

Bab 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Flu Burung (Avian Influenza)

Virus Avian Influenza (AI) di Indonesia sering disebut dengan virus flu burung. Virus AI pertama kali dideskripsikan sebagai virus fowl palque dan pertama dilaporkan oleh Perroncito di Italia pada tahun 1978, yang selanjutnya virus ini menyebar dengan cepat sampai di Inggris, Rusia, Afrika, Timur Tengah, Amerika Serikat serta Amerika Utara (Deptan RI,2005)

Di Indonesia virus AI pertama kali ditemukan pada bulan Agustus tahun 2003 di Kabupaten Pekalongan, Propinsi Jawa Tengah dan Kabupaten Tangerang Propinsi Banten. Penemuan virus ini selanjutnya di umumkan melalui media massa oleh pemerintahan melalui Menteri Pertanian pada tanggal 25 Januari 2004. Bulan Juni 2005 di Kabupaten Tangerang telah terjadi kasus Flu Burung pada Manusia dengan jumlah penderita 3 orang meninggal dalam satu keluarga. (DEPKES RI,2006)

Menurut data Dirjen P2PL Depkes RI, hingga 23 Mei 2007 tercatat 97 kasus dan 77 diantaranya meninggal. Bulan Juli 2008 telah dilaporkan 136 kasus konfirmasi dengan 111 meninggal (CFR=81,6%) di 12 provinsi mencakup 47 Kabupaten/Kota. Hingga bulan April 2009 Komite Nasional Pengendalian Flu Burung dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza (KOMNAS FBPI) melaporkan kasus real Flu Burung di Indonesia adalah 152 kasus *suspect* dan 126 diantaranya meninggal dunia (CFR=82,8%).

2.1.1 Definisi dan Karakteristik Etiologi

Flu burung atau *Avian Influenza* penyakit ini disebabkan oleh virus Influenza Tipe A. Virus penyebab influenza tergolong famili *Orthomyxoviridae* terdiri atas tiga tipe antigen yang berbeda yaitu A (pada unggas, babi, kuda, dan mamalia lain), virus Tipe B dan C (pada manusia) (www.cdc.gov). Hanya influenza A yang dapat diklasifikasikan ke dalam subtipe berdasarkan glycoprotein Hemagglutinannya (HA) dan Neurominidase (NA). Virus Influenza tipe A terdiri atas beberapa strain, yaitu ;

Universitas Indonesia

H1N1, H3N2, H5N1, H7N7, H9N2 dan lain-lain. Misalnya, H5N1 artinya pada virus tersebut terdiri dari 5 protein HA dan 1 protein NA (Aditama.2006)

Virus Avian Influenza Tipe A diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu *low pathogenic* (LPAI) atau *highly pathogenic* (HPAI) berdasarkan molekul genetik dan kriteria patogenesisnya. Hampir semua virus Avian Influenza A adalah virus yang patogenitasnya rendah (LPAI) yang dihubungkan dengan penyakit yang ringan pada unggas. Sebaliknya, HPAI menyebabkan penyakit yang parah dan tingkat kematian yang cukup tinggi. Virus Avian Influenza termasuk dalam HPAI adalah H5N1, H7N7, dan H7N3 (www.cdc.gov).

Virus ini akan mati dengan deterjen, disinfektan seperti formalin dan cairan mengandung iodine yang dipanaskan. Virus dapat tetap hidup di air pada suhu 22°C selama 4 hari. Pada suhu 0°C bahkan sampai lebih dari 30 hari. Inilah yang menyebabkan wabah flu burung banyak merebak di musim dingin atau musim hujan yang udaranya relatif lebih dingin. Sementara itu, pada bahan organik, virus akan hidup lebih lama begitu juga dalam tinja unggas dan dalam tubuh unggas sakit (Aditama.2006)

2.1.2 Masa Inkubasi dan Cara Penularan

Masa Inkubasi rata-rata 3 hari (1-7 hari). Masa penularan pada manusia adalah 1 hari sebelum dan 3-5 hari setelah gejala timbul. Pada anak, masa penularannya dapat mencapai 21 hari (Direktorat PPBB.2006)

Satu gram kotoran unggas yang terinfeksi dapat menginfeksi jutaan burung atau unggas lainnya. Penularan antar peternakan dapat terjadi melalui burung liar atau virus menumpang material kotoran unggas terbawa angin, atau melalui penggunaan sumber air minum yang sama. Penularan Avian Influenza juga dapat terjadi antarnegara melalui migrasi burung terinfeksi, seperti burung *water fowl* dan *wild duck* (Fahmi,2005)

Varian yang mampu menyerang manusia ini diduga berbeda dengan Flu Burung yang menyerang unggas. Cara yang digunakan oleh virus influenza, termasuk Flu Burung untuk menciptakan varian baru yang lebih berbahaya bagi manusia yaitu melalui mutasi maupun rekombinasi genetik (*genetic reassortment*). Rekombinasi genetik terjadi bila orang-orang terinfeksi virus influenza Flu Burung

dan virus influenza manusia bersamaan. Semakin tinggi kesempatan virus menginfeksi manusia kemungkinan terjadinya rekombinasi di dalam tubuh manusia akan semakin tinggi. Keadaan tersebut sekaligus sinyal dimulainya periode baru yaitu pandemi global Flu Burung. Potensi pandemi inilah yang menyebabkan Flu Burung menjadi perhatian seluruh dunia. (Santoso.2006)

Penularan penyakit *Avian Influenza* (AI) kepada manusia dapat melalui 4 cara, yaitu: unggas, lingkungan, manusia, dan produk unggas. Kontak langsung dengan unggas yang sakit/terinfeksi dapat menyebabkan seseorang tertular AI. Penularan melalui lingkungan maksudnya udara atau peralatan yang tercemar virus tersebut baik yang berasal dari tinja atau sekret unggas yang terserang virus AI. Lalu, potensi penularan lainnya melalui produk unggas yang tidak dimasak dengan sempurna (Direktorat PPBB.2006).

2.1.3 Tanda / Gejala

2.1.3.1 Gejala Flu Burung yang Umum pada Unggas (KOMNAS FBPI,2007)

Pada binatang khususnya jenis unggas penyakit ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Unggas mati mendadak dalam jumlah besar dengan atau tanpa klinis
2. Lemas (tidak berenergi) dan kehilangan selera
3. Jengger bengkak berwarna biru atau berdarah, bulu-bulu berguguran
4. Kepala tertunduk menyatu dengan badan
5. Pembengkakan pada kelopak mata dan kaki.
6. Kulit telur lunak dan berubah bentuk
7. Diare dan muncul bintik-bintik merah pada daerah kaki
8. Penurunan jumlah telur yang dihasilkan
9. Gelisah

2.1.3.2 Tanda-tanda pada Manusia

Gejala pada manusia yang tertular flu burung pada dasarnya sama dengan flu pada umumnya, hanya saja berpotensi menjadi berat dan fatal. Adapun Gejala yang ada sebagai berikut:

1. Mendadak mengalami demam tinggi dan berkelanjutan hingga diatas 38°C yang disertai Batuk
2. Mengalami sesak nafas
3. Sakit tenggorokan
4. Sakit kepala
5. Nyeri di persendian lengan, kaki, dan punggung
6. Infeksi selaput mata (kongjungtivitis)

Keadaan seperti ini terjadi karena infeksi flu kemudian menyebar ke paru menimbulkan pneumonia. Namun, tidak semua gejala flu burung diatas akan muncul dan apabila muncul belum tentu terinfeksi flu burung. Penyakit ini dapat berkembang dengan cepat dan menimbulkan permasalahan pada pernafasan hingga akhirnya menurunkan kondisi tubuh. Perawatan yang terlambat akan mengakibatkan pasien meninggal (KOMNAS FBPI,2007)

2.1.4 Klasifikasi Kasus

Berikut merupakan klasifikasi kasus Flu Burung (*Avian Influenza*) pada binatang dan manusia

2.1.4.1 Kasus Pada Binatang

Berdasarkan Deptan RI (2005) untuk kepentingan pelaksanaan program, maka kasus pada binatang dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Kasus Positif di Daerah Baru

Kasus yang dapat dinyatakan positif pada daerah baru terbagi dalam 2 kriteria:

1. Berdasarkan klinis, patologi-anatomis, histopatologis mencari AI, secara serologik positif AI, serta didukung dengan isolasi dan identifikasi virus AI.
2. Secara klinis tidak mencari AI tetapi secara serologi dan virologi positif AI, dan dilanjutkan dengan uji *Intravenous Pathogenecity Index* (IVPI). Apabila indeks IVPI $\geq 1, 2$, maka digolongkan dalam HPAI, apabila IVPI kurang dari 1, 2 digolongkan dalam LPAI.

b. Kasus Positif di Daerah Tertular

Kasus dapat dinyatakan positif berdasarkan tanda klinis, patologi-anatomis, histopatologis menciri AI, secara serologik positif AI.

c. Kasus Negatif

Kasus dapat dinyatakan negatif AI berdasarkan tanda klinis, patologi-anatomi tidak menciri AI, serta secara serologi negatif AI.

d. Tersangka

Kejadian penyakit yang terjadi di daerah bebas AI dimana secara klinis, perubahan patologi anatomi, histopatologis menciri AI, serta didukung sifat epidemiologinya juga secara serologi positif AI, tetapi isolasi virus negatif AI.

e. Konfirmasi Positif

Kasus tersangka yang didukung oleh hasil isolasi/identifikasi virus.

2.1.5 Klasifikasi Kasus Flu Burung pada Manusia

Berdasarkan rujukan dari Depkes RI, kasus AI pada manusia diklasifikasikan menjadi 3 yaitu

1. **Kasus Suspek**

Kasus suspek adalah seseorang yang menderita ISPA dengan gejala demam ($\text{temp} \geq 38^{\circ}\text{C}$), batuk dan atau sakit tenggorokan dan atau ber-ingus serta dengan salah satu keadaan;

- seminggu terakhir mengunjungi peternakan yang sedang berjangkit KLB AI
- kontak dengan kasus konfirmasi AI dalam masa penularan
- bekerja pada suatu laboratorium yang sedang memproses spesimen manusia atau binatang yang dicurigai menderita AI.

2. **Kasus Probable**

Kasus *probable* adalah kasus suspek yang disertai salah satu keadaan;

- bukti laboratorium terbatas yang mengarah kepada virus influenza A (H5N1), misal : Test HI yang menggunakan antigen H5N1
- dalam waktu singkat berlanjut menjadi pneumoni atau gagal pernafasan/meninggal

- terbukti tidak terdapat penyebab lain

3. **Kasus Konfirmasi**

Kasus konfirmasi adalah kasus suspek atau *probable* didukung oleh salah satu hasil pemeriksaan laboratorium;

- Kultur virus influenza H5N1 positip
- PCR influenza (H5) positip
- Peningkatan titer antibodi H5 sebesar 4 kali

2.1.6 **Cara Penanggulangan dan Pencegahan**

Berdasarkan data kasus AI pada manusia di Indonesia sampai saat ini belum ditemukan satupun kasus yang berasal dari usaha peternakan unggas. Seluruh kasus berasal dari masyarakat yang pada umumnya terpapar dengan peternakan tradisional, yang dalam klasifikasi jenis peternakan unggas termasuk kedalam sektor 3 dan sektor 4. Oleh karena itu dengan jumlah tenaga surveilans yang sangat terbatas, sedangkan faktor risiko khususnya jenis peternakan sektor 3 dan 4 ada di hampir seluruh lapisan masyarakat, maka diperlukan peran aktif dari seluruh masyarakat itu sendiri. Keikutsertaan masyarakat dalam pembangunan bidang kesehatan juga tertuang dalam prinsip dasar Sistem Kesehatan Nasional (SKN).

Prinsip dasar SKN adalah : (1) Perikemanusiaan, (2) Hak Asasi Manusia, (3) Adil dan Merata, (4) Pemberdayaan dan Kemandirian Masyarakat, (5) Kemitraan, (6) Pengutamaan dan Manfaat, (7) Tata pemerintahan yang baik. Pemberdayaan masyarakat yang menjadi salah satu prinsip dasar SKN, perlu mendapat prioritas dan perhatian secara serius dari semua pihak. (Depkes,2004).

Menurut Sumaryadi (2005) pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk mempersiapkan masyarakat agar berperan aktif dalam pembangunan yang dapat dilakukan bersamaan dengan upaya kelembagaan masyarakat agar mereka mampu mewujudkan kemajuan, kemandirian dan kesejahteraan dalam suasana keadilan sosial yang berkelanjutan. Melalui pemberdayaan masyarakat ini diharapkan peran aktif dari masyarakat tidak hanya terjadi pada situasi normal, namun diharapkan juga terjadi pada situasi khusus seperti saat terjadinya wabah atau kejadian luar biasa (KLB). Seperti diatur dalam UU No.4 tahun 1984 dimana upaya penanggulangan dilakukan dengan mengikutsertakan masyarakat secara aktif (UU No.4,1984)

Upaya pencegahan penularan dilakukan dengan cara menghindari bahan yang terkontaminasi tinja dan sekret unggas, dengan tindakan sebagai berikut :

1. Setiap orang yang berhubungan dengan bahan yang berasal dari saluran cerna unggas harus menggunakan pelindung (masker, kaca mata renang)
2. Bahan yang berasal dari saluran cerna unggas seperti tinja harus ditatalaksana dengan baik (ditanam/dibakar) agar tidak menjadi sumber penularan bagi orang sekitarnya.
3. Kandang dan tinja tidak boleh dikeluarkan dari lokasi peternakan.
4. Membersihkan kandang secara rutin setiap hari
5. Membersihkan makanan unggas yang tercecer di lantai sehingga tidak mengundang burung-burung liar ke kandang
6. Menjauhkan kandang-kandang unggas dari tempat tinggal
7. Mengusahakan tidak menyentuh unggas mati atau bila terpaksa harus disentuh (ingin dibakar atau ditimbun) gunakan sarung tangan dan penutup mulut.
8. Menggunakan sarung tangan jika menggunakan pupuk kandang
9. Membersihkan ayam/unggas lain yang sudah dipotong dengan cara yang benar (menggunakan air mengalir, mencuci telur sebelum disimpan.)
10. Mengonsumsi daging ayam yang telah dimasak pada suhu 80°C selama 1 menit, sedangkan telur unggas perlu dipanaskan pada suhu 64°C selama 5 menit
11. Jangan membeli daging ayam yang memiliki warna daging gelap, terdapat tanda memar atau bintik-bintik pendarahan, ayam dengan harga lebih murah dari sewajarnya. Sedangkan untuk telur, pilihlah yang cangkangnya tidak retak atau terdapat kotoran atau bulu.
12. Jangan menggunakan tangan yang kotor untuk menyentuh hidung, mata atau mulut. Biasakan untuk selalu mencuci tangan, terutama setelah mengolah daging unggas.
13. Melaksanakan kebersihan lingkungan
14. Melakukan kebersihan diri

(Depkes RI,2004)

Universitas Indonesia

2.1.7 Upaya Pengobatan

Pengobatan kasus diberikan obat oseltamivir kepada semua kasus suspek *probable* maupun konfirmasi (Patu,2005)

Dosis pemberian Oseltamivir adalah :

- untuk usia > 13 tahun (BB > 40 Kg) : 2 x 75 mg
- untuk usia < 13 tahun : BB 15 Kg : 2 x 30 mg
BB 16-23 Kg : 2 x 45 mg
BB 24-40 Kg : 2 x 60 mg

Pengobatan diberikan selama 5 hari dan bila perlu diperpanjang sampai 10 hari.

Obat antivirus lain yang bisa digunakan adalah Zanamivir inhalasi oral dengan dosis 2 x 10 mg. Sampai sekarang belum ditemukan obat yang dapat menyembuhkan kasus positif Flu Burung. Obat yang ada sekarang hanya menekan /menahan cepatnya gejala yang semakin parah.

2.1.8 Program Promosi Kesehatan flu Burung

Program promosi kesehatan Flu Burung merupakan program pencegahan dan penanggulangan wabah flu burung serta kesiapsiagaan menghadapi pandemi influenza. Adapun salah satu rencana strategi nasional yang terkait dengan program promosi kesehatan adalah komunikasi, risiko, informasi dan edukasi masyarakat.

Pihak-pihak yang terlibat dalam program mulai dari tingkat pusat hingga daerah. Pada tingkat pusat yang berfungsi sebagai koordinator program adalah Komite Nasional Pengendalian Flu Burung (*Avian Influenza*) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza (Peraturan Presiden RI No.4 7 Tahun 2006). Komite ini mengkoordinasikan Departemen Kesehatan RI dan Departemen Peternakan RI. Sedangkan tingkat daerah, program dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan, Dinas Peternakan, Puskesmas, dsb. Pemerintah daerah juga berhak membentuk lembaga koordinator atau independen seperti Komisariat Daerah. (Depkominfo,2006)

2.1.9 Flu Burung, Persepsi dan Sikap Masyarakat

Seorang peneliti dari Badan Litbangkes melakukan sebuah studi potong lintang (sampel 150 orang) tentang situasi lingkungan dan perilaku yang

berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa (KLB) Flu Burung di Kabupaten dan Kota Tangerang. Hasilnya menunjukkan bahwa secara umum masyarakat sudah terpapar mengenai flu burung, tetapi dalam sikap dan praktek kesehariannya mereka masih belum menunjukkan kepeduliannya pada penyakit Flu Burung ini. Di daerah kasus sebagian masyarakat mengatakan bahwa Flu Burung adalah penyakit yang membahayakan dan mengakibatkan kematian. Sebesar 72,7 % responden bersikap setuju dengan pendapat yang mengatakan bahwa flu burung dapat menular, dan setuju jika penderita Flu burung harus diisolasi (58%). Mengenai adanya pendapat tentang ternak yang terkena Flu Burung harus dimusnakan, sebagian besar (96%) responden bersikap setuju. Mereka dapat mengatakan hal seperti di atas karena pernah mendapatkan informasi mengenai Flu Burung dari petugas kesehatan.

Pengetahuan Flu Burung lainnya yang dituangkan dalam studi ini yaitu pengetahuan tata laksana unggas yang mati mendadak, penyebab, gejala, serta tata cara penularan Flu Burung pada manusia dan hewan. Sebagian besar masyarakat kurang mengetahui tata laksana kasus unggas mati mendadak yang harus dikubur dan cara penularan Flu Burung pada manusia dan hewan. Ketidaktahuan mereka tentang cara penularan Flu Burung terlihat dalam sikap keseharian mereka dalam menangani kebersihan kandang unggas. Di lain pihak, pengetahuan mengenai penyebab dan gejala Flu Burung sudah banyak diketahui oleh masyarakat. Hal ini terlihat dari sikap masyarakat jika ada anggota keluarganya sakit panas disertai batuk sedikit sudah langsung dibawa ke Puskesmas.

Pengetahuan lainnya terkait dengan pencegahan Flu Burung adalah tentang masalah lingkungan serta pemukiman yang sehat bagi warga setempat. Pengetahuan ini masih kurang, terlihat dari sikap mereka dalam menangani kebersihan kandang ternak hanya menggunakan sapu dan tidak menyiram atau menggunakan antihama/desinfektan. Selain itu kebiasaan cuci tangan setelah membersihkan kandang juga belum membudaya. Sikap menjaga kebersihan diri dan sanitasi lingkungan erat kaitannya dengan ketersediaan peralatan/fasilitas hidup bersih dan sehat. (Rachmalina dalam Utami 2007)

2.2. Pengetahuan (knowledge)

Menurut Poedjawijatna (1991), orang yang tahu disebut mempunyai pengetahuan. Jadi pengetahuan tidak lain adalah hasil dari tahu. Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*).

Pengetahuan yang mencakup di dalam domain kognitif ada enam tingkatan, yaitu :

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi ini dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus, metoda, prinsip dalam konteks situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitan antara yang satu dengan yang lain.

5. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Universitas Indonesia

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diketahui dari si obyek penelitian atau responden.

(Notoatmodjo,dkk.2005)

2.2.1 Pengetahuan Tentang Kesehatan

Pengetahuan tentang kesehatan adalah mencakup apa yang telah diketahui seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan. Pengetahuan tentang cara-cara memelihara kesehatan ini meliputi:

- a. pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit dan tanda-tandanya atau gejalanya, penyebabnya, cara penularannya, cara pencegahannya, cara mengatasinya atau menanganinya sementara.
- b. Pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan
- c. Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun yang tradisional
- d. Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun kecelakaan lalu lintas, dan tempat-tempat umum.

Oleh sebab itu, untuk mengukur pengetahuan kesehatan seperti tersebut di atas adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket. Indikator pengetahuan kesehatan adalah tingginya pengetahuan responden tentang kesehatan, atau besarnya persentase kelompok responden atau masyarakat tentang variabel-variabel atau komponen-komponen kesehatan.

(Notoatmodjo,dkk.2005)

2.3 Sikap (Attitude)

Sikap (Attitude), pertama kali digunakan istilah tersebut oleh Hebert Spencer (1862) untuk menunjukkan status mental seseorang. Kesadaran seseorang akan apa yang telah diperbuat yang mendasari situasi yang berkaitan dengan perbuatan itu. Kesadaran individu yang menentukan perbuatan nyata dan perbuatan-perbuatan yang mungkin terjadi, disebut sikap.

Universitas Indonesia

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Pernyataan Cardno (1995) seperti yang dikutip Taqwa (2008) mengatakan sikap merupakan kecenderungan untuk memberikan tanggapan terhadap objek sosial dalam interaksi dengan situasi, pedoman, perilaku secara nyata dan variabel kecenderungan lain, dari individu. Dari batasan-batasan di atas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dengan kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup. (Notoatmodjo, dkk. 2005)

2.3.1 Komponen Pokok Sikap

Menurut Allport (1954) yang dikutip oleh Ahmadi (1999) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu:

- a. Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek. Artinya, bagaimana keyakinan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek. Komponen ini sering disebut sebagai kognitif (gejala mengenal fikiran)
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek. Komponen ini sering disebut sebagai afektif.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tren to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah anjang-ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan). Komponen ini sering disebut sebagai konatif

2.3.2 Tingkatan Sikap

Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkatan berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut:

- a. Menerima (*receiving*)
Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek)
- b. Menanggapi (*responding*)
Menanggapi di sini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap suatu pertanyaan atau objek yang dihadapi.
- c. Menghargai (*valuing*)
Menghargai diartikan subjek, atau seseorang memberikan nilai positif terhadap objek atau stimulan, dalam arti, membahasnya dengan orang lain bahkan mengajak atau mempengaruhi menganjurkan orang lain merespons.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*)
Sikap yang paling tinggi tindakannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya dia harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain. (Notoatmodjo,2003)

2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap

Karmawati (2003) menuliskan dalam tesisnya ada 2 faktor yang mempengaruhi sikap yaitu faktor Intern dan faktor Ekstern.

1. Faktor Intern

Faktor yang terdapat dalam diri orang yang bersangkutan, seperti selektivitas. Kita tidak dapat menangkap seluruh rangsang dari luar melalui persepsi kita, oleh karena itu kita harus memilih rangsangan-rangsangan mana yang akan kita dekati dan mana yang harus dijauhi. Pilihan ini ditentukan oleh motif-motif dan kecenderungan dalam diri kita. Karena harus memilih inilah kita menyusun sikap positif terhadap satu hal dan membentuk sikap negatif terhadap hal lainnya.

2. Faktor Ekstern

Selain faktor-faktor yang terdapat dalam diri sendiri, maka pembentukan sikap ditentukan pula oleh faktor dari luar yaitu:

- a. Sifat obyek yang dijadikan sasaran sikap
- b. Kewajiban orang yang mengemukakan suatu sikap

- c. Sifat orang-orang atau kelompok yang mendukung sikap tersebut
- d. Media komunikasi yang digunakan dalam usaha-usaha menyampaikan sikap
- e. Situasi pada saat sikap itu dibentuk

Sikap dapat terbentuk dan berubah disebabkan karena adanya faktor penguat, insentif dan konflik, kuatnya suatu insentif, dan kognitif konsistensi.

2.4 Perilaku

Perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan sangat luas. Jadi dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Skinner seorang ahli psikologi seperti yang dikutip Notoadmodjo (2003), menyatakan bahwa perilaku merupakan respon terhadap stimulus yang diterima dari luar. Oleh karena ada stimulus tersebut, maka akan terjadi perilaku pada organisme tersebut yang merupakan respon. Sehingga teori ini dinamakan “S-O-R” atau “Stimulus-Organisme-Respon”. Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua :

1. Perilaku tertutup (covert behavior)

Seseorang dalam memberikan respon terhadap suatu stimulus masih tersembunyi atau tertutup (covert). Respon 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. Misalnya : seorang ibu hamil tahu pentingnya periksa kehamilan, seorang pemuda tahu bahwa HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seks, dan sebagainya.

2. Perilaku terbuka

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (practise), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Misal, seorang ibu memeriksakan kehamilannya atau membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi, penderita TB paru minum obat secara teratur.

Perilaku manusia itu didorong oleh motif tertentu sehingga manusia berperilaku. Dalam hal ini ada beberapa teori tentang perilaku (Machfoedsz dan Suryani, 2007) :

1. Teori Naluri (*Instinc Theory*)

Menurut McDougall perilaku itu disebabkan oleh naluri, dan McDougall mengajukan suatu daftar naluri. Naluri merupakan perilaku yang innate, perilaku yang bawan, dan naluri akan mengalami perubahan karena pengalaman. Pendapat McDougall ini mendapat tanggapan yang cukup tajam dari F. Allport yang menerbitkan buku Psikologi Sosial pada taun 1924, yang berpendapat bahwa perilaku manusia itu disebabkan oleh banyak faktor, termasuk orang-orang yang disekitarnya dengan perilakunya.

2. Teori Dorongan (*Drive Theory*)

Teori ini bertitik tolak pada pandangan bahwa organisme itu mempunyai dorongan-dorongan atau *drive* tertentu. Dorongan-dorongan ini berkaitan dengan kebutuhan-kebutuhan organisme yang mendorong organisme berperilaku. Bila organisme itu mempunyai kebutuhan, dan organisme ingin memenuhi kebutuhannya maka akan terjadi ketegangan dalam diri organisme itu. Bila organisme berperilaku dan dapat memenuhi kebutuhannya, maka akan terjadi pengurangan atau reduksi dari dorongan-dorongan tersebut. Oleh karena itu menurut Hull disebut juga teori *drive reduction*.

3. Teori Insentif (*Incentive Theory*)

Dengan insentif akan mendorong organisme berbuat atau berperilaku. Insentif atau disebut juga *reinforcement* ada yang positif dan negatif. *Reinforcement* positif adalah yang berkaitan dengan hadiah atau *award*, sedangkan *reinforcement* negatif adalah yang berkaitan dengan sanksi sehingga dapat menghambat organisme dalam berperilaku. Ini berarti bahwa perilaku timbul karena adanya insentif atau *reinforcement*.

4. Teori Atribusi

Teori ini menjelaskan tentang sebab-sebab perilaku orang. Apakah perilaku tersebut disebabkan oleh disposisi internal (misal motif, sikap, dsb) atautkah oleh keadaan eksternal. Teori ini dikemukakan oleh Fritz Heider dan teori ini

menyangkut lapangan psikologi sosial. Pada dasarnya perilaku manusia itu dapat atribusi internal, tetapi juga dapat atribusi eksternal.

2.4.1 Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku dari skiner pada pembahasan sebelumnya, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan (Notoatmodjo,2005). Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, yaitu :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)

Perilaku pemeliharaan kesehatan adalah tindakan atau usaha-usaha seseorang untuk menjaga serta meningkatkan kesehatannya agar terhindar dari penyakit.

Oleh sebab itu perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek:

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit
- b. Perilaku peningkatan kesehatan apabila seseorang dalam keadaan sehat
- c. Perilaku gizi (makanan) dan minuman.

2. Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*)

Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan keluar negeri.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Perilaku kesehatan lingkungan adalah bagaimana seseorang (organisme) merespons lingkungan terhadap stimulus yang diterima, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dapat disimpulkan bahwa perilaku kesehatan lingkungan adalah upaya-upaya yang dilakukan seseorang dalam mengelola lingkungannya sehingga tidak menyebabkan sakit baik bagi dirinya sendiri ataupun anggota keluarga yang lain serta masyarakat sekitar. Misalnya, bagaimana mengelola pembuangan tinja, air minum, tempat pembuangan sampah, pembuangan limbah dan sebagainya.

2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi dan Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku

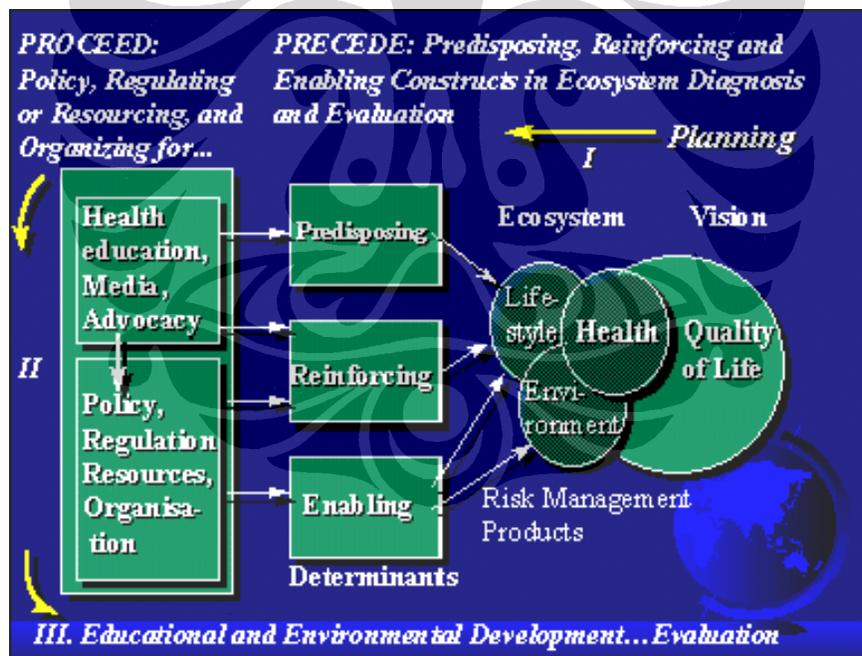
Studi pengetahuan dan sikap selalu terkait dengan konsep determinan perilaku. Keduanya dianggap sebagai faktor-faktor yang menentukan atau membentuk perilaku (determinan). Perilaku merupakan hasil antara stimulus (faktor eksternal) dengan respons (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku tersebut, pengetahuan dan sikap termasuk dalam faktor internal. (Notoatmodjo, dkk. 2005)

Berangkat dari analisis penyebab masalah kesehatan, Green membedakan adanya dua determinan masalah kesehatan yakni faktor perilaku dan faktor non perilaku. Faktor perilaku sendiri menurut Green, terbagi lagi menjadi faktor *predisposisi*/pemudah (pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, dll), faktor *enabling*/pemungkin (sarana atau prasarana atau fasilitas yang terkait dengan kesehatan, dll), dan faktor *reinforcing*/penguat (peran petugas kesehatan, peran tokoh masyarakat). Kerangka kerja tersebut mempunyai langkah-langkah berikut :

GAMBAR 1

Perilaku dan Gaya Hidup dalam Kerangka Kerja PRECEDE-PROCEED

PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*)



PROCEED (*Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Ducationl and Environmental Development*)

Kerangka PRECEDE merupakan telaah kerangka dari kanan ke kiri mulai dari diagnosa sosial sampai dengan diagnosa administrasi dan kebijakan. Kerangka PROCEED merupakan telaah dari kiri ke kanan untuk melaksanakan upaya sebagaimana disebutkan diatas sampai dengan melakukan evaluasi terhadap hasil dari upaya pelaksanaan tersebut.

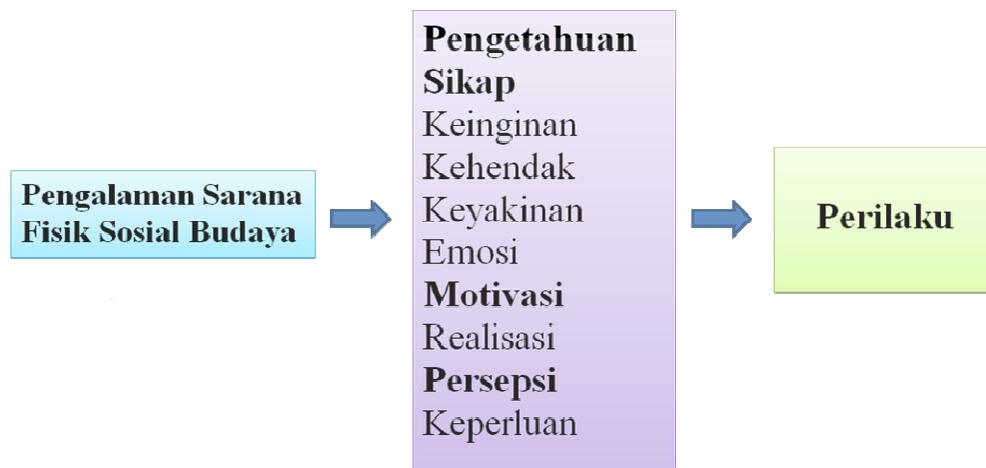
Pemahaman hidup sehat merupakan kecenderungan untuk berperilaku sehat yang dapat dirumuskan sebagai hal-hal yang berkaitan dengan tindakan seseorang dalam memelihara serta untuk meningkatkan kebersihan perseorangan dalam memelihara serta untuk meningkatkan kebersihan perseorangan. Kebersihan perseorangan bertujuan agar terpelihara kesehatan diri sendiri dan mencegah timbulnya penyakit.

Teori Snehandu B. Karr mengidentifikasi adanya 5 determinan perilaku, yaitu: niat, dukungan masyarakat, terjangkaunya informasi, adanya otonomi atau kebebasan pribadi, dan kondisi situasi yang memungkinkan. Sedangkan teori dari WHO yang beranggapan bahwa mengapa seseorang berperilaku, karena adanya 4 alasan pokok, yaitu; pemikiran-perasaan, adanya acuan atau referensi dari seseorang, sumber daya/fasilitas, dan sosial budaya.(Notoatmodjo,dkk. 2005).

Menurut Karmawati (2003), pengetahuan, sikap, dan perilaku dipengaruhi oleh faktor eksternal dan faktor internal. Faktor internal yang berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku antara lain umur, dan jenis kelamin. Faktor eksternal adalah faktor yang berasal dari luar individu antara lain yang berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku adalah perlakuan dalam pelatihan seperti ceramah, tanya jawab, alat peraga, bermain peran dan dinamika kelompok.

Menurut Notoadmodjo (2005), dari pengalamannya selama melakukan pengamatan dan bertugas di lapangan, dapat disimpulkan adanya urutan terjadinya perilaku sebagai berikut:

GAMBAR 2
Urutan Terjadinya Perilaku



2.6 Pengalaman Menerima Informasi

Perubahan sikap merupakan dampak dari adanya komunikasi kesehatan. Pada umumnya komunikasi kesehatan memiliki beberapa tujuan selain perubahan sikap seperti mengirimkan, mengirimkan pesan bernuansa pendidikan, dan pesan bernuansa hiburan. Perubahan sikap dapat terwujud, jika ketiga tujuan dapat tercapai. Sementara peningkatan pengetahuan dapat diwujudkan berdasarkan pencapaian tujuan pertama atau kedua. (Liliweri,2007). Selain itu, saluran juga dapat menimbulkan dampak (keterjangkauan media dalam meraih sasaran) tergantung dari frekwensi, efektivitas, dan kredibilitas (Graeff,dkk.1996)

Istilah media mengacu pada media (saluran), yaitu jalan agar pesan dapat mencapai penerimaannya (dalam hal ini terkait oleh berbagai jenis komunikasi); baik diterima oleh penglihatan, pendengaran, atau sebagai teks tulisan. Pengertian media pada bagian ini termasuk di dalamnya media massa penyiaran seperti jaringan televisi, maupun surat kabar nasional. Media (saluran) sendiri dibedakan oleh (1) besarnya saasaran/audiensi spesifik kelompok, (2) perasaan kesenangan, (3) ukuran dan karakteristik berdasarkan pencapaian terhadap audiensi, (4) kemungkinan pengulangan pesan, (5) Lamanya (durasi) pesan, (6) kesempatan umpan balik, (7) banyaknya pengendali oleh penerima, (8) tipe pesan, (9) kekuatan dalam pemeliharaan pesan.(Bracht.1990).

2.6.1 Penyuluhan

Ceramah dalam kelompok besar atau sering kali disebut sebagai penyuluhan adalah salah satu metode promosi kelompok. Dalam metode promosi kelompok, harus mengingat besarnya sasaran serta tingkat pendidikan formal dan sasaran. Yang dimaksud kelompok besar di sini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 5 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah (untuk sasaran berpendidikan rendah) dan seminar (untuk kelompok berpendidikan menengah ke atas). (Notoatmodjo,dkk.2005)

Penyuluhan sering dikaitkan dengan komunikasi publik. Komunikasi publik menunjukkan suatu proses komunikasi di mana pesan-pesan disampaikan oleh pembicara dalam situasi tatap muka di depan khalayak yang lebih besar. Pesan yang disampaikan tidak berlangsung spontanitas tetapi terencana dan dipersiapkan lebih awal. Dapat diidentifikasi siapa yang berbicara (sumber) dan siapa pendengarnya. Interaksi antara sumber dan penerima sangat terbatas, sehingga tanggapan balik juga terbatas (waktu relatif terbatas). Efek yang diberikan pada komunikasi publik ialah tinggi pada perilaku, tapi rendah pada kognitif. (Canggara,2002)

2.6.2 Media Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi kesehatan yang ingin disampaikan oleh komunikator. Media promosi kesehatan diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan. Tujuan media ini adalah mempermudah penyampaian informasi, menghindari kesalahan persepsi, memperjelas informasi, dsb (Notoatmodjo.2005)

Dalam kehidupan, media ikut berperan aktif sebagai penyalur (diseminator) dan “toko” informasi. Akan tetapi, sejarah menunjukkan media bukanlah satu-satunya yang berpengaruh terhadap masyarakat, pelbagai kekuatan lain ternyata berperan lebih kuat dalam masyarakat. Media merupakan saluran yang dimanfaatkan untuk mengendalikan arah dan memberikan dorongan terhadap perubahan sosial. (McQuail.1996)

Merancang media promosi kesehatan massa memang paling sulit, sebab sasaran publik sangat heterogen baik dilihat dari kelompok umur, tingkat pendidikan,

tingkat sosial ekonomi, sosial budaya, dan sebagainya. Kita memahami kelompok sasaran yang sangat variatif tersebut berpengaruh terhadap cara merespons, cara mempersepsikan, dan pemahaman terhadap pesan-pesan kesehatan. Padahal kita harus merancang dan meluncurkan pesan-pesan kesehatan tersebut kepada massa tersebut dengan metode, teknik, dan isi yang sama. (Notoatmodjo,dkk.2005)

Penggolongan media yang telah diuraikan sebelumnya berdasarkan cara produksi; antara lain:

2.6.2.1 Media Cetak

Media Cetak bersifat statis dan mengutamakan pesan-pesan visual berbentuk sejumlah kata, gambar, foto dalam tata warna, misalnya : Poster, selebaran, surat kabar, majalah. (Notoadmodjo, dkk 2005). Kekhususan surat kabar jika dibandingkan dengan dengan sarana komunikasi lainnya, terletak pada individualisme, orientasi pada kenyataan, kegunaan, kecocokannya dengan tuntutan kebutuhan kelas sosial tertentu (McQuail.1996)

Karakteristik media cetak memiliki kelebihan dan kekurangan, Kelebihannya antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, dapat dibawa kemana-mana, mengungkit rasa keindahan, mempermudah pemahaman, dsb. Sedangkan, kelemahan media cetak antara lain tidak dapat menstimulir efek suara dan efek gerak, mudah terlipat, hanya dipahami oleh orang yang melek huruf (Notoatmodjo,dkk.2005)

Berikut adalah karakteristik pesan media cetak antara lain:

- a. *Brevity* ialah menyederhanakan tulisan yang diperumit menjadi lebih sederhana, tulisan yang panjang menjadi pendek, ataupun frase yang panjang menjadi frase pendek.
- b. *Positiveness*; menulis biasanya lebih baik menjadi positif dari pada negatif, tapi di promosi kesehatan suatu disiplin yang dipenuhi dengan sisi negatif, sikap positif tetap lebih penting. Karena itu, ketika kebijakan keilmuan mengatakan “tidak ada fakta yang menyarankan bahwa diet rendah lemak tidak menguntungkan bagi kesehatan lebih efektif walaupun pendekatan peringatannya adalah diet rendah lemak menyehatkan.

- c. *Clarity* (kejelasan) adalah pokok dari perubahan promosi kesehatan, menurut Acquaviva&Malone (1981) dalam *Health and The Media* mengatakan bahwa perasaan takut dalam mempertahankan pengertian dan tanggung jawab pada apa dikatakan demi mengendalikan banyak hal dengan waktu lama menjadi tidak jelas Penggunaan jargon dan kata yang berlebihan membuat suatu pengertian menjadi cukup sulit dimengerti. *Clarity* dan *brevity* dihubungkan oleh beberapa aturan sederhana, seperti : selalu memilih kata-kata yang umum dibandingkan kata-kata yang abstrak, tidak menggunakan dua kata ketika satunya telah tertulis, dan meninggalkan keraguan.
- d. *Style* (gaya) adalah kepribadian atau karakter pada komunikasi tulisan. Untuk ide yang berbeda, tapi berpengaruh pada periklanan dan editorial koran. Bentuknya menarik dan mudah dibaca (walaupun sering melanggar aturan tata bahasa). Pada surat, tata bahasanya lebih benar dan baik. Sebaliknya, setiap penulis memungkinkan pemberian informasi dan gaya yang berbeda.
- e. *Organisation* (pengorganisasian) merupakan upaya menstimulasikan ketertarikan agar seseorang tetap bergairah membaca, memperbaharui (menyediakan informasi sebagai tujuan utama), melengkapi demi mendekati kesempurnaan.

(Garry Egger, dkk. 2000)

2.6.2.2 Media Elektronik

Media elektronika yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesannya. Kelebihan media ini sudah dikenal masyarakat, menarik, mengikutsertakan semua panca indera, lebih mudah dipahami, jangkauan relatif lebih besar, dsb. (Notoatmodjo, dkk. 2005)

Berikut adalah karakteristik pesan media elektronik antara lain :

- A. Menggunakan presenter, seluruh pesan disesuaikan dengan target pendengar sehingga untuk mendapatkan sumbu yaitu individu/organisasi sebagai penulis dari pesan haruslah tepat pula. Presenter dibagi menjadi 4, yaitu :
 1. Tidak diketahui; orang yang tidak teridentifikasi, orang yang diseleksi pengirim pesan karena satu atau lebih mengikuti pelatihan yang professional, ketertarikan fisik dan kesamaan dengan target pendengar.

Universitas Indonesia

2. Ahli dibidangnya; orang yang terpilih menambah kredibilitas dari pesan dan meningkatkan kemungkinan yang diterima
 3. Artis; kepopuleran yang dimiliki artis di mata audiens diasumsikan penerimaan pesan. Selain itu juga contoh yang positif
 4. Individu biasa; seseorang yang berpengalaman pengobatan kesehatan dan sekarang masih bertahan atau seseorang yang mengadopsi tingkah laku yang sehat.
- B. Penggunaan *Voice-over*, media elektronik sangat cocok untuk menggunakan *voice-over* atau rekaman suara dengan atau tanpa gambar pembawa pesan. Ini dapat divariasikan dalam beberapa cara, contoh: pria/wanita, dalam/tinggi, lucu/mudah dipahami. *Voice-over* juga penting ketika menyeleksi suara untuk proyek. Suara seorang wanita akan lebih dipahami sedangkan suara laki-laki pada umumnya mencerminkan kekuasaan.
- Aksen dan susunan kata dapat menekankan pesan untuk target audien. Aksen seharusnya tidak dapat ditiru karena memiliki efek yang produktif pada kelompok mana yang mungkin secara terbuka atau diluar kesadaran sensitive terhadap ucapan mereka
- C. Suara vs grafik; iklan kesehatan di TV pada beberapa situasi menggunakan grafik dibandingkan rekaman suara saja. Grafik sering dipakai saat dampak yang diinginkan adalah untuk mengejutkan audiens. Grafik juga digunakan untuk bagian efek positif pada akhir iklan sebagai penekanan pesan. Semboyan/ slogan grafik atau kesimpulan menimbulkan peluang bahwa pesan akan diingat pada waktu yang akan datang. Sama halnya grafik yang dipakai selama presentasi seperti video pendidikan, bias dipakai untuk memperkuat poin-poin pesan atau meringkat kesimpulan.
- D. Musik; cara efektif agar pesan dapat tersampaikan dimana slogan/ pesan dapat dihafalkan diluar kepala adalah tujuannya. Perhatian dapat diraih dari audiens dengan lagu/bunyi (*jingle*) yang mudah diingat. *Jingle* sebaiknya pendek, intensif, mempunyai baris ulangan lagu yang berisi komponen pesan utama dan berdiri sendiri. Target audiens terdiri dari anak muda. Cerita bergambar pada media visual diberikan sebagai tambahan.

- E. *Action tags* (label aksi); hal ini disebut sebagai tindak lanjut aksi potensial pada bagian dari target audien. *Action tags* (no. telp untuk dihubungi, tempat untuk dikunjungi, alamat untuk ditulis) harus menjadi bagian dari setiap pemberitaan atau periklanan. Pesan dengan *action tags* harus diulangi secara regular dengan periode eksposur. Jadi, pesan dapat masuk/diterima oleh pikiran si penerima yang kelak dapat mereka jadikan pilihan tindakan di masa datang

2.6.2.3 Media Luar Ruangan

Media luar ruangan yaitu media yang menyampaikan pesannya di luar ruang secara umum melalui media cetak dan elektroniknya secara statis, misalnya spanduk yaitu pesan dalam bentuk tulisan disertai gambar dibuat di atas secarik kain dipasang di suatu tempat strategis (notoatmodjo, dkk. 2005). Pesan dalam spanduk cenderung pendek hanya terdiri atas satu kalimat atau satu frase. Karakteristik spanduk ini bukanlah dianggap suatu gangguan bagi perubahan sikap terkait dengan fungsi spanduk sebagai media komunikasi kesehatan yaitu informasi, pendidikan, dan hiburan (Liliweri, 2007)

Sebagai sarana komunikasi, beberapa bentuk media cetak dan media elektronik tergolong ke dalam media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang (pengalaman menerima informasi). Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif akan dibawa oleh informasi tersebut, apabila cukup kuat, akan member dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah sikap tertentu (Azwar, 1988).

Dalam pemberian di surat kabar, televisi maupun di radio komunikasi lainnya, berita-berita faktual yang seharusnya disampaikan secara objektif serinkali dimasuki unsure subjektivitas penulis berita, baik secara sengaja ataupun tidak. Hal ini seringkali berpengaruh terhadap sikap pembaca, pemirsa atau pendengarnya sehingga dengan hanya menerima berita yang sudah dimasuki unsure subjektif itu,

terbentuklah sikap tertentu (Azwar, 1988). Efek media massa antara lain rendah pada sikap namun tinggi pada kognitif (Canggara, 2002).

Jika kita perhatikan, begitu banyak media komunikasi baik cetak maupun elektronik dengan karakteristik yang berbeda-beda, mungkin akan timbul pertanyaan, media mana yang paling efektif dalam menyampaikan pesan secara tepat sesuai dengan sasaran komunikasi. Jawabannya tergantung pada sifat media dan pemilihan media pada khalayak (Canggara, 2002)

Dalam pemilihan media komunikasi, bahwa penggunaan multi media (lebih dari satu media) jauh lebih baik dibanding dengan satu media. Sebab kelemahan satu media bias ditutupi oleh media lain sehingga pesan bias didapat dari banyak sumber. Hanya saja penggunaan multimedia memerlukan dana yang besar (Canggara, 2002).

Menurut McComack yang dikutip oleh Liliweri (2007), mengatakan bahwa suatu pesan akan diterima audiens manakala komunikator menambah jumlah informasi (*quantity*), meningkatkan kasus (*quality*), dan meningkatkan relasi (*relations*) dengan audiens. Makin banyak jumlah informasi yang dibagi, makin banyak kualitasnya dan makin kuat relasi antara komunikator dengan komunikan, komunikan makin mudah menerima informasi (*Informatio Manipulation Theory*).

Suatu media (saluran) dapat juga mengalami gangguan sehingga menghambat alur komunikasi. Gangguan yang terjadi disebabkan oleh gangguan eksternal (lingkungan) dan pesan yang tidak sesuai dengan media (Liliweri.2007).

2.6.2.4 Komunikasi Interpersonal

selain media, seseorang dapat memperoleh pengetahuan dan pembentukan sikap melalui komunikasi antarpribadi (*interpersonal communication*). Komunikasi antar pribadi yang dimaksud ialah proses komunikasi yang berlangsung antar dua orang atau lebih secara tatap muka. Menurut sifatnya, komunikasi antar pribadi dapat dibedakan atas dua macam, yaitu komunikasi diadik dan komunikasi kelompok kecil.

Komunikasi diadik berlangsung antara dua orang dalam situasi tatap muka, bentuknya yakni percakapan, dialog, wawancara. Percakapan berlangsung dalam suasana informal, dialog dalam suasana lebih intim dan dalam, wawancara sifatnya lebih serius (ada pihak yang dominan).

Selanjutnya, komunikasi kelompok kecil ialah proses komunikasi yang berlangsung antara tiga orang atau lebih secara tatap muka, dimana anggotanya saling berinteraksi. Efek pada komunikasi interpersonal adalah tinggi pada sikap, rendah pada kognitif (Canggara.2002).

2.7 Persepsi

Setiap manusia memiliki kemampuan untuk berpikir dan menginterpretasikan tentang segala sesuatu yang dilihat dengan menggunakan akal dan panca inderanya. Kemampuan manusia untuk memberikan pemahaman dan persepsi tentang apa yang mereka lihat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya sikap, pengalaman, pengetahuan, perasaan dan daya tangkap. Persepsi merupakan hasil dari proses penangkapan panca indera dan proses berpikir dari akal manusia yang menghasilkan sebuah respon atau tanggapan. (Robbin,2003)

2.7.1 Pengertian Persepsi

Menurut teori Salim dalam bukunya *The Contemporary-English-Indonesia Dictionary*; persepsi diartikan sebagai perasaan dan daya tangkap seseorang dalam memahami stimulus (Salim dalam Takwa, 2008). Sedangkan menurut teori Leavitt persepsi diartikan dalam arti semit sebagai penglihatan, bagaimana cara seseorang melihat sesuatu, sedangkan dalam arti luas persepsi yaitu pandangan atau pengertian bagaimana seseorang memandang atau mengartikan sesuatu. (Leavitt,1978:27)

Persepsi juga diartikan sebagai suatu proses dimana individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan-kesan indera mereka untuk memberikan makna terhadap lingkungannya (Robbin, 2003). Persepsi pada hakekatnya adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang dalam memahami setiap informasi tentang lingkungannya, baik lewat penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan dan penciuman (Thoha dalam Taqwa, 2008).

Dapat disimpulkan bahwa persepsi adalah suatu proses yang terjadi di dalam diri manusia dimana rangsang/stimulus yang diterima oleh organ-organ indera diproses dan diinterpretasikan terlebih dahulu sebelum stimulus dapat dipahami, yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan dengan tujuan memberi tanggapan dan sikap terhadap stimulus yang didapat.

2.8 Motivasi

Beberapa hal yang mempengaruhi motivasi antara lain motivasi biologis, ganjaran dan hukuman, karakteristik kepribadian, perasaan terancam karena personal stimuli, pembelaan perseptual, dan kebutuhan. Motivasi dapat menimbulkan persepsi yang berbeda pada setiap manusia berdasarkan motivasi yang mendorong seseorang untuk memberikan persepsi terhadap stimulus yang diterima. Menurut (Woodworth dalam Taqwa, 2008) menggolongkan motivasi menjadi tiga macam yaitu:

1. Kebutuhan-kebutuhan organis, yaitu motivasi yang berkaitan dengan kebutuhan tubuh bagian dalam (kebutuhan organis) seperti makan, minum, kebutuhan bergerak, istirahat atau tidur, dan sebagainya.
2. Motif-motif darurat (*emergency* motivasi) yang mencakup dorongan untuk membalas, doronga untuk berusaha dan berikhtiar, dorongan untuk mengejar, dan sebagainya. Motivasi ini timbul jika situasi menurut timbulnya kegiatan yang cepat dan kuat dari diri kita. Dalam hal ini motivasi timbul atas keinginan kita tetapi karena rangsangan dari luar.
3. Motivasi objektif, yaitu motivasi yang diarahkan atau ditujukan kepada suatu objek atau tujuan tertentu di sekitar kita, motivasi ini mencakup kebutuhan untuk eksplorasi, kebutuhan untuk melaksanakan manipulasi, kebutuhan untuk menaruh minat. Motivasi ini timbul karena dorongan untuk dapat menghadapi dunia luar (sosial dan non sosial) secara efektif.

2.9 Sarana Fisik

Dalam teori Green, sarana fisik merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat atau sama dengan factor *enabling*. Oleh karena sikap adalah respon tertutup atau factor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang maka diantara sarana fisik dengan sikap keduanya dapat saling terkait. Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain, antara lain fasilitas atau sarana dan prasarana (Notoatmodjo, dkk. 2005).

Terkait dengan sikap seseorang terhadap Flu Burung, tidak terlepas dari ketersediaan fasilitas kebersihan diri, fasilitas hidup sehat dan sanitasi lingkungan tempat seseorang tersebut tinggal/warga masyarakat setempat. Fasilitas

ini pada umumnya bagian dari kebutuhan kehidupan sehari-hari agar terhindar dari penyakit terutama penyakit menular (Rachmalina,2006).

Masyarakat mengetahui manfaat dari fasilitas kebersihan dan hidup bersih berasal dari sosialisasi perkembangan dirinya, salah satunya belajar dari orang tua atau lingkungan tempat tinggal. Pengetahuan semacam ini lazim disebut sebagai pengetahuan budaya. Pengetahuan budaya yang dimaksud pola pikir termasuk di dalamnya kepercayaan nilai, norma tentang kesehatan (Kalangie,1994). Beberapa contoh fasilitas pencegahan Flu Burung yang sering dibagikan sebagai paket antara lain masker, sarung tangan, dan sabun.

Dalam model hirarki atribusi perubahan afektif (sikap, evaluasi, perasaan) seseorang dapat terjadi tanpa harus mengutamakan pengetahuan atas objek tertentu melainkan maksud atau tujuan dari objek tersebut (Lilieweri,2007). Objek disini adalah fasilitas pencegahan penyakit (hidup bersih), biar sabun cair cuci tangan itu mahal dan cenderung bersifat pemborosan, orang tetap menggunakannya karena kepraktisan dalam menjaga kebersihan tangan. Dalam bahasa sehari-hari dikatakan pakai-rasa tahu!

2.10 Sosial Budaya

Menurut Sudarti Kresno, Blum juga menjelaskan, bahwa lingkungan sosial budaya tersebut tidak saja mempengaruhi status kesehatan, tetapi juga mempengaruhi pengetahuan dan sikap kesehatan yang berlanjut pada perilaku kesehatan. Ada beberapa aspek sosial yang mempengaruhi status kesehatan.

2.10.1 Umur

Pengetahuan kesehatan yang sederhana terkadang tidak memerlukan intelegensi yang tinggi untuk memahaminya. Intelegensi merupakan kapasitas akal, kemampuan untuk memahami, mengerti bertindak secara rasional. Intelegensi berkaitan dengan umur seseorang yang cenderung turun ketika memasuki usia 30 tahun ke atas (Irwanto,2002).

Umur adalah salah satu faktor yang dapat memetakan audiens. Kelompok umur dapat digolongkan menjadi kelompok umur anak-anak, remaja, dewasa, dan orang tua. Kategori umur ini sebenarnya sangat berperan bagi komunikator untuk

melakukan penyesuaian diri termasuk menyesuaikan pesan dan memilih media yang cocok. Orang dewasa akan menyukai atau mengutamakan aspek media rasional-masuk akal. (Liliweri.2007)

2.10.2 Tingkat Pendidikan

Tingkat pengetahuan seseorang dapat diperoleh melalui pendidikan yang akan dapat mengubah sikap dan perilaku sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Perilaku manusia yang sesuai norma-norma kesehatan merupakan keluaran dari proses pendidikan kesehatan. Namun, perubahan perilaku tidak hanya dapat dicapai dengan pendidikan, melainkan juga dipengaruhi oleh faktor social, budaya, ekonomi, dsb. (Notoatmodjo.2003)

Pada umumnya orang akan beranggapan bahwa cakupan pengetahuan atau keeluasaan wawasan seseorang sangat ditentukan oleh tingkat pendidikan. Kalau orang sekolah, maka dianggap mereka makin mengerti atau sekurang-kurangnya mudah diberikan pengertian mengenai suatu informasi. Sebaliknya, kalau orang sekolah makin rendah maka dianggap mereka makin susah diberikan pengertian.

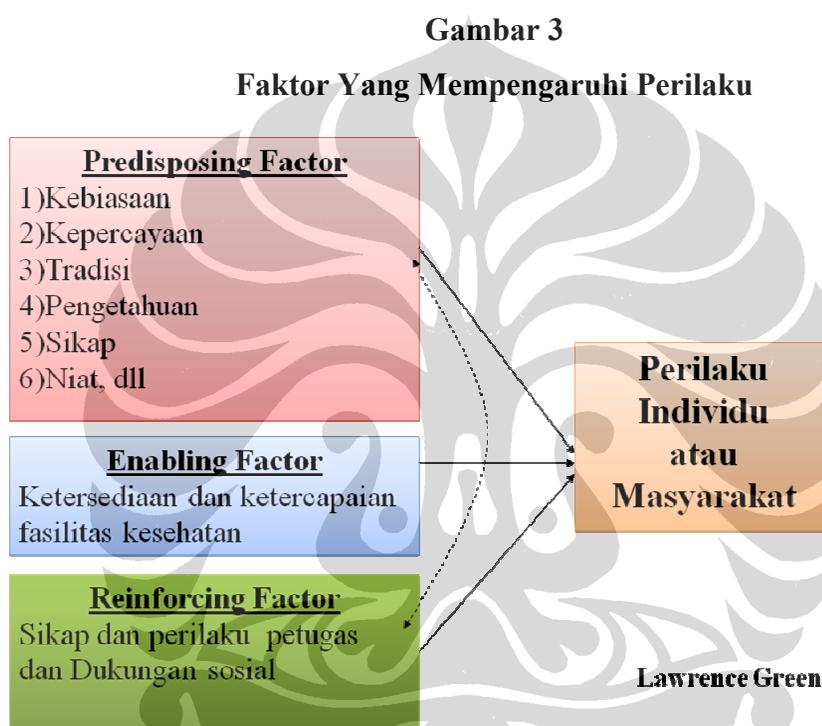
Pengelompokan ini memudahkan komunikator untuk menggunakan logos (penyampaian informasi secara rasional, secara intelektual, dan argumentative) pada kelompok pendidikan tinggi, sedangkan pendidikan rendah menekankan pada ethos (integritas, karakter, kemauan baik) dan pathos (daya tarik emosional). (Liliweri,2007)

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teoritis

Berdasarkan teori Lawrence Green yang menyatakan bahwa kesehatan individu/masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku dan faktor non perilaku. Faktor perilaku ditentukan oleh tiga kelompok, yaitu faktor predisposing, faktor enabling, dan faktor reinforcing. Kerangka teori tersebut digambarkan seperti yang terlihat pada gambar 3 berikut:



Sedangkan menurut Soekidjo Notoadmodjo selama melakukan pengamatan dan bertugas dilapangan (masyarakat) serta rangkuman beberapa teori perilaku seperti Lawrence Green, Snehandu B. Kar (1983), dan WHO (1984) dalam "Konsep Perilaku Kesehatan", dapat disimpulkan adanya urutan terjadinya perilaku sebagai berikut :

Gambar 4
Urutan Terjadinya Perilaku

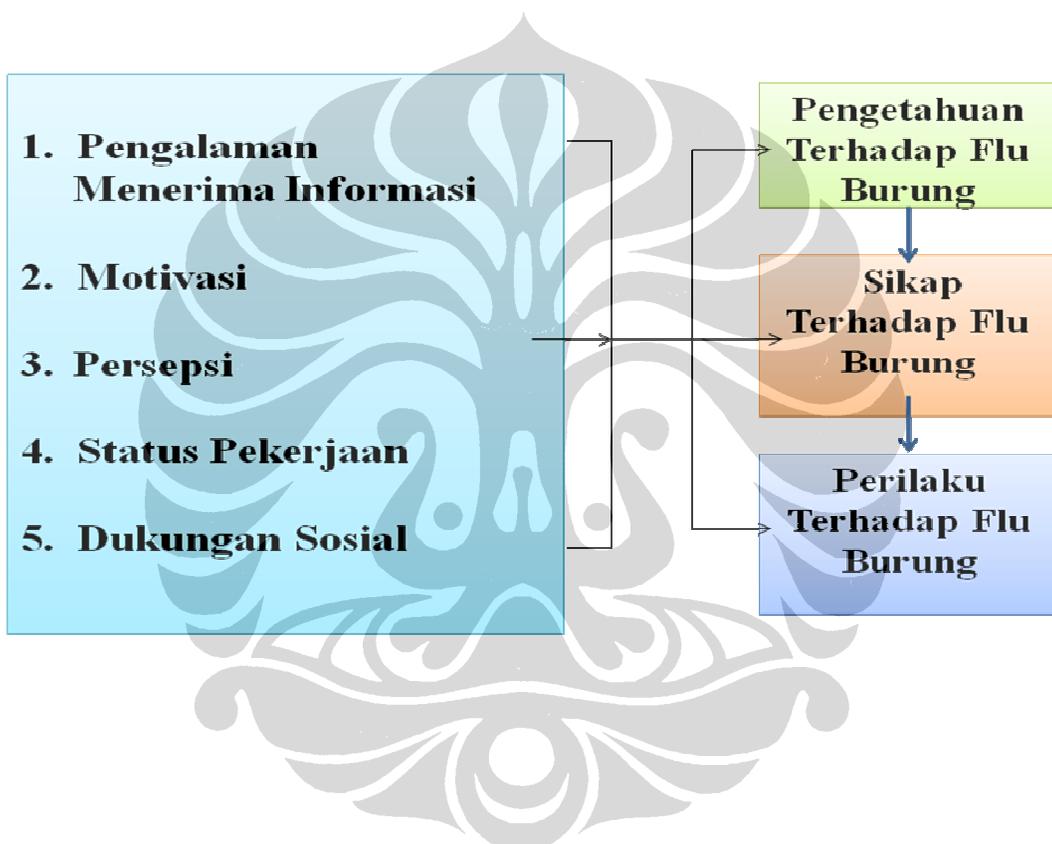


Dari gambar tersebut dapat dijelaskan bahwa perilaku terjadi diawali dengan adanya pengalaman-pengalaman seseorang serta faktor-faktor di luar orang tersebut (lingkungan), baik fisik maupun non fisik. Kemudian pengalaman dan lingkungan tersebut diketahui, dipersepsikan, diyakini, dan sebagainya, sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak, dan akhirnya terjadilah perwujudan perilaku.

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan teori Green, perilaku seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing*. Dan berdasarkan skema pengalaman Soekidjo Notoadmodjo dijelaskan bahwa perilaku terjadi diawali dengan adanya pengalaman-pengalaman seseorang serta faktor-faktor di luar orang tersebut (lingkungan), baik fisik maupun non fisik. Maka kerangka konsep penelitian ini adalah :

Gambar 5
Kerangka Konsep



3.3 Definisi Operasional

| NO | Variabel | Definisi | Cara Ukur | Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
|--|-------------|--|-----------|-----------|--|------------|
| Variabel Dependen | | | | | | |
| 1. | Pengetahuan | Hasil Penginderaan responden terhadap objek (Flu Burung) melalui indera yang dimilikinya (mata,telinga,dsb) berupa informasi yang telah diterima dan dimengerti seputar flu burung | Wawancara | Kuesioner | 1= Pengetahuan baik (skor > 10) 2= Pengetahuan kurang (skor ≤ 10) | Ordinal |
| <p>Variabel pengetahuan didapatkan dengan memberikan pembobotan jawaban dari 7 pertanyaan pilihan ganda pada kuesioner yaitu :</p> <p>Apa penyebab penyakit flu burung? Seseorang dikatakan positif flu burung berdasarkan keputusan? Gejala-gejala flu burung pada manusia? Sumber dari penyakit flu burung? Apakah memakan ayam saat terjadi peningkatan kasus Flu Burung cukup aman? Agar terhindar dari Flu Burung apa yang harus kita lakukan? Apakah ada obat yang direkomendasikan untuk penderita dengan gejala awal Flu Burung? Setiap jawaban benar dari pertanyaan bernilai 3 maka total nilai adalah 21.</p> | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|-------|---|-----------|-----------|--|---------|
| 2. | Sikap | Respon tertutup responden terhadap stimulus atau objek tertentu (Flu Burung), yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan | Wawancara | Kuesioner | 1= Sikap tepat (skor > 3) 2= Sikap tidak tepat (skor ≤ 3) | Ordinal |
| <p>Variabel sikap didapatkan dengan memberikan pembobotan dari 7 pernyataan yang direpson dengan sangat setuju, setuju, ragu, tidak setuju, sangat tidak setuju. Tujuh pernyataan tersebut yaitu: Flu Burung adalah penyakit yang sangat berbahaya, Tidak makan dan tidak memegang langsung unggas saat terjadi peningkatan pasien Flu Burung lebih baik daripada tidak melakukan usaha apapun, Tidak ada satu pun upaya pengobatan flu burung yang dapat dikatakan berhasil menyembuhkan penyakit tersebut, Pemusnahan unggas yang terkena Flu Burung merupakan kebijakan pemerintah yang belum tepat, Jika ada unggas mati mendadak di sekitar lingkungan dalam jumlah yang tidak terlalu banyak maka tidak perlu dilaporkan ke ketua RT/RW setempat, Setiap penyakit pasti memiliki upaya pencegahan dan pengobatan termasuk flu burung, Daerah/negara lain pun terserang Flu burung sehingga tidak perlu takut. Setiap respon yang tepat dari pernyataan bernilai 1 jika (Sangat Setuju/Sangat Tidak setuju ataupun Setuju/Tidak setuju) maka total nilai adalah 7.</p> | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|-----------|-----------|---|---------|
| 3. | Perilaku | Tindakan yang sudah dilakukan responden serta kendala yang ada dalam upaya pencegahan penyakit Flu Burung | Wawancara | Kuesioner | 1 = perilaku baik (skor > 6) 2 = perilaku buruk (skor ≤ 6) | Ordinal |
| <p>Variabel perilaku didapatkan dengan memberikan pembobotan dari 4 pertanyaan. Pertanyaan tersebut yaitu: Bagaimana cara anda agar Flu Burung tidak menular pada diri atau keluarga anda? Setelah anda memegang unggas apakah saudara mencuci tangan dengan sabun? Ketika saudara menemukan ada unggas yang mati mendadak apa yang anda lakukan? Ketika ada gejala Flu Burung pada manusia apa yang saudara lakukan? Setiap jawaban perilaku yang benar bernilai 3 maka total nilai adalah 12. Perilaku dikategorikan benar jika perilaku baik.</p> | | | | | | |
| Variabel Independen | | | | | | |
| 5. | <p>Pengalaman Menerima Informasi. Pengalaman menerima informasi yaitu segala hal yang telah berlalu dan menjadi bagian dari diri responden sebagai hasil interaksi dengan metode/media promosi</p> | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------|--|-----------|-----------|---|---------|
| Keterpaparan Penyuluhan | Keterlibatan dalam salah satu komunikasi publik yang berlangsung secara kontinu, sumber dan pendengar dapat teridentifikasi dan pesannya terencana seputar flu burung | Wawancara | Kuesioner | 1=Pernah Terpapar 2= Tidak Terpapar | Ordinal |
| Keterpaparan Media Cetak | Pernah tidaknya merespon saluran pesan Flu Burung bersifat statis dan mengutamakan pesan-pesan visual berbentuk sejumlah kata,gambar,foto, dalam tata warna (terdiri atas poster, koran, majalah, selebaran) | Wawancara | Kuesioner | 1=Pernah Terpapar 2=Tidak Terpapar | Ordinal |
| Keterpaparan Media Elektronik | Pernah tidaknya merespon media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesan seputar Flu Burung (terdiri atas iklan, siaran berita TV, radio) | Wawancara | Kuesioner | 1=Pernah Terpapar 2=Tidak Terpapar | Ordinal |
| Percakapan | Pernah tidaknya berkomunikasi seputar Flu Burung yang terjadi antar dua orang atau lebih secara tatap muka sifatnya informal | Wawancara | Kuesioner | 1=Sering (membicarakan Flu Burung ada/tidak ada kasus) 2=Jarang/Tidak | Ordinal |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|---|-----------|-----------|---|---------|
| | | | | | (membicarakan flu burung saat ada kasus atau tidak sama sekali) | |
| | Pengalaman Menerima Informasi | Pernah melihat dan atau mendengar informasi tentang flu burung dalam bentuk penyuluhan/pelatihan, dari media cetak, media elektronik, ataupun percakapan. | Wawancara | Kuesioner | 1=Cukup/lebih terpapar (skor > 2) 2=Kurang/tidak terpapar (skor ≤ 2) | Ordinal |
| Variabel Pengalaman Menerima Informasi didapatkan dengan pembobotan dari pertanyaan keterlibatan penyuluhan, keterpaparan media elektronik, media cetak, dan percakapan. Jika pernah terpapar salah satu memperoleh skor 1 sehingga total skor 4. | | | | | | |
| 6. | Motivasi | Memiliki komitmen dengan pernah berstatemen akan mencegah flu burung. dan memiliki keinginan berpartisipasi dalam mencegah terjadinya wabah Flu Burung | Wawancara | Kuesioner | 1= Memiliki Motivasi Lebih (skor = 3) 2= Kurang Memiliki Motivasi (skor < 3) | Ordinal |
| Variabel motivasi didapatkan dengan melakukan pembobotan dari 3 pertanyaan : Apakah anda ingin daerah anda bebas dari flu burung? Apakah anda ingin berpartisipasi dalam mencegah terjadinya wabah flu burung? Apakah anda pernah berkomitmen untuk mencegah penyakit flu burung terjadi di lingkungan anda. Setiap jawaban ingin bernilai 1 dari tiap pertanyaan, sehingga total skor 3. | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|------------------|--|-----------|-----------|---|---------|
| 8. | Persepsi | Cara pandang responden terhadap suatu pernyataan tertentu dan anggapan terhadap iklan flu burung | Wawancara | Kuesioner | 1 = Persepsi Positif (skor ≥ 3) 2 = Persepsi Negatif (skor < 3) | Ordinal |
| <p>Variabel persepsi didapatkan dengan memberikan pembobotan dari 6 pernyataan yang direspon dengan sangat setuju, setuju, ragu, tidak setuju, sangat tidak setuju. Enam pernyataan tersebut yaitu: Flu Burung merupakan penyakit yang biasa terjadi karena pergantian cuaca, Flu Burung hanya sekadar menjadi fenomena berita mingguan yang dlebih-lebihkan dan akan hilang dengan berjalannya waktu, Flu Burung merupakan masalah internasional sehingga lebih banyak mendapat perhatian dalam hal penanganan kasus, Pesan pada iklan Flu Burung di TV sulit untuk diingat karena terlalu cepat, Pesan pada iklan Flu Burung di TV sulit diingat karena jarang ditayangkan? Pesan pada iklan Flu Burung di TV sulit untuk diingat karena kurang kreatif jika dibandingkan dengan iklan penyakit lain. Setiap respon yang tepat dari pernyataan bernilai 1 jika (Sangat Setuju/Sangat Tidak setuju ataupun Setuju/Tidak setuju) maka total nilai adalah 6.</p> | | | | | | |
| 9. | Status pekerjaan | Jenis pekerjaan baik dilakukan di dalam maupun di luar rumah untuk membantu penghasilan keluarga | Wawancara | Kuesioner | 1 = Bekerja 2 = Tidak Bekerja | Ordinal |

| | | | | | | |
|----|----------------------------|---|-----------|-----------|--|---------|
| 10 | Dukungan Sosial | Keseluruhan dukungan dari petugas, keluarga, tetangga, ataupun tokoh masyarakat dalam mencegah flu burung | Wawancara | Kuesioner | 1 = Mendapat seluruh dukungan 2 = Tidak mendapat Seluruh Dukungan | Ordinal |
| | Dukungan petugas kesehatan | Ada tidaknya dorongan petugas kesehatan dalam pemberian informasi Flu Burung | Wawancara | Kuesioner | 1 = Tidak mendukung 2 = Mendukung | Ordinal |
| | Dukungan keluarga | Kontribusi keluarga dalam mencegah Flu Burung | Wawancara | Kuesioner | 1 = Tidak mendukung 2 = Mendukung | Ordinal |
| | Dukungan Tokoh Masyarakat | Kontribusi tokoh masyarakat dalam mencegah flu burung | Wawancara | Kuesioner | 1 = Tidak mendukung 2 = Mendukung | Ordinal |

3.4 Hipotesis

Ada hubungan pengalaman menerima informasi, motivasi, persepsi, status pekerjaan, dan dukungan sosial, dengan pengetahuan, sikap, dan perilaku terhadap penyakit Flu Burung pada ibu rumah tangga di Dusun Tipar Kelurahan Cikelet Kabupaten Garut tahun 2009.