

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Imunisasi

a. Pengertian

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal atau resisten. Anak diimunisasi, berarti diberikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Anak kebal atau resisten terhadap suatu penyakit tetapi belum tentu kebal terhadap penyakit yang lain. Imunisasi adalah upaya yang dilakukan dengan sengaja memberikan kekebalan (imunitas) pada bayi atau anak sehingga terhindar dari penyakit (Depkes RI, 2012). Sedangkan menurut Bedford dan Elliman (2010) menjelaskan bahwa pengertian imunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu antigen, sehingga jika kelak ia terpajan pada antigen yang serupa tidak timbul sakit (Notoatmodjo, 2013).

Pengertian lain imunisasi adalah suatu prosedur rutin yang akan menjaga kesehatan anak anda. Kebanyakan dari imunisasi ini adalah untuk memberi perlindungan menyeluruh terhadap penyakit-penyakit yang berbahaya dan sering terjadi pada tahun-tahun awal kehidupan seorang anak. Walaupun pengalaman sewaktu mendapatkan vaksinasi tidak menyenangkan untuk bayi anda (karena biasanya akan mendapatkan suntikan), tapi rasa sakit yang sementara akibat suntikan ini adalah untuk kesehatan anak dalam jangka waktu panjang (Ranuh, 2011).

Menurut Marimbi (2010), bahwa imunisasi adalah suatu upaya untuk mendapatkan kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit, dengan memasukkan kuman atau produk kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan. Memasukkan kuman atau bibit penyakit tersebut diharapkan tubuh dapat menghasilkan zat anti yang pada akhirnya dapat digunakan tubuh untuk melawan kuman atau bibit penyakit yang menyerang tubuh.

Imunisasi merupakan usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin ke dalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu. Tujuan diberikan imunisasi adalah diharapkan anak menjadi kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta dapat mengurangi kecacatan akibat penyakit tertentu (Alimul, 2008).

b. Tujuan Imunisasi

Program imunisasi bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (Notoatmodjo, 2012). Sedangkan menurut Baratwidjaja (2012), menjelaskan bahwa tujuan dari program imunisasi atau vaksinasi adalah prosedur untuk meningkatkan derajat imunitas, memberikan protektif yang mengindikasi respon memori terhadap kuman pathogen tertentu atau toksin dengan menggunakan preparat antigen non virulen atau non toksin.

Menurut Marimbi (2010), program mimunisasi bertujuan untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Untuk memberikan kekebalan kepada bayi agar dapat mencegah penyakit dan kematian bayi serta anak yang disebabkan oleh penyakit yang sering berjangkit.

c. Jenis Imunisasi

Imunisasi sebagai salah satu cara untuk menjadikan kebal pada bayi dan anak dari berbagai penyakit, diharapkan anak atau bayi tetap tumbuh dalam keadaan sehat. Pada dasarnya dalam tubuh sudah memiliki pertahanan secara sendiri agar berbagai kuman yang masuk dapat dicegah, pertahanan tubuh tersebut meliputi pertahanan nonspesifik dan pertahanan spesifik, proses mekanisme pertahanan dalam tubuh pertama kali adalah pertahanan nonspesifik seperti komplemen dan makrofag di mana komplemen dan makrofag ini yang pertama kali akan memberikan peran ketika ada kuman yang masuk ke dalam tubuh. Imunisasi di bagi menjadi dua yaitu imunisasi aktif dan imunisasi pasif (Alimul, 2008).

Menurut Baratwidjaja, (2012) menjelaskan bahwa pada dasarnya ada dua jenis imunisasi, yaitu :

- 1) Imunisasi Pasif (*Passive Immunization*). Merupakan penyuntikan sejumlah antibodi, sehingga kadar antibodi dalam tubuh meningkat. Contohnya adalah penyuntikan ATS (Anti Tetanus Serum) pada orang yang mengalami luka kecelakaan, yang merupakan imunisasi pasif buatan. Contoh lain adalah yang

terdapat pada bayi yang baru lahir dimana bayi tersebut menerima berbagai jenis antibodi dari ibunya melalui darah placenta selama masa kandungan, misalnya antibodi terhadap campak, yang merupakan imunisasi pasif alamiah yang berasal dari ibunya.

- 2) Imunisasi Aktif (*Active Immunization*). Merupakan pemberian zat (imunoglobulin) yaitu suatu zat yang dihasilkan melalui suatu proses infeksi yang dapat berasal dari plasma manusia atau binatang yang digunakan untuk mengatasi mikroba yang diduga sudah masuk dalam tubuh yang terinfeksi (Alimul, 2008).

Contoh imunisasi aktif adalah imunisasi polio atau campak. Keimunan aktif ini diperoleh dengan memberi vaksin secara suntikan atau melalui mulut. Contoh-contoh vaksin aktif antara lain:

- a) "*Live-attenuated vaccines*" (vaksin hidup yang dilemahkan) seperti vaksin poliomyelitis (OPV), campak, rubella dan BCG.
 - b) "*Killed vaccines*" (vaksin mati) seperti vaksin pertussis dan inactivated poliomyelitis (IPV).
 - c) "*Sub-unit vaccine*" (vaksin subunit) seperti vaksin pneumococcus, hepatitis B, dan influenza.
 - d) "*Toxoid*" (toksoid) seperti vaksin diphtheria tetanus.
- d. Penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi

Depkes RI, (2013) menetapkan bahwa penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi yaitu Campak, Polio, Difteri, Pertusis Tetanus, Hepatitis B dan TBC.

1) Campak

Penyakit campak merupakan penyakit yang sangat menular (infeksius) dan manusia merupakan satu-satunya induk semang (*host*) sehingga dapat dieradikasi/dibasmi dari muka bumi. Cara penularan penyakit campak adalah kontak langsung dengan penderita. Masa inkubasi penyakit campak rata-rata 10 hari, bervariasi 7-18 hari mulai terpapar sampai timbul demam, pada umumnya 14 hari sampai timbul rash. Tanda dan gejala Panas badan 38°C atau lebih (teraba panas), Gejala bercak kemerahan di tubuh berbentuk makulo papular selama 3 (tiga) hari atau lebih, setelah satu minggu sampai 1 bulan berubah menjadi kehitaman (hiperpigmentasi) disertai kulit bersisik, disertai salah satu gejala batuk, pilek atau mata merah.

2) Poliomyelitis

Poliomyelitis adalah suatu penyakit menular yang akut yang disebabkan oleh virus polio. Virus ini menyerang pada inti motorik batang otak dan medulla spinalis. Gangguan ini menyebabkan kelumpuhan otot sehingga mengakibatkan atropi. Masa inkubasi penyakit Poliomyelitis adalah 7 – 10 hari dan ada kasus 3 – 35 hari.

3) Difteri

Penyakit difteri adalah penyakit infeksi yang menyerang saluran pernafasan bagian atas (faring, tonsil, nasofaring, laring dan kadang-kadang pada selaput mukosa dan pada kulit. Gejala klinis

penyakit difteri adalah panas + 38°C, ada pseudomembrane putih keabu-abuan di faring, laring atau tonsil, tak mudah lepas dan mudah berdarah, nafsu makan menurun dan sakit waktu menelan, leher membengkak seperti leher banteng (*bull neck*) disebabkan karena pembengkakan kelenjar leher, sesak nafas disertai bunyi (*stridor*), hasil pemeriksaan laboratorium *corynebacterium diphtheriae* positif.

4) Tetanus

Penyakit Tetanus adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh *exotoxin* yang disebut *tetanosparin* dari bakteri *clostridium tetani*. Cara penularan Tetanus *Neonatorum* melalui infeksi pada tali pusat bayi yang disebabkan karena pemotongan tali pusat menggunakan alat yang terkontaminasi *spora clostridium tetani*, luka puser bayi diobati atau diberi ramuan yang terkontaminasi *spora clostridium tetani* dan cara transmisi langsung atau tak langsung melalui luka.

5) Hepatitis B

Penyakit hepatitis adalah suatu penyakit peradangan pada hati baik akut maupun kronis yang disebabkan oleh virus atau *toxin*. Fase tanda dan gejala dari hepatitis adalah fase *pre ikterik* (berlangsung 4-7 hari) penderita mengeluh nafsu makan menurun, mual dan muntah, demam, nyeri perut kanan atas, urine seperti teh, fase *ikterik* (berlangsung 3-6 minggu) pada pemeriksaan di temukan *ikterus* pada sklera, *anoreksia* dan muntah serta pembesaran hati.

6) TBC

Penyakit *tuberkulosa* adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (bakteri tahan asam, *aerob*). Tanda dan gejala TBC adalah batuk dengan atau tanpa dahak lebih dari 2 minggu, malaise, gejala flu, nyeri dada, sianosis, batuk darah, sesak nafas.

7) Pertusis

Penyakit infeksi ini disebabkan oleh *Bordetella Pertusis* dengan penularan melalui *droplet*. Masyarakat awam mengenalnya dengan istilah batuk rejan atau batuk 100 hari. Bahaya pertusis adalah pneumonia yang dapat menimbulkan kematian. Gejala awal berupa batuk pilek, kemudian setelah hari ke 10 batuk bertambah berat dan sering kali disertai muntah. Untuk itu imunisasi DPT adalah salah satu cara pencegahan yang dapat dilakukan karena kekebalan dari ibu tidak bersifat protektif.

e. Jadwal Imunisasi

Program pemerintah (Depkes) tentang Program Pengembangan Imunisasi (PPI) maka anak diharuskan mendapat perlindungan terhadap 7 jenis penyakit utama yaitu : 1). TBC (*Tuberculosis*); 2). Difteri; 3). Pertusis (batuk rejan, batuk seratus hari); 4) Tetanus; 5). Poliomielititis (kelumpuhan); 6). Campak; 7). Hepatitis B (Depkes, 2012)

Pemberian imunisasi pada anak dapat dilakukan dengan beberapa imunisasi yang dianjurkan di antaranya:

1) Imunisasi BCG (*Bacillus Calmette Guerin*)

Merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit TBC yang berat sebab terjadinya penyakit TBC yang primer atau yang ringan dapat terjadi walaupun sudah dilakukan imunisasi BCG, pencegahan imunisasi BCG untuk TBC yang berat seperti TBC pada selaput otak, TBC Milier (pada seluruh lapangan paru) atau TBC tulang. Imunisasi BCG ini merupakan vaksin yang mengandung kuman TBC yang telah dilemahkan. Frekuensi pemberian imunisasi BCG adalah satu kali dan diberikan pada bayi sebelum umur 2 bulan, kemudian cara pemberian imunisasi BCG melalui intra cutan. Efek samping pada BCG dapat terjadi ulkus pada daerah suntikan dan dapat terjadi *limfadenitis regional* dan reaksi panas (Alimul, 2008).

TBC merupakan penyakit yang banyak dijumpai di Indonesia. Kuman TBC masuk ke dalam tubuh manusia, utamanya melalui paru-paru dengan cara menghirup udara yang terkontaminasi dengan kuman TBC. Anak-anak yang terpapar oleh kuman TBC untuk pertama kalinya, akan menderita penyakit TBC yang dikenal dengan sebutan kompleks primer. Kuman yang berhasil ditangkap di saluran pernapasan bronkhus, lalu diseret ke dalam kelenjar limfe. Namun karena kuman TBC ini amat bandel untuk dimatikan, kadang kuman TBC malah bisa menginfeksi kelejar limfe. Bila anak dengan pertahanan tubuh yang cukup

karena memiliki status gizi yang baik, maka umumnya tubuh dapat menahan serangan infeksi TBC, dan penyakitnya tidak berkembang. Sampai tahap tersebut anak yang bersangkutan sukses menahan serangan kuman TBC. Pada anak-anak penyakit TBC dapat menimbulkan komplikasi, menjalar ke otak dan menimbulkan meningitis (*meningitis tuberculosa*) (Achmadi, 2009).

Daya kekebalan yang ditimbulkan oleh vaksin BCG amat bervariasi. 85 persen daya kekebalan yang telah ditimbulkan oleh pemberian vaksin BCG semasa lahir akan menurun efektifitasnya ketika anak menjelang dewasa. Meskipun terdapat kontroversi terhadap pemberian vaksin BCG, terutama dalam hal kemampuan perlindungan terhadap serangan TBC, ada kesepakatan bahwa pemberian BCG dapat mencegah timbulnya komplikasi seperti radang otak atau meningitis yang diakibatkan oleh TBC pada anak. Dengan demikian, BCG masih bermanfaat khususnya dalam mencegah timbulnya cacat pascameningitis. Dengan kata lain, vaksin BCG masih diperlukan bagi anak-anak (Umar Fahmi Achmadi, 2009).

2) Imunisasi DPT (*Diphtheri, Pertusis dan Tetanus*)

Merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit difteri. Imunisasi DPT ini merupakan vaksin yang mengandung racun kuman difteri yang telah dihilangkan sifat racunnya akan tetapi masih dapat merangsang pembentukan zat

anti (*toksoid*). Frekuensi pemberian imunisasi DPT adalah tiga kali, dengan maksud pemberian pertama zat anti terbentuk masih sangat sedikit (tahap pengenalan) terhadap vaksin dan mengaktifkan organ-organ tubuh membuat zat anti, kedua dan ketiga terbentuk zat anti yang cukup. Waktu pemberian imunisasi DPT melalui intra muskular.

Efek samping pada DPT mempunyai efek ringan dan efek berat, efek ringan seperti pembengkakan dan nyeri pada tempat penyuntikan dan demam, sedangkan efek berat dapat menngis hebat kesakitan kurang lebih empat jam, kesadaran menurun, terjadi kejang, *ensefalopati* dan *shock* (Alimul, 2008).

3) Imunisasi Polio

Merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit *poliomyelitis* yang dapat menyebabkan kelumpuhan pada anak. Kandungan vaksin ini adalah virus yang dilemahkan. Frekuensi pemberian imunisasi polio adalah empat kali. Waktu pemberian imunisasi polio pada umur 0-11 bulan dengan interval pemberian 4 minggu. Cara pemberian imunisasi melalui oral (Alimul, 2008).

4) Imunisasi Campak

Merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit campak pada anak karena penyakit ini sangat menular. Kandungan vaksin ini adalah virus yang dilemahkan. Frekuensi pemberian imunisasi campak adalah satu kali. Waktu

pemberian imunisasi campak pada umur 9-11 bulan. Cara pemberian imunisasi campak melalui subkutan kemudian efek sampingnya adalah dapat terjadi ruam pada tempat suntikan dan panas (Alimul, 2008).

5) Imunisasi Hepatitis B

Merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis yang kandungannya adalah HbsAg dalam bentuk cair. Frekuensi pemberian imunisasi hepatitis tiga kali. Waktu pemberian imunisasi hepatitis B pada umur 0-11 bulan. Cara pemberian imunisasi ini adalah *intramuskular* (Alimul, 2008).

2.1.2 Pengetahuan

a. Pengertian

Menurut Notoatmodjo (2012), pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terhadap obyek terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya seseorang (*ovent behavior*). Menurut teori WHO (*World Health Organization*) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2012), salah

satu bentuk objek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri.

Menurut Agustina (2010) pengetahuan umumnya datang dari pengalaman dan diperoleh dari informasi yang disampaikan oleh guru, orang tua, teman, buku dan surat kabar pengetahuan sangat berhubungan dengan pendidikan, sedangkan pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat di perlukan untuk mengembangkan diri, semakin tinggi pendidikan semakin mudah menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi, sehingga meningkatkan produktifitas dan kesejahteraan keluarga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Karena itu dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Menurut Rogers yang dikutip oleh Notoatmodjo, (2012) bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu :

- 1) *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- 2) *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Di sini sikap subjek sudah mulai terbentuk
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi

- 4) *Trial*, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus
- 5) *Adoption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut di atas. Apabila penerimaan perilaku baru di atas didasari pengetahuan, kesadaran sikap yang positif maka perilaku tersebut akan langgeng. Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

b. Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan yang dicakup didalam domain kognitif merupakan tahapan yakni : (Notoatmodjo, 2012)

1) Tahu (*Know*)

Tahu artikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya. Contoh: dapat menyebutkan tanda-tanda kekurangan kalori dan protein pada anak balita.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan, menyimpulkan dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa anak harus diimunisasi dan mengetahui jadwal pemberian dari imunisasi tersebut.

3) Aplikasi (*Application*)

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

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu

sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

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

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada. Pengetahuan seseorang erat kaitannya dengan perilaku yang akan diambilnya, karena dengan pengetahuan tersebut ia memiliki alasan dan landasan untuk menentukan suatu pilihan. Kekurang pengetahuan tentang kewaspadaan universal akan mengakibatkan tidak terkendalinya proses perkembangan penyakit, termasuk deteksi dini adanya komplikasi penyakit. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi 2,

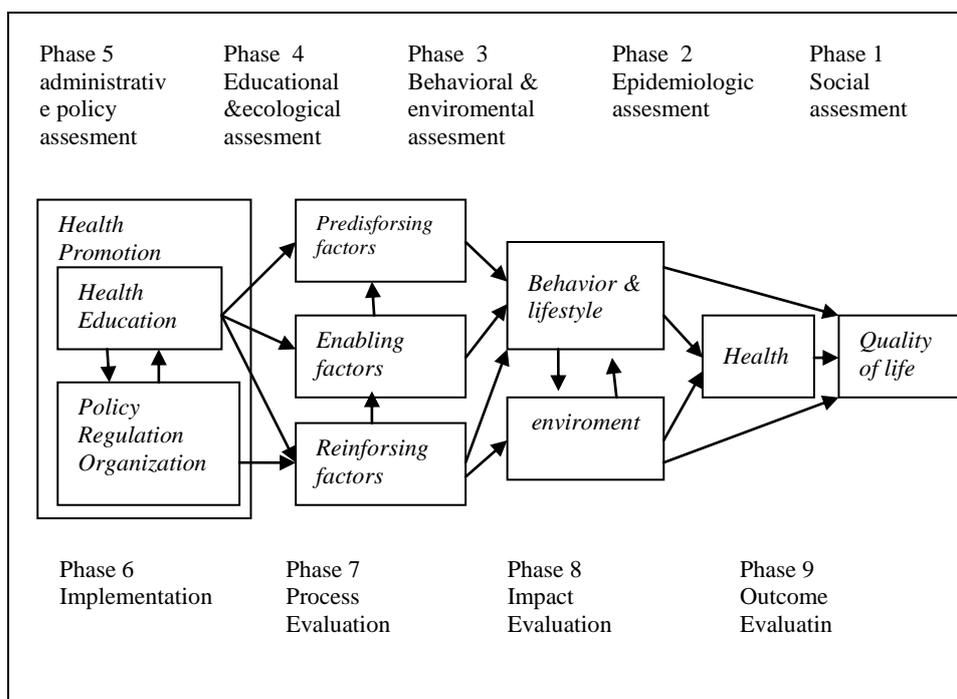
yaitu: Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya : tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.

Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Menurut Lawrence Green yang dikutip Notoatmodjo, (2010). Menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan seseorang atau masyarakat di pengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri di tentukan atau terbentuk dari 3 faktor. (Notoatmodjo, S. 2010)

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tida tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.

- c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain yang merupakan kelompok referensi oleh perilaku masyarakat.



Gambar 2.1 *The precede-Proceeded Model* Green Lourence W.

- c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Budiman dan Riyanto (2013) sebagai berikut:

- 1) Faktor internal

- a) Pendidikan

Tingkat pendidikan individu sebagai dasar untuk menangkap informasi. Pendidikan juga sebagai proses mengembangkan kepribadian dan menggali potensi yang baik secara formal maupun non formal.

b) Pengalaman

Pengalaman sebagai cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan mengulang pengetahuan yang sudah didapat.

c) Umur

Dengan bertambahnya usia individu memiliki kemampuan yang lebih yang maksimal dalam melakukan sesuatu, sehingga dapat menghasilkan sesuatu yang memuaskan.

2) Faktor eksternal

a) Lingkungan

Lingkungan merupakan suatu keadaan yang berada disekitar manusia baik lingkungan fisik, biologi, maupun sosial sebagai dasar untuk berlangsungnya hidup dan perilaku bagi setiap individu.

b) Sosial, budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi dianut oleh masyarakat tanpa memikirkan hal tersebut baik atau buruk. Status ekonomi sebagai penentu fasilitas individu untuk melakukan sesuatu.

c) Informasi / media massa

Informasi sebagai pelantara individu dalam memperoleh pengetahuan.

d. Pengukuran Tingkatan Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari

subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas. (Notoatmodjo, 2012). Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Dikatakan bahwa bila seseorang dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan mengenai suatu bidang tertentu dengan baik secara lisan atau tulisan, maka dapat dikatakan ia mengetahui bidang itu. Sekumpulan jawaban verbal yang diberikan orang tersebut dinamakan pengetahuan (*knowledge*).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas (Nursalam, 2008) :

- 1) Tingkat pengetahuan baik bila skor $>75\%$ - 100%
- 2) Tingkat pengetahuan cukup bila skor 56% - 75%
- 3) Tingkat pengetahuan kurang bila skor $< 56\%$

2.1.3 Sikap

a. Pengertian Sikap

Menurut Notoatmodjo (2012), sikap merupakan kesiapan atau keter-sediaan bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap adalah suatu respon evaluatif yang merupakan bentuk reaksi yang

timbul didasari kesimpulan terhadap stimulus dalam bentuk baik atau buruk, positif atau negatif, menyenangkan atau tidak menyenangkan, proses selanjutnya diharapkan ia akan bertindak atau melaksanakan apa yang diketahui atau disikapinya. Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap suatu objek, namun suatu sikap belum tentu terwujud dalam bentuk tindakan (*overt behavior*).

Menurut Secord dan Backman yang dikutip oleh Azwar (2011) “sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya”. Sedangkan menurut Harlen dalam Djaali (2006) “sikap adalah kesiapan atau kecenderungan seseorang untuk bertindak berkenaan dengan objek tertentu.”

b. Struktur Sikap

Struktur sikap dibagi menjadi tiga komponen yang saling menunjang (Azwar, 2011). Ketiga komponen tersebut pembentukan sikap yaitu sebagai komponen kognitif (kepercayaan), emosional (perasaan), dan komponen konatif (tindakan)

1) Komponen Kognitif

Komponen kognitif berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap.

2) Komponen afektif

Komponen afektif menyangkut masalah emosional subyektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu.

3) Komponen konatif

Komponen ini menunjukkan bagaimana kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*) dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting (Notoatmodjo, 2010). Komponen kognitif mengenai suatu obyek dapat menjadi penggerak terbentuknya sikap apabila komponen kognitif tersebut disertai dengan komponen afektif (persepsi) dan komponen konatif (kesiapan untuk melakukan tindakan) (Azwar, 2011).

c. Fungsi Sikap

Menurut Azwar (2011) fungsi sikap dapat dibedakan menjadi empat golongan:

1) Sikap berfungsi sebagai alat untuk menyesuaikan diri

Sikap adalah sesuatu yang bersifat *communicable* artinya sesuatu yang mudah di pelajari sehingga mudah pula menjadi milik bersama. Justru karena itu suatu golongan yang mendasarkan atas kepentingan bersama biasanya ditandai oleh adanya sikap anggotanya yang sama terhadap sesuatu objek sehingga dengan demikian sikap bisa menjadi rantai penghubung antara orang dengan kelompoknya atau dengan anggota kelompok lain. Oleh karena itu anggota kelompok yang mengambil

sikap yang sama terhadap objek tertentu dapat meramalkan tingkah laku anaggota-anggota lainnya.

2) Sikap berfungsi sebagai alat pengatur tingkah laku

Perangsangan dan reaksi tidak ada pertimbangan tetapi pada orang dewasa yang sudah lanjut usia perangsangan itu pada umumnya tidak diberi reaksi spontan akan tetapi terhadap adanya proses secara sadar untuk menilai perangsangan-perangsangan itu. Jadi antara perangsangan dan reaksi terhadap suatu yang disisipkan yaitu sesuatu yang berwujud pertimbangan-pertimbangan terhadap perangsangan itu.

3) Sikap berfungsi sebagai alat pengatur pengalaman-pengalaman

Dalam hal ini perlu dikemukakan bahwa manusia dalam menerima pengalaman-pengalaman dari luar sikapnya tidak pasif tetapi diterima secara aktif artinya semua pengalaman yang berasal dari dunia luar itu tidak semuanya dilayani oleh manusia, tetapi manusia memilih-milih mana yang perlu dan mana yang tidak perlu dilayani. Jadi semua pengalaman itu diberi nilai atau dipilih.

4) Sikap berfungsi sebagai pernyataan kepribadian

Sikap sering mencerminkan kepribadian seseorang. Ini sebabnya karena sikap tidak pernah terpisah dari pribadi yang mendukungnya. Oleh karena itu dengan melihat sikap-sikap pada objek-objek tertentu, jadi sikap sebagai pernyataan pribadi.

d. Tingkatan Sikap

Menurut Notoatmodjo (2012) sikap memiliki empat tingkat, dari yang terendah hingga yang tertinggi, yaitu:

1) Menerima (*receiving*)

Pada tingkat ini, individu ingin dan memperhatikan rangsangan (stimulus) yang diberikan.

2) Merespon (*responding*)

Pada tingkat ini, sikap individu dapat memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

3) Menghargai (*valuing*)

Pada tingkat ini, sikap individu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah tersebut.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Pada tingkat ini, sikap individu akan bertanggung jawab dan siap menanggung segala resiko atas segala sesuatu yang telah dipilihnya.

e. Faktor-faktor yang Mempengaruhi sikap

Menurut Azwar (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi sikap dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi dapat menjadi dasar pembentukan sikap apabila pengalaman tersebut meninggalkan kesan yang kuat. Sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Individu pada umumnya cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap seseorang yang dianggap penting.

Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut

3) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dapat memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya. Sebagai akibatnya, tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah.

4) Media massa

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

5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

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

6) Faktor emosional

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

f. Ciri-ciri Sikap

Menurut Sunaryo (2008) dalam buku psikologi untuk kesehatan ciri-ciri sikap sebagaimana dikemukakan para ahli, seperti pada intinya sama yaitu:

- 1) Sikap tidak dibawa sejak lahir, tetapi dipelajari dan dibentuk berdasarkan pengalaman dan latihan sepanjang perkembangan individu dalam hubungan dengan objek.
- 2) Sikap dapat diubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat untuk itu sehingga dapat dipelajari.
- 3) Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi selalu berhubungan dengan objek sikap.
- 4) Sikap dapat tertuju pada suatu objek ataupun dapat tertuju pada sekumpulan / banyak objek.
- 5) Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar.
- 6) Sikap mengandung faktor perasaan dan motivasi sehingga membedakan dengan pengetahuan.

g. Pembentukan dan Perubahan Sikap

Menurut Davidoff dalam Zaim Elmubarok (2008) Sikap dapat berubah dan berkembang karena hasil dari proses belajar, proses sosialisasi, arus informasi, pengaruh kebudayaan dan adanya pengalaman-pengalaman baru yang dialami oleh individu. Sedangkan menurut Sarwono (2009), sikap dapat terbentuk atau berubah melalui empat cara yaitu :

1) Adopsi

Adopsi yaitu kejadian-kejadian dan peristiwa-peristiwa yang terjadi berulang-ulang dan terus menerus, lama kelamaan secara bertahap diserap kedalam diri individu dan mempengaruhi terbentuknya suatu sikap.

2) Diferensiasi

Dengan berkembangnya intelegensi, bertambahnya pengalaman, sejalan dengan bertambahnya usia, maka ada hal-hal yang sebelumnya dianggap sejenis, sekarang dipandang tersendiri lepas dari jenisnya. Terhadap objek tersebut dapat terbentuk sikap tersendiri pula.

3) Integrasi

Pembentukan sikap disini terjadi secara bertahap, dimulai dengan berbagai pengalaman yang berhubungan dengan suatu hal tertentu sehingga akhirnya terbentuk sikap mengenai hal tersebut.

4) Trauma

Trauma adalah pengalaman yang terjadi secara tiba-tiba dan menegangkan yang meninggalkan kesan mendalam pada jiwa orang yang bersangkutan. Pengalaman-pengalaman yang traumatis juga menyebabkan perubahan sikap.

Menurut Kelman dalam Azwar S (2011) ada tiga proses yang berperan dalam proses perubahan sikap yaitu :

1) Kesiediaan (*Compliance*)

Terjadinya proses yang disebut kesiediaan adalah ketika individu bersedia menerima pengaruh dari orang lain atau kelompok lain dikarenakan ia berharap untuk memperoleh reaksi positif, seperti pujian, dukungan, simpati, dan sebagainya sambil menghindari hal-hal yang dianggap negatif. Tentu saja perubahan perilaku yang terjadi dengan cara seperti itu tidak akan dapat bertahan lama dan biasanya

hanya tampak selama pihak lain diperkirakan masih menyadari akan perubahan sikap yang ditunjukkan.

2) Identifikasi (*Identification*)

Proses identifikasi terjadi apabila individu meniru perilaku atau sikap seseorang atau sikap sekelompok orang dikarenakan sikap tersebut sesuai dengan apa yang dianggapnya sebagai bentuk hubungan menyenangkan antara lain dengan pihak yang dimaksud. Pada dasarnya proses identifikasi merupakan sarana atau cara untuk memelihara hubungan yang diinginkan dengan orang atau kelompok lain dan cara menopang pengertiannya sendiri mengenai hubungan tersebut.

3) Internalisasi (*Internalization*)

Internalisasi terjadi apabila individu menerima pengaruh dan bersedia menuruti pengaruh itu dikarenakan sikap tersebut sesuai dengan apa yang ia percaya dan sesuai dengan sistem nilai yang dianutnya. Dalam hal ini, maka isi dan hakekat sikap yang diterima itu sendiri dianggap memuaskan oleh individu. Sikap demikian itulah yang biasanya merupakan sikap yang dipertahankan oleh individu dan biasanya tidak mudah untuk berubah selama sistem nilai yang ada dalam diri individu yang bersangkutan masih bertahan.

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau

mempraktekkan apa yang diketahui dan disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktek (*practice*) kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (*over behaviour*).

Suatu sikap pada diri individu belum tentu terwujud dalam suatu tindakan. Agar sikap terwujud dalam perilaku nyata perlu faktor pendukung dan fasilitas. Tingkatan praktik, seperti halnya pengetahuan dan sikap, praktik juga memiliki tingkatan-tingkatan, yaitu:

- 1) Persepsi, yaitu mengenal dan memilih berbagai objek sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan.
- 2) Respons terpimpin, yaitu individu dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar sesuai contoh.
- 3) Mekanisme. Individu dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sudah menjadi kebiasaan.
- 4) Adaptasi, yaitu suatu tindakan yang sudah berkembang dan dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran.

Notoadmodjo (2012), mengalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Dikatakan dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behaviour cause*) dan faktor diluar perilaku (*non behaviour cause*). Perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk tiga faktor, yaitu:

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

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

Proses adopsi perilaku, menurut Notoadmodjo (2010) yang mengutip pendapat Rogers sebelum seseorang mengadopsi perilaku, didalam diri orang tersebut terjadi suatu proses yang berurutan (akronim AIETA), yaitu:

- 1) *Awareness* (kesadaran), individu menyadari adanya stimulus
- 2) *Interest* (tertarik), individu mulai tertarik pada stimulus
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang), individu menimbang-nimbang tentang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
- 4) *Trial* (mencoba), individu sudah mulai mencoba perilaku tersebut.
- 5) *Adoption*, individu telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan sikap dan kesadarannya terhadap stimulus.

2.1.5 Pendidikan Kesehatan

a. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2010). Pendidikan kesehatan adalah upaya

yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga dapat melakukan seperti yang diharapkan oleh pelaku pendidikan kesehatan (Fitriani, 2011).

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogik praktis atau praktik pendidikan. Oleh sebab itu konsep pendidikan kesehatan adalah pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan (Azmi, 2013).

b. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan utama pendidikan kesehatan yaitu agar seseorang mampu (Mubarak dan Chayatin, 2009):

- 1) Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri
- 2) Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalah, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar
- 3) Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat.

Tujuan dari pendidikan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 maupun WHO adalah meningkatkan kemampuan masyarakat; baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial, pendidikan kesehatan disemua program kesehatan; baik pemberantasan penyakit menular,

sanitasi, lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya.

c. Misi Penyuluhan atau Pendidikan Kesehatan

Misi pendidikan kesehatan secara umum dapat dirumuskan menjadi:

1) Advokat (*Advocate*)

Melakukan upaya-upaya agar para pembuat keputusan atau penentu kebijakan tersebut mempercayai dan meyakini bahwa program kesehatan yang ditawarkan perlu didukung melalui kebijakan-kebijakan atau keputusan-keputusan politik.

2) Menjembatani (*Mediate*)

Diperlukan kerja sama dengan lingkungan maupun sektor lain yang terkait dalam melaksanakan program-program kesehatan.

3) Memampukan (*Enable*)

Memberikan kemampuan dan keterampilan kepada masyarakat agar mereka dapat mandiri untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2010).

d. Diskusi Kelompok sebagai Sarana Pendidikan Kesehatan

1) Pengertian Diskusi

Kata “diskusi” menurut Arief (2008) berasal dari bahasa latin, yaitu, “*discussus*” yang berarti “*to examine*”. “*Discussus*” terdiri dari akar kata “*dis*” dan “*cuture*”. “*Dis*” artinya terpisah, sementara, “*cuture*” artinya menggoncang atau memukul. Secara etimologi, “*discutire*” berarti suatu pukulan yang memisahkan sesuatu. Atau

dengan kata lain membuat sesuatu menjadi jelas dengan cara memecahkan atau menguraikannya (*to clear away by breaking up or cuturing*). Secara umum pengertian diskusi adalah suatu proses yang melibatkan dua individu atau lebih, berintegrasi secara verbal dan saling berhadapan, saling tekar informasi (*information sharing*), saling mempertahankan pendapat (*self maintenance*) dalam memecahkan sebuah masalah tertentu (*problem solving*). Sedangkan dalam kamus ilmiah populer, diskusi diartikan sebagai pembahasan bersama tentang suatu masalah; tukar pikiran; bahas-membahas tentang suatu hal.

Menurut Tohirin (2007) diskusi kelompok merupakan suatu cara dimana siswa memperoleh kesempatan untuk memecahkan masalah secara bersama-sama. Usman (2008) menyatakan bahwa diskusi kelompok merupakan suatu proses yang teratur yang melibatkan sekelompok orang dalam interaksi tatap muka yang informal dengan berbagai pengalaman atau informasi, pengambilan kesimpulan atau pemecahan masalah. Menurut Sukardi (2008) diskusi kelompok adalah suatu pertemuan dua orang atau lebih, yang ditunjukkan untuk saling tukar pengalaman dan pendapat, dan biasanya menghasilkan suatu keputusan bersama.

Menurut beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan teknik diskusi kelompok adalah suatu bentuk kegiatan yang bercirikan suatu keterikatan pada suatu pokok masalah atau pertanyaan, dimana anggota-anggota atau peserta diskusi itu secara jujur berusaha memperoleh kesimpulan setelah mendengarkan dan mempelajari, serta

mempertimbangkan pendapat-pendapat yang di kemukakan dalam diskusi.

2) Jenis-jenis Diskusi Kelompok

Menurut Roestiyah (2007) jenis-jenis diskusi ada beberapa macam yaitu:

- a. *Whole-group*, suatu diskusi dimana anggota kelompok yang melaksanakan tidak lebih dari 15 (lima belas) orang.
- b. *Buzz-group*, suatu kelompok besar dibagi menjadi 2 (dua) sampai 8 (delapan) kelompok yang lebih kecil jika diperlukan kelompok kecil ini diminta melaporkan apa hasil diskusi itu pada kelompok besar.
- c. *Panel*, pada panel dimana satu kelompok kecil (antara 3 sampai 6 orang) mendiskusikan suatu subyek tertentu mereka duduk dalam susunan semi lingkaran dihadapkan pada satu kelompok besar peserta lainnya.
- d. *Symposium*, teknik ini menyerupai panel, hanya sifatnya lebih formal.

Dalam teknik ini peranan moderator tidaklah seaktif seperti pada panel. Moderator lebih banyak mengkoordinir pembicaraan saja. Teknik symposium kadang-kadang mengalami kesulitan disebabkan oleh pertama, sukar menemukan penyanggah yang mampu mempersiapkan bahan bahasan itu secara ringkas dan komprehensif. Kedua, fungsi atau peranan moderator dalam

symposium tidak sama aktifnya seperti dalam panel, sehingga jalannya symposium sering tampak kurang lancar. Ketiga, sukar sekali mengendalikan sambutan-sambutan, sehingga kerap kali memperpanjang waktu yang sudah ditentukan. Namun demikian teknik symposium memiliki keunggulan pula dalam penggunaannya. Teknik ini membahas hal-hal yang aktual, dan memberi kesempatan pada pendengarnya untuk berpartisipasi aktif.

- e. *Caologium*, adalah cara berdiskusi yang dijalankan oleh satu atau beberapa orang narasumber, yang berpendapat, menjawab pertanyaan-pertanyaan, tetapi tidak dalam bentuk pidato. Dalam bentuk wawancara dengan narasumber tentang pendapatnya mengenai suatu masalah, kemudian mengundang pertanyaan-pertanyaan tambahan dari para pendengar.
- f. *Informal-Debate*, dalam diskusi ini dilaksanakan dengan membagi kelompok menjadi dua tim yang sama kuat dan jumlahnya agar seimbang. Kedua tim ini mendiskusikan subjek yang cocok untuk diperdebatkan dengan tidak menggunakan banyak peraturan, sehingga jalannya perdebatan lebih bebas.
- g. *Fish Bowl*, dalam diskusi ini terdiri dari seorang moderator dan satu atau tiga narasumber pendapat, mereka duduk dalam susunan semi lingkaran berderet dengan tiga kursi kosong menghadap kelompok.

Kemudian moderator memberikan pengantar singkat dan diikuti dengan meminta kepada peserta dengan sukarela dari kelompok besar, untuk menduduki kursi yang kosong yang ada didepan mereka.

Menurut Sanjaya (2006) macam-macam jenis diskusi kelompok antara lain :

- a. Diskusi Kelas, disebut juga diskusi kelompok adalah proses pemecahan masalah yang dilakukan oleh seluruh anggota kelas sebagai peserta diskusi. Prosedur yang digunakan dalam jenis diskusi ini pertama, guru membagi tugas sebagai pelaksanaan diskusi, siapa yang akan menjadi moderator dan penulis. Kedua, sumber masalah (guru, siswa, atau ahli tertentu dari luar) memaparkan masalah yang harus dipecahkan selama 10-15 menit. Ketiga, siswa diberi kesempatan untuk menanggapi permasalahan setelah mendaftar pada moderator. Keempat, sumber masalah memberi tanggapan dan kelima, moderator menyimpulkan hasil diskusi.
- b. Diskusi Kelompok Kecil, dilakukan dengan membagi siswa dalam kelompok-kelompok. Jumlah anggota kelompok antara 3-5 orang. Pelaksanaannya dimulai dengan guru menyajikan permasalahan secara umum, kemudian masalah tersebut dibagi-bagi kedalam submasalah yang harus dipecahkan oleh setiap kelompok kecil.

Selesai diskusi dalam kelompok kecil, ketua kelompok menyajikan hasil diskusinya.

- c. Simposium, adalah metode mengajar dengan membahas suatu persoalan dipandang dari berbagai sudut pandang berdasarkan keahlian. Simposium dilakukan untuk memberikan wawasan yang luas kepada siswa. Setelah para penyaji memberikan pandangannya tentang masalah yang dibahas, maka simposium diakhiri dengan pembacaan kesimpulan hasil kerja tim perumus yang telah ditentukan sebelumnya.
- d. Diskusi Panel, adalah pembahasan suatu masalah yang dilakukan oleh beberapa orang panelis yang biasanya terdiri dari 4-5 orang di hadapan audiens. Diskusi panel berbeda dengan jenis diskusi lainnya. Dalam diskusi panel audiens tidak terlibat secara langsung, tetapi berperan hanya sekedar peninjau para penelis yang sedang melaksanakan diskusi. Oleh sebab itu, agar diskusi panel efektif perlu digabungkan dengan metode lain, misalnya dengan metode penugasan. Siswa disuruh untuk merumuskan hasil pembahasan dalam diskusi.

Dari berbagai jenis diskusi kelompok di atas tidak semuanya akan digunakan. Dalam penelitian ini jenis diskusi kelompok yang digunakan adalah diskusi kelompok kecil atau (*buzz group*). Karena dalam diskusi kelompok kecil (*buzz group*) setiap anggota mendapatkan kesempatan untuk menuangkan ide-idenya untuk

memecahkan permasalahan secara bersama-sama. Dalam melaksanakan diskusi anggota dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil dari kelompok besar, kemudian dari hasil diskusi masing-masing kelompok kecil akan melaporkan hasil diskusinya ke kelompok besar.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka dalam penelitian ini digunakan metode diskusi kelompok *buzz group* (metode kelompok kecil).

3) Pengertian Diskusi Kelompok Kecil (*Buzz Group Discussion*)

Teknik kelompok *buzz* digunakan dalam kegiatan pembelajaran pemecahan masalah yang di dalamnya mengandung bagian-bagian khusus dalam masalah itu. Kegiatan belajar biasanya dilakukan melalui diskusi dalam kelompok-kelompok kecil (*sub-groups*) dengan jumlah anggota masing-masing kelompok sekitar 3-4 orang. Kelompok-kelompok kecil itu melakukan kegiatan diskusi dalam waktu singkat tentang bagian-bagian khusus dari masalah yang dihadapi oleh kelompok besar (Sudjana, 2008).

Satu cara yang secara sukses digunakan dengan berkala adalah metode *buzz group*, yang dikembangkan pertama kali oleh J. Donald Philip (23) sebagai “Philips 66”. Contohnya jika sebuah kelompok yang terdiri dari 40 orang atau lebih sedang mendiskusikan permasalahan yang kompleks, akan ada sebagian orang-orang yang berpartisipasi. Agar orang-orang dapat mengemukakan idenya dan dapat terlibat dalam diskusi kelompok dapat dibagi menjadi kelompok-

kelompok kecil yang terdiri dari 6 atau 8 anggota. Yang dihadapi adalah pertanyaan khusus yang terbatas kemudian anggota dari tiap kelompok membentuk lingkaran dan mendiskusikan permasalahan dalam waktu yang telah ditentukan biasanya 6-10 menit. Pada akhir sesi pendek ini, juru bicara yang ditunjuk oleh tiaptiap kelompok melaporkan hasil diskusi kepada seluruh kelompok. (Halbert E. Gulley dalam Notoatmodjo, 2010).

Dari beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa pengertian diskusi kelompok kecil (*buzz group discussion*) adalah sebuah kelompok besar yang berkumpul dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil sekitar 4 sampai 6 orang, untuk mendiskusikan masalah tertentu dalam waktu yang singkat, misalnya 5 menit atau tidak lebih dari 15 menit. Sesi *buzz* kemudian harus ditindaklanjuti dengan diskusi kelas utuh untuk menyimpulkan hasil temuan. Seorang pemimpin yang telah ditunjuk oleh masing-masing kelompok *buzz* melaporkan temuannya ke kelompok besar.

Lalu sebuah daftar dapat dibuat dengan menggabungkan ide-ide yang berguna dari setiap kelompok.

4) Tujuan Diskusi Kelompok Kecil (*Buzz Group Discussion*)

Tujuan dari pengajaran kelompok *buzz* menurut Pinheiro & Connors K, Bernstein B, (Ichsan, 2010) yaitu:

- a) Membina kerjasama.
- b) Meningkatkan partisipasi di antara semua anggota kelompok.
- c) Mengaktifkan pengetahuan sebelumnya dari peserta didik.

- d) Berfungsi sebagai metode untuk pemecahan masalah.
- e) Mendorong refleksi kelompok.

Tujuan diskusi kelompok kecil (*buzz group discussion*) menurut Callahan & Clark (dalam Notoatmodjo, 2010) yaitu:

- a) Menyediakan kesempatan bagi seluruh siswa untuk berpartisipasi dalam sebuah kelompok.
- b) Membantu siswa untuk mengembangkan keterampilan mendengarkan dan juga berbicara.
- c) Membantu melatih berpikir ketika berinteraksi dengan yang lain.

Dari kedua pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa tujuan dari diskusi kelompok kecil (*buzz group discussion*) yaitu berfungsi sebagai metode untuk pemecahan masalah, membina kerjasama dan berpartisipasi dalam sebuah kelompok, membantu melatih berpikir ketika berinteraksi dengan orang lain.

4) Keuntungan Diskusi Kelompok Kecil (*Buzz Group Discussion*)

Menurut Sudjana (2008) menyatakan bahwa keuntungan dari diskusi kelompok kecil (*buzz group discussion*) adalah sebagai berikut:

- a) Peserta didik yang kurang biasa menyampaikan pendapat dalam kelompok belajar dibantu untuk berbicara dalam kelompok kecil.
- b) Menumbuhkan suasana yang akrab, penuh perhatian terhadap pendapat orang lain, dan mungkin akan menyenangkan.
- c) Dapat menghimpun berbagai pendapat tentang bagian-bagian masalah dalam waktu singkat.

d) Dapat digunakan bersama teknik lain sehingga penggunaan teknik ini bervariasi.

Halbert E. Gulley (dalam Notoatmodjo, 2010) menyatakan bahwa keuntungan dari diskusi kelompok kecil (*buzz group discussion*) adalah sebagai berikut:

- a) Dari seluruh anggota kelompok biasanya lebih membuat semangat setelah sesi *buzz*.
- b) Menstimulasi pikiran dan mendorong tiap anggota untuk berpartisipasi dalam diskusi dengan membuat suatu pernyataan.

Berdasarkan pendapat-pendapat di atas maka dapat disimpulkan bahwa keuntungan dari diskusi kelompok kecil (*buzz group discussion*) yaitu membantu peserta didik untuk bisa menyampaikan gagasan atau pendapat di dalam kelompok, menumbuhkan suasana akrab dan menyenangkan, mendorong tiap anggota untuk berpartisipasi dalam diskusi, dapat digunakan bersama teknik lain sehingga penggunaan teknik lebih bervariasi.

5) Langkah-Langkah Diskusi Kelompok Kecil (*Buzz Group Discussion*)

Berikut ini beberapa pendapat mengenai langkah-langkah diskusi kelompok kecil (*buzz group discussion*). Sudjana (2008) menyatakan bahwa langkah-langkah diskusi kelompok adalah sebagai berikut:

- a) Pendidik, mungkin bersama peserta didik, memilih dan menentukan masalah dan bagian-bagian masalah yang akan dibahas dan perlu dipecahkan dalam kegiatan belajar.

- b) Pendidik menunjuk beberapa peserta didik untuk membentuk kelompok kecil. Jumlah kelompok yang akan dibentuk dan banyaknya peserta dalam setiap kelompok kecil disesuaikan dengan jumlah bagian masalah yang akan dibahas.
- c) Pendidik membagikan bagian-bagian masalah kepada masing-masing kelompok kecil. Satu kelompok membahas satu bagian masalah. Selanjutnya, pendidik menjelaskan tentang tugas kelompok yang harus dilakukan, waktu pembahasan (biasanya 5-15 menit), pemilihan pelapor, dan lain sebagainya.
- d) Kelompok-kelompok kecil berdiskusi untuk membahas bagian masalah yang telah ditentukan. Para peserta didik dalam kelompok kecil itu memperjelas bagian masalah, serta memberikan saran-saran untuk pemecahannya.
- e) Apabila waktu yang ditentukan telah selesai, pendidik mengundang kelompok-kelompok kecil untuk berkumpul kembali dalam kelompok besar, kemudian mempersilahkan para pelapor dari masing-masing kelompok kecil secara bergiliran untuk menyampaikan laporannya kepada kelompok besar.
- f) Pendidik, atau seorang peserta didik yang ditunjuk, mencatat pokok-pokok laporan yang telah disampaikan. Selanjutnya para peserta didik diminta untuk menambah, mengurangi, atau mengomentari laporan itu.
- g) Pendidik dapat menugaskan salah seorang atau beberapa orang peserta didik untuk merangkum hasil pembahasan akhir laporan itu.

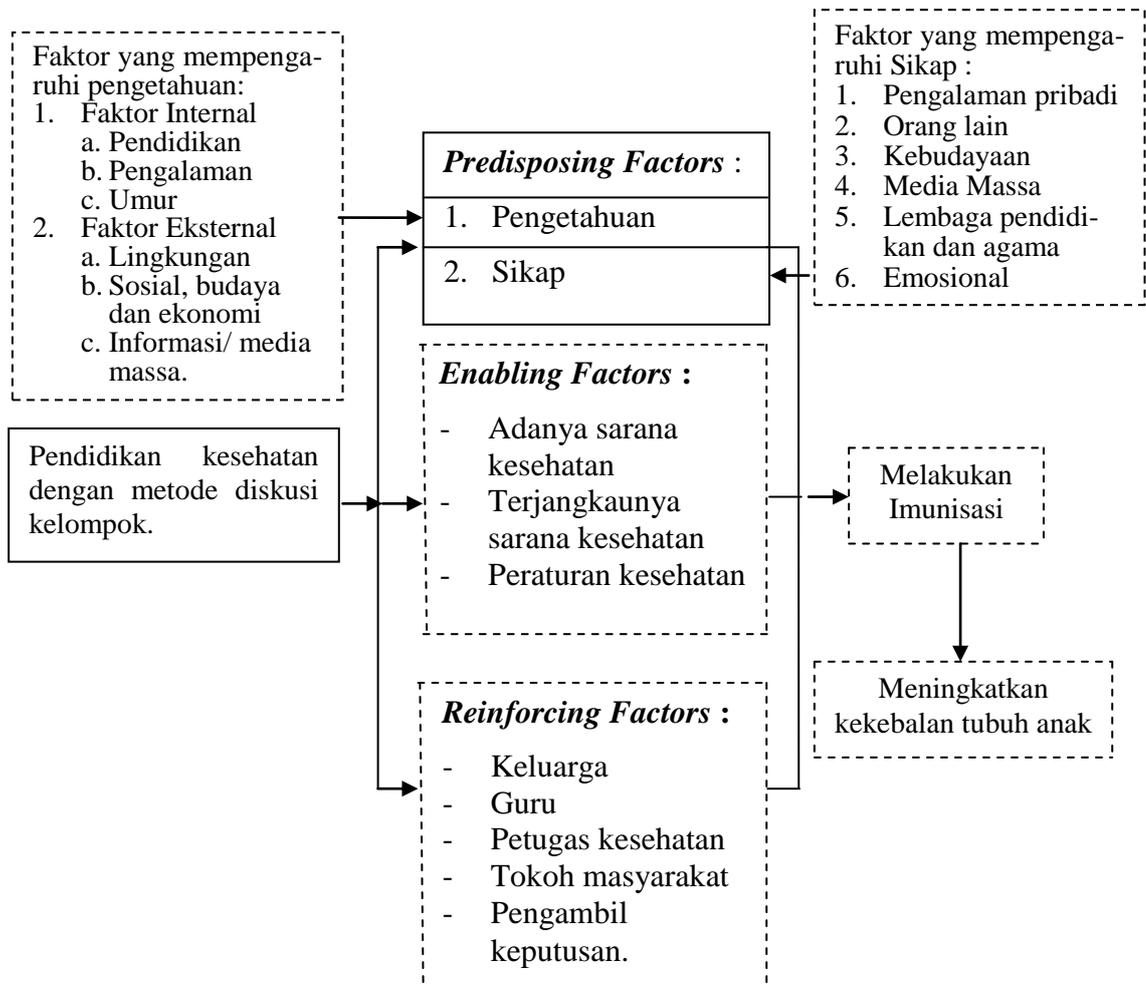
- h) Pendidik bersama peserta didik dapat mengajukan kemungkinan kegiatan lanjutan yang dapat dilakukan berdasarkan hasil diskusi dan selanjutnya melakukan evaluasi terhadap proses dan hasil diskusi itu.

Menurut Callahan & Clark (dalam Notoatmodjo, 2010) petunjuk atau langkah-langkah untuk melaksanakan diskusi kelompok kecil (*buzz group discussion*) adalah sebagai berikut:

- a) Bentuk kelompok dengan cara berhitung, kartu bergambar, atau dengan hanya menunjuk para siswa.
- b) Pilih seorang pemimpin dan juru tulis untuk setiap kelompok.
- c) Jelaskan apa yang akan mereka lakukan, pastikan mereka mengerti.
- d) Biarkanlah mereka berdiskusi selama 5-10 menit, lebih baik jika diskusi berlangsung dalam jangka waktu yang lebih singkat.
- e) Lanjutkan dengan pelaporan perwakilan dari tiap kelompok dan lain-lain.

2.2 Kerangka Teori

Berdasarkan beberapa teori yang telah dikemukakan di muka, maka dapat dibuat suatu kerangka teori sebagai berikut :



Keterangan :

———— : Diteliti

----- : Tidak diteliti

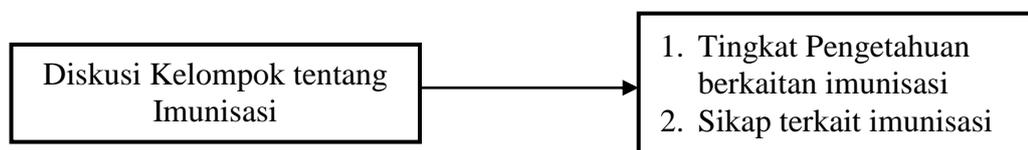
Gambar 2.2. Kerangka Teori

Sumber: Teori Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010), Azwar (2011)

2.3 Kerangka Konsep

Variabel Bebas

Variabel terikat



Gambar 2.3. Kerangka Konsep

2.4 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

“Ada pengaruh diskusi kelompok terhadap tingkat pengetahuan dan sikap ibu terkait imunisasi pada balita di Posyandu Panca Marga 8, Windan Baru, Gumpang, Kartasura”.