

# UJICOBA MODUL PENYULUHAN TENTANG PENCEGAHAN KECELAKAAN RUMAH TANGGA PADA PENDUDUK PRA USIA LANJUT DAN USIA LANJUT DI KABUPATEN SLEMAN

*IMPLEMENTATION TRIAL OF COUNSELLING MODULE OF HOUSEHOLD ACCIDENT  
PREVENTION ON OLD RESIDENT IN SLEMAN DISTRICT*

Mulyono Notosiswoyo,\* Sudibyo Supardi\*

## Abstract

*Household accident occupied the second sequence after traffic accident. On that account we need to give counseling about household accident prevention, especially to age group with high risk to suffer from the accident. A counseling module has to be developed and tried in order to increase the knowledge about prevention of household accident of old resident. A quasi experiment study has been carried out in 2 sub district in Sleman District. Responders are old resident who have 56 year old or more. A sample of 160 as the counseling group and 160 as the control group was taken by multistage random sampling method based on RT and RW. Data were collected using questionnaire before and 2 months after counseling and analyzed with Chi-Square test and t-test. Result of the study shows that (1) counseling by using module can improve score knowledge of old people about prevention of household accident significantly to 40,3%, and ( 2) Module of household accident prevention can be used for the counseling of the old age groups.*

*Keyword: household accident, counseling, old age resident.*

## Pendahuluan

**K**ecelakaan ialah suatu kejadian yang tidak diharapkan, tidak diinginkan, tidak sengaja, ataupun tidak direncanakan, di mana seseorang atau sekelompok orang atau benda yang mengadakan aksi atau reaksi sehingga dapat menimbulkan kerugian (luka, patah tulang, kematian dan lain-lain), pada seseorang atau sekelompok orang tersebut atau kemungkinan mendatangkan kerugian pada pihak lainnya. Kecelakaan rumah tangga adalah kecelakaan yang terjadi di rumah tangga atau lingkungan rumah tangga radius sekitar 500 meter dari rumah

korban.<sup>1</sup>

Kecelakaan rumah tangga merupakan penyakit sosial yang dekat dengan kehidupan keluarga, kemiskinan, kepadatan penduduk, kehidupan *slum*, kesempatan pendidikan, dan keterbatasan pelayanan kesehatan. Di samping itu kemampuan yang rendah dan perbedaan budaya ikut mempengaruhi terjadinya kecelakaan rumah tangga yang dapat tercermin dari sifat-sifat dan gaya hidup kelompok masyarakat tertentu.<sup>1</sup>

Penelitian tahun 1996, menunjukkan prevalensi kecelakaan rumah tangga yang terjadi selama sebulan terakhir sebesar 1,95% di daerah

\*Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI

pedesaan dan 1,17% di daerah perkotaan. Jenis kecelakaan rumah tangga di daerah perkotaan sebagian besar karena terjatuh (40%), terkena benda tajam (28%), dan terbakar (20,7%). Sedangkan kecelakaan rumah tangga di daerah pedesaan sebagian besar karena terkena benda tajam (57%), terjatuh (25%) dan terbakar (8%). Usia penderita kecelakaan rumah tangga di daerah perkotaan dan pedesaan hampir sama. Penderita kecelakaan rumah tangga sebagian besar berusia 0-5 tahun sebesar 31%, kemudian usia 6-10 tahun sebesar 20,7%, usia 35-40 tahun sebesar 3,5%, serta usia di atas 50 tahun sebesar 8,5%. Korban kecelakaan rumah tangga di daerah pedesaan sebagian besar berusia 0-5 tahun (34%), kemudian usia 6-10 tahun sebesar 18%, usia 35-40 tahun sebesar 2,6%, serta usia di atas 50 tahun sebesar 9,7%.<sup>2</sup> Pada hasil penelitian tersebut tidak ada angka mortalitas, mungkin tidak ditemukan korban yang meninggal karena kecelakaan rumah tangga.

Penelitian kecelakaan rumah tangga di rumah susun Jakarta tahun 1992 menunjukkan prevalensi kecelakaan rumah tangga selama sebulan terakhir sebesar 4,85%. Jenis kecelakaan sebagian besar karena terjatuh (85,2%), dan sebagian besar berumur di bawah 15 tahun (66,7%). WHO melaporkan bahwa kecelakaan rumah tangga di USA selama setahun sebesar 11,4%.<sup>3</sup>

Penduduk usia lanjut (usila) di Indonesia dewasa ini mencapai 9,4% atau lebih kurang 20 juta orang dan diperkirakan pada tahun 2020 akan mencapai 30,1 juta orang. Sebagian besar mereka berasal dari golongan sosial ekonomi, pendidikan dan IQ rendah.<sup>4</sup>

Rumah yang seharusnya merupakan tempat melepas ketegangan dan merasakan kenyamanan serta keamanan untuk beberapa orang dapat menjadi sumber kecelakaan, yang antara lain disebabkan oleh api, kompor, listrik, cairan mendidih, jatuh dari pohon/lantai lincin. Usila yang gagal menyesuaikan diri dengan teknologi alat rumah tangga dapat menjadi korban kecelakaan rumah tangga.<sup>4</sup>

Para usila umumnya mengalami 3 kemunduran fungsi organ yaitu organ pendengaran, penglihatan, dan fungsi relek anggota gerak serta menderita penyakit osteoporosis, osteoarthritis, hipertensi, gangguan jantung, diabetes.<sup>3</sup> Penyakit-penyakit tersebut merupakan

faktor risiko terjadinya kecelakaan rumah tangga, terutama karena jatuh. Banyak para usila, anak-anak dan penduduk desa yang gagal menyesuaikan diri dengan kemajuan teknologi alat rumah tangga, sehingga mengalami kecelakaan rumah tangga.<sup>1</sup> Kemungkinan kurang baiknya pengetahuan, sikap dan praktek dalam pencegahan dan penanggulangan terjadinya kecelakaan rumah tangga menyebabkan kerugian, kesakitan, kecacatan dan bahkan mungkin kematian usila. Di samping itu modul penyuluhan untuk pencegahan kecelakaan rumah tangga, terutama pada usila belum tersedia. Tujuan penelitian adalah mengembangkan dan menguji coba modul penyuluhan yang dapat meningkatkan pengetahuan penduduk pra usila dan usila tentang pencegahan kecelakaan rumah tangga. Manfaat penelitian ini adalah memberi masukan untuk Departemen Kesehatan dalam upaya penyuluhan pencegahan kecelakaan rumah tangga terutama pada usila.

### Metode Penelitian

Rancangan penelitian yang dipilih adalah eksperimen semu (*quasi experiment*) mengambil lokasi di 2 kecamatan Kabupaten Sleman.<sup>5</sup> Lokasi penelitian diambil D.I. Yogyakarta dengan alasan data BPS menunjukkan paling banyak terdapat pra usila dan usila daripada provinsi lainnya. Sedangkan Kabupaten Sleman diambil karena menurut Dinas Kesehatan D.I. Yogyakarta adalah kabupaten yang paling banyak pra usila dan usilanya.<sup>6</sup> Responden adalah penduduk Kabupaten Sleman yang telah berumur 56 tahun ke atas. Jumlah responden dihitung dengan rumus:  $n1 = n2 = [Z_{1-\alpha/2} \sqrt{p1q1} + Z_{1-\beta} \sqrt{p2q2}]^2 / (p1-p2)^2$ . Dengan mengambil derajat kemaknaan =  $Z\alpha = 95\%$ , proporsi pengetahuan tentang kecelakaan rumah tangga =  $p1 = 10\%$  dan diharapkan setelah penyuluhan meningkat menjadi  $p2 = 30\%$ , dan power test =  $\beta = 80\%$ , maka didapat sampel 160 untuk kelompok yang mendapat penyuluhan dan 160 untuk kelompok control.<sup>7</sup> Pengambilan sampel dilakukan secara acak bertingkat (*multistage random sampling*) berdasarkan catatan nama-nama pra usila dan usila pada Rukun Tetangga di Rukun Warga, kelurahan/desa dan kecamatan penelitian. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara berpedoman pada kuesioner sebelum dan 2 bulan sesudah penyuluhan.

Analisis data dilakukan dengan uji Chi-square dan uji-t. Penyuluhan dilakukan dengan cara ceramah dan komunikasi interpersonal, peragaan, tanya jawab dan pemberian modul. Modul selain berisi narasi dilengkapi juga dengan gambar tentang cara mencegah terjadinya kecelakaan rumah tangga. Penyuluhan dilakukan oleh petugas Puskesmas setempat yang telah dilatih dan diberi penjelasan tentang tehnik dan materi penyuluhan. Materi penyuluhan terdiri dari: (1). Cara mencegah kecelakaan rumah tangga karena kebakaran (2); Cara mencegah kecelakaan rumah tangga karena terpeleset lantai di rumah ;(3) Cara mencegah kecelakaan rumah tangga karena kejatuhan benda; (4) Cara mencegah kecelakaan rumah tangga yang dapat terjadi di kamar mandi atau WC; (5) Cara mencegah kecelakaan rumah tangga yang dapat terjadi karena digigit/disengat atau terkena benda tajam di halaman rumah; (6) Cara mencegah kecelakaan rumah tangga yang terjadi karena jatuh dari tempat tidur; (7) Upaya kesehatan untuk penanggulangan penyakit-penyakit kronis. Penyuluhan dilakukan selama 2 jam setiap hari minggu pagi sebanyak 4 kali. Agar responden rajin hadir, mereka diberikan uang pengganti transport dan diberikan makanan kecil selama penyuluhan.

Adapun definisi operasional dan skala variabel dijelaskan sebagai berikut.

*Umur* adalah lama hidup responden yang dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir, dibuat skala ordinal: pra usila 56–59 tahun, dan 60 tahun ke atas.

*Pendidikan* adalah pengalaman mengikuti pendidikan formal dinilai berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki responden, dibuat skala ordinal: tidak tamat SLTA dan tamat SLA ke atas

*Pekerjaan* adalah kegiatan responden sehari-hari di luar rumah untuk mendapatkan uang, dibuat skala ordinal: tidak pernah bekerja dan bekerja/pensiunan

*Pengetahuan* adalah kemampuan responden menjawab dengan benar 18 pertanyaan tentang pencegahan kecelakaan rumah tangga, yaitu:

1. tinggi tempat tidur yang aman
2. jenis sarana lantai yang aman

3. permukaan lantai rumah yang aman
4. keadaan tempat duduk
5. keadaan sandaran tempat duduk yang aman
6. kebiasaan memeriksa lantai rumah
7. penempatan benda pada laci/rak
8. temperatur air untuk mandi,
9. lokasi ruangan yang diutamakan diberi penerangan bila lampu mati
10. besarnya cahaya lampu ruangan
11. upaya pengobatan bila sakit mata
12. perlu tidaknya ada penyangga badan (*Grab bar*) di kamar mandi/WC
13. jenis kloset yang aman
14. pemeliharaan lantai kamar mandi/WC
15. upaya penanggulangan penyakit kronis bagi pra usila dan usila
16. penempatan obat dan bahan berbahaya
17. penulisan label pada obat
18. alas kaki untuk di kebun berumput

Masing-masing jawaban diberi skor=1 bila jawaban benar, dan skor=0 bila jawaban salah. Total skor jawaban responden berkisar antara 0–18.

*Penyuluhan* adalah kegiatan pemberian informasi dengan metode komunikasi kelompok oleh peneliti, dibuat skala nominal, yaitu mendapat dan tidak mendapat penyuluhan.

## Hasil Penelitian

### 1. Karakteristik responden

Pada tabel 1 tampak umur responden sebagian besar berumur 61 s/d 65 tahun sebesar 25,2%, jenis kelamin wanita sebesar 65,9%, status kawin sebesar 67%, berpendidikan tidak tamat SD sebesar 42,5% dan bekerja sebagai ibu rumah tangga sebesar 42,2%.

Sebelum dilakukan penyuluhan terhadap pra Usila dan Usila pada kelompok perlakuan, dilakukan uji statistik analisis kesetaraan variabel demografi.

**Tabel 1. Distribusi Karakteristik Pra Usila dan Usila, Sleman 2003**

Karakteristik Pra Usila /Usila	Jumlah	Persen
Umur:		
• 56 - 60	136	27,36
• 61 - 65	125	25,2
• 66 - 70	116	23,38
• 71 - 75	58	11,63
• 76 - 80	41	8,26
• 80 ke atas	20	3,89
Pendidikan:		
• Buta huruf	211	42,5
• Tidak tamat SD	120	24,2
• Tamat SD	61	12,3
• Tamat SLTP	40	8,1
• Tamat SLTA	7	1,7
• Akademi/ perguruan tinggi	56	11,3
Pekerjaan:		
• Pens. PNS/BUMN/TNI/POLRI	111	22,3
• Buruh Tani/Buruh lepas	93	18,7
• Ibu Rumah Tangga	209	42,1
• Pengusaha/Wiraswasta	18	3,62
• Pedagang	28	5,65
• Karyawan swasta	6	1,01
• Lain-lain	25	3,02
	6	1,21
	<b>320</b>	<b>100,0</b>

**Tabel 2. Analisis Kesetaraan Variabel Demografi antara Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol, Sleman 2003**

Variabel Demografi	Kelompok Perlakuan N = 160	Kelompok Kontrol N = 160	p Uji X-2	Simpulan
Kelompok Umur				
- Pra usila (56 – 59 th)	93 (58,1%)	75 (46,9%)	<b>0,044</b>	Uji X-2 bermakna
- Usila (60 th ke atas)	67 (41,9%)	85 (53,1%)		
Pendidikan				
- Tidak Tamat SLTA	132 (82,5%)	127 (79,4%)	0,477	Uji X-2 Tak bermakna
- Tamat SLTA ke atas	28 (27,5%)	33 (20,6%)		
Pekerjaan				
- Bekerja/ pensiunan	48 (30,0%)	69 (43,1%)	<b>0,015</b>	Uji X-2 Bermakna
- Tidak pernah bekerja	112 (70,0%)	91 (56,9%)		

## 2. Analisis Kesetaraan Variabel

Hasil uji kesetaraan variabel (tabel 2) menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna pada variabel pendidikan antara perlakuan dan kontrol ( $p > 0,05$ ), tetapi ada perbedaan bermakna pada variabel umur dan pekerjaan antara kelompok perlakuan dan kontrol ( $p < 0,05$ ).

## 3. Perbedaan Skor Pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi

Tabel 3 menunjukkan skor pengetahuan pra usila dan usila sebelum dan sesudah intervensi

(jawaban benar mendapat skor = 1 dan yang salah mendapat skor = 0) dari masing-masing pertanyaan, sehingga skor total maksimal 18 untuk 18 pertanyaan. Peningkatan skor pengetahuan pra usila dan usila pada kelompok yang diintervensi secara statistik semuanya bermakna, kecuali untuk pertanyaan tentang permukaan lantai rumah yang aman bagi usila.

Sedangkan untuk kelompok kontrol juga meningkat secara bermakna, kecuali untuk pertanyaan tentang permukaan lantai yang aman bagi usila, upaya pengobatan bagi usila yang sakit mata, pemeliharaan lantai kamar mandi dan atau WC, penempatan obat dan bahan berbahaya.

**Tabel 3. Hasil Uji-t Berpasangan Rerata Skor Pengetahuan tentang Pencegahan Kecelakaan Rumah Tangga Sebelum dan Sesudah Penyuluhan, Sleman 2003**

Pengetahuan Tentang Pencegahan Kecelakaan Rumah Tangga	Skor Kelompok Perlakuan			Skor Kelompok Kontrol		
	pre	post	p	pre	post	P
Tinggi tempat tidur yang aman	0,69	0,99	0,000	0,66	0,52	0,009
Jenis sarana lantai yang aman	0,66	0,99	0,000	0,65	0,21	0,000
Permukaan lantai rumah yang aman	0,96	0,99	0,096	0,93	0,98	0,071
Keadaan jok tempat duduk	0,36	0,96	0,000	0,30	0,43	0,015
Keadaan sandaran tempat duduk	0,83	0,97	0,000	0,74	0,86	0,003
Kebiasaan memeriksa lantai	0,46	0,93	0,000	0,40	0,57	0,003
Penempatan benda pada laci / rak	0,85	1,00	0,000	0,76	0,95	0,000
Temperatur air untuk mandi	0,34	0,91	0,000	0,46	0,82	0,000
Ruangan yg utama diberi penerangan	0,41	0,03	0,000	0,30	0,11	0,000
Besarnya cahaya lampu ruangan	0,78	1,00	0,000	0,81	0,98	0,000
Upaya pengobatan bila sakit mata	0,63	0,92	<b>0,000</b>	0,78	0,84	0,139
Perlunya penyangga badan di KM/ WC	0,46	0,88	0,000	0,56	0,88	0,001
Jenis Kloset untuk Pra Usila / Usila	0,29	0,69	0,000	0,47	0,82	0,001
Pemeliharaan lantai KM / WC	0,61	0,75	<b>0,002</b>	0,64	0,59	0,384
Upaya pengobatan Penyakit kronis	0,51	0,88	0,000	0,57	0,95	0,000
Penempatan obat & bahan berbahaya	0,44	0,08	<b>0,000</b>	0,42	0,48	0,288
Penulisan label pada obat-obatan	0,62	0,89	0,000	0,69	0,89	0,000
Alas kaki untuk di kebun yg berumput	0,28	0,69	0,000	0,28	0,52	0,000
Rerata skor total pengetahuan	9,89	13,89	0,000	10,15	11,89	0,000

**Tabel 4. Hasil Uji-t tidak Berpasangan terhadap Rerata Peningkatan Skor Pengetahuan tentang Pencegahan Kecelakaan Rumah Tangga, Sleman 2003**

Pengetahuan Responden	Rerata Skor Sebelum Penyuluhan	Rerata Skor Sesudah Penyuluhan	Peningkatan (%D)	Nilai p Perlakuan & Kontrol
Perlakuan	9,90	13,89	3,99 (40,30%)	0,000
Kontrol	10,15	11,89	1,74 (17,14%)	

**Tabel 5. Hasil Uji Regresi Ganda Metode *Backward* Semua Variabel yang Diduga Terkait dengan Pengetahuan tentang Pencegahan Kecelakaan Rumah Tangga, Sleman 2003**

Variabel	B	$\beta$	P	R2
Konstanta	6.244		0,000	0,097
Penyuluhan	-2.247	0,315	0,000	

4. Pengaruh penyuluhan terhadap peningkatan pengetahuan

Tabel 4 menunjukkan hasil uji-t tidak berpasangan terhadap peningkatan pengetahuan pencegahan kecelakaan rumah tangga pada pra usila dan usila antara responden kontrol dan responden perlakuan. Hasil analisis menunjukkan setelah penyuluhan terjadi peningkatan skor pengetahuan responden tentang pencegahan kecelakaan rumah tangga pada usia lanjut sebesar 40,30% untuk responden perlakuan dan 17,14% responden kontrol. Peningkatan skor pengetahuan tentang pencegahan kecelakaan rumah tangga terhadap usia lanjut pada responden yang mendapat penyuluhan, lebih tinggi dan bermakna secara statistik ( $p < 0,05$ ) dibandingkan dengan peningkatan skor pengetahuan responden yang tidak mendapat penyuluhan, hipotesis terbukti.

Tabel 5 menunjukkan hasil uji regresi ganda Metode *Backward* variabel umur, pendidikan, pekerjaan, dan penyuluhan terhadap peningkatan skor pengetahuan tentang pencegahan kecelakaan rumah tangga pada pra usila dan usila. Hasil analisis menunjukkan bahwa secara statistik peningkatan skor pengetahuan tentang pencegahan kecelakaan rumah tangga tidak dipengaruhi oleh umur, pendidikan, dan pekerjaan responden, tetapi hanya dipengaruhi oleh variabel penyuluhan sebesar 9,7%.

**Pembahasan**

Mekanisme terjadinya kecelakaan secara terperinci dapat dijelaskan dengan teori “*Domino-Sequence*”, sebagai deretan faktor yang tersusun atas 5 faktor penyebab terjadinya kecelakaan. *Pertama*, lingkungan sosial dan keturunan misalnya sifat-sifat keras kepala, acuh tak acuh dan sifat-sifat yang tidak baik dari keturunan dan lingkungan atau pendidikan yang buruk. *Kedua*, adanya unsur kesalahan atau kelainan yang ada pada diri seseorang misalnya sifat-sifat yang tidak

baik yang diperoleh dari pengalamannya, sehingga berpengaruh pada keselamatan orang lain. *Ketiga* adanya perbuatan yang tidak aman dan atau bahaya mekanik atau listrik, misalnya berdiri di bawah beban yang menggantung, berdiri di tangga yang sempit. *Keempat*, terjadinya kecelakaan misalnya terjatuh, tertimpa benda, terkena bahan beracun. *Kelima*, kelainan/luka akibat kecelakaan misalnya luka lecet, memar, luka bakar, luka terbuka, patah tulang dan lainnya.<sup>1</sup>

Hasil analisis data menunjukkan bahwa setelah penyuluhan terjadi peningkatan skor pengetahuan responden tentang pencegahan kecelakaan rumah tangga terhadap usia lanjut sebesar 40,30% pada responden perlakuan dan 17,14 pada responden kontrol. Peningkatan pengetahuan pada responden yang mendapat penyuluhan, lebih tinggi dan bermakna secara statistik ( $p < 0,05$ ) dibandingkan peningkatan skor pengetahuan responden yang tidak mendapat penyuluhan. Hal ini terjadi karena: 1. Media yang digunakan penyuluhan tepat sesuai dengan *audiencenya* pada penyuluhan ini; 2. Tehnik penyuluhan yang banyak menggunakan bahasa daerah setempat dan pendekatan komunikasi yang dilakukan lebih banyak pendekatan komunikasi interpersonal sangat membantu terjadinya peningkatan pengetahuan *audience*; 3. Lingkungan tempat dilakukannya penyuluhan ini sangat mendukung keberhasilannya karena dilakukan di tempat yang dekat dengan tempat tinggal mereka. Lingkungannya kondusif maksudnya tidak bising serta lokasinya yang teduh dan udaranya segar karena banyak pohon di sekitar tempat tersebut. Di samping itu tokoh masyarakat setempat banyak membantu untuk terselenggaranya penyuluhan tersebut.

Sedangkan terjadinya peningkatan pengetahuan pada kelompok kontrol meskipun tidak signifikan secara statistik, mungkin terjadi karena beberapa hal berikut:

1. Meskipun telah diusahakan kelompok kontrol di desa yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Sleman dan kelompok perlakuan di desa yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Melati yang terpisah cukup jauh, namun tidak tertutup kemungkinan anggota kelompok kontrol mendapatkan buku modul yang digunakan sebagai bahan media pada waktu penyuluhan terhadap kelompok intervensi, karena kedua kelompok itu lokasinya masih berada dalam satu kabupaten meskipun beda kecamatan yaitu Kecamatan Sleman dan Kecamatan Melati.
2. Kelompok kontrol kemungkinan sudah pernah terpajan informasi tersebut dari media lain sebelum adanya kegiatan penyuluhan ini.
3. Kemungkinan ada beberapa (meskipun hanya sedikit) butir soal evaluasi yang jawabannya bisa dijawab dengan logika sehingga meskipun belum pernah terpajan dengan informasi tersebut kelompok kontrol dapat menjawab dengan benar.

Untuk pertanyaan tentang permukaan lantai rumah yang aman bagi usaha dan pra usaha peningkatan secara statistik tidak bermakna pada kelompok yang diintervensi, kemungkinan terjadi karena butir soal evaluasi, opsi jawabannya menimbulkan persepsi yang berbeda-beda pada kelompok yang diintervensi.

Kelemahan penelitian ini bahwa evaluasi dilakukan hanya pada tingkat kognitif yaitu pada pengetahuan responden. Sedangkan pada aspek tindakan tidak dilakukan evaluasi. Meskipun peningkatan pengetahuan dapat menjadi salah satu faktor yang mendorong peningkatan tindakan, tetapi tidak mutlak. Seseorang yang meningkat pengetahuannya tentang upaya pencegahan kecelakaan rumah tangga belum menjadi jaminan bahwa yang bersangkutan akan meningkatkan tindakannya dalam upaya-upaya mencegah terjadinya kecelakaan rumah tangga. Hal tersebut karena masih ada faktor-lain yang mempengaruhi tindakan tersebut seperti: tersedianya sarana untuk melakukan upaya atau tindakan; biaya sosial yang mungkin harus ditanggung sebagai konsekuensi tindakan tersebut, pengaruh pihak lain yang kurang setuju adanya tindakan tersebut. Namun demikian dengan adanya peningkatan pengetahuan tentang pencegahan kecelakaan rumah tangga diharapkan menjadi modal dasar dalam meningkatkan upaya pencegahan kecelakaan

rumah tangga pada masing- masing individu.

### **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian diambil kesimpulan bahwa:

1. Penyuluhan dengan menggunakan modul pencegahan kecelakaan rumah tangga dapat meningkatkan skor pengetahuan pra usaha dan usaha tentang pencegahan kecelakaan rumah tangga sebesar 40,3%, dibanding kontrol 17,14 %.
2. Modul pencegahan kecelakaan rumah tangga pada pra usaha dan usaha tersebut dapat digunakan sebagai sarana awal untuk penelitian pengembangan modul sejenis dengan daerah dan besar sampel yang lebih besar.

### **Saran**

Penelitian pengembangan modul penyuluhan pencegahan kecelakaan masih relatif sedikit. Oleh sebab itu disarankan agar dilakukan penelitian lanjutan dengan daerah dan sampel yang lebih besar, menggunakan modul tersebut, tetapi lebih disempurnakan dengan meminta input dari pihak- pihak terkait.

### **Daftar Pustaka**

1. WHO. Domestic Accident, WHO Public Health Paper, Geneva, 1965.
2. Notosiswoyo. M. Kecelakaan Rumah Tangga di daerah Pedesaan dan Perkotaan, *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, tahun 14, No 5 Juni 1996, hlm 291-292.
3. Sirait, Anna. Laporan Penelitian Hipertensi, Gangguan Jiwa dan Kecelakaan Rumah Tangga di Rumah Susun, Badan Litbangkes Depkes, Jakarta, 1996.
4. Azwar Azrul, 9,4 Persen penduduk Indonesia Berusia Tua, *Harian Republika*, 22 Mei 2002, hlm 19.
5. Campbell DT & Stanley JC. *Experimental & Quasi experimental Design for Research*, Rand Mc.Nally College Publishing, Chicago, 1966: 47.

- 
6. BPS Badan Pusat Statistik. Statistik Kesejahteraan Rakyat (Welfare Statistics) 2002. Jakarta, 2002: 70-91.
  7. Lwanga, SK. & S. Lemeshow. Sample Size Determination in Health Studies (a practical manual). World Health Organization, Geneva, 1991:50-51.
  8. Heinrich H.W., Industrial Accident Prevention, London, 1957, Ed 4.
  9. Setiati Siti, Saatiya Pengobatan Usila Dibedakan, Harian Republika, 22 Mei 2002