

**PENGARUH KOMUNIKASI INTERPERSONAL TERHADAP  
PENINGKATAN PERILAKU PENCEGAHAN DEMAM  
BERDARAH DENGUE (DBD) DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS MEO-MEO KOTA BAUBAU**

***THE EFFECT OF INTERPERSONAL COMMUNICATION  
TOWARD IMPROVING PREVENTION BEHAVIOR  
DENGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF) IN  
THE MEO-MEO PUSKESMAS WORKING  
AREA BAUBAU CITY***

**BUDI UTAMA  
K012181069**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**



**PENGARUH KOMUNIKASI INTERPERSONAL TERHADAP  
PENINGKATAN PERILAKU PENCEGAHAN DEMAM  
BERDARAH DENGUE (DBD) DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS MEO-MEO KOTA BAUBAU**

*The Effect Of Interpersonal Communication Toward Improving  
Prevention Behavior Dengue Hemorrhagic Fever  
(DHF) In The Meo-Meo Puskesmas Working  
Area Baubau City*

**Tesis**

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar  
**Magister Kesehatan Masyarakat (M.K.M)**

**Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Disusun dan diajukan oleh

**BUDI UTAMA**  
K012181069

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**



**TESIS****PENGARUH KOMUNIKASI INTERPERSONAL TERHADAP  
PENINGKATAN PERILAKU PENCEGAHAN DEMAM  
BERDARAH DENGUE (DBD) DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS MEO-MEO KOTA BAUBAU**

Disusun dan diajukan oleh :

**BUDI UTAMA**  
Nomor Pokok K012181069

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
Pada tanggal 25 Agustus 2020  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**MENYETUJUI  
KOMISI PENASIHAT,**

  
**Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes.**  
Ketua

  
**Dr. Hasnawati Amqam, SKM., M.Sc.**  
Anggota

  
Ketua Program Studi  
Kesehatan Masyarakat

**Dr. Masni, Apt., MSPH**



## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Budi Utama

NIM : K012181069

Fakultas / Peminatan : Kesehatan Masyarakat / Epidemiologi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 25 Agustus 2020

Yang menyatakan



**Budi Utama**



## KATA PENGANTAR

**Bismillahirrahmanirrahiim.**

Assalamualaikum warahmatulahi wabarakatuh,

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah, SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga Alhamdulillah semua rangkaian proses penyusunan tesis selesai dengan judul "**Pengaruh Komunikasi Interpersonal terhadap Peningkatan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Wilayah Kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau**".

Penulis berharap, semoga dengan hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu acuan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat pada umumnya.

Adapun dalam menyelesaikan tesis ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik berupa nasehat, dukungan, dbimbingan serta doa. Sehubungan dengan hal tersebut, maka kami menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang yang sebesar-besarnya kepada :

1. **Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M. Kes.** selaku Ketua Komisi Penasehat
2. **Dr. Hasnawati Amqam, SKM., M. Sc.** sebagai Anggota Komisi Penasehat.

Berkat kesediaan waktu, bimbingan, kesabaran, arahan, nasihat dan bantuan, serta saran yang diberikan selama proses penelitian kepada kami.



Ucapan terima kasih serta penghargaan penulis sampaikan yang sedalam-dalamnya kepada :

1. **Dr. Wahiduddin, SKM., M. Kes.**
2. **Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M. Kes,**
3. **Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.Kes.**

Berkat arahan, masukan dan kesediaannya telah menjadi penguji dalam penyusunan tesis ini.

Selanjutnya, penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. **Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA**, selaku Rektor Universitas Hasanuddin beserta jajarannya.
2. **Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.Ed**, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat beserta seluruh dosen dan staf yang telah memberikan bantuan fasilitas serta bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan.
3. **Dr. Masni, Apt, MSPH**, sebagai ketua program studi Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat beserta seluruh staf yang telah banyak membantu penulis selama mengikuti pendidikan.
4. **Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M. Kes.** sebagai Pembimbing Akademik penulis selama dalam masa pendidikan di Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.



pinan dan Jajaran PPSDMK Kementerian Kesehatan RI, atas bantuan biaya pendidikan Tugas Belajar 2018, sangat membantu

penulis dalam menyelesaikan proses belajar di Universitas Hasanuddin dan pengabdian kepada masyarakat,

6. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Baubau yang telah berkenan memberikan rekomendasi izin penelitian kepada penulis.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kota Baubau yang telah menerima dan membimbing penulis selama penelitian.
8. Kepala Puskesmas Meo-Meo beserta jajarannya atas bantuan dan ikut serta berpartisipasi dalam memfasilitasi penulis selama berlangsungnya penelitian.
9. Teman-teman seangkatan di Pascasarjana Kesehatan Masyarakat FKM Unhas Angkatan 2018, Kelas F dan Kelas Peminatan Epidemiologi, yang saling mendukung dan kerjasama selama menimba ilmu dan penyelesaian kuliah.
10. Teman-teman yang berpartisipasi pada penelitian sehingga berjalan lancar terkhusus Muhammad Rifaldi Anwar, Rahmat Hidayat, Richad Romroma, Fauziah Zahra Fahrunnisa, Riadnin Maharja, Diah Rismayani, dan yang lainnya terima kasih atas semua bantuannya.
11. Segala hormat, segala cinta, harapan, dan terima kasih serta penghargaan yang tidak terhingga penulis haturkan kepada orang tua tercinta Ayahanda **La Aka (Alm)** dan Ibunda **Wa Izi (Almarhumah)**. Mertua penulis **Bapak La Falihu, A. Ma. Pd** dan Ibu

**Sabiyah** Terima kasih pula kepada saudara penulis Ratna Aka, Priati Aka, Nurdin Aka, Hardin Aka dan Achmad Reddin Aka



termasuk kepada semua keluarga besar penulis atas doa dan support kepada penulis. atas semua pengorbanan dan doa yang diberikan. Khusus buat istri tercinta **Sumartia, S. Kep., Ners** dan anak penulis **Muhammad Agung** terima kasih atas kesabarannya, cinta, kasih dan sayang terhadap penulis selama prosen pendidikan sampai selesai.

12. Terima kasih buat yang telah ikut membantu semua proses penyelesaian penelitian ini,.

Penulis menyadari sepenuhnya sebagai manusia biasa tidak luput dari khilaf dan salah kalau hasil penelitian ini masih terdapat kekurangan, maka dari itu, penulis menyampaikan permohonan maaf dan mau menerima saran ataupun kritik yang sifatnya membangun. Semoga kita semua selalu dalam lindungan-nya. Amin.,

Demikian mudah-mudahan hasil penelitian ini dapat bermanfaat untuk semua pihak, terkhusus untuk penulis.

Terima kasih, *Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Makassar, Agustus 2020

Penulis

**Budi Utama**



## ABSTRAK

**BUDI UTAMA.** Pengaruh Komunikasi Interpersonal terhadap Peningkatan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau (Dibimbing oleh **Andi Zulkifli** dan **Hasnawati Amqam**).

Demam Berdarah Dengue (DBD) berisiko menyebabkan kematian ketika penderitanya mengalami syok karena perdarahan. Hingga saat ini, belum ada obat spesifik untuk menyembuhkan DBD. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh komunikasi interpersonal terhadap peningkatan perilaku pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD).

Jenis penelitian yang digunakan *Quasi experiment* dengan desain *nonrandomized pretest-posttest control grup*. Sampel diambil secara *simple random sampling* sebanyak 78 responden dari populasi 1.791 rumah tangga masing-masing 39 responden kelompok intervensi dan 39 kelompok kontrol. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan wawancara di wilayah kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau. Data dianalisis menggunakan uji *Wilcoxon* dan *Man Whitney*.

Hasil penelitian menunjukkan presentase karakteristik responden pada penelitian ini kelompok umur terbanyak adalah 28 – 38 tahun 39,74 %, jenis kelamin perempuan 79,48 %, telah menikah 92,31 %, pendidikan Sekolah Menengah Atas 56,41 %. Rerata skor terjadi peningkatan pengetahuan (13,21 menjadi 17,49), sikap (33,38 menjadi 38,92) dan, tindakan (6,77 menjadi 10,00) tentang DBD sebelum dan sesudah komunikasi interpersonal. Rerata skor terjadi peningkatan pengetahuan (12,69 menjadi 16,49), sikap (33,33 menjadi 37,46) dan, tindakan (8,56 menjadi 9,85) tentang DBD sebelum dan sesudah penyuluhan. Sedangkan perbandingan kelompok intervensi signifikan dari kelompok kontrol dengan ( $p < 0,05$ ) yaitu pengetahuan ( $p = 0,000$ ), sikap ( $p = 0,021$ ), dan tindakan ( $p = 0,001$ ) tentang DBD. Komunikasi interpersonal lebih berpengaruh daripada penyuluhan serta perlunya monitoring dan evaluasi pelaksanaan komunikasi interpersonal secara berkelanjutan.

**Kata Kunci** : Komunikasi Interpersonal, Pengetahuan, Sikap dan Tindakan, DBD.



## ABSTRACT

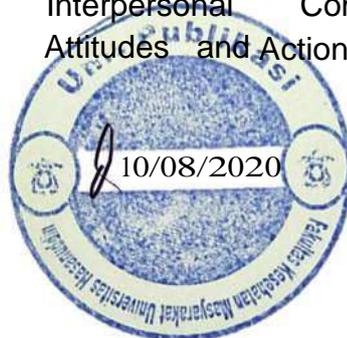
**BUDI UTAMA.** *The Effect of Interpersonal Communication Toward Improving Prevention Behavior Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in the Meo-Meo Puskesmas Working Area Baubau City* (Supervised by **Andi Zulkifli and Hasnawati Amqam**).

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) risks causing death when the sufferer experiences shock due to bleeding. Until now, there is no specific drug to cure DHF. This study aims to determine the effect of interpersonal communication on improving the prevention of Dengue Fever (DHF).

The type of research used is Quasi experiment with nonrandomized pretest-posttest control group design. Samples were taken by simple random sampling of 78 respondents from a population of 1,791 households each of 39 respondents in the intervention group and 39 in the control group. Data collection uses questionnaires and interviews in the Meo-Meo Puskesmas working area Baubau City. Data were analyzed using the Wilcoxon and Man Whitney tests.

The results showed the percentage of respondents characteristics in this study the most age groups were 28-38 years 39.74%, female sex 79.48%, married 92.31%, high school education 56.41%. The mean score increased knowledge (13.21 to 17.49), attitudes (33.38 to 38.92) and actions (6.77 to 10.00) about DHF before and after interpersonal communication. The mean score increased knowledge (12.69 to 16.49), attitudes (33.33 to 37.46) and actions (8.56 to 9.85) about DHF before and after counseling. While the comparison of the intervention group was significant from the control group with ( $p < 0.05$ ) namely knowledge ( $p = 0.000$ ), attitude ( $p = 0.021$ ), and actions ( $p = 0.001$ ) about DHF. Interpersonal communication is more influential than counseling and the need for monitoring and evaluating the implementation of interpersonal communication on an ongoing basis.

**Keywords:** Interpersonal Communication, Knowledge, Attitudes and Actions, DHF.



## DAFTAR ISI

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| HALAMAN JUDUL .....                  | i         |
| HALAMAN PENGANTAR .....              | ii        |
| LEMBAR PENGESAHAN .....              | iii       |
| PERNYATAAN KEASLIAN .....            | iv        |
| KATA PENGANTAR .....                 | v         |
| ABSTRAK INDONESIA .....              | ix        |
| ABSTRAK INGGRIS .....                | x         |
| DAFTAR ISI .....                     | xi        |
| DAFTAR TABEL .....                   | xiv       |
| DAFTAR GAMBAR .....                  | xvi       |
| DAFTAR GRAFIK .....                  | xvii      |
| DAFTAR LAMPIRAN .....                | xviii     |
| DAFTAR SINGKATAN .....               | xix       |
| <b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>       | <b>1</b>  |
| A. Latar Belakang .....              | 1         |
| B. Rumusan Masalah .....             | 8         |
| C. Tujuan Umum .....                 | 8         |
| D. Tujuan Khusus .....               | 8         |
| E. Manfaat Penelitian .....          | 9         |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b> | <b>11</b> |
| Tinjauan Tentang DBD .....           | 11        |
| Pengertian Demam berdarah .....      | 11        |
| Etiologi .....                       | 12        |



|   |    |
|---|----|
| 3. Penularan Virus <i>Dengue</i> .....                | 13 |
| 4. Epidemiologi Demam Berdarah .....                  | 15 |
| B. Tinjauan Komunikasi Interpersonal .....            | 35 |
| 1. Pengertian .....                                   | 35 |
| 2. Tujuan Komunikasi Interpersonal.....               | 36 |
| 3. Unsu-Unsur Komunikasi Interpersonal.....           | 37 |
| 4. Karakteristik Komunikasi Interpersonal .....       | 37 |
| 5. Prinsip-Prinsip Komunikasi Interpersonal.....      | 41 |
| 6. Tahapan Hubungan Interpersonal .....               | 42 |
| C. Tinjauan tentang Perilaku .....                    | 45 |
| 1. Pengertian Perilaku .....                          | 45 |
| 2. Batasan Perilaku Manusia .....                     | 46 |
| D. Tinjauan Tentang Perubahan Perilaku Kesehatan..... | 55 |
| 1. Definisi Perilaku Kesehatan .....                  | 55 |
| 2. Domain Perilaku Kesehatan .....                    | 55 |
| 3. Perubahan Perilaku Kesehatan .....                 | 56 |
| 4. Upaya Perubahan Perilaku Kesehatan .....           | 61 |
| E. Tinjauan Tentang Lokasi Penelitian .....           | 62 |
| F. Tabel Sintesa .....                                | 63 |
| G. Kerangka Teori.....                                | 76 |
| H. Kerangka Konsep.....                               | 77 |
| I. Definisi Operasional Dan Kriteria Obyektif .....   | 78 |
| J. Variabel Penelitian .....                          | 80 |
| K. Alur Penelitian .....                              | 81 |
| L. Hipotesis Penelitian.....                          | 82 |

### **BAB III METODE PENELITIAN .....**

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| A. Jenis dan Desain Penelitian ..... | 84 |
| Lokasi dan Waktu Penelitian .....    | 85 |
| Lokasi Penelitian.....               | 85 |
| Waktu Penelitian .....               | 86 |



|   |            |
|---|------------|
| C. Populasi dan Sampel Penelitian.....      | 86         |
| 1. Populasi Penelitian .....                | 86         |
| 2. Sampel Penelitian .....                  | 87         |
| D. Instrumen Penelitian .....               | 90         |
| E. Cara Pengumpulan Data.....               | 91         |
| F. Pengolahan Data .....                    | 92         |
| G. Analisis Data .....                      | 93         |
| H. Kontrol Kualitas .....                   | 95         |
| <b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>     | <b>94</b>  |
| A. Hasil Penelitian.....                    | 96         |
| B. Pembahasan .....                         | 118        |
| C. Kelebihan Komunikasi Interpersonal ..... | 125        |
| D. Keterbatasan Penelitian .....            | 125        |
| <b>BAB V Penutup .....</b>                  | <b>128</b> |
| A. Kesimpulan.....                          | 128        |
| B. Saran.....                               | 128        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b>                       |            |
| <b>LAMPIRAN</b>                             |            |



## DAFTAR TABEL

Halaman

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| Tabel 1.  | Sintesa Hasil Penelitian Tentang Pencegahan DBD .....  | 64  |
| Tabel 2.  | Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....   | 78  |
| Tabel 3.  | Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik pada Kelompok Intervensi Komunikasi Interpersonal dan Kelompok Kontrol Penyuluhan tentang DBD .....                   | 101 |
| Tabel 4.  | Presentase nilai Skor Pengetahuan pada pretest dan posttest Kelompok Intervensi Komunikasi Interpersonal dan Kelompok Kontrol Penyuluhan tentang DBD .....           | 103 |
| Tabel 5.  | Presentase skor Nilai Sikap pada Pretest dan Posttest Kelompok Intervensi Komunikasi Interpersonal dan Kelompok Kontrol tentang DBD .....                            | 106 |
| Tabel 6.  | Presentase skor Nilai Tindakan pada Pretest dan Posttest Kelompok Intervensi Komunikasi Interpersonal dan Kelompok Kontrol tentang DBD .....                         | 109 |
| Tabel 7.  | Hasil Analisis Deskriptif Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol .....   | 112 |
| Tabel 8.  | Skor Pengetahuan Responden pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol saat Pretest, Posttest Di Kelurahan Lanto dan Kelurahan Meo-Meo Kota Baubau Tahun 2020..... | 113 |
| Tabel 9.  | Skor sikap responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol saat pretest, posttest di Kelurahan Lanto dan Kelurahan Meo-Meo Kota Baubau Tahun 2020.....       | 114 |
| Tabel 10. | Skor tindakan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol saat pretest, posttest di Kelurahan Lanto dan Kelurahan Meo-Meo Kota Baubau Tahun 2020.....    | 115 |



|   |     |
|---|-----|
| Tabel 11. Perbedaan Skor Pengetahuan Responden pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol saat Pretest, dan Posttest Di Kelurahan Lanto dan Kelurahan Wameo di Kota Baubau Tahun 2020..... | 116 |
| Tabel 12. Perbedaan Skor Sikap Responden Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Saat Pretest, Dan Posttest di Kelurahan Lanto dan Kelurahan Wameo di Kota Baubau Tahun 2020.....       | 117 |
| Tabel 13. Perbedaan Skor Tindakan Responden pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol saat Pretest, Dan Posttest di Kelurahan Lanto dan Kelurahan Wameo di Kota Baubau Tahun 2020 .....   | 118 |



**DAFTAR GAMBAR**

|   | Halaman |
|---|---------|
| Gambar 1. Modifikasi Teori Model Proses Inovasi-Adopsi.<br>Rogers dan Schoemaker.1992)..... | 76      |
| Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian .....  | 77      |
| Gambar 3. Alur Penelitian .....   | 81      |
| Gambar 4. Desain Penelitian.....  | 85      |



**DAFTAR GRAFIK**

|  | Halaman |
|--|---------|
| Grafik 1. Presentase Skor Nilai Pengetahuan Pada Pretest dan Posttest Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol tentang DBD ..... | 104     |
| Grafik 2. Presentase Skor Nilai Sikap pada Pretest dan Posttest Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol tentang DBD .....       | 107     |
| Grafik 3. Presentase Skor Nilai Tindakan pada Pretest dan Posttest Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol tentang DBD .....    | 110     |



## DAFTAR LAMPIRAN

|               |   |
|---------------|---|
| Lampiran 1 :  | Lembar Informasi Penelitian             |
| Lampiran 2 :  | Lembar Persetujuan Responden            |
| Lampiran 3 :  | Kuisisioner Penelitian                  |
| Lampiran 4 :  | Lembar Observasi                        |
| Lampiran 5 :  | Kerangka Acuan Komunikasi Interpersonal |
| Lampiran 6 :  | Kerangka Acuan Penyuluhan               |
| Lampiran 7 :  | Master Tabel Penelitian                 |
| Lampiran 8 :  | Output Hasil Uji Statistik              |
| Lampiran 9 :  | SK dan Surat-Surat Penelitian           |
| Lampiran 10 : | Etik Penelitian                         |
| Lampiran 11 : | Dokumentasi Penelitian                  |
| Lampiran 12 : | CV Penulis                              |



## DAFTAR SINGKATAN

| <b>Singkatan/ Simbol</b> | <b>Keterangan</b>                          |
|--------------------------|--|
| CFR                      | : Case Fatality Rate                       |
| DBD                      | : Demam Berdarah Dengue                    |
| Kemendes RI              | : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia |
| NTT                      | : Nusa Tenggara Timur                      |
| WHO                      | : World Health Organization                |



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Menurut WHO Infeksi dengue merupakan masalah kesehatan global dengan estimasi kejadian sekitar 390 juta orang setiap tahunnya. Asia menuju epidemik Demam Berdarah Dengue (DBD) pada tahun 2019, sejumlah negara termasuk Australia, Kamboja, Laos, Malaysia, Filipina, Singapura dan Vietnam tengah menghadapi lonjakan kasus DBD dalam enam bulan terakhir (Kemenkes RI, 2019a).

Kasus terbanyak Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia hingga awal Februari 2019 ada di wilayah Jawa Timur, Jawa Tengah, NTT, dan Kupang mencapai 16.692 kasus dengan 169 orang meninggal dunia. Jumlah ini meningkat dibandingkan bulan sebelumnya, yaitu 13.683 kasus dengan 133 orang meninggal dunia. (Kemenkes RI, 2019b).

Penderita Demam Berdarah Dengue (DBD) dianjurkan untuk banyak istirahat dan cukup minum agar tidak mengalami dehidrasi. Hingga saat ini, belum ada obat spesifik untuk menyembuhkan Demam Berdarah Dengue (DBD). Risiko Demam Berdarah Dengue (DBD) menyebabkan kematian ketika penderitanya mengalami syok karena perdarahan. Pemberian obat hanya ditujukan untuk mengurangi gejala demam dan nyeri, serta mencegah komplikasi. (Kemenkes RI, 2019c).

Demam Berdarah Dengue (DBD) bisa berkembang menjadi kondisi  
yang merupakan kegawatan, yang disebut dengan *Dengue Shock*



*Syndrome (DSS)*. Gejalanya berupa muntah, nyeri perut, perubahan suhu tubuh dari demam menjadi dingin (hipotermia), dan melambatnya denyut jantung. Gejala DBD yang paling umum adalah demam tinggi hingga 40°C, yang disertai tubuh menggigil dan berkeringat. Selain itu, gejala lain yang biasanya terjadi adalah sakit kepala, nyeri tulang dan otot, mual, munculnya bintik-bintik merah di kulit, hingga perdarahan pada hidung dan gusi.

Gejala Demam Berdarah Dengue (DBD) tidak langsung nampak, namun membutuhkan waktu 4-10 hari setelah tergigit nyamuk yang membawa virus dengue. Bintik-bintik merah yang muncul di permukaan kulit merupakan tanda terjadinya perdarahan pada kulit akibat penurunan trombosit (keping darah). (Kemenkes RI, 2019d).

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) berkaitan dengan kondisi lingkungan, iklim, mobilitasi yang tinggi, kepadatan penduduk, perluasan perumahan dan perilaku masyarakat. Penyakit ini ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus* dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. (Profil Kesehatan Indonesia, 2018a).

Angka kesakitan DBD tahun 2018 menurun dibandingkan tahun 2017, yaitu dari 26,10 menjadi 24,75 per 100.000 penduduk. Penurunan *case fatality rate (CFR)* dari tahun sebelumnya tidak terlalu tinggi, yaitu 0,72% pada tahun 2017, menjadi 0,71% pada tahun 2018. Kasus DBD pada tahun

jumlah 65.602 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 467 orang.



Jumlah tersebut menurun dari tahun sebelumnya, yaitu 68.407 kasus dan jumlah kematian sebanyak 493 orang. (Profil Kesehatan Indonesia, 2018b).

Provinsi Kalimantan Tengah terdapat angka kesakitan DBD meningkat 2,5 kali lipat dibandingkan tahun 2017 sebesar 33,74 per 100.000 penduduk menjadi 84,39 per 100.000 penduduk tahun 2018. Provinsi Bengkulu juga angka kesakitan mengalami kenaikan 2 kali lipat dibandingkan tahun 2017 yaitu 31,95 penduduk 72,28 per 100.000 penduduk. Peningkatan angka kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) harus mendapat perhatian khusus. (Profil Kesehatan Indonesia, 2018c).

Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) menyebabkan angka kematian (*CFR*) lebih dari 1% dikategorikan tinggi. *CFR* tahun 2018 menurun dibandingkan tahun sebelumnya 0,72 pada tahun 2017 menjadi 0,71. Terdapat 8 provinsi pada tahun 2018 yang angka kematian *CFR* tinggi, dimana 3 provinsi dengan *CFR* tertinggi adalah Maluku Utara (3,64%), Maluku (3,15%), dan Kalimantan Utara (1,74%). Provinsi dengan *CFR* tinggi masih diperlukan upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan peningkatan pengetahuan masyarakat untuk segera memeriksakan diri ke sarana kesehatan jika ada gejala Demam Berdarah Dengue (DBD) sehingga tidak terlambat ditangani dan bahkan menyebabkan kematian. (Profil Kesehatan Indonesia, 2018d)

Jumlah kabupaten/kota yang terjangkit Demam Berdarah Dengue mengalami kenaikan, dari 434 (84,44%) pada tahun 2017 menjadi 440



(85,60%) pada tahun 2018. Namun berbeda dengan penurunan jumlah kasus dan angka kesakitan. (Profil Kesehatan Indonesia, 2018e)

Di Sulawesi Tenggara pada tahun 2018 terdapat kasus DBD berjumlah 624 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 4 orang. Jumlah tersebut menurun dari tahun 2017, yaitu 817 kasus dan jumlah kematian sebanyak 12 orang. Angka kesakitan/Incidence Rate (IR) Demam Berdarah Dengue (DBD) tahun 2018 menurun dibandingkan tahun 2017, yaitu dari 31,39 menjadi 23,51 per 100.000 penduduk. Kenaikan *case fatality rate (CFR)* dari tahun sebelumnya yaitu 0,26% pada tahun 2017, menjadi 0,64% pada tahun 2018 (Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara, 2018).

Pada tahun 2018 di Kota Baubau jumlah penderita Demam Berdarah Dengue (DBD) 98 kasus mengalami penurunan pada tahun 2017 jumlah penderita DBD sebanyak 116 kasus dan pada Tahun 2019 kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) kembali meningkat sebanyak 157 kasus (Profil Kesehatan Kota Baubau, 2019a).

Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Meo-Meo Kecamatan Batupoaro Kota Baubau adalah 11 kasus tahun 2015, 20 kasus tahun 2016, 17 kasus tahun 2017, 10 kasus tahun 2018, dan 10 kasus pada tahun 2019, (Profil Kesehatan Kota Baubau, 2019b).

Puskesmas Meo-Meo pada tahun 2016-2018 berturut-turut selama 3

menempati peringkat pertama kejadian kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) dari 10 puskesmas yang ada di pesisir dan peringkat ketiga



dari 17 puskesmas yang ada di Kota Baubau. Pada tahun 2019 masih ada kejadian kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) sebanyak 10 kasus sama dengan Tahun 2018. (Profil Kesehatan Kota Baubau, 2019c).

Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) tidak hanya disebabkan oleh nyamuk melainkan juga oleh perilaku manusia yang tidak melakukan pola hidup sehat dan acuh pada lingkungan yang menjadi tempat sarang nyamuk. Perilaku tersebut misalnya membiarkan pakaian bekas pakai tergantung, tidak menguras bak, membiarkan genangan air disekitar tempat tinggal.

Penelitian Pasidi Shidiq (2010) di Kabupaten Bondowoso didapatkan bahwa penyuluhan efektif terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan tindakan namun tidak efektif terhadap keberadaan jentik.

Penelitian Ratih Noor Ikhlasari (2016) di Kabupaten Sleman menyatakan ada hubungan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada aspek pengetahuan dan sikap yang menunjukkan bahwa pemberian intervensi pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.

Penelitian Liana Hutapea (2016) di Kabupaten Deli Serdang didapatkan bahwa komunikasi interpersonal yang dilakukan oleh para orangtua dipandang efektif dan berhasil dalam mencegah tergantung kepada orang lain dalam perasaan dan penyalahgunaan narkoba pada remaja.

Komunikasi adalah suatu proses memberikan signals menurut aturan

sehingga dengan cara ini suatu sistem dapat didirikan, dipelihara  
ubah. (Ruben,1988) dalam (Muhammad,2015:3) komunikasi



manusia adalah suatu proses melalui mana individu dalam hubungannya dalam kelompok, dalam organisasi dan dalam masyarakat menciptakan, mengirimkan, dan menggunakan informasi untuk mengkoordinasi lingkungannya dan orang lain.

Komunikasi interpersonal merupakan komunikasi antara seorang komunikator dengan seorang komunikan (Effendy, 1996). Komunikasi interpersonal dipahami juga sebagai komunikasi individu-individu dengan cara tatap-muka yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal maupun nonverbal.

Sedangkan menurut Rakhmat (2001), apabila suasana komunikasi interpersonal terjalin dengan baik maka akan menimbulkan persahabatan yang tinggi, mereka saling melakukan tukar respon emosional secara aktif, dan berdampak pada efektivitas menurunkan tegangan akibat peristiwa yang dialaminya.

Komunikasi interpersonal adalah interaksi verbal dan nonverbal antara dua atau kadang-kadang lebih dari dua orang yang saling tergantung satu sama lain. (Joseph A. DeVito, 2013). Komunikasi interpersonal bertujuan untuk belajar, membangun keterkaitan dengan orang lain, memengaruhi orang lain, dan membantu orang lain. Komunikasi interpersonal dilaksanakan melalui tatap muka dimana sumber pesan dapat melihat langsung siapa yang menjadi penerima pesan. Kemudian ada umpan balik bersifat segera

arus menggunakan perantara. Karena itu, partisipan komunikasi juga



dapat dengan mudah dan langsung menerima umpan balik dari partisipan komunikasi lainnya saat itu juga.

Ketika berkomunikasi dengan orang lain dalam konteks komunikasi interpersonal kita tidak hanya berkomunikasi secara verbal melainkan juga secara nonverbal. Komunikasi nonverbal sendiri dalam proses komunikasi interpersonal berfungsi untuk melengkapi komunikasi verbal yang dilakukan.

Untuk menanggulangi kejadian kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) telah dilakukan berbagai upaya antara lain pemantauan jentik oleh Tim DBD Dinas Kesehatan Kota Baubau dimana sasarannya adalah wilayah puskesmas yang banyak ditemukannya kasus Demam Berdarah Dengue (DBD), pertemuan lintas program dan lintas sektor, melakukan fogging di wilayah yang terdapat kasus Demam Berdarah Dengue (DBD), pemberian abatesasi oleh petugas puskesmas di masing-masing rumah warga wilayah kerja puskesmas, penyuluhan gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) di seluruh lapisan masyarakat (Profil Kesehatan Kota Baubau, 2018a).

Kegiatan promosi kesehatan yang telah digalangkan belum dapat benar-benar membudayakan peran serta masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD). Usaha untuk memutus mata rantai penularan Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan gerakan PSN tidak akan berarti tanpa adanya kesadaran dari masyarakat sendiri (Profil Kesehatan Kota Baubau, 2018b).



## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka yang menjadi rumusan masalah adalah : Apakah ada Pengaruh Komunikasi Interpersonal terhadap Peningkatan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Wilayah Kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau?

## C. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh komunikasi interpersonal terhadap peningkatan perilaku pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau.

## D. Tujuan Khusus

1. Menganalisis perbedaan pengetahuan pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebelum dan sesudah intervensi komunikasi interpersonal.
2. Menganalisis perbedaan sikap pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebelum dan sesudah intervensi komunikasi interpersonal.
3. Menganalisis perbedaan tindakan pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebelum dan sesudah intervensi komunikasi interpersonal.
4. Menganalisis perbedaan pengetahuan pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebelum dan sesudah penyuluhan.
5. Menganalisis perbedaan sikap pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebelum dan sesudah penyuluhan.



6. Menganalisis perbedaan tindakan pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebelum dan sesudah penyuluhan.
7. Untuk mengetahui pengaruh komunikasi interpersonal dengan penyuluhan terhadap peningkatan perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan) pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD).

### **E. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini memberikan beberapa manfaat kepada berbagai pihak diantaranya :

#### **1. Manfaat ilmiah**

Sebagai sumber pengembangan ilmu pengetahuan tentang pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) di masyarakat dengan metoda komunikasi interpersonal.

#### **2. Manfaat institusi**

Sebagai referensi untuk studi lebih lanjut bagi para peneliti yang tertarik pada komunikasi interpersonal terhadap peningkatan perilaku pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD).

#### **3. Manfaat praktis**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu sumber informasi, referensi dan evaluasi serta dapat diterapkan bagi para programer Demam Berdarah Dengue (DBD) di puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten/kota.



#### 4. **Manfaat masyarakat**

Dapat memberikan informasi kepada masyarakat bahwa komunikasi interpersonal dapat diterapkan untuk peningkatan perilaku pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD).



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Tentang DBD

##### 1. Pengertian Demam Berdarah

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi dan menular yang disebabkan oleh virus *Dengue* dengan gejala demam mendadak 2-7 hari penyebab tidak jelas, lemah/lesu, gelisah, nyeri hulu hati, disertai tanda perdarahan dikulit berupa *petechie*, *purpura*, *echymosis*, *epistaksis*, perdarahan gusi, *hematemesis*, *melena*, *hepatomegali*, *trombositopeni*, dan kesadaran menurun atau renjatan yang mengakibatkan demam akut sebagai manifestasi *simptomatik* dari infeksi virus *Dengue*. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*, (Arsin, A.A., 2013).

Demam berdarah dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* (Susilaningrum, 2015).

Demam Berdarah Dengue (DBD) disebabkan oleh virus *Dengue*, ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes*. Demam berdarah dengue banyak dijumpai terutama di daerah tropis dan sering menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) (Kemenkes, 2019).



## 2. Etiologi

Virus *Dengue* penyebab Demam *Dengue* (DD) dan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) termasuk kelompok B *Arthropod Borne Virus* (Arboviroses) yang sekarang dikenal sebagai genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*, dan mempunyai 4 jenis serotipe, yaitu ; DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Seseorang yang tinggal di daerah endemis *Dengue* dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya Infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi terhadap serotipe yang bersangkutan, Infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi terhadap serotipe yang bersangkutan, sedangkan antibodi yang terbentuk terhadap serotipe lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe lain tersebut. (Arsin, A.A., 2013).

Di Indonesia Keempat serotipe virus *Dengue* dapat ditemukan di berbagai daerah dalam pengamatan virus *Dengue* yang dilakukan sejak tahun 1975 di beberapa rumah sakit, di mana hasil pengamatan menunjukkan bahwa keempat serotipe ditemukan dan bersirkulasi sepanjang tahun. Serotipe DEN-3 merupakan serotipe yang dominan dan diasumsikan banyak menunjukkan manifestasi klinis yang berat (Arsin, A.A., 2013).

Demam berdarah disebabkan oleh virus dengue yang utamanya

transmisikan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*. Setelah  
ularan melalui gigitan nyamuk, virus dengue akan terinkubasi



selama 3-15 hari. Dengue ini kemudian menyebabkan sakit mirip flu dan nyeri, demam tinggi, kehilangan nafsu makan, sakit kepala, dan ruam (Widayati & Yekti., 2015).

### 3. Penularan Virus *Dengue*

Penularan infeksi virus *Dengue* dapat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu manusia, virus, dan vektor perantara. Nyamuk *Aedes aegypti* dapat menular kemandusia melalui gigitan yang membawa virus *Dengue*. Penularan virus *Dengue* dapat juga ditularkan oleh Nyamuk *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis* dan beberapa spesies lainnya namun merupakan vektor yang kurang berperan. Pada saat menggigit manusia Nyamuk *Aedes* tersebut dapat mengandung virus *Dengue* yang sedang mengalami *viremia*. Virus *Dengue* berkembang biak di kelenjar liur kurang lebih 8-10 hari kemudian kembali ditularkan kepada manusia pada saat menggigit berikutnya. (Arsin, A.A., 2013).

Virus *Dengue* yang ada dalam darah akan ikut terhisap masuk ke dalam lambung nyamuk pada penderita Demam Berdarah Dengue (DBD) bila digigit nyamuk penular. Virus akan menyebar dan berkembang biak dalam kelenjar saliva dan diseluruh bagian tubuh nyamuk. Nyamuk yang telah menghisap darah penderita (*extrinsic incubation period*) kurang lebih satu minggu akan siap ditularkan kepada orang lain. Virus *Dengue* yang terhisap oleh nyamuk *Aedes*

*aegypti* akan jadi penular disepanjang hidupnya. (Arsin, A.A., 2013).



Telur yang ada dalam tubuh nyamuk betina dapat tertular dengan virus *Dengue* walaupun dalam penularannya tidak berperan penting. Virus *Dengue* akan ditularkan oleh nyamuk selama hidupnya (*infektif*) yang telah masuk dan berkembang dalam tubuhnya. Seseorang yang merupakan sumber penular Demam Berdarah Dengue (DBD) di dalam darahnya memiliki virus *Dengue* (*infektif*). Sebelum menimbulkan penyakit demam (*intrinsic incubation period*) kurang lebih 1-2 hari maka terlebih dahulu virus *Dengue* selama 4-7 hari berada dalam darah. Sebelum menimbulkan penyakit maka waktu yang diperlukan virus didalam tubuh manusia pada masa tunas selama 4-6 hari. Penularan nyamuk kepada manusia apabila mengalami *viremia* yang terjadi hanya pada nyamuk yang menggigit manusia selama 2 hari sampai 5 hari sebelum masa panas dan setelah timbul demam. (Arsin, A.A., 2013).

Penularan demam berdarah dengue bukan melalui kontak antara manusia dengan manusia lain. Nyamuk berperan sebagai penular dari demam berdarah yang disebabkan oleh virus *Dengue*. Sehingga penyakit ini masuk dalam kategori *arthropod borne diseases*. Ukuran virus *Dengue* adalah 35-45 nm. Virus *Dengue* berkembang dan tumbuh terus dalam tubuh nyamuk dan manusia. Penularan infeksi *Dengue*, dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu manusia, virus, dan vektor perantara. Tubuh nyamuk yang mengandung virus *Dengue* akibat menggigit pada manusia yang telah mengalami viremia. Selanjutnya penularan virus



*Dengue* kepada manusia akibat gigitan nyamuk jenis *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang *infektif*. (Arsin, A.A., 2013).

Virus *Dengue* pada nyamuk penularannya terjadi melalui gigitan yang mengeluarkan air liur sebelum menghisap darah melalui saluran alat tusuknya (*proboscis*) agar darah tidak membeku pada saat dihisap. Nyamuk menularkan virus *Dengue* ke orang lain bersama air liurnya. Penularan virus *Dengue* hanya terjadi pada nyamuk *Aedes aegypti* betina. (Arsin, A.A., 2013).

Darah manusia lebih disukai oleh nyamuk betina (*anthropophilic*) dibanding darah binatang. Pada pagi hari pukul 08.00-10.00 dan sore hari pukul 16.00-18.00 merupakan waktu kebiasaan nyamuk menghisap darah. Kebiasaan menghisap darah pada nyamuk betina dari orang ke orang lain (*multiple biter*) dan beberapa kali. Kebiasaan manusia aktif dan bergerak pada siang hari menyebabkan nyamuk tidak fokus menghisap darah manusia pada satu orang sampai kenyang. Akibat nyamuk menghisap darah secara berpindah pindah sehingga memudahkan potensi terjadinya penularan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD). (Arsin, A.A., 2013).

#### 4. Epidemiologi Demam Berdarah

##### a. Persebaran Kasus

Angka kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) menurut provinsi tahun 2017 terdapat 30 provinsi dengan angka kesakitan kurang dari 49 per 100.000 penduduk. Sedangkan tahun 2018



provinsi dengan angka kesakitan kurang dari 49 per 100.000 penduduk menurun menjadi 26 provinsi. Provinsi dengan angka kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) tertinggi yaitu Kalimantan Timur sebesar 87,81 per 100.000 penduduk, Kalimantan Tengah sebesar 84,39 per 100.000 penduduk, dan Bengkulu sebesar 72,28 per 100.000 penduduk. Provinsi Kalimantan Timur kembali menjadi provinsi dengan angka kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) tertinggi sejak tahun 2017 (Kemenkes RI, 2019)

Kategori Angka Insiden (AI) suatu daerah diklasifikasikan menjadi risiko tinggi, sedang dan rendah dimana risiko tinggi apabila AI >55 per 100.000 penduduk, risiko sedang bila AI 20-55 per 100.000 penduduk dan risiko rendah adalah AI <20 per 100.000 penduduk. Provinsi dengan Angka Insiden (AI) berisiko tinggi (*high risk*) meningkat dan terjadi perubahan sejak tahun 2005 sampai 2009. Sebagai contoh tahun 2007 semua provinsi yang ada di Pulau Jawa dan Bali masuk kategori risiko tinggi di mana pada tahun berjalan terjadi epidemik. Terjadi perubahan pada tahun 2009 provinsi dalam risiko tinggi adalah Kalimantan Barat, Kalimantan Timur dan Kalimantan Tengah. (Arsin, A.A., 2013).

Faktor dengan kejadian demam berdarah yang berpengaruh.



Penularan atau kejadian penyakit menular berdasarkan epidemiologi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu *host*, *agent*, dan *environment*. Dalam epidemiologi Demam Berdarah terjadi hubungan yang saling berkaitan pada *host* (manusia), *agent* (virus), dan *environment* (lingkungan fisik, kimiawi, biologik, sosial), aspek lingkungan yang berkontribusi terhadap perkembangbiakan vektor. Sehingga ketiga faktor tersebut di atas telah mempengaruhi suatu wilayah tertentu dalam persebaran kasus Demam Berdarah Dengue (DBD). (Arsin, A.A., 2013).

Interaksi antara *Agent*, *host* dan *environment* turut andil dalam terjadinya infeksi Demam Berdarah Dengue (DBD). Penyebab utama kejadian penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah *agent* (hanya virus *Dengue*) adapun *host*, tidak semuanya bisa terinfeksi dengan virus *Dengue* karena masing-masing punya imunitas yang berbeda. kemudian, *environment* yang merupakan wadah vektor *Aedes* berkembang biak. Walaupun tidak semua wadah disenangi vektor tersebut seperti wadah yang berisi air keruh dan kotor:

1. *Agent* virus *Dengue* merupakan penyebab penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) dari genus *Falvivirus*, famili *Flaviviridae* yang termasuk *arthropoda Borne Virus* (arbopirosis) yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*



termasuk nyamuk *Aedes albopictus* sebagai vektor infeksi Demam Berdarah Dengue (DBD).

2. *Host* (penjamu) manusia yang dimaksud adalah yang kemungkinan terpapar terhadap penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD). Host (penjamu) dipengaruhi oleh umur, ras, sosial ekonomi, cara hidup, status perkawinan, hereditas, nutrisi dan imunitas. Faktor manusia terhadap penularan Demam Berdarah Dengue (DBD) berhubungan erat dengan perilaku seperti peran serta dalam upaya pemberantasan vektor di masyarakat dan mobilitas penduduk.
3. *Environment* (Lingkungan) merupakan kondisi yang berpengaruh diluar dari agen maupun penjamu, tetapi mampu mengintraksikan agent penjamu. Pada penelitian ini faktor lingkungan yang berperan yaitu lingkungan fisik (jarak rumah, tata letak rumah, kelembapan pada rumah, sanitasi lingkungan, dan musim). Lingkungan biologis (tanaman hias/ tumbuhan, indeks jentik (host indeks, container indeks, breatu indeks (Arsin, A.A., 2013).

Beberapa faktor yang mempengaruhi munculnya Demam Berdarah Dengue (DBD) antara lain: rendahnya status kekebalan kelompok masyarakat, kepadatan populasi nyamuk penular karena banyaknya tempat perindukan nyamuk yang biasanya terjadi pada musim penghujan dimana banyak timbul genangan-



genangan air di sekitar pemukiman seperti talang air, ban bekas, kaleng, botol, plastik, gelas bekas air mineral, lubang pohon, pelepah daun dan lain-lain (Kemenkes RI, 2019).

c. Siklus Nyamuk *Aedes*

Nyamuk merupakan salah satu serangga yang mengalami siklus hidup *metamorphosis* sempurna dengan mulai dari telur, larva (beberapa instar), pupa, dan dewasa. Nyamuk betina bertelur, mampu meletakkan 100-400 butir telur. Pada umumnya, telur-telur nyamuk tersebut akan diletakkan pada bagian yang dekat dengan permukaan air, seperti bak yang airnya jernih dan tidak berhubungan langsung dengan tanah.

Nyamuk *Aedes aegypti* telurnya berada dalam air pada suhu 20-40°C akan menetas dan berubah menjadi larva selama kurang lebih 1-2 hari. Pertumbuhan dan perkembangan larva kecepatannya dipengaruhi oleh beberapa factor: temperatur, keadaan (kondisi) air, tempat (wadah) penyimpanan air, dan zat makanan yang terkandung di dalam tempat perkembangbiakan. Dalam kondisi optimum, perkembangan larva menjadi pupa butuh waktu 4-9 hari, selanjutnya pupa berubah menjadi nyamuk dewasa selama 2-3 hari. Jadi waktu yang dibutuhkan dalam pertumbuhan dan perkembangan telur, larva, pupa, sampai menjadi nyamuk dewasa adalah kurang lebih 7-14 hari.

a) Morfologi



Morfologi nyamuk *Aedes aegypti* adalah:

1) Telur

Ukuran telur sekitar 0,80 mm yang berwarna hitam. Bentuk telurnya oval yang mengapung di atas permukaan air jernih satu persatu, atau menempel pada dinding penampungan air. Pada bagian dalam di atas permukaan pada dinding vertikal, termasuk pada tempat (wadah) yang airnya jernih, sedikit, terlindung dari cahaya sinar matahari, dan biasanya yang berada di dalam dan atau di halaman rumah. Telur tersebut akan diletakkan satu persatu atau berderet pada dinding tempat (wadah) air, di atas permukaan air, dan kemudian pada saat istirahat akan membentuk sudut dengan permukaan air.

2) Jentik (larva)

Bentuk muda (*juvenile*) hewan yang perkembangannya melalui metamorphosis adalah Jentik (larva). Ada 4 instar (tingkat) larva yang sesuai dengan pertumbuhannya:

- a) Tingkat I: Ukuran larva paling kecil, yaitu 1-mm.
- b) Tingkat II: Ukuran larva 2,1-3,8 mm.
- c) Tingkat III: Ukuran larva 3,9-4,9 mm.
- d) Tingkat IV: Ukuran larva 5-6 mm.



Bentuk dari larva nyamuk *Aedes aegypti* yaitu tubuhnya memiliki bulu-bulu sederhana yang tersusun bilateral simetris dan memanjang tanpa kaki. Dalam pertumbuhan dan perkembangannya larva ini terjadi 4 kali pergantian kulit (*ecdysis*), dan bentuk larva berturut-turut disebut larva tingkat I, II, III, dan IV. Larva tingkat I, tubuhnya sangat kecil, warna transparan, ukuran panjangnya 1-2 mm, berduri-duri (*spinae*) bagian dada (*thorax*) belum jelas, dan ada corong pernapasan (*siphon*) yang belum menghitam. Larva tingkat II sudah bertambah besar, dengan ukuran 2,1-3,8 mm, duri dada belum jelas, dan pada corong pernapasan sudah berwarna hitam. Larva tingkat III berukuran 3,9-4,9 mm, duri-duri pada dada mulai jelas dan kemudian corong pernapasan berwarna coklat kehitaman. Larva tingkat IV dengan ukuran 5-6 mm, yang telah lengkap struktur anatominya dan jelas tubuh sehingga dapat dibagi menjadi bagian kepala (*chepal*), dada (*thorax*), dan perut (*abdomen*).

### 3) Kepompong (Pupa)

Kepompong atau pupa bentuknya seperti "Koma". Bentuknya akan terlihat lebih besar namun lebih ramping dibandingkan larva (jentik). Kepompong



nyamuk *Aedes aegypti* ukurannya lebih kecil, bila dibandingkan dengan rata-rata kepompong nyamuk lain.

#### 4) Nyamuk dewasa

Ukuran nyamuk dewasa akan lebih kecil, bila dibandingkan rata-rata dengan nyamuk yang lain. Warna dasarnya hitam terdapat bintik-bintik putih di bagian badan dan kaki.

Tubuhnya nyamuk *Aedes aegypti* tersusun pada tiga bagian, meliputi kepala, dada, dan perut. Di bagian kepala terdapat sepasang mata majemuk dan antena yang berbulu. Nyamuk betina memiliki alat mulut tipe penusuk-pengisap (*piercing-sucking*) yang lebih menyukai manusia (*anthropophagus*), sedangkan pada nyamuk jantan dibagian mulut lebih lemah oleh karenanya nyamuk jantan tidak mampu menembus kulit manusia, sehingga tergolong lebih menyukai cairan tumbuhan (*phytophagus*). Nyamuk betina memiliki antena dengan tipe pilose, sedangkan nyamuk jantan dengan antena tipe plumose.

#### 5) Tempat Perkembangbiakan *Aedes aegypti*

Nyamuk *Aedes aegypti* aktif di pagi hari hingga siang hari atau bersifat diurnal. Nyamuk betina berperan dalam penularan penyakit ini dilakukan karena hanya



nyamuk betina yang mengisap darah. Nyamuk melakukan ini dalam memperoleh asupan protein yang dibutuhkan pada saat memproduksi telur. Pada nyamuk jantan darah tidak dibutuhkan, dan energi yang diperoleh dari tumbuhan atau nektar bunga. Pada jenis ini akan menyukai area yang gelap dan benda-benda berwarna hitam atau merah.

Nyamuk *Aedes aegypti* akan perkembangbiakan pada tempat-tempat penampungan air berupa genangan air yang tertampung di suatu bejana atau tempat di dalam atau sekitar rumah atau tempat-tempat umum, biasanya tidak melebihi jarak 500 meter dari rumah. Nyamuk *Aedes aegypti* biasanya tidak akan berkembangbiak pada genangan air yang langsung berhubungan dengan tanah.

Tempat perkembangbiakan pada nyamuk *Aedes aegypti* adalah:

1. Tempat-tempat untuk menampung air guna keperluan sehari-hari, seperti: tempayan, bak mandi, ember, dan lain-lain.
2. Tempat-tempat yang biasa menampung air tetapi bukan untuk keperluan sehari-hari, seperti : tempat minum hewan peliharaan (ayam, burung, dan lain-



lain), barang bekas (kaleng, botol, ban, pecahan botol, dan lain sebagainya).

3. Tempat penampungan air yang wadahnya alami, misalnya : Lubang pada pohon, lubang pada batu, pada pelepah daun, tempurung kelapa, termasuk kulit kerang. (Arsin, A.A., 2013).

d. Gejala Demam Berdarah Dengue

Gejala demam berdarah *Dengue* dengan masa inkubasi selama kurang lebih 3-15 hari sejak seseorang terkena virus *Dengue*, kemudian penderita akan menampakkan tanda-tanda dan gejala demam berdarah yaitu :

- 1) Mendadak demam tinggi selama 2-7 hari ( $38-40^{\circ}\text{C}$ ).
- 2) Tampak adanya jentik (puspura) perdarahan saat pemeriksaan uji torniquet,
- 3) Pada bagian dalam kelopak mata (konjungtiva) ada perdarahan, Mimisan (*Epitaksis*), Buang air besar dengan kotoran (Peaces) berupa lendir bercampur darah (Melena), dan lain-lainnya.
- 4) Hepatomegali yaitu terjadinya pembesaran hati.
- 5) Terjadi syok akibat tekanan darah menurun.
- 6) Terjadi penurunan trombosit dibawah  $100.000 /\text{mm}^3$  (*Trombositopenia*) saat pemeriksaan laboratorium (darah)



hari ke 3-7, juga terjadi peningkatan nilai Hematokrit diatas 20% dari nilai normal (Hemokonsentrasi).

- 7) Gejala klinik akan timbulnya yang disertai mual, muntah, penurunan nafsu makan (anoreksia), sakit perut, diare, menggigil, kejang dan sakit kepala.
- 8) Terjadi perdarahan pada hidung (mimisan) dan gusi.
- 9) Penderita merasakan demam yang menyebabkan pegal atau sakit pada persendian.
- 10) Adanya bintik-bintik merah di kulit sebagai akibat dari pecahnya pembuluh darah.

Setelah mengalami masa inkubasi 4-6 hari (rentang 3-14 hari)maka selanjutnya akan muncul gejala prodromal yang tidak khas seperti nyeri kepala, nyeri tulang belakang, dan perasaan lelah. Gejala khusus dari Demam Berdarah Dengue (DBD) ialah peningkatan suhu yang mendadak (umumnya suhu badan antara 39-40 °C bersifat bifasik, menetap selama 5-7 hari), terkadang disertai menggigil, nyeri kepala, muka kemerahan. Selama 24 jam terasa nyeri retroorbita terutama pada pergerakan mata atau kalau bola mata ditekan, fotofobia, dan nyeri otot termasuk sendi. Di awal fase demam akan terdapat ruam yang tampak di muka, leher, dada. Pada akhir fase demam (hari ke-3 atau ke-4) ruam berbentuk makulopapular atau skarlatina. Di fase konvalesens suhu turun dan timbul petechie yang menyeluruh di kaki dan



tangan. Perdarahan pada kulit terbanyak adalah saat uji Turniket positif dengan atau tanpa petechie (Arsin, A.A., 2013).

Gejala awal pada demam berdarah dengue antara lain: demam tinggi mendadak berlangsung sepanjang hari, nyeri kepala, nyeri saat menggerakkan bola mata dan nyeri punggung, kadang disertai adanya tanda-tanda perdarahan, pada kasus yang lebih berat dapat menimbulkan nyeri ulu hati, perdarahan saluran cerna, syok, hingga kematian. Masa inkubasi demam berdarah 3 s/d 14 hari tetapi pada umumnya 4 s/d 7 hari (Kemenkes RI, 2019).

e. **Diagnosis Demam Berdarah**

Kriteria diagnosis Demam Berdarah Dengue (DBD) (WHO, 2011), adalah :

1. **Kriteria Klinis**

- a. Demam disertai minimal dengan 2 gejala : Nyeri Kepala  
Nyeri retro-orbita Nyeri Otot Nyeri sendi/ tulang Ruam kulit makulopapular Manifestasi perdarahan Tidak ada tanda perembesan plasma
- b. Demam Berdarah Dengue (DBD) Derajat I Demam dan manifestasi perdarahan (uji bendung positif) dan tanda perembesan plasma
- c. Demam Berdarah Dengue (DBD) Derajat II Seperti derajat 1 di tambah perdarahan spontan



- d. Demam Berdarah Dengue (DBD) Derajat III Seperti derajat 1 atau 2 di tambah kegagalan sirkulasi nadi lemah tekanan nadi  $\leq 20$  mmHg, hipertensi, gelisah, diuresis menurun.
- e. Demam Berdarah Dengue (DBD) Derajat IV Syok hebat dengan tekanan darah dan nadi yang tidak terdeteksi.

## 2. Kriteria laboratorium

- a. Tidak ada bukti perembesan plasma yaitu Leukopenia apabila jumlah pada leukosit  $\leq 4.000$  sel/mm, Trombositopenia apabila jumlah trombosit  $< 100.000$  sel/mm, Peningkatan hematokrit (5 % - 10 %),
- b. Derajat I Demam Berdarah Dengue (DBD) jika Trombositopenia  $< 100.000/mm^3$ ; peningkatan Hematokrit  $\geq 20\%$
- c. Derajat II Demam Berdarah Dengue (DBD) jika Trombositopenia  $< 100.000/mm^3$ ; peningkatan Hematokrit  $\geq 20\%$

Upaya pertolongan pertama pada penderita dapat dilakukan beberapa hal antara lain perbanyak asupan cairan/ banyak minum sekurangnya 2 liter per hari, tirah baring (*bedrest*), kompres hangat, jika terjadi demam tinggi agar diberikan obat pereda demam (antipiretik) seperti parasetamol. Bila gejala semakin memburuk selama 2-3 hari misalnya pasien kelihatan makin



lemas, muntah-muntah, gelisah atau muncul pendarahan spontan seperti mimisan, perdarahan gusi, perdarahan saluran cerna dan lain sebagainya supaya segera dibawa ke rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut (Kemenkes RI, 2019).

f. Upaya Pencegahan Demam Berdarah.

Ada beberapa metode yang tepat dilaksanakan dalam upaya Pencegahan nyamuk Demam Berdarah (Arsin., A.A, 2013) meliputi:

1) Metode Lingkungan

Pencegahan demam berdarah dapat dilakukan dengan mengendalikan vektor nyamuk, antara lain dengan menguras bak mandi/penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu, mengganti/menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali, menutup dengan rapat tempat penampungan air, mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas di sekitar rumah, dan perbaikan desain rumah.

2) Metode Biologis

Vektor nyamuk pembawa virus *Dengue* secara biologis, dapat dikontrol dengan menggunakan ikan pemakan jentik dan bakteri.

3) Metode Kimiawi



Untuk membunuh nyamuk dewasa maka dilakukan pengasapan (*fogging*), sedangkan untuk membunuh jentik-jentik nyamuk dilakukan pemberian bubuk abate pada tempat-tempat penampungan air.

Kita menghindari gigitan nyamuk *Aedes aegypti* selain dari pencegahan yang tersebut diatas. nyamuk *Aedes aegypti* aktif pada waktu pagi hari hingga sore hari. Oleh karenanya yang efektif adalah dengan menghindari gigitan pada waktu tersebut. Sedangkan jenis nyamuk lainnya yang aktif pada malam hari. Kalau kita mengetahui ada daerah yang telah terjangkit penyakit demam berdarah ini maka sebaiknya kita menghindari daerah tersebut.

Cara lain dalam upaya mencegah demam berdarah dengan metoda pengontrolan atau pengendalian vektornya adalah:

- a) Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang disertai dengan pengelolaan sampah padat dengan baik, dan perbaikan desain rumah.
- b) Ikan pemakan jentik nyamuk yang pelihara disekitar rumah seperti ikan adu/ikan cupang pada air kolam.
- c) Menaburkan atau menyimpan bubuk abate (temephos) pada tempat-tempat berkembang biaknya jentik nyamuk



misalnya pada penampungan air seperti, gentong air, vas bunga, kolam, dan sebagainya.

- d) Melaksanakan pengasapan (*fogging*). Bersama dengan petugas kesehatan dari dinas kesehatan atau puskesmas terdekat.
- e) Melaksanakan gerakan 3 M yaitu menguras, mengubur, menutup (Arsin, A.A., 2013).

Upaya pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) tergantung pada bagaimana pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes Aegypti*. Sukohar (2014 : 12-13) mengatakan bahwa pengendalian nyamuk dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yang tepat, yaitu :

#### 1) Metode Lingkungan

Metode lingkungan dalam pengendalian nyamuk tersebut adalah dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia, dan perbaikan desain rumah. misalnya :

- a) Melakukan pengurasan air di bak mandi/penampungan air minimal sekali seminggu. Menguras air di vas bunga dan tempat minum burung minimal seminggu sekali.
- b) Tempat penampungan air ditutup dengan rapat.



c) Kaleng-kaleng bekas, aki bekas, dan ban bekas dikubur di sekitar rumah

## 2) Biologis

Menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang) pada pengendalian biologis.

## 3) Kimiawi

Pengendalian kimiawi dengan :

- a) Melakukan pengasapan/fogging yang menggunakan larutan *malathion* dan *fenthion*, untuk mengurangi potensi penularan sampai batas waktu tertentu.
- b) Menyimpan bubuk abate atau *temephos* di tempat-tempat penampungan air seperti, gentong air, vas bunga, kolam dan lain-lain.

Mencegah penyakit DBD dengan cara yang paling efektif adalah dengan mengkombinasikan cara-cara di atas, yang disebut dengan “3M Plus”, meliputi menutup, menguras dan menimbun. Selain itu juga melakukan beberapa plus yaitu memelihara ikan pemakan jentik, menabur larvasida, menggunakan kelambu pada saat tidur, memasang kasa, menyemprot dengan inseksida, menggunakan *repellent*, memasang obat nyamuk, pemeriksaan jentik secara berkala yang disesuaikan dengan kondisi setempat.

Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan himbuan kepada seluruh jajaran pemerintah daerah melalui surat edaran



Menteri Kesehatan RI nomor PV.02.01/Menkes/721/2018 tanggal 22 November 2018 perihal Kesiapsiagaan Peningkatan Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD). Dalam surat tersebut Menteri Kesehatan menghimbau pemerintah daerah untuk:

- 1) Meningkatkan upaya penggerakan masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) melalui kegiatan menguras, menutup dan memanfaatkan kembali barang bekas, plus mencegah gigitan nyamuk (3M plus), dengan cara mengimplementasikan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (G1R1J).
- 2) Memeningkatkan surveilans kasus dan surveilans faktor risiko terhadap kejadian demam berdarah dengue, diantaranya melalui kegiatan Pemantauan Jentik Berkala (PJB) dan mengaktifkan Juru Pemantau Jentik (Jumantik).
- 3) Mengaktifkan kembali Kelompok Kerja Operasional penanggulangan Demam Berdarah Dengue (DBD) (Pokjandal DBD) pada berbagai tingkatan RT/RW, desa/kelurahan, kecamatan, kabupaten/kota dan provinsi.
- 4) Meningkatkan kapasitas sumber daya pencegahan dan pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD), meliputi peningkatan kapasitas SDM, biaya serta bahan dan peralatan.



- 5) Menerbitkan Surat Edaran Gubernur kepada Bupati/Walikota dalam rangka kesiapsiagaan peningkatan kasus Demam Berdarah Dengue (DBD).

Kementerian Kesehatan juga telah melakukan upaya-upaya:

- 1) Melalui surat edaran Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit nomor PV.02.01/4/87/2019 tanggal 11 Januari 2019 kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi seluruh Indonesia untuk ikut mendukung dan menggerakkan pelaksanaan upaya pemberantasan sarang nyamuk (PSN) 3M Plus di wilayahnya serta mengoptimalkan seluruh sumber daya yang ada untuk upaya antisipasi dan penanggulangan KLB Demam Berdarah Dengue (DBD).
- 2) Sosialisasi kepada masyarakat untuk melaksanakan kegiatan PSN 3M Plus melalui Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik.
- 3) Dukungan Tim Terpadu kementerian Kesehatan dalam asistensi upaya penanggulangan KLB di beberapa daerah.
- 4) Mendistribusikan dukungan bahan dan alat pengendalian vektor keseluruh provinsi berupa insektisida, larvasida, Jumantik Kit, Mesin fogging, dan media KIE.

(Kemenkes, 2019)

Sampai saat ini pencegahan demam berdarah yang paling efektif dan efisien adalah kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan cara 3M Plus, yaitu : 1) *Menguras*,



adalah membersihkan tempat yang sering dijadikan tempat penampungan air seperti: bak mandi, ember air, tempat penampungan air minum, penampung air lemari es dan lain-lain

2) *Menutup*, yaitu menutup rapat-rapat tempat-tempat penampungan air seperti: drum, kendi, toren air, dan lain sebagainya; dan 3) *Memanfaatkan kembali atau mendaur ulang barang bekas* yang memiliki potensi untuk jadi tempat perkembangbiakan nyamuk penular Demam Berdarah (Kemenkes RI, 2019).

Adapun *Plus* yang dimaksud adalah semua bentuk kegiatan pencegahan lainnya misalnya:

- 1) Bubuk larvasida ditaburkan pada tempat penampungan air yang sulit dibersihkan, contohnya water toren, gentong/tempayan penampung air hujan, dll.
- 2) Pada waktu tidur gunakan kelambu,
- 3) Memelihara ikan pemakan jentik nyamuk
- 4) Menanam tanaman yang dapat mengusir nyamuk,
- 5) Jangan biasakan menggantung pakaian di dalam rumah yang dapat menjadi tempat istirahat nyamuk, dan lain-lain.
- 6) Penggunaan obat nyamuk semprot maupun oles bila diperlukan (Kemenkes RI, 2019).



## B. Tinjauan tentang Komunikasi Interpersonal

### 1. Pengertian

Menurut para ahli komunikasi interpersonal, antara lain adalah :

- a. Komunikasi interpersonal merupakan komunikasi antar individu atau komunikais interpersonal dapat terjadi dalam konteks satu komunikator dengan satu komunikan (komunikasi diadik: dua orang) atau satu komunikator dengan dua komunikan (komunikasi triadik: tiga orang). (Daryanto,2011: 30)
- b. Komunikasi interpersonal adalah proses yang menggunakan pesan-pesan untuk mencapai persamaan makna antara-paling tidak-antara dua orang dalam sebuah situasi yang memungkinkan adanya kesempatan yang sama bagi pembicara dan pendengar. (Judy C. Pearson, *at a/* 2011).
- c. Makin bagus komunikasi interpersonal, maka makin terbuka seseorang mengungkapkan jati dirinya dan makin positif persepsinya terhadap orang lain melebihi persepsi dirinya. Rogers (dalam Rakhmat, 2012)
- d. Komunikasi interpersonal adalah interaksi verbal dan nonverbal antara dua (atau kadang-kadang lebih dari dua) orang yang saling tergantung satu sama lain. (Joseph A. DeVito, 2013).
- e. Komunikasi antar pribadi atau komunikasi interpersonal adalah komunikasi antara orang-orang secara tatap muka yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain



secara langsung, baik secara verbal maupun non verbal Menurut (Mulyana, 2013:81).

- f. Komunikasi interpersonal adalah proses pertukaran informasi di seseorang dengan paling kurang seorang lainnya atau biasanya diantara dua orang yang dapat langsung diketahui sebaliknya (Muhammad,2015:159).

Berdasarkan pengertian yang disampaikan oleh para ahli tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa komunikasi interpersonal merupakan komunikasi yang dilaksanakan dalam suatu hubungan interpersonal antara dua orang atau lebih, baik secara verbal maupun nonverbal, dengan tujuan untuk mencapai kesamaan arti dari komunikasi tersebut.

## 2. Tujuan Komunikasi Interpersonal

Komunikasi interpersonal bertujuan (Joseph A. DeVito, 2013):

- a. Belajar yaitu bagaimana komunikasi interpersonal dapat membuat kita agar belajar memahami orang lain dan dunia secara lebih baik.
- b. Membina hubungan yaitu komunikasi interpersonal membantu kita dalam berhubungan dengan orang lain.
- c. Mempengaruhi yaitu melalui komunikasi interpersonal diharapkan kita dapat mempengaruhi sikap dan perilaku orang lain.

Bermain yaitu komunikasi interpersonal dapat berfungsi sebagai kegiatan bermain.



- e. Membantu yaitu melalui komunikasi interpersonal yang dapat membantu seorang terapis menggunakan teknik penyembuhan jiwa yang dikenal dengan metode komunikasi terapeutik dalam keperawatan.

### 3. Unsur-unsur dalam Komunikasi Interpersonal

Dalam ilmu komunikasi diuraikan bahwa biasanya komunikasi mempunyai unsur penting meliputi sumber, penerima, pesan, saluran, *encoding*, *decoding*, gangguan, umpan balik, dan konteks. Demikian pula dengan komunikasi interpersonal.

Terdapat beberapa unsur penting dalam komunikasi interpersonal, meliputi : komunikasi interpersonal melibatkan dua orang yang mana masing-masing pihak dapat berperan sebagai sumber (*source*) yakni dapat membentuk dan mengirimkan pesan dan juga berperan sebagai penerima (*receiver*) yakni menerima pesan. (Joseph A. DeVito, 2013, hlm 8-16)

Sangat penting memahami unsur-unsur dalam komunikasi interpersonal, sehingga diharapkan kita dapat memperbaiki kompetensi serta keterampilan dalam komunikasi interpersonal.

### 4. Karakteristik Komunikasi Interpersonal

Karakteristik komunikasi interpersonal (Joseph A. DeVito,2013), adalah :



- a. Komunikasi interpersonal merupakan pelibatan dua orang atau lebih dalam berkomunikasi dimana diantara mereka saling membutuhkan.

Komunikasi interpersonal biasanya merupakan komunikasi antara dua orang atau disebut dengan komunikasi diadik. Seperti komunikasi diantara anak dan bapaknya. Walau demikian, komunikasi interpersonal dapat mengacu pada komunikasi dalam bagian kecil contoh keluarga. Meski demikian didalam keluarga, komunikasi akan terjadi dalam bentuk komunikasi antara ibu kepada anak atau diadik.

- b. Komunikasi interpersonal bersifat relasional secara inheren.

Komunikasi interpersonal bersifat saling bertautan, sehingga komunikasi interpersonal harus dilaksanakan dan bersifat sangat penting. Perperan komunikasi interpersonal penting dalam suatu interaksi yang berakibat terhadap hubungan dan mengartikan hubungan itu sendiri. Dalam suatu hubungan komunikasi yang berlangsung yang merupakan bagian dari fungsi hubungan itu sendiri. Maka tehnik kita berkomunikasi umumnya akan ditentukan pada jenis hubungan yang ada antara kita dan orang lain. Harus ditahu bahwa tehnik kita berkomunikasi, tehnik bagaimana kita berinteraksi, yang akan mempengaruhi jenis hubungan yang akan dilaksanakan.

Komunikasi interpersonal adalah satu kesatuan.



Kesatuan komunikasi interpersonal dalam rangkaian terbentang yang lebih tinggi yaitu dari impersonal ke personal. pada impersonal, diantara individu-individu yang tidak saling mengenal dapat berkomunikasi dengan sederhana, contoh penjual dan pembeli dititik personal yang lebih tinggi antara individu-individu yang akrab terjalin bersama-sama sehingga komunikasi akan berlangsung bagai ayah dan anak.

- d. Komunikasi interpersonal terhadap pesan verbal ataupun pesan nonverbal.

Pesan nonverbal ataupun pesan verbal pada komunikasi interpersonal terjadi proses pertukaran. Dalam berkomunikasi menggunakan kalimat untuk tatap muka dengan bersama individu lain yang umumnya disertai dengan tanda nonverbal contoh pada ekspresi wajah, gerak tubuh, kontak mata dan atau bahasa tubuh pesan interpersonal dalam penerimaan melalui panca indera yang kita miliki seperti mendengar, melihat, mencium, dan menyentuh. Sebernarnya sikap diam dapat mengirimkan suatu pesan interpersonal. Pesan-pesan yang disampaikan akan dipengaruhi unsur-unsu lain yang ikut dalam interaksi.

- e. Komunikasi interpersonal berjalan dalam berbagai jenis.

Pada umumnya komunikasi interpersonal akan berjalan dengan tatap muka, seperti ketika saat berbicara dengan ibu atau ayah kita. Di saat kemajuan teknologi komunikasi seperti saat ini



maka komunikasi interpersonal akan berlangsung melalui jaringan komputer. Internet sebagai media komunikasi serta media komunikasi modern lainnya yang menjadikan komunikasi interpersonal dapat dilakukan melalui surat elektronik atau media sosial. Bentuk komunikasi interpersonal masa kini antara lain dapat bersifat *real time*, maksudnya pesan yang dikirim dan diterima pada satu waktu sebagaimana dalam komunikasi tatap muka. Pesan yang disampaikan dan diterima melalui berbagai media sosial dalam konteks komunikasi interpersonal jelas mempunyai pengaruh media sosial serta efek media sosial pada hubungan interpersonal yang dibangun.

f. Komunikasi interpersonal melibatkan berbagai alternatif.

Beberapa alternatif yang telah dibuat terhadap pesan-pesan interpersonal adalah hasil yang dapat kita komunikasikan kepada orang lain. Dalam kehidupan sehari-hari interpersonal dan interaksi kita dengan orang lain, akan kita disajikan dengan berbagai pilihan. Maksudnya adalah waktu dimana kita harus membuat pilihan kepada siapa kita akan berkomunikasi, apa yang akan kita katakan, dan apa yang tidak boleh kita katakan, bagaimana pilihan frasa yang ingin kita katakan. Penggunaan komunikasi interpersonal dan alasannya, pada beberapa situasi, beberapa pilihan yang dipilih dapat bekerja dengan baik dibanding yang lainnya.



## 5. Prinsip-Prinsip Komunikasi Interpersonal

Beberapa dasar dalam komunikasi interpersonal (Joseph A. DeVito, 2013), sebagai berikut :

- a. Komunikasi interpersonal merupakan suatu proses transaksional. Suatu proses, atau peristiwa yang berkelanjutan, yang masing-masing unsur saling berkaitan satu sama lain biasa disebut komunikasi interpersonal. Komunikasi interpersonal terus berjalan secara konstan dan akan mengalami perubahan. Untuk mengetahui gambaran komunikasi interpersonal yang merupakan proses transaksional maka cara komunikasi transaksional dapat menjadi solusinya.
- b. Ada tujuan dari Komunikasi interpersonal.
- c. Komunikasi interpersonal sebagai ambigu.  
Ambigu berpotensi terjadi pada setiap pesan. Setiap individu akan memberikan arti yang berbeda pada pesan yang sama.
- d. Interpersonal dalam hubungannya dengan model simetris atau komplementer.
- e. Pola perilaku yang sama atau berbeda dapat merangsang Interaksi interpersonal.
- f. Komunikasi interpersonal merupakan hubungan diantara para partisipan.



Sistem komunikasi interpersonal, dalam hubungan interpersonal sangat berarti dimana hubungan interpersonal yang baik merupakan penanda bagi komunikasi yang efektif.

- g. Komunikasi interpersonal yaitu dapat diberi tanda karenanya setiap orang memisahkan bagian-bagian komunikasi ke dalam rangsangan dan respon pada perspektif dasar yang dimiliki oleh masing-masing partisipan.
- h. Komunikasi interpersonal, dalam pelaksanaannya tidak dapat diulang, dan tidak dapat dihindari, serta tidak dapat diubah. Saat berada dalam suatu situasi interpersonal, maka kita tidak dapat berkomunikasi, dan kita tidak dapat mengulang secara tepat sebuah pesan secara spesifik.

## 6. Tahapan Hubungan Interpersonal

Joseph A. DeVito (2013), mengatakan bahwa hubungan interpersonal dibangun melalui beberapa bagian, yaitu :

- a. Kontak

Bagian dari kontak, ada jenis-jenis kontak persepsi misalnya apa yang kita lihat, apa yang kita dengar, dan lain-lain. Berdasarkan bagian ini kita akan melihat sebuah ilustrasi mental dan fisik seperti gender, usia, kepercayaan dan nilai, dan lain-lain. Kemudian terjadi persepsi, yang dilanjutkan dengan kontak interaksional yang superfisial dan relatif impersonal. Pada bagian inilah umumnya kita melakukan pertukaran informasi kepada



mereka yang ikut dalam proses komunikasi. Contohnya, “pada perkenalan.”. Oleh para peneliti berpendapat bahwa pada bagian kontak inilah akan diputuskan apakah akan melanjutkan hubungan atau tidak.

b. Keterlibatan

Keterlibatan pada bagian hubungan, berkembang rasa kebersamaan sebab terhubung. Di saat inilah mencoba untuk belajar lebih banyak tentang orang lain. Terdapat dua fase pada tahapan keterlibatan yaitu fase menguji dan fase mengintensifkan. Di fase menguji, kita akan melihat apakah penilaian awal yang kita miliki terbukti beralasan atau tidak. Contohnya, kita bertanya, “Di manakah mereka bekerja?”. Jika kita ingin mengetahui seseorang lebih dekat lagi maka kita akan lanjutkan kebersamaan kita dengan secara intensif melakukan interaksi yang diawali dengan memberitahu informasi mengenai diri kita.

c. Keakraban

Bagian keakraban membuat kita berkomitmen dengan diri kita sendiri agar tetap mengenal lebih jauh orang lain dan membangun suatu hubungan ketika seseorang tersebut menjadi seorang teman dekat, atau pasangan. Hubungan interpersonal akan berkembang dengan kualitas dan kuantitas yang menjadikan kita lebih sering membahas secara rinci tentang hubungan tersebut.



Kemudian, kita akan saling bertukar informasi pada jaringan sosial. Pada bagian inilah kepuasan hubungan juga berkembang. Pada tahapan ini terdapat dua fase yaitu fase pertama merupakan fase komitmen interpersonal dua orang berkomitmen kepada mereka sendiri kepada orang lain dalam cara yang pribadi. Di fase ikatan sosial, komitmen dibuat umum, contohnya kepada keluarga dan teman.

d. Kemunduran

Pada bagian kemunduran hubungan ditandai dengan merenggangnya ikatan diantara teman atau kekasih. Ada dua fase tahapan kemunduran hubungan yaitu ketidakpuasan terhadap intrapersonal yang mulai dialami saat berinteraksi dan mulai melihat masa depan yang suram dengan pasangan. Apabila fase ini terus berkembang, maka akan berlanjut pada fase kedua, yaitu kemunduran interpersonal. Maka akan mulai menarik diri atau menghindari dalam berinteraksi, tidak lagi berbagilagi, selalu diam ketika bersama-sama, kontak fisik jadi minim, dan berkurangnya kedekatan secara psikologis. Di sinilah awal mula konflik berkembang dan biasanya sulit menemukan jalan yang terbaik.

e. Perbaikan

Pada fase perbaikan adalah adanya perbaikan intrapersonal, yang mencoba menelaah serta menganalisa apa yang salah dan mulai menemukan titik terang atau cara dalam mengatasi



keretakan hubungan yang telah terjadi. Disini kita akan mengevaluasi baik buruknya jika hubungan yang ada diteruskan atau diakhiri. Untuk memutuskan dan memperbaiki hubungan, maka kita harus masuk pada fase perbaikan interpersonal yaitu bagaimana berkomunikasi dengan pasangan tentang apa yang ingin dicari, bagaimana mau melakukan, dan apa yang diinginkan oleh pasangan. Disinilah tahap negosiasi kepada pasangan untuk mencoba memperbaiki hubungan.

f. Putusnya hubungan

Pada umumnya putusnya hubungan dimulai dan berjalan dalam bentuk perpisahan interpersonal misalnya pisah rumah. Pada bagian ini ikatan antar individu benar-benar putus. Andaikata perpisahan ini diterima dan jika hubungan tidak bisa lagi diperbaiki, maka jika hubungan tersebut adalah sebuah pernikahan, maka fase ini menuju pada perceraian. Dan selanjutnya kita memasuki fase perpisahan sosial.

### C. Tinjauan Tentang Perilaku

#### 1. Pengertian Perilaku

Pengertian perilaku menurut para ahli Wardiah (2016) diantaranya:

- a. Gibson, mengatakan bahwa perilaku adalah suatu aktivitas yang dikerjakan seseorang.



- b. Leonard F. Polhaupessy menguraikan bahwa perilaku adalah sebuah gerakan yang dapat diamati dari luar, seperti orang berjalan, naik sepeda, mengendarai motor atau mobil.
- c. Menurut Soekidjo, perilaku adalah kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan.
- d. Menurut Skinner perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus(rangsangan dari luar).

## 2. Batasan Perilaku Manusia

### a. Pengetahuan (*knowledge*)

Notoatmodjo (2014) mengatakan bahwa pengetahuan adalah hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya.

Terdapat 6 garis besar tingkatan pengetahuan (Notoatmodjo, 2014), yaitu :

#### 1) Tahu (*Know*)

Tingkatan pengetahuan ditahap ini merupakan tingkatan yang paling rendah. Pengetahuan yang dimiliki baru sebatas mengingat kembali apa yang telah dipelajari sebelumnya,. Kemampuan pengetahuan pada tingkatan ini adalah bagaimana menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan. Misalnya pada tahapan ini adalah: menyebutkan arti pengetahuan, menyebutkan definisi rekam medis, atau menguraikan tanda dan gejala suatu penyakit.

#### 2) Memahami (*Comprehension*)



Pada tahap ini pengetahuan yang dimiliki dapat dimaksudkan sebagai suatu kemampuan menjelaskan tentang objek atau sesuatu dengan benar. Apabila seseorang yang telah faham mengenai pelajaran atau materi yang telah diberikan maka dapat menjelaskan, menyimpulkan, dan menginterpretasikan objek atau sesuatu yang telah dipelajarinya tersebut. Seperti dapat menjelaskan tentang pentingnya dokumen rekam medis.

3) Aplikasi (*Application*)

Pada tahap ini pengetahuan yang dimiliki adalah dapat diaplikasikan atau diterapkan materi yang telah dipelajarinya disituasi dan kondisi nyata atau sebenarnya. Contohnya melakukan assembling (merakit) dokumen rekam medis atau melakukan kegiatan pelayanan pendaftaran.

4) Analisis (*Analysis*)

Mampu menjelaskan materi ke dalam bagian-bagian yang ada hubungannya dengan yang lainnya. Menggambarkan kemampuan analisis yang dimiliki misalnya dapat membuat bagan, menguraikan dan membagi, membandingkan dan membedakan. misalnya tahap ini adalah menganalisis dan membandingkan kelengkapan rekam medis pada dokumen menurut metode Huffman dan metode Hatta.

5) Sintesis (*Synthesis*)



Memiliki pengetahuan yaitu kemampuan dalam mengaitkan berbagai unsur atau bagian pengetahuan yang ada menjadi suatu pola baru yang lebih menyeluruh. Kemampuan sintesis ini misalnya menyusun, merencanakan, mengkategorikan, mendesain, dan menciptakan. seperti menyusun alur rawat jalan atau rawat inap dan membuat bentuk desain rekam medis dan

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Pada bagian ini pengetahuan yang dimiliki yaitu kemampuan bagaimana untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Evaluasi dapat dijelaskan sebagai proses merencanakan, memperoleh, dan menyediakan informasi yang sangat diperlukan untuk membuat alternatif keputusan.

Bagian dari pengetahuan diatas menjelaskan tingkatan dari pengetahuan yang dimiliki individu setelah melalui berbagai proses misalnya mencari, bertanya, mempelajari atau atas pengalaman pengalaman.

Pengetahuan dapat dilakukan dan diukur dengan wawancara atau kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas (Notoatmodjo, 2012).



## Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pengetahuan

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang diantaranya (Notoatmodjo, 2010):

- 1) Umur, semakin bertambah usia seseorang maka proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat seperti ketikabelasan tahun.
- 2) Intelegensia, diartikan sebagai suatu kemampuan untuk belajar dan berfikir abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru. Intelegensia merupakan salah satu model untuk berfikir dan mengelola berbagai informasi secara terarah sehingga mampu menguasai lingkungan.
- 3) Lingkungan, merupakan faktor yang menimbulkan pengaruh awal dari individu, dimana individu dapat belajar dan mempelajari hal-hal yang baik dan hal-hal buruk berdasarkan pada sifat komunitasnya.
- 4) Sosial Budaya, dapat mempengaruhi seseorang memperoleh suatu kebudayaan dalam hubungannya dengan orang lain sehingga dapat memperoleh informasi.
- 5) Pendidikan, merupakan upaya belajar dalam meningkatkan dan mengembangkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan dapat menjadi nilai memperoleh pengetahuan.



- 6) Pengetahuan akan berpengaruh pada Informasi yang didapat, dan pengaruh pada individu memiliki pendidikan rendah sebagai contoh ia mendapatkan informasi melalui media antara lain televisi, radio atau surat kabar.
- 7) Pengalaman, merupakan sumber pengetahuan yang terbaik dalam mendapatkan suatu kebenaran pengetahuan. Pengalaman pribadi biasa dapat digunakan sebagai acuan memperoleh pengetahuan.

#### Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan dapat diukur dengan wawancara atau kuesioner yang menanyakan perihal isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Keluasan pengetahuan yang ingin kita ketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan pengetahuan (Notoatmodjo, 2010)

Pengetahuan diukur dengan menggunakan skala guttman yaitu terkait pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) yang menggunakan dua jawaban yang konsisten dan tegas, yaitu ya-tidak, benar-salah positif-negatif, tinggi-rendah, yakin-tidak yakin, setuju-tidak setuju, dll.

#### b. Sikap (*attitude*)

Sikap sebagai reaksi atau respon yang masih tertutup dari individu terhadap sesuatu. Oleh karena sifatnya yang masih tertutup maka belum tentu hasilnya adalah sesuatu yang sebenarnya namun bisa saja apa yang dikatakan berbeda dengan



apa yang ada dalam hatinya karena merasa tidak enak atau belum percaya diri sepenuhnya terhadap penanya. Misalnya penelitian tentang dukungan pimpinan dalam pelaksanaan sistem informasi dipuskesmas, belum tentu seorang staf mengungkapkan penilaian yang sebenarnya terhadap pimpinannya tersebut sebab ada perasaan tidak enak atau takut. (Notoatmodjo, 2012).

Skala likert adalah skala yang biasa digunakan untuk menilai sikap atau tingkah laku yang diinginkan oleh para peneliti dengan mengajukan beberapa pertanyaan kepada responden. Responden diharapkan menjawab atau mengisi kuesioner atas pertanyaan dengan memberikan jawaban atau respon pada skala ukur yang telah disediakan, seperti sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Skala likert umumnya dibuat berdampingan dengan pertanyaan atau pernyataan yang telah disediakan, dengan maksud agar responden lebih mudah melihat maupun memberikan alternatif jawaban yang sesuai dengan pertimbangan mereka (Darmadi, 2011).

Sikap merupakan respon tertutup individu terhadap rangsangan atau objek tertentu yang telah mengikutkan beberapa faktor misalnya emosi dan ide seseorang (setuju-tidak setuju, senang-tidak senang) yang tidak kelihatan langsung, melainkan hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup



terhadap objek tertentu. Alport (1954) dalam kutipan Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa tiga unsur pokok dari sikap yaitu :

- 1) Keyakinan / kepercayaan, adalah sebuah gagasan seseorang terhadap suatu objek, dengan kata lain bagaimana pendapat, pemikiran ataupun keyakinan seseorang terhadap suatu objek.
- 2) Objek yang mempengaruhi emosional seseorang dalam pelaksanaan evaluasi, dengan kata lain seseorang bagaimana melakukan penilaian.
- 3) Seseorang cenderung untuk bertindak (*tend to behave*), yang berarti bagaimana sikap yang merupakan suatu yang melewati sebuah aksi atau tindakan dari seseorang. Tahapan persiapan seseorang menjadi sikap untuk selanjutnya bertindak dan berperilaku dengan terbuka.

Ketiga unsur pokok dari sikap diatas secara bersama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap seseorang akan berperan penting secara utuh pada pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi. Berdasarkan intensitasnya, maka sikap mempunyai empat tingkatan meliputi :

- a) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau memperhatikan dan menerima stimulus yang diberikan dari suatu objek yang diamati.



b) Menanggapi (*responding*)

Menanggapi diartikan bahwa seseorang mampu memberikan jawaban ataupun mengemukakan tanggapan terhadap pertanyaan atau suatu objek.

c) Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan bahwa seseorang atau subjek dapat memberikan nilai positif terhadap stimulus atau suatu objek, dengan arti lain seseorang mampu mendiskusikan dan membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak, mempengaruhi dan menganjurkan orang lain untuk merespon.

d) Bertanggung jawab (*responsible*)

Tingkatan yang paling tinggi dari sikap adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakini dengan segala risiko. Berdasarkan keyakinannya seseorang dapat mengambil sikap tertentu, maka seseorang harus yakin untuk mengambil risiko bila ada orang lain yang tidak sepaham, mengkritik ataupun risiko lainnya.

c. Tindakan (*practice*)

Teori tindakan merupakan suatu teori dalam memahami tindakan yang perlu dilakukan untuk mendapatkan hasil yang diinginkan dalam suatu keadaan. Ketika tindakan sudah menjadi kebiasaan, maka secara otomatis tindakan itu akan selalu



dijalankan. Namun ketika tindakan sudah tidak efektif maka akan muncul kepedulian pada teori tindakan serta usaha untuk memperbaikinya (Johnson, 2012).

Ada 3 (tiga) tingkat praktik (Notoatmodjo, 2010a), yaitu :

1) Praktik terpimpin (*guided respon*).

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan tuntutan atau panduan. Misalnya, seorang ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara membersihkan dan memotong-motongnya, durasi memasak, dan menutup pancinya.

2) Praktik secara mekanisme (*mechanism*).

Seseorang yang apabila telah melakukan suatu pekerjaan telah menjadi kebiasaannya yang dilakukan dengan benar, maka sebenarnya sudah mencapai praktek. seperti, yang dilakukan seorang ibu selalu membawa anaknya ke posyandu untuk ditimbang, tidak harus menunggu dari kader posyandu atau petugas kesehatan.

3) Adopsi (*adoption*)

Suatu tindakan yang sudah berkembang yang dilakukan tidak sekedar rutinitas tetapi sudah dilakukan upaya-upaya yang lebih berkualitas. Seperti menggosok gigi, tidak hanya sekedar gosok gigi, tapi dengan teknik-teknik yang benar.



## D. Tinjauan Tentang Perubahan Perilaku Kesehatan

### 1. Definisi Perilaku Kesehatan

Perilaku sebagai hasil dari pengamatan-pengamatan dan interaksi yang dilakukan oleh seseorang dengan lingkungannya pada pengetahuan, sikap, dan tindakan. Perilaku kesehatan (*health behavior*) sebagai respon seseorang terhadap rangsangan yang berhubungan dengan sehat sakit, penyakit, faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan. Perilaku kesehatan meliputi seluruh kegiatan yang dilaksanakan oleh seseorang, baik yang diamati (*observable*) maupun yang tidak diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang meliputi pencegahan terhadap masalah kesehatan, meningkatkan derajat kesehatan dan mencari pengobatan jika menderita penyakit (Notoatmodjo, 2010).

### 2. Domain Perilaku Kesehatan

Tiga domain perilaku manusia menurut Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2010) yaitu kognitif (kesadaran atau pengetahuan), afektif (emosi) dan psikomotorik (tindakan). Dalam perkembangan perilaku dikembangkan menjadi 3 tingkat perilaku yakni pengetahuan, sikap dan tindakan atau praktik sebagai berikut :

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

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga). Secara garis besar ada 6 tingkat pengetahuan



yakni : tahu (know), memahami (comprehension), aplikasi (application), analisis (analysis), sintesis (synthesis) dan evaluasi (evaluation)

b. Sikap (*attitude*)

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang sudah melibatkan factor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Sikap mempunyai tingkat berdasarkan intensitasnya yakni menerima (receiving), menanggapi (responding), menghargai (valuing), bertanggungjawab (responsible).

c. Tindakan atau Praktik (*practice*)

Tindakan atau praktik dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya yakni praktik terpimpin (guided response), praktik secara mekanisme (mechanism), adopsi (adoption).

Tingkatan perilaku seseorang yang dimiliki yaitu baik, cukup dan kurang (Riwidikdo, 2010).

### 3. Perubahan Perilaku Kesehatan

Perubahan sebagai target dari pendidikan kesehatan yang menjadi determinan kesehatan. Pemberian pengetahuan kesehatan bertujuan untuk mengubah perilaku. Dimana terdiri dari 3 (tiga) dimensi, yakni :



- a. Mengubah perilaku negatif atau tidak sehat menjadi perilaku yang positif atau lebih baik dari sebelumnya sesuai dengan konsep sehat.
- b. Membentuk dan mengembangkan perilaku positif (perilaku sehat)
- c. Mempertahankan perilaku yang sudah positif agar tidak menjadi perilaku negatif.

Teori perubahan perilaku yang biasanya digunakan dalam penelitian yang didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme adalah Teori Stimulus Organisme (S-O-R). Skinner (1938) mengatakan bahwa perilaku sebagai respons atau reaksi seseorang terhadap rangsangan dari luar. Sehingga dapat dikatakan perilaku manusia terjadi melalui proses stimulus, organisme, respons. Skinner menggolongkan perilaku menjadi 2 (dua), yaitu :

- a. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Pengetahuan dan sikap merupakan bagian dari perilaku tertutup yang dapat diukur, perilaku tertutup apabila reaksi terhadap rangsangan masih belum dapat diamati secara jelas oleh seseorang. Reaksi seseorang masih terbatas pada bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang diberikan..

- 
- b. Perilaku terbuka (*overt behavior*)



Tindakan atau praktik yang dapat diamati orang lain dari luar sebagai reaksi terhadap rangsangan yang diamati. Teori perubahan pada perilaku yang lain yaitu Teori Kurt Lewin (1970) yang menyatakan bahwa keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong dan kekuatan-kekuatan penahan dapat mempengaruhi perilaku manusia. Perilaku seseorang dapat berubah jika terjadi ketidakseimbangan antara kekuatan pendorong dan penahan diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku yaitu sebagai berikut :

- 1) Kekuatan-kekuatan pendorong mengikat karena adanya stimulus-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan perilaku. Stimulus ini dapat berupa penyuluhan atau informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan.
- 2) Kekuatan-kekuatan penahan menurun karena adanya stimulus-stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut.
- 3) Kekuatan pendorong mengikat, kekuatan penahan menurun.

Pelaksanaan *pretest* dan *posttest* setelah diberikan intervensi dengan jarak yaitu selama kurun waktu satu bulan. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Phochasca *Transtheoretical Theori Model*

M) yang menyatakan bahwa untuk mengukur perubahan yang



masih dalam tahap persiapan diperlukan waktu satu bulan (Kholid, 2012).

Menurut *Transtheoretical Stages of Changes Model*, perubahan perilaku merupakan suatu proses yang berkaitan dengan kesiapan seseorang untuk mengubah perilaku. Model ini mengidentifikasi terdapat lima tahapan atau tingkatan kesiapan seseorang untuk melakukan perubahan perilaku, yakni diantaranya sebagai berikut :

a. Pra-berfikir (*precontemplation*)

Seseorang belum dan tidak tertarik untuk mengubah perilaku. Misalnya, remaja belum tertarik untuk memahami dampak risiko pergaulan bebas karena menganggap masalah itu adalah hak kesenangan mereka dan bukan menjadi masalah kesehatan.

b. Berfikir (*contemplation*)

Seseorang telah mempertimbangkan untuk mengubah perilakunya suatu hari nanti. Misalnya, remaja yang aktif dalam perilaku berisiko telah mengetahui dampak bagi kesehatannya dan kesehatan orang lain dan kemudian dipertimbangkan berhenti suatu saat nanti tetapi belum siap untuk melaksanakannya.

c. Persiapan (*preparation*)

Tahap ini merupakan tahap persiapan dan eksperimentasi terhadap perubahan perilaku, tetapi tidak memiliki keyakinan diri sendiri untuk dapat secara aktif terlibat dalam proses. Misalnya,



remaja yang berperilaku risiko tinggi yang berniat untuk berubah segera mungkin.

d. Tindakan (*action*)

Pada tahap ini seseorang telah terlibat secara aktif dalam proses perubahan perilaku yang terjadi. Misalnya, perokok melakukan perubahan perilaku dengan tidak melakukannya kembali dan mulai mengajak orang lain berperilaku sehat.

e. Mempertahankan (*maintenance*)

Pada tahap ini seseorang telah mempertahankan perubahan perilaku dari waktu ke waktu. Misalnya, remaja yang sebelumnya berperilaku risiko terus bertahan untuk mengubah perilaku sehatnya untuk tidak berbuat perilaku itu kembali (Bensley & Fisher, 2009).

Sedangkan menurut Rogers dan Shoemaker (1971) proses adopsi tidak akan terhenti segera sesudah menerima/menolak. Pengaruh lingkungan kelak yang akan mengubah keadaan. Proses pengambilan keputusan tentang inovasi ini menjadi lima tahap yakni :

- a. Pengetahuan (*Knowledge*), ide baru akan diterima oleh individu sebagai informasi dan pengetahuan,
- b. Pendekatan (*Persuasion*), inovasi pada tahap ini dimana individu membentuk suatu sikap kurang baik atau yang baik.



- c. Keputusan (*Decision*), keputusan yang diambil individu untuk menerima konsep baru yang ditawarkan petugas kesehatan di tahap ini.
- d. Implementasi (*Implementation*), tahap dimana individu menempatkan memanfaatkan atau diadopsi inovasi.
- e. Konfirmasi (*Confirmation*), tahap penguatan dimana individu meminta dukungan dari lingkungannya atas keputusan yang diambilnya.

#### 4. Upaya Perubahan Perilaku Kesehatan

Dalam upaya mengatasi masalah perilaku kesehatan masyarakat diperlukan sebuah pendekatan intervensi. Intervensi yang dapat dilakukan melalui pendekatan (Notoatmodjo, 2010) diantaranya :

##### a. Pendidikan Kesehatan (*Education*)

Upaya persuasif atau pembelajaran pendidikan kesehatan kepada masyarakat agar melakukan tindakan pencegahan dan pemeliharaan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan berdasarkan pada kesadaran dan pengetahuan yang didapat setelah memperoleh pendidikan kesehatan. Perilaku yang terbentuk diharapkan memiliki manfaat jangka panjang dan dapat menetap pada pribadi seseorang karena didasari oleh kesadaran, yang umumnya membutuhkan waktu lama untuk mengubah perilaku seseorang.

##### Paksaan atau Tekanan (*Coercion*)



Masyarakat yang dipaksa atau ditekan untuk melakukan tindakan pemeliharaan, pencegahan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan. Upaya intervensi yang diberikan dalam bentuk paksaan cenderung memiliki waktu yang cepat untuk terjadi perubahan perilaku namun tidak akan berlangsung lama untuk merubah perilaku sehat.yang tidak didasari oleh pemahaman dan kesadaran sendiri

### **E. Tinjauan Tentang Lokasi Penelitian**

Kota Baubau sebagai salah satu kota di Sulawesi Tenggara yang memiliki luas 294,99 km<sup>2</sup> terdiri atas 8 kecamatan dan 17 puskesmas yaitu Puskesmas Sulaa, Katobengke, Wajo, Betoambari, Meo-Meo, Melai, Waborobo, Bataraguru, Wolio, Bukit Wolio Indah, Sorawolio, Kadolomoko, Lakologou, Bungi, Lowu-Lowu, Kampeonaho, dan Puskesmas Liwuto.

Salah satu puskesmas dari 2 puskesmas di Kecamatan Batupoaro Kota Baubau adalah Puskesmas Meo-Meo dengan wilayah kerja meliputi 4 kelurahan yaitu Kelurahan Wameo, Kelurahan Kaobula, Kelurahan Lanto, dan Kelurahan Nanganaumala dengan penduduk sebesar 18.259 jiwa yang terdiri atas laki-laki sebanyak 9.245 jiwa dan perempuan sebanyak 9.481 Jiwa.

Jumlah Rumah Tangga (RT) 2.785 yang terdiri atas Kelurahan Wameo 892 Rumah Tangga (RT), Kelurahan Kaobula 434 Rumah Tangga (RT), Kelurahan Lanto 899 Rumah Tangga (RT) dan Kelurahan Nanganaumala 560 Rumah Tangga (RT).



## F. Tabel Sintesa

Dalam mendukung teori yang dijelaskan pada bagian sebelumnya, penelitian-penelitian yang telah dilakukan oleh beberapa orang atau institusi baik dari gambaran deskriptif dari pengetahuan, sikap dan atau tindakan serta penelitian lain terkait dengan Demam Berdarah Dengue (DBD). Berikut beberapa penelitian yang pernah dilakukan diantaranya :



Tabel 1. Sintesa Hasil Penelitian Tentang Pencegahan DBD

| No | Peneliti (Tahun)     | Judul   | Karakteristik Studi   |            |   | Hasil   |
|----|----------------------|---|---|------------|---|---|
|    |                      |   | Subyek  | Instrument | Metode/Desain   |   |
| 1. | Widyawati (2010)     | Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Siswa Sekolah Dasar Dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue Di Kecamatan Medan Denai<br><i>Tesis Universitas Sumatera Utara</i> | Siswa SD kelas lima di SD Negeri 060910 di Kec. Medan Denai yang berjumlah 105 orang. | Kuesioner  | Quasi eksperimental /pre-test post-test control group design. | Hasil uji t-test menunjukkan terdapat perbedaan rerata nilai pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan pada kelompok satu kali penyuluhan dan kelompok dua kali penyuluhan ( $p = 0,00$ ). |
| 2. | Pasidi Shidiq (2010) | Keefektifan Penyuluhan Keluarga Terhadap Pemberantasan Demam Berdarah Dengue Di Kabupaten Bondowoso.<br><i>Tesis Universitas Sebelas Maret Surakarta</i>                                    | Keluarga di wilker PKM Tenggarang dan Pujer Kabupaten Bondowoso                       | Kuesioner  | Eksperimen dengan randomized controlled trial study.          | Penyuluhan efektif terhadap peningkatan pengetahuan ( $p=0,000$ ), sikap ( $p=0,005$ ), dan tindakan ( $p=0,000$ ), namun tidak efektif terhadap keberadaan jentik ( $p=0,461$ ).                               |



| No | Peneliti (Tahun)  | Judul  | Karakteristik Studi   |            |   | Hasil  |
|----|---|--|---|------------|---|--|
|    |   |  | Subyek  | Instrument | Metode/Desain   |  |
| 3. | Enggarayu Weningtyas, Miftahun Ni'mah Suseno (2012)<br><i>PSIKOLOGIKA</i><br><i>VOLUME 17 NOMOR 1</i> | Pengaruh Komunikasi Interpersonal Dan Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Konsumen<br><br><i>Skripsi Universitas Islam Indonesia Yogyakarta</i> | Konsumen yang pernah mengunjungi Kalimilk laki-laki dan perempuan usia 18-23 th 60 org. | Wawancara  | Menggunakan Skala yaitu skala kepuasan konsumen, skala komunikasi interpersonal dan skala kualitas pelayanan. | Komunikasi interpersonal berpengaruh terhadap kepuasan konsumen dan kualitas pelayanan terhadap kepuasan konsumen.   |
| 4. | Hilman Zulkifli Amin, Saleha Sungkar (2013)<br><i>Vol. 1, No. 3,</i>                                  | Perkembangan Mutakhir Vaksin Demam Berdarah Dengue<br><br><i>Skripsi Universitas Indonesia</i>   | Vaksin Dengue   | Uji klinis | Inovasi intervensi berupa vaksin dengue   | Terdapat empat jenis vaksin yang telah dikembangkan yaitu LAV, vaksin chimera, vaksin DNA dengue, dan vaksin DENV terinaktifasi. Vaksin itu mampu menghasilkan respons imun protektif terhadap ke-4 tipe DENV. |



| No | Peneliti (Tahun)  | Judul  | Karakteristik Studi                        |                         |  | Hasil   |
|----|---|--|--|-------------------------|--|---|
|    |   |  | Subyek                                     | Instrument              | Metode/Desain  |   |
| 5. | Wa Ode Analestariastuti, Hartati Bahar, Lymbran Tina (2014)<br><i>JURNAL MKMI, Maret 2014, hal 8-15</i> | Perbedaan Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Dengan Metode Cerita Dan Ceramah Terhadap Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Siswa Sd Tentang Penyakit DBD<br><i>Skripsi Universitas Haluoleo</i>                 | Siswa pada SDN 10 Poasia dan SDN 15 Poasia | Kuesioner               | Quasi eksperimental dengan rancangan non equivalent control group design | Terdapat peningkatan pengetahuan, sikap, dan tindakan sebelum dan sesudah penyuluhan pada kedua kelompok dengan p yang sama berurutan (p=0,001 pengetahuan, p=0,001 sikap, dan p= 0,000 tindakan).                  |
| 6. | Eva Patriana (2014)   | Komunikasi Interpersonal Yang Berlangsung Antara Pembimbing Kemasyarakatan Dan Keluarga Anak Pelaku Pidana Di Bapas Surakarta<br><i>Journal of Rural and Development □ Volume V No. 2 Agustus 2014</i> | Keluarga anak pelaku pidana.               | Wawancara dan observasi | Kualitatif deskriptif  | Komunikasi interpersonal antara Pembimbing Kemasyarakatan dan keluarga anak pelaku pidana berjalan dengan efektif karena memenuhi unsur-unsur seperti kepercayaan, keterbukaan, sikap saling mendukung, dan empati. |



| No | Peneliti (Tahun)  | Judul   | Karakteristik Studi   |            |                 | Hasil  |
|----|---|---|---|------------|-----------------|--|
|    |   |   | Subyek  | Instrument | Metode/Desain   |  |
| 7. | Putri Ayudhya,<br>Ronald I.Ottay,<br>Wulan P.J.Kaunang,<br>Grace D. Kandou,<br>A.J Pandelaki<br>(2014)  | Hubungan<br>Pengetahuan & Sikap<br>Masy. ttg Penyakit<br>Demam Berdarah<br>Dengue dgn<br>Pencegahan Vektor di<br>Kel. Malalayang 1<br>Barat Kota Manado<br><i>Jurnal Kedokteran<br/>Komunitas &amp; Tropik:<br/>Volume II Nomor 1<br/>Februari 2014</i> | Masy. di Kel.<br>Malalayang 1<br>Barat Kota<br>Manado           | Kuesioner. | Cross sectional | Ada hubungan antara<br>pengetahuan, sikap<br>dan tindakan<br>pencegahan vektor<br>penyakit Demam<br>Berdarah Dengue. |
| 8. | Reinhard Yosua<br>Lontoh, A. J. M.<br>Rattu, Wulan P. J.<br>Kaunang.<br>(2014)<br><br><i>Jurnal Ilmiah<br/>Farmasi – UNSRAT<br/>Vol. 5 No. 1<br/>FEBRUARI 2016<br/>ISSN 2302 – 2493</i> | Hub. Antara<br>Pengetahuan & Sikap<br>dgn Tindakan<br>Pencegahan Demam<br>Berdarah Dengue<br>(DBD) Di Kel.<br>Malalayang 2 Lingk. III.  | Masyarakat<br>Di Kelurahan<br>Malalayang 2<br>Lingkungan<br>III | Kuesioner  | Cross sectional | Didapati hubungan<br>antara sikap dengan<br>tindakan Pencegahan<br>Demam Berdarah<br>Dengue (DBD)                    |



| No  | Peneliti (Tahun)  | Judul   | Karakteristik Studi   |                         |  | Hasil   |
|-----|---|---|---|-------------------------|--|---|
|     |   |   | Subyek  | Instrument              | Metode/Desain  |   |
| 9.  | Hasyim Hasanah (2015)<br><i>SAWWA – Volume 11, Nomor 1,</i>   | Pengaruh Komunikasi Interpersonal Dalam Menurunkan Problem Tekanan Emosi Berbasis Gender<br><i>Skripsi UIN Walisongo</i>                                    | Mahasiswa prog. khusus di IAIN Walisongo Semarang                           | Kuesioner               | Pendekatan psikologi komunikasi interpersonal.                                       | Komunikasi interpersonal berpengaruh terhadap penurunan problem tekanan emosi   |
| 10. | Sinta Rusmalinda, Marheni Eka Saputri, ST., MBA (2016)<br><i>e-Proceeding of Management : Vol.3, No.1 April 2016   Page 492</i> | Pengaruh Komunikasi Interpersonal Terhadap Kinerja Karyawan Di Lembaga Bimbingan & Konsultasi Belajar Prestise.   | Seluruh karyawan lembaga bimbingan & konsultasi belajar Prestise di Bandung | Kuesioner dan wawancara | Teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi linier sederhana. | Terdapat pengaruh antara komunikasi interpersonal terhadap kinerja karyawan. Besarnya pengaruh sebesar 24,1%  |
| 11. | Helly Conny Pangemanan, Rina Kundre, Jill Lolong (2016)<br><i>e-journal Keperawatan (e-Kp) Volume 4 Nomor 2</i>                 | Hubungan Tindakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dgn Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Desa Watutumou I, li & lii Wilayah Kerja Puskesmas Kolongan | 30 Responden di wilayah kerja Puskesmas Kolongan.                           | Kuesioner               | Cross sectional.   | Ada hub antara tindakan pemberantasan sarang nyamuk dgn kejadian demam berdrh dengue di desa Watutumou I, II & III, wilayah kerja puskesmas Kolongan. |



| No  | Peneliti (Tahun)   | Judul  | Karakteristik Studi                             |             |                  | Hasil  |
|-----|--|--|---|-------------|------------------|--|
|     |  |  | Subyek  | Instrument  | Metode/Desain    |  |
| 12. | Adhiana Aysha Rohman,<br>Syamsulhuda,<br>Anung Sugihantono.<br>(2016)<br><i>Jurnal Kesmas (e-Journal)</i><br>Volume 4, Nomor 2 | Hubungan Paparan Media Informasi Dengan Pengetahuan Penyakit Demam Berdarah Dengue Pd Ibu-Ibu Di Kel. Sambiroto Semarang.<br><br><i>Skripsi Universitas Diponegoro</i> | 11 RW yang ada di Kelurahan Sambiroto.          | Kuisisioner | Cross sectional  | Ada hubungan antara paparan media informasi dengan pengetahuan penyakit DBD.   |
| 13. | Puguh Ika Listyorini<br>(2016)<br><br><i>INFOKES, VOL 6 NO 1, Juli 2016</i>  | Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Pada Masyarakat Karangjati Kabupaten Blora.   | Masyarakat Kelurahan Karangjati Kabupaten Blora | Kuisisioner | Cross sectional. | Pengetahuan, sikap, ketersediaan informasi, dan peran petugas kesehatan berpengaruh terhadap perilaku pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue di masyarakat. |



| No  | Peneliti (Tahun)   | Judul  | Karakteristik Studi                            |   |                       | Hasil  |
|-----|--|--|--|---|-----------------------|--|
|     |  |  | Subyek   | Instrument  | Metode/Desain         |  |
| 14. | dr. IB Wirakusuma,<br>MOH (2016)   | Gambaran Tingkat Pengetahuan, Sikap, Dan Praktik Tentang Pencegahan Demam Berdarah Dengue Di Wilayah Kerja Puskesmas Bebandem<br><br><i>Skripsi Universitas Udayana Denpasar</i>                                   | Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Bebandem | Kuisisioner   | Cross sectional       | Responden memiliki tingkat pengetahuan sedang (74,2%), sikap positif (92,4%) dan praktik yang cukup (53%) tentang pencegahan demam berdarah. |
| 15. | Liana Hutapea (2016)<br><br><i>Al-Balagh, Vol. 1, No. 1, 2016: 126-137</i> | Gaya Komunikasi Interpersonal Orangtua Dalam Mencegah Penyalahgunaan Narkoba Pada Remaja Di Desa Cinta Rakyat Kecamatan Percut Sei Tuan Kab. Deli Serdang.<br><i>Tesis Universitas Islam Negeri Sumatera Utara</i> | Remaja   | Gaya komunikasi : gaya asertif, non asertif dan agresif | Pendekatan Komunikasi | Komunikasi interpersonal yang paling efektif digunakan orangtua dalam mencegah penyalahgunaan Narkoba pada remaja.                           |



| No  | Peneliti (Tahun)            | Judul  | Karakteristik Studi                      |   |                     | Hasil   |
|-----|-----------------------------|--|--|---|---------------------|---|
|     |                             |  | Subyek                                   | Instrument  | Metode/Desain       |   |
| 16. | Ratih Noor Ikhlasari (2017) | <p>Hubungan Pemberian Intervensi Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i> (DBD) Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan, dan Kontinuitas Masyarakat di Kecamatan Godean dan Mlati, Kabupaten Sleman</p> <p><i>Skripsi Universitas Islam Indonesia</i></p> | Masyarakat di Kecamatan Godean dan Mlati | Kuisisioner dan Formulir Pemantauan Jentik Berkala (FPJB) | Quasi eksperimental | <p>Ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan (<math>p=0,035</math>)</p> <p>Ada hubungan yang signifikan antara pendapatan dengan pengetahuan (<math>p=0,003</math>)</p> <p>Ada perbedaan yang signifikan antara rerata <i>pretest</i> dengan <i>posttest</i> kelompok perlakuan dan kontrol pada aspek pengetahuan (<math>p=0,000</math>) dan sikap (<math>p=0,028</math>) yang menunjukkan bahwa pemberian intervensi pencegahan DBD berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.</p> |



| No  | Peneliti (Tahun)   | Judul  | Karakteristik Studi  |  |                          | Hasil  |
|-----|--|--|--|--|--------------------------|--|
|     |  |  | Subyek   | Instrument   | Metode/Desain            |  |
| 17. | Euis Nurhayati<br>(2017)<br><br><i>Jurnal Online<br/>Kinesik Vol. 4 No. 2</i>                        | Pengaruh Komunikasi Interpersonal Orang Tua Tentang Pendidikan Seks Terhadap Perilaku Seksual Remaja Di Kel Tatura Utara Kec. Palu Selatan Kota Palu.<br><i>Skripsi Universitas Tadulako</i> | Remaja di Kelurahan Tatura Utara Kecamatan Palu Selatan Kota Palu.                                   | Kuesioner  | Kuantitatif eksplanatif. | Komunikasi interpersonal orang tua berpengaruh secara signifikan terhadap perilaku seksual remaja.   |
| 18. | Helmy Bachtiar Attamimy, M. Bagus Qomaruddin<br>(2017)<br><br><i>Jurnal Promkes<br/>Vol. 5 No. 2</i> | Aplikasi Health Belief Model Pada Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue<br><br><i>Tesis Universitas Airlangga</i>  | Masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojorojo Kota Kediri | Kuisoner wawancara dengan teknik simple random sampling. | Cross sectional          | Mayoritas objek penelitian yang menganggap rentan melakukan pencegahan DBD dengan baik. Namun masih ditemukan adanya objek penelitian yang tidak menganggap rentan, namun melakukan pencegahan DBD cukup baik. |



| No  | Peneliti (Tahun)   | Judul  | Karakteristik Studi                    |  |                        | Hasil   |
|-----|--|--|--|--|------------------------|---|
|     |  |  | Subyek                                 | Instrument                             | Metode/Desain          |   |
| 19. | Luluk Lidya Ayun, Eram Tunggul Pawenang (2017)<br><br><i>Public Health Perspective Journal 2 (1)</i> | Hubungan antara Faktor Lingkungan Fisik dan Perilaku dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Wilayah Kerja Puskesmas Sekaran, Kecamatan Gunungpati, Kota Semarang<br><br><i>Skripsi Universitas Negeri Semarang</i> | Penderita DBD 26 kasus dan 26 kontrol. | Kuesioner dan lembar observasi.        | Case control           | Ada hubungan yang bermakna antara keberadaan kawat kasa, keberadaan tempat perindukan, kebiasaan mengurus TPA, kebiasaan menggantung pakaian dikamar, kebiasaan memakai lotion anti nyamuk, dan kebiasaan menyingkirkan barang bekas dengan kejadian DBD. |
| 20  | Shalad Mulianazar (2017)<br><br><i>JOM FISIP Vol. 4 No.1</i>   | Komunikasi Persuasif Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru Dalam Upaya Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD)<br><i>Skripsi Universitas Riau</i>  | Masyarakat Kota Pekanbaru              | Wawancara, observasi, dan dokumentasi. | Kualitatif deskriptif. | Dinkes Kota Pekanbaru belum berhasil dalam mempersuasif masyarakat dalam upaya pencegahan demam berdarah dengue dilihat dari demam berdarah terus bertambah korban tiap tahunnya.   |

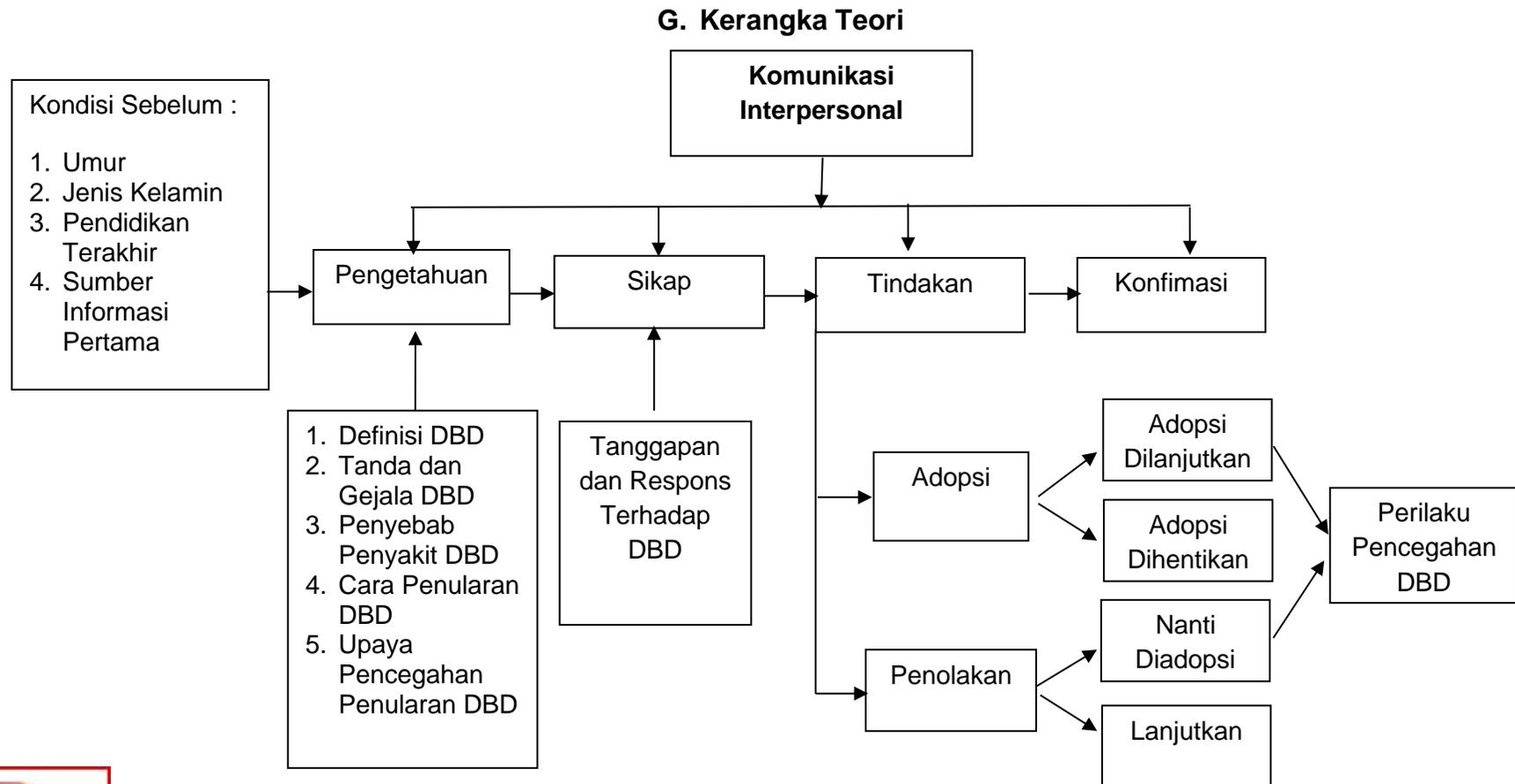


| No  | Peneliti (Tahun)  | Judul   | Karakteristik Studi   |                          |   | Hasil  |
|-----|---|---|---|--------------------------|---|--|
|     |   |   | Subyek  | Instrument               | Metode/Desain                               |  |
| 21  | Joshua Nealon,<br>Wei-Yin Limb,<br>Annick Moureau,<br>Sharon Linus<br>Lojikip, Suria Junus,<br>Suresh Kumar,<br>Jeyaseelan,<br>Nachiappan<br>,Shamala Devi<br>Sekaran, Cedric<br>Radigue, Benjamin,<br>Cowling, R. Leon<br>Ochiai, Amar-Singh<br>HSS (2019) | Feasibility of case-control and test-negative designs to evaluate dengue vaccine effectiveness in Malaysia<br><br><i>Vaccine 37 (2019) 5891–5898</i>                | Suspected dengue,<br>Suspected dengue,<br>Severe dengue, Case-controls, TN controls | Questionnaire            | Case control (CC) and test-negative (TN)    | The CC design may be more appropriate than the TN design for hospitalized dengue vaccine effectiveness studies. Selection bias in case control selection could be minimized by protocol changes more easily than increasing TN design control numbers, |
| 22. | Tika Fransiska Dewi, Joko Wiyono, Zaky Soewandi Ahmad. (2019) Nursing News Volume 4, No. 1  | Hubungan Pengetahuan Orang Tua Tentang Penyakit DBD Dengan Perilaku Pencegahan DBD Di Kel. Tlogomas Kota Malang.<br><i>Skripsi Universitas Tribhuwana Tungadewi</i> | Orang tua yang memiliki anak usia 7-10 tahun.                                       | Kuesioner dan wawancara. | Pendekatan cross sectional desain korelasi. | Semakin baik pengetahuan maka semakin baik juga perilaku pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue.  |



| No  | Peneliti (Tahun)  | Judul  | Karakteristik Studi   |                               |                 | Hasil   |
|-----|---|--|---|-------------------------------|-----------------|---|
|     |   |  | Subyek  | Instrument                    | Metode/Desain   |   |
| 23. | Didik Setiawan,<br>Praba Ginandjar,<br>Retno Hestiningih,<br>Sri Yuliawati<br>(2019)<br><i>Jurnal Kesmas (e-<br/>Journal)</i><br><i>Volume 7, No. 4</i> | Hubungan<br>Pengetahuan Tentang<br>Pengendalian Vektor<br>Demam Berdarah<br>Dengue (DBD)<br>Dengan Praktik<br>Penggunaan<br>Insektisida Rumah<br>Tangga Di Kelurahan<br>Tembalang<br><i>Skripsi Universitas<br/>Diponegoro</i> | Rumah<br>Tangga Di<br>Kelurahan<br>Tembalang                                | Wawancara<br>dan<br>Observasi | Cross sectional | Penggunaan<br>insektisida rumah<br>tangga utk<br>mengendalikan vektor<br>DBD belum didasari<br>dgn pengetahuan ttg<br>vektor DBD itu sendiri<br>baik cara penularan,<br>ciri tubuh, waktu<br>menggigit, tempat yg<br>disukai untuk<br>beristirahat, tempat<br>hidup larva.. |
| 24. | Subhashisa<br>Swaina, Minakshi<br>Bhatta, Debasish<br>Biswal, Sanghamitra<br>Pati, Ricardo J.<br>Soares Magalhaese                                      | Risk factors for<br>dengue<br>outbreaks in Odisha,<br>India:<br>A case-control study<br><br><i>journal of home<br/>epidemiology:<br/><a href="http://www.elsevier.com/locate/jiph">http://www.elsevier.com/locate/jiph</a></i> | 30 subjects<br>(10 cases<br>and 20<br>controls)<br>from non-<br>study area. | Questioner                    | Case-control    | Occupation and<br>ecological condition<br>of households play<br>important roles in<br>dengue outbreaks in<br>Odisha. However, our<br>study suggests travel/<br>commuting are also<br>essential factors to be<br>considered during<br>disease prevention<br>planning.        |



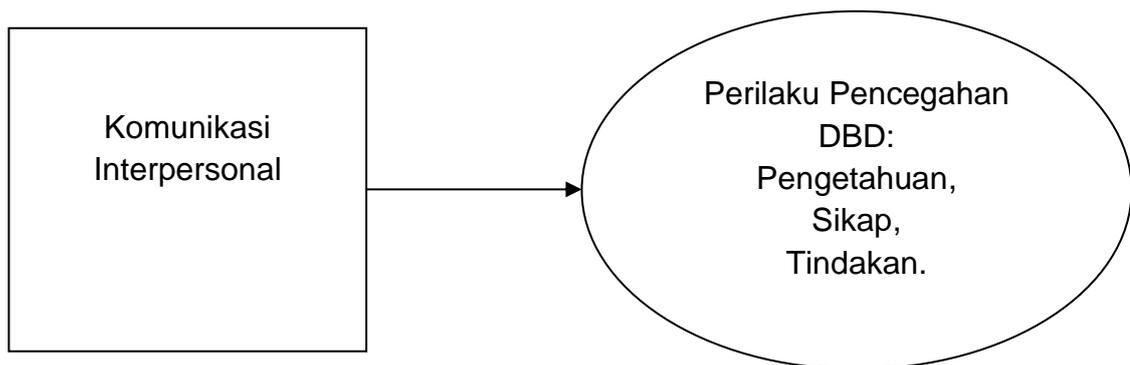


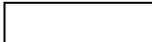
gambar 1. Modifikasi Teori Model Proses Inovasi-Adopsi. (Sumber Rogers dan Schoemaker.1992)



## H. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan suatu keterkaitan antara satu konsep dengan konsep lainnya dari masalah yang akan diteliti. Kerangka ini bertujuan untuk menghubungkan atau menguraikan secara detail tentang masalah akan dibahas. Kerangka ini didapatkan dari ilmu/teori yang digunakan sebagai dasar dalam penelitian ini adalah:



 : Variabel Independen (Variabel Bebas)

 : Variabel Dependen (Variabel Terikat)

**Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian**



## I. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif

**Tabel 2. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif**

| No | Variabel    | Definisi Operasional  | Pengukuran   | Skala   | Parameter                        | Kriteria Obyektif  |
|----|-------------|---|--|---------|----------------------------------|--|
| 1  | Pengetahuan | Pengetahuan masyarakat terhadap DBD yang meliputi pengertian DBD, cara penularan DBD, gejala-gejala umum serta klinis DBD, riwayat alamiah DBD dan cara pencegahan DBD. | Kuesioner dengan Skala Guttman                       | Rasio   | 1. Baik<br>2. Cukup<br>3. Kurang | 1. Baik, jika nilainya 14-18 (76%-100%)<br>2. Cukup, jika nilainya 10-13 (56%-75%)<br>3. Kurang, jika nilainya 0-9 (<56%)                  |
| 2  | Sikap       | Tanggapan responden terhadap DBD yang meliputi sikap masyarakat terhadap DBD.   | Kuesioner dengan Skala Likert                        | Ordinal | 1. Baik<br>2. Cukup<br>3. Kurang | 1. Baik, jika nilainya 35-40 ( $\geq$ 87 %)<br>2. Cukup, jika nilainya 28-34 (70 % - 85 %)<br>3. Kurang, jika nilainya 18-27 (45 % - 68 %) |
| 3  | Tindakan    | Aktifitas responden dalam pencegahan DBD seperti melakukan gerakan "3 M Plus"   | Kuesioner dengan Skala Likert dan Observasi langsung | Ordinal | 1. Baik<br>2. Cukup<br>3. Kurang | 1. Baik, jika nilainya 8-10 (76 % - 100 %)<br>2. Cukup, jika nilainya 6-7 (56 % - 75 %)<br>3. Kurang, jika nilainya 0-5 (<56 %)            |
|    | komunikasi  | Komunikasi yang dilakukan dalam suatu hubungan  | Mendatangi responden                                 |         |                                  |  |



|  |               |  |   |  |  |  |
|--|---------------|--|---|--|--|--|
|  | interpersonal | interpersonal antara dua individu atau lebih, baik secara verbal maupun nonverbal, yang bertujuan untuk mencapai kesamaan makna. | <i>door to door</i> kemudian dilakukan komunikasi interpersonal |  |  |  |
|--|---------------|--|---|--|--|--|



## J. Variabel Penelitian

### 1. Variabel terikat (Dependen)

Variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono 2011: 64). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku terdiri atas pengetahuan, sikap dan tindakan.

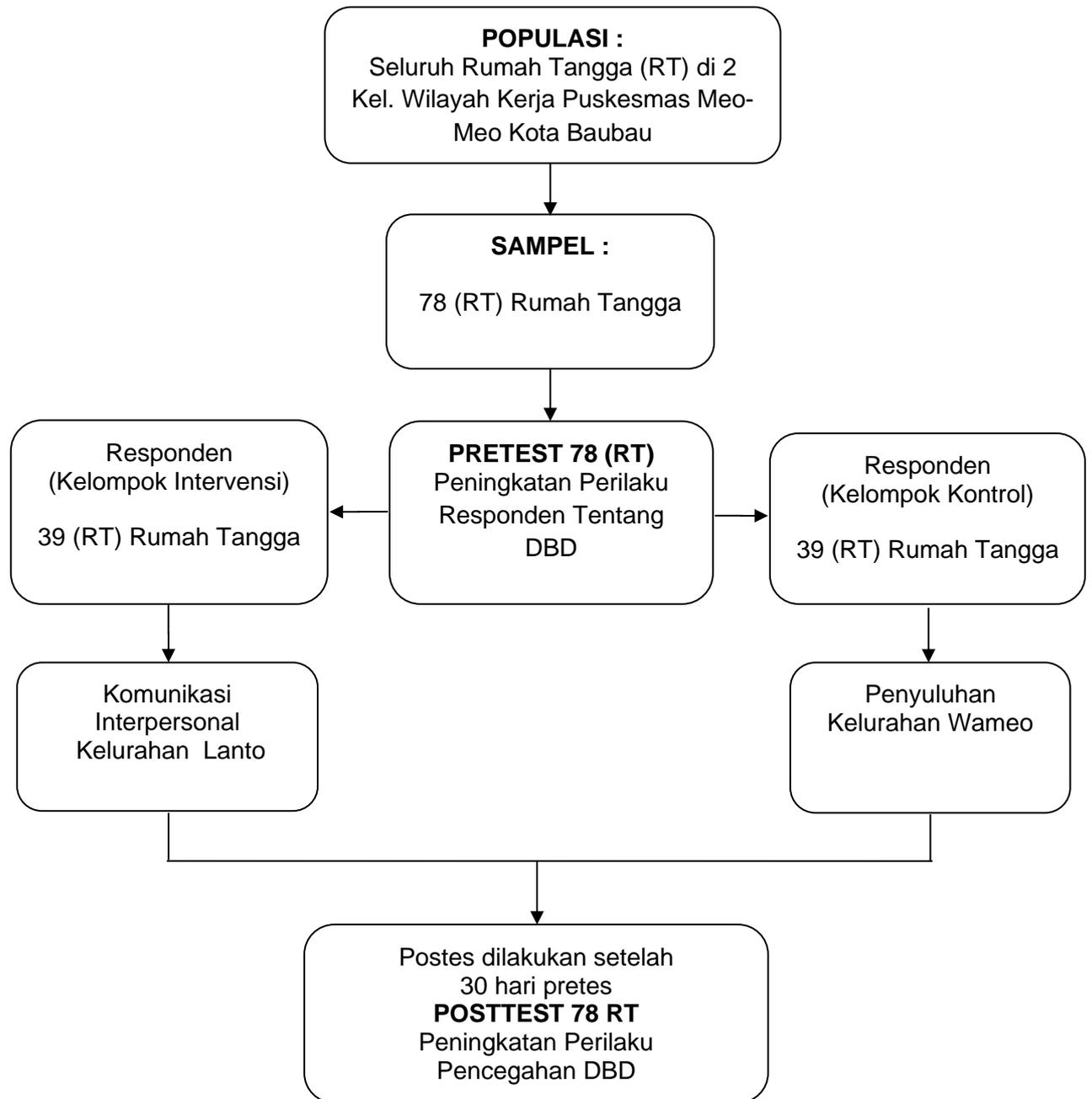
### 2. Variabel bebas (Independen)

Variabel yang memengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau yang menyebabkan timbulnya variabel terikat. (Sugiyono 2011: 64). Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu komunikasi interpersonal dan penyuluhan.



## K. Alur Penelitian

Alur pada penelitian ini adalah :



Gambar 3. Alur Penelitian



## L. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini secara umum pernyataan yang merupakan hipotesa alternatif (Ha) adalah :

1. Ada perbedaan pengetahuan pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebelum dan sesudah Intervensi Komunikasi Interpersonal di wilayah kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau.
2. Ada perbedaan sikap pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebelum dan sesudah Intervensi Komunikasi Interpersonal di wilayah kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau.
3. Ada perbedaan tindakan pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebelum dan sesudah Intervensi Komunikasi Interpersonal di wilayah kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau.
4. Ada perbedaan pengetahuan pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebelum dan sesudah penyuluhan di wilayah kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau.
5. Ada perbedaan sikap pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebelum dan sesudah penyuluhan di wilayah kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau.
6. Ada perbedaan tindakan pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebelum dan sesudah penyuluhan di wilayah kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau.



7. Ada pengaruh komunikasi interpersonal dengan penyuluhan terhadap peningkatan perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan) pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau.

