

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gambaran umum penyakit Flu Burung

Menurut “Tjandra Yoga Aditama dalam bukunya Flu Burung di manusia” Flu Burung adalah penyakit influenza pada unggas, baik burung, bebek, ayam, serta beberapa binatang lain seperti babi. Penyebab Flu Burung adalah virus Influenza, yang termasuk tipe A subtype H5, H7 dan H9. Kasus Flu Burung yang kini banyak dibicarakan disebabkan oleh virus influenza tipe A subtype H5N1.

2.1.1 Flu Burung Pada Unggas

2.1.1.1 Sifat virus

Sifat virus flu burung dalam “Buku Flu Burung Ancaman dan Pencegahan” sebagaimana virus lainnya memerlukan bahan organik untuk tetap hidup. Didalam tubuh unggas (juga babi) virus avian influenza dapat berkembang biak (replikasi) menjadi sangat banyak. Virus flu burung juga bersifat labil atau mudah mengalami perubahan pembawa sifat (mutasi genetik) dari kurang ganas (LPAI) menjadi sangat ganas (HPAI) atau sebaliknya.

Virus flu burung di luar inangnya merupakan virus yang lemah yang tidak tahan panas dan zat desinfektan/pensuci hama. Dalam daging dan telur ayam, virus ini mati pada pemasakan standar (suhu 80°C selama satu menit atau 70°C selama 30 menit, dan pada telur ayam virus ini mati pada suhu 64°C selama 4,5 menit).

Pada kotoran ayam, virus flu burung mampu bertahan selama 35 hari pada suhu 4°C. sedangkan dalam air, virus tersebut dapat hidup selama 4 hari pada suhu 22°C dan 30 hari pada suhu 0°C. di kandang ayam virus influenza bertahan selama 2 minggu setelah depopulasi ayam, namun virus ini dapat mati dengan desinfektan.

2.1.1.2 Gejala

Flu burung memiliki gejala yang bervariasi. Berdasarkan “Buku Flu Burung Ancaman dan Pencegahan” pada kasus yang sangat ganas dan akut gejala ditandai dengan kematian tinggi tanpa disertai gejala klinis. Hewan tampak sehat tetapi tiba-tiba mati. Namun pada umumnya gejala yang ditimbulkan oleh infeksi virus flu burung akan menunjukkan gejala klinis, sebagai berikut :

1. Jengger, pial, kulit perut yang tidak ditumbuhi bulu, berwarna biru keunguan.
2. Kadang-kadang ada cairan dari mata dan hidung,
3. Pembengkakan di daerah bagian muka dan kepala,
4. Pendarahan dibawah kulit (sub kutan),
5. Pendarahan titik (petechie) pada daerah dada, kaki dan telapak kaki,
6. Batuk, bersin, ngorok,
7. Unggas mengalami diare dan kematian tinggi.

2.1.1.3 Cara Penularan

Berdasarkan “Buku Flu Burung Ancaman dan Pencegahan” penyakit influenza flu burung dapat ditularkan dari unggas ke unggas dari peternakan ke peternakan lainnya dengan cara :

1. kontak langsung dari unggas terinfeksi dengan hewan yang peka dan
2. kontak tidak langsung

penularan dengan kontak tidak langsung melalui :

- Percikan cairan atau lendir yang berasal dari hidung dan mata.
- Paparan muntahan.
- Lubang anus (tinja) unggas yang sakit.
- Penularan lewat udara akibat konsentrasi virus yang tinggi terdapat dalam saluran pernapasan.
- Melalui sepatu dan pakaian peternak yang terkontaminasi/tercemar.
- Melalui pakan, air, dan peralatan yang terkontaminasi virus.
- Melalui perantara angin yang memiliki peran penting dalam penularan penyakit dalam satu kandang tetapi memiliki peran terbatas dalam penyebaran antar kandang.
- Unggas air berperan sebagai reservoir (sumber) virus avian influenza melalui virus yang ada dalam saluran usus (intestinal) dan dilepaskan melalui kotoran/tinja (feces).

2.1.1.4 Cara Pencegahan

Menurut “Buku Flu Burung Ancaman dan Pencegahan” tidak ada pengobatan yang praktis dan spesifik untuk infeksi virus flu burung pada unggas komersial. Pada peternakan unggas komersial tindakan pemusnahan terbatas terhadap unggas yang sakit disarankan untuk menghindari kasus yang lebih luas.

Dalam menanggulangi flu burung dilakukan 3 pola yakni; pencegahan berupa upaya yang dilakukan untuk menghindari terjadinya flu burung; pengendalian merupakan upaya untuk mengendalikan jika terjadi kasus flu burung sehingga tidak meluas; dan pemberantasan yang merupakan suatu upaya untuk membebaskan kembali suatu wilayah dari flu burung.

Pelaksanaan pencegahan, pengendalian dan pemberantasan penyakit dilakukan dengan melaksanakan 9 (Sembilan) langkah penanggulangan flu burung pada hewan yang terdiri atas :

1. Peningkatan keamanan dari penularan (*biosekuriti*),

2. Vaksinasi lengkap, 3 (tiga) kali dalam setahun.
3. Pemusnahan terbatas (*depouulasi*) di daerah tertular,
4. Pengendalian lalu lintas unggas, produk unggas dan limbah peternakan unggas,
5. Surveilans dan penelusuran (*tracking back*),
6. Pengisian kandang kembali (*restocking*),
7. Pemusnahan menyeluruh (*stamping-out*) di daerah tertular baru,
8. Peningkatan kesadaran masyarakat (*public awareness*),
9. Monitoring dan evaluasi.

Dari kesembilan langkah tersebut langkah utama yang dapat dilaksanakan oleh masyarakat adalah pelaksanaan *biosekuriti* yang ketat, vaksinasi lengkap, pemusnahan terbatas, pengisian kandang kembali dan pemusnahan menyeluruh di daerah tertular baru.

Pelaksanaan *biosekuriti* secara ketat adalah untuk mencegah semua kemungkinan penularan/kontak dengan peternakan tertular dan penyebaran penyakit, melalui tindakan :

- a. Pengawasan lalu lintas dan tindak karantina/isolasi peternakan tertular dan lokasi tempat-tempat penampungan unggas yang tertular yang dilakukan dengan :
 - Membatasi secara ketat lalu lintas hewan/unggas, produk unggas, pakan, kotoran, bulu, alas kandang/litter,
 - Membatasi lalu lintas orang/pekerja dan kendaraan yang keluar masuk lokasi peternakan,
 - Para pekerja dan semua orang yang berada dalam lokasi peternakan harus dalam kondisi sehat,
 - Para pekerja peternakan dan semua orang yang masuk lokasi peternakan/penampungan unggas tertular harus menggunakan pakaian

pelindung, kacamata, masker, sepatu pelindung dan harus melalui tindakan desinfeksi dan sanitasi,

- Mencegah kontak antara unggas dengan burung liar/burung air, rodensia (tikus) dan hewan lain.

b. Dekontaminasi/desinfeksi (*sucihama*) dilakukan terhadap :

- Semua bahan, sarana peralatan dan bangunan kandang yang kontak dengan unggas sakit,
- Pakaian pekerja kandang, alas kaki, kendaraan dan bahan lain yang tercemar yang masuk dan keluar lokasi peternakan,
- Lokasi jalan menuju peternakan/kandang dan areal sekitar kandang/tempat penampungan unggas.
- Jenis desinfektan yang dapat digunakan misalnya asam perasetat, hidrogen peroksida, sediaan ammonium kuartener, formaldehid/formalin 2-5%, iodoform kompleks (iodine), senyawa fenol, natrium/kalium hipoklorit.

Pemusnahan unggas selektif (*depopulasi*) di peternakan tertular, dilakukan dengan :

- a) Membunuh dengan menyembelih semua unggas hidup yang sakit dan unggas sehat yang sekandang dan memusnahkannya dengan pembakaran.
- b) Pembakaran :
 - Membakar dan mengubur unggas mati (bangkai), karkas, telur, kotoran (*feces*), bulu, alas kandang (sekam), pupuk dan pakan ternak yang tercemar serta bahan dan peralatan lain yang tidak dapat *didekontaminasi/didesinfeksi* secara efektif.
 - Lubang tempat penguburan/pembakaran harus berlokasi di dalam areal peternakan tertular dan berjarak minimal 20 meter dari kandang tertular dengan kedalaman 1,5 meter.

- Apabila lubang tempat penguburan/pembakaran terletak di luar areal peternakan tertular, maka harus jauh dari pemukiman penduduk dan mendapat ijin dari Dinas Peternakan setempat.

Vaksinasi/pengebalan dilakukan terhadap semua jenis unggas yang sehat di daerah tertular. Tindakan vaksinasi dilakukan sesuai dengan ketentuan. Vaksin yang dipergunakan adalah vaksin inaktif (*killed vaccine*) yang telah mendapatkan nomor registrasi dari pemerintah. Vaksinasi diberikan secara lengkap yaitu 3 (tiga) kali dalam setahun.

Pengisian kembali (*restocking*) unggas ke dalam kandang dapat juga dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan setelah dilakukan pengosongan kandang dan semua tindakan dekontaminasi (*desinfeksi*) dan disposal sesuai prosedur selesai dilaksanakan.

Pemusnahan unggas secara menyeluruh (*stamping out*) di daerah tertular baru akan dilakukan apabila timbul kasus avian influenza di daerah bebas/terancam yang telah didiagnosa secara klinis, patologi anatomis dan epidemiologis serta dikonfirmasi secara laboratoris. Pemusnahan menyeluruh dilakukan dengan memusnahkan seluruh ternak unggas yang sakit maupun yang sehat pada peternakan tertular dan juga terhadap semua unggas yang berada dalam radius 1 km dari peternakan tertular tersebut.

2.1.2 Flu Burung pada Manusia

2.1.2.1 Gejala Klinis

Berdasarkan “Buku Flu Burung Ancaman dan Pencegahan” Gejala klinis penyakit Flu Burung/Avian Influenza pada manusia, umumnya seperti gejala influenza biasa atau influenza musiman, yaitu demam (panas), sakit tenggorokan, batuk, pilek, nyeri otot, sakit kepala, lemas, kadang-kadang disertai gejala diare. Dalam waktu singkat penyakit ini dapat menjadi lebih

berat dengan gejala sesak nafas karena adanya peradangan di paru-paru (pneumonia), dan dapat menyebabkan kematian.

Disamping gejala klinis, adanya riwayat kontak dengan unggas sakit atau mati, dalam 7 hari terakhir sebelum gejala klinis muncul akan memperkuat dugaan sebagai kasus suspek/tersangka Flu Burung.

2.1.2.2 Cara Penularan

Cara penularan virus flu burung dari unggas ke manusia menurut “Buku Flu Burung Ancaman dan Pencegahan” melalui cara kontak langsung dengan unggas yang sakit, mati, tinja, cairan (sekreta) unggas yang terserang flu burung.

Cara penularan virus flu burung dari unggas ke manusia dapat pula melalui kontak tak langsung melalui lingkungan yang tercemar virus yang berasal dari unggas sakit atau mati, tinja atau sekreta unggas yang terserang flu burung masuk ke saluran pernapasan.

Dari hasil penyelidikan epidemiologi terhadap kasus positif Flu Burung di Indonesia hingga akhir Mei 2008 ditemukan faktor resiko penularan yaitu :

- 48,1 % kontak langsung dengan unggas sakit atau mati,
- 38,5 % kontak tak langsung dengan lingkungan yang tercemar/terinfeksi ayam mati/sakit,
- 13,4 % belum diketahui faktor resiko penularannya.

Adapun orang yang beresiko tertular virus flu burung adalah pekerja pada peternakan, keluarga yang memelihara unggas, lingkungan keluarga di sekitar peternakan, penjual dan penjamah unggas, pekerja pemotong unggas.

Sampai saat ini belum terbukti adanya penularan virus flu burung dari manusia ke manusia.

2.1.2.3 Definisi Kasus

Berdasarkan “Buku Flu Burung Ancaman dan Pencegahan” kasus flu burung pada manusia dibedakan sebagai berikut :

a. Kasus Suspek (tersangka)

Kasus Suspek adalah seseorang yang menderita infeksi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) dengan gejala demam (temperatur lebih dari 38°C), disertai satu atau lebih gejala : batuk, sakit tenggorokan, pilek, sesak nafas dan dengan salah satu keadaan di bawah ini :

- 7 hari (seminggu) terakhir sebelum timbul gejala klinis mempunyai riwayat kontak dengan unggas, unggas sakit atau mati atau menggunakan produk mentah unggas seperti pupuk kandang dan lain-lain.
- 7 hari (seminggu) terakhir sebelum sakit mengunjungi peternakan yang sedang berjangkit Flu Burung.
- 7 hari (seminggu) terakhir sebelum muncul gejala klinis memegang atau menangani specimen (manusia atau binatang) yang dicurigai mengandung virus H5N1.
- 7 hari terakhir sebelum muncul gejala klinis kontak erat dengan kasus suspek, probable dan positif flu burung.
- Foto rontgen dada/toraks menggambarkan pneumonia yang cepat memburuk pada serial foto.

- Pemeriksaan darah didapat lekopenia atau jumlah Lekosit dibawah normal, *limfositopenia* dan *Trombositopenia*.
- Ditemukan titer anti bodi terhadap H5 dengan HI tes positif atau uji ELISA untuk influenza A tanpa subtype.

b. Kasus Probable

Kasus Probable adalah kasus suspek disertai salah satu atau lebih keadaan :

- Ditemukan titer anti bodi terhadap H5 dengan HI tes positif atau uji ELISA untuk influenza A tanpa subtype.
- Pemeriksaan laboratorium dengan mikro neutralization tes menunjukkan adanya antibodi spesifik influenza A/H5.

c. Kasus Konfirmasi atau positif Flu Burung (Confirmed Case)

Kasus Konfirmasi adalah kasus suspek atau Probable disertai oleh salah satu hasil pemeriksaan laboratorium :

- Kultir virus influenza A/H5N1 positif
- RT-PCR influenza (H5) positif
- Peningkatan titer antibodi H5 sebesar 4 kali atau lebih pada pemeriksaan specimen konvalensen dengan mikro neutralization tes, dan titer antibodi netralisasi konvelensen harus $>$ atau sama 1/80.

2.1.2.4 Pencegahan dan Kewaspadaan

Berdasarkan “Buku Flu Burung Ancaman dan Pencegahan” pencegahan penularan flu burung dapat dicegah dengan berbagai cara sebagai berikut :

1. Perilaku hidup bersih dan sehat

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan, secara umum prinsip-prinsip kerja yang higienis seperti mencuci tangan dengan sabun atau disinfektan lain seperti lisol, karbol dan kaporit dan menggunakan alat pelindung diri, merupakan upaya yang harus dilakukan oleh mereka yang kontak dengan unggas, baik unggas hidup maupun unggas sakit atau unggas mati.

WHO juga menyatakan bahwa dengan memasak bahan makanan asal unggas secara baik (merebus daging sampai 80°C /sampai mendidih, merebus telur menjadi masak) maka virus akan mati.

Kebiasaan sederhana untuk menghindarkan kita dan keluarga dari ancaman tertular kuman, bakteri atau virus flu burung adalah dengan membiasakan diri kita mencuci tangan terutama :

- Sebelum makan dan masak
- Setelah menggunakan kamar mandi
- Setelah bersih-bersih di rumah
- Setelah menyentuh unggas/hewan, termasuk hewan peliharaan
- Setelah mengunjungi atau merawat keluarga kerabat yang sakit
- Setelah membersihkan hidung, batuk atau bersin
- Saat kembali ke rumah setelah bermain, berkebun, bekerja atau yang lainnya.

2. Kebersihan Lingkungan

Kebersihan lingkungan merupakan penanganan faktor risiko terbaik dalam pencegahan terhadap penularan penyakit. Untuk mencegah tertular virus flu burung perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- Bersihkan kandang secara rutin setiap hari

- Buanglah kotoran unggas dengan cara dikubur dan ditimbun
- Bersihkan makanan unggas yang tercecer di lantai sehingga tidak mengundang burung-burung liar ke kandang.
- Alirkan limbah cair yang berasal dari hasil pembersihan kandang ke saluran pembuangan kotoran yang tersedia (selokan).
- Jauhkan kandang-kandang unggas dari tempat tinggal.
- Apabila ada unggas (ayam, burung, bebek) yang mati gunakan sarung tangan atau kantong plastik dipakai pada kedua tangan, masker atau menutup mulut dan hidung dengan saputangan, pada saat membakar dan menimbun unggas tersebut dan setelah itu cuci tangan dengan sabun.
- Bagi pekerja dan peternak unggas seyogianya ;
 - Menggunakan pakaian pelindung diri (topi, masker, sarung tangan, sepatu bot, pakaian khusus)
 - Cuci tangan dan kaki dengan desinfektans atau sabun setelah keluar dari kandang.
 - jangan merokok dan makan didalam areal kandang.
- Apabila akan menggunakan pupuk kandang pada tanaman diharapkan menggunakan sarung tangan dan masker (tutup hidung).
- Apabila akan membersihkan ayam yang sudah dipotong diharapkan :
 - Membersihkan ayam tersebut dengan air yang mengalir
 - Buanglah kotoran yang berasal dari jeroan dengan dibungkus plastic
 - Cucilah telur sebelum disimpan

- Cuci tangan dengan sabun, atau deterjen setelah membersihkan ayam atau telur.

2.2 Pengetahuan

2.1.2 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang didapat setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 1993). Manusia melakukan penginderaan melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan sentuhan. Tetapi pengetahuan manusia sebagian besar didapatkan melalui mata dan telinga.

Hakikat pengetahuan menurut Jujun (1984) adalah segenap apa yang diketahui manusia tentang sesuatu tertentu, termasuk tentang ilmu. Manusia mempunyai pengetahuan untuk menjawab permasalahan kehidupannya sehari-hari dan digunakan untuk memecahkan masalah yang dihadapinya. Sehingga pengetahuan memegang peranan sangat penting dalam hal pembentukan tindakan seseorang (*overt behaviour*). Faktor pengetahuan mempunyai pengaruh sebagai motivasi awal seseorang dalam berperilaku dan perubahannya tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku. Hubungan positif antara variable pengetahuan dan variable perilaku telah banyak diperlihatkan. Selain itu Ancok (1987) berpendapat bahwa pengetahuan mempengaruhi sikap dan perilaku dari segi positif dan segi negatif sesuatu hal. Notoadmodjo (1993) mengatakan, tindakan yang didasari pengetahuan dan pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Skinner (1993) membuat batasan bahwa pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menjawab isi materi yang ingin diukur. Bila seseorang dapat menjawab pertanyaan mengenai suatu bidang tertentu dengan lancar, baik secara lisan maupun tulisan maka dikatakan dia mengetahui bidang itu. Sekelompok jawaban

verbal yang diberikan seseorang dinamakan pengetahuan (*knowledge*) (Notoatmodjo, 1993).

2.2.2 Komponen Pengetahuan

Benyamin Bloom (1908), menguraikan pengetahuan subjek atau responden dapat dikategorikan sebagai berikut :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkat yang paling rendah. Untuk mengukur bahwa orang itu tahu tentang yang dipelajari antara lain mampu menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi dan menyatakan suatu objek dengan benar.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Bila telah paham maka dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramal terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan untuk menyusun, merencanakan, meringkas, dan menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang sudah ada.

2.3 Sikap

2.3.1 Pengertian Sikap

Berkowitz (1972) mengemukakan sikap sebagai perasaan mendukung atau memihak (*favourable*) atau perasaan tidak mendukung (*non favourable*) terhadap suatu obyek. G.W Allport berpendapat bahwa sikap adalah kesiapan mental dan syaraf dari kesiapan yang iatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau trarah terhadap respon individu pada suatu obyek dan situasi yang berkaitan dengannya (Notoadmodjo, 1993).

2.3.2 Komponen Sikap

1. Komponen Kognitif

Komponen kognitif dalam sikap berisi tentang persepsi, kepercayaan, keyakinan, pengetahuan, fakta, pendapat dan sebagainya yang dimiliki seseorang terhadap suatu objek tertentu. Misalnya sikap masyarakat terhadap penyakit Flu Burung. Komponen kognitif yang ada di dalamnya berupa informasi ataupun pengetahuan mereka mengenai penyebab dari penyakit flu burung, cara penularannya, pencegahannya dll. Kepercayaan, keyakinan, pengetahuan dan

sebagainya yang dimiliki seseorang terhadap Flu Burung tersebut datang dari apa yang telah mereka lihat dan ketahui. Berbekal itu kemudian terbentuklah suatu penilaian mengenai suatu objek. Kepercayaan yang terbentuk itu bisa juga datang langsung dari pengalamannya sendiri atau dialami orang lain, namun kadang-kadang dalam situasi tertentu, kepercayaan bisa terbentuk karena seseorang belum pernah mempunyai informasi atau tidak adanya informasi yang tepat mengenai suatu objek. Karena hal tersebut, seseorang akan mempunyai kepercayaan yang salah mengenai suatu objek.

2. Komponen Afektif

O'Sears (1992), mengatakan bahwa komponen afektif terdiri dari seluruh perasaan atau emosi seseorang terhadap suatu objek sikap, termasuk penilaian-penilaiannya. Secara umum unsur-unsur kognitif yang telah terbentuk dalam diri seseorang mempunyai perasaan kognitif dan negatif yang berkaitan dengan suatu objek. Akan halnya dengan reaksi emosional terhadap suatu objek, pada umumnya banyak ditentukan oleh kepercayaan atau apa yang telah kita percayaidengan benar selama ini.

3. Komponen Konatif

Menurut Azwar (1988), segala sesuatu yang menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku dalam diri seseorang berkaitan dengan bagaimana obyek sikap yang dihadapinya merupakan komponen konatif dari sikap. Komponen konatif menunjukkan kecenderungan pada seseorang untuk mengambil tindakan pencegahannya, memperbanyak informasi mengenai Flu Burung, tidak berperilaku yang meningkatkan resiko tertular Flu Burung dan sebagainya.

Pengertian kecenderungan berperilaku menurut Azwar menunjukkan bahwa komponen konatif tidak hanya meliputi perilaku yang dapat dilihat secara langsung saja, tetapi meliputi perilaku yang berupa pernyataan atau perkataan yang diucapkan oleh seseorang. Lebih lanjut lagi dikatakan bahwa kecenderungan berperilaku tersebut akan diwujudkan.

2.3.3 Tingkatan Sikap

Dalam Pengantar Pendidikan Kesehatan dan ilmu Perilaku Kesehatan (Notoadmodjo, 1993), tingkatan sikap dibatasi menjadi 4, yaitu :

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan sebagai subjek yang mau dan memperlihatkan stimulus yang diberikan (obyek). Seseorang mempunyai sikap yang berbeda-beda tentang Flu Burung. Sikap mereka dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian mereka untuk mencari informasi mengenai Flu Burung lebih banyak.

2. Merespon (*responden*)

Merespon diartikan memberi jawaban jika ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

3. Manghargai (*valuing*)

Menghargai diindikasikan dari kemampuan seseorang dalam mempengaruhi dan mengajak orang lain untuk mengerjakan dan mendiskusikan suatu masalah.

4. Bertanggungjawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggungjawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan semua risiko yang bakal diterimanya.

2.4 Perilaku

2.4.1 Pengertian Perilaku

Perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme baik yang diamati secara langsung maupun secara tidak langsung. Ruang lingkup perilaku sangat luas, tetapi Benyamin Bloom (1908) untuk kepentingan tujuan pendidikan membagi perilaku ke dalam tiga ranah (kawasan) : kognitif, afektif dan psikomotor. Terbentuknya suatu perilaku terutama pada orang dewasa dimulai pada ranah kognitif, artinya subyek tahu lebih dulu terhadap stimulus yang berupa materi. Pengertian perilaku dapat dibatasi sebagai keadaan jiwa (berpendapat, berpikir, bersikap) untuk memberikan respon terhadap situasi di luar subyek tersebut. Perilaku berbeda dengan sikap, sikap adalah suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu objek dengan cara menyatakan adanya tanda-tanda untuk mengenai atau tidak objek tersebut. Sikap hanya sebagian dari perilaku manusia (Notoatmojo, 1993).

2.4.2 Tingkatan Perilaku

1. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2. Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar dan sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat dua.

3. Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

4. Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

2.4.3 Perubahan Perilaku

Dalam merubah perilaku seseorang ke hal positif WHO menyatakan dalam tiga strategi :

1. Dorongan atau kekuatan/kekuasaan

Sasaran atau obyek dipaksa berperilaku seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh dengan peraturan perundang-undangan yang harus dipatuhi dan bila tidak akan terkena sanksi. Cara ini efektif untuk merubah perilaku, namun belum tentu berlangsung lama karena perubahan yang terjadi belum atau tidak didasari oleh kesadaran diri.

2. Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi misalnya : Flu Burung dan pencegahannya melalui media cetak dan media elektronik akan meningkatkan pengetahuan mengenai hal tersebut. Hasil perubahan perilaku dengan cara ini akan memakan waktu yang lama tetapi perubahan yang dicapai bersifat langgeng karena didasari oleh pengetahuan yang mereka miliki sehingga menimbulkan kesadaran sendiri (bukan paksaan).

3. Diskusi dan partisipasi

Masyarakat tidak hanya pasif tentang informasi tetapi aktif berpartisipasi melalui diskusi tentang informasi yang diterima, sehingga pengetahuan

yang diperoleh akan semakin mantap dan mendalam yang akhirnya perilaku yang diperolehpun lebih mantap. Cara ini waktunya lebih lama dari cara yang kedua namun hasilnya jauh lebih baik.

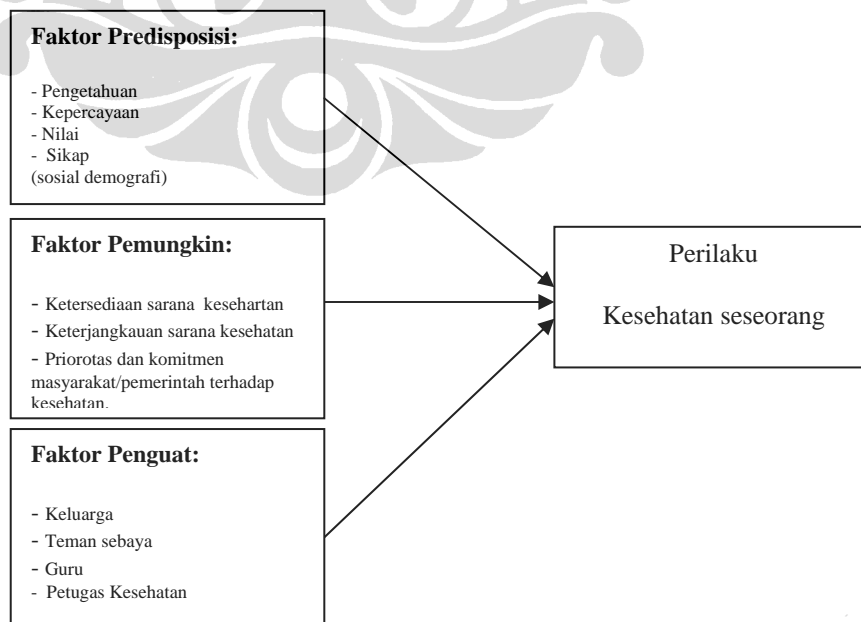
Menurut Green (1980), menyatakan bahwa perilaku kesehatan dapat dipengaruhi antara lain :

1. *Predisposing factor* mencakup pengetahuan, sikap, kebiasaan, kepercayaan, dan unsure lain yang terdapat dalam individu masyarakat. yaitu faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Terdiri dari : sosio-demografi terdiri dari status sosio ekonomi, umur, jenis kelamin dan ukuran keluarga. Faktor ini tidak dapat diintervensi, tetapi berguna dalam menentukan sasaran dan strategi/metode intervensi; dan sosio psikologik, yang mencakup faktor kognitif dan afektif terdiri dari pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap yang dapat diintervensi dengan pendidikan kesehatan. Pengetahuan tentang kesehatan mencakup apa yang diketahui oleh seseorang tentang penyakit (tanda atau gejala, penyebab, cara penularan, cara pencegahan, cara mengatasi), pengetahuan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan dan pengetahuan untuk menghindari kecelakaan. Untuk mengukur pengetahuan kesehatan ini dengan mengajukan pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan langsung atau angket.
2. *Enabling factor* mencakup ketersediaan dan ketercapaian fasilitas. Yaitu, faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang, seperti : ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan sumber daya kesehatan, dan keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan
3. *Reinforcing factor* mencakup sikap dan perilaku petugas kesehatan.

Yaitu faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku seseorang, seperti; sikap dan perilaku petugas kesehatan dan petugas lain, tokoh masyarakat, keluarga, teman sejawat/sebaya, dan lain-lain; sosialisasi, kebijakan pemerintah dan lain-lain.

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang tersebut, ketersediaan atau tidak ketidaksiediaan fasilitas kesehatan serta sikap dan perilaku petugas kesehatan maupun petugas-petugas lainnya, sosialisasi kebijakan pembuat keputusan dan lain-lain. Jadi seseorang yang masih memelihara unggas di rumahnya dan tidak melakukan sertifikasi unggas peliharaannya, mungkin disebabkan tidak mengetahui penularan dan bahaya Flu Burung, budaya setempat (*predisposing factor*). Barangkali juga tempat sertifikasi unggas jauh dari tempat tinggalnya, (*enabling factor*), atau mungkin juga karena kurangnya sosialisasi dan pengawasan penerapan kebijakan kepada masyarakat (*reinforcing factor*).

Skema 2.1 Green et al “ Tiga Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan”



(sumber : Green et al, 1980)

BAB 3

KERANGKA KONSEP

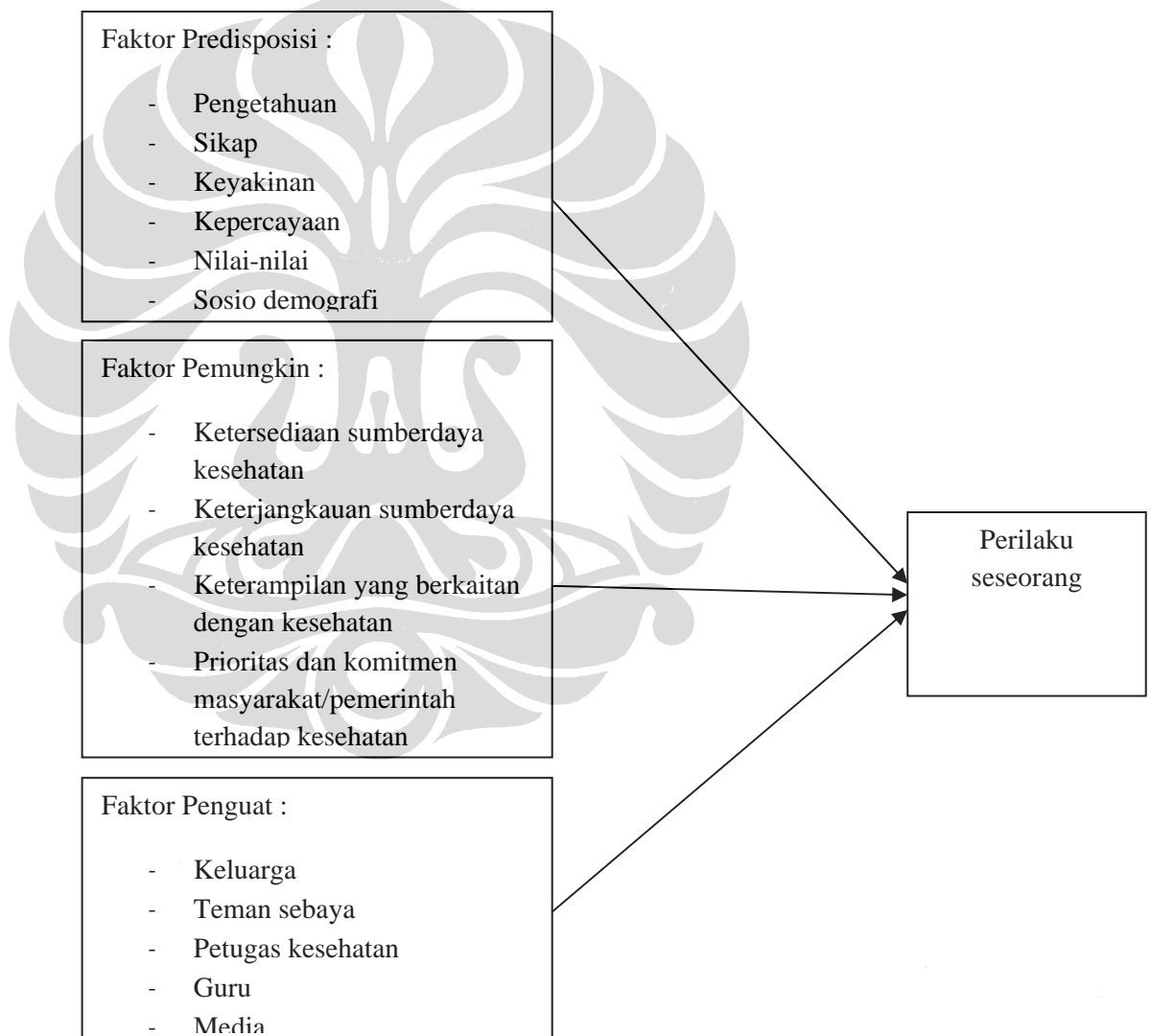
3.1 Kerangka Teori

Green (1980) menyatakan bahwa perilaku kesehatan dapat dipengaruhi oleh : Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, kebiasaan, kepercayaan, dan unsur lain yang terdapat dalam individu masyarakat, yaitu faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Yang terdiri dari : sosio-demografi terdiri dari status sosio ekonomi, umur, jenis kelamin dan ukuran keluarga. Faktor ini tidak dapat diintervensi, tetapi berguna dalam menentukan sasaran dan strategi/metode intervensi; dan sosio psikologik, yang mencakup faktor kognitif dan afektif terdiri dari pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap yang dapat diintervensi dengan pendidikan kesehatan. Pengetahuan tentang kesehatan mencakup apa yang diketahui oleh seseorang tentang penyakit (tanda atau gejala, penyebab, cara penularan, cara pencegahan, cara mengatasi), pengetahuan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan dan pengetahuan untuk menghindari kecelakaan. Untuk mengukur pengetahuan kesehatan ini dengan mengajukan pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan langsung atau angket.

Faktor Pendukung (*Enabling factor*) mencakup ketersediaan dan ketercapaian fasilitas. Yaitu, faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang, seperti : ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan sumber daya kesehatan, dan keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan.

Faktor Penguat (*Reinforcing factor*) mencakup sikap dan perilaku petugas kesehatan. Yaitu faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku seseorang, seperti; sikap dan perilaku petugas kesehatan dan petugas lain, tokoh masyarakat, keluarga, teman sejawat/sebaya, dan lain-lain; sosialisasi, kebijakan pemerintah dan lain-lain.

Skema 3.1 Teori Lawrence Green mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang



(sumber : Green, Lawrence W., Marshal W. Kreuter, Sigrid G. Deeds, Key B. Patridge. 1980).

3.2 Kerangka Konsep

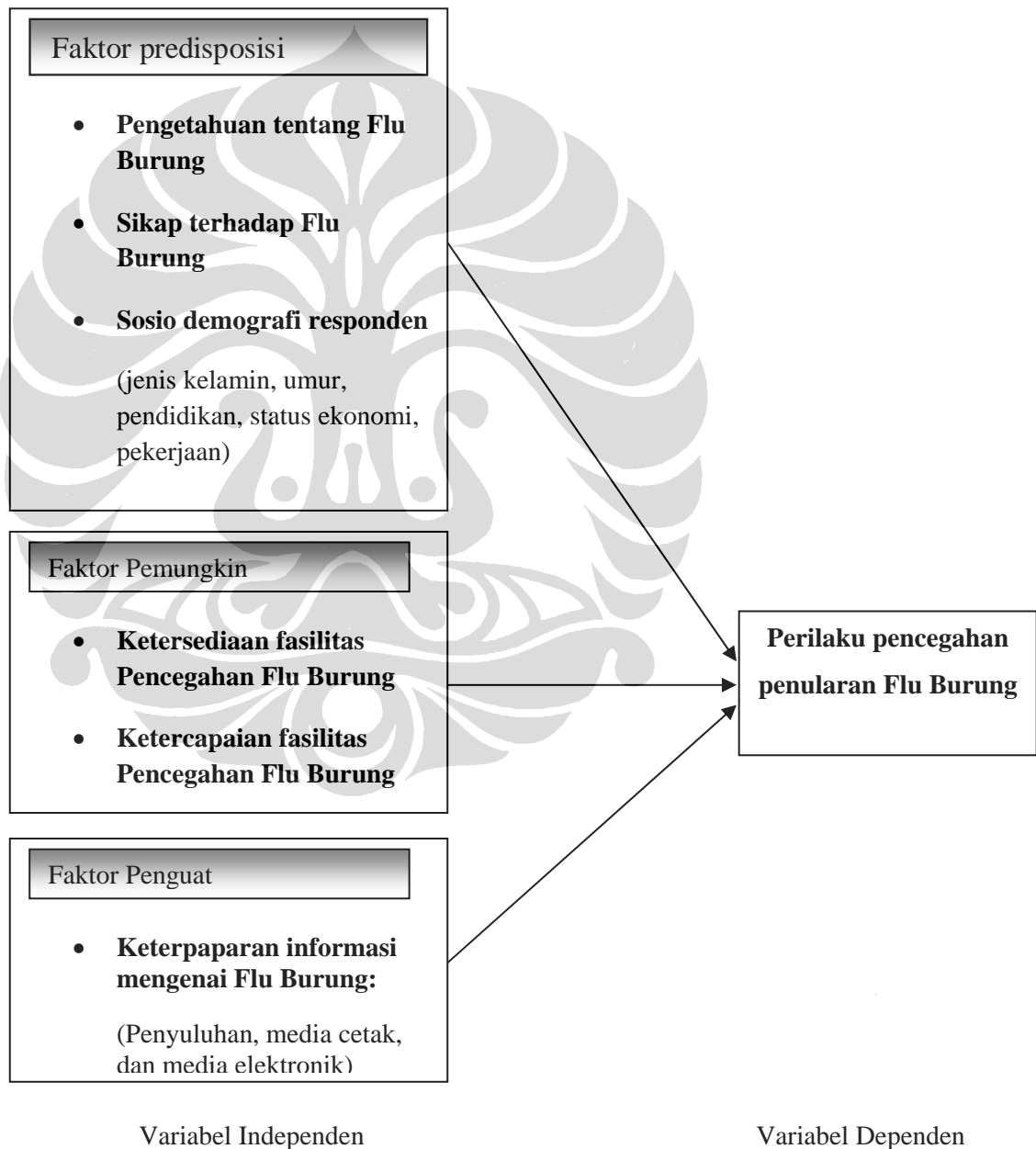
Dari kerangka teori diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh berbagai faktor yaitu Faktor predisposisi sebagai faktor internal dalam penelitian ini yaitu pengetahuan responden tentang flu burung, sikap responden terhadap flu burung dan sosio demografi dari responden dalam penelitian ini meliputi Umur, jenis kelamin, Pendidikan terakhir, Penghasilan, pekerjaan. Faktor enabling mengenai ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan oleh masyarakat dan faktor reinforcing yaitu keterpaparan informasi mengenai flu burung yang diperoleh responden melalui penyuluhan, media cetak maupun media elektronik..

Penelitian ini akan melihat pengetahuan dan sikap masyarakat tentang Flu Burung dan perilaku masyarakat. Apabila pengetahuan sudah cukup tinggi dan sikap masyarakat sudah positif maka diharapkan masyarakat sudah berperilaku baik dalam pencegahan penyakit Flu Burung. Faktor pemungkin merupakan faktor penunjang untuk terjadinya perilaku, sedangkan ketersediaan fasilitas harus ditunjang dengan kemudahan/keterjangkauan masyarakat mendapatkan fasilitas kesehatan tersebut. keterjangkauan fasilitas kesehatan merupakan persepsi masyarakat mengenai kemudahan untuk mendapatkan fasilitas berupa peralatan/perlengkapan yang digunakan dalam pencegahan penyakit Flu Burung dan persepsi mengenai jarak dan harga untuk mendapatkan fasilitas tersebut.

Faktor penguat berupa penyuluhan dari petugas mengenai informasi penyakit Flu burung dan juga keterpaparan informasi yang didapat masyarakat melalui media cetak maupun elektronik. Dengan mendapatkan penyuluhan dan keterpaparan informasi melalui media yang tinggi diharapkan dapat mempengaruhi masyarakat untuk menerapkan perilaku pencegahan terhadap Flu Burung.

Dalam penelitian ini peneliti akan meneliti variable-variabel yang sesuai dengan tujuan penelitian, kerangka konsep yang digunakan adalah sebagai berikut :

Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian



3.3 Hipotesis :

1. Ada hubungan antara faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, dan sosio demografi masyarakat (umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, penghasilan, pekerjaan) dengan perilaku pencegahan penyakit Flu Burung di Daerah Kelurahan Manis Jaya Tangerang tahun 2009.
2. Ada hubungan antara faktor pemungkin (ketersediaan fasilitas dan keterjangkauan fasilitas) dengan perilaku pencegahan penyakit Flu Burung di Daerah Kelurahan Manis Jaya Tangerang tahun 2009.
3. Ada hubungan antara faktor penguat (keterpaparan informasi : penyuluhan, media cetak, dan elektronik) dengan perilaku pencegahan penyakit Flu Burung di Daerah Kelurahan Manis Jaya Tangerang tahun 2009.

