

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN SIKAP DAN TINDAKAN
MASYARAKAT TERHADAP DISPEPSIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PALARAN**

SKRIPSI

**Untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai Derajat Sarjana S-1**

**Minat Promosi Kesehatan
Program Studi Kesehatan Masyarakat**



**Dina Maryana. B
NPM.22.13201.086**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS WIDYA GAMA MAHAKAM SAMARINDA**

2026

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini di ajukan oleh :

Nama : Dina Maryana

NPM : 22.13201.086

Peminatan : Promosi Kesehatan

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Masyarakat Terhadap Kejadian Dispepsia Di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Tahun 2026

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji pada Tanggal 17 April 2026 dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda.

Menyetujui
Dewan Penguji :

Ketua Penguji/Pembimbing I
Kartina Wulandari, SKM., M.Si.
NIDN. 1117068902

()

Anggota Penguji/Pembimbing II
Siti Hadijah Aspan, S.Keb., MPH
NIDN.1112069701

()

Anggota Penguji/Penguji I
Dr. Rosdiana, SKM., M.Kes.
NIDN. 1105127601

()

Anggota Penguji/Penguji II
Sulung Alfianto Akbar, S.Kom., M.MSI
NIDN. 118048602

()

Mengetahui
Dekan

Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda



Ilham Rahmatullah, SKM., M.Ling.
NIK. 2012.089.140

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dina Maryana. B

NPM 2213201086

Judul Skripsi : HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN SIKAP DAN
TINDAKAN MASYARAKAT TERHADAP DISPEPSIA DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS PALARAN TAHUN 2026

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa penelitian Laporan Skripsi berdasarkan hasil penelitian, pemikiran dan pemaparan asli dari peneliti sendiri, baik untuk naskah laporan maupun kegiatan programing yang tercantum sebagai bagian dari Laporan Skripsi ini. Jika terdapat karya orang lain, peneliti akan mencantumkan sumber secara jelas.

Dengan demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh, karena karya tulis ini dan sanksi lain sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Samarinda, Maret 2026

Yang Membuat Pernyataan,



Dina Maryana. B

NPM. 2213201086

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dina Maryana. B

NPM : 2213201086

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis Karya : Skripsi

Judul : HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN SIKAP DAN
TINDAKAN MASYARAKAT TERHADAP DISPEPSIA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS PALARAN TAHUN 2026

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk

1. Memberikan hak bebas royalti kepada Perpustakaan UWGM Samarinda atas penelitian karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan / mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), mendistribusikannya, serta menampilkannya dalam bentuk softcopy untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan UWGM Samarinda, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai peneliti / pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan UWGM Samarinda, dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atau pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya

Samarinda, April 2026

Yang membuat pernyataan,



Dina Maryana. B

NPM.22.13201.086

ABSTRAK

Dina Maryana. B. 2026. Hubungan Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Masyarakat Terhadap Kejadian Dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Tahun 2026. Dibawah Bimbingan Ibu Kartina Wulandari, SKM., M.Si., selaku Pembimbing I (satu) dan Ibu Siti Hadijah Aspan, S.Keb., MPH, selaku Pembimbing II (dua).

Dispepsia merupakan masalah kesehatan yang masih tinggi di masyarakat, termasuk di wilayah kerja Puskesmas Palaran, dengan proporsi kejadian yang cukup besar pada kelompok usia produktif. Tingginya kejadian ini diduga berkaitan dengan faktor perilaku seperti pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat dalam menjaga kesehatan pencernaan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan dengan kejadian dispepsia.

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain analitik *cross sectional* dengan jumlah sampel sebanyak 97 responden. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya, kemudian dianalisis menggunakan uji *Chi-Square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian dispepsia dialami oleh 55 responden (56,7%). Mayoritas responden memiliki pengetahuan baik (74,2%), namun sikap responden didominasi kategori kurang baik (84,5%) serta tindakan responden sebagian besar juga kurang baik (55,7%). Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan ($p = 0,935$), sikap ($p = 0,156$), dan tindakan ($p = 0,137$) dengan kejadian dispepsia.

Kesimpulannya, tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan dengan kejadian dispepsia di wilayah kerja Puskesmas Palaran. Diperlukan upaya edukasi kesehatan yang lebih efektif untuk mendorong perubahan perilaku masyarakat dalam pencegahan dispepsia.

Katakunci: dispepsia, pengetahuan, sikap, tindakan

ABSTRACT

Dina Maryana. B. 2026. The Relationship Between Knowledge, Attitude, and Practice of the Community Toward Dyspepsia in the Working Area of Puskesmas Palaran in 2026. Supervised by Kartina Wulandari, SKM., M.Si. as the first supervisor and Siti Hadijah Aspan, S.Keb., MPH as the second supervisor.

Dyspepsia remains a significant health problem in the community, including in the working area of Puskesmas Palaran, with a relatively high proportion of cases, especially among the productive age group. This high incidence is assumed to be related to behavioral factors such as knowledge, attitude, and practice of the community in maintaining digestive health. This study aimed to determine the relationship between knowledge, attitude, and practice with the incidence of dyspepsia.

This study used a quantitative method with an analytical cross-sectional design involving 97 respondents. Data were collected using questionnaires that had been tested for validity and reliability, and were analyzed using the Chi-Square test.

The results showed that dyspepsia occurred in 55 respondents (56.7%). Most respondents had good knowledge (74.2%), while attitudes were predominantly poor (84.5%) and practices were mostly poor (55.7%). The bivariate analysis showed that there was no significant relationship between knowledge ($p = 0.935$), attitude ($p = 0.156$), and practice ($p = 0.137$) with the incidence of dyspepsia.

In conclusion, there is no relationship between knowledge, attitude, and practice with the incidence of dyspepsia in the working area of Puskesmas Palaran. More effective health education efforts are needed to encourage behavioral changes in the prevention of dyspepsia.

Keywords: *dyspepsia, knowledge, attitude, practice*

RIWAYAT HIDUP



DINA MARYANA. B lahir pada tanggal 01 Januari 2004 di Kabupaten Nunukan Kalimantan Utara, Beragama Islam dan bersuku Mandar Pinrang, Domisili di Jl. Wahid Hasyim Gang Kampus Biru Blok E Kos Griya Kota Samarinda. Merupakan anak pertama dari 3 bersaudara, dari pasangan Bapak Alm. Baharuddin dan Ibu Ariyani Abbas. Pendidikan dimulai dari Sekolah Dasar Negeri 004 Nunukan Kab. Nunukan Kalimantan Utara dan lulus Tahun 2016, kemudian melanjutkan pendidikan di Sekolah Menengah Pertama Negeri 1 Nunukan Selatan Kab. Nunukan Kalimantan Utara dan lulus Tahun 2019, dan melanjutkan pendidikan di Sekolah Menengah Atas Negeri 1 Nunukan Selatan Kab. Nunukan Kalimantan Utara lulus pada Tahun 2022. Kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi Strata 1 di Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda Fakultas Kesehatan Masyarakat. Peminatan Promosi Kesehatan. Selama berkuliah penulis aktif dalam kegiatan Badan Perwakilan Mahasiswa (BPM) sebagai anggota, penulis menjalani Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) 1 dan 2 masing-masing selama satu bulan di Desa Bukit Pariaman (KKN) di Desa Kerta Buana, Kecamatan Tenggarong Sebrang, kemudian melaksanakan Magang di Puskesmas Wonorejo, melakukan Uji Validitas Kuesioner di Puskesmas Bengkuring, dan melakukan Penelitian di Puskesmas Palaran.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan judul "Hubungan Tingkat Pengetahuan Sikap dan Tindakan Masyarakat Terhadap Dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Tahun 2026" tepat pada waktunya.

Penulis menyadari bahwa tersusunnya proposal penelitian ini karena adanya bantuan dan dukungan serta bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis tidak lupa mengucapkan banyak terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Bapak prof. DR. Husaini Usman, M.Pd., M.T selaku Rektor Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda.
2. Bapak Ilham Rahmatullah, SKM., M.Ling. selaku Dekan Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda.
3. Ibu Apriyani, SKM., MPH selaku Wakil Dekan Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda.
4. Bapak Istiarto, SKM., M.Kes selaku Ketua Program Studi Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda.
5. Ibu Siti Hadijah Aspan, S.Keb., MPH selaku Sekretaris Program Studi Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda.
6. Dengan penuh rasa hormat, saya mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada Ibu Kartina Wulandari, SKM., M. Si., dan Ibu Siti Hadijah Aspan, S.Keb., MPH., selaku Pembimbing I (satu) dan Pembimbing II (dua) saya dengan penuh kesabaran, kebaikan, dan perhatian telah membimbing saya. Terima kasih atas segala arahan, dukungan, serta dorongan yang slalu memotivasi saya untuk terus maju dan menyelesaikan karya ini dengan baik.
7. Bapak Alm. Baharuddin, bapakku tercinta yang selalu menjadi sosok terpenting dalam hidup penulis. Pak, meskipun engkau telah tiada, namun kasih sayang, doa, dan segala pengorbananmu tidak pernah hilang. Setiap langkah yang penulis tempuh hingga berada di titik ini adalah berkat didikan dan perjuanganmu. Rasa kehilanganmu adalah hal yang tidak pernah mudah, karena seorang bapak bukan hanya tempat bersandar, tetapi juga sumber kekuatan dan harapan dalam hidup. Penulis sering membayangkan andai bapak masih ada untuk melihat pencapaian ini. Namun penulis percaya, dari tempat terbaik di sisi Allah Bapak selalu

mendoakan dan tersenyum bangga. Terima kasih banyak bapak.

8. Kepada Mama Aiyan Abbas, bidadari surgaku beliau bukan hanya seorang ibu, tetapi juga sahabat, guru, dan cahaya dalam setiap langkah hidup penulis. Dari tangannya yang lembut, penulis belajar arti ketulusan. Dari air matanya, penulis memahami makna perjuangan. Dari doanya yang tak pernah putus, penulis mengenal cinta sejati yang tak bersyarat. Kalau untuk mendeskripsikan beliau, tidak akan pernah cukup dengan satu skripsi ini, bahkan seribu halaman pun tidak akan mampu menampung besarnya kasih sayang dan pengorbanan beliau. Tanpa beliau, penulis bukanlah siapa siapa. Terimakasih banyak atas kasih sayang tanpa batas yang tak pernah lekang oleh waktu, serta atas kesabaran dan pengorbanan yang senantiasa mengiringi setiap langkah perjalanan hidup penulis. Beliau memang tidak menempuh pendidikan hingga perguruan tinggi, namun dengan tekad yang kuat, kerja keras, dan doa yang tak pernah berhenti, beliau mampu mengantarkan anaknya menjadi seorang sarjana. Dalam setiap tutur dan tindakannya, penulis belajar banyak hal yang bahkan tak slalu diajarkan di ruang perkuliahan. Beliau adalah guru kehidupan yang luar biasa dengan ketulusan dan keikhlasan telah mendidik penulis menjadi pribadi yang kuat, berbakti, dan penuh rasa syukur.
9. Untuk kedua adikku, Diva Qhumayro. B dan Ahmad Al Absiy. B, yang selalu ada dalam proses ini. Mungkin kalian tidak selalu tahu bagaimana proses yang penulis jalani, tapi kehadiran kalian cukup untuk jadi penguat di saat lelah. Hal-hal kecil dari kalian ternyata berarti lebih dari yang penulis sadari. Semoga apa yang penulis capai hari ini bisa menjadi sesuatu yang juga kalian rasakan, dan suatu hari nanti kalian bisa melangkah lebih jauh dari ini.
10. Dengan penuh rasa terima kasih, saya persembahkan penghargaan kepada keluarga saya tercinta yang telah banyak membantu dan mendukung, baik secara moril maupun materil selama masa perkuliahan. Terima kasih atas doa, pengorbanan, dan bantuan dalam memenuhi berbagai keperluan saya hingga saya dapat menyelesaikan pendidikan ini. Semoga segala kebaikan yang diberikan mendapat balasan yang berlipat ganda.
11. Terima kasih untuk Riska Aura Febrianti, teman seperjuangan yang selalu ada dalam setiap proses hingga titik ini.
12. Febry Afrizal, Yormatiana yang slalu ada selama proses ini terima kasih atas kebersamaan, dukungan, dan hal-hal kecil yang tanpa disadari sangat berarti.

13. Terima kasih untuk Putri Winata Lillin, Ayunita Sardila, Adinda Paskasia, Camilla Noor Hafidza, dan Amelia Nurhikmah atas kebersamaan dan dukungan selama ini.

Penulis menyadari bahwa proposal ini masih memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan demi perbaikan dan penyempurnaan di tahap selanjutnya.

Samarinda, 24 September 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	iv
ABSTRAK.....	v
<i>ABSTRACT</i>.....	vi
RIWAYAT HIDUP	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I	15
PENDAHULUAN	15
A. Latar belakang.....	15
B. Rumusan masalah	17
C. Tujuan.....	18
D. Manfaat Penelitian	18
BAB II.....	20
TINJAUAN PUSTAKA	20
A. Landasan Teori	20
B. Penelitian Terdahulu.....	45
C. Kerangka Teori.....	48
D. Kerangka Konsep.....	49
E. Hipotesis	49
BAB III	50
METODOLOGI PENELITIAN	50
A. Desain Penelitian.....	50
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	50
C. Populasi dan Sampel.....	50
D. Instrumen Penelitian	52
E. Teknik Penguji Instrumen.....	55
F. Pengumpulan Data	57
G. Teknik Pengolahan Data.....	58

H. Teknik Analisis Data.....	58
I. Jadwal Penelitian.....	59
J. Definisi Operasional.....	59
BAB IV.....	61
HASIL DAN PEMBAHASAN	61
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	61
B. Hasil Penelitian dan Analisis Data	62
C. Pembahasan	69
D. Keterbatasan Penelitian.....	74
BAB V.....	75
PENUTUP	75
A. Kesimpulan.....	75
B. Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA.....	76
LAMPIRAN KUESIONER PENELITIAN	80

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Penyebab Sindrom Dispepsia.....	21
Tabel 2. 2 Penelitian Terdahulu.....	45
Tabel 3. 1 Skoring Skala Guttman	53
Tabel 3. 2 Skoring Skala Likert Kuesioner Sikap	53
Tabel 3. 3 Skoring Skala Likert Kuesioner Tindakan	54
Tabel 3. 4 Kisi - Kisi Pertanyaan Kuesioner	54
Tabel 3. 5 Jadwal Penelitian.....	59
Tabel 3. 6 Definisi Operasional.....	59
Tabel 3. 7 Kuesioner Pengetahuan Dispepsia	81
Tabel 3. 8 Kuesioner Sikap Dispepsia.....	82
Tabel 3. 9 Kuesioner Tindakan Dispepsia.....	83

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Alur Diagnosis Dispepsia	23
Gambar 2. 2 Kerangka Teori	48
Gambar 2. 3 Kerangka Konsep	49

DAFTAR SINGKATAN

UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	: Upaya Kesehatan Perseorangan
SD	: Sekolah Dasar
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA/SMK	: Sekolah Menengah Atas/Sekolah Menengah Kejuruan
IRT	: Ibu Rumah Tangga
H ₀	: Hipotesis Nol
WHO	: <i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Sebelum Uji Validitas & Reliabilitas

Lampiran 2 Hasil Uji Validitas & Reliabilitas Kuesioner

Lampiran 3 Kuesioner Final

Lampiran 4 Master Data

Lampiran 5 Analisis Univariat

Lampiran 6 Analisis Bivariat

Lampiran 7 Surat Permohonan Penelitian

Lampiran 8 Surat izin Penelitian

lampiran 9 Surat Keterangan Sudah Selesai Penelitian

lampiran 10 Dokumentasi Kegiatan Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Dispepsia merupakan gangguan pada sistem pencernaan yang ditandai dengan keluhan nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati, perut terasa penuh, cepat kenyang, mual, kembung, dan sering bersendawa. Kondisi ini banyak ditemukan di masyarakat dan sering dianggap sebagai keluhan ringan, padahal dapat berdampak pada kualitas hidup dan produktivitas penderitanya. Oleh karena itu, dispepsia tidak hanya menjadi masalah klinis, tetapi juga merupakan persoalan kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian.

Dispepsia dapat menimbulkan dampak fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi. Keluhan yang berlangsung lama dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, menurunkan nafsu makan, menyebabkan stres, serta meningkatkan risiko komplikasi seperti tukak peptikum dan perdarahan saluran cerna. Dari sisi pelayanan kesehatan, tingginya kunjungan pasien dengan keluhan dispepsia di fasilitas kesehatan primer berkontribusi terhadap meningkatnya beban pelayanan puskesmas. Kondisi ini menunjukkan bahwa dispepsia merupakan masalah yang bersifat mendesak dan memerlukan upaya pengendalian yang lebih optimal.

Secara global, *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa prevalensi dispepsia berkisar antara 13–40% setiap tahun, dengan variasi yang cukup besar antarnegara. Beberapa negara melaporkan prevalensi tinggi, seperti Amerika Serikat (23–25,8%), India (30,4%), dan China (23,3%). Data ini menunjukkan bahwa dispepsia merupakan masalah kesehatan masyarakat global.

Di Indonesia, dispepsia termasuk penyakit tidak menular yang sering ditemukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021, dispepsia merupakan salah satu dari lima penyakit terbanyak penyebab rawat inap dengan jumlah 18.807 kasus, terdiri dari 39,8% pada laki-laki dan 60,2% pada perempuan. Selain itu, pada tahun-tahun berikutnya angka kejadian dispepsia menunjukkan tren peningkatan dan banyak ditemukan pada kelompok usia produktif.

Pada tingkat regional, data Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur menunjukkan bahwa keluhan dispepsia menempati peringkat atas dari sepuluh penyakit terbanyak di puskesmas. Di Kota Samarinda, dispepsia berada pada peringkat ketiga dari sepuluh penyakit terbanyak dengan jumlah 29.329 kasus pada tahun 2024. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Samarinda, Puskesmas Sidomulyo menempati urutan pertama dengan 2.328 kasus, Puskesmas Baqa urutan kedua dengan 1.918 kasus, dan Puskesmas Palaran urutan ketiga dengan 1.853 kasus.

Di wilayah kerja Puskesmas Palaran sendiri, jumlah kasus dispepsia menunjukkan tren peningkatan yang sangat signifikan dalam empat tahun terakhir. Berdasarkan data laporan Puskesmas Palaran, pada tahun 2022 tercatat sebanyak 982 kasus dispepsia. Jumlah tersebut meningkat pada tahun 2023 menjadi 1.068 kasus. Peningkatan yang lebih tajam terjadi pada tahun 2024 dengan jumlah kasus mencapai 1.829 kasus, dan kembali mengalami kenaikan pada tahun 2025 menjadi 2.057 kasus. Tren peningkatan kasus yang konsisten dari tahun ke tahun ini menunjukkan bahwa dispepsia masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius dan belum tertangani secara optimal di wilayah kerja Puskesmas Palaran.

Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa dispepsia berkaitan erat dengan faktor perilaku. Penelitian Dewi (2017) menyatakan bahwa responden dengan pola makan tidak teratur memiliki risiko lebih tinggi mengalami dispepsia. Penelitian Sumari dan Andriani (2019) menunjukkan bahwa faktor usia, jenis kelamin, stres, dan kebiasaan makan berpengaruh terhadap kejadian dispepsia. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa rendahnya tingkat pengetahuan dan sikap yang kurang mendukung perilaku hidup sehat berkontribusi terhadap meningkatnya gangguan pencernaan.

Namun demikian, penelitian yang secara khusus mengkaji hubungan antara tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat terhadap kejadian dispepsia masih terbatas, terutama pada tingkat pelayanan kesehatan primer di wilayah kerja Puskesmas Palaran. Keterbatasan ini menunjukkan adanya kesenjangan penelitian yang perlu diisi melalui penelitian yang lebih terfokus pada aspek perilaku masyarakat.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menekan angka kejadian dispepsia, seperti promosi kesehatan, penyuluhan pola makan sehat, dan edukasi gaya hidup di puskesmas. Upaya tersebut relatif mudah dilakukan dan tidak memerlukan biaya besar. Namun, kenyataannya angka kejadian dispepsia masih tinggi. Hal ini diduga karena edukasi yang diberikan masih bersifat umum, keterbatasan media promosi kesehatan, serta rendahnya perubahan pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat. Akibatnya, pesan kesehatan yang disampaikan belum sepenuhnya mendorong perubahan perilaku secara berkelanjutan.

Pemilihan Puskesmas Palaran sebagai lokasi penelitian didasarkan pada tingginya jumlah kasus dispepsia serta adanya tren peningkatan kasus yang konsisten dalam empat tahun terakhir di wilayah tersebut. Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti melalui telaah data laporan puskesmas dan wawancara singkat dengan petugas kesehatan menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat memiliki pola makan tidak teratur, sering mengonsumsi makanan pedas dan minuman berkafein, serta belum memahami faktor risiko dan upaya pencegahan dispepsia secara optimal.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian mengenai hubungan tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat terhadap kejadian dispepsia di wilayah kerja Puskesmas Palaran penting untuk dilakukan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam perencanaan program promosi kesehatan yang lebih tepat sasaran dan efektif dalam menurunkan angka kejadian dispepsia.

B. Rumusan masalah

Apakah Terdapat Hubungan Tingkat Pengetahuan Sikap dan Tindakan Masyarakat Terhadap Kejadian Dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Tahun 2026?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui Hubungan tingkat Pengetahuan, Sikap dan Tindakan terhadap Dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2025

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2025
- b. Untuk mengetahui hubungan antara tingkat sikap dengan kejadian dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2025
- c. Untuk mengetahui hubungan antara tingkat tindakan dengan kejadian dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2025

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan referensi tambahan dalam pengembangan kajian mengenai hubungan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat dengan kejadian penyakit tidak menular seperti dispepsia.

- b. Bagi Peneliti

Penelitian ini memberikan pengalaman dan pemahaman mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kejadian dispepsia di masyarakat.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Dinas Kesehatan Kota Samarinda

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan evaluasi upaya promotif dan preventif seperti peningkatan edukasi masyarakat mengenai pola makan sehat dan pengendalian stres.

b. Bagi UPT Puskesmas Palaran

Hasil penelitian ini puskesmas dapat meningkatkan efektivitas program promosi kesehatan dan penyuluhan yang difokuskan pada perubahan gaya hidup sehat, keteraturan makan, serta penghindaran konsumsi makanan dan minuman yang berisiko.

c. Bagi Masyarakat di Wilayah Puskesmas Palaran

Hasil penelitian juga dapat digunakan sebagai bahan edukasi yang mudah dipahami, sehingga mendorong masyarakat untuk menerapkan kebiasaan hidup sehat guna mengurangi risiko terjadi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Dispepsia

a. Definisi

Dispepsia berasal dari bahasa Yunani, terdiri dari dua kata yaitu “*dys*” yang artinya buruk dan “*peptei*” yang artinya pencernaan. Jadi dispepsia artinya pencernaan yang buruk. Perubahan gaya hidup dan pola makan masih menjadi penyebab utama terjadinya gangguan pencernaan (Wijaya et al., 2020).

Dispepsia merupakan sekumpulan gejala meliputi nyeri atau rasa terbakar di ulu hati, perut terasa penuh setelah makan (sensasi tidak menyenangkan karena makanan tertahan dilambung), dan cepat kenyang (rasa kenyang yang tidak sebanding dengan jumlah makanan yang dikonsumsi dan mencegah pasien menghabiskan makanan), serta mual dan muntah. Nyeri ulu hati (sensasi terbakar dirongga dada) tidak termasuk gejala utama, namun sering kali muncul sebagai gejala tambahan (Moayyedi et al., 2021). Diagnosis berdasarkan kriteria Rome IV, mendefinisikan dispepsia fungsional sebagai adanya satu atau lebih gejala, seperti nyeri epigastrik, rasa terbakar, cepat kenyang, dan rasa penuh pasca makan, dan tidak adanya penyakit struktural yang dapat dideteksi melalui endoskopi. Gejala-gejala ini mungkin cukup parah hingga mengganggu aktivitas sehari-hari (Fransiskus & Zavala, 2024).

b. Epidemiologi

Dispepsia merupakan kasus yang sangat sering di jumpai pada masyarakat dan dalam praktik medis. Masyarakat Indonesia sering menyebutnya sebagai gejala “*maag*”. Berdasarkan penelitian populasi umum kejadian dispepsia terdapat 15-30% orang dewasa pernah mengalami keluhan umum dari dispepsia (Djojongrat, 2014). Berdasarkan konsensus Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter pylori* (2014), prevalensi pasien dispepsia di pelayanan kesehatan mencakup 30% dari pelayanan dokter umum dan 50% dari

pelayanan dokter spesialis *gastroenterology*. Berdasarkan hasil penelitian dari Nasution dkk (2015) didapatkan hasil sebesar 84% pelajar yang memiliki pola makan tidak teratur cenderung mengalami gejala dispepsia lebih besar dibandingkan dengan pelajar yang memiliki pola makan yang teratur (Nasution dalam Irfan, 2019).

Hasil studi dari Negara-negara Asia didapatkan kejadian dispepsia 43%-79,5% adalah dispepsia fungsional (Makmun et al., 2014). Beberapa penelitian menunjukkan perbandingan prevalensi yang terkena dispepsia jauh lebih banyak perempuan di bandingkan laki-laki yaitu 4:1 (Dewi, 2017). Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia, pada tahun 2012 dispepsia berada pada urutan ke-6 dari 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat inap di rumah sakit dengan jumlah kasus sebanyak 33.500 (39,14%) pada laki-laki dan (60,86%) pada perempuan (Kemenkes RI, 2012).

c. Etiologi

Dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai penyakit, baik penyakit yang berasal dari dalam lambung, diluar lambung, ataupun manifestasi sekunder dari penyakit sistemik (Djojoningrat, 2014). Berikut ini merupakan berbagai penyebab dari sindrom dispepsia yang dapat dilihat di tabel dibawah ini :

Tabel 2. 1 Penyebab Sindrom Dispepsia

Penyebab sindrom dispepsia	
<i>Esofagogastro-duodenal</i>	Tukak peptic, gastritis, tumor dan sebagainya
Obat-obatan	Anti inflamasi non steroid, teofilin, digitalis, antibiotic dan sebagainya
<i>Hepatobilier</i>	Hepatitis, kolesistitis, tumor, disfungsi sfingter oddi dan sebagainya
Pankreas	Pankreas, keganasan
Penyakit sistematik	Diabetes melitus, penyakit tiroid, gagal ginjal, penyakit jantung

	koroner, dan lain lain
Gangguan fungsional	Dispepsia fungsional, <i>irritable bowel syndrome</i>

Sumber: Djojoningrat (2014)

d. Klasifikasi

Dispepsia terbagi menjadi dua golongan yaitu dispepsia organik atau yang sering disebut dengan dispepsia struktural dan dispepsia non-organik atau yang sering disebut dengan dispepsia fungsional.

- a) Dispepsia organik terjadi karena adanya kelainan organik. Pada dispepsia organik terlihat kelainan yang nyata terlihat pada endoskopi terhadap organ saluran pencernaan seperti ulkus peptik atau yang dikenal dengan tukak peptik, gastritis, *stomach cancer*, *gastro esophageal reflux disease* (GERD), hiperasiditas.
- b) Dispepsia non organik tidak ditemukan karena lebih banyak gejala dipicu oleh adanya kelainan saat dilakukan konsumsi makanan ($\pm 80\%$) maka pemeriksaan fisik dan endoskopi, penggolongan dispepsia fungsional hanya ditandai dengan nyeri atau tidak nyaman perut bagian atas yang kronis atau berulang. Awalnya dispepsia fungsional dibedakan menjadi 3 golongan yaitu '*ulcer-like*', '*reflux like*', dan '*dysmotility-like*'. Namun karena lebih banyak gejala dipicu oleh konsumsi makanan (80%) maka penggolongan dispepsia fungsional saat ini dibagi menjadi dua yaitu sindrom nyeri epigastrium (rasa terbakar) dan sindrom distress postprandial (rasa penuh pasca-saat makan dan cepat kenyang) (Zakiah et al., 2021).

e. Diagnosis

Keluhan utama yang menjadi kunci untuk mendiagnosis dispepsia adalah adanya nyeri dan atau rasa tidak nyaman pada perut bagian atas. Apabila kelainan organik ditemukan, dipikirkan kemungkinan diagnosis banding dispepsia organik, sedangkan bila tidak ditemukan kelainan organik apa pun, dipikirkan kecurigaan ke arah dispepsia fungsional. Penting diingat bahwa dispepsia fungsional merupakan diagnosis *by exclusion*, sehingga idealnya terlebih dahulu harus benar-benar dipastikan

tidak ada kelainan yang bersifat organik (*Montalto et al.*, 2004).

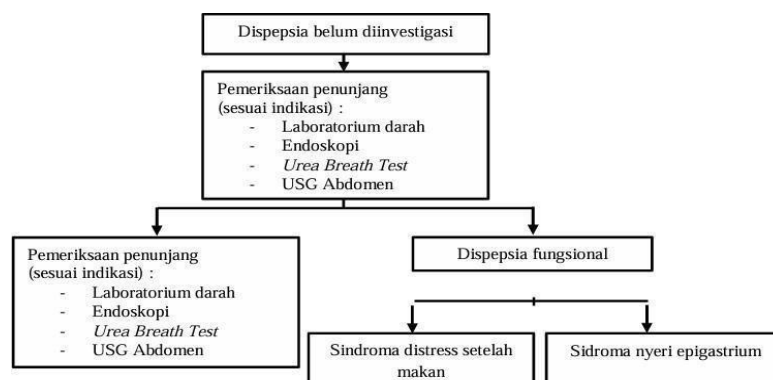
Dispepsia fungsional mengacu kepada kriteria Roma III. Kriteria Roma III belum divalidasi di Indonesia. Konsensus Asia- Pasifik (2012) memutuskan untuk mengikuti konsep dari kriteria diagnosis Roma III dengan penambahan gejala berupa kembung pada abdomen bagian atas yang umum ditemui sebagai gejala dispepsia fungsional (Miwa H, 2012).

Dispepsia menurut kriteria Roma III adalah suatu penyakit dengan satu atau lebih gejala yang berhubungan dengan gangguan di gastroduodenal:

- 1) Nyeri epigastriu
- 2) Rasa terbakar di epigastrium
- 3) Rasa penuh atau rasa tidak nyaman setelah makan
- 4) Rasa cepat kenyang

Gejala yang dirasakan harus berlangsung setidaknya selama tiga bulan terakhir dengan awitan gejala enam bulan sebelum diagnosis ditegakkan. Kriteria Roma III membagi dispepsia fungsional menjadi 2 sub grup, yakni *epigastric pain syndrome* dan *postprandial distress syndrome*. Akan tetapi, bukti terkini menunjukkan bahwa terdapat tumpang tindih diagnosis dalam dua pertiga pasien dispepsia (Ford & Moayyedi, 2013). Gejala yang di rasakan harus berlangsung kurang lebih selama tiga bulan terakhir (Konsensus *et al.*, 2014).

Diagnosis dispepsia dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan lab, dan pemeriksaan penunjang lainnya (Wood, 2016). Berikut merupakan alur diagnosis dispepsia yang belum diinvestigasi :



Gambar 2. 1 Alur Diagnosis Dispepsia

Terdapat tanda bahaya yang harus dievaluasi pada pasien yang datang dengan keluhan dispepsia, keluhan ini harus dilakukan investigasi lebih dahulu dengan endoskopi, tanda bahaya dyspepsia yaitu penurunan berat badan, pendarahan saluran cerna, anemia demam, *disfagia progresif*, muntah rekuren atau persisten, massadi daerah abdomen bagian atas, dan riwayat keluarga kanker lambung.

f. Komplikasi Dispepsia

Penderita dyspepsia dapat memicu terjadinya komplikasi seperti :

- 1) Ulkus peptikum
- 2) Kanker lambung
- 3) Pendarahan saluran cerna
- 4) Anemia dan penurunan berat badan

g. Pencegahan

Pencegahan dispepsia bisa dilakukan menggunakan cara mengelola gaya hidup yang lebih baik. Pola makan yang baik dan teratur, mengkonsumsi makanan yang seimbang dengan kebutuhan dan jadwal makan yang teratur, sebaiknya tidak mengkonsumsi makanan yang mengandung asam tinggi, cabai, alkohol, dan pantang merokok, bila harus makan obat karena sesuatu penyakit, misalnya sakit kepala, gunakan obat secara wajar dan tidak mengganggu kinerja lambung.

h. Faktor yang mempengaruhi Dispepsia

Dari sudut pandang *patofisiologis*, proses yang paling banyak dibicarakan dan potensial berhubungan dengan dispepsia fungsional yaitu sekresi asam lambung, *hipersensitivitas viseral*, disfungsi *autonom*, psikologis, pola makan dan faktor lingkungan (Djojoningrat, 2014).

a. Sekresi Asam Lambung

Sel kelenjar pada lambung menghasilkan asam lambung sekitar 2500 ml tiap hari. Hasil sekresi lambung berupa asam hidroklorida (HCl) dan pepsinogen. Dinding dalam mukosa lambung dilindungi oleh mukus dan lapisan mukosa lambung yang juga disebut sebagai sawar mukosa. Apabila sawar mukosa lambung terganggu maka hasil sekresi lambung akan merusak mukosa lambung sehingga akan

menyebabkan iritasi pada mukosa lambung akibat kuatnya konsentrasi asam dari HCl dan pepsinogen dalam lambung (Gopalan, 2022).

Pada dispepsia fungsional diduga terjadi akibat adanya peningkatan sensitivitas mukosa lambung terhadap asam sehingga menimbulkan rasa tidak enak pada perut (Djojongrat, 2014).

b. Hipersensitivitas Viseral

Dinding usus mempunyai berbagai reseptor, diantaranya ; reseptor kimiawi, mekanik dan *nociceptor*. Beberapa pasien dengan keluhan dispepsia mempunyai ambang nyeri yang lebih rendah. Peningkatan persepsi tersebut tidak terbatas pada distensi mekanis, tetapi juga dapat nutrisi, atau hormon, seperti *koletokinin* dan *glucagon-like peptide* (Djojongrat, 2014).

Berdasarkan studi, Hipersensitivitas *viseral* memainkan peranan penting pada semua gangguan fungsional dan dilaporkan terjadi pada 30-40% pasien dengan dispepsia fungsional (Djojongrat, 2014).

c. Disfungsi Autonom

Disfungsi persarafan vagal memiliki peran dalam terjadinya hipersensitivitas gastrointestinal pada kasus 15 dispepsia fungsional. Adanya *neuropati vagal* juga diduga berperan dalam kegagalan relaksasi bagian proksimal lambung sewaktu menerima makanan, sehingga menimbulkan gangguan akomodasi lambung dan rasa cepat kenyang (Djojongrat, 2014).

d. Psikologis dan Lingkungan

Pada sebuah penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor terjadinya dispepsia fungsional adalah gangguan *psikologis*. Kejadian dispepsia fungsional berkaitan dengan adanya stress, peningkatan kecemasan, depresi dan gangguan somatisasi. Hal di atas dapat berpengaruh terhadap fungsi gastrointestinal, adanya penurunan kontraktilitas lambung (Djojongrat, 2014).

e. Pola Makan

Faktor makanan menjadi penyebab potensial dari gejala dispepsia

fungsional. Frekuensi makan yang kurang dari 3 x sehari, serta tidak sarapan pagi dan sarapan pagi yang tergesa- gesa dapat mengganggu proses metabolisme tubuh. seseorang dengan dispepsia fungsional cenderung mengubah pola makan karena adanya intoleransi terhadap beberapa makanan khususnya makanan berlemak yang telah dikaitkan dengan dispepsia. Intoleransi lainnya dengan prevalensi yang dilaporkan lebih besar dari 40% termasuk rempah-rempah, alkohol, makanan pedas, coklat, paprika, buah jeruk, dan ikan (Chan dalam Dewi, 2017).

2. Pengetahuan

a. Definisi

Menurut Notoatmodjo dalam Naomi (2019), pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh mata dan telinga.

Notoatmodjo menjelaskan bahwa pengetahuan adalah domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan atau perilaku seseorang. Artinya, sebelum seseorang melakukan suatu tindakan secara sadar, ia harus memiliki pengetahuan terlebih dahulu tentang apa yang akan dilakukannya (Beno et al., 2022).

b. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan sendiri terdiri dari beberapa tingkatan, antara lain:

1. Tahu (*Know*)

Definisi tahu adalah kemampuan untuk mengingat konten yang dipelajari sebelumnya. Tingkat pengetahuan ini mencakup kemampuan untuk mengingat subset tertentu dari semua informasi yang dipelajari atau rangsangan yang dihadapi.

2. Memahami (*Comprehension*)

Kemampuan untuk secara akurat dan tenang menjelaskan hal yang akrab dan dapat memahami informasi dengan benar dikenal

sebagai pemahaman. Orang yang telah memahami materi pelajaran atau objek harus mampu mendeskripsikan, mengilustrasikan, menarik kesimpulan, membuat prediksi, dan lain sebagainya mengenai materi pelajaran yang diteliti.

3. Aplikasi (*Application*)

Dapat digambarkan sebagai kapasitas untuk menerapkan pengetahuan yang diperoleh dalam pengaturan dunia nyata. Istilah "aplikasi" dalam konteks ini mengacu pada pemanfaatan atau penerapan aturan, persamaan, prosedur, ide, dan sebagainya dalam keadaan atau konteks yang berbeda.

4. Analisis (*Analysis*)

Kemampuan untuk memecah bahan atau objek menjadi bagian-bagian komponennya sambil mempertahankan struktur organisasi dan keterkaitan dikenal sebagai analisis. Cara kata kerja digunakan untuk menggambarkan, mengidentifikasi, memisahkan, mengelompokkan, dan operasi 5 lainnya menunjukkan keterampilan analitis ini.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Kemampuan untuk mengatur atau menggabungkan komponen untuk menciptakan keseluruhan baru dikenal sebagai sintesis. Dengan kata lain, sintesis adalah kapasitas untuk membuat formulasi baru dari yang sudah ada sebelumnya.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Menyangkut kapasitas untuk mendukung atau menilai suatu zat atau item. Penilaian.

c. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Kholid (2012), cara memperoleh pengetahuan dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu:

1. Cara tradisional atau non ilmiah

Cara tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistemik dan logis. Cara-cara ini antara lain:

a) Cara coba salah (*trial and error*)

Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan beberapa kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat dipecahkan, itulah sebabnya maka cara ini disebut metode *trial* (coba) dan *error* (gagal atau salah) atau metode coba salah/coba-coba.

b) Cara kekuasaan atau otoritas

Para pemegang otoritas, baik pemimpin pemerintah, tokoh agama, maupun ahli ilmu pengetahuan pada prinsipnya mempunyai mekanisme yang sama di dalam penemuan pengetahuan. Prinsip ini adalah orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas tanpa terlebih dulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris atau berdasarkan penalaran sendiri. Orang yang menerima pendapat menganggap bahwa apa yang dikemukakan orang mempunyai otoritas selalu benar.

c) Berdasarkan pengalaman pribadi

Semua pengalaman pribadi tersebut dapat merupakan sumber kebenaran pengetahuan. Pengalaman pribadi tidak selalu dapat menuntun seseorang untuk dapat menarik kesimpulan dengan benar sehingga untuk dapat menarik kesimpulan dari pengalaman dengan benar diperlukan berpikir kritis dan logis.

d) Melalui jalan pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berpikir manusia ikut berkembang, manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya.

2. Cara *Modern* dan Ilmiah

Metode penelitian sebagai suatu cara untuk memperoleh kebenaran ilmu pengetahuan atau pemecahan suatu masalah, pada dasarnya menggunakan metode ilmiah.

d. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

1. Faktor internal

a) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup.

b) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.

c) Umur

Bertambahnya umur seseorang, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa lebih dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Ini ditentukan dari pengalaman dan kematangan jiwa.

d) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang telah diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu.

e) Sumber Informasi

Informasi adalah data yang telah diproses kedalam satu bentuk yang mempunyai arti bagi sipenerima dan mempunyai nilai nyata terasa bagi kepuasan mendatang, informasi yang datang dari pengirim pesan yang ditujukan kepada penerima pesan seperti media cetak leaflet, booklet, poster dan lain lain. Media elektronik, seperti televisi, radio, video, slide dan lain-lain. Nonmedia, seperti dari keluarga, teman dan lain lain.

2. Faktor eksternal

a) Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruh yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b) Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

e. **Pengukuran Pengetahuan**

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas (Notoatmojo, 2014).

Menurut Arikunto (2016), pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan di ukur dari subjek atau responden kedalam pengetahuan yang ingin diukur dan disesuaikan dengan tingkatannya, ada pun jenis pertanyaan yang dapat digunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum di bagi menjadi 2 jenis yaitu:

1. Pertanyaan subjektif Penggunaan pertanyaan subjektif dengan jenis pernyataan essay digunakan dengan penilaian yang melibatkan *factor subjektif* dari penilai.
2. Pertanyaan objektif Jenis pertanyaan objektif seperti pilihan ganda

(*multiple choice*), betul salah dan pertanyaan menjodohkan dapat di nilai secara pas oleh penilai.

f. Kategori Pengetahuan

Menurut Arikunto, (2016), pengukuran tingkat pengetahuan dapat dikategorikan menjadi 3 yaitu sebagai berikut:

1. Pengetahuan baik bila responden dapat menjawab 76-100% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
2. Pengetahuan cukup bila responden dapat menjawab 56-75% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
3. Pengetahuan kurang bila responden dapat < 56% menjawab pertanyaan.

3. Sikap

a. Definisi

Menurut Notoatmodjo dalam Shinta (2019), sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan.

b. Komponen Pokok Sikap

Menurut Notoatmodjo dalam Shinta (2019) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

1. Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen tersebut secara bersama sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut. Oleh sebab itu indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan seperti: Stimulus Rangsangan Proses Stimulus Reaksi Tingkah laku (terbuka) Sikap (tertutup).

1. Sikap terbuka sakit dan penyakit

Bagaimana penilaian seseorang terhadap gejala atau tanda-

tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit, ciri pencegahan penyakit dan sebagainya.

2. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat

Penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara-cara memelihara dan cara-cara (berperilaku) hidup sehat. Dengan perkataan lain berpendapat pada makanan, minuman, olahraga relaksasi (istirahat) dan sebagainya.

3. Sikap terhadap kesehatan lingkungan

Pendapat atau penilaian seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap kesehatan. Seperti pendapat terhadap air, pembuangan limbah, polusi dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

c. Tingkatan Sikap

Menurut Notoatmodjo dalam Shinta (2019) seperti halnya pengetahuan, sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan berdasarkan, yaitu:

1. Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau dan memerhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespon (*Responding*)

Merespon diartikan memberikan jawaban atau tanggapan pertanyaan atau objek yang dihadapi.

3. Menghargai (*Valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon.

4. Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah diyakininya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Sikap dapat diukur secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat dinyatakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek.

d. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Sikap

Menurut Azwar (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi sikap terhadap suatu objek antara lain:

1. Pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi yang terjadi secara tiba-tiba atau mengejutkan yang meninggalkan kesan paling mendalam pada jiwa seseorang. Kejadian-kejadian dan peristiwa-peristiwa yang terjadi berulang-ulang dan terus-menerus, lama kelamaan secara bertahap diserap ke dalam individu dan mempengaruhi terbentuknya sikap.

2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Dalam pembentukan sikap pengaruh orang lain sangat berperan, misalnya dalam kehidupan masyarakat yang hidup di pedesaan, mereka akan mengikuti apa yang diberikan oleh tokoh masyarakat.

3. Kebudayaan

Dimana kita hidup mempunyai pengaruh yang besar terhadap pembentukan sikap. Dalam kehidupan di masyarakat diwarnai dengan kebudayaan yang ada di daerahnya.

4. Media massa

Media massa elektronik maupun media cetak sangat besar pengaruhnya terhadap pembentukan opini dan kepercayaan seseorang. Pemberian informasi melalui media massa mengenai sesuatu hal akan memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap.

5. Lembaga pendidikan

Dalam lembaga pendidikan dan lembaga agama berpengaruh dalam pembentukan sikap, hal ini dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu.

e. Pengukuran Sikap

Menurut Arikunto (2016), pengukuran sikap dilakukan dengan menggunakan instrumen berupa angket atau kuesioner yang berisi pernyataan-pernyataan mengenai objek sikap yang ingin diukur. Pernyataan tersebut disusun untuk mengetahui kecenderungan responden

dalam memberikan respon positif atau negatif terhadap suatu objek.

Pengukuran sikap umumnya menggunakan skala Likert, karena skala ini memungkinkan peneliti melihat arah serta intensitas sikap responden melalui pilihan jawaban seperti sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Setiap pernyataan dapat berbentuk untuk menilai tingkat kecenderungan sikap responden. Pernyataan positif diberi skor tinggi apabila responden menunjukkan persetujuan, sedangkan pernyataan negatif diberi skor terbalik.

Dengan demikian, pengukuran sikap menurut Arikunto (2016), tidak hanya melihat jawaban responden, tetapi juga mempertimbangkan struktur pernyataan dan sistem penilaian yang mencerminkan posisi sikap responden secara lebih objektif.

f. Kategori Tingkat Sikap

Arikunto (2016) menjelaskan bahwa hasil pengukuran sikap dapat dikonversi menjadi kategori penilaian berdasarkan persentase skor, sehingga memudahkan peneliti dalam menginterpretasikan tingkat sikap responden. Adapun kategori sikap tersebut adalah:

1. Sikap baik bila responden dapat menjawab 76-100% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
2. Sikap cukup bila responden dapat menjawab 56-75% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
3. Sikap kurang bila responden dapat <56% menjawab pernyataan.

4. Tindakan

a. Pengertian Tindakan

Teori tindakan merupakan suatu teori dalam memahami tindakan yang perlu dilakukan untuk mendapatkan hasil yang diinginkan dalam suatu keadaan. Ketika tindakan sudah menjadi kebiasaan, maka secara otomatis tindakan itu akan selalu dijalankan. Namun ketika tindakan sudah tidak efektif maka akan muncul kepedulian pada teori tindakan serta usaha untuk memperbaikinya (Diniaty, 2020).

Tindakan merupakan realisasi dari pengetahuan dan sikap suatu perbuatan nyata. Tindakan juga merupakan respon seseorang terhadap

stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka. Suatu rangsangan akan direspon oleh seseorang sesuai dengan arti rangsangan itu bagi orang bersangkutan. Respon ini disebut perilaku dimana bentuk perilaku dapat bersifat sederhana dan kompleks. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu tindakan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi fasilitas yang memungkinkan (Notoadmodjo, 2003) .

Menurut Notoadmodjo (2012), tingkatan dalam tindakan terdiri dari 3 yaitu: respon terpimpin, mekanisme dan adopsi:

- a) Respon terpimpin (*guided response*), yaitu apabila seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada panduan.
- b) Mekanisme (*mechanism*), yaitu ketika seseorang telah mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis atau sudah menjadi kebiasaan.
- c) Adopsi (*adoption*), yaitu suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik dan dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran sebuah tindakan.

b. Pengertian Perilaku

Menurut Notoadmodjo (2007), perilaku merupakan suatu hasil dari proses interaksi yang kompleks antara individu dengan lingkungannya serta pengalaman yang diperoleh selama hidup. Interaksi ini menghasilkan suatu manifestasi dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan, yang pada akhirnya menciptakan kondisi keseimbangan antara kekuatan-kekuatan yang mendorong serta kekuatan-kekuatan yang menghambat dalam diri seseorang. Dalam pengertian ini, perilaku bukan hanya sekadar tindakan yang tampak secara fisik, melainkan juga mencerminkan hasil dari proses mental dan sosial yang melibatkan individu dengan konteks lingkungannya.

Dari sudut pandang ilmu biologi, perilaku didefinisikan sebagai berbagai aktivitas atau kegiatan yang dilakukan oleh makhluk hidup. Karena itu, baik tumbuh-tumbuhan, hewan, maupun manusia semuanya memiliki perilaku masing-masing sesuai dengan karakteristik biologis

mereka. Dalam konteks manusia, perilaku mencakup beragam bentuk tindakan dan aktivitas yang sangat luas cakupannya, seperti berjalan, berbicara, tertawa, menangis, belajar, bekerja, menulis, membaca, serta kegiatan lainnya yang merupakan ekspresi dari kehidupan sehari-hari. Perilaku manusia dapat berupa aktivitas yang dapat diamati secara langsung oleh orang lain, seperti gerakan tubuh atau tindakan fisik, maupun aktivitas yang tidak tampak secara langsung seperti proses berpikir, merasa, atau mengambil keputusan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa perilaku manusia mencakup segala bentuk kegiatan dan aktivitas yang dilakukan oleh individu, baik yang bersifat lahiriah maupun batiniah.

Sementara itu, *Skinner* (1938), seorang tokoh penting dalam psikologi *behavioristik*, memberikan definisi perilaku sebagai respons atau reaksi yang ditunjukkan oleh seseorang ketika menerima suatu rangsangan atau stimulus dari lingkungan sekitarnya. Pandangan ini dikenal dengan teori *Stimulus-Organisme-Respons* (S-O-R), yang menjelaskan bahwa perilaku tidak muncul begitu saja, melainkan merupakan hasil dari suatu proses yang dimulai dari adanya stimulus eksternal, yang kemudian diproses oleh organisme (individu), dan akhirnya menghasilkan respons tertentu. Dalam teori ini, organisme berperan sebagai pihak yang memproses informasi dan memberikan tanggapan berdasarkan pengalaman, kondisi internal, serta faktor lingkungan yang memengaruhinya (Fitriani, 2011).

c. Bentuk Perilaku

Apabila dilihat dari uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa perilaku dibedakan menjadi dua (fitriani.2011), yaitu:

1. Perilaku Tertutup / *Convert Behavior*

Respon seseorang dalam stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respon atau reaksi ini masih dalam batas perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran atau sikap yang terjadi pada seseorang yang mendapat rangsangan. Contoh: ibu hamil mengetahui tentang

pentingnya pemeriksaan rutin, pemuda mengetahui tentang penularan HIV, dan sebagainya.

2. Perilaku Terbuka/ *Overt Behavior*

Respon yang terjadi pada seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka. Responnya dalam bentuk tindakan yang diamati oleh orang lain. Misalnya: seorang ibu hamil memeriksakan kehamilannya secara rutin, ibu membawa anaknya untuk diimunisasi, penderita penyakit TB paru berobat secara teratur, dsb

d. Pembentukan Perilaku

Menurut Fitriani, (2011) cara pembentukan perilaku adalah:

1. Cara pembentukan perilaku dengan *conditioning* / kebiasaan
Dengan cara membiasakan diri untuk berperilaku sesuai dengan harapan maka akan terbentuklah perilaku tersebut. Contoh: bangun pagi, cuci tangan, gosok gigi, berterima kasih apabila bila diberi orang lain, datang ke kantor tepat waktu, dst (Notoatmodjo, 2003).
2. Pembentukan perilaku dengan pengertian (*insight*)
Dalam teori ini belajar secara kognitif disertai dengan adanya pengertian atau *insight* menurut *Kohler*, sedangkan menurut *Theondike* dalam belajar yang penting adalah latihan. Contoh: pemakaian helm pada pengendara motor, serta tidak terlambat masuk kuliah karena dapat mengganggu teman yang lainnya.
3. Pembentukan perilaku dengan menggunakan model
Disamping dengan cara yang diatas, pembentukan perilaku juga dapat ditempuh dengan cara menggunakan model atau contoh. Contoh: ucapan dan perilaku orang tua sebagai contoh anaknya, serta pimpinan sebagai contoh yang dipimpinnya.

e. Perilaku Sehat

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulasi yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Batasan ini mempunyai dua unsur pokok yakni, respon stimulus atau penanganan. Respon atau reaksi manusia, baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap), maupun bersifat

pasif (tindakan yang nyata atau pasif). (Notoatmodjo, 2007).

f. Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*) sebagai berikut:

1. Perilaku kesehatan (*health behavior*), yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi, dan sebagainya.
2. Perilaku sakit (*illness behavior*), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seorang individu yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau sakit, termasuk juga kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit, serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.
3. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini disamping berpengaruh terhadap kesehatan atau kesakitannya sendiri, anak yang belum mempunyai kesadaran dan tanggung jawab terhadap kesehatannya, (Notoatmodjo, 2007)

g. Domain Perilaku

Menurut Fitriani (2011) meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Determinan perilaku ini dapat dibagi menjadi dua, yaitu: Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosi, jenis kelamin dan sebagainya. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang

dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Menurut Notoatmodjo (2007), dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan, dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain ini diukur dari:

1. Pengetahuan peserta didik terhadap materi yang diberikan (*knowledge*).
2. Sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*).
3. Praktik atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*).

Menurut Ki Hajar Dewantara tokoh pendidikan nasional kita dalam buku Notoatmodjo (2007), ketiga kawasan perilaku ini disebut: cipta (kognisi), rasa (emosi), dan karsa (konasi). Ketiga kemampuan tersebut harus dikembangkan bersama-sama secara seimbang, sehingga terbentuk manusia Indonesia yang sehat seutuhnya (harmonis).

h. Pengukuran Tindakan

Menurut Arikunto (2016) tingkatan praktik atau perilaku dapat dikategorikan berdasarkan nilai sebagai berikut:

1. Perilaku tindakan baik bila tindakan dilakukan 76-100%
2. Perilaku tindakan cukup bila tindakan dilakukan 56-75%
3. Perilaku tindakan kurang bila tindakan dilakukan <56%

4. Fasilitas baik sarana maupun prasarana

Fasilitas layanan kesehatan merupakan kesatuan sarana maupun prasarana yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan usaha layanan kesehatan, baik yang bersifat mempromosikan, mencegah, menyembuhkan, hingga merehabilitasi yang dilaksanakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah maupun masyarakat. Taraf kesehatan masyarakat yang optimal dapat dicapai dengan sarana serta prasarana kesehatan yang dapat diakses oleh seluruh penduduk dengan menyediakan pelayanan kesehatan guna meningkatkan kesehatan, pengobatan penyakit, kontrol kesehatan, serta pengembalian kesehatan.

Pemerintah Daerah dan Pemerintah Pusat bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan UU Nomor 36 Tahun 2009 mengenai kesehatan menjelaskan bahwa Pemerintah memiliki tanggung jawab akan akses Fasilitas Layanan Kesehatan untuk penduduk agar meraih taraf kesehatan yang paling tinggi.

Pemerintah Daerah bisa memutuskan banyak serta tipe sarana maupun prasaran layanan kesehatan izin pengoperasian di daerahnya dengan mempertimbangkan kapabilitas untuk menggunakan teknologi, fungsi sosial, penggunaannya, pola penyakit, jumlah dan distribusi penduduk, keperluan kesehatan, hingga besar daerah seturut dengan yang dijelaskan pada UU Nomor 36 Tahun 2009.

5. Umur

Umur merupakan salah satu faktor predisposisi yang mempengaruhi kondisi fisiologis tubuh, termasuk fungsi sistem pencernaan. Secara teori, usia produktif cenderung lebih berisiko mengalami dispepsia karena memiliki aktivitas yang tinggi, pola makan yang tidak teratur, serta tingkat stres yang lebih besar.

Selain itu, kebiasaan seperti sering menunda makan, konsumsi makanan cepat saji, dan kurangnya waktu istirahat juga lebih banyak ditemukan pada kelompok usia ini. Penelitian menunjukkan bahwa kejadian dispepsia banyak ditemukan pada usia remaja hingga dewasa muda yang memiliki gaya hidup kurang sehat (Aisyah Hartiningrum et al., 2024).

6. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor biologis yang dapat mempengaruhi kerentanan seseorang terhadap penyakit, termasuk dispepsia. Secara teori, perempuan lebih rentan mengalami dispepsia dibandingkan laki-laki.

Hal ini berkaitan dengan faktor hormonal, seperti perubahan hormon yang dapat mempengaruhi sensitivitas lambung, serta kecenderungan perempuan yang lebih mudah mengalami stres atau gangguan emosional. Selain itu, beberapa penelitian menunjukkan bahwa perempuan lebih sering melaporkan keluhan gangguan pencernaan dibandingkan laki-laki (Aisyah Hartiningrum et al., 2024).

7. Pendidikan

Pendidikan merupakan faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan dan pemahaman seseorang terhadap kesehatan. Secara teori, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin baik

kemampuan dalam menerima informasi kesehatan dan menerapkan perilaku hidup sehat.

Namun, dalam praktiknya, pendidikan yang tinggi tidak selalu diikuti dengan perilaku yang baik, terutama dalam hal pola makan dan gaya hidup. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun seseorang memiliki pengetahuan yang cukup, tetapi jika tidak diimbangi dengan kesadaran dan kebiasaan yang baik, maka risiko terjadinya dispepsia tetap ada (Aisyah Hartiningrum et al., 2024).

8. Pekerjaan

Pekerjaan berkaitan erat dengan tingkat aktivitas, pola hidup, serta tingkat stres seseorang. Secara teori, pekerjaan dengan tuntutan tinggi dapat menyebabkan stres, kelelahan, serta pola makan yang tidak teratur, yang merupakan faktor risiko terjadinya dispepsia.

Selain itu, individu dengan pekerjaan yang padat sering kali mengabaikan waktu makan atau memilih makanan yang kurang sehat karena keterbatasan waktu. Kondisi ini dapat memicu gangguan pada lambung dan meningkatkan risiko munculnya gejala dispepsia (Aisyah Hartiningrum et al., 2024).

9. Sarana dan Prasarana

Fasilitas layanan kesehatan merupakan kesatuan sarana maupun prasarana yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan usaha layanan kesehatan, baik yang bersifat mempromosikan, mencegah, menyembuhkan, hingga merehabilitasi yang dilaksanakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah maupun masyarakat. Taraf kesehatan masyarakat yang optimal dapat dicapai dengan sarana serta prasarana kesehatan yang dapat diakses oleh seluruh penduduk dengan menyediakan pelayanan kesehatan guna meningkatkan kesehatan, pengobatan penyakit, kontrol kesehatan, serta pengembalian kesehatan.

Pemerintah Daerah dan Pemerintah Pusat bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan UU Nomor 36 Tahun 2009 mengenai kesehatan menjelaskan bahwa Pemerintah memiliki tanggung jawab akan akses Fasilitas Layanan Kesehatan untuk penduduk agar meraih taraf kesehatan yang paling tinggi.

Pemerintah Daerah bisa memutuskan banyak serta tipe sarana maupun prasarana layanan kesehatan izin pengoperasian di daerahnya dengan mempertimbangkan kapabilitas untuk menggunakan teknologi,

fungsi sosial, penggunaannya, pola penyakit, jumlah dan distribusi penduduk, keperluan kesehatan, hingga besar daerah seturut dengan yang dijelaskan pada UU Nomor 36 Tahun 2009.

10. Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Aksesibilitas pelayanan kesehatan merupakan kemudahan yang dimiliki setiap individu dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Dalam hal ini, aksesibilitas tidak hanya mencakup jarak dan waktu tempuh, tetapi juga ketersediaan fasilitas, tenaga kesehatan, serta kemampuan masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan tersebut.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, disebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan serta memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Selain itu, pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, informasi, dan edukasi guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Undang-undang tersebut juga menegaskan bahwa penyediaan pelayanan kesehatan harus dilakukan secara merata hingga ke seluruh wilayah, termasuk daerah terpencil, agar masyarakat dapat dengan mudah menjangkau pelayanan kesehatan. Dengan demikian, aksesibilitas yang baik akan mendukung upaya pencegahan, deteksi dini, serta penanganan penyakit, termasuk dispepsia. Sebaliknya, keterbatasan akses dapat menyebabkan keterlambatan penanganan dan memperburuk kondisi kesehatan masyarakat.

11. Faktor Demografi

Faktor demografi merupakan karakteristik penduduk yang meliputi jumlah, distribusi, kepadatan, umur, jenis kelamin, serta kondisi sosial ekonomi yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Faktor ini berperan penting dalam menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan dan pola penyakit yang terjadi di suatu wilayah.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan memperhatikan prinsip keadilan, pemerataan, serta kebutuhan masyarakat sesuai dengan kondisi sosial dan demografi. Pemerintah bertanggung jawab dalam merencanakan, mengatur, dan menyediakan pelayanan

kesehatan yang disesuaikan dengan jumlah penduduk, distribusi wilayah, serta kebutuhan kesehatan masyarakat .

Selain itu, undang-undang tersebut menekankan bahwa upaya kesehatan harus diselenggarakan secara merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, termasuk dengan mempertimbangkan kondisi geografis dan kepadatan penduduk. Hal ini menunjukkan bahwa faktor demografi sangat mempengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan serta risiko terjadinya penyakit, termasuk dispepsia, yang dapat dipengaruhi oleh pola hidup, lingkungan, dan kondisi sosial ekonomi masyarakat.

12. Tenaga Kesehatan

a. Pengertian

Dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga Kesehatan, disebutkan bahwa pengertian tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Menurut Undang – Undang nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan, salah satunya adalah tenaga kesehatan masyarakat, yang termasuk didalamnya adalah tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga *biostatistik* dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.

Pelayanan kesehatan masyarakat yaitu pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali di perlukan masyarakat pada saat mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan. Pelayanan dengan upaya yang di selenggarakan sendiri atau secara bersama sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat (Nugraheni, 2018).

Dengan definisi lain yaitu pelayanan kesehatan masyarakat sangat penting untuk menjamin aspek kebutuhan kesehatan atau pelayanan kesehatan yang betul-betul dibutuhkan warga negara (Swarjana, 2017).

b. Peran tenaga Kesehatan

Menurut Notoatmodjo, (2007) peran tenaga kesehatan dalam hal ini merupakan salah satu faktor yang sangat mempengaruhi perubahan perilaku masyarakat. Peran tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan adalah sebagai *advocator*, *educator*, *motivator* dan *fasilitator* (Novita dan Franciska, 2011).

a) Peran Sebagai *Advocator*

Dalam upaya menciptakan kebijakan yang peduli kesehatan, tenaga kesehatan perlu bertindak sebagai *advocator* untuk sosialisasi dan promosi kesehatan. Sebagai *advokator*, mereka harus bisa:

1. Mendekati dan melatih tokoh masyarakat setempat, baik yang formal maupun informal.
2. Membantu pasien memahami informasi yang diterima.
3. Membantu pasien mengambil keputusan tentang tindakan medis, serta memfasilitasi pasien, keluarga, dan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan secara optimal.

b) Peran Sebagai *Educator*

Hal ini dilakukan melalui komunikasi informasi dan edukasi di bidang kesehatan. Semua tenaga kesehatan harus memiliki peran sebagai pendidik. Mereka harus bisa mendidik dan mendidik individu, keluarga, kelompok, masyarakat, serta tenaga kesehatan lain sesuai tanggung jawabnya. Sebagai pendidik, mereka berusaha memberikan pendidikan atau penyuluhan kesehatan kepada klien dengan evaluasi untuk meningkatkan pembelajaran.

Menurut Susanto dalam Setiawan (2010), ciri tenaga kesehatan sebagai pendidik adalah memberikan pengetahuan, informasi, dan keterampilan pelatihan kepada pasien, keluarga, atau masyarakat untuk mencegah penyakit dan meningkatkan

kesehatan.

c) Peran Sebagai *Fasilitator*

Ini dilakukan untuk memberdayakan masyarakat agar lebih peduli dan terlibat, termasuk dunia usaha, organisasi masyarakat, dan sektor lain di bidang kesehatan. Setiap tenaga kesehatan harus memiliki peran sebagai fasilitator dalam promosi kesehatan. Sebagai *fasilitator*, mereka harus bisa memberikan bimbingan teknis dan memberdayakan pihak-pihak yang didampingi (seperti dukun bayi, kader, atau tokoh masyarakat) untuk berkembang menuju tujuan yang diinginkan.

Keberhasilan fasilitator terlihat dari peningkatan partisipasi aktif masyarakat. Fasilitator harus mahir menggabungkan tiga hal penting: optimalisasi fasilitas, waktu yang tersedia, dan partisipasi masyarakat.

d) Peran Sebagai Mediator

Ini dilakukan oleh tenaga kesehatan masyarakat sebagai penengah antara pemangku kepentingan untuk meningkatkan promosi kesehatan. Mediator kesehatan masyarakat adalah pihak netral yang membantu para pihak (masyarakat atau pemangku kepentingan) dalam perundingan untuk mencari berbagai solusi masalah kesehatan, baik di masyarakat maupun institusi, tanpa mengambil keputusan atau memaksakan penyelesaian. Ciri penting mediator kesehatan masyarakat adalah:

1. Netral
2. Membantu para pihak
3. Tidak menggunakan cara memutus atau memaksakan sebuah penyelesaian.

13. Dukungan Keluarga

a. Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor penting dalam keberhasilan upaya promosi kesehatan dan perubahan perilaku individu. Keluarga berfungsi sebagai lingkungan terdekat yang mampu memberikan penguatan baik secara emosional, informasional, maupun instrumental bagi anggota keluarga yang

membutuhkan.

Menurut Friedman, keluarga berperan sebagai sistem pendukung utama bagi kesehatan anggotanya melalui dukungan emosional, motivasi, serta dorongan untuk mematuhi perilaku sehat (Friedman, 2020).

Dalam perspektif kesehatan masyarakat, dukungan keluarga dipahami sebagai segala bentuk bantuan, perhatian, dan keterlibatan keluarga dalam membantu anggota keluarga mempertahankan serta meningkatkan status kesehatannya. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan signifikan dengan kepatuhan perilaku kesehatan seperti konsumsi obat, kepatuhan kontrol kesehatan, dan pencegahan penyakit (Putri & Andayani, 2021).

Studi lain Sari (2022), menegaskan bahwa dukungan keluarga terbukti meningkatkan keberhasilan program pencegahan penyakit tidak menular serta membantu individu mengatasi hambatan psikologis seperti kecemasan atau penurunan motivasi. Selain itu, dukungan keluarga juga berperan sebagai faktor penguat (*reinforcing factor*) dalam model promosi kesehatan *PRECEDE PROCEED*, karena keluarga mampu memberikan penghargaan, pengawasan, serta motivasi yang memperkuat perilaku sehat (Green & Kreuter, 2019).

Temuan terbaru menunjukkan bahwa remaja yang mendapatkan dukungan keluarga lebih konsisten melakukan perilaku pencegahan, termasuk konsumsi suplemen kesehatan seperti tablet tambah darah. Dengan demikian, dukungan keluarga tidak hanya berperan dalam aspek psikologis, tetapi juga berdampak langsung pada kepatuhan perilaku kesehatan, efektivitas promosi kesehatan, dan peningkatan kualitas hidup individu (Rahmawati & Lestari, 2023).

b. Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Muhrisa (2022) terdapat 4 jenis dukungan keluarga, yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi.

1) Dukungan Emosional

Dukungan emosional merupakan kondisi ketika keluarga menjadi tempat yang aman dan nyaman bagi individu untuk beristirahat, memulihkan diri, serta membantu mengelola emosi. Bentuk dukungan ini tampak melalui afeksi, rasa saling percaya, perhatian, kemampuan mendengarkan dan kesediaan untuk didengarkan. Dukungan emosional mencakup ekspresi empati, perhatian, pemberian motivasi, kehangatan, cinta, serta bantuan yang bersifat emosional. Seluruh bentuk perilaku tersebut bertujuan menciptakan rasa nyaman dan menumbuhkan keyakinan pada individu bahwa ia dihargai, dihormati, dicintai, dan bahwa orang lain siap memberikan perhatian.

2) Dukungan Penghargaan

Dukungan penilaian atau penghargaan merupakan bentuk bantuan keluarga yang berperan dalam membimbing, membantu memecahkan masalah, serta menjadi sumber penguatan dan pengakuan bagi identitas anggota keluarga, termasuk melalui pemberian dorongan, apresiasi, dan penilaian positif.

3) Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental merupakan bantuan yang diberikan kepada anggota keluarga yang sedang sakit dalam bentuk penyediaan fasilitas atau sarana yang memudahkan aktivitas perawatan. Dukungan ini biasanya berupa bantuan langsung yang bersifat konkret, seperti uang, kesempatan, waktu, dan bentuk bantuan nyata lainnya. Jenis dukungan ini dapat menurunkan tingkat stres karena membantu individu menyelesaikan masalah yang berkaitan dengan kebutuhan material.

4) Dukungan Informasi

Dukungan informasional adalah bentuk dukungan di mana keluarga berperan sebagai sumber informasi dengan memberikan penjelasan, saran, masukan, serta arahan yang membantu anggota keluarga memahami atau menyelesaikan suatu masalah. Unsur unsur dukungan ini meliputi pemberian nasihat, rekomendasi, petunjuk, dan berbagai informasi yang relevan.

c. Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan suatu proses yang berlangsung terus-menerus sepanjang kehidupan, sesuai dengan kondisi dan dinamika keluarga. Bentuk dukungan ini berperan penting dalam menjaga kesehatan setiap anggotanya. Individu yang memperoleh dukungan keluarga yang optimal cenderung memiliki kondisi kesehatan yang lebih baik (Friedman, Bowen, & Jones, 2010).

d. Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan

Keluarga Faktor-faktor yang memengaruhi dukungan keluarga mencakup kondisi sosial ekonomi, seperti tingkat pendapatan, jenis pekerjaan, dan tingkat pendidikan. Pada keluarga dengan status sosial menengah, hubungan antaranggota cenderung lebih demokratis dan setara, sedangkan pada keluarga dengan status sosial ekonomi rendah, pola hubungan lebih bersifat otoriter. Selain itu, orang tua dari kelompok sosial menengah umumnya memiliki tingkat dukungan yang lebih baik.

B. Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 2 Penelitian Terdahulu

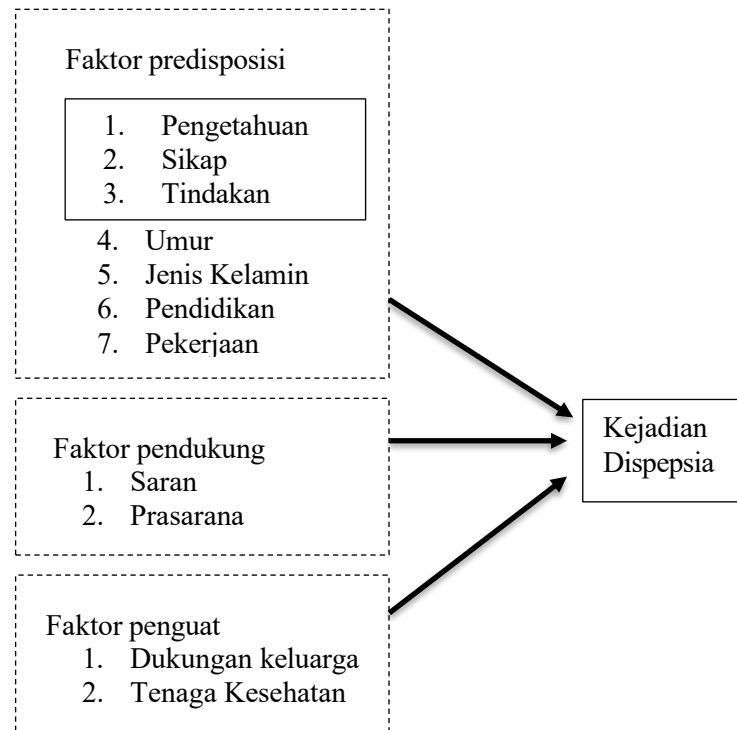
No	Nama	Judul	Metode	Hasil
1.	Susilawati (2013)	Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Sindrom	Deskriptif Kuantitatif	Frekuensi makan yang tidak teratur dua kali dalam sehari sebesar 48%, konsumsi

		Dispepsia Fungsional pada Remaja di Madrasah Aliyah Negeri Model Manado		makanan pedas 70%, dan kebiasaan olahraga dengan perut kosong sebanyak 20%. Pola makan yang tidak teratur menyebabkan meningkatnya kejadian sindrom dispepsia pada remaja.
2.	Ade Tedi Irawan (2015)	Faktor Risiko terhadap Kejadian Dispepsia di Instalasi Rawat Inap RSUD Cideres Kabupaten Majalengka	Analitik <i>Observasional</i>	Faktor risiko tinggi terhadap dispepsia meliputi pola makan/diet (51,04%), gaya hidup (64,58%), serta penggunaan obat NSAID (56,25%). Faktor-faktor tersebut berperan signifikan dalam peningkatan kejadian dispepsia.
3.	Wahdania Irfan (2019)	Hubungan Pola Makan dan Sindrom Dispepsia pada Mahasiswa Pre Klinik Fakultas Kedokteran UIN Syarif Hidayatullah Jakarta	Analitik <i>Korelasional</i>	Dari 66 responden, 42 orang memiliki pola makan kurang baik. Namun, keteraturan makan serta konsumsi makanan dan minuman iritatif tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan kejadian sindrom dispepsia.
4.	Hartiningrum, A. et al. (2024)	Profil Pengetahuan dan Faktor Risiko terkait	Observasional dengan metode survei (accidental	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki

		Dispepsia Pada Mahasiswa Fakultas Non Kesehatan serta Ketepatan Tindakan Penanganannya	sampling)	pengetahuan yang baik terkait dispepsia dan faktor risikonya. Selain itu, mayoritas responden juga telah melakukan tindakan penanganan dispepsia dengan tepat.
5.	Nadlira, A. U. et al. (2025)	Profil Kejadian Dispepsia dan Pengetahuan terkait Dispepsia pada Siswa SMA di Surabaya	Non-eksperimental dengan pendekatan cross sectional	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden pernah mengalami dispepsia (79,9%) dan tingkat pengetahuan responden masih tergolong kurang hingga cukup. Hal ini menunjukkan perlunya promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan pencegahan dispepsia.
6.	Puspita, D. (2024)	Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Dispepsia di UPT PSTW Husnul Khatimah Pekanbaru	Deskriptif (studi kasus)	Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi keperawatan yang diberikan mampu mengatasi masalah dispepsia pada pasien, terutama dalam penurunan nyeri dan perbaikan kondisi kesehatan melalui pendekatan asuhan keperawatan yang komprehensif.

C. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini disusun berdasarkan teori perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo (2012), yang mencakup domain pengetahuan, sikap, dan tindakan, serta faktor-faktor perilaku yang terdiri dari faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor penguat (Notoatmodjo, 2019).



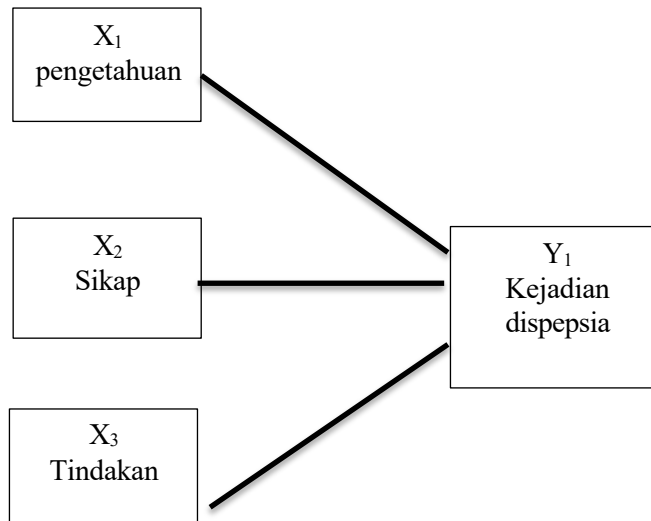
Gambar 2. 2 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi teori Lawrens Green perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo (2012) yang mencakup faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor penguat.

Kategori: - - - - - : tidak diteliti

————— : diteliti

D. Kerangka Konsep



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep

E. Hipotesis

1. Pengetahuan

H_0 : Tidak ada Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2026

H_a : Ada Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2026

2. Sikap

H_0 : Tidak ada Hubungan antara sikap dengan kejadian dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2026

H_a : Ada Hubungan antara tingkat dengan kejadian dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2026

3. Tindakan

H_0 : Tidak ada hubungan antara tindakan dengan kejadian dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2026

H_a : Ada hubungan antara tindakan dengan kejadian dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2026

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Metode Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Pendekatan ini digunakan karena pengukuran variabel independen (tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan terkait pola makan sehat) serta variabel dependen (kejadian dispepsia) dilakukan pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2002).

Menurut Notoatmodjo (2012), desain penelitian *cross sectional* merupakan metode yang melakukan observasi dan pengukuran variabel pada subjek dalam satu waktu tertentu tanpa intervensi dari peneliti. Pendekatan ini digunakan untuk mempelajari hubungan antara faktor risiko dan efek secara bersamaan pada satu periode pengukuran.

Desain ini dipilih karena sesuai untuk mengetahui adanya hubungan antara tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat mengenai pola makan sehat dengan kejadian dispepsia di wilayah kerja Puskesmas Palaran Tahun 2026. Penelitian *cross sectional* tidak bertujuan menilai hubungan sebab-akibat secara mendalam, melainkan melihat keterkaitan antar variabel dalam populasi pada waktu tertentu.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda. Waktu pelaksanaan penelitian akan dilaksanakan pada 11 Februari hingga 18 maret 2026.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Menurut Sugiyono (2011), populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Sedangkan menurut Sugiyono (2018), populasi adalah wilayah atau kelompok yang dapat memberikan

informasi atau data untuk penelitian.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita dispepsia berusia 16-65 tahun di Puskesmas Palaran pada bulan September 2025 berjumlah 218 orang.

2. Sampel

Menurut Notoatmodjo (2015), sebagian populasi yang diambil dari seluruh objek yang diteliti disebut sebagai sampel, yang dianggap dapat mewakili populasi secara keseluruhan. Sedangkan menurut Sugiyono (2022), teknik sampling pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu *probability sampling* dan *non-probability sampling*. Sugiyono (2022)

Pada penelitian ini, pengambilan jumlah responden menggunakan Rumus *slovin*. Jumlah sampel ditentukan dengan menggunakan rumus *slovin* untuk populasi besar, dengan tingkat kepercayaan 90% dan tingkat kesalahan 10%.

Rumus *Slovin*:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

e = tingkat kesalahan (*error tolerance*)

$$n = \frac{2057}{1 + 2057(0,1)^2}$$

$$n = \frac{2057}{1 + 2057(0,01)}$$

$$n = \frac{2057}{1 + 20,57}$$

$$n = \frac{2057}{21,57}$$

$$n = 95,36$$

Jumlah sampel = 95 responden

A. Teknik pengambilan sampel

Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive* sampling, yaitu teknik pengambilan sampel berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan peneliti. Menurut Nursalam (2017), *purposive* sampling adalah cara pengambilan sampel dengan memilih individu yang dianggap paling sesuai dengan karakteristik penelitian.

Teknik *Purposive* Sampling yaitu berdasarkan kriteria inklusi dan eklusi sebagai berikut

B. Kriteria Inklusi

- 1) Merupakan penderita dispepsia oleh petugas kesehatan di Puskesmas Palaran.
- 2) Usia 16 sampai 65 tahun pada saat pendaftaran penelitian.
- 3) Pernah mengalami gejala dispepsia dalam 6 bulan terakhir
- 4) Bersedia menjadi responden

C. Kriteria Eklusi

- 1) Masyarakat yang tidak dapat berkomunikasi dengan baik (gangguan pendengaran/mental)
- 2) Responden yang menolak berpartisipasi.
- 3) Responden yang mengisi kuesioner tidak lengkap.
- 4) Responden yang sedang mengalami penyakit akut berat.

D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tertutup yang disusun berdasarkan tiga variabel utama, yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat tentang pola makan sehat, yang kemudian dianalisis hubungannya dengan kejadian dispepsia. Kuesioner telah melalui proses uji validitas dan reliabilitas sebelum digunakan.

1. Kuesioner Pengetahuan

Kuesioner pengetahuan terdiri dari 9 pertanyaan pilihan ganda yang mencakup Pengertian pola makan sehat, Frekuensi dan keteraturan makan, Jenis makanan yang sehat dan berisiko, Dampak pola makan tidak sehat terhadap pencernaan, Pencegahan dispepsia melalui

pengaturan pola makan.

Penilaian kuesioner ini menggunakan skala Guttman. Menurut Sugiyono (2020), skala Guttman adalah skala yang memberikan jawaban dikotomi, yaitu hanya dua pilihan (Benar-Salah). Skala ini digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan responden secara tegas melalui jawaban yang dinilai benar (1) atau salah (0)

Tabel 3. 1 Skoring Skala Guttman

Skala Guttman	Skor Pertanyaan	
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorabel</i>
Benar	1	0
salah	0	1

2. Kuesioner Sikap

Kuesioner sikap menggunakan skala *Likert* yang terdiri dari 7 pernyataan, baik positif maupun negatif, seputar pola makan sehat dan upaya pencegahan dispepsia.

Contoh pernyataan positif Saya percaya bahwa makan teratur dapat mencegah sakit lambung, Saya setuju bahwa sarapan pagi penting untuk kesehatan pencernaan. Contoh pernyataan negatif Saya tidak peduli waktu makan karena tidak terlalu penting, Menghindari makanan pedas tidak berpengaruh terhadap kesehatan lambung saya.

Penilaian kuesioner sikap menggunakan skala Likert, Menurut Sugiyono (2020), skala Likert digunakan untuk mengukur sikap, persepsi, dan pendapat seseorang. Jawaban diberikan melalui empat tingkat persetujuan, dan skor berbeda antara pernyataan positif dan negatif.

Tabel 3. 2 Skoring Skala Likert Kuesioner Sikap

Skala Likert	Skor Pertanyaan	
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
Sangat Setuju	4	1
Setuju	3	2
Tidak Setuju	2	3
Sangat Tidak Setuju	1	4

3. Kuesioner Tindakan

Kuesioner Tindakan terdiri dari 8 item yang menilai tindakan nyata responden dalam: Frekuensi makan teratur (3x sehari), Konsumsi makanan sehat (buah, sayur, rendah lemak), Menghindari makanan pedas/asam/berlemak, Kebiasaan sarapan, Membatasi konsumsi kopi dan minuman bersoda.

Menurut Sugiyono (2020), skala Likert digunakan untuk mengukur sikap, persepsi dan pendapat seseorang. Jawaban diberikan melalui empat tingkat persetujuan, dan skor berbeda antara pernyataan positif dan negatif.

Tabel 3. 3 Skoring Skala Likert Kuesioner Tindakan

Skala Likert	Skor Pertanyaan	
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
Sangat Setuju	4	1
Setuju	3	2
Tidak Setuju	2	3
Sangat Tidak Setuju	1	4

Adapun kisi – kisi untuk pertanyaan mengenai pengetahuan sikap dan tindakan penderita dispepsia:

Tabel 3. 4 Kisi - Kisi Pertanyaan Kuesioner

No.	Komponen	Item	Pertanyaan		Penilaian	Skala
			<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>		
1.	Pengetahuan Penderita Dispepsia Tentang Dispepsia	10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 (9 soal)	10 (1 soal)	Baik : 76-100% • Kurang Baik: < 76%	Guttman
2.	Sikap Penderita Dispepsia	10	1, 2, 4, 5, 6, 7, 10 (7 soal)	3, 8, 9 (3 soal)	• Baik : 76 – 100% • Kurang Baik: < 76%	<i>Likert</i>
3.	Tindakan Penderita Dispepsia	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 (8 soal)	1, 2 (2 soal)	• Baik : 76 – 100% • Kurang Baik: < 76%	<i>Likert</i>

E. Teknik Penguji Instrumen

1. Uji Validitas

Menurut Sugiyono (2023) instrumen yang valid berarti alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data tersebut valid. “Valid berarti instrument tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur”. Teknik yang digunakan untuk mengukur validitas pernyataan kuesioner adalah *Pearson Product Moment* dengan cara mengkorelasikan masing-masing item pernyataan kuesioner dan membandingkan *r_{tabel}* dengan *r_{hitung}*.

Pada penelitian ini, uji validitas dilaksanakan menggunakan aplikasi SPSS (*Statistical Program and Service Solution*) versi 25 dengan metode korelasi *Pearson Product Moment*. Uji dilakukan pada 30 responden penderita Dispepsia di Puskesmas Bengkuring, yang telah dipilih sesuai kriteria inklusi dan eksklusi (usia 16–65 tahun, terdaftar sebagai pasien aktif, mampu mengisi kuesioner, dan bersedia menjadi responden). Penentuan validitas dilakukan dengan membandingkan nilai *r_{hitung}* (*Corrected Item–Total Correlation*) dengan nilai *r_{tabel}*. Jumlah responden (*n*) adalah 30, sehingga derajat kebebasan (*df*) dihitung dengan rumus:

$$df = n - 2 = 30 - 2 = 28$$

Dengan $\alpha = 5\%$, maka diperoleh *r_{tabel}* = 0,361.

Kriteria validitas:

- Jika *r_{hitung}* > *r_{tabel}* (0,361) → butir pertanyaan valid
- Jika *r_{hitung}* ≤ *r_{tabel}* (0,361) → butir pertanyaan tidak valid

a) Uji Validitas Pengetahuan

Berdasarkan hasil SPSS 25, sebagian besar butir pertanyaan pengetahuan memiliki nilai *r_{hitung}* (*Corrected Item–Total Correlation*) di atas *r_{tabel}* (0,361). Dengan demikian, butir tersebut dinyatakan valid dan layak digunakan dalam pengukuran pengetahuan responden. Beberapa butir yang *r_{hitung}*-nya ≤ 0,361 dinyatakan tidak valid dan telah dihapus. Setelah proses seleksi, instrumen pengetahuan terdiri dari 9 butir valid yang digunakan

dalam kuesioner penelitian.

b) Uji Validitas Sikap

Uji validitas sikap juga dilakukan menggunakan data dari 30 responden penderita hipertensi. Mayoritas butir memiliki r -hitung $> 0,361$ dan dinyatakan valid. Butir yang r -hitungnya rendah telah dieliminasi. Setelah proses seleksi, instrumen sikap terdiri dari 7 butir valid yang layak untuk mengukur sikap responden terhadap edukasi dispepsia.

c) Uji Validitas Tindakan

Hasil uji validitas tindakan memperlihatkan bahwa sebagian besar nilai r -hitung $> 0,361$, sehingga butir tersebut dinyatakan valid. Butir yang tidak mencapai nilai minimal validitas telah dihapus. Dengan demikian, instrumen tindakan yang digunakan berjumlah 8 butir valid.

2. Uji Reliabilitas

Menurut Sugiyono (2023) uji reliabilitas digunakan untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel. Kuesioner dikatakan reliabel jika jawaban seseorang terhadap kuesioner stabil dari waktu ke waktu. Uji reliabilitas adalah tingkat kestabilan suatu alat pengukur dalam mengukur suatu gejala/kejadian. Semakin tinggi reliabilitas suatu alat pengukur, semakin stabil pula alat pengukur tersebut.

Menurut Sugiyono (2023) jika nilai *Cronbach Alpha* $\geq 0,60$ maka item pernyataan dalam kuesioner dinyatakan reliabel dan sebaliknya, apabila nilai *Cronbach Alpha* $\leq 0,60$ maka item pernyataan dalam kuesioner dinyatakan tidak reliabel. Dalam penelitian ini uji reliabilitas menggunakan program SPSS versi 25. Uji reliabilitas ini juga dilaksanakan pada 30 responden penderita Dispepsia di Puskesmas Bengkuring, sesuai dengan kriteria responden penelitian.

a) Reliabilitas Pengetahuan

Hasil uji reliabilitas menggunakan *Cronbach's Alpha* menunjukkan nilai sebesar 0,612. Karena nilai tersebut $\geq 0,60$, maka instrumen dinyatakan reliabel, sehingga item-item pada kuesioner pengetahuan

memiliki konsistensi internal yang baik dan layak digunakan untuk pengukuran variabel pengetahuan responden dalam penelitian metode *cross-sectional*.

b) Reliabilitas Sikap

Hasil uji reliabilitas menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,726. Karena nilai ini $\geq 0,60$, maka instrumen sikap dinyatakan reliabel. Dengan demikian, item-item pada kuesioner sikap memiliki konsistensi internal yang baik dan layak digunakan untuk pengukuran sikap responden dalam penelitian *cross-sectional*.

c) Reliabilitas Tindakan

Hasil uji reliabilitas memperoleh nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,728. Nilai ini berada di atas batas minimal 0,60, sehingga instrumen tindakan dinyatakan reliabel. Dengan demikian, item-item pada kuesioner tindakan memiliki konsistensi internal yang baik dan layak digunakan untuk mengukur tindakan responden dalam penelitian *cross-sectional*.

F. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini data yang dikumpulkan menggunakan data primer dan sekunder.

1. Data Primer

Menurut Sugiyono (2023) data primer yaitu data asli yang dikumpulkan sendiri oleh peneliti untuk menjawab masalah penelitiannya secara khusus. Pengumpulan data primer atau data utama dalam penelitian ini dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner dan melakukan wawancara secara langsung dengan pihak-pihak yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan yaitu di Puskesmas Palaran.

2. Data Sekunder

Menurut Sugiyono (2023) data sekunder yaitu sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen. Dalam penelitian ini yang menjadi sumber data sekunder adalah buku, jurnal, artikel yang berkaitan dengan topik penelitian di Puskesmas Palaran.

G. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data dapat dilakukan secara bertahap sebagai berikut:

1. *Editing*

Tahap ini dilakukan untuk memeriksa kembali kuesioner yang telah diisi oleh responden. Tujuannya adalah memastikan bahwa data yang dikumpulkan lengkap, logis, dan relevan untuk dianalisis lebih lanjut. *Editing* penting dilakukan agar tidak ada kesalahan dalam input dan analisis data (Neshudin dkk., 2012).

2. *Coding*

Coding merupakan peng "kodean" dalam bentuk angka atau huruf yang akan dimasukkan kedalam program computer (Notoatmojo, 2010).

3. *Entry Data*

Data yang telah diberi kode dimasukkan ke dalam program komputer menggunakan aplikasi SPSS (*Statistical Product and Service Solution*). Tahapan ini sangat penting untuk memastikan semua data terekam dengan benar ke dalam sistem agar bisa dianalisis secara statistik.

4. *Cleaning*

Cleaning merupakan proses pembersihan data yang sudah ditemukan yang dapat dicek kembali untuk melihat seberapa banyak kesalahan.

H. Teknik Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel penelitian. Data univariat yang dianalisis meliputi: Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Kejadian dispepsia

Hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, persentase, serta untuk data numerik dapat dihitung nilai rata-rata, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum

2. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel, yaitu Hubungan tingkat pengetahuan dengan kejadian dispepsia, Hubungan sikap dengan kejadian dispepsia, Hubungan

tindakan dengan kejadian dispepsia

Karena penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* (data diukur pada saat yang sama), maka Jika variabel pengetahuan, sikap, tindakan dan kejadian dispepsia bersifat kategorik, maka analisis hubungan menggunakan uji *Chi-Square* (χ^2). Jika ada asumsi yang tidak terpenuhi pada uji *Chi-Square*, maka digunakan uji alternatif *Fisher's Exact*. Semua uji hipotesis dilakukan pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,01$

I. Jadwal Penelitian

Tabel 3. 5 Jadwal Penelitian

Uraian	Tahun 2025/2026							
	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr
Pengajuan Judul								
Proses Pembimbingan								
Seminar Proposal								
Penelitian								
Seminar Hasil								
Pendadaran								

J. Definisi Operasional

Tabel 3. 6 Definisi Operasional

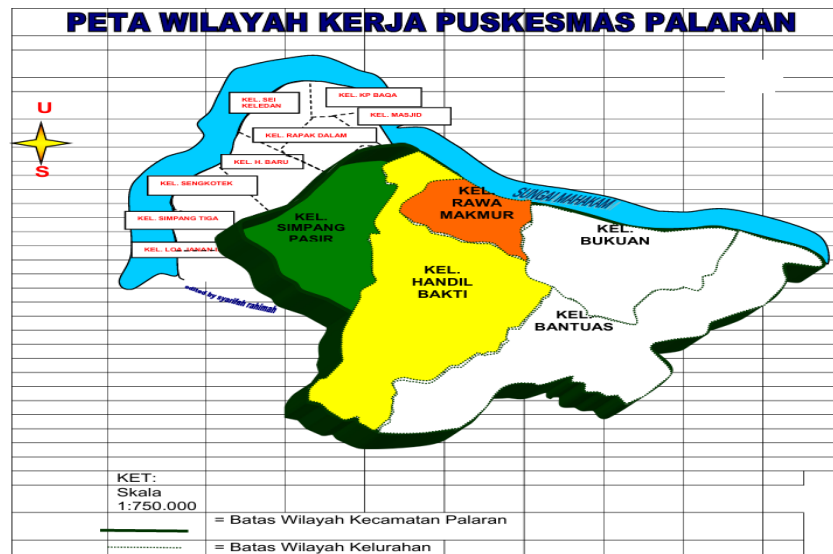
Variael Dependen	Definisi	Alat Ukur	Kriteria	Skala Data
pengetahuan	pengetahuan (<i>knowledge</i>) merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu, tingkat pemahaman responden tentang dispepsia yang mencakup pengertian, penyebab, gejala, faktor risiko, pencegahan, dan	Skala guttman	baik: 76%–100% kurang: <76% (Arikunto, 2013)	Ordinal

	pengendalian. (notoadmodjo, 2019)			
Sikap	sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan, mencakup kesadaran pentingnya kesehatan pencernaan, persepsi terhadap faktor penyebab, kesiapan mencegah penyakit, sikap terhadap pengobatan dan sikap terhadap gaya hidup sehat. (Notoatmodjo dalam Shinta 2019)	Skala Likert	baik:76%–100% kurang:<76% (sriyanto, 2019)	Ordinal
Tindakan	Tindakan juga merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka, seperti pola makan sehat, pemilihan makanan, manajemen stres, pencarian pertolongan, kepatuhan minum obat, dan gaya hidup sehat. (Notoadmodjo, 2003)	Skala Likert	baik:76%–100% kurang:<76%	Ordinal
Kejadia Dispepsia	Kondisi ketika responden mengalami satu atau lebih keluhan gangguan pencernaan bagian atas seperti nyeri ulu hati, perut terasa penuh, cepat kenyang, mual, kembung, dan sering bersendawa	Skala Guttman	- Ya - Tidak	Nominal

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian



Gambar 4.1 Peta Puskesmas Palaran

Wilayah kerja Puskesmas Palaran meliputi tiga kelurahan, yaitu Kelurahan Rawa Makmur, Kelurahan Handil Bakti, dan Kelurahan Simpang Pasir. Luas wilayah kerja mencapai $\pm 85,01$ km² dengan jumlah penduduk sekitar 42.638 jiwa dan 13.655 kepala keluarga. Wilayah ini memiliki karakteristik sebagai kawasan industri dengan aktivitas ekonomi yang cukup beragam, meliputi sektor pertambangan, energi, dan industri lainnya.

Dari aspek sarana dan prasarana kesehatan, Puskesmas Palaran didukung oleh satu unit puskesmas induk, dua unit puskesmas pembantu, serta dua pos kesehatan desa. Selain itu, terdapat pula fasilitas pelayanan kesehatan lainnya seperti klinik dan praktik mandiri tenaga kesehatan. Sumber daya manusia kesehatan di Puskesmas Palaran berjumlah 89 orang yang terdiri dari tenaga medis, tenaga keperawatan, kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga kesehatan lingkungan, serta tenaga pendukung lainnya. Ketersediaan tenaga kesehatan ini menjadi salah

satu faktor penting dalam menunjang kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

B. Hasil Penelitian dan Analisis Data

4. Karakteristik Responden

Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Pendidikan dan Pekerjaan

Tabel 4.1 Uji Karakteristik Responden

Karakteristik	kategori	Jumlah (N)	Persentase %
Jenis Kelamin	Laki – laki	39	40.2
	Perempuan	58	59.8
	Total	97	100.0
Umur	16-24 tahun	55	56.7
	25-35 tahun	23	23.7
	36-45 tahun	8	8.2
	46-55 tahun	7	7.2
	55-56 tahun	3	3.1
	>65 tahun	3	1.0
	Total	1	100.0
Pendidikan	SD	4	4.1
	SMP	7	7.2
	SMA/SMK	78	80.4
	DIPLOMA	1	1.0
	SARJANA	7	7.2
	Total	97	100.0
Pekerjaan	Tidak Bekerja	44	45.4
	IRT	9	9.3
	Petani/Buruh	4	4.1

	Karyawan	40	41.2
	Swasta		
	Total	97	100.0

Sumber : Data Primer Penelitian, 2026.

Gambaran umum mengenai latar belakang sosial dan demografis dari 97 responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini disajikan pada Tabel 4.2. Data tersebut mencakup aspek jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan guna memberikan konteks terhadap karakteristik responden dalam penelitian.

Berdasarkan jenis kelamin, mayoritas responden adalah perempuan dengan jumlah 58 orang (59,8%), sedangkan laki-laki berjumlah 39 orang (40,2%). Hal ini menunjukkan bahwa partisipasi perempuan dalam penelitian ini lebih dominan dibandingkan laki-laki.

Ditinjau dari kelompok usia, sebagian besar responden berada pada rentang usia 16–24 tahun yaitu sebanyak 55 orang (56,7%). Selanjutnya diikuti oleh kelompok usia 25–35 tahun sebanyak 23 orang (23,7%), usia 36–45 tahun sebanyak 8 orang (8,2%), usia 46–55 tahun sebanyak 7 orang (7,2%), serta usia 55–56 tahun dan >65 tahun masing-masing sebanyak 3 orang (3,1% dan 1,0%). Dominasi usia remaja akhir hingga dewasa muda ini menunjukkan bahwa responden didominasi oleh kelompok usia produktif.

Berdasarkan tingkat pendidikan, mayoritas responden merupakan lulusan SMA/SMK yaitu sebanyak 78 orang (80,4%). Responden dengan pendidikan SMP sebanyak 7 orang (7,2%), Sarjana sebanyak 7 orang (7,2%), SD sebanyak 4 orang (4,1%), dan Diploma sebanyak 1 orang (1,0%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan menengah.

Dilihat dari status pekerjaan, sebagian besar responden tidak bekerja yaitu sebanyak 44 orang (45,4%), diikuti oleh karyawan

swasta sebanyak 40 orang (41,2%), Ibu Rumah Tangga (IRT) sebanyak 9 orang (9,3%), serta petani/buruh sebanyak 4 orang (4,1%).

Secara keseluruhan, karakteristik responden dalam penelitian ini didominasi oleh perempuan, berada pada rentang usia 16–24 tahun, memiliki tingkat pendidikan SMA/SMK, dan sebagian besar tidak bekerja atau bekerja di sektor swasta. Karakteristik demografis ini menjadi dasar penting dalam menganalisis hasil penelitian terkait variabel yang diteliti.

5. Analisis Univariat

a. Kejadian Dispepsia

Tabel 4.2 Hasil Uji Kejadian Dispepsia

Kategori Kejadian Dispepsia	Jumlah (N)	Presentase %
Ada	55	56.7
Tidak Ada	42	43.3
Total	97	100.0

Sumber : Data Primer Penelitian, 2026.

Berdasarkan hasil analisis univariat terhadap kejadian dispepsia pada responden, diketahui bahwa dari total 97 responden, sebagian besar mengalami dispepsia yaitu sebanyak 55 orang (56,7%). Sementara itu, responden yang tidak mengalami dispepsia berjumlah 42 orang (43,3%).

Hasil ini menunjukkan bahwa kejadian dispepsia lebih dominan terjadi pada responden dibandingkan yang tidak mengalami dispepsia. Tingginya proporsi responden yang mengalami dispepsia mengindikasikan bahwa masalah dispepsia masih cukup banyak ditemukan pada kelompok yang diteliti.

Secara keseluruhan, distribusi kejadian dispepsia dalam penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden berada pada kategori mengalami dispepsia,

sehingga hal ini menjadi dasar penting untuk analisis lebih lanjut terkait faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian tersebut.

b. Pengetahuan Terkait Dispepsia

Tabel 4.3 Hasil Uji Pengetahuan Dispepsia

Kategori Pengetahuan	Jumlah (N)	Persentase %
Baik	72	74.2
Kurang Baik	25	25.8
Total	97	100.0

Sumber : Data Primer Penelitian, 2026.

Berdasarkan hasil analisis univariat terhadap tingkat pengetahuan responden mengenai dispepsia, diketahui bahwa dari total 97 responden, sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan yang baik yaitu sebanyak 72 orang (74,2%). Sementara itu, responden dengan tingkat pengetahuan kurang baik berjumlah 25 orang (25,8%).

Hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas responden telah memiliki pemahaman yang cukup baik mengenai dispepsia, baik dari segi pengertian, gejala, maupun faktor risiko. Meskipun demikian, masih terdapat sekitar seperempat responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang baik, sehingga perlu adanya upaya peningkatan edukasi kesehatan.

Secara keseluruhan, distribusi tingkat pengetahuan responden dalam penelitian ini didominasi oleh kategori baik, yang dapat menjadi modal penting dalam upaya pencegahan dan pengendalian kejadian dispepsia di masyarakat.

c. Sikap Terkait Dispepsia

Tabel 4.3 Hasil Uji Sikap Responden

Kategori Sikap	Jumlah (N)	Persentase %
Baik	61	62.9
Kurang Baik	36	37.1
Total	97	100.0

Sumber : Data Primer Penelitian, 2026.

Berdasarkan hasil analisis univariat terhadap sikap responden terkait dispepsia, diketahui bahwa dari total 97 responden, sebagian besar memiliki sikap baik yaitu sebanyak 61 orang (62,9%). Sementara itu, responden yang memiliki sikap kurang baik berjumlah 36 orang (37,1%).

Hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas responden sudah memiliki sikap yang cukup mendukung dalam pencegahan maupun penanganan dispepsia. Tingginya proporsi sikap baik mengindikasikan bahwa responden cenderung memiliki pandangan atau kecenderungan positif terhadap upaya menjaga kesehatan, khususnya terkait gangguan pencernaan.

Namun demikian, masih terdapat responden dengan sikap kurang baik dalam jumlah yang cukup signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa tidak semua responden memiliki kecenderungan sikap yang mendukung perilaku sehat, sehingga masih diperlukan upaya untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran dalam pencegahan dispepsia.

Secara keseluruhan, distribusi sikap responden dalam penelitian ini didominasi oleh kategori baik, namun tetap diperlukan upaya peningkatan dan penguatan sikap melalui edukasi kesehatan yang lebih efektif dan berkelanjutan agar dapat mendorong perubahan perilaku yang lebih optimal dalam pencegahan kejadian dispepsia.

d. Tindakan Terkait Dispepsia

Tabel 4.4 Hasil Tindakan Responden

Kategori Tindakan	Jumlah (N)	Persentase %
Baik	43	44.3
Kurang Baik	54	55.7
Total	97	100.0

Sumber : Data Primer Penelitian, 2026.

Berdasarkan hasil analisis univariat terhadap tindakan responden terkait dispepsia, diketahui bahwa dari total 97 responden, sebagian besar memiliki tindakan kurang baik yaitu sebanyak 54 orang (55,7%). Sementara itu, responden yang memiliki tindakan baik berjumlah 43 orang (44,3%).

Hasil ini menunjukkan bahwa tindakan responden dalam

pencegahan maupun penanganan dispepsia masih cenderung kurang optimal. Meskipun terdapat sebagian responden yang sudah memiliki tindakan baik, proporsinya masih lebih rendah dibandingkan dengan responden yang memiliki tindakan kurang baik.

Secara keseluruhan, distribusi tindakan responden dalam penelitian ini didominasi oleh kategori kurang baik. Hal ini mengindikasikan perlunya peningkatan intervensi yang tidak hanya berfokus pada peningkatan pengetahuan, tetapi juga mendorong perubahan perilaku nyata agar dapat mendukung upaya pencegahan dan pengendalian dispepsia secara lebih efektif.

1. Analisis Bivariat

a. Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Dispepsia

Tabel 4.5 Hasil Pengetahuan Kejadian Dispepsia

Variabel	Kejadian Dispepsia (Ada)		Kejadian Dispepsia (Tidak Ada)		N	<i>p-value</i>
	N	%	N	%		
Pengetahuan						
Baik	41	56,9	31	43,1	72	0,935
Kurang Baik	14	56,0	11	44,0	25	
Total	55	56,7	42	43,3	97	

Sumber : Data Primer Penelitian, 2026.

Berdasarkan hasil analisis bivariat antara tingkat pengetahuan dengan kejadian dispepsia, dari 97 responden, sebagian besar memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 72 orang (74,2%), sedangkan yang memiliki pengetahuan kurang baik sebanyak 25 orang (25,8%).

Pada kelompok dengan pengetahuan baik, terdapat 41 responden (56,9%) yang mengalami dispepsia dan 31 responden (43,1%) yang tidak mengalami dispepsia. Sementara itu, pada kelompok dengan pengetahuan kurang baik, terdapat 14 responden (56,0%) yang mengalami dispepsia dan 11 responden (44,0%) yang tidak mengalami dispepsia.

Hasil uji statistik menggunakan uji *Chi-Square* menunjukkan nilai $p\text{-value} = 0,935$ ($p > 0,05$). Hal ini berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan

kejadian dispepsia.

b. Hubungan Sikap dengan Kejadian Dispepsia

Tabel 4.6 Hubungan Sikap Kejadian Dispepsia

Variabel	Kejadian Dispepsia (Ada)		Kejadian Dispepsia (Tidak ada)		N	p-value
	N	%	N	%		
Sikap						
Baik	34	55,7	27	44,3	61	0,803
Kurang Baik	21	58,3	15	41,7	36	
Total	55	56,7	42	43,3	97	

Sumber : Data Primer Penelitian, 2026.

Berdasarkan hasil analisis bivariat antara sikap dengan kejadian dispepsia, dari total 97 responden, sebagian besar memiliki sikap baik yaitu sebanyak 61 orang (62,9%), sedangkan responden dengan sikap kurang baik sebanyak 36 orang (37,1%).

Pada kelompok responden dengan sikap baik, terdapat 34 orang (55,7%) yang mengalami dispepsia dan 27 orang (44,3%) yang tidak mengalami dispepsia. Sementara itu, pada kelompok responden dengan sikap kurang baik, terdapat 21 orang (58,3%) yang mengalami dispepsia dan 15 orang (41,7%) yang tidak mengalami dispepsia.

Hasil uji statistik menggunakan uji Chi-Square diperoleh nilai p-value = 0,803 ($p > 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sikap dengan kejadian dispepsia.

c. Hubungan Tindakan dengan Kejadian Dispepsia

Tabel 4.7 Hubungan Tindakan Kejadian Dispepsia

Variabel	Kejadian Dispepsia (Ada)		Kejadian Dispepsia (Tidak Ada)		N	p-value
	N	%	N	%		
Tindakan						
Baik	52	59,1	36	40,9	88	0,137
Kurang Baik	3	33,3	6	66,7	9	
Total	55	56,7	42	43,3	97	

Berdasarkan hasil analisis bivariat antara tindakan dengan kejadian dispepsia, dari 97 responden, sebagian besar memiliki tindakan baik yaitu sebanyak 88 orang (90,7%), sedangkan responden dengan tindakan kurang baik sebanyak 9 orang (9,3%).

Pada kelompok responden dengan tindakan baik, terdapat 52 orang (59,1%) yang mengalami dispepsia dan 36 orang (40,9%) yang tidak mengalami dispepsia. Sementara itu, pada kelompok responden dengan tindakan kurang baik, terdapat 3 orang (33,3%) yang mengalami dispepsia dan 6 orang (66,7%) yang tidak mengalami dispepsia.

Hasil uji statistik menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,137$ ($p > 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tindakan dengan kejadian dispepsia.

Namun demikian, pada hasil uji juga ditemukan bahwa terdapat 1 sel dengan *expected count* < 5 , sehingga secara statistik sebaiknya mempertimbangkan penggunaan uji alternatif seperti *Fisher's Exact Test*. Nilai *Fisher's Exact Test* menunjukkan $p\text{-value} = 0,169$, yang tetap lebih besar dari 0,05, sehingga hasilnya tetap tidak signifikan.

C. Pembahasan

1. Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Dispepsia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kejadian dispepsia, yang ditunjukkan oleh nilai $p\text{-value} > 0,05$ sehingga

secara statistik tidak signifikan. Hal ini mengindikasikan bahwa tingkat pengetahuan responden mengenai dispepsia tidak secara langsung mempengaruhi kejadian dispepsia pada responden dalam penelitian ini.

Sejalan dengan hasil tersebut, secara teoritis menurut Lawrence Green (1980) dalam model *PRECEDE-PROCEED*, pengetahuan merupakan faktor predisposisi yang berperan sebagai dasar terbentuknya perilaku, namun tidak secara langsung mempengaruhi kejadian penyakit. Dengan kata lain, pengetahuan hanya menjadi landasan awal seseorang untuk bertindak, tetapi tidak menjamin bahwa individu tersebut akan menerapkan perilaku kesehatan yang baik dalam kehidupan sehari-hari.

Selain itu, menurut *Health Belief Model* (HBM), perilaku kesehatan seseorang sangat dipengaruhi oleh persepsi terhadap kerentanan dan tingkat keparahan suatu penyakit. Dalam penelitian ini, kemungkinan responden belum memiliki persepsi bahwa dispepsia merupakan kondisi yang serius atau berbahaya, sehingga meskipun memiliki pengetahuan yang cukup, hal tersebut tidak mendorong responden untuk melakukan perubahan perilaku yang signifikan.

Hal ini juga didukung oleh teori KAP (*Knowledge, Attitude, Practice*) yang menyatakan bahwa hubungan antara pengetahuan dan tindakan tidak selalu bersifat linier. Pengetahuan dapat berhenti pada tahap “tahu” tanpa berlanjut ke tahap “melakukan”. Oleh karena itu, pengetahuan yang dimiliki responden belum tentu diikuti dengan perilaku pencegahan dispepsia. Selain itu, faktor lain seperti pola makan yang tidak teratur, tingkat stres,

serta gaya hidup pada usia produktif diduga memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap kejadian dispepsia dibandingkan dengan pengetahuan semata.

Hasil penelitian ini juga diperkuat oleh penelitian sebelumnya, yaitu Kurniawan et al. (2021) yang menunjukkan bahwa tindakan atau perilaku kesehatan tidak memiliki hubungan signifikan dengan kejadian dispepsia, karena adanya faktor lain yang lebih dominan. Sari (2020) juga menemukan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara perilaku responden dengan kejadian dispepsia, yang diduga dipengaruhi oleh faktor gaya hidup dan kondisi individu. Selain itu, Utami (2019) menyatakan bahwa tindakan tidak berpengaruh secara langsung terhadap kejadian dispepsia karena dispepsia dipengaruhi oleh berbagai faktor lain yang bersifat multifaktorial.

Namun demikian, terdapat penelitian lain yang menunjukkan hasil berbeda, seperti Hidayat et al. (2023) yang menemukan bahwa kebiasaan makan seperti pola makan tidak teratur dan konsumsi makanan tertentu memiliki hubungan signifikan dengan kejadian dispepsia. Penelitian Ndun et al. (2024) juga menunjukkan bahwa faktor perilaku seperti konsumsi kopi, makanan asam, dan pola makan berhubungan dengan meningkatnya risiko dispepsia. Selain itu, Nurjanah et al. (2021) menemukan bahwa kualitas tidur memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian dispepsia, dimana gangguan tidur dapat memperburuk kondisi sistem pencernaan.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan tidak berhubungan dengan kejadian

dispepsia dalam penelitian ini, sehingga kemungkinan terdapat faktor lain seperti pola makan, stres, dan gaya hidup yang lebih dominan dalam mempengaruhi kejadian dispepsia.

2. Hubungan Sikap dengan Kejadian Dispepsia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara sikap dengan kejadian dispepsia, dimana diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,803$ ($p > 0,05$), sehingga secara statistik tidak signifikan. Hal ini mengindikasikan bahwa sikap responden terhadap kesehatan, khususnya terkait dispepsia, belum mampu mempengaruhi kejadian dispepsia secara langsung.

Secara distribusi data, baik pada kelompok responden dengan sikap baik maupun kurang baik, proporsi responden menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki sikap baik yaitu sebesar 62,9%, sedangkan responden dengan sikap kurang baik sebesar 37,1%. Perbedaan ini menunjukkan bahwa mayoritas responden sudah memiliki sikap yang baik dalam penelitian ini.

Secara teoritis, hasil penelitian ini sejalan dengan teori Lawrence Green yang menyatakan bahwa sikap merupakan bagian dari faktor predisposisi. Faktor predisposisi hanya mencerminkan kecenderungan seseorang untuk bertindak, namun belum tentu diwujudkan dalam bentuk perilaku nyata. Dengan demikian, seseorang dapat memiliki sikap yang baik terhadap kesehatan, tetapi belum tentu menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari, seperti menjaga pola makan atau menghindari pemicu dispepsia.

Selain itu, menurut Icek Ajzen dalam Theory of Planned Behavior (1991), sikap hanyalah salah satu

komponen yang mempengaruhi niat (intention) seseorang dalam berperilaku. Perilaku aktual juga dipengaruhi oleh norma subjektif dan perceived behavioral control (kontrol diri). Dalam konteks penelitian ini, meskipun responden memiliki sikap yang baik, faktor lain seperti kebiasaan makan tidak teratur, konsumsi makanan pedas atau asam, serta tingkat stres yang tinggi kemungkinan lebih berperan dalam memicu terjadinya dispepsia.

Hal ini menunjukkan bahwa sikap bersifat laten dan tidak selalu konsisten dengan tindakan nyata. Dalam kehidupan modern, berbagai faktor seperti gaya hidup tidak sehat, aktivitas yang padat, serta tekanan psikologis dapat menghambat individu dalam menerapkan sikap positif yang dimilikinya. Akibatnya, meskipun secara kognitif responden memiliki sikap yang baik, perilaku yang ditampilkan belum mendukung pencegahan dispepsia.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Andini et al. (2021) yang menyatakan bahwa sikap tidak memiliki hubungan signifikan dengan kejadian dispepsia karena belum tentu diwujudkan dalam perilaku nyata. Penelitian Pratama (2020) juga menunjukkan bahwa sikap tidak berpengaruh terhadap kejadian dispepsia, yang diduga karena faktor gaya hidup seperti pola makan dan aktivitas lebih dominan. Selain itu, Ningsih (2019) menyebutkan bahwa sikap tidak berhubungan dengan gangguan pencernaan karena adanya faktor lain seperti stres dan kebiasaan sehari-hari yang lebih berperan.

Namun demikian, terdapat penelitian lain yang menunjukkan hasil berbeda. Sukmawati et al. (2022) menemukan bahwa sikap memiliki hubungan dengan

kejadian dispepsia, dimana sikap yang baik dapat mendukung perilaku pencegahan. Fitriani (2021) juga menyatakan bahwa sikap positif terhadap kesehatan dapat menurunkan risiko dispepsia karena mendorong individu untuk menjaga pola makan. Penelitian Yuliana (2020) turut menunjukkan bahwa sikap berperan dalam pencegahan penyakit lambung melalui peningkatan kesadaran individu terhadap gaya hidup sehat.

Perbedaan hasil penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh perbedaan karakteristik responden, lingkungan, serta variabel lain yang tidak diteliti. Dalam penelitian ini, faktor-faktor seperti pola makan, stres, dan gaya hidup diduga lebih dominan dibandingkan sikap dalam mempengaruhi kejadian dispepsia.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sikap tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian dispepsia pada responden penelitian ini. Oleh karena itu, upaya pencegahan dispepsia tidak cukup hanya dengan meningkatkan sikap, tetapi perlu disertai intervensi yang menekankan perubahan perilaku nyata, seperti pengaturan pola makan, manajemen stres, dan penerapan gaya hidup sehat.

3. Hubungan Tindakan dengan Kejadian Dispepsia

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh nilai p-value = 0,137 dan Fisher's Exact Test = 0,169 ($p > 0,05$), sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tindakan dengan kejadian dispepsia. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan responden belum memiliki pengaruh yang bermakna terhadap kejadian dispepsia.

Sejalan dengan hasil tersebut, secara teoritis tindakan merupakan hasil akhir dari suatu perilaku kesehatan. Namun, menurut Lawrence Green, tindakan dipengaruhi tidak hanya oleh pengetahuan dan sikap, tetapi juga oleh faktor pendukung (*enabling factors*) dan faktor penguat (*reinforcing factors*), seperti ketersediaan fasilitas kesehatan, dukungan sosial, serta lingkungan sekitar.

Dalam penelitian ini, tindakan yang dilakukan responden lebih bersifat kuratif, yaitu dilakukan setelah munculnya gejala, bukan sebagai tindakan pencegahan. Hal ini sesuai dengan Health Belief Model yang menyatakan bahwa seseorang cenderung melakukan tindakan setelah merasakan dampak dari suatu penyakit. Selain itu, distribusi data yang tidak seimbang, dimana jumlah responden dengan tindakan kurang baik relatif sedikit, juga dapat mempengaruhi hasil analisis statistik.

Hasil penelitian ini juga diperkuat oleh penelitian Kurniawan et al. (2021) yang menunjukkan bahwa tindakan tidak memiliki hubungan signifikan dengan kejadian dispepsia, karena tindakan yang dilakukan responden belum tentu bersifat pencegahan. Sari (2020) juga menemukan bahwa tidak terdapat hubungan antara tindakan dengan dispepsia, yang diduga karena tindakan responden lebih bersifat kuratif setelah muncul gejala. Selain itu, Utami (2019) menyatakan bahwa tindakan tidak berpengaruh langsung terhadap kejadian dispepsia karena adanya faktor lain yang lebih dominan seperti pola makan dan kondisi individu.

Namun, terdapat penelitian lain yang menunjukkan hasil berbeda, seperti Rahman et al. (2022) yang menemukan bahwa tindakan memiliki hubungan dengan

kejadian dispepsia, terutama dalam bentuk perilaku pencegahan. Penelitian Dewi (2021) juga menunjukkan bahwa pola makan sebagai bentuk tindakan berhubungan dengan kejadian dispepsia, dimana kebiasaan makan yang tidak sehat meningkatkan risiko. Selain itu, Handayani (2020) menyatakan bahwa tindakan pencegahan seperti menjaga pola makan dan gaya hidup sehat berpengaruh terhadap penurunan kejadian dispepsia.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tindakan tidak berhubungan dengan kejadian dispepsia dalam penelitian ini, sehingga faktor lain seperti pola makan, stres, dan faktor lingkungan diduga lebih berperan dalam terjadinya dispepsia.

D. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa hasil penelitian ini tidak terlepas dari berbagai keterbatasan yang dapat memengaruhi objektivitas dan generalisasi temuan. Beberapa keterbatasan tersebut antara lain

1. Potensi *Recall* Bias dan *Self-Report* Bias

Data dikumpulkan melalui kuesioner yang diisi secara mandiri oleh responden (*self-administered*). Hal ini membuka peluang terjadinya bias, di mana responden mungkin memberikan jawaban yang cenderung "ideal" atau sesuai dengan harapan peneliti (misalnya mengaku makan teratur), padahal kenyataannya tidak demikian. Selain itu, responden mungkin kesulitan mengingat kembali secara akurat perilaku makan atau gejala yang dirasakan dalam jangka waktu tertentu.

2. Keterbatasan Desain Studi *Cross-Sectional*

Desain penelitian ini hanya memotret fenomena tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan pada satu waktu tertentu. Karena pengukuran dilakukan secara bersamaan, peneliti tidak dapat menentukan hubungan sebab-akibat secara temporal (apakah pengetahuan yang kurang menyebabkan dispepsia, atau kah pengalaman terkena dispepsia yang memengaruhi tingkat pengetahuan seseorang)

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2026
2. Tidak ada hubungan antara sikap dengan kejadian dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2026
3. Tidak ada hubungan antara tindakan dengan kejadian dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2026

B. Saran

1. Bagi Tenaga Promosi Kesehatan di Puskesmas Palaran

Tenaga kesehatan, khususnya petugas promosi kesehatan di Puskesmas, diharapkan dapat memberikan edukasi secara berkelanjutan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan langsung kepada masyarakat terkait pencegahan kejadian dispepsia. Edukasi tersebut perlu difokuskan pada peningkatan pengetahuan, pembentukan sikap yang positif, serta mendorong perubahan tindakan masyarakat dalam menerapkan pola hidup sehat, seperti menjaga pola makan yang teratur dan seimbang, menghindari makanan pemicu dispepsia, serta melakukan pengelolaan stres dengan baik sebagai upaya pencegahan dan pengendalian dispepsia.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian dengan menambahkan

variabel lain yang berpotensi memengaruhi kejadian dispepsia, seperti infeksi *Helicobacter pylori*, penggunaan obat-obatan tertentu, gaya hidup, serta faktor psikologis lainnya, sehingga diperoleh hasil penelitian yang lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Amanda, A., Anita, F., & Andora, N. (2025). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian dispepsia. *Journal of Qualitative Health Research & Case Studies Reports*, 5(2), 108–120. <https://doi.org/10.56922/quilt.v5i2.885>
- Fikrinnisa, R. (2018). Hubungan antara ketidakteraturan makan dan pola konsumsi makanan tinggi lemak dengan kejadian sindroma dispepsia fungsional pada remaja putri di SMA Kota Yogyakarta. *Jurnal Gizi*, 7(2), 175–182.
- Ramdhaniati, E. N., Suprihhartini, S., & Fuad, W. (2024). Hubungan dispepsia dengan tingkat cemas pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang angkatan 2022 menjelang OSCE. *Medika Alkhairaat: Jurnal Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, 6(2), 460–466.
- Randini, W. L. V., Sartika, S. D., & Rahmadani, A. A. (2024). Faktor risiko dispepsia fungsional pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Bosowa angkatan 2019–2021. *BMJ*, 2(2), 97–101. <https://doi.org/10.56326/bmj.v2i2.2461>
- Savira, N. I. I., Kurniawan, A., Wardaningsih, F. K., & Fikri, K. (2023). Hubungan pola konsumsi makanan pedas dengan peningkatan risiko dispepsia pada mahasiswa pendidikan biologi Universitas Jember. *Jambura Edu Biosfer Journal*, 5(2), 48–55. <https://doi.org/10.34312/jebj.v5i2.15314>
- Saputri, S. A., Indriani, N., & Kresnapati, I. N. B. A. (2025). Analisis kejadian dispepsia terhadap faktor pemicu. *Biocity Journal of Pharmacy Bioscience and Clinical Community*, 3(2), 69–84.
- Salsabila, A. (2020). Kecemasan dan kejadian dispepsia fungsional. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*.
- Suhesti, D. B. C., Zoraya, S. I., Leonaviri, M., & Ruqayyah, S. (2025). Hubungan stres, aktivitas fisik, dan jenis makanan dan minuman iritatif dengan kejadian dispepsia fungsional pada remaja di panti asuhan Kecamatan Ampenan. *Indonesian Journal of Health Research Innovation (IJHRI)*, 2(3), 186–187.
- Syam, A. F., Miftahussurur, M., Makmun, D., et al. (2023). Management of dyspepsia and *Helicobacter pylori* infection: The 2022 Indonesian consensus report. *Gut Pathogens*, 15(25). <https://doi.org/10.1186/s13099-023-00551-2>
- Waranugraha, Y. (2010). Hubungan pola penggunaan OAINS dengan gejala klinis

- gastropati pada pasien reumatik. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 26(2).
- Reza, T., & Mutiara, D. (2025). Hubungan jenis makanan dan minuman iritatif dengan sindroma dispepsia pada siswa SMA I Adabiah Padang tahun ajaran 2020/2021. *Nusantara Hasana Journal*, 5(7), 187–197.
- Maribeth, A. L., Indah, D., & Khomeini. (2025). Hubungan kecemasan terhadap sindrom dispepsia pada mahasiswa tingkat akhir Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah Padang. *Health and Medical Journal (HEME)*, 7(3), 183–184.
- Hidayat, F., & Husen, A. H. (2022). Pencegahan penyakit dispepsia sejak dini melalui edukasi kesehatan kepada siswa SMP Negeri 1 Kota Ternate. *Meambo*, 1(2), 136–140.
- Puspita, D., & Apriza. (2024). Asuhan keperawatan pada Ny. M dengan dispepsia di Wisma Anggrek UPT PSTW Husnul Khatimah Pekanbaru Tahun 2024. *Excellent Health Journal*, 3(1), 564–571.
- Fikrinnisa, R. (2018). Hubungan antara ketidakteraturan makan dan pola konsumsi makanan tinggi lemak dengan kejadian sindroma dispepsia fungsional pada remaja putri di SMA Kota Yogyakarta. *Jurnal Gizi*, 7(2), 175–178.
- American Heart Association. (2022). *Guidelines for the management of hypertension*.
- Anwar, D. (2019). *Data dispepsia di Dinas Kesehatan Kalimantan Timur 2017*.
- Anwar, D. (2019). Gambaran kasus dispepsia di Kalimantan Timur. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 25–32.
- Arikunto, S. (2016). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktik*. Rineka Cipta.
- Azwar, S. (2012). *Sikap manusia: Teori dan pengukurannya*. Pustaka Pelajar.
- Badan Pusat Statistik Kota Samarinda. (2024). *Kota Samarinda dalam Angka 2024*.
- Beno, A., dkk. (2022). *Pengetahuan dalam perspektif kesehatan masyarakat*.
- Chan, dalam Dewi, N. (2017). Pola makan dan kejadian dispepsia. *DataReportal*. (2024). *Digital 2024: Indonesia*.
- Dewi, N. (2017). Hubungan pola makan dengan kejadian dispepsia. *Jurnal Kesehatan*, 5(2), 112–118.
- Diniaty. (2020). *Teori tindakan dan perilaku kesehatan*.

- Dinas Kesehatan Kota Samarinda. (2024). *Profil Kesehatan Kota Samarinda*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2022). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2022*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur. (2017). *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur 2017*.
- Djojoningrat, H. (2014). *Dispepsia: Tinjauan klinis dan penatalaksanaan*.
- Fitriani, S. (2011). *Perilaku kesehatan dan faktor yang mempengaruhinya*.
- Ford, A., & Moayyedi, P. (2013). Rome III criteria for functional dyspepsia.
- Fransiskus, M., & Zavala, G. (2024). Rome IV criteria and dyspepsia.
- Friedman, M. (2020). *Family nursing: Research, theory, and practice*.
- Friedman, M., Bowen, M., & Jones, S. (2010). Family support and health outcomes.
- Gopalan, S. (2022). *Lambung dan mekanisme sekresi asam*.
- Green, L., & Kreuter, M. (2019). *Health program planning*.
- Irfan, W. (2019). Hubungan pola makan dan sindrom dispepsia pada mahasiswa.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *Profil Kesehatan Indonesia 2012*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia 2021*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Data rawat inap dispepsia tahun 2021*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Kesehatan Jamaah Haji Indonesia 2023*.
- Kholid, A. (2012). *Metodologi kesehatan masyarakat*.
- Makmun, S., dkk. (2014). Prevalensi dispepsia fungsional di Asia.
- Miwa, H. (2012). Asian-Pacific consensus on functional dyspepsia.
- Montalto, M., dkk. (2004). *Diagnosis and management of dyspepsia*.
- Moayyedi, P., dkk. (2021). Functional dyspepsia overview.
- Muhrisa. (2022). Dukungan keluarga dalam kesehatan.
- Naomi. (2019). Pengetahuan dan perilaku kesehatan.
- Nasution, dalam Irfan, W. (2019). Pola makan dan kejadian dispepsia.
- Novita, & Franciska. (2011). Peran tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan.
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*.

- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi penelitian kesehatan*. Notoatmodjo, S. (2014). *Pengukuran pengetahuan, sikap, dan tindakan*. Notoatmodjo, S. (2019). *Teori perilaku kesehatan*.
- Nugraheni. (2018). Pelayanan kesehatan masyarakat.
- Nursalam. (2017). *Metodologi penelitian keperawatan*. Salemba Medika.
- Putri, & Andayani. (2021). Peran dukungan keluarga terhadap perilaku sehat.
- Rahmawati, & Lestari. (2023). Pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan kesehatan.
- Rosadi, M., dkk. (2023). Prevalensi dispepsia di Indonesia.
- Sari, I. (2022). Dukungan keluarga dalam pencegahan penyakit tidak menular.
- Setiawan. (2010). Peran tenaga kesehatan sebagai edukator.
- Skinner, B. (1938). *The behavior of organisms*.
- Sperber, A. D., Bangdiwala, S. I., Drossman, D. A., et al. (2021). Worldwide prevalence and burden of functional GI disorders. *Gastroenterology*, 160(1), 99–114.
- Sugiyono. (2011). *Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif*.
- Sugiyono. (2018). *Metode penelitian dan pengembangan*.
- Sugiyono. (2020). *Skala pengukuran dan instrumen penelitian*.
- Sugiyono. (2022). *Teknik sampling dalam penelitian*.
- Sugiyono. (2023). *Validitas dan reliabilitas instrumen*.
- Susilawati. (2013). Pola makan dan dispepsia pada remaja.
- Swarjana. (2017). *Manajemen pelayanan kesehatan*.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
- Wijaya, A., dkk. (2020). Gaya hidup dan gangguan pencernaan.
- Wood, L. (2016). Approach to dyspepsia diagnosis.
- World Health Organization. (2021). *Global prevalence of dyspepsia*.
- World Health Organization. (2023). *Dyspepsia: Updated global statistics*.
- Zakiah, dkk. (2021). Klasifikasi dispepsia berdasarkan Rome IV.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Sebelum Uji Validitas & Reliabilitas

Kode Responden

LAMPIRAN KUESIONER PENELITIAN HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN SIKAP DAN TINDAKAN MASYARAKAT TENTANG POLA MAKAN TERHADAP DISPEPSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PALARAN TAHUN 2026

A. Data Demografi

Berikan tanda cek list (✓) pada kotak yang sesuai.

1. Nama (inisial) :
2. Jenis Kelamin : ☐ Laki – laki
☐ Perempuan
3. Usia : ☐ 16 – 24 tahun ☐ 46 – 55 tahun
☐ 26 – 35 tahun ☐ 56 – 65 tahun
☐ 36 – 45 tahun ☐ >65 tahun
4. Agama : ☐ Hindu ☐ Buddha
☐ Islam ☐ Khatolik
☐ Kristen
5. Pekerjaan : ☐ Tidak Bekerja ☐ Karyawan Swasta
☐ Ibu Rumah Tangga ☐ PNS
☐ Petani/Buruh ☐ Lainnya
6. Tingkat Pendidikan : ☐ SD ☐ Sarjana
☐ SMP ☐ Magister/Spesialis
☐ SMA/SMK ☐ Doctor
☐ Diploma

A. Kuesioner Pengetahuan Dispepsia (Skala Guttman)

(Berikan tanda cek list (✓) pada jawaban yang dirasa benar)

Tabel 3. 7 Kuesioner Pengetahuan Dispepsia

No.	Pernyataan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah Anda tahu bahwa dispepsia merupakan gangguan pencernaan yang menimbulkan rasa tidak nyaman di ulu hati?		
2.	Apakah dispepsia dapat disebabkan oleh pola makan yang tidak teratur?		
3.	Apakah stres dapat menjadi salah satu faktor pemicu dispepsia?		
4.	Apakah makanan pedas dan asam dapat memperburuk gejala dispepsia?		
5.	Apakah sering melewatkan sarapan dapat meningkatkan risiko dispepsia?		
6.	Apakah salah satu gejala dispepsia adalah perut terasa penuh dan cepat kenyang?		
7.	Apakah merokok dan konsumsi kafein berlebihan bisa memicu dispepsia?		
8.	Apakah olahraga teratur dapat membantu mencegah dispepsia?		
9.	Apakah Anda tahu bahwa pengendalian stres dapat membantu mencegah kekambuhan dispepsia?		
10.	Apakah dispepsia dapat diobati dengan menjaga pola makan dan gaya hidup sehat?		

Penilaian:

- skor maksimal = 10
- kategori: baik: 76-100% (≥ 8 benar)
kurang: $< 76\%$ (< 8 benar)

B. Kuesioner Sikap Penderita Dispepsia (Skala Likert)

(skala: SS = sangat setuju, S = setuju, N = netral, TS = tidak setuju, STS = sangat tidak setuju)

Tabel 3. 8 Kuesioner Sikap Dispepsia

No.	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1.	Menjaga pola makan yang teratur penting untuk mencegah dispepsia.				
2.	Saya merasa menjaga kesehatan pencernaan bukan hal yang penting.				
3.	Menghindari makanan pedas dan asam adalah cara yang baik untuk mencegah dispepsia.				
4.	Saya yakin stres dapat memengaruhi gangguan pencernaan.				
5.	Jika mengalami gejala dispepsia, saya memilih mengabaikannya saja.				
6.	Saya percaya bahwa pola makan sehat dapat memperbaiki kondisi pencernaan.				
7.	Saya merasa tidak perlu membatasi konsumsi kopi atau soda.				
8.	Menjaga berat badan ideal penting untuk mencegah dispepsia.				
9.	Saya siap mengubah kebiasaan makan jika itu bisa mengurangi risiko dispepsia.				
10.	Saya mendukung kegiatan penyuluhan kesehatan tentang pencegahan dispepsia.				

Penilaian:

- Skor: SS=5, S=4, N=3, TS=2, STS=1
- Pernyataan negatif dibalik skornya
- Kategori:
 - Baik: 76–100% dari skor maksimum
 - Kurang: <76%

C. Kuesioner Tindakan Pencegahan Dispepsia (Skala Likert)

(skala: SL = selalu, SR = Sering, JR = jarang, TP = tidak pernah)

Tabel 3. 9 Kuesioner Tindakan Dispepsia

No.	Pernyataan	Jawaban			
		SL	SR	JR	TP
1.	Saya makan secara teratur tiga kali sehari.				
2.	Saya melewatkan sarapan karena terburu – buru.				
3.	Saya membatasi konsumsi makanan pedas, asam, dan berlemak.				
4.	Saya minum air putih minimal 8 gelas per hari.				
5.	Saya mengonsumsi kopi atau minuman berkafein setiap hari lebih dari 400 mg kafein/hari.				
6.	Saya melakukan olahraga ringan secara rutin untuk menjaga kesehatan pencernaan.				
7.	Saya berusaha mengelola stres agar tidak memperparah gejala pencernaan.				
8.	Jika merasa nyeri ulu hati, saya segera mencari pertolongan medis.				
9.	Saya menghindari makan larut malam atau langsung tidur setelah makan.				
10.	Saya mengikuti penyuluhan atau informasi kesehatan tentang pencegahan dispepsia jika tersedia.				

Penilaian:

- Skor: SL=5, SR=4, KK=3, JR=2, TP=1
- Pernyataan negatif dibalik skornya
- Kategori:
 - Baik: 76–100% dari skor maksimum
 - Kurang: <76%

Lampiran 2 Hasil Uji Validitas & Relibilitas Kuesioner

PENGETAHUAN

Correlations

[illegible]

Apakah salah satu gejala dispepsia adalah perut terasa penuh dan cepat kenyang?	Pearson Correlation	,123	-,152	,515**	,227	,000	1	,289	,183	,356	^b	,577**
	Sig. (2-tailed)	,517	,424	,004	,227	1,000		,122	,334	,053	.	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Apakah merokok dan konsumsi kafein berlebihan bisa memicu dispepsia?	Pearson Correlation	,213	,263	,446*	,263	,632**	,289	1	,253	,154	^b	,702**
	Sig. (2-tailed)	,258	,161	,014	,161	,000	,122		,177	,416	.	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Apakah olahraga teratur dapat membantu mencegah dispepsia?	Pearson Correlation	,337	-,083	,388*	,415*	-,200	,183	,253	1	,683**	^b	,602**
	Sig. (2-tailed)	,069	,663	,034	,023	,289	,334	,177		,000	.	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Apakah Anda tahu bahwa pengendalian stres dapat membantu mencegah kekambuhan dispepsia?	Pearson Correlation	,428*	-,122	,671**	,284	-,098	,356	,154	,683**	1	^b	,719**
	Sig. (2-tailed)	,018	,522	,000	,129	,608	,053	,416	,000		.	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Apakah dispepsia dapat diobati dengan menjaga pola makan dan gaya hidup sehat?	Pearson Correlation	^b	^b	^b	^b	^b	^b	^b	^b	^b	^b	^b
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Total Pengetahuan	Pearson Correlation	,591**	,194	,734**	,475**	,331	,577**	,702**	,602**	,719**	^b	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,305	,000	,008	,074	,001	,000	,000	,000	.	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

b. Cannot be computed because at least one of the variables is constant

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,728	11

SIKAP

Correlations

[illegible]

Saya merasa tidak perlu membatasi mengkonsumsi kopi atau soda.	Pearson Correlation	,105	,220	,073	,517**	,799**	,272	1	,356	,182	,304	,771**
	Sig. (2-tailed)	,581	,242	,702	,003	,000	,146		,054	,335	,103	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Menjaga berat badan ideal penting untuk mencegah dispepsia.	Pearson Correlation	-,097	,325	,067	,224	,318	-,065	,356	1	-,299	,149	,410*
	Sig. (2-tailed)	,611	,080	,724	,233	,086	,734	,054		,109	,431	,024
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Saya siap mengubah kebiasaan makan jika itu bisa mengurangi risiko dispepsia.	Pearson Correlation	,347	,039	,305	,013	,076	,263	,182	-,299	1	,429*	,407*
	Sig. (2-tailed)	,060	,839	,101	,944	,689	,161	,335	,109		,018	,025
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Saya mendukung kegiatan penyuluhan kesehatan tentang pencegahan dispepsia.	Pearson Correlation	,347	,544**	,337	,054	,304	,355	,304	,149	,429*	1	,680**
	Sig. (2-tailed)	,060	,002	,069	,778	,102	,054	,103	,431	,018		,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
TOTALS	Pearson Correlation	,337	,553**	,446*	,524**	,675**	,453*	,771**	,410*	,407*	,680**	1
	Sig. (2-tailed)	,068	,002	,014	,003	,000	,012	,000	,024	,025	,000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,726	11

TINDAKAN

Correlations													
		Saya makan secara teratur tiga kali sekali sehari.	Saya melewati sarapan karena terburu-buru.	Saya membatasi konsumsi makanan pedas, asam, dan berlemak.	Saya minum air putih minimal 8 gelas per hari.	Saya mengonsumsi kopi atau minuman berkafein setiap hari lebih dari 400 mg kafein/hari.	Saya melakukan olahraga ringan secara rutin untuk menjaga kesehatan pencernaan.	Saya berusaha mengelola stres agar tidak memperparah gejala pencernaan.	Jika merasa nyeri ulu hati, saya segera mencari pertolongan medis.	Saya menghindari makan larut malam atau langsung tidur setelah makan.	Saya mengikuti penyuluhan atau informasi kesehatan tentang pencegahan dispepsia jika tersedia.	TOTALT	
Saya makan secara teratur tiga kali sekali sehari.	Pearson Correlation	1	,628**	,117	,140	,071	-,144	,014	,070	-,043	,037	,352	
	Sig. (2-tailed)		,000	,539	,459	,707	,447	,940	,715	,821	,846	,056	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
Saya melewati sarapan karena terburu-buru.	Pearson Correlation	,628**	1	-,050	,107	,058	-,260	,138	,050	-,325	,160	,265	
	Sig. (2-tailed)	,000		,792	,574	,762	,166	,466	,793	,080	,398	,157	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
Saya membatasi konsumsi makanan pedas, asam, dan berlemak.	Pearson Correlation	,117	-,050	1	,373*	,279	,293	,396*	,430*	,387*	,333	,715**	
	Sig. (2-tailed)	,539	,792		,042	,135	,117	,030	,018	,035	,072	,000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
Saya minum air putih minimal 8 gelas per hari.	Pearson Correlation	,140	,107	,373*	1	,237	,320	,508**	,217	-,011	,169	,593**	
	Sig. (2-tailed)	,459	,574	,042		,207	,085	,004	,250	,956	,372	,001	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
Saya mengonsumsi kopi atau hari lebih dari 400 mg kafein/hari.	Pearson Correlation	,071	,058	,279	,237	1	-,010	,055	,282	,047	,219	,421*	
	Sig. (2-tailed)	,707	,762	,135	,207		,960	,771	,131	,804	,246	,021	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
Saya melakukan olahraga ringan secara rutin untuk	Pearson Correlation	-,144	-,260	,293	,320	-,010	1	,467**	,266	,363*	,053	,475**	
	Sig. (2-tailed)	,447	,166	,117	,085	,960		,009	,156	,049	,780	,008	

menjaga kesehatan pencernaan.	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Saya berusaha mengelola stres agar tidak memperparah gejala pencernaan.	Pearson Correlation	,014	,138	,396*	,508**	,055	,467**	1	,169	,248	,013	,595**
	Sig. (2-tailed)	,940	,466	,030	,004	,771	,009		,373	,186	,946	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Jika merasa nyeri ulu hati, saya segera mencari pertolongan medis.	Pearson Correlation	,070	,050	,430*	,217	,282	,266	,169	1	,061	,642**	,647**
	Sig. (2-tailed)	,715	,793	,018	,250	,131	,156	,373		,750	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Saya menghindari makan larut malam atau langsung tidur setelah makan.	Pearson Correlation	-,043	-,325	,387*	-,011	,047	,363*	,248	,061	1	,100	,391*
	Sig. (2-tailed)	,821	,080	,035	,956	,804	,049	,186	,750		,598	,033
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Saya mengikuti penyuluhan atau informasi kesehatan tentang pencegahan dispepsia jika tersedia.	Pearson Correlation	,037	,160	,333	,169	,219	,053	,013	,642**	,100	1	,571**
	Sig. (2-tailed)	,846	,398	,072	,372	,246	,780	,946	,000	,598		,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
TOTALT	Pearson Correlation	,352	,265	,715**	,593**	,421*	,475**	,595**	,647**	,391*	,571**	1
	Sig. (2-tailed)	,056	,157	,000	,001	,021	,008	,001	,000	,033	,001	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,728	11

Kode Responden

LAMPIRAN KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN SIKAP DAN TINDAKAN
MASYARAKAT TENTANG POLA MAKAN TERHADAP DISPEPSIA DI
PUSKESMAS PALARAN TAHUN 2025

A. Data Demografi

Berikan tanda cek list (✓) pada kotak yang sesuai.

1. Nama (inisial) :
2. Jenis Kelamin : ☐ Laki – laki
☐ Perempuan
3. Usia : ☐ 16 – 24 tahun ☐ 46 – 55 tahun
☐ 26 – 35 tahun ☐ 56 – 65 tahun
☐ 36 – 45 tahun ☐ >65 tahun
4. Agama : ☐ Hindu ☐ Buddha
☐ Islam ☐ Khatolik
☐ Kristen
5. Pekerjaan : ☐ Tidak Bekerja ☐ Karyawan Swasta
☐ Ibu Rumah Tangga ☐ PNS
☐ Petani/Buruh ☐ Lainnya
6. Tingkat Pendidikan : ☐ SD ☐ Sarjana
☐ SMP ☐ Magister/Spesialis
☐ SMA/SMK ☐ Doctor
☐ Diploma

B. Kuesioner Pengetahuan Dispepsia (Skala Guttman)

(Berikan tanda cek list (✓) pada jawaban yang dirasa benar)

Tabel 3. 10 Kuesioner Pengetahuan Dispepsia

No.	Pernyataan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah stres dapat menjadi salah satu faktor pemicu dispepsia?		
2.	Apakah makanan pedas dan asam dapat memperburuk gejala dispepsia?		
3.	Apakah sering melewatkan sarapan dapat meningkatkan risiko dispepsia?		
4.	Apakah salah satu gejala dispepsia adalah perut terasa penuh dan cepat kenyang?		
5.	Apakah merokok dan konsumsi kafein berlebihan bisa memicu dispepsia?		
6.	Apakah olahraga teratur dapat membantu mencegah dispepsia?		
7.	Apakah Anda tahu bahwa pengendalian stres dapat membantu mencegah kekambuhan dispepsia?		
8.	Apakah dispepsia dapat diobati dengan menjaga pola makan dan gaya hidup sehat?		

C. Kuesioner Sikap Penderita Dispepsia (Skala Likert)

Keterangan:

SS = sangat setuju

S = setuju

TS = tidak setuju

STS = sangat tidak setuju)

Tabel 3. 11 Kuesioner Sikap Dispepsia

No.	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1.	Menjaga pola makan yang teratur penting untuk mencegah dispepsia.				
2.	Saya merasa menjaga kesehatan pencernaan bukan hal yang penting.				
3.	Saya yakin stres dapat memengaruhi gangguan pencernaan.				
4.	Jika mengalami gejala dispepsia, saya memilih mengabaikannya saja.				
5.	Saya percaya bahwa pola makan sehat dapat memperbaiki kondisi pencernaan.				
6.	Saya merasa tidak perlu membatasi konsumsi kopi atau soda.				
7.	Saya mendukung kegiatan penyuluhan kesehatan tentang pencegahan dispepsia.				

D. Kuesioner Tindakan Pencegahan Dispepsia (Skala Likert)

Keterangan:

SL = selalu

SR = Sering

TP = tidak pernah

Tabel 3. 12 Kuesioner Tindakan Dispepsia

No.	Pernyataan	Jawaban			
		SL	SR	JR	TP
1.	Saya makan secara teratur tiga kali sehari.				
2.	Saya melewatkan sarapan karena terburu – buru.				
3.	Saya membatasi konsumsi makanan pedas, asam, dan berlemak.				
4.	Saya minum air putih minimal 8 gelas per hari.				
5.	Saya mengonsumsi kopi atau minuman berkafein setiap hari lebih dari 400 mg kafein/hari.				
6.	Saya melakukan olahraga ringan secara rutin untuk menjaga kesehatan pencernaan.				
7.	Saya berusaha mengelola stres agar tidak memperparah gejala pencernaan.				
8.	Jika merasa nyeri ulu hati, saya segera mencari pertolongan medis.				
9.	Saya menghindari makan larut malam atau langsung tidur setelah makan.				
10.	Saya mengikuti penyuluhan atau informasi kesehatan tentang pencegahan dispepsia jika tersedia.				

Lampiran 4 Master Data

re sp on nd en	di s p e n s i a	j k	u m r	p e n d i k a n	p e k e r j a a n	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	T O T A L	m a x	p e r s e n	k o d e	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	T O T A L	m a x	p e r s e n	k o d e	T 1	T 2	T 3	T 4	T 5	T 6	T 7	T 8	T 9	T 1 0	T O T A L	m a x	p e r s e n	k o d e
R 1	2	2	5	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	3	2	3	3	3	4	21	2 8	75 ,0	0	3	3	2	4	3	3	3	2	3	4	30	4 0	75 ,0	0
R 2	2	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	2	3	2	4	3	3	21	2 8	75 ,0	0	4	2	3	4	4	4	4	3	3	3	34	4 0	85 ,0	1
R 3	1	1	1	3	4	1	1	0	1	0	1	0	1	5	8	62 ,5	0	4	4	3	4	3	4	4	26	2 8	92 ,9	1	2	2	1	4	4	2	3	1	2	2	23	4 0	57 ,5	0
R 4	2	2	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	4	4	3	4	4	4	4	27	2 8	96 ,4	1	3	1	3	4	1	3	2	1	4	3	25	4 0	62 ,5	0
R 5	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	3	2	3	3	3	4	21	2 8	75 ,0	0	2	2	2	2	4	4	4	2	3	4	29	4 0	72 ,5	0
R 6	1	2	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	3	3	3	4	3	4	23	2 8	82 ,1	1	4	3	4	4	4	2	4	4	4	3	36	4 0	90 ,0	1
R 7	2	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	3	3	3	3	2	4	22	2 8	78 ,6	1	4	3	4	3	3	3	3	2	2	4	31	4 0	77 ,5	1
R 8	2	2	5	1	4	0	1	0	0	1	1	1	1	5	8	62 ,5	0	4	2	3	3	4	2	2	20	2 8	71 ,4	0	4	4	4	2	1	2	3	4	3	3	30	4 0	75 ,0	0
R 9	1	1	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	3	3	3	3	3	3	3	21	2 8	75 ,0	0	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	26	4 0	65 ,0	0
R 10	2	2	4	3	2	1	1	1	0	0	1	1	1	6	8	75	0	4	4	4	4	4	3	4	27	2 8	96 ,4	1	2	2	4	3	3	2	2	2	2	4	26	4 0	65 ,0	0
R 11	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	3	4	3	3	3	3	23	2 8	82 ,1	1	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	25	4 0	62 ,5	0
R 12	1	1	3	3	4	1	1	1	1	0	1	1	1	7	8	87 ,5	1	4	3	4	3	4	3	4	25	2 8	89 ,3	1	4	4	1	4	1	3	4	1	1	4	27	4 0	67 ,5	0
R 13	1	1	4	3	4	1	1	1	1	0	1	1	1	7	8	87 ,5	1	3	2	4	3	3	3	3	21	2 8	75 ,0	0	2	3	4	2	1	3	3	3	4	4	29	4 0	72 ,5	0
R 14	2	2	2	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	3	3	3	3	3	4	23	2 8	82 ,1	1	4	2	3	1	4	3	3	4	3	4	31	4 0	77 ,5	1
R 15	1	2	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	4	4	4	4	4	4	28	2 8	10 0,0	1	3	4	2	3	3	3	3	3	2	4	30	4 0	75 ,0	0
R 16	2	1	2	3	4	1	0	1	1	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	3	3	1	3	3	2	3	18	2 8	64 ,3	0	4	1	3	3	1	3	3	3	3	4	28	4 0	70 ,0	0
R 17	2	2	4	1	4	1	1	1	1	0	1	1	1	7	8	87 ,5	1	3	3	2	3	3	2	3	19	2 8	67 ,9	0	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	26	4 0	65 ,0	0

R 18	2	1	1	3	4	1	1	1	0	0	1	0	1	5	8	62 ,5	0	4	4	4	4	4	4	4	28	2 8	10 0, 0	1	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	36	4 0	90 ,0	1
R 19	1	1	1	4	4	0	1	1	0	1	1	0	1	5	8	62 ,5	0	3	4	2	3	3	2	2	19	2 8	67 ,9	0	4	2	3	4	2	2	2	3	2	3	27	4 0	67 ,5	0
R 20	1	2	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	3	2	2	2	2	2	16	2 8	57 ,1	0	3	2	3	3	2	4	4	3	3	4	31	4 0	77 ,5	1
R 21	1	1	4	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	2	2	3	2	2	3	17	2 8	60 ,7	0	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	28	4 0	70 ,0	0
R 22	2	1	4	2	3	1	1	1	0	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	3	2	3	3	2	1	3	17	2 8	60 ,7	0	2	3	3	3	4	3	3	3	4	4	32	4 0	80 ,0	1
R 23	2	2	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	3	2	4	2	3	3	20	2 8	71 ,4	0	3	2	4	3	2	3	4	3	3	3	30	4 0	75 ,0	0
R 24	1	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	2	3	3	3	2	3	20	2 8	71 ,4	0	3	3	4	3	4	2	2	2	4	4	31	4 0	77 ,5	1
R 25	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	2	2	4	2	1	3	17	2 8	60 ,7	0	3	2	4	3	3	3	2	2	4	4	30	4 0	75 ,0	0
R 26	2	2	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	4	2	4	3	2	3	3	21	2 8	75 ,0	0	3	2	3	3	3	2	3	4	2	2	27	4 0	67 ,5	0
R 27	2	2	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	2	3	2	1	2	2	1	13	2 8	46 ,4	0	2	1	2	3	1	2	2	4	2	3	22	4 0	55 ,0	0
R 28	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	2	3	2	1	2	2	3	15	2 8	53 ,6	0	3	3	2	2	3	3	3	2	2	1	24	4 0	60 ,0	0
R 29	1	1	1	3	1	1	1	0	1	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	2	3	3	2	3	3	3	19	2 8	67 ,9	0	1	4	2	2	3	2	3	2	2	2	23	4 0	57 ,5	0
R 30	1	2	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	2	3	3	3	4	2	3	20	2 8	71 ,4	0	3	2	1	3	3	3	4	2	3	2	26	4 0	65 ,0	0
R 31	1	2	2	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	1	2	3	2	3	3	3	17	2 8	60 ,7	0	3	2	1	2	3	3	4	3	3	2	26	4 0	65 ,0	0
R 32	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	2	4	4	3	3	4	23	2 8	82 ,1	1	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	29	4 0	72 ,5	0
R 33	2	1	4	3	4	1	0	1	1	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	4	2	3	4	4	2	3	22	2 8	78 ,6	1	3	4	4	4	3	3	4	2	2	3	32	4 0	80 ,0	1
R 34	2	2	2	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	2	3	4	2	3	3	4	21	2 8	75 ,0	0	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	28	4 0	70 ,0	0
R 35	1	2	1	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	6	8	75	0	4	3	3	2	4	2	4	22	2 8	78 ,6	1	4	2	4	4	2	4	2	4	2	3	31	4 0	77 ,5	1
R 36	2	2	1	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	4	2	3	2	3	2	3	19	2 8	67 ,9	0	2	1	3	2	2	1	3	3	3	4	24	4 0	60 ,0	0
R 37	1	2	1	3	1	1	0	1	1	0	1	1	1	6	8	75	0	3	2	3	1	4	3	3	19	2 8	67 ,9	0	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	35	4 0	87 ,5	1
R 38	1	2	2	3	4	1	1	1	1	1	1	1	0	7	8	87 ,5	1	4	3	4	4	4	3	3	25	2 8	89 ,3	1	4	3	4	3	4	3	2	4	3	3	33	4 0	82 ,5	1
R 39	1	2	2	3	4	1	1	0	1	1	1	1	0	6	8	75	0	4	3	2	1	3	4	3	20	2 8	71 ,4	0	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	34	4 0	85 ,0	1
R 40	1	2	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	4	3	3	3	4	4	24	2 8	85 ,7	1	3	2	1	3	3	4	2	3	3	4	28	4 0	70 ,0	0
R 41	2	1	1	3	3	1	1	1	0	1	1	1	0	6	8	75	0	4	3	2	3	3	4	2	21	2 8	75 ,0	0	3	3	2	4	3	2	3	3	4	3	30	4 0	75 ,0	0
R 42	2	2	1	3	1	0	1	1	1	0	1	1	1	6	8	75	0	3	4	3	2	3	4	4	23	2 8	82 ,1	1	4	2	3	3	4	2	3	3	4	3	31	4 0	77 ,5	1
R 43	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	4	2	3	3	3	4	22	2 8	78 ,6	1	4	3	2	3	3	4	3	4	4	3	33	4 0	82 ,5	1

R ₄₄	2	1	1	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	7	8	87 .5	1	3	4	3	3	3	3	4	23	2 8	82 .1	1	4	3	3	3	4	3	4	3	4	3	34	4 0	85 .0	1
R ₄₅	1	1	2	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	7	8	87 .5	1	4	4	3	4	3	4	3	25	2 8	89 .3	1	3	3	2	3	3	4	4	3	2	4	31	4 0	77 .5	1
R ₄₆	1	1	3	3	4	1	1	1	0	1	1	1	0	6	8	75	0	4	3	4	3	3	3	3	23	2 8	82 .1	1	3	4	4	3	4	3	4	3	3	4	35	4 0	87 .5	1
R ₄₇	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	2	4	3	3	4	3	22	2 8	78 .6	1	4	3	3	3	4	2	3	3	4	3	32	4 0	80 .0	1
R ₄₈	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	4	4	3	3	4	3	24	2 8	85 .7	1	4	2	3	3	4	3	4	4	3	3	33	4 0	82 .5	1
R ₄₉	1	2	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	7	8	87 .5	1	4	2	3	4	3	3	4	23	2 8	82 .1	1	3	4	4	3	3	4	3	4	3	4	35	4 0	87 .5	1
R ₅₀	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	3	3	4	4	3	4	25	2 8	89 .3	1	4	3	3	4	2	3	4	3	2	3	31	4 0	77 .5	1
R ₅₁	2	1	2	3	4	1	1	1	0	1	1	1	0	6	8	75	0	3	4	2	3	3	4	3	22	2 8	78 .6	1	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	35	4 0	87 .5	1
R ₅₂	2	2	1	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	7	8	87 .5	1	3	4	2	3	4	3	4	23	2 8	82 .1	1	3	4	3	4	4	2	3	2	2	3	30	4 0	75 .0	0
R ₅₃	1	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	2	3	2	1	3	3	17	2 8	60 .7	0	3	2	3	3	1	4	3	2	3	4	28	4 0	70 .0	0
R ₅₄	1	1	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	7	8	87 .5	1	4	3	4	3	4	3	3	24	2 8	85 .7	1	3	2	3	4	4	2	3	2	4	3	30	4 0	75 .0	0
R ₅₅	2	1	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	2	3	2	4	4	2	21	2 8	75 .0	0	3	2	4	4	3	3	4	2	3	3	31	4 0	77 .5	1
R ₅₆	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	7	8	87 .5	1	3	3	2	3	3	2	3	19	2 8	67 .9	0	4	2	3	3	1	2	3	3	4	3	28	4 0	70 .0	0
R ₅₇	2	2	1	3	4	1	0	1	0	0	1	1	1	5	8	62 .5	0	3	4	2	3	4	3	3	22	2 8	78 .6	1	2	3	3	1	3	2	1	3	3	3	24	4 0	60 .0	0
R ₅₈	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	2	4	3	3	4	3	22	2 8	78 .6	1	4	3	4	3	4	2	3	4	3	4	34	4 0	85 .0	1
R ₅₉	2	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	4	4	3	3	4	4	25	2 8	89 .3	1	4	2	3	3	4	3	4	4	2	3	32	4 0	80 .0	1
R ₆₀	1	2	1	3	4	1	1	1	0	1	1	1	1	7	8	87 .5	1	4	2	3	4	3	3	4	23	2 8	82 .1	1	3	4	3	3	3	4	3	4	3	4	34	4 0	85 .0	1
R ₆₁	2	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	3	3	4	4	3	3	24	2 8	85 .7	1	4	3	4	4	2	3	4	3	4	3	34	4 0	85 .0	1
R ₆₂	2	2	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	0	6	8	75	0	3	4	2	3	3	4	4	23	2 8	82 .1	1	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	35	4 0	87 .5	1
R ₆₃	1	2	1	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	7	8	87 .5	1	3	4	2	3	4	3	3	22	2 8	78 .6	1	3	4	3	4	4	2	3	3	3	4	33	4 0	82 .5	1
R ₆₄	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	2	3	2	1	3	3	17	2 8	60 .7	0	3	2	3	3	1	4	3	4	4	3	30	4 0	75 .0	0
R ₆₅	1	1	3	3	4	1	1	1	0	1	1	1	1	7	8	87 .5	1	4	3	4	3	4	3	2	23	2 8	82 .1	1	3	2	3	4	4	2	3	3	3	3	30	4 0	75 .0	0
R ₆₆	1	2	2	5	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	2	3	2	4	4	3	22	2 8	78 .6	1	3	2	3	4	3	3	4	4	3	3	32	4 0	80 .0	1
R ₆₇	1	2	2	3	4	1	1	1	1	1	1	0	1	7	8	87 .5	1	3	3	2	3	3	2	3	19	2 8	67 .9	0	4	2	4	3	1	2	3	4	2	4	29	4 0	72 .5	0
R ₆₈	2	2	1	3	1	1	0	1	0	0	1	1	1	5	8	62 .5	0	3	4	2	3	4	3	4	23	2 8	82 .1	1	2	3	3	1	3	2	1	3	2	3	23	4 0	57 .5	0
R ₆₉	1	1	2	3	4	0	1	1	0	1	1	1	1	6	8	75	0	3	4	4	2	3	3	3	22	2 8	78 .6	1	3	2	1	3	3	4	4	3	1	3	27	4 0	67 .5	0

R 70	2	2	1	3	1	0	1	0	1	1	1	1	1	6	8	75	0	3	3	4	3	3	4	3	23	2 8	82 ,1	1	3	1	4	3	3	2	1	3	4	4	28	4 0	70 ,0	0	
R 71	2	2	2	5	2	1	1	1	1	1	1	0	1	7	8	87 ,5	1	4	3	4	3	4	3	4	25	2 8	89 ,3	1	4	3	2	1	3	4	4	3	3	3	30	4 0	75 ,0	0	
R 72	1	2	2	5	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	2	3	4	3	3	4	23	2 8	82 ,1	1	3	4	4	3	3	4	3	4	3	4	35	4 0	87 ,5	1	
R 73	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	7	8	87 ,5	1	4	3	3	4	4	3	4	25	2 8	89 ,3	1	4	3	3	4	2	3	4	3	2	3	31	4 0	77 ,5	1	
R 74	1	2	1	3	1	1	0	1	0	0	1	1	1	5	8	62 ,5	0	3	4	2	3	3	4	3	22	2 8	78 ,6	1	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	35	4 0	87 ,5	1	
R 75	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	4	2	3	4	3	4	23	2 8	82 ,1	1	3	4	3	4	4	2	3	2	2	3	30	4 0	75 ,0	0	
R 76	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	2	3	2	1	3	3	17	2 8	60 ,7	0	3	2	3	3	1	4	3	2	3	4	28	4 0	70 ,0	0	
R 77	1	2	2	3	2	1	1	1	0	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	4	3	4	3	4	3	3	24	2 8	85 ,7	1	3	2	3	4	4	2	3	2	4	3	30	4 0	75 ,0	0	
R 78	2	1	2	5	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	2	3	2	4	4	2	21	2 8	75 ,0	0	3	2	4	4	3	3	4	2	3	3	31	4 0	77 ,5	1	
R 79	1	1	1	3	4	1	1	1	0	1	1	1	0	6	8	75	0	3	3	2	3	3	2	3	19	2 8	67 ,9	0	4	2	3	3	1	2	3	3	4	3	28	4 0	70 ,0	0	
R 80	2	1	2	3	4	1	1	1	1	0	1	1	1	7	8	87 ,5	1	3	4	2	3	4	3	3	22	2 8	78 ,6	1	2	3	3	1	3	2	1	3	3	3	24	4 0	60 ,0	0	
R 81	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	2	4	3	3	4	3	22	2 8	78 ,6	1	4	3	4	3	4	2	3	4	3	4	34	4 0	85 ,0	1	
R 82	2	1	3	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	4	4	3	3	4	4	25	2 8	89 ,3	1	4	2	3	3	4	3	4	4	2	3	32	4 0	80 ,0	1	
R 83	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	4	2	3	4	3	3	4	23	2 8	82 ,1	1	3	4	3	3	3	4	3	4	3	4	34	4 0	85 ,0	1	
R 84	1	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	0	1	7	8	87 ,5	1	4	3	3	4	4	3	3	24	2 8	85 ,7	1	4	3	4	4	2	3	4	3	4	3	34	4 0	85 ,0	1	
R 85	1	2	1	3	1	1	0	1	0	0	1	1	1	5	8	62 ,5	0	3	4	2	3	3	4	4	23	2 8	82 ,1	1	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	35	4 0	87 ,5	1	
R 86	1	2	1	3	1	0	1	1	0	1	1	1	1	6	8	75	0	3	4	2	3	4	3	3	22	2 8	78 ,6	1	3	4	3	4	4	2	3	3	3	4	33	4 0	82 ,5	1	
R 87	1	2	2	5	4	0	1	0	0	1	1	1	1	5	8	62 ,5	0	3	2	3	2	1	3	3	17	2 8	60 ,7	0	3	2	3	3	1	4	3	4	4	3	30	4 0	75 ,0	0	
R 88	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	7	8	87 ,5	1	4	3	4	3	4	3	2	23	2 8	82 ,1	1	3	2	3	4	4	2	3	3	3	3	30	4 0	75 ,0	0	
R 89	1	2	1	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	7	8	87 ,5	1	4	2	3	2	4	4	3	22	2 8	78 ,6	1	3	2	3	4	3	3	4	4	3	3	32	4 0	80 ,0	1	
R 90	1	2	2	5	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	3	2	3	3	2	3	19	2 8	67 ,9	0	4	2	4	3	1	2	3	4	2	4	29	4 0	72 ,5	0	
R 91	2	2	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	7	8	87 ,5	1	3	4	2	3	4	3	4	23	2 8	82 ,1	1	2	3	3	1	3	2	1	3	2	3	23	4 0	57 ,5	0	
R 92	1	2	2	5	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	10 0	1	3	4	4	2	3	3	3	22	2 8	78 ,6	1	3	2	1	3	3	4	4	3	1	3	27	4 0	67 ,5	0	
R 93	2	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	0	1	7	8	87 ,5	1	3	3	4	3	3	4	3	23	2 8	82 ,1	1	3	1	4	3	3	2	1	3	4	4	28	4 0	70 ,0	0	
R 94	2	1	1	3	1	1	0	1	0	0	1	1	1	5	8	62 ,5	0	4	3	4	3	4	3	4	25	2 8	89 ,3	1	4	3	2	1	3	4	4	3	3	3	30	4 0	75 ,0	0	
R 95	1	1	2	3	4	0	1	1	0	1	1	1	1	6	8	75	0	3	4	4	2	3	3	3	22	2 8	78 ,6	1	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	38	4 0	95 ,0	1

R ₉₆	1	1	3	3	4	0	1	0	1	1	1	1	1	6	8	75	0	3	3	4	3	3	4	3	23	$\frac{2}{8}$	$\frac{82}{,1}$	1	2	3	2	2	3	4	3	3	3	3	28	$\frac{4}{0}$	$\frac{70}{,0}$	0
R ₉₇	1	2	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	$\frac{10}{0}$	1	4	3	4	3	4	3	4	25	$\frac{2}{8}$	$\frac{89}{,3}$	1	3	3	4	3	2	2	3	4	2	3	29	$\frac{4}{0}$	$\frac{72}{,5}$	0

Lampiran 5 Uji Karakteristik Responden

Statistics							
		Kejadian_Dispepsia	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Usia
N	Valid	97	97	97	97	97	0
	Missing	0	0	0	0	0	97

Kejadian_Dispepsia					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	55	56,7	56,7	56,7
	Tidak Ada	42	43,3	43,3	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Jenis Kelamin					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	39	40,2	40,2	40,2
	Perempuan	58	59,8	59,8	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Umur					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16-24 tahun	55	56,7	56,7	56,7
	25-35 tahun	23	23,7	23,7	80,4
	36-45 tahun	8	8,2	8,2	88,7
	46-55 tahun	7	7,2	7,2	95,9
	55-65 thun	3	3,1	3,1	99,0
	>65 tahun	1	1,0	1,0	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	4	4,1	4,1	4,1
	SMP	7	7,2	7,2	11,3
	SMA/SMK	78	80,4	80,4	91,8
	DIPLOMA	1	1,0	1,0	92,8
	SARJANA	7	7,2	7,2	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	44	45,4	45,4	45,4
	IRT	9	9,3	9,3	54,6
	Petani/Buruh	4	4,1	4,1	58,8
	Karyawan Swasta	40	41,2	41,2	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Lampiran 6 Analisis Bivariat

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * kejadian dispepsia	97	100,0%	0	0,0%	97	100,0%

Pengetahuan * kejadian dispepsia Crosstabulation

			kejadian dispepsia		
			ADA	TIDAK ADA	Total
Pengetahuan	BAIK	Count	41	31	72
		% within Pengetahuan	56,9%	43,1%	100,0%
		% within kejadian dispepsia	74,5%	73,8%	74,2%
		% of Total	42,3%	32,0%	74,2%
	KURANG BAIK	Count	14	11	25
		% within Pengetahuan	56,0%	44,0%	100,0%
		% within kejadian dispepsia	25,5%	26,2%	25,8%
		% of Total	14,4%	11,3%	25,8%
Total	Count	55	42	97	
	% within Pengetahuan	56,7%	43,3%	100,0%	
	% within kejadian dispepsia	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	56,7%	43,3%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,007 ^a	1	,935		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,007	1	,935		
Fisher's Exact Test				1,000	,558
Linear-by-Linear Association	,007	1	,935		
N of Valid Cases	97				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,82.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
sikap * kejadian dispepsia	97	100,0%	0	0,0%	97	100,0%

sikap * kejadian dispepsia Crosstabulation

			kejadian dispepsia		Total
			ya	tidak	
sikap	Kurang	Count	21	15	36
		% within sikap	58.3%	41.7%	100.0%
		% within kejadian dispepsia	38.2%	35.7%	37.1%
		% of Total	21.6%	15.5%	37.1%
	Baik	Count	34	27	61
		% within sikap	55.7%	44.3%	100.0%
		% within kejadian dispepsia	61.8%	64.3%	62.9%
		% of Total	35.1%	27.8%	62.9%
Total		Count	55	42	97
		% within sikap	56.7%	43.3%	100.0%
		% within kejadian dispepsia	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	56.7%	43.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.062 ^a	1	.803		
Continuity Correction ^b	.001	1	.970		
Likelihood Ratio	.062	1	.803		
Fisher's Exact Test				.835	.486
Linear-by-Linear Association	.061	1	.804		
N of Valid Cases	97				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.59.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
tindakan * kejadian dispepsia	97	100,0%	0	0,0%	97	100,0%

tindakan * kejadian dispepsia Crosstabulation

			kejadian dispepsia		
			ADA	TIDAK ADA	Total
tindakan	BAIK	Count	52	36	88
		% within tindakan	59,1%	40,9%	100,0%
		% within kejadian dispepsia	94,5%	85,7%	90,7%
		% of Total	53,6%	37,1%	90,7%
	KURANG BAIK	Count	3	6	9
		% within tindakan	33,3%	66,7%	100,0%
		% within kejadian dispepsia	5,5%	14,3%	9,3%
		% of Total	3,1%	6,2%	9,3%
Total	Count	55	42	97	
	% within tindakan	56,7%	43,3%	100,0%	
	% within kejadian dispepsia	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	56,7%	43,3%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2,206 ^a	1	,137		
Continuity Correction ^b	1,282	1	,258		
Likelihood Ratio	2,197	1	,138		
Fisher's Exact Test				,169	,129
Linear-by-Linear Association	2,184	1	,139		
N of Valid Cases	97				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,90.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 7 Permohonan Izin Penelitian



UNIVERSITAS WIDYA GAMA MAHAKAM SAMARINDA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
AKREDITASI BAIK SEKALI

SK PENDIRIAN MENDIKBUD NO:0395/0/1986 TANGGAL 23 MEI 1986
SK LAM-PTKes NO: 0117/LAM-PTKes/Akr/Sar/II/2023 TANGGAL 10 FEBRUARI 2023

Samarinda, Rabu 11 Februari 2026

Nomor : 587/FKM-UWGM/A/II/2026
Lamp. : -
Perihal : **Permohonan Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Kepala UPTD Puskesmas Palaran
Di - Samarinda

Dengan hormat,

Dalam rangka penyusunan Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam (FKM-UWGM) Samarinda, kami mohon diberikan kesempatan melakukan penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Dina Maryana. B
NPM : 2213201086
Peminatan : Promosi Kesehatan

Judul Karya Ilmiah : **"Hubungan Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Masyarakat Terhadap Dispepsia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lempake Tahun 2026"**.

Demikian, atas bantuan dan kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi

Istiarto, SKM., M.Kes
NIK. 2010.085.116

Contact Person: +62 895-3201-25656

Tembusan:

1. Arsip

Telp : (0541) 4121117
Fax : (0541) 736572
Email : fkm@uwgm.ac.id
Website : fkm.uwgm.ac.id

Kampus unggul, widyakewirausahaan, gemilang, dan mulia.

Kampus Biru UWGM
Gedung C Lantai 1 FKM
Jl. K.H. Wahid Hasyim 1, No.28 Rt.08
Samarinda, 75119

Lampiran 8 Surat Keterangan



**PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA SAMARINDA
UPTD PUSKESMAS PALARAN**

Jalan Kesehatan, Rawa Makmur, Palaran, Samarinda 75243
Telepon (0541) 681848

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 400.7/0560/100.02.010

Yang bertandatangan dibawah ini :

1. Nama : dr. Setyo Nugroho
2. NIP : 198712242014031001
3. Pangkat/Golongan : Penata / III c
4. Jabatan : Kepala UPTD Puskesmas Palaran

Dengan ini menerangkan bahwa :

1. Nama : Dina Maryana B
2. NIM : 2213201086
3. Peminatan : Promosi Kesehatan
4. Judul Karya Ilmiah : Hubungan Tingkat Pengetahuan Sikap dan Tindakan Masyarakat Terhadap Dispepsia Di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Tahun 2025.

Benar yang bersangkutan telah menyelesaikan Penelitian di UPTD Puskesmas Palaran.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 18 Maret 2026



Unduh DOKUMEN ASLI di <http://tte.samarindakota.go.id> dengan

#ID DOK : 26C4E-2026-16-60-100.02.010



UU ITE No. 11 Tahun 2008 Pasal 5 ayat 1
Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah
Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh BSR



Lampiran 9 Surat Selesai Melakukan Penelitian



**PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA SAMARINDA
UPTD PUSKESMAS PALARAN**

Jalan Kesehatan, Rawa Makmur, Palaran, Samarinda 75243
Telepon (0541) 681848

Samarinda, 4 Maret 2026

Nomor : 400.7/0457/100.02.010
Lampiran : -
Hal : Izin Penelitian

Yth. Ketua
Program Studi Fakultas Kesehatan Masyarakat
Samarinda

Menindaklanjuti surat dari Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda nomor :
496/FKM-UWGM/A/I/2026, perihal : Permohonan Izin Pengambilan Data atas nama :

Nama : Dina Maryana B

NIM : 2213201086

Peminatan : Promosi Kesehatan

Judul Karya Ilmiah : Hubungan Tingkat Pengetahuan Sikap dan Tindakan Masyarakat
Terhadap Dispesia di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Tahun 2025.

Kami tidak berkeberatan dan bersedia menerima yang bersangkutan untuk melakukan
penelitian di wilayah kerja Puskesmas Palaran.

Atas perhatian dan kerja samanya, kami ucapkan terima kasih.



Unduh DOKUMEN ASLI di <http://tte.samarindakota.go.id> dengan
#ID DOK : 26C4C-2026-16-60-100.02.010



UU ITE No. 11 Tahun 2008 Pasal 5 ayat 1
Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah
Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh BSR



Lampiran 10 Dokumentasi Penelitian



Kegiatan Pengambilan Data