

**PENERAPAN *HEALTH BELIEF MODEL* TERHADAP
KEPUTUSAN KELUARGA UNTUK MELAKUKAN KUNJUNGAN
KE PUSKESMAS DALAM PENANGANAN DINI
*DENGUE HAEMORHAGIC FEVER (DHF)***

*(Implementation of Health Belief Model to the Analysis of Family's Decision to
Visit Public Health Centre for Early Dengue Haemorrhagic Fever Response)*

Susanti

Akademi Keperawatan Adi Husada Surabaya
Jl. Kapasari No. 95, Surabaya; Telp. (031) 3721750
Email: susanti1303@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* merupakan salah satu penyakit infeksius dan mengancam nyawa pasien. DHF yang diderita pasien sudah mengalami komplikasi berat di wilayah Tembok Dukuh. Penerapan *health belief model*, pasien mendapat penanganan awal sesegera mungkin. **Metode:** Desain yang digunakan deskriptif analitik. Populasi keluarga dengan pasien DHF dari Januari 2012 sampai Juli 2014. *Clustered* digunakan mengambil sampel. Jumlah sampel 65 responden. Variabel independen adalah penerapan *health belief model* meliputi kerentanan, dirasakan keseriusan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, dan isyarat untuk bertindak. Variabel dependen adalah keputusan keluarga untuk mengunjungi Puskesmas dalam penanganan awal DHF. Data dikumpulkan dengan kuesioner terstruktur kemudian dianalisis dengan distribusi frekuensi masing kategori. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi kerentanan keluarga berada di kategori sedang, keseriusan yang dirasakan keluarga dalam kategori tinggi, sebagian besar keluarga mendapat manfaat dan mendapat hambatan, dan semua responden memiliki isyarat untuk bertindak. **Pembahasan:** Keputusan keluarga untuk mengunjungi Puskesmas dalam penanganan awal DHF dipilih beberapa keluarga. **Kesimpulan:** Disimpulkan sebagian besar keluarga tidak memiliki keputusan mantap untuk mengunjungi Puskesmas dalam penanganan dini DHF. Hal ini dibuktikan ada sebagian keluarga memilih pelayanan kesehatan lain. Petugas kesehatan harus sosialisasi program Puskesmas terkait penanganan dini DHF sehingga keluarga percaya mengunjungi Puskesmas penting untuk penanganan awal DHF.

Kata Kunci: pengambilan keputusan, teori *Health Belief Model*, Puskesmas

ABSTRACT

Introduction: *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* is one of infectious diseases and kill the patients. DHF diseases that is suffered to the patients has become a heavy complication in Tembok Dukuh village. By the *health belief model* implementation, the patients got earlier response as soon as possible. **Method:** This descriptive analytic was conducted of the research. The population was the family with DHF patient from Januari 2012 until July 2014. *Clustered* design was used to take the sample. Total sample were 65 respondents. The independent

*variables were health belief model about perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived benefits, perceived barriers, and cues to action. The dependent variable was family's decision for visiting Puskesmas in earlier response of DHF. Data was collecting using structured questionnaire and then the data analyzed with frequency distribution of each category. **Result:** Result showed that perceived susceptibility most family was in middle category, perceived seriousness most family was in high category, most of family got the benefits and got the barriers, and all of the respondents have cues to action. **Discussion:** The family's decision to visit Puskesmas for the earlier DHF response was founded in a few of family. **Conclusion:** It can be concluded that most of the family didn't have a steady decisison to visit Puskesmas for the earlier DHF response. It can be proved by there are most of family chose the others health service. Health workers in Desease Eradication Departement (P2M) should sosialize the Puskesmas program related with the earlier DHF response. So that, the family has believed that visiting Puskesmas is important for the earlier DHF response.*

Keywords: *decisison making, Health Belief Model, Public Health Centre*

PENDAHULUAN

Model kepercayaan kesehatan atau *health belief model* merupakan salah satu model penggunaan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kenyataan bahwa problem-problem kesehatan ditandai oleh kegagalan masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh *provider* (Notoatmodjo, 2007). Masyarakat yang menderita penyakit dan tidak merasakan sakit tidak akan bertindak terhadap penyakitnya tersebut. Tetapi bila masyarakat diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha (Notoatmodjo, 2007). Puskesmas merupakan lini terdepan yang memberikan pelayanan kesehatan masyarakat secara menyeluruh (Susilo, 2008). Penyakit *Degue Haemorrhagic Fever* (DHF) merupakan salah satu penyakit menular yang masih

menjadi masalah kesehatan pada negara berkembang termasuk Indonesia (Depkes RI, 2005).

Kasus *Degue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Puskesmas Tembok Dukuh Surabaya berada diurutkan kedua di wilayah Surabaya. Oleh sebab itu, berdasarkan program pokok Puskesmas, prioritas kinerja pada upaya penanggulangan DHF lebih ditingkatkan. Pemilihan prioritas upaya penanggulangan DHF dikarenakan DHF selalu ada di wilayah kerja Puskesmas, salah satunya adalah Kelurahan Tembok Dukuh di Kecamatan Bubutan yang merupakan salah satu kelurahan yang endemis. Berdasarkan data awal yang didapatkan oleh peneliti pada tanggal 15 Juni 2009 di Puskesmas Tembok Dukuh, keluarga di Kelurahan Tembok Dukuh Surabaya yang menderita DHF pada tahun 2007 sebanyak 34 orang (44,16%), pada tahun 2008 sebanyak 22 orang

(28,57%), dan pada tahun 2009 sebanyak 21 orang (27,27%). Pada tahun 2013 mengalami penurunan sebesar 15,59% sedangkan pada tahun 2014 mengalami peningkatan. Hal ini dapat ditunjukkan dari bulan Januari sampai dengan Juli 2014 jumlah penderita sudah mencapai 27,27%.

Gejala *Degue Haemorrhagic Fever* (DHF) hampir sama dengan gejala demam biasa sehingga sulit membedakan kedua penyakit tersebut. Tingginya kasus kematian penderita akibat DHF terjadi karena penderita terlambat dibawa berobat ke Rumah Sakit atau Puskesmas. Jika penderita DHF terlambat untuk ditangani, akibatnya sering fatal, yaitu bisa langsung merenggut nyawa karena gejala dan tanda DHF tidak selalu tampil nyata sehingga tidak selalu mudah dikenali (Nadesul, 2007). Menurut Rosenstock (1982) dalam Sarwono (2004), Masyarakat atau keluarga tidak akan mencari pertolongan medis atau pencegahan penyakit bila keluarga kurang mempunyai pengetahuan dan motivasi minimal yang relevan dengan kesehatan, bila keluarga memandang keadaan tidak cukup berbahaya, bila tidak yakin terhadap keberhasilan suatu intervensi medis, dan bila keluarga melihat adanya beberapa kesulitan dalam melaksanakan perilaku kesehatan yang disarankan. Model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*) dari Rosenstock (1982) dalam Sarwono (2004), meliputi: kerentanan yang dirasakan terhadap

suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima, rintangan-rintangan yang dialami dalam tindakannya melawan penyakit, dan isyarat atau tanda-tanda yang mendorong tindakan tersebut.

Kepercayaan keluarga mengunjungi Puskesmas dapat menolong proses penyembuhan penyakit termasuk penanganan dini penderita DHF diharapkan mampu menurunkan jumlah penderita DHF di wilayah penelitian yaitu wilayah kerja Puskesmas Tembok Dukuh dengan cara deteksi dini terhadap tanda dan gejala yang ditimbulkan sehingga penderita tidak terlambat mendapatkan pertolongan. Salah satu fungsi Puskesmas adalah membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat. Oleh sebab itu, keputusan keluarga untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas tersebut merupakan langkah awal terhadap perubahan perilaku dalam menghadapi masalah kesehatan yang berkelanjutan serta demi terwujudnya kemandirian dalam bidang kesehatan di dalam keluarga dan masyarakat. Berdasarkan fakta di atas, peneliti tertarik untuk menganalisis penerapan *health belief model* terhadap keputusan keluarga untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini DHF.

BAHAN DAN METODE

Desain yang digunakan adalah deskriptif. Populasi dalam

penelitian ini adalah keluarga dengan penderita *Degue Haemorrhagic Fever* (DHF) mulai Januari 2012-Juli 2014 yaitu sebanyak 77 orang yang berada di Kelurahan Tembok Dukuh yang merupakan salah satu wilayah kerja Puskesmas Tembok Dukuh, Surabaya. Jadi, besar sampel dalam penelitian ini adalah 65 orang sesuai dengan kriteria inklusi. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Cluster sampling*. Variabel independen dalam penelitian ini adalah penerapan *health belief model*, diantaranya meliputi: kerentanan, keseriusan, manfaat, rintangan, dan faktor pendorong yang dirasakan oleh keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita DHF di Kelurahan Tembok Dukuh, Surabaya.

Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah keputusan keluarga untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini DHF. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan *content analysis* dan persentase. Penelitian dilakukan pada tanggal 23 Juni sampai dengan tanggal 6 Juli 2014, di lingkungan masyarakat Kelurahan Tembok Dukuh yang merupakan salah satu wilayah kerja Puskesmas Tembok Dukuh, Surabaya.

HASIL

1. Data umum

1. Karakteristik responden berdasarkan umur

Dilihat dari segi umur, menunjukkan bahwa hampir setengah dari jumlah responden (46%) dengan anggota keluarga penderita DHF di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya berusia 35-44 tahun.

2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Dilihat dari jenis kelamin menunjukkan bahwa yang bersedia menjadi responden dengan anggota keluarga penderita DHF di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya sebagian besar (83%) berjenis kelamin perempuan.

3. Karakteristik responden berdasarkan jumlah anggota keluarga

Dilihat dari jumlah anggota keluarga dalam setiap keluarga, menunjukkan bahwa lebih dari setengah (66%) dari jumlah responden dengan anggota keluarga penderita DHF di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya memiliki anggota keluarga berjumlah 4 orang.

4. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir

Dilihat dari tingkat pendidikan, menunjukkan bahwa sebagian besar responden (75%) dengan anggota keluarga penderita DHF di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya merupakan tamatan SMU.

5. Karakteristik responden berdasarkan anggota keluarga yang bekerja
Dilihat dari anggota keluarga yang bekerja, menunjukkan bahwa sebagian besar responden (84%) dengan anggota keluarga penderita DHF di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya yang bekerja adalah ayah sebagai kepala keluarga.
6. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan
Dilihat dari segi pekerjaan, menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden (68%) dengan anggota keluarga penderita DHF di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya bekerja sebagai Pegawai swasta.
7. Karakteristik responden berdasarkan penghasilan
Dilihat dari segi penghasilan, menunjukkan bahwa kurang dari setengah dari jumlah responden (26%) dengan anggota keluarga penderita DHF di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya memiliki penghasilan sebesar <1 juta rupiah.
8. Karakteristik responden berdasarkan suku bangsa
Dilihat dari segi suku bangsa, menunjukkan bahwa responden dengan anggota keluarga penderita DHF di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya sebagian besar (89%) berasal dari suku Jawa.
9. Karakteristik responden berdasarkan agama
Dilihat dari segi agama, menunjukkan bahwa sebagian besar responden (92%) dengan anggota keluarga penderita DHF di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya beragama Islam.
10. Karakteristik responden berdasarkan pengambil keputusan di keluarga
Anggota keluarga penderita DHF di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya dalam pengambilan keputusan untuk membawa berobat ke Puskesmas jika ada anggota keluarga yang sakit atau dicurigai menderita demam berdarah, hampir setengah dari jumlah responden (45%) dilakukan oleh ibu.

2. Data khusus

1. Identifikasi kerentanan yang dirasakan keluarga (*perceived susceptibility*)
Lebih dari setengah responden (55%) mengalami kerentanan yang sedang terhadap penyakit DHF.
2. Identifikasi keseriusan yang dirasakan keluarga (*perceived seriousness*)
Hampir setengah responden (46%) mengalami keseriusan yang tinggi terhadap kegawatan akibat penyakit DHF apabila penderita tidak segera mendapatkan penanganan.

3. Identifikasi manfaat yang dirasakan keluarga (*perceived benefits*)

Lebih dari setengah responden (62%) merasakan manfaat ketika keluarga melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini anggota keluarga yang menderita DHF.

Tabel 1. Manfaat yang Dirasakan Keluarga (*perceived benefits*)

Manfaat yang dirasakan	F (n)	P (%)
Penderita mendapatkan penanganan dengan cepat	21	52,5%
Penderita dapat terhindar dari kegawatan akibat penyakit demam berdarah	11	27,5%
Penderita dapat terhindar dari kematian akibat keterlambatan penanganan	8	20%
Jumlah	40	100%

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 40 responden (62%) dari 65 keluarga yang menjadi responden merasakan manfaat ketika keluarga melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini anggota keluarga yang menderita DHF, manfaat yang dirasakan oleh sebagian besar responden (52,5%) tersebut adalah mendapatkan penanganan dengan cepat saat melakukan kunjungan ke Puskesmas jika salah satu anggota keluarga dicurigai menderita DHF.

4. Identifikasi rintangan yang dialami keluarga (*perceived barrier*)

Lebih dari setengah keluarga yang menjadi responden (74%) mengalami rintangan ketika akan melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini anggota keluarga yang menderita DHF.

Tabel 2. Rintangan yang Dialami Keluarga (*perceived barrier*)

Rintangan yang dialami	F (n)	P (%)
Jarak rumah ke Puskesmas sangat jauh	28	58,3%
Tidak ada transportasi atau kendaraan	11	22,9%
Biaya pengobatan di Puskesmas mahal	0	0%
Pelayanan petugas Puskesmas yang kurang memuaskan	9	18,8%
Jumlah	48	100%

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa (74%) dari 65 keluarga yang menjadi responden mengalami rintangan ketika keluarga melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini anggota keluarga yang menderita DHF, dan dari tabel 2 tersebut menunjukkan bahwa rintangan yang dialami oleh sebagian besar responden (58,3%) tersebut adalah jarak rumah ke Puskesmas yang cukup jauh.

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

Menunjukkan bahwa semua responden (100%) dari 65 keluarga yang menjadi responden

dalam penelitian ini di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya memiliki faktor pendorong untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas atau sarana kesehatan yang lain dalam penanganan dini penderita DHF.

Tabel 3. Sumber Informasi untuk Bertindak (*cues to action*)

Sumber informasi	F (n)	P (%)
Media massa (Televisi, radio, surat kabar, majalah, internet)	40	61,5%
Mencari sendiri dengan membaca-baca buku tentang penanganan dini demam berdarah	5	7,7%
Teman-teman dan tetangga	9	13,9%
Petugas Puskesmas	11	16,9%
Jumlah	65	100%

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa informasi mengenai penanganan dini penderita DHF dapat diperoleh dari berbagai sumber, diantaranya adalah melalui media massa, seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, internet, dan dapat pula diperoleh dari penjelasan atau penyuluhan petugas Puskesmas, dan informasi yang diberikan oleh teman atau para tetangga yang mempunyai pengalaman terkait dengan penyakit DHF.

Tabel 4. Faktor Pendorong untuk Bertindak (*cues to action*)

Pendorong utama	F (n)	P (%)
Gejala dan tingkat keparahan penyakit demam berdarah	44	67,7%
Informasi dari keluarga	6	9,2%
Penjelasan petugas Puskesmas	15	23,1%
Jumlah	65	100%

Berdasarkan sumber informasi yang diterima oleh keluarga, tabel 4 menunjukkan bahwa dari 65 keluarga yang menjadi responden, lebih dari setengah responden (67,7%) yang menjadi pendorong utama keluarga untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas atau sarana kesehatan yang lain dalam penanganan dini penderita DHF adalah gejala dan tingkat keparahan penyakit demam berdarah.

6. Karakteristik responden berdasarkan pemberi saran pengambilan keputusan untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas

Secara keseluruhan lebih dari setengah responden (51%) yang melakukan kunjungan ke Puskesmas jika ada anggota keluarga yang dicurigai menderita DHF atas inisiatif keluarga sendiri.

7. Karakteristik responden berdasarkan proses pengambilan keputusan untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas

Sebagian besar responden (75%) membicarakan terlebih dahulu dengan anggota keluarga yang lain dalam proses pengambilan

keputusan untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini penderita DHF.

Berikut ini analisis isi (*content analysis*) dari hasil kuesioner terstruktur yang mendukung data diatas.

Jawaban dari pertanyaan:

Apa saja yang anda bicarakan dengan keluarga mengenai keputusan anda untuk membawa anggota keluarga yang sakit ke Puskesmas?

Jawaban dapat disimpulkan sebagai berikut:

“Kami sebelumnya selalu membicarakan terkait dengan penanganan yang dilakukan oleh Puskesmas untuk segera mengetahui penyakit yang diderita anggota keluarga agar dapat segera disembuhkan.” (15 responden).

“Saya berbicara tentang kemungkinan mendapatkan surat rujukan dengan cepat jika anggota keluarga yang sakit dicurigai mengalami kegawatan.” (6 responden).

“Saya berbicara terlebih dahulu kepada keluarga (suami atau istri) perihal keberadaan dokter yang bertugas saat itu karena biasanya tidak langsung ditangani oleh dokter yang bertugas dan juga tentang obat-obatan yang nanti diterima dari Puskesmas. Selain itu, kami juga

memperhitungkan jarak Puskesmas dengan rumah kami.” (17 responden).

“Yang dibicarakan adalah mempertimbangkan biaya yang dikeluarkan untuk berobat ke Puskesmas sebab biayanya cukup terjangkau.” (4 responden).

“Kami membicarakan perihal pelayanan petugas Puskesmas apakah dapat memberikan pelayanan secara maksimal kepada masyarakat yang berobat ke Puskesmas tersebut.” (7 responden).

8. Karakteristik responden berdasarkan keinginan berobat ke tempat lain selain Puskesmas
Sebagian besar responden (85%) memiliki keinginan untuk berobat ke tempat pelayanan kesehatan yang lain selain di Puskesmas. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa (85%) dari 65 keluarga yang menjadi responden dengan anggota keluarga penderita DHF di Kelurahan Tembok dukuh Surabaya memiliki keinginan untuk berobat ke tempat pelayanan kesehatan yang lain, sebagian besar (76,4%) responden berobat ke Dokter Praktik. Data tersebut dicantumkan dalam tabel di bawah ini.

Tabel 5. Sarana Kesehatan untuk Berobat

Sarana kesehatan	F (n)	P (%)
Dokter Praktik	42	76,4%
Rumah Sakit	13	23,6%
Pengobatan Alternatif	0	0%
Jumlah	55	100%

Berikut ini analisis isi (*content analysis*) dari hasil kuesioner terstruktur yang mendukung data diatas.

Jawaban dari pertanyaan:

Mengapa anda atau keluarga memilih tempat pelayanan tersebut daripada Puskesmas?

Jawaban dapat disimpulkan sebagai berikut:

” Karena lebih dekat dari rumah dan sudah cocok dengan dokternya.” (20 responden).

” Karena keluarga saya sudah mendapatkan fasilitas di Rumah Sakit tersebut sebagai rekomendasi dari suami saya bekerja.” (13 responden).

” Karena penanganannya lebih tepat dan cepat.” (7 responden).

“Karena sudah terbiasa berobat disana meskipun lebih mahal dari Puskesmas yang penting ditangani oleh dokternya langsung.” (15 responden).

9. Identifikasi keputusan keluarga untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini DHF

Kurang dari setengah responden (45%) memutuskan untuk berobat

ke Puskesmas jika ada anggota keluarga yang dicurigai menderita DHF.

Berikut ini analisis isi (*content analysis*) dari hasil kuesioner terstruktur yang mendukung data diatas.

Jawaban dari pertanyaan:

Mengapa anda memutuskan untuk ke Puskesmas jika ada anggota keluarga yang sakit sebagai tempat penanganan dini atau pertolongan pertama pada penderita sakit demam berdarah?

Jawaban dapat disimpulkan sebagai berikut:

“Karena pelayanannya di Puskesmas sudah cukup baik, selain itu biaya juga cukup terjangkau bagi masyarakat.” (12 responden).

“Karena pertolongan di Puskesmas sudah agak cepat dan di Puskesmas juga ada penyuluhan yang dapat menambah pengetahuan.” (3 responden).

“Karena saya percaya bahwa Puskesmas dapat menjadi tempat pertolongan pertama untuk segera mengetahui penyakitnya.” (1 responden).

“Karena biaya sangat murah dan dapat dijangkau.” (6 responden).

“Karena rumah saya lebih dekat dengan Puskesmas dan biayanya juga murah.” (4 responden).

“Karena pelayanan Puskesmas sudah cukup baik

dan dapat terjangkau dalam hal biaya, selain itu dekat dengan rumah.” (1 responden).
 “Karena rumah saya lebih dekat dengan Puskesmas dan

saya rasa pelayanan di Puskesmas sudah cukup baik tidak kalah dengan dokter praktik swasta.” (2 responden).

3. Data kerentanan yang dirasakan keluarga (*perceived susceptibility*) dalam kaitannya dengan keputusan keluarga untuk

Dari penelitian yang telah dilakukan, tabulasi silang antara kerentanan yang dirasakan keluarga (*perceived susceptibility*) dan keputusan keluarga untuk

melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini *Degue Haemorrhagic Fever* (DHF)

melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini DHF adalah sebagai berikut:

Tabel 6. Kerentanan yang Dirasakan Keluarga (*perceived susceptibility*) dalam Kaitannya dengan Keputusan Keluarga untuk Melakukan Kunjungan ke Puskesmas

Kerentanan	Keputusan				Total	
	Mantap		Tidak Mantap		n	%
	n	%	n	%		
Tinggi	2	6.9	16	44.4	18	27.7
Sedang	19	65.5	17	47.2	36	55.4
Rendah	8	27.6	3	8.4	11	16.9
Total	29	100	36	100	65	100

Diketahui bahwa sebagian besar keluarga memiliki keputusan yang mantap untuk berobat ke Puskesmas jika terdapat anggota keluarga yang menderita DHF berada pada tingkat kerentanan yang sedang yaitu sebesar (65,5%). Sementara,

keluarga yang tidak memiliki kemantapan untuk berobat ke Puskesmas sebagian besar berada pada kerentanan yang sedang pula yaitu sebesar (47,2%).

4. Data keseriusan yang dirasakan keluarga (*perceived seriousness*) dalam kaitannya dengan keputusan keluarga untuk

Dari penelitian yang telah dilakukan, tabulasi silang antara keseriusan yang dirasakan melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini DHF adalah sebagai berikut:

melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini *Degue Haemorrhagic Fever* (DHF)

keluarga (*perceived seriousness*) dan keputusan keluarga untuk

Tabel 7. Keseriusan yang Dirasakan Keluarga (*perceived seriousness*) dalam Kaitannya dengan Keputusan Keluarga untuk Melakukan Kunjungan ke Puskesmas

Keseriusan	Keputusan				Total	
	Mantap		Tidak Mantap		n	%
	n	%	n	%		
Rendah	12	41.4	2	5.6	14	21.5
Sedang	7	24.1	14	38.9	21	32.3
Tinggi	10	34.5	20	55.5	30	46.2
Total	29	100	36	100	65	100

Diketahui bahwa sebagian besar keluarga memiliki keputusan yang mantap untuk berobat ke Puskesmas jika terdapat anggota keluarga yang menderita DHF berada pada tingkat keseriusan yang rendah yaitu sebesar (41,4%). Sebaliknya,

keluarga yang tidak memiliki kemantapan untuk berobat ke Puskesmas jika terdapat anggota keluarga yang menderita DHF karena keluarga menganggap berobat ke Puskesmas adalah keputusan yang kurang tepat, sebagian besar pada tingkat keseriusan yang tinggi yaitu sebesar (55,5%).

PEMBAHASAN

Menurut Notoatmodjo (2007), kerentanan yang dirasakan keluarga (*perceived susceptibility*) adalah suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa seseorang mengetahui keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut. Dalam penelitian ini sebagian besar responden (55%)

mengalami kerentanan yang sedang terhadap penyakit DHF karena sebagian besar keluarga telah mendapatkan informasi mengenai penyakit DHF dan penanganannya melalui media massa, seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, internet. Hasil penelitian diperoleh hasil sebagian besar responden (75%) berpendidikan menengah ke atas dan

lebih dari setengah responden (61,5%) mendapatkan informasi tentang penyakit DHF dan penanganannya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah orang tersebut menerima informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa tingkat pendidikan mempunyai efek tidak langsung pada perilaku yang berpengaruh pada pengertian dari kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, serta manfaat dan penghalang dalam pengambilan tindakan pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit. Terdapat beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi kecemasan terhadap kerentanan yang dirasakan oleh keluarga, antara lain: perbedaan demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tingkat ekonomi, kelompok etnis, dan agama), pengetahuan, pengalaman, sumber informasi, dan latar belakang yang lain.

Hasil penelitian menunjukkan dari 65 responden di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya sebagian besar responden (55,4%) dengan kerentanan sedang memutuskan untuk berobat ke Puskesmas (65,5%) jika ada anggota keluarga yang dicurigai menderita DHF. Salah satu dasar pengambilan keputusan adalah pengalaman karena pengalaman seseorang dapat memperkirakan keadaan sesuatu, dapat memperhitungkan untung rugi, baik buruknya keputusan yang akan diambil (Hasan, 2004). Umumnya,

seseorang menggunakan pengetahuan, pertimbangan, dan pengalamannya untuk memutuskan alternatif yang dianggap lebih menguntungkan dan yang paling kecil kerugiannya dari masing-masing alternatif yang tersedia.

Identifikasi keseriusan yang dirasakan keluarga (*perceived seriousness*) dari 65 keluarga yang menjadi responden, diperoleh hasil penelitian yang menunjukkan bahwa (22%) responden mengalami keseriusan yang rendah, (32%) responden mengalami keseriusan yang sedang, dan (46%) responden mengalami keseriusan yang tinggi terhadap kegawatan akibat penyakit DHF apabila penderita tidak segera mendapatkan penanganan. Keseriusan yang dirasakan keluarga (*perceived seriousness*) tersebut meliputi pemahaman keluarga tentang penyakit DHF, kegawatan penyakit DHF, dan kecemasan akan kondisi anggota keluarga yang menderita DHF. Dalam penelitian ini sebagian besar responden (92%) beragama Islam. Menurut Notoatmodjo (2005), beberapa anggota masyarakat dikalangan kelompok yang beragama Islam percaya bahwa anak adalah titipan Tuhan, dan sakit atau mati itu adalah takdir, sehingga masyarakat kurang berusaha untuk segera mencari pertolongan pengobatan bagi anak atau anggota keluarga yang sakit.

Hasil penelitian menunjukkan dari 65 responden di Kelurahan Tembok Dukuh Kecamatan Bubutan, Surabaya sebagian kecil dari jumlah

keluarga yang menjadi responden (21,5%) memiliki keputusan yang mantap untuk berobat ke Puskesmas jika terdapat anggota keluarga yang menderita *Degue Haemorrhagic Fever* (DHF) berada pada tingkat keseriusan yang rendah (41,4%). Sebaliknya, hampir setengah dari jumlah responden (46,2%) berada pada tingkat keseriusan yang tinggi (55,5%) memiliki keputusan yang tidak mantap untuk berobat ke Puskesmas karena keluarga menganggap bahwa Puskesmas tidak dapat memberikan penanganan dengan cepat dan tepat.

Dalam penelitian ini sebagian besar responden (67,7%) terdorong untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas atau sarana kesehatan yang lain dalam penanganan dini penderita DHF karena gejala dan tingkat keparahan penyakit demam berdarah yang tampak pada penderita. Sesuai dengan pendapat Sarwono (2004) yang menyatakan bahwa keseriusan merupakan resiko kesulitan yang akan dirasakan individu terhadap suatu penyakit. Semakin besar resiko suatu penyakit dan semakin besar kemungkinannya bahwa individu dapat terserang penyakit, semakin besar pula keseriusan yang dirasakan individu. Individu akan mengambil tindakan pencegahan apabila mereka percaya bahwa penyakit tersebut berpotensi menimbulkan dampak yang serius.

Identifikasi manfaat yang dirasakan keluarga (*perceived benefits*) dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 65

responden, diperoleh data (62%) responden merasakan manfaat, dan (38%) responden tidak merasakan manfaat ketika keluarga melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini anggota keluarga yang menderita DHF. Menurut Notoatmodjo (2007), Semakin besar manfaat yang diperoleh akan memperkuat individu untuk mengambil keputusan melakukan tindakan tersebut, yaitu memilih berobat ke Puskesmas walaupun harus disertai dengan rintangan yang dialami.

Individu akan melakukan tindakan tertentu apabila individu merasa dirinya rentan terhadap penyakit yang dianggap serius dan dapat membahayakan diri sendiri dan orang-orang disekitar. Tindakan tersebut tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut (Notoatmodjo, 2002).

Berdasarkan hasil penelitian, manfaat yang dirasakan keluarga (*perceived benefits*) dari (62%) responden, sebesar (52,5%) responden adalah mendapatkan penanganan dengan cepat saat melakukan kunjungan ke Puskesmas jika salah satu anggota keluarga dicurigai menderita DHF. Manfaat lain yang dirasakan keluarga saat melakukan kunjungan ke Puskesmas adalah penderita dapat terhindar dari kegawatan akibat penyakit DHF, dan penderita juga terhindar dari kematian akibat keterlambatan penanganan.

Identifikasi rintangan yang dialami keluarga (*perceived barriers*) dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 65 responden, diperoleh data (74%) responden mengalami rintangan, dan (26%) responden tidak mengalami rintangan ketika akan melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini anggota keluarga yang menderita DHF. Rintangan yang dialami keluarga (*perceived barriers*) tersebut meliputi keterjangkauan fisik, pengorbanan tenaga, dan pengorbanan waktu. Maggie Davies dan Wendy Macdowall (2006) menyatakan bahwa individu akan melakukan suatu tindakan pencegahan dan pemeliharaan kesehatan apabila dalam diri individu terdapat keyakinan bahwa manfaat yang akan diperoleh dari suatu tindakan jauh lebih besar apabila dibandingkan dengan rintangan yang mungkin dialami ketika memutuskan untuk melakukan tindakan tersebut. Namun, terkait dengan hasil penelitian, pada umumnya keluarga lebih memperhatikan hal-hal yang menjadi rintangan ketika akan berobat ke Puskesmas karena rintangan tersebut menjadi hambatan atau kendala bagi keluarga untuk segera mendapatkan pertolongan atau penanganan anggota keluarga yang menderita DHF.

Berdasarkan hasil penelitian, rintangan yang dialami keluarga (*perceived barriers*) dari (74%) responden sebesar (58,3%) responden adalah jarak rumah ke Puskesmas yang cukup jauh sehingga

keluarga lebih memilih berkunjung ke sarana kesehatan yang lain, dan beberapa responden juga memperhatikan pertimbangan-pertimbangan yang lain ketika memutuskan untuk berobat ke Puskesmas. Rintangan lain yang dialami keluarga saat melakukan kunjungan ke Puskesmas adalah pelayanan petugas Puskesmas yang kurang memuaskan, tidak ada transportasi atau kendaraan untuk menuju ke Puskesmas. Namun, responden tidak menganggap biaya pengobatan di Puskesmas sebagai rintangan karena pada umumnya biaya pengobatan di Puskesmas cukup terjangkau bagi masyarakat.

Identifikasi faktor pendorong (*cues to action*) bagi keluarga untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini penderita DHF, diperoleh data bahwa semua responden (100%) memiliki faktor pendorong untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas maupun sarana kesehatan yang lain dalam penanganan dini penderita DHF. Faktor pendorong keluarga untuk bertindak (*cues to action*) tersebut meliputi media informasi tentang penanganan dini penyakit DHF. Informasi mengenai penanganan dini penderita DHF dapat diperoleh dari berbagai sumber, diantaranya adalah melalui media massa, seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, internet, dan dapat pula diperoleh dari penjelasan atau penyuluhan petugas Puskesmas, dan informasi yang diberikan oleh teman atau para tetangga yang mempunyai

pengalaman terkait dengan penyakit DHF. Selain media cetak maupun media elektronik, petugas kesehatan dan kader posyandu (PKK) juga memegang peranan penting dalam menyampaikan informasi kesehatan kepada masyarakat. Gambaran tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa (61,5%) responden memperoleh informasi mengenai penyakit DHF dan penanganannya melalui media massa, seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, internet dan (16,9%) informasi diperoleh responden dari penjelasan atau penyuluhan petugas Puskesmas.

Petugas kesehatan mempunyai peranan yang cukup besar dalam menyampaikan informasi tentang memelihara dan meningkatkan kesehatan keluarga. Namun, sampai saat ini peran petugas Puskesmas tersebut kurang optimal. Keterjangkauan informasi tersebut terkait dengan pengambilan keputusan atau tindakan yang tepat.

Berdasarkan hasil penelitian, (67,7%) responden terdorong untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas maupun sarana kesehatan yang lain dalam penanganan dini penderita DHF karena gejala dan tingkat keparahan penyakit demam berdarah, (23,1%) responden terdorong karena penjelasan dari Petugas Puskesmas, dan (9,2%) responden terdorong untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini penderita DHF karena informasi dari keluarga. Gejala dan tingkat keparahan penyakit DHF merupakan

salah satu bentuk kecemasan akan keseriusan penyakit yang dirasakan keluarga yang akan mempengaruhi pengambilan keputusan keluarga untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini DHF (Notoatmodjo, 2002).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebesar (51%) responden yang melakukan kunjungan ke Puskesmas jika ada anggota keluarga yang dicurigai menderita DHF atas inisiatif keluarga sendiri, (32%) responden atas saran dari tetangga disekitar rumah, dan (17%) responden atas saran dari kader Posyandu atau kader PKK. Hal ini sesuai dengan penjelasan Notoatmodjo (2003), bahwa keluarga merupakan bagian terpenting yang akan mempengaruhi pengambilan keputusan keluarga dalam pemeliharaan kesehatan anggota keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (75%) membicarakan terlebih dahulu dengan anggota keluarga yang lain tentang keputusan keluarga berobat ke Puskesmas. Sisanya, (25%) responden tidak membicarakannya terlebih dahulu.

Sebagaimana yang diungkapkan Gitosudarmo dan Sudita (2000), salah satu unsur dalam pengambilan keputusan adalah sarana atau alat untuk mengevaluasi atau mengukur hasil dari suatu pengambilan keputusan, pengambil keputusan harus menentukan nilai dan manfaat dari hasil yang kemungkinan dicapai. Hal ini juga

berlaku dalam pengambilan keputusan untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas jika ada anggota keluarga yang dicurigai menderita DHF, pendapat keluarga tentang keuntungan dan kerugian berobat ke Puskesmas dapat mempengaruhi proses pengambilan keputusan tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (85%) memiliki keinginan untuk berobat ke tempat pelayanan kesehatan yang lain selain di Puskesmas, (15%) responden sisanya tidak. Menurut Hasan (2004), dasar-dasar pengambilan keputusan, diantaranya meliputi intuisi, pengalaman, fakta, wewenang, dan rasional. Pada umumnya, keluarga dalam pengambilan keputusan berdasarkan pengalaman karena dari pengalaman seseorang dapat memperkirakan keadaan sesuatu, dapat memperhitungkan untung rugi, baik buruknya keputusan yang akan diambil.

Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (85%) dari 65 keluarga yang menjadi responden memiliki keinginan untuk berobat ke tempat pelayanan kesehatan yang lain, (76,4%) responden berobat ke Dokter Praktik dan (23,6%) responden berobat ke Rumah Sakit.

Pengambilan keputusan diawali dengan dirasanya masalah tertentu yang memerlukan pemecahan. Terhadap suatu masalah yang timbul pada umumnya dapat dilakukan berbagai cara pemecahan.

Setiap pemecahan mengandung kelebihan dan kelemahan tertentu. Untuk dapat membuat keputusan yang paling menguntungkan atau keputusan yang rasional perlu dikembangkan semua alternatif yang melekat pada masalah pengambilan keputusan (Pangewa, 2004).

Identifikasi keputusan keluarga untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas dalam penanganan dini DHF, dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 65 responden, diperoleh data (45%) responden memutuskan untuk berobat ke Puskesmas jika ada anggota keluarga yang dicurigai menderita DHF. Sisanya, (55%) responden tidak mantap untuk berobat ke Puskesmas karena keluarga menganggap berobat ke Puskesmas adalah keputusan yang kurang tepat.

Sebagaimana yang diungkapkan Gitosudarmo dan Sudita (2000), nilai-nilai individu pengambil keputusan terkait dengan salah satu fungsi Puskesmas, yaitu memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat merupakan keyakinan dasar yang digunakan seseorang jika dihadapkan pada permasalahan dan harus mengambil suatu keputusan. Hal ini juga berlaku dalam pengambilan keputusan keluarga untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas jika ada anggota keluarga yang dicurigai menderita DHF, diharapkan keluarga mampu mengambil keputusan yang

tepat ketika memutuskan untuk berobat ke Puskesmas.

Penerapan *health belief model* yang meliputi kerentanan, keseriusan, manfaat, rintangan, dan faktor pendorong sangat diperlukan bagi keluarga untuk menangani masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga seperti penyakit DHF, agar tidak terjadi kegawatan akibat keterlambatan penanganan penyakit DHF dan untuk mempercepat proses penyembuhan penderita agar terhindar dari bahaya kematian. Salah satu upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan deteksi dini penyakit DHF sehingga kegawatan dapat dicegah. Keputusan keluarga untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas dapat mengetahui penyakit yang diderita anggota keluarga lebih cepat, sehingga apabila ditemukan tanda-tanda kegawatan, maka penderita segera mendapatkan penanganan yang tepat sejak dini.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Keluarga seluruhnya memiliki faktor pendorong untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas maupun ke sarana kesehatan yang lain dalam penanganan dini penderita *Degue Haemorrhagic Fever* (DHF). Keluarga sebagian besar memiliki keputusan yang tidak mantap untuk berobat ke Puskesmas jika terdapat anggota keluarga yang menderita *Degue Haemorrhagic Fever* (DHF).

Saran

Petugas Puskesmas Tembok Dukuh Surabaya harus memberikan informasi dan pelatihan kepada Ibu Pemantau Jentik (Bumantik) tentang pencegahan dan penanganan dini penderita *Degue Haemorrhagic Fever* (DHF) sehingga dapat memberikan pemahaman yang diperlukan oleh setiap keluarga dengan penderita *Degue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Kelurahan Tembok Dukuh Surabaya.

KEPUSTAKAAN

Ahmadi, A., (2002). *Psikologi Sosial*. Jakarta: PT. Rineka Cipta, hal: 66-67

Davies, M dan Wendy Macdowall, (2004). *Health Promotion Theory*. New York: London School Of Hygiene Medicine, hal: 173-175

Depkes RI., (2005). *Kajian Masalah Kesehatan Degue Haemorrhagic Fever* . Jakarta: Badan Litbang dan Pengembangan Kesehatan

Dinas Kesehatan Kota Surabaya, (2008). *Program Pokok Puskesmas*. Surabaya: DKK

Friedman, M.M., (1998). *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC, hal: 266-267

Hasan, M.I., (2004). *Pokok-pokok Materi: Teori Pengambilan Keputusan*. Bogor: Ghalia Indonesia, hal: 9-12

Kartika, S.D., (2006). *Penerapan Model Kepercayaan Kesehatan terhadap Pelaksanaan Imunisasi*. FKM UNAIR. Skripsi Tidak Dipublikasikan

Mowen & Minor, (2002). *Perilaku Konsumen*. Edisi Kelima. Jilid 2. Terjemahan. Jakarta: Penerbit Erlangga, hal:229

Nadesul, H., (2007). *Cara Mudah Mengalahkan Demam Berdarah*. Jakarta: PT Kompas Media Nusantara, hal: 9-12

Notoatmodjo, S., (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT. Rineka Cipta, hal: 205-207, 213-215

Sarwono, S., (2004). *Sosiologi Kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press, hal: 66-68

Setiadi, N.J., (2003). *Perilaku Konsumen: Konsep dan Implikasi untuk Strategi dan Penelitian Pemasaran*. Edisi Pertama. Jakarta: Prenada Media, hal: 272

Soegijanto, S., (2006). *Degue Haemorrhagic Fever*, edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press, hal: 11-12, 45-48, 61-68, 85-87, 133-139, 150-152

Sumarni, (2006). *Kematian Degue Haemorrhagic Fever (DHF) dan Pola Penyebarannya di Kabupaten Lumajang*. FKM UNAIR. Skripsi Tidak Dipublikasikan