

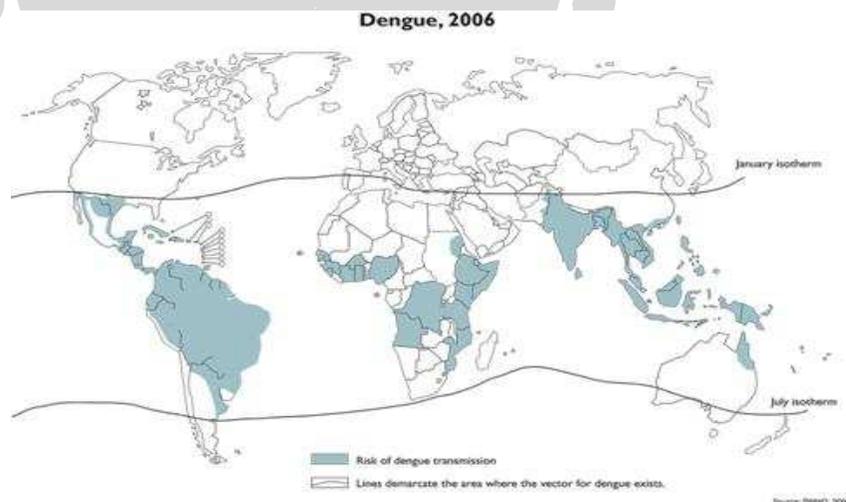
## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

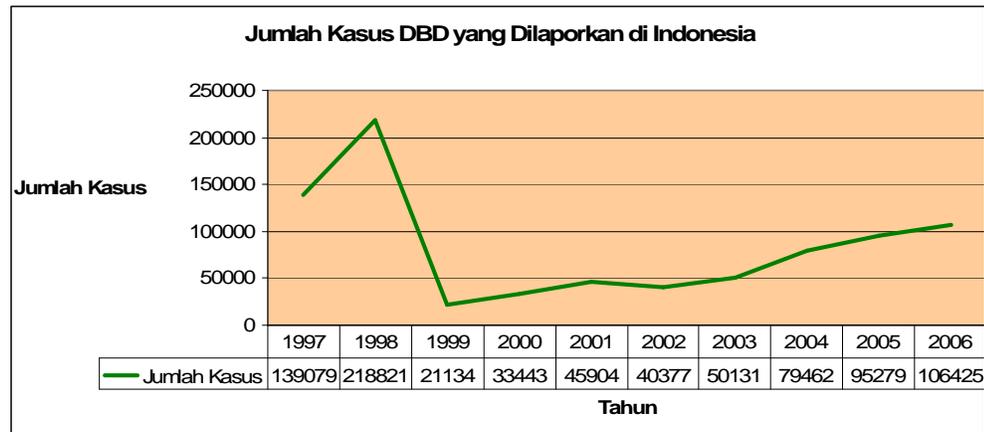
#### 2.1 Penyakit DBD

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) atau yang disebut *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF), adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong arbovirus dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Penyakit ini dapat menyebabkan gangguan pada pembuluh darah kapiler dan pada sistem pembekuan darah sehingga mengakibatkan perdarahan-perdarahan. Penyakit ini banyak ditemukan didaerah tropis seperti Asia Tenggara, India, Brazil, Amerika termasuk di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan air laut.

Di bawah ini adalah gambar peta yang menunjukkan wilayah di dunia yang berisiko untuk terjadinya transmisi virus dengue karena vektor nyamuk. Indonesia berada dalam wilayah berisiko terjadinya transmisi dengue tersebut.

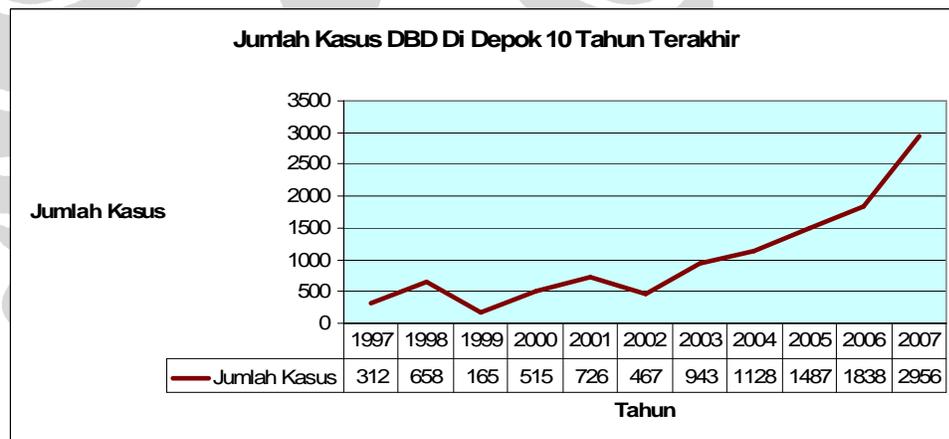


Gambar 2.1 Dengue Transmission Risk reproduced from the *World Health Organization's: International and Travel Health Publication*. (PHAC, 2008)



Grafik 2.1 Jumlah Kasus DBD di Indonesia dari Tahun 1997 - 2006

Dari grafik di atas dapat dilihat meskipun di tahun 1999 jumlah kasus DBD menurun dari tahun 1998, namun sejak tahun 1999 kasus DBD yang dilaporkan di Indonesia terus mengalami peningkatan setiap tahunnya.



Grafik 2.2 Jumlah Kasus DBD di Kota Depok dari Tahun 1997 - 2007

Grafik di atas menunjukkan data kasus DBD di kota Depok selama 10 tahun terakhir. Dari grafik dapat dilihat bahwa kasus DBD di Depok juga mengalami kenaikan setiap tahunnya. Selama rentang waktu itu pula fasilitas kesehatan diperbanyak dan pelayanan kesehatan terus dikembangkan untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan yang dibutuhkan pasien.

Sayangnya dalam pemeriksaan DBD, dokter dan tenaga kesehatan lainnya seringkali salah dalam penegakkan diagnosa, karena kecenderungan gejala awal yang menyerupai penyakit lain seperti Flu dan Tipes (Typhoid). (Khomsah, 2008)

Gejala pada penyakit demam berdarah diawali dengan :

- a. Demam tinggi yang mendadak 2-7 hari ( $38^{\circ}\text{C}$ -  $40^{\circ}\text{C}$ )
- b. Manifestasi pendarahan, dengan bentuk uji tourniquet positif puspura pendarahan, konjungtiva, epitaksis, melena, dsb.
- c. Hepatomegali (pembesaran hati).
- d. Syok, tekanan nadi menurun menjadi 20 mmHg atau kurang, tekanan sistolik sampai 80 mmHg atau lebih rendah.
- e. Trombositopeni, pada hari ke 3 - 7 ditemukan penurunan trombosit sampai  $100.000/\text{mm}^3$ .
- f. Hemokonsentrasi, meningkatnya nilai Hematokrit.
- g. Gejala-gejala klinik lainnya yang dapat menyertai: anoreksia, lemah, mual, muntah, sakit perut, diare kejang dan sakit kepala.
- h. Pendarahan pada hidung dan gusi.
- i. Rasa sakit pada otot dan persendian, timbul bintik-bintik merah pada kulit akibat pecahnya pembuluh darah.
- j. Masa inkubasi terjadi selama 4-7 hari.

(Departemen Kesehatan, 2005)

## 2.2 Nyamuk Penular

Penyakit Demam Berdarah ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang mengandung virus Dengue. Nyamuk *Aedes aegypti* betina sering menggigit manusia pada waktu pagi dan siang. Nyamuk ini gemar hidup di tempat-tempat yang gelap atau terhindar dari sinar matahari. Orang yang beresiko terkena demam berdarah



adalah anak-anak yang berusia di bawah 15 tahun dan sebagian besar tinggal di lingkungan lembab serta daerah pinggiran kumuh. Penyakit DBD sering terjadi di daerah tropis dan muncul pada musim penghujan.

Gambar 2.2 Nyamuk *Aedes aegypti*.

Berikut ini adalah ciri-ciri dari nyamuk *Aedes aegypti*:

- a. Badannya kecil
- b. Warnanya hitam dan belang hitam putih
- c. Menggigit pada siang hari
- d. Badannya mendatar saat hinggap
- e. Jarak terbangnya kurang dari 100 meter

(Departemen Kesehatan, 2005)

Menurut Hadinegoro & Satari (2000), faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penyebaran kasus DBD ini sangat kompleks, yaitu (1) pertumbuhan penduduk, (2) urbanisasi yang tidak terencana, (3) tidak adanya kontrol terhadap nyamuk yang efektif di daerah endemik dan (4) peningkatan sarana transportasi.

### 2.3 Tempat Penularan Virus DBD

Penularan Demam Berdarah Dengue dapat terjadi di semua tempat yang terdapat nyamuk penularnya. Tempat yang potensial untuk terjadinya penularan DBD adalah:

1. Wilayah yang banyak terjadi kasus DBD (Rawan/Endemis)
2. Tempat – tempat umum merupakan “tempat berkumpul” orang-orang yang datang dari berbagai wilayah sehingga kemungkinan terjadinya pertukaran beberapa tipe virus dengue cukup besar. Tempat – tempat umum itu antara lain:
  - a. Sekolah  
Anak murid sekolah berasal dari daerah berbagai wilayah dan merupakan kelompok umur yang paling *susceptible* untuk terserang penyakit DBD.
  - b. Rumah Sakit/Puskesmas dan sarana pelayanan kesehatan lainnya  
Orang datang dari berbagai wilayah dan kemungkinan diantaranya adalah penderita DBD atau *carier* virus dengue
3. Pemukiman baru di pinggir kota, karena di lokasi ini umumnya penduduk berasal dari berbagai wilayah, maka terdapat kemungkinan diantara penduduk tersebut ada yang menjadi carier virus dengue

(Departemen Kesehatan, 2005)

#### 2.4 Penentuan Desa/Kelurahan Rawan

- a. Desa/Kelurahan Endemis DBD adalah desa/kelurahan yang setiap tahun ada penderita DBD selama 3 tahun terakhir
- b. Desa/Kelurahan Sporadis adalah desa/kelurahan yang ada penderita DBD tapi tidak setiap tahun, selama 3 tahun terakhir
- c. Desa/Kelurahan bebas DBD adalah desa/kelurahan yang setiap tahun tidak ada penderita DBD selama 3 tahun terakhir
- d. Desa/Kelurahan bebas dan endemis dapat disajikan pada peta (*area map*)

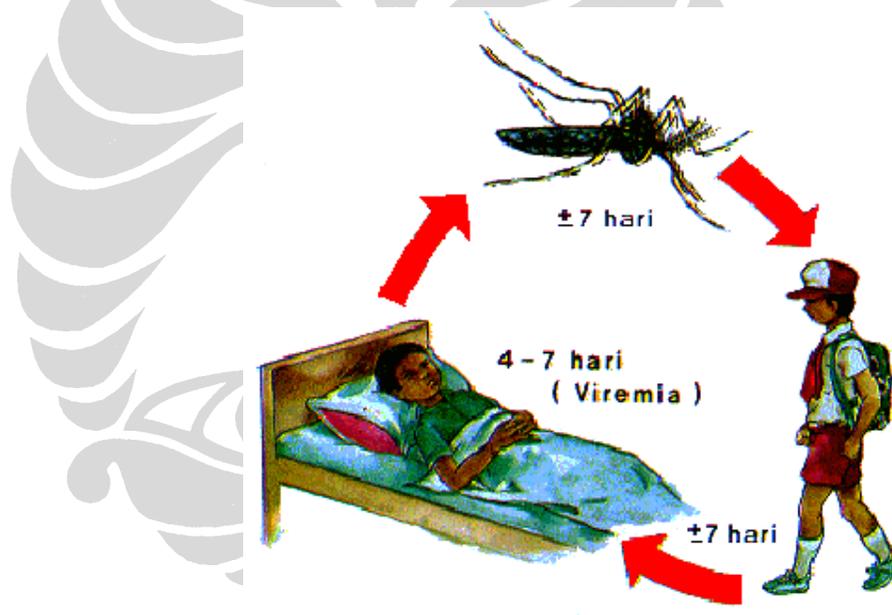
(Departemen Kesehatan, 2005)

#### 2.5 Penularan Virus DBD

Orang yang beresiko terkena demam berdarah adalah anak-anak yang berusia di bawah 15 tahun, dan sebagian besar tinggal di lingkungan lembab, serta daerah pinggiran kumuh. Penyakit DBD sering terjadi di daerah tropis, dan muncul pada musim penghujan. Virus ini kemungkinan muncul akibat pengaruh musim/alam serta perilaku manusia. (Kristina, Isminah & Wulandari, L. 2008)

Terdapat tiga faktor yang memegang peran pada penularan infeksi dengue, yaitu manusia, virus dan vektor perantara. Virus dengue ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis* dan beberapa spesies yang lain dapat juga menularkan virus ini tetapi merupakan vektor yang kurang berperan. Nyamuk aedes tersebut dapat menularkan virus dengue kepada manusia baik secara langsung yaitu setelah menggigit orang yang sedang mengalami viremia; maupun secara tidak langsung setelah melalui masa inkubasi dalam tubuhnya selama 8-10 hari (*extrinsic incubation period*) sebelum

menjadi sakit setelah virus masuk ke dalam tubuh. Pada nyamuk, sekali virus dapat masuk dan berkembang biak di dalam tubuhnya, maka nyamuk tersebut akan dapat menularkan virus selama hidupnya (infektif). Sedangkan pada manusia, penularan hanya dapat terjadi pada saat tubuh dalam keadaan viremia yaitu antara 5-7 hari. Oleh karena itu pada wilayah yang sudah diketahui adanya serangan penyakit DBD akan sangat mungkin muncul penderita lainnya bahkan dapat menyebabkan wabah yang luar biasa bagi penduduk disekitarnya. (Kristina, Isminah & Wulandari, L. 2008)



Gambar 2.3 Cara Penularan Penyakit DBD

## 2.6 Patogenesis dan Epidemiologi Penyakit DBD

### 2.6.1 Patogenesis Penyakit DBD

Demam berdarah dengue (DBD) disebabkan virus dengue termasuk group B *Arthropod borne virus (arboviruses)* dan sekarang dikenal sebagai genus flavivirus,

famili *Flavirida*, dan mempunyai 4 jenis serotipe, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Infeksi dengan salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi seumur hidup terhadap serotipe yang bersangkutan tetapi tidak untuk serotipe yang lain. Seseorang yang tinggal di di daerah endemis dengue dapat terinfeksi dengan 3 atau bahkan 4 serotipe selama hidupnya. Keempat jenis serotipe virus dengue dapat ditemukan di berbagai daerah di Indonesia. Di Indonesia, pengamatan virus dengue yang dilakukan sejak tahun 1975 di beberapa rumah sakit menunjukkan bahwa keempat serotipe diketemukan dan bersirkulasi sepanjang tahun. Serotipe DEN-3 merupakan serotipe yang dominan dan banyak berhubungan dengan kasus berat. (Hadinegoro & Satari, 2000)

Menurut Jatasen yang dikutip oleh Krianto (2007), lebih dari 90% kasus demam berdarah terjadi pada anak-anak di bawah umur 15 tahun. Untuk menentukan tatalaksana yang adekuat, maka pasien DD/DBD perlu diklasifikasikan menurut derajat penyakit. Dengan demikian, dapat direncanakan apakah seorang pasien dapat berobat jalan, perlu observasi di Puskesmas atau di ruang rawat sehari di rumah sakit tipe C, ataukah harus segera ke rumah sakit yang mempunyai fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Klasifikasi derajat penyakit DD/DBD adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.1 Klasifikasi Infeksi Virus Dengue (DD/DBD)**

| DD/DBD | Derajat | Gejala                                                                                     | Keterangan                                        |
|--------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| DD     |         | Demam disertai satu atau lebih gejala: nyeri kepala, yeri retro orbita, mialgia, artralgia | Rawat jalan                                       |
| DBD    | I       | Gejala tersebut di atas, ditambah uji tourniquet positif                                   | Rawat observasi di Puskesmas/rumah sakit tipe D/C |

|     |     |                                                                                                                                                                                                 |                                              |
|-----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| DBD | II  | Gejala tersebut di atas, ditambah perdarahan spontan                                                                                                                                            | Rawat inap di puskesmas/rumah sakit tipe D/C |
| DBD | III | Didapatkan kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lembut, tekanan nadi menurun (20 mmHg atau kurang) atau hipotensi, sianosis di sekitar mulut, kulit dingin dan lembab, anak tampak gelisah |                                              |
| DBD | IV  | Syok berat disertai tekanan darah dan nadi tak terukur (DSS)                                                                                                                                    | Rawat di rumah sakit B/A                     |

(Hadinegoro & Satari, 2000)

Menurut WHO tahun 1986, diagnosis DBD ditegakkan berdasarkan kriteria klinis dan laboratoris. Penggunaan kriteria ini dimaksudkan untuk mengurangi diagnosis yang berlebihan (overdiagnosis). Di bawah ini adalah kriteria klinis dan kriteria laboratorisnya.

Kriteria klinis DBD:

- a. Demam tinggi mendadak, tanpa sebab jelas, berlangsung terus menerus selama 2-7 hari
- b. Terdapat manifestasi perdarahan, termasuk uji tourniquet positif, petekie, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, hematemesis dan/atau melena.
- c. Pembesaran hati
- d. Syok, ditandai nadi cepat dan lemah serta penurunan tekanan nadi, hipotensi, kaki dan tangan dingin, kulit lembab dan pasien tampak gelisah.

Kriteria laboratoris DBD:

- a. Trombositopenia ( $100.000/m^3$  atau kurang)
- b. Hemokonsentrasi, dapat dilihat dari peningkatan hematokrit 20% atau lebih, menurut standar umur dan jenis kelamin

Dua kriteria klinis pertama ditambah trombositopenia dan hemokonsentrasi atau peningkatan hematokrit cukup untuk menegakkan diagnosis klinis DBD. Efusi pleura dan/atau hipoalbuminemia dapat memperkuat diagnosis terutama pada psaien anemi dan/atau terjadi perdarahan. Pada kasus syok, adanya peningkatan hematokrit dan adanya trombositopenia mendukung diagnosis DBD.

### 2.6.2 Epidemiologi Penyakit DBD

Infeksi virus dengue telah berada di Indonesia sejak abad ke 18, dilaporkan oleh David Bylon seorang dokter berkebangsaan Belanda. Saat itu infeksi virus dengue dikenal sebagai penyakit demam lima hari (*viif daage koorts*) kadangkala disebut juga demam sendi (*knokkel koorts*). Disebut demikian oleh karena demam menghilang dalam lima hari, disertai nyeri pada sendi, nyeri otot dan nyeri kepala hebat. Pada saat itu infeksi virus dengue merupakan penyakit yang ringan dan tidak pernah menyebabkan kematian, tetapi sejak tahun 1968 mulai dilaporkan adanya pasien demam berdarah dengue yang meninggal di Surabaya dan Jakarta dengan jumlah kematian yang sangat tinggi. (Hadinegoro & Satari, 2000)

Morbiditas dan mortalitas infeksi dengue dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain status imunologis pejamu, kepadatan vektor nyamuk, transmisi virus dengue, faktor keganasan virus dan kondisi geografis setempat. Setelah kurun waktu 30 tahun sejak ditemukan virus dengue di negara kita, jumlah orang yang menderita penyakit penyakit demam berdarah dengue makin lama makin bertambah dan

menyebarkan di 27 propinsi di Indonesia. Insiden rate meningkat dari 0,005 per 100.000 penduduk pada tahun 1968 menjadi berkisar 6 – 27 per 100.000 penduduk pada tahun terakhir 1998. (Khomsah, 2008)

Pola berjangkit infeksi dengue dipengaruhi oleh keadaan iklim dan kelembaban udara. Pada suhu yang panas (28-32°C) dengan kelembaban yang tinggi, nyamuk *Aedes* akan tetap bertahan hidup dalam jangka waktu lama. Di Indonesia, oleh karena suhu udara dan kelembaban tidak selalu sama di setiap tempat, maka pola waktu terjadinya penyakit agak berbeda. (Rambey, 2003)

Secara epidemiologik, DBD termasuk salah satu penyakit menular yang dapat menimbulkan wabah, sesuai dengan UU No.4 tahun 1984, tentang wabah penyakit menular dan Peraturan Menteri Kesehatan No.560 tahun 1989, maka apabila menemukan kasus DBD harus melapor segera (dalam waktu kurang dari 24 jam). (Khomsah, 2008)

## **2.7 Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD**

Berdasarkan Buku Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue dari Departemen Kesehatan, pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue (PSN DBD) adalah kegiatan memberantas telur, jentik dan kepompong nyamuk penular DBD (*Aedes aegypti*) di tempat-tempat perkembangbiakannya. Tujuan dari PSN DBD ini adalah untuk mengendalikan populasi nyamuk *Aedes aegypti*, sehingga penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi. Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti*.

PSN DBD dilakukan dengan cara '3M', yaitu:

- a. Menguras dan menyikat tempat-tempat penampungan air, seperti bak mandi/WC, drum dan tempat lainnya seminggu sekali (M1)
- b. Menutup rapat-rapat tempat penampungan air, seperti gentong air/tempayan dan lain-lain (M2)
- c. Mengubur atau menyingkirkan barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan (M3).

Selain cara di atas, juga ditambah dengan cara lainnya, seperti:

- a. Mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat-tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali
- b. Memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar/rusak
- c. Menutup lubang-lubang pada potongan bambu/pohon, dan lain-lain (dengan tanah atau benda sejenis)
- d. Menaburkan bubuk larvasida, misalnya di tempat-tempat yang sulit dikuras atau di daerah yang sulit air
- e. Memelihara ikan pemakan jentik di kolam/bak-bak penampungan air
- f. Memasang kawat kasa
- g. Menghindari kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar
- h. Mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai
- i. Menggunakan kelambu
- j. Memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk

Keseluruhan cara tersebut di atas dikenal dengan istilah '**3M Plus**'.

Pencegahan penyakit demam berdarah juga dilakukan dengan pemberantasan terhadap nyamuk dewasa. Pemberantasan terhadap nyamuk dewasa dilakukan dengan cara penyemprotan (pengasapan/*fogging*) dengan insektisida. Mengingat kebiasaan nyamuk senang hinggap pada benda-benda bergantung, maka penyemprotan tidak dilakukan di dinding rumah seperti pada pemberantasan nyamuk penular malaria. Insektisida yang dapat digunakan antara lain insektisida golongan:

1. Organophosphate, misalnya malathion
2. Pyrethroid sintetic, misalnya lambda sihalotrin, cypermethrin, alfa-methrin
3. Carbamat

Alat yang digunakan untuk menyemprot adalah mesin Fog atau mesin ULV dan penyemprotan dengan cara pengasapan tidak mempunyai efek residu. Untuk membatasi penularan virus dengue, penyemprotan dilakukan dua siklus dengan interval 1 minggu. Pada penyemprotan siklus pertama, semua nyamuk yang mengandung virus dengue (nyamuk infeksi) dan nyamuk-nyamuk lainnya akan mati. Tetapi akan segera muncul nyamuk-nyamuk baru yang diantaranya akan menghisap darah penderita viremia yang masih ada yang dapat menimbulkan terjadinya penularan kembali. Oleh karena itu perlu dilakukan penyemprotan siklus kedua. Penyemprotan yang kedua dilakukan 1 minggu sesudah penyemprotan yang pertama agar nyamuk baru yang infeksi tersebut akan terbasmi sebelum sempat menularkan pada orang lain.

Dalam waktu singkat, tindakan penyemprotan dapat membatasi penularan, akan tetapi tindakan ini harus diikuti dengan pemberantasan terhadap jentiknya yaitu dengan memprioritaskan gerakan PSN DBD agar populasi nyamuk penular dapat

tetap ditekan serendah-rendahnya. Dengan demikian bila ada penderita DBD atau orang dengan viremia, maka tidak dapat menular ke orang lain.

## 2.8 Promosi Kesehatan di Sekolah

Sekolah adalah bentuk perpanjangan tangan keluarga dalam meletakkan dasar perilaku kesehatan. Komunitas sekolah yang terdiri dari murid, guru dan karyawan sekolah merupakan sasaran promosi kesehatan di sekolah. Promosi kesehatan di sekolah merupakan langkah yang strategis karena:

1. Sekolah merupakan lembaga yang dengan sengaja didirikan untuk membina dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia, baik fisik, mental maupun intelektual.
2. Promosi kesehatan melalui komunitas sekolah ternyata paling efektif di antara upaya kesehatan masyarakat yang lain, khususnya dalam pengembangan perilaku hidup sehat, karena:
  - a. Anak usia sekolah (6 – 18 tahun) mempunyai persentase yang paling tinggi dibandingkan dengan kelompok umur yang lain.
  - b. Sekolah merupakan komunitas yang telah terorganisasi, sehingga mudah dijangkau dalam rangka pelaksanaan usaha kesehatan masyarakat.
  - c. Anak sekolah merupakan kelompok yang sangat peka untuk menerima perubahan atau pembaruan, karena anak sekolah berada dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan. Pada taraf ini anak dalam kondisi peka terhadap stimulus sehingga mudah dibimbing, diarahkan dan ditanamkan kebiasaan-kebiasaan yang baik, termasuk kebiasaan hidup sehat.

(Notoatmodjo, 2005)

## **2.9 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pencegahan DBD**

### **2.9.1 Proses Belajar**

Belajar pada hakikatnya adalah penyempurnaan potensi atau kemampuan pada organisme biologis dan psikis yang diperlukan dalam hubungan manusia dengan dunia luar dan hidup bermasyarakat. Belajar adalah usaha untuk menguasai segala sesuatu yang berguna untuk hidup. Dalam kaitannya dengan perilaku, belajar adalah suatu usaha untuk memperoleh hal-hal baru dalam tingkah laku (pengetahuan, keterampilan dan nilai-nilai) melalui aktivitas.

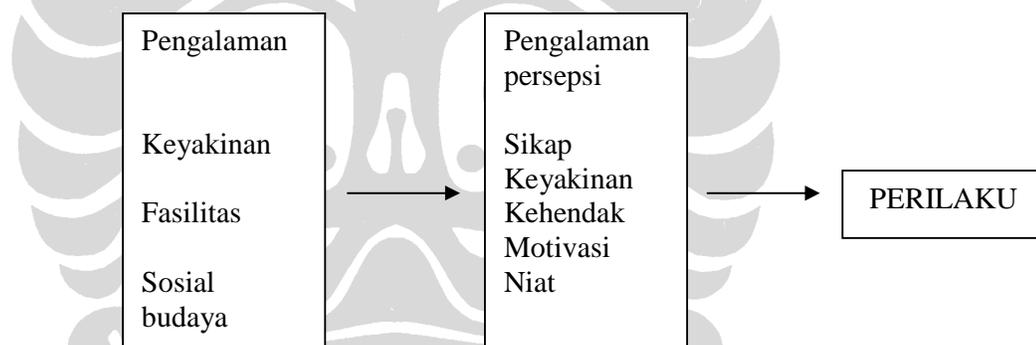
Pada proses belajar, faktor-faktor yang memegang peranan di dalam pembentukan perilaku dapat dibedakan menjadi dua yakni faktor intern dan ekstern. Faktor intern berupa kecerdasan, persepsi, motivasi, minat, emosi dan sebagainya untuk mengolah pengaruh-pengaruh dari luar. Faktor ekstern meliputi objek, orang, kelompok dan hasil – hasil kebudayaan yang dijadikan sasaran dalam mewujudkan bentuk perilakunya. Kedua faktor tersebut akan dapat terpadu menjadi perilaku yang selaras dengan lingkungannya apabila perilaku yang terbentuk dapat diterima oleh lingkungannya dan dapat diterima oleh individu yang bersangkutan.

Dalam bidang kesehatan masyarakat khususnya pendidikan kesehatan dalam pencegahan DBD, mempelajari perilaku adalah sangat penting karena pendidikan kesehatan berfungsi sebagai media atau sarana untuk menyediakan kondisi sosio-psikologis sedemikian rupa sehingga individu atau masyarakat berperilaku sesuai dengan norma-norma hidup sehat. Dengan kata lain, pendidikan kesehatan bertujuan untuk merubah perilaku individu atau masyarakat sehingga sesuai dengan norma-norma hidup sehat.

### 2.9.2 Perilaku Kesehatan

Menurut Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2006), perilaku manusia dipengaruhi oleh resultansi dari berbagai faktor baik internal maupun eksternal (lingkungan). Perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan dan lain-lain. Tetapi pada kenyataannya sulit diketahui gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Jika dikaji lebih dalam maka faktor kejiwaan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pengalaman, keyakinan, sarana fisik, social budaya masyarakat dan sebagainya.

Proses terbentuknya perilaku manusia dapat digambarkan sebagai berikut:



Bloom (1908) membagi perilaku dalam tiga faktor yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Untuk mengukur hasil dari pengukuran pendidikan maka ketiga faktor tersebut diukur dari pengetahuan, sikap dan praktik atau tindakan.

#### a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh

pengetahuan akan lebih bertahan daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, maka ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Orang akan melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) untuk mencegah DBD apabila ia tahu apa tujuan dan manfaatnya bagi kesehatan atau keluarganya dan apa bahayanya bila tidak melakukan PSN tersebut.

#### **b. Sikap (*Attitude*)**

Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang atau objek lain. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata. Banyak alasan seseorang untuk berperilaku. Oleh sebab itu perilaku yang sama di antara beberapa orang dapat disebabkan oleh sebab atau latar belakang yang berbeda-beda. Misalnya, seseorang melakukan Gerakan 3M karena ada salah satu anggota keluarganya yang sakit atau meninggal karena DBD. Di lain pihak, seseorang ikut melakukan Gerakan 3M karena mengetahui teman/kerabatnya pernah mempunyai pengalaman dengan DBD dan melakukan pencegahan DBD dengan keinginan agar tidak terkena penyakit tersebut.

### c. Tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan. Misalnya dengan adanya fasilitas kesehatan. Selain itu juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain. Misalnya dari orang tua, teman, guru, petugas kesehatan media cetak, media elektronik dan lain-lain.

## 2.10 Model Perilaku

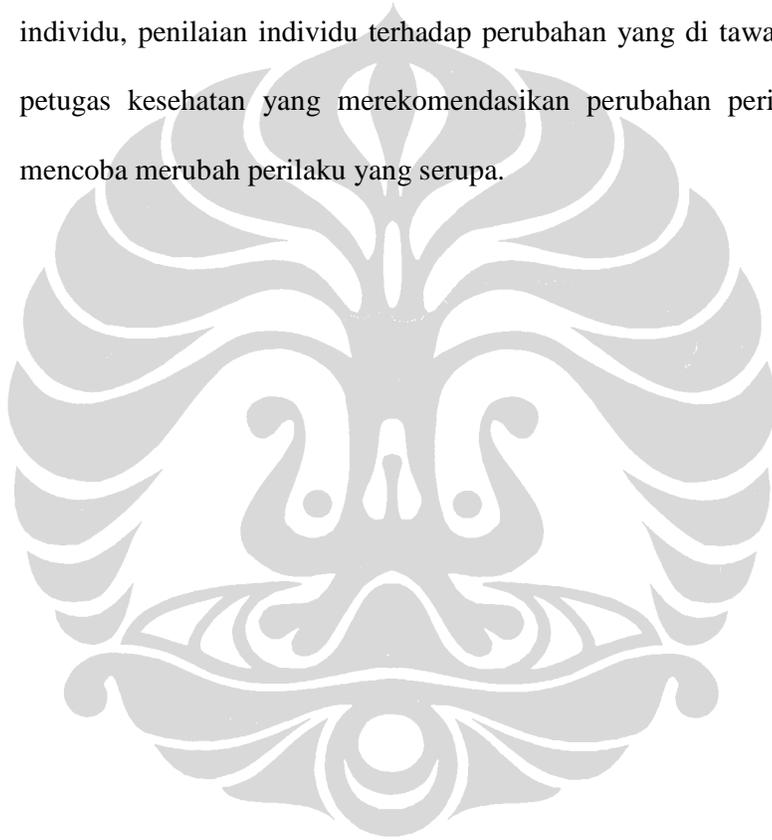
### 2.10.1 Health Belief Model

Model perilaku ini dikembangkan pada tahun 50-an dan didasarkan atas partisipasi masyarakat pada program deteksi dini tuberculosi. Analisis terhadap berbagai faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat pada program tersebut kemudian dikembangkan sebagai model perilaku. Health Belief Model didasarkan atas 3 faktor esensial, yaitu:

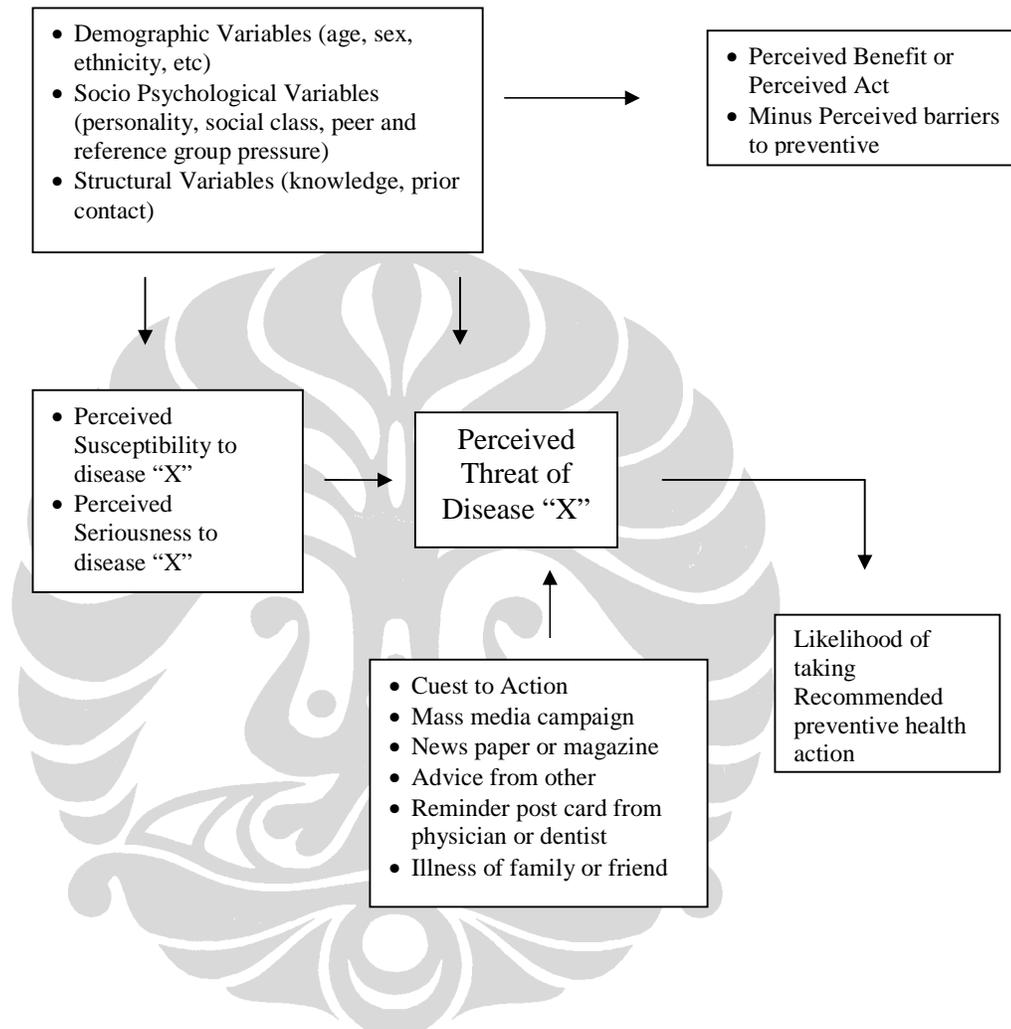
1. Kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan.
2. Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku.
3. Perilaku itu sendiri.

Ketiga faktor diatas dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman yang berhubungan dengan sarana & petugas kesehatan.

Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, dan adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberikan keuntungan. Faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri yang dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan yang di tawarkan, interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomendasikan perubahan perilaku dan pengalaman mencoba merubah perilaku yang serupa.



### The Health Belief Models as Predictor of Preventive Health Behavior



Sumber: Becker, Marshall. H. 1974. The Health Models and Personnal Health Behavior. New Jersey: Thorofare dalam Sakti (2005)

**Gambar 2.4 Teori Health Belief Model**

Berikut ini adalah komponen HBM yang terkait dengan DBD:

1. *Perceived Susceptibility*

Persepsi seseorang terhadap issue kesehatan DBD

2. *Perceived Severity*

Seserius apakah masalah DBD yang diyakini oleh seseorang

3. *Perceived Benefits*

Sejauh apa perilaku yang direkomendasikan, yaitu perilaku pencegahan DBD, dalam mengurangi resiko penyakit DBD.

4. *Perceived Barriers*

Apa saja aspek negatif atau hambatan dalam melakukan perilaku pencegahan DBD

5. *Cues to Action*

Isyarat atau tanda atau faktor yang dapat membuat seseorang merubah perilaku atau ingin merubah perilaku pencegahan DBD yang diharapkan

6. *Self-Efficacy*

Keyakinan bahwa seseorang akan dapat melakukan perilaku yang diharapkan

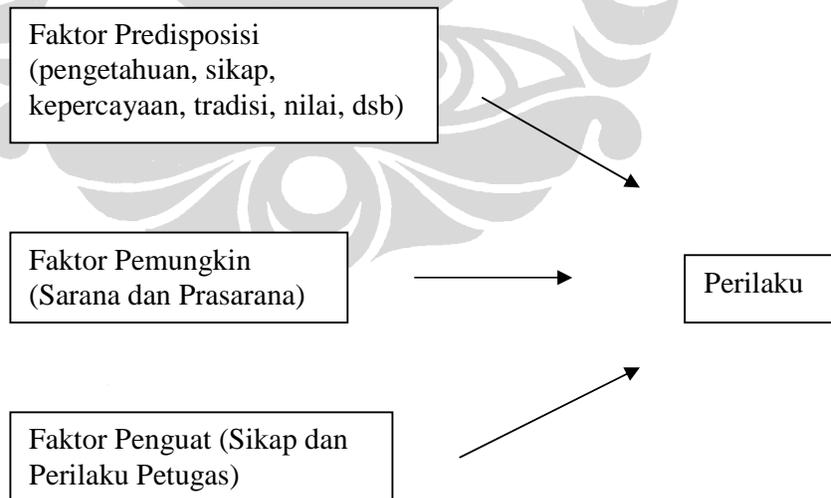
### 2.10.2 Teori Lawrence Green

Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavior causes*). Perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor.

- a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Faktor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

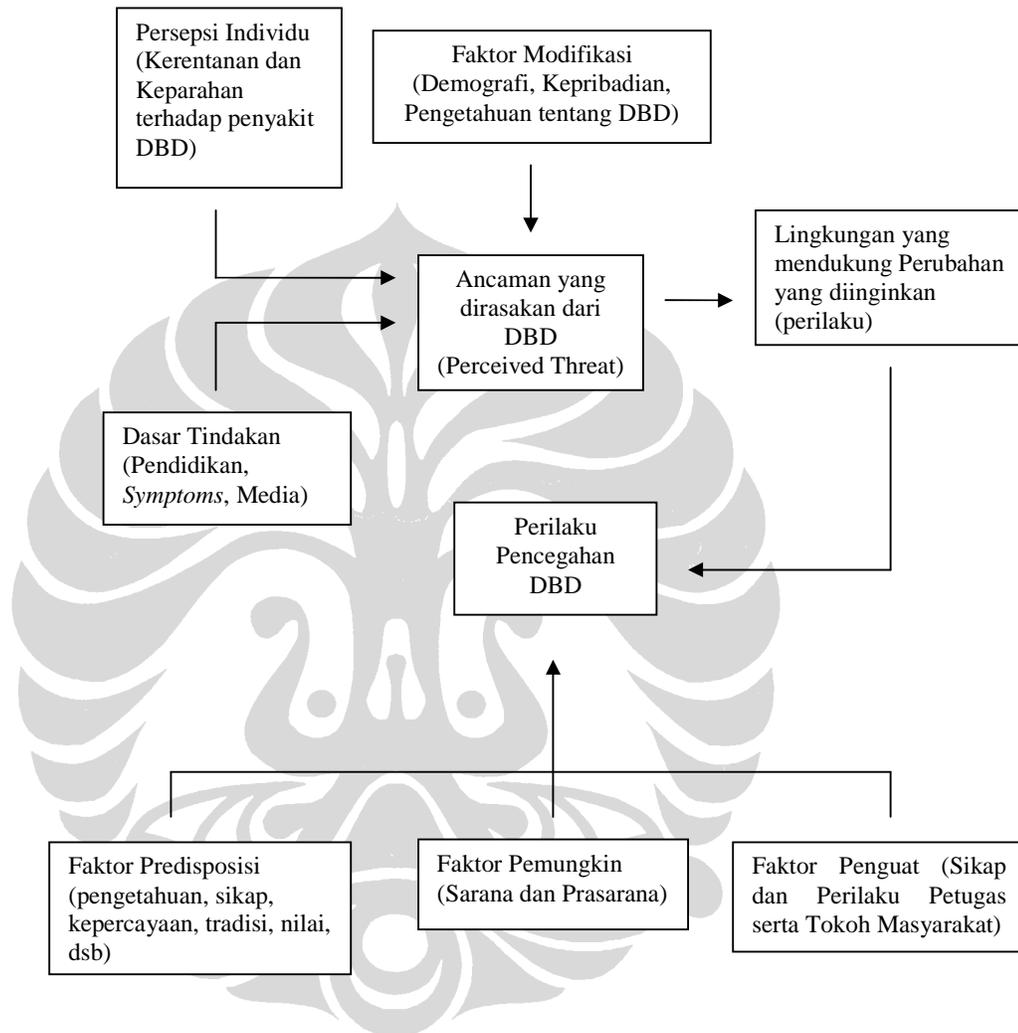
- b. Faktor Pemungkin (*Enabling Faktor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, ketersediaan fasilitas, sarana atau prasarana yang mendukung perilaku seseorang atau masyarakat.
- c. Faktor Penguat (*Reinforcing Faktor*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang menjadi kelompok panutan dari perilaku masyarakat. Selain itu, informasi, peraturan, undang-undang, surat keputusan dari para pejabat pemerintahan merupakan faktor penguat perilaku.

Dalam menerapkan perilaku secara khusus, ada beberapa hal yang mempengaruhi perilaku seseorang. Menurut Green, faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam perencanaan pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut:



**Gambar 2.5 Teori Lawrence Green**

## 2.11 Kerangka Teori



**Gambar 2.6 Kerangka Teori Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan DBD**

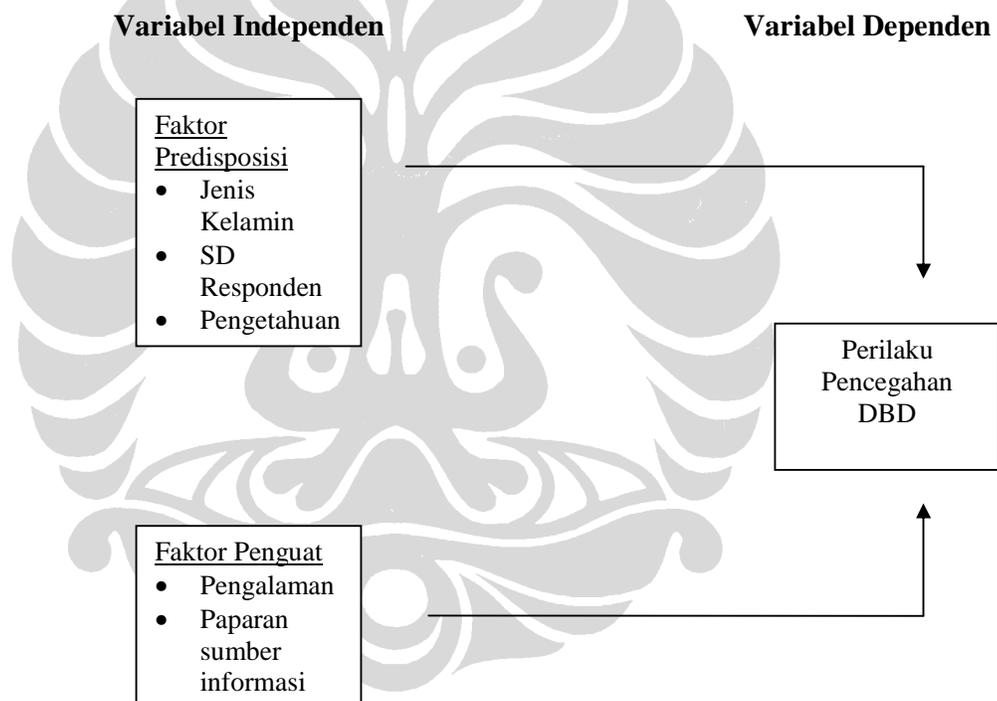
Kerangka teori diadaptasi dari teori Health Belief Model dan teori Green.

## BAB III

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 3.1 Kerangka Konsep

Karena keterbatasan penelitian maka tidak semua variabel dalam kerangka teori dapat diteliti. Berdasarkan kerangka teori maka berikut ini adalah kerangka yang akan digunakan dalam penelitian ini:



**Gambar 3.1 Kerangka Konsep Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan DBD**

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Dari kerangka konsep di atas, ditentukan variabel independen yang terdiri dari jenis kelamin, asal sekolah, pengetahuan, pengalaman dan paparan sumber informasi untuk mengetahui hubungan dengan variabel independennya yaitu perilaku pencegahan DBD. Berikut ini adalah hipotesis dari hubungan antara kedua jenis variabel tersebut:

1. Ada hubungan antara perbedaan jenis kelamin dengan perilaku pencegahan DBD
2. Ada hubungan antara sekolah yang berbeda dengan perilaku pencegahan DBD
3. Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan DBD
4. Ada hubungan antara pengalaman dengan perilaku pencegahan DBD
5. Ada hubungan antara paparan informasi dengan perilaku pencegahan DBD

### 3.3 Definisi Operasional

| No. | Variabel                | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Kategori                                                                                            | Skala   |
|-----|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1.  | Perilaku Pencegahan DBD | Segala usaha yang dilakukan untuk mencegah penyakit DBD yang meliputi apa yang pernah dilakukan agar tidak digigit nyamuk penular DBD di sekolah, apakah pernah mengamati jentik, seberapa sering mengamati jentik dan memberantas jentik dan apa saja yang dilakukan setelah mendapatkan informasi tentang DBD | 0. Perilaku kurang baik (bila menjawab < median)<br>1. Perilaku cukup baik (bila menjawab ≥ median) | Ordinal |
| 2.  | Jenis Kelamin           | Karakteristik fisik responden yang berbeda antara laki-laki dan perempuan                                                                                                                                                                                                                                       | 1. Laki – laki<br>2. Perempuan                                                                      | Nominal |
| 3.  | SD Responden            | Sekolah tempat responden mengambil pendidikan dasarnya                                                                                                                                                                                                                                                          | 1. SD Ratujuaya 3<br>2. SD Rahmani<br>3. SD Raudhatul Muta'alimin<br>4. SD Beji 3<br>5. SD Beji 8   | Nominal |
| 4.  | Pengetahuan             | Pengetahuan responden tentang karakteristik nyamuk penular DBD, pencegahan DBD, tujuan 3M, siapa saja yang bisa terkena DBD, keseriusan penyakit DBD dan pemberantasan DBD                                                                                                                                      | 0. Pengetahuan rendah (bila menjawab < median)<br>1. Pengetahuan tinggi (bila menjawab ≥ median)    | Ordinal |

|    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                     |         |
|----|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 5. | Pengalaman                | Pernah atau tidaknya responden atau orang-orang terdekat mengalami DBD dan apakah orang tua pernah mengajak melakukan kegiatan mengamati jentik di rumah                                                                                                                                                                                                 | 0. Belum ada pengalaman (bila menjawab < median)<br>1. Ada pengalaman (bila menjawab $\geq$ median) | Ordinal |
| 6. | Paparasi Sumber Informasi | Paparasi dari semua sumber yang memberikan informasi mengenai DBD kepada responden, pernahkah mendapat informasi seputar DBD, pernahkah membahas DBD dengan orang tua maupun teman, cara apa yang disukai dalam mendapatkan informasi DBD dan dari mana saja mendapatkan informasi (Orang tua, Guru, Petugas kesehatan, Teman, Surat kabar dan Televisi) | 0. Paparasi kurang (bila < menjawab median)<br>1. Paparasi cukup (bila menjawab $\geq$ median)      | Ordinal |