

SKRIPSI

**PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN
PENCEGAHAN HEPATITIS A ANTARA MAHASISWA ANGKATAN 2004
ILMU-ILMU KESEHATAN DAN NON KESEHATAN
UNIVERSITAS JEMBER TAHUN 2007**

Oleh

Jamilatur Rosyidah

NIM 032110101085

Asal:	Hasil Pembelajaran	Kelas 516.262.3
Tarima Tgl :	08 Nov 2007	Ror
No. Induk :	09	P.
KLASIR / PENYALIN:		

Pembimbing

Dosen Pembimbing I

: Elfian Zulkarnain, S.KM, M.Kes

Dosen Pembimbing II

: Yunus Ariyanto, S.KM

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi *Perbedaan Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Pencegahan Hepatitis A antara Mahasiswa Angkatan 2004 Ilmu-Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember Tahun 2007* telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 31 Oktober 2007

Tempat : Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

TIM PENGUJI

Ketua

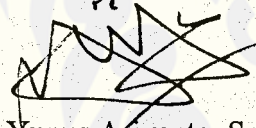


Drs. Thohirun M.S., M.A.

NIP. 131 603 513

Anggota I

Sekretaris



Yunus Ariyanto, S. KM.

NIP. 132 310 660

Anggota II



Elfian Zulkarnain, S.KM. M.Kes.

NIP. 132 296 983

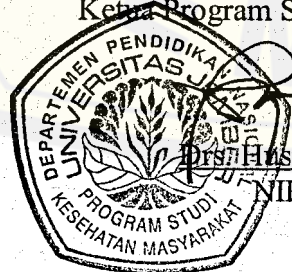


Drs. Md. Sulthoni

NIP. 140 163 914

Mengesahkan;

Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat



Drs. Husni Abdul Gani, M.S

NIP 131 274 728

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Jamilatur Rosyidah

NIM : 032110101085

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul ***“Perbedaan Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Pencegahan Hepatitis A antara Mahasiswa Angkatan 2004 Ilmu-Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember Tahun 2007”*** adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, Oktober 2007

Yang menyatakan,

JAMILATUR ROSYIDAH

NIM. 032110101085

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga dengan segala keyakinan, niat dan kemantapan penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *“Perbedaan Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Pencegahan Hepatitis A antara Mahasiswa Angkatan 2004 Ilmu-Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember Tahun 2007”*. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada program studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Elfian Zulkarnain, S.KM, M.Kes selaku Dosen Pembimbing I yang telah dengan sabar memberikan bimbingan, arahan dan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini dan Bapak Yunus Ariyanto, S.KM selaku Dosen Pembimbing II yang telah meluangkan waktu, pikiran dan perhatian dalam penulisan skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan penulis sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Drs.Husni Abdul Gani, MS., selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat;
2. Nuryadi, S.KM, M.Kes, selaku Sekretaris I Program Studi Kesehatan Masyarakat;
3. Drs. Thohirun M.S., M.A, selaku ketua tim penguji skripsi yang telah memberikan masukan yang sangat berharga bagi saya;
4. Drs. Moh. Sulthoni, selaku anggota tim penguji skripsi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember;
5. Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat dan Farmasi, juga Dekan Fakultas Kedokteran, Hukum, Teknologi Pertanian dan Ilmu Sosial dan Ilmu Politik yang telah mengizinkan saya untuk penelitian di kampus yang Bapak pimpin;

6. Ibu, Bapak dan keluargaku yang selalu mendo'akan, membimbing, memberi support baik spirit maupun materiil, memenuhi segala kebutuhan hingga kini dan selalu mencurahkan kasih sayang yang tak pernah surut;
7. Keluarga Jember, yang telah menganggapku sebagai bagian dari anggota keluarga. Terima kasih atas semua doa, dukungan, semangat, dorongan serta semua yang telah diberikan untukku.
8. Sahabat dan teman-temanku; Heny, Kustin, Arum, Endang, Cecil, Simu, Retha, Nita, Francha, Sri, Dian, dan Esta yang selalu memberikan semangat. Kapan kita kumpul2 lagi...
9. Teman-teman peminatan PKIP dan juga teman-teman PBL VA, terimakasih atas kekompakannya. Bagi yang belum lulus jangan menyerah ayo semangat....!
10. Semua teman2 BEM, terimakasih atas pengalaman2 yang tak ternilai harganya....
11. Semua teman2 UKM Pers dan Riset "SINVESTA", Tetap berjuang, meskipun dana seret semangat tak boleh macet.
12. Keluarga besar Kost2an Kalimantan IV/74; Om, MbK Win, MbK Nurul, MbK Di2n, Ruza, MbK Husna, MbK Ida, Vi2n, Sinta, Te2h, Virgi, Ely, Umi, Vera, Anik *and special my cousin* "Henay" yang telah menemaniku, membantu dan memberikan semangat demi terselesaikannya skripsi ini. *Thanks to all;*
13. Teman-teman seangkatan dan seperjuangan 2003.
14. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah membantuku dalam menyusun skripsi ini.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Oktober 2007

Penulis

The Difference of Knowledge, Attitude and Precaution Practice of Hepatitis A between Health and Non Health Generation Student 2004 of Jember University in Year 2007

Jamilatur Rosyidah

*Departement of Health Promotion and Behavioral Science
School of Public Health, The University of Jember*

ABSTRACT

This Research background of Hepatitis A still represent the health problem in Indonesian. District of Jember have experienced of the Epidemic Outbreak (KLB) Hepatitis A in the year 2002 and 2003, since December 2006, KLB have returned specified. Regency of Jember with Summersari subdistrict which dominant student in University of Jember. Education in University Jember of including health and non health student. This Target Research is analyse the difference the knowledge, attitude and precaution of hepatitis A between health and non health student of university jember. This research is done with analytic survey research type with the approach crosssectional. Population in this research are all student of undergraduate of University of Jember generation 2004 consist 14 facultys with the amount 4001 student. Technique research is stratified Proportional Random Sampling. The method are collecting data. Technique analyse data used Man Whitney Test with the belief storey;level 95 = 0,05). Statistical Test result shows student 1) There are difference having a meaning of knowledge storey;level about hepatitis A between student health and non health faculty of Jember university. 2) There are attitude difference having a meaning of hepatitis A between student health and non health faculty of Jember university. 3) There no difference having a meaning precaution hepatitis A between students health and non health faculty of Jember university.

Key words: *Knowledge, Attitude, Precaution Practice, Health and Non Health Student*

Perbedaan Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Pencegahan Hepatitis A antara Mahasiswa Angkatan 2004 Ilmu-Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember Tahun 2007

Jamilatur Rosyidah

*Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku,
Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember*

ABSTRAK

Hepatitis A masih merupakan masalah kesehatan bagi bangsa Indonesia. Kabupaten Jember pernah mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) hepatitis A pada tahun 2002 dan 2003, namun semenjak Desember 2006 situasi KLB telah kembali ditetapkan. Kabupaten Jember dengan jumlah kasus terbanyak dari Kecamatan Sumpalsari dan didominasi oleh para mahasiswa yang kuliah di Universitas Jember. Pendidikan di Universitas Jember di dalamnya termasuk mahasiswa ilmu-ilmu kesehatan dan non kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan hepatitis A antara mahasiswa ilmu-ilmu kesehatan dan non kesehatan universitas jember. Sejalan dengan tujuan penelitian tersebut, penelitian ini termasuk jenis penelitian survei analitik dengan pendekatan *crosssectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua mahasiswa S1 Universitas Jember angkatan 2004 yang terdiri atas 14 fakultas dengan jumlah 4001 mahasiswa. Teknik pengambilan sampel yang dilakukan adalah *stratified Proportional Random Sampling*. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan angket. Teknik analisis data yang digunakan adalah dengan uji *Man Whitney Test* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Hasil uji statistik menunjukkan (1) Ada perbedaan tingkat pengetahuan yang bermakna tentang hepatitis A antara mahasiswa ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember (2) Ada perbedaan sikap yang bermakna terhadap hepatitis A antara mahasiswa ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember. (3) Tidak ada perbedaan tindakan pencegahan yang bermakna tentang hepatitis A antara mahasiswa ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember.

Kata kunci: Pengetahuan, Sikap, Tindakan Pencegahan, Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
PRAKATA.....	v
ABSTRACT	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	3
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.4.1 Tujuan Umum	3
1.4.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat	4
1.5.1 Teoritis	4
1.5.2 Praktis	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Perilaku Kesehatan	5
2.1.1 Definisi dan Domain Perilaku.....	5
2.1.2 Perubahan Perilaku dan Indikatornya	9
2.1.3 Teori-teori Determinan Perilaku	11
2.2 Hepatitis A	15

2.2.1 Definisi Hepatitis A	15
2.2.2 Penyebab Hepatitis A.....	15
2.2.3 Identifikasi Hepatitis A.....	16
2.2.4 Masa Inkubasi dan Transmisi	16
2.2.5 Pencegahan	17
2.2.6 Rencana Tindak Lanjut Penanggulangan.....	20
2.3 Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember.....	23
2.3.1 Universitas Jember	23
2.3.2 Perbedaan Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan	25
2.4 Kerangka Konseptual.....	26
2.5 Hipotesis Penelitian.....	29
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	30
3.1 Jenis Penelitian.....	30
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	30
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	30
3.3.1 Populasi Penelitian.....	30
3.3.2 Sampel Penelitian.....	31
3.3.3 Cara Pengambilan Sampel.....	32
3.4 Variabel, Definisi Operasional dan Skala Data Penelitian	34
3.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	36
3.5.1 Teknik Pengumpulan Data.....	36
3.5.1 Instrumen Pengumpulan Data.....	36
3.6 Analisis Data.....	37
3.7 Alur Penelitian	38
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	39
4.1 Karakteristik Responden	39
4.1.1 Jenis Kelamin.....	39
4.1.2 Umur	40

4.2 Perbedaan Tingkat Pengetahuan tentang Hepatitis A antara Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember	41
4.3 Perbedaan Sikap Terhadap Hepatitis A antara Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember	44
4.4 Perbedaan Tindakan Pencegahan tentang Hepatitis A antara Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember	58
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	52
5.1 Kesimpulan	52
5.2 Saran	52
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor	Nama Tabel	Halaman
3.1	Distribusi Jumlah Sampel Ilmu Kesehatan	33
3.2	Distribusi Jumlah Sampel Ilmu Non Kesehatan	33
3.3	Variabel dan Definisi Operasional	34
3.4	Variabel, Sumber Data, Skala Data, Skor dan Kategori	35
4.1	Distribusi Jenis Kelamin Responden, Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember	39
4.2	Distribusi Tingkat Pengetahuan tentang Hepatitis A Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember	41
4.3	Distribusi sikap tentang Hepatitis A Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember	45
4.4	Distribusi Tindakan Pencegahan terhadap Hepatitis A Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember	49

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
2.1	Gambar Teori S-O-R	6
2.2	Asumsi Determinan Perilaku Manusia	12
2.3	Mata Rantai Penularan Penyakit Melalui Kotoran Manusia	18
2.4	Kerangka Konseptual Penelitian	27
3.1	Alur Penelitian	38

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Pengantar Instrumens Penelitian (Kuesioner).
- Lampiran 2. Lembar *Informed Consent*
- Lampiran 3. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4. Hasil Uji Statistik
- Lampiran 5. Data Hasil Penelitian
- Lampiran 6a. Surat Permohonan Izin Penelitian di Fakultas Kedokteran
- Lampiran 6b. Surat Permohonan Izin Penelitian di Program Studi Farmasi
- Lampiran 6c. Surat Permohonan Izin Penelitian di Program Studi Kesehatan Masyarakat
- Lampiran 6d. Surat Permohonan Izin Penelitian di Fakultas Hukum
- Lampiran 6e. Surat Permohonan Izin Penelitian di Fakultas Teknologi Pertanian
- Lampiran 6f. Surat Permohonan Izin Penelitian di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu politik



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hepatitis A adalah suatu penyakit dengan distribusi global. Prevalensi infeksi yang ditandai dengan tingkatan antibodi anti-HVA telah diketahui secara universal dan erat hubungannya dengan standar sanitasi atau kesehatan daerah yang bersangkutan. Di Indonesia hepatitis A masih merupakan masalah. Berdasarkan data yang berasal dari rumah sakit, hepatitis A masih merupakan bagian terbesar dari kasus-kasus hepatitis akut yang dirawat yaitu berkisar 39,8 – 68,3 % kemudian disusul oleh hepatitis non A – non B sekitar 15,5 – 46,4 % dan hepatitis B 6,4 – 25,9 % (Sulaiman, 1995). Di Jember sendiri dengan jumlah kasus terbanyak dari Kelurahan Sumbersari di dominasi oleh hepatitis A (Seksi P2P Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2007).

Penyakit ini dahulu dinamakan hepatitis infeksiosa. Sampai sekarang hepatitis A masih merupakan endemis di negara berkembang sehubungan dengan lingkungan dan sanitasi yang masih buruk. Pada daerah beriklim tropis seperti Indonesia, penyakit banyak timbul selama musim hujan dan terutama menyerang anak-anak dan orang dewasa muda (Sulaiman, 2005).

Kabupaten Jember pernah mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) hepatitis pada tahun 2002 dan 2003. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember telah berusaha melakukan kegiatan pencegahan dan penanggulangan agar situasi KLB ini tidak terulang kembali. Namun semenjak Desember 2006, situasi KLB Hepatitis telah kembali ditetapkan di daerah Jember (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2007).

Menurut Yumarlis, Juru Bicara Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (dalam TEMPO, 2007) pada Januari 2007, tercatat ada 184 orang terkena penyakit ini. Dari jumlah itu, 120 orang diantaranya adalah mahasiswa. Mahasiswa yang terserang itu hampir semuanya kuliah di sekitar Kampus yang berada di wilayah Desa Tegal Boto, yang terletak sekitar 4 kilometer dari kota Jember. Desa ini merupakan daerah

endemis virus hepatitis. Tempat itu banyak pedagang makanan minuman yang relatif tidak menjaga kebersihan yang tempat mangkal para mahasiswa.

Lamanya masa penyembuhan yang kadang-kadang memerlukan waktu sampai 4-6 bulan sampai tes faal hati menjadi normal menyebabkan kerugian yang sangat besar terutama bagi mahasiswa, terutama dalam hal kehilangan produktifitas kerja, tertinggal dalam mata kuliah, juga biaya perawatan yang tinggi. Bila dilakukan analisis manfaat biaya tentu saja akan lebih ekonomis kalau dilakukan suatu usaha pencegahan, pertama dengan pola hidup yang baik dan bersih dan usaha kedua dengan imunisasi (Sulaiman, 2005).

Mahasiswa sebagai bagian dari generasi muda mempunyai kedudukan dan peranan yang penting dan sekaligus merupakan potensi dalam mewujudkan cita-cita perjuangan bangsa. Oleh karena itu dengan kedudukan dan peranannya yang strategis ini mahasiswa merupakan aset nasional yang senantiasa perlu dibimbing dan dikembangkan (Depdiknas RI, 2006). Sedangkan mahasiswa angkatan 2004 yang pada saat penelitian menduduki semester 7 adalah bagian dari generasi muda Universitas Jember yang selama tiga tahun telah menempuh kuliah sehingga dianggap telah memahami kejadian hepatitis A di Jember .

Sementara itu Perguruan Tinggi merupakan salah satu Lembaga Pendidikan yang secara formal disertai tugas dan tanggungjawab mempersiapkan mahasiswa mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa, bertujuan untuk berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa pada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis dan bertanggungjawab (Depdiknas RI, 2006). Untuk dapat mencapai visi tersebut diperlukan sumber daya manusia yang sehat dan produktif yang antara lain dapat dilihat dari pengetahuan, sikap dan tindakan mahasiswa dalam pencegahan terhadap penyakit hepatitis A dalam perilaku kesehatan sehari-harinya.

Universitas Jember adalah sebuah perguruan tinggi yang mempunyai sejumlah mahasiswa. Di dalamnya termasuk mahasiswa dari ilmu kesehatan dan non kesehatan. Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan Auliana (2006) bahwa baik mahasiswa ilmu kesehatan maupun non kesehatan sama-sama pernah mendapatkan pengetahuan tentang kesehatan. Namun, untuk mahasiswa ilmu kesehatan sebagian besar mereka mendapatkan pengetahuan tentang kesehatan selain pada waktu mereka duduk di bangku sekolah, mereka juga mendapatkan pengetahuan kesehatan dari media massa atau media elektronik. Sedangkan untuk mahasiswa ilmu kesehatan, selain keduanya mereka juga mendapatkan pengetahuan kesehatan yang lebih mendalam dari mata kuliah yang ada dalam kurikulum.

Mahasiswa yang kuliah di ilmu kesehatan diharapkan memiliki pengetahuan dan kesadaran yang lebih tinggi tentang hepatitis A. Sehingga diharapkan pula bahwa pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan mahasiswa angkatan 2004 ilmu kesehatan berbeda dengan mahasiswa non kesehatan. Oleh karena itu penulis tertarik untuk meneliti perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan tentang hepatitis A di kalangan mahasiswa angkatan 2004 ilmu kesehatan dan non kesehatan Universitas Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, rumusan masalah penelitian ini adalah :
“Apakah ada perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan hepatitis A antara mahasiswa angkatan 2004 ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan hepatitis A antara mahasiswa angkatan 2004 ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis perbedaan pengetahuan tentang hepatitis A antara mahasiswa angkatan 2004 ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember.
2. Menganalisis perbedaan sikap tentang hepatitis A antara mahasiswa angkatan 2004 ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember.
3. Menganalisis perbedaan tindakan pencegahan hepatitis A antara mahasiswa angkatan 2004 ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember.

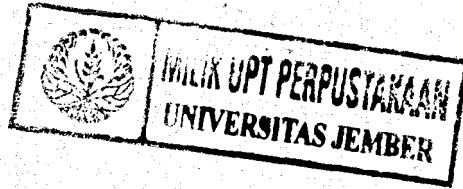
1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis diharapkan penelitian ini dapat mengembangkan khasanah ilmu pengetahuan tentang kesehatan masyarakat dalam bidang promosi kesehatan dan ilmu perilaku.

1.4.2 Manfaat Praktis

Secara praktis diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi untuk mengembangkan program dan intervensi yang tepat tentang program pemberantasan dan penanggulangan hepatitis A bagi mahasiswa, Universitas Jember dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sebagai pedoman awal untuk pengembangan dan penelitian selanjutnya.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perilaku Kesehatan

2.1.1 Definisi dan Domain Perilaku

Dari sudut pandang biologis, perilaku adalah segala kegiatan atau aktivitas makhluk hidup atau organisme. Perilaku manusia pada hakikatnya adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung ataupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003a).

Menurut Skinner (dalam Notoatmodjo, 2003a), perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" atau *Stimulus — Organisme — Respons*. Skinner membedakan adanya dua respons.

- a. *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap. *Respondent respons* ini juga mencakup perilaku emosional.
- b. *Operant respons* atau *instrumental respons*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respons.

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua.

1) Perilaku tertutup (*covert behavior*)

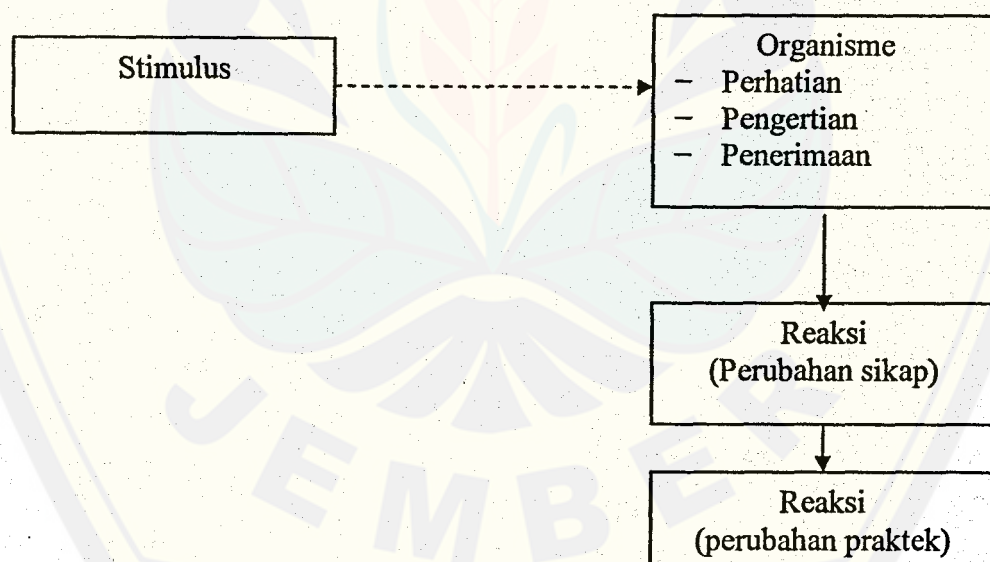
Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh karena itu disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*.

2) Perilaku terbuka (*Overt behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau praktek (*practice*).

Seperti telah dijelaskan, sebagian besar perilaku manusia adalah *operant response*. Oleh sebab itu untuk membentuk jenis respons atau perilaku perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*.

Perilaku ini dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat meyakinkan organisme. Dalam meyakinkan organisme ini faktor *reinforcing* memegang peranan penting. Proses perubahan perilaku ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 (Teori S-O-R dalam Notoatmodjo, 2003a).

Reaksi atau respon perilaku yang diberikan sangat tergantung dari faktor-faktor lain dari orang bersangkutan. Faktor-faktor itu disebut determinan (penentu) perilaku. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal merupakan karakteristik orang bersangkutan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya. Faktor eksternal adalah lingkungan seseorang, yang mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor ini merupakan faktor yang dominan mewarnai perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2003a).

Benyamin Bloom membagi perilaku ke dalam tiga domain, yakni (1) kognitif, (2) afektif dan (3) psikomotor (Notoatmodjo, 2003a). Dalam perkembangan selanjutnya, teori bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan tindakan (*practice*) (Notoatmodjo, 2003a).

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan sendiri terbagi dalam 6 tingkatan, yaitu (Notoatmodjo, 2003a):

1. Tahu (*Know*). Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk mengingat kembali (*recall*). Merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.
2. Memahami (*Comprehension*). Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menafsirkan secara benar materi tersebut.
3. Aplikasi (*Application*). Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya).

4. Analisis (*Analysis*). Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur dan berkaitan.
5. Sintesis (*Synthesis*). Diartikan sebagai kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi lama yang ada.
6. Evaluasi (*Evaluation*). Diartikan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek. Penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria-kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria yang telah ada.

b. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sedangkan menurut Newcomb sikap merupakan kesiapan dan kesediaan untuk bertindak terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas, hanya predisposisi suatu tindakan atau perilaku. Merupakan reaksi yang masih tertutup. Ada 4 tingkatan sikap, yaitu (Notoatmodjo, 2003a):

1. Menerima (*Receiving*). Diartikan sebagai mau dan memperhatikan rangsangan yang diberikan.
2. Merespon (*Responding*). Contohnya memberikan jawaban ketika ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas.
3. Menghargai (*Valuing*). Contohnya mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan masalah Hepatitis A.
4. Bertanggungjawab (*Responsible*). Bertanggungjawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi. Contohnya menerima resiko tertular Hepatitis A ketika tidak melakukan perilaku hidup bersih dan sehat.

c. Tindakan

Tindakan merupakan respon terhadap rangsangan yang bersifat aktif, dan dapat di amati. Berbeda dengan sikap yang bersifat pasif dan tidak dapat diamati. Untuk mendukung sikap menjadi tindakan selain diperlukan faktor pendukung seperti fasilitas, pihak yang mendukung sangat penting perannya. Tindakan sendiri mempunyai beberapa tingkatan (Notoatmodjo, 2003a):

1. Persepsi (*Perception*). Merupakan praktek tingkat pertama, diharapkan seseorang dapat mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.
2. Respon Terpimpin (*Guided Response*). Merupakan praktek tingkat kedua, apabila seseorang dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai contoh maka ia dapat dikatakan sudah melakukan respon terpimpin.
3. Mekanisme (*Mechanism*). Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga yaitu tahap mekanisme.
4. Adopsi (*Adoption*). Adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.1.2 Perubahan (Adopsi) Perilaku dan Indikatornya

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Menurut penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni *awreness* (kesadaran), *interest* (tertarik), *evaluation* (menimbang-nimbang baik tidaknya stimulus baru tersebut), *trial* (mencoba) dan *adoption* (berperilaku baru) (Notoatmodjo, 2003a).

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu relative lama. Secara teori perubahan perilaku atau adopsi perilaku baru dalam kehidupan terbagi dalam tiga tahap (Notoatmodjo, 2003a).

1. Pengetahuan : sebelum seseorang mengadopsi perilaku, maka ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku itu bagi dirinya atau keluarganya. Indikator-indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan, dapat dikelompokkan menjadi :
 - a. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi :
 1. penyebab penyakit
 2. gejala atau tanda-tanda penyakit
 3. bagaimana cara pengobatan, atau kemana mencari pengobatan, dan sebagainya
 - b. Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, meliputi :
 1. Jenis-jenis makanan yang bergizi
 2. Manfaat makanan bergizi
 3. Pentingnya olahraga bagi kesehatan, dan sebagainya
 - c. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan
 1. Manfaat air bersih
 2. cara-cara pembuangan limbah yang sehat
 3. akibat polusi, dan sebagainya
2. Sikap : setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau obyek tersebut. Indikator-indikator yang dapat digunakan untuk sikap kesehatan, yakni :
 - a. Sikap terhadap sakit dan penyakit adalah bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap: gejala atau tanda penyakit, penyebab penyakit, dan sebagainya.

- b. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara-cara memelihara dan cara-cara hidup sehat.
 - c. Sikap terhadap kesehatan lingkungan adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap kesehatan.
3. Praktik atau tindakan : setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik kesehatan atau perilaku kesehatan (*overt behaviour*). Indikator praktik kesehatan mencakup hal-hal berikut :
- a. Tindakan sehubungan dengan penyakit yang mencakup pencegahan penyakit (imunisasi, menguras bak mandi) dan penyembuhan penyakit (minum obat sesuai anjuran, melakukan anjuran dokter).
 - b. Tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang mencakup antara lain mengkonsumsi makanan bergizi, olahraga teratur.
 - c. Tindakan kesehatan lingkungan yang mencakup membuang air besar di WC, membuang sampah pada tempat sampah.

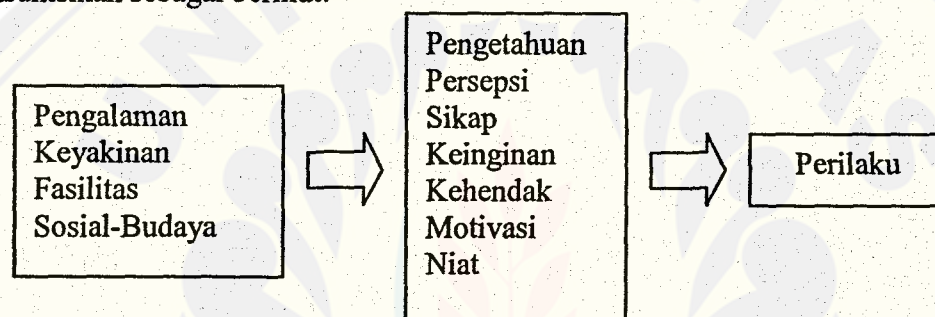
Secara teori memang perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru mengikuti tahap-tahap yang telah disebutkan di atas yakni melalui perubahan pengetahuan (*knowledge*) – sikap (*attitude*) – praktik (*practice*) atau “KAP” (PSP). Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya juga membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu seperti itu, bahkan terjadi sebaliknya dalam praktik sehari-hari. Artinya, seseorang telah berperilaku positif, meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif (Notoatmodjo, 2003a).

2.1.3 Teori-teori Determinan Perilaku

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku manusia merupakan resultante dari berbagai faktor, baik internal maupun

eksternal (lingkungan). Pada garis besarnya perilaku dapat dilihat dari tiga aspek, yakni aspek fisik, psikis dan social. Akan tetapi dari ketiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya.

Namun pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain seperti pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio budaya masyarakat dan sebagainya sehingga dapat diasumsikan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Asumsi Determinan Perilaku Manusia

Dalam Notoatmodjo (2003a), beberapa teori dicoba untuk mengungkapkan determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain:

1. Teori Lawrence Green (1980)

Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor.

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.

- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan.
- c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuar terbentuknya perilaku.

2. Teori Snehandu B Kar (1983)

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari :

- a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behaviour intention*)
- b. Dukungan social dari masyarakat sekitarnya (*social support*)
- c. Ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*)
- d. Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam mengambil keputusan atau tindakan (*personal autonomy*)
- e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*)

2. Teori WHO (1984)

Tim kerja WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena 4 alasan pokok.

Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek (dalam hal ini adalah obyek kesehatan).

a. Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.

b. Kepercayaan yang sering diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek.

Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.

c. Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap obyek.

Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang atau obyek lain. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan, antara lain :

1. Sikap akan terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu. Misalnya, seorang ibu yang anaknya sakit segera ingin membawa anaknya ke puskesmas, tetapi karena saat itu ia sedang tidak punya uang sehingga akhirnya ia gagal membawa anaknya ke puskesmas.
2. Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan yang mengacu kepada pengalaman orang lain. Seorang ibu tidak mau membawa anaknya ke rumah sakit karena ia teringat anak tetangganya yang meninggal setelah beberapa hari dirawat di rumah sakit.
3. Sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan kepada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang. Seorang akseptor KB dengan alat kontrasepsi IUD mengalami perdarahan. Meskipun sikapnya sudah positif karena ia mau ikut KB tetapi akhirnya ia tetap tidak mau ikut KB dengan alat kontrasepsi apapun.
4. Nilai (*value*) yang selalu berlaku didalam masyarakat untuk dijadikan pegangan dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat.

d. Orang penting sebagai referensi

Apabila seseorang itu penting bagi orang lain maka apa yang diktakan atau diperbuat cenderung untuk dicontoh. Untuk anak-anak sekolah maka gurulah yang menjadi panutan perilaku mereka. Orang-orang yang dianggap penting

sering disebut kelompok referensi (*refence group*), antara lain guru, alim ulama, kepala adat dan sebagainya.

- e. Sumber-sumber daya (*resources*) yang mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat. Pengaruh dapat bersifat positif atau negatif.
- f. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber di didalam masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu lama sebagai akibat dari suatu masyarakat bersama dan selalu berubah-ubah. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan, dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku ini.

2.2 Hepatitis A

2.2.1 Definisi Hepatitis A

Hepatitis adalah peradangan hati, sejenis penyakit hati yang terjadi karena sebab yang berbeda-beda. Infeksi viral juga bisa menyebabkan Hepatitis. Ada 7 Virus Hepatitis yang dikenal. Ada Hepatitis A, B, C, D, E, F, G. Dan dalam masing-masing tipe virus, terdapat banyak sub-tipe. Bentuk hepatitis yang paling umum di Indonesia adalah Virus Hepatitis A (HAV), Virus Hepatitis B (HBV), dan Virus Hepatitis C (HCV). Dalam hal ini akan dibahas lebih lanjut tentang Hepatitis A (Sulaiman, 1995).

2.2.2 Penyebab Hepetitis A

Virus Hepatitis (VHA) berbentuk partikel dengan ukuran 27 nanometer, merupakan virus RNA dan termasuk golongan *Picornaviridae*. Virus ini sangat stabil dan tidak rusak dengan perebusan singkat. Penggandaan atau replikasi terjadi dalam sel epitel hati dan epitel usus (Sulaiman, 1995).

Penyakit ini bersifat endemis di negara berkembang sehubungan dengan lingkungan dan sanitasi yang masih buruk dan perilaku hygiene personal yang kurang baik sangat mendukung terjadinya infeksi VHA (Chin, 2006).

2.2.3 Identifikasi Hepetitis A

Penyakit ini dahulunya dinamakan hepatitis infeksiosa. Sampai sekarang hepatitis A masih bersifat endemis di negara berkembang sehubungan dengan lingkungan dan sanitasi yang masih buruk. Pada daerah beriklim tropis seperti Indonesia, penyakit banyak timbul selama musim hujan dan terutama menyerang anak-anak dan orang dewasa muda (Sulaiman, 1995).

Penderita umumnya akan sembuh sempurna serta tidak pernah menjadi kronis. Penyakit pada fase akut umumnya 90% hadir tanpa gejala (asimptomatik) atau memberikan gejala yang sangat ringan, dan hanya sekitar 1% yang timbul kuning (ikterus). Gejala penyakit pada anak umumnya berupa asimptomatik dan anikterik.

Diagnosis ditegakkan dengan tes serologi anti HAV. Ditemukannya antibodi IgM terhadap virus Hepatitis (IgM anti-HAV) pada serum sebagai pertanda yang bersangkutan menderita penyakit akut atau penderita ini baru saja sembuh. IgM anti-HAV terdeteksi dalam waktu 5-10 hari setelah terpajan. Selain itu dilakukan juga tes fungsi hati meliputi bilirubin, SGOT, SGPT, GGT, dan fosfatase alkali. Apabila pemeriksaan laboratorium tidak memungkinkan untuk dilakukan, maka pemeriksaan jasmani antara lain terlihatnya warna kuning pada sklera, kulit, selaput lendir, limpa yang kadang teraba lunak, perabaan hati membengkak, dan bau mulut yang spesefik pada kasus yang berat sudah dapat mendukung diagnosis (Chin, 2006).

2.2.4 Masa Inkubasi dan Transmisi

Masa inkubasi adalah kondisi ketika bibit penyakit telah masuk ke dalam tubuh pejamu, tetapi gejala penyakit belum tampak. Masa inkubasi suatu penyakit berbeda dengan penyakit lainnya, ada yang beberapa jam dan ada pula yang bertahun-tahun (Azwar, 1999).

Penelitian pada negara berkembang memperlihatkan bahwa masa inkubasi hepatitis A akut bervariasi antara 14-49 hari, dengan rata-rata 30 hari. Cara penularannya melalui jalur fekal-oral, yang berarti melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi dengan tinja (*faeces*) yang tercemar oleh virus Hepatitis A. Ini berarti infeksi sering terjadi pada lingkungan kumuh. Walaupun jarang, dilaporkan penularan dapat terjadi melalui suntikan (parental). Sering pula ditemukan pada kerang sebagai pembawa virus (Chin, 2006).

Pada negara berkembang dimana kondisi sosial, ekonomi, hygiene, dan sanitasi lingkungan yang masih buruk sebagian besar anak-anak sudah terinfeksi virus ini sejak bayi. Keadaan ini dapat diketahui dengan adanya antibodi anti VHA pada pemeriksaan darah mereka. Sementara di negara industri dan negara maju lainnya, penyakit hepatitis A terutama menyerang orang dewasa muda yang sering berpergian ke daerah dengan insiden infeksi hepatitis yang tinggi (Sulaiman, 1995).

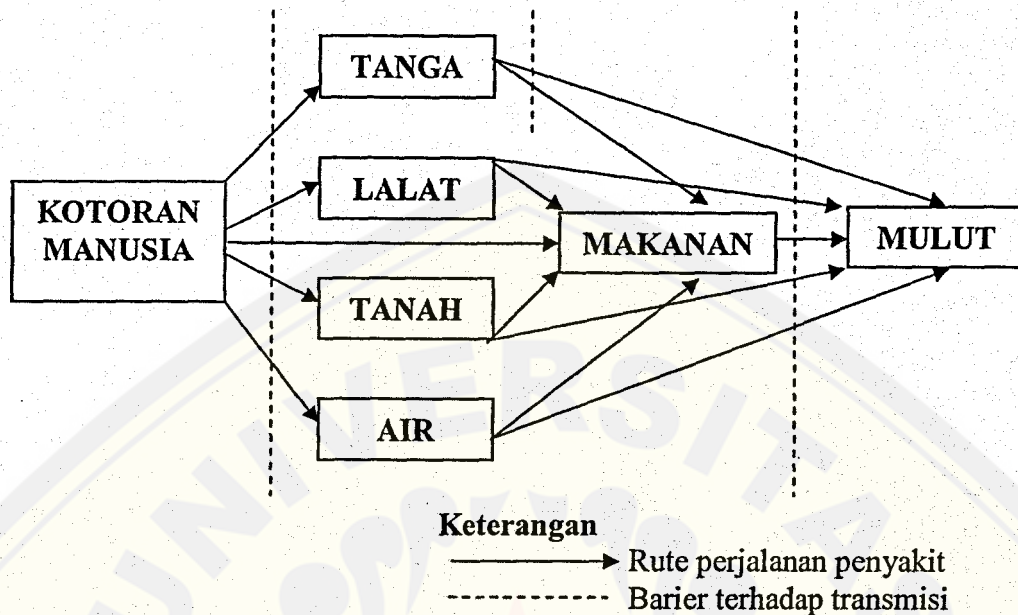
2.2.5 Pencegahan

Dalam epidemiologi, pencegahan dibagi menjadi beberapa tingkatan sesuai dengan perjalanan penyakit, yaitu:

1. Pencegahan primer
 2. Pencegahan sekunder, dan
 3. Pencegahan tersier
- (Budiarto, 2002).

1. Pencegahan Primer

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1997) upaya untuk memutuskan mata rantai penularan penyakit melalui kotoran manusia dapat dilihat pada bagan berikut:



Gambar 2.3 Mata Rantai Penularan Penyakit Melalui Kotoran Manusia

Dari gambar tersebut, diketahui tinja dapat langsung mengkontaminasi makanan, minuman, juga air, tanah, serangga (lalat, kecoa) dan bagian tubuh kita sendiri. Benda-benda yang terkontaminasi tinja dari seseorang yang sudah menderita suatu penyakit akan merupakan penyebab penyakit bagi orang lain (Notoatmodjo, 2003b). Untuk menghindarinya, menurut Depkes RI (1997) dapat dilakukan pemutusan mata rantai penularan penyakit melalui kotoran manusia sebagai berikut:

- Penggunaan jamban tanpa leher angsa dengan tutup, namun penggunaan jamban jenis ini masih memiliki kelemahan, yaitu menimbulkan bau dan tanpa tutup mungkin masih menarik lalat dimana lalat tersebut dapat mencemari makanan dengan kotoran
- Penggunaan jamban yang dianjurkan adalah jamban dengan leher angsa yang memenuhi persyaratan kesehatan karena dapat mencegah pencemaran air maupun tanah dari kotoran manusia serta mencegah lalat kontak dengan kotoran manusia.

- c. Tangan yang kontak dengan kotoran setelah BAB yang mungkin dapat mencemari makanan atau langsung membawa kotoran ke mulut. Upaya untuk menghindari pencemaran tersebut adalah dengan membiasakan mencuci tangan sesudah BAB dan sebelum menjamah pangan.

Dengan mengubah pola hidup menjadi lebih sehat dan bersih. Misalnya menjaga kebersihan dan cara makan yang sehat; seperti mencuci tangan sesudah ke toilet, sebelum menyiapkan makanan, atau sebelum makan. Selain itu perlu diperhatikan kebersihan lingkungan dan sanitasi, pemakaian air bersih, pembuangan tinja yang memenuhi syarat kesehatan, pembuatan sumur yang memenuhi standar, mencegah makanan terkena lalat, memasak bahan makanan dan minuman dan sebagainya (Sulaiman, 1995).

Selain itu dengan memberikan imunisasi baik pasif maupun aktif pada anggota keluarga atau orang serumah yang dekat dengan penderita, dokter, paramedis, petugas laboratorium, anggota ABRI yang tinggal di barak-barak, wisatawan asing yang mengunjungi daerah endemis (*foreign travel*), homoseksual, dan anak-anak yang dititipkan di tempat penitipan bayi. Imunisasi pasif menggunakan HBIg (*Human Normal Immunoglobulin*) dengan dosis 0,02 ml per kg berat badan. Pemberian paling lama satu minggu setelah kontak. Kekebalan yang didapat hanya bersifat sementara. Imunisasi aktif menggunakan vaksin hepatitis A (Havrix) (Sulaiman, 1995).

2. Pencegahan Sekunder

Sasaran pencegahan ini terutama ditujukan pada mereka yang menderita atau dianggap menderita (suspek) atau yang terancam akan menderita (masa tunas). Adapun tujuan usaha pencegahan ini meliputi diagnosis dini dan pengobatan yang tepat agar dapat dicegah meluasnya penyakit atau untuk mencegah timbulnya wabah, serta untuk segera mencegah proses penyakit lebih lanjut (Noor, 2000).

Diagnosis ditegakkan dengan tes serologi anti HAV. Ditemukannya antibodi IgM terhadap virus Hepatitis (IgM anti-HAV) pada serum sebagai pertanda yang

bersangkutan menderita penyakit akut atau penderita ini baru saja sembuh. Menurut Sulaiman (1995) penatalaksanaan virus hepatitis bersifat suportif terdiri dari:

- a. Tirah baring terutama pada fase awal dari penyakitnya.
- b. Diet makanan rendah lemak dan tinggi protein serta karbohidrat untuk pasien dengan *anorexia* dan *nausea*.
- c. Simptomatik dengan pemberian obat-obatan untuk mengurangi keluhan (dengan obat-obatan antipiretik parasetamol), serta konsumsi *food supplement*
- d. Perawatan rumah sakit terutama pada pasien dengan sakit berat, muntah yang terus menerus sehingga memerlukan pemberian cairan parenteral.

3. Pencegahan Tersier

Sasaran pencegahan ini adalah mencegah jangan sampai penderita mengalami cacat atau kelainan permanen, mencegah bertambah parahnya suatu penyakit atau mencegah kematian akibat penyakit tersebut. Untuk penyakit hepatitis A, dilakukan suatu upaya rehabilitasi, yaitu usaha pengembalian fungsi fisik, psikologis, dan sosial seoptimal mungkin (Noor, 2000).

2.2.6 Rencana Tindak Lanjut Penanggulangan

Penanggulangan KLB adalah kegiatan-kegiatan yang ditujukan dengan tujuan agar pada periode berikutnya tidak terulang kejadian KLB penyakit yang bersangkutan. Untuk Hepatitis A, penanggulangan dititikberatkan pada kegiatan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) kepada masyarakat. Selain itu juga usaha yang bersifat suportif untuk mendukung kesembuhan total penderita Hepatitis A serta usaha penyediaan fasilitas penunjang higiene dan sanitasi.

Rencana tindak lanjut penanggulangan meliputi:

- a. Penyuluhan kepada masyarakat umum akan pentingnya higiene sanitasi perorangan dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

1) Cuci tangan sebelum makan (CTSM)

Meluangkan waktu tak lebih dari 2 menit akan meminimalisir risiko terkena penyakit hepatitis. Setelah melakukan berbagai aktivitas, tangan merupakan tempat yang tepat bagi kuman, virus sehingga sebelum kontak dengan makanan biasakanlah mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

2) Buang air besar tidak di sembarang tempat

Prinsipnya adalah membuat masyarakat mengerti bahwa tinja yang infeksius merupakan sumber penyakit ini. Kaki lalat dan serangga lainnya yang hinggap pada tinja akan membawa virus hepatitis ke makanan kita. Tindakan yang tepat adalah dengan melakukan pemicuan (*Community Lead Total Sanitation/CLTS*) yaitu memicu rasa jijik dan malu masyarakat terhadap kotorannya sendiri, bahwa dengan buang air besar di sembarang tempat berarti selama ini mereka telah memakan kotoran saudara mereka sendiri. Pada akhirnya masyarakat yang menyadari akan berusaha membuang kotoran secara sederhana namun saniter.

3) Kebiasaan menggunakan alat makan bersama

Masyarakat yang sering menggunakan alat makan bersama adalah mahasiswa yang biasanya tinggal dalam satu rumah (kost atau kontrakan). Penularan virus hepatitis adalah melalui jalur fekal oral. Artinya jika kita saling berbagi piring, sendok dan gelas dengan penderita maka dengan perantara air ludah virus akan dapat memasuki tubuh orang sehat.

4) Tidak jajan/makan di sembarang tempat

Seringkali kita cenderung enggan memasak sendiri di rumah dan memilih makan di warung. Sebelum melakukannya sebaiknya perhatikan bagaimana kondisi dapur, persediaan air, lap yang kontak dengan makanan, serta kebiasaan penjamah makanan. Terkadang masyarakat malas melakukan inspeksi/pemeriksaan semacam ini dan merasa nyaman asal mereka tidak tahu prosesnya. Prinsip CLTS dapat kita manfaatkan yaitu dengan membangkitkan rasa jijik masyarakat dengan mempraktekkan mencuci piring dengan air yang

kotor dan lap kotor di hadapan masyarakat, setelah itu sodorkanlah piring itu untuk tempat makan mereka. Masyarakat yang melihat langsung proses ini akan tidak sampai hati menggunakan piring tersebut untuk alas makan mereka sendiri.

b. Penyuluhan terhadap pelaku industri pangan atau penjamah pangan tentang pentingnya higiene sanitasi pangan

1) Higiene penjamah makanan

Yang terpenting adalah jangan mempekerjakan karyawan yang sedang sakit. Fasilitas sanitasi karyawan juga harus diperhatikan antara lain toilet, tempat cuci tangan dengan sabun, serta kebiasaan buruk dalam bekerja (mengobrol, bersin di hadapan makanan).

2) Klorinasi peralatan makan

Peralatan makan yang dipakai konsumen merupakan perantara penularan virus hepatitis. Mencuci peralatan makan dengan seksama dan menggunakan bahan pembersih (deterjen) akan menghindarkan memutuskan mata rantai penularan.

3) Pemasakan tiram, kerang-kerangan yang berasal dari daerah tercemar

Sering ditemukan kerang dan tiram sebagai pembawa virus. Sebaiknya kerang dan tiram yang berasal dari daerah tercemar harus dipanaskan terlebih dahulu pada suhu 85°C-90°C selama 4 menit atau diuapkan selama 90 detik sebelum dimakan.

c. Pengawasan dan pembinaan terhadap warung/penjaja pangan/pedagang kaki 5 (PK-5)

Pengawasan dan pembinaan dapat dilakukan secara lintas sektor yaitu bekerja sama dengan pihak perguruan tinggi negeri maupun swasta. Pembentukan tim atau kelompok pengawas dengan mengikutsertakan organisasi mahasiswa, pihak perguruan tinggi maupun Lembaga Swadaya Masyarakat yang menaruh perhatian terhadap permasalahan PK-5.

d. Upaya khusus untuk peningkatan sanitasi lingkungan

Peningkatan sanitasi lingkungan merupakan pencegahan secara umum dari berbagai jenis penyakit. Pengelolaan tempat penitipan bayi, asrama, panti asuhan terutama pada penanganan alat makan serta pencucian. Tekankan pada upaya untuk mengurangi kemungkinan terjadi penularan melalui rute fekal oral, termasuk dengan membiasakan CTSM setiap saat dari toilet setelah mengganti popok dan sebelum makan. Persediaan air bersih yang mencukupi juga sangat dianjurkan.

e. Pemberian vaksin Hepatitis A pada masyarakat risiko tinggi

Masyarakat risiko tinggi antara lain pekerja kesehatan, pedagang makanan, pekerja sanitasi, tempat penitipan bayi, mereka yang pergi ke daerah endemisitas tinggi.

f. Pengobatan dan perawatan penderita

Perawatan yang bersifat suportif antara lain *bed rest*, diet rendah lemak dan tinggi protein, obat-obatan simptomatik, serta perawatan rumah sakit terutama pada pasien dengan sakit berat, muntah yang terus menerus sehingga memerlukan pemberian cairan parenteral.

2.3 Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember

2.3.1 Universitas Jember

Universitas Jember berasal dari Universitas swasta bernama Universitas Tawang Alun yang didirikan pada tanggal 4 November 1957. Dalam perkembangannya berdasarkan surat keputusan menteri PTIP nomor 151 tahun 1964 tanggal 9 November 1964, Universitas ini berstatus “Negeri” menjadi Universitas Negeri Jember, selanjutnya sebutan Universitas negeri Jember menjadi Universitas Jember disingkat UNEJ.

Lokasi Universitas Jember terletak di dalam kota Kabupaten Jember Jawa Timur dengan jarak ± 1 kilometer dari pusat kota. Kampus Universitas Jember menempati areal seluas ± 80 hektar, merupakan kampus yang asri dengan pepohonan

rindang yang tertata dan terpelihara serta tidak bising, sehingga sangat nyaman untuk kegiatan belajar mahasiswa.

Kabupaten Jember secara geografis terletak di wilayah timur pulau Jawa. Kota Jember dapat ditempuh melalui jalur laut, darat maupun udara. Kabupaten Jember memiliki lapangan terbang Noto Hadinegoro (diresmikan tanggal 9 Januari 2005) oleh menteri perhubungan Republik Indonesia untuk menunjang kelancaran transportasi (Depdiknas RI, 2005).

Universitas Jember memiliki visi sebagai lembaga pendidikan tinggi yang berkualitas, berwawasan lingkungan dan berkemampuan mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi dan seni (IPTEK) bagi kepentingan manusia (Depdiknas RI, 2005). Universitas Jember terdiri dari 10 fakultas, Program Pascasarjana, Program Studi Teknik, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Studi Farmasi, Program Studi Ilmu Keperawatan dan Program Studi S0 dibawah fakultas yaitu :

1. Fakultas Hukum terdiri dari 1 Program S1 dan 1 Program Non Reguler S1
2. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik terdiri dari 5 Program S1 dan 1 Program Non Reguler S1, 1 Program Karya Siswa S1, dan 2 Program D3
3. Fakultas Pertanian terdiri dari 4 Program S1
4. Fakultas Ekonomi terdiri dari 3 Program S1 dan 3 Program Non Reguler S1, dan 4 program D3
5. Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan terdiri dari 8 Program S1 dan 1 Program D2, 1 Program Penyetaraan S1, 1 Program Akta Mengajar IV
6. Fakultas Sastra terdiri dari 3 Program S1 dan 1 Program Non Reguler S1, dan 1 program D3
7. Fakultas Teknologi Pertanian terdiri dari 2 Program S1
8. Fakultas Kedokteran Gigi terdiri dari 1 Program S1
9. Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam terdiri dari 4 Program S1
10. Fakultas Kedokteran terdiri dari 1 Program S1
11. Program Studi Kesehatan Masyarakat terdiri dari 1 Program S1

12. Progran Studi Teknik terdiri dari 3 Program S1 3 Program D3
 13. Progran Studi Pascasarjana terdiri dari 4 Program S2
 14. Progran Studi Farmasi terdiri dari 1 Program S1
 15. Progran Studi Ilmu Keperawatan terdiri dari 1 Program S1
- (Depdiknas RI, 2006).

Mahasiswa adalah suatu bagian dari generasi muda bangsa yang mempunyai kedudukan dan peranan penting dan sekaligus merupakan potensi dalam mewujudkan cita-cita perjuangan bangsa (Depdiknas RI, 2006). Universitas Jember adalah sebuah perguruan tinggi yang mempunyai sejumlah mahasiswa. Di dalamnya termasuk mahasiswa dari ilmu kesehatan dan non kesehatan. Mahasiswa ilmu kesehatan adalah mahasiswa yang kuliah di fakultas atau program studi yang berada di bawah otoritas Universitas Jember, termasuk didalamnya: Fakultas Kedokteran Gigi, Fakultas Kedokteran, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Studi Famasi dan Program Studi Ilmu Keperawatan. Mahasiswa ilmu non kesehatan adalah mahasiswa yang kuliah di fakultas atau program studi yang berada dibawah otoritas Universitas Jember, termasuk didalamnya : Fakultas Hukum, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Fakultas Pertanian, Fakultas Ekonomi, Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan, Fakultas Sastra, Fakultas Teknologi Pertanian, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam dan Program Studi Teknik.

2.3.2 Perbedaan Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan Auliana (2006) bahwa baik mahasiswa kesehatan maupun mahasiswa non kesehatan sama-sama pernah mendapatkan pengetahuan tentang kesehatan. Namun, untuk mahasiswa fakultas non kesehatan sebagian besar mereka mendapatkan pengetahuan tentang kesehatan selain pada waktu mereka duduk di bangku sekolah, mereka juga mendapatkan pengetahuan kesehatan dari media massa atau media elektronik. Sedangkan untuk mahasiswa fakultas kesehatan, selain keduanya mereka juga mendapatkan pengetahuan

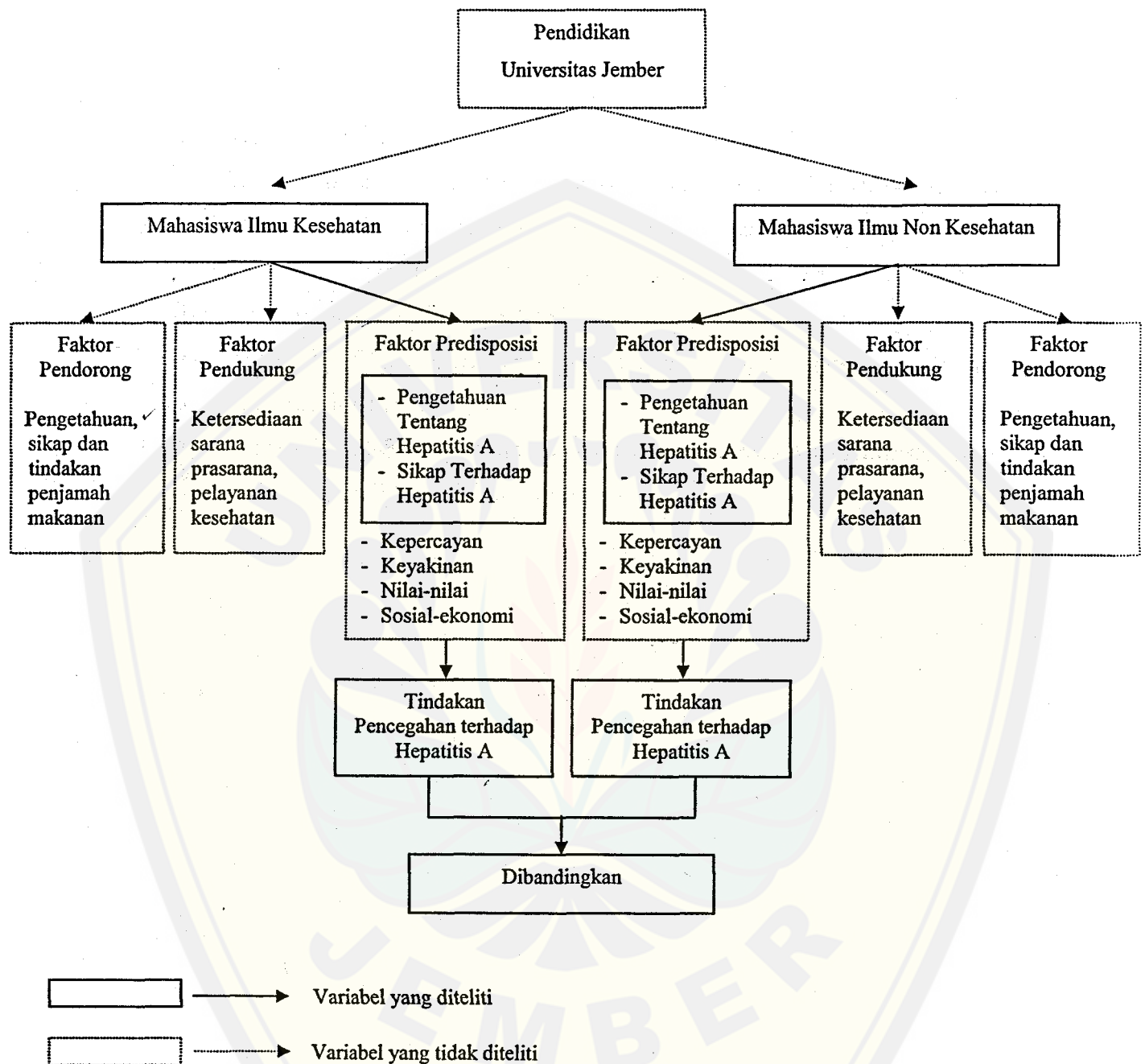
kesehatan yang lebih mendalam dari mata kuliah yang ada dalam kurikulum. Sedangkan hasil penelitiannya yang berjudul "Perbandingan tingkat pengetahuan gizi, pola konsumsi dan status gizi mahasiswa kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember" menyimpulkan bahwa untuk tingkat pengetahuan gizi mahasiswa kesehatan dan non kesehatan Universitas Jember berbeda yaitu pengetahuan mahasiswa kesehatan memiliki pengetahuan gizi baik. Untuk pola konsumsi mahasiswa kesehatan dan non kesehatan Universitas Jember tidak berbeda yaitu untuk makanan pokok adalah nasi dengan frekwensi 2 kali sehari, untuk pola konsumsi lauk hewani, sayuran, buah dan susu dalam kategori jarang, sedangkan lauk nabati dalam kategori sering. Dan untuk status gizi mahasiswa kesehatan dan non kesehatan Universitas Jember tidak berbeda yaitu dalam kategori normal.

Sedangkan hasil penelitian Setiawan (2006) yang berjudul "Studi komparasi kebiasaan merokok mahasiswa fakultas kesehatan dan non kesehatan" menyimpulkan bahwa tingkat pengetahuan mahasiswa tentang bahaya merokok termasuk dalam kategori sedang, dan tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan tentang masalah rokok di kalangan mahasiswa fakultas kesehatan dan non kesehatan, juga tidak ada perbedaan prevalensi perokok antara mahasiswa fakultas kesehatan dan non kesehatan.

2.4 Kerangka Konseptual

Berdasarkan teori yang telah diuraikan sebelumnya maka peneliti mencoba membuat suatu kerangka konseptual mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan hepatitis A antara mahasiswa ilmu-ilmu kesehatan dan non kesehatan Universitas Jember. Kerangka ini berdasarkan teori Lawrence Green tentang determinan perilaku. Perilaku dibentuk dari 3 faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong. Namun dalam penelitian ini, yang diteliti hanya faktor predisposisi berupa tingkat pengetahuan, sikap, tindakan pencegahan hepatitis A dengan membandingkan antara mahasiswa ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember. Variabel pengetahuan berhubungan dengan pemahaman mahasiswa ilmu kesehatan dan non kesehatan tentang hepatitis A, sedangkan sikap adalah reaksi yang masih tertutup dari mahasiswa terkait cara penularan dan pencegahan dan reaksinya dinyatakan dengan suatu pernyataan setuju atau tidak setuju. Tindakan pencegahan merupakan tindakan atau praktik yang dilakukan sebagai perwujudan dari pengetahuan dan sikap yang dimiliki oleh mahasiswa. Menurut teori yang telah dikemukakan sebelumnya tindakan merupakan perwujudan dari perubahan perilaku. Perubahan perilaku seseorang merupakan suatu penerimaan atau pengadopsian perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap, yakni pengukuran pengetahuan, sikap dan tindakan seseorang. Secara teori perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap-tahap yang telah disebutkan yakni melalui proses perubahan perilaku berdasarkan teori yang dikemukakan Benyamin Bloom :

Pengetahuan (*Knowledge*) ————— Sikap (*Attitude*) ————— Praktek (*Practice*)
atau “KAP” (PSP).



Gambar 2.4 Kerangka Konseptual Penelitian

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik karena ditujukan untuk menguji hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam tentang hubungan-hubungan (Nazir, 2003). Sedangkan dalam Notoatmodjo (2005), jenis penelitian seperti ini merupakan penelitian analitik karena mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi. Berdasarkan waktu penelitian, termasuk dalam penelitian *cross sectional* yaitu penelitian dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status atau variabel subjek pada saat pemeriksaan.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini adalah di kampus Universitas Jember (fakultas/program studi kesehatan dan non kesehatan). Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September 2007.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua mahasiswa S1 Universitas Jember angkatan 2004 yang terdiri atas 14 fakultas dengan jumlah 4001 mahasiswa (Data Biro Administrasi Akademik Kemahasiswaan Universitas Jember, 2007) dengan ketentuan:

1. Aktif / tidak sedang cuti
2. Keadaan sehat jasmani dan rohani
3. Tidak mempunyai gelar ganda di Universitas Jember

Penentuan pengambilan populasi mahasiswa angkatan 2004 atau mahasiswa semester VII karena sudah tiga tahun menempuh kuliah dan dianggap telah memahami kejadian hepatitis A di Jember.

3.3.2 Sampel Penelitian

Penentuan besarnya sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus yang dikembangkan oleh Snedecor dan Cochran dalam Budiarto (2003) sebagai berikut:

$$\begin{aligned} n &= \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2} \\ &= \frac{(1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,1)^2} \\ &= 96,04 \end{aligned}$$

Karena populasi tersebut kurang dari 10.000 maka rumus tersebut dilakukan koreksi sebagai berikut:

$$\begin{aligned} n_k &= \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} \\ &= \frac{96,04}{1 + \frac{96,04}{4001}} \\ &= \frac{96,04}{1 + 0,023994} \\ &= \frac{96,04}{1,023994} \\ &= 93,78 \text{ dibulatkan menjadi } 94 \end{aligned}$$

Keterangan:

Z = Simpangan rata-rata distribusi normal standar pada derajat kemaknaan 95% yaitu 1,96

p = Proporsi variabel yang dikehendaki, karena tidak diketahui maka diambil proporsi terbesar, yaitu 50%

q = $(1 - p) = 1 - 0,5 = 0,5$

d = Kesalahan sampling yang masih dapat ditoleransi, yaitu 10%

n = Besar sampel

n_k = Besar sampel setelah dikoreksi

N = Besar populasi (Budiarto, 2003)

Dari 94 sampel dibagi menjadi 2, yaitu 47 untuk fakultas kesehatan dan 47 untuk fakultas non kesehatan.

3.3.3 Cara Pengambilan Sampel

Kriteria penentuan sampel yang akan diambil dalam penelitian ini adalah:

1. Tercatat sebagai mahasiswa S1 angkatan 2004
2. Berada di tempat penelitian saat dilakukan kunjungan,
3. Bersedia mengisi kuesioner (*informed consent*)

Dalam pengambilan sampel penelitian ini digunakan cara atau teknik-teknik tertentu, sehingga sampel tersebut sedapat mungkin mewakili populasinya. Teknik ini biasanya disebut 'teknik sampling' (Notoatmodjo, 2005). Adapun teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Stratified Proporsional Random Sampling*.

Pelaksanaan pengambilan sampel dengan *stratified*, mula-mula kita menetapkan unit-unit anggota populasi dalam bentuk strata yang didasarkan pada karakteristik anggota-anggota populasi yang berbeda-beda. Setiap unit yang mempunyai karakteristik umum yang sama dikelompokkan pada satu strata, kemudian dari masing-masing strata diambil sampel yang mewakili (Notoatmodjo, 2005). Langkah-langkah yang ditempuh pengambilan sampel pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Dari 14 fakultas di Univesitas Jember dikelompokkan berdasarkan ilmu yang dipelajari menjadi 2 bagian, yaitu ilmu kesehatan dan non kesehatan.
2. Masing-masing bagian, yakni ilmu kesehatan dan non kesehatan masing-masing dipilih secara random sederhana yaitu dengan cara mengundi anggota populasinya dipilih 3 fakultas.

3. Dari 94 sampel dibagi menjadi 2, yaitu 47 untuk ilmu kesehatan dan 47 untuk ilmu non kesehatan, kemudian dari masing-masing strata tersebut jumlah sampel diambil berdasarkan metode alokasi proporsional dengan rumus:

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

Keterangan :

N_i = Total masing-masing sub populasi

N = Total populasi secara keseluruhan

n_i = Besarnya sampel untuk sub populasi

n = Besar sampel (Sedarmayanti dan Hidayat, 2002)

Hasil perhitungan untuk tiap-tiap sub populasi disajikan dalam tabel 3.1 dan tabel 3.2 berikut (hasilnya telah dibulatkan):

Tabel 3.1 Distribusi Jumlah Sampel Ilmu Kesehatan

Sub Populasi	Jumlah Anggota	Banyaknya Sampel
FK	63	$47 / 234 \times 63 = 13$
PSKM	94	$47 / 234 \times 94 = 19$
PS. Farmasi	77	$47 / 234 \times 77 = 15$
Jumlah	234	47

Tabel 3.2 Distribusi Jumlah Sampel Ilmu Non Kesehatan

Sub Populasi	Jumlah Anggota	Banyaknya Sampel
FISIP	477	$47 / 929 \times 477 = 24$
FTP	130	$47 / 929 \times 130 = 7$
F. Hukum	322	$47 / 929 \times 322 = 16$
Jumlah	929	47

Kemudian dari masing-masing sampel sub populasi tersebut dipilih secara acak sederhana dengan mengundi anggota sub populasi (*lottery technique*) atau teknik undian.

3.4 Variabel, Definisi Operasional dan Skala Data Penelitian

Tabel 3.3 Variabel dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1.	Karakteristik Penderita	Ciri-ciri yang dimiliki responden sebagai bagian dari identitasnya
a.	Jenis kelamin	Ciri fisik dan biologis yang dimiliki responden yang membedakan laki-laki atau perempuan
b.	Umur	Usia responden sesuai KTP atau kartu identitas lain yang berlaku pada saat penelitian dilakukan
c.	Pendidikan	fakultas atau program studi yang berada dibawah otoritas Universitas Jember, termasuk didalamnya : Fakultas Kedokteran Gigi, Fakultas Kedokteran, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Studi Famasi dan Program Studi Ilmu Keperawatan.
	1) Ilmu Kesehatan	
	2) Ilmu Non Kesehatan	fakultas atau program studi yang berada dibawah otoritas Universitas Jember, termasuk didalamnya : Fakultas Hukum, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Fakultas Pertanian, Fakultas Ekonomi, Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan, Fakultas Sastra, Fakultas Teknologi Pertanian, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam dan Program Studi Teknik.
2.	Pengetahuan	Pengetahuan responden tentang hepatitis A meliputi pengertian, penyebab, cara penularan, gejala awal, organ yang diserang penyakit, musim mewabahnya, cara pencegahan hepatitis A. Penilaian pengetahuan melalui pertanyaan sebanyak 10 butir pilihan ganda masing-masing 3 pilihan jawaban.
3.	Sikap	Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap ini terkait dengan cara penularan dan cara pencegahan. Jawaban responden hanya terbatas pada setuju atau tidak setuju, karena sikap merupakan reaksi yang masih tertutup. Sikap ini dapat berupa pernyataan positif dan negatif. Jawaban pernyataan sikap dinyatakan dalam skala bertingkat (<i>rating scale</i>) dimana penilaian yang digunakan adalah skala bebas. Penilaian tentang sikap ini meliputi 8 pertanyaan masing-masing 3 pilihan jawaban.
4.	Tindakan Pencegahan	Suatu bentuk nyata dari sikap seseorang. Tindakan pencegahan disini adalah tindakan atau praktek yang dilakukan sebagai perwujudan dari pengetahuan dan sikap yang dimiliki oleh mahasiswa. Pertanyaan tentang tindakan pencegahan ini meliputi 8 pertanyaan masing-masing 3 pilihan jawaban.

Tabel 3.4 Variabel, Sumber Data, Skala Data, Skor dan Kategori

No	Variabel	Sumber Data	Skala Data	Skor	Kategori
1.	Karakteristik Penderita	Data Primer			
a.	Jenis kelamin	Data primer	Nominal		Laki-laki Perempuan
b.	Umur	Data primer	Nominal	a. < 21 tahun b. ≥ 21 tahun	Belum dewasa Telah dewasa (Monks <i>et al</i> , 1996)
c.	Fakultas	Data Primer	Nominal		Ilmu Kesehatan Ilmu Non Kesehatan
2.	Pengetahuan	Data Primer	Ordinal	Skor tiap item adalah : a. Salah : 0 b. Benar : 1 Kategori pada tahap ini : a. Nilai tertinggi : 10 b. Nilai terendah : 0 c. 1/3 nilai tertinggi: 3,33 d. 2/3 nilai tertinggi: 6,66 Ketentuan skor total : a. $X < 3,33$ b. $3,33 \leq X < 6,66$ c. $X \geq 6,6$ (Arikunto, 2002).	Pengetahuan rendah Pengetahuan sedang Pengetahuan tinggi
3.	Sikap	Data primer	Ordinal	Skor tiap item adalah : a. Setuju pada sikap positif / tidak setuju pada sikap yang negatif : 2. b. Ragu-ragu: 1 c. Tidak setuju pada sikap positif /setuju pada sikap negatif : 0. Kategori pada tahap ini : a. Nilai tertinggi : 16 b. Nilai terendah : 0 c. 1/3 nilai tertinggi:5,33 d. 2/3 nilai tertinggi:10,66 Ketentuan skor total : a. $X < 5,33$ b. $5,33 \leq X < 10,66$ c. $X \geq 10,66$ (Arikunto, 2002).	sikap yang dimiliki rendah sikap yang dimiliki sedang sikap yang dimiliki tinggi

No	Variabel	Sumber Data	Skala Data	Skor	Kategori
4	Tindakan pencegahan	Data Primer	Ordinal	Skor tiap item adalah : a. Selalu pada sikap positif / tidak pernah pada sikap yang negatif : 2. b. Kadang-kadang: 1 c. Tidak pernah pada sikap positif / selalu pada sikap negatif: 0. Kategori pada tahap ini : a. Nilai tertinggi : 16 b. Nilai terendah : 0 c. 1/3 nilai tertinggi: 5,33 d. 2/3 nilai tertinggi: 10,66 Ketentuan skor total : a. $X < 5,33$ b. $5,33 \leq X < 10,66$ c. $X \geq 10,66$ (Arikunto, 2002).	Tindakan pencegahan rendah Tindakan pencegahan sedang Tindakan pencegahan tinggi

3.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.5.1 Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data ialah teknik atau cara-cara yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data. Metode (teknik atau cara) menunjuk suatu kata yang abstrak dan tidak diwujudkan dalam benda, tetapi hanya dapat dilihat penggunaannya melalui: angket, wawancara, pengamatan, ujian (tes), dokumentasi dan lainnya. Dalam penelitian ini, teknik yang digunakan adalah metode angket. Angket adalah suatu cara pengumpulan data yang dilakukan dengan mengedarkan suatu daftar pertanyaan yang berupa formulir-formulir, diajukan secara tertulis kepada sejumlah subjek untuk mendapatkan tanggapan, informasi, jawaban, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005).

3.5.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya. Selanjutnya instrument yang diartikan sebagai

alat bantu merupakan sarana yang dapat diwujudkan dalam bentuk benda (Riduwan, 2002). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu angket. Angket tersebut digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan hepatitis A antara mahasiswa ilmu-ilmu kesehatan dan non kesehatan Universitas Jember tahun 2007.

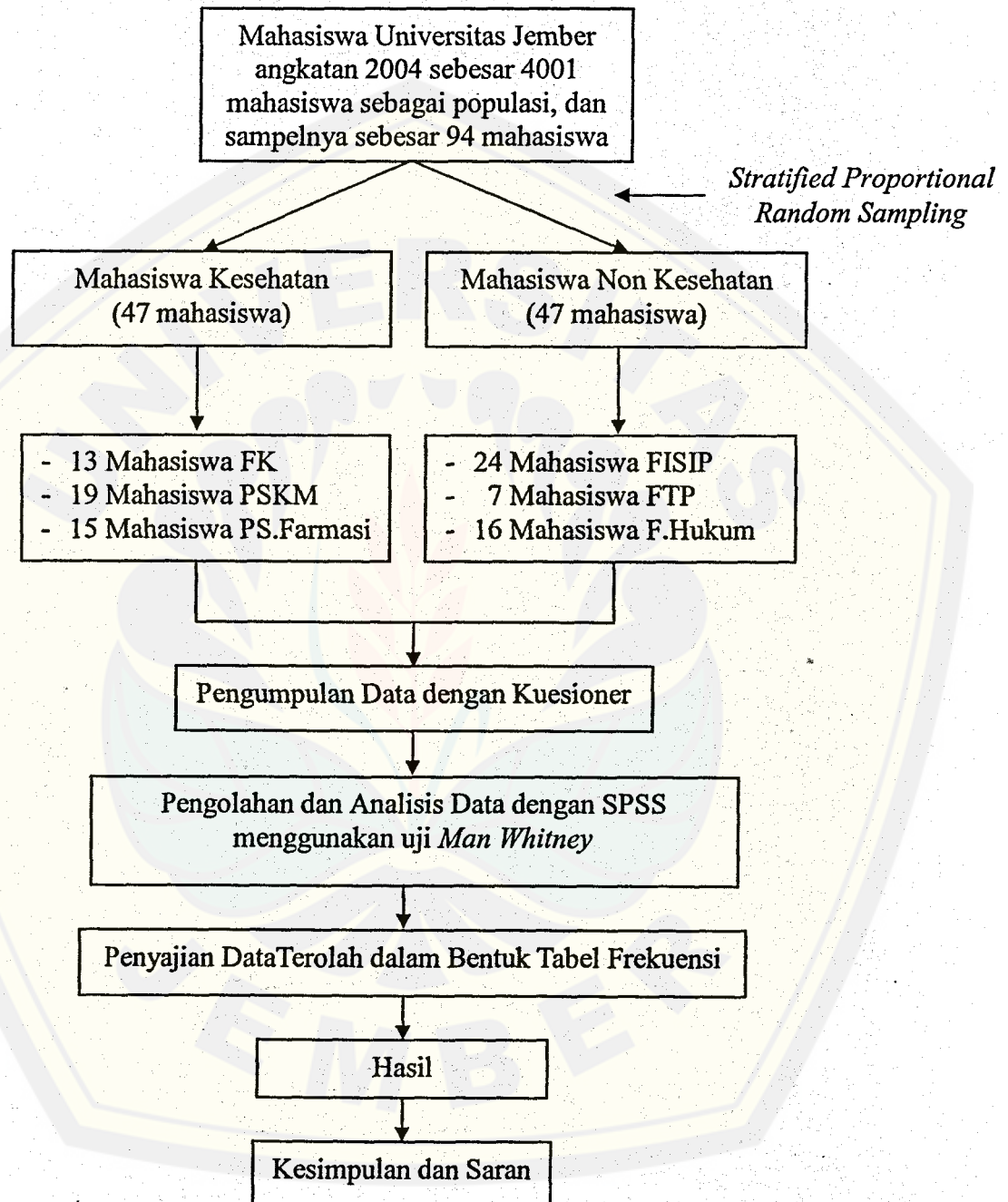
Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer. Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama, baik dari individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasa dilakukan oleh peneliti (Sugiarto, 2003). Dalam penelitian ini, data primer didapatkan melalui angket dengan berkunjung ke fakultas yang telah terpilih. Tiap-tiap responden diberi *inform consent* sebagai persetujuan responden untuk dijadikan subjek dalam penelitian. Data primer tentang pengetahuan didapatkan dari tes pengetahuan yang berisi 10 item pertanyaan dengan tipe jawaban pilihan. Untuk sikap data didapatkan dari kuesioner terstruktur yang berisi 8 item pernyataan dengan pilihan jawaban setuju, ragu-ragu dan tidak setuju, sedangkan untuk tindakan pencegahan data diperoleh dari kuesioner terstruktur yang berisi 8 item pertanyaan dengan pilihan jawaban tidak pernah, kadang-kadang dan selalu. Data tersebut masih dalam bentuk mentah sehingga membutuhkan proses pengolahan terlebih dahulu.

3.6 Analisis Data

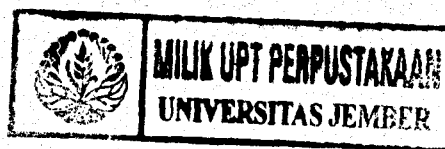
Data yang dihasilkan dalam penelitian ini bersifat ordinal, maka analisis data yang digunakan peneliti yaitu analisis uji statistik *Man Whitney Test* program SPSS 11.5 dengan $\alpha = 0,05$. *Man Whitney Test* untuk menguji perbedaan dua sampel independen dengan data berskala ordinal. Prinsipnya untuk membandingkan median peringkat sampel pertama dengan median peringkat dari sampel kedua (Murti, 1996). Uji statistik ini dipakai karena peneliti ingin mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan hepatitis A mahasiswa fakultas kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember.

3.7 Alur Penelitian

Kerangka penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1 Alur Penelitian



BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada dasarnya merupakan ciri yang dimiliki responden sebagai bagian dari identitas. Karakteristik responden didapatkan melalui pengisian angket sebagai alat pengumpulan data. Identitas responden dalam penelitian ini dikelompokkan berdasarkan usia dan jenis kelamin. Usia dan jenis kelamin responden adalah usia dan ciri fisik serta biologis responden sesuai KTP atau kartu identitas lain yang berlaku pada saat penelitian dilakukan. Data yang berkaitan dengan karakteristik responden akan ditampilkan dalam frekwensi berikut ini:

4.1.1 Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan karakteristik yang dimiliki oleh responden yang membedakan ciri-ciri antara laki-laki dan perempuan. Sebagian besar mahasiswa yang menjadi responden dalam penelitian ini baik mahasiswa ilmu kesehatan maupun non kesehatan adalah berjenis kelamin perempuan, tetapi untuk jumlahnya lebih banyak mahasiswa kesehatan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Jenis Kelamin Responden, Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember

Jenis Kelamin	Mahasiswa Ilmu Kesehatan		Mahasiswa Ilmu Non Kesehatan	
	n	%	n	%
Laki-laki	14	29,79	21	44,68
Perempuan	33	70,21	26	55,32
Jumlah	47	100	47	100

Sumber: Data Primer Terolah

Tabel 4.1 Menunjukkan bahwa untuk mahasiswa ilmu kesehatan yang berjenis kelamin laki-laki adalah 14 responden dan yang berjenis kelamin perempuan adalah 33 responden (70,21%), sedangkan untuk mahasiswa ilmu non

kesehatan yang berjenis kelamin laki-laki adalah 21 responden (44,68%) dan yang berjenis kelamin perempuan adalah 26 responden (55,32%).

4.1.2 Umur

Distribusi golongan umur dalam penelitian ini terdiri dari 2 kategori yaitu umur <21 tahun dan ≥ 21 tahun. Umur responden dalam penelitian ini baik dari mahasiswa ilmu kesehatan maupun non kesehatan 100% adalah ≥ 21 tahun.

Semua umur responden baik mahasiswa ilmu kesehatan maupun non kesehatan adalah ≥ 21 tahun, hal ini dikarenakan responden dalam penelitian ini adalah mahasiswa angkatan 2004 yang pada saat penelitian menduduki semester 7. Ditinjau dari umur responden dapat diketahui bahwa semua responden berada pada masa dewasa, sesuai pendapat yang dikemukakan oleh Khomstan dalam Zulkifli (1992) bahwa pribadi dalam perkembangannya (*persoonlijkheid in wording*) membagi masa perkembangan dilihat dari sisi pendidikan dan tujuan luhur umat manusia antara lain pertama masa vital (sampai umur $1\frac{1}{2}$ tahun), kedua masa anak kecil ($1\frac{1}{2}$ sampai 7 tahun), ketiga masa sekolah (7 sampai 14 tahun), keempat masa remaja (14 sampai 21 tahun) dan kelima masa dewasa (21 tahun keatas).

Menurut Monks *et al.* (1996) di Indonesia batas kedewasaan adalah 21 tahun. Hal ini berarti bahwa pada usia itu seseorang sudah dianggap dewasa dan selanjutnya dianggap sudah mempunyai tanggung jawab terhadap perbuatan-perbuatannya. Jadi, responden dalam penelitian ini merupakan individu yang dewasa yang sudah mempunyai tanggung jawab terhadap apa yang diperbuatnya. Selain itu mereka memiliki pola pikir yang lebih matang. Menurut Wechsler dan Monks (1996) puncak prestasi intelegensi ada di sekitar umur 20 tahun dan sesudahnya akan mengalami penurunan kemudian Wechsler merevisi pendapat ini dan menganggap puncaknya ada pada usia 25 tahun. Dari teori tersebut dapat diketahui bahwa semua responden baik mahasiswa ilmu kesehatan maupun non kesehatan yang semuanya berumur ≥ 21 tahun berada pada proses mencapai puncak prestasi intelegensi.

4.2 Perbedaan Tingkat Pengetahuan tentang Hepatitis A antara Mahasiswa Angkatan 2004 Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember

Tingkat pengetahuan tentang hepatitis A dikelompokkan dalam kategori tinggi, sedang dan rendah. Tingkat pengetahuan tentang hepatitis A sebagian besar mahasiswa yang menjadi responden dalam penelitian ini baik mahasiswa ilmu kesehatan maupun non kesehatan adalah tinggi, tetapi untuk jumlahnya lebih banyak mahasiswa kesehatan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam tabel 4.2 berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Tingkat Pengetahuan tentang Hepatitis A Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember

Tingkat pengetahuan	Mahasiswa Ilmu Kesehatan		Mahasiswa Ilmu Non Kesehatan	
	n	%	n	%
Tinggi	43	91,5	26	55,3
Sedang	4	8,5	19	40,4
Rendah	-	-	2	4,2
Jumlah	47	100	47	100

Sumber: Data Primer Terolah

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa pengetahuan hepatitis A mayoritas mahasiswa Universitas Jember adalah tinggi. Untuk mahasiswa ilmu kesehatan yang tingkat pengetahuannya tinggi jumlahnya lebih dominan yaitu 43 responden (91,5 %) dan yang tingkat pengetahuannya sedang hanya 4 responden (8,5 %). Sedangkan untuk mahasiswa ilmu non kesehatan tingkat pengetahuannya lebih bervariasi. Mahasiswa ilmu non kesehatan yang tingkat pengetahuannya tinggi sejumlah 26 responden (55,3 %), tingkat pengetahuannya sedang 19 responden (40,4 %) dan tingkat pengetahuannya rendah 2 responden (4,2 %).

Jika dilihat dari skor rata-rata, tingkat pengetahuan mahasiswa ilmu kesehatan tentang Hepatitis A mempunyai skor rata-rata sebesar 8,2 dari nilai tertinggi 10 dan nilai terendah 0, sehingga skor rata-rata tingkat pengetahuan

mahasiswa ilmu kesehatan termasuk dalam kategori tinggi. Sedangkan untuk mahasiswa ilmu non kesehatan mempunyai skor rata-rata sebesar 6,5 dari nilai tertinggi 10 dan nilai terendah 0, sehingga skor rata-rata tingkat pengetahuan mahasiswa ilmu non kesehatan termasuk dalam kategori sedang.

Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003a). Begitu juga dengan pengetahuan tentang hepatitis A, pengetahuan tentang hepatitis A yang baik atau kurang akan mempengaruhi tindakannya dalam kehidupan sehari-hari terutama terkait dengan sikap, tindakan pencegahan dan pemeliharaan kesehatan sehari-hari karena menurut Notoatmodjo (2003a) bahwa dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan (Notoatmodjo, 2005). Dalam penelitian ini pengukuran pengetahuan tentang hepatitis A dilakukan melalui angket yang meliputi pengertian, penyebab, cara penularan, gejala awal, organ yang diserang, musim mewabahnya, cara pencegahan hepatitis A dan sebagainya. Indikator ini merupakan bagian dari indikator yang digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan seperti yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003a). Sedangkan tingkat pengetahuan yang diukur adalah pengetahuan pada tingkat tahu, yaitu dalam kategori tinggi, sedang atau rendah.

Perbedaan pengetahuan responden dalam penelitian ini adalah pada mahasiswa ilmu non kesehatan yang kurang tahu dalam hal pengertian, penyebab, organ yang diserang, dan cara pemeriksaan tesnya. Mereka juga

kurang paham tentang alur perjalanan virus hepatitis A. Contohnya responden dari mahasiswa ilmu non kesehatan rata-rata menjawab tidak tahu bahwa Kotoran manusia yang mengandung virus hepatitis A dapat langsung mengkontaminasi makanan, minuman, juga air, tanah dan serangga (lalat, kecoa) bagi tubuh kita sendiri dan menjadi penyebab penyakit bagi orang lain. Sedangkan untuk mahasiswa ilmu kesehatan, mereka rata-rata sudah mengetahuinya.

Perbedaan tingkat pengetahuan tentang hepatitis A antara mahasiswa ilmu kesehatan dan non kesehatan Universitas Jember dapat diketahui dengan melakukan uji *Man Whitney Test*. Hasil uji angka menunjukkan probabilitas yaitu sebesar 0,001. Angka tersebut menunjukkan $p < \alpha$ ($0,001 < 0,05$) sehingga H_0 ditolak yang dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara tingkat pengetahuan mahasiswa ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember tentang hepatitis A, yaitu untuk mahasiswa ilmu kesehatan yang tingkat pengetahuannya tinggi jumlahnya lebih dominan yaitu 43 responden (91,5 %) dan yang tingkat pengetahuannya sedang hanya 4 responden (8,5 %). Hal ini dikarenakan pada mahasiswa ilmu kesehatan pengetahuan tentang hepatitis A dapat diperoleh dari materi dalam perkuliahan, buku-buku tentang hepatitis A maupun informasi yang berasal dari lingkungannya sehingga kelengkapan dan ketepatan pengetahuan tentang hepatitis A lebih mudah diperoleh. Jadi, pengetahuan tentang Hepatitis A didukung oleh adanya pendidikan kesehatan terutama tentang hepatitis A, dimana mahasiswa ilmu kesehatan memperoleh lebih banyak daripada mahasiswa non kesehatan. Sesuai dengan pendapat Suliha *et al* (2002) bahwa pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan individu didukung oleh adanya pendidikan kesehatan. Menurut Tafal (dalam Auliana 2006) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan sebagai sekumpulan pengalaman yang mendukung kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan individu, masyarakat dan ras.

Sedangkan pada mahasiswa ilmu non kesehatan terdapat 26 responden (55,3 %) yang tingkat pengetahuannya tinggi, hal ini disebabkan telah banyak informasi tentang hepatitis A yang dapat diakses dari sumber manapun, baik itu dari media elektronik, media cetak, buku, maupun kerabat (Notoatmodjo, 2003a). Namun masih ada 19 responden (40,4 %) mahasiswa ilmu non kesehatan yang tingkat pengetahuannya sedang dan 2 responden (4,3 %) yang tingkat pengetahuannya rendah tentang hepatitis A. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai macam hal, antara lain karena latar belakang pendidikan ilmu di fakultas mereka yang memang tidak berbasis kesehatan juga karena kurangnya kemauan atau motivasi untuk mencari informasi pengetahuan tentang hepatitis A, faktor lingkungan yang mempengaruhi individu untuk bersikap acuh terhadap perolehan informasi tentang hepatitis A, ketiadaan fasilitas atau sarana dalam upaya mendapatkan informasi tentang hepatitis A serta dapat pula disebabkan oleh tidak adanya pengalaman yang memaksa responden untuk mengetahui lebih jauh tentang hepatitis A tersebut, sehingga mereka kurang memerhatikannya (Notoatmodjo, 2003a; Bagus, 1994).

4.3 Perbedaan Sikap Terhadap Hepatitis A antara Mahasiswa Angkatan 2004 Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap ini terkait dengan cara penularan dan cara pencegahan hepatitis A. Sikap tentang hepatitis A dikelompokkan dalam kategori tinggi, sedang dan rendah. Tingkat pengetahuan tentang hepatitis A sebagian besar mahasiswa yang menjadi responden dalam penelitian ini baik mahasiswa ilmu kesehatan maupun non kesehatan adalah tinggi, tetapi untuk jumlahnya lebih banyak mahasiswa kesehatan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam tabel 4.3

Tabel 4.3 Distribusi Sikap Terhadap Hepatitis A Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember

Sikap	Mahasiswa Ilmu Kesehatan		Mahasiswa Ilmu Non Kesehatan	
	n	%	n	%
Tinggi	46	97,9	32	68,1
Sedang	1	2,1	15	31,9
Rendah	-	-	-	-
Jumlah	47	100	47	100

Sumber: Data Primer Terolah

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa sikap tentang hepatitis A responden baik mahasiswa ilmu kesehatan maupun non kesehatan adalah tinggi. Allaport dalam Notoatmodjo (2003a), menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok yaitu kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek dan kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Komponen pokok sikap ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting yang tercermin dalam sikap yang ditunjukkan oleh 94 responden mahasiswa Universitas Jember. Pada mahasiswa ilmu kesehatan yang sikapnya tinggi terhadap hepatitis A adalah sebanyak 46 responden (97,9 %), sedangkan yang mempunyai sikap sedang hanya 1 responden (2,1 %) dan tidak ada satupun responden yang mempunyai sikap rendah terhadap hepatitis A. Sedangkan untuk mahasiswa ilmu non kesehatan, 32 responden (68,1 %) tergolong dalam kategori sikap yang tinggi terhadap hepatitis A, 15 responden (31,9 %) tergolong dalam kategori sikap sedang dan tidak ada responden yang mempunyai sikap rendah. Jika dilihat dari nilai rata-rata, sikap mahasiswa ilmu kesehatan terhadap Hepatitis A mempunyai nilai rata-rata sebesar 13,9 dari nilai tertinggi 16 dan nilai terendah 0, dan untuk mahasiswa ilmu non kesehatan mempunyai nilai rata-rata sebesar 11,9.

Perbedaan sikap responden dalam penelitian ini terletak pada mahasiswa ilmu non kesehatan yang rata-rata menganggap tidak setuju ataupun ragu-ragu hal-hal yang menurut teori adalah benar. Contohnya responden dari mahasiswa ilmu non kesehatan rata-rata menjawab ragu-ragu bahwa Virus hepatitis A sangat stabil dan tidak rusak dengan perebusan dalam waktu singkat dan beranggapan tidak setuju bahwa menggunakan alat makan bersama seperti piring, sendok dan gelas dengan penderita hepatitis A dapat menularkan virus hepatitis A dengan perantara air ludah.

Menurut Notoatmodjo (2003a), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu.

Perbedaan sikap tentang hepatitis A antara mahasiswa ilmu kesehatan dan non kesehatan Universitas Jember dapat diketahui dengan melakukan uji *Man Whitney Test*. Hasil uji angka menunjukkan probabilitas yaitu sebesar 0,001. Angka tersebut menunjukkan $p < \alpha$ ($0,001 < 0,05$) sehingga H_0 ditolak yang dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara sikap mahasiswa ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember tentang hepatitis A, yaitu untuk mahasiswa ilmu kesehatan hampir keseluruhan mempunyai sikap yang tinggi terhadap hepatitis A yaitu 46 responden (97,9 %), hanya ada 1 responden (2,1 %) yang tingkat pengetahuannya sedang dan tidak ada satupun responden yang mempunyai sikap rendah terhadap hepatitis A. Hal ini dikarenakan pada mahasiswa ilmu kesehatan tentu saja karena dilatar belakangi oleh pengetahuan yang tinggi tentang hepatitis A. Dalam hal ini sesuai dengan penelitian Rogers yang menyatakan bahwa dalam suatu proses

pengadopsian perilaku baru diperlukan *awareness* (kesadaran), dimana mahasiswa telah menyadari tentang cara penularan dan cara pencegahan hepatitis A yang sebelumnya mahasiswa ilmu kesehatan telah memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang hepatitis A, namun untuk mendukung sikap menjadi tindakan selain diperlukan faktor pendukung seperti fasilitas, pihak penguat perilaku dari luar juga sangat penting perannya. Sikap juga seharusnya dapat mempengaruhi tindakan seseorang karena merupakan tahap pertama dalam pembentukan tindakan, yaitu mempersepsikan suatu rangsangan, dimana diharapkan seseorang dapat mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil (Notoatmodjo, 2003a).

Untuk mahasiswa ilmu non kesehatan terdapat 32 responden (68,1 %) tergolong dalam kategori sikap yang tinggi terhadap hepatitis A dan 15 responden (31,9 %) tergolong dalam kategori sikap sedang. Jika dilihat sekilas, akan terkesan bahwa mahasiswa ilmu kesehatan dan non kesehatan sama-sama mayoritas mempunyai sikap yang tinggi terhadap hepatitis A, namun jika diperhatikan lebih jauh akan terlihat bahwa meskipun mahasiswa ilmu non kesehatan mempunyai sikap tinggi terhadap hepatitis A akan tetapi nilai skor rata-ratanya hanya 11,9 masih dibawah nilai rata-rata mahasiswa ilmu kesehatan yaitu 13,9 dan dari mahasiswa ilmu non kesehatan tidak ditemukan satupun yang mempunyai total skor maksimum yakni 16 (lampiran 4). sikap yang tinggi terhadap hepatitis A mahasiswa ilmu non kesehatan disini bisa dikarenakan oleh faktor lingkungan yang sangat memberi pengaruh kepada individu dan dapat pula berupa adanya kehidupan emosional yang dapat berpengaruh terhadap individu. Sesuai dengan pendapat Niven (2002) Sikap merupakan pilihan antara setuju atau tidak setuju yang mempengaruhi cara penularan dan cara pencegahan hepatitis A, namun pada akhirnya perilaku tersebut masih banyak dipengaruhi oleh komponen-komponen lain yang menjadi pertimbangan individu. Sikap sendiri terbentuk oleh 3 (tiga) komponen yaitu afektif, kognitif dan perilaku. Afektif berhubungan dengan perasaan atau

emosi tentang seseorang atau sesuatu, kognitif mengandung pemikiran atau kepercayaan tentang seseorang atau obyek tertentu dan perilaku terbentuk dari tingkah laku orang lain.

Newcomb, seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2003a).

Umumnya sikap responden yang sebagian besar dalam kategori tinggi bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pengalaman yang diperoleh mereka baik dari pengalaman pribadi maupun orang lain dan kebudayaan serta adanya orang yang dianggap penting (orang yang disegani atau tokoh panutan) di lingkungan tempat tinggal mereka sehingga sikap yang dimiliki cenderung baik dan positif. Hasil tersebut sesuai dengan teori Azwar (2003) yang menyatakan bahwa sikap seseorang bisa dipengaruhi oleh faktor pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan keagamaan serta faktor emosi dalam diri individu. Namun meskipun sebagian besar responden menunjukkan sikap yang cukup mendukung tentang hepatitis A, namun sikap tersebut belum menjamin responden untuk berperilaku positif karena sikap tersebut masih merupakan reaksi tertutup.

4.4 Perbedaan Tindakan Pencegahan tentang Hepatitis A antara Mahasiswa Angkatan 2004 Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember

Tindakan pencegahan terhadap hepatitis A dikelompokkan dalam kategori tinggi, sedang dan rendah. Tindakan pencegahan terhadap hepatitis A sebagian besar mahasiswa Universitas Jember baik itu dari mahasiswa ilmu

kesehatan maupun non kesehatan adalah tinggi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam tabel 4.4 berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Tindakan Pencegahan terhadap Hepatitis A Mahasiswa Ilmu Kesehatan dan Non Kesehatan Universitas Jember

Tindakan Pencegahan	Mahasiswa Ilmu Kesehatan		Mahasiswa Ilmu Non Kesehatan	
	n	%	n	%
Tinggi	28	59,6	28	59,6
Sedang	18	38,3	13	27,6
Rendah	1	2,1	6	12,8
Jumlah	47	100	47	100

Sumber: Data Primer Terolah

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa tindakan pencegahan terhadap hepatitis A rata-rata mahasiswa Universitas Jember adalah tinggi. Untuk mahasiswa ilmu kesehatan yang tindakan pencegahannya tinggi jumlahnya 28 responden (59,6 %), yang tindakan pencegahannya sedang berjumlah 18 responden (38,3 %) dan yang tindakan pencegahannya rendah hanya 1 responden (2,1 %). Hal ini hampir sama dengan tindakan pencegahan mahasiswa ilmu non kesehatan. Untuk mahasiswa ilmu non kesehatan yang tindakan pencegahannya tinggi jumlahnya 28 responden (59,6 %), yang tindakan pencegahannya sedang berjumlah 13 responden (27,6 %) dan yang tindakan pencegahannya rendah hanya 6 responden (12,8 %). Jika dilihat dari nilai rata-ratanya, tindakan pencegahan terhadap hepatitis A mahasiswa ilmu kesehatan sebesar 11,3 dan untuk mahasiswa ilmu non kesehatan sebesar 10,5 dari nilai tertinggi 16 dan nilai terendah 0.

Seperti yang telah diterangkan sebelumnya, mahasiswa ilmu kesehatan secara keseluruhan memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi. Berdasarkan tingkat pengetahuan yang tinggi itu pula mahasiswa ilmu kesehatan mampu berfikir dan mempunyai sikap yang tinggi terhadap segala sesuatu tentang hepatitis A. Idealnya mahasiswa ilmu kesehatan dengan tingkat pengetahuan dan sikap yang tinggi, maka seharusnya akan lebih banyak melakukan tindakan

yang positif (menghindari sumber penularan) daripada tindakan negatif (cucuk dan mendekati sumber-sumber penularan). Sehingga diharapkan mahasiswa ilmu kesehatan melakukan tindakan pencegahan yang lebih tinggi daripada mahasiswa ilmu non kesehatan yang telah diterangkan mempunyai tingkat pengetahuan dan sikap yang lebih rendah dari mahasiswa ilmu kesehatan.

Secara teori, pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang dan perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap-tahap, yakni melalui proses perubahan: pengetahuan (*knowledge*) ----- sikap (*attitude*) ----- praktek (*practice*) atau “KAP” (PSP). Beberapa penelitian lainnya membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu seperti teori di atas (K—A—P), bahkan di dalam praktek sehari-hari terjadi sebaliknya (Notoatmodjo, 2003a).

Berdasarkan hasil analisis uji *Mann Whitney Test* menunjukkan probabilitas yaitu sebesar 0,610. Angka tersebut menunjukkan $p > \alpha$ ($0,610 > 0,05$) sehingga H_0 diterima yang dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara tindakan pencegahan mahasiswa ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember tentang hepatitis A. Hal ini membuktikan bahwa perbedaan pendidikan antara mahasiswa ilmu-ilmu kesehatan dan non kesehatan tidak mempengaruhi perilaku pencegahan hepatitis A, meskipun dalam hal tingkat pengetahuan dan sikap berbeda.

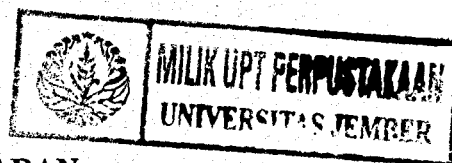
Ada banyak faktor lain yang mempengaruhi perilaku seseorang sehingga membuat hasil penelitian ini tidak signifikan atau bermakna seperti adanya faktor eksternal seperti faktor lingkungan baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2003a).

Penelitian ini didukung oleh Pona (1998) dalam Nafikadini (2006) bahwa pengetahuan yang dimiliki seseorang tidak selalu menjadi dasar praktek, dalam hal ini pengetahuan yang kurang tidak selalu menyebabkan seseorang

berperilaku tidak baik. Nafikadini (2006) juga menyimpulkan bahwa tidak adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan praktek yang dijalankan sehari-hari.

Begitu juga dengan sikap, tidak semua sikap dengan pemikiran positif terhadap suatu obyek maka akan dinyatakan dalam bentuk reaksi perilaku yang sesuai. Menurut Azwar (2003) sikap dan perilaku merupakan dua dimensi dalam diri individu yang berdiri sendiri, terpisah dan berbeda. Mengetahui sikap tidak berarti dapat memprediksi perilaku. Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa tidak semua sikap yang baik maka prakteknya juga baik.

Hal yang sama juga ditunjukkan oleh penelitian Dedi (1996), Inantha (1997), Supramu (2000), Rochim (2001) dan Hartati (2003) dalam Kurniawan (2006) yang menyimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dan praktek. Menurut Festinger (1946) dalam Severin dan Tankard (2005) satu alasan mengapa perubahan sikap mungkin tidak secara otomatis diikuti perubahan perilaku adalah bahwa faktor-faktor lingkungan yang menghasilkan sikap asli biasanya akan tetap berlaku setelah sikap berubah. Lingkungan disini terutama lingkungan sosial. Menurut Purwanto (2003) lingkungan sosial yang memberikan pengaruh terhadap sikap meliputi pengaruh langsung yaitu keluarga dan teman, sedangkan pengaruh tidak langsung yaitu radio, televisi, buku, majalah, surat kabar, dan sebagainya. Sehingga dalam penelitian ini meskipun mahasiswa ilmu kesehatan mempunyai pengetahuan dan sikap yang lebih tinggi daripada mahasiswa ilmu non kesehatan, akan tetapi dalam hal tindakan pencegahan mereka tidak ada perbedaan yang bermakna.



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari hasil dan pembahasan pada bab sebelumnya, dapat diambil kesimpulan antara lain :

1. Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan yang bermakna tentang hepatitis A antara mahasiswa angkatan 2004 ilmu-ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember.
2. Terdapat perbedaan sikap yang bermakna terhadap hepatitis A antara mahasiswa angkatan 2004 ilmu-ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember.
3. Tidak ada perbedaan tindakan pencegahan yang bermakna terhadap hepatitis A antara mahasiswa angkatan 2004 ilmu-ilmu kesehatan dan non kesehatan di Universitas Jember.

5.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan pada penelitian ini adalah:

1. Perlunya peningkatan pengetahuan dan sikap yang menyeluruh terhadap hepatitis A bagi mahasiswa Universitas Jember terutama mahasiswa ilmu non kesehatan dengan memberikan fasilitas atau sarana untuk mendapatkan informasi tentang hepatitis A seperti; booklet, majalah, selebaran, dan sebagainya.
2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor lain terbentuknya suatu tindakan pencegahan hepatitis A selain faktor pengetahuan dan sikap seperti; faktor fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik bagi mahasiswa Universitas Jember.
3. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai upaya tindakan preventif terhadap penularan hepatitis A melalui teknik observasi pada responden.