



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTIK
PENCEGAHAN HEPATITIS A DENGAN KEJADIAN
HEPATITIS A PADA SISWA SMAN 4 DEPOK 2012**

SKRIPSI

ANIKO PRESTIA SAKTI

NPM : 1006818570

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

PEMINATAN PENDIDIKAN KESEHATAN & ILMU PERILAKU

DEPOK, JUNI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTIK
PENCEGAHAN HEPATITIS A DENGAN KEJADIAN
HEPATITIS A PADA SISWA SMAN 4 DEPOK 2012**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Program Strata Satu Sarjana Kesehatan Masyarakat

SKRIPSI

ANIKO PRESTIA SAKTI

NPM : 1006818570

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

PEMINATAN PENDIDIKAN KESEHATAN & ILMU PERILAKU

DEPOK, JUNI 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Aniko Prestia Sakti

NPM : 1006818570

Tanda Tangan : 

Tanggal : 22 Juni 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Aniko Prestia Sakti

NPM : 1006818570

Mahasiswa Program : S1

Tahun Akademik : 2010/2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

Hubungan Pengetahuan, Sikap, & Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok Tahun 2012.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 22 Juni 2012



Aniko Prestia Sakti




HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Aniko Prestia Sakti
NPM : 1006818570
Program Studi : Pendidikan Kesehatan & Ilmu Perilaku
Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik
Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian
Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok
Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing :	Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, S.K.M, M.Com.H	 (.....)
Penguji Dalam :	dr. Syahrizal Syarif, MPH, Ph.D	 (.....)
Penguji Luar :	Ir. Anis Abdul Muis, M.Kes	 (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 26 Juni 2012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Aniko Prestia Sakti

Tempat Tanggal Lahir : Tembilahan, 24 Oktober 1987

Agama : Islam

Alamat : Jl. Margonda Raya Depok – Jawa Barat

No. Telepon/Hp : 0852 1063 6545

Email : anikoprestiasakti@ymail.com

Pendidikan :

1. SDN 3 Tembilahan Riau Tahun Lulus 1999
2. SLTPN 1 Tembilahan Riau Tahun Lulus 2002
3. SMAN 2 Tembilahan Riau Tahun Lulus 2005
4. Akademi Keperawatan Dinkes Provinsi Riau Tahun Lulus 2010
5. Universitas Indonesia 2010 s/d Sekarang

Riwayat Pekerjaan :

1. Honorer Staf Pidana Umum Kejaksaan Negeri -
Tembilahan-Riau. 2005 s/d 2007

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Aniko Prestia Sakti
NPM : 1006818570
Mahasiswa Program : S1
Tahun Akademik : 2011/2012

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Hubungan Pengetahuan, Sikap, & Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok Tahun 2012.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan saya sebagai penulis/peneliti dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 22 Juni 2012



Aniko Prestia Sakti

ABSTRAK

Nama : Aniko Prestia Sakti
NPM : 1006818570
Program Studi : Pendidikan Kesehatan & Ilmu Perilaku
Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok Tahun 2012.

Pada tahun 2011 pemerintah menetapkan status KLB hepatitis A di Depok menyusul terjangkitnya sejumlah siswa oleh penyakit hepatitis A. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan, sikap, dan praktik pencegahan hepatitis A dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok tahun 2012. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain *case control study* dengan jumlah total responden sebanyak 34 orang dengan rincian *case* sebanyak 17 responden dan *control* sebanyak 17 responden. Sampel *case* diambil seluruhnya/total sampling, sedangkan untuk sampel *control* dilakukan dengan cara *stratified random sampling*. Hasil penelitian ini menunjukkan hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kejadian hepatitis A (OR : 5.958, 95%CI : 1.332 - 26.662), praktik pencegahan hepatitis A (OR : 18.000, 95%CI : 1.929 - 167.986), imunisasi dengan kejadian hepatitis A (OR : 8.438, 95%CI : 1.457 - 48.851), penggunaan alat makan & minum secara bersama dengan kejadian hepatitis A (OR : 11.200, 95%CI : 2.204 - 56.925), konsumsi makanan & minuman secara bersama dengan kejadian hepatitis A (OR : 7.800, 95%CI : 1.687 - 36.062), serta cuci tangan pakai sabun dengan kejadian hepatitis A (OR : 5.958, 95%CI : 1.332 - 26.662). Disarankan peran aktif petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan siswa tentang hepatitis A, pentingnya tindakan *primary protection* berupa imunisasi hepatitis A sebagai upaya preventif, dan pengadaan sarana untuk melakukan cuci tangan pakai sabun, sehingga diharapkan tidak terjadi lagi *outbreak* hepatitis A di Depok.

Kata kunci :

Pengetahuan, sikap, praktik pencegahan, imunisasi, penggunaan alat makan & minum secara bersama, konsumsi makanan & minuman secara bersama, cuci tangan pakai sabun, kejadian hepatitis A.

ABSTRACT

Name : Aniko Prestia Sakti
NPM : 1006818570
Program Study : Pendidikan Kesehatan & Ilmu Perilaku
Title : Association Knowledge, Attitude, and Hepatitis A Preventive Practice with Hepatitis A Outbreak at SMAN 4 Depok Student 2012.

In 2011 the government confirm outbreak hepatitis A in Depok to follow spreading some students with hepatitis A. This examination to know association knowledge, attitude, and hepatitis A preventive practice with outbreak hepatitis A at SMAN 4 Depok student in 2012. This is quantitative examination with case control study design. Total responden amount 34 peoples, they are 17 peoples as case, and 17 peoples as control. Sample the case used total sampling technic, and control used stratified random sampling technic. The result of examination show that significant association between knowledge with hepatitis A (OR : 5.958, 95%CI : 1.332 - 26.662), preventive practice with hepatitis A (OR :18.000, 95%CI : 1.929 – 167.986), immunisation with hepatitis A (OR : 8.438, 95%CI : 1.457 – 48.851), used food & drink tools together with hepatitis A (OR : 11.200, 95%CI : 2.204 – 56.925), consumption food & drink together with hepatitis A (OR : 7.800, 95%CI : 1.687 – 36.062), and hand washing with hepatitis A (OR : 5.958, 95%CI : 1.332 - 26.662). Officer is suggesting to actived give health education in school for increasing student's knowledge about hepatitis A, more important primery protection practice as immunisation as preventive practice, and built tools for hand washing, so that outbreak hepatitis A is no again.

Key word :

Knowledge, attitude, preventive practice, immunisation, used food & drink tools together, consumption food & drink together, hand washing, hepatitis A outbreak.

KATA PENGANTAR

Segala Pujian, Hormat, Pengagungan, Kejayaan, dan syukur hanya untuk Tuhan Yang Maha Esa. Hanya oleh kebaikan dan belas kasih-Nya peneliti boleh ada sampai saat ini. Dengan kemurahan-Nya peneliti telah dapat menyelesaikan penelitian “Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Pencegahan Hepatitis A Dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok tahun 2012”. Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa dalam penelitian ini masih terdapat beberapa kelemahan baik dari segi materi maupun teknik penulisan. Hal ini disebabkan oleh karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan peneliti, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati peneliti menerima segala kritik dan saran yang dapat membangun untuk kesempurnaan penelitian ini. Rasa terima kasih yang tidak terhingga kepada mereka yang telah ikut menyumbangkan segala sesuatu dalam mewujudkan penelitian ini. Pada kesempatan ini perkenankanlah peneliti menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bambang Wispriyono, Ph.D, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Dra. Desry Ningsih, Kepala Sekolah SMAN 4 Depok yang telah berkenan memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan kegiatan penelitian di sekolah yang beliau pimpin.
3. Prof. DR. Soekidjo Notoatmodjo, S.K.M, M.Com.H. Pembimbing Akademik yang dengan sabar telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, motivasi dan masukan-masukan yang sangat berarti kepada peneliti di dalam melakukan penelitian dan menyusun laporan penelitian.
4. dr. Syahrizal Syarif, MPH, Ph.D. Penguji dari Departemen Epidemiologi FKM UI yang telah meluangkan waktu untuk bersedia menguji penelitian ini dan memberikan pengarahan, serta masukan-masukan yang sangat berarti kepada peneliti demi kesempurnaan penelitian ini.

5. Ir. Anis Abdul Muis, M.Kes. Penguji dari Kementerian Kesehatan RI yang telah meluangkan waktu untuk bersedia menguji penelitian ini dan memberikan pengarahan, serta masukan-masukan yang sangat berarti kepada peneliti demi kesempurnaan penelitian ini.
6. Guru/karyawan/staf SMAN 4 Depok, yang telah memberikan bantuan dan kemudahan kepada peneliti dalam melakukan kegiatan penelitian.
7. Siswa/i SMAN 4 Depok yang telah bersedia meluangkan waktunya dan berkontribusi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan.
8. Dinas Kesehatan Kota Depok, yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian dan memberikan data yang peneliti perlukan dalam penyusunan penelitian ini.
9. Terima kasih kepada Ayah, Ibu, dan Saudaraku yang telah memberikan dukungan penuh dalam menyelesaikan perkuliahan.
10. Terima kasih buat rekan-rekan senasib seperjuangan angkatan 2010 dan semua sahabat-sahabat lainnya yang telah menghiasi hari-hari dalam menuntut ilmu hingga penelitian ini dapat terselesaikan dengan baik.

Akhirnya kepada semua peneliti berhutang budi, tanpa do'a, bantuan dan dukungan mereka semua penelitian ini mustahil akan selesai, terima kasih untuk semuanya.

Depok, 26 Juni 2012

dto,

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

LEMBAR PENGESAHAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

ABSTRAK

KATA PENGANTAR.....i

DAFTAR ISI.....iii

DAFTAR TABELvi

DAFTAR BAGANviii

DAFTAR LAMPIRAN.....ix

BAB 1 PENDAHULUAN.....1

1.1 Latar Belakang.....1

1.2 Rumusan Masalah5

1.3 Pertanyaan Penelitian5

1.4 Tujuan Penelitian.....5

1.4.1 Tujuan Umum.....5

1.4.2 Tujuan Khusus.....5

1.5 Manfaat Penelitian6

1.5.1 Dinas Kesehatan/Puskesmas.....6

1.5.2 SMAN 4 Depok.....6

1.5.3 PKIP FKM UI.....6

1.6 Ruang Lingkup.....7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Pengetahuan.....	8
2.2 Konsep Sikap	13
2.3 Konsep Praktik	15
2.4 Kejadian Luar Biasa	20
2.5 Hepatitis A	23
2.6 Kerangka Teori	27
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI	
OPERASIONAL.....	29
3.1 Kerangka Konsep.....	29
3.2 Hipotesis	30
3.3 Definisi Operasional.....	30
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	32
4.1 Desain Penelitian.....	32
4.2 Populasi dan Sampel	32
4.2.1 Populasi.....	32
4.2.2 Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel.....	33
4.3 Teknik Pengambilan Data.....	33
4.4 Pengolahan dan Analisa Data.....	33
4.4.1 Pengolahan Data.....	33
4.4.2 Analisa Data.....	34
4.4.2.1 Analisa Univariat.....	34
4.4.2.2 Analisa Bivariat.....	37
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
5.1 Keterbatasan Penelitian	38
5.1.1 Bias	38
5.1.2 Kekurangan Penelitian.....	39
5.2 Karakteristik Responden.....	40
5.2.1 Jenis Kelamin dan Kelas.....	40

5.2.2 Komparabilitas Antara Kasus-Kontrol Hepatitis A dengan Variabel Jenis Kelamin	41
5.3 Analisa Bivariat.....	42
5.3.1 Hubungan Antara Pengetahuan dengan Kejadian Hepatitis A	42
5.3.2 Hubungan Sikap dengan Kejadian Hepatitis A.....	43
5.3.3 Hubungan Praktik Imunisasi dengan Kejadian Hepatitis A	44
5.3.4 Hubungan Praktik Penggunaan Peralatan Makan dan Minum secara Bersama dengan Kejadian Hepatitis A	45
5.3.5 Hubungan Praktik Mengonsumsi Makanan dan Minuman secara Bersama dengan Kejadian Hepatitis A	46
5.3.6 Hubungan Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun dengan Kejadian Hepatitis A	48
5.3.7 Hubungan Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A	49
5.4 Rekapitulasi Nilai Odds Ratio (OR), Confidence Interval (CI) dan P Value Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok	51
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	52
6.1 Kesimpulan	52
6.2 Saran	52
6.2.1 Bagi Dinas Kesehatan/Puskesmas.....	52
6.2.2 Bagi SMAN 4 Depok.....	53
6.2.3 PKIP FKM UI	53

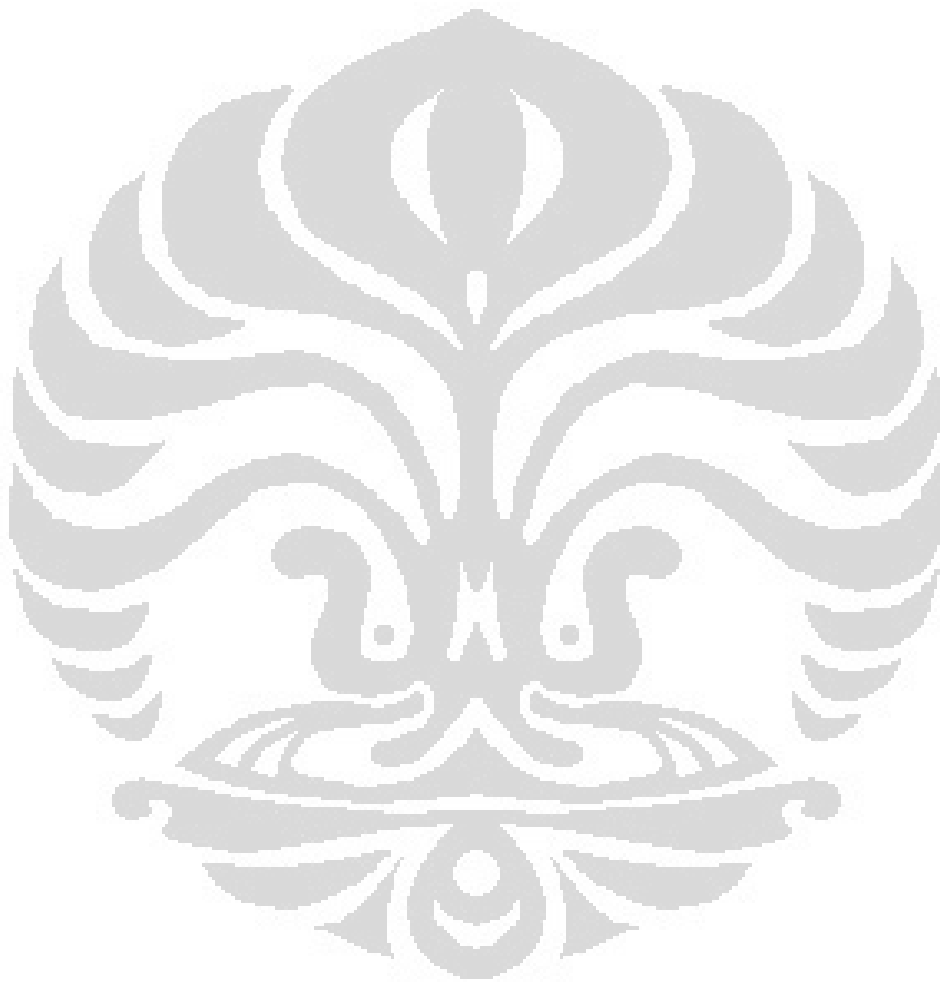
DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Hubungan Pengetahuan, Sikap, & Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok tahun 2012.....	31
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin & Kelas Siswa SMAN 4 Depok	41
Tabel 5.2	Komparabilitas Antara Kasus-Kontrol Hepatitis A dengan Variabel Jenis Kelamin.....	41
Tabel 5.3	Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok	42
Tabel 5.4	Hubungan Sikap dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok.....	43
Tabel 5.5	Hubungan Imunisasi dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok	44
Tabel 5.6	Hubungan Praktik Penggunaan Alat Makan & Minum secara Bersama dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok	45
Tabel 5.7	Hubungan Praktik Mengkonsumsi Makanan & Minuman secara Bersama dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok	46
Tabel 5.8	Hubungan Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok.....	48

Tabel 5.9	Hubungan Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok	49
Tabel 5.10	Nilai Odds Ratio (OR), Confidence Interval (CI), dan P Value Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok.....	51



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Kerangka Teori Hubungan Pengetahuan, Sikap, & Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok Tahun 2012.....	28
Bagan 3.1	Kerangka Konsep Hubungan Pengetahuan, Sikap, & Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok Tahun 2012.....	29



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Informed Consent.
- Lampiran 2 : Kuesioner Penelitian.
- Lampiran 3 : Daftar Istilah.
- Lampiran 4 : Surat Izin Pengambilan Data Ke Dinas Kesehatan Depok.
- Lampiran 5 : Surat Balasan dari Dinas Kesehatan Depok.
- Lampiran 6 : Surat Balasan dari Kantor Kesbangpolinmas Depok.
- Lampiran 7 : Surat Izin Penelitian SMAN 4 Depok.
- Lampiran 8 : Surat Balasan dari SMAN 4 Depok.
- Lampiran 9 : Hasil Analisis

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sehat merupakan suatu keadaan dan proses dalam upaya menjadikan dirinya terintegrasi secara keseluruhan, yaitu fisik, mental, dan sosial. Integritas adaptasi individu dimanifestasikan oleh kemampuan individu untuk memenuhi tujuan mempertahankan pertumbuhan dan reproduksi. Sedangkan sakit merupakan suatu kondisi ketidakmampuan individu untuk beradaptasi terhadap rangsangan yang berasal dari dalam dan luar individu. Kemampuan seseorang dalam beradaptasi (koping) bergantung pada latar belakang individu tersebut dalam mengartikan dan mempersepsikan sehat-sakit, misalnya tingkat pengetahuan dan pendidikan, pekerjaan, usia, budaya, dan lain-lain (Nursalam, 2008).

Dengan memiliki pengetahuan, seseorang dapat mencegah terjadinya suatu penyakit, ada pepatah yang mengatakan “lebih baik mencegah daripada mengobati” inilah istilah yang kerap dipakai untuk mengartikan pentingnya pencegahan sebelum terjadi risiko yang lebih besar. Sepintas istilah ini mungkin terkesan klise, tapi sebenarnya sangat penting artinya dalam menjaga kesehatan. Pengobatan akan memakan biaya yang tidak sedikit, jika tidak sedari awal mencegah penyakit (Purnomo, 2009).

Masalah kesehatan yang masih menjadi prioritas di Indonesia adalah penyakit menular dan penyakit tidak menular, salah satu penyakit menular yaitu hepatitis A (Riskasdas RI, 2010). Hepatitis A merupakan penyakit dengan distribusi global, infeksi hepatitis A yang kemudian ditandai dengan adanya antibodi anti HAV, yang secara universal erat hubungannya dengan standar kesehatan/sanitasi suatu instansi atau daerah yang bersangkutan. Penyakit hepatitis A juga dapat menyebabkan letupan (*out break*) atau kejadian luar biasa/KLB penyakit

hepatitis pada berbagai kelompok populasi yang berbeda (Sulaiman & Julitasari, 2000).

Hepatitis merupakan penyakit yang menular melalui jalur *fecal oral* dapat ditularkan melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi virus hepatitis A. Menurut WHO di dunia ada 1,4 juta pasien hepatitis setiap tahunnya (www.who.int.com, 2012). Berdasarkan data CDC USA (2011) diketahui bahwa persentase insiden penyakit hepatitis A di USA antara 29.1% - 33.5%, dilaporkan juga bahwa insiden kasus hepatitis A akut pada tahun 2009 sebesar 1.987 penderita, dengan perkiraan total insiden kasus infeksi baru sekitar 21.000 penderita. Infeksi virus hepatitis A (HAV) dapat menyebabkan 2.0% sampai 27% kasus hepatitis fulminan akut di negara berkembang (Nelson, 2005). Pada beberapa negara, hepatitis masih menjadi masalah, 10 dari 100 orang akan menderita hepatitis sepanjang hidupnya jika tidak diberi vaksin hepatitis. Imunisasi melindungi seseorang terhadap penyakit menular, seorang anak yang tidak mendapatkan imunisasi cenderung akan mudah terpapar penyakit yang dapat menyebabkan terinfeksi penyakit (Pusat Promkes Kemenkes RI, 2010).

Berdasarkan data dari Riskesdas RI (2007) menyebutkan bahwa penyakit hati menempati urutan terbesar kedua setelah TB sebagai penyebab kematian di Indonesia dengan persentase sebanyak 5,1% dan juga menempati urutan kedua setelah TB dari 10 pola penyakit menular di Indonesia dengan persentase sebanyak 19,1%. Hepatitis klinis terdeteksi di seluruh provinsi di Indonesia dengan prevalensi nasional hepatitis (berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan keluhan responden) sebesar 0,60%. Tiga belas provinsi mempunyai prevalensi di atas angka nasional, tertinggi di provinsi Sulawesi Tengah dan Nusa Tenggara Timur (Riskesdas RI, 2007).

Prevalensi penyakit hepatitis di provinsi Jawa Barat menurut diagnosa yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sebesar 0,3% dan prevalensi penyakit hepatitis berdasarkan diagnosa oleh tenaga

kesehatan atau dengan gejala sebesar 0,6% (Riskesdas provinsi Jawa Barat, 2007). Sementara itu di provinsi DKI Jakarta prevalensi hepatitis berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan sebesar 0,3% dan berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan atau dengan gejala sebesar 0,6% (Riskesdas provinsi DKI Jakarta, 2007).

Berdasarkan data Riskesdas provinsi Jawa Barat (2007) diketahui bahwa prevalensi penyakit hepatitis di Kota Depok berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan sebesar 0,1% dan prevalensi penyakit hepatitis berdasarkan diagnosa oleh tenaga kesehatan atau dengan gejala sebesar 0,2%.

Pada bulan September 2011 Pemerintah memberlakukan status KLB hepatitis A, menyusul terjangkitnya warga Depok yang mengalami hepatitis A. Untuk tahun 2011 daerah yang pertama kali terkena hepatitis A adalah kelurahan Sawangan Baru kecamatan Sawangan tepatnya di SMKN2 Depok dengan penderita sebanyak 92 orang, kemudian disusul oleh kelurahan Mekarsari kecamatan Cimanggis dengan penderita sebanyak 27 orang, selanjutnya adalah kelurahan Sukatani kecamatan Tapos tepatnya di SMAN 4 Depok dengan penderita sebanyak 43 orang (17 orang positif hepatitis A berdasarkan uji laboratorium dan 26 orang dengan gejala). Kejadian hepatitis A yang terbaru terjadi di tahun 2012 dimana penyakit hepatitis A menyerang kelurahan Mampang kecamatan Pancoran Mas dengan penderita sebanyak 28 orang (Dinkes kota Depok, 2012).

Untuk itulah peneliti pada awalnya tertarik untuk melakukan penelitian di SMKN 2 Depok dan memasukkan permohonan izin penelitian karena angka kejadian hepatitis A di sekolah tersebut tertinggi se kota Depok. Namun, hal tersebut tidak jadi dilakukan karena tidak berkenannya pihak sekolah untuk memberikan izin kepada peneliti dengan alasan kasus hepatitis A sudah ditutup dan tidak dibuka lagi, padahal peneliti sudah menerangkan dengan jelas bahwa desain penelitian yang dilakukan justru melihat kebelakang / *retrospective*

dengan rancangan kasus kontrol. Maka peneliti mengambil inisiatif untuk mengganti tempat penelitian ke SMAN 4 Depok yang jumlah penderitanya menempati urutan kedua setelah SMKN 2 Depok, dan pihak sekolah dengan sangat *wellcome* serta memberikan izin untuk dilakukannya penelitian di SMAN 4 Depok.

Penyakit hepatitis A sebenarnya bisa dicegah agar tidak terjadi, pencegahan penyakit hepatitis A merupakan salah satu bentuk dari perilaku. Menurut teori perilaku Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007) ada tiga faktor yang dapat mempengaruhi perilaku, yaitu sbb :

- a. Faktor predisposisi ; sosio demografi (umur, status pernikahan, pendidikan yang pernah diperoleh, status hidup, dan penghasilan) serta sosio psikologik (pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai - nilai).
- b. Faktor pemungkin ; tersedianya sarana dan prasarana.
- c. Faktor penguat ; sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas, petugas kesehatan dan peraturan.

Salah satu upaya untuk mencegah penularan penyakit hepatitis A yaitu dengan cuci tangan pakai sabun (www.who.int.com, 2012). Banyak orang yang bisa melakukan cuci tangan namun belum tentu cara melakukannya benar, Robin Lee Allen, et al (2003) mengatakan bahwa kebiasaan cuci tangan merupakan faktor yang paling penting dalam upaya mencegah penyebaran penyakit hepatitis A. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Abdur Rachim (2004) menyebutkan bahwa penyakit hepatitis A erat hubungannya dengan perilaku cuci tangan (OR : 2.669, 95% CI : 1.472 – 4.839).

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka peneliti merasa tertarik untuk mengetahui hubungan pengetahuan, sikap, dan praktik pencegahan hepatitis A dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok, serta dengan pertimbangan responden yang jumlahnya diperkirakan mewakili dari responden yang akan peneliti lakukan.

1.2 Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka diketahui bahwa penyebaran penyakit hepatitis A menular melalui jalur *fecal oral* berupa kontaminasi makanan dan minuman oleh virus hepatitis A. Namun, belum diketahui secara pasti penyebab penularan penyakit hepatitis A di SMAN 4 Depok, sehingga menimbulkan keinginan peneliti untuk melakukan penelitian lebih lanjut yang nantinya hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai upaya pencegahan sehingga penyakit hepatitis A tidak terjadi lagi.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Sesuai dengan perumusan masalah yang telah peneliti buat maka dapat ditentukan pertanyaan penelitian yaitu ”Adakah hubungan pengetahuan, sikap, dan praktik pencegahan hepatitis A dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok tahun 2012 ? ”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum.

Untuk mengetahui Hubungan Pengetahuan, Sikap, Dan Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok tahun 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus.

- a. Untuk mengetahui hubungan antara Pengetahuan dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok.
- b. Untuk mengetahui hubungan antara Sikap dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok.
- c. Untuk mengetahui hubungan antara Praktik Imunisasi dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok.
- d. Untuk mengetahui hubungan antara Praktik Penggunaan Alat Makan dan Minum secara Bersama dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok.

- e. Untuk mengetahui hubungan antara Praktik Konsumsi Makan dan Minum secara Bersama dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok.
- f. Untuk mengetahui hubungan antara Cuci Tangan Pakai Sabun dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok.
- g. Untuk mengetahui hubungan antara Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Pengambil Keputusan/*Stake Holder* (Dinkes/Puskesmas).

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah masukan dan informasi bagi Dinas Kesehatan/puskesmas (bagian Promosi Kesehatan) agar dapat membuat suatu kebijakan atau intervensi program terkait dengan penanggulangan hepatitis A yang dapat dicegah, sehingga terciptanya suatu program kesehatan di sekolah seperti melalui upaya penyuluhan kesehatan dan imunisasi.

1.5.2 Bagi SMAN 4 Depok.

Penelitian ini diharapkan dapat menambah masukan dan informasi bagi pihak SMAN 4 Depok tentang faktor-faktor penyebab terjadinya hepatitis A, sehingga kedepannya dapat dicegah.

1.5.3 Bagi Pengembangan ilmu pengetahuan PKIP FKM UI.

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran / sumber referensi bagi penelitian selanjutnya, yang kemudian diharapkan mendapatkan suatu solusi alternatif pemecahan masalah dalam upaya *preventive* terhadap kemungkinan penyakit hepatitis A yang sebenarnya dapat dicegah.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan pengetahuan, sikap, dan praktik pencegahan hepatitis A dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok tahun 2012. Dalam hal ini yang menjadi responden adalah siswa SMAN 4 Depok. Dipilihnya SMAN 4 Depok sebagai tempat penelitian dengan pertimbangan responden yang jumlahnya diperkirakan mewakili dari responden yang akan peneliti lakukan. Penelitian dilaksanakan pada bulan April s/d Juni 2012 dan pengumpulan data dilakukan dengan cara penyebaran angket dan wawancara.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan

2.1.1 Pengertian.

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, raba, dan rasa. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan (*knowledge*) adalah kebiasaan, keahlian, kepakaran, keterampilan, pemahaman atau pengertian yang diperoleh dari pengalaman, latihan atau melalui proses belajar (Pratomo, 2007).

2.1.2 Tingkat pengetahuan.

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*).

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus hidup bersih dan sehat.

c. Aplikasi (*application*).

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

d. Analisis (*analysis*).

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*).

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*).

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

2.1.3 Cara memperoleh pengetahuan.

Dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

a. Cara tradisional atau cara non-ilmiah.

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

1) Cara coba – salah (*Trial and Error*)

Cara yang paling tradisional, yang pernah digunakan oleh manusia dalam memperoleh pengetahuan adalah melalui cara coba-coba atau dengan kata lain “*trial and error*”. Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba kembali dengan kemungkinan ke tiga dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat terpecahkan. Itulah sebabnya maka cara ini disebut metode *trial* (coba), *and error* (gagal atau salah) atau metode coba-salah/coba-coba.

2). Cara kekuasaan atau otoritas.

Kebiasaan seperti ini tidak hanya terjadi pada masyarakat tradisional saja, melainkan juga terjadi pada masyarakat modern, sumber pengetahuan tersebut dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, ahli agama, pemegang pemerintahan dan sebagainya. Dengan kata lain pengetahuan diperoleh berdasarkan otoritas atau kekuasaan baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, maupun ahli ilmu pengetahuan.

3). Berdasarkan pengalaman pribadi.

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi pada masa lalu. Semua pengalaman pribadi tersebut dapat merupakan sumber kebenaran pengetahuan. Namun perlu diperhatikan bahwa tidak semua pengalaman pribadi dapat menuntun seseorang untuk menarik kesimpulan dengan benar. Untuk dapat menarik kesimpulan dari pengalaman dengan benar diperlukan berfikir kritis dan logis.

b. Cara modern atau cara ilmiah.

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada saat ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metodologi penelitian /*research methodology*. (Notoatmodjo, 2005).

2.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan.

Menurut Lukman dalam Hendra (2008), ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu :

a. Umur.

Singgih (1998) dalam Hendra (2008), mengemukakan bahwa makin tua umur seseorang maka proses-proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat seperti ketika berumur belasan tahun. Selain itu Abu Ahmadi (2001) dalam Hendra (2008), juga mengemukakan bahwa memang daya ingat seseorang itu salah satunya dipengaruhi oleh umur. Dari uraian ini maka dapat kita simpulkan bahwa bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada penambahan pengetahuan yang diperolehnya, akan tetapi pada umur-umur tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang.

b. Intelegensi.

Intelegensi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk belajar dan berfikir abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru. Intelegensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi hasil dari proses belajar. Intelegensi bagi seseorang merupakan salah satu modal untuk berfikir dan mengolah berbagai informasi secara terarah sehingga ia mampu menguasai lingkungan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perbedaan intelegensi dari seseorang akan berpengaruh pula terhadap tingkat pengetahuan.

c. Lingkungan.

Lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Lingkungan memberikan pengaruh pertama bagi seseorang, dimana seseorang dapat mempelajari hal-hal yang baik dan juga hal-hal yang buruk tergantung pada sifat kelompoknya. Dalam lingkungan seseorang akan memperoleh pengalaman yang akan berpengaruh pada cara berfikir seseorang.

d. Sosial budaya.

Sosial budaya mempunyai pengaruh pada pengetahuan seseorang. Seseorang memperoleh suatu kebudayaan dalam hubungannya dengan orang lain, karena hubungan ini seseorang mengalami suatu proses belajar dan memperoleh suatu pengetahuan.

e. Pendidikan.

Pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan itu dapat berdiri sendiri. Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya.

f. Informasi.

Informasi akan memberikan pengaruh pada pengetahuan seseorang. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya TV, radio, atau surat kabar, maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

g. Pengalaman.

Pengalaman merupakan guru yang terbaik. Pepatah tersebut dapat diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu (Hendra, 2008).

2.2 Konsep Sikap

2.2.1 Pengertian

Sikap merupakan suatu kecenderungan untuk bertindak dan bereaksi terhadap obyek tertentu baik secara positif maupun negatif. Sikap dapat mendukung perilaku tetapi juga dapat bertolak belakang dengan perilaku seseorang. Thomas & Znaniecki (1920) dalam A. Wawan (2010) menegaskan bahwa sikap adalah predisposisi untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tertentu, sehingga sikap bukan hanya kondisi internal psikologis yang murni dari individu (*purely psychic inner state*), tetapi sikap lebih merupakan proses kesadaran yang sifatnya individual. Artinya proses ini terjadi secara subjektif dan unik pada diri setiap individu. Keunikan ini dapat terjadi oleh adanya perbedaan individual yang berasal dari nilai-nilai dan norma yang ingin dipertahankan dan dikelola oleh individu.

2.2.2 Komponen sikap

Baron dan Byrne juga Myers dan Gerungan menyatakan bahwa ada tiga komponen yang membentuk sikap yaitu :

1. Komponen kognitif (komponen perseptual), yaitu komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan yaitu hal-hal yang berhubungan dengan bagaimana orang mempersepsikan terhadap sikap.
2. Komponen afektif (komponen emosional), yaitu komponen yang berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap objek sikap. Rasa senang merupakan hal yang positif, sedangkan rasa tidak senang merupakan hal yang negatif. Komponen ini menunjukkan arah sikap, yaitu positif dan negatif.
3. Komponen konatif (komponen perilaku, atau *action component*), yaitu komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak terhadap objek sikap. Komponen ini menunjukkan intensitas sikap, yaitu menunjukkan besar kecilnya kecenderungan bertindak atau berperilaku seseorang terhadap objek sikap.

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap

1. Pengalaman pribadi

Sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting.

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

3. Pengaruh kebudayaan.

Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengarah sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaanlah

yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya.

4. Media massa.

Dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara obyektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

5. Lembaga pendidikan dan lembaga agama.

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan, tidaklah mengherankan jika pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

6. Faktor emosional.

Kadang kala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

2.3 Konsep Praktik/Tindakan (*practice*)

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak. Perilaku merupakan kumpulan berbagai faktor yang saling berinteraksi. Ada perilaku-perilaku yang disengaja atau tidak sengaja membawa manfaat bagi kesehatan individu atau kelompok kemasyarakatan sebaliknya ada yang disengaja atau tidak disengaja berdampak merugikan kesehatan.

a. Perilaku sadar yang menguntungkan kesehatan.

Mencakup perilaku-perilaku yang secara sadar oleh seseorang yang berdampak menguntungkan kesehatan. Perilaku tersebut berhubungan dengan kegiatan-kegiatan pencegahan penyakit serta penyembuhan dari penyakit yang dijalankan dengan sengaja atas dasar pengetahuan dan kepercayaan bagi diri yang bersangkutan, atau orang-orang lain, atau suatu kelompok sosial.

b. Perilaku sadar yang merugikan kesehatan.

Perilaku sadar yang dijalankan secara sadar atau diketahui tetapi tidak menguntungkan kesehatan terdapat pula dikalangan orang berpendidikan atau profesional, atau secara umum pada masyarakat-masyarakat yang sudah maju. Kebiasaan *personal hygien*, pengabaian pola makanan sehat sesuai dengan kondisi biomedis, pencemaran lingkungan, dan sebagainya.

c. Perilaku tidak sadar yang merugikan kesehatan.

Perilaku ini paling banyak dipelajari, terutama karena penanggulangannya merupakan salah satu tujuan utama berbagai program pembangunan kesehatan masyarakat, misalnya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.

d. Perilaku tidak sadar yang menguntungkan kesehatan.

Perilaku ini menunjukkan bahwa tanpa dasar pengetahuan manfaat biomedis umum yang terkait, seseorang atau sekelompok orang dapat menjalankan kegiatan-kegiatan tertentu yang secara langsung atau tidak langsung memberi dampak positif terhadap derajat kesehatan mereka.

Faktor sosial berperan menghasilkan unsur penyebab penyakit atau memperbesar peluang untuk kontak dengan kuman (agen) penyakit.

- a. Faktor sosial dapat mempengaruhi kebiasaan *personal hygien*, pola konsumsi makanan, maupun lingkungan. Namun faktor sosial tersebut tidak berperan dalam etiologi penyakit karena timbulnya penyakit pada seseorang ada mekanismenya tersendiri.
- b. Kondisi lingkungan mempengaruhi pemenuhan *personal hygien* seseorang.
- c. Pendidikan berkaitan dengan pemenuhan *personal hygien*.
- d. Status sosial ekonomi merupakan ukuran yang penting.

Sadli dalam A. Wawan (2010) membagi individu dengan lingkungan sosial yang saling mempengaruhi, yaitu sbb :

- a. Perilaku kesehatan individu ; sikap dan kebiasaan individu yang erat kaitannya dengan lingkungan.
- b. Lingkungan keluarga ; kebiasaan-kebiasaan tiap anggota keluarga mengenai kesehatan.
- c. Lingkungan terbatas ; tradisi, adat-istiadat dan kepercayaan masyarakat sehubungan dengan kesehatan.
- d. Lingkungan umum ; kebijakan-kebijakan pemerintah di bidang kesehatan, undang-undang kesehatan, program-program kesehatan, dan sebagainya.

Perilaku kesehatan mencakup :

- a. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit yaitu bagaimana manusia berespons, baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsikan penyakit atau rasa sakit yang ada pada dirinya dan di luar dirinya, maupun aktif (tindakan/praktik) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit atau sakit tersebut. Perilaku terhadap sakit dan penyakit ini dengan sendirinya sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit, yakni :
 - 1). Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan.
 - 2). Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*), adalah respon untuk melakukan pencegahan penyakit, misalnya imunisasi, peningkatan *personal hygien*. Termasuk perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.
 - 3). Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*), yaitu perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan.
 - 4). Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*) yaitu perilaku yang berhubungan

dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit.

- b. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respons seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respons terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatannya, yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas, petugas dan obat-obatan.
- c. Perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*) yakni respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan praktik terhadap kebiasaan makan, pengelolaan makanan.
- d. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*environmental health behavior*) adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia. Lingkup perilaku ini seluas lingkup kesehatan lingkungan itu sendiri. Perilaku ini antara lain mencakup :
 - 1). Perilaku sehubungan dengan air bersih, termasuk didalamnya komponen, manfaat, dan penggunaan air bersih untuk kepentingan kesehatan.
 - 2). Perilaku sehubungan dengan pembuangan air kotor, yang menyangkut segi-segi *hygien*, pemeliharaan teknik, dan penggunaannya.
 - 3). Perilaku sehubungan dengan limbah, baik limbah padat maupun limbah cair. Termasuk di dalamnya sistem pembuangan sampah dan air limbah yang sehat serta dampak pembuangan limbah yang tidak baik.
 - 4). Perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat, yang meliputi jamban sehat, sanitasi, dan sebagainya.

Menurut Notoatmodjo (2007), praktik atau tindakan mempunyai beberapa tingkatan :

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

3. Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah 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.

Oleh sebab itu indikator praktik kesehatan mencakup hal-hal sebagai berikut :

1. Tindakan (praktik) sehubungan dengan penyakit.

Tindakan ini mencakup :

- a. Pencegahan penyakit, seperti imunisasi.
- b. Penyembuhan penyakit, seperti : minum obat, berobat ke pelayanan kesehatan.

2. Tindakan (praktik) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

Tindakan ini mencakup antara lain : melakukan olahraga secara teratur, mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, dan sebagainya.

3. Tindakan (praktik) kesehatan lingkungan.

Tindakan ini antara lain mencakup : buang air besar di WC, membuang sampah di tempat sampah, menggunakan air bersih untuk mandi, cuci, masak, dan sebagainya.

2.4 Kejadian Luar Biasa

2.4.1 Pengertian.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No . 949/MENKES/SK/VII/2004 dalam Agung (2012) Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian, kesakitan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu.

2.4.2 Kriteria KLB.

Berdasarkan Keputusan Dirjen PPM No 451/91) tentang Pedoman Penyelidikan dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa dalam Agung (2012) disebutkan bahwa tergolong kejadian luar biasa, jika ada unsur:

- a. Timbulnya suatu penyakit menular yang sebelumnya tidak ada atau tidak dikenal.
- b. Peningkatan kejadian penyakit terus-menerus selama 3 kurun waktu berturut-turut menurut penyakitnya (jam, hari, minggu).
- c. Peningkatan kejadian penyakit/kematian 2 kali lipat atau lebih dibandingkan dengan periode sebelumnya (jam,hari,minggu,bulan, tahun).
- d. Jumlah penderita baru dalam satu bulan menunjukkan kenaikan 2 kali lipat atau lebih bila dibandingkan dengan angka rata-rata perbulan dalam tahun sebelumnya.

2.4.3 Tujuan Penyelidikan KLB.

- a. Tujuan Umum :
 - 1) Mencegah meluasnya (penanggulangan).
 - 2) Mencegah terulangnya KLB di masa yang akan datang (pengendalian).

- b. Tujuan khusus :
 - 1) Diagnosis kasus yang terjadi dan mengidentifikasi penyebab penyakit.
 - 2) Memastikan bahwa keadaan tersebut merupakan KLB,
 - 3) Mengidentifikasi sumber dan cara penularan.
 - 4) Mengidentifikasi keadaan yang menyebabkan KLB.
 - 5) Mengidentifikasi populasi yang rentan atau daerah yang berisiko akan terjadi KLB.

2.4.4 Langkah-langkah Penyelidikan KLB.

- a. Persiapan penelitian lapangan.
- b. Menetapkan apakah kejadian tersebut suatu KLB.
- c. Memastikan Diagnosis Etiologis
- d. Mengidentifikasi dan menghitung kasus atau paparan
- e. Mendeskripsikan kasus berdasarkan orang, waktu dan tempat.
- f. Membuat cara penanggulangan sementara dengan segera (jika diperlukan).
- g. Mengidentifikasi sumber dan cara penyebaran
- h. Mengidentifikasi keadaan penyebab KLB
- i. Merencanakan penelitian lain yang sistematis
- j. Menetapkan saran cara pencegahan atau penanggulangan.
- k. Menetapkan sistem penemuan kasus baru atau kasus dengan komplikasi.
- l. Melaporkan hasil penyelidikan kepada instansi kesehatan setempat dan kepada sistem pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

2.4.5 Penetapan KLB.

- a. Dilakukan dengan membandingkan insidensi penyakit yang tengah berjalan dengan insidensi penyakit dalam keadaan biasa (endemik), pada populasi yang dianggap berisiko, pada tempat dan waktu tertentu.
- b. Dengan Pola Maximum dan Minimum 5 tahunan atau 3 tahunan.

- c. Membandingkan frekuensi penyakit pada tahun yang sama bulan berbeda atau bulan yang sama tahun berbeda.

Petunjuk penetapan KLB :

- a. Angka kesakitan/kematian suatu penyakit menular disuatu Kecamatan menunjukkan kenaikan 3 kali atau lebih selama tiga minggu berturut-turut atau lebih.
- b. Jumlah penderita baru dalam satu bulan dari suatu penyakit menular disuatu Kecamatan, menunjukkan kenaikan dua kali lipat atau lebih, bila dibandingkan dengan angka rata-rata sebulan dalam setahun sebelumnya dari penyakit menular yang sama di kecamatan tersebut itu.
- c. Angka rata-rata bulanan selama satu tahun dari penderita-penderita baru dari suatu penyakit menular di suatu Kecamatan, menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih, bila dibandingkan dengan angka rata-rata bulanan dalam tahun sebelumnya dari penyakit yang sama di Kecamatan yang sama pula
- d. *Case Fatality Rate* suatu penyakit menular tertentu dalam satu bulan di suatu Kecamatan, menunjukkan kenaikan 50 % atau lebih, bila dibandingkan CFR penyakit yang sama dalam bulan yang lalu di Kecamatan tersebut.
- e. *Proporsional Rate* penderita baru dari suatu penyakit menular dalam waktu satu bulan, dibandingkan dengan proportional rate penderita baru dari penyakit menular yang sama selama periode waktu yang sama dari tahun yang lalu menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih.
- f. Khusus untuk penyakit-penyakit Kholera, Cacar, Pes, DHF/DSS :
 - 1) Setiap peningkatan jumlah penderita-penderita penyakit tersebut di atas, di suatu daerah endemis yang sesuai dengan ketentuan-ketentuan di atas.
 - 2) Terdapatnya satu atau lebih penderita/kematian karena penyakit tersebut diatas, di suatu kecamatan yang diatas,

- di kecamatan yang telah bebas dari penyakit-penyakit tersebut, paling sedikit bebas selama 4 minggu berturut-turut.
- g. Apabila kesakitan/kematian oleh keracunan yang timbul di suatu kelompok masyarakat.
 - h. Apabila di daerah tersebut terdapat penyakit menular yang sebelumnya tidak ada/dikenal (Agung, 2012).

2.5 Hepatitis A

2.5.1 Pengertian

Hepatitis A adalah suatu penyakit yang diakibatkan masuknya virus hepatitis A ke dalam tubuh, terutama menyerang hati yang bisa menimbulkan gejala-gejala hepatitis (Sulaiman & Julitasari, 2000).

2.5.2 Penyebab

Penyebab penyakit Hepatitis A adalah virus.

2.5.3 Cara Penularan

Penyakit Hepatitis A menular melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi virus hepatitis A (*fecal-oral*).

2.5.4 Gejala Penyakit

Gejala dapat berupa ; demam tiba-tiba, hilang nafsu makan, mual, muntah, penyakit kuning (kulit dan mata menjadi kuning), air kencing berwarna tua, tinja pucat. Hepatitis A dapat dibagi menjadi 3 stadium :

- a. Stadium pendahuluan (prodromal) terdapat gejala demam ringan, nafsu makan hilang, mual-mual, diikuti urine berwarna gelap yang mengandung bilirubin (biasanya tidak ada dalam urine), ikterus yang semakin meningkat dan pembesaran hati ringan dan sering terasa nyeri (Sibuea, dkk, 2005).

- b. Stadium dengan gejala kuning (stadium ikterik); dan
- c. Stadium kesembuhan (konvalesensi). Gejala kuning tidak selalu ditemukan.

Sulaiman & Julitasari (2000) menyebutkan bahwa gejala klinis penyakit hepatitis A dapat dibagi menjadi 4 yaitu :

- a. Masa Inkubasi.

Lamanya viremia (adanya virus dalam darah) pada hepatitis A selama 2-4 minggu.

- b. Fase pre-ikterik.

Dengan keluhan yang tidak khas ini sering terjadi diduga sebagai penderita influenza, gastritis maupun arthritis. Pada kasus yang nyata terkadang disebut gejala klasik ditemukan seperti urine berwarna gelap, lelah/lemas, hilang nafsu makan, nyeri dan rasa tidak enak di perut, tinja berwarna pucat, mual muntah, demam kadang-kadang menggigil, kadang-kadang sakit kepala, nyeri pada sendi (arthralgia), pegal-pegal pada otot (myalgia), diare, rasa tidak enak di tenggorokan (Raymond S.Koff, 1992).

- c. Fase ikterik.

Fase ini pada awalnya disadari oleh penderita, biasanya setelah demam turun penderita menyadari bahwa urine berwarna kuning pekat seperti air teh, ataupun tanpa disadari, orang lain yang melihat sklera dan kulit berwarna kekuning-kuningan. Pada fase ini (ikterik) kuningnya akan meningkat, menetap, kemudian menurun secara perlahan-lahan, hal ini bisa berlangsung sekitar 10-14 hari. Pada stadium ini keluhan sudah mulai berkurang dan pasien merasa lebih baik.

d. Fase penyembuhan.

Fase penyembuhan dimulai dengan menghilangnya sisa gejala, ikterus mulai menghilang, penderita merasa segar kembali walaupun mungkin masih terasa cepat lelah. Umumnya masa penyembuhan secara klinis dan biokimiawi memerlukan waktu sekitar 6 bulan (Sulaiman & Julitasari, 2000).

2.5.5 Pencegahan.

Sulaiman & Julitasari (2000) mengatakan bahwa ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mencegah penyakit hepatitis A, yaitu sbb :

a. Imunisasi.

Imunisasi adalah suatu cara untuk menimbulkan / meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak ia terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya sakit ringan (Kemenkes RI, 2010). Orang yang dekat dengan penderita mungkin memerlukan terapi imunoglobulin. Imunisasi hepatitis A bisa dilakukan dalam bentuk sendiri (Havrix) atau bentuk kombinasi dengan vaksin hepatitis B (Twinrix). Imunisasi hepatitis A dilakukan dua kali, yaitu vaksinasi dasar dan booster yang dilakukan 6-12 bulan kemudian. Imunisasi hepatitis A dianjurkan bagi orang yang potensial terinfeksi seperti penghuni asrama dan mereka yang sering jajan di luar rumah. Selama 2 minggu setelah gejala pertama atau 1 minggu setelah penyakit kuning muncul, penderita disarankan untuk di isolasi.

b. Tidak menggunakan alat makan/minum seperti sedotan, gelas, dan piring secara bersama atau bergantian.

Menurut Sulaiman & Julitasari (2000) menyebutkan bahwa penyakit hepatitis A dapat dicegah dengan meningkatkan *hygiene* perorangan seperti tidak menggunakan peralatan makan dan minum secara bergantian.

c. Menggunakan air minum dan makanan yang bebas dari kontaminasi.

d. Cuci tangan pakai sabun.

Cuci tangan pakai sabun merupakan salah satu cara untuk menurunkan penyebaran penyakit seperti ISPA, diare, Flu burung, dan hepatitis A. Hal ini penting diketahui oleh masyarakat agar dapat meningkatkan kesadaran untuk melakukan praktik cuci tangan pakai sabun dalam kehidupan sehari-hari (Kemenkes RI, 2011).

Waktu-waktu kritis cuci tangan pakai sabun yang harus diperhatikan / diketahui yaitu :

- 1) Sebelum makan.
- 2) Sebelum menghadirkan makanan.
- 3) Sebelum memberikan makan bayi / balita.
- 4) Sesudah buang air besar / buang air kecil.
- 5) Sesudah memegang hewan.

Pada kondisi tertentu misalnya di sekolah, cuci tangan pakai sabun dapat saja dilakukan pada saat :

- 1) Setelah bermain/berolahraga.
- 2) Setelah bersin.
- 3) Setelah mengucek mata.
- 4) Setelah membuang ingus.
- 5) Setelah memegang kapur tulis.
- 6) Setelah gotong royong / bekerja di kebun sekolah.

Cara cuci tangan pakai sabun yang benar, yaitu sbb :

- 1) Mulailah mencuci tangan dengan air mengalir.
- 2) Gunakan sabun dan gosok sampai berbusa.
- 3) Lakukan tujuh langkah cuci tangan dengan benar (menggosok telapak tangan, punggung tangan, antara jari dan bawah kuku) selama 20 detik.
- 4) Bilas sampai bersih dan keringkan dengan lap bersih.

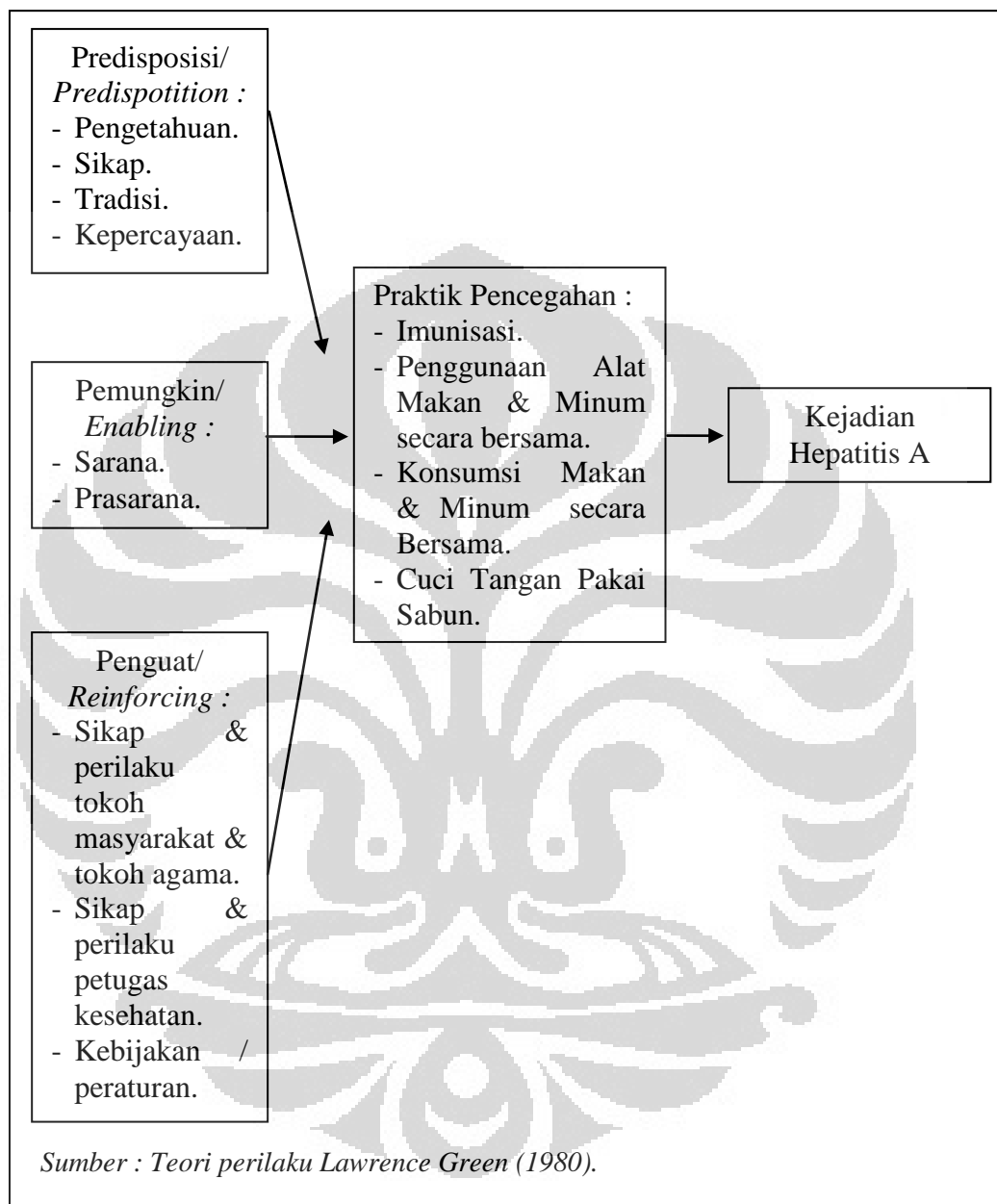
(Kemenkes RI, 2011).

2.6 Kerangka Teori

Pencegahan termasuk ke dalam bentuk perilaku, dengan melakukan perilaku pencegahan hepatitis A seperti ; imunisasi, tidak menggunakan peralatan makan dan minum secara bersama, tidak mengkonsumsi makanan dan minuman secara bersama, dan mencuci tangan pakai sabun, maka seseorang dapat terhindar dari penyakit hepatitis A (Sulaiman & Julitasari, 2000). Menurut Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007) teori perilaku dapat dijelaskan pada bagan 2.1 di bawah ini.



Bagan 2.1 Kerangka Teori Hubungan Pengetahuan, Sikap, & Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok tahun 2012



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

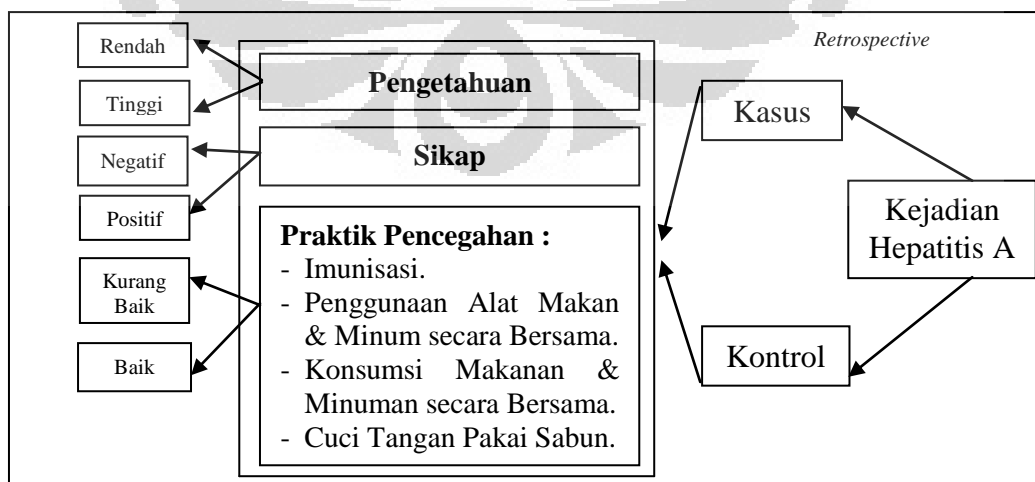
3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan gambaran dan arahan asumsi mengenai variabel-variabel yang akan diteliti, atau memiliki arti hasil sebuah sintesis dari proses berpikir deduktif maupun induktif, dengan kemampuan kreatif dan inovatif diakhiri konsep atau ide baru. Kerangka konsep disusun untuk menentukan pertanyaan yang akan dijawab dan bagaimana prosedur penelitian akan dilakukan untuk menemukan jawaban pertanyaan tersebut (Hidayat, 2010).

Pada kerangka konsep penelitian ini, peneliti ingin melihat adakah hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok.

Berdasarkan penjelasan di atas maka kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada bagan 3.1 di bawah ini :

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Pengetahuan, Sikap, & Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok tahun 2012



3.2 Hipotesis

Hipotesis berasal dari kata hipo (lemah) dan tesis (pernyataan), yaitu suatu pernyataan yang masih lemah yang membutuhkan pembuktian untuk menegaskan apakah hipotesis dapat diterima atau ditolak, berdasarkan fakta atau data empiris yang telah dikumpulkan dalam penelitian, atau dengan kata lain hipotesis merupakan sebuah pernyataan tentang hubungan yang diharapkan antara dua variabel atau lebih yang dapat diuji secara empiris. Pada umumnya hipotesis terdiri dari pernyataan terhadap ada atau tidak adanya hubungan antara dua variabel, yakni variabel bebas (*independen variabel*) dan variabel terikat (*dependen variabel*). Variabel bebas merupakan variabel penyebab, sedangkan variabel terikat adalah variabel akibat (Hidayat, 2010).

Berdasarkan hal tersebut di atas maka hipotesis dalam penelitian ini dapat disusun, yaitu sbb :

1. $H_0 : \rho = 0$, H_0 gagal ditolak, artinya Tidak Ada Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, & Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok tahun 2012.
2. $H_a : \rho \neq 0$, H_0 ditolak, artinya Ada Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, & Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok tahun 2012 (Hidayat, 2010).

3.3 Definisi Operasional.

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan kriteria karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2008).

Tabel 3.1
Definisi Operasional Hubungan Pengetahuan, Sikap, & Praktik
Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A
pada Siswa SMAN 4 Depok tahun 2012

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen				
Hepatitis A.	Siswa/i yang positif mengalami penyakit hepatitis A berdasarkan uji laboratorium, dan menunjukkan gejala-gejala hepatitis seperti ; mual, muntah, warna urine seperti air teh, dan warna kuning pada sclera & kulit.	Berdasar kan data sekunder.	1. Positif / sakit.	Ordinal.
• Kasus (positif infeksi HAV).				
• Kontrol.	Siswa/i yang berdasarkan uji laboratorium tidak mengalami penyakit hepatitis A, dan tidak menunjukkan gejala-gejala hepatitis seperti ; mual, muntah, warna urine seperti air teh, dan warna kuning pada sclera & kulit.	Wawancara dengan responden	2. Negatif / sehat	Ordinal.
Variabel Independen				
• Pengetahuan.	Jawaban yang diberikan responden terhadap pertanyaan tentang pengertian, penyebab, cara penularan, gejala, dan cara pencegahan penyakit hepatitis A.	Angket.	1. Rendah < mean. 2. Tinggi \geq mean. (Mean = 8.91)	Ordinal.
• Sikap.	Tanggapan yang diberikan oleh responden atas pernyataan tentang pengertian penyebab, cara penularan, gejala, dan cara pencegahan penyakit hepatitis A.	Angket.	1. Negatif < mean. 2. Positif \geq mean. (Mean = 41.82)	Ordinal.
• Praktik Pencegahan Hepatitis A.	Jawaban yang diberikan responden terhadap pertanyaan tentang praktik pencegahan hepatitis A seperti ; imunisasi, praktik penggunaan peralatan makan & minum secara bersama, praktik konsumsi makanan dan minuman secara bersama, dan praktik cuci tangan pakai sabun.	Angket & Wawancara	1. Kurang Baik. < median. 2. Baik. \geq median. (Median = 10)	Ordinal.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian studi kasus-kontrol, dimana penelitian ini merupakan penelitian dengan membandingkan kelompok kasus dengan kelompok kontrol untuk mengetahui proporsi kejadian berdasarkan riwayat ada tidaknya paparan. Rancangan penelitian ini bersifat retrospektif yaitu rancangan penelitian dengan melihat kebelakang tentang suatu kejadian yang berhubungan dengan kejadian kesakitan yang diteliti saat ini, artinya penelitian ini berupaya untuk melihat faktor penyebab dimasa lalu terhadap kejadian sekarang (Hidayat, 2010).

Kelompok kasus pada penelitian ini adalah siswa/i yang berdasarkan uji laboratorium positif mengalami penyakit hepatitis A, sedangkan kelompok kontrol adalah teman sekelas dari kelompok kasus yang tidak menderita penyakit hepatitis A. Perbandingan antara kelompok kasus yaitu siswa berpenyakit (*case*) dan sekelompok siswa tidak berpenyakit (*control*) dengan kelompok kontrol yaitu 1:1, hal ini dilakukan dengan tujuan untuk meminimalkan bias.

4.2. Populasi dan Sampel.

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2008). Hastono (2010) mengatakan bahwa populasi adalah keseluruhan dari unit di dalam pengamatan yang akan kita lakukan. Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah siswa SMAN 4 Depok.

4.2.2 Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel.

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2008). Di dalam penelitian ini semua siswa yang positif mengalami hepatitis A berdasarkan uji laboratorium berjumlah 17 orang siswa diambil sebagai kasus (*case*), dan kontrol (*control*) merupakan siswa yang sehat berjumlah 17 orang siswa, sehingga total seluruh responden berjumlah 34 orang.

Teknik pengambilan kasus (*case*) dilakukan dengan mengambil semua siswa yang sakit. Teknik pengambilan kontrol (*control*) dilakukan dengan *random sampling*.

4.3 Teknik Pengambilan Data.

Pengambilan data dalam penelitian ini dengan cara menggunakan angket yaitu cara pengumpulan data melalui pemberian kuesioner dan wawancara dengan beberapa pertanyaan kepada responden yang berjumlah 34 orang siswa SMAN 4 Depok (Hidayat, 2010).

4.4 Pengolahan dan Analisis Data.

4.4.1 Pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

a. *Editing*.

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

b. *Coding*.

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*codebook*) untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel.

c. *Data Entry.*

Data entry adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam tabel atau *data base computer*, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau dengan membuat tabel kontingensi (Hidayat, 2010).

4.4.2 Analisis Data.

Data yang telah diolah kemudian di analisis dalam bentuk :

a. Analisis Univariat.

Analisis univariat digunakan untuk menganalisis dan mengetahui distribusi frekuensi dari masing-masing variabel (Hidayat, 2007). Pada penelitian ini analisis univariat digunakan untuk menganalisis masing-masing variabel.

1). Pengetahuan.

Jumlah pertanyaan ada 16 pertanyaan, analisis dilakukan dengan menghitung jumlah jawaban responden yang benar sesuai dengan kunci jawaban. Untuk jawaban yang benar diberi skor 1 dan untuk jawaban yang salah diberi skor 0. Total nilai jawaban responden merupakan nilai tertinggi. Pengetahuan dikategorikan ke dalam 2 kelompok atas dasar nilai mean (nilai rata-rata) karena berdistribusi normal, yaitu :

a) Rendah : $< 8,91$

b) Tinggi : $\geq 8,91$

2). Sikap.

Jumlah pertanyaan ada 15 pernyataan, cara penilaian data dilakukan dengan memberi bobot/skor 4 jika menyatakan sangat setuju, skor 3 jika menyatakan setuju, skor 2 jika menyatakan tidak setuju, skor 1 jika menyatakan sangat tidak setuju. Total nilai jawaban responden merupakan nilai tertinggi. Sikap dikategorikan ke dalam 2 kelompok atas

dasar nilai mean (nilai rata-rata) karena distribusi pada variabel sikap normal, yaitu :

- a) Negatif : $< 41,82$
- b) Positif : $\geq 41,82$

3). Imunisasi.

Jumlah pertanyaan ada satu pertanyaan, analisis dilakukan dengan menghitung jumlah jawaban responden yang benar sesuai dengan kunci jawaban. Untuk melakukan praktik imunisasi diberi skor 1 dan untuk yang tidak melakukan imunisasi diberi skor 0. Variabel imunisasi dapat di kategorikan sebagai berikut:

- a) Tidak : 1
- b) Melakukan : 2

4). Penggunaan Peralatan Makan & Minum secara Bersama.

Jumlah pertanyaan ada 2 pertanyaan, analisis dilakukan dengan menghitung jumlah jawaban responden yang benar sesuai dengan kunci jawaban. Untuk melakukan praktik penggunaan peralatan makan & minum secara bersama diberi skor 1 dan untuk yang tidak melakukan imunisasi diberi skor 0. Praktik dikategorikan ke dalam 2 kelompok atas dasar nilai median (nilai tengah), yaitu:

- a) Melakukan : $< \text{median}$
- b) Tidak : $\geq \text{median}$

5). Konsumsi Makan & Minum secara Bersama.

Jumlah pertanyaan ada 3 pertanyaan, analisis dilakukan dengan menghitung jumlah jawaban responden yang benar sesuai dengan kunci jawaban. Untuk melakukan praktik konsumsi makan & minum secara bersama diberi skor 1 dan untuk yang tidak melakukan diberi skor 0. Praktik

dikategorikan ke dalam 2 kelompok atas dasar nilai median (nilai tengah), yaitu:

- a) Melakukan : $< \text{median}$
- b) Tidak : $\geq \text{median}$

6). Cuci Tangan Pakai Sabun.

Jumlah pertanyaan ada 14 pertanyaan, analisis dilakukan dengan menghitung jumlah jawaban responden yang benar sesuai dengan kunci jawaban. Untuk melakukan praktik cuci tangan pakai sabun diberi skor 1 dan untuk yang tidak melakukan diberi skor 0. Praktik dikategorikan ke dalam 2 kelompok atas dasar nilai median (nilai tengah), yaitu :

- a) Tidak : $< \text{median}$
- b) Melakukan : $\geq \text{median}$

7). Praktik Pencegahan Hepatitis A.

Jumlah pertanyaan ada 20 pertanyaan, analisis dilakukan dengan menghitung jumlah jawaban responden yang benar sesuai dengan kunci jawaban. Untuk jawaban yang benar diberi skor 1 dan untuk jawaban yang salah diberi skor 0. Total nilai jawaban responden merupakan nilai tertinggi. Praktik dikategorikan ke dalam 2 kelompok atas dasar nilai median (nilai tengah), yaitu:

- a) Tidak : $< \text{median}$
- b) Melakukan : $\geq \text{median}$

b. Analisis Bivariat.

Untuk mengetahui hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan kejadian hepatitis A, analisis data yang digunakan oleh peneliti adalah analisis bivariat. Analisis ini digunakan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel independen (pengetahuan, sikap, & praktik pencegahan hepatitis A) dengan variabel dependen (kejadian hepatitis A). Pengujian ini akan dilakukan dengan menggunakan metode Chi- Square, dengan rumus :

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan :

X^2 = Chi- Square.

Σ = Jumlah.

O = Observed (nilai yang di observasi).

E = Ekspektasi (nilai harapan).

(Hastono, 2010).

Data yang telah dikumpulkan kemudian di tabulasi dalam bentuk tabel sesuai dengan variabel yang akan diukur. Pengolahan data dilakukan menggunakan program komputer dengan uji sistematiknya adalah Chi- Square dengan derajat bermakna 0,05 dan menggunakan derajat kepercayaan 95 %. Apabila $p \leq 0,05$ maka H_0 ditolak, artinya ada hubungan yang bermakna, dan jika $p > 0,05$ maka H_0 gagal ditolak, artinya tidak ada hubungan yang bermakna.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Keterbatasan Penelitian

Peneliti telah berusaha optimal dan sungguh-sungguh agar penelitian ini baik, mulai dari awal sampai kepada analisis dan pembuatan laporan penelitian, namun peneliti sangat menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan wawasan yang dimiliki sehingga mungkin akan berpengaruh kepada hasil dari penelitian meskipun hal ini tidak peneliti sadari. Untuk itu peneliti memasukkan keterbatasan penelitian ini ke dalam hal sebagai berikut :

5.1.1 Bias.

Bias merupakan kesalahan sistematis dalam desain, pelaksanaan dan analisis penelitian yang mengakibatkan distorsi penaksiran parameter sampel yang mengakibatkan peneliti salah membuat kesimpulan tentang hubungan paparan dan akibat.

Untuk itu jenis bias yang mungkin terjadi pada penelitian ini yaitu sebagai berikut :

a. Bias Seleksi

Bias seleksi merupakan kesalahan sistematis dalam memilih subjek dimana pemilihan subjek menurut status penyakit dipengaruhi status paparan sehingga mengakibatkan distorsi penaksiran pengaruh paparan terhadap kejadian penyakit (Hasmi, 2012).

Bias seleksi mungkin terjadi pada saat pemilihan kasus dan kontrol. Kasus merupakan individu yang mengalami gejala penyakit hepatitis A dan berdasarkan uji laboratorium dinyatakan positif terkena penyakit hepatitis A. Kontrol merupakan individu yang tidak menunjukkan gejala penyakit hepatitis A dan berdasarkan uji laboratorium dinyatakan negatif mengalami penyakit hepatitis A.

Untuk mengontrol atau mengatasi hal tersebut maka peneliti hanya mengambil sampel kasus dari individu yang berdasarkan hasil laboratorium dinyatakan positif dan menunjukkan gejala penyakit hepatitis A. Sementara untuk mengontrol atau mengatasi bias seleksi pada sampel kontrol maka peneliti melakukan teknik *random sampling* dalam pemilihan kontrol dengan cara merandom siswa yang sehat dari kelas yang sama dengan dengan sampel kasus. Jumlah perbandingan antara kasus dengan kontrol yaitu 1:1.

b. Bias Informasi.

Bias informasi merupakan kesalahan sistematis dalam cara mengamati, melaporkan, mengukur, mencatat, mengklasifikasi, dan menginterpretasikan status paparan atau penyakit, sehingga mengakibatkan distorsi penaksiran pengaruh paparan terhadap penyakit (Hasmi, 2012).

Berdasarkan hal tersebut mungkin akan terjadi bias pada saat menggali informasi terhadap beberapa variabel independen yang diteliti yaitu pengetahuan, sikap, praktik imunisasi, penggunaan alat makan dan minum secara bersama, konsumsi makanan dan minuman secara bersama, dan praktik cuci tangan pakai sabun.

5.1.2 Kekurangan Penelitian.

Penelitian ini tentunya tidak lepas dari kekurangan-kekurangan yang tentunya tidak peneliti sengaja, hal ini karena keterbatasan wawasan dan pengetahuan yang peneliti miliki. Untuk itu peneliti merasa perlu untuk menampilkan kekurangan dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut :

a. Validasi Praktik Pencegahan.

Kekurangan ini peneliti lakukan pada variabel independen, dimana peneliti tidak memvalidasi dengan lengkap variabel independen seperti ;

- 1) Variabel imunisasi, seharusnya peneliti mengajukan pertanyaan yang lebih detail seperti berapa kali melakukan imunisasi hepatitis A, kapan imunisasi itu dilakukan, dan

di bagian tubuh mana imunisasi itu dilakukan, sehingga informasi yang didapatkan lebih akurat dan valid.

- 2) Variabel mengkonsumsi makanan dan minuman secara bersama, dalam hal ini peneliti mengasumsikan / memaksudkan bahwa bukan cara mengkonsumsi secara bersama yang menyebabkan hepatitis A, tetapi mengkonsumsi makanan dan minuman bersama-sama dari makanan atau minuman sama, yang terkontaminasi ekskreta / kotoran dari penderita, sehingga maksudnya jelas dan tidak bermakna ganda/ambigu.

b. Besar Sampel.

Kekurangan ini peneliti lakukan pada saat menentukan besar sampel penelitian, yaitu peneliti mengambil semua individu yang sakit (*case*) yang didapatkan dari data Dinas Kesehatan sebagai sampel kasus, seharusnya peneliti mengambil sampel dengan menghitung menggunakan rumus.

5.2 Karakteristik Responden

Secara umum karakteristik responden dikelompokkan menjadi dua variabel yaitu Jenis Kelamin dan Kelas. Variabel Umur tidak dimasukkan karena siswa SMAN 4 Depok homogen.

5.2.1 Jenis Kelamin dan Kelas.

Kejadian hepatitis A di SMAN 4 Depok dialami oleh siswa/i yang berdasarkan Jenis Kelamin dan Kelas dapat dilihat pada Tabel 5.1 di bawah ini.

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin dan Kelas Siswa SMAN 4 Depok
Tahun 2012.

Karakteristik Responden	Frekuensi (n=34)	Persentase (%)
Jenis Kelamin :		
- Laki-laki	13	38.2
- Perempuan	21	61.8
Kelas :		
- Kelas 1	16	47.1
- Kelas 2	10	29.4
- Kelas 3	8	23.5

Berdasarkan Tabel 5.1 di atas, terlihat bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (61.8 %), dan sisanya berjenis kelamin laki-laki (38.2 %). Mayoritas responden berasal dari kelas 1 yaitu sebanyak (47.1%).

5.2.2 Komparabilitas Antara Kasus-Kontrol Hepatitis A dengan Variabel Jenis Kelamin.

Untuk mengetahui apakah kasus kontrol hepatitis A komparabel dengan variabel Jenis Kelamin, maka dapat dilihat Tabel 5.2 di bawah ini .

Tabel 5.2
Tabel Komparabilitas Antara Kasus-Kontrol dengan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Hepatitis A	
	Kasus	Kontrol
- Laki-laki	6 (46.2)	7 (53.8)
- Perempuan	11 (52.4)	10 (47.6)
Total	17 (50.0)	17 (50.0)

Berdasarkan Tabel 5.2 di atas, terlihat bahwa pada sampel kasus mayoritas responden yang mengalami hepatitis A berjenis kelamin perempuan (52.4%) dan pada sampel kontrol sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (47.6%).

5.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui apakah variabel independen merupakan faktor risiko penyebab terjadinya hepatitis A. Untuk lebih jelasnya akan dibahas sebagai berikut :

5.3.1 Hubungan Antara Pengetahuan dengan Kejadian Hepatitis A.

Untuk mengetahui hubungan antara variabel Pengetahuan dengan hepatitis A, maka dilakukan analisis seperti yang terlihat pada Tabel 5.3.

Tabel 5.3
Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Hepatitis A
pada Siswa SMAN 4 Depok

Pengetahuan	Kasus		Kontrol		Total	P Value	95% CI	OR
	Frek	%	Frek	%				
Rendah	11	73.3	4	26.7	15	0.037	1.332 – 26.662	5.96
Tinggi	6	31.6	13	68.4	19			
Total	17	50.0	17	50.0	34			

Berdasarkan Tabel 5.3 di atas dapat dilihat bahwa hubungan antara pengetahuan dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok dapat diketahui setelah melakukan analisis bivariat dengan uji Chi-Square, didapatkan hasil 0.037 atau $p < 0.05$, hal ini dapat diartikan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok. Untuk mengetahui seberapa besar hubungan antara pengetahuan dengan kejadian hepatitis A maka dapat

dilihat nilai OR, diketahui nilai OR sebesar 5.96 pada *confident interval* 1.332 – 26.662, hal ini dapat diartikan bahwa responden yang berpengetahuan rendah berisiko untuk terkena hepatitis A sebanyak 5.96 kali dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan tinggi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan tinjauan teoritis yang mengatakan bahwa untuk berperilaku sehat diperlukan pengetahuan yang baik sehingga mempermudah terwujudnya perilaku sehat (Notoatmodjo, 2007).

5.3.2 Hubungan Sikap dengan Kejadian Hepatitis A.

Untuk mengetahui apakah variabel Sikap berhubungan dengan hepatitis A, maka dilakukan analisis yang hasilnya dapat dilihat pada Tabel 5.4.

Tabel 5.4
Hubungan Sikap dengan Kejadian Hepatitis A
pada Siswa SMAN 4 Depok

Sikap	Kasus		Kontrol		Total	P Value	95% CI	OR
	Frek	%	Frek	%				
Negatif	8	53.3	7	46.7	15	1.000	0.327 – 4.930	1.27
Positif	9	47.4	10	52.6	19			
Total	17	50.0	17	50.0	34			

Berdasarkan Tabel 5.4 di atas dapat dilihat bahwa hubungan antara sikap dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok dapat diketahui setelah melakukan analisis bivariat dengan uji Chi-Square, didapatkan hasil 1.000 atau $p > 0.05$, hal ini dapat diartikan bahwa tidak ada hubungan antara sikap dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan tinjauan teoritis yang mengatakan bahwa sikap yang positif akan mempermudah terwujudnya perilaku sehat (Notoatmodjo, 2007). Hal ini mungkin karena responden bersikap positif namun tidak dibarengi dengan praktik pencegahan yang baik sehingga mereka terkena penyakit hepatitis A.

5.3.3 Hubungan Praktik Imunisasi dengan Kejadian Hepatitis A.

Untuk mengetahui apakah variabel Imunisasi berhubungan dengan hepatitis A, maka dilakukan analisis yang hasilnya dapat dilihat pada Tabel 5.5.

Tabel 5.5
Hubungan Praktik Imunisasi dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok.

Imunisasi	Kasus		Kontrol		Total	P Value	95% CI	OR
	Frek	%	Frek	%				
Tidak	15	65.2	8	34.8	23	0.026	1.457 – 48.851	8.44
Melakukan	2	18.2	9	81.8	11			
Total	17	50.0	17	50.0	34			

Berdasarkan Tabel 5.5 di atas dapat dilihat bahwa hubungan antara praktik imunisasi dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok dapat diketahui setelah melakukan analisis bivariat dengan uji Chi-Square, didapatkan hasil 0.026 atau $p < 0.05$, hal ini dapat diartikan bahwa ada hubungan antara praktik imunisasi dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok. Untuk mengetahui seberapa besar hubungan antara imunisasi dengan kejadian hepatitis A maka dapat dilihat nilai OR, diketahui nilai OR sebesar 8.44 pada *confident interval* 1.457 – 48.851, hal ini dapat diartikan bahwa responden yang tidak

melakukan imunisasi berisiko untuk terkena hepatitis A sebanyak 8.44 kali dibandingkan dengan responden yang melakukan imunisasi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan jurnal *The Wall Street* (2003) yang menyebutkan bahwa imunisasi efektif melindungi dari infeksi hepatitis A.

Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (2010) juga mengatakan bahwa imunisasi penting untuk melindungi terhadap penyakit hepatitis A, seseorang yang tidak mendapatkan imunisasi cenderung akan mudah terpapar penyakit hepatitis A.

5.3.4 Hubungan Praktik Penggunaan Peralatan Makan dan Minum secara Bersama dengan Kejadian Hepatitis A.

Untuk mengetahui apakah variabel Praktik Penggunaan Peralatan Makan dan Minum secara Bersama berhubungan dengan hepatitis A, maka dilakukan analisis yang hasilnya dapat dilihat pada Tabel 5.6.

Tabel 5.6
Hubungan Praktik Penggunaan Peralatan Makan dan Minum
Secara Bersama dengan Kejadian Hepatitis A
pada Siswa SMAN 4 Depok.

Alat Bersama	Kasus		Kontrol		Total	P Value	95% CI	OR
	Frek	%	Frek	%				
Menggunakan	14	73.7	5	26.3	19	0.005	2.204 – 56.925	11.2
Tidak	3	20.0	12	80.0	15			
Total	17	50.0	17	50.0	34			

Berdasarkan Tabel 5.6 di atas dapat dilihat bahwa hubungan antara praktik penggunaan peralatan makan dan minum secara bersama dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok dapat diketahui setelah melakukan analisis bivariat dengan uji Chi-Square, didapatkan hasil 0.005 atau $p < 0.05$, hal ini dapat diartikan bahwa ada hubungan antara

praktik penggunaan peralatan makan dan minum secara bersama dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok. Untuk mengetahui seberapa besar hubungan antara pengetahuan dengan kejadian hepatitis A maka dapat dilihat nilai OR, diketahui nilai OR sebesar 11.2 pada *confident interval* 2.204 – 56.925, hal ini dapat diartikan bahwa responden yang melakukan praktik penggunaan peralatan makan dan minum secara bersama berisiko untuk terkena hepatitis A sebanyak 11.2 kali dibandingkan dengan responden yang tidak melakukan praktik penggunaan peralatan makan dan minum secara bersama.

Menurut Sulaiman & Julitasari (2000) menyebutkan bahwa penyakit hepatitis A dapat dicegah dengan meningkatkan *hygiene* perorangan seperti tidak menggunakan peralatan makan dan minum secara bergantian.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil analisis bivariat yang dilakukan oleh (Abdur Rachim, 2004) yang menyebutkan bahwa ada hubungan alat makan tidak bersih dengan kejadian hepatitis A (OR : 1.829, 95% CI : 1.111 – 3.012).

5.3.5 Hubungan Praktik Mengonsumsi Makanan dan Minuman secara Bersama dengan Kejadian Hepatitis A.

Untuk mengetahui apakah variabel Praktik Mengonsumsi Makanan dan Minuman secara Bersama berhubungan dengan hepatitis A, maka dilakukan analisis yang hasilnya dapat dilihat pada Tabel 5.7.

Tabel 5.7

Hubungan Praktik Mengonsumsi Makanan dan Minuman Secara Bersama dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok

Konsumsi Bersama	Kasus		Kontrol		Total	P Value	95% CI	OR
	Frek	%	Frek	%				
Mengonsumsi	13	72.2	5	27.8	18	0.015	1.687 – 36.062	7.80
Tidak	4	25.0	12	75.0	16			
Total	17	50.0	17	50.0	34			

Berdasarkan Tabel 5.7 di atas dapat dilihat bahwa hubungan antara praktik mengkonsumsi makanan dan minuman secara bersama dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok dapat diketahui setelah melakukan analisis bivariat dengan uji Chi-Square, didapatkan hasil 0.015 atau $p < 0.05$, hal ini dapat diartikan bahwa ada hubungan antara praktik mengkonsumsi makanan dan minuman secara bersama dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok. Untuk mengetahui seberapa besar hubungan antara praktik mengkonsumsi makanan dan minuman secara bersama dengan kejadian hepatitis A maka dapat dilihat nilai OR, diketahui nilai OR sebesar 7.8 pada *confident interval* 1.687 – 36.062, hal ini dapat diartikan bahwa responden yang mengkonsumsi makanan dan minuman secara bersama berisiko untuk terkena hepatitis A sebanyak 7.8 kali dibandingkan dengan responden yang tidak mengkonsumsi makanan dan minuman secara bersama.

Perilaku mengkonsumsi makan dan minum secara bersama dapat meningkatkan risiko untuk terjangkiti penyakit hepatitis A jika air atau makanan yang dikonsumsi tersebut mengandung virus hepatitis A karena sumber penularan penyakit hepatitis A adalah *common source* yaitu dari satu sumber, bisa dari makanan atau minuman yang mungkin telah mengandung virus melalui jalur *fecal oral* (ekskrekta atau kotoran dari penderita). (Sulaiman & Julitasari, 2000)

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Afudin, 2003) yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara kebiasaan makan jajanan dengan kejadian hepatitis A (OR : 7.650, 95% CI : 3.680– 15.903).

5.3.6 Hubungan Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun dengan Kejadian Hepatitis A.

Untuk mengetahui apakah variabel Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun berhubungan dengan hepatitis A, maka dilakukan analisis yang hasilnya dapat dilihat pada Tabel 5.8

Tabel 5.8
Hubungan Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok.

Cuci Tangan Pakai Sabun	Kasus		Kontrol		Total	P Value	95% CI	OR
	Frek	%	Frek	%				
Tidak	13	68.4	6	31.6	19	0.037	1.332 – 26.662	5.96
Melakukan	4	26.7	11	73.3	15			
Total	17	50.0	17	50.0	34			

Berdasarkan Tabel 5.8 di atas dapat dilihat bahwa hubungan antara cuci tangan pakai sabun dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok dapat diketahui setelah melakukan analisis bivariat dengan uji Chi-Square, didapatkan hasil 0.037 atau $p < 0.05$, hal ini dapat diartikan bahwa ada hubungan antara cuci tangan pakai sabun dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok. Untuk mengetahui seberapa besar hubungan antara cuci tangan pakai sabun dengan kejadian hepatitis A maka dapat dilihat nilai OR, diketahui nilai OR sebesar 5.96 pada *confident interval* 1.332 – 26.662, hal ini dapat diartikan bahwa responden yang tidak melakukan cuci tangan pakai sabun berisiko untuk terkena hepatitis A sebanyak 5.96 kali dibandingkan dengan responden yang melakukan cuci tangan pakai sabun.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori pada tinjauan pustaka bahwa penularan hepatitis A melalui jalur *fecal-oral*, yaitu virus

hepatitis A dapat menular atau menginfeksi seseorang melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi, untuk mencegah penularannya maka dilakukan upaya pencegahan yaitu mencuci tangan pakai sabun.

Hasil penelitian ini sesuai dengan jurnal *The Wall Street* (2003) yang menyebutkan bahwa cuci tangan pakai sabun dapat mencegah infeksi hepatitis A.

Hasil analisis tentang kemaknaan hubungan antara praktik cuci tangan pakai sabun dengan kejadian hepatitis A sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Abdur Rachim, 2004) yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara mencuci tangan dengan kejadian hepatitis A (OR : 2.669, 95% CI : 1.472 – 4.839).

5.3.7 Hubungan Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A.

Untuk mengetahui apakah variabel Praktik Pencegahan Hepatitis A berhubungan dengan hepatitis A, maka dilakukan analisis yang hasilnya dapat dilihat pada Tabel 5.9.

Tabel 5.9

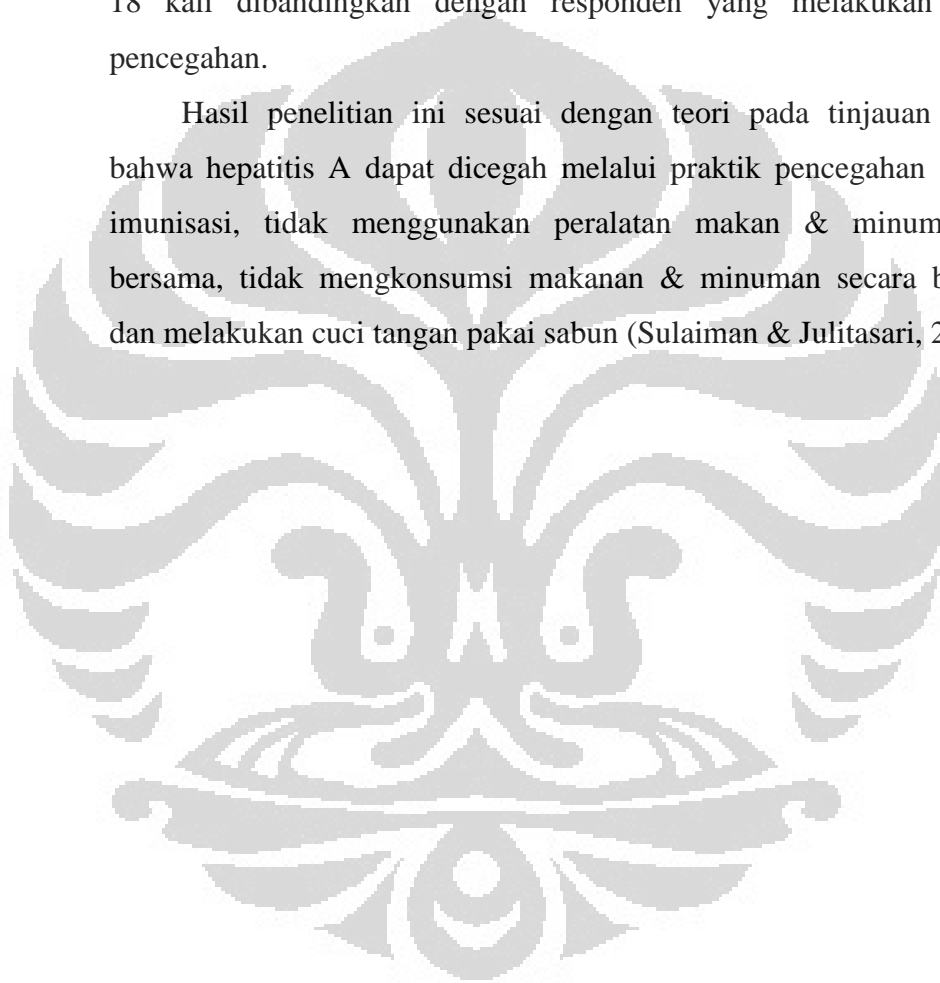
Hubungan Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok.

Praktik Pencegahan Hepatitis A	Kasus		Kontrol		Total	P Value	95% CI	OR
	Frek	%	Frek	%				
Kurang Baik	16	66.7	8	33.3	24	0.007	1.929 – 167.986	18
Baik	1	10.0	9	90.0	10			
Total	17	50.0	17	50.0	34			

Berdasarkan Tabel 5.9 di atas dapat dilihat bahwa hubungan antara praktik pencegahan hepatitis A dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok dapat diketahui setelah melakukan analisis bivariat dengan uji Chi-Square, didapatkan hasil 0.007 atau $p < 0.05$, hal ini

dapat diartikan bahwa ada hubungan antara praktik pencegahan hepatitis A dengan kejadian hepatitis A pada siswa SMAN 4 Depok. Untuk mengetahui seberapa besar hubungan antara praktik pencegahan hepatitis A dengan kejadian hepatitis A maka dapat dilihat nilai OR, diketahui nilai OR sebesar 18 pada *confident interval* 1.929 – 167.986, hal ini dapat diartikan bahwa responden yang tidak melakukan praktik pencegahan hepatitis A berisiko untuk terkena hepatitis A sebanyak 18 kali dibandingkan dengan responden yang melakukan praktik pencegahan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori pada tinjauan pustaka bahwa hepatitis A dapat dicegah melalui praktik pencegahan seperti ; imunisasi, tidak menggunakan peralatan makan & minum secara bersama, tidak mengonsumsi makanan & minuman secara bersama, dan melakukan cuci tangan pakai sabun (Sulaiman & Julitasari, 2000).



5.4 Rekapitulasi Nilai Odds Ratio (OR), Confidence Interval (CI) dan P Value Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok.

Untuk mengetahui secara keseluruhan apakah variabel independen berhubungan dengan variabel dependen (hepatitis A), maka dilakukan analisis yang hasilnya dapat dilihat pada Tabel 5.10

Tabel 5.10
Nilai Odds Ratio (OR), Confidence Interval (CI) dan P Value
Hubungan Pengetahuan, Sikap, & Praktik Pencegahan Hepatitis A
dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok.

Variabel	Kategori	Kasus		Kontrol		P Value	CI (95%)	OR
		N	%	N	%			
Pengetahuan	- Rendah	11	73.3	4	26.7	0.037	1.332 – 26.662	5.96
	- Tinggi	6	31.6	13	68.4			
Sikap	- Negatif	8	53.3	7	46.7	1.000	0.327 – 4.930	1.27
	- Positif	9	47.4	10	52.6			
Imunisasi	- Tidak	15	65.2	8	34.8	0.026	1.457 – 48.851	8.44
	- Imunisasi	2	18.2	9	81.8			
Alat Makan & Minum Bersama	- Menggunakan	14	73.7	5	26.3	0.005	2.204 – 56.925	11.2
	- Tidak	3	20.0	12	80.0			
Konsumsi Bersama	- Mengonsumsi	13	72.2	5	27.8	0.015	1.687 – 36.062	7.8
	- Tidak	4	25.0	12	75.0			
Cuci Tangan	- Tidak	13	68.4	6	31.6	0.037	1.332 – 26.662	5.96
	- Melakukan	4	26.7	11	73.3			
Praktik Pencegahan Hepatitis A	- Kurang Baik	16	66.7	8	33.3	0.007	1.929 – 167.986	18
	- Baik	1	10.0	9	90.0			

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan tujuan khusus yang telah ditetapkan dalam penelitian ini maka dapat peneliti simpulkan sebagai berikut :

- 6.1.1 Sebagian besar responden telah memiliki pengetahuan yang tinggi tentang hepatitis A (55.9%).
- 6.1.2 Sebagian besar responden telah memiliki sikap yang positif terhadap hepatitis A (55.9%).
- 6.1.3 Hanya sebagian kecil saja responden yang memiliki praktik pencegahan hepatitis A yang baik (29.4%).
- 6.1.4 Variabel independen yang signifikan dengan kejadian hepatitis A adalah variabel pengetahuan dan variabel praktik pencegahan hepatitis A (imunisasi, praktik penggunaan peralatan makan & minum secara bersama, konsumsi makanan & minuman secara bersama, dan praktik cuci tangan pakai sabun).

6.2 Saran

Adapun beberapa saran yang dapat peneliti sampaikan setelah melakukan penelitian ini yaitu, sebagai berikut :

- 6.2.1 Bagi Dinas Kesehatan/Puskesmas (Bagian Promosi Kesehatan).
 - a. Perlunya ditingkatkan peran aktif petugas kesehatan dalam memberikan upaya promosi kesehatan di sekolah seperti dalam bentuk penyuluhan kesehatan yang diadakan rutin untuk meningkatkan pengetahuan siswa tentang hepatitis A dan cara pencegahannya yang sebenarnya dapat dicegah melalui perbaikan perilaku seperti ; tidak menggunakan peralatan makan dan minum secara bersama, serta menghindari perilaku mengkonsumsi makanan dan minuman bersama-sama dari makanan dan minuman

yang sama, sehingga diharapkan tidak terjadi lagi penyakit hepatitis A di sekolah.

- b. Pentingnya dibuat program imunisasi hepatitis A pada siswa sekolah yang merupakan tindakan *primery protection*, sebagai upaya preventif untuk meningkatkan kekebalan tubuh agar terhindar dari penyakit hepatitis A.

6.2.2 Bagi SMAN 4 Depok.

- a. Peran serta pihak sekolah diperlukan terutama dalam hal pengadaan sarana untuk melakukan cuci tangan pakai sabun seperti ; penyediaan tempat cuci tangan/westafel, air mengalir, dan sabun, sehingga diharapkan timbul kesadaran dan keinginan siswa untuk melakukan cuci tangan pakai sabun.
- b. Komitmen untuk hidup sehat melalui perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di sekolah.

6.2.3 Bagi Departemen PKIP FKM UI.

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangsih bagi penelitian di bidang kesehatan masyarakat dan dapat dijadikan sebagai bahan referensi kepustakaan. Diharapkan penelitian ini dapat memperluas pengetahuan dan wawasan mahasiswa tentang perilaku, sehingga perilaku yang merupakan faktor penyebab penyakit dapat teridentifikasi dan dicegah.

DAFTAR PUSTAKA

- Agung Wibowo, Trisno. (2012). *"Investigasi Wabah"*. Yogyakarta : www.kmpk.ugm.ac.id/images/Semester_1/.../Investigasi_Wabah.pdf. diakses tanggal 29 Juni 2012.
- Allen, Lee Robin, et al. (2003). *" Don't Let Illness Outbreaks Wash You Up: Ensure Employees Know Simple Hygiene Rules. Journal"*. New York : Lebar-Friedman, Inc. <http://search.proquest.com>. Diakses tanggal 12 Mei 2012.
- AW, Hendra. (2008). *"Konsep Pengetahuan"*. <http://ajangberkarya.wordpress.com/2008/06/07/konsep-pengetahuan>. Diakses tanggal 27 Desember 2011.
- Bacon, Bruce, et al. (2009). *"E-Book. What I Need To Know About Hepatitis A"*. New York : NIDDK.
- CDC.(2011). *"Viral Hepatitis Statistics and Surveillance"*. USA: CDC. <http://www.cdc.com>. Diakses tanggal 19 Mei 2012.
- Depkes RI. (2009). *"Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia 2007"*. Jakarta : Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan.
- Dinkes kota Depok. (2012). *"Rekapitulasi Kejadian Luar Biasa Kota Depok Tahun 2008 s/d Maret 2012"*. Depok : Dinkes kota Depok.
- Dinkes provinsi DKI Jakarta. (2009). *"Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Provinsi DKI Jakarta 2007"*. Jakarta : Dinkes provinsi DKI Jakarta.

Dinkes provinsi Jawa Barat. (2009). *"Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Provinsi Jawa Barat 2007"*. Bandung : Dinkes provinsi Jawa Barat.

Hasmi. (2012). *"Metode Penelitian Epidemiologi"*. Jakarta : CV. Trans Info Media.

Hastono, Sutanto & Sabri, Luknis. (2010). *"Statistik Kesehatan"*. Jakarta : Rajawali Pers.

Hidayat, Alimul Aziz. (2008). *"Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah"*. Jakarta : Salemba Medika.

Kementrian Kesehatan RI. (2010). *"Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia 2010"* Jakarta : Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan.

Kementrian Kesehatan RI. (2011). *"Buku Saku Cuci Tangan Pakai Sabun di Masyarakat Untuk Petugas/Kader"* Jakarta : Pamsimas Komponen B.

Koff, R.S. (1992). *"Clinical Manifestations and Diagnosis of Hepatitis A Virus Infection, Vaccine"*. Philadelphia.

McKay, Betsy. (2003). *"Hepatitis Scare Spurs Scrutiny Of Food Imports; After Outbreak, Some Weigh Whether to Vaccinate Children; The FDA's Advice on Green Onions: [1]"*. New York : Wall Street Journal.

Nelson, E Kenrad, et al. (2005). *"Infectious Disease Epidemiology, Theory and Practice"*. USA : Jones and Bartlett Publishers, Inc.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *"Pendidikan dan Perilaku Kesehatan"*. Jakarta : PT. Asdi Mahasatya.

_____. (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *"Pendekatan Praktek Metodologi Riset Keperawatan"*. Jakarta : Agung Seto.

Pratomo. (2007). *"Pengetahuan"* <http://www.budiman@dephan.go.id>. Di akses tanggal 27 Desember 2011.

Purnomo, Heru. (2009). *"Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Yang Paling Mematikan"*. Jakarta : Buana Pustaka.

Pusat Promosi Kesehatan Kementrian Kesehatan RI. (2010). *"Penuntun Hidup Sehat, Edisi Keempat"* Jakarta, Kemenkes RI.

Sibuea, W. Herdin, dkk. (2005). *"Ilmu Penyakit Dalam"*. Jakarta, Rineka Cipta

Sulaiman, Ali & Julitasari. (2000). *"Panduan Praktis Hepatitis A"*. Jakarta : Yayasan Penerbitan IDI.

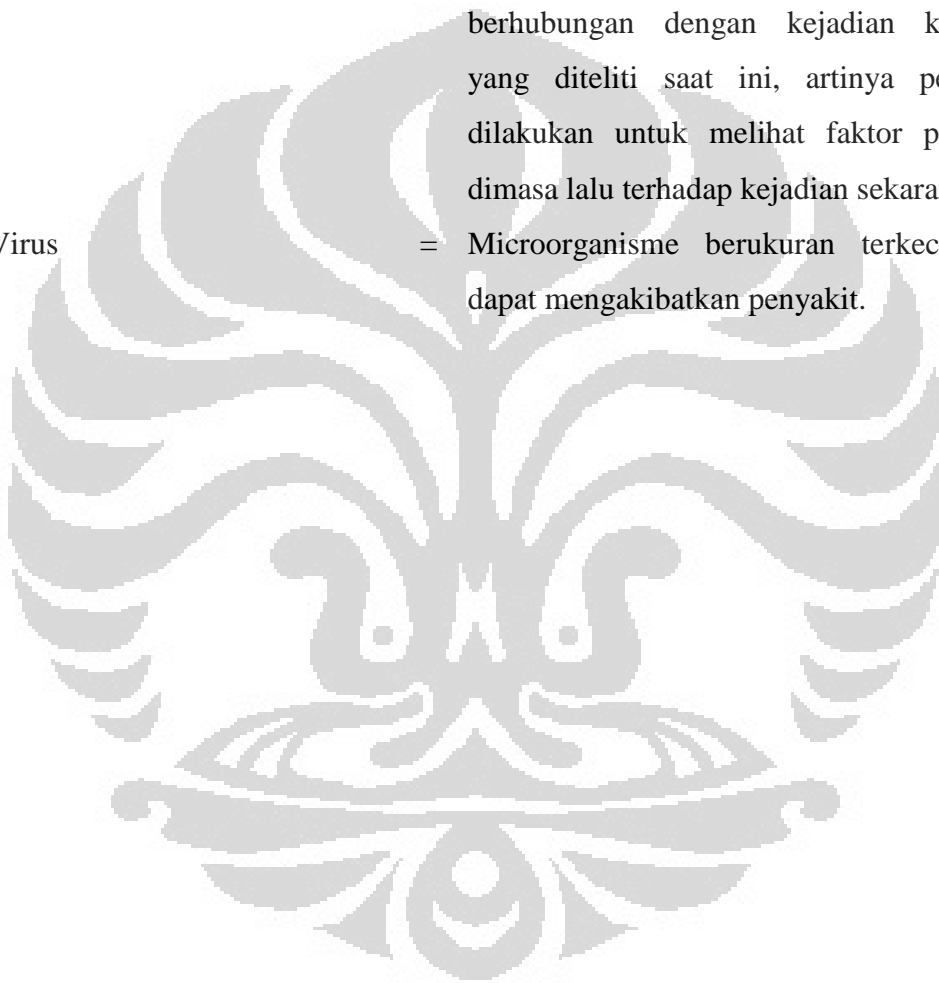
Wawan. (2010). *"Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia"*. Yogyakarta : Nuha Medika.

WHO. (2008). *"Hepatitis A"*. USA, WHO Media Centre. <http://www.who.int.com>. Diakses tanggal 19 Mei 2012.

DAFTAR ISTILAH

Case	= Kelompok responden yang berdasarkan hasil laboratorium positif mengalami penyakit.
Control	= Kelompok responden yang tidak menunjukkan gejala penyakit dan hasil pemeriksaan labor negative.
Fase pre-ikterik	= Siklus dengan gejala lelah/lemas, hilang nafsu makan, nyeri dan rasa tidak enak di perut, mual muntah.
Fase ikterik	= Siklus dengan munculnya gejala kekuningan pada penderita hepatitis A, seperti urine berwarna kuning pekat seperti air the, sclera/putih mata dan kulit berwarna kekuning-kuningan.
Hepatitis A	= Suatu penyakit yang diakibatkan masuknya virus hepatitis A ke dalam tubuh, terutama menyerang hati yang bisa menimbulkan gejala-gejala hepatitis.
Imunisasi	= Suatu upaya pencegahan untuk meningkatkan kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit.
Masa inkubasi	= Waktu mulai masuknya bibit penyakit sampai dengan munculnya gejala awal.
Preventif	= Tindakan pencegahan yang dilakukan agar terhindar dari suatu penyakit.
Primery protection	= Upaya pencegahan terjadinya penyakit atau kecelakaan, seperti melakukan imunisasi, penggunaan safety belt.

- Random sampling = Metode pemilihan dimana masing-masing item dari keseluruhan populasi memiliki peluang yang sama dan independen untuk terpilih ke dalam sampel.
- Retrospective = Rancangan penelitian dengan melihat kebelakang tentang suatu kejadian yang berhubungan dengan kejadian kesakitan yang diteliti saat ini, artinya penelitian dilakukan untuk melihat faktor penyebab dimasa lalu terhadap kejadian sekarang.
- Virus = Microorganisme berukuran terkecil yang dapat mengakibatkan penyakit.



FORMAT PERSETUJUAN RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Saya mengerti penelitian ini tidak ada berdampak buruk kepada saya dan identitas serta informasi yang saya berikan dijaga kerahasiaannya dan betul-betul hanya digunakan untuk kepentingan penelitian

Maka saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Peminatan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang bernama **ANIKO PRESTIA SAKTI** (1006818570), dengan judul “**Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok Tahun 2012.**

Untuk bermanfaatnya penelitian ini saya bersedia menjadi responden dan akan memberikan jawaban yang sebenar-benarnya.

Depok, 31 Mei 2012

(-----)

Nama Lengkap Dan Tanda Tangan



LEMBAR KUESIONER

HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP, & PRAKTIK PENCEGAHAN HEPATITIS A DENGAN KEJADIAN HEPATITIS A PADA SISWA SMAN 4 DEPOK TAHUN 2012

Nama Lengkap :
Jenis Kelamin :
Kelas :
Umur :
Alamat :
No. Telp :

Petunjuk soal.

1. Berikan tanda silang (x) pada salah satu jawaban yang anda anggap paling benar.
2. Bila ada pertanyaan yang kurang jelas boleh menanyakan kepada peneliti.
3. Bila lembar pertanyaan yang telah di isi lengkap, mohon dikembalikan kepada peneliti.

PERTANYAAN PENGETAHUAN

1. Apakah yang dimaksud dengan penyakit hepatitis ?
 - a. Peradangan pada saluran pencernaan.
 - b. Peradangan pada lambung.
 - c. Peradangan pada usus.
 - d. Peradangan pada hati.

2. Pada bulan September 2011 pemerintah menetapkan status kejadian luar biasa/KLB penyakit Hepatitis A di kota Depok. Yang di maksud dengan hepatitis A yaitu ;
 - a. Suatu keadaan atau kondisi dimana seseorang mengalami peradangan pada lambungnya yang disebabkan oleh hepatitis A.
 - b. Suatu keadaan atau kondisi dimana seseorang mengalami peradangan pada saluran pencernaannya yang disebabkan oleh hepatitis A.
 - c. Suatu keadaan atau kondisi dimana seseorang mengalami peradangan pada hatinya yang disebabkan oleh hepatitis A.
 - d. Suatu keadaan atau kondisi dimana seseorang mengalami peradangan pada ususnya yang disebabkan oleh hepatitis A.
3. Hepatitis A termasuk ke dalam jenis ?
 - a. Penyakit degeneratif (penyakit akibat penurunan fungsi tubuh).
 - b. Penyakit peradangan.
 - c. Penyakit kongenital/keturunan.
 - d. Penyakit infeksi.
4. Penyakit hepatitis disebabkan oleh ?
 - a. Protozoa.
 - b. Bakteri.
 - c. Virus.
 - d. Parasit.
5. Salah satu bentuk penyebaran penyakit hepatitis A yaitu, *kecuali* ?
 - a. Makan dari piring atau sendok yang sama dengan penderita.
 - b. Minum dari gelas/sedotan yang sama dengan penderita.
 - c. *Droplet nuklei* / melalui berbicara, bersin, atau batuk dari penderita.
 - d. Melalui kontaminasi makanan dan minuman (jalur *fecal oral*).
6. Penyakit hepatitis A dapat menyebar melalui hal berikut yaitu ?
 - a. Makanan yang terkontaminasi hepatitis A.
 - b. Minuman yang terkontaminasi hepatitis A.
 - c. *Droplet nuklei* / melalui berbicara, bersin, atau batuk dari penderita.
 - d. Makanan dan minuman yang terkontaminasi hepatitis A.

7. Gejala awal dari penyakit hepatitis A adalah ?
 - a. Gejala kuning/icterik.
 - b. Letih, lesu, demam, kehilangan selera makan dan mual.
 - c. Air seni/air kencing berwarna gelap seperti teh.
 - d. Demam tiba-tiba, sakit kepala, nyeri pada ulu hati.
8. Gejala kekuningan (stadium icterik) dapat terlihat pada bagian tubuh ?
 - a. Warna kekuningan pada wajah.
 - b. Warna kekuningan pada email gigi dan rongga mulut.
 - c. Warna kekuningan pada sclera/putih mata dan kulit.
 - d. Warna kekuningan pada air seni/urine.
9. Imunisasi hepatitis A dilakukan sebanyak berapa kali ?
 - a. Empat kali.
 - b. Tiga kali.
 - c. Dua kali.
 - d. Satu kali.
10. Imunisasi hepatitis A dapat dilakukan dalam bentuk ?
 - a. Sendiri (*Havrix*).
 - b. Kombinasi dengan vaksin hepatitis B (*Twinrix*).
 - c. Sendiri (*Havrix*) atau bentuk kombinasi dengan vaksin hepatitis B (*Twinrix*).
 - d. Bukan salah satu di atas.
11. Imunisasi hepatitis A dianjurkan untuk orang yang berisiko tinggi terkena penyakit hepatitis A, seperti :
 - a. Bayi.
 - b. Anak-anak SD.
 - c. Orang dewasa.
 - d. Penghuni asrama dan mereka yang sering jajan di luar rumah.
12. Orang yang berinteraksi atau dekat dengan penderita sebaiknya ?
 - a. Mendapatkan pengobatan.
 - b. Di isolasi (tidak kontak fisik dengan orang lain).
 - c. Melakukan imunisasi.
 - d. Beristirahat agar kondisi fisik cepat sembuh.

13. Satu minggu setelah penyakit kuning muncul, penderita disarankan untuk :
 - a. Menjalani pengobatan.
 - b. Di isolasi (tidak kontak fisik dengan orang lain).
 - c. Melakukan imunisasi.
 - d. Beristirahat agar kondisi fisik cepat sembuh.
14. Di bawah ini merupakan salah satu cara mencegah penyebaran hepatitis A yaitu ?
 - a. Mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air.
 - b. Mencuci tangan menggunakan desinfektan dan air agar kuman mati.
 - c. Mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir.
 - d. Mencuci tangan menggunakan desinfektan dan air mengalir agar kuman mati.
15. Urutan cara cuci tangan yang benar yaitu ?
 - a. Basahi tangan dengan air mengalir, basahi tangan dengan menggunakan cairan desinfektan, gosok selama 20 detik, bilas dengan air mengalir keringkan dengan lap bersih.
 - b. Basahi tangan dengan menggunakan cairan desinfektan, gosok selama 20 detik, basahi tangan dengan air mengalir, bilas tangan dengan air mengalir keringkan dengan lap bersih.
 - c. Basahi tangan dengan air mengalir, basahi tangan dengan menggunakan sabun cair atau sabun batang, gosok selama 20 detik, bilas dengan air mengalir keringkan dengan lap bersih.
 - d. Basahi tangan dengan menggunakan sabun cair atau sabun batang, gosok selama 20 detik, basahi tangan dengan air mengalir, bilas tangan dengan air mengalir keringkan dengan lap bersih.
16. Mencuci tangan seharusnya dilakukan pada waktu yang tepat, seperti di bawah ini ?
 - a. Sebelum menyiapkan makanan, setelah makan, setelah keluar dari WC, dan setelah menceboki adek bayi.
 - b. Sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan, sebelum masuk WC, dan setelah menceboki adek bayi.
 - c. Sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan, setelah keluar dari WC, dan sebelum menceboki adek bayi.
 - d. Sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan, setelah keluar dari WC, dan setelah menceboki adek bayi.

PERNYATAAN SIKAP

Petunjuk Pengisian ;

1. Pilihlah satu pendapat anda dengan cara menyontreng salah satu pilihan pada kolom sebelah kanan.

No.	Sikap	PENDAPAT ANDA			
		Sangat Tidak Setuju (STS)	Tidak Setu ju (TS)	Setu ju (S)	Sang at Setuju (SS)
1.	Informasi tentang penyakit hepatitis A penting karena dapat menjelaskan bagaimana cara pencegahan terjadinya penyakit.				
2.	Hepatitis A bukan penyakit menular.				
3.	Hepatitis A akan menyerang saluran pencernaan sehingga mengakibatkan peradangan.				
4.	Menurut saya penyakit hepatitis A disebabkan oleh pola makan yang tidak teratur.				
5.	Menurut saya penyakit hepatitis A menular melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi.				
6.	Penggunaan alat makan seperti sedotan, gelas, sendok, atau piring yang sama dengan penderita tidak akan menularkan penyakit hepatitis A.				
7.	Menurut saya gejala penyakit hepatitis A hampir sama seperti gejala penyakit maag seperti nyeri ulu hati, sakit kepala dan demam.				

8.	Saya menolak imunisasi hepatitis A, karena menurut saya imunisasi sebaiknya dilakukan pada siswa SD.				
9.	Menurut saya penderita sebaiknya di isolasi untuk mencegah penyebaran penyakit.				
10.	Mencuci tangan dengan air mampu mencegah penyakit hepatitis A.				
11.	Saya berpendapat bahwa cuci tangan sebaiknya dilakukan setelah makan, untuk membantu mencegah penyebaran penyakit hepatitis A.				
12.	Menurut saya setelah keluar dari WC bersihkan tangan dengan tisu bersih.				
13.	Menurut saya minum air yang dibawa dari rumah atau air minum dalam kemasan (bebas dari kontaminasi), akan mencegah penyebaran penyakit hepatitis A.				
14.	Menurut saya minum air yang sama dengan teman dari tempat minum yang sama, dapat menyebarkan penyakit hepatitis A.				
15.	Menurut saya mengkonsumsi makanan secara bersama di sekolah dapat menyebarkan hepatitis A.				

PERTANYAAN PRAKTIK

Petunjuk Pengisian ;

1. Pilihlah satu jawaban dengan cara menyontreng salah satu pilihan jawaban pada kolom sebelah kanan.
2. Kerahasiaan dijamin dan jawablah semua pertanyaan dengan **JUJUR** jika memang pernah melakukannya.
3. Sama sekali tidak mempengaruhi nilai akademik anda, hanya untuk penelitian kesehatan.

No.	Tindakan / Praktik	Pilihan Jawaban	
		Ya	Tidak
I	Imunisasi		
1.	Pernah mendapatkan Imunisasi hepatitis A.		
II	Penggunaan Alat Makan & Minum secara Bersama		
2.	Menggunakan sedotan atau gelas yang sama dengan teman sekolah.		
3.	Menggunakan sendok atau piring secara bersama / bergantian dengan teman.		
III	Konsumsi Makan & Minum secara Bersama		
4.	Di sekolah meminum air selain air minum kemasan atau air yang dibawa dari rumah.		
5.	Minum air yang sama dengan teman dari tempat minum yang sama di sekolah.		
6.	Mengonsumsi makanan secara bersama dengan teman di sekolah.		
IV	Cuci Tangan Pakai Sabun		
7.	Menggosok telapak tangan pada saat cuci tangan.		
8.	Menggosok punggung tangan pada saat cuci tangan.		
9.	Menggosok sela-sela jari tangan pada saat cuci tangan.		
10.	Menggosok kuku dan jari-jari tangan pada saat cuci tangan.		

11.	Menggosok ibu jari pada saat cuci tangan.		
12.	Membersihkan telapak tangan sebelah dalam pada saat cuci tangan.		
13.	Menggosok pergelangan tangan pada saat cuci tangan.		
14.	Setelah buang air besar atau keluar dari WC mencuci tangan pakai sabun.		
15.	Mencuci tangan dengan sabun sebelum makan.		
16.	Setelah berolahraga cuci tangan.		
17.	Membasahi tangan dengan air mengalir.		
18.	Menggunakan sabun.		
19.	Mencuci tangan dengan sabun selama 20 detik.		
20.	Mengeringkan tangan dengan lap bersih.		

HASIL ANALISIS

A. Karakteristik Responden

1. Jenis Kelamin

Frequencies

Statistics

Jenis Kelamin		
N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.62
Median		2.00
Std. Deviation		.493

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	13	38.2	38.2	38.2
	Perempuan	21	61.8	61.8	100.0
Total		34	100.0	100.0	

2. Kelas

Frequencies

Statistics

Kelas		
N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.76
Median		2.00
Std. Deviation		.819

Kelas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kelas 1	16	47.1	47.1	47.1
	Kelas 2	10	29.4	29.4	76.5
	Kelas 3	8	23.5	23.5	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

B. Analisis Bivariat

1. Pengetahuan dengan Hepatitis A

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

Pengetahuan * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS_A		Total
			Kasus	Kontrol	
Pengetahuan	Rendah	Count	11	4	15
		% within Pengetahuan	73.3%	26.7%	100.0%
	Tinggi	Count	6	13	19
		% within Pengetahuan	31.6%	68.4%	100.0%
Total		Count	17	17	34
		% within Pengetahuan	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.846 ^b	1	.016		
Continuity Correction ^a	4.295	1	.038		
Likelihood Ratio	6.038	1	.014		
Fisher's Exact Test				.037	.018
Linear-by-Linear Association	5.674	1	.017		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Rendah / Tinggi)	5.958	1.332	26.662
For cohort HEPATITIS_A = Kasus	2.322	1.120	4.813
For cohort HEPATITIS_A = Kontrol	.390	.160	.952
N of Valid Cases	34		

2. Sikap dengan Hepatitis A

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

Sikap * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS_A		Total
			Kasus	Kontrol	
Sikap	Negatif	Count	8	7	15
		% within Sikap	53.3%	46.7%	100.0%
	Positif	Count	9	10	19
		% within Sikap	47.4%	52.6%	100.0%
Total		Count	17	17	34
		% within Sikap	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.119 ^b	1	.730		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.119	1	.730		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.116	1	.734		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap (Negatif / Positif)	1.270	.327	4.930
For cohort HEPATITIS_A = Kasus	1.126	.576	2.200
For cohort HEPATITIS_A = Kontrol	.887	.445	1.766
N of Valid Cases	34		

3. Imunisasi dengan Hepatitis A

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Imunisasi * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

Imunisasi * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS_A		Total
			Kasus	Kontrol	
Imunisasi	Buruk	Count	15	8	23
		% within Imunisasi	65.2%	34.8%	100.0%
	Baik	Count	2	9	11
		% within Imunisasi	18.2%	81.8%	100.0%
Total		Count	17	17	34
		% within Imunisasi	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.585 ^b	1	.010		
Continuity Correction ^a	4.838	1	.028		
Likelihood Ratio	6.983	1	.008		
Fisher's Exact Test				.026	.013
Linear-by-Linear Association	6.391	1	.011		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Imunisasi (Buruk / Baik)	8.438	1.457	48.851
For cohort HEPATITIS_A = Kasus	3.587	.989	13.013
For cohort HEPATITIS_A = Kontrol	.425	.228	.794
N of Valid Cases	34		

4. Penggunaan Alat Makan & Minum secara Bersama dengan Hepatitis A

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Alat_Bersama * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

Alat_Bersama * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS A		Total
			Kasus	Kontrol	
Alat_Bersama	Buruk	Count	14	5	19
		% within Alat_Bersama	73.7%	26.3%	100.0%
	Baik	Count	3	12	15
		% within Alat_Bersama	20.0%	80.0%	100.0%
Total		Count	17	17	34
		% within Alat_Bersama	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.663 ^b	1	.002		
Continuity Correction ^a	7.635	1	.006		
Likelihood Ratio	10.221	1	.001		
Fisher's Exact Test				.005	.002
Linear-by-Linear Association	9.379	1	.002		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Alat_ Bersama (Buruk / Baik)	11.200	2.204	56.925
For cohort HEPATITIS_ A = Kasus	3.684	1.293	10.499
For cohort HEPATITIS_ A = Kontrol	.329	.149	.728
N of Valid Cases	34		

5. Konsumsi Makanan & Minuman secara Bersama dengan Hepatitis A

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KonsumsiBersama * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

KonsumsiBersama * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS A		Total
			Kasus	Kontrol	
KonsumsiBersama	Buruk	Count	13	5	18
		% within KonsumsiBersama	72.2%	27.8%	100.0%
	Baik	Count	4	12	16
		% within KonsumsiBersama	25.0%	75.0%	100.0%
Total		Count	17	17	34
		% within KonsumsiBersama	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.556 ^b	1	.006		
Continuity Correction ^a	5.785	1	.016		
Likelihood Ratio	7.869	1	.005		
Fisher's Exact Test				.015	.007
Linear-by-Linear Association	7.333	1	.007		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KonsumsiBersama (Buruk / Baik)	7.800	1.687	36.062
For cohort HEPATITIS_A = Kasus	2.889	1.180	7.075
For cohort HEPATITIS_A = Kontrol	.370	.167	.822
N of Valid Cases	34		

6. CTPS dengan Hepatitis A

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Mssing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CTPS * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

CTPS * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS_A		Total
			Kasus	Kontrol	
CTPS	Buruk	Count	13	6	19
		% within CTPS	68.4%	31.6%	100.0%
	Baik	Count	4	11	15
		% within CTPS	26.7%	73.3%	100.0%
Total		Count	17	17	34
		% within CTPS	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.846 ^b	1	.016		
Continuity Correction ^a	4.295	1	.038		
Likelihood Ratio	6.038	1	.014		
Fisher's Exact Test				.037	.018
Linear-by-Linear Association	5.674	1	.017		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for CTPS (Buruk / Baik)	5.958	1.332	26.662
For cohort HEPATITIS_A = Kasus	2.566	1.050	6.267
For cohort HEPATITIS_A = Kontrol	.431	.208	.893
N of Valid Cases	34		

7. Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Hepatitis A

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Total_Praktik * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

Total_Praktik * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS A		Total
			Kasus	Kontrol	
Total_Praktik	Kurang Baik	Count	16	8	24
		% within Total_Praktik	66.7%	33.3%	100.0%
	Baik	Count	1	9	10
		% within Total_Praktik	10.0%	90.0%	100.0%
Total		Count	17	17	34
		% within Total_Praktik	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.067 ^b	1	.003		
Continuity Correction ^a	6.942	1	.008		
Likelihood Ratio	10.080	1	.001		
Fisher's Exact Test				.007	.003
Linear-by-Linear Association	8.800	1	.003		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Total_Praktik (Kurang Baik / Baik)	18.000	1.929	167.986
For cohort HEPATITIS_A = Kasus	6.667	1.016	43.724
For cohort HEPATITIS_A = Kontrol	.370	.203	.676
N of Valid Cases	34		

DAFTAR PUSTAKA

- Agung Wibowo, Trisno. (2012). *"Investigasi Wabah"*. Yogyakarta : www.kmpk.ugm.ac.id/images/Semester_1/.../Investigasi_Wabah.pdf. diakses tanggal 29 Juni 2012.
- Allen, Lee Robin, et al. (2003). *" Don't Let Illness Outbreaks Wash You Up: Ensure Employees Know Simple Hygiene Rules. Journal"*. New York : Lebar-Friedman,Inc.<http://search.proquest.com>. Diakses tanggal 12 Mei 2012.
- AW, Hendra. (2008). *"Konsep Pengetahuan"*. <http://ajangberkarya.wordpress.com/2008/06/07/konsep-pengetahuan>. Diakses tanggal 27 Desember 2011.
- Bacon, Bruce, et al. (2009). *"E-Book. What I Need To Know About Hepatitis A"*. New York : NIDDK.
- CDC.(2011). *"Viral Hepatitis Statistics and Surveillance"*. USA: CDC. <http://www.cdc.com>. Diakses tanggal 19 Mei 2012.
- Depkes RI. (2009). *"Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia 2007"*. Jakarta : Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan.
- Dinkes kota Depok. (2012). *"Rekapitulasi Kejadian Luar Biasa Kota Depok Tahun 2008 s/d Maret 2012"*. Depok : Dinkes kota Depok.
- Dinkes provinsi DKI Jakarta. (2009). *"Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Provinsi DKI Jakarta 2007"*. Jakarta : Dinkes provinsi DKI Jakarta.

- Dinkes provinsi Jawa Barat. (2009). *"Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Provinsi Jawa Barat 2007"*. Bandung : Dinkes provinsi Jawa Barat.
- Hasmi. (2012). *"Metode Penelitian Epidemiologi"*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Hastono, Sutanto & Sabri, Luknis. (2010). *"Statistik Kesehatan"*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Hidayat, Alimul Aziz. (2008). *"Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah"*. Jakarta : Salemba Medika,.
- Kementrian Kesehatan RI. (2010). *"Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia 2010"* Jakarta : Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan.
- Kementrian Kesehatan RI. (2011). *"Buku Saku Cuci Tangan Pakai Sabun di Masyarakat Untuk Petugas/Kader"* Jakarta : Pamsimas Komponen B.
- Koff, R.S. (1992). *"Clinical Manifestations and Diagnosis of Hepatitis A Virus Infection, Vaccine"*. Philadelphia.
- McKay, Betsy. (2003). *"Hepatitis Scare Spurs Scrutiny Of Food Imports; After Outbreak, Some Weigh Whether to Vaccinate Children; The FDA's Advice on Green Onions: [1]"*. New York : Wall Street Journal.
- Nelson, E Kenrad, et al. (2005). *"Infectious Disease Epidemiology, Theory and Practice"*. USA : Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *"Pendidikan dan Perilaku Kesehatan"*. Jakarta : PT. Asdi Mahasatya.
- _____ . (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *"Pendekatan Praktek Metodologi Riset Keperawatan"*. Jakarta : Agung Seto.

Pratomo. (2007). *"Pengetahuan"* <http://www.budiman@dephan.go.id>. Di akses tanggal 27 Desember 2011.

Purnomo, Heru. (2009). *"Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Yang Paling Mematikan"*. Jakarta : Buana Pustaka.

Pusat Promosi Kesehatan Kementrian Kesehatan RI. (2010). *"Penuntun Hidup Sehat, Edisi Keempat"* Jakarta, Kemenkes RI.

Sibuea, W. Herdin, dkk. (2005). *"Ilmu Penyakit Dalam"*. Jakarta, Rineka Cipta

Sulaiman, Ali & Julitasari. (2000). *" Panduan Praktis Hepatitis A"*. Jakarta : Yayasan Penerbitan IDI.

Wawan. (2010). *"Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia"*. Yogyakarta : Nuha Medika.

WHO. (2008). *"Hepatitis A"*. USA, WHO Media Centre. <http://www.who.int.com>. Diakses tanggal 19 Mei 2012.

DAFTAR ISTILAH

Case	= Kelompok responden yang berdasarkan hasil laboratorium positif mengalami penyakit.
Control	= Kelompok responden yang tidak menunjukkan gejala penyakit dan hasil pemeriksaan labor negative.
Fase pre-ikterik	= Siklus dengan gejala lelah/lemas, hilang nafsu makan, nyeri dan rasa tidak enak di perut, mual muntah.
Fase ikterik	= Siklus dengan munculnya gejala kekuningan pada penderita hepatitis A, seperti urine berwarna kuning pekat seperti air the, sclera/putih mata dan kulit berwarna kekuning-kuningan.
Hepatitis A	= Suatu penyakit yang diakibatkan masuknya virus hepatitis A ke dalam tubuh, terutama menyerang hati yang bisa menimbulkan gejala-gejala hepatitis.
Imunisasi	= Suatu upaya pencegahan untuk meningkatkan kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit.
Masa inkubasi	= Waktu mulai masuknya bibit penyakit sampai dengan munculnya gejala awal.
Preventif	= Tindakan pencegahan yang dilakukan agar terhindar dari suatu penyakit.
Primery protection	= Upaya pencegahan terjadinya penyakit atau kecelakaan, seperti melakukan imunisasi, penggunaan safety belt.

- Random sampling = Metode pemilihan dimana masing-masing item dari keseluruhan populasi memiliki peluang yang sama dan independen untuk terpilih ke dalam sampel.
- Retrospective = Rancangan penelitian dengan melihat kebelakang tentang suatu kejadian yang berhubungan dengan kejadian kesakitan yang diteliti saat ini, artinya penelitian dilakukan untuk melihat faktor penyebab dimasa lalu terhadap kejadian sekarang.
- Virus = Microorganisme berukuran terkecil yang dapat mengakibatkan penyakit.

FORMAT PERSETUJUAN RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Saya mengerti penelitian ini tidak ada berdampak buruk kepada saya dan identitas serta informasi yang saya berikan dijaga kerahasiaannya dan betul-betul hanya digunakan untuk kepentingan penelitian

Maka saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Peminatan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang bernama **ANIKO PRESTIA SAKTI** (1006818570), dengan judul “**Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Kejadian Hepatitis A pada Siswa SMAN 4 Depok Tahun 2012.**

Untuk bermanfaatnya penelitian ini saya bersedia menjadi responden dan akan memberikan jawaban yang sebenar-benarnya.

Depok, 31 Mei 2012

(-----)

Nama Lengkap Dan Tanda Tangan



LEMBAR KUESIONER

HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP, & PRAKTIK PENCEGAHAN HEPATITIS A DENGAN KEJADIAN HEPATITIS A PADA SISWA SMAN 4 DEPOK TAHUN 2012

Nama Lengkap :
Jenis Kelamin :
Kelas :
Umur :
Alamat :
No. Telp :

Petunjuk soal.

1. Berikan tanda silang (x) pada salah satu jawaban yang anda anggap paling benar.
2. Bila ada pertanyaan yang kurang jelas boleh menanyakan kepada peneliti.
3. Bila lembar pertanyaan yang telah di isi lengkap, mohon dikembalikan kepada peneliti.

PERTANYAAN PENGETAHUAN

1. Apakah yang dimaksud dengan penyakit hepatitis ?
 - a. Peradangan pada saluran pencernaan.
 - b. Peradangan pada lambung.
 - c. Peradangan pada usus.
 - d. Peradangan pada hati.

2. Pada bulan September 2011 pemerintah menetapkan status kejadian luar biasa/KLB penyakit Hepatitis A di kota Depok. Yang di maksud dengan hepatitis A yaitu ;
 - a. Suatu keadaan atau kondisi dimana seseorang mengalami peradangan pada lambungnya yang disebabkan oleh hepatitis A.
 - b. Suatu keadaan atau kondisi dimana seseorang mengalami peradangan pada saluran pencernaannya yang disebabkan oleh hepatitis A.
 - c. Suatu keadaan atau kondisi dimana seseorang mengalami peradangan pada hatinya yang disebabkan oleh hepatitis A.
 - d. Suatu keadaan atau kondisi dimana seseorang mengalami peradangan pada ususnya yang disebabkan oleh hepatitis A.
3. Hepatitis A termasuk ke dalam jenis ?
 - a. Penyakit degeneratif (penyakit akibat penurunan fungsi tubuh).
 - b. Penyakit peradangan.
 - c. Penyakit kongenital/keturunan.
 - d. Penyakit infeksi.
4. Penyakit hepatitis disebabkan oleh ?
 - a. Protozoa.
 - b. Bakteri.
 - c. Virus.
 - d. Parasit.
5. Salah satu bentuk penyebaran penyakit hepatitis A yaitu, *kecuali* ?
 - a. Makan dari piring atau sendok yang sama dengan penderita.
 - b. Minum dari gelas/sedotan yang sama dengan penderita.
 - c. *Droplet nuklei* / melalui berbicara, bersin, atau batuk dari penderita.
 - d. Melalui kontaminasi makanan dan minuman (jalur *fecal oral*).
6. Penyakit hepatitis A dapat menyebar melalui hal berikut yaitu ?
 - a. Makanan yang terkontaminasi hepatitis A.
 - b. Minuman yang terkontaminasi hepatitis A.
 - c. *Droplet nuklei* / melalui berbicara, bersin, atau batuk dari penderita.
 - d. Makanan dan minuman yang terkontaminasi hepatitis A.

7. Gejala awal dari penyakit hepatitis A adalah ?
 - a. Gejala kuning/icterik.
 - b. Letih, lesu, demam, kehilangan selera makan dan mual.
 - c. Air seni/air kencing berwarna gelap seperti teh.
 - d. Demam tiba-tiba, sakit kepala, nyeri pada ulu hati.
8. Gejala kekuningan (stadium icterik) dapat terlihat pada bagian tubuh ?
 - a. Warna kekuningan pada wajah.
 - b. Warna kekuningan pada email gigi dan rongga mulut.
 - c. Warna kekuningan pada sclera/putih mata dan kulit.
 - d. Warna kekuningan pada air seni/urine.
9. Imunisasi hepatitis A dilakukan sebanyak berapa kali ?
 - a. Empat kali.
 - b. Tiga kali.
 - c. Dua kali.
 - d. Satu kali.
10. Imunisasi hepatitis A dapat dilakukan dalam bentuk ?
 - a. Sendiri (*Havrix*).
 - b. Kombinasi dengan vaksin hepatitis B (*Twinrix*).
 - c. Sendiri (*Havrix*) atau bentuk kombinasi dengan vaksin hepatitis B (*Twinrix*).
 - d. Bukan salah satu di atas.
11. Imunisasi hepatitis A dianjurkan untuk orang yang berisiko tinggi terkena penyakit hepatitis A, seperti :
 - a. Bayi.
 - b. Anak-anak SD.
 - c. Orang dewasa.
 - d. Penghuni asrama dan mereka yang sering jajan di luar rumah.
12. Orang yang berinteraksi atau dekat dengan penderita sebaiknya ?
 - a. Mendapatkan pengobatan.
 - b. Di isolasi (tidak kontak fisik dengan orang lain).
 - c. Melakukan imunisasi.
 - d. Beristirahat agar kondisi fisik cepat sembuh.

13. Satu minggu setelah penyakit kuning muncul, penderita disarankan untuk :
 - a. Menjalani pengobatan.
 - b. Di isolasi (tidak kontak fisik dengan orang lain).
 - c. Melakukan imunisasi.
 - d. Beristirahat agar kondisi fisik cepat sembuh.
14. Di bawah ini merupakan salah satu cara mencegah penyebaran hepatitis A yaitu ?
 - a. Mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air.
 - b. Mencuci tangan menggunakan desinfektan dan air agar kuman mati.
 - c. Mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir.
 - d. Mencuci tangan menggunakan desinfektan dan air mengalir agar kuman mati.
15. Urutan cara cuci tangan yang benar yaitu ?
 - a. Basahi tangan dengan air mengalir, basahi tangan dengan menggunakan cairan desinfektan, gosok selama 20 detik, bilas dengan air mengalir keringkan dengan lap bersih.
 - b. Basahi tangan dengan menggunakan cairan desinfektan, gosok selama 20 detik, basahi tangan dengan air mengalir, bilas tangan dengan air mengalir keringkan dengan lap bersih.
 - c. Basahi tangan dengan air mengalir, basahi tangan dengan menggunakan sabun cair atau sabun batang, gosok selama 20 detik, bilas dengan air mengalir keringkan dengan lap bersih.
 - d. Basahi tangan dengan menggunakan sabun cair atau sabun batang, gosok selama 20 detik, basahi tangan dengan air mengalir, bilas tangan dengan air mengalir keringkan dengan lap bersih.
16. Mencuci tangan seharusnya dilakukan pada waktu yang tepat, seperti di bawah ini ?
 - a. Sebelum menyiapkan makanan, setelah makan, setelah keluar dari WC, dan setelah menceboki adek bayi.
 - b. Sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan, sebelum masuk WC, dan setelah menceboki adek bayi.
 - c. Sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan, setelah keluar dari WC, dan sebelum menceboki adek bayi.
 - d. Sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan, setelah keluar dari WC, dan setelah menceboki adek bayi.

PERNYATAAN SIKAP

Petunjuk Pengisian ;

1. Pilihlah satu pendapat anda dengan cara menyontreng salah satu pilihan pada kolom sebelah kanan.

No.	Sikap	PENDAPAT ANDA			
		Sangat Tidak Setuju (STS)	Tidak Setu ju (TS)	Setu ju (S)	Sang at Setuju (SS)
1.	Informasi tentang penyakit hepatitis A penting karena dapat menjelaskan bagaimana cara pencegahan terjadinya penyakit.				
2.	Hepatitis A bukan penyakit menular.				
3.	Hepatitis A akan menyerang saluran pencernaan sehingga mengakibatkan peradangan.				
4.	Menurut saya penyakit hepatitis A disebabkan oleh pola makan yang tidak teratur.				
5.	Menurut saya penyakit hepatitis A menular melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi.				
6.	Penggunaan alat makan seperti sedotan, gelas, sendok, atau piring yang sama dengan penderita tidak akan menularkan penyakit hepatitis A.				
7.	Menurut saya gejala penyakit hepatitis A hampir sama seperti gejala penyakit maag seperti nyeri ulu hati, sakit kepala dan demam.				

8.	Saya menolak imunisasi hepatitis A, karena menurut saya imunisasi sebaiknya dilakukan pada siswa SD.				
9.	Menurut saya penderita sebaiknya di isolasi untuk mencegah penyebaran penyakit.				
10.	Mencuci tangan dengan air mampu mencegah penyakit hepatitis A.				
11.	Saya berpendapat bahwa cuci tangan sebaiknya dilakukan setelah makan, untuk membantu mencegah penyebaran penyakit hepatitis A.				
12.	Menurut saya setelah keluar dari WC bersihkan tangan dengan tisu bersih.				
13.	Menurut saya minum air yang dibawa dari rumah atau air minum dalam kemasan (bebas dari kontaminasi), akan mencegah penyebaran penyakit hepatitis A.				
14.	Menurut saya minum air yang sama dengan teman dari tempat minum yang sama, dapat menyebarkan penyakit hepatitis A.				
15.	Menurut saya mengkonsumsi makanan secara bersama di sekolah dapat menyebarkan hepatitis A.				

PERTANYAAN PRAKTIK

Petunjuk Pengisian ;

1. Pilihlah satu jawaban dengan cara menyontreng salah satu pilihan jawaban pada kolom sebelah kanan.
2. Kerahasiaan dijamin dan jawablah semua pertanyaan dengan **JUJUR** jika memang pernah melakukannya.
3. Sama sekali tidak mempengaruhi nilai akademik anda, hanya untuk penelitian kesehatan.

No.	Tindakan / Praktik	Pilihan Jawaban	
		Ya	Tidak
I	Imunisasi		
1.	Pernah mendapatkan Imunisasi hepatitis A.		
II	Penggunaan Alat Makan & Minum secara Bersama		
2.	Menggunakan sedotan atau gelas yang sama dengan teman sekolah.		
3.	Menggunakan sendok atau piring secara bersama / bergantian dengan teman.		
III	Konsumsi Makan & Minum secara Bersama		
4.	Di sekolah meminum air selain air minum kemasan atau air yang dibawa dari rumah.		
5.	Minum air yang sama dengan teman dari tempat minum yang sama di sekolah.		
6.	Mengonsumsi makanan secara bersama dengan teman di sekolah.		
IV	Cuci Tangan Pakai Sabun		
7.	Menggosok telapak tangan pada saat cuci tangan.		
8.	Menggosok punggung tangan pada saat cuci tangan.		
9.	Menggosok sela-sela jari tangan pada saat cuci tangan.		
10.	Menggosok kuku dan jari-jari tangan pada saat cuci tangan.		

11.	Menggosok ibu jari pada saat cuci tangan.		
12.	Membersihkan telapak tangan sebelah dalam pada saat cuci tangan.		
13.	Menggosok pergelangan tangan pada saat cuci tangan.		
14.	Setelah buang air besar atau keluar dari WC mencuci tangan pakai sabun.		
15.	Mencuci tangan dengan sabun sebelum makan.		
16.	Setelah berolahraga cuci tangan.		
17.	Membasahi tangan dengan air mengalir.		
18.	Menggunakan sabun.		
19.	Mencuci tangan dengan sabun selama 20 detik.		
20.	Mengeringkan tangan dengan lap bersih.		

HASIL ANALISIS

A. Karakteristik Responden

1. Jenis Kelamin

Frequencies

Statistics

Jenis Kelamin		
N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.62
Median		2.00
Std. Deviation		.493

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	13	38.2	38.2	38.2
	Perempuan	21	61.8	61.8	100.0
Total		34	100.0	100.0	

2. Kelas

Frequencies

Statistics

Kelas		
N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.76
Median		2.00
Std. Deviation		.819

Kelas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kelas 1	16	47.1	47.1	47.1
	Kelas 2	10	29.4	29.4	76.5
	Kelas 3	8	23.5	23.5	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

B. Analisis Bivariat

1. Pengetahuan dengan Hepatitis A

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

Pengetahuan * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS_A		Total
			Kasus	Kontrol	
Pengetahuan	Rendah	Count	11	4	15
		% within Pengetahuan	73.3%	26.7%	100.0%
	Tinggi	Count	6	13	19
		% within Pengetahuan	31.6%	68.4%	100.0%
Total		Count	17	17	34
		% within Pengetahuan	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.846 ^b	1	.016		
Continuity Correction ^a	4.295	1	.038		
Likelihood Ratio	6.038	1	.014		
Fisher's Exact Test				.037	.018
Linear-by-Linear Association	5.674	1	.017		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Rendah / Tinggi)	5.958	1.332	26.662
For cohort HEPATITIS_A = Kasus	2.322	1.120	4.813
For cohort HEPATITIS_A = Kontrol	.390	.160	.952
N of Valid Cases	34		

2. Sikap dengan Hepatitis A

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

Sikap * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS_A		Total
			Kasus	Kontrol	
Sikap	Negatif	Count	8	7	15
		% within Sikap	53.3%	46.7%	100.0%
	Positif	Count	9	10	19
		% within Sikap	47.4%	52.6%	100.0%
Total	Count		17	17	34
	% within Sikap		50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.119 ^b	1	.730	1.000	.500
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.119	1	.730		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.116	1	.734		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap (Negatif / Positif)	1.270	.327	4.930
For cohort HEPATITIS_A = Kasus	1.126	.576	2.200
For cohort HEPATITIS_A = Kontrol	.887	.445	1.766
N of Valid Cases	34		

3. Imunisasi dengan Hepatitis A

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Imunisasi * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

Imunisasi * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS_A		Total
			Kasus	Kontrol	
Imunisasi	Buruk	Count	15	8	23
		% within Imunisasi	65.2%	34.8%	100.0%
	Baik	Count	2	9	11
		% within Imunisasi	18.2%	81.8%	100.0%
Total		Count	17	17	34
		% within Imunisasi	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.585 ^b	1	.010		
Continuity Correction ^a	4.838	1	.028		
Likelihood Ratio	6.983	1	.008		
Fisher's Exact Test				.026	.013
Linear-by-Linear Association	6.391	1	.011		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Imunisasi (Buruk / Baik)	8.438	1.457	48.851
For cohort HEPATITIS_A = Kasus	3.587	.989	13.013
For cohort HEPATITIS_A = Kontrol	.425	.228	.794
N of Valid Cases	34		

4. Penggunaan Alat Makan & Minum secara Bersama dengan Hepatitis A

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Alat_Bersama * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

Alat_Bersama * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS A		Total
			Kasus	Kontrol	
Alat_Bersama	Buruk	Count	14	5	19
		% within Alat_Bersama	73.7%	26.3%	100.0%
	Baik	Count	3	12	15
		% within Alat_Bersama	20.0%	80.0%	100.0%
Total		Count	17	17	34
		% within Alat_Bersama	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.663 ^b	1	.002		
Continuity Correction ^a	7.635	1	.006		
Likelihood Ratio	10.221	1	.001		
Fisher's Exact Test				.005	.002
Linear-by-Linear Association	9.379	1	.002		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Alat_ Bersama (Buruk / Baik)	11.200	2.204	56.925
For cohort HEPATITIS_ A = Kasus	3.684	1.293	10.499
For cohort HEPATITIS_ A = Kontrol	.329	.149	.728
N of Valid Cases	34		

5. Konsumsi Makanan & Minuman secara Bersama dengan Hepatitis A

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KonsumsiBersama * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

KonsumsiBersama * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS A		Total
			Kasus	Kontrol	
KonsumsiBersama	Buruk	Count	13	5	18
		% within KonsumsiBersama	72.2%	27.8%	100.0%
	Baik	Count	4	12	16
		% within KonsumsiBersama	25.0%	75.0%	100.0%
Total		Count	17	17	34
		% within KonsumsiBersama	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.556 ^b	1	.006		
Continuity Correction ^a	5.785	1	.016		
Likelihood Ratio	7.869	1	.005		
Fisher's Exact Test				.015	.007
Linear-by-Linear Association	7.333	1	.007		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KonsumsiBersama (Buruk / Baik)	7.800	1.687	36.062
For cohort HEPATITIS_A = Kasus	2.889	1.180	7.075
For cohort HEPATITIS_A = Kontrol	.370	.167	.822
N of Valid Cases	34		

6. CTPS dengan Hepatitis A

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Mssing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CTPS * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

CTPS * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS_A		Total
			Kasus	Kontrol	
CTPS	Buruk	Count	13	6	19
		% within CTPS	68.4%	31.6%	100.0%
	Baik	Count	4	11	15
		% within CTPS	26.7%	73.3%	100.0%
Total	Count		17	17	34
	% within CTPS		50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.846 ^b	1	.016	.037	.018
Continuity Correction ^a	4.295	1	.038		
Likelihood Ratio	6.038	1	.014		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.674	1	.017		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for CTPS (Buruk / Baik)	5.958	1.332	26.662
For cohort HEPATITIS_A = Kasus	2.566	1.050	6.267
For cohort HEPATITIS_A = Kontrol	.431	.208	.893
N of Valid Cases	34		

7. Praktik Pencegahan Hepatitis A dengan Hepatitis A

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Total_Praktik * HEPATITIS_A	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

Total_Praktik * HEPATITIS_A Crosstabulation

			HEPATITIS A		Total
			Kasus	Kontrol	
Total_Praktik	Kurang Baik	Count	16	8	24
		% within Total_Praktik	66.7%	33.3%	100.0%
	Baik	Count	1	9	10
		% within Total_Praktik	10.0%	90.0%	100.0%
Total		Count	17	17	34
		% within Total_Praktik	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.067 ^b	1	.003		
Continuity Correction ^a	6.942	1	.008		
Likelihood Ratio	10.080	1	.001		
Fisher's Exact Test				.007	.003
Linear-by-Linear Association	8.800	1	.003		
N of Valid Cases	34				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Total_Praktik (Kurang Baik / Baik)	18.000	1.929	167.986
For cohort HEPATITIS_A = Kasus	6.667	1.016	43.724
For cohort HEPATITIS_A = Kontrol	.370	.203	.676
N of Valid Cases	34		