

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam Berdarah *Dengue* adalah penyakit infeksi virus yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditandai demam 2-7 hari disertai bintik-bintik merah dengan manifestasi klinis lainnya seperti nyeri otot, nyeri tulang dan nyeri belakang pada bola mata.¹ Menurut data *World Health Organization* pada tahun 2000 terdapat 504.430 kasus dan mengalami peningkatan kasus DBD menjadi 2,4 juta pada tahun 2010 pada tahun 2019 sebanyak 5,2 juta kasus. Pada tahun 2020 beberapa negara mengalami peningkatan jumlah kasus seperti di negara Brazil, Bangladesh, Nepal, Mayote, Sri Lanka, Singapura, Sudan, Timor Leste, Thailand, Yaman dan Indonesia.² Berdasarkan informasi dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2021 jumlah kasus DBD sebanyak 72.183 kasus yang tersebar di 467 kabupaten/kota dan dengan jumlah kematian 694 jiwa.³ Sumatera Utara merupakan salah satu provinsi endemik karena kasus Demam berdarah dengue setiap tahunnya meningkat, Kota Medan merupakan salah satu kasus DBD tertinggi di Sumatera Utara.⁴ Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Medan pada tahun 2021 jumlah kasus DBD di Medan berjumlah 652 kasus terdapat kenaikan jumlah kasus dibandingkan dengan tahun 2020 yaitu 444 kasus DBD di Kota Medan.⁵

Setiap tahun di Kecamatan Medan Selayang merupakan wilayah lima tertinggi kasus demam berdarah dengue di Kota Medan, Pada tahun 2021 angka kejadian DBD di Kecamatan Medan Selayang ada 63 kasus,⁶ Mengalami kenaikan yang signifikan jumlah kasus DBD dibandingkan tahun 2020 di Kecamatan Medan Selayang 37 kasus.⁷

Perilaku pencarian pengobatan dipengaruhi oleh pengetahuan sikap dan tindakan. Pengetahuan sikap dan tindakan membentuk jenis respon manusia akan adanya suatu kondisi tertentu. Dalam bidang Kesehatan dan

lingkungan juga berhubungan dengan pencarian pengobatan baik ke puskesmas/rumah sakit, ataupun pengobatan tradisional. Pemahaman yang baik tentang pengetahuan sikap dan tindakan ini sangat di perlukan dalam upaya menekan angka kesakitan akibat DBD.

Berdasarkan Hasil penelitian oleh Dodi Hidayat dkk tahun 2017 tentang Gambaran perilaku pencarian pengobatan pasien Tuberkulosis di kota Bandung menunjukkan bahwa 62,5% penderita memilih ke puskesmas sebagai tempat pertama dalam upaya pencarian pengobatan dengan gejala awal paling banyak yaitu batuk lebih dari 2 minggu Dan 5,21% responden lebih memilih ke pelayanan pengobatan lainnya.⁸

Berdasarkan Hasil penelitian oleh Mayang Bukan dkk tahun 2020 di Kecamatan Semau Kabupaten Kupang tentang Gambaran perilaku pencarian pengobatan penyakit Tuberkulosis pada masyarakat di Wilayah kerja puskesmas Uitao Kecamatan Semau Kabupaten Kupang bahwa penderita lebih banyak memilih ke pengobatan alternatif seperti berobat ke dukun dan pengobatan tradisional lainnya sedangkan pengobatan medis seperti rumah sakit atau puskesmas hanya 29,41% saja, dikarenakan sebagian besar penderita memiliki pengetahuan yang masih rendah mengenai gejala dan penyebab TB. Sebagian besar responden memiliki sikap negatif yang ditunjukkan dengan perilaku pencarian pengobatan pada dukun atau pengobatan tradisional.⁹ Hasil penelitian oleh Elma Khoirotun tentang perilaku petani jeruk dalam pencarian pelayanan kesehatan di Desa Sukareno Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember bahwa Sebagian besar petani dalam upaya pencarian pengobatan masih dikatakan baik dikarenakan ketika petani menderita penyakit lebih memilih ke praktik dokter sebanyak 33 orang, bidan ataupun perawat sebanyak 32 orang, rumah sakit sebanyak 4 orang, puskesmas sebanyak 9 orang, dan ada juga beberapa petani tidak melakukan tindakan apapun sebanyak 18 orang dan pengobatan alternatif sebanyak 12 orang.¹⁰

Oleh sebab itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perilaku pada masyarakat di Kecamatan Medan Selayang terkait pencarian pengobatan penderita DBD terhadap lingkungan penduduk tersebut.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran perilaku pencarian pengobatan penderita DBD di Kecamatan Medan Selayang

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran perilaku pengetahuan sikap dan tindakan terhadap pencarian pengobatan penderita DBD di Kecamatan Medan Selayang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran pengetahuan terhadap pencarian pengobatan
2. Mengetahui gambaran sikap terhadap pencarian pengobatan
3. Mengetahui gambaran tindakan terhadap pencarian pengobatan
4. Mengetahui gambaran karakteristik masyarakat terhadap pencarian pengobatan

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan peneliti dalam penelitian mengenai perilaku pencarian pengobatan pada penderita DBD

1.4.2 Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber literatur, dokumentasi perpustakaan mengenai perilaku pencarian pengobatan pada penderita DBD

1.4.3 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai referensi terhadap pengetahuan masyarakat pada lokasi penelitian dalam upaya pencarian pengobatan DBD

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Demam Berdarah Dengue

2.1.1 Definisi Demam Berdarah Dengue

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *virus dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang ditandai demam mendadak 2 sampai 7 hari, kesadaran menurun, gelisah, nyeri ulu hati dan disertai bintik-bintik perdarahan (*ptekie*), adanya lebam (*echymosis*), ataupun ruam (*purpura*). Adapun manifestasi lainnya dijumpai mimisan, berak berdarah, muntah darah.¹¹

2.1.2 Etiologi Demam Berdarah Dengue

Penyebab Demam Berdarah adalah virus *dengue*. Virus yang ditularkan melalui serangga, dan mempunyai 4 jenis serotipe, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Virus ini termasuk kedalam group B Arthropod Borne virus (Arbovirus).¹²

Virus berkembang dalam tubuh nyamuk selama 8-10 hari di dalam kelenjar air liur, dan saat nyamuk tersebut menggigit manusia maka virus dengue akan dipindahkan bersama air liur nyamuk ke dalam tubuh manusia, dan virus tersebut akan berkembang selama 4-6 hari dan setelah itu akan mengalami demam.¹³

2.1.3 Faktor Resiko Demam Berdarah Dengue¹⁴

Ada beberapa faktor yang dapat timbulnya suatu penyakit ialah:

1. Agen

Penyebab DBD adalah virus *dengue* dari genus flavivirus (Arbovirus group B) salah satu genus familia *Togaviridae*, Virus *dengue* ini memiliki masa inkubasi yang tidak terlalu lama antara 3-7 hari.

2. Manusia

manusia yang sangat peka terhadap infeksi dengue dan ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi manusia adalah:

a. Umur

Umur adalah salah satu factor yang dapat mempengaruhi kepekaan terhadap infeksi virus dengue, semua golongan umur dapat terserang virus dengue, baik itu anak-anak maupun orang dewasa, saat pertama kali kasus DBD di Indonesia rata-rata yang terinfeksi adalah anak-anak yang berumur 5-9 tahun.

b. Jenis kelamin

Pada jenis kelamin tidak ada ditemukan perbedaan terhadap rentan terserang DBD yang dikaitkan dengan perbedaan jenis kelamin. Di Thailand tidak ada ditemukan perbedaan kerentanan terhadap serangan DBD antara Pria maupun Wanita.

c. Populasi

Kepadatan penduduk yang tinggi dapat mudah terinfeksi DBD dikarenakan daerah yang berpenduduk padat akan meningkatkan jumlah kasus DBD.

1. Faktor Lingkungan

Lingkungan yang dapat mempengaruhi timbulnya dengue adalah:

a. Letak geografis

Penyakit akibat infeksi virus dengue ditemukan tersebar luas di berbagai negara terutama di negara tropik dan subtropik yang terletak antara 30° lintang utara dan 44° lintang selatan seperti Asia Tenggara.¹⁴

b. Musim

Pada factor musim ini ada 4 musim di beberapa negara endemik Di Asia Tenggara seperti di Indonesia, Thailand, Philipine, dan Malaysia. Periode epidemi yang terutama berlangsung selama musim hujan dan berkaitan dengan kelembaban pada musim Hujan. Perihal itu menimbulkan kenaikan aktifitas vektor dalam menggigit sebab dibantu oleh area yang bagus buat masa inkubasi.

2.1.4 Epidemiologi Demam Berdarah Dengue¹⁵

Dengue di Asia Tenggara menyebar ke negara-negara tropis dan subtropis dan sekelilingnya, Cina Selatan dan Taiwan Selatan, anak benua India dan Sri Lanka, lalu menurun ke negara-negara kepulauan Malaysia, Filipina, Guinea Baru, Australia Timur Laut, dan beberapa pulau di Pasifik, antara lain Tahiti, Palau, Toga, dan Cook Islands. Penularan hiperendemis berlangsung di Vietnam, Thailand, Indonesia Pakistan, India, Malaysia, dan Filipina.

Di Asia Tenggara Demam Berdarah Dengue (DBD) pada saat ini merupakan penyebab utama rawat inap di rumah sakit dan penyebab kematian tertinggi pada anak-anak. Indonesia merupakan negara di Asia Tenggara yang paling banyak melaporkan penderita Demam Berdarah Dengue pada anak. Sejak tahun 1982 di Singapura, lebih dari 50% kematian terjadi pada penderita berumur diatas 15 tahun, sedangkan di Indonesia, infeksi dengue lebih banyak diderita oleh kelompok dewasa muda. Pada epidemi tahun 2000, sekitar 82% penderita infeksi dengue yang rawat inap di rumah sakit adalah orang dewasa, sedangkan semua kematian akibat penyakit ini dialami oleh penderita berumur diatas 5 tahun.

2.1.5 Penegakan Diagnosa Demam Berdarah Dengue¹⁶

Penegakan diagnosis perlu dilakukan 3 tahapan yaitu:

1. Anamnesis

Pada tahapan anamnesis ada beberapa yang harus di tanyakan seperti:

- a. Menanyakan apakah ada merasakan nyeri, ataupun muntah Jika pasien mengatakan adanya nyeri maka harus meminta penilaian rasa nyeri tersebut
- b. Menanyakan apakah ada diare
- c. Menanyakan apakah ada perubahan status mental/kejang ataupun merasakan nyeri kepala
- d. Menanyakan frekuensi dan volume urin

- e. Menanyakan apakah memiliki Riwayat penyakit
- f. Menanyakan apakah ada keluarga atau tetangga yang saat ini terkena DBD.

2. Pemeriksaan Fisik

Pada Tahapan pemeriksaan fisik dilakukan sebagai berikut:

- a. Inspeksi: Menilai apakah ada penurunan kesaran, Temperature 38-40°C, faring tampak kemerahan.
- b. Palpasi; Menilai apakah di jumpai Nyeri tenggorokan, Nyeri ulu hati, Nyeri perut menyeluruh, dan hepatomegali.
- c. Perkusi: Menilai apakah ada nyeri tekan pada iga kanan, dan apakah dijumpai splenomegaly, dan hepatomegaly

3. Pemeriksaan Penunjang.

1. Uji tourniquet

Cara melakukan uji tourniquet, yaitu:

- a. Pasang manset pada lengan atas (ukuran manset sesuaikan dengan umur, yaitu lebar manset 2/3 lengan atas)
- b. Pompa tensimeter untuk mendapatkan tekanan sistolik dan tekanan diastolik.
- c. Aliran darah pada lengan atas dibendung pada rata-rata tekanan sistolik dan diastolik. Tahan selama 5 menit, bila bintik-bintik merah >10, telah terlihat adanya pembendungan dapat dihentikan.
- d. Lihat pada bagian bawah lengan depan atau daerah lipatan siku adalah petekie.
- e. Hasil uji tourniquet dinyatakan positif apabila terdapat 10 atau lebih petekie pada seluas 1 inci persegi (2,5cm x 2,5cm) dibagian lengan bawah bagian depan dekat lipatan siku.

2. Pemeriksaan laboratorium

- a. Pemeriksaan darah rutin yaitu: leukopenia, trombositopenia, dan hemokonsentrasi
- b. Serologi : IgG-IgM antidengue (+), pemeriksaan protein virus NS-1 Dengue.

- c. Foto toraks : penumpukan sudut kostofrenikus pada efusi.
- d. USG abdomen : double layer pada dinding kandung empedu,asites.

2.1.6 Tatalaksana Demam Berdarah dengue¹⁷

A. Tatalaksana Demam berdarah Dengue pada anak

1. Tatalaksana DBD rawat jalan

Adakah tanda kedaruratan yaitu tanda syok, muntah terus-menerus, Kejang kejang, kesadaran menurun, muntah darah Apabila tidak dijumpainya dari tanda kedaruratan maka Melakukan uji tourniquet dan melakukan hitung trombosit:

- a. Bila pada uji tourniquet positif dan jumlah trombosit $\leq 100.000/\mu\text{I}$, Maka penderita harus di rujuk
- b. Bila uji tourniquet negative dengan trombosit $>100.000/\mu\text{I}$ atau normal, Maka pasien di perbolehkan pulang dan diminta untuk datang Kembali setiap hari hingga suhu tubuh menurun. Dan pasien dianjurkan untuk minum banyak, seperti air putih, the, susu, sirup, jus buah. Berikan obat antipiretik golongan parasetamol. Dan apabila demam tidak turun pada hari ketiga, maka lakukan evaluasi tanda klinis melihat apakah ada tanda syok, seperti anak menjadi gelisah, tangan dan ujung kaki dingin, sakit perut, tinja berwarna hitam, jumlah urin berkurang.

2. Tatalaksana DBD pasien rawat inap

Apabila pasien masih dapat minum maka berikan minum sebanyak 1-2 liter/hari atau berikan 1 sendok makan setiap 5 menit. Dan bila suhu $>38^{\circ}\text{C}$ maka berikan obat antipiretik (paracetamol). Apabila pasien tidak dapat minum atau muntah terus-menerus maka berikan infuse Nacl 0,45% dipasang dengan tetesan rumatan sesuai bb. Dan melakukan pemeriksaan Hb, Ht setiap 6 jam dan trombosit setiap 6-12 jam.

3. Tatalaksana pada penderita DBD derajat I dan II

Pada saat pasien datang, berikan cairan kristaloid ringer laktat/NaCl 0,9% atau dextrose 5% dalam ringer laktat/NaCl 0,9%, 6-7 ml/Kg BB/jam. Monitor tanda vital dan nilai hematokrit serta jumlah trombosit tiap 6 jam. Selanjutnya evaluasi 12-24 jam.

- a. Apabila selama observasi keadaan umum sangat membaik yaitu anak kelihatan tenang, tekanan nadi kuat, tekanan darah stabil, dan kadar Ht turun minimal dalam 2x pemeriksaan secara berturut maka tetesan di kurangi menjadi 5 ml/kgBB/jam dan akhirnya cairan di hentikan setelah 24-48 jam.
- b. Jika keadaan klinis pasien tidak ada perbaikan seperti anak tampak gelisah, nafas sesak, frekuensi nadi meningkat. Tekanan nadi < 20 mHg disertai peningkatan Ht, maka tetesan dinaikan menjadi 10 ml/kgBB/jam, dan setelah tidak ada perbaikan dalam 1 jam maka tetesan dinaikan menjadi 15 ml/kgBB/jam.

B. Tatalaksana Demam Berdarah Dengue pada Dewasa

- 1) Tatalaksana Demam Berdarah Dengue dewasa tanpa perdarahan massif dan tanpa syok

Pada pasien DBD dewasa tanpa perdarahan massif (uji tourniquet positif, petekie, purpura, epistaksis ringan, perdarahan gusi ringan) dan tanpa syok di ruang rawat: melakukan pemberian cairan ringer laktat. Cairan lain yang dapat dipergunakan antara lain cairan dekstrosa 5% dalam riner laktat atau ringer asetat, dekstrosa 5 % dalam NaCl 0,45% dekstrosa 5% dalam larutan garram atau NaCl.¹⁷

- 2) Tatalaksana Demam Berdarah dengue dewasa tanpa perdarahan massif dan tanpa syok

Jumlah cairan yang dapat diberikan dengan perkiraan selama 24 jam, pasien mengalami dehidrasi sedang, maka pada pasien dengan berat badan sekita 50-70 kg diberikan ringer laktat per infuse sebanyak 3.000 cc dalam waktu 24 jam. Pasien dengan berat badan kurang dari 600 kg maka dilakukan pemberian cairan

infuse dapat dikurangi dan diberikan 2000cc dalam waktu 24 jam, sedangkan pasien dengan berat badan lebih dari 79 kg dapat diberikan cairan infuse sampai 4000 cc/24jam.

Jumlah cairan infus yang diberikan harus diperhitungkan kembali pada pasien DBD dewasa dengan kehamilan terutama pada usia 28-32 minggu atau pada pasien dengan kelainan jantung/ginjal atau pada pasien lanjut usia serta pada pasien dengan rawat epilepsy. Pada pasien dengan usia 40 tahun atau lebih pemeriksaan elektrokardiografi merupakan salah satu standar prosedur operasional yang harus dilakukan.

- 3) Tatalaksana Demam Berdarah Dengue Dewasa dengan perdarahan Spontan Tanpa syok Dilakukan observasi dan pemberian cairan ruang rawat

Perdarahan spontan dan massif pada pasien dewasa misalnya adanya perdarahan pada hidung yang tidak terkendali walaupun telah diberi tompon hidung, perdarahan saluran cerna, perdarahan saluran kencing, perdarahan otak dengan jumlah perdarahan sebanyak 4-5 ml/kgBB/jam. Pada keadaan seperti ini jumlah dan kecepatan pemberian cairan ringer laktat tetap seperti keadaan DBD tanpa renjatan lainnya 500 ml setiap 4 jam.

2.1.7 Pencegahan Demam Berdarah dengue

Pencegahan infeksi *dengue* terdiri dari pengendalian vector, penyuluhan dan pemberian vaksinasi

a. Pengendalian vector

Sejak dari tahun 2016 KEMENKES RI mengeluarkan upaya pencegahan demam berdarah untuk pengendalian vector yaitu PSN 3M PLUS.¹⁸ Hal ini diperbaharui Kembali pada tahun 2019, pembaharuannya seperti memasang kawat, kasa pada jendela, gotong royong membersihkan lingkungan, memeriksa TPA, memperbaiki saluran dan talang air yang tersumbat.¹⁹ PSN 3M PLUS dinilai sangat efektif dalam pengendalian DBD, karena sasaran kegiatan

ini adalah tempat potensial perkembangbiakan nyamuk *Aedes*. Pengendalian vector dapat dilakukan secara biologi, kimia dan fisik.^{20, 21, 22}

1. Pengendalian biologi

Pengendalian secara biologi dilakukan dengan menggunakan makhluk hidup yang berperan sebagai pathogen, parasite dan pemangsa. Pemberantasan jentik nyamuk secara biologi dapat dilakukan dengan memelihara ikan pemakan jentik seperti ikan cupang, gupi, gabus dan ikan sepat. Dan bisa juga menanam tanaman pengusir nyamuk seperti bunga lavender, kemangi, sereh, mint dan rosemary

2. Pengendalian secara kimia

Cara membrantas nyamuk *Aedes aegypti* dengan insektisida. Pengendalian secara kimia yaitu melakukan penyemprotan cairan pembasmi nyamuk, menaburkan bubuk abate pada penampungan air yang susah dikuras.

3. Pengendalian secara fisik

Pengendalian secara fisik dapat dilakukan dengan

- 1) Menutup tempat penampungan air
- 2) Menguras tempat penampungan air
- 3) Mendaur ulang barang bekas yang dapat menampung air hujan seperti kaleng, botol, baskom
- 4) Menghindari kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar
- 5) Mengubur sampah
- 6) Memasang kawat anti nyamuk
- 7) Menggunakan kelambu saat tidur

b. Penyuluhan

Penyuluhan tentang pemberantasan sarang nyamuk Demam Berdarah *Dengue* yang dilakukan oleh petugas Kesehatan yang akan mempengaruhi pengetahuan dan perilaku masyarakat dalam melaksanakan PSN-DBD.

c. Vaksin dengue

Pemberian vaksin *dengue* harus diikuti dengan PSN-3M PLUS.

Menurut data WHO vaksin *dengue* hidup yang dilemahkan CYD-TDV telah terbukti aman dalam uji klinis. Vaksin CYD-TDV diindikasikan untuk usia 9-45 tahun.

2.1.8 Komplikasi dan Prognosis Demam Berdarah Dengue

1. Komplikasi demam berdarah dengue²³

Komplikasi yang terjadi pada Demam Berdarah Dengue (DBD) menurut Garna pada tahun 2012 yaitu:

a) Kegagalan Sirkulasi (*Dengue Shock Syndrome*)

Dengue Shock Syndrome terjadi sesudah pada hari ke 2-7 yang disebabkan oleh peningkatan permeabilitas vaskuler sehingga terjadi kebocoran plasma, efusi cairan serosa ke rongga pleura dan peritoneum, hipoproteinemia, hemokonsentrasi dan hipovolemi yang mengakibatkan berkurangnya aliran balik vena.

Dengue syok syndrome (DSS) juga disertai dengan kegagalan sirkulasi hemostasis yang mengakibatkan perfusi miokard, curah jantung menurun, sirkulasi darah terganggu, terjadinya iskemia jaringan, terjadinya kerusakan sel dan organ sehingga pasien akan meninggal dalam waktu 12-24 jam.

b) Perdarahan

Perdarahan pada DBD disebabkan adanya penurunan jumlah trombosit (trombositopenia) $<100.000 \text{ mm}^3$. Tendensi perdarahan terlihat pada uji tourniquet positif, petekie, purpura dan perdarahan saluran cerna.

Perdarahan terjadi pada hari ke 5-8 manifestasi secara umum tidak terlihat dan adanya rasa tidak nyaman di daerah abdomen, abdomen kembung, pucat, takikardia. Perdarahan saluran cerna yang massif pada infeksi *dengue* dapat menimbulkan kehilangan darah yang

banyak, syok, dan kematian. Hal ini disebabkan oleh salah satu dari keempat jenis serotipe virus yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4.

c) Enselopati

Enselopati terjadi sebagai komplikasi syok yang berkepanjangan dengan perdarahan akan tetapi dapat juga terjadi pada DBD yang tidak syok. Terjadinya gangguan metabolic seperti hipoksemia, hyponatremia.

d) Kelainan Neurologis

Ada tiga bentuk terkenanya neurologis pada infeksi *dengue* yang telah di tegakan:

1) Sakit kepala

2) Kejang demam

Kejang demam adalah kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu diatas 38°C). Kejang demam sering di jumpai pada anak umur 6 bulan sampai 4 tahun

3) Hepatomegali

4) Efusi Pleura

Efusi pleura terjadi karena adanya kebocoran plasma yang mengakibatkan ekstrasvasasi aliran intravaskuler sel Hal tersebut dapat ditemukan adanya cairan dalam rongga pleura bila terjadi efusi pleura maka akan terjadi dispne dan sesak napas

5) Edema paru

Edema paru terjadi akibat pemberian cairan yang berlebihan.

6) Kelainan Ginjal

Gagal ginjal akut terjadi pada fase terminal akibat dari syok yang tidak teratasi dengan baik. Dapat dijumpai sindrom uremic.

2 Prognosis Demam Berdarah Dengue²⁴

Prognosis DBD ditentukan oleh derajat penyakit cepat atau tidaknya penanganan yang diberikan. Prognosis DBD berdasarkan derajat I dan II umumnya baik. DBD derajat III dan IV bila dapat di berikan penanganan secara cepat maka pasien dapat di tolong. Angka

kematian pada syok yang tidak terkontrol sekitar 40-50% akan tetapi apabila di berikan terapi yang penggantian cairan yang baik bisa menjadi 1-2%. Pada kasus DBD yang disertai komplikasi seperti *disseminated intravascular coagulation, dan ensefalopati prognosisnya buruk.*

2.2. Perilaku Pencarian pengobatan²⁵

Perilaku adalah hasil dari pada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku merupakan respons seseorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dalam dirinya. Perilaku kesehatan adalah segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan.

Menurut Notoadmodjo Respons seseorang Ketika sakit:

1. Tidak melakukan Tindakan apa pun dengan alasan antara lain:
 - bahwa Penderita beranggapan jika penyakit tidak mengganggu aktifitas nyam aka gejala tersebut akan hilang dengan sendirinya tanpa pengobatan. Hal ini menunjukkan bahwa Kesehatan bukanlah prioritas di dalam kehidupan.
2. Tindakan mengobati diri sendiri
 - Penderita lebih mempercayai dengan pengobatan diri sendiri dan merasa bahwa usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Maka hal ini pengobatan seperti ke puskesmas atau pun ke Rumah sakit sangat tidak di perlukan
3. Masyarakat lebih memilih ke fasilitas pengobatan tradisional
4. Masyarakat lebih memilih dengan membeli obat di warung ataupun di apotek
5. Masyarakat lebih memilih ke fasilitas pengobatan khusus yang diselenggarakan oleh dokter praktik.

2.2.1 Macam-macam Perilaku

Pengelompokkan perilaku manusia berdasarkan teori “S-O-R” menjadi dua, yaitu:

A. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respons seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan.

B. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Terbuka ini terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau “*observable behavior*”

2.2.2. Domain perilaku

Benyamin Bloom seorang ahli psikologi Pendidikan membedakan adanya 3 area, wilayah, Ranah atau domain perilaku ini, yakni kognitif, efektif, dan psikomotor.

Dalam perkembangan selanjutnya dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut:

1. Pengetahuan

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai *recal* (memanggil) memori yang sudah ada sebelumnya.

b. Memahami

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang di ketahui

c. Aplikasi

Aplikasi diartikan apabila seseorang telah memahami objek yang dimaksud dan dapat menerapkan yang diketahui tersebut pada situasi lain

d. Analisis

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.²⁶

e. Sintesis

Sintesis menunjuk kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu pengetahuan yang di miliki

f. Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap objek tertentu.

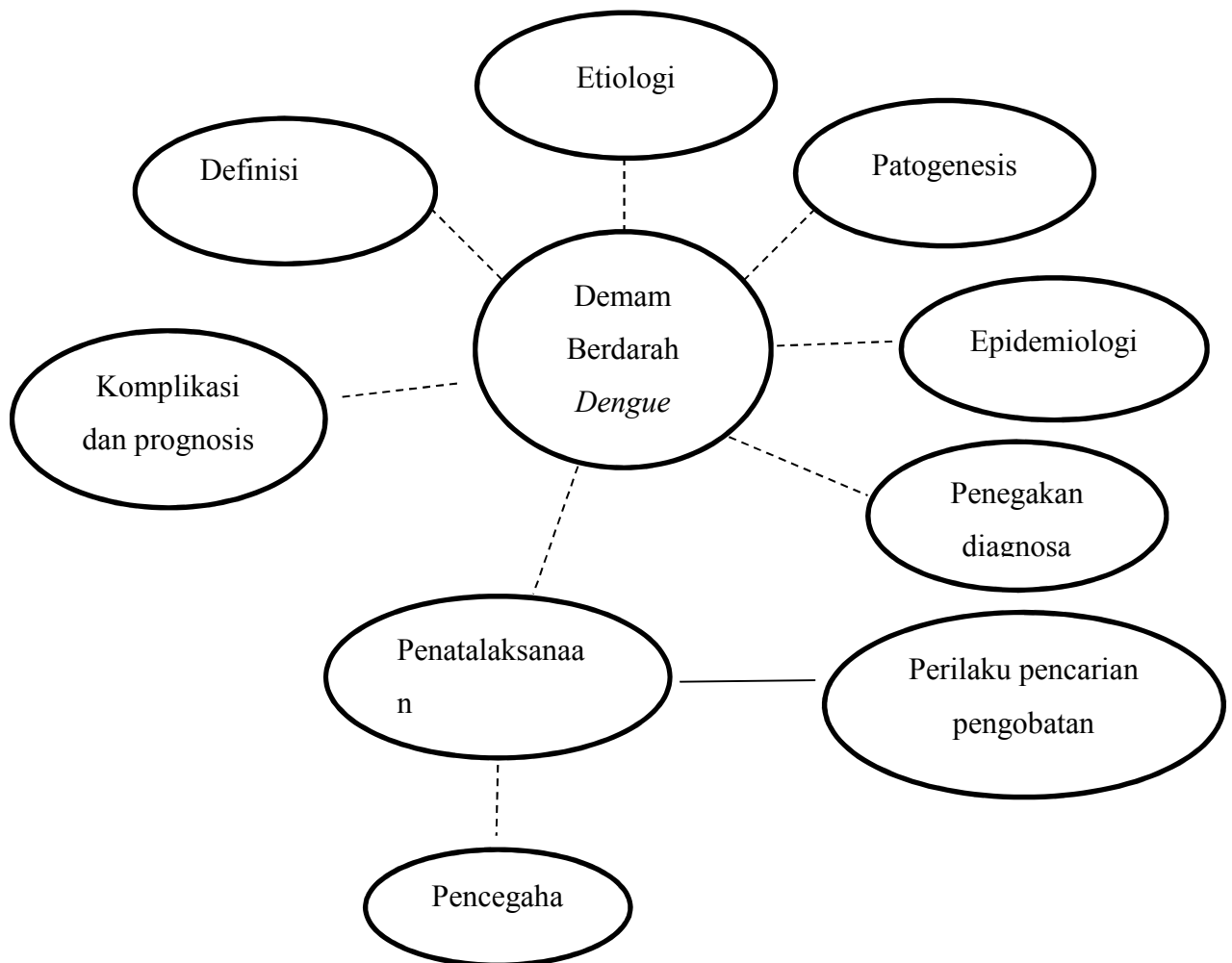
1 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek

2 Tindakan atau praktik

Sikap belum terwujud dalam Tindakan, sebab untuk terwujudnya Tindakan perlu factor lain adanya fasilitas ataupun sarana dan prasarana²⁶

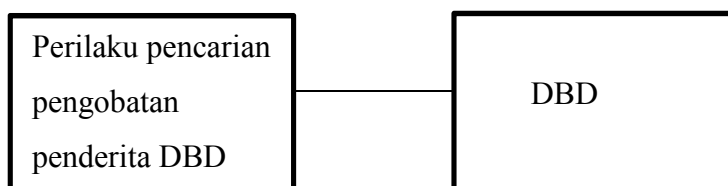
2.3 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

2.4. Kerangka Konsep

Gambar 2. 2 Kerangka Konsep



BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan desain cross sectional (studi potong lintang), Peneliti melakukan pengambilan data dalam satu kali pengamatan.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Medan Selayang, mulai dilaksanakan bulan Agustus 2022.

3.3 Populasi Penelitian

3.3.1 Populasi Target

Seluruh masyarakat yang menderita DBD di Kota Medan

3.3.2 Populasi Terjangkau

Seluruh Masyarakat yang domisi di kecamatan Medan Selayang tahun 2021.

3.4. Sampel dan Cara Pemilihan Sampel

3.4.1 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah kepala keluarga di Medan Selayang yang memenuhi kriteria eksklusi dan inklusi.

3.4.2 Cara Pemilihan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*.

3.5 Estimasi Besar Sampel

$$n = \frac{z\alpha^2 PQ}{d^2}$$

n= jumlah subjek

Z α = deviat baku alfa

P =proporsi kategori variabel yang di teliti (26,25%)

$Q=1-p$

$=1-0,2525$

$=0,7375$

Penyelesaian :

$$n = \frac{z\alpha^2 PQ}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2(0,2625)(0,7375)}{(0,1)^2}$$

$$n = 74,3$$

$$n = 75 \text{ KK}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut besar sampel minimal adalah 75 kepala keluarga. Kecamatan Medan Selayang ada 6 kelurahan, total sampel yang diambil sebanyak 75 Kepala keluarga.

1. Asam kumbang: $\frac{5,926}{32,827} \times 75 = 14$ Kepala Keluarga
2. Tanjung Sari: $\frac{10,409}{32,827} \times 75 = 24$ Kepala Keluarga
3. Padang Bulan Selayang II: $\frac{7,629}{32,827} \times 75 = 18$ Kepala Keluarga
4. Beringin: $\frac{2,355}{32,827} \times 75 = 5$ Kepala keluarga
5. Padang Bulan Selayang I: $\frac{3,061}{32,827} \times 75 = 7$ Kepala Keluarga
6. Sempakata $\frac{3,447}{32,827} \times 75 = 7$ kepala keluarga

3.6 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.6.1 Kriteria Inklusi

1. Kepala keluarga yang anggota keluarganya pernah menderita DBD pada 1 tahun terakhir
2. Kepala keluarga yang bersedia menjadi sampel penelitian

3.6.2 Kriteria Eksklusi

- a. Kepala keluarga yang tidak berada dirumah saat pengambilan data

- b. Kepala keluarga yang tidak bisa membaca dan menulis
- c. Kepala keluarga yang mengalami disabilitas

3.7 Prosedur Kerja

1. Peneliti meminta izin permohonan pelaksanaan penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen.
2. Mengajukan surat *ethical clearence* kepada FK Universitas HKBP Nommensen Medan.
3. Peneliti meminta izin permohonan pelaksanaan penelitian dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kota Medan.
4. Peneliti meminta izin permohonan pelaksanaan penelitian dari Puskesmas medan Selayang dan johor
5. Peneliti mendata jumlah kepala keluarga yang tinggal di Kecamatan Medan Selayang.
6. Peneliti mendatangi rumah setiap kepala keluarga. Bila memenuhi kriteria inklusi maka,terpilih menjadi responden penelitian.
7. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang penelitian.
8. Setelah memberikan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan, responden dipersilahkan menandatangani *informed consent*.
9. Responden yang telah menandatangani informed consent dipersilahkan untuk mengisi kuesioner.
10. Peneliti mengecek kuesioner yang telah diisi responden.
11. Peneliti mengumpulkan dan menganalisis data untuk memperoleh hasil penelitian.

3.8 Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Data primer yang diperoleh melalui kuesioner yang diisi sendiri oleh responden. Data sekunder adalah tentang jumlah penduduk kecamatan medan Selayang.

3.9. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan teori yang ada. Kuesioner yang dibuat peneliti meliputi

1. Kuesioner *informed consent* dan identitas responden berisi identitas pribadi responden seperti nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pernah menderita DBD dalam satu tahun terakhir.
2. Kuesioner pengetahuan yang terdiri atas 10 pernyataan, sikap 10 pernyataan, dan Tindakan 10 pernyataan yang telah diuji validitas dan realibilitas menggunakan perangkat lunak komputer. Uji validitas dilakukan untuk menilai apakah pertanyaan yang ada di kuesioner dapat menggambarkan apa yang diteliti. Pertanyaan dapat dikatakan valid apabila nilai r hitung $>$ r table (ada korelasi antar variabel yang dihubungkan. Jika nilai r hitung $<$ r tabel, maka artinya tidak ada korelasi antar variabel yang dihubungkan). Uji validitas dilakukan dengan menyebarkan kuesioner pada 30 responden, didapatkan hasil dari uji validitas 30 item pernyataan dari variabel pengetahuan, sikap dan Tindakan hasilnya itu adalah valid. Uji reliabilitas pada penelitian ini menggunakan *Alpha Chronbach* dengan nilai standar baku $>0,60$. Nilai realibilitas variabel pengetahuan hasilnya 0,808, variabel sikap 0,806, dan Tindakan 0,795 maka kuesioner dapat dikatakan reliabel. Hasil uji terlampir.
Instrumen ini menggunakan tabel pernyataan yang berbentuk kuesioner, responden hanya diminta memberikan tanda centang (\checkmark) pada jawaban yang di anggap sesuai oleh responden.

Penilaian setiap pertanyaan pada kuesioner ini yaitu:

- a. apabila responden menjawab pernyataan salah diberi skor 0
- b. apabila responden menjawab pernyataan dengan benar diberi skor 1

Sehingga skor tertinggi adalah 30. Setelah itu dikategorikan baik, cukup dan kurang. Rumus yang digunakan untuk mengukur presentasi dari jawaban yang di dapat dari kuesioner yaitu:

$$\text{Presentase} = \frac{\text{Jumlah pertanyaan yang benar}}{\text{Jumlah soal}} \times 100\%$$

3.10. Identifikasi Variabel

Variabel pada penelitian ini adalah Gambaran pencarian pengobatan penderita DBD, umur, pekerjaan, jenis kelamin.

3.11. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Pengetahuan dalam pencarian pengobatan	Pengetahuan yang baik dalam pencarian pengobatan, dapat mengurangi suatu penyakit yang diderita	Kuisisioner	1. Baik bila responden Menjawab Benar 10 dari seratus pernyataan kuisisioner 2. Buruk bila responden Menjawab Benar 5 dari seratus pernyataan kuisisioner	Ordinal
Sikap pencarian pengobatan DBD	Sikap Masyarakat dalam upaya pencarian pengobatan jika terkena suatu penyakit	Kuisisioner	1. Baik bila responden Menjawab Benar 10 dari seratus pernyataan	Ordinal

<p>Tindakan pencarian pengobatan DBD</p>	<p>Tindakan Masyarakat dalam upaya pencarian pengobatan jika sakit</p>	<p>Kuisi oner</p>	<p>kuesioner 2.Buru bila respon Menja 5 dari semu Pernya Kuisi oner</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Umur</p>	<p>Umur respondem Penelitian berdasarkan ulang tahun terakhir</p>	<p>Kuisi oner</p>	<p>1.Baik bila responden Menja b Benar 10 dari semu pernyataan kuesioner 2.Buru bila respon Menja 5 dari semu Pernya Kuisi oner</p>	<p>Ordinal</p>

			Kategori umur menurut Depkes RI 1 = Umur 26- 35 tahun 2 = Umur 36- 45 tahun 3 = Umur 46- 55 tahun 4 = Umur 56-65 tahun 5 = Umur >65 tahun	
Riwayat pendidikan	Kegiatan akademik formal tertinggi yang pernah diikuti responden	Kuisisioner	1 = Tidak Sekolah 2 = Tamat SD 3 = Tamat SMP 4 = Tamat SMA 5 = Tamat Perguruan Tinggi	No minal

Jenis Kelamin	Kategori pembagian jenis Kelamin penderita Demam Berdarah pada penderita DBD	Kuisisioner	0=laki-laki 1=perempuan	Ordinal
---------------	--	-------------	----------------------------	---------

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

3.12. Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat yaitu statistik deskriptif untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi dari karakteristik masyarakat (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat terhadap pencarian pengobatan saat terkena DBD).