

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 KONSEP PERILAKU

2.1.1 DEFINISI PERILAKU

Perilaku merupakan cerminan dari diri kita sendiri. Perilaku adalah segala aktivitas yang dilakukan manusia yang memiliki bentangan yang sangat luas seperti berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian, dan lain-lain (Notoatmodjo, 2007). Banyak para ilmuwan menyampaikan pendapatnya mengenai perilaku diantaranya Maulana tahun 2009 mengatakan “Perilaku seseorang dapat berubah jika terjadi ketidakseimbangan antara dua kekuatan di dalam diri seseorang”. Perilaku merupakan bentuk reaksi dari sebuah rangsangan yang diberikan pada seseorang yang dapat berasal dari luar maupun dari dalam dirinya sendiri (Ali, 2010).

Perilaku adalah faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang memengaruhi kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat (Blum, 1974., dalam Maulana, 2009). Dilihat dari segi Biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan (Maulana, 2009). Sedangkan jika dilihat dari segi Psikologis (Skinner, 1983., dalam Maulana, 2009) mengatakan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Tanggapan lain tentang perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (*stimulus*) dan tanggapan dan respons (Skinner, 1938., dalam Notoatmodjo, 2007). Sedangkan respon itu sendiri dibagi menjadi dua jenis, yaitu *Respondent Response (reflexive)* dan *Operant Response (Instrumental Response)*.

2.1.2 BENTUK PERILAKU

Notoatmodjo (2007) menjelaskan terdapat dua bentuk perilaku, yaitu:

1) Bentuk pasif

Bentuk pasif adalah respons internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Misalnya mengetahui bahaya merokok tapi masih merokok, maka bentuk sikap seperti ini bersifat terselubung (*covert behavior*).

2) Bentuk aktif

Bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu dapat diobservasi atau dilihat secara langsung. Perilaku yang sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata, misalnya membaca buku pelajaran, berhenti merokok, dan selalu memeriksakan kehamilan bagi ibu hamil, maka bentuk sikap seperti ini disebut (*overt behavior*).

2.1.3 DOMAIN PERILAKU

Meskipun perilaku merupakan bentuk dari sebuah respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan yang diberikan, tetapi dalam menerima respons sangat bergantung pada setiap individu yang bersangkutan. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun stimulusnya sama, tetapi respons setiap individu berbeda. Hal tersebut menunjukkan bahwa perilaku manusia sangat kompleks dan unik.

Menurut Benyamin Bloom (1908) seperti dikutip Notoatmodjo (2003) dalam Maulana (2009:195), membagi perilaku manusia dalam tiga domain (ranah/kawasan), yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor. Ketiga domain tersebut mempunyai urutan, pembentukan

perilaku baru khususnya pada orang dewasa diawali oleh domain kognitif. Individu terlebih dahulu mengetahui stimulus untuk menimbulkan pengetahuan. Selanjutnya timbul domain afektif dalam bentuk sikap terhadap objek yang diketahuinya. Pada akhirnya, setelah objek diketahui dan disadari sepenuhnya, timbul respons berupa tindakan atau keterampilan (domain psikomotor).

Pada kenyataannya tindakan setiap individu tidak harus didasari pengetahuan dan sikap. Dalam perkembangannya, teori Bloom dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yaitu:

1) Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu (Maulana, 2009). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Fitriani, 2011).

Proses adopsi perilaku, menurut Rogert (1974) dalam Maulana (2009) bahwa sebelum individu mengadopsi perilaku baru, terjadi proses berurutan dalam dirinya. Proses ini meliputi a) *Awareness* (individu menyadari atau mengetahui adanya stimulus/objek), b) *Interest* (orang mulai tertarik pada stimulus), c) *Evaluation* (menimbang baik buruknya stimulus bagi dirinya), d) *Trial* (orang mulai mencoba perilaku baru), dan e) *Adaption* (orang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus). Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan:

- a) Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, oleh sebab itu “tahu” merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.
- b) Memahami (*comprehension*), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c) Aplikasi (*application*), kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).
- d) Analisis (*analysis*), kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e) Sintesis (*synthesis*), menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f) Evaluasi (*evaluation*), berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2) Sikap

Sikap adalah suatu reaksi atau respons yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek (Fitriani, 2011). Sikap tidak dapat dilihat, tetapi dapat ditafsirkan terlebih dahulu daripada perilaku yang tertutup. Sikap juga merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Maulana, 2009).

Menurut Newcomb seperti dikutip Notoatmodjo (2003) dalam Maulana (2009), sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, yang menjadi predisposisi tindakan suatu perilaku, bukan pelaksanaan motif tertentu. Sikap memiliki tingkatan, yaitu menerima, merespon, menghargai, bertanggungjawab. Pembentukan sikap dipengaruhi oleh beberapa factor, antara lain : pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan agama, serta pengaruh factor emosional (Azwar, 2003).

Komponen yang membentuk sikap menurut Maulana (2009) sebagai berikut:

a) Komponen kognitif (*cognitive*)

Di sebut juga komponen perceptual, yang berisi kepercayaan yang berhubungan dengan persepsi individu terhadap objek sikap dengan apa yang di lihat dan di ketahui, pandangan, keyakinan, pikiran, pengalaman pribadi, kebutuhan emosional, dan informasi dari orang lain. Sebagai contoh seorang tahu kesehatan itu sangat berharga jika menyadari sakit dan terasa hikmahnya sehat.

b) Komponen afektif (komponen emosional)

Komponen ini menunjukkan dimensi emosional subjektif individu terhadap objek sikap, baik bersifat positif (rasa senang) maupun negatif (rasa tidak senang). Reaksi emosional banyak dipengaruhi oleh apa yang kita percayai sebagai suatu yang benar terhadap objek sikap tersebut.

c) Komponen konatif (komponen perilaku)

Komponen ini merupakan predisposisi atau kecenderungan bertindak terhadap objek sikap yang dihadapinya (misalnya para lulusan SMU banyak memilih melanjutkan ke politeknik kesehatan karena setelah lulus menjanjikan pekerjaan yang jelas).

3) Praktik atau Tindakan

Praktik merupakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*) untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, seperti fasilitas. Praktik sendiri mempunyai beberapa tingkatan, yaitu:

a) Persepsi (perception)

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

b) Respon terpimpin (guided response)

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

c) Mekanisme (mecanism)

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

d) Adopsi (adoption)

Merupakan praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.1.4 PROSES PEMBENTUKAN PERILAKU

Proses pembentukan perilaku dapat berlangsung cepat atau dalam waktu pendek dan dalam waktu yang lama atau lambat. Menurut (Maulana, 2009) pembentukan perilaku menurut Maslow didasarkan pada tingkat kebutuhan manusia. Manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu *physiological needs, safety needs, social needs or the belonging and love, the esteem needs, and self actualization needs*. Tingkat dan jenis kebutuhan tersebut merupakan satu kesatuan atau tidak dapat dipisah-pisahkan satu dengan lainnya.

Dalam mempelajari kebutuhan manusia, penting untuk mempelajari motivasi yang mengacu adanya kekuatan dorongan yang menggerakkan diri untuk berperilaku. Sunaryo (2004) dalam maulana (2009) mengatakan, untuk meningkatkan motivasi dalam berperilaku dapat dilakukan empat cara seperti berikut:

- a. Memberikan *reward* berbentuk hadiah, pujian, piagam, penghargaan, promosi pendidikan, dan jabatan.
- b. Kompetisi atau persaingan yang sehat
- c. Menjelaskan tujuan atau menciptakan tujuan antara (*pace making*).
- d. Memberikan informasi mengenai keberhasilan kegiatan yang telah dilakukan untuk mendorong keberhasilan lebih.

Prinsip motivasi seperti diatas dapat diterapkan dalam mempromosikan perilaku sehat.

Agar sesuai dengan harapan, perilaku dapat dibentuk dengan berbagai cara, diantaranya sebagai berikut menurut (Maulana, 2009):

1) Conditioning (Pembiasaan)

Berdasarkan *Teori Belajar Conditioning* yang dikemukakan oleh beberapa ahli seperti Pavlon, Thorndike, dan Skinner, bahwa untuk membentuk perilaku perlu dilakukan *conditioning* atau *pembiasaan*, dengan cara membiasakan diri untuk berperilaku sesuai harapan. Contohnya, kebiasaan bangun pagi, kebiasaan menggosok gigi sebelum tidur, dan lain-lain.

Prosedur pembentukan perilaku dalam *Conditioning* menurut Skinner dalam Maulana (2009) adalah sebagai berikut:

- a) Langkah pertama adalah melakukan pengenalan terhadap sesuatu sebagai penguat, berupa hadiah atau reward.
- b) Langkah kedua adalah melakukan analisis untuk mengidentifikasi bagian-bagian kecil pembentuk perilaku yang diinginkan, selanjutnya disusun dalam urutan yang tepat agar terbentuknya perilaku sesuai yang diharapkan.
- c) Langkah ketiga adalah menggunakan bagian-bagian kecil perilaku, yaitu:
 - Bagian-bagian perilaku disusun secara urut dan dipakai sebagai tujuan sementara.
 - Mengenal penguat atau hadiah untuk masing-masing bagian.
 - Membentuk perilaku dengan bagian-bagian yang telah tersusun.

- Jika bagian perilaku pertama telah dilakukan, hadiah akan diberikan sehingga tindakan tersebut sering dilakukan.
- Akhirnya akan dibentuk perilaku kedua dan seterusnya sampai terbentuk perilaku yang diharapkan.

2) Insight (Pengertian)

Cara ini didasarkan pada teori Kognitif. Menurut Kohler dalam tokoh psikologi Gestalt, hal penting dalam belajar adalah *Insight* atau *pengertian*. Seperti contoh “Mahasiswa jangan sampai terlambat karena dapat mengganggu teman-teman yang lain”.

3) Model

Cara model ini didasarkan pada *Teori Belajar Sosial (Social Learning Theory)*. Menurut Bandura (1997) dalam Maulana (2009), pada dasarnya pembentukan perilaku dapat ditempuh dengan menggunakan contoh atau model. Contohnya, orang tua sebagai panutan anak-anaknya. Hal ini berarti bahwa perilaku yang terbentuk dalam diri seseorang (anak, murid, masyarakat) identik dengan perilaku yang ditampilkan oleh para tokoh atau model tersebut.

2.1.5 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU

Perilaku yang dimiliki setiap individu berbeda dan bersifat unik. Perilaku dapat terbentuk dengan kekhasan dan keunikannya dapat dipengaruhi oleh banyak faktor.

Ada 3 faktor yang dikemukakan oleh Lawrence Green (1980) dalam Maulana (2009). Ia menyatakan perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pendorong, dan faktor penguat.

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku seseorang. Faktor-faktor yang termasuk dalam faktor predisposisi adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan faktor sosio-demografi.

b. Faktor Pendorong

Faktor pendorong adalah faktor yang memungkinkan terjadinya perilaku. Seperti halnya faktor lingkungan fisik, sarana kesehatan atau sumber-sumber khusus yang mendukung, dan fasilitas kesehatan.

c. Faktor Penguat

Faktor penguat atau *reinforcing factor* adalah faktor yang memperkuat perilaku termasuk sikap dan perilaku petugas, kelompok referensi, dan tokoh masyarakat.

Sedangkan menurut WHO (1988) dalam Maulana (2009) menyebutkan ada empat faktor yang mempengaruhi perilaku yaitu:

- a) Pemikiran dan perasaan, meliputi pengetahuan (sebagai hasil pengalaman), persepsi, kepercayaan, sikap, dan nilai.
- b) Orang penting sebagai referensi. Dalam hal ini perilaku seseorang dipengaruhi oleh orang yang dianggapnya penting, seperti orang tua, guru, dan lain-lain.
- c) Sumber daya (*resource*) yang mencakup fasilitas seperti uang, waktu, tenaga, pelayanan, dan keterampilan.
- d) Kebudayaan, yaitu berupa perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai, dan penggunaan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan pola hidup tertentu.

2.1.6 INDIKATOR PERUBAHAN PERILAKU

Hal terpenting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku, karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan lainnya (Notoatmodjo, 2007). Arah perubahan perilaku tergantung pada besarnya pengaruh kekuatan-kekuatan pendorong dan penahan yang berarti dapat positif atau negatif (Maulana, 2009). Perilaku merupakan kegiatan yang dapat diamati secara langsung.

Menurut Maulana (2009) indikator yang digunakan dalam pengukuran perubahan perilaku kesehatan, yaitu pengetahuan (*kwonledge*), sikap (*attitude*), dan tindakan (*practice*). Dalam hal ini perubahan perilaku kesehatan yang terjadi dapat diamati dari pengetahuan, sikap, dan tindakan seseorang terhadap: 1) sakit dan penyakit (*health promotion behavior, health prevention behavior, health seeking behavior, dan rehabilitation behavior*), 2) sistem pelayanan kesehatan, 3) makanan, dan 4) lingkungan kesehatan.

Cara yang tepat untuk mengukur pengetahuan dan sikap adalah dengan wawancara, baik terstruktur maupun wawancara mendalam, dan diskusi kelompok terarah. Sementara untuk memperoleh data tindakan atau perilaku adalah melalui observasi, tapi juga dapat dilakukan dengan cara pendekatan *recall* melalui wawancara, dengan mengingat kembali perilaku yang telah dilakukan responden beberapa waktu yang lalu (Maulana, 2009).

2.1.7 KLASIFIKASI PERILAKU KESEHATAN

Perilaku kesehatan merupakan suatu respons seseorang terhadap stimulus atau obyek yang berhubungan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Becker (1979) seperti dikutip Notoatmodjo (2003) dalam Maulana (2009), perilaku yang berhubungan dengan kesehatan diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Perilaku hidup sehat

Perilaku hidup sehat merupakan perilaku yang berhubungan dengan upaya individu dalam mempertahankan dan meningkatkan status kesehatannya. Cara yang dilakukannya adalah dengan menjaga gaya hidup yang sehat.

b. Perilaku sakit

Perilaku sakit merupakan respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsi terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab, tanda gejala, cara pengobatan, dan usaha-usaha untuk mencegah penyakit.

c. Perilaku peran sakit

Perilaku peran sakit adalah segala aktivitas yang menderita sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku peran sakit meliputi beberapa hal berikut ini:

- Tindakan untuk memperoleh kesembuhan.
- Mengenal atau mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan atau penyembuhan penyakit yang layak.
- Mengetahui haknya seperti memperoleh perawatan dan pelayanan kesehatan. Dan seseorang yang sakit wajib memberitahukan penyakitnya kepada orang lain terutama petugas kesehatan dan tidak menularkan penyakitnya pada orang lain.

2.2 KONSEP DEMAM BERDARAH DENGUE

2.2.1 DEFINISI DEMAM BERDARAH DENGUE

Demam Berdarah Dengue (DBD) atau biasa disebut DHF (Dengue Hemoragic Fiver) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang jumlah penderitanya cenderung meningkat setiap tahunnya. Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang sering terjadi pada saat memasuki musim penghujan ini disebabkan oleh virus Dengue dari genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*. Proses perjalanan penyakit DBD ini begitu cepat dan sering menyebabkan kematian akibat penanganan yang terlambat.

Virus Dengue tidak menular melalui kontak manusia dengan manusia. Virus Dengue hanya bisa ditularkan melalui vektor nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Virus Dengue berukuran 35-45 nm yang disimpan di dalam telur nyamuk betina, selanjutnya nyamuk betina akan menularkan virus Dengue ke manusia melalui gigitannya. Nyamuk betina ini umumnya menggigit pada siang hari (pukul 09.00-10.00 WIB) atau sore hari (16.00-17.00), sedangkan pada malam hari nyamuk ini bersembunyi di tempat gelap atau diantara benda-benda yang tergantung seperti baju dan tirai. Nyamuk *Aedes aegypti* memiliki ciri-ciri bintik-bintik putih pada tubuhnya dan berukuran kecil dibandingkan nyamuk biasa, berkembang biak di genangan air bersih (penampungan air, bak mandi, pot bunga, dan gelas). Penyebaran penyakit DBD sangat cepat dikarenakan kemampuan terbang nyamuk *Aedes aegypti* hanya 100-200 meter (Satari & Meiliasari, 2008).

2.2.2 ETIOLOGI DEMAM BERDARAH DENGUE

Virus Dengue, termasuk dalam golongan Arbovirus (Arthropod borne virus) akut yang ditularkan oleh nyamuk spesies *Aedes*. Virus Dengue termasuk dalam kelompok

Arbovirus B, dimana dikenal 4 (empat) serotype virus Dengue yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4, semuanya ditemukan di Indonesia tetapi DEN-3 yang paling banyak ditemukan. Seseorang yang tinggal di daerah endemis dengue dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2.3 MANIFESTASI KLINIS DEMAM BERDARAH DENGUE

Penyakit DBD disebabkan oleh infeksi virus Dengue dan biasanya ditandai dengan demam tinggi, nyeri otot atau nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombotopenia (Nurarif & Kusuma, 2015). DBD biasanya juga terjadi perdarahan baik timbul secara spontan maupun setelah uji tourniquet (Soegijanto, 2006).

Gejala klinis DBD lainnya menurut (WHO, 1997., dalam Nurarif & Kusuma, 2015), yaitu:

- a. Demam tinggi akut yang berlangsung selama 2-7 hari
- b. Manifestasi perdarahan:
 - Uji tourniquet positif
 - Petekie, ekimosis, atau purpura
 - Perdarahan mukosa (epistaksis, perdarahan gusi), saluran cerna, tempat bekas suntikan
 - Hematemesis atau melena
- c. Trombotopeni (<100.000 sel/ml)
- d. Kebocoran plasma yang ditandai dengan:
 - Peningkatan nilai hematokrit $\geq 20\%$ dari nilai baku sesuai umur dan jenis kelamin
 - Penurunan nilai hematokrit $\geq 20\%$ setelah pemberian cairan yang adekuat

- e. Tanda kebocoran plasma seperti hipoproteinemia, asites, efusi pleura.

2.2.4 PATOFIOLOGI DEMAM BERDARAH DENGUE

Virus Dengue ditularkan oleh nyamuk *Aedes* yang sudah terinfeksi oleh virus Dengue. Nyamuk *Aedes* yang sudah terinfeksi akan tetap infeksi sepanjang hidupnya dan terus menularkan kepada manusia yang rentan atau kekebalan tubuh sedang menurun. Virus yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes* akan mengalami periode tenang selama kurang lebih 4 hari, dimana virus melakukan replikasi secara cepat dalam tubuh manusia, jika jumlah virus sudah cukup maka virus akan masuk sirkulasi darah dan pada saat ini manusia akan terinfeksi dan mengalami gejala panas/demam (Anies, 2006).

Pada saat memasuki pembuluh darah manusia, pipa pembuluh darah akan mengalami kebocoran. Plasma darah akan merembes ke luar dari pipa pembuluhnya. Selain kerusakan pada pipa pembuluh darah, sebagai akibat reaksi dalam darah yang timbul oleh masuknya virus, sumsum tulang juga ikut rusak. Maka produksi sel-sel darah ditekan sehingga produksi sel darah menurun, termasuk sel darah merah, sel darah putih, dan sel pembeku darah (*trombosit*) (Nadesul, 2007).

Ada dua perubahan patofisiologis yang terjadi menurut (WHO, 2004), yaitu:

- a. Meningkatnya permeabilitas pembuluh darah mengakibatkan kebocoran plasma, hipovolemia, dan syok. DBD memiliki ciri yang unik karena kebocoran plasma khusus ke arah rongga pleura dan peritoneum, selain itu periode kebocoran cukup singkat (24-48 jam).
- b. Hemostasis abnormal terjadi akibat vaskulopati, trombositopenia, sehingga terjadi berbagai jenis manifestasi perdarahan.

2.2.5 PEMERIKSAAN LABORATORIUM DEMAM BERDARAH DENGUE

Pemeriksaan darah rutin yang dilakukan untuk menskrining penderita Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah melalui uji *Ramplé Leede*, pemeriksaan kadar hemoglobin, hematokrit, jumlah trombosit, dan hapusan darah tepi untuk melihat adanya limfositosis relative disertai gambaran limfosit plasma biru. Selain itu juga dapat dilakukan pemeriksaan serologi, yaitu untuk deteksi antibody spesifik terhadap virus Dengue (Soegijanto, 2006).

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) pemeriksaan penunjang dapat dilihat dari:

a. Trombositopeni

Trombositopeni atau penurunan jumlah trombosit pada umumnya terjadi sebelum peningkatan hematokrit dan terjadi sebelum suhu turun. Biasanya jumlah trombosit turun di bawah $100.000/\text{mm}^3$ dan dijumpai antara hari 3-7 (Soegijanto, 2006).

b. Hb dan PVC meningkat (20%)

c. Leukopenia (mungkin normal atau leukositosis)

d. Isolasi virus

e. Serologi (Uji H) untuk mengetahui respon antibody sekunder

f. Pada renjatan yang berat, periksa Hb, PVC berulang kali apabila sudah menunjukkan tanda perbaikan.

2.2.6 PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE

Nyamuk *Aedes aegypti* sangat senang tinggal dan berkembang biak di genangan air bersih yang tidak berkontak langsung dengan tanah. Selain itu nyamuk *Aedes Aegypti* juga senang tinggal ditempat yang gelap, sehingga perlu dilakukan pemberantasan sarang nyamuk *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis*, dan *Aedes scutellaris* yang

berperan sebagai vektor virus Dengue (Ginanjar,2008). Cara efektif dari pengendalian vektor adalah penatalaksanaan lingkungan, yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pemantauan aktivitas (WHO, 1999).

Selain itu cara efektif untuk menghindari infeksi virus Dengue adalah menghindari tergigit dari nyamuk yang terinfeksi virus Dengue. Seperti tidur menggunakan kelambu/obat bakar pembasmi nyamuk, tidak tidur pada pagi dan sore hari, berolahraga secara teratur, dan lain-lain (WHO, 1999). Cara lain dalam pencegahan demam berdarah dengan melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) menurut Kemenkes RI (2011) yang meliputi: 1) Menguras tempat penampungan air sekurang-kurangnya seminggu sekali, atau menutupnya rapat-rapat, 2) Mengubur barang bekas yang dapat menampung air, 3) Menaburkan racun pembasmi jentik (abatisasi), 4) Memelihara ikan, dan 5) Cara-cara lain membasmi jentik nyamuk.

Sedangkan menurut (Anies, 2006) cara/upaya praktis yang merupakan manajemen berbasis lingkungan, yaitu sebagai berikut:

- 1) Membersihkan/menguras tempat penyimpanan air (bak mandi/WC, drum, dan lain-lain) sekurang-kurangnya seminggu sekali, karena jentik nyamuk akan berkembang dalam waktu 6-8 hari sebelum berubah menjadi pupa (kepompong), jadi dilakukan setiap hari.
- 2) Tutuplah dengan rapat tempat penampungan air, seperti tampayan, drum, dan lain-lain, agar nyamuk tidak dapat masuk dan berkembang biak di tempat tersebut, karena nyamuk *Aedes aegypti* berkembang biak di genangan air bersih.
- 3) Mengubur/membuang barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan, agar tidak menjadi tempat berkembang biak nyamuk. Sedangkan seperti potongan bambu/ranting

pohon agar dibakar bersama sampah lainnya. Jika memang belum sempat mengubur, membakar, dan membuang sebaiknya letakkan barang-barang pada posisi telungkup.

- 4) Menutup lubang-lubang pada pagar yang terbuat dari bambu dengan tanah/adukan semen, agar tidak menjadi genangan air bersih dan menjadi habitat nyamuk *Aedes aegypti*.
- 5) Hindari kebiasaan menggantung pakaian di gantungan terbuka seperti di belakang pintu kamar. Lipatlah pakaian yang tergantung dalam kamar agar nyamuk tidak hinggap pada pakaian tersebut, karena pada malam hari nyamuk *Aedes aegypti* sangat senang hinggap/hidup di tempat yang gelap dan lembab.
- 6) Taburkan bubuk *abate* ke dalam tempat penampungan air yang sulit dikuras membatasi populasi nyamuk sebelum mereka menjadi dewasa. Ulangi hal tersebut setiap 2-3 bulan sekali. Takaran penggunaan bubuk *abate* untuk 10 liter air cukup dengan 1 gram bubuk *abate*. Sebagai contoh: 10 liter air = $(100/10) \times 1 \text{ gram} = 10 \text{ gram Abate}$. Kandungan yang terdapat dalam bubuk *Abate*, yaitu 1 g *Abate* mengandung = 10 mg Temephos (Dechacare, 2007).

2.3 KONSEP REMAJA

2.3.1 DEFINISI REMAJA

Masa remaja atau masa Adolesensi merupakan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa yang ditandai dengan percepatan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial (Cahyaningsih, 2011). Seseorang dikatakan remaja menurut buku-buku pediatric pada umumnya mendefinisikan untuk anak perempuan dari umur 10-18 tahun, sedangkan untuk anak laki-laki berumur 12-20 tahun (Cahyaningsih, 2011). Sedangkan menurut WHO (2007)

dalam kutipan Efendi & Makhfudli (2009) seseorang dikatakan remaja apabila berusia 12-24 tahun, namun jika pada usia tersebut seorang remaja belum menikah. Seseorang dikatakan remaja apabila anak telah mencapai umur 10-19 tahun (Cahyaningsih, 2011).

2.3.2 TAHAP PERKEMBANGAN REMAJA

Tahap perkembangan masa remaja dibagi menjadi masa remaja awal, masa remaja menengah, dan masa remaja akhir. Berikut penjelasan singkat mengenai tiga tahap perkembangan remaja Menurut (Cahyaningsih, 2011).

1) Masa Remaja Awal

Masa remaja awal adalah masa atau periode dimana masa anak lewat dan pubertas dimulai. Masa ini terjadi pada perempuan berusia 10-13 tahun, sedangkan pada laki-laki berusia 10,5-15 tahun. Seorang anak pada masa adolesensi awal ini harus berfungsi dalam 3 arena, yaitu keluarga, kelompok sebaya, dan sekolah. Di dalam keluarga umumnya remaja awal ini mulai tidak tergantung terhadap keluarga, dan lebih senang berkumpul dengan teman sebaya. Penerimaan oleh kelompok sebaya merupakan hal yang sangat penting. Persahabatan yang timbul pada masa ini lebih terpusat pada kegiatan bersama daripada hubungan perorangan atau individual. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan fisik dapat dilihat dari tinggi dan berat badan.

2) Masa Remaja Menengah

Masa remaja menengah adalah masa dimana perhatian dipusatkan pada pencapaian pendidikan dan pekerjaan. Jadi merupakan masa bereksperimen dengan berbagai peran. Umur kronologis tercapainya masa ini sangat bervariasi, yaitu antara umur 11-14 tahun pada anak perempuan, pada anak laki-laki berumur 12-15,5 tahun. Pada masa ini, remaja merasa

cemas jika terjadi perbedaan diantara teman sebayanya. Kecemasan juga timbul karena merasa tidak aman dalam berteman dan ketakutan akan ditolak dalam pergaulan. Pada masa ini juga remaja mulai memikirkan secara serius apa yang akan dikerjakannya sebagai seorang dewasa nantinya.

3) Masa Remaja Akhir

Ciri khas pada remaja akhir adalah orientasinya ke masa depan. Umur kronologis pencapaian masa ini juga bervariasi, antara umur 13-17 pada anak perempuan, pada anak laki-laki berumur 14-16 tahun. Hubungan dengan keluarga multi stabil kearah tingkat interaksi yang baru yang lebih demokratis. Sedangkan dalam pergaulan dengan kelompok sebaya mengarah kepada membina keintiman dengan jenis kelamin yang berbeda. Hubungan dengan teman menjadi lebih santai, tidak terlalu takut untuk ditinggalkan atau dikhianati.

2.3.3 TUGAS PERKEMBANGAN REMAJA

Tugas perkembangan remaja yang harus dicapai menurut (Aisyah, 2015) yaitu:

- 1) Mencapai hubungan sosial yang matang dengan teman sebaya.
- 2) Dapat menjalankan peranan-peranan sosial menurut jenis kelamin masing-masing.
- 3) Menerima keadaan fisik dan menggunakannya secara efektif.
- 4) Mencapai kebebasan emosional dari orang tua atau orang dewasa lainnya.
- 5) Mencapai jaminan kemandirian ekonomi.
- 6) Memilih dan mempersiapkan diri untuk pekerjaan atau jabatan.
- 7) Mempersiapkan diri untuk melakukan perkawinan dan hidup berumah tangga.

- 8) Mengembangkan kecakapan intelektual serta konsep-konsep yang diperlukan untuk kepentingan hidup bermasyarakat.
- 9) Memperlihatkan tingkah laku yang secara sosial dapat dipertanggungjawabkan.
- 10) Memperoleh sejumlah norma-norma sebagai pedoman dalam tindakan-tindakannya dan sebagai pandangan hidup.

2.4 KONSEP PONDOK PESANTREN

2.4.1 DEFINISI PONDOK PESANTREN

Pesantren merupakan salah satu lembaga pendidikan tertua di Indonesia. Pesantren adalah tempat santri menimba ilmu agama dan ilmu-ilmu lainnya. Pesantren juga dapat didefinisikan sebagai sebuah masyarakat mini yang terdiri atas santri, guru, dan pengasuh (Kyai) (Efendi & Makhfudli, 2013). Dalam perkembangannya pesantren menjadi beragam, secara umum pesantren dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a) Pesantren tipe A, yaitu pesantren yang sangat tradisional. Mereka hanya mempelajari kitab kuning.
- b) Pesantren tipe B, yaitu pesantren yang memadukan antara metode sorongan (satu guru untuk satu santri) dengan pendidikan formal yang ada di bawah departemen pendidikan atau departemen agama.
- c) Pesantren tipe C, hampir sama dengan pesantren tipe B lembaga pendidikannya terbuka untuk umum.
- d) Pesantren tipe D, yaitu pesantren yang tidak memiliki lembaga pendidikan formal, tetapi memberikan kesempatan kepada santri untuk belajar pada jenjang pendidikan formal di luar pesantren.

2.4.2 FUNGSI PONDOK PESANTREN

Secara umum pondok pesantren mempunyai fungsi untuk membentuk manusia-manusia yang mampu membangun hubungan dengan Allah, manusia lain, dan lingkungan. Sedangkan jika dilihat dari fungsi sosial, pesantren berhasil merespons persoalan-persoalan kemasyarakatan seperti mengatasi kemiskinan, memelihara tali persaudaraan, mengurangi pengangguran, memberantas kebodohan, menciptakan kehidupan yang sehat, dan sebagainya. Jika dilihat secara garis besar, pesantren mempunyai fungsi, yaitu tempat belajar ilmu-ilmu agama (keislaman), meningkatkan fungsi syiar dan pelayanan, berperan aktif dalam peningkatan kualitas umat melalui dakwah, mengembangkan dakwah dengan cara yang kreatif dan inovatif, sebagai garda depan dalam mencetak para mujahid dakwah, termasuk para penghafal Al-Quran (Hafidz dan Hafidzah), dan lain-lain (Efendi & Makhfudli, 2013).

2.5 KONSEP PENYULUHAN KESEHATAN

2.5.1 DEFINISI PENYULUHAN KESEHATAN

Pada dasarnya pendidikan kesehatan atau yang sekarang dikenal dengan promosi kesehatan dan penyuluhan kesehatan memiliki arti yang berbeda. Promosi kesehatan merupakan kegiatan pendidikan kesehatan, sedangkan penyuluhan kesehatan adalah bentuk dari kegiatan pendidikan kesehatan itu sendiri. Teori penyuluhan kesehatan dalam pendidikan untuk peserta didik di sekolah-sekolah berkaitan dengan teori-teori “Bimbingan dan Penyuluhan” (Maulana, 2009).

Sedangkan menurut Syafrudin & Fratidhina (2009) penyuluhan kesehatan merupakan suatu proses belajar untuk mengembangkan pengertian yang benar dan sikap yang positif

dari individu maupun kelompok terhadap kesehatan. Penyuluhan dapat dilakukan dimana saja, apakah di dalam institusi pelayanan maupun di masyarakat. Dalam penyampaian materi penyuluhan hendaknya memenuhi persyaratan seperti menggunakan bahasa yang mudah dimengerti, materi tidak sulit dan mudah dipahami, menggunakan alat peraga, dan materi sesuai kebutuhan (Fitriani, 2011).

2.5.2 TUJUAN PENYULUHAN KESEHATAN

Penyuluhan kesehatan yang diberikan pada individu maupun kelompok masyarakat bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan aktif berperan serta dalam upaya peningkatan kesehatan.

Tujuan dari penyuluhan menurut Fitriani (2011), yaitu:

1) Tercapainya perubahan perilaku

Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku hidup sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

2) Terbentuknya perilaku sehat

Tujuan dari penyuluhan kesehatan yaitu mengubah perilaku tidak sehat menjadi sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.

2.5.3 SASARAN PENYULUHAN KESEHATAN

Sasaran penyuluhan kesehatan pada umumnya hampir sama dengan pendidikan kesehatan, yaitu menurut Fitriani (2011):

- 1) Individu maupun keluarga,
- 2) Kelompok sasaran khusus, misalnya:
 - Kelompok berdasarkan pertumbuhan, mulai dari anak sampai manula
 - Kelompok yang memiliki perilaku merugikan kesehatan
 - Kelompok yang memiliki penyakit kronis
 - Kelompok yang di tamping di lembaga tertentu, seperti panti asuhan, lembaga masyarakat, dan panti jompo
- 3) Masyarakat
 - Masyarakat binaan puskesmas
 - Masyarakat pedesaan
 - Masyarakat yang terkena wabah seperti DHF, Diare, dan lain- lain

2.5.4 FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEBERHASILAN PENYULUHAN KESEHATAN

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan sebuah penyuluhan yaitu menurut Fitriani (2011):

- 1) Faktor Penyuluh

Yang termasuk dalam faktor penyuluh, yaitu persiapan, penguasaan materi, penampilan, penggunaan bahasa, intonasi, dan arah penyampaian.

2) Faktor Sasaran

Beberapa faktor yang termasuk dalam faktor sasaran, yaitu tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, kepercayaan dan adat, dan kondisi lingkungan.

3) Faktor Proses Penyuluhan

Faktor proses penyuluhan meliputi pilihan waktu, tempat, jumlah sasaran, alat peraga, dan metode penyuluhan.

2.5.5 METODE PENYULUHAN KESEHATAN

Metode dalam penyuluhan kesehatan dapat diartikan suatu cara untuk melaksanakan penyuluhan tersebut kepada individu, kelompok, maupun masyarakat (Syafudin & Fratidhina, 2009). Metode penyuluhan kesehatan dibedakan menjadi dua, yaitu metode didaktif dan metode sokratik.

Berikut penjelasan singkatnya menurut (Maulana, 2009):

- 1) Metode didaktif, penyuluhan dengan menggunakan metode ini dilakukan secara satu arah atau *one way method*, dimana dalam penyuluhan ini yang berperan aktif adalah orang yang memberikan penyuluhan sedangkan sasaran lebih bersifat pasif. Yang termasuk dalam metode ini, yaitu ceramah, film, leaflet, poster, dan siaran radio.
- 2) Metode sokratik, penyuluhan yang dilakukan secara dua arah atau *two ways method*. Dalam metode penyuluhan ini antara yang memberikan penyuluhan dan sasaran sama-sama berperan aktif. Yang termasuk dalam metode ini, yaitu diskusi, debat, panel, forum, demonstrasi, dan lain-lain.

Sedangkan klasifikasi metode penyuluhan kesehatan menurut Notoatmodjo (1993) dan WHO (1992) dalam kutipan Maulana (2009) dibagi menjadi tiga bagian, yaitu metode individu, kelompok, dan massa.

2.5.6 MEDIA PENYULUHAN KESEHATAN

Media penyuluhan kesehatan adalah alat bantu yang digunakan dalam memberikan/menyalurkan penyuluhan kesehatan. Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan, media dibagi menjadi 3 menurut (Notoatmodjo, 2007), yaitu:

a. Media cetak

Media cetak yang digunakan di era modern seperti saat ini sangat bervariasi antara lain:

- 1) *Booklet* adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dan bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- 2) *Leaflet* adalah bentuk penyampaian informasi kesehatan dalam bentuk lembaran yang dilipat dan dapat berisi tulisan maupun gambar.
- 3) *Flyer* adalah seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan melainkan lembaran.
- 4) *Flip Chart* adalah penyampaian pesan-pesan kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam tiap lembar berisi gambar dan kalimat-kalimat yang berkaitan dengan gambar tersebut.
- 5) *Rubric* adalah tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan.

- 6) *Poster* adalah bentuk media cetak yang berupa lembaran kertas berukuran besar yang berisi pesan-pesan tentang kesehatan yang biasanya ditempel ditembok atau tempat-tempat umum.
- 7) Foto-foto yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

b. Media elektronik

Media elektronik sebagai sarana untuk menyampaikan informasi tentang kesehatan ada banyak bentuknya, yaitu:

- 1) *Televisi* adalah alat penyampaian informasi kesehatan dalam bentuk forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato, quiz atau cerdas cermat, dan lain-lain.
- 2) *Radio* adalah penyampaian informasi kesehatan dalam bentuk obrolan (Tanya-jawab), sandiwara radio, ceramah, dan lain-lain.
- 3) *Video* adalah penyampaian informasi kesehatan dalam bentuk video.
- 4) *Slide* juga dapat digunakan dalam penyampaian informasi kesehatan.

c. Media papan (*bill board*)

Papan (*bill board*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai dan diisi informasi tentang kesehatan. Media papan ini mencakup informasi yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum seperti bus dan taksi.