

**PENGARUH FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL  
TERHADAP PERILAKU IBU DALAM PEMBERIAN  
IMUNISASI HEPATITIS B PADA BAYI  
DI KABUPATEN ACEH UTARA**

**TESIS**

**Oleh**

**ALFIAN HELMI  
057023001/AKK**



**SEKOLAH PASCASARJANA  
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA  
MEDAN  
2008**

**PENGARUH FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL  
TERHADAP PERILAKU IBU DALAM PEMBERIAN  
IMUNISASI HEPATITIS B PADA BAYI  
DI KABUPATEN ACEH UTARA**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.Kes)  
dalam Program Magister Adiministrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Konsentrasi Administrasi Kesehatan Komunitas/Epidemiologi  
Pada Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara

Oleh

**ALFIAN HELMI  
057023001/AKK**

**SEKOLAH PASCASARJANA  
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA  
MEDAN  
2008**

## **SURAT PERNYATAAN**

# **PENGARUH FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL TERHADAP PERILAKU IBU DALAM PEMBERIAN IMUNISASI HEPATITIS B PADA BAYI DI KABUPATEN ACEH UTARA**

## **TESIS**

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Medan, 23 Juli 2008

**Alfian Helmi**  
**057023001/AKK**

**Judul Tesis : PENGARUH FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL  
TERHADAP PERILAKU IBU DALAM PEMBERIAN  
IMUNISASI HEPATITIS B PADA BAYI DI  
KABUPATEN ACEH UTARA**

**Nama Mahasiswa : Alfian Helmi**  
**Nomor Pokok : 057023001**  
**Program Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan**  
**Konsentrasi : Administrasi Kesehatan Komunitas/Epidemiologi**

Menyetujui

Komisi Pembimbing:

(Dr. Drs. R. Kintoko Rochadi, MKM)

Ketua

(dr. Yulianti, Sp.P, MARS)

Anggota

Ketua Program Studi,

Direktur

(Dr. Drs. Surya Utama, MS)

(Prof. Dr. Ir. T. Chairun Nisa. B, MSc)

**Tanggal Lulus : 23 Juli 2008**

**Telah diuji pada  
Tanggal 23 Juli 2008**

---



**PANITIA PENGUJI TESIS**

**Ketua** : Dr. Drs. R. Kintoko Rochadi, MKM

**Anggota** : 1. dr. Yulianti, Sp.P, MARS  
2. Dra. Jumirah, Apt, M.Kes  
3. drh. Rasmaliah, M.Kes

## ABSTRAK

Hepatitis B salah satu penyakit serius yang masih merupakan masalah kesehatan bagi masyarakat. Indonesia termasuk ke dalam kelompok negara endemisitas sedang sampai dengan tinggi untuk terjadinya infeksi virus hepatitis B. Prevalensi hepatitis B di Indonesia berkisar 2,5% di Banjarmasin sampai 25,6% di Kupang.

Kabupaten Aceh Utara, angka pencapaian cakupan imunisasi hepatitis B-nya paling rendah dari 21 Kabupaten/Kota yang ada di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD). Berkenaan dengan hal tersebut, telah dilakukan suatu penelitian yang bertujuan untuk menganalisis pengaruh faktor internal dan eksternal terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Faktor internal terdiri dari umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, dan kepercayaan. Faktor eksternal terdiri dari peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, penghasilan, dan jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan.

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, dengan populasi seluruh ibu yang mempunyai bayi berumur 0 - 12 bulan dan jumlah sampel sebanyak 211 responden. Teknik pengambilan sampel secara sistem gugus bertahap (*multistage sampling*) dan data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan kuesioner. Analisis statistik yang digunakan adalah *Chi Square Test* dan *Regresi Logistik*.

Hasil multivariat dengan uji *regresi logistik* menunjukkan faktor internal yaitu pengetahuan ( $B=1,044$ ) yang paling berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Disarankan adanya upaya peningkatan pengetahuan kesehatan masyarakat tentang imunisasi hepatitis B melalui promosi kesehatan berupa *social support*.

Kata Kunci: Imunisasi hepatitis B, Perilaku ibu, Faktor Internal, Faktor Eksternal.

## ABSTRACT

Hepatitis B is a serious disease which still becomes a problem of health in the community. Indonesia is determined belong to the group of the mild to severe endemic countries for the incident of Hepatitis B viral infection. The prevalence of Hepatitis B in Indonesia ranges from 2.5% in Banjarmasin to 25.6% in Kupang.

Aceh Utara District has the lowest Hepatitis B immunization coverage rate among the 21 districts in Nanggroe Aceh Darussalam Province. In relation to this condition, a study intended to analyze the influence of internal and external factors on mother's behavior in the administration of Hepatitis B immunization has been conducted. The internal factors include age, level of education, knowledge, attitude and trust. The external factors include role of health workers, support from prominent community leaders, income and the distance from residence to the health service venue.

The population this cross-sectional study was all of the mothers with babies of 0–12 months old and 211 of them were selected through the multistage sampling technique as the samples/respondents for this study. The data were obtained statistically analyzed through Chi-square and Logistic Regression test.

The result of multivariate analysis through logistic regression test found that internal factors are knowledge ( $B=1,044$ ) which most dominantly influences mother's behavior in administrating Hepatitis B. It is suggested that the improvement of public health knowledge about hepatitis B immunization should be made through health promotion by social support.

Key words : Hepatitis B Immunization, Mother's Behavior, Internal Factor, External Factor.

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
ABSTRAK .....	i
ABSTRACT .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
RIWAYAT HIDUP .....	v
DAFTAR ISI .....	i
DAFTAR TABEL .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Permasalahan .....	7
1.3. Tujuan Penelitian .....	7
1.4. Hipotesis .....	7
1.5. Manfaat Penelitian .....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
2.1. Definisi Hepatitis B .....	9
2.2. Epidemiologi Hepatitis B .....	9
2.2.1. Etiologi Hepatitis B .....	9
2.2.2. Transmisi Hepatitis B .....	9
2.2.3. Prevalensi infeksi virus Hepatitis B .....	11
2.2.4. Kelompok resiko tinggi tertular hepatitis B .....	12
2.2.5. Masa Inkubasi Hepatitis B .....	13
2.3. Manifestasi Klinik Hepatitis B .....	13
2.4. Pencegahan Hepatitis B .....	14
2.5. Konsep Imunisasi .....	15
2.5.1. Pengertian-pengertian terkait dengan imunisasi .....	15
2.5.2. Tujuan Pemberian Imunisasi .....	16
2.5.3. Sasaran Pemberian Imunisasi .....	16
2.5.4. Penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi .....	17
2.5.5. Masalah dalam Pengembangan Program Imunisasi .....	17
2.5.6. Imunisasi Hepatitis B .....	17
2.6. Konsep Perilaku Kesehatan .....	20
2.6.1. Klasifikasi Perilaku Kesehatan .....	20
2.6.2. Domain perilaku .....	22
2.6.3. Perubahan Perilaku .....	23
2.7. Landasan Teori .....	25



2.8. Kerangka Konsep.....	27
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b> .....	28
3.1. Jenis Penelitian .....	28
3.2. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian .....	28
3.3. Populasi dan Sampel .....	29
3.3.1. Populasi.....	29
3.3.2. Sampel.....	29
3.4. Metode Pengumpulan Data .....	30
3.5. Variabel dan Definisi Operasional .....	32
3.6. Metode Pengukuran.....	33
3.7. Metode Analisis Data .....	39
<b>BAB 4 HASIL PENELITIAN</b> .....	40
4.1. Deskripsi Lokasi Penelitian.....	40
4.1.1. Keadaan Geografis.....	40
4.1.2. Kependudukan .....	41
4.1.3. Situasi Derajat Kesehatan .....	41
4.1.4. Situasi Upaya Kesehatan.....	41
4.1.5. Sumber Daya Kesehatan .....	42
4.2. Analisis Univariat.....	43
4.2.1. Faktor Internal .....	43
4.2.2. Faktor Eksternal.....	45
4.2.3. Perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.....	46
4.3. Analisis Bivariat.....	47
4.3.1. Faktor Internal.....	47
4.3.2. Faktor Eksternal .....	50
4.4. Analisis Multivariat.....	54
4.4.1. Pemilihan variabel yang dimasukkan ke dalam uji Multivariat	54
4.4.2. Penentuan variabel yang paling berpengaruh .....	55
<b>BAB 5 PEMBAHASAN</b> .....	57
5.1. Faktor Internal .....	57
5.1.1. Hubungan Umur Dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B .....	57
5.1.2. Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B .....	58
5.1.3. Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B .....	58
5.1.4. Hubungan Sikap Dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi hepatitis B .....	60
5.1.5. Hubungan Kepercayaan Dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B .....	61

5.2. Faktor Eksternal .....	62
5.2.1 Hubungan Peran Petugas Kesehatan Dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B .....	62
5.2.2. Hubungan Dukungan Tokoh Masyarakat Dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi hepatitis B.....	63
5.2.3. Hubungan Penghasilan Dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B.....	65
5.2.4. Hubungan Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.	66
5.3. Faktor yang paling berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.....	67
5.4. Keterbatasan Penelitian .....	68
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	69
6.1. Kesimpulan.....	69
6.2. Saran .....	69
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	71



## DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
2.1.	Kerangka Konsep Penelitian .....	28



## DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
3.1.	Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian dilaksanakan.....	29
4.1.	Distribusi Tenaga Kesehatan Yang Bekerja Dibidang Kesehatan Di Kabupaten Aceh Utara Tahun 2006 .....	43
4.2.	Distribusi Jumlah Sarana Kesehatan di Kabupaten Aceh Utara Tahun 2006.....	44
4.3.	Distribusi Responden Menurut Pengetahuan, Umur, Tingkat Pendidikan, Sikap, dan Kepercayaan di Kabupeten Aceh Utara.....	45
4.4.	Distribusi Responden Menurut Peran Petugas Kesehatan, Dukungan Tokoh Masyarakat, Penghasilan, dan Jarak Tempat Tinggal Dengan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Aceh Utara .....	46
4.5.	Distribusi Responden Menurut Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B di Kabupaten Aceh Utara .....	47
4.6.	Rekapitulasi Hasil Uji Chi Square Hubungan Variabel Independen dengan Variabel Dependen.....	54
4.7.	Hasil Uji Bivariat Untuk Identifikasi Variabel Independen Yang Dimasukkan Ke Dalam Uji Multivariat .....	56
4.8.	Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Untuk Identifikasi Variabel Independen Paling Berpengaruh Terhadap Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B.....	57

## DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul	Halaman
1.	Rekapitulasi Cakupan imunisasi hepatitis B 1, hepatitis B 2, dan hepatitis B3 Kabupaten dan Kota Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam Tahun 2006.....	75
2.	Kuesioner pengaruh Faktor Internal Dan Eksternalterhadap Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B Pada Bayi Di Kabupaten Aceh Utara .....	76
3.	Master Tabel Data Uji Validitas Dan Reliabilitas Penelitian Pengaruh Faktor Internal Dan Eksternal Terhadap Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B Pada Bayi Di Kabupaten AcehUtara.....	83
4.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian .....	84
5.	Rekapitulasi Hasil Perhitungan Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian Pengaruh Faktor Internal Dan Eksternal Terhadap Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B .....	90
6.	Hasil Uji Univariat, Bivariat, Bivariat Untuk Memilih Variabel Yang Dimasukkan Ke Dalam Multivariat dan Uji Multivariat .....	91
7.	Master Tabel Data Penelitian Pengaruh Faktor Internal Dan Eksternal Terhadap Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B Di Kabupaten Aceh Utara .....	113

## **RIWAYAT HIDUP**

Penulis bernama Alfian Helmi lahir di Desa Alue Pisang (Aceh Selatan), tanggal 5 bulan Agustus tahun 1970. Lulus SD Negeri No.2 Sikabu Kabupaten Aceh Selatan tahun 1983, lulus SMP Negeri Kuala Batee Kabupaten Aceh Selatan tahun 1986, lulus SMA Negeri No.1 Blang Pidie Kabupaten Aceh Selatan tahun 1989, lulus Akademi Keperawatan Dep.Kes. RI. Banda Aceh Provinsi Daerah Istimewa Aceh tahun 1992, lulus Pendidikan Akta Mengajar III di Banda Aceh Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam tahun 1995, lulus S.1 Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta tahun 2003. Telah mengikuti berbagai pelatihan, lokakarya, seminar, dan simposium.

Pengalaman mengajar yang digeluti adalah pada bidang keperawatan, yaitu pada Sekolah Perawat Kesehatan sejak tahun 1994, Akademi Keperawatan Dep.Kes.RI. Langsa sejak tahun 1996, Program Studi Keperawatan Langsa Politeknik Kesehatan Nanggroe Aceh Darussalam sejak tahun 2001. Penulis juga aktif mengajar pada beberapa Akademi/Sekolah Tinggi dibidang Kesehatan yang ada di Kota Langsa dan Kabupaten Aceh Tamiang.

Sampai dengan saat ini penulis masih diberikan tugas sebagai salah seorang dosen fungsional tetap pada Program Studi Keperawatan Langsa Politeknik Kesehatan Nanggroe Aceh Darussalam.

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Penyakit hepatitis B salah satu penyakit serius dan merupakan masalah kesehatan masyarakat, khususnya bagi negara-negara berkembang. Infeksi penyakit ini dapat menimbulkan berbagai macam manifestasi klinis mulai dari pengidap penyakit (*carrier*) tanpa gejala atau dengan gejala, sampai dengan timbul tanda-tanda hepatitis virus, sirosis, dan bahkan dapat menyebabkan timbulnya karsinoma hepatoseluler (Achmadi, 2006)

Valla (2002), menyatakan bahwa 2 miliar penduduk dunia saat ini telah terpapar atau terinfeksi dengan virus hepatitis B dan 360 juta dari infeksi itu berlanjut menjadi kronis. Kematian akibat infeksi Virus Hepatitis B (VHB) mencapai 520.000 kasus setiap tahunnya, dimana 50.000 kasus akibat infeksi akut dan 470.000 kasus akibat sirosis atau karsinoma hepatoseluler.

Menurut Andre (2004), dalam jurnal hepatologinya menyebutkan bahwa prevalensi infeksi VHB di dunia digolongkan berdasarkan 3 populasi endemisitas yaitu tinggi, sedang, dan rendah. Masing-masing prevalensi itu terdiri dari 45% untuk infeksi VHB golongan populasi tinggi, 43% bagi golongan populasi sedang dan 12% adalah prevalensi populasi rendah.

Misnadiarly (2007) dan Sudoyo, dkk (2006) memperkirakan 4 - 40 juta penduduk Indonesia mempunyai kemungkinan mengidap hepatitis (semua tipe), dan

hepatitis B menduduki urutan pertama dalam hal jumlah penderita dan penyebarannya. Prevalensi hepatitis B di Indonesia sangat bervariasi berkisar 2,5% di Banjarmasin sampai 25,61% di Kupang, sehingga Indonesia dikatakan termasuk ke dalam kelompok negara dengan endemisitas sedang sampai tinggi untuk terjadinya infeksi virus hepatitis B.

Shepard (2004), menjelaskan bahwa imunisasi hepatitis B sangat efektif untuk mencegah penyakit hepatitis B. Walaupun banyak upaya lain yang dapat dilakukan untuk mencegah resiko terpapar dengan infeksi VHB, namun upaya itu tidak akan sama efektifnya dengan pemberian imunisasi. Pemberian imunisasi ini akan menumbuhkan kekebalan tubuh secara terus menerus, menyeluruh, sehingga mampu memberikan perlindungan kesehatan serta memutus mata rantai penularan penyakit hepatitis B.

Kondisi pengembangan cakupan imunisasi hepatitis B di Indonesia dalam 3 tahun terakhir telah mencapai > 90%, namun angka itu belum merata di semua desa. Hal itu ditunjukkan melalui pencapaian *Universal Child Immunization (UCI)* Desa/kelurahan yang tidak mencapai standar minimal, yakni 80% secara merata pada semua bayi di 100% desa/kelurahan yang ada di Indonesia. Fenomena ini menjadi masalah terhadap pencapaian keberhasilan program imunisasi nasional (Depkes, 2004 dan Pedoman Pekan Imunisasi Nasional, 2005)

Dari data Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Depkes (2005), tercatat cakupan imunisasi hepatitis B di Indonesia yaitu: hepatitis B1 98,3%, hepatitis B2 82,2%, dan hepatitis B3 sebesar 79,4%. Satu dari



cakupan ini yaitu hepatitis B3 masih bernilai cakupan di bawah standar minimal yaitu 80%. Angka ini juga harus diantisipasi agar standar minimal yang diharapkan akan dapat dicapai.

Profil Dinas Kesehatan Nanggroe Aceh Darussalam (2006), menyebutkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) cukup tertinggal bila dibandingkan dengan provinsi lainnya yang ada di Indonesia. Keadaan ini membutuhkan perhatian khusus dari semua pihak agar mutu pelayanan kesehatan tersebut dapat ditingkatkan. Kualitas pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap situasi derajat kesehatan diantaranya adalah angka kesakitan yang terjadi dalam masyarakat.

Prevalensi kejadian infeksi VHB di Nanggroe Aceh Darussalam saat ini sebesar 0,15% (Subdin. P2P Dinkes. Prov. NAD, 2006). Untuk Kabupaten Aceh Utara, tercatat pula prevalensi kejadian infeksi VHB sebesar 0,49% (Subdin. P2P Dinkes. Kab. Aceh Utara). Kedua angka prevalensi tersebut patut diwaspadai guna untuk memperbaiki derajat kesehatan

Angka prevalensi infeksi VHB itu muncul erat hubungannya dengan luas cakupan imunisasi hepatitis B yang bisa dicapai, dimana cakupan tersebut saat ini di Provinsi NAD sangat rendah bila dibandingkan dengan cakupan imunisasi dasar lainnya. Perbedaan cakupan tersebut akan tergambar dari hasil cakupan imunisasi dasar Provinsi NAD tahun 2005 dan 2006.

Cakupan imunisasi dasar Provinsi NAD tahun 2005 adalah: hepatitis B1 50,17%, hepatitis B2 58,56%, hepatitis B3 54,53%, BCG 80,11%, Polio 1 82,79%,

Polio 2 78,92%, Polio 3 75,41%, Polio 4 71,02%, DPT 1 80,96%, DPT 2 77,22%, DPT 3 74,08%, dan Campak 71,73%. Untuk cakupan imunisasi tahun 2006 juga tercatat: hepatitis B1 78,09%, hepatitis B2 72,98%, dan hepatitis B3 sebesar 69,50%. BCG 92,82%, Polio 1 96,18%, Polio 2 90,99%, Polio 3 86,54%, Polio 4 82,462%, DPT 1 92,17%, DPT 2 87,73%, DPT 3 83,31%, dan Campak 82,27% (Subdin. P2P Dinkes. Prov. NAD, 2005 dan Subdin. P2P Dinkes. Prov. NAD, 2006).

Data cakupan imunisasi dasar yang dilaporkan Sub.Din P2P itu membuktikan bahwa cakupan imunisasi hepatitis B Provinsi NAD tahun 2005 masih sangat rendah yaitu berkisar antara 50% - 60%. Pada tahun 2006, cakupan imunisasi hepatitis B Provinsi NAD terlihat sudah lebih meningkat dari tahun sebelumnya, namun demikian angka itu juga belum mampu mencapai target standar minimal yang ditetapkan 80%. Hal ini memerlukan suatu strategi yang kompleks bagi pengambil kebijakan untuk mengatasi rendahnya target cakupan itu.

Adapun strategi yang telah atau sedang dilakukan untuk meningkatkan mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan bagi masyarakat berkaitan dengan rendahnya cakupan imunisasi hepatitis B adalah berupa upaya peningkatan cakupan imunisasi hepatitis B melalui program pengembangan imunisasi pada masyarakat Nanggroe Aceh Darussalam (Profil Dinkes Prov.NAD, 2006).

Strategi itu sudah sejak lama diluncurkan, namun proses pengembangan program imunisasi hepatitis B pada tingkat kabupaten/kota di Provinsi NAD saat ini juga belum mencapai target yang diinginkan. Hal ini juga dapat dilihat dari pencapaian target *Universal Child Immunization (UCI)* kabupaten/kota masih berada

dibawah standar indikator ditetapkan; 80%. Dari 21 kabupaten/kota yang ada dalam Provinsi NAD hanya 9 kabupaten/kota saja yang telah berhasil mempertahankan cakupan imunisasi hepatitis B mencapai target *Universal Child Immunization (UCI)*, sedangkan 12 kabupaten/kota lagi angka cakupan itu adalah sangat rendah (Subdin. P2P Dinkes. Prov. NAD, 2006).

Dari dua belas kabupaten/kota yang dinyatakan sebagai angka cakupan bermasalah atau rendah, Aceh Utara merupakan kabupaten cukup bermasalah dalam pencapaian target cakupan imunisasi hepatitis B. Cakupan imunisasi hepatitis B Kabupaten Aceh Utara satu-satunya angka cakupan terendah dari 21 Kabupaten/Kota yang ada di Provinsi NAD (Subdin. P2P Dinkes. Prov. NAD, 2006).

Cakupan imunisasi hepatitis B Kabupaten Aceh Utara yang dinyatakan terendah itu dapat dilihat dalam hasil cakupan imunisasi dasar bayi tahun 2006: hepatitis B1 35,45, hepatitis B2 49,7, dan hepatitis B3 46,9, BCG 76,0%, Polio 1 79,8%, Polio 2 73,5%, Polio 3 68,3%, Polio 4 65,1%, DPT 1 71,7%, DPT 2 67,7%, DPT 3 60,8%, dan Campak 61,5% (Subdin. P2P Dinkes. Kab. Aceh Utara, 2006).

Menurut Ediyana (2005) dalam penelitiannya menyebutkan, kejadian rendahnya angka cakupan imunisasi hepatitis B yang terjadi saat ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan, adanya anggapan yang salah tentang imunisasi, petugas kesehatan kurang berperan, dan banyak orang tua/kalangan praktisi tertentu khawatir terhadap resiko vaksin yang diberikan.

Muchlis dan Kristiani (2006) juga memberikan kesimpulan penelitian, belum tercapainya target imunisasi atau rendahnya angka cakupan imunisasi yang

dilaksanakan di Aceh Timur Provinsi NAD disebabkan karena ada desa yang jauh dan sulit dijangkau, pendidikan dan pengetahuan masyarakat tentang imunisasi masih rendah, kurangnya dukungan tokoh masyarakat, dan sarana transportasi terbatas.

Hasil penelitian Syamsuddin (2007) menunjukkan bahwa respon ibu balita terhadap program imunisasi masih relatif rendah, dan hal ini disebabkan oleh karena masih adanya kepercayaan masyarakat yang melarang bayi keluar rumah sebelum berusia 1 bulan, adanya sikap keengganan ibu bayi untuk mengimunisasi karena takut resiko sakit pada anak, jarak rumah dengan tempat pelayanan imunisasi yang jauh, dan keterbatasan penghasilan keluarga, serta kurang tetapnya jadwal imunisasi yang dilaksanakan pada posyandu.

Ketiga pernyataan tersebut merupakan refleksi dari beberapa asumsi faktor internal dan eksternal determinan perilaku. Faktor-faktor itu berpengaruh terhadap pencapaian suatu program kesehatan, seperti perilaku tidak proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko penyakit, serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat.

Berdasarkan seluruh uraian di atas, maka di Kabupaten Aceh Utara perlu dilakukan suatu penelitian tentang pengaruh faktor internal dan eksternal terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi dengan harapan program ini akan dapat berjalan sesuai dengan target indikator kesehatan dan menyentuh seluruh lapisan masyarakat.

## **1.2. Permasalahan**

Masalah penelitian ini adalah bagaimana pengaruh faktor internal (pengetahuan, umur, tingkat pendidikan, sikap, kepercayaan) dan eksternal (peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, penghasilan, jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan) terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi di Kabupaten Aceh Utara.

## **1.3. Tujuan Penelitian**

- 1.3.1. Untuk mengetahui pengaruh faktor internal (umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan) dan faktor eksternal (peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, penghasilan, jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan) terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi di Kabupaten Aceh Utara.
- 1.3.2. Untuk mengetahui faktor internal (umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan) dan faktor eksternal (peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, penghasilan, jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan) yang paling berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi di Kabupaten Aceh Utara.

## **1.4. Hipotesis**

Hipotesis penelitian ini adalah ada pengaruh faktor internal (umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan) dan faktor eksternal (peran petugas

kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, penghasilan, jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan) terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi di Kabupaten Aceh Utara Tahun 2008.

### **1.5. Manfaat Penelitian**

- 1.5.1. Sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara untuk meningkatkan cakupan imunisasi hepatitis B di Kabupaten Aceh Utara.
- 1.5.2. Sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan Provinsi dalam rangka meningkatkan cakupan program imunisasi hepatitis B di Nanggroe Aceh Darussalam.
- 1.5.3. Sebagai bahan masukan bagi peneliti lain yang ingin melakukan penelitian lanjutan tentang imunisasi pada bayi untuk kesempatan yang akan datang.
- 1.5.4. Menambah informasi kepada pihak-pihak lain yang akan meneliti dalam bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Definisi Hepatitis B**

Menurut Ling dan Lam (2007) hepatitis B adalah infeksi yang terjadi pada hati yang disebabkan oleh Virus Hepatitis B (VHB). Penyakit ini bisa menjadi kronis atau akut dan dapat pula menyebabkan radang hati, gagal hati, sirosis hati, kanker hati, dan kematian.

#### **2.2. Epidemiologi Hepatitis B**

##### **2.2.1. Etiologi Hepatitis B**

Menurut *National Institutes of Health* (2006) etiologi hepatitis B adalah virus dan disebut dengan Hepatitis B Virus. Misnadiarly (2007) menguraikan VHB terbungkus serta mengandung genom DNA melingkar. Virus ini merusak fungsi lever dan sambil merusak terus berkembang biak dalam sel-sel hati (*hepatocytes*)

Akibat serangan itu sistem kekebalan tubuh kemudian memberi reaksi dan melawan. Kalau tubuh berhasil melawan maka virus akan terbasmi habis, tetapi jika gagal virus akan tetap tinggal dan menyebabkan hepatitis B kronis dimana pasien sendiri menjadi karier atau pembawa virus seumur hidupnya (Misnadiarly, 2007).

##### **2.2.2. Transmisi Hepatitis B**

VHB menular melalui kontak dengan cairan tubuh. Manusia merupakan satu-satunya *host* (pejamu) dari virus ini. Darah dan cairan tubuh yang lain merupakan

faktor penting untuk media penularan. Transmisi atau perjalanan alamiah VHB hingga terinfeksi pada manusia terjadi melalui 4 cara penularan yaitu perinatal, horizontal, kontak seksual, dan parenteral (WHO, 2002).

Transmisi perinatal merupakan transmisi virus hepatitis B dari ibu ke bayi selama periode perinatal. Transmisi ini paling penting dalam prevalensi daerah endemis tinggi khususnya di Cina dan Asia Tenggara (Yamada, 2003)

Transmisi horizontal yaitu transmisi dari orang ke orang, yang dikenal terjadi pada daerah yang endemik tinggi yakni di Afrika Sub-Sahara. Transmisi ini terjadi pada anak-anak yang berusia 4 – 6 tahun yang menyebar melalui kontak fisik yang dekat atau dalam keluarga (Yamada, 2003).

Transmisi kontak seksual merupakan sumber penularan utama di dunia khususnya pada daerah-daerah endemis rendah seperti Amerika. Perilaku homoseksual dalam jangka 5 tahun akan beresiko tinggi untuk terinfeksi hepatitis B. Faktor-faktor heteroseksual yang mempengaruhi untuk meningkatnya infeksi hepatitis B adalah lamanya aktivitas seksual, jumlah pasangan seksual, riwayat penyakit menular seksual sebelumnya, dan serologi sifilis yang positif (WHO, 2002)

Transmisi parenteral dapat berupa penggunaan jarum suntik secara bersama, transfusi darah, dialisis (cuci darah), akupunktur, pekerja kesehatan, dan tato. Resiko terinfeksi hepatitis B melalui transfusi darah sekarang sudah mulai berkurang karena sudah ada skrining untuk hepatitis B walaupun kemungkinan untuk terinfeksi masih ada (Zain, 2006)



### **2.2.3. Prevalensi infeksi virus Hepatitis B**

Yatim (2007) menguraikan prevalensi infeksi virus hepatitis B kedalam 3 tingkatan, yaitu negara dengan prevalensi VHB Tinggi (HbsAg lebih dari 8%), negara dengan prevalensi VHB sedang (HbsAg 2 – 7%), dan negara dengan prevalensi VHB rendah (Hbs Ag <2%).

Menurut Andre (2004), negara-negara yang termasuk ke dalam prevalensi VHB tinggi adalah: Afrika sub-Sahara, penduduk asli Mediterania Timur, Asia Tenggara ( walaupun Singapura, Taiwan dan Malaysia dengan cepat menjadi daerah prevalensi kategori rendah/sedang sebagai hasil vaksinasi), Amerika Selatan, Islands Pasific ( tidak termasuk Jepang), dan masyarakat Inuit Canada. Jumlah persentase populasi VHB yang tergolong prevalensi tinggi mencapai 45% penduduk, dimana 8% dari populasi itu dengan Hepatitis B Surface Antigen (HbsAg) positif. Resiko infeksi VHB seumur hidup mencapai lebih dari 60%.

Untuk negara-negara prevalensi sedang seperti: Eropa Timur, Jepang, Asia Barat-Daya, Israel, Amerika Selatan Amazon. Prevalensi sedang ini diperkirakan sekitar 43%, dimana 2 – 7% dari populasi itu dengan Hepatitis B surface Antigen (HbsAg) positif, sedangkan resiko yang mengalami infeksi seumur hidup sebesar 20 – 60% pada semua kelompok umur.

Untuk prevalensi rendah hanya sebesar 12% dari populasi dunia yang berada pada daerah prevalensi rendah VHB dan kurang dari 2% dari populasi itu dengan HBsAg positif. Negara-negara yang ke dalam prevalensi rendah tersebut seperti

Amerika Utara, Canada, Mexico, Eropa Barat, Australia, dan New Zealand (Populasi Maori), dan yang mengalami resiko infeksi seumur hidup hanya kurang dari 20%.

Kebanyakan infeksi VHB dalam daerah ini terjadi pada orang dewasa mencakup para pemakai obat jarum suntik, kaum homoseks, dan keluarga yang kontak dengan pembawa karier VHB.

#### **2.2.4. Kelompok resiko tinggi tertular hepatitis B**

Misnadiarly (2007) dalam bukunya menyebutkan kelompok resiko tinggi mudah tertularnya virus hepatitis B, meliputi:

1. Anak kecil ditempat perawatan anak yang tinggal di lingkungan epidemis.
2. Seseorang yang tinggal serumah atau berhubungan seksual dengan penderita resiko tertular penyakit hepatitis B.
3. Pekerja kesehatan.
4. Pasien cuci darah.
5. Pengguna narkoba dengan jarum suntik.
6. Mereka yang menggunakan peralatan kesehatan bersama seperti pasien dokter gigi dan lain-lain.
7. Orang yang ikut akupunktur atau tato yang menggunakan jarum tidak steril.
8. Mereka yang tinggal atau sering bepergian ke daerah endemis hepatitis B.
9. Mereka yang berganti pasangan, oleh karena ketidaktahuan kondisi kesehatan pasangan.
10. Kaum homoseksual.

### **2.2.5. Masa Inkubasi Hepatitis B**

Masa inkubasi VHB ini biasanya 45 – 180 hari dengan batasan 60 – 90 hari, dimana setelah 2 minggu infeksi virus hepatitis B terjangkit, HBsAg dalam darah penderita sudah mulai dapat dideteksi. Perubahan dalam tubuh penderita akibat infeksi virus hepatitis B terus berkembang. Dari infeksi akut berubah menjadi kronis, sesuai dengan umur penderita. Makin tua umur, makin besar kemungkinan menjadi kronis kemudian berlanjut menjadi pengkerutan jaringan hati yang disebut dengan sirosis. Bila umur masih berlanjut keadaan itu akan berubah menjadi karsinoma hepatoseluler (Yatim, 2007)

### **2.3. Manifestasi Klinik Hepatitis B**

Infeksi hepatitis B yang akut akan terjadi dalam waktu 30 sampai 180 hari setelah virus memasuki tubuh. Pengaruh infeksi hepatitis B banyak kasus yang tidak menunjukkan gejala klinis yang khas. Namun, pada sebagian orang akan menunjukkan gejala klinis yang klasik seperti dimulai dengan gejala prodromal atau gejala pertama yang dirasakan oleh pasien adalah demam tidak terlalu tinggi, rasa tidak selera makan, mual, dan kadang-kadang muntah. Gejala lain juga akan terjadi rasa lemas, sakit kepala, rasa takut cahaya, sakit menelan, batuk, dan pilek.

Gejala hepatitis B sangat mirip dengan flu, dimana 1 sampai 2 minggu kemudian barulah timbul kuning pada seluruh badan penderita. Saat ini biasanya penderita sudah pergi berobat karena merasa ada kelainan pada tubuhnya yang berwarna kuning. Warna kuning ini diikuti oleh perubahan fungsi hati (biasanya

meningkat) pada pemeriksaan laboratorium. Fungsi hati biasanya digambarkan oleh kenaikan SGOT dan SGPT. Satu sampai lima hari sebelum badan kuning, keluhan kencing seperti teh pekat dan warna buang air besar yang pucat seperti diliputi lemak juga dirasakan oleh penderita.

Pada saat badan kuning, biasanya diikuti pula dengan oleh pembesaran hati dan diikuti oleh rasa sakit bila ditekan di bagian perut kanan atas. Setelah gejala tersebut akan timbul fase resolusi yang biasanya berada dalam rentang waktu 2 – 12 minggu. Pada fase ini, badan kuning dan ukuran hati berangsur kembali normal. Demikian juga dengan kenaikan fungsi hati dari hasil pemeriksaan laboratorium akan berangsur-angsur mencapai normal kembali.

Hepatitis B akut tidak ada komplikasi, akan mengalami resolusi lengkap berkisar 3 sampai dengan 4 bulan. Bila fungsi hati ini tidak mencapai normal dalam waktu 6 bulan atau lebih, maka inilah yang dikatakan dengan hepatitis B kronis (Zain, 2006)

#### **2.4. Pencegahan Hepatitis B**

Menurut Ranuh (2005), secara garis besar upaya pencegahannya terdiri dari pencegahan umum dan pencegahan secara khusus. Secara umum, selain uji tapis donor darah, upaya pencegahan umum mencakup sterilisasi instrumen kesehatan, alat dialisis individual, membuang jarum *disposable* ke tempat khusus, dan pemakaian sarung tangan oleh tenaga medis. Mencakup juga penyuluhan perihal sek yang aman, penggunaan jarum suntik *disposable*, mencegah kontak mikrolesi (pemakaian sikat

gigi, sisir), menutup luka. Selain itu, idealnya skrining ibu hamil (trimester ke-1 dan ke-3, terutama ibu resiko tinggi) dan skrining populasi resiko tinggi (lahir di daerah hiperendemis dan belum pernah imunisasi, homo-heteroseksual, pasangan seks ganda, tenaga medis, pasien dialisis, keluarga pasien yang terinfeksi dengan VHB, kontak seksual dengan pasien VHB).

Pencegahan secara khusus meliputi imunisasi VHB secara pasif dan aktif. Imunisasi pasif adalah dengan memberikan Hepatitis B *immune globulins* (HBIG) dalam waktu singkat segera memberikan proteksi meskipun hanya jangka pendek (3 – 6 bulan). HBIG hanya diberikan pada kondisi pasca paparan (needle stick injury, kontak seksual, bayi dari ibu VHB, terciprat darah ke mukosa atau mata). Sebaiknya HBIG diberikan bersama vaksin VHB sehingga proteksinya berlangsung lama.

Imunisasi aktif adalah dengan melaksanakan program imunisasi universal bagi bayi baru lahir yakni dengan memberikan vaksin VHB rekombinan yang tersedia. Vaksin ini terdiri dari tiga seri dan bila diberikan sesuai anjuran akan menyebabkan terbentuknya respons protektif yang akhirnya akan berhasil menurunkan prevalensi infeksi VHB.

## **2.5. Konsep Imunisasi**

### **2.5.1. Pengertian-pengertian terkait dengan 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 sakit ringan (Depkes, 2005)

Vaksin adalah suatu produk biologik yang terbuat dari kuman (bakteri maupun virus), komponen kuman atau racun kuman yang telah dilemahkan atau dimatikan, atau tiruan kuman dan berguna untuk merangsang pembentukan kekebalan tubuh seseorang (Achmadi, 2006). Tindakan yang dengan sengaja memberikan paparan pada suatu antigen berasal dari suatu patogen disebut dengan vaksinasi (Ranuh, 2005).

### **2.5.2. Tujuan Pemberian Imunisasi**

Menurut Depkes (2005) menyebutkan tujuan imunisasi itu adalah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

### **2.5.3. Sasaran Pemberian Imunisasi**

Menurut Depkes (2005), Sasaran pemberian imunisasi adalah semua jenis penyakit-penyakit yang dapat dicegah melalui imunisasi yang meliputi penyakit-penyakit menular tertentu yaitu:

1. Jenis-jenis penyakit menular tertentu yang meliputi penyakit tuberkulosis, difteri, pertusis, campak, polio, hepatitis B, hepatitis A, meningitis meningokokus, influenzae, haemophilus influenzae tipe B, kolera, rabies, japanese encephalitis, tifus abdominalis, pneumoni, pneumokokus, yellow fever (demam kuning), shigellosis, rubella, varicella, perotitis epidemica, rotavirus.
2. Jenis-jenis penyakit lainnya yang dengan perkembangan ilmu pengetahuan akan menjadi penyakit yang dapat dicegah melalui pemberian imunisasi antara lain malaria, demam berdarah, HIV/AIDS, Avian Influenzae.

#### **2.5.4. Penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi**

Menurut Depkes (2005), penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi adalah difteri, pertusis, tetanus, tuberkulosis, campak, poliomielitis, dan hepatitis B.

#### **2.5.5. Masalah dalam Pengembangan Program Imunisasi**

Dalam Pedoman Pekan Imunisasi Nasional (2005) menguraikan bahwa masalah pengembangan Program Imunisasi Nasional saat ini adalah belum meratanya angka cakupan imunisasi sampai 80%, termasuk imunisasi hepatitis B pada semua bayi di 100% desa/kelurahan yang ada di Indonesia. Fenomena seperti ini memerlukan kajian untuk menemukan strategi yang tepat sebagai upaya pemecahan masalah.

#### **2.5.6. Imunisasi Hepatitis B**

##### **1. Deskripsi Vaksin hepatitis B**

Vaksin hepatitis B adalah vaksin virus rekombinan yang telah dinaktifkan dan bersifat noninfeksius, berasal dari HbsAg dihasilkan dalam sel ragi (*Hansenula polymorpha*) menggunakan teknologi DNA rekombinan (Depkes, 2005)

##### **2. Strategi imunitas tubuh memproteksi infeksi virus hepatitis B**

Menurut Bellamy (2005), menjelaskan agar imunitas tubuh muncul untuk memproteksi agent spesifik dapat dilakukan melalui strategi pemberian imunisasi secara pasif dan aktif. Imunisasi pasif dilakukan dengan memindahkan antibodi seperti pemberian *immune globulins* (HBIg).

Imunisasi aktif adalah dengan memberikan paparan suatu antigen yang berasal dari suatu patogen. Antigen yang diberikan telah dibuat demikian rupa sehingga tidak

menimbulkan sakit namun memproduksi limfosit yang peka, antibodi dan sel memori. Cara ini menimbulkan infeksi alamiah yang tidak menimbulkan sakit, namun cukup memberikan kekebalan (Bellamy, 2005).

### 3. Efektivitas dan lama proteksi vaksin hepatitis B

Vaksin yang akan digunakan harus betul-betul efektif dan harus ditinjau secara terus menerus. Suatu persyaratan sehingga vaksin dapat dinyatakan efektif bila; dapat merangsang timbulnya imunitas yang tepat, stabil dalam penyimpanan, dan mempunyai imunitas yang cukup. Efektivitas vaksin untuk mencegah infeksi VHB adalah lebih dari 95%, dimana memori sistem imun menetap minimal sampai dengan 12 tahun pasca imunisasi (Wahab, 2002)

### 4. Sasaran pemberian imunisasi hepatitis B

Menurut Ranuh (2005), sasaran pemberian vaksin hepatitis B adalah semua bayi baru lahir tanpa memandang status VHB ibu, individu yang karena pekerjaannya beresiko tertular VHB, karyawan di lembaga perawatan cacat mental, pasien hemodialisis, pasien koagulopati yang membutuhkan transfusi berulang, individu yang serumah pengidap VHB atau kontak akibat hubungan seksual, *Drug users*, *Homosexual*, dan *heterosexuals*.

### 5. Vaksin pilihan untuk memproteksi infeksi virus hepatitis B

Dalam pelaksanaan pemberian imunisasi hepatitis B, pemilihan vaksin hepatitis B saat ini memiliki 2 pilihan yaitu vaksin hepatitis B dan DPT/HB Kombo. Vaksin VHB merupakan vaksin virus rekombinan yang telah diinaktivasikan dan bersifat non-infectious, yang berasal dari HbsAg yang dihasilkan dalam sel ragi



(*Hansanule polymorpha*) menggunakan teknologi DNA rekombinan. Vaksin ini berindikasi untuk pemberian kekebalan aktif terhadap infeksi yang disebabkan oleh virus hepatitis B (Depkes, 2005).

Vaksin DPT/HB Kombo merupakan vaksin DPT dan hepatitis B yang dikombinasikan dalam suatu preparat tunggal dan merupakan sub unit virus yang mengandung HbsAg murni dan bersifat *non infectious*. Sehingga dengan adanya vaksin ini pemberian imunisasi menjadi lebih sederhana, dan menghasilkan tingkat cakupan yang setara antara HB dan DPT (Depkes, 2004).

#### 6. Jadwal Pemberian imunisasi hepatitis B

Jadwal pemberian imunisasi hepatitis B pada dasarnya sangat fleksibel sehingga tersedia beberapa pilihan untuk menyatukan dalam program imunisasi terpadu. Imunisasi hepatitis B diberikan minimal 3 kali dan pertama diberikan segera setelah lahir. Jadwal yang dianjurkan adalah usia 0, 1, dan 6 bulan karena respons antibodi pada usia itu sangat optimal (Ranuh, 2005).

#### 7. Reaksi Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) hepatitis B

Efek samping yang akan muncul setelah pemberian vaksin hepatitis B adalah akan muncul reaksi lokal seperti rasa sakit, kemerahan dan pembengkakan di sekitar tempat penyuntikan. Namun reaksi ini merupakan suatu proses yang normal karena bersifat ringan dan hilang setelah 2 hari (Depkes, 2005).

#### 8. Kontra indikasi pemberian vaksin hepatitis B

Kontra indikasi Vaksin ini adalah pada bayi yang hipersensitif terhadap komponen vaksin hepatitis B. Sama halnya seperti vaksin-vaksin lain, dimana vaksin

hepatitis B juga tidak boleh diberikan pada penderita infeksi berat yang disertai kejang (Depkes, 2005)

## **2.6. Konsep Perilaku Kesehatan**

Perilaku manusia merupakan hasil dari pada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan (Sarwono, 2004).

Perilaku adalah aksi dari individu terhadap reaksi hubungan dengan lingkungannya. Semua makhluk hidup mempunyai perilaku, maka yang dimaksud dengan perilaku manusia adalah tindakan atau aktivitas manusia seperti berbicara, menangis, tertawa, bekerja dan lain sebagainya ( Machfoedz dan Suryani, 2006).

Perilaku kesehatan adalah segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan, dan sikap tentang kesehatan, serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan (Sarwono, 2004).

### **2.6.1. Klasifikasi Perilaku Kesehatan**

Notoatmodjo (2003), menjelaskan bahwa perilaku kesehatan itu merupakan respons seseorang (organisme) terhadap rangsangan stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan.

Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, sebagai berikut:

### 1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)

Perilaku atau upaya individu untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 aspek yang meliputi:

a. Perilaku pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit bila sakit serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.

b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat.

Kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, dimana orang yang sehatpun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.

c. Perilaku gizi (makanan) dan minuman.

Makanan dan minuman dapat memelihara kesehatan seseorang, tetapi sebaliknya makanan akan dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang. Hal ini tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*).

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan dalam mencari pengobatan.

### 3. Perilaku kesehatan lingkungan

Bagaimana seseorang merespons lingkungan baik lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya, keluarga dan masyarakat. Dengan perkataan lain bagaimana seseorang

mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga, atau masyarakatnya.

### **2.6.2. Domain perilaku**

Perilaku merupakan bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama beberapa orang, namun respons tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku (Notoatmodjo, 2007)

Faktor determinan perilaku itu ditentukan atau dipengaruhi oleh perilaku (individu, keluarga, kelompok atau masyarakat) itu sendiri. Untuk membedakan determinan perilaku, Notoatmodjo (2007) membaginya menjadi 2 bahagian yaitu:

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan lain sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Berdasarkan pembagian domain Bloom dan untuk kepentingan pendidikan praktis, Notoatmodjo (2005) mengembangkan domain, ranah atau kawasan perilaku itu menjadi 3 tingkat yang terdiri dari: (1) pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*knowledge*), (2) sikap atau tanggapan peserta didik

terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*), (3) praktek atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*).

Terbentuknya suatu perilaku baru, terutama pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif, dalam arti subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau objek di luarnya, sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subjek tersebut. Ini selanjutnya menimbulkan respons batin dalam bentuk sikap si subjek terhadap objek yang diketahui. Akhirnya rangsangan itu, yakni objek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut akan menimbulkan respon lebih jauh lagi, yaitu berupa tindakan (*action*) terhadap atau sehubungan dengan stimulus atau objek tadi.

### **2.6.3. Perubahan Perilaku**

#### **1. Bentuk Perubahan Perilaku**

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO dalam Notoatmodjo (2007), perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga:

##### **a. Perubahan alamiah (*Natural Change*)**

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

b. Perubahan terencana (*Planned Change*)

Perubahan ini terjadi karena direncanakan sendiri oleh subjek. Misalnya, Pak Anwar adalah perokok berat. Karena pada suatu saat ia terserang batuk sangat mengganggu, maka ia memutuskan untuk mengurangi rokok sedikit demi sedikit, dan akhirnya ia berhenti merokok sama sekali.

c. Kesiapan untuk berubah (*Readiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya), dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiapan untuk berubah (*readiness to change*) yang berbeda-beda. Setiap orang di dalam masyarakat mempunyai kesiapan untuk berubah yang berbeda-beda meskipun kondisinya sama.

2. Strategi Perubahan Perilaku

Menurut WHO dalam Notoatmodjo (2007), strategi untuk memperoleh perubahan perilaku dikelompokkan 3 kelompok yaitu:

a. Memberikan kekuatan/kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang

cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.

b. Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

c. Diskusi Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara kedua yang dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya.

Dengan demikian maka pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku akan mereka peroleh dengan lebih mendalam. Diskusi partisipasi adalah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan.

## **2.7. Landasan Teori**

Agar penelitian ini relevan dengan topiknya, perlu digali beberapa pendapat para ahli terdahulu yang ada kaitannya dengan faktor internal dan eksternal yang diperkirakan ada pengaruhnya terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

Blum dalam Notoatmodjo (2003) yang menyatakan bahwa ada 4 faktor yang mempengaruhi status kesehatan individu/masyarakat yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan, di mana perilaku memberi pengaruh terbesar kedua setelah faktor lingkungan.

Untuk menganalisis determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dan erat kaitannya dengan faktor internal dan eksternal dapat ditelusuri melalui salah satu konsep teori yang dikemukakan oleh Lawrence Green (1980) dalam Notoadmodjo (2005) yang menyebutkan bahwa perilaku ini ditentukan oleh tiga faktor utama yakni; faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*).

Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya. Faktor pemungkin (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya. Faktor penguat (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

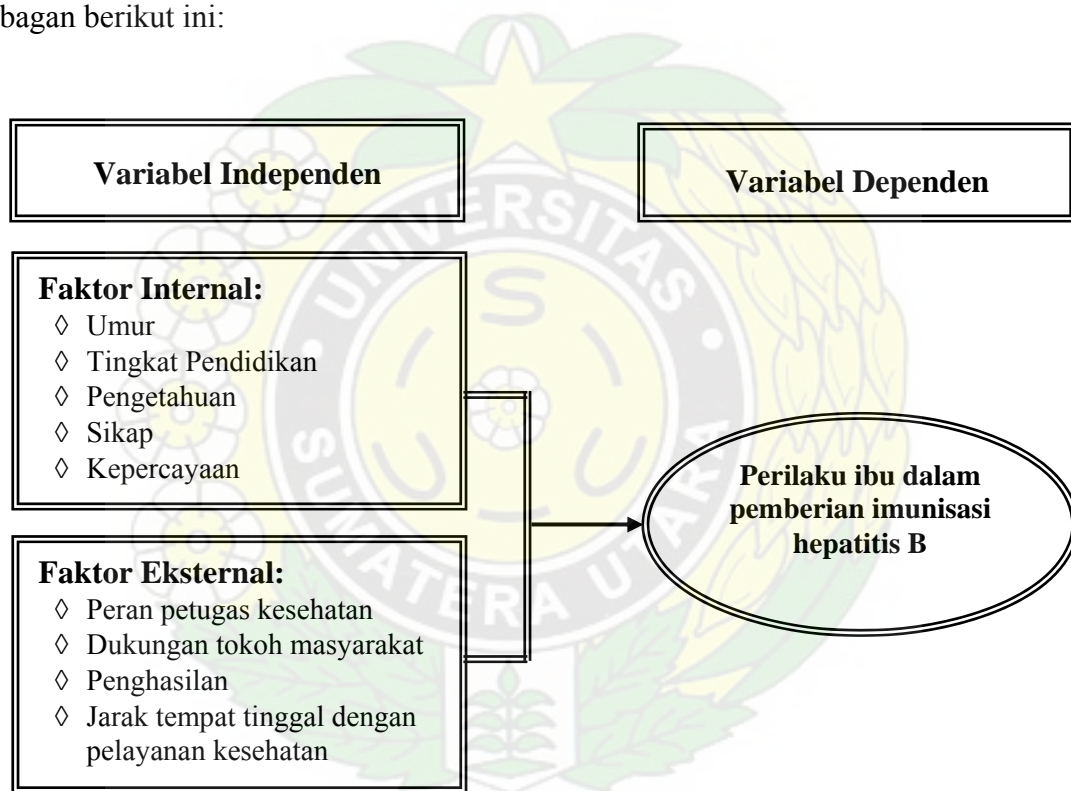
Dengan demikian Notoatmodjo (2007) menyimpulkan bahwa faktor determinan perilaku itu dibedakan menjadi dua yaitu; *faktor internal* dan *faktor eksternal*. Faktor internal adalah merupakan karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya : tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya. Faktor eksternal yaitu lingkungan, baik lingkungan



fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan lain sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

## 2.8. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini secara skematis dapat digambarkan pada bagan berikut ini:



Bagan 2.1. Kerangka Konsep Penelitian

## BAB 3

### METODE PENELITIAN

#### 3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *survey* menggunakan desain sekat silang (*Cross Sectional Study*) dengan pengukuran sesaat, dimana subyek yang diamati hanya sesaat atau satu kali. Untuk memperoleh informasi tentang variabel independen dan variabel dependen, pengukuran dilakukan bersama-sama pada saat penelitian.

#### 3.2. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di 3 kecamatan dalam Kabupaten Aceh Utara. Penelitian dilakukan mulai bulan Maret 2008 sampai dengan April 2008. Secara rinci lokasi dan waktu penelitian dapat dilihat pada tabel 3.1. berikut:

**Tabel 3.1. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian Dilaksanakan**

No	Kecamatan	Desa yang	Waktu Penelitian
1.	Kec. Samudera	1. Desa Blang Pria 2. Desa Keude Gedong 3. Desa Mancang	15 Maret s/d 1 April 2008
2.	Kec. Tanah Luas	4. Desa Matang Mane 5. Desa Alue Kijruen 6. Desa Blang Bidok,	
3.	Kec. Sampoiniet	7. Desa Blang Rheu 8. Desa Meunasah Hagu 9. Desa Cot Murong.	

Adapun yang menjadi alasan pemilihan ketiga kecamatan dalam tabel 3.1. di atas dijadikan sebagai lokasi penelitian adalah berdasarkan laporan Subdin. P2P

Dinas Kesehatan Prov. NAD tahun 2006 cakupan imunisasi hepatitis B di kabupaten itu merupakan cakupan terendah dari ke 21 Kabupaten/Kota yang ada di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam.

### **3.3. Populasi dan Sampel**

#### **3.3.1. Populasi**

Populasi penelitian ini adalah ibu yang mempunyai bayi berumur 0 – 12 bulan dan masih mendapatkan imunisasi dasar dalam wilayah Kabupaten Aceh Utara, yakni sejumlah 12.604 orang (Subdin P2P Dinkes. Kab. Aceh Utara).

#### **3.3.2. Sampel**

Sampel penelitian sebagian dari populasi yaitu ibu yang mempunyai bayi berumur 0 sampai dengan 12 bulan dan masih mendapat imunisasi dasar dengan pengambilan sampel menggunakan teknik sistem gugus bertahap (*multistage sampling*) atau sering disebut dengan pengambilan sampel menurut wilayah. Pelaksanaannya dengan cara membagi wilayah populasi ke dalam sub-sub wilayah, dan dari tiap sub wilayah itu dibagi lagi kedalam bagian-bagian yang lebih kecil (Notoatmodjo, 2005).

Dengan demikian, pengambilan sampel penelitian ditentukan dengan cara memilih 3 kecamatan dari 23 kecamatan yang ada di Kabupaten Aceh Utara, dan dari masing-masing 3 kecamatan itu dipilih pula 3 desa sebagai sampel penelitian. Besar sampel yang diperlukan dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus uji hipotesis (Lameshow, 1997), sebagai berikut:

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha} \sqrt{P_o (1 - P_o)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_a (1 - P_a)}\}^2}{(P_a - P_o)^2}$$

Dimana :

$n$  : Jumlah sampel

$Z_{1-\alpha}$  : Tingkat kemaknaan (ditetapkan peneliti) = 1,645

$Z_{1-\beta}$  : Kekuatan uji (ditetapkan peneliti) = 1,282

$P_o$  : Proporsi ( dari studi terdahulu) = 0,49

$P_a$  : Proporsi yang diharapkan = 0,59

Sehingga pada tingkat kemaknaan 95% ( $\alpha = 0,05$ ) dan Kekuatan Uji 90% ( $\beta=10\%$ ), maka akan didapat:

$$n = \frac{\{1,645 \sqrt{0,49(1 - 0,49)} + 1,282 \sqrt{0,59(1 - 0,59)}\}^2}{(0,59 - 0,49)^2}$$

$$n = 211,06$$

Berdasarkan hasil perhitungan itu diperoleh besar sampel yang akan digunakan dalam penelitian yaitu 211,06 dan dibulatkan menjadi 211.

### 3.4. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data penelitian ini adalah melalui observasi dan wawancara langsung terhadap responden dengan menggunakan alat pengumpulan data. Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah kuesioner berisikan sejumlah pertanyaan yang disusun secara terstruktur dan telah diujicoba di lapangan (uji validitas dan reliabilitas) guna untuk mengetahui apakah kuesioner itu dapat

diandalkan serta mampu mengukur terhadap apa yang hendak diukur. Setelah data terkumpul, data-data itu akan diolah sesuai dengan tahapannya (Notoatmodjo, 2005).

Pelaksanaan pengumpulan data menggunakan jenis data primer dan sekunder sebagai data penelitian. Data primer diperoleh melalui wawancara secara langsung dengan responden berdasarkan pedoman kuesioner yang ada, dimana responden diminta memilih jawaban yang paling benar menurut pendapatnya. Data sekunder diperoleh dari pencatatan dan laporan pada BPK RSUD Cut Mutia Aceh Utara, Dinas Kesehatan Kabupten Aceh Utara, dan Dinas Kesehatan Provinsi NAD.

Uji validitas dan reliabilitas instrumen (kuesioner) penelitian dilakukan pada 20 orang responden di Desa Paya Bujok Beuramo Kecamatan Langsa Barat – Kota Langsa. Data yang diperoleh dari uji coba kuesioner tersebut diolah menggunakan program komputer *SPSS For Windows* dengan penentuan validitas menggunakan *Korelasi Pearson (r)* dan reliabilitas menggunakan *Alpha Cronbac*.

Perhitungan uji tersebut dilakukan dengan cara membandingkan nilai  $r$  tabel dengan nilai  $r$  hasil. Nilai  $r$  tabel dengan tabel  $r$  menggunakan  $df = n - 2$  pada tingkat kemaknaan 5%, sehingga didapat angka  $r$  tabel adalah 0,444.

Untuk mendapatkan gambaran lebih rinci dari hasil perhitungan uji itu dapat dilihat pada lampiran 5 tentang rekapitulasi hasil perhitungan uji validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian.

### 3.5. Variabel dan Definisi Operasional

Variabel independen penelitian ini adalah pengetahuan, umur, tingkat pendidikan, sikap, kepercayaan, peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, penghasilan, jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan. Variabel dependennya adalah perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Definisi Operasional masing-masing variabel sebagai berikut:

- a. Umur adalah usia responden pada saat penelitian dilaksanakan yang dihitung dari ulang tahun terakhir.
- b. Tingkat pendidikan adalah jenjang pendidikan formal terakhir yang ditempuh ibu dengan mendapatkan sertifikasi kelulusan/ijazah.
- c. Pengetahuan adalah tingkat pemahaman responden terhadap penyakit hepatitis B, pentingnya imunisasi hepatitis B, dan bahaya yang akan ditimbulkan jika tidak diimunisasi.
- d. Sikap adalah respon yang melibatkan faktor pendapat responden terhadap pernyataan tentang imunisasi hepatitis B yang diajukan. Sikap dilihat dari setuju, kurang setuju, dan tidak setuju pernyataan tersebut.
- e. Kepercayaan adalah keyakinan ibu terhadap pemberian imunisasi yang merupakan upaya yang baik untuk mencegah munculnya penyakit hepatitis B.
- f. Peran petugas kesehatan adalah pendapat responden tentang upaya (tindakan) yang telah dilakukan oleh petugas kesehatan berkaitan dengan pelaksanaan imunisasi hepatitis B.

- g. Dukungan tokoh masyarakat adalah pendapat responden tentang dukungan tokoh masyarakat (seperti kepala desa, sekretaris desa, imam desa, dan tokoh-tokoh penting lainnya di desa) berkaitan dengan pemberian imunisasi hepatitis B.
- h. Penghasilan, adalah pendapatan keluarga responden setiap bulan dari hasil pekerjaan utama maupun tambahan (dalam rupiah) sesuai dengan Peraturan Daerah NAD No. 67 Tahun 2007.
- i. Jarak tempat tinggal dengan sarana pelayanan kesehatan adalah pengakuan responden tentang jarak tempat tinggalnya dengan sarana pelayanan kesehatan (puskesmas, posyandu). Jika jarak tempuh  $\geq 10$  menit dengan jalan kaki adalah jauh, dan jika jarak tempuh  $< 10$  menit dengan jalan kaki adalah dekat.
- j. Perilaku Ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B adalah tindakan nyata responden dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi 0 – 12 bulan.

### **3.6. Metode Pengukuran**

Mengukur variabel umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, penghasilan, jarak tempat tinggal dengan sarana pelayanan kesehatan, dan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B menggunakan sistem pembobotan dengan mengkategorikan hasil ukur masing-masing variabel.

Cara ukur/alat ukur yang digunakan untuk variabel independen adalah wawancara (kuesioner) dengan skala ukur masing-masing variabel adalah skala ordinal dan nominal, sedangkan untuk variabel dependennya adalah observasi

(kuesioner). Pengukuran variabel independen diukur dengan mengacu pada Skala Guttman dan Skala Likert (Riduan, 2002).

#### **a. Umur**

Pengukuran umur dengan mengkategorikan usia responden ke dalam 2 kategori, yaitu umur responden  $< 20$  tahun dan umur responden  $\geq 20$  tahun dengan skala ukurnya skala nominal.

#### **b. Tingkat Pendidikan**

Pengukuran tingkat pendidikan diukur dengan mengkategorikan jenjang pendidikan formal responden ke dalam 3 tingkatan jenjang pendidikan, yaitu rendah, sedang, dan tinggi. Tingkat pendidikan dikatakan rendah bila pendidikan terakhir responden di bawah atau sama dengan SLTP. Tingkat pendidikan dikatakan sedang bila pendidikan terakhir responden lulus atau tamat SLTA. Tingkat pendidikan dikatakan tinggi bila pendidikan terakhir responden lulus atau tamat Akademi/Perguruan Tinggi dengan skala ukur ordinal.

#### **c. Pengetahuan**

Pengukuran pengetahuan menggunakan pertanyaan yang terdiri dari 2 kategori hasil ukur yaitu tidak baik dan baik, dengan sistem pembobotan. Jumlah pertanyaan untuk mengukur tingkat pengetahuan ada 10 pertanyaan dengan total skor sebesar 10, Pertanyaannya memiliki 2 pilihan dengan kriteria yaitu:

1. Jawaban Benar (B) diberikan skor 1 (satu)
2. Jawaban Salah (S) diberikan skor 0 (nol)



Berdasarkan total skor dari 10 pertanyaan, maka pengetahuan responden digolongkan dalam 2 kategori, yaitu : (1) Tidak Baik, apabila jawaban responden memiliki total skor  $<61\%$  dari 10 pertanyaan yang diajukan. (2) Baik, apabila jawaban responden memiliki total skor  $\geq 61\%$  dari 10 pertanyaan yang diajukan. Skala ukur variabel pengetahuan ini adalah skala ordinal.

#### **d. Sikap**

Diukur dengan menggunakan pertanyaan yang terdiri dari 2 kategori hasil ukur yaitu tidak baik dan baik. Skala ukur variabel ini adalah skala ordinal dengan jumlah pertanyaan yang diajukan sebanyak 8 pertanyaan dengan total skor sebesar 16, dimana pertanyaannya memiliki 3 pilihan yaitu setuju, kurang setuju, dan tidak setuju berdasarkan sistem pembobotan:

1. Setuju diberikan skor 2 (dua)
2. Kurang setuju diberikan skor 1 (satu)
3. Tidak setuju diberikan skor 0 (nol).

Berdasarkan total skor dari 8 pernyataan yang diajukan, maka pertanyaan sikap responden diklasifikasikan dalam 2 kategori yaitu : (1) Tidak Baik, apabila jawaban responden memiliki total skor  $<61\%$  dari 8 pernyataan yang diajukan. (2) Baik, apabila jawaban responden memiliki total skor  $\geq 61\%$  dari 8 pertanyaan diajukan.

#### **e. Kepercayaan**

Kepercayaan diukur dengan skala ukur ordinal yang menggunakan pertanyaan terdiri dari 2 kategori hasil ukur yaitu tidak yakin dan yakin, berdasarkan sistem

pembobotan. Jumlah pertanyaan untuk mengukur kepercayaan ada 6 pertanyaan dengan total skor sebesar 12, dimana masing-masing pertanyaan memiliki 3 pilihan dengan kriteria:

1. Percaya diberikan skor 2 (dua)
2. Kurang percaya diberikan skor 1 (satu)
3. Tidak percaya diberikan skor 0 (nol)

Berdasarkan total skor jawaban dari 6 pertanyaan yang diajukan, maka pertanyaan kepercayaan digolongkan dalam 2 kategori yaitu : (1) Tidak Yakin, apabila jawaban responden memiliki total skor  $<61\%$  dari 6 pertanyaan yang diajukan. (2) Yakin, apabila jawaban responden memiliki total skor  $\geq 61\%$  dari 6 pertanyaan yang diajukan.

#### **f. Peran petugas kesehatan**

Peran petugas kesehatan diukur dengan skala ukur ordinal, dan menggunakan pertanyaan yang terdiri dari 2 kategori hasil tidak baik dan baik, dengan sistem pembobotan. Jumlah pertanyaan untuk mengukur peran petugas kesehatan ada 5 pertanyaan dengan total skor sebesar 5, dan pertanyaan ini memiliki 2 kriteria pilihan yaitu:

1. Jawaban a diberikan skor 1 (satu)
2. Jawaban b diberikan skor 0 (nol)

Berdasarkan total skor dari pertanyaan yang diajukan, maka pertanyaan ini diklasifikasikan dalam 2 kategori, yaitu: (1) Tidak Baik, apabila jawaban responden

memiliki total skor  $<61\%$  dari 5 pertanyaan yang diajukan. (2) Baik, apabila jawaban responden memiliki total skor  $\geq 61\%$  dari 5 pertanyaan yang diajukan.

#### **g. Dukungan Tokoh masyarakat**

Dukungan tokoh masyarakat diukur dengan menggunakan pertanyaan yang terdiri dari 2 kategori hasil ukur yaitu tidak baik dan baik, dengan sistem pembobotan dimana skala ukurnya adalah skala ordinal. Jumlah pertanyaan untuk mengukur dukungan tokoh masyarakat sebanyak 5 pertanyaan dengan total skor sebesar 5. Pertanyaannya memiliki 2 pilihan sebagai berikut :

1. Jawaban a diberikan skor 1 (satu)
2. Jawaban b diberikan skor 0 (nol)

Berdasarkan total skor dari pertanyaan yang diajukan, maka pertanyaan dukungan tokoh masyarakat diklasifikasikan dalam 2 kategori, yaitu: (1) Tidak Baik, apabila jawaban responden memiliki total skor  $<61\%$  dari 5 pertanyaan yang diajukan. (2) Baik, apabila jawaban responden memiliki total skor  $\geq 61\%$  dari 5 pertanyaan yang diajukan.

#### **h. Penghasilan**

Pengukuran tingkat penghasilan responden diukur dengan skala ukur nominal berdasarkan Upah Minimum Rata-rata yang berlaku saat ini dalam Kabupaten/Kota Provinsi NAD. Penghasilan responden dikategorikan menjadi 2 kategori penghasilan responden yang  $< \text{Rp.1.000.000,-}$  dan penghasilan responden  $\geq \text{Rp.1.000.000,-}$  (Perda NAD, 2007).

#### **i. Jarak tempat tinggal dengan sarana pelayanan kesehatan**

Pengukuran jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan diukur menggunakan skala ukur ordinal, yakni dengan cara mengkategorikan hasil ukur jarak tempat tinggal responden dengan sumber pelayanan kesehatan. Jarak tempat tinggal dinilai jauh, bila jarak tempuh dengan pelayanan kesehatan menghabiskan waktu tempuh  $\geq 10$  menit dengan jalan kaki. Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan dinilai dekat, bila jarak tempuh dengan pelayanan kesehatan menghabiskan waktu tempuh  $< 10$  menit dengan jalan kaki.

#### **j. Perilaku Ibu**

Perilaku ibu diukur skala ukur ordinal dan menggunakan daftar *checklist* observasi perilaku ibu yang terdiri dari 2 kategori hasil ukur yaitu tidak baik dan baik dengan sistem pembobotan. Jumlah pernyataan yang diajukan 3 pernyataan dan total skor sebesar 3. Pertanyaan Perilaku Ibu memiliki 2 pilihan dengan kriteria adalah berikut:

1. Jawaban ya diberikan skor 1 (satu)
2. Jawaban tidak diberikan skor 0 (nol)

Berdasarkan total skor dari pertanyaan yang diajukan, maka pertanyaan Perilaku Ibu digolongkan dalam 2 kategori, yaitu : (1) Tidak Baik, apabila jawaban responden memiliki total skor  $< 61\%$  dari 3 pertanyaan yang diajukan. (2) Baik, apabila jawaban responden memiliki total skor  $\geq 61\%$  dari 3 pertanyaan yang diajukan.

### 3.7. Metode Analisis Data

Analisis univariat untuk mengetahui gambaran deskriptif dengan menampilkan tabel frekuensi, analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen serta bermakna secara statistik. Jenis datanya adalah kategori, maka analisis yang digunakan adalah *Chi Square*.

Analisis bivariat digunakan faktor internal dan eksternal untuk mendapatkan informasi tentang hubungan variabel independen (umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, penghasilan, jarak tempat tinggal dengan sarana pelayanan kesehatan) dengan variabel dependen (perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi) dengan menggunakan Uji *Chi Square*.

Analisis multivariat untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan melakukan Uji *Regresi Logistik* yang didapat dari uji bivariat dimana variabel yang memiliki nilai  $p < 0,05$  dapat dijadikan variabel yang paling berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi. Dari uji multivariat ini akan diketahui pula variabel mana yang paling dominan pengaruhnya terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi. Analisis ini menggunakan komputer dengan program SPSS for Windows.

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **4.1. Deskripsi Lokasi Penelitian**

##### **4.1.1. Keadaan Geografis**

Kabupaten Aceh Utara merupakan salah satu kabupaten yang terdapat di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam dengan jumlah kecamatan sebanyak 23 kecamatan dengan jumlah desa/kelurahan 852 desa. Aceh Utara mempunyai luas wilayah 3.296,86 km<sup>2</sup> dengan batas wilayah sebagai berikut:

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Pemko Lhokseumawe dan Selat Malaka.
- b. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Aceh Tengah.
- c. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Bireuen.
- d. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Aceh Timur.

Letak geografis Kabupaten Aceh Utara terdiri dari daerah Pantai (5%), dataran rendah (85%) dan sisanya 12% merupakan dataran tinggi. Luas tanah berdasarkan penggunaannya terdiri dari 6,4% perkampungan, 11,7% sawah, 8,1% kebun dan tegal, 10,7% perkebunan, 2,6% tambak dan rawa, 0,5% daerah industri dan sisanya (60%) berupa hutan bebas dan hutan belukar.

Kabupaten Aceh Utara dilalui oleh 4 buah sungai yaitu Krueng Tuan, Krueng Pase, Krueng Keureuto, dan Krueng Jambo Aye. Semua sungai yang ada di kabupaten itu berumuara ke Selat Malaka.

#### **4.1.2. Kependudukan**

Jumlah penduduk Aceh Utara pada tahun 2006 berjumlah 502.288 jiwa, terdiri dari 246.167 laki-laki (49%) dan 256.121 perempuan (51%) dengan jumlah kepala keluarga 110.100 dan kepadatan penduduk sebesar 152 jiwa / km<sup>2</sup>.

#### **4.1.3. Situasi Derajat Kesehatan**

Situasi derajat kesehatan Kabupaten Aceh Utara, antara lain angka kematian ibu adalah 14 orang (140,73 per 100.000 kelahiran hidup) dengan rincian kematian ibu hamil sebanyak 6 orang (60,31 per 100.000 kelahiran hidup), kematian ibu bersalin sebanyak 3 orang (30,16 per 100.000 kelahiran hidup), dan kematian ibu nifas sebanyak 5 orang (50,26 per 100.000 kelahiran hidup) dari 13.030 jumlah hamil yang terdata. Untuk angka kematian bayi, tahun 2006 terdata adalah sebanyak 121 orang (12,16 per 1000 kelahiran hidup).

Laporan SP2TP seluruh puskesmas yang ada dalam Kabupaten Aceh Utara menunjukkan bahwa angka kesakitan yaitu penyakit ISPA merupakan jenis penyakit yang terbesar jumlah kasusnya dari 10 kasus penyakit yang dilaporkan. Jumlah kasus ISPA yang tertinggi itu adalah sejumlah 110,452 kasus.

#### **4.1.4. Situasi Upaya Kesehatan**

Salah satu upaya kesehatan yang dilakukan dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan secara merata kepada seluruh masyarakat Aceh Utara adalah dengan upaya peningkatan cakupan imunisasi pada bayi. Cakupan imunisasi dasar Kabupaten Aceh Utara pada tahun 2006 mencakup BCG 9.574 (76,0%), DPT1 9.036 (71,7%), DPT2 8.528 (67,7%), DPT3 7.660 (60,8%), POLIO1 10.055 (79,8%),

POLIO2 9.270 (73,5%), Hepatitis B1 8.936 (70,9%), Hepatitis B2 6.265 (49,7%)  
Hepatitis B3 5.911 (46,9%).

#### 4.1.5. Sumber Daya Kesehatan

Perencanaan sumber daya meliputi sumber daya tenaga, sarana dan biaya sangat besar pengaruhnya terhadap kemajuan pembangunan kesehatan. Secara umum distribusi tenaga kesehatan yang bekerja dibidang kesehatan di Kabupaten Aceh Utara tahun 2006 adalah sebanyak 982 orang dengan persebaran tenaga puskesmas, pustu, dan polindes 661 orang (67,31%), Rumah Sakit Umum Daerah Cut Mutia 205 orang (20,88%), Dinas Kesehatan Aceh Utara 116 orang (11,81%). Rincian jenis sumber daya tenaga kesehatan dan sumber daya sarana tahun 2006 di Kabupaten Aceh Utara dapat dilihat pada tabel 4.1. dan 4.2. berikut ini:

**Tabel 4.1. Distribusi Tenaga Kesehatan yang Bekerja Dibidang Kesehatan di Kabupaten Aceh Utara Tahun 2006**

No	Jenis Tenaga	Jumlah	%	Keterangan
1.	Medis	87	4,10	
2.	Perawat dan Bidan	1409	66,4	25 orang juru imunisasi
3.	Farmasi	70	3,3	
4.	Gizi	29	1,37	
5.	Teknisi Medis	101	4,76	
6.	Sanitasi	40	1,89	
7.	Kesmas	119	5,61	
8.	Non Medik	267	12,5	
	Jumlah	2.122	100	

Sumber: Profil Dinkes. Kab. Aceh Utara



**Tabel 4.2. Distribusi Jumlah Sarana Kesehatan di Kabupaten Aceh Utara Tahun 2006**

No	Sarana Kesehatan	Jumlah
1.	Rumah Sakit	1
2.	Puskesmas	25
3.	Puskesmas Pembantu	83
4.	Polindes	300
5.	Posyandu	856
6.	Puskesmas Keliling	26

*Sumber: Profil Dinkes. Kab. Aceh Utara*

## **4.2. Analisis Univariat**

Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi dari variabel independen terhadap variabel dependen yaitu perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B di Kabupaten Aceh Utara.

### **4.2.1. Faktor Internal**

Analisis univariat yang dilihat dalam variabel independen (faktor internal) adalah distribusi frekuensi berdasarkan umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, dan kepercayaan seperti yang tertera pada tabel 4.3.

Berdasarkan umur, responden yang berumur di bawah 20 tahun berjumlah sebanyak 31 orang (14,7%) dan yang berumur lebih atau sama dengan 20 tahun ada sejumlah 180 orang (85,3%). Berdasarkan tingkat pendidikan, responden yang pendidikannya tamat SLTP ke bawah 113 orang (53,6%), tamat pendidikan SLTA 77 orang (36,5%), dan tamat Akademi/PT adalah 21 orang (10%). Berdasarkan

pengetahuan, responden yang berpengetahuan tidak baik terdapat sebanyak 38 orang (18%) dan 173 orang (82%) berpengetahuan baik.

**Tabel 4.3. Distribusi Responden Menurut Pengetahuan, Umur, Tingkat Pendidikan, Sikap, dan Kepercayaan di Kabupeten Aceh Utara**

No	Faktor Internal	Frekuensi	Persentase
1.	<b>Umur (tahun)</b>		
	<20	31	14,7
	≥20	180	85,3
	<b>Jumlah</b>	211	100,0
2.	<b>Tingkat Pendidikan</b>		
	Tamat SLTP ke bawah	113	53,6
	Tamat SLTA	77	36,5
	Tamat Akademi/PT	21	10,0
	<b>Jumlah</b>	211	100,0
3.	<b>Pengetahuan</b>		
	Tidak baik	38	18,0
	Baik	173	82,0
	<b>Jumlah</b>	211	100,0
4.	<b>Sikap</b>		
	Tidak baik	30	14,2
	Baik	181	85,8
	<b>Jumlah</b>	211	100,0
5.	<b>Kepercayaan</b>		
	Tidak yakin	78	37,0
	Yakin	133	63,0
	<b>Jumlah</b>	211	100,0

Menurut sikap, responden yang memiliki sikap tidak baik terhadap pelaksanaan program imunisasi hepatitis B sebanyak 30 orang (14,2%) dan yang baik sebanyak 181 (85,8%). Untuk kepercayaan, responden yang tidak yakin terhadap

program imunisasi hepatitis B sebanyak 78 orang (37%) dan yang yakin sejumlah 133 orang (63%).

#### 4.2.2. Faktor Eksternal

Analisis univariat yang dilihat dalam variabel independen (faktor eksternal) adalah Distribusi Frekuensi berdasarkan peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, penghasilan, jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan, seperti yang tertera pada tabel 4.4. berikut ini:

**Tabel 4.4. Distribusi Responden Menurut Peran Petugas Kesehatan, Dukungan Tokoh Masyarakat, Penghasilan, dan Jarak Tempat Tinggal Dengan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Aceh Utara**

No	Faktor Eksternal	Frekuensi	Persentase
1.	<b>Peran petugas kesehatan</b>		
	Tidak baik	74	35,1
	Baik	137	64,9
	<b>Jumlah</b>	211	100,0
2.	<b>Dukungan tokoh masyarakat</b>		
	Tidak baik	94	44,5
	Baik	117	55,5
	<b>Jumlah</b>	211	100,0
3.	<b>Penghasilan</b>		
	< Rp. 1.000.000	175	82,9
	≥ Rp. 1.000.000	36	17,1
	<b>Jumlah</b>	211	100,0
4.	<b>Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan</b>		
	Jauh	51	24,2
	Dekat	160	75,8
	<b>Jumlah</b>	211	100,0

Tabel di atas menggambarkan bahwa dari 211 responden, jumlah responden yang menyatakan peran petugas kesehatan tidak baik dalam pelaksanaan program imunisasi sebanyak 74 orang (35,1%), dan yang baik sejumlah 137 orang (64,9%). Dari distribusi dukungan tokoh masyarakat, responden yang menyatakan bahwa dukungan tokoh masyarakat yang tidak baik terhadap program imunisasi sebanyak 94 orang (44,5%) dan yang baik sejumlah 117 orang (55,5%). Berdasarkan penghasilan, responden yang berpenghasilan < Rp. 1.000.000 sebanyak 175 orang (82,9%), dan yang berpenghasilan  $\geq$  Rp. 1.000.000 sejumlah 36 orang (17,1%). Menurut distribusi jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan, responden yang menyatakan jauh dengan pelayanan kesehatan sebanyak 51 orang (24,2%) dan yang dekat sebanyak 160 orang (75,8%)

#### 4.2.3. Perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B

Analisis univariat yang dilihat dalam variabel dependen (perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B) adalah distribusi frekuensi menurut perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B, seperti yang dipaparkan dalam tabel 4.5. berikut ini:

**Tabel 4.5. Distribusi Responden Menurut Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B di Kabupaten Aceh Utara**

No	Perilaku Ibu	Frekuensi	Persentase
1.	Kurang baik	95	45,0
	Baik	116	55,0
	Jumlah	211	100,0

Tabel di atas menggambarkan bahwa dari 211 responden, jumlah responden yang berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B sebanyak 95 orang (45%) dan yang baik sebanyak 116 orang (55%).

### **4.3. Analisis Bivariat**

Analisis bivariat bertujuan untuk mencari hubungan variabel independen dengan variabel dependen. Pengujian analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan Uji *Chi Square*. Analisis ini dikatakan bermakna bila hasil analisis menunjukkan adanya hubungan yang bermakna (signifikan) secara statistik antara variabel, yaitu dengan nilai  $p < 0,05$ .

#### **4.3.1. Faktor Internal**

Analisis bivariat yang dilihat pada faktor internal dalam variabel independen adalah hubungan umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, dan kepercayaan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B, sebagai berikut:

##### **a. Hubungan umur dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Hubungan umur dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B dapat dari hasil analisis bivariat bahwa dari 31 orang responden yang berumur  $< 20$  tahun dan 180 orang berumur  $\geq 20$  tahun. Dari 31 orang responden yang berumur  $< 20$  tahun terdapat 17 orang (54%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Dari 180 orang responden yang berumur  $\geq 20$  tahun terdapat 78 orang (43,3%) responden berperilaku kurang baik dalam

pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil uji *Chi Square (Continuity Correction)* diperoleh nilai  $p\text{ value} = 0,320$  ( $p > 0,05$ ), berarti secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

**b. Hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Berdasarkan analisis hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B, menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden yang rendah (Tamat SLTP ke bawah) sebanyak 113 orang, sedang (Tamat SLTA) sebanyak 77 orang, dan tinggi (Tamat Akademi/PT) sebanyak 21 orang. Dari 113 responden yang berpendidikan rendah terdapat sejumlah 44 orang (38,9%) berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi. Hasil uji *Chi Square (Pearson Chi Square)* diperoleh  $p\text{ value} = 0,024$  ( $p < 0,05$ ), dapat disimpulkan secara statistik bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

**c. Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B**

Hubungan pengetahuan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B terlihat pada hasil analisis bivariat, yang menggambarkan bahwa dari 38 responden berpengetahuan tidak baik dan 173 orang baik. Dari 38 orang responden yang berpengetahuan tidak baik terdapat 25 orang (65,8%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Dari 173 orang responden yang

berpengetahuan baik terdapat 70 orang (40,5%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil uji *Chi Square (Continuity Correction)* diperoleh  $p \text{ value} = 0,008$  ( $p < 0,05$ ), dan dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

**d. Hubungan sikap dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Pada analisis hubungan sikap dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B, dimana sikap responden dikategorikan dalam 2 kategori yaitu tidak baik dan baik. Responden yang mempunyai sikap tidak baik sejumlah 30 orang, dan responden yang bersikap baik 181 orang. Dari 30 responden bersikap tidak baik terdapat 19 orang (63,3%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Dari 181 responden bersikap baik terdapat 76 orang (42,0%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil uji *Chi Square (Continuity Correction)* diperoleh  $p \text{ value} = 0,048$  ( $p < 0,05$ ), dan dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

**e. Hubungan kepercayaan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Pada analisis hubungan kepercayaan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B, dimana kepercayaan responden dikategorikan dalam 2 kategori yaitu tidak yakin dan yakin. Responden yang memiliki kepercayaan tidak yakin sejumlah 78 orang, dan responden yang yakin 133 orang. Dari 78 responden yang

memiliki kepercayaan tidak yakin terdapat 32 orang (41,0%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Dari 133 responden yang memiliki kepercayaan yakin terdapat 63 orang (47,4%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil uji *Chi Square (Continuity Correction)* diperoleh  $p\ value = 0,453$ , ( $p > 0,05$ ), dan dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kepercayaan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B

#### **4.3.2. Faktor Eksternal**

Analisis bivariat dilihat pada faktor eksternal adalah hubungan peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, penghasilan, jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

##### **a. Hubungan Peran Petugas Kesehatan Dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B**

Hasil uji bivariat menunjukkan bahwa responden yang menyatakan peran petugas kesehatan tidak baik sejumlah 74 orang dan yang baik 137 orang. Dari 74 orang responden yang menyatakan petugas kesehatan berperan tidak baik terdapat pula 44 orang (59,5%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Dari 137 orang responden yang menyatakan petugas kesehatan berperan baik terdapat pula 51 orang (37,2%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil uji *Chi Square (Continuity Correction)* diperoleh  $p\ value = 0,003$  ( $p < 0,05$ ), dan dapat disimpulkan secara statistik bahwa ada



hubungan yang bermakna antara peran petugas kesehatan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

**b. Hubungan dukungan tokoh masyarakat dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Hubungan dukungan tokoh masyarakat dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B terlihat dari hasil uji bivariate, yang menunjukkan bahwa responden yang menyatakan dukungan tokoh masyarakat tidak baik sebanyak 94 orang, dan yang baik 117 orang. Dari 94 orang responden yang menyatakan dukungan tokoh masyarakat tidak baik terdapat 51 orang (54,3%) berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Dari 117 orang responden yang menyatakan dukungan tokoh masyarakat baik terdapat 44 orang (37,6%) berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil uji *Chi Square (Continuity Correction)* diperoleh *p value* = 0,023 ( $p < 0,05$ ), dan dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan tokoh masyarakat dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

**c. Hubungan penghasilan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Hasil uji bivariate menunjukkan bahwa sebanyak 175 orang responden menyatakan penghasilannya  $< \text{Rp. 1.000.000,-}$  dan 36 orang  $\geq \text{Rp. 1.000.000,-}$ . Dari 175 orang responden yang menyatakan penghasilannya  $< \text{Rp. 1.000.000,-}$  terdapat 77 orang (44,0%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Dari 36 yang menyatakan penghasilannya  $\geq \text{Rp. 1.000.000,-}$  terdapat 18 orang (50,0%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi

hepatitis B. Hasil uji *Chi Square (Continuity Correction)* diperoleh  $p\text{ value} = 0,635$  ( $p > 0,05$ ), dan dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara penghasilan dengan perilaku responden dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

#### **d. Hubungan Jarak tempat tinggal dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Dari hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa responden yang menyatakan jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan jauh adalah sebanyak 51 orang dan yang dekat sebanyak 160 orang. Dari 51 responden yang menyatakan jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan jauh terdapat 31 orang (60,8%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Dari 160 responden yang menyatakan jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan dekat terdapat 64 orang (40,0%) responden berperilaku kurang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil uji *Chi Square (Continuity Correction)* diperoleh  $p\text{ value} = 0,015$  ( $p < 0,05$ ), dan dapat disimpulkan secara statistik bahwa ada hubungan yang bermakna antara jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

Hasil analisis bivariat untuk mencari hubungan variabel independen dengan variabel dependen yang telah dilakukan di atas, secara keseluruhan terlihat ada 6 variabel yaitu pengetahuan, tingkat pendidikan, sikap, peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, dan jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan yang memperoleh nilai hasil ujinya bermakna secara statistik (berhubungan signifikan) yakni mendapat nilai  $p < 0,05$ , sedangkan 3 variabel lagi yaitu umur,

kepercayaan, dan penghasilan hasilnya tidak signifikan. Rekapitulasi uji bivariat (Uji *Chi Square*) hubungan variabel independen dengan variabel dependen tersebut dapat dilihat pada tabel 4.6. berikut ini:

**Tabel 4.6. Rekapitulasi Hasil Uji *Chi Square* Hubungan Variabel Independen dengan Variabel Dependen**

Hubungan Variabel	P value (Nilai p)	Keterangan
Hubungan umur dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.	0,236	Tidak berhubungan signifikan
Hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.	0,024	Berhubungan signifikan
Hubungan pengetahuan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.	0,004	Berhubungan signifikan
Hubungan sikap dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.	0,030	Berhubungan signifikan
Hubungan kepercayaan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.	0,371	Tidak berhubungan signifikan
Hubungan peran petugas kesehatan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.	0,002	Berhubungan signifikan
Hubungan dukungan tokoh, masyarakat dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.	0,016	Berhubungan signifikan
Hubungan penghasilan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.	0,511	Tidak berhubungan signifikan
Hubungan jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.	0,009	Berhubungan signifikan

#### **4.4. Analisis Multivariat**

Analisis multivariat dilakukan untuk menentukan variabel independen yang paling berpengaruh (baik faktor internal maupun eksternal) terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi. Dalam uji ini semua variabel yang berhubungan (signifikan) pada uji bivariat  $\alpha = 5\%$  (0,05) akan dimasukkan secara bersama-sama ke dalam uji multivariat. Uji yang digunakan dalam analisis multivariat ini adalah Uji *Regresi Logistik*.

Namun sebelum uji multivariat dilakukan, terlebih dahulu dilakukan pemilihan variabel yang memenuhi syarat untuk dimasukkan ke dalam uji multivariat. Uji yang dilakukan untuk memilih variabel ini adalah uji bivariat dengan menggunakan Uji *Regresi Logistik*.

##### **4.4.1. Pemilihan variabel yang dimasukkan ke dalam uji multivariat**

Dalam penelitian ini terdapat sembilan variabel independen yaitu umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, peran petugas kesehatan, dukungan tokoh, masyarakat, penghasilan, dan jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan. Sebagai variabel dependen adalah perilaku dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

Variabel yang terpilih/memenuhi syarat untuk dimasukkan ke dalam uji multivariat, ditentukan dari hasil analisis uji bivariat dimana bila hasil analisis bivariat didapat nilai p value  $<0,25$  maka variabel tersebut akan dimasukkan ke dalam uji multivariat dan sebaliknya bila nilai p value  $>0,25$  maka variabel itu tidak

dimasukkan atau dikeluarkan dari uji multivariat. Hasil analisis uji bivariat tersebut dapat dilihat pada tabel 4.7. berikut ini:

**Tabel 4.7. Hasil Uji Bivariat Untuk Identifikasi Variabel Independen Yang Dimasukkan Ke Dalam Uji Multivariat**

No	Variabel Independen	Log-likelihood	G	P value
1.	Umur	289,008	1,407	0,236*
2.	Tingkat Pendidikan	282,976	7,439	0,024*
3.	Pengetahuan	282,319	8,095	0,004*
4.	Sikap	285,682	4,732	0,030*
5.	Kepercayaan	289,613	0,802	0,371
6.	Peran petugas kesehatan	280,802	9,613	0,002*
7.	Dukungan tokoh, masyarakat	284,563	5,852	0,016*
8.	Penghasilan	289,982	0,433	0,511
9.	Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan	283,673	6,741	0,009*

\* = variabel yang dimasukkan ke dalam uji multivariat

Berdasarkan hasil uji bivariat pada tabel di atas dapat dilihat bahwa ada 7 variabel yang p value <0,25 yaitu umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, dan jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan. Variabel ini dimasukkan ke dalam uji multivariat, sedangkan dua variabel lain yaitu kepercayaan, dan penghasilan memiliki nilai p value >0,25 dan variabel itu tidak dimasukkan ke dalam uji tersebut.

#### 4.4.2. Penentuan variabel yang paling berpengaruh

Untuk menentukan variabel yang paling berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B, maka semua variabel yang telah memenuhi syarat dimasukkan ke dalam uji multivariat menggunakan *regresi logistik* yang

dianalisis secara bersamaan, dimana variabel yang *p value*-nya  $>0,05$  akan dikeluarkan secara berurutan dimulai dari *p value* yang terbesar. Hasil akhir analisis tersebut dapat dilihat pada tabel 4.8. berikut ini:

**Tabel 4.8. Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Untuk Identifikasi Variabel Independen Paling Berpengaruh Terhadap Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B**

No	Variabel Independen	B	P value
1.	Pengetahuan	1,044	0,007
2.	Peran petugas kesehatan	0,838	0,006
3.	Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan	0,695	0,043
	Constant	-3,603	0,000

Hasil analisis multivariat pada tabel 4.8. di atas menggambarkan bahwa nilai konstanta hasil uji didapat sebesar -3.603, dengan nilai B; variabel pengetahuan 1.044, peran petugas kesehatan 0.838, dan jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan 0.695. Hal ini berarti ketiga variabel itu dapat dinyatakan sebagai variabel yang berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Nilai variabel pengetahuan (B=1,044) adalah merupakan angka yang paling besar dari ketiga nilai variabel lain, dan oleh karenanya pengetahuan dalam penelitian ini dinyatakan sebagai satu-satunya variabel yang paling berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1. Faktor Internal**

##### **5.1.1. Hubungan umur dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Hubungan umur dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada analisis bivariat diperoleh hasil uji *Chi Square* yakni *p value* = 0,320. Nilai *p value* itu secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil ini sama dengan hasil penelitian Syahrul (2002) yang melaporkan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik umur ibu dengan status imunisasi. Namun hasil itu bertentangan dengan temuan hasil penelitian yang dilakukan Idwar (2000) yang menyimpulkan bahwa secara statistik umur ibu mempunyai hubungan yang bermakna dengan status imunisasi hepatitis B (bayi 0 – 11 bulan).

Perbedaan tersebut terjadi karena ibu berumur < 20 tahun proporsinya lebih rendah bila dibandingkan dengan yang berumur  $\geq$  20 tahun di Kabupaten Aceh Utara, dimana mereka cenderung lebih mau untuk memberikan imunisasi kepada bayinya. Kecenderungan seperti itu terjadi dapat dikarenakan mereka telah berpengalaman, sering mendapatkan informasi kesehatan, dan bahkan telah menyadari akan tingginya bahaya suatu penyakit sehingga mau melakukan tindakan pencegahan penyakit yang dalam hal ini termasuk memberikan imunisasi hepatitis B kepada bayinya.

### **5.1.2. Hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada analisis bivariat yang telah dilakukan didapat hasil uji *Chi Square* yaitu  $p\text{ value} = 0,024$ . Nilai tersebut secara statistik berarti bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

Hasil penelitian ini berbeda dengan pendapat Khatab (2006), dimana dalam penelitiannya melaporkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi. Namun, hasil itu dibantah oleh Muchlis (2006) dan Herawati (2007), dimana mereka menyatakan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan status imunisasi pada bayi.

Peningkatan pemahaman ibu tentang imunisasi hepatitis B, dapat dilakukan melalui pengembangan pendidikan kesehatan bagi responden (ibu-ibu memiliki bayi) dan masih mendapatkan imunisasi hepatitis B. Dengan pendidikan kesehatan akan membantu mereka dalam mengambil tindakan yang tepat untuk mencegah penyakit hepatitis B, antara lain dengan pemberian imunisasi hepatitis B kepada bayinya.

### **5.1.3. Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B**

Hubungan pengetahuan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada analisis bivariat diperoleh hasil uji *Chi Square* yaitu  $p\text{ value} = 0,008$ . Nilai ini secara statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil ini



sejalan dengan hasil penelitian Idwar (2000) yang menyimpulkan secara statistik bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang bermakna dengan status imunisasi hepatitis B 0 – 11 bulan. Ediyana (2005) dan Herawati (2007) juga menjelaskan dalam penelitiannya bahwa pengetahuan keluarga mempunyai hubungan yang kuat terhadap kelengkapan status imunisasi hepatitis B pada bayi.

Notoatmodjo (1993) menjelaskan, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bertahan lama dari pada yang tidak didasari oleh pengetahuan. Rogers (1974) menguraikan, seseorang yang berperilaku baru melalui tahapan-tahapan kesadaran, tertarik, menilai, mencoba, dan mengadopsi perilaku tersebut sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah proses pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku (tindakan) individu atau masyarakat. Pengetahuan itu sendiri sebahagian besar diperoleh dari pendengaran dan penglihatan (Notoatmodjo, 1993)

Peningkatan pengetahuan kesehatan akan menentukan seseorang untuk berperilaku baik dalam memelihara kesehatan dan mencegah penyakit. Upaya yang mungkin dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan adalah promosi kesehatan berupa *social sport*, antara lain dengan penyebarluasan informasi kesehatan kepada ibu-ibu di Kabupaten Aceh Utara. Adanya pengetahuan ibu tentang konsep penyakit hepatitis B dan imunisasi sebagai upaya pencegahannya akan menumbuhkan perilaku positif dalam pelaksanaan program imunisasi hepatitis B.

Informasi kesehatan yang disampaikan pada masyarakat khususnya ibu terkait dengan konsep penyakit hepatitis B meliputi: pengertian hepatitis, penyebab hepatitis, dan pencegahan yang dapat dilakukan untuk mengatasi penyakit hepatitis tersebut kepada masyarakat. Untuk peningkatan pengetahuan tentang imunisasi hepatitis B, dapat pula dilakukan penyebarluasan informasi kesehatan tentang imunisasi hepatitis B itu sendiri seperti: jadwal pemberian imunisasi, tempat pelayanan imunisasi didapat, dan reaksi yang muncul setelah diimunisasi hepatitis B itu diberikan.

#### **5.1.4. Hubungan sikap dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Hubungan sikap dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada analisis bivariat diperoleh hasil uji *Chi Square* yaitu *p value* = 0,048. Nilai ini secara statistik berarti bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil ini sama dengan hasil penelitian Idwar (2000), yang menyimpulkan bahwa sikap mempunyai hubungan yang bermakna terhadap status imunisasi hepatitis B (bayi 0 – 11 bulan).

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap belum merupakan tindakan, tetapi merupakan salah satu faktor mempermudah untuk terjadi tindakan. Sikap ibu yang baik akan menumbuhkan perilaku yang baik dalam memberikan imunisasi hepatitis B pada bayinya.

Dari analisis data penelitian menunjukkan bahwa pembentukan sikap responden yang positif terhadap jalannya program imunisasi hepatitis B masih perlu ditingkatkan. Upaya yang dapat dilakukan untuk membentuk sikap tersebut adalah

dengan peningkatan pemberdayaan tenaga kesehatan untuk memberikan pemahaman tentang pentingnya imunisasi hepatitis B kepada masyarakat. Sikap yang positif akan menghasilkan perilaku ibu yang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

Secara rinci, kegiatan-kegiatan yang mungkin bisa dilaksanakan oleh tenaga kesehatan untuk memenuhi upaya tersebut adalah dengan membentuk kerja sama yang baik dengan kader kesehatan, menyelenggarakan pelayanan imunisasi hepatitis B itu di suatu tempat yang mudah dijangkau, dan menyebarluaskan informasi kesehatan kepada masyarakat melalui promosi kesehatan secara berkala, serta berupaya dengan optimal untuk terbentuknya sikap yang positif pada ibu tentang pelaksanaan imunisasi hepatitis B

Sikap yang positif itu pula dapat diwujudkan melalui usaha tenaga kesehatan untuk menanam keyakinan pada ibu terhadap pelaksanaan pelayanan imunisasi hepatitis B, seperti menyampaikan pada ibu agar segera lapor jika mereka ragu terhadap efek samping yang ditimbulkan setelah pemberian imunisasi, memberikan dorongan agar ibu mau mengajak teman-teman yang lain untuk membawa bayinya ke pelayanan kesehatan untuk diimunisasi hepatitis B, dan meyakinkan ibu bahwa usaha mensosialisasi imunisasi hepatitis B merupakan hal yang sangat perlu.

#### **5.1.5. Hubungan kepercayaan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Hubungan kepercayaan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada analisis bivariat diperoleh hasil uji *Chi Square* yaitu  $p\text{ value} = 0,453$ . Hal ini berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara kepercayaan dengan

perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian survei yang dilakukan Syamsuddin (2007), yang menyatakan dari hasil uji beda yang dilakukan memperlihatkan adanya perbedaan yang signifikan antara kepercayaan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi.

Perbedaan hasil seperti yang dikemukakan itu dapat terjadi sesuai dengan pandangan Krech dalam Sarwono (1997), yaitu kepercayaan dapat tumbuh jika orang berulang-ulang mendapat informasi. Kaitannya dengan kepercayaan yang diteliti dalam penelitian ini, bisa saja ibu-ibu yang berada di desa dalam Kabupaten Aceh utara jarang mendapatkan informasi yang salah tentang program imunisasi sehingga tingkat signifikansi variabel kepercayaan menjadi tidak bermakna.

## **5.2. Faktor Eksternal**

### **5.2.1. Hubungan Peran Petugas Kesehatan Dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B**

Hubungan peran petugas kesehatan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada analisis bivariat diperoleh hasil uji *Chi Square* dengan nilai *p value* = 0,003. Secara statistik nilai ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara peran petugas kesehatan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

Menurut Ediyana (2005) yang menyatakan bahwa peran petugas kesehatan mempunyai hubungan yang kuat terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi

hepatitis. Pada penelitian Yusuf (2007) di Kabupaten Bireuen juga memperkuat hasil penelitian ini, yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara peran petugas kesehatan di kecamatan kasus maupun kecamatan kontrol dengan imunisasi polio.

Peran petugas kesehatan dalam rangka membentuk perilaku ibu yang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi di Kabupaten Aceh Utara adalah merupakan kondisi yang diinginkan dari hasil analisis bivariat yang dilakukan dalam variabel ini. Petugas kesehatan harus mampu menggali segala faktor penghambat dan mampu pula mendorong masyarakat yakni ibu-ibu supaya program imunisasi hepatitis B akan berjalan dengan maksimal.

Untuk memenuhi maksud tersebut, petugas kesehatan harus meningkatkan frekwensi pertemuan dan penyuluhan kesehatan tentang imunisasi hepatitis B secara berkala di desa. Demikian juga halnya apabila ibu yang memiliki bayi datang ke puskesmas, maka petugas imunisasi di puskesmas wajib mengajak ibu tersebut untuk berdiskusi tentang pelayanan imunisasi hepatitis B yang telah mereka berikan. Petugas kesehatan beserta kader juga diharuskan untuk meninjau langsung ke rumah ibu yang memiliki bayi setelah diberikan imunisasi hepatitis B di Posyandu.

### **5.2.2. Hubungan dukungan tokoh masyarakat dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Hubungan dukungan tokoh masyarakat dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada analisis bivariat diperoleh hasil uji *Chi Square* yaitu *p value* = 0,023. Nilai ini berarti menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna

antara dukungan tokoh masyarakat dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

Hasil penelitian ini sejalan penelitian Muchlis dan Kristiani (2006) di Aceh Timur yang menyatakan bahwa ada hubungan antara dukungan tokoh masyarakat dengan status imunisasi pada bayi. Khatib (2006) juga mendukung hasil itu, yang menyatakan dalam hasil penelitiannya bahwa faktor pendorong/dukungan yang dalam hal ini termasuk dukungan tokoh masyarakat cenderung berhubungan erat dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi.

Adanya kontribusi dukungan tokoh masyarakat untuk membentuk perilaku ibu yang baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi di Kabupaten Aceh Utara merupakan suatu hal yang diinginkan. Bila suatu program kesehatan yang ingin dijalankan telah didukung oleh tokoh masyarakat, maka program itu akan berjalan dengan baik.

Oleh karenanya, agar tujuan tersebut dapat berjalan maka tokoh masyarakat di desa harus mengutamakan kepentingan masyarakatnya seperti: hadir selalu saat tenaga kesehatan datang untuk membuat pertemuan, mampu membuat pertemuan secara berkala dengan anggota masyarakat untuk membicarakan tentang kelancaran program imunisasi, dan wajib membuat pertemuan dengan anggota masyarakat jika mereka mengikuti pertemuan tentang imunisasi hepatitis B di tingkat kecamatan.

Hal lain yang harus diperhatikan oleh tokoh masyarakat adalah tentang pelaksanaan dan sosialisasi imunisasi hepatitis B, dimana pada saat pelaksanaan imunisasi hepatitis B berlangsung di desa seperti kepala desa atau sekretaris desa

saat-saat tertentu juga harus meninjau langsung ke Posyandu guna untuk mendapat masukan bagai mana kegiatan tersebut berjalan. Untuk sosialisasi imunisasi hepatitis B, tokoh masyarakat layaknya juga ikut mensosialisasi akan pentingnya imunisasi hepatitis B pada kegiatan-kegiatan pengajian rutin di desa dalam hal ini khususnya imam desa sehingga program itu akan berjalan dengan baik pula.

### **5.2.3. Hubungan penghasilan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Hubungan penghasilan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada analisis bivariat diperoleh hasil uji *Chi Square* yaitu *p value* = 0,635. Hasil tersebut berarti pada  $\alpha = 5\%$  (0,05) dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara penghasilan dengan perilaku responden dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian survei yang dilakukan Syamsuddin (2007), yang menyatakan bahwa penghasilan (pendapatan) tidak memberikan pengaruh yang berarti dalam cakupan imunisasi. Namun bertentangan dengan hasil penelitian (Ediyana, 2005), yang menyatakan penghasilan keluarga mempunyai hubungan yang kuat terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Perbedaan ini terjadi dapat disebabkan oleh karena dorongan dari dalam diri responden sendiri untuk memberikan imunisasi pada bayi mereka sudah mulai muncul.

Berdasarkan hasil wawancara ketika penelitian dilakukan, salah seorang responden menjelaskan bahwa munculnya dorongan mereka untuk memberikan imunisasi kepada bayi mereka sangat didukung oleh karena adanya upaya Pemerintah

Daerah Kabupaten Aceh Utara untuk memberikan pelayanan program imunisasi, termasuk imunisasi hepatitis B sampai ke tingkat pelayanan dasar yaitu posyandu dengan tanpa memungut biaya apapun. Pernyataan responden itu dapat dibuktikan dari hasil uji bivariat yang diperoleh, dimana responden yang berpenghasilan < Rp.1.000. 000,- telah berperilaku baik dalam pemberian imunisasi hepatitis B telah mencapai 56 %.

#### **5.2.4. Hubungan Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Hubungan Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B pada analisis bivariat didapat uji *Chi Square* yaitu  $p\ value = 0,015$ . Nilai ini secara statistik berarti ada hubungan yang bermakna antara jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian survei yang dilakukan Syamsuddin (2007), yang menyatakan bahwa dari hasil uji beda yang dilakukan didapat adanya perbedaan yang signifikan antara jarak rumah dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi. Idwar (2000), juga mendukung hasil tersebut dan menyatakan bahwa secara statistik didapat adanya hubungan yang bermakna antara jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan dengan status imunisasi.

Hasil penelitian pada variabel ini mengindikasikan upaya memudahkan akses masyarakat terhadap pusat pelayanan kesehatan semakin perlu ditingkatkan. Untuk mewujudkan hal itu, layak dilakukan antara lain; percepatan penyelesaian sarana



transportasi untuk menuju ke desa-desa yang saat ini lagi digarap dan mengkaji ulang letak sarana kesehatan ada saat ini guna untuk membantu perencanaan sarana kesehatan yang mudah terjangkau atau diakses oleh masyarakat pada masa-masa yang akan datang.

### **5.3. Faktor yang paling berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B**

Analisis multivariat dilakukan terhadap beberapa variabel yang memenuhi persyaratan berdasarkan analisis bivariat ( $p \text{ value} < 0,05$ ). Variabel yang memenuhi syarat ada 6 yaitu pengetahuan, tingkat pendidikan, sikap, peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, dan jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan.

Dari hasil analisis multivariat yang dilakukan didapat pula bahwa variabel pengetahuan, peran petugas kesehatan, dan jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan adalah merupakan faktor yang berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B. Selanjutnya karena nilai pengetahuan ( $B=1,044$ ) menunjukkan angka yang paling besar, maka pengetahuan dalam penelitian ini dinyatakan sebagai satu-satunya variabel yang paling berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

Hasil itu sejalan dengan pendapat Idwar (2000) di Aceh Besar menyimpulkan secara statistik bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang bermakna dengan status imunisasi hepatitis B 0 – 11 bulan. Untuk peran petugas kesehatan, Ediyana (2005) menyatakan bahwa peran petugas kesehatan mempunyai hubungan yang kuat

terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis. Demikian juga halnya dengan jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan, Syamsuddin (2007) menjelaskan bahwa dari hasil uji beda dengan tingkat kepercayaan 5 % menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara jarak rumah dengan keinginan imunisasi atau perilaku ibu dalam pemberian imunisasi.

#### **5.4. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian *survey* menggunakan desain sekat silang (*Cross Sectional Study*) dimana pengamatan dilakukan hanya satu kali (sesaat) dan tidak dapat memberikan penjelasan hubungan sebab akibat, namun hanya memberikan informasi tentang hubungan antara karakter epidemiologis dengan masalah kesehatan yang dihadapi. Informasi didapat juga tidak mendalam dan tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan yang terjadi dengan berlanjut waktu.

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Kesimpulan

- 6.1.1 Hasil analisis bivariat menggunakan *Chi Square Test* didapat ada hubungan yang bermakna antara faktor internal (pengetahuan, tingkat pendidikan, sikap) dan faktor eksternal (peran petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan) dengan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B, sedangkan untuk faktor internal (umur, kepercayaan) dan faktor eksternal (penghasilan) secara statistik tidak didapat adanya hubungan tersebut.
- 6.1.2 Hasil analisis multivariat dengan menggunakan *Regresi Logistik Test* didapat faktor internal (pengetahuan) dan faktor eksternal (peran petugas kesehatan dan Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan) yang berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B
- 6.1.3 Hasil analisis multivariat menggunakan *Regresi Logistik Test* menunjukkan faktor internal (pengetahuan) merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B.

#### 6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang diperoleh, maka pada penelitian ini dapat disampaikan beberapa saran sebagai berikut:

- 6.2.1 Pengetahuan kesehatan masyarakat hendaknya lebih ditingkatkan, dan hal ini dapat dilakukan melalui upaya promosi kesehatan berupa *social support*, yakni peningkatan kualitas penyuluhan kesehatan dan penyediaan media sumber informasi kesehatan tentang imunisasi hepatitis B yang penyebarannya akan mampu mencapai sasaran yang tepat yaitu ibu-ibu yang berada di desa dalam Kabupaten Aceh Utara.
- 6.2.2 Program imunisasi hepatitis B diharapkan dapat berjalan sesuai dengan ketentuan program, dan untuk memenuhi harapan tersebut hendaknya Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara dapat meningkatkan frekuensi pelatihan teknis, pembinaan, dan pengawasan, serta supervisi secara berkala terhadap petugas kesehatan yang bertanggung jawab dibidang imunisasi sehingga memungkinkan terjadinya peningkatan pengetahuan dan keterampilan mereka dalam menumbuhkan peran serta masyarakat.
- 6.2.3 Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan juga merupakan masalah yang wajib diprioritaskan. Untuk mengantisipasi masalah ini, hendaknya pemerintah dapat merencanakan pengembangan sarana kesehatan yang lebih matang di masa akan datang, sehingga letaknya mudah dijangkau atau diakses oleh masyarakat Kabupaten Aceh Utara.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi,U.F., 2006. Imunisasi Mengapa Perlu?, Cetakan I, Jakarta: Buku Kompas.
- Bellamy. R and Freedman.A, 2005. Immunization, The Medicine Publishing Company Ltd
- Departemen Kesehatan R.I, 2004. Pedoman Pelaksanaan Imunisasi DPT/HB Kombo, Jakarta : Ditjen PP&PL
- \_\_\_\_\_,2004. Keputusan menteri kesehatan republik indonesia Nomor 1059/menkes/sk/ix/2004 tentang Pedoman penyelenggaraan imunisasi Menteri kesehatan republik indonesia.
- \_\_\_\_\_,2005. Pedoman Pelaksanaan Pekan Imunisasi Nasional ( PIN) Jakarta
- \_\_\_\_\_,2005. Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi, Jakarta
- \_\_\_\_\_,2005. Pedoman Teknis Imunisasi Tingkat Puskesmas, Jakarta : Ditjen PP&PL
- \_\_\_\_\_,2005. Cakupan Imunisasi Hepatitis B pada Bayi di Indonesia,htm from <http://bankdata.depkes.go.id/Profil/Indo04 - 40k - Cached>
- Dinkes. Kab. Aceh Utara, 2006. Laporan Imunisasi Rutin Kabuapten Aceh Utara
- Dinkes. Prov. NAD, 2006. Laporan Imunisasi Rutin Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Banda Aceh
- \_\_\_\_\_,2006. Profil Kesehatan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Banda Aceh
- Ediyana, 2005. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Imunisasi Hepatitis pada Anak Usia 6-23 Bulan di Puskesmas Pasar Ikan Kecamatan Teluk Segara Propinsi Bengkulu, Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Herawati, A.C., 2007. Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Status Imunisasi Dasar Pada Anak Usia Diatas 9 Bulan Sampai 2 Tahun Di Desa Negla Wilayah Kerja Puskesmas Bojongan Kecamatan Losari Kabupaten Brebes.

- Idwar, 2000. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Imunisasi Hepatitis B Pada Bayi (0-11 Bulan) Di Kabupaten Aceh Besar Propinsi Daerah Istimewa Aceh, Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Khatab.P.N., 2006. Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B 0-7 Hari Di Puskesmas Lubuk Alung Kecamatan Lubuk Alung Kabupaten Padang Pariaman (Suatu Studi Kualitatif), Kakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Ling.B And Lam.W, 2007. Hepatitis B: A Catalyst For Anti-Discrimination Reforms? From [http://hrichina.org/public/PDFs/CRF.2.2007/CRF-2007-2\\_Hepatitis.pdf](http://hrichina.org/public/PDFs/CRF.2.2007/CRF-2007-2_Hepatitis.pdf) - Laman sejenis
- Misnadiarly, 2007. Mengenal, Menanggulangi, Mencegah & Mengobati Penyakit Hati (Liver), Jakarta : Pustaka Obor Populer
- Mukhlis dan Kristiani, 2006, Hubungan faktor-faktor individu dan organisasi dengan kinerja petugas vaksinasi di kabupaten aceh timur from <http://rc-kmpk.ugm.ac.id> 21Mukhlis, Kristiani; WPS no.4 Juli 2006 1st draft 2006.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases ( 2006), What I Need to Know About Hepatitis B from [http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/hepb\\_ez-27k](http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/hepb_ez-27k),
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2003. Pendidikan Dan Prilaku Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_, 2005. Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_, 2005. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya Departemen, Jakarta : Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_, 2007. Promosi Kesehatan & Ilmu Prilaku, Jakarta: Rineka Cipta
- Perda NAD, 2007. Peraturan Gubernur Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam No. 67 Tahun 2007 tentang Penetapan Upah Minimum Nanggroe Aceh Darussalam
- Ranuh, I.G.N, 2005. Pedoman Imunisasi di Indonesia, Edisi Kedua, Satgas Imunisasi Ikatan Dokter Anak Indonesia
- Riduan, (2002). Skala Pengukuran Variabel-variabel Penelitian, Cetakan I, Bandung, Aifabeta.

- Sarwono, Solita, 2004. *Sosiologi Kesehatan, Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*, Edisi Ketiga, Yogyakarta : Gadjah Mada University Press
- Shepard, C.W, Edgar P. Simard, Lyn Finelli, Anthony E. Fiore, and Beth P.Bell (2006) *Hepatitis B Virus Infection : Epidemiology and Vaccination*, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health : USA
- Sudoyo, A.W. dkk, 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid I*, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Syaharul.F, dkk, 2002) *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Imunisasi Dasar Pada Bayi Di Kabupaten Lumajang*, *Jurnal Penelitian Medika Eksakta* Vol. 3 no. 1 April 2002: 80-88
- Syamsuddin HM, 2007. *Survei Cakupan Imunisasi Di Provinsi Tahun 2007, Provinsi Sulawesi Tengah*
- Valla, D.C, 2002, *Easl Internasional Consensus Conference on Hepatitis B*, *Journal of Hepatology* 38 (2003) 533-540 Geneva and Switzerland, from <http://www.elsevier.com/locate/jhep>.
- Wahab, A.S, 2002. *Sistem Imun, Imunisasi, & Penyakit Imun*, Cetakan I, Jakarta: Widya Medika
- Whodscsrlyo, 2002. *Hepatitis B*, from [http://www.who.int/entity/csr/disease/hepatitis/HepatitisB\\_whodscsrlyo\\_2002\\_2.pdf](http://www.who.int/entity/csr/disease/hepatitis/HepatitisB_whodscsrlyo_2002_2.pdf) - Laman sejenis
- Yatim, Faisal, 2007. *Macam-macam Penyakit Menular & Pencegahannya, Jilid I*, Jakarta : Puataka Obor Populer
- Yusuf. M, 2007. *Analisis Karakteristik Ibu Dan Strategi Pelaksanaan Imunisasi Dengan Imunisasi Polio Di Kabupaten Bireuen*, Medan: Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara
- Zain, L.H, 2006. *Hepatitis B dan Permasalahannya, Upacara Peringatan Dies Natalis Ke-54 Universitas Sumatera Utara*, Medan

Lampiran 1

**Rekapitulasi  
Cakupan imunisasi hepatitis B 1, hepatitis B 2, dan hepatitis B3 Kabupaten dan  
Kota Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam  
Tahun 2006**

<b>NO</b>	<b>KAB/KOTA</b>	<b>HEPATITIS B1 (%)</b>	<b>HEPATITIS B2 (%)</b>	<b>HEPATITIS B3 (%)</b>
1	Aceh Utara	46.49	53.37	48.76
2	Aceh Selatan	59.10	45.49	46.05
3	Aceh Singkil	72.15	64.63	53.19
4	Aceh Timur	70.87	62.47	57.03
5	Nagan Raya	71.73	60.13	69.59
6	Aceh Barat	64.96	73.66	72.26
7	Bireun	83.88	67.86	62.48
8	Kota langsa	78.25	73.13	66.28
9	Bener Meriah	85.78	68.49	64.71
10	Pidie	83.09	74.42	67.65
11	Aceh Jaya	79.31	77.99	72.45
12	Aceh Tamiang	77.08	76.78	76.53
13	Kota Lhokseumawe	86.78	91.53	83.87
14	Aceh Tenggara	94.23	87.31	84.58
15	Kota Banda Aceh	90.88	91.42	86.10
16	Gayu Lues	103.70	85.64	82.49
17	Aceh Tengah	85.57	86.56	100.00
18	Aceh barat daya	100.96	92.49	92.56
19	Aceh Besar	108.73	99.45	85.80
20	Simeulue	100.15	99.59	113.99
21	Sabang	102.87	111.03	107.25

*Sumber: Sub Din P2P Dinas Kesehatan NAD, 2006*



Lampiran 2

**KUESIONER PENELITIAN  
PENGARUH FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL  
TERHADAP PERILAKU IBU DALAM PEMBERIAN IMUNISASI  
HEPATITIS B PADA BAYI DI KABUPATEN ACEH UTARA**

---

**I. KETERANGAN WAWANCARA**

- a. No. Urut Kuesioner : .....
- b. Nama pewawancara : .....
- c. Tanggal wawancara : .....

**II. IDENTITAS RESPONDEN**

- a. Nama : .....
- b. Umur : ..... Tahun
- c. Jenis kelamin : .....
- d. Pendidikan terakhir : .....
- e. Alamat : .....

**III. IDENTITAS BAYI RESPONDEN**

- a. Nama : .....
- b. Umur : ..... Bulan
- c. Jenis kelamin : .....
- d. Alamat : .....

**IV. PENGHASILAN RESPONDEN**

Untuk memperoleh data penghasilan responden, berilah tanda "✓" pada salah satu kolom lingkaran penghasilan responden yang tersedia berikut ini :

<Rp.1.000.000,- setiap bulan

≥Rp.1.000.000,- setiap bulan

## V. JARAK TEMPAT TINGGAL DENGAN PELAYANAN KESEHATAN

Untuk memperoleh data jarak tempuh antara tempat tinggal responden dengan pelayanan kesehatan (Puskesmas/Puskesmas Pembantu), berilah tanda "✓" pada salah satu kolom yang tersedia berikut ini :

Menghabiskan waktu  $\geq 10$  menit dengan jalan kaki

Menghabiskan waktu  $< 10$  menit dengan jalan kaki

## VI. PERTANYAAN VARIABEL KUESIONER

### A. PENGETAHUAN

No	Pernyataan	B	S
1.	Penyakit hepatitis B adalah penyakit infeksi pada hati atau sering disebutkan penyakit kuning.		
2.	Penyakit hepatitis B disebabkan oleh virus hepatitis B.		
3.	Untuk mencegah terjangkitnya hepatitis B, bayi harus diberikan imunisasi hepatitis B.		
4.	Dengan memberikan imunisasi hepatitis B, maka bayi akan kebal dan tidak akan terinfeksi dengan virus hepatitis B.		
5.	Imunisasi hepatitis B diberikan sejumlah 3 kali pada bayi		
6.	Imunisasi hepatitis B harus diberikan sesuai dengan jadwal yang dianjurkan.		
7.	Imunisasi hepatitis B itu diberikan dimulai sejak baru lahir yaitu usia 0, 1, dan 6 bulan.		
8.	Imunisasi hepatitis B dapat kita peroleh pada pelayanan kesehatan tingkat dasar, yaitu Posyandu.		
9.	Setelah beberapa saat bayi diberikan imunisasi hepatitis B, akan muncul reaksi rasa sakit, kemerahan dan pembengkakan di sekitar tempat penyuntikan.		
10.	Muncul reaksi rasa sakit, kemerahan dan bengkak di sekitar tempat penyuntikan setelah diimunisasi hepatitis B merupakan reaksi normal dan tidak berpengaruh apa-apa terhadap bayi.		

*Keterangan :*

*B : Benar*

*S : Salah*

## B. SIKAP

No	Pernyataan	S	KS	TS
1.	Penyuluhan tentang imunisasi hepatitis B penting dilaksanakan untuk ibu-ibu yang mempunyai bayi			
2.	Penyuluhan imunisasi hepatitis B bermanfaat bagi ibu dalam rangka memahami pentingnya imunisasi hepatitis B.			
3.	Sebaiknya informasi tentang imunisasi hepatitis B harus diberikan secara berkesinambungan.			
4.	Hasil sosialisasi imunisasi hepatitis B perlu disebarluaskan agar informasi itu akan diketahui oleh orang yang belum mengerti.			
5.	Memberikan dukungan pada teman agar mau membawa bayinya untuk diimunisasi hepatitis B merupakan hal yang cukup baik bila mampu kita kerjakan.			
6.	Jika kita ragu terhadap efek samping yang ditimbulkan setelah pemberian imunisasi hepatitis B, maka sebaiknya hal itu kita tanyakan pada petugas kesehatan agar kita mendapat saran yang lebih menguntungkan dari mereka.			
7.	Sebaiknya pelayanan imunisasi hepatitis B dilaksanakan di suatu tempat yang mudah dijangkau oleh ibu/orang tua bayi.			
8.	Berkerja sama dengan kader kesehatan dapat membantu menunjang keberhasilan program imunisasi hepatitis B di desa.			

*Keterangan:*

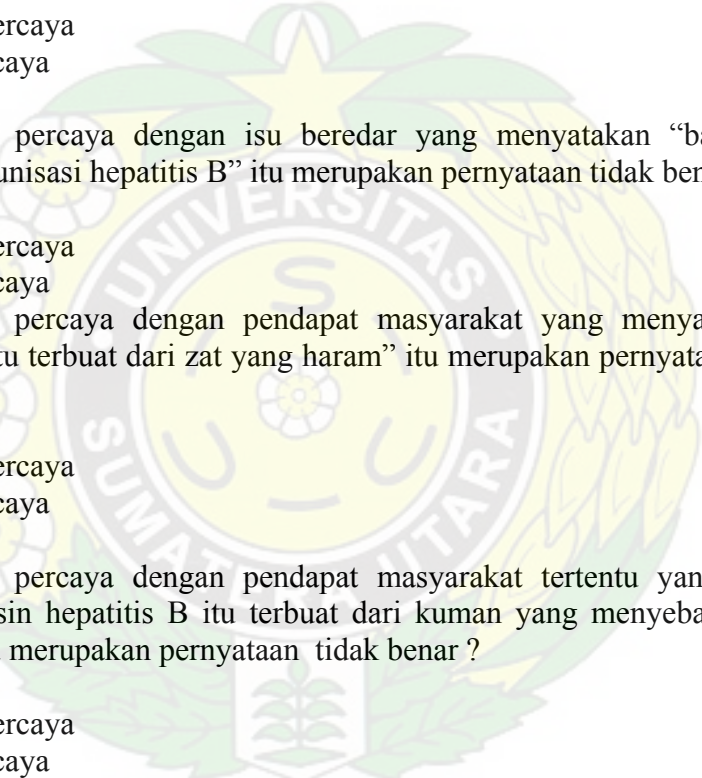
*S : Setuju*

*KS : Kurang Setuju*

*TS : Tidak setuju*

## C. KEPERCAYAAN

1. Apakah ibu percaya bahwa dengan pemberian imunisasi hepatitis B bayi akan terhindar dari penyakit hepatitis B.
  - a. Percaya
  - b. Kurang Percaya

- 
- c. Tidak percaya
  2. Apakah ibu percaya bahwa pemberian imunisasi hepatitis B tidak mengakibatkan muncul penyakit lain yang berbahaya bagi bayi.
    - a. Percaya
    - b. Kurang Percaya
    - c. Tidak percaya
  3. Apakah ibu percaya reaksi beberapa saat setelah disuntikkan vaksin hepatitis B pada bayi tidak akan berbahaya terhadap kesehatan bayi.
    - a. Percaya
    - b. Kurang Percaya
    - c. Tidak percaya
  4. Apakah ibu percaya dengan isu beredar yang menyatakan “bayi meninggal setelah diimunisasi hepatitis B” itu merupakan pernyataan tidak benar ?
    - a. Percaya
    - b. Kurang Percaya
    - c. Tidak percaya
  5. Apakah ibu percaya dengan pendapat masyarakat yang menyatakan “vaksin hepatitis B itu terbuat dari zat yang haram” itu merupakan pernyataan tidak benar ?
    - a. Percaya
    - b. Kurang Percaya
    - c. Tidak percaya
  6. Apakah ibu percaya dengan pendapat masyarakat tertentu yang menyatakan bahwa “vaksin hepatitis B itu terbuat dari kuman yang menyebabkan penyakit sapi gila” itu merupakan pernyataan tidak benar ?
    - a. Percaya
    - b. Kurang Percaya
    - c. Tidak percaya

#### **D. PERAN PETUGAS KESEHATAN**

1. Apakah petugas kesehatan sering datang ke desa ibu untuk membuat pertemuan tentang imunisasi/ imunisasi hepatitis B ?
  - a. Ya
  - b. Tidak
2. Apakah petugas kesehatan pernah datang ke desa ibu untuk melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan tentang akan pentingnya imunisasi/hepatitis B ?
  - a. Ya

- b. Tidak
3. Jika ibu datang ke puskesmas, apakah petugas imunisasi di puskesmas pernah mengajak ibu untuk berdiskusi tentang pelayanan imunisasi/imunisasi hepatitis B yang telah mereka berikan pada bayi ibu ?
- a. Ya  
b. Tidak
4. Apakah petugas kesehatan pernah datang ke rumah ibu untuk meninjau kondisi kesehatan bayi ibu setelah diberikan imunisasi hepatitis B di Posyandu ?
- a. Ya  
b. Tidak
5. Apakah kader kesehatan pernah datang ke rumah ibu untuk memberikan informasi penting tentang pelayanan imunisasi ?
- a. Ya  
b. Tidak

#### **E. DUKUNGAN TOKOH MASYARAKAT**

1. Apakah perangkat desa ikut hadir ketika tenaga kesehatan dari puskesmas datang untuk membuat pertemuan di desa ?
- a. Ya  
b. Tidak
2. Apakah perangkat desa membuat pertemuan dengan anggota masyarakat jika mereka ingin membicarakan tentang kelancaran program imunisasi ?
- a. Ya  
b. Tidak
3. Apakah perangkat desa pernah membuat pertemuan dengan anggota masyarakat setelah mereka mengikuti pertemuan tentang imunisasi hepatitis B di tingkat kecamatan ?
- a. Ya  
b. Tidak
4. Apakah perangkat desa khususnya imam desa juga ikut mensosialisasi tentang pentingnya imunisasi hepatitis B pada kegiatan-kegiatan pengajian rutin di desa ?
- a. Ya  
b. Tidak

5. Apakah perangkat desa seperti kepala desa, sekretaris desa pernah meninjau langsung ke Posyandu ketika pelaksanaan imunisasi hepatitis B berlangsung ?
- Ya
  - Tidak

***Keterangan:***

*Yang termasuk ke dalam perangkat desa yang dimaksudkan dalam pertanyaan dukungan tokoh masyarakat ini seperti kepala desa, sekretaris desa, imam desa, dan tokoh-tokoh penting lainnya yang ada di desa.*



## F. PERILAKU IBU

**DAFTAR  
CHECKLIST OBSERVASI PERILAKU IBU  
DALAM PEMERIAN IMUNISASI HEPATITIS B PADA PAYI  
DI KABUPATEN ACEH UTARA**

---

### Identitas Responden Dan Bayi

- a. Tanggal Observasi : .....
- b. Nama Observer : .....
- c. Nama Responden : .....
- d. Nama Bayi : .....
- e. Alamat : .....

### Pengantar

Perkenalkan saya melihat (mengamati) kartu imunisasi bayi ibu yaitu KMS untuk keperluan penelitian saya yang sedang saya laksanakan saat ini. Penelitian ini sifatnya rahasia dan tidak ada keperluannya selain untuk penyusunan tesis saya di Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara.

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Bayi responden telah memiliki kartu imunisasi yaitu KMS (Kartu menuju sehat)		
2.	Status kelengkapan imunisasi hepatitis B KMS bayi responden telah tercatat di KMS sesuai dengan tahapan umur bayi		
3.	Jadwal pemberian imunisasi hepatitis B bayi responden, tercatat di KMS telah diberikan sesuai anjuran.		





## Reliability Sikap

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	S1	1.4000	.5026	20.0
2.	S2	1.5000	.5130	20.0
3.	S3	1.5000	.5130	20.0
4.	S4	1.4500	.5104	20.0
5.	S5	1.6000	.5026	20.0
6.	S6	1.4000	.5026	20.0
7.	S7	1.5500	.5104	20.0
8.	S8	1.6000	.5026	20.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	12.0000	8.8421	2.9736	8

Item-total Statistics	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
S1	10.6000	6.4632	.8320	.8408
S2	10.5000	7.2105	.4967	.8763
S3	10.5000	7.1053	.5389	.8720
S4	10.5500	6.7868	.6749	.8577
S5	10.4000	6.6737	.7377	.8511
S6	10.6000	6.8842	.6465	.8607
S7	10.4500	6.9974	.5867	.8670
S8	10.4000	6.9895	.6020	.8653

### Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0

N of Items = 8

**Alpha = .8769**

## Reliability Kepercayaan

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.842	.845	6

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
k1	.65	.489	20
k2	.55	.510	20
k3	.55	.510	20
k4	.75	.444	20
k5	.70	.470	20
k6	.55	.510	20

### Inter-Item Correlation Matrix

	k1	k2	k3	k4	k5	k6
k1	1.000	.601	.179	.545	.663	.390
k2	.601	1.000	.394	.638	.504	.394
k3	.179	.394	1.000	.406	.504	.394
k4	.545	.638	.406	1.000	.630	.406
k5	.663	.504	.504	.630	1.000	.504
k6	.390	.394	.394	.406	.504	1.000

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
k1	3.10	3.463	.618	.596	.817
k2	3.20	3.326	.667	.538	.807
k3	3.20	3.642	.475	.392	.845
k4	3.00	3.474	.699	.537	.803
k5	3.05	3.313	.756	.650	.790
k6	3.20	3.537	.537	.303	.833

### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
3.75	4.829	2.197	6

## Reliability Petugas Kesehatan

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PK1	1.5500	.5104	20.0
2.	PK2	1.4500	.5104	20.0
3.	PK3	1.4500	.5104	20.0
4.	PK4	1.4500	.5104	20.0
5.	PK5	1.4500	.5104	20.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	7.3500	3.7132	1.9270	5

Item-total Statistics	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PK1	5.8000	2.3789	.6819	.7493
PK2	5.9000	2.4105	.6575	.7569
PK3	5.9000	2.5158	.5786	.7810
PK4	5.9000	2.6211	.5032	.8032
PK5	5.9000	2.5158	.5786	.7810

### Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0                      N of Items = 5

**Alpha = .8115**

## Reliability Dukungan Tokoh Masyarakat

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	DTM1	1.5000	.5130	20.0
2.	DTM2	1.4500	.5104	20.0
3.	DTM3	1.4500	.5104	20.0
4.	DTM4	1.4000	.5026	20.0
5.	DTM5	1.5000	.5130	20.0

Statistics for SCALE	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	7.3000	3.3789	1.8382	5

Item-total Statistics	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
DTM1	5.8000	2.3789	.4656	.7522
DTM2	5.8500	2.2395	.5754	.7145
DTM3	5.8500	2.2395	.5754	.7145
DTM4	5.9000	2.3053	.5379	.7275
DTM5	5.8000	2.2737	.5443	.7253

### Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0

N of Items = 5

**Alpha = .7691**

## Reliability Prilaku Ibu

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PR1	.5500	.5104	20.0
2.	PR2	.5500	.5104	20.0
3.	PR3	.5500	.5104	20.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	1.6500	1.6079	1.2680	3

Item-total Statistics	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PR1	1.1000	.8316	.5541	.7468
PR2	1.1000	.7263	.7139	.5652
PR3	1.1000	.8316	.5541	.7468

### Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0

N of Items = 3

**Alpha = .7709**

Lampiran 5

**Rekapitulasi Hasil Perhitungan Uji Validitas Dan Reliabilitas  
Kuesioner Penelitian Pengaruh Faktor Internal Dan Eksternal  
Terhadap Perilaku Ibu Dalam Pemberian  
Imunisasi Hepatitis B**

No.	Instrumen Variabel	r tabel	r hasil	Alpha	Keterangan
1.	<b>Pengetahuan</b>				
	P1	0,444	0,5285	0,857	Valid dan Reliabilitas
	P2	0,444	0,4772		Valid dan Reliabilitas
	P3	0,444	0,6710		Valid dan Reliabilitas
	P4	0,444	0,6776		Valid dan Reliabilitas
	P5	0,444	0,5169		Valid dan Reliabilitas
	P6	0,444	0,5532		Valid dan Reliabilitas
	P7	0,444	0,4786		Valid dan Reliabilitas
	P8	0,444	0,5516		Valid dan Reliabilitas
	P9	0,444	0,7638		Valid dan Reliabilitas
	P10	0,444	0,4505		Valid dan Reliabilitas
2.	<b>Sikap</b>				
	S1	0,444	0,8320	0,877	Valid dan Reliabilitas
	S2	0,444	0,4967		Valid dan Reliabilitas
	S3	0,444	0,5389		Valid dan Reliabilitas
	S4	0,444	0,6749		Valid dan Reliabilitas
	S5	0,444	0,7377		Valid dan Reliabilitas
	S6	0,444	0,6465		Valid dan Reliabilitas
	S7	0,444	0,5867		Valid dan Reliabilitas
	S8	0,444	0,6020		Valid dan Reliabilitas
3.	<b>Kepercayaan</b>				
	K1	0,444	0,618	0,842	Valid dan Reliabilitas
	K2	0,444	0,667		Valid dan Reliabilitas
	K3	0,444	0,475		Valid dan Reliabilitas
	K4	0,444	0,699		Valid dan Reliabilitas
	K5	0,444	0,756		Valid dan Reliabilitas
	K6	0,444	0,537		Valid dan Reliabilitas
4.	<b>Peran Petugas Kesehatan</b>				
	PK1	0,444	0,6819	0,811	Valid dan Reliabilitas
	PK2	0,444	0,6575		Valid dan Reliabilitas
	PK3	0,444	0,5786		Valid dan Reliabilitas
	PK4	0,444	0,5032		Valid dan Reliabilitas
	PK5	0,444	0,5786		Valid dan Reliabilitas
5.	<b>Dukungan Tokoh Masyarakat</b>				
	DTM1	0,444	0,4656	0,769	Valid dan Reliabilitas
	DTM2	0,444	0,5754		Valid dan Reliabilitas
	DTM3	0,444	0,5754		Valid dan Reliabilitas
	DTM4	0,444	0,5379		Valid dan Reliabilitas
	DTM5	0,444	0,5443		Valid dan Reliabilitas
6.	<b>Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Hepatitis B</b>				
	PR1	0,444	0,5541	0,771	Valid dan Reliabilitas
	PR2	0,444	0,7139		Valid dan Reliabilitas
	PR3	0,444	0,5541		Valid dan Reliabilitas

Lampiran 6

**HASIL UJI UNIVARIAT, BIVARIAT, BIVARIAT UNTUK MEMILIH VARIABEL  
YANG DIMASUKKAN KE DALAM MULTIVARIAT,  
DAN UJI MULTIVARIAT**

**1. Hasil Uji Univariat**

**Frequency Table**

**UMUR**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 20 thn	31	14.7	14.7	14.7
	>= 20 thn	180	85.3	85.3	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

**DIDIK**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	di bawah tamat SLTP	113	53.6	53.6	53.6
	Tamat SLTA	77	36.5	36.5	90.0
	Tamat Akademi/PT	21	10.0	10.0	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

**TAHU**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Baik	38	18.0	18.0	18.0
	Baik	173	82.0	82.0	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

**SIKAP**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Baik	30	14.2	14.2	14.2
	Baik	181	85.8	85.8	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

**KPCYN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Yakin	78	37.0	37.0	37.0
	Yakin	133	63.0	63.0	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

**PERPE**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak baik	74	35.1	35.1	35.1
	Baik	137	64.9	64.9	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

**DUTOMA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Baik	94	44.5	44.5	44.5
	baik	117	55.5	55.5	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

**JARAK**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jauh	51	24.2	24.2	24.2
	Dekat	160	75.8	75.8	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

**PRILAKU**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang baik	95	45.0	45.0	45.0
	baik	116	55.0	55.0	100.0
	Total	211	100.0	100.0	



## 2. Hasil Uji Bivariat

Hasil bivariat diperoleh dengan Uji Chisquare

### Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
UMUR * PRILAKU	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%

UMUR \* PRILAKU Crosstabulation

			PRILAKU		Total
			kurang baik	baik	
UMUR	< 20 thn	Count	17	14	31
		% within UMUR	54.8%	45.2%	100.0%
	>= 20 thn	Count	78	102	180
		% within UMUR	43.3%	56.7%	100.0%
Total		Count	95	116	211
		% within UMUR	45.0%	55.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.414 <sup>b</sup>	1	.234		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.988	1	.320		
Likelihood Ratio	1.407	1	.236		
Fisher's Exact Test				.247	.160
Linear-by-Linear Association	1.408	1	.235		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.96.

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
DIDIK * PRILAKU	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%

### DIDIK \* PRILAKU Crosstabulation

			PRILAKU		Total
			kurang baik	baik	
DIDIK	di bawah tamat SLTP	Count	44	69	113
		% within DIDIK	38.9%	61.1%	100.0%
	Tamat SLTA	Count	44	33	77
		% within DIDIK	57.1%	42.9%	100.0%
	Tamat Akademi/PT	Count	7	14	21
		% within DIDIK	33.3%	66.7%	100.0%
Total		Count	95	116	211
		% within DIDIK	45.0%	55.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.419 <sup>a</sup>	2	.024
Likelihood Ratio	7.439	2	.024
Linear-by-Linear Association	.837	1	.360
N of Valid Cases	211		

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.45.

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TAHU * PRILAKU	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%

### TAHU \* PRILAKU Crosstabulation

			PRILAKU		Total
			kurang baik	baik	
TAHU	Tidak Baik	Count	25	13	38
		% within TAHU	65.8%	34.2%	100.0%
	Baik	Count	70	103	173
		% within TAHU	40.5%	59.5%	100.0%
Total		Count	95	116	211
		% within TAHU	45.0%	55.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.074 <sup>b</sup>	1	.004		
Continuity Correction <sup>a</sup>	7.083	1	.008		
Likelihood Ratio	8.095	1	.004		
Fisher's Exact Test				.006	.004
Linear-by-Linear Association	8.036	1	.005		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.11.

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SIKAP * PRILAKU	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%

#### SIKAP \* PRILAKU Crosstabulation

			PRILAKU		Total
			kurang baik	baik	
SIKAP	Tidak Baik	Count	19	11	30
		% within SIKAP	63.3%	36.7%	100.0%
	Baik	Count	76	105	181
		% within SIKAP	42.0%	58.0%	100.0%
Total		Count	95	116	211
		% within SIKAP	45.0%	55.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.737 <sup>b</sup>	1	.030		
Continuity Correction <sup>a</sup>	3.914	1	.048		
Likelihood Ratio	4.732	1	.030		
Fisher's Exact Test				.046	.024
Linear-by-Linear Association	4.714	1	.030		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.51.

## Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KPCYN * PRILAKU	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%

KPCYN \* PRILAKU Crosstabulation

			PRILAKU		Total
			kurang baik	baik	
KPCYN	Tidak Yakin	Count	32	46	78
		% within KPCYN	41.0%	59.0%	100.0%
	Yakin	Count	63	70	133
		% within KPCYN	47.4%	52.6%	100.0%
Total		Count	95	116	211
		% within KPCYN	45.0%	55.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.799 <sup>b</sup>	1	.371	.393	.227
Continuity Correction <sup>a</sup>	.563	1	.453		
Likelihood Ratio	.802	1	.371		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.795	1	.372		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 35.12.

## Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PERPE * PRILAKU	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%

**PERPE \* PRILAKU Crosstabulation**

			PRILAKU		Total
			kurang baik	baik	
PERPE	Tidak baik	Count	44	30	74
		% within PERPE	59.5%	40.5%	100.0%
	Baik	Count	51	86	137
		% within PERPE	37.2%	62.8%	100.0%
Total	Count		95	116	211
	% within PERPE		45.0%	55.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.595 <sup>b</sup>	1	.002		
Continuity Correction <sup>a</sup>	8.718	1	.003		
Likelihood Ratio	9.613	1	.002		
Fisher's Exact Test				.002	.002
Linear-by-Linear Association	9.550	1	.002		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33.32.

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
DUTOMA * PRILAKU	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%

**DUTOMA \* PRILAKU Crosstabulation**

			PRILAKU		Total
			kurang baik	baik	
DUTOMA	Tidak Baik	Count	51	43	94
		% within DUTOMA	54.3%	45.7%	100.0%
	baik	Count	44	73	117
		% within DUTOMA	37.6%	62.4%	100.0%
Total	Count		95	116	211
	% within DUTOMA		45.0%	55.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.837 <sup>b</sup>	1	.016		
Continuity Correction <sup>a</sup>	5.183	1	.023		
Likelihood Ratio	5.852	1	.016		
Fisher's Exact Test				.018	.011
Linear-by-Linear Association	5.809	1	.016		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 42.32.

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PEHASIL * PRILAKU	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%

#### PEHASIL \* PRILAKU Crosstabulation

			PRILAKU		Total
			kurang baik	baik	
PEHASIL	< Rp. 1.000.000	Count	77	98	175
		% within PEHASIL	44.0%	56.0%	100.0%
	>= Rp. 1.000.000	Count	18	18	36
		% within PEHASIL	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	95	116	211
		% within PEHASIL	45.0%	55.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.434 <sup>b</sup>	1	.510		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.226	1	.635		
Likelihood Ratio	.433	1	.511		
Fisher's Exact Test				.582	.316
Linear-by-Linear Association	.432	1	.511		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.21.

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
JARAK * PRILAKU	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%

### JARAK \* PRILAKU Crosstabulation

			PRILAKU		Total
			kurang baik	baik	
JARAK	Jauh	Count	31	20	51
		% within JARAK	60.8%	39.2%	100.0%
	Dekat	Count	64	96	160
		% within JARAK	40.0%	60.0%	100.0%
Total	Count	95	116	211	
	% within JARAK	45.0%	55.0%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.749 <sup>b</sup>	1	.009		
Continuity Correction <sup>a</sup>	5.936	1	.015		
Likelihood Ratio	6.741	1	.009		
Fisher's Exact Test				.010	.007
Linear-by-Linear Association	6.717	1	.010		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22.96.

### 3. Hasil Uji Bivariat Untuk Pemelihan Variabel Multivariat

#### Logistic Regression UMUR

##### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	211	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	211	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		211	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

##### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
kurang baik	0
baik	1

#### Block 1: Method = Enter

##### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.407	1	.236
	Block	1.407	1	.236
	Model	1.407	1	.236

##### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	289.008	.007	.009

##### Classification Table<sup>a</sup>

Observed			Predicted		Percentage Correct
			PRILAKU		
			kurang baik	baik	
Step 1	PRILAKU	kurang baik	17	78	17.9
		baik	14	102	87.9
Overall Percentage					56.4

a. The cut value is .500

##### Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step	UMUR	.462	.391	1.399	1	.237	1.588	.738	3.417
1	Constant	-.657	.737	.793	1	.373	.519		

a. Variable(s) entered on step 1: UMUR.



## Logistic Regression PENDIDIKAN

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	211	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	211	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		211	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Block 1: Method = Enter

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	7.439	2	.024
	Block	7.439	2	.024
	Model	7.439	2	.024

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	282.976	.035	.046

#### Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted			
		PRILAKU		Percentage Correct	
		kurang baik	baik		
Step 1	PRILAKU	kurang baik	44	51	46.3
		baik	33	83	71.6
Overall Percentage					60.2

a. The cut value is .500

#### Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	DIDIK			7.297	2	.026			
	DIDIK(1)	-.243	.501	.235	1	.628	.784	.293	2.095
	DIDIK(2)	-.981	.517	3.598	1	.058	.375	.136	1.033
	Constant	.693	.463	2.241	1	.134	2.000		

a. Variable(s) entered on step 1: DIDIK.

## Logistic Regression PENGETAHUAN

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	211	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	211	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		211	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Block 1: Method = Enter

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	8.095	1	.004
	Block	8.095	1	.004
	Model	8.095	1	.004

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	282.319	.038	.050

#### Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted			
		PRILAKU		Percentage Correct	
		kurang baik	baik		
Step 1	PRILAKU	kurang baik	25	70	26.3
		baik	13	103	88.8
Overall Percentage					60.7

a. The cut value is .500

#### Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	TAHU	1.040	.375	7.677	1	.006	2.829	1.356	5.905
	Constant	-1.694	.701	5.836	1	.016	.184		

a. Variable(s) entered on step 1: TAHU.

## Logistic Regression SIKAP

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	211	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	211	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		211	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Block 1: Method = Enter

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	4.732	1	.030
	Block	4.732	1	.030
	Model	4.732	1	.030

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	285.682	.022	.030

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed	PRILAKU	Predicted			
		PRILAKU		Percentage Correct	
		kurang baik	baik		
Step 1	PRILAKU	kurang baik	19	76	20.0
		baik	11	105	90.5
Overall Percentage					58.8

a. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

Step	Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	SIKAP	.870	.408	4.551	1	.033	2.386	1.073	5.306
	Constant	-1.416	.773	3.361	1	.067	.243		

a. Variable(s) entered on step 1: SIKAP.

## Logistic Regression KEPERCAYAAN

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	211	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	211	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		211	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Block 1: Method = Enter

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.802	1	.371
	Block	.802	1	.371
	Model	.802	1	.371

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	289.613	.004	.005

#### Classification Table<sup>a</sup>

		Predicted			
		PRILAKU		Percentage Correct	
Observed		kurang baik	baik		
Step 1	PRILAKU	kurang baik	0	95	.0
		baik	0	116	100.0
Overall Percentage					55.0

a. The cut value is .500

#### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	KPCYN	-.258	.288	.798	1	.372	.773	.439	1.360
1	Constant	.620	.492	1.590	1	.207	1.860		

a. Variable(s) entered on step 1: KPCYN.

## Logistic Regression PERAN PETUGAS

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	211	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	211	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		211	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Block 1: Method = Enter

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	9.613	1	.002
	Block	9.613	1	.002
	Model	9.613	1	.002

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	280.802	.045	.060

#### Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted			
		PRILAKU		Percentage Correct	
		kurang baik	baik		
Step 1	PRILAKU	kurang baik	44	51	46.3
		baik	30	86	74.1
Overall Percentage					61.6

a. The cut value is .500

#### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	PERPE	.905	.295	9.392	1	.002	2.473	1.386	4.413
	Constant	-1.288	.505	6.498	1	.011	.276		

a. Variable(s) entered on step 1: PERPE.

## Logistic Regression DUKUNGAN TOKOH MASYARAKAT

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	211	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	211	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		211	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Block 1: Method = Enter

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	5.852	1	.016
	Block	5.852	1	.016
	Model	5.852	1	.016

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	284.563	.027	.037

#### Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted			
		PRILAKU		Percentage Correct	
		kurang baik	baik		
Step 1	PRILAKU	kurang baik	51	44	53.7
		baik	43	73	62.9
Overall Percentage					58.8

a. The cut value is .500

#### Variables in the Equation

Step	Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	DUTOMA	.677	.282	5.778	1	.016	1.968	1.133	3.417
1	Constant	-.848	.456	3.455	1	.063	.428		

a. Variable(s) entered on step 1: DUTOMA.

## Logistic Regression PENGHASILAN

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	211	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	211	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		211	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Block 1: Method = Enter

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.433	1	.511
	Block	.433	1	.511
	Model	.433	1	.511

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	289.982	.002	.003

#### Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted			
		PRILAKU		Percentage Correct	
		kurang baik	baik		
Step 1	PRILAKU	kurang baik	0	95	.0
		baik	0	116	100.0
Overall Percentage					55.0

a. The cut value is .500

#### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1	PEHASIL	-.241	.366	.433	1	.510	.786	1.611
1	Constant	.241	.152	2.508	1	.113	1.273	.383

a. Variable(s) entered on step 1: PEHASIL.

## Logistic Regression JARAK

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	211	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	211	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		211	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Block 1: Method = Enter

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	6.741	1	.009
	Block	6.741	1	.009
	Model	6.741	1	.009

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	283.673	.031	.042

#### Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted			
		PRILAKU		Percentage Correct	
		kurang baik	baik		
Step 1	PRILAKU	kurang baik	31	64	32.6
		baik	20	96	82.8
Overall Percentage					60.2

a. The cut value is .500

#### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1	JARAK	.844	.329	6.573	1	.010	2.325	4.431
	Constant	-.438	.287	2.335	1	.127	.645	

a. Variable(s) entered on step 1: JARAK.



#### 4. Hasil Uji Multivariat

Hasil Uji Multivariat diperoleh melalui Uji Regresi Logistik, sebagai berikut:

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES prilaku  
 /METHOD = ENTER didik jarak tahu sikap perpe dutoma  
 /CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

#### Logistic Regression

##### Block 1: Method = Enter

##### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	26.239	7	.000
	Block	26.239	7	.000
	Model	26.239	7	.000

##### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	264.175	.117	.156

##### Classification Table<sup>a</sup>

		Predicted		
		PRILAKU		Percentage Correct
Observed		kurang baik	baik	
Step 1 PRILAKU	kurang baik	51	44	53.7
	baik	29	87	75.0
Overall Percentage				65.4

a. The cut value is .500

##### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	UMUR	.283	.432	.430	1	.512	1.327	.569	3.096
	DIDIK	-.041	.244	.029	1	.865	.959	.594	1.549
	JARAK	.648	.381	2.898	1	.089	1.912	.907	4.032
	TAHU	.934	.432	4.680	1	.031	2.545	1.092	5.934
	SIKAP	.292	.477	.374	1	.541	1.339	.525	3.412
	PERPE	.706	.315	5.018	1	.025	2.027	1.092	3.760
	DUTOMA	.541	.309	3.069	1	.080	1.717	.938	3.145
Constant	-4.989	1.424	12.269	1	.000	.007			

a. Variable(s) entered on step 1: UMUR, DIDIK, JARAK, TAHU, SIKAP, PERPE, DUTOMA.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES prilaku  
 /METHOD = ENTER didik jarak tahu sikap perpe dutoma  
 /CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

**Logistic Regression**

**Block 1: Method = Enter**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	25.810	6	.000
	Block	25.810	6	.000
	Model	25.810	6	.000

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	didik	-.024	.243	.010	1	.921	.976
	jarak	.686	.376	3.323	1	.068	1.986
	tahu	.937	.431	4.730	1	.030	2.551
	sikap	.246	.472	.273	1	.601	1.280
	perpe	.721	.314	5.276	1	.022	2.057
	dutoma	.568	.306	3.443	1	.064	1.764
	Constant	-4.507	1.213	13.805	1	.000	.011

a. Variable(s) entered on step 1: didik, jarak, tahu, sikap, perpe, dutoma.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES prilaku  
 /METHOD = ENTER jarak tahu sikap perpe dutoma  
 /CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

**Logistic Regression**

**Block 1: Method = Enter**

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	264.614 <sup>a</sup>	.115	.154

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed			Predicted		
			prilaku		Percentage Correct
			kurang baik	baik	
Step 1	prilaku	kurang baik	51	44	53.7
		baik	29	87	75.0
Overall Percentage					65.4

a. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	jarak	.700	.350	3.992	1	.046	2.013
	tahu	.940	.429	4.791	1	.029	2.560
	sikap	.246	.472	.273	1	.602	1.279
	perpe	.723	.314	5.300	1	.021	2.060
	dutoma	.562	.300	3.505	1	.061	1.754
	Constant	-4.553	1.119	16.552	1	.000	.011

a. Variable(s) entered on step 1: jarak, tahu, sikap, perpe, dutoma.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES prilaku  
 /METHOD = ENTER jarak tahu perpe dutoma  
 /CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

### Logistic Regression

**Block 1: Method = Enter**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	25.527	4	.000
	Block	25.527	4	.000
	Model	25.527	4	.000

### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	264.887 <sup>a</sup>	.114	.152

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

### Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted			
		prilaku		Percentage Correct	
		kurang baik	baik		
Step 1	prilaku	kurang baik	48	47	50.5
		baik	27	89	76.7
	Overall Percentage				64.9

a. The cut value is .500

### Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	jarak	.722	.347	4.326	1	.038	2.058
	tahu	1.036	.389	7.084	1	.008	2.818
	perpe	.728	.314	5.385	1	.020	2.071
	dutoma	.568	.300	3.583	1	.058	1.764
	Constant	-4.307	1.009	18.223	1	.000	.013

a. Variable(s) entered on step 1: jarak, tahu, perpe, dutoma.

### LOGISTIC REGRESSION VARIABLES prilaku

/METHOD = ENTER jarak tahu perpe

/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

### Logistic Regression

#### Block 1: Method = Enter

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

Step		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	21.930	3	.000
	Block	21.930	3	.000
	Model	21.930	3	.000

### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	268.484 <sup>a</sup>	.099	.132

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

### Classification Table

Observed	Predicted			
	prilaku		Percentage Correct	
	kurang baik	baik		
Step 1 prilaku	kurang baik	39	56	41.1
	baik	20	96	82.8
Overall Percentage				64.0

a. The cut value is .500

### Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	jarak	.695	.343	4.104	1	.043	2.003
	tahu	1.044	.386	7.297	1	.007	2.841
	perpe	.838	.307	7.478	1	.006	2.312
	Constant	-3.603	.920	15.328	1	.000	.027

a. Variable(s) entered on step 1: jarak, tahu, perpe.