Malaria terhadap Tindakan Pencegahan Malaria	70
4.2.4	Pengaruh Sikap Pencegahan Malaria terhadap Tindakan Pencegahan Malaria	70
4.2.5	Faktor yang Paling Berpengaruh terhadap Tindakan Pencegahan Malaria	71
4.3	Kelemahan Penelitian	72
BAB 5.	KESIMPULAN DAN SARAN	73
5.1	Kesimpulan	73
5.2	Saran	73
	DAFTAR PUSTAKA	75
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Besar Sampel Tiap Kluster	42
3.2 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Identifikasi, dan Skala	44
4.1 Karakteristik Responden di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015	53
4.2 Lokasi Kandang Ternak Responden di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015	54
4.3 Pengetahuan tentang Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015	55
4.4 Sikap Pencegahan Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015	56
4.5 Tindakan Pencegahan Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015	57
4.6 Proporsi Tindakan Pencegahan Malaria berdasarkan Tingkat Pendidikan, Pendapatan, dan Riwayat Penyakit Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015	57
4.7 Proporsi Tindakan Pencegahan Malaria berdasarkan Tingkat Pendidikan, Pendapatan, dan Riwayat Penyakit Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015	59
4.8 Proporsi Tindakan Pencegahan Malaria berdasarkan Pengetahuan tentang Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015	60
4.9 Proporsi Tindakan Pencegahan Malaria berdasarkan Pengetahuan tentang Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015	61

	Halaman
4.10 Proporsi Tindakan Pencegahan Malaria berdasarkan Sikap Pencegahan Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015	62
4.11 Proporsi Tindakan Pencegahan Malaria berdasarkan Sikap Pencegahan Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015	63
4.12 Hasil Uji Regresi Logistik	64



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Nyamuk <i>Anopheles</i>	9
2.2 Bagian tubuh nyamuk <i>Anopheles</i>	10
2.3 Siklus Hidup <i>Plasmodium</i>	11
2.4 Teori Simpul Patogenesis Penyakit	25
2.5 Kerangka Teori	36
2.6 Kerangka Konsep Penelitian	37
3.1 Kerangka Operasional	52

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Pengantar Kuesioner	83
B. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	84
C. Kuisisioner Penelitian	85
D. Lembar Observasi	91
E. Izin Penelitian	92
F. Dokumentasi Penelitian	93
G. Analisis Univariabel	95
H. Analisis Bivariabel	99
I. Analisis Multivariabel	112

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tindakan pencegahan adalah kegiatan atau aktivitas dalam rangka memelihara kesehatan yang dilakukan terlebih dahulu sebelum terjadinya penyakit (Noor, 2009:82). Tindakan pencegahan penyakit merupakan bentuk dari perilaku kesehatan yang dapat diamati, yang merupakan suatu respons seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit (Wawan dan Dewi, 2011:48). Tindakan pencegahan penyakit malaria merupakan kegiatan yang secara nyata dilakukan dengan tujuan mengurangi risiko perorangan dan masyarakat dalam terjadinya penyakit malaria.

Malaria merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh protozoa parasit yang termasuk dalam genus *Plasmodium*. *Plasmodium* memiliki siklus hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia. Gejala malaria dapat berupa demam, anemia, dan splenomegali (Permenkes RI, 2013:7). Nyamuk *Anopheles* merupakan vektor siklik tunggal penyebab malaria pada manusia (Chandra, 2007:27). Parasit *Plasmodium* ditularkan pada manusia melalui gigitan nyamuk dari genus *Anopheles* betina yang telah terinfeksi. Ada lima jenis *Plasmodium* yang dapat menyebabkan malaria, yaitu *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium malariae*, dan *Plasmodium knowlesi*. Jenis *Plasmodium* yang banyak ditemukan di Indonesia adalah *Plasmodium falciparum* dan *Plasmodium vivax* (Permenkes RI, 2013:7).

WHO dalam *The World Malaria Report 2013* mencatat jumlah kasus sebanyak 207 juta kasus malaria dan 627.000 kematian pada tahun 2012. Proporsi usia kematian terbesar terjadi pada anak dibawah lima tahun sebesar 77% atau 482.000 anak. Sub-Sahara Afrika menyumbangkan sekitar 90% dari seluruh jumlah kematian yang terjadi. Indonesia sebagai salah satu negara yang memiliki populasi yang besar, menempatkan lebih dari 41 juta penduduk dalam populasi berisiko tinggi dan terdapat lebih dari 2 juta kasus yang dikonfirmasi postif malaria terjadi sepanjang tahun 2012 (WHO, 2014:201). Berdasarkan data Riskesdas 2013, insiden malaria di Indonesia sebesar 1,9%, sedangkan prevalensi

malaria mencapai 6,0%. Proporsi penduduk Indonesia dengan malaria positif mengalami peningkatan menjadi 1,3%, atau sekitar dua kali lipat dari angka yang diperoleh Riskesdas 2010 sebesar 0,6%. Pada kelompok rentan, seperti anak-anak umur 1- 9 tahun dan ibu hamil, terdapat angka positif malaria yang cukup tinggi dibandingkan kelompok umur lainnya.

Insidensi malaria di Provinsi Jawa Timur sebesar 1,8%, sedangkan prevalensinya mencapai 5,2% (Depkes RI, 2013:111). Berdasarkan surveilans rutin pada tahun 2012, terjadi 1.329 kasus malaria dengan kasus terbanyak adalah malaria *impor* sebesar 93,8% dan kasus *indigenus* sebanyak 6,2%. Kejadian luar biasa (KLB) malaria masih terjadi sebanyak lima kejadian dengan jumlah kasus yang terjadi sebanyak 24 kasus (Dinkes Jawa Timur, 2013:31).

Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 293/MENKES/SK/IV/2009 tentang Eliminasi Malaria menyatakan bahwa Jawa Timur harus sudah menjadi provinsi dengan status eliminasi malaria pada tahun 2015. Indikator eliminasi malaria adalah pada wilayah kabupaten/kota, provinsi, dan pulau tidak ditemukan lagi kasus penularan setempat (*indigenus*) selama tiga tahun berturut-turut serta dijamin dengan kemampuan pelaksanaan surveilans yang baik. Keberhasilan Dinas Kesehatan Jawa Timur pada tahun 2014 menghentikan penularan malaria di 34 kabupaten/kota telah mendapat apresiasi Kementerian Kesehatan RI berupa sertifikasi eliminasi malaria, namun hingga Maret 2015 masih terdapat empat kabupaten/kota yang belum memperoleh sertifikasi eliminasi malaria dan masih menjadi kabupaten dengan jumlah kejadian malaria tertinggi, yaitu Madiun, Pacitan, Trenggalek dan Banyuwangi (Jatimprov.go.id, 2014). Kabupaten Banyuwangi dinyatakan telah eliminasi malaria pada bulan April tahun 2015.

Data laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi pada tahun 2010 - 2013 menunjukkan bahwa penyakit malaria di Kabupaten Banyuwangi mengalami peningkatan yang cukup tajam terutama pada tahun 2011. Tahun 2010 ditemukan penderita malaria sebanyak 31 penderita malaria dan meningkat menjadi 152 kasus pada tahun 2011 sehingga menimbulkan keadaan KLB. Tahun 2012 kejadian malaria mengalami penurunan menjadi 96 kasus namun meningkat kembali menjadi 127 kasus malaria pada tahun 2013.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dan hasil wawancara dengan Kepala Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, terdapat empat kecamatan endemis malaria yaitu Kecamatan Wongsorejo, Kalipuro, Cluring, dan Pesanggaran. Kecamatan Wongsorejo merupakan salah satu kecamatan yang mendapatkan fokus perhatian dalam pemberantasan dan eliminasi malaria. Hal tersebut karena pada tahun 2011 di Kecamatan Wongsorejo terjadi KLB malaria hingga menyebabkan kematian dengan jumlah kasus mencapai 61 kasus malaria (Dinkes Banyuwangi, 2012).

Kasus *indigenus* dan KLB memiliki peluang yang besar dapat terjadi kembali di Kecamatan Wongsorejo tepatnya di Desa Bangsring karena terdapat tempat perkembangbiakan vektor malaria yaitu lagun tertutup yang berada dekat dengan pemukiman masyarakat. Keberadaan lagun tertutup di Desa Bangsring sangat mendukung sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk *Anopheles*. Penelitian yang dilakukan di Kecamatan Wongsorejo oleh BBTKLPP (2014) menyatakan, selain keberadaan lagun, terdapat faktor lain yaitu faktor sosial budaya masyarakat yaitu perilaku masyarakat yang menunjang kemungkinan terjadinya KLB.

Kejadian penyakit malaria dan KLB malaria sangat berkaitan erat dengan menurunnya perhatian dan kepedulian masyarakat terhadap upaya penanggulangan malaria secara terpadu (BAPPENAS, 2011:75). Tingkat kesadaran masyarakat terhadap bahaya penyakit malaria akan mempengaruhi kesediaan masyarakat melakukan tindakan pencegahan untuk memberantas malaria. Tindakan pencegahan oleh masyarakat merupakan faktor yang berpengaruh dalam kejadian malaria (Harijanto, 2000:7).

Harijanto (2000:15) mengemukakan bahwa tindakan pencegahan malaria dapat dilakukan dengan mengurangi kebiasaan berada di luar rumah sampai larut, menyetatkan lingkungan dengan membersihkan lingkungan, menggunakan kelambu, memasang kawat kassa pada rumah, dan menggunakan obat nyamuk. Tindakan pencegahan malaria juga dapat diwujudkan dengan cara melaporkan terhadap petugas kesehatan jika mengetahui terdapat orang yang menderita,

dianggap menderita atau yang berada dalam masa tunas, agar dapat mencegah meluasnya penyakit dan timbulnya KLB.

Menurut Bloom (1956:391), domain perilaku terdiri dari pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pengetahuan dan sikap yang dimiliki seseorang tentang pencegahan penyakit malaria akan mempengaruhi seseorang untuk melakukan tindakan yang dilakukan dalam pencegahan penyakit malaria. Tindakan pencegahan yang dilakukan oleh seseorang juga dipengaruhi oleh adanya karakteristik individu. Karakteristik individu tersebut antara lain tingkat pendidikan dan pendapatan (Macintyre *et al.*, 2002). Keating *et al.* (2008) menyatakan adanya riwayat penyakit malaria juga turut mempengaruhi seseorang untuk melakukan tindakan pencegahan terhadap penyakit malaria.

Penyakit malaria tidak dapat dianggap ringan dan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Peningkatan jumlah kasus malaria yang terjadi setiap tahun di Kabupaten Banyuwangi dan keharusan mencapai eliminasi malaria pada tahun 2015 harus didukung dengan upaya pencegahan malaria. Pemahaman yang jelas tentang faktor yang mempengaruhi tindakan masyarakat dalam pencegahan malaria merupakan hal yang sangat penting ketika mengembangkan pedoman dan rekomendasi untuk pencegahan penyakit malaria agar lebih efektif (WHO, 2011:4).

Seiring dengan latar belakang masalah diatas, maka peneliti merasa perlu untuk melakukan penelitian mengenai faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan malaria di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi. Teridentifikasinya faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan malaria diharapkan dapat memberikan bahan masukan dalam upaya eliminasi malaria dan upaya pemeliharaan di Kabupaten Banyuwangi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, dapat diambil rumusan masalah dalam penelitian sebagai berikut “Apakah karakteristik individu, pengetahuan tentang malaria, dan sikap pencegahan malaria mempengaruhi

tindakan pencegahan malaria di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi??"

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah menganalisis pengaruh karakteristik individu, pengetahuan tentang malaria, dan sikap pencegahan malaria terhadap tindakan pencegahan malaria di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan karakteristik individu, pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan malaria di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi.
- b. Menganalisis pengaruh karakteristik individu (tingkat pendidikan, pendapatan, dan riwayat penyakit malaria) terhadap tindakan pencegahan malaria di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi.
- c. Menganalisis pengaruh pengetahuan tentang malaria terhadap tindakan pencegahan malaria di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi.
- d. Menganalisis pengaruh sikap pencegahan malaria terhadap tindakan pencegahan malaria di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi.
- e. Menganalisis faktor yang paling berpengaruh terhadap tindakan pencegahan malaria di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

- a. Menambah dan mengembangkan khasanah ilmu pengetahuan dalam bidang epidemiologi yang berkaitan dengan masalah penyakit menular terutama malaria.
- b. Sebagai referensi atau acuan bagi peneliti lain yang ingin mengkaji masalah yang sama.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi dinas kesehatan, puskesmas, maupun rumah sakit mengenai pencegahan kejadian malaria dalam upaya eliminasi malaria dan pemeliharaan sehingga program yang telah disusun dapat terlaksana dengan baik.
- b. Dapat digunakan sebagai bahan informasi dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi guna meningkatkan pencegahan dan pemutusan mata rantai malaria dan pemeliharaan.
- c. Dapat digunakan oleh pihak puskesmas/rumah sakit sebagai salah satu wacana dalam mengoptimalkan program pencegahan yang berfokus pada pengurangan gejala, pencegahan kecacatan dan komplikasi, serta peningkatan kualitas hidup.
- d. Dapat digunakan petugas kesehatan sebagai masukan dalam menetapkan intervensi yang tepat untuk meningkatkan program malaria.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Malaria

2.1.1 Definisi Malaria

Malaria merupakan penyakit infeksi yang dapat bersifat akut, laten atau kronis. Istilah malaria diambil dari bahasa Italia *mal'aria* yang berarti udara kotor (Sembel, 2009:94). Penyakit malaria disebabkan oleh parasit malaria yaitu suatu protozoa darah yang termasuk dalam genus *Plasmodium* (Gandahusada *et al.*, 2006:171). Vektor siklik tunggal untuk penyakit malaria pada manusia adalah nyamuk *Anopheles* betina yang terinfeksi (Chandra, 2007:27).

2.1.2 Vektor Malaria

Terdapat sekitar 2000 spesies nyamuk *Anopheles* di seluruh dunia, dan 60 spesies diantaranya dapat menularkan malaria. Sekitar 16 spesies nyamuk *Anopheles* telah diidentifikasi di Indonesia sebagai vektor malaria dengan tempat perindukan yang berbeda-beda, di Jawa dan Bali nyamuk *Anopheles sundaicus* dan *Anopheles aconitus* merupakan vektor utama dan banyak terdapat di daerah pantai. Vektor sekunder malaria yaitu *Anopheles subpictus* dan *Anopheles maculatus* banyak ditemukan di daerah pedalaman (Gandahusada *et al.*, 2006:208). Berikut merupakan vektor malaria yang banyak ditemukan di Indonesia (Gunawan dalam Harijanto, 2000:19):

1. *Anopheles aconitus*

Anopheles aconitus paling sering menghisap darah ternak dibandingkan darah manusia. Perkembangan vektor jenis ini sangat erat hubungannya dengan lingkungan, dimana kandang ternak yang ditempatkan satu atap dengan rumah penduduk. *Anopheles aconitus* biasanya aktif mengigit pada waktu malam hari antara jam 18.00-22.00 dan sering berada dalam rumah penduduk. Nyamuk ini biasanya suka hinggap di daerah-daerah yang lembab seperti di pinggir-pinggir parit, tebing sungai, dekat air yang selalu basah dan lembab. Tempat perindukan vektor *Anopheles aconitus* terutama di daerah persawahan dan saluran irigasi.

Persawahan yang berteras merupakan tempat yang baik untuk perkembangan nyamuk ini.

2. *Anopheles sundaicus*

Anopheles sundaicus lebih sering menghisap darah manusia dari pada darah binatang. Nyamuk ini aktif menggigit sepanjang malam tetapi paling sering antara pukul 22.00-01.00 dengan masuk ke dalam rumah dan hinggap di dinding baik sebelum maupun sesudah menghisap darah. Vektor *Anopheles sundaicus* biasanya berkembang biak di air payau, yaitu campuran antara air tawar dan air asin, dengan kadar garam optimum antara 12%-18%. Penyebaran jentik di tempat perindukan tidak merata di permukaan air, tetapi terkumpul di tempat-tempat tertutup seperti di antara tanaman air yang mengapung, sampah, dan rumput-rumput di pinggir sungai atau parit.

3. *Anopheles maculatus*

Anopheles maculatus betina lebih sering menghisap darah binatang daripada darah manusia dan aktif menggigit pada malam hari antara pukul 21.00-03.00. Nyamuk ini berkembang biak di daerah pegunungan, terutama di sungai yang kecil dengan air jernih dan mata air yang mendapat sinar matahari langsung. Jentik nyamuk ini juga ditemukan di kolam dengan air jernih, meskipun densitasnya rendah. Densitas *Anopheles maculatus* tinggi pada musim kemarau, sedangkan pada musim hujan vektor jenis ini agak berkurang karena tempat perindukan hanyut terbawa air.

4. *Anopheles barbirostris*

Jenis nyamuk ini di Sumatera dan Jawa lebih sering dijumpai menggigit binatang peliharaan, sedangkan pada daerah Sulawesi dan Nusa Tenggara Timur lebih sering menggigit manusia daripada binatang. Jenis nyamuk ini biasanya mencari makan berkisar antara pukul 23.00-05.00. Pada siang hari nyamuk ini biasanya beristirahat di alam terbuka yaitu pada pohon-pohon dan tanaman perdu disekitar rumah.

5. *Anopheles balabacensis*

Spesies ini merupakan spesies yang *antropofilik* yaitu lebih menyukai darah manusia daripada darah binatang. Nyamuk ini mempunyai kebiasaan

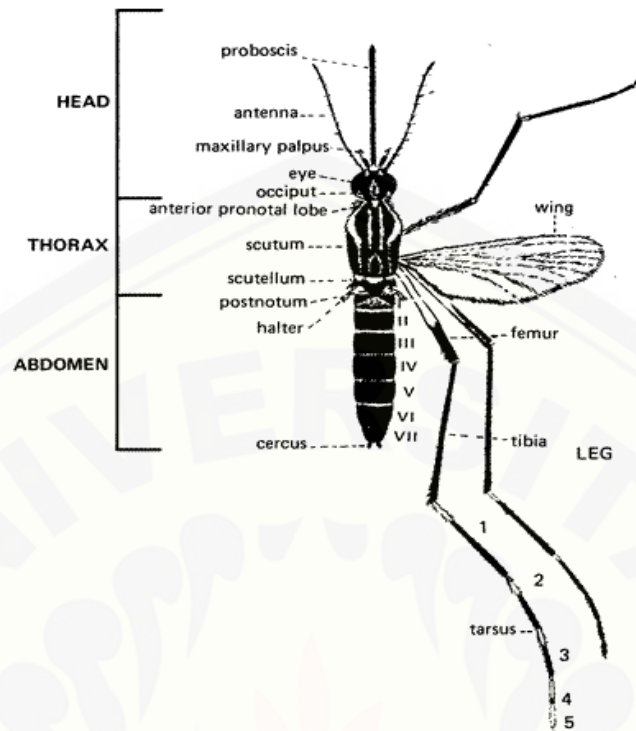
menggigit pada tengah malam hingga menjelang fajar sekitar jam 4 pagi. Spesies ini memiliki habitat asli di hutan-hutan dan berkembang biak di genangan air tawar. Nyamuk ini sering berada di hutan atau semak di sekitar pekarangan rumah pada siang hari.

6. *Anopheles subpictus*

Anopheles subpictus lebih menyukai darah ternak ketimbang darah manusia. Nyamuk ini aktif sepanjang malam dan beristirahat di dinding rumah. Jentik nyamuk ini sering dijumpai bersama jentik *Anopheles sundaicus*, namun lebih toleran terhadap salinitas yang rendah mendekati tawar.



Gambar 2.1 Nyamuk *Anopheles* (Sumber : cdc.gov, 2012)



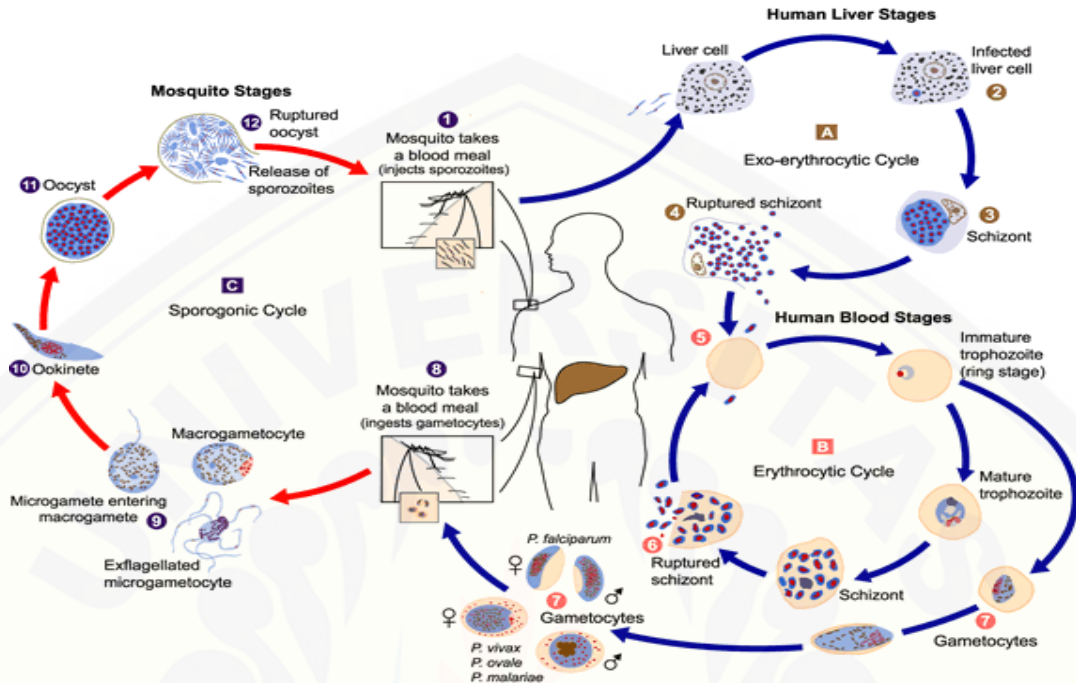
Gambar 2.2 Bagian tubuh nyamuk *Anopheles* dewasa (Sumber : cdc.gov, 2012)

Tubuh nyamuk *Anopheles* terbagi menjadi tiga bagian yaitu kepala, torak (dada), dan abdomen (perut). Bagian kepala terdiri dari antena, probosis, palpus, mulut, dan mata. Antena di bagian kepala nyamuk jantan memiliki rambut lebih banyak daripada nyamuk betina. Bagian dada terdiri dari tiga pasang kaki dan sepasang sayap yang berbintik-bintik yang disebabkan sisik-sisik yang warnanya berbeda. Bagian abdomen berfungsi sebagai organ pencernaan dan tempat pembentukan telur nyamuk. *Anopheles* terdiri dari delapan segmen. Segmen terakhir perut termodifikasi menjadi alat perkawinan. Tubuh dan probosis nyamuk akan membentuk satu garis lurus dan satu sudut dengan permukaan tempat istirahat ketika nyamuk istirahat (Arsin, 2012:31).

2.1.3 Siklus Hidup *Plasmodium*

Menurut Harijanto (2000:38), stadium siklus hidup *Plasmodium* mengalami perpindahan dari vektor nyamuk ke manusia dan kembali ke nyamuk lagi. Siklus hidup *Plasmodium* dapat dibagi menjadi dua siklus. Siklus tersebut

terdiri dari siklus seksual (sporogoni) yang berlangsung pada nyamuk *Anopheles*, dan siklus aseksual yang berlangsung pada manusia.



Gambar 2.3 Siklus Hidup *Plasmodium* (Sumber: cdc.gov, 2012)

1. Siklus pada Manusia

Siklus aseksual yang berlangsung pada manusia terdiri dari fase eritrosit (*erythrocytic cycle*) dan fase yang berlangsung di dalam parenkim sel hepar (*exo-erythrocytic cycle*). Stadium ini dimulai ketika nyamuk *Anopheles* betina menggigit manusia dan memasukkan sporozoit yang terdapat pada air liurnya ke dalam darah manusia. Sekitar setengah hingga satu jam sporozoit dapat menginfeksi sel-sel hati (hepatosit) dan membelah diri secara aseksual menjadi skizon hati (Harijanto, 2000:39). Skizon bersama sel hati yang diinfeksi akan menghasilkan 5.000-30.000 parasit anak atau merozoit yang akan dikeluarkan dari sel hati dan menginfeksi eritrosit (Sutisna, 2004:23).

Stadium darah atau proses skizogoni eritrositik dimulai ketika merozoit dilepaskan dari skizon matang ke dalam sirkulasi darah (Harijanto, 2000:41). Merozoit-merozoit yang dilepas dari sel hati berubah menjadi trophozoit muda yang berbentuk cincin dan berkembang menjadi trophozoit dewasa dalam sel darah

merah, hingga membelah menjadi skizon. Setelah proses skizogoni selesai, skizon yang sudah matang dan mengandung merozoit dalam jumlah maksimal tertentu, tergantung pada spesiesnya, akan pecah bersama sel darah merah yang diinfeksi. Merozoit yang dilepas akan kembali menginfeksi sel-sel darah merah lain untuk mengulang siklus tadi. Peristiwa pecahnya skizon bersama sel darah disebut proses sporulasi dan berkolerasi dengan gejala malaria yang ditandai dengan demam dan menggigil secara periodik.

2. Siklus pada Nyamuk

Siklus pada nyamuk disebut siklus sporogoni. Menurut Gandahusada *et al.*, (2006:175), setelah dua atau tiga generasi (3-15 hari) merozoit dibentuk, sebagian merozoit tumbuh menjadi bentuk seksual yang disebut gametosit. Proses ini disebut gametogenesis. Nyamuk *Anopheles* betina yang menghisap gametosit yang matang, akan menyebabkan terjadinya proses ekflagasi sehingga terjadi pembuahan yang menghasilkan zigot. Zigot akan berkembang menjadi ookinet dan bergerak aktif menebus mukosa lambung. Ookinet di dalam dinding lambung membelah menghasilkan sel-sel yang memenuhi dan membungkus kista yang disebut ookista. Puluhan ribu sporozoit dihasilkan dalam ookista yang menyebabkan ookista pecah dan menyebarkan sporozoit ke seluruh bagian rongga badan nyamuk, dan dalam beberapa jam menumpuk pada bagian kelenjar ludah nyamuk. Sporozoit bersifat infeksius pada manusia jika masuk dalam peredaran darah.

2.1.4 Gejala Malaria

Gejala klinis malaria meliputi keluhan dan tanda klinis menjadi petunjuk yang penting dalam diagnosa malaria. Karakteristik gejala malaria terdiri dari demam periodik, anemia, dan splenomegali. Gejala utama yang merupakan manifestasi klinis malaria ditunjukkan dengan adanya demam. Demam yang terjadi pada penderita berhubungan dengan proses skizogoni (pecahnya merozoit/skizon). Manifestasi malaria tergantung jenis *Plasmodium* yang menginfeksi. Malaria oleh *Plasmodium vivax* dan *Plasmodium ovale* saat sebelum demam dapat terjadi keluhan prodromal yaitu kelesuan, malaise, sakit

kepala, sakit belakang, nyeri pada tulang/otot, anorexia, perut tak enak, diare ringan, dan merasa dingin pada punggung. Berbeda dengan *Plasmodium falciparum* dan *Plasmodium malariae*, keluhan prodromal tidak jelas dan gejala dapat mendadak (Hariyanto, 2010:153).

Menurut Gandahusada *et al.* (2006:179) serangan demam malaria sering dimulai pada siang hari dan berlangsung 8-12 jam. Lamanya serangan demam tidak sama tergantung pada spesiesnya. Serangan demam malaria memiliki gejala khas yang sering disebut trias malaria, secara berurutan :

1. Stadium Menggigil

Stadium ini dimulai dengan menggigil karena perasaan dingin sekali. Penderita biasanya menutup tubuhnya dengan selimut yang tersedia. Penderita dapat mengalami keadaan nadi cepat tetapi lemah, bibir dan jari pucat kebiru-biruan, kulit kering dan pucat dan pada anak-anak kejang sering menyertai. Stadium ini berlangsung antara 15 menit-1 jam.

2. Stadium Demam

Penderita akan merasa kepanasan setelah merasa kedinginan. Muka merah, kulit kering dan terasa sangat panas seperti terbakar, sakit kepala hebat, nadi cepat, mual, muntah dan perasaan haus karena suhu naik dapat mencapai 41°C. Stadium ini berlangsung lebih lama dari periode dingin, antara 2-6 jam.

3. Stadium Berkeringat

Pada periode ini penderita berkeringat banyak sekali sampai-sampai tempat tidurnya basah. Temperatur turun dengan cepat hingga dapat di bawah ambang normal. Penderita biasanya merasa sehat namun masih lemah karena biasanya penderita masih dapat tidur dengan nyenyak. Stadium ini berlangsung antara 2-4 jam. Gejala-gejala yang disebutkan di atas tidak selalu sama pada setiap penderita, tergantung pada spesies parasit dan umur dari penderita. Gejala klinis yang berat biasanya terjadi pada malaria tropika, karena adanya kecenderungan parasit berkumpul pada pembuluh darah organ tubuh seperti otak, hati dan ginjal sehingga menyebabkan tersumbatnya pembuluh darah pada organ-organ tubuh tersebut.

Stadium apireksa terjadi setelah demam. Gejala infeksi yang timbul setelah serangan pertama disebut *relaps*. *Relaps* dapat bersifat *rekrudensi* (*relaps* jangka pendek) yang timbul karena parasit dalam darah menjadi banyak, sehingga demam dapat timbul delapan minggu setelah serangan pertama hilang. *Relaps* juga dapat bersifat *rekurens* (*relaps* jangka panjang) yang timbul karena parasit daur eksoseritrosit dari hati masuk ke dalam darah dan menjadi banyak, sehingga demam timbul setelah 24 minggu atau lebih dari serangan pertama.

Pada malaria juga dapat terjadi anemia dengan derajat anemia yang tergantung pada spesies parasit yang menginfeksi. Anemia disebabkan penghancuran eritrosit mengandung parasit, *reduced survival time* yaitu eritrosit normal tidak dapat hidup lama, dan diseritropoesis yaitu gangguan dalam pembentukan eritrosit (Gandahusada *et al.*, 2006:180). *Plasmodium vivax* dan *Plasmodium ovale* hanya menginfeksi sel darah merah muda yang jumlahnya hanya 2%, sedangkan *Plasmodium malariae* menginfeksi sel darah merah tua yang jumlahnya hanya 1% dari jumlah sel darah merah. Sehingga anemia yang disebabkan umumnya terjadi pada keadaan kronis. *Plasmodium falciparum* menginfeksi semua jenis sel darah merah, sehingga anemia dapat terjadi pada infeksi akut dan kronis (Permenkes RI, 2013:10). Splenomegali atau pembesaran limpa juga merupakan gejala khas pada malaria menahun. Gandahusada *et al.* (2006:180) mengungkapkan perubahan ini disebabkan karena kongesti, kemudian limpa berubah warna menjadi hitam karena pigmen yang ditimbun dalam eritrosit mengandung parasit dalam kapiler dan sinusoid.

2.1.5 Cara Penularan

Menurut Gandahusada *et al.* (2006:178) masa tunas ekstrinsik merupakan waktu antara nyamuk mengisap darah yang mengandung gametosit sampai mengandung sporozoit yang merupakan bentuk infektif dalam kelenjar liurnya. Infeksi dapat terjadi dengan dua cara yaitu:

1. Penularan secara alamiah (*natural infection*) melalui vektor. Terjadi jika sporozoit dimasukkan ke dalam badan manusia dengan tusukan nyamuk

2. Penularan tidak alamiah melalui induksi (*induced*) bila stadium aseksual dalam eritrosit secara tidak sengaja masuk ke dalam badan manusia melalui darah. Penularan tidak alamiah dapat melalui malaria bawaan (kongenital) dan secara mekanik. Malaria bawaan (kongenital) terjadi pada bayi yang baru dilahirkan karena mendapat infeksi dari ibu yang menderita malaria. Penularan terjadi melalui tali pusat atau plasenta. Penularan secara mekanik terjadi melalui transfusi darah atau melalui jarum suntik yang tidak steril.

2.2 Tindakan Pencegahan Malaria

Menurut Wawan dan Dewi (2011:55), tindakan merupakan suatu respons yang diberikan dalam bentuk terbuka (*overt*) sehingga dapat jelas dilihat dan diobservasi secara langsung. Sebelum menjadi tindakan yang merupakan suatu respons yang terbuka, respons yang diberikan seseorang terhadap stimulus dapat dalam bentuk terselubung (*covert*) yakni berupa pengetahuan dan sikap. Saat perilaku tersebut sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata atau *overt behaviour* maka perilaku tersebut disebut dengan tindakan.

Perilaku kesehatan pada dasarnya merupakan suatu respons yang diberikan terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Perilaku terhadap sakit dan penyakit dibagi menjadi empat yakni perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, perilaku pencegahan penyakit, perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan, dan perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan. Perilaku pencegahan penyakit merupakan respons untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit, misalnya tidur menggunakan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk malaria, imunisasi dan sebagainya (Wawan dan Dewi, 2011:57).

2.2.1 Konsep Segitiga Epidemiologi pada Pencegahan Malaria

Menurut Noor (2006:82), pencegahan merupakan pengambilan tindakan terlebih dahulu sebelum kejadian. Dalam pengambilan langkah pencegahan, harus didasarkan pada data/keterangan yang bersumber dari hasil analisis epidemiologi

atau hasil pengamatan/penelitian epidemiologis. Pencegahan dilakukan dengan mengurangi atau menghilangkan faktor risiko yang dapat menyebabkan kejadian penyakit malaria. Pada kejadian atau penularan Malaria terdapat hubungan yang saling berkaitan antara *host* (manusia dan nyamuk *Anopheles*), *agent* (parasit *Plasmodium*), dan *environment* (lingkungan fisik, kimiawi, biologi, sosial). Ketiga faktor tersebut mempengaruhi persebaran kasus malaria dalam suatu wilayah tertentu (Arsin, 2012:85).

1. Faktor *Agent*

Agent penyebab malaria adalah protozoa dari genus *Plasmodium*. Terdapat lima spesies *Plasmodium* pada manusia yaitu :

a. *Plasmodium vivax*

Plasmodium vivax menyebabkan penyakit malaria vivaks yang disebut juga malaria tersiana. Parasit ini tersebar di seluruh kepulauan di Indonesia dan pada umumnya di daerah endemi mempunyai frekuensi tertinggi di antara yang lain (Gandahusada *et al.*, 2006:186).

b. *Plasmodium malariae*

Plasmodium malariae adalah penyebab malaria malariae atau malaria kuartana, karena serangan demam berulang pada tiap hari keempat. Menurut Gandahusada *et al.* (2006:189), parasit ini jarang terjadi di Indonesia dan frekuensinya sangat rendah.

c. *Plasmodium ovale*

Malaria ovale merupakan penyakit yang disebabkan spesies ini. Malaria ovale di Indonesia bukan termasuk masalah kesehatan masyarakat, karena memiliki frekuensi yang rendah dan dapat sembuh sendiri tanpa pengobatan (Gandahusada *et al.*, 2006:192).

d. *Plasmodium falciparum*

Penyakit yang disebabkan *Plasmodium falciparum* adalah penyakit malaria falsiparum. Menurut Gandahusada *et al.* (2006:192), parasit ini merupakan yang paling berbahaya karena penyakit yang ditimbulkannya dapat menjadi berat karena menyerang otak dan komplikasi lainnya.

e. *Plasmodium knowlesi*

Plasmodium knowlesi ditemukan di Pulau Kalimantan dan dilaporkan pada tahun 2010. Parasit ini sebelumnya hanya menginfeksi hewan primata/monyet. Keberadaan dan kemampuan menginfeksi dari *Plasmodium Knowlesi* masih terus diteliti hingga saat ini (Permenkes RI, 2013:7).

Pencegahan pada faktor *agent* dapat dilakukan dengan pengobatan. Terdapat dua jenis obat kemoprofilaksis menurut fase siklus parasit *Plasmodium*, yaitu obat profilaksis kausal dan klinis atau supresif. Obat profilaksis kausal digunakan untuk mencegah infeksi oleh sporozoit, sedangkan obat profilaksis klinis atau supresif digunakan untuk mencegah timbulnya gejala klinis malaria dengan jalan mengurangi jumlah parasit dalam stadium eritrositik aseksual menjadi lebih rendah dalam darah. Obat kemoprofilaksis klinis atau supresif merupakan obat yang lebih banyak digunakan dalam praktik sehari-hari (Sutisna, 2004:84).

2. Faktor *Host*

Ada dua macam *host* terkait penularan penyakit malaria, yaitu manusia (*host intermediate*) dan nyamuk *Anopheles* betina (*host definitif*).

a. Faktor Manusia (*Host Intermediate*)

Setiap orang dapat terkena penyakit malaria karena setiap orang memiliki risiko terhadap penyakit malaria. Perbedaan prevalensi menurut umur, jenis kelamin, ras, dan riwayat malaria berkaitan dengan perbedaan tingkat kekebalan terhadap gigitan nyamuk. Bayi di daerah endemik malaria mendapat perlindungan antibodi maternal yang diperoleh secara transplasental dari ibu. Harijanto (2000:3) mengungkapkan bahwa wanita mempunyai respons imun yang lebih kuat dibandingkan dengan laki-laki, namun kehamilan menambah risiko malaria. Malaria pada wanita hamil mempunyai dampak buruk terhadap kesehatan ibu dan anak, antara lain berat badan lahir rendah, abortus, partus prematur dan kematian janin intrauterin. Faktor genetik pada manusia dapat mempengaruhi terjadinya malaria dengan pencegahan invasi parasit ke dalam sel, mengubah respons imunologi, atau mengurangi keterpaparan terhadap vektor.

Status gizi juga erat kaitannya dengan sistem kekebalan tubuh. Status gizi yang baik akan mempunyai peranan dalam upaya melawan semua *agent* yang masuk ke dalam tubuh. Defisiensi zat besi dan *riboflavin* mempunyai efek protektif terhadap malaria berat. Pola hidup seseorang atau sekelompok masyarakat berpengaruh terhadap terjadinya penularan malaria seperti kebiasaan tidur tidak menggunakan kelambu, dan sering berada di luar rumah pada malam hari tanpa menutup badan dapat menjadi faktor risiko terjadinya penularan malaria (Harjanto, 2000:3).

Moore *et al.* (2008) mengungkapkan bahwa terdapat kaitan antara karakteristik dari individu yaitu tingkat pendidikan, dan tingkat pendapatan dengan tindakan pencegahan yang dilakukan terhadap malaria yaitu penggunaan kelambu, *repellent*, dan pembasmian nyamuk. Tingkat pendidikan akan berhubungan dengan pengetahuan dan pemahaman seorang sehingga menentukan tindakan seseorang. Tingkat pendapatan akan memungkinkan seseorang mendapatkan fasilitas, perawatan, dan melakukan tindakan pencegahan (Priyoto, 2014:249).

b. Nyamuk *Anopheles* (*Host Definitif*)

Nyamuk *Anopheles* terutama hidup di daerah tropik dan subtropik namun juga dapat di daerah beriklim sedang dan bahkan di Arktika. Nyamuk ini jarang ditemukan pada ketinggian 2000-2500 m. Jarak terbang nyamuk *Anopheles* terbatas 2-3 km dari tempat perindukannya, namun dapat mencapai 30 km jika terdapat angin yang kuat atau lebih jika terbawa pesawat terbang atau kapal laut. Sebagian besar nyamuk *Anopheles* ditemukan di dataran rendah. Efektifitas vektor untuk menularkan malaria ditentukan kepadatan vektor dekat pemukiman manusia, kesukaan menghisap darah manusia atau antropofilia, frekuensi menghisap darah, lamanya sporogoni, lamanya hidup nyamuk untuk sporogoni dan menginfeksi. Efektifitas vektor berbeda-beda menurut spesies (Harjanto, 2000:5).

Menurut Harjanto (2000:5), nyamuk *Anopheles* memiliki kebiasaan yang berbeda-beda menurut spesiesnya. Kebiasaan makan dan istirahat nyamuk *Anopheles* antara lain suka tinggal dalam rumah/bangunan (*endofilik*), suka

tinggal di luar rumah (*eksofilik*), suka menggigit dalam rumah/bangunan (*endofagik*), suka menggigit di luar rumah (*eksofagik*), suka menggigit manusia (*antropofilik*), dan suka menggigit binatang (*zoofilik*).

Penelitian yang dilakukan di Kecamatan Wongsorejo oleh BBTKLPP (2014) mendapatkan *Anopheles subpictus* dan *Anopheles vagus* dari hasil survei nyamuk. *Anopheles subpictus* merupakan vektor yang telah dikonfirmasi sebagai vektor malaria di Kabupaten Banyuwangi. Konfirmasi untuk *Anopheles vagus* belum pernah dilakukan, namun di beberapa wilayah di Sumatera Utara, Nusa Tenggara Timur, Purworejo, dan Sukabumi telah dilaporkan sebagai vektor malaria.

BBTKLPP (2014) mengungkapkan nyamuk tersangka vektor malaria yang diteliti di Desa Bangsring, memiliki kebiasaan menggigit di dalam (*endofagik*) dan di luar rumah (*eksofagik*) serta beristirahat di luar rumah (*eksofilik*). Aktifitas menggigit di dalam rumah *Anopheles subpictus* dan *Anopheles vagus* berlangsung sepanjang malam, dimulai pada pukul 18.00-19.00. Kepadatan terus meningkat hingga kepadatan tertinggi pada pukul 22.00-00.00. Aktifitas menggigit di luar rumah ditemukan sejak 18.00-19.00 dan 20.00-23.00. Umur nyamuk diperkirakan berusia 8-13 hari untuk *Anopheles subpictus* dan 14-21 hari untuk *Anopheles vagus*. Hal ini menunjukkan bahwa spesies nyamuk memiliki umur populasi relatif yang cukup untuk berperan sebagai vektor malaria karena untuk mendukung perkembangan sporozoit nyamuk harus dapat hidup selama 9-16 hari.

Pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pemberantasan nyamuk dan menghindari gigitan nyamuk. Menurut Sutisna (2004:82), langkah pemberantasan nyamuk dapat dilakukan dengan menghilangkan tempat perindukan nyamuk, membunuh larva atau jentik, dan membunuh nyamuk dewasa. Menghindari gigitan nyamuk dapat dilakukan dengan mengurangi aktifitas di luar rumah pada malam hari dan menggunakan *repellent*.

3. Faktor Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar manusia, baik berupa benda hidup, benda mati, benda nyata ataupun abstrak, termasuk manusia

lainnya dan suasana yang terbentuk yang mengakibatkan terjadinya interaksi di antara elemen-elemen di alam tersebut (Arsin, 2012:103). Menurut Harijanto (2000:5) terdapat tiga jenis lingkungan yang berperan terhadap penyebaran malaria, yaitu:

a. Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik yang dapat mempengaruhi transmisi malaria antara lain suhu, kelembaban, hujan, ketinggian, angin, sinar matahari, arus air, dan kadar garam. Suhu optimum berkisar antara 20-30°C, semakin tinggi suhu maka semakin pendek masa inkubasi ekstrinsik (sporogoni) dan sebaliknya. Kelembaban 60% merupakan batas paling rendah untuk nyamuk hidup. Kelembaban yang lebih tinggi akan mengakibatkan nyamuk menjadi lebih aktif dan lebih sering menggigit. Hujan dapat memperbesar kemungkinan nyamuk berkembang biak terutama hujan yang diselingi panas. Beberapa spesies *Anopheles* memiliki respon terhadap sinar matahari dan arus air yang berbeda. Spesies *Anopheles sundaicus* tumbuh optimal pada air payau dengan kadar garam 12-18% (Harijanto, 2000:7).

Kasus *indigenous* atau penularan setempat dan KLB malaria memiliki peluang yang besar dapat terjadi kembali di Kecamatan Wongsorejo tepatnya di Desa Bangsring, dikarenakan terdapat tempat perkembangbiakan vektor malaria yaitu lagun tertutup yang berada dekat dengan pemukiman masyarakat. Keberadaan lagun yang jenisnya tertutup dan tidak dapat dihilangkan keberadaannya tersebut sangat mendukung sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk *Anopheles* (BBTKLPP, 2014).

b. Lingkungan Biologi

Tumbuhan bakau, lumut, ganggang dan berbagai tumbuhan lain dapat mempengaruhi kehidupan larva karena menghalangi sinar matahari atau melindungi dari serangan makhluk hidup lainnya. Kehadiran jenis ikan pemakan larva seperti ikan kepala timah (*panchx spp*), gambusia, nila, mujair dan lain-lain akan mempengaruhi populasi nyamuk di suatu daerah dataran tinggi dan dataran rendah (Harijanto, 2000:7). Pemeliharaan ikan pemakan jentik tersebut

merupakan salah satu alternatif pencegahan yang dapat digunakan untuk mengurangi jumlah jentik nyamuk di air payau misalnya tambak dan lagun.

Perkembangan vektor malaria sangat erat hubungannya dengan lingkungan dimana kandang ternak yang ditempatkan satu atap dengan rumah penduduk. Beberapa jenis *Anopheles* lebih menyukai menggigit orang tetapi beberapa spesies yang lain dijumpai lebih menyukai menggigit binatang peliharaan seperti sapi, kerbau, kambing, dan babi (Gunawan dalam Harijanto, 2000:7). *Anopheles vagus* dilaporkan sebagai parasit malaria yang *antropofilik* di beberapa daerah, padahal dari berbagai penelitian sebelumnya *Anopheles vagus* merupakan *zoofilik*.

c. Lingkungan Sosial Budaya

Lingkungan sosial budaya merupakan bentuk kehidupan sosial, budaya, ekonomi, politik, sistem organisasi serta peraturan yang berlaku bagi setiap individu yang membentuk masyarakat tersebut. Lingkungan ini meliputi sistem hukum, administrasi dan kehidupan sosial politik serta ekonomi, bentuk organisasi masyarakat yang berlaku pada daerah setempat, sistem pelayanan kesehatan serta kebiasaan hidup sehat pada masyarakat setempat, kepadatan penduduk, kepadatan rumah tangga, dan berbagai sistem kehidupan sosial lainnya (Noor, 2006:83).

Berbagai kegiatan manusia seperti pembuatan bendungan, pembuatan jalan, pertambangan dan pembangunan pemukiman baru/transmigrasi sering mengakibatkan perubahan lingkungan yang menguntungkan penularan malaria (Gunawan dalam Harijanto, 2000:7). Peperangan dan perpindahan penduduk dapat menjadi faktor penting untuk meningkatkan malaria. Meningkatnya kunjungan pariwisata dan perjalanan dari daerah endemik juga mengakibatkan meningkatnya kasus malaria yang dibawa dari luar atau migrasi (Simanjuntak dalam Arsin, 2012:124).

Menurut Noor (2006:83), usaha pencegahan dapat dilakukan dengan mengurangi atau menghindari perilaku yang dapat meningkatkan risiko perorangan dan masyarakat. Perilaku pencegahan terhadap malaria antara lain yaitu melakukan pemberantasan nyamuk sebagai vektor malaria, tidak keluar pada malam hari, memakai kelambu atau kasa anti nyamuk, menggunakan obat yang

membunuh nyamuk dan melakukan pengobatan untuk memutus rantai penularan malaria. Pemakaian kelambu berinsektisida atau kasa anti nyamuk dan obat yang membunuh nyamuk/*repellent* dapat menghindarkan dari gigitan nyamuk (Arsin, 2012:130).

Harijanto (2000:7) mengungkapkan kebiasaan manusia untuk berada diluar rumah sampai larut malam akan memudahkan tergigit oleh nyamuk, karena sifat vektor yang *eksofilik* dan *eksofagik*. Lingkungan sosial budaya lainnya adalah tingkat kesadaran masyarakat akan bahaya malaria. Tingkat kesadaran ini akan mempengaruhi kesediaan masyarakat untuk memberantas malaria, antara lain dengan melakukan pemberantasan nyamuk, menyehatkan lingkungan, menggunakan kelambu, memasang kawat kassa pada rumah dan menggunakan obat nyamuk.

Menurut Sutisna (2004:82), langkah pemberantasan nyamuk dapat dilakukan dengan tindakan menghilangkan tempat perindukan nyamuk, membunuh larva atau jentik, dan membunuh nyamuk dewasa. Menghilangkan tempat perindukan nyamuk dapat dilakukan dengan membersihkan dan menyingkirkan tumbuhan air yang menghalangi aliran air, melancarkan aliran saluran air, dan menimbun lubang yang mengandung air. Pemberantasan jentik nyamuk dilakukan dengan solar atau oli yang dituangkan ke air, memakai insektisida, memelihara ikan pemangsa jentik nyamuk misalnya ikan kepala timah (*Gambusia affinis*), atau memanfaatkan bakteri *Bacillus thuringiensis* yang dapat menginfeksi dan membunuh nyamuk. Air kelapa dapat digunakan sebagai cara sederhana untuk mengembangbiakkan bakteri. Pemberantasan nyamuk dewasa dapat dilakukan dengan insektisida. Nyamuk *Anopheles* diketahui telah resisten dengan insektisida DDT (*Dichloro-diphenyl-trichloroethane*) sehingga digunakan jenis lain.

Pencegahan gigitan nyamuk dilakukan pada rumah dan perlindungan pribadi. Pemasangan kasa pada pintu, jendela dan lubang angin dapat dilakukan di rumah. Perlindungan pribadi dapat dilakukan dengan menggunakan *repellent* yang merupakan cairan penghalau serangga, atau memasang kelambu terutama

kelambu yang telah dicelup dengan insektisida (*impregnated bed net*). Insektisida yang digunakan misalnya dari jenis *permetrin* (Sutisna, 2004:82).

Diagnosis dini dan pengobatan yang tepat dilakukan agar dapat dicegah meluasnya penyakit atau mencegah timbulnya wabah, mencegah proses penyakit lebih lanjut, dan mencegah terjadinya akibat samping atau komplikasi (Noor, 2006:84). Tindakan untuk melaporkan adanya kejadian malaria merupakan perilaku yang dapat mencegah terjadinya penularan malaria. Pengobatan dapat dilakukan dengan meminum obat malaria tertentu sebelum terjadinya infeksi malaria atau sebelum penyakit menunjukkan gejala, dengan tujuan mencegah salah satu kejadian tersebut.

Pencegahan juga dilakukan dengan upaya pencegahan yang dilaksanakan untuk menemukan penderita secara dini di masyarakat agar dapat segera dilakukan pengobatan yang tepat dan adekuat sehingga penderita yang positif tidak menjadi sumber penular. Pencarian secara aktif melalui skrining yaitu dengan penemuan dini penderita malaria dengan dilakukan pengambilan slide darah dan konfirmasi diagnosis mikroskopis dan, atau RDT (*Rapid Diagnosis Test*) dan secara pasif dengan cara melakukan pencatatan dan pelaporan kasus malaria.

Pencarian dini penderita dapat dilakukan melalui *Active Case Detection* (pencarian kasus secara aktif), Survei Migrasi, dan *Mass Blood Survey*. Kegiatan pencarian dini penderita merupakan salah satu cara menemukan penderita sedini mungkin yang di tunjang dengan penegakan diagnosa dengan pemeriksaan mikroskopis oleh Puskesmas Wongsorejo. Penemuan penderita secara dini dan segera dilakukan pengobatan, merupakan salah satu cara untuk memutus rantai penularan, mengingat vektor *Anopheles* masih tetap ada untuk wilayah Puskesmas tersebut (Darmawan, 2013).

Tindakan pencegahan malaria yang dapat dilakukan berdasarkan faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Melakukan pemberantasan nyamuk *Anopheles* dengan menghilangkan tempat perindukan nyamuk, membunuh larva atau jentik, dan membunuh nyamuk dewasa.

2. Tidak keluar hingga larut malam karena kebiasaan berada diluar rumah sampai larut malam akan memudahkan tergigit oleh nyamuk.
3. Memakai kelambu berinsektisida atau kasa anti nyamuk.
4. Menggunakan obat yang membunuh nyamuk.
5. Melakukan pengobatan dan melaporkan saat terjadi gejala malaria pada petugas kesehatan.

2.2.2 Teori Simpul Penyakit Malaria

Menurut Achmadi (2012:27), patogenesis penyakit dapat diuraikan ke dalam 4 simpul. Simpul 1 disebut dengan sumber penyakit, simpul 2 merupakan komponen lingkungan, simpul 3 merupakan penduduk dengan berbagai variabel kependudukan, dan simpul 4 penduduk yang dalam keadaan sehat atau sakit setelah terpapar dengan komponen lingkungan yang mengandung *agent* penyakit.

1. Simpul 1 (Sumber Penyakit)

Sumber penyakit adalah titik yang mengeluarkan *agent* penyakit. *Agent* penyakit adalah komponen lingkungan yang dapat menimbulkan gangguan penyakit melalui kontak langsung atau media perantara. Berkaitan dengan penyakit malaria, maka *agent* penyakit adalah *plasmodium* malaria, sedangkan sumber penyakit adalah penderita malaria.

2. Simpul 2 (Media Transmisi Penyakit)

Media transmisi penyakit/vektor yaitu nyamuk *Anopheles*. Media transmisi tidak akan memiliki potensi penyakit kalau di dalamnya tidak mengandung *agent* penyakit. Penyebaran penyakit malaria dapat terjadi melalui nyamuk *Anopheles* yang menggigit penderita malaria, kemudian memindahkan penyakit malaria ke orang sehat melalui gigitan nyamuk. Penyebaran malaria tidak akan terjadi jika tidak ada penderita malaria, meskipun nyamuk menggigit manusia (Achmadi, 2012:30).

3. Simpul 3 (Perilaku Pemajanan)

Hubungan interaktif antara komponen lingkungan dengan penduduk berikut perilakunya dapat diukur dengan konsep perilaku pemajanan. Perilaku pemajanan adalah jumlah kontak antara manusia dengan komponen lingkungan

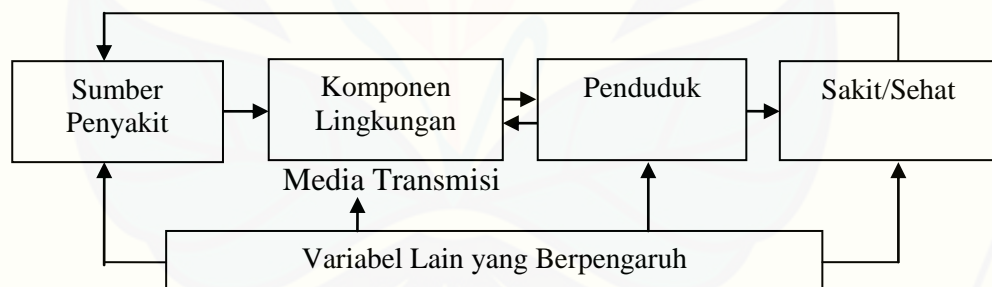
yang mengandung potensi bahaya penyakit. Komponen penduduk yang dapat berperan dalam penyakit malaria antara lain adalah perilaku, status gizi, pengetahuan, dan jenis kelamin (Achmadi, 2012:30).

4. Simpul 4 (Kejadian Penyakit Malaria)

Simpul 4 merupakan dampak hubungan interaktif antara penduduk dengan lingkungan yang memiliki potensi bahaya gangguan kesehatan. Dampak pada penduduk dapat berupa sehat, sakit, *carrier*, cacat, dan mati. Penyakit malaria merupakan hasil dari paparan lingkungan yang memiliki potensi bahaya gangguan kesehatan dengan manusia.

5. Simpul 5 (Variabel Suprasistem)

Kejadian penyakit masih dipengaruhi oleh adanya variabel dalam simpul 5 yaitu variabel iklim, topografi, temporal, dan suprasistem lainnya yakni keputusan politik berupa kebijakan makro (Achmadi, 2012:32). Simpul manajemen terletak di semua simpul, kecuali simpul 5 yang tidak sepenuhnya dapat dikendalikan. Variabel-variabel tersebut adalah suhu lingkungan, kelembaban, curah hujan, topografi peruntukan lahan, ekosistem alami, dan ekosistem buatan.



Gambar 2.4 Teori Simpul Patogenesis Penyakit (Sumber :Achmadi,2012)

2.2.3 Konsep dan Pengukuran Tindakan

Bloom (1956:391) mengemukakan bahwa domain perilaku terdiri dari pengetahuan, sikap, dan tindakan. Seseorang dalam melakukan tindakan akan dipengaruhi dengan adanya pengetahuan dan juga sikap terhadap suatu stimulus. Tindakan atau praktek mempunyai beberapa tingkatan menurut Simpson dalam Clark (2014), yakni:

1. Persepsi (*awareness*) merupakan tingkatan pertama dalam tindakan. Persepsi merupakan kemampuan untuk menjelaskan, mendeteksi, membedakan, mengidentifikasi, mengenal, dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.
2. Kesiapan untuk bertindak (*Set*) yaitu kemampuan untuk mengetahui dan bertindak dengan urutan langkah-langkah dalam sebuah kegiatan dengan benar. Hal ini mencakup kesiapan mental, fisik, dan emosional dalam bertindak.
3. Respon terpimpin (*Guided Responses*) merupakan tahap awal dalam mempelajari suatu hal yang terdapat kegiatan imitasi. Tindakan yang benar baru akan dapat dilakukan saat seseorang telah mencoba melakukan suatu tindakan. Misalnya menggunakan kelambu berinsektisida saat malam hari seperti yang telah ditunjukkan dalam kegiatan penyuluhan.
4. Mekanisme (*Mechanism*) adalah tahapan ketika seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar dan hal tersebut akan menjadi sebuah kebiasaan. Mekanisme dilakukan karena orang tersebut memiliki keyakinan dan kemampuan dalam melakukannya. Misalnya kebiasaan menguras kamar mandi yang dilakukan oleh sebuah keluarga secara rutin.
5. Kemahiran (*Complex Overt Response*) dapat ditunjukkan dengan kinerja yang cepat, akurat, dan sangat terkoordinasi. Seseorang akan melakukan suatu hal tanpa rasa ragu-ragu dan melakukannya secara otomatis pada tahap ini.
6. Adaptasi (*Adaptation*) adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Seseorang pada tahap ini dapat memodifikasi suatu tindakan tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

7. Keaslian (*Origination*) merupakan tahap ketika seseorang dapat melakukan suatu pola tindakan baru. Pola tindakan baru tersebut dilakukan agar sesuai dengan situasi tertentu atau masalah khusus yang terjadi.

Ajzein dan Fishbein berpendapat tentang teori tindakan beralasan (*theory of reasoned action*), mengatakan bahwa tindakan tidak hanya dipengaruhi oleh adanya sikap tetapi juga oleh norma subyektif yaitu keyakinan mengenai apa yang orang lain ingin agar kita lakukan. Sikap terhadap suatu perilaku bersama norma subyektif akan membentuk niat untuk bertindak sesuatu. Norma subyektif dipengaruhi adanya keyakinan normatif (*normatif belief*) yang mengacu pada keyakinan seseorang terhadap bagaimana dan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggap penting oleh individu (*referent person*) dan motivasi yang didapatkan seseorang untuk mengikuti suatu tindakan. Sikap dipengaruhi oleh adanya pengetahuan dan juga keyakinan perilaku (*behaviour belief*), yaitu keyakinan seseorang terhadap dampak dan konsekuensi dari suatu perilaku tertentu (Priyoto, 2014:34).

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yaitu dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran tindakan akan dilakukan pada dimensi mekanisme. Pada dimensi mekanisme, pertanyaan akan ditanyakan tentang kebiasaan responden dalam melaksanakan tindakan pencegahan malaria. Setiap pertanyaan memiliki dua pilihan yaitu melakukan atau tidak melakukan tindakan pencegahan malaria. Tindakan responden diukur dengan menanyakan tindakan pencegahan yang dilakukan menggunakan Skala Guttman. Skor 1 diberikan jika responden melakukan tindakan pencegahan malaria dan skor 0 jika tidak melakukan (Nasir, 2011:299). Skor dari tindakan akan dijumlah dan diklasifikasikan menggunakan *Bloom's cut off point*, 60-80% (Ahmed, 2007). Hasil penjumlahan dari skor yang didapat dari jawaban responden tersebut diklasifikasikan menjadi baik, cukup, dan kurang.

Tindakan dalam kategori baik jika mencapai 80%-100% dari total skor sesuai dengan jumlah pertanyaan pada instrumen. Tindakan dalam kategori cukup jika berjumlah 60%-79% dari total skor. Tindakan yang kurang dalam pencegahan

malaria jika jumlah skor kumulatif tindakannya kurang dari 59% dari total skor (Ahmed, 2007).

2.3 Faktor yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Malaria

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tindakan pencegahan malaria yang dilakukan oleh seseorang. Menurut beberapa pendapat dan penelitian yang dilakukan tindakan pencegahan malaria dipengaruhi oleh adanya faktor sebagai berikut:

1. Tingkat pendidikan

Priyoto (2014:249) mengungkapkan bahwa orang berpendidikan tinggi akan memiliki pekerjaan layak dan juga pendapatan yang cukup dalam hal ekonomi. Hal tersebut akan mempermudah seseorang dalam mendapatkan perawatan, pemeliharaan kesehatan dan termasuk pencegahan terhadap penyakit karena memiliki pemahaman tentang kesehatan yang baik. Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin rendah juga pola pikir dalam melakukan sesuatu hal serta merasa enggan untuk mendapatkan informasi tentang penyakit malaria.

Pengukuran tingkat pendidikan menurut Priyoto (2014:80), dapat dilakukan dengan mengklasifikasikan sesuai tingkatan pendidikan. Tingkat pendidikan merupakan jalur pendidikan formal yang terakhir ditempuh yaitu sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas, dan pendidikan tinggi. Tingkat pendidikan nantinya akan diklasifikasikan menjadi empat yaitu tidak sekolah jika tidak pernah mengenyam pendidikan formal atau tidak tamat sekolah dasar, yang kedua adalah pendidikan dasar berbentuk sekolah dasar (SD) atau bentuk lain yang sederajat serta sekolah menengah pertama (SMP) atau bentuk lain yang sederajat. Pendidikan menengah yaitu sekolah menengah atas atau bentuk lain yang sederajat. Pendidikan tinggi adalah jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yaitu diploma, sarjana, magister, spesialis, doktor yang dapat diselenggarakan oleh perguruan tinggi.

Penelitian Njama *et al.* (2003) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki kaitan dengan pengetahuan, sikap, dan tindakan yang

positif terhadap malaria. Macintyre *et al.* (2002) dalam penelitiannya menganalisis bahwa orang dalam rumah tangga yang berpendidikan lebih tinggi memiliki probabilitas lebih tinggi pula dalam melakukan tindakan pencegahan malaria. Sesuai dengan penelitian sebelumnya, penelitian yang dilakukan Moore *et al.* (2008) menemukan hubungan antara individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih sering melakukan tindakan pencegahan malaria dengan menggunakan kelambu, *repellent*, dan melakukan pemberantasan nyamuk.

Dalimunthe (2008) mengungkapkan bahwa tingkat pendidikan merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap partisipasi masyarakat dalam pencegahan malaria. Hal senada diungkapkan oleh Hasibuan *et al.* (2012) dalam penelitiannya yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan memiliki hubungan yang signifikan dengan tindakan ibu rumah tangga dalam pencegahan malaria. Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi bagaimana seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab serta solusi dalam hidupnya. Orang yang berpendidikan akan lebih mudah menerima gagasan baru termasuk menentukan pola perencanaan keluarga serta peningkatan kesejahteraan keluarga (Manuaba, 2009).

Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mudah menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi. Pendidikan yang baik dapat meningkatkan kematangan intelektual seseorang dan merupakan faktor penting dalam proses penyerapan informasi. Peningkatan wawasan dan cara berfikir yang selanjutnya akan memberikan dampak terhadap pengetahuan, persepsi, nilai-nilai dan sikap yang akan menentukan seseorang mengambil keputusan melakukan suatu tindakan (Manuaba, 2009).

2. Tingkat pendapatan

Tingkat pendapatan adalah jumlah penghasilan yang diperoleh dalam satu bulan. Tingkat pendapatan berpengaruh terhadap tindakan seseorang dan dengan kesempatan mendapatkan informasi yang berkaitan erat dengan pengetahuan (Wawan dan Dewi, 2011:17). Tingkat pendapatan juga akan berpengaruh terhadap tingkat kesadaran, dimana kelompok dengan tingkat ekonomi rendah dan kelompok dengan pengeluaran rumah tangga per kapita yang tinggi memiliki tingkat kesadaran yang rendah dalam mengenali suatu penyakit (Depkes RI,

2007). Selain itu tingkat ekonomi seseorang akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu dan mempengaruhi tindakan seseorang. Ada kecenderungan bahwa seseorang yang memiliki sumber daya ekonomi memiliki kemudahan dalam ketersediaan fasilitas yang dapat menjadi sumber informasi seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan buku-buku

Menurut Sunaryo (2004), individu dengan status ekonomi cukup akan mampu menyediakan segala fasilitas yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Sebaliknya, individu yang status ekonominya rendah akan mengalami kesulitan di dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan penyakit. Macintyre *et al.* (2002) dalam penelitiannya mengutarakan bahwa tingkat pendapatan merupakan penentu utama pelaksanaan tindakan individu dalam pencegahan malaria. Individu dengan tingkat pendapatan tinggi melaksanakan tindakan pencegahan malaria lebih baik dibandingkan dengan individu dengan tingkat pendapatan yang kurang. Penelitian yang dilakukan Dalimunthe (2008) menyatakan bahwa individu dengan tingkat penghasilan sama dengan atau lebih besar dari upah minimum propinsi (UMP) lebih besar partisipasinya dalam pencegahan malaria dibandingkan individu dengan tingkat penghasilan di bawah UMP. Individu dengan tingkat pendapatan yang lebih tinggi lebih sering melakukan tindakan pencegahan malaria dengan menggunakan kelambu, *repellent*, dan melakukan pemberantasan nyamuk (Moore *et al.*, 2008). Hal yang bertentangan disampaikan oleh Mukono (2006) yang menyatakan bahwa faktor ekonomi, sosial, dan budaya tidak selalu memberikan pengaruh yang sama kepada semua orang terhadap respons terhadap penyakit dan pencegahan yang dilakukan

Ada beberapa cara yang dapat digunakan dalam menghitung tingkat ekonomi, salah satunya dengan menggunakan upah minimum kabupaten/kota (UMK) (Cahyat, 2004). Tingkat pendapatan dapat dibedakan menjadi dua yaitu tingkat ekonomi tinggi jika pendapatan lebih dari atau sama dengan UMK dan tingkat ekonomi rendah jika kurang dari UMK. UMK Banyuwangi pada tahun

2014 yang tercantum pada Pergub Jatim No. 78 Tahun 2013 adalah sebesar Rp.1.240.000,00.

3. Riwayat penyakit malaria

Riwayat penyakit malaria yang pernah terjadi dalam sebuah keluarga akan mengakibatkan keluarga tersebut lebih bertindak waspada terhadap penyakit malaria. Keating *et al.* (2008) mengungkapkan bahwa terdapat hubungan antara riwayat penyakit malaria dalam keluarga dengan sikap dan tindakan terhadap pencegahan malaria. Individu dari rumah tangga dengan setidaknya satu infeksi malaria memiliki tindakan dan pengetahuan yang kurang dalam pencegahan malaria. Andriyani *et al.* (2013), menyatakan bahwa terdapat hubungan antara adanya pengalaman seseorang baik berupa riwayat penyakit malaria ataupun kunjungan ke daerah endemis dengan kejadian malaria. Riwayat penyakit malaria dapat diukur dengan skala Guttman dengan skala data nominal dengan pilihan pernah dan tidak pernah mengalami kejadian malaria, untuk mengetahui riwayat penyakit malaria yang pernah terjadi dalam keluarga.

4. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Wawan dan Dewi, 2011:11). Pengetahuan merupakan salah satu bentuk dari domain kognitif (Bloom, 1956:391). Terdapat enam kategori utama tingkat pengetahuan mulai dari yang paling sederhana sampai yang paling kompleks. Kategori dapat dianggap sebagai tingkat kesulitan (Clark, 2014). Artinya, yang pertama biasanya harus dikuasai sebelum yang berikutnya dapat terjadi.

Bloom (1956:392) membagi tingkatan pengetahuan menjadi enam, yang terdiri dari pengetahuan (*knowledge*), pemahaman (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Pada tahun 1990 teori tersebut direvisi oleh Lorin Anderson yang merupakan mantan mahasiswa Bloom dan David Krathwol dengan mengubah nama tahapan menjadi kata kerja, menyusun kembali, dan membentuk sebuah proses dan level dalam matriks pengetahuan (Clark, 2014).

Tahapan pengetahuan terdiri dari :

- a. Mengingat (*Remembering*) merupakan tahapan awal dari pengetahuan. Pengetahuan dapat diartikan sebagai mengingat data atau informasi yang telah dipelajari sebelumnya. Kata kunci dari tahapan bahwa seseorang berada dalam tingkatan ini adalah kemampuan untuk dapat menyusun, menetapkan, mengidentifikasi, mengingat, menguraikan, dan sebagainya.
- b. Memahami (*Understanding*) yaitu tahapan dimana seseorang telah memahami makna dari informasi atau data, mampu menerjemahkan artinya, dan menginterpretasikan dengan pemikiran yang berasal dari diri orang tersebut. Seseorang telah berada pada tahapan ini dengan kata kunci telah mampu memahami, mengkonversi, menjelaskan, menyimpulkan, memberikan contoh, memprediksi, menulis ulang, meringkas, dan menerjemahkan.
- c. Menerapkan (*Applying*) merupakan tingkatan dimana seseorang dapat menggunakan konsep dalam sebuah situasi pada kehidupan nyata. Seseorang berada dalam tahapan ini jika ia telah mampu menghitung, mendemonstrasikan, memodifikasi, menghubungkan dan sebagainya.
- d. Menganalisis (*Analyzing*) merupakan kemampuan seseorang untuk memisahkan bahan atau konsep ke dalam bagian-bagian sehingga struktur organisasi dapat dipahami. Seseorang telah dapat membedakan antara fakta atau data dengan sebuah kesimpulan dalam tahap ini.
- e. Mengevaluasi (*Evaluating*) merupakan tahap ketika seseorang telah mampu membuat penilaian tentang nilai gagasan atau konsep. Misalnya dengan menjelaskan dan membenarkan suatu informasi atau memilih solusi yang paling efektif.
- f. Membuat (*Creating*) merupakan tahapan paling tinggi dari pengetahuan, yaitu ketika seseorang telah dapat menciptakan makna atau struktur baru dengan membangun struktur atau pola dari berbagai elemen dan menyatukannya.

Penelitian yang dilakukan Dalimunthe (2008) menunjukkan individu dengan pengetahuan kategori baik lebih berpartisipasi aktif dalam pencegahan malaria dibandingkan individu dengan pengetahuan yang kurang. Mendukung hal tersebut, Hasibuan *et al.* (2012) mengungkapkan bahwa terdapat hubungan antara

pengetahuan dengan tindakan dalam pencegahan malaria. Faktor pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pendidikan, pekerjaan, umur, lingkungan, dan lingkungan sosial budaya juga ekonomi (Wawan dan Dewi, 2011:16). Penelitian yang dilakukan Askar *et al.* (2013) menyatakan hal yang berlawanan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan masyarakat dengan upaya pencegahan penyakit malaria. Menurut penelitian Afrisal (2011) orang dengan pengetahuan rendah mempunyai risiko 9,636 kali lebih besar untuk menderita malaria dibanding dengan orang pengetahuan tinggi.

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara dengan kuisioner berupa pilihan ganda yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari responden. Tingkat pengetahuan yang ingin diteliti pada penelitian ini adalah tingkatan mengingat dan memahami. Pertanyaan akan diberikan tentang penyebab, vektor, gejala, transmisi, dan bagaimana cara pencegahan penyakit malaria pada tahapan mengingat. Tahapan selanjutnya yaitu memahami, responden akan diberikan pertanyaan tentang alasan dilakukannya suatu tindakan, misalnya tentang alasan mengapa harus menggunakan kelambu berinsektisida.

Pengetahuan diukur dengan menggunakan skala ordinal dengan dua kategori yaitu pengetahuan tinggi, sedang, dan rendah. Skala Guttman digunakan sebagai skala yang digunakan dalam pengukuran dengan jawaban yang benar diberi skor 1 dan skor 0 jika salah. Kumulatif skor pengetahuan akan diklasifikasikan menggunakan *Bloom's cut off point*, 60-80%. Pengetahuan dalam kategori tinggi jika mencapai 80%-100%, kategori sedang jika berjumlah 60%-79% dari total skor, dan rendah jika jumlah skor kumulatif tindakannya kurang dari 59% dari total skor (Ahmed, 2007).

5. Sikap

Menurut Heri Purwanto (1998), sikap adalah pandangan-pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai objek tertentu. Sikap dipengaruhi oleh faktor pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosional (Wawan dan Dewi, 2011:35). Adanya pengalaman pribadi akan memudahkan sebuah sikap untuk terbentuk.

Krathwol, Bloom, dan Masia menyatakan dalam sikap terdapat lima kategori sikap mulai dari yang sederhana hingga kompleks (Clark, 2014). Lima kategori tersebut antara lain :

- a. Menerima (*Receiving*) merupakan suatu sikap terhadap suatu obyek yang dapat berupa kesadaran, kesediaan untuk mendengar, dan perhatian yang dipilih. Misalnya diukur dengan kehadiran dalam penyuluhan.
- b. Menanggapi (*Responding*) merupakan bentuk sikap dimana seseorang memiliki tanggapan, respon atau reaksi terhadap suatu stimulus. Misalnya berpartisipasi dalam penyuluhan dengan ikut hadir dan ikut aktif berdiskusi.
- c. Menilai (*Valuing*) didasarkan pada internalisasi dari serangkaian nilai-nilai tertentu misalnya dengan membenarkan sebuah informasi. Kata kunci dari tingkatan ini adalah dapat menunjukkan, mengundang, bergabung, membenarkan dan mengusulkan.
- d. Organisasi (*Organization*) merupakan menyusun nilai-nilai ke dalam prioritas oleh kontras nilai yang berbeda, menyelesaikan konflik, dan menciptakan sistem nilai. Penekanan pada tahapan ini adalah pada membandingkan, menghubungkan, dan mensintesis nilai-nilai.
- e. Internalisasi nilai-nilai (*Internalizing values*) merupakan sikap dimana telah merasuk, konsisten, dapat diprediksi dan telah menjadi karakteristik dari seseorang.

Sikap memiliki hubungan yang signifikan terhadap pencegahan dan pemberantasan malaria (Hasibuan *et al.*, 2012). Individu dengan sikap kategori baik akan berpartisipasi lebih besar dalam melaksanakan pencegahan malaria dibandingkan individu dengan sikap kategori kurang. Dharampal *et al.* (2012) menyatakan bahwa tindakan pencegahan penyakit malaria yang rendah memiliki hubungan dengan sikap terhadap pencegahan yang juga rendah. Sikap berkaitan erat dengan pandangan seseorang terhadap tindakan. Sikap yang positif terhadap suatu obyek akan lebih memungkinkan seseorang melakukan sebuah tindakan, karena dalam pembentukan sikap terdapat faktor emosional yang mempengaruhi. Penelitian yang dilakukan Askar *et al.* (2013) menyatakan hal yang berlawanan

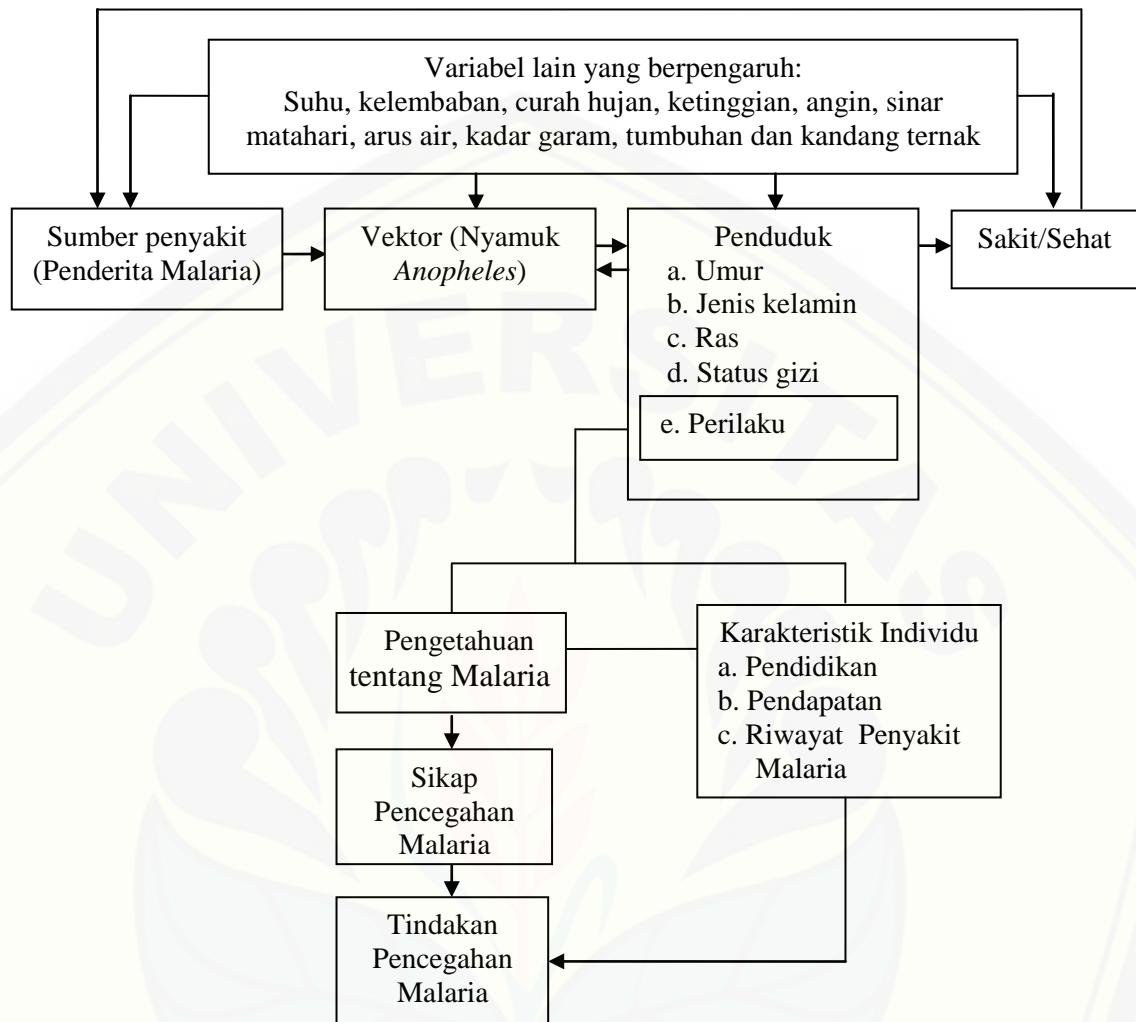
bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara sikap masyarakat dengan upaya pencegahan penyakit malaria.

Sikap yang baik seharusnya mempengaruhi terjadinya perilaku yang baik. Terdapat faktor yang mempengaruhi tindakan seseorang selain sikap itu sendiri yaitu niat (*intention*). Ajzen dan Fishbein (1980) mengatakan bahwa antara sikap dan perilaku terdapat satu faktor psikologis yang harus ada agar keduanya konsisten. Selain itu sikap negatif ataupun positif dari suatu kelompok atau individu memiliki tingkatan atau tahapan. Individu bisa saja memiliki sikap yang baik namun baru berada pada salah satu tahapan, hal ini berarti bahwa meskipun masyarakat menunjukkan sikap yang baik namun pada tahap mana individu tersebut berada akan mempengaruhi motivasi individu untuk berubah.

Pengukuran sikap dilakukan pada tingkatan menanggapi dan menilai dengan menggunakan skala likert dengan bobot 1-5. Pada skala sikap sedapat mungkin diusahakan agar terdiri dari tipe pertanyaan *favorable* yaitu bersifat mendukung terhadap suatu obyek atau sikap dan *unfavorable* yaitu pertanyaan yang bersifat kontra terhadap obyek sikap yang diungkap. Skala model likert memiliki lima kategori yaitu sangat setuju, setuju, ragu-ragu, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Bila pertanyaan itu bersifat positif maka diberi skor secara berurutan 5,4,3,2,1 dan bila *unfavorable* atau negatif diberi skor 1,2,3,4,5 (Nasir, 2011:293).

Skala ukur yang digunakan adalah skala ordinal dengan tiga kategori yaitu baik, cukup, dan kurang. Kumulatif skor pengetahuan akan diklasifikasikan menggunakan *Bloom's cut off point*, 60-80%. Pengetahuan dalam kategori tinggi jika mencapai 80%-100%, kategori sedang jika berjumlah 60%-79% dari total skor, dan rendah jika jumlah skor kumulatif tindakannya kurang dari 59% dari total skor (Ahmed, 2007).

2.4 Kerangka Teori

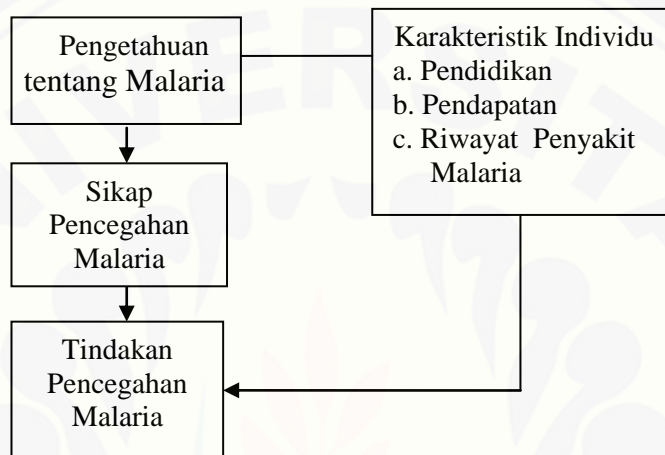


Gambar 2.5 Kerangka Teori

Modifikasi dari konsep Achmadi (2012); Arsin (2012); Bloom (1956); Harijanto (2010); Keating *et al.* (2008); Macintyre *et al.* (2002); Njama *et al.* (2003); dan Priyoto (2014).

2.5 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang telah disampaikan, peneliti bermaksud menganalisis hubungan antara tindakan pencegahan sebagai variabel terikat dengan variabel bebas antara lain karakteristik individu, pengetahuan, dan sikap. Karakteristik individu terdiri dari tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, riwayat penyakit malaria. Kerangka konseptual digambarkan sebagai berikut.



Gambar 2.6 Kerangka Konsep Penelitian

2.6 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat pengaruh karakteristik individu (tingkat pendidikan, pendapatan dan riwayat penyakit malaria), pengetahuan tentang malaria, dan sikap pencegahan malaria terhadap tindakan pencegahan malaria.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan rancangan studi *cross-sectional*. *Cross-sectional* merupakan suatu penelitian yang bertujuan mencari hubungan dimana variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada satu saat (Sastroasmoro, 2011:131). Tujuan penelitian ini untuk menganalisis pengaruh karakteristik individu, pengetahuan tentang malaria, dan sikap pencegahan malaria terhadap tindakan pencegahan malaria, sehingga metode penelitian yang digunakan adalah metode observasional *cross-sectional* yaitu suatu metode untuk menganalisis pengaruh antara variabel bebas (faktor risiko) dengan variabel tergantung (efek) dengan melakukan pengukuran sesaat.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi. Waktu penelitian dilaksanakan mulai bulan Februari-Maret 2015.

3.3 Populasi dan Teknik Pengambilan Subjek Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan sejumlah besar subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti (Sastroasmoro, 2011:89). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kepala keluarga di Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi sebanyak 1918 jiwa.

3.3.2 Sampel Penelitian

Menurut Sastroasmoro (2011:90), sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasi tersebut. Tindakan pencegahan malaria mempunyai proporsi sebesar 0,7 (Mardiah, 2008).

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 78 orang dan dibulatkan menjadi 80 orang. Besar sampel dihitung berdasarkan perhitungan berikut:

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)N}{d^2(N-1) + z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

$$n = \frac{1,96.0,7.0,3.1918}{0,10^2.1917 + 1,96.0,7.0,3}$$

$$n = 78$$

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Besar populasi

d = Presisi absolut kesalahan (0,10)

Pengambilan subjek penelitian dilaksanakan berdasarkan populasi dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan oleh peneliti, antara lain sebagai berikut:

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi penelitian ini adalah responden masih tinggal/berdomisili di Desa Bangsring, merupakan kepala keluarga dengan usia maksimal 65 tahun, dan dapat berkomunikasi dengan baik.

2) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah responden dalam keadaan sakit sehingga tidak dapat memberikan respons dalam proses wawancara.

3.3.3 Teknik Pengambilan Subjek Penelitian

Pengambilan subjek dalam penelitian ini menggunakan metode *cluster random sampling* dengan modifikasi. Menurut Nasir (2011:220) *cluster random sampling* merupakan teknik yang dapat digunakan apabila populasi tersebar secara geografis atau terhimpun dalam rumpun/klaster yang berbeda-beda. Pengelompokan secara kluster menghasilkan unit elementer yang heterogen seperti halnya populasi sendiri. Teknik ini dilakukan dengan mengelompokkan populasi sesuai klaster dan memilih beberapa klaster secara random, dimana

seluruh anggota kluster terpilih menjadi sampel dalam penelitian. Modifikasi pada teknik *cluster random sampling* dalam penelitian ini dilakukan dengan memilih hanya sebagian anggota kluster terpilih menjadi sampel penelitian, bukan keseluruhan dari anggota kluster terpilih. Pengambilan jumlah sampel pada tiap kluster menggunakan *proportional probability*, yaitu tiap anggota kluster mempunyai probabilitas yang sebanding dengan besar relatif dari kluster yang dimasukkan dalam subsampel (Nazir, 2009:277).

Desa Bangsring terdiri dari tiga dusun yaitu Dusun Krajan I, Krajan II, dan Dusun Paras Putih. Dusun Krajan I terdiri dari 6 RW dan 21 RT. Dusun Krajan II terdiri dari 2 RW dan 9 RT. Dusun Paras Putih terdiri dari 3 RW dan 10 RT. Populasi dipisah menurut rumpun RT.

Proses randomisasi awal digunakan dalam penentuan RW dengan menggunakan teknik *simple random sampling* pada tiga dusun sesuai dengan proporsi jumlah RW pada setiap dusun. Jumlah RW yang dipilih yaitu sebanyak 6 RW yang terdiri dari 4 RW di Dusun Krajan I, 1 RW di Dusun Krajan II, dan 1 RW di Dusun Paras Putih. Tahap berikutnya dilakukan untuk menentukan RT yang dipilih yaitu sebanyak 20 RT yang tersebar pada 6 RW dengan menggunakan *simple random sampling* secara proporsional. Randomisasi pada tahap terakhir dilakukan dalam penentuan KK yang menjadi sampel dengan menggunakan *simple random sampling* secara proporsional. Penentuan KK sebagai subjek penelitian dilakukan dengan menggunakan data *sample frame* berupa data KK setiap RT. Sampel diambil berdasarkan proporsi setiap RT, sehingga jumlah sampel yang diambil di setiap RT tidaklah sama. Besar sampel untuk setiap kluster dapat ditentukan dengan rumus:

$$n_h = N_h \frac{n}{N}$$

Keterangan :

n_h = Besar sampel untuk tiap kluster

N_h = Jumlah populasi pada kluster

n = Besar sampel keseluruhan yang akan diambil

N = Jumlah populasi kluster keseluruhan

Tabel 3.1 Besar Sampel Tiap Kluster

No	Dusun	RW	Kluster RT	Jumlah KK	Penghitungan	Besar Sampel
1	Krajan I	1	1	45	$45 \cdot \frac{80}{1015} = 3,54$	4
2			2	52	$52 \cdot \frac{80}{1015} = 4,09$	5
3			3	41	$41 \cdot \frac{80}{1015} = 3,23$	4
4			4	47	$47 \cdot \frac{80}{1015} = 3,70$	4
5			5	40	$40 \cdot \frac{80}{1015} = 3,15$	4
6			6	15	$15 \cdot \frac{80}{1015} = 1,18$	2
7		2	1	51	$51 \cdot \frac{80}{1015} = 4,01$	5
8			2	57	$57 \cdot \frac{80}{1015} = 4,49$	5
9		4	1	84	$84 \cdot \frac{80}{1015} = 6,62$	7
10			2	52	$52 \cdot \frac{80}{1015} = 4,09$	5
11			3	59	$59 \cdot \frac{80}{1015} = 4,65$	5
12			4	65	$65 \cdot \frac{80}{1015} = 5,12$	6
13		6	1	59	$59 \cdot \frac{80}{1015} = 4,65$	5
14	Krajan II	2	1	38	$38 \cdot \frac{80}{1015} = 2,99$	3
15			2	46	$46 \cdot \frac{80}{1015} = 3,62$	4
16			3	42	$42 \cdot \frac{80}{1015} = 3,31$	4
17			4	49	$49 \cdot \frac{80}{1015} = 3,86$	4
18	Paras Putih	3	1	36	$36 \cdot \frac{80}{1015} = 2,83$	3

No	Dusun	RW	Kluster RT	Jumlah KK	Penghitungan	Besar Sampel
19			2	61	$54 \cdot \frac{80}{1015} = 4,25$	5
20			3	83	$83 \cdot \frac{80}{1015} = 6,54$	7
Total		6	20	1015		91

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian merupakan suatu atribut atau nilai dari orang, objek, atau kegiatan yang memiliki variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2012:38). Menurut Sastroasmoro (2011:459) variabel merupakan karakteristik subjek penelitian yang berubah dari satu subjek ke subjek lainnya. Adapun variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik individu (tingkat pendidikan, pendapatan, dan riwayat penyakit malaria), pengetahuan tentang malaria, dan sikap pencegahan malaria. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tindakan pencegahan malaria. Variabel penelitian lainnya adalah karakteristik individu yang terdiri dari usia, jenis kelamin, keberadaan hewan ternak, dan lokasi kandang ternak.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2009:126). Definisi operasional yang diberikan kepada variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

Tabel 3.2 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Identifikasi, dan Skala

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/Kategori	Skala
1.	Karakteristik Responden				
a.	Usia	Masa hidup mulai dari lahir sampai waktu penelitian.	Wawancara dengan kuesioner	-	Rasio
b.	Jenis Kelamin	Ciri fisik biologis responden untuk membedakan gender berdasarkan kartu identitas berlaku.	Wawancara dengan kuesioner	Jenis kelamin dikategorikan menjadi 2, yaitu: 0 = Perempuan 1 = Laki-Laki	Nominal
c.	Tingkat pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang telah diselesaikan oleh responden.	Wawancara dengan kuesioner	Tingkat pendidikan dikategorikan sebagai berikut: 0 = Tidak sekolah 1 = Tidak tamat SD 2 = SD 3 = SMP 4 = SMA 5 = D3/S1/S2	Ordinal
d.	Pendapatan	Jumlah penghasilan dalam keluarga yang diperoleh dalam satu bulan.	Wawancara dengan kuesioner	Pendapatan dikategorikan berdasarkan UMK Kab. Banyuwangi yang berlaku : 0 = Kategori tinggi (diatas UMK) : \geq Rp 1.240.000,- 1 = Kategori rendah (dibawah UMK) : $<$ Rp 1.240.000	Nominal
e.	Riwayat penyakit malaria	Ada atau tidaknya anggota keluarga yang pernah mengalami sakit malaria.	Wawancara dengan kuesioner	Riwayat penyakit malaria dikategorikan : 0 = Tidak ada 1 = Ada	Nominal
f.	Keberadaan hewan ternak	Ada atau tidaknya hewan ternak besar (sapi, kerbau, babi, dan kambing) yang dipelihara dan berada pada sekitar lingkungan rumah responden pada saat pengumpulan data penelitian.	Wawancara dengan kuesioner dan observasi	Keberadaan hewan ternak dikategorikan: 0 = Tidak ada 1 = Ada	Nominal
g.	Lokasi kandang ternak	Letak kandang hewan ternak besar dengan rumah responden pada saat	Wawancara dengan kuesioner dan	Lokasi kandang ternak dikategorikan: 0 = Menyatu dengan rumah	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/ Kategori	Skala
		pengumpulan data penelitian.	Observasi	(ternak dalam rumah) 1 = Terpisah dengan jarak kandang ternak dan rumah <10 meter 2 = Terpisah dengan jarak kandang ternak dan rumah \geq 10 meter	
	h. Lokasi kandang ternak	Letak kandang hewan ternak besar dengan rumah responden pada saat pengumpulan data penelitian.	Wawancara dengan kuesioner dan observasi	Lokasi kandang ternak dikategorikan: 0 = Menyatu dengan rumah (ternak dalam rumah) 1 = Terpisah dengan jarak kandang ternak dan rumah <10 meter 2 = Terpisah dengan jarak kandang ternak dan rumah \geq 10 meter	Ordinal
2.	Pengetahuan tentang malaria	Segala sesuatu yang diingat dan dipahami responden perihal malaria, yang meliputi penyebab, vektor, gejala, transmisi, bahaya, cara pencegahan penyakit malaria, dan alasan pentingnya melakukan pencegahan malaria.	Wawancara dengan kuesioner	Pengetahuan diukur dengan skala Guttman dengan kategori : 0 = salah /tidak tahu 1 = benar Kumulatif skor pengetahuan bervariasi antara 0-20, selanjutnya akan diklasifikasikan menggunakan <i>Bloom's cut off point</i> , 60-80% dengan kategori: 1) Pengetahuan tinggi yaitu 80%-100%, jika total skor 16-20. 2) Pengetahuan sedang yaitu 60%-79%, jika total skor 12-15.	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/ Kategori	Skala
				3) Pengetahuan rendah yaitu $\leq 59\%$, jika total skor 0-11.	
3.	Sikap pencegahan malaria	Respons responden terhadap pencegahan malaria meliputi penggunaan kelambu berinsektisida, pemasangan kasa, penggunaan obat anti nyamuk, kebiasaan keluar hingga larut malam, pembersihan <i>lagoon</i> , melaporkan dan mencari pengobatan pada layanan kesehatan jika mengetahui terdapat gejala dan kejadian malaria	Wawancara dengan kuesioner	Sikap dikategorikan menggunakan skala Likert. Sikap pada pertanyaan yang bersifat <i>favorable</i> akan dikategorikan menjadi: 1 = Sangat tidak setuju 2 = Tidak setuju 3 = Ragu-ragu 4 = Setuju 5 = Sangat setuju. Sikap pada pertanyaan yang bersifat <i>unfavorable</i> akan dikategorikan menjadi: 1 = Sangat setuju 2 = Setuju 3 = Ragu-ragu 4 = Tidak Setuju 5 = Sangat tidak setuju Kumulatif skor bervariasi antara 15-75. Sikap akan dikategorikan menjadi 3 berdasarkan <i>Bloom's cut off point</i> 60-80% dengan kategori: 1) Positif yaitu 80%-100%, jika skor 60-75. 2) Netral yaitu 60%-79%. jika skor 45-59. 3) Negatif yaitu $\geq 59\%$, jika skor 15-44.	Ordinal
4.	Tindakan pencegahan malaria	Perbuatan nyata yang dilakukan oleh responden untuk mencegah terjadinya penyakit malaria meliputi penggunaan	Wawancara dengan kuesioner	Masing-masing item pertanyaan akan diberi nilai: 0 = Tidak 1 = Ya Kumulatif skor bervariasi antara 0-	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/ Kategori	Skala
		kelambu berinsektisida, penggunaan obat anti nyamuk, kebiasaan keluar hingga larut malam, menggunakan baju tertutup saat keluar pada malam hari, memasang kasa anti nyamuk, ikut serta dalam kegiatan membersihkan lingkungan, dan melaporkan dan berobat jika mengetahui terdapat gejala dan kejadian malaria.		15. Tindakan akan dikategorikan menjadi 3 berdasarkan <i>Bloom's cut off point</i> 60-80% yaitu: 1) Kategori baik yaitu 80%-100%, jika skor 12-15. 2) Kategori cukup yaitu 60%-79%, jika skor 9-11. 3) Kategori kurang yaitu $\leq 59\%$, jika skor 0-8.	

3.5 Data dan Sumber Data Penelitian

3.5.1 Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang didapat dari sumber utama, individu atau perseorangan. Data primer didapatkan melalui beberapa cara yaitu angket, wawancara, jajak pendapat, dan lain-lain (Nazir, 2009:174). Data primer yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara yang meliputi data karakteristik individu, pengetahuan tentang malaria, sikap pencegahan malaria, dan tindakan pencegahan malaria.

Data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung baik dari buku literatur, arsip-arsip dan dokumen-dokumen yang dimiliki oleh instansi bersangkutan atau media lain. Data sekunder dalam penelitian ini berupa data laporan bulanan penemuan dan pengobatan malaria Kabupaten Banyuwangi tahun 2010-2013 dan data jumlah penduduk desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo.

3.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, diantaranya:

a. Wawancara

Menurut Nazir (2009:193), wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara penanya dengan penjawab dengan menggunakan alat yang dinamakan *interview guide* (panduan wawancara). Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai panduan untuk wawancara langsung kepada responden dalam memperoleh data-data mengenai karakteristik individu, pengetahuan, sikap dan tindakan responden.

b. Dokumentasi

Menurut Arikunto (2006:135), metode dokumentasi adalah metode mencari data untuk mengetahui hal-hal atau variabel penelitian. Data tersebut dapat berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger, agenda, dan sebagainya. Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data laporan bulanan penemuan dan pengobatan malaria Kabupaten Banyuwangi tahun 2010-2013 dan data jumlah penduduk desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo.

c. Observasi atau Pengamatan Langsung

Pengumpulan data dengan cara observasi langsung atau pengamatan langsung adalah cara pengambilan data dengan menggunakan mata tanpa ada pertolongan alat standart lain untuk keperluan tersebut. Menurut Nazir (2009:175) teknik observasi langsung ini mempunyai beberapa keuntungan, antara lain dapat mencatat segala hal yang berhubungan dengan penelitian sehingga tidak menggantungkan ingatan dari seseorang dan dapat memperoleh data dari subjek baik yang tidak dapat berkomunikasi secara verbal atau tidak mau berkomunikasi secara verbal.

3.5.3 Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat pada waktu peneliti menggunakan suatu metode atau teknik pengumpulan data (Arikunto, 2006:134). Pada penelitian ini instrumen pengumpulan data penelitian yang digunakan adalah panduan wawancara berupa kuesioner dan lembar observasi. Kuesioner tersebut digunakan sebagai alat bantu dalam kegiatan mengumpulkan data primer agar kegiatan menjadi sistematis dan mudah. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 4 bagian yaitu kuesioner karakteristik responden (bagian I), kuesioner pengetahuan responden (bagian II), kuesioner sikap responden (bagian III), dan kuesioner tindakan responden (bagian IV).

Kuesioner bagian I untuk mengetahui karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, riwayat penyakit malaria, keberadaan hewan ternak, dan lokasi kandang ternak. Kuesioner bagian II adalah kuesioner yang digunakan untuk mengkaji pengetahuan responden, terdiri dari 20 item pernyataan. Pengetahuan diukur dengan skala Guttman dan diberi skor 0 jika salah dan 1 jika benar. Skor total berentang antara 0-20.

Kuesioner bagian III adalah kuesioner yang digunakan untuk mengkaji sikap responden. Kuesioner ini terdiri atas 15 item pernyataan dengan menggunakan skala model likert. Skala model likert memiliki lima kategori yaitu sangat setuju, setuju, ragu-ragu, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Pertanyaan yang bersifat *favorable* atau positif maka diberi skor secara berurutan 5,4,3,2,1 dan bila *unfavorable* atau negatif diberi skor 1,2,3,4,5. Skor total berentang antara 15-75. Kuesioner bagian IV digunakan untuk mengkaji tindakan responden. Kuesioner ini terdiri atas 15 item pernyataan yang diukur dengan menanyakan tindakan pencegahan yang dilakukan, menggunakan Skala Guttman. Skor 1 diberikan jika responden melakukan tindakan pencegahan malaria dan skor 0 jika tidak melakukan. Skor total berentang antara 0-15.

3.6 Teknik Pengolahan Data

Menurut Bungin (2005), untuk mempermudah analisis, sebelum data disajikan perlu dilakukan beberapa hal sebagai berikut.

a. Memeriksa Data (*Editing*)

Pemeriksaan data adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti selesai menghimpun data di lapangan. Data yang telah dikumpulkan diperiksa kembali oleh peneliti sebelum data diolah untuk memastikan bahwa tidak terdapat hal-hal yang salah atau masih meragukan. Hal ini dilakukan untuk memperbaiki kualitas data dan menghilangkan keraguan data.

b. Mengodekan Data

Untuk memudahkan analisis, jawaban-jawaban dalam kuesioner perlu diberi kode dengan menaruh angka pada setiap jawaban. Hal ini sangat penting karena pengolahan data dilakukan dengan komputer.

c. Tabulasi Data (*Tabulating*)

Tabulasi adalah memasukkan data pada tabel-tabel tertentu, mengatur angka-angka, dan menghitungnya. Kegiatan ini dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel-tabel sesuai dengan variabel yang diteliti.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Cara penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga, yakni penyajian dalam bentuk teks (*textular*), penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafik. Penyajian data dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian agar laporan dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian. Penyajian data pada penelitian ini disajikan secara teks (*textular*), penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafik. Penyajian teks (*textular*) merupakan penyajian hasil penelitian dengan menggunakan kata-kata berupa narasi.

Penyajian dalam bentuk tabel dalam penelitian ini dengan menggunakan tabel kontingensi atau tabulasi silang.

3.7.2 Analisis Data

Teknik analisis data dalam penelitian kuantitatif menggunakan statistik. Penelitian ini dalam perhitungan menggunakan program statistik. Analisis data yang dilakukan meliputi:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menjawab tujuan khusus yang pertama dengan tujuan mengetahui frekuensi dan distribusi frekuensi karakteristik individu (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pendapatan, riwayat penyakit malaria, keberadaan hewan ternak, dan lokasi kandang ternak), pengetahuan tentang malaria, sikap pencegahan malaria, dan tindakan pencegahan malaria dengan menggunakan statistik deskriptif.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh antara karakteristik individu (tingkat pendidikan, pendapatan, dan riwayat penyakit malaria) terhadap tindakan pencegahan malaria, pengaruh pengetahuan terhadap tindakan pencegahan malaria, dan pengaruh sikap terhadap tindakan pencegahan malaria. Uji *chi-square* test digunakan pada analisis bivariat karena variabel yang akan diuji berskala data nominal dan ordinal. Hasil uji yang menunjukkan *p* value $<0,05$ dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh variabel dependen terhadap independen, sedangkan jika *p* value $>0,05$ dapat disimpulkan tidak terdapat pengaruh antara variabel dependen terhadap independen. Hasil *p-value* uji *chi-square* bermakna dengan syarat memiliki *expected value* kurang dari 5. Variabel yang memiliki *expected value* kurang dari 5 lebih dari 20%, maka dilakukan penggabungan kategori dan jika perlu dilakukan uji *Fisher Exact*.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat adalah metode statistik yang secara simultan melakukan analisis terhadap lebih dari dua variabel pada setiap objek atau orang (Santoso, 2010). Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui faktor yang

paling berpengaruh terhadap tindakan pencegahan malaria. Analisis multivariat yang dilakukan pada penelitian ini menggunakan uji regresi logistik dengan melakukan penggabungan pada variabel dependen hingga bersifat kategorikal.

3.8 Kerangka Operasional



Gambar 3.1 Kerangka Operasional

BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Deskripsi Responden

4.1.1.1 Karakteristik Individu

Karakteristik responden dapat memberikan gambaran mengenai identitas responden dalam penelitian. Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pendapatan, dan riwayat penyakit malaria. Selain itu terdapat variabel keberadaan hewan ternak beserta lokasi kandang ternak. Karakteristik responden dalam penelitian adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik Responden di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015

Variabel	n	%
Usia		
Mean	42,7	
Median	41,0	
Std Deviasi	10,0	
Minimum	25	
Maksimum	64	
Jenis kelamin		
Laki-laki	87	95,6
Perempuan	4	4,4
Tingkat pendidikan		
Tidak sekolah	-	-
Tidak tamat SD	2	2,2
SD sederajat	68	74,7
SMP sederajat	12	13,2
SMA sederajat	8	8,8
D3 ke atas	1	1,1
Pendapatan		
Rendah (<UMK)	33	36,3
Tinggi (≥UMK)	58	63,7
Riwayat penyakit malaria		
Tidak ada	86	94,5
Ada	5	5,5
Keberadaan hewan ternak		
Tidak ada	32	35,2
Ada	59	64,8

Sumber: Data Primer Terolah, 2015

Berdasarkan hasil penelitian yang disajikan dalam tabel diatas diketahui bahwa rata-rata usia responden adalah 42,7 tahun, dan memiliki rentang usia 25-

64 tahun. Sebagian besar responden yang merupakan kepala keluarga berjenis kelamin laki-laki yaitu 87 responden (95,6%). Tingkat pendidikan responden sebagian besar yaitu SD sederajat sebanyak 68 responden (74,7%). Pendapatan dengan kategori tinggi yaitu diatas UMK lebih mendominasi yaitu sebanyak 58 responden (63,7%). Sebaran responden menurut riwayat penyakit malaria, sebanyak 5 responden (5,5%) memiliki riwayat penyakit malaria di keluarganya. Jumlah responden menurut sebaran keberadaan hewan ternak, sebagian besar terdapat hewan ternak yaitu 59 responden (64,8%).

Tabel 4.2 Lokasi Kandang Ternak Responden di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015

Lokasi kandang ternak	n	%
Menyatu dengan rumah	4	6,78
Terpisah <10 meter	50	84,75
Terpisah \geq 10 meter	5	8,47

Sumber: Data Primer Terolah, 2015

Lokasi kandang ternak responden paling banyak ditempatkan terpisah dengan jarak kandang ternak dan rumah kurang dari 10 meter yaitu sebanyak 50 responden (54,9%), sedangkan yang menempatkan kandang ternak dan rumah terpisah dengan jarak lebih dari atau sama dengan 10 meter hanya 5 responden (5,5%). Sebanyak 4 responden (4,4%) menempatkan kandang ternak menyatu dengan rumah.

4.1.1.2 Pengetahuan tentang Malaria

Pengetahuan tentang malaria dalam penelitian ini merupakan pengukuran dari ingatan dan pemahaman responden perihal malaria yang meliputi penyebab malaria, vektor malaria, gejala malaria, transmisi, bahaya, cara pencegahan, dan alasan pentingnya melakukan pencegahan malaria. Variabel ini dibedakan menjadi tiga kategori yaitu pengetahuan rendah, sedang, dan tinggi. Responden dengan pengetahuan rendah jika hanya mampu menjawab dengan benar kurang dari 59% dari total pertanyaan, pengetahuan sedang apabila dapat menjawab dengan benar 60-79%, dan pengetahuan tinggi adalah responden yang dapat

menjawab dengan benar 80-100% dari total pertanyaan yang diberikan. Pengetahuan tentang malaria dari hasil penelitian didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.3 Pengetahuan tentang Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015

Pengetahuan tentang Malaria	n	%
Rendah	47	51,6
Sedang	28	30,8
Tinggi	16	17,6

Sumber: *Data Primer Terolah, 2015*

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden memiliki pengetahuan tentang malaria rendah yaitu sejumlah 47 responden (51,6%). Responden dengan pengetahuan tentang malaria tinggi berjumlah paling sedikit yaitu sebanyak 16 responden (17,6%), sedangkan responden yang memiliki pengetahuan sedang berjumlah 28 orang (30,8%). Hal ini menunjukkan bahwa kepala keluarga di Desa Bangsring yang memiliki pengetahuan tentang malaria tinggi masih sangat rendah dibandingkan dengan kepala keluarga yang memiliki pengetahuan tentang malaria rendah dan sedang.

4.1.1.3 Sikap Pencegahan Malaria

Sikap pencegahan malaria dalam penelitian ini adalah respons yang diberikan responden terhadap suatu tindakan pencegahan malaria meliputi penggunaan kelambu berinsektisida, pemasangan kasa, penggunaan obat nyamuk, kebiasaan keluar hingga larut malam, pembersihan lagun, dan upaya melaporkan dan mencari pengobatan pada layanan kesehatan jika mengetahui terdapat gejala atau kejadian malaria. Sikap diukur dengan menggunakan skala Likert dan dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu sikap pencegahan malaria dalam kategori negatif, netral, dan positif. Responden dengan sikap pencegahan malaria negatif jika jumlah kumulatif skor antara 15-44, sikap pencegahan malaria netral apabila jumlah kumulatif skor 45-59, dan sikap pencegahan malaria positif adalah responden dengan jumlah kumulatif skor 60-75. Sikap pencegahan malaria dari hasil penelitian didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.4 Sikap Pencegahan Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015

Sikap Pencegahan Malaria	n	%
Negatif	4	4,4
Netral	81	89,0
Positif	6	6,6

Sumber: *Data Primer Terolah, 2015*

Hasil penelitian yang telah dilakukan diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki sikap pencegahan malaria yang netral yaitu sejumlah 81 responden (89,0%). Responden dengan sikap pencegahan malaria positif dan negatif memiliki frekuensi hampir sama. Responden yang memiliki sikap pencegahan malaria positif berjumlah 6 orang (6,6%), sedangkan responden yang memiliki sikap pencegahan malaria negatif memiliki jumlah paling sedikit yaitu sebanyak 4 responden (4,4%). Hal ini menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil kepala keluarga di Desa Bangsring memiliki sikap pencegahan malaria positif.

4.1.1.4 Tindakan Pencegahan Malaria

Tindakan pencegahan malaria dalam penelitian ini adalah perbuatan nyata yang dilakukan oleh responden untuk mencegah terjadinya penyakit malaria, yang meliputi penggunaan kelambu berinsektisida, penggunaan obat nyamuk, kebiasaan keluar hingga larut malam, menggunakan baju tertutup saat keluar pada malam hari, memasang kassa anti nyamuk, ikut serta dalam kegiatan membersihkan lingkungan, serta melaporkan dan berobat jika mengetahui atau terdapat gejala dan kejadian malaria. Variabel ini dibedakan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup, dan kurang. Responden dengan tindakan pencegahan malaria rendah jika hanya melakukan kurang dari 59% dari total pernyataan yang diberikan, tindakan pencegahan malaria sedang apabila melakukan 60-79% dari total pernyataan yang diberikan, dan tindakan pencegahan malaria baik adalah responden yang melakukan 80-100% dari total pernyataan yang diberikan. Tindakan pencegahan malaria dari hasil penelitian didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.5 Tindakan Pencegahan Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015

Tindakan Pencegahan Malaria	n	%
Kurang	25	27,5
Cukup	41	45,0
Baik	25	27,5

Sumber: Data Primer Terolah, 2015

Berdasarkan hasil penelitian yang disajikan dalam tabel 4.5 diketahui bahwa sebagian besar responden melakukan tindakan pencegahan malaria yang cukup yaitu sejumlah 41 responden (45,1%). Responden yang melakukan tindakan pencegahan malaria kurang dan baik memiliki frekuensi yang sama yaitu 25 responden (27,5%). Hal ini menunjukkan jumlah kepala keluarga di Desa Bangsring sebagian besar melakukan tindakan pencegahan malaria yang cukup, namun kepala keluarga yang melakukan tindakan pencegahan malaria baik dan kurang juga setara.

4.1.2 Pengaruh Karakteristik Individu terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Proporsi karakteristik individu terhadap tindakan pencegahan malaria dijelaskan pada tabel 4.6 berikut ini:

Tabel 4.6 Proporsi Tindakan Pencegahan Malaria berdasarkan Tingkat Pendidikan, Pendapatan, dan Riwayat Penyakit Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015

Variabel	Tindakan Pencegahan Malaria					
	Kurang		Cukup		Baik	
	n	%	n	%	n	%
Tingkat pendidikan						
Tidak sekolah	-	-	-	-	-	-
Tidak tamat SD	1	1,10	1	1,10	0	0
SD sederajat	21	23,08	33	36,26	14	15,38
SMP sederajat	2	2,20	6	6,59	4	4,40
SMA sederajat	1	1,10	1	1,10	6	6,59
D3 ke atas	0	0	0	0	1	1,10
Pendapatan						
Rendah (<UMK)	14	15,38	12	13,19	7	7,69
Tinggi (≥UMK)	11	12,09	29	31,87	18	19,78
Riwayat penyakit malaria						
Tidak ada	23	25,27	39	42,86	24	26,37
Ada	2	2,20	2	2,20	1	1,10

Sumber: Data Primer Terolah, 2015

Berdasarkan hasil penelitian yang disajikan pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa berdasarkan tingkat pendidikan, tindakan pencegahan malaria yang baik lebih banyak dilakukan oleh responden dengan tingkat pendidikan SD sederajat (15,38%), dari pada tingkat pendidikan lainnya. Proporsi responden yang melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik berdasarkan pendapatan, lebih tinggi dilakukan pada responden yang memiliki pendapatan tinggi (19,78%), dari pada yang rendah (7,69%). Berdasarkan riwayat penyakit malaria tindakan pencegahan malaria yang baik lebih tinggi dilakukan pada responden yang tidak memiliki riwayat malaria (26,37%) dari pada yang ada (1,10%).

Hasil analisis uji *chi-square* didapatkan bahwa tabel tingkat pendidikan, pendapatan, dan riwayat penyakit malaria tidak memenuhi syarat karena terdapat lebih dari 20% sel yang memiliki *expected count* kurang dari 5, sehingga dilakukan penggabungan. Tingkat pendidikan dikategorikan menjadi tidak sekolah atau maksimal SD sederajat dan SMP ke atas. Tingkat pendidikan tidak sekolah atau maksimal SD sederajat terdiri dari kategori tidak sekolah, tidak tamat SD, dan SD sederajat, sedangkan SMP ke atas terdiri dari SMP sederajat, SMA sederajat, dan D3 ke atas. Tindakan pencegahan malaria turut digabungkan menjadi dua kategori, yaitu kurang dan baik. Kategori tindakan pencegahan malaria kurang merupakan penggabungan kategori kurang dan cukup. Hasil analisis pengaruh karakteristik individu yang meliputi tingkat pendidikan, pendapatan, dan riwayat penyakit malaria terhadap tindakan pencegahan malaria dijelaskan pada tabel 4.7 berikut:

Tabel 4.7 Proporsi Tindakan Pencegahan Malaria berdasarkan Tingkat Pendidikan, Pendapatan, dan Riwayat Penyakit Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015

Variabel	Tindakan Pencegahan Malaria				<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Kurang		Baik			
	n	%	n	%		
Tingkat pendidikan						
Tidak sekolah/≤SD sederajat	56	61,54	14	15,38	0,008*	1
≥SMP sederajat	10	10,99	11	12,09		4,40 (1,559-12,417)
Pendapatan						
Rendah (<UMK)	26	28,57	7	7,69	0,444	1
Tinggi (≥UMK)	40	43,96	18	19,78		1,67 (0,613-4,557)
Riwayat penyakit malaria						
Tidak ada	62	68,13	24	26,37	1,000	1
Ada	4	4,40	1	1,10		0,64 (0,069-6,075)

Sumber: Data Primer Terolah, 2015

* signifikan pada $p < 0,009$ dengan uji *Chi-square*

Hasil analisis pengaruh tingkat pendidikan terhadap tindakan pencegahan malaria menunjukkan bahwa pencegahan malaria yang baik lebih tinggi pada tingkat pendidikan tidak sekolah atau maksimal SD sederajat yaitu sebesar 14 responden (15,38%) dibandingkan dengan tingkat pendidikan SMP ke atas yaitu sebesar 11 responden (12,08%), sedangkan tindakan pencegahan malaria yang kurang juga lebih tinggi pada responden dengan tingkat pendidikan tidak sekolah atau maksimal SD sederajat. Uji *Chi-square* menghasilkan nilai $p\text{-value}=0,008$ ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tindakan pencegahan malaria. Nilai OR 4,40 maka dapat disimpulkan bahwa orang dengan tingkat pendidikan SMP ke atas memiliki kecenderungan 4,40 kali lebih besar untuk melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik daripada orang dengan tingkat pendidikan maksimal SD sederajat atau tidak sekolah.

Berdasarkan hasil penelitian yang disajikan dalam tabel 4.6 diketahui bahwa proporsi responden yang melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik lebih tinggi pada responden yang memiliki pendapatan tinggi (19,78%) dari pada yang rendah (7,69%). Hasil uji *chi-square* menunjukkan nilai $p\text{-value}=0,444$

($p > 0,05$). Hal tersebut menunjukkan bahwa pendapatan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap tindakan pencegahan malaria.

Hasil analisis pengaruh riwayat penyakit malaria terhadap tindakan pencegahan malaria menunjukkan bahwa proporsi responden yang tindakan pencegahan malaria yang baik lebih tinggi pada responden yang tidak memiliki riwayat penyakit malaria (26,37%) dari pada yang memiliki riwayat penyakit malaria (1,10%). Hasil uji yang digunakan adalah uji *Fisher's Exact Test*, karena tidak memenuhi syarat *chi-square*. Hasil uji *Fisher's Exact Test* menunjukkan nilai $p\text{-value} = 1,000$ ($p > 0,05$) sehingga riwayat penyakit malaria tidak memiliki pengaruh yang bermakna dengan tindakan pencegahan malaria.

4.1.3 Pengaruh Pengetahuan tentang Malaria terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Proporsi pengetahuan tentang malaria terhadap tindakan pencegahan malaria dijelaskan pada tabel 4.8 berikut ini:

Tabel 4.8 Proporsi Tindakan Pencegahan Malaria berdasarkan Pengetahuan tentang Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015

Pengetahuan tentang Malaria	Tindakan Pencegahan Malaria					
	Kurang		Cukup		Baik	
	n	%	n	%	n	%
Rendah	21	23,07	22	24,17	4	4,40
Sedang	4	4,40	16	17,58	8	8,80
Tinggi	0	0	3	3,30	13	14,28

Sumber: Data Primer Terolah, 2015

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa tindakan pencegahan malaria yang baik lebih banyak dilakukan pada responden dengan pengetahuan tentang malaria yang tinggi (14,28%) dibandingkan dengan responden dengan pengetahuan tentang malaria yang sedang (8,79%) dan rendah (4,40%). Hasil analisis menggunakan uji *chi-square* didapatkan bahwa tabel tingkat pendidikan dan riwayat penyakit malaria tidak memenuhi syarat karena terdapat lebih dari 20% sel yang memiliki *expected count* kurang dari 5, sehingga dilakukan penggabungan. Pengetahuan

tentang malaria dikategorikan menjadi rendah dan tinggi. Pengetahuan tentang malaria yang rendah merupakan penggabungan kategori rendah dan sedang. Tindakan pencegahan malaria dikategorikan menjadi dua yaitu kurang dan baik. Tindakan pencegahan malaria yang kurang merupakan penggabungan dari tindakan pencegahan malaria kurang dan cukup. Hasil analisis pengaruh pengetahuan tentang malaria terhadap tindakan pencegahan malaria dijelaskan pada tabel 4.9 berikut ini:

Tabel 4.9 Proporsi Tindakan Pencegahan Malaria berdasarkan Pengetahuan tentang Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015

Pengetahuan tentang Malaria	Tindakan Pencegahan Malaria				<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Kurang		Baik			
	n	%	n	%		
Rendah	63	69,23	12	13,19	0,000*	1
Tinggi	3	3,30	13	14,28		22,75 (5,616-92,160)

Sumber: Data Primer Terolah, 2015

* signifikan pada $p < 0,001$ dengan uji *Fisher's Exact*

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa proporsi responden yang melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik lebih banyak dilakukan pada responden dengan pengetahuan tentang malaria yang tinggi (14,28%) dari pada rendah (13,18%). Hasil uji yang digunakan adalah uji *Fisher's Exact Test* karena tidak memenuhi syarat *Chi-square*. Hasil uji *Fisher's Exact Test* menunjukkan nilai $p\text{-value} = 0,000$ ($p < 0,05$) sehingga pengetahuan tentang malaria mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap tindakan pencegahan malaria. Nilai OR 22,75 maka dapat disimpulkan bahwa orang yang mempunyai pengetahuan tentang malaria yang tinggi memiliki kecenderungan 22,75 kali lebih besar untuk melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik daripada orang yang mempunyai pengetahuan tentang malaria rendah.

4.1.4 Pengaruh Sikap Pencegahan Malaria terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Proporsi sikap pencegahan malaria terhadap tindakan pencegahan malaria dijelaskan pada tabel 4.10 berikut ini:

Tabel 4.10 Proporsi Tindakan Pencegahan Malaria berdasarkan Sikap Pencegahan Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015

Sikap Pencegahan Malaria	Tindakan Pencegahan Malaria					
	Kurang		Cukup		Baik	
	n	%	n	%	n	%
Negatif	1	1,10	2	2,20	1	1,10
Netral	24	26,37	37	40,66	20	21,97
Positif	0	0	2	2,20	4	4,40

Sumber: Data Primer Terolah, 2015

Proporsi responden yang melakukan tindakan pencegahan malaria positif lebih tinggi pada responden dengan sikap pencegahan malaria netral (21,97%) dari pada yang negatif (1,10%) dan positif (4,40%). Hasil analisis menggunakan uji *chi-square* didapatkan bahwa tabel tingkat pendidikan dan riwayat penyakit malaria tidak memenuhi syarat, sehingga dilakukan penggabungan pada kategori tindakan pencegahan malaria dan sikap pencegahan malaria. Tindakan pencegahan malaria dikategorikan menjadi dua yaitu kurang dan baik sedangkan sikap pencegahan malaria dikategorikan menjadi positif dan negatif. Tindakan pencegahan malaria kategori kurang dan sikap negatif merupakan penggabungan dari kategori kurang atau negatif dan cukup atau netral. Hasil analisis pengaruh sikap pencegahan malaria terhadap tindakan pencegahan malaria dijelaskan pada tabel 4.11 berikut ini:

Tabel 4.11 Proporsi Tindakan Pencegahan Malaria berdasarkan Sikap Pencegahan Malaria di Desa Bangsring, Kecamatan Wongsorejo, Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015

Sikap Pencegahan Malaria	Tindakan Pencegahan Malaria				<i>p-value</i>	OR (95% CI)
	Kurang		Baik			
	N	%	n	%		
Negatif	64	70,33	21	23,07	0,046*	1
Positif	2	2,20	4	4,40		6,095 (1,041-35,695)

Sumber: Data Primer Terolah, 2015

* signifikan pada $p < 0,047$ dengan uji *Fisher's Exact*

Proporsi sikap pencegahan malaria terhadap tindakan pencegahan malaria menunjukkan bahwa meski responden yang memiliki tindakan pencegahan malaria yang baik lebih tinggi pada responden dengan sikap pencegahan malaria negatif (23,07%) dari pada yang memiliki sikap pencegahan malaria positif (4,40%), namun responden yang memiliki sikap pencegahan malaria negatif lebih banyak melakukan tindakan pencegahan malaria yang kurang. Responden dengan sikap pencegahan malaria positif lebih banyak melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik. Hasil uji yang digunakan adalah uji *Fisher's Exact Test* karena tidak memenuhi syarat *chi-square*. Hasil uji *Fisher's Exact Test* menunjukkan nilai $p\text{-value} = 0,046$ ($p < 0,05$) sehingga sikap pencegahan malaria memiliki pengaruh yang bermakna dengan tindakan pencegahan malaria. Nilai OR 6,095 maka dapat disimpulkan bahwa orang yang mempunyai sikap pencegahan malaria positif memiliki kecenderungan 6,095 kali lebih besar terhadap tindakan pencegahan malaria yang baik daripada orang yang mempunyai sikap pencegahan malaria negatif terhadap tindakan pencegahan malaria yang baik.

4.1.5 Faktor yang Paling Berpengaruh terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Faktor yang paling berpengaruh terhadap tindakan pencegahan malaria dapat diketahui melalui analisis multivariat yang meliputi variabel tingkat pendidikan, pendapatan, riwayat penyakit malaria, pengetahuan tentang malaria,

dan sikap pencegahan malaria. Hasil analisis multivariat dijelaskan pada tabel 4.12 berikut ini:

Tabel 4.12 Hasil Uji Regresi Logistik

<i>Step</i>	Kategori	Koefisien	Wald	Sig.	OR	95% CI
1	Tingkat pendidikan					
	Tidak sekolah/ \leq SD				1	
	\geq SMP sederajat	0,698	1,078	0,299	2,009	0,538-7,497
	Pendapatan					
	Rendah (<UMK)				1	
	Tinggi (\geq UMK)	0,362	0,313	0,576	1,437	0,403-5,121
	Riwayat malaria					
	Tidak ada				1	
	Ada	-0,356	0,069	0,793	0,701	0,049-9,935
	Pengetahuan					
	Rendah				1	
Tinggi	2,816	13,708	0,000	16,712	3,764-74,211	
Sikap						
Negatif				1		
Positif	0,594	1,216	0,270	1,811	0,630-5,204	
2	Tingkat pendidikan					
	Tidak sekolah/ \leq SD				1	
	\geq SMP sederajat	0,728	1,215	0,270	2,071	0,567-7,562
	Pendapatan					
	Rendah (<UMK)				1	
	Tinggi (\geq UMK)	0,372	0,330	0,566	1,451	0,407-5,169
	Pengetahuan					
	Rendah				1	
	Tinggi	2,789	13,857	0,000	16,257	3,745-70,579
	Sikap					
	Negatif				1	
Positif	0,604	1,270	0,260	1,830	0,640-5,232	
3	Tingkat pendidikan					
	Tidak sekolah/ \leq SD				1	
	\geq SMP sederajat	0,803	1,513	0,219	2,232	0,621-8,021
	Pengetahuan					
	Rendah				1	
	Tinggi	2,763	13,747	0,000	15,840	3,677-68,228
	Sikap					
Negatif				1		
Positif	0,645	1,435	0,231	1,906	0,664-5,474	

<i>Step</i>	Kategori	Koefisien	Wald	Sig.	OR	95% CI
4	Tingkat pendidikan					
	Tidak sekolah/ \leq SD				1	
	\geq SMP sederajat	0,807	1,550	0,213	2,242	0,629-7,994
	Pengetahuan					
	Rendah				1	
	Tinggi	2,881	15,410	0,000	17,825	4,231-75,100
5	Pengetahuan					
	Rendah				1	
	Tinggi	3,125	19,163	0,000*	22,750	5,616-92,160

Sumber: Data Primer Terolah, 2015

* signifikan pada $p < 0,001$ dengan uji Regresi Logistik

Hasil analisis multivariat didapatkan bahwa variabel bebas yang paling signifikan mempengaruhi tindakan pencegahan malaria adalah pengetahuan, yang mempunyai nilai $p\text{-value.}=0,00$ ($\text{sig.}<0,05$). Nilai OR dari pengetahuan sebesar 22,75. Hal tersebut mempunyai arti bahwa bahwa orang yang mempunyai pengetahuan tentang malaria yang tinggi memiliki kecenderungan 22,75 kali lebih besar untuk melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik daripada orang yang mempunyai pengetahuan tentang malaria yang rendah.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Individu, Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Pencegahan Malaria

Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa kepala keluarga yang menjadi responden rata-rata berusia 42,7 tahun. Sebagian besar responden yang menjadi kepala keluarga merupakan laki-laki. Hal ini menunjukkan laki-laki memiliki peranan penting sebagai pemimpin dalam keluarga dan dalam melakukan suatu tindakan karena memiliki peran sebagai kepala keluarga. Kepemimpinan kepala keluarga adalah suatu tindakan atau kemampuan yang dimiliki seorang kepala keluarga atau suami untuk memimpin anggota keluarga yang terdiri dari istri dan anak yang saling berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan bersama dalam sebuah keluarga (Setyaningrum, 2013). Kepala keluarga merupakan

pengambil keputusan untuk pemecahan masalah dalam mengatasi masalah kesehatan yang terjadi didalam keluarga (Setyowati, 2008).

Kepala keluarga yang mempunyai tingkat pendidikan SD sederajat memiliki proporsi yang sangat besar dibandingkan tingkat pendidikan yang lain. Proporsi kepala keluarga akan menurun seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan. Kepala keluarga yang memiliki tingkat pendidikan tidak tamat SD memiliki proporsi yang sangat kecil. Hal ini sesuai dengan proporsi tingkat pendidikan di Indonesia yang paling banyak terdapat pada tingkat pendidikan tamat SD dan semakin menurun pada tingkat pendidikan SMP, SMA, dan tamat PT/Akademi (BKKBN, 2015). Gambaran yang sama juga didapatkan dalam proporsi tingkat pendidikan di Kabupaten Banyuwangi dan Kecamatan Wongsorejo (BPS, 2014).

Sebagian besar kepala keluarga dalam penelitian ini memiliki pendapatan yang tinggi yaitu di atas UMK. Tingginya kepala keluarga yang memiliki pendapatan diatas UMK tersebut dikarenakan Desa Bangsring memiliki industri yang banyak bergerak terutama di bidang wisata dan perikanan (BPS, 2014). Hal ini sesuai dengan data BPS (2013) yang mengungkapkan bahwa persentase penduduk miskin di Kabupaten Banyuwangi memiliki persentase kecil yaitu 9,97% (BPS, 2013). BKKBN (2015) menyatakan di Indonesia dan di Kabupaten Banyuwangi jumlah keluarga sejahtera tingkat III memiliki jumlah yang paling besar dibandingkan keluarga pra sejahtera, keluarga sejahtera tingkat I, II, dan III plus.

Proporsi kepala keluarga yang memiliki riwayat penyakit malaria dalam keluarga memiliki proporsi yang kecil dari pada yang tidak memiliki. Hal tersebut menunjukkan bahwa meski pernah terjadi KLB, namun jumlah penderita malaria memiliki rasio yang lebih sedikit dibandingkan total penduduk. Proporsi yang sama juga disampaikan oleh Andriyani *et al.* (2013) dalam penelitiannya di Purbalingga.

Sebagian besar kepala keluarga di Desa Bangsring memiliki hewan ternak besar. Hal tersebut sesuai dengan proporsi kepemilikan hewan ternak besar di Kabupaten Banyuwangi yang didominasi oleh Kecamatan Wongsorejo (BPS,

2014). Lokasi kandang ternak umumnya ditempatkan terpisah dengan jarak kandang ternak dan rumah kurang dari 10 meter. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Hadi *et al.* (2006), Sitohang *et al.* (2013), dan Sibala *et al.* (2013) yang menunjukkan sebagian besar responden menempatkan kandang ternak kurang dari 10 meter dengan rumah.

Perkembangan vektor malaria sangat erat hubungannya dengan lingkungan dimana kandang ternak yang ditempatkan satu atap dengan rumah penduduk. Beberapa jenis *Anopheles* lebih menyukai menggigit orang tetapi beberapa spesies yang lain dijumpai lebih menyukai menggigit binatang peliharaan seperti sapi, kerbau, kambing, dan babi (Gunawan dalam Harijanto, 2000). *Anopheles vagus* dilaporkan sebagai parasit malaria yang *antropofilik* di beberapa daerah, meskipun berbagai penelitian sebelumnya menyatakan *Anopheles vagus* merupakan *zoofilik*.

Lebih dari separuh responden memiliki pengetahuan tentang malaria yang rendah. Hal tersebut berselisih jauh dengan responden yang memiliki pengetahuan tentang malaria kategori tinggi dan juga sedang. Pengetahuan yang tinggi memiliki proporsi yang paling kecil. Hal ini menunjukkan bahwa kepala keluarga di Desa Bangsring yang memiliki pengetahuan tentang malaria yang tinggi masih sangat rendah dibandingkan dengan kepala keluarga yang memiliki pengetahuan tentang malaria yang rendah dan sedang. Dalimunthe (2008) dan Hasibuan *et al.* (2012) menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan malaria yang kurang dan responden dengan pengetahuan malaria yang tinggi berjumlah lebih kecil.

Sebagian besar responden memiliki sikap pencegahan malaria netral. Responden yang memiliki sikap pencegahan malaria positif dan negatif memiliki proporsi yang kecil. Hal ini menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil kepala keluarga di Desa Bangsring memiliki sikap pencegahan malaria positif. Hal yang sama disampaikan Dalimunthe (2008) dan Dharampal *et al.* (2012) bahwa proporsi responden dengan sikap yang baik memiliki proporsi yang rendah. Hasibuan *et al.* (2012) turut mengutarakan bahwa proporsi paling besar yaitu responden dengan sikap dalam kategori cukup, lalu responden dengan sikap yang baik, dan responden dengan sikap yang kurang.

Proporsi responden yang memiliki tindakan pencegahan malaria yang cukup memiliki jumlah yang mendominasi. Responden yang memiliki tindakan pencegahan malaria yang kurang dan kategori baik memiliki frekuensi yang sama. Hal ini menunjukkan jumlah kepala keluarga di Desa Bangsring sebagian besar melakukan tindakan pencegahan malaria yang cukup, namun kepala keluarga yang melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik dan kurang juga setara. Hal ini sesuai dengan penelitian Dalimunthe (2008) dan Hasibuan *et al.* (2012) yang menyatakan bahwa proporsi responden yang memiliki tindakan yang baik lebih rendah dibandingkan kategori lainnya.

4.2.2 Pengaruh Karakteristik Individu terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi tindakan pencegahan malaria, orang dengan tingkat pendidikan minimal SMP sederajat memiliki kecenderungan 4,40 kali lebih besar untuk melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik daripada orang dengan tingkat pendidikan maksimal SD sederajat atau tidak sekolah. Hal senada diungkapkan oleh Dalimunthe (2008), Macintyre *et al.* (2002), Njama *et al.* (2003), dan Hasibuan *et al.* (2012). Sesuai dengan penelitian sebelumnya, penelitian yang dilakukan Moore *et al.* (2008) menyatakan hubungan antara individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih sering melakukan tindakan pencegahan malaria dengan menggunakan kelambu berinsektisida, *repellent*, dan melakukan pemberantasan nyamuk.

Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi bagaimana seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab serta solusi dalam hidupnya. Orang yang berpendidikan akan lebih mudah menerima gagasan baru termasuk menentukan pola perencanaan keluarga serta peningkatan kesejahteraan keluarga (Manuaba, 2009). Priyoto (2014:249) mengungkapkan bahwa orang berpendidikan tinggi akan memiliki pekerjaan layak dan juga pendapatan yang cukup dalam hal ekonomi. Hal tersebut akan mempermudah seseorang dalam mendapatkan perawatan, pemeliharaan kesehatan dan termasuk pencegahan terhadap penyakit karena memiliki pemahaman tentang kesehatan yang baik. Semakin rendah

tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin rendah juga pola pikir dalam melakukan sesuatu hal serta merasa enggan untuk mendapatkan informasi tentang penyakit malaria.

Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa tingkat pendapatan keluarga tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap tindakan pencegahan malaria. Artinya semakin tinggi pendapatan yang dimiliki suatu keluarga belum tentu tindakan pencegahan malaria yang dilakukan akan semakin baik dan juga semakin rendah pendapatan yang dimiliki suatu keluarga belum tentu tindakan pencegahan malaria yang dilakukan semakin kurang. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian Macintyre *et al.* (2002), Dalimunthe (2008) dan Moore *et al.* (2008).

Hal yang sejalan disampaikan oleh Mukono (2006) yang mengungkapkan hal yang sama dengan hasil penelitian ini. Faktor ekonomi tidak selalu memberikan pengaruh yang sama kepada semua orang terhadap respons terhadap penyakit dan pencegahan yang dilakukan. Terdapat faktor lain yang dapat mempengaruhi tindakan yaitu faktor lingkungan sosial, budaya masyarakat, keyakinan normatif, keyakinan perilaku, dan juga niat dalam melakukan tindakan.

Hasil penelitian menunjukkan riwayat penyakit malaria tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap tindakan pencegahan malaria. Hal yang bertolak belakang disampaikan Keating *et al.* (2008). Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan penelitian oleh Andriyani *et al.* (2013) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara adanya pengalaman seseorang baik berupa riwayat penyakit malaria ataupun kunjungan ke daerah endemis dengan kejadian malaria.

Riwayat penyakit malaria yang pernah terjadi dalam sebuah keluarga akan mengakibatkan keluarga tersebut lebih bertindak waspada terhadap penyakit malaria. Adanya perbedaan pada hasil penelitian ini dapat disebabkan karena responden yang memiliki riwayat malaria penyakit malaria terlalu sedikit.

4.2.3 Pengaruh Pengetahuan tentang Malaria terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan tentang malaria mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap tindakan pencegahan malaria. Orang yang mempunyai pengetahuan tentang malaria yang tinggi memiliki kecenderungan 22,75 kali lebih besar untuk melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik daripada orang yang mempunyai pengetahuan tentang malaria yang rendah. Mendukung hal tersebut, Dalimunthe (2008) dan Hasibuan *et al.* (2012) juga mengungkapkan hal yang sama. Individu dengan pengetahuan kategori baik lebih berpartisipasi aktif dalam pencegahan malaria dibandingkan individu dengan pengetahuan yang kurang.

Pengetahuan dan peningkatan wawasan serta cara berfikir akan memberikan dampak terhadap persepsi, nilai-nilai dan sikap yang akan menentukan seseorang mengambil keputusan melakukan suatu tindakan. Hal ini juga berkaitan dengan kemudahan seseorang mendapatkan pengetahuan baik melalui televisi, radio, surat kabar, majalah, buku, dan juga internet. Lingkungan sosial dapat memberikan suatu bentuk informasi yang dapat meningkatkan pemahaman seseorang. Informasi yang didapatkan baik dari lingkungan keluarga, tetangga, kerabat, media cetak maupun petugas kesehatan dapat memiliki pengaruh terhadap tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang (Marini, 2009).

4.2.4 Pengaruh Sikap Pencegahan Malaria terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa sikap pencegahan malaria memiliki pengaruh yang bermakna dengan tindakan pencegahan malaria. Orang yang mempunyai sikap pencegahan malaria positif memiliki kecenderungan 6,095 kali lebih besar untuk melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik daripada orang yang mempunyai sikap pencegahan malaria negatif. Hal ini selaras dengan hal yang diungkapkan Hasibuan *et al.* (2012) dan Dharampal *et al.* (2012).

Sikap berkaitan erat dengan pandangan seseorang terhadap tindakan. Sikap yang positif terhadap suatu obyek akan lebih memungkinkan seseorang melakukan sebuah tindakan, karena dalam pembentukan sikap terdapat faktor emosional yang mempengaruhi. Menurut Purwanto (1998), sikap adalah pandangan-pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai objek tertentu. Sikap dipengaruhi oleh faktor pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosional (Wawan dan Dewi, 2011:35). Adanya pengalaman pribadi akan memudahkan sebuah sikap untuk terbentuk.

4.2.5 Faktor yang Paling Berpengaruh terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Hasil analisis multivariat didapatkan bahwa variabel bebas yang signifikan mempengaruhi tindakan pencegahan malaria adalah pengetahuan. Seseorang yang mempunyai pengetahuan tentang malaria yang tinggi memiliki kecenderungan 22,75 kali lebih besar untuk melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik daripada orang yang mempunyai pengetahuan tentang malaria yang rendah. Hal ini menunjukkan semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang tentang malaria, maka kecenderungan melakukan tindakan pencegahan malaria yang baik juga semakin besar.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan (*overt behavior*). Suatu tindakan yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada suatu tindakan yang tidak didasari oleh pengetahuan (Wawan dan Dewi, 2011:12). Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Dharampal *et al.* (2012) menunjukkan individu dengan pengetahuan yang baik memiliki probabilitas yang lebih tinggi dalam melakukan pencegahan malaria dibandingkan individu dengan pengetahuan yang kurang. Faktor pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pendidikan, pekerjaan, umur, lingkungan, dan lingkungan sosial budaya juga ekonomi. Faktor lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi proses belajar (Wawan dan Dewi, 2011:18).

Pengetahuan juga dipengaruhi oleh pendidikan baik berupa formal ataupun nonformal (Wawan dan Dewi, 2011:16). Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mudah menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi. Pendidikan yang baik dapat meningkatkan kematangan intelektual seseorang dan merupakan faktor penting dalam proses penyerapan informasi. Peningkatan wawasan dan cara berfikir akan memberikan dampak terhadap pengetahuan, persepsi, nilai-nilai dan sikap yang akan menentukan seseorang mengambil keputusan melakukan suatu tindakan.

4.3 Kelemahan Penelitian

Kelemahan penelitian ini yaitu hanya berfokus pada faktor sosial budaya dan tidak meneliti faktor lingkungan yaitu lagun. Selama pengambilan data, kesulitan yang ditemui adalah terdapat beberapa anggota keluarga lain selain kepala keluarga yang ikut serta dalam menjawab pertanyaan yang diajukan, sehingga peneliti harus cermat dalam menilai pertanyaan yang diberikan. Secara umum, tidak ada kesulitan berarti yang dialami selama pengambilan data.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian pada bab sebelumnya, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

- a. Sebagian besar responden memiliki rata-rata usia 42,7 tahun, berjenis kelamin laki-laki, memiliki tingkat pendidikan SD sederajat, berpendapatan diatas UMK, tidak memiliki riwayat penyakit malaria, memiliki hewan ternak yang ditempatkan dalam jarak kurang dari 10 meter, memiliki pengetahuan tentang malaria yang rendah, memiliki sikap pencegahan malaria yang netral, dan melakukan tindakan pencegahan malaria yang cukup.
- b. Terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel tingkat pendidikan terhadap tindakan pencegahan malaria, sedangkan pendapatan dan riwayat penyakit malaria tidak berpengaruh secara signifikan terhadap tindakan pencegahan malaria.
- c. Terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel pengetahuan tentang malaria terhadap tindakan pencegahan malaria.
- d. Terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel sikap pencegahan malaria terhadap tindakan pencegahan malaria.
- e. Faktor yang paling berpengaruh terhadap tindakan pencegahan malaria adalah pengetahuan tentang malaria.

5.2 Saran

- a. Bagi Dinas Kesehatan Banyuwangi
 1. Memberdayakan dan menggerakkan masyarakat agar terus aktif melakukan tindakan pencegahan malaria antara lain dalam membersihkan lagun guna mendukung upaya eliminasi malaria dan pemeliharaan.

2. Meningkatkan motivasi petugas kesehatan terutama dalam melakukan upaya penyuluhan dan sosialisasi dengan menyediakan sarana promosi, fasilitas, dan pelatihan.
- b. Bagi Puskesmas Wongsorejo
1. Memberikan informasi dan penyuluhan kepada masyarakat terkait malaria secara berkesinambungan.
 2. Melakukan komunikasi dan advokasi kepada Pemerintah Desa Bangsring untuk selalu mendukung secara aktif pencegahan malaria guna mendukung upaya eliminasi malaria dan pemeliharaan.
 3. Pemberian motivasi kepada masyarakat agar dapat meningkatkan tindakan pencegahan malaria beserta pengetahuan tentang malaria yang dapat dilakukan melalui peran aktif kepala desa, kepala dusun, tokoh masyarakat, beserta tokoh agama.
- c. Bagi masyarakat
- Disarankan agar masyarakat di Desa Bangsring dapat meningkatkan kesadaran pentingnya melakukan tindakan pencegahan malaria guna mencegah terjadinya kasus *indigeneous* dan KLB malaria terutama karena mobilitas penduduk yang semakin meningkat.
- d. Bagi peneliti berikutnya
- Perlu dilakukan penelitian tentang faktor penularan yang berhubungan dengan kejadian malaria impor di Kabupaten Banyuwangi dan penelitian tentang implementasi program eliminasi malaria di Kabupaten Banyuwangi.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, Umar Fahmi. 2012. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Afrisal. 2011. Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas Tarusan Kabupaten Pesisir Selatan. *Skripsi*. Padang: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Ahmed, Nahida. 2007. Knowledge, Attitude and Practice of Dengue Fever Prevention Among The People in Male, Maldives. *Thesis*. http://cphs.healthrepository.org/bitstream/123456789/1296/3/Thesis2007_Nahida.pdf. [15 Desember 2014].
- Ajzen, Icek dan Fishbein. 1980. *Theory of Reasoned Action*. Edisi Kesatu. Oleh Jogyanto. Yogyakarta : Andi Publisher.
- Andriyani, Diana., Bambang Heriyanto., Wiwik Trapsilowati., Anggi Septia I dan Widiarti. 2013. Faktor Risiko dan Pengetahuan, Sikap, Perilaku (PSP) Masyarakat Pada Kejadian Luar Biasa (KLB) Malaria di Kabupaten Purbalingga. *Buletin Penelitian Kesehatan [serial on line]*. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/BPK/article/view/3155/3126>. [17 Desember 2014].
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arsin, Andi Arsunan. 2012. *Malaria di Indonesia: Tinjauan Aspek Epidemiologi*. Makassar: Masagena Press.
- Askar, M., Muh. Yusuf dan Dian Elvaria Putri. 2013. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Dengan Perilaku Masyarakat terhadap Pencegahan Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Barugaia Kabupaten Kepulauan Selayar. *Jurnal Stikes Nani Hasanudin Makassar*. Vol 3 (3): Hal 1-7.

- BBTKLPP. 2014. *Laporan Kegiatan Jejaring Kerja Kewaspadaan Dini KLB/Wabah Malaria di Kabupaten Banyuwangi Tahun 2013*. Surabaya: BBTKLPP Surabaya.
- BKKBN. 2015. Jumlah Kepala Keluarga Menurut Kelompok Umur, Status Tahapan Keluarga Sejahtera dan Pendidikan. <http://aplikasi.bkkbn.go.id/mdk/MDKReports/KS/tabel90.aspx>. [21 Mei 2015].
- Bloom, Benjamin Samuel. 1956. *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David McKay Co Inc.
- BPS. 2013. Data dan Informasi Kemiskinan Kabupaten/Kota 2013. <http://www.bps.go.id/index.php/publikasi/920>. [21 Mei 2015].
- BPS Kabupaten Banyuwangi. 2014. Banyuwangi dalam Angka Tahun 2014. http://banyuwangikab.bps.go.id/website/flipping_publicasi/Banyuwangi-Dalam-Angka-2014/indexFlip.php. [21 Mei 2015].
- BPS Kabupaten Banyuwangi. 2014. Statistik Daerah Kecamatan Wongsorejo 2014. http://banyuwangikab.bps.go.id/website/flipping_publicasi/Statistik-Daerah-Kecamatan-Wongsorejo-2014/indexFlip.php. [21 Mei 2015].
- Bungin, Burhan. 2005. *Metodologi Penelitian Kuantitatif Komunikasi, Ekonomi, dan Kebijakan Publik Serta Ilmu-Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Cahyat, A. 2004. *Bagaimana Kemiskinan Diukur? Model Penghitungan Kemiskinan di Indonesia*. Bogor: Center for International Forestry Research.
- CDC. 2012. About Malaria: Biology. <http://www.cdc.gov/malaria/about/biology/>. [16 November 2014].
- Chandra, Budiman. 2007. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Penerbit. Buku Kedokteran.

- Clark, Donald R. 2014. Bloom's Taxonomy of Learning Domains: The Three Domains of Learning. <http://www.nwlink.com/~donclark/hrd/bloom.html>. [17 Desember 2014].
- Dalimunthe, Letnan. 2008. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Masyarakat dalam Program Pencegahan Penyakit Malaria di Kecamatan Siabu Kabupaten Mandailing Natal. *Tesis*. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6774/1/08E00222.pdf>. [17 Desember 2014].
- Darmawan, Erick Setyo. 2013. Gambaran Pelaksanaan Pencegahan Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan.
- Depkes RI. 2007. *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Depkes RI. 2008. *Pedoman Penatalaksanaan Kasus Malaria di Indonesia*. Jakarta: Ditjen P2M dan PLP.
- Depkes RI. 2011. *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Depkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Dharampal, G., Dambhare., Shyam D. Nimgade., dan Jayesh Y. Dudhe. 2012. Knowledge, Attitude and Practice of Malaria Transmission and Its Prevention among the School Going Adolescents in Wardha District, Central India. *Global Journal of Health Science* [serial online]. <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/16734>. [16 Desember 2014].
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. 2011. *Profil Kesehatan Kabupaten Banyuwangi 2010*. Banyuwangi.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Banyuwangi 2011*. Banyuwangi.

- Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. 2013. *Profil Kesehatan Kabupaten Banyuwangi 2012*. Banyuwangi.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Banyuwangi 2013*. Banyuwangi.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2013. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Gandahusada, Srisasi., Herry D. Illahude DAP&E., dan Wita Pribadi. 2006. *Parasitologi Kedokteran*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hadi, Bambang. 2006. Kandang Ternak dan Lingkungan Kaitannya dengan Kepadatan Vektor *Anopheles Aconitus* di Daerah Endemis Malaria. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Harijanto, P.N. 2000. *Malaria Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis, & Penanganan*. Jakarta : EGC.
- Hasibuan, Seri Astuti., Eddy Syahrial., dan Alam Bakti Keloko. 2012. *Hubungan Karakteristik Dengan Tindakan Ibu Rumah Tangga Dalam Pencegahan Penyakit Malaria di Desa Sorik Kecamatan Batang Angkola Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2012*. <http://jurnal.usu.ac.id/index.php/kpkb/article/view/1566/1015>. [16 Desember 2014].
- Jatimprov, 2014. Hentikan Penularan, Jatim Raih Sertifikasi Eliminasi Malaria. [serial online]. <http://www.jatimprov.go.id/>. [19 Oktober 2014].
- Keating, Joseph., Thomas P. Eisele., Adam Bennett., Dawn Johnson., dan Kate Macintyre. 2008. A Description of Malaria-Related Knowledge, Perceptions, and Practices in the Artibonite Valley of Haiti: Implications for Malaria Control. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* [serial online]. <http://www.ajtmh.org/content/78/2/262.long>. [17 Desember 2014].

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). 2012. *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2011*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS).

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 293 Tahun 2009 tentang Eliminasi Malaria di Indonesia.

Macintyre, Kate., Joseph Keating., Stephen sosler., Lydia Kibe., Charles M. Mbogo., Andrew K. Githeko., dan John C. Beier. 2002. Examining the Determinants of Mosquito-Avoidance Practices in Two Kenyan Cities. *Malaria Journal* [serial online]. <http://www.malariajournal.com/content/1/1/14>. [16 Desember 2014].

Maramis, Willy F. 2013. *Ilmu Perilaku dalam Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair (AUP).

Mardiah. 2008. Hubungan Penyuluhan dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Malaria pada Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Lamteuba Kecamatan Seulimum Kabupaten Aceh Besar Tahun 2008. *Tesis*. Medan: Universitas Sumatera Utara.

Marini, D. 2009. Gambaran pengetahuan, sikap dan tindakan mengenai DBD pada keluarga di Kelurahan Padang Bulan tahun 2009). *Skripsi*. Medan: Universitas Sumatera Utara.

Moore, Sarah J., Xia Min., Nigel Hill., Caroline Jones., Zhang Zaixing., dan Mary M. Cameron. 2008. Border Malaria in China: Knowledge And Use of Personal Protection by Minority Populations And Implications For Malaria Control: A Questionnaire-Based Survey. *BioMed Central Public Health* [serial online]. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/344>. [16 Desember 2014].

Mwanje, Luyiga Faridah. 2013. *Knowledge, Attitudes, and Practices on Malaria Prevention and Control in Uganda: a Case Study of Nsaabwa Village, Mukono District*. Maksph-CDC Fellow.

Nasir, Abdul., Abdul Muhith., dan M.E. Ideputri. 2011. *Buku Ajar : Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Nazir, Moh. 2009. *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia.

Njama,D., Dorsey G., Guwatudde D., Kigonya K., Greenhouse B., Musisi S dan Kanya M.R. 2003. Urban Malaria: Primary Caregivers' Knowledge, Attitudes, Practices and Predictors of Malaria Incidence in A Cohort Of Ugandan Children. *Tropical Medicine & International Health* [serial online]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.2003.01060.x/pdf>. [16 Desember 2014].

Noor, Nur Nasry. 2006. *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta : Rineka Cipta.

Peraturan Gubernur Jawa Timur No.78 Tahun 2013 tentang Upah Minimum Kabupaten Tahun 2014 di Provinsi Jawa Timur.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2013 tentang Pedoman Tata Laksana Malaria.

Priyoto. 2014. *Teori Sikap & Perilaku dalam Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Purwanto, Heri. 1998. *Pengantar Perilaku Manusia untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC.

Rampengan,T.H dan I.R Laurentz. 1997. *Penyakit Infeksi Tropik Pada Anak*. Jakarta : EGC.

Santoso, Singgih. 2010. *Statistik Multivariat: Konsep dan Aplikasi dengan SPSS*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael. 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Sagung Seto.

Sembel, Dantje T. 2009. *Entomologi Kedokteran*. Yogyakarta : Andi.

Setyaningrum, Pradifta Yuyun. 2013. Hubungan Antara Kepemimpinan Kepala Keluarga dan Minat Belajar Dengan Prestasi Belajar Sosiologi Siswa Kelas XI IPS SMA Negeri 1 Teras Boyolali Tahun Pelajaran 2012/2013. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.

Setyowati, S., 2008, *Asuhan Keperawatan Keluarga: Konsep dan Aplikasi Kasus*. Yogyakarta: Mitra Cendikia.

Sibala, Rosdiana., Hasanuddin Ishak dan Indar. 2013. Faktor Risiko Kejadian Malaria di Kabupaten Toraja Utara. *Jurnal Pasca Unhas* [serial on line]. pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/39be3f2c14af51662b3e5511e0b7437a.pdf. [21 Mei 2015].

Sitohang, Wati., Wirsal Hasan dan Devi Nuraini. 2013. Hubungan Jarak Kandang Dan Pengolahan Limbah Ternak Babi Serta Kepadatan Lalat dalam Rumah dengan Kejadian Diare pada Balita di Desa Sabulan Kecamatan Silitio Kabupaten Samosir Tahun 2013. *Jurnal USU* [serial online]. jurnal.usu.ac.id/index.php/lkk/article/download/3289/1615. [21 Mei 2015].

Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Sutisna, Putu. 2004. *Malaria Secara Ringkas Dari Pengetahuan Dasar Sampai Terapan*. Jakarta : EGC.

Wawan, A dan Dewi, M. 2011. *Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.

WHO, 2011. *World Malaria Report 2010*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

WHO, 2014. *World Malaria Report 2013*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.



Lampiran A. Pengantar Kuesioner



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

JL. KALIMANTAN I/93 TELP ☎ (0331) 337878, 322995 FAX ☎ (0331) 322995 JEMBER

Dengan hormat,

Dalam rangka menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, penulis melaksanakan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh antara karakteristik individu, pengetahuan tentang malaria, dan sikap pencegahan malaria terhadap tindakan pencegahan malaria.

Untuk mencapai tujuan tersebut, peneliti dengan hormat meminta kesediaan Anda untuk membantu dalam pengisian kuosioner yang peneliti ajukan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban serta identitas Anda akan dijamin oleh kode etik dalam penelitian. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan untuk penyusunan skripsi.

Peneliti mengucapkan terima kasih atas perhatian dan kesediaan Anda untuk mengisi kuesioner yang peneliti ajukan.

Banyuwangi,.....2015

Peneliti,

Lampiran B. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

JL. KALIMANTAN I/93 TELP ☎ (0331) 337878, 322995 FAX ☎ (0331) 322995 JEMBER

Saya yang bertanda tangan di bawah ini.

Nama :

Alamat :

Usia :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subyek dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Ecy Haqy Zhanah Hadi Putri

Judul : Faktor yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Malaria di Desa
Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten Banyuwangi

Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan resiko atau dampak apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya diberi kesempatan menanyakan hal-hal yang belum jelas dan telah diberikan jawaban dengan jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subyek penelitian.

Banyuwangi,.....2015

Saksi,

Responden,

Peneliti,

(.....) (.....)

Lampiran C. Kuisisioner Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

JL. KALIMANTAN I/93 TELP ☎ (0331) 337878, 322995 FAX ☎ (0331) 322995 JEMBER

KETERANGAN PENGUMPUL DATA			
Nama Pengumpul Data			
Tanggal Pengumpulan Data			
I. KARAKTERISTIK RESPONDEN			
Nama Responden		:	
Alamat Responden		:	
No. Telp		:	
No	Pernyataan	Jawaban	Kode
1.	Usia saat ini	
	Tanggal Kelahiran	
2.	Jenis Kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	<input type="checkbox"/>
3.	Tingkat pendidikan	1. Tidak sekolah 2. Tidak tamat SD 3. SD 4. SMP 5. SMA 6. D3/S1/S2	<input type="checkbox"/>
4.	Jumlah pendapatan perbulan	Rp.	
	Tingkat Pendapatan	1. ≥ Rp 1.240.000,- 2. < Rp 1.240.000	<input type="checkbox"/>
5.	Riwayat penyakit malaria	1. Tidak ada 2. Ada	<input type="checkbox"/>
6.	Keberadaan hewan ternak	1. Tidak ada 2. Ada (lanjut ke lembar observasi)	<input type="checkbox"/>

II. PENGETAHUAN RESPONDEN

1. Menurut Anda apakah penyebab penyakit malaria?
 - a. Penyakit yang disebabkan oleh nyamuk
 - b. Penyakit yang disebabkan oleh Protozoa yang disebut *Plasmodium*
 - c. Penyakit yang disebabkan oleh Virus *Dengue*
 - d. Tidak tahu
2. Apasaja gejala penyakit malaria?
 - a. Demam tinggi, menggigil, berkeringat, sakit kepala, mual dan muntah
 - b. Demam tinggi dan bintik merah pada kulit
 - c. Demam tinggi, radang tenggorokan, bersin, dan menggigil
 - d. Tidak tahu
3. Bagaimana cara penularan penyakit malaria?
 - a. Melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegepty*
 - b. Melalui gigitan nyamuk *Anopheles*
 - c. Melalui kontak dengan penderita malaria
 - d. Tidak tahu
4. Bagaimana ciri-ciri nyamuk penyebab penyakit malaria?
 - a. Tidak memiliki bintik-bintik dan berwarna hitam
 - b. Memiliki bintik-bintik dan berwarna hitam
 - c. Tidak memiliki bintik-bintik dan berwarna coklat
 - d. Tidak tahu
5. Pada waktu kapan nyamuk malaria memiliki kebiasaan menggigit?
 - a. Siang hari
 - b. Malam hari
 - c. Siang dan malam hari
 - d. Tidak tahu
6. Dimana tempat perkembangbiakan jentik nyamuk malaria?
 - a. Rawa-rawa, genangan air, tambak/kolam, dan lagun
 - b. Ban bekas, plastik bekas, dan kaleng bekas yang menampung air hujan
 - c. Bak mandi dan tempat penampungan air
 - d. Tidak tahu
7. Pada jenis air apa nyamuk malaria dapat berkembangbiak?
 - a. Air bersih dan air payau
 - b. Air kotor dan air payau
 - c. a dan b benar
 - d. Tidak tahu
8. Menurut Anda, apakah jarak rumah yang dekat atau menyatu dengan kandang ternak dapat meningkatkan risiko penyakit malaria?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
9. Menurut Anda, apakah kebiasaan berada di luar rumah hingga larut malam dapat meningkatkan risiko penyakit malaria?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu

10. Menurut Anda, apakah penyakit malaria dapat menyebabkan kematian?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
11. Menurut Anda, seberapa penting melakukan pencegahan pada penyakit malaria?
 - a. Tidak penting, karena penyakit malaria tidak dapat menyebabkan kematian
 - b. Tidak terlalu penting, karena malaria dapat sembuh dengan sendirinya
 - c. Penting agar mencegah terjadinya penularan penyakit malaria
 - d. Tidak tahu
12. Bagaimana cara melakukan pencegahan malaria?
 - a. Memberantas nyamuk malaria, mengonsumsi makanan yang sehat, dan melindungi diri dari gigitan nyamuk malaria
 - b. Memberantas nyamuk malaria, mengurangi kebiasaan keluar pada malam hari, dan melindungi diri dari gigitan nyamuk malaria
 - c. Memberantas nyamuk malaria, menutup tempat penampungan air, dan melindungi diri dari gigitan nyamuk malaria
 - d. Tidak tahu
13. Menurut Anda, bagaimana cara melakukan pemberantasan nyamuk malaria?
 - a. Membersihkan aliran saluran air, menimbun lubang yang dapat mengandung air, dan memberantas jentik nyamuk
 - b. Membersihkan bak mandi secara rutin dan memberantas jentik nyamuk
 - c. a dan b benar
 - d. Tidak tahu
14. Bagaimana cara memberantas jentik nyamuk malaria?
 - a. Menutup tempat penampungan air
 - b. Memelihara ikan pemakan jentik di kolam
 - c. a dan b benar
 - d. Tidak tahu
15. Menurut Anda, apakah dengan menghindari kontak dengan penderita malaria dapat mencegah penularan penyakit malaria?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
16. Menurut Anda, apakah penggunaan kelambu berinsektisida ketika tidur dapat mencegah penularan penyakit malaria?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
17. Membersihkan lingkungan merupakan salah satu cara untuk mencegah penyakit, menurut Anda apakah kegiatan membersihkan lagun secara rutin dapat mencegah perkembangbiakan nyamuk malaria?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu

18. Cara apa saja yang dapat dilakukan untuk melindungi diri dari gigitan nyamuk malaria?
- Menggunakan pakaian tertutup dan baju lengan panjang terutama saat keluar pada malam hari dan menggunakan kelambu berinsektisida saat tidur
 - Menggunakan obat nyamuk bakar atau *lotion*
 - a dan b benar
 - Tidak tahu
19. Menurut Anda, apa saja upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah penularan malaria?
- Melakukan pengobatan dan melaporkan pada petugas kesehatan apabila mengetahui terdapat keluarga yang menderita demam tinggi
 - Melakukan pengobatan apabila mengetahui terdapat keluarga yang menderita demam tinggi dan menjaga jarak dengan penderita malaria agar tidak tertular malaria
 - a dan b salah
 - Tidak tahu
20. Menurut Anda, seberapa cepat seseorang harus melakukan pengobatan malaria setelah merasakan gejala malaria?
- Tidak perlu melakukan pengobatan
 - Kurang dari 24 jam
 - 2-3 hari
 - Tidak tahu

III. SIKAP RESPONDEN

Berilah tanda check list (√) pada salah satu kolom sesuai pernyataan di bawah ini:

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Ragu-ragu	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1.	Tindakan pencegahan sangat penting dilakukan oleh setiap orang untuk mengurangi kejadian malaria, dampak serius, dan juga kematian akibat penyakit malaria.					
2.	Keluarga yang menggunakan obat nyamuk akan lebih terlindungi dari gigitan nyamuk penyebab malaria daripada yang tidak menggunakan obat nyamuk.					
3.	Seseorang yang sering keluar hingga larut malam tidak ada hubungannya dengan risiko orang tersebut tertular penyakit malaria.					
4.	Mengenakan pakaian tertutup atau lengan panjang saat keluar pada malam hari merupakan salah satu cara efektif untuk mencegah gigitan nyamuk malaria.					
5.	Seseorang yang memiliki kebiasaan menggunakan kelambu berinsektisida saat tidur tidak dapat mengurangi risiko tertular penyakit malaria.					

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Ragu-ragu	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
6.	Orang yang memiliki kolam/tambak harus memberikan ikan pemakan jentik atau memberikan insektisida untuk mencegah perkembangbiakan jentik nyamuk malaria.					
7.	Orang yang memiliki kandang ternak menyatu dengan rumah akan lebih berisiko tertular penyakit malaria.					
8.	Membersihkan lagun merupakan tanggung jawab puskesmas, sehingga warga sekitar lagun tidak perlu ikut membersihkan lagun.					
9.	Petugas kesehatan sebaiknya melakukan penyuluhan tentang penyakit malaria dan cara pencegahannya pada masyarakat minimal satu bulan sekali.					
10.	Lagun dan tambak harus rutin dibersihkan dari tumbuhan, lumut, dan sampah, diberi ikan pemakan jentik, dan dilakukan <i>oiling</i> , untuk mengurangi jumlah jentik nyamuk malaria.					
11.	Keluarga yang memasang kasa di rumahnya memiliki risiko terkena malaria yang sama dengan yang tidak memasang kasa.					
12.	Pelaksanaan pengambilan dan pemeriksaan darah secara masal oleh petugas puskesmas untuk mencari penderita malaria merupakan hal yang penting dalam pencegahan malaria.					
13.	Apabila ada anak yang mengalami demam tinggi, menggigil, berkeringat, sakit kepala, mual dan muntah maka ayah, ibu, atau keluarganya harus segera membawanya ke puskesmas atau dokter.					
14.	Apabila seseorang mengetahui ada tetangganya yang mengalami gejala malaria dan belum berobat, maka Ia harus segera melaporkan pada petugas kesehatan.					
15.	Orang dewasa tidak perlu pergi ke dokter ketika mengalami gejala malaria, namun cukup membeli obat di warung atau toko saja, karena penyakit malaria akan sembuh dengan sendirinya pada orang dewasa.					

IV. TINDAKAN RESPONDEN

Berilah tanda check list (√) pada salah satu kolom sesuai pernyataan di bawah ini:

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Anda selalu menggunakan obat nyamuk baik berupa <i>lotion</i> , obat nyamuk semprot, bakar, atau elektrik di rumah terutama pada malam hari untuk mencegah gigitan nyamuk.		
2.	Anda dan keluarga memiliki kebiasaan tidak melakukan aktivitas di luar rumah pada jam 22.00 malam ke atas.		
3.	Anda dan keluarga memiliki kebiasaan mengenakan pakaian tertutup atau lengan panjang ketika berada di luar rumah pada malam hari.		
4.	Anda membiasakan keluarga Anda untuk menggunakan kelambu berinsektisida sewaktu tidur malam.		
5.	Rutin membersihkan saluran air di lingkungan rumah minimal seminggu tiga kali.		
6.	Memisahkan jarak kandang ternak dengan rumah ≥ 10 meter (jika memiliki) atau menyarankan kepada kerabat yang memiliki kandang ternak.		
7.	Ikut serta dalam kegiatan gotong royong membersihkan lingkungan.		
8.	Ikut serta dalam kegiatan pembersihan lagun dalam 6 bulan terakhir.		
9.	Bersedia ikut serta dalam setiap kegiatan penyuluhan yang diadakan oleh petugas kesehatan terutama penyuluhan tentang malaria.		
10.	Memasang kasa anti nyamuk pada pintu, jendela, dan lubang angin rumah.		
11.	Anda bersedia melakukan pemeriksaan sediaan darah ketika terdapat kegiatan pengambilan dan pemeriksaan darah secara masal oleh petugas puskesmas untuk mencari penderita malaria.		
12.	Anda akan segera mencari pengobatan dalam waktu kurang dari 24 jam ketika Anda merasakan gejala malaria.		
13.	Melaporkan apabila mengetahui adanya gejala atau kejadian malaria pada petugas kesehatan.		
14.	Apabila terdapat tetangga yang mengalami gejala malaria, maka Anda menganjurkan untuk segera melakukan pengobatan di puskesmas.		
15.	Apabila ada anggota keluarga yang mengalami demam tinggi, menggigil, berkeringat, sakit kepala, mual dan muntah maka anda akan segera melakukan pengobatan di puskesmas/dokter.		

Lampiran D. Lembar Observasi



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

JL. KALIMANTAN I/93 TELP ☎ (0331) 337878, 322995 FAX ☎ (0331) 322995 JEMBER

LEMBAR OBSERVASI

Lokasi kandang ternak	Menyatu dengan rumah (ternak dalam rumah)	
	Terpisah dengan jarak kandang ternak dan rumah <10 meter	
	Terpisah dengan jarak kandang ternak dan rumah ≥10 meter	

Lampiran E. Izin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan KH.Agus Salim No 109 Telp.0333 – 425119
 B A N Y U W A N G I 68425

Banyuwangi, 23 Januari 2014

Kepada .

Nomor : 072/ 60 /REKOM/429.204/2014
 Lampiran : -
 Perihal : Rekomendasi Penelitian

Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan
 2. Camat Wongsorejo
 3. Kepala Desa Bangsring

di
 BANYUWANGI

Menunjuk Surat : Dekan Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tanggal : 15 Januari 2015

Nomor : 168/UN25.1.12/SP/2015

Maka dengan ini memberikan Rekomendasi kepada

Nama : **ECY HAQY ZHANAN HADI PUTRI**

NIM : 112110101051

Bermaksud melaksanakan Penelitian :

Judul : Faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Malaria di
 Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo Kabupaten
 Banyuwangi

Tempat : Desa Bangsring Kecamatan Wongsorejo

Waktu : 23 Januari s.d 23 Maret 2015

Sehubungan dengan hal tersebut apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku di Instansi Saudara, dimohon saudara untuk memberikan bantuan berupa tempat,data/keterangan yang diperlukan dengan ketentuan :

1. Peserta wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku didaerah setempat.
2. Peserta wajib menjaga situasi dan kondisi selalu kondusif.
3. Melaporkan hasil dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi.

Demikian untuk menjadi maklum.



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
 BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 KABUPATEN BANYUWANGI

Drs. DJAFRI YUSUF, M.M,

Wakil Ketua Utama Muda

NIP. 19581010 198603 1 034

Tembusan :

Yth. Dekan Fakultas kesehatan Masyarakat
 Universitas Jember.

Lampiran F. Dokumentasi Penelitian



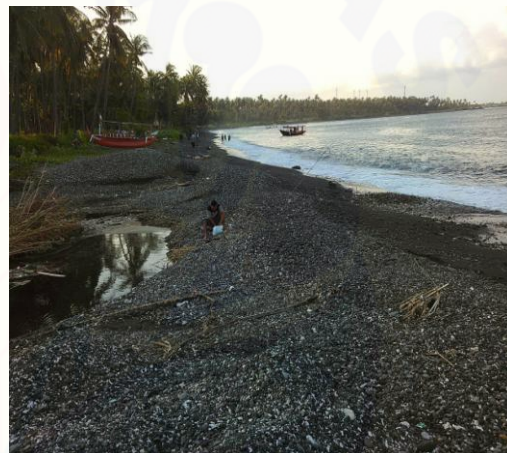
Gambar 1.Lagun di desa Bangsring



Gambar 2.Lagun di desa Bangsring



Gambar 3.Lagun di desa Bangsring



Gambar 4.Lagun di desa Bangsring



Gambar 5.Wawancara responden



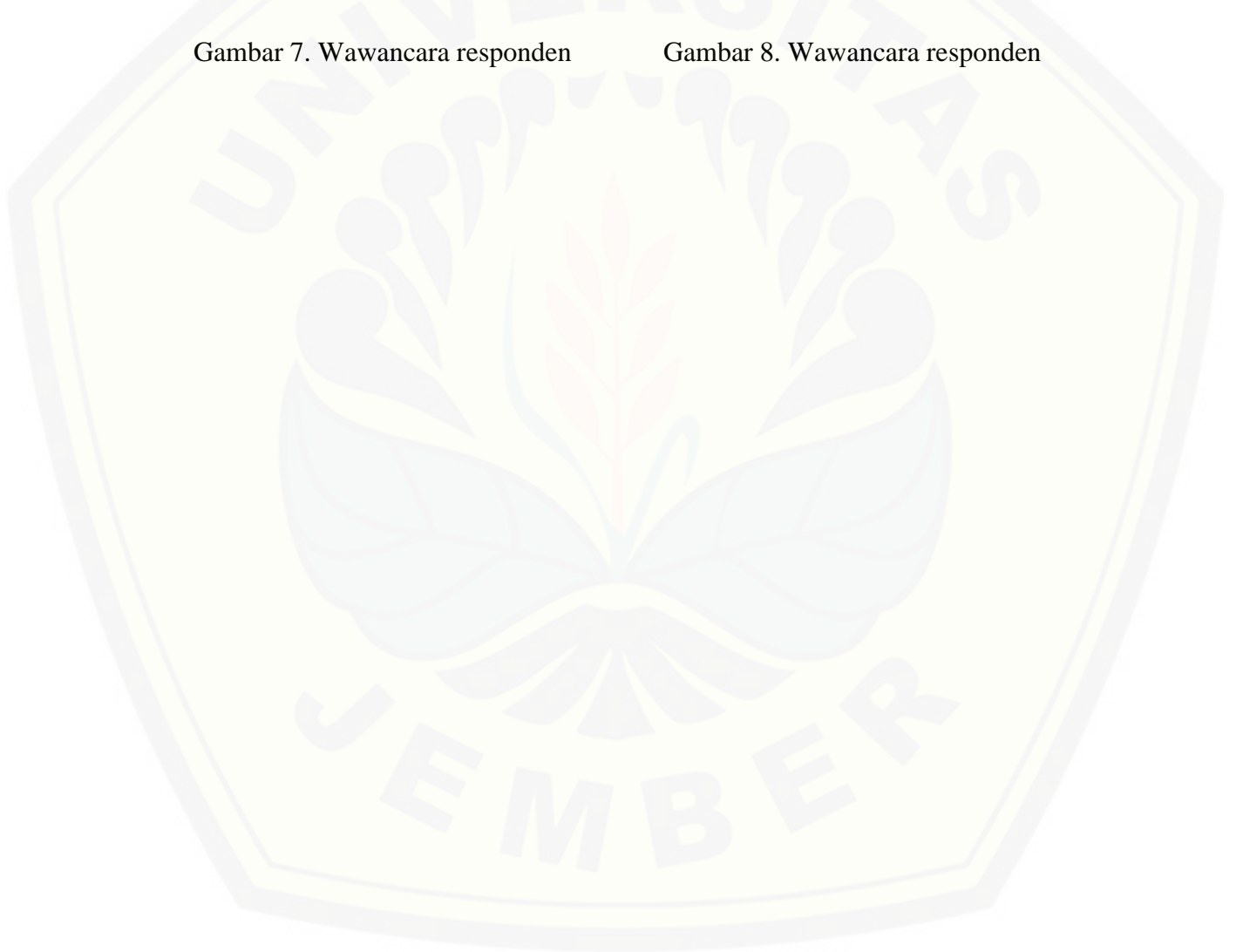
Gambar 6. Wawancara responden



Gambar 7. Wawancara responden



Gambar 8. Wawancara responden



Lampiran G. Analisis Univariabel

Frequencies

Statistics

	Usia	Jenis Kelamin	Tingkat Pendidikan	Pendapatan	Riwayat Penyakit Malaria	Keberadaan Hewan Ternak	Lokasi Kandang Ternak	Pengetahuan tentang malaria	Sikap pencegahan malaria	Tindakan pencegahan malaria
N Valid	91	91	91	91	91	91	59	91	91	91
Missing	0	0	0	0	0	0	32	0	0	0
Mean	42.77	.96	2.32	.64	.05	.65	1.02	1.66	2.02	2.00
Median	41.00	1.00	2.00	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00
Std. Deviation	10.096	.206	.713	.483	.229	.480	.394	.763	.333	.745
Minimum	25	0	1	0	0	0	0	1	1	1
Maximum	64	1	5	1	1	1	2	3	3	3

Frequency Table

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25	3	3.3	3.3	3.3
28	1	1.1	1.1	4.4
29	3	3.3	3.3	7.7
30	2	2.2	2.2	9.9
32	5	5.5	5.5	15.4
34	6	6.6	6.6	22.0
35	6	6.6	6.6	28.6
36	6	6.6	6.6	35.2
37	3	3.3	3.3	38.5
38	1	1.1	1.1	39.6
39	5	5.5	5.5	45.1
40	4	4.4	4.4	49.5
41	2	2.2	2.2	51.6

42	5	5.5	5.5	57.1
44	5	5.5	5.5	62.6
45	2	2.2	2.2	64.8
46	1	1.1	1.1	65.9
47	4	4.4	4.4	70.3
49	1	1.1	1.1	71.4
50	2	2.2	2.2	73.6
53	4	4.4	4.4	78.0
54	5	5.5	5.5	83.5
55	1	1.1	1.1	84.6
56	2	2.2	2.2	86.8
57	3	3.3	3.3	90.1
58	1	1.1	1.1	91.2
59	2	2.2	2.2	93.4
60	3	3.3	3.3	96.7
61	1	1.1	1.1	97.8
62	1	1.1	1.1	98.9
64	1	1.1	1.1	100.0
Total	91	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Perempuan	4	4.4	4.4	4.4
Laki-laki	87	95.6	95.6	100.0
Total	91	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Tamat SD	2	2.2	2.2	2.2
SD sederajat	68	74.7	74.7	76.9
SMP sederajat	12	13.2	13.2	90.1
SMA sederajat	8	8.8	8.8	98.9
D3 ke atas	1	1.1	1.1	100.0
Total	91	100.0	100.0	

Pendapatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rendah (<UMK)	33	36.3	36.3	36.3
Tinggi (≥UMK)	58	63.7	63.7	100.0
Total	91	100.0	100.0	

Riwayat Penyakit Malaria

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak ada	86	94.5	94.5	94.5
Ada	5	5.5	5.5	100.0
Total	91	100.0	100.0	

Keberadaan Hewan Ternak

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak ada	32	35.2	35.2	35.2
Ada	59	64.8	64.8	100.0
Total	91	100.0	100.0	

Lokasi Kandang Ternak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menyatu dengan rumah	4	4.4	6.8	6.8
	Terpisah, <10 meter	50	54.9	84.7	91.5
	Terpisah, >10 meter	5	5.5	8.5	100.0
	Total	59	64.8	100.0	
Missing	System	32	35.2		
Total		91	100.0		

Pengetahuan tentang malaria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	47	51.6	51.6	51.6
	Sedang	28	30.8	30.8	82.4
	Tinggi	16	17.6	17.6	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Sikap pencegahan malaria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	4	4.4	4.4	4.4
	Netral	81	89.0	89.0	93.4
	Positif	6	6.6	6.6	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Tindakan pencegahan malaria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	25	27.5	27.5	27.5
	Cukup	41	45.1	45.1	72.5
	Baik	25	27.5	27.5	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Lampiran H. Analisis Bivariabel

1. Pengaruh Karakteristik Individu terhadap Tindakan Pencegahan Malaria
 - a. Pengaruh Tingkat Pendidikan terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Pendidikan * Tindakan pencegahan malaria	91	100.0%	0	.0%	91	100.0%

Tingkat Pendidikan * Tindakan pencegahan malaria Crosstabulation

			Tindakan pencegahan malaria			Total
			Kurang	Cukup	Baik	
Tingkat Pendidikan	Tidak Tamat SD	Count	1	1	0	2
		Expected Count	.5	.9	.5	2.0
		% within Tingkat Pendidikan	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	4.0%	2.4%	.0%	2.2%
SD sederajat	SD sederajat	Count	21	33	14	68
		Expected Count	18.7	30.6	18.7	68.0
		% within Tingkat Pendidikan	30.9%	48.5%	20.6%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	84.0%	80.5%	56.0%	74.7%
SMP sederajat	SMP sederajat	Count	2	6	4	12
		Expected Count	3.3	5.4	3.3	12.0
		% within Tingkat Pendidikan	16.7%	50.0%	33.3%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	8.0%	14.6%	16.0%	13.2%
SMA sederajat	SMA sederajat	Count	1	1	6	8
		Expected Count	2.2	3.6	2.2	8.0

	% within Tingkat Pendidikan	12.5%	12.5%	75.0%	100.0%
	% within Tindakan pencegahan malaria	4.0%	2.4%	24.0%	8.8%
D3 ke atas	Count	0	0	1	1
	Expected Count	.3	.5	.3	1.0
	% within Tingkat Pendidikan	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	% within Tindakan pencegahan malaria	.0%	.0%	4.0%	1.1%
Total	Count	25	41	25	91
	Expected Count	25.0	41.0	25.0	91.0
	% within Tingkat Pendidikan	27.5%	45.1%	27.5%	100.0%
	% within Tindakan pencegahan malaria	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.050 ^a	8	.058
Likelihood Ratio	14.440	8	.071
Linear-by-Linear Association	10.070	1	.002
N of Valid Cases	91		

a. 11 cells (73.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .27.

Tingkat Pendidikan * Tindakan pencegahan malaria

Crosstab

			Tindakan pencegahan malaria		Total
			Kurang	Baik	
Tingkat Pendidikan ≤SD	Count		56	14	70
	Expected Count		50.8	19.2	70.0
	% within Tingkat Pendidikan		80.0%	20.0%	100.0%
	% within Tindakan pencegahan malaria		84.8%	56.0%	76.9%

≥SMP	Count	10	11	21
	Expected Count	15.2	5.8	21.0
	% within Tingkat Pendidikan	47.6%	52.4%	100.0%
	% within Tindakan pencegahan malaria	15.2%	44.0%	23.1%
Total	Count	66	25	91
	Expected Count	66.0	25.0	91.0
	% within Tingkat Pendidikan	72.5%	27.5%	100.0%
	% within Tindakan pencegahan malaria	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.501 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	6.953	1	.008		
Likelihood Ratio	7.877	1	.005		
Fisher's Exact Test				.006	.005
Linear-by-Linear Association	8.407	1	.004		
N of Valid Cases ^b	91				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.77.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pendidikan (≤SD/≥SMP)	4.400	1.559	12.417
For cohort Tindakan pencegahan malaria = Kurang	1.680	1.057	2.671
For cohort Tindakan pencegahan malaria = Baik	.382	.205	.711
N of Valid Cases	91		

b. Pengaruh Pendapatan terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendapatan * Tindakan pencegahan malaria	91	100.0%	0	.0%	91	100.0%

Pendapatan * Tindakan pencegahan malaria Crosstabulation

		Tindakan pencegahan malaria			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
Pendapatan Rendah (<UMK)	Count	14	12	7	33
	Expected Count	9.1	14.9	9.1	33.0
	% within Pendapatan	42.4%	36.4%	21.2%	100.0%
	% within Tindakan pencegahan malaria	56.0%	29.3%	28.0%	36.3%
Pendapatan Tinggi (≥UMK)	Count	11	29	18	58
	Expected Count	15.9	26.1	15.9	58.0
	% within Pendapatan	19.0%	50.0%	31.0%	100.0%
	% within Tindakan pencegahan malaria	44.0%	70.7%	72.0%	63.7%
Total	Count	25	41	25	91
	Expected Count	25.0	41.0	25.0	91.0
	% within Pendapatan	27.5%	45.1%	27.5%	100.0%
	% within Tindakan pencegahan malaria	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.820 ^a	2	.054
Likelihood Ratio	5.679	2	.058
Linear-by-Linear Association	4.193	1	.041
N of Valid Cases	91		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.07.

Pendapatan * Tindakan pencegahan malaria

Crosstab

			Tindakan pencegahan malaria		Total
			Kurang	Baik	
Pendapatan Rendah ($<$ UMK)	Count	26	7	33	
	Expected Count	23.9	9.1	33.0	
	% within Pendapatan	78.8%	21.2%	100.0%	
	% within Tindakan pencegahan malaria	39.4%	28.0%	36.3%	
Pendapatan Tinggi (\geq UMK)	Count	40	18	58	
	Expected Count	42.1	15.9	58.0	
	% within Pendapatan	69.0%	31.0%	100.0%	
	% within Tindakan pencegahan malaria	60.6%	72.0%	63.7%	
Total	Count	66	25	91	
	Expected Count	66.0	25.0	91.0	
	% within Pendapatan	72.5%	27.5%	100.0%	
	% within Tindakan pencegahan malaria	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.018 ^a	1	.313		
Continuity Correction ^b	.585	1	.444		
Likelihood Ratio	1.045	1	.307		
Fisher's Exact Test				.342	.224
Linear-by-Linear Association	1.007	1	.316		
N of Valid Cases ^b	91				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.07.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendapatan (Rendah (<UMK)/ Tinggi ≥UMK))	1.671	.613	4.557
For cohort Tindakan pencegahan malaria = Kurang	1.142	.892	1.463
For cohort Tindakan pencegahan malaria = Baik	.684	.319	1.463
N of Valid Cases	91		

c. Pengaruh Riwayat Penyakit Malaria terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Riwayat Penyakit Malaria * Tindakan pencegahan malaria	91	100.0%	0	.0%	91	100.0%

Riwayat Penyakit Malaria * Tindakan pencegahan malaria Crosstabulation

			Tindakan pencegahan malaria			Total
			Kurang	Cukup	Baik	
Riwayat Penyakit Malaria	Tidak	Count	23	39	24	86
	ada	Expected Count	23.6	38.7	23.6	86.0
		% within Riwayat Penyakit Malaria	26.7%	45.3%	27.9%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	92.0%	95.1%	96.0%	94.5%
Ada		Count	2	2	1	5
		Expected Count	1.4	2.3	1.4	5.0
		% within Riwayat Penyakit Malaria	40.0%	40.0%	20.0%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	8.0%	4.9%	4.0%	5.5%
Total		Count	25	41	25	91
		Expected Count	25.0	41.0	25.0	91.0
		% within Riwayat Penyakit Malaria	27.5%	45.1%	27.5%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.440 ^a	2	.803
Likelihood Ratio	.416	2	.812
Linear-by-Linear Association	.381	1	.537
N of Valid Cases	91		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.37.

Riwayat Penyakit Malaria * Tindakan pencegahan malaria

Crosstab

		Tindakan pencegahan malaria		Total
		Kurang	Baik	
Riwayat Penyakit Malaria	Tidak ada	Count 62	Count 24	Count 86
		Expected Count 62.4	Expected Count 23.6	Expected Count 86.0
		% within Riwayat Penyakit Malaria 72.1%	% within Tindakan pencegahan malaria 27.9%	% within Riwayat Penyakit Malaria 100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria 93.9%	% within Riwayat Penyakit Malaria 96.0%	% within Tindakan pencegahan malaria 94.5%
Ada		Count 4	Count 1	Count 5
		Expected Count 3.6	Expected Count 1.4	Expected Count 5.0
		% within Riwayat Penyakit Malaria 80.0%	% within Tindakan pencegahan malaria 20.0%	% within Riwayat Penyakit Malaria 100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria 6.1%	% within Riwayat Penyakit Malaria 4.0%	% within Tindakan pencegahan malaria 5.5%
Total		Count 66	Count 25	Count 91
		Expected Count 66.0	Expected Count 25.0	Expected Count 91.0
		% within Riwayat Penyakit Malaria 72.5%	% within Tindakan pencegahan malaria 27.5%	% within Riwayat Penyakit Malaria 100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria 100.0%	% within Riwayat Penyakit Malaria 100.0%	% within Tindakan pencegahan malaria 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.148 ^a	1	.700		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.158	1	.691		
Fisher's Exact Test				1.000	.580
Linear-by-Linear Association	.147	1	.702		
N of Valid Cases ^b	91				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.37.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Riwayat Penyakit Malaria (Tidak ada / Ada)	.646	.069	6.075
For cohort Tindakan pencegahan malaria = Kurang	.901	.570	1.424
For cohort Tindakan pencegahan malaria = Baik	1.395	.234	8.321
N of Valid Cases	91		

2. Pengaruh Pengetahuan tentang Malaria terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan tentang malaria *	91	100.0%	0	.0%	91	100.0%
Tindakan pencegahan malaria						

Pengetahuan tentang malaria * Tindakan pencegahan malaria Crosstabulation

		Tindakan pencegahan malaria			Total	
		Kurang	Cukup	Baik		
Pengetahuan tentang malaria	Rendah	Count	21	22	4	47
		Expected Count	12.9	21.2	12.9	47.0
		% within Pengetahuan tentang malaria	44.7%	46.8%	8.5%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	84.0%	53.7%	16.0%	51.6%
	Sedang	Count	4	16	8	28
		Expected Count	7.7	12.6	7.7	28.0
		% within Pengetahuan tentang malaria	14.3%	57.1%	28.6%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	16.0%	39.0%	32.0%	30.8%
	Tinggi	Count	0	3	13	16
		Expected Count	4.4	7.2	4.4	16.0
		% within Pengetahuan tentang malaria	.0%	18.8%	81.2%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	.0%	7.3%	52.0%	17.6%
Total	Count	25	41	25	91	
	Expected Count	25.0	41.0	25.0	91.0	
	% within Pengetahuan tentang malaria	27.5%	45.1%	27.5%	100.0%	
	% within Tindakan pencegahan malaria	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37.638 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	38.667	4	.000
Linear-by-Linear Association	30.893	1	.000
N of Valid Cases	91		

a. 2 cells (22.2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.40.

Pengetahuan tentang malaria * Tindakan pencegahan malaria

Crosstab

			Tindakan pencegahan malaria		Total
			Kurang	Baik	
Pengetahuan tentang malaria	Rendah	Count	63	12	75
		Expected Count	54.4	20.6	75.0
	% within Pengetahuan tentang malaria		84.0%	16.0%	100.0%
	% within Tindakan pencegahan malaria		95.5%	48.0%	82.4%
Tinggi	Count	Count	3	13	16
		Expected Count	11.6	4.4	16.0
	% within Pengetahuan tentang malaria		18.8%	81.2%	100.0%
	% within Tindakan pencegahan malaria		4.5%	52.0%	17.6%
Total	Count	Count	66	25	91
		Expected Count	66.0	25.0	91.0
	% within Pengetahuan tentang malaria		72.5%	27.5%	100.0%
	% within Tindakan pencegahan malaria		100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	28.177 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	24.998	1	.000		
Likelihood Ratio	25.605	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	27.868	1	.000		
N of Valid Cases ^b	91				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan tentang malaria (Rendah / Tinggi)	22.750	5.616	92.160
For cohort Tindakan pencegahan malaria = Kurang	4.480	1.608	12.483
For cohort Tindakan pencegahan malaria = Baik	.197	.111	.348
N of Valid Cases	91		

3. Pengaruh Sikap Pencegahan Malaria terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap pencegahan malaria * Tindakan pencegahan malaria	91	100.0%	0	.0%	91	100.0%

Sikap pencegahan malaria * Tindakan pencegahan malaria Crosstabulation

			Tindakan pencegahan malaria			Total
			Kurang	Cukup	Baik	
Sikap pencegahan malaria	Negatif	Count	1	2	1	4
		Expected Count	1.1	1.8	1.1	4.0
		% within Sikap pencegahan malaria	25.0%	50.0%	25.0%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	4.0%	4.9%	4.0%	4.4%
Netral	Count	Count	24	37	20	81
		Expected Count	22.3	36.5	22.3	81.0
		% within Sikap pencegahan malaria	29.6%	45.7%	24.7%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	96.0%	90.2%	80.0%	89.0%
Positif	Count	Count	0	2	4	6
		Expected Count	1.6	2.7	1.6	6.0
		% within Sikap pencegahan malaria	.0%	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	.0%	4.9%	16.0%	6.6%
Total		Count	25	41	25	91

Expected Count	25.0	41.0	25.0	91.0
% within Sikap pencegahan malaria	27.5%	45.1%	27.5%	100.0%
% within Tindakan pencegahan malaria	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.598 ^a	4	.231
Likelihood Ratio	6.303	4	.178
Linear-by-Linear Association	2.893	1	.089
N of Valid Cases	91		

a. 6 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.10.

Sikap pencegahan malaria * Tindakan pencegahan malaria

Crosstab

			Tindakan pencegahan malaria		Total
			Kurang	Baik	
Sikap pencegahan malaria	Negatif	Count	64	21	85
		Expected Count	61.6	23.4	85.0
		% within Sikap pencegahan malaria	75.3%	24.7%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	97.0%	84.0%	93.4%
	Positif	Count	2	4	6
		Expected Count	4.4	1.6	6.0
		% within Sikap pencegahan malaria	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Tindakan pencegahan malaria	3.0%	16.0%	6.6%
Total	Count	66	25	91	
	Expected Count	66.0	25.0	91.0	
	% within Sikap pencegahan malaria	72.5%	27.5%	100.0%	
	% within Tindakan pencegahan malaria	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.952 ^a	1	.026		
Continuity Correction ^b	3.070	1	.080		
Likelihood Ratio	4.316	1	.038		
Fisher's Exact Test				.046	.046
Linear-by-Linear Association	4.898	1	.027		
N of Valid Cases ^b	91				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.65.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap pencegahan malaria (Negatif / Positif)	6.095	1.041	35.695
For cohort Tindakan pencegahan malaria = Negatif	2.259	.724	7.050
For cohort Tindakan pencegahan malaria = Positif	.371	.188	.729
N of Valid Cases	91		

Lampiran I. Analisis Multivariabel

1. Faktor yang Paling Berpengaruh terhadap Tindakan Pencegahan Malaria

Logistic regression

Case Processing Summary

Unweighted cases(a)		N	Percent
Selected cases	Included in analysis	91	100.0
	Missing cases	0	.0
	Total	91	100.0
Unselected cases		0	.0
Total		91	100.0

A if weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original value	Internal value
Kurang	0
Baik	1

Block 0: beginning block

Iteration History(a,b,c)

Iteration		-2 log likelihood	Coefficients
			Constant
Step 0	1	107.087	-.901
	2	106.998	-.970
	3	106.998	-.971
	4	106.998	-.971

A constant is included in the model.

B initial -2 log likelihood: 106.998

C estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table(a,b)

Observed			Predicted		Percentage correct
			Tindakan pencegahan malaria		
			Kurang	Baik	
Step 0	Tindakan pencegahan malaria	Kurang	66	0	100.0
		Baik	25	0	.0
Overall percentage					72.5

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	-.971	.235	17.088	1	.000	.379

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	Tingkat pendidikan	8.501	1	.004
		Pendapatan	1.018	1	.313
		Riwayat malaria	.148	1	.700
		Pengetahuan	28.177	1	.000
		Sikap	4.952	1	.026
	Overall statistics		30.708	5	.000

Block 1: method = backward stepwise (wald)

Iteration History(a,b,c,d,e)

Iteration		-2 log likelihood	Coefficients					
			Constant	Tingkat pendidikan	Pendapatan	Riwayat malaria	Pengetahuan	Sikap
Step 1	1	79.853	-1.956	.454	.182	-.203	2.303	.390
	2	78.108	-2.580	.662	.320	-.331	2.750	.568
	3	78.076	-2.687	.697	.361	-.355	2.815	.593
	4	78.075	-2.690	.698	.362	-.356	2.816	.594
	5	78.075	-2.690	.698	.362	-.356	2.816	.594
Step 2	1	79.914	-1.977	.472	.180		2.292	.397
	2	78.181	-2.617	.691	.324		2.726	.579
	3	78.148	-2.728	.727	.370		2.787	.604
	4	78.148	-2.731	.728	.372		2.789	.604
	5	78.148	-2.731	.728	.372		2.789	.604
Step 3	1	80.137	-1.891	.514			2.280	.415
	2	78.508	-2.455	.761			2.706	.614
	3	78.484	-2.537	.802			2.761	.644
	4	78.484	-2.539	.803			2.763	.645
	5	78.484	-2.539	.803			2.763	.645
Step 4	1	81.308	-1.441	.504			2.407	
	2	79.936	-1.775	.765			2.834	
	3	79.920	-1.818	.807			2.880	
	4	79.920	-1.818	.807			2.881	
Step 5	1	82.470	-1.360				2.610	
	2	81.400	-1.632				3.086	
	3	81.393	-1.658				3.124	
	4	81.393	-1.658				3.125	

A method: backward stepwise (wald)

B constant is included in the model.

C initial -2 log likelihood: 106.998

D estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than

.001.

E estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	28.923	5	.000
	Block	28.923	5	.000
	Model	28.923	5	.000
Step 2(a)	Step	-.072	1	.788
	Block	28.850	4	.000
	Model	28.850	4	.000
Step 3(a)	Step	-.336	1	.562
	Block	28.514	3	.000
	Model	28.514	3	.000
Step 4(a)	Step	-1.436	1	.231
	Block	27.079	2	.000
	Model	27.079	2	.000
Step 5(a)	Step	-1.473	1	.225
	Block	25.605	1	.000
	Model	25.605	1	.000

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	78.075	.272	.394
2	78.148	.272	.393
3	78.484	.269	.389
4	79.920	.257	.372
5	81.393	.245	.355

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	1.250	5	.940
2	.863	3	.834
3	.226	2	.893
4	1.443	2	.486
5	.000	0	.

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		Tindakan pencegahan malaria = kurang		Tindakan pencegahan malaria = baik		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	1	.921	0	.079	1
	2	22	23.153	4	2.847	26
	3	3	2.669	0	.331	3
	4	27	26.346	4	4.654	31

	5	8	8.183	3	2.817	11
	6	3	3.150	5	4.850	8
	7	2	1.578	9	9.422	11
Step 2	1	23	24.125	4	2.875	27
	2	30	28.988	4	5.012	34
	3	8	8.165	3	2.835	11
	4	3	3.112	5	4.888	8
	5	2	1.610	9	9.390	11
Step 3	1	53	53.022	8	7.978	61
	2	8	8.234	3	2.766	11
	3	3	3.222	5	4.778	8
	4	2	1.522	9	9.478	11
Step 4	1	55	54.202	8	8.798	63
	2	8	8.798	4	3.202	12
	3	1	1.798	6	5.202	7
	4	2	1.202	7	7.798	9
Step 5	1	63	63.000	12	12.000	75
	2	3	3.000	13	13.000	16

Classification Table(a)

Observed			Predicted		
			Tindakan pencegahan malaria		Percentage correct
			Kurang	Baik	
Step 1	Tindakan pencegahan malaria	Kurang	63	3	95.5
		Baik	11	14	56.0
	Overall percentage				84.6
Step 2	Tindakan pencegahan malaria	Kurang	63	3	95.5
		Baik	11	14	56.0
	Overall percentage				84.6
Step 3	Tindakan pencegahan malaria	Kurang	63	3	95.5
		Baik	11	14	56.0
	Overall percentage				84.6
Step 4	Tindakan pencegahan malaria	Kurang	63	3	95.5
		Baik	12	13	52.0
	Overall percentage				83.5
Step 5	Tindakan pencegahan malaria	Kurang	63	3	95.5
		Baik	12	13	52.0
	Overall percentage				83.5

A the cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	EXP(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1(a) Tingkat pendidikan	.698	.672	1.078	1	.299	2.009	.538	7.497
Pendapatan	.362	.648	.313	1	.576	1.437	.403	5.121
Riwayat malaria	-.356	1.353	.069	1	.793	.701	.049	9.935
Pengetahuan	2.816	.761	13.708	1	.000	16.712	3.764	74.211
Sikap	.594	.539	1.216	1	.270	1.811	.630	5.204
Constant	-2.690	.808	11.086	1	.001	.068		
Step 2(a) Tingkat pendidikan	.728	.661	1.215	1	.270	2.071	.567	7.562
Pendapatan	.372	.648	.330	1	.566	1.451	.407	5.169
Pengetahuan	2.789	.749	13.857	1	.000	16.257	3.745	70.579
Sikap	.604	.536	1.270	1	.260	1.830	.640	5.232
Constant	-2.731	.796	11.763	1	.001	.065		
Step 3(a) Tingkat pendidikan	.803	.653	1.513	1	.219	2.232	.621	8.021
Pengetahuan	2.763	.745	13.747	1	.000	15.840	3.677	68.228
Sikap	.645	.538	1.435	1	.231	1.906	.664	5.474
Constant	-2.539	.711	12.760	1	.000	.079		
Step 4(a) Tingkat pendidikan	.807	.649	1.550	1	.213	2.242	.629	7.994
Pengetahuan	2.881	.734	15.410	1	.000	17.825	4.231	75.100
Constant	-1.818	.353	26.572	1	.000	.162		
Step 5(a) Pengetahuan	3.125	.714	19.163	1	.000	22.750	5.616	92.160
Constant	-1.658	.315	27.717	1	.000	.190		

A variable(s) entered on step 1: tingkat pendidikan, pendapatan, riwayat malaria, pengetahuan, sikap.

Correlation Matrix

	Constant	Tingkat pendidikan	Pendapatan	Riwayat malaria	Pengetahuan	Sikap
Step 1 Constant	1.000	-.138	-.454	-.185	-.112	-.709
Tingkat pendidikan	-.138	1.000	-.169	.165	-.247	.030
Pendapatan	-.454	-.169	1.000	.065	.092	-.117
Riwayat malaria	-.185	.165	.065	1.000	-.152	.067
Pengetahuan	-.112	-.247	.092	-.152	1.000	-.065
Sikap	-.709	.030	-.117	.067	-.065	1.000
Step 2 Constant	1.000	-.115	-.457		-.142	-.708
Tingkat pendidikan	-.115	1.000	-.177		-.228	.021
Pendapatan	-.457	-.177	1.000		.101	-.118
Pengetahuan	-.142	-.228	.101		1.000	-.057
Sikap	-.708	.021	-.118		-.057	1.000
Step 3 Constant	1.000	-.210			-.117	-.865
Tingkat pendidikan	-.210	1.000			-.207	-.011
Pengetahuan	-.117	-.207			1.000	-.036

	Sikap	- .865	- .011			- .036	1.000
Step 4	Constant	1.000	- .435			- .312	
	Tingkat pendidikan	- .435	1.000			- .178	
	Pengetahuan	- .312	- .178			1.000	
Step 5	Constant	1.000				- .441	
	Pengetahuan	- .441				1.000	

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 2(a)	Variables	Riwayat malaria	.069	1	.792
	Overall statistics		.069	1	.792
Step 3(b)	Variables	Pendapatan	.332	1	.564
		Riwayat malaria	.086	1	.769
	Overall statistics		.406	2	.816
Step 4(c)	Variables	Pendapatan	.484	1	.487
		Riwayat malaria	.148	1	.701
		Sikap	1.497	1	.221
	Overall statistics		1.928	3	.588
Step 5(d)	Variables	Tingkat pendidikan	1.598	1	.206
		Pendapatan	.826	1	.364
		Riwayat malaria	.314	1	.575
		Sikap	1.545	1	.214
	Overall statistics		3.626	4	.459

A variable(s) removed on step 2: riwayat malaria.

B variable(s) removed on step 3: pendapatan.

C variable(s) removed on step 4: sikap.

D variable(s) removed on step 5: tingkat pendidikan.