

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam berdarah *dengue* merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus yang disebarkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini disebabkan oleh salah satu dari empat serotipe yang berbeda yaitu (DENV 1-4) dari virus RNA berantai tunggal dari *Flavivirus*.^{1,2,3} Penyakit ini pertama kali dikenal pada tahun 1950-an di Filipina dan Thailand. DBD menjadi penyebab utama rawat inap dan kematian di antara anak-anak dan orang dewasa di sebagian besar negara Asia dan Amerika.⁴ Gejala yang timbul dari penyakit ini dimulai dari demam ringan hingga demam berdarah berat atau sindrom syok *dengue* dengan trombositopenia, leukopenia, dan peningkatan permeabilitas vaskular. Telah terjadi peningkatan kejadian demam berdarah dalam beberapa tahun terakhir, dan sekarang menjadi endemik di beberapa bagian dunia.⁵ Penyakit DBD ini menimbulkan beban ekonomi dan sosial yang signifikan pada masyarakat.⁶

Pada tahun 2022 *World Health Organization (WHO)* melaporkan insiden DBD telah meningkat secara dramatis di seluruh dunia dalam beberapa dekade terakhir. Terdapat jumlah kasus DBD yang dilaporkan ke WHO meningkat lebih dari 8 kali lipat selama dua dekade terakhir, dari 505.430 kasus pada tahun 2000, menjadi lebih dari 2,4 juta pada tahun 2010, dan 5,2 juta pada tahun 2019. Kematian yang dilaporkan antara tahun 2000 dan 2015 meningkat dari 960 menjadi 4032, mempengaruhi sebagian besar kelompok usia yang lebih muda di negara Meksiko dan Nikaragua.⁴ Wabah DBD menjadi beban tertinggi di antara kawasan di dunia. Pola penularan telah meningkat di daerah semi perkotaan. Masalah pengendalian penyakit vektor seperti pembangunan kota yang tidak terencana, praktik penyimpanan air yang buruk, dan kondisi sanitasi yang tidak memuaskan dapat menjadi faktor pemicu. Pada tahun 2015, sekitar 451.422 kasus DBD dari total jumlah kasus secara global (14,11%),

berasal dari wilayah ini. Diperkirakan 1,8 miliar orang di Asia Tenggara berisiko terkena infeksi *dengue*.⁷

Di Indonesia terjadi peningkatan dalam IR (*insiden rate*) dari 0,05 kasus per 100.000 orang, menjadi 77,96 kasus per 100.000 orang tahun pada tahun 2016. IR DBD memiliki pola siklik, dengan puncak terjadi kira-kira setiap 6-8 tahun. Puncak kejadian terjadi pada tahun 1973 makin meningkat hingga tahun 2016. Pada tahun 2017, terdapat 59.047 kasus DBD dan 444 kasus kematian DBD di Indonesia. masing-masing dengan 22,55 per 100.000 orang-tahun dan 0,75% IR dan CFR. ⁸ Pada Tahun 2019 kasus DBD sebanyak 7.584 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 37 orang dan terdapat kenaikan jumlah kasus dibandingkan dengan Tahun 2018 kasus DBD berjumlah 5.786 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 26 orang. Jumlah tersebut menurun dari tahun sebelumnya yaitu pada Tahun 2017 berjumlah 5.454 kasus dan jumlah kematian sebanyak 28 orang. Tahun 2016 berjumlah 8.715 kasus meningkat dibandingkan tahun 2017. Dan tahun 2015 yaitu sebanyak 5.695 kasus.⁹

Dari 33 kabupaten/kota yang ada di Sumatera Utara hampir keseluruhan kabupaten/kota mempunyai kasus DBD. Tiga kabupaten/Kota dengan Angka cakupan tertinggi kasus DBD adalah Kabupaten Deli Serdang sebanyak 1.326 kasus, Kota Medan sebanyak 1.068 kasus, dan Kabupaten Simalungun sebanyak 736 kasus. Untuk Kabupaten/ Kota dengan kasus DBD dengan cakupan yang rendah adalah Kabupaten Nias Utara 0 kasus. ⁹

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh *Anggri Assa* tahun 2019 menunjukkan adanya hubungan pengetahuan dengan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit DBD. Pengetahuan tentang pencegahan penyakit DBD merupakan salah satu unsur terbentuknya tindakan seseorang dalam melakukan pencegahan DBD yang kemudian akan mencegah terjadinya penyakit tersebut.¹⁰ Penelitian yang dilakukan oleh *D.E. Sari* tahun 2019 tentang Pengetahuan, Sikap dan Pendidikan dengan Pencegahan DBD Menggunakan Prinsip Menguras, Menutup dan

Memfaatkan Kembali menyatakan bahwa adanya hubungan pengetahuan dengan upaya pencegahan DBD. ¹¹

Pada penelitian *Rinaldo G. Pantouw* tahun 2017 menyatakan bahwa Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan masyarakat dengan tindakan pencegahan penyakit DBD dan tidak ada hubungan antara sikap masyarakat dengan tindakan pencegahan penyakit DBD. Pada penelitian tersebut menjelaskan bahwa masyarakat memiliki sikap negatif terhadap pencegahan DBD dan tidak menganggap serius bahaya penyakit DBD. ¹²

Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun (2019) melaporkan Upaya pemberantasan DBD dititik beratkan pada penggerakan potensi masyarakat untuk dapat berperan serta dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui 3 M plus (menguras, menutup dan mengubur) plus menabur larvasida, penyebaran ikan pada tempat penampungan air, penggerakan juru pemantau jentik serta pengenalan gejala DBD dan penanganannya di rumah. Dan angka kejadian DBD dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat yang baik terhadap pencegahan DBD. Namun kenyataannya semakin baik pengetahuan masyarakat tentang pencegahan DBD dapat memungkinkan sikap dan perilaku masyarakat semakin baik maupun bijak dalam upaya penurunan kasus DBD. ⁹

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 50 Tahun 2017 tentang Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan Untuk Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit serta Pengendaliannya yang disebut dengan pengendalian vektor dan Binatang Pembawa Penyakit adalah semua kegiatan atau tindakan yang ditujukan untuk menurunkan populasi vektor dan binatang pembawa penyakit serendah mungkin sehingga keberadaannya tidak lagi berisiko untuk terjadinya penularan penyakit tular vektor. Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Aras Kabu, pada tahun 2021 jumlah penderita DBD sebanyak 25 kasus. Untuk mengurangi angka kejadian penyakit ini masyarakat sangat berperan penting untuk membantu dalam menurunkan

angka kejadian DBD. Penyakit ini harus segera dikendalikan agar tidak terjadi peningkatan jumlah kasus. Berdasarkan uraian diatas peneliti ingin mengetahui bagaimana hubungan tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat di wilayah Puskesmas Araskabu terhadap perilaku pencegahan DBD.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap masyarakat di wilayah puskesmas Araskabu terhadap perilaku pencegahan DBD?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui apakah terdapat hubungan tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat di wilayah Puskesmas Araskabu terhadap perilaku pencegahan DBD.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui karakteristik responden penelitian seperti umur, jeniskelamin, pendidikan dan pekerjaan.
2. Untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan masyarakat wilayah Puskesmas Araskabu terhadap perilaku pencegahan DBD.
3. Untuk mengetahui hubungan sikap masyarakat wilayah Puskesmas Araskabu terhadap perilaku pencegahan DBD

1.4 Hipotesa

Ho : Tidak ada hubungan tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat wilayah puskesmas Araskabu terhadap perilaku pencegahan DBD

Ha : Terdapat hubungan hubungan tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat wilayah puskesmas Araskabu terhadap perilaku

pencegahan DBD

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Peneliti

Manfaat Bagi Peneliti adalah dapat menambah wawasan dan pengetahuan lebih lanjut mengenai kasus penyakit DBD, dan juga menjadi wadah untuk mendapatkan pengalaman keilmuan dalam penelitian.

1.5.2 Manfaat Bagi Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan kembali untuk menjadi dasar bacaan literature sebagai wawasan dalam mengkaji lebih lanjut mengenai isu-isu kejadian penyakit DBD yang ada di Indonesia. Menambah referensi penelitian bagi Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen.

Bagi Masyarakat

1. Dapat dijadikan sumber pengetahuan tentang sikap dan perilaku yang berhubungan dengan terjadinya DBD sehingga mampu mengurangi risiko mencegah terjadinya DBD.
2. Agar masyarakat dapat melakukan kegiatan 3M plus sebagai langkah pencegahan DBD yang paling sederhana.

Bagi Instansi Kesehatan

3. Dapat dijadikan pedoman untuk lebih menggiatkan masyarakat akan peduli kebersihan lingkungan untuk mencegah terjadinya DBD.
4. Dapat dijadikan pedoman informasi dalam memberikan penyuluhan kepada masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang cara mencegah demam berdarah.
5. Dapat dijadikan sebagai bagian data dasar (acuan) dalam mengambil kebijakan strategis sebagai upaya pencegahan penyakit DBD di wilayah puskesmas Araskabu

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Demam Berdarah Dengue

2.1.1 Definisi Demam Berdarah Dengue

Infeksi virus *dengue* merupakan salah satu penyakit yang ditularkan melalui nyamuk.¹³ Virus ini menyebar luas diseluruh dunia khususnya di daerah tropis dan subtropis. Hal ini terjadi karena berbagai faktor yang mempengaruhi, termasuk perubahan iklim, perilaku manusia.¹⁴ DBD ditandai dengan demam tinggi, fenomena hemoragik, dan gambaran kegagalan sirkulasi. DBD dibagi menjadi tiga fase yaitu fase demam, bocor, dan pemulihan. Munculnya nafsu makan yang baik dapat menjadi indikator pemulihan yang baik terhadap syok. Adanya ruam petekie konfluen dengan eritema dan pulau pucat biasanya ditandai sebagai ruam pemulihan. Selama tahap pemulihan, banyak pasien juga mengeluh gatal parah terutama pada telapak tangan dan telapak kaki.¹⁵

2.1.2 Etiologi DBD

Penyakit DBD disebabkan oleh salah satu dari empat serotipe flavivirus (DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4). Ke empat serotipe virus ini telah ditemukan di berbagai wilayah Indonesia. Hasil penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa DEN-3 sangat berkaitan dengan kasus DBD berat dan merupakan serotipe yang paling luas distribusinya disusul oleh DEN-2, DEN-1 dan DEN-4.^{16,17}

Serotipe diberi nama berdasarkan kronologi penemuan. Serotipe 1 yang pertama ditemukan oleh Ren Kimura dan Susumu Hotta pada tahun 1943 di Jepang. Masing-masing serotipe ini berbagi sekitar 65 persen dari genom mereka, variasi di sisa genom mereka menyebabkan presentasi genotipe yang berbeda dalam serotipe. Pada tahun 2013, serotipe baru, DENV-5 diidentifikasi dari sampel pasien berusia 37 tahun yang dirawat di Negara Bagian Sarawak Malaysia pada tahun 2007. meskipun setelah kejadian itu, belum dilaporkan lebih lanjut. Berbeda dengan empat

serotipe lainnya, DENV-5 mengikuti siklus transmisi silvatik dan terutama beredar di antara primata non-manusia.¹⁶ Seseorang yang telah terinfeksi sebelumnya terinfeksi, ia memiliki risiko tinggi terkena *dengue shock syndrome* (DSS) dan DBD, yang mengakibatkan melemahnya dan pecahnya pembuluh darah dan pendarahan internal. Antibodi non-penetrasi dapat meningkatkan penyerapan virus oleh sel-sel yang mengekspresikan reseptor Fc, sehingga memungkinkan peningkatan yang bergantung pada antibodi pada DBD.¹⁷

2.1.3 Epidemiologi DBD

Penyakit ini pertama kali muncul sebagai suatu masalah kesehatan masyarakat pada tahun 1954. Ketika epidemi pertama terjadi di Manila penyakit ini disebabkan oleh keempat serotipe virus dengue. Sementara serotipe yang dominan pada 1980-an dan awal 1990-an adalah DEN-2, dalam beberapa tahun terakhir telah berubah menjadi serotipe DEN-3. Sebagian besar masyarakat yang tinggal di daerah perkotaan di daerah tropis dan subtropis, diperkirakan berisiko tertular infeksi virus dengue. Hal ini menunjukkan bahwa setiap tahun 100 juta kasus demam berdarah dan setengah juta kasus demam berdarah dengue (DBD) terjadi di dunia dengan kasus kematian di negara-negara Asia 0,5%-3,5%.¹⁸ Demam berdarah adalah penyakit signifikan yang mempengaruhi banyak negara tropis dan sub-tropis. Dari Januari hingga Oktober 2017, tercatat 403 kasus demam berdarah. Terlepas dari kejadian kasus yang meluas, telah terjadi penurunan angka kematian akibat demam berdarah selama dua puluh tahun terakhir, menunjukkan bahwa para eksekutif di lingkungan telah meningkat seiring waktu. Meskipun demikian, karena serotipe demam berdarah yang paling dikenal luas berbeda dalam populasi, contoh klinis demam berdarah berubah, dan kejadian kasus meningkat, lebih banyak data dan aset diperlukan untuk bagian pencegahan dan perbaikan penyakit. Rumah Sakit Pendidikan Peradeniya, kantor klinis pertimbangan tersier, umumnya merawat 50% pasien demam berdarah di wilayah Kandy. Dari Januari

hingga Agustus 2017, 515 pasien dengan serologi dengue positif (NS1 positif atau IgM dan IgG positif) dirawat.¹⁹ Virus dengue menginfeksi manusia di lebih dari 100 negara setiap tahun, dengan sekitar 3,6 miliar orang berisiko. Selama 50 tahun terakhir, kejadian DBD meningkat 30 kali lipat. Epidemio DENV terjadi setiap tahun di Amerika, Asia, Afrika, dan Australia, dan juga mempengaruhi pelancong dari daerah endemik.⁵

2.1.4 Patogenesis DBD

Patogenesis infeksi virus dengue dikaitkan dengan interaksi kompleks antara virus, gen inang dan respon imun inang. Faktor pejamu seperti peningkatan tergantung antibodi (ADE), sel T reaktif-silang memori, antibodi anti-DENV NS1, autoimunitas serta faktor genetik merupakan penentu utama kerentanan penyakit. Protein NS1 dan antibodi anti-DENV NS1 diyakini bertanggung jawab atas patogenesis demam berdarah yang parah. Respons sitokin dari sel T CD4+ reaktif silang mungkin inidiubah oleh infeksi berurutan dengan serotipe DENV yang berbeda, yang mengarah ke peningkatan lebih lanjut dari sitokin pro- inflamasi yang berkontribusi pada respons imun yang merugikan. Fc γ receptor- mediated antibody-dependent enhancement (ADE) menghasilkan pelepasan sitokin dari sel imun yang menyebabkan disfungsi sel endotel vaskular dan peningkatan permeabilitas vaskular. Variasi genom virus dengue dan RNA flavivirus subgenomik (sfRNA) yang menekan respon imun pejamu merupakan penentu virus terhadap keparahan penyakit. Infeksi dengue dapat menyebabkan pembentukan autoantibodi terhadap antigen DENV NS1, DENV prM, dan protein E, yang dapat bereaksi silang dengan beberapa antigen sendiri seperti plasminogen, integrin, dan sel trombosit. Selain faktor virus, beberapa faktor genetik inang dan polimorfisme gen juga berperan dalam patogenesis infeksi DENV.²⁰

2.1.5 Penularan DBD

Nyamuk yang termasuk dalam genus aedes yaitu *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, dan *Aedes polynesiensis* yang berperan penting dalam penularan penyakit DBD. Vektor utama dan terpenting adalah *A. aegypti*, tetapi *A. albopictus* dan *A. polynesiensis* dapat bertindak sebagai vektor tergantung pada lokasi geografis. *Aedes aegypti* dapat berkembang pada siang hari dan dapat ditemukan di daerah tropis dan subtropis. Nyamuk ini dapat berkembang biak di air yang tercemar atau genangan air kecil seperti vas bunga atau tempurung kelapa. Pembuangan sampah yang tidak tepat atau fasilitas drainase air limbah yang tidak memadai, keduanya merupakan konsekuensi dari urbanisasi yang tidak terencana dapat menjadi penyebab tingginya kepadatan nyamuk di daerah endemik.¹⁸

Setelah menggigit manusia yang terinfeksi, virus dengue masuk ke dalam nyamuk betina dewasa. Virus pertama kali bereplikasi di usus tengah, mencapai haemocoel dan hemolymph, dan kemudian mendapatkan akses ke berbagai jaringan serangga. Setelah virus bereplikasi di kelenjar ludah, nyamuk yang terinfeksi dapat menularkan virus ke manusia lain. Nyamuk dapat terinfeksi dari orang yang viremic dengan DENV. Ini bisa menjadi seseorang yang memiliki gejala infeksi dengue, seseorang yang belum memiliki gejala infeksi tetapi juga orang yang tidak menunjukkan tanda-tanda penyakit. Penularan dari manusia ke nyamuk dapat terjadi hingga 2 hari sebelum seseorang menunjukkan gejala penyakit, hingga 2 hari setelah demam mereda. Risiko infeksi nyamuk berhubungan positif dengan viremia tinggi dan demam tinggi pada pasien; sebaliknya, tingkat antibodi spesifik DENV yang tinggi dikaitkan dengan penurunan risiko infeksi nyamuk. Kebanyakan orang mengalami viremia selama sekitar 4-5 hari, tetapi viremia dapat bertahan selama 12 hari.⁴

2.1.6 Manifestasi Klinis DBD

Demam berdarah dengue didefinisikan sebagai setidaknya dua pertama dari empat manifestasi klinis seperti : demam akut onset mendadak dari 2 hingga 7 hari durasi, manifestasi perdarahan spontan atau tes Tourniquet positif, hepatomegaly, kegagalan sirkulasi

Dalam kombinasi dengan kriteria hematologi trombositopenia (≤ 100.000 sel/mm) dan peningkatan hematokrit lebih dari 20%. Tersangka Kasus DBD berdasarkan kriteria tersebut dinilai lebih lanjut di mana kasus DBD diklasifikasikan ke dalam kemungkinan dan kasus yang dikonfirmasi.⁸

Seorang pasien yang berada dalam fase kritis biasanya sekitar 3-7 hari setelah onset penyakit. Selama 24-48 jam fase kritis, sebagian kecil pasien dapat menunjukkan penurunan gejala yang tiba-tiba. Pada saat inilah, ketika demam menurun (di bawah $38^{\circ}\text{C}/100^{\circ}\text{F}$) pada pasien, tanda-tanda peringatan yang terkait dengan demam berdarah berat dapat bermanifestasi. Demam berdarah yang parah adalah komplikasi yang berpotensi fatal, karena kebocoran plasma, akumulasi cairan, gangguan pernapasan, perdarahan hebat, atau kerusakan organ. Tanda- tanda peringatan yang harus dicari dokter meliputi: sakit perut parah, muntah terus menerus, pernapasan cepat , gusi atau hidung berdarah , kelelahan, kegelisahan, pembesaran hati, darah dalam muntah atau tinja. Jika pasien menunjukkan gejala- gejala ini selama fase kritis, observasi ketat selama 24-48 jam berikutnya sangat penting sehingga perawatan medis yang tepat dapat diberikan, untuk menghindari komplikasi dan risiko kematian.⁴

Fase demam awal ditandai dengan onset yang cepat, awalnya dengan demam derajat tinggi yang tiba-tiba. Fase ini berlangsung antara 2 dan 7 hari, dengan fase demam penyakit yang ditandai dengan kemerahan pada wajah, eritema kulit, nyeri seluruh tubuh, mialgia, artralgia, nyeri mata retro-orbital, fotofobia, eksantema rubeliform, dan sakit kepala . Sakit tenggorokan, anoreksia, mual, dan muntah juga sering terjadi. Selama fase ini, tes tourniquet positif mampu membedakan dengue dari penyakit lain yang menunjukkan gejala serupa. Fase demam akut juga dapat

disertai dengan gejala hemoragik mulai dari tes tourniquet positif dan petechiae hingga perdarahan spontan dari saluran pencernaan, hidung, gusi, dan situs mukosa lainnya. Tingkat keparahan gejala selama fase ini bukan merupakan prediktor perkembangan demam berdarah yang parah; oleh karena itu, pemantauan tanda-tanda peringatan dini perlu dilakukan selama fase kritis penyakit.²¹

2.1.7 Faktor Resiko DBD

- 1) Lingkungan yang masih kondusif untuk terjadinya tempat perindukan nyamuk Aedes
- 2) Pemahaman masyarakat yang masih terbatas mengenai pentingnya pemberantasan sarang nyamuk (PSN) 3M Plus
- 3) Perluasan daerah endemik akibat perubahan dan manipulasi lingkungan yang terjadi karena urbanisasi dan pembangunan tempat pemukiman baru; serta
- 4) Meningkatnya mobilitas penduduk. Untuk menekan terjadinya KLB DBD, perlu membudayakan kembali Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus secara berkelanjutan sepanjang tahun dan mewujudkan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik.²²

2.1.8 Pencegahan dan Pemberantasan DBD

Kedekatan tempat perkembangbiakan vektor nyamuk dengan tempat tinggal manusia merupakan faktor risiko yang signifikan untuk demam berdarah. Saat ini, cara utama untuk mengendalikan atau mencegah penularan virus dengue adalah dengan memerangi vektor nyamuk.⁴

Kegiatan yang optimal dalam melakukan Pemberantasan sarang nyamuk (PSN) meliputi:

- 5) Peningkatan kegiatan surveilans penyakit dan surveilans vektor
- 6) Diagnosis dini dan pengobatan dini
- 7) Peningkatan upaya pemberantasan vektor penular penyakit DBD.

Dalam upaya pemberantasana DBD masyarakat dapat berperan penting

dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui kegiatan 3 M plus (Menguras, Menutup dan Mengubur) plus menabur larvasida, penyebaran ikan pada tempat penampungan air, penggerakan juru pemantau jentik (jumantik) serta pengenalan gejala DBD dan penanganannya di rumah tangga.⁹

2.2 Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) adalah pembentukan pemikiran asosiatif yang menghubungkan atau menjalin sebuah pikiran dengan kenyataan atau dengan pikiran lain berdasarkan pengalaman yang berulang-ulang tanpa pemahaman mengenai sebab-akibat (kausalitas) yang hakiki dan universal. Pengetahuan dimulai dari seseorang yang mempunyai tingkat rasa ingin tahunya tinggi.²³

Secara garis besar terdapat 6 tingkatan pengetahuan yaitu:

a. Tahu (*know*)

Pengetahuan yang dimiliki hanya sebatas mengingat sesuatu yang sebelumnya telah dipelajari, sehingga tingkatan pengetahuan pada tahap ini adalah tingkatan paling rendah. Pada tingkatan ini kemampuan seperti menyebutkan definisi pengetahuan, menyebutkan definisi rekam medis, atau menguraikan tandan gejala suatu penyakit.²³

b. Memahami (*comprehension*)

Pada tahap ini pengetahuan yang dimiliki diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan tentang objek atau sesuatu dengan benar. Seseorang yang paham tentang pelajaran atau materi yang telah diberikan dapat menjelaskan, menyimpulkan, dan menginterpretasikan objek atau sesuatu yang telah dipelajarinya tersebut. Contohnya dapat menjelaskan tentang pentingnya dokumen rekam medis.²⁴

c. Aplikasi (*application*)

Dalam tahap ini pengetahuan yang dimiliki seperti mengaplikasikan atau menerapkan materi yang telah dipelajarinya pada situasi kondisi nyata atau sebenarnya. Misalnya melakukan assembling (merakit) dokumen

rekam medis atau melakukan kegiatan pelayanan pendaftaran.²⁴

D. Analisis (*analysis*)

Kemampuan menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen- komponen yang ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis yang dimiliki seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), memisahkan dan mengelompokkan, membedakan atau membandingkan. Contoh tahap ini adalah menganalisis dan membandingkan kelengkapan dokumen rekam medis menurut metode Huffman dan metode Hatta.²⁴

E. Sintesis (*synthesis*)

Pengetahuan yang dimiliki adalah kemampuan seseorang dalam mengaitkan berbagai elemen atau unsur pengetahuan yang ada menjadi suatu pola baru yang lebih menyeluruh. Kemampuan sintesis ini seperti menyusun, merencanakan, mengkategorikan, mendesain, dan menciptakan. Contohnya membuat desain form rekam medis dan menyusun alur rawat jalan atau rawat inap.²⁴

F. Evaluasi (*evaluation*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini berupa kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Evaluasi dapat digambarkan sebagai proses merencanakan, memperoleh, dan menyediakan informasi yang sangat diperlukan untuk membuat alternatif keputusan. Tahapan pengetahuan tersebut menggambarkan tingkatan pengetahuan yang dimiliki seseorang setelah melalui berbagai proses seperti mencari, bertanya, mempelajari atau berdasarkan pengalaman.²⁴

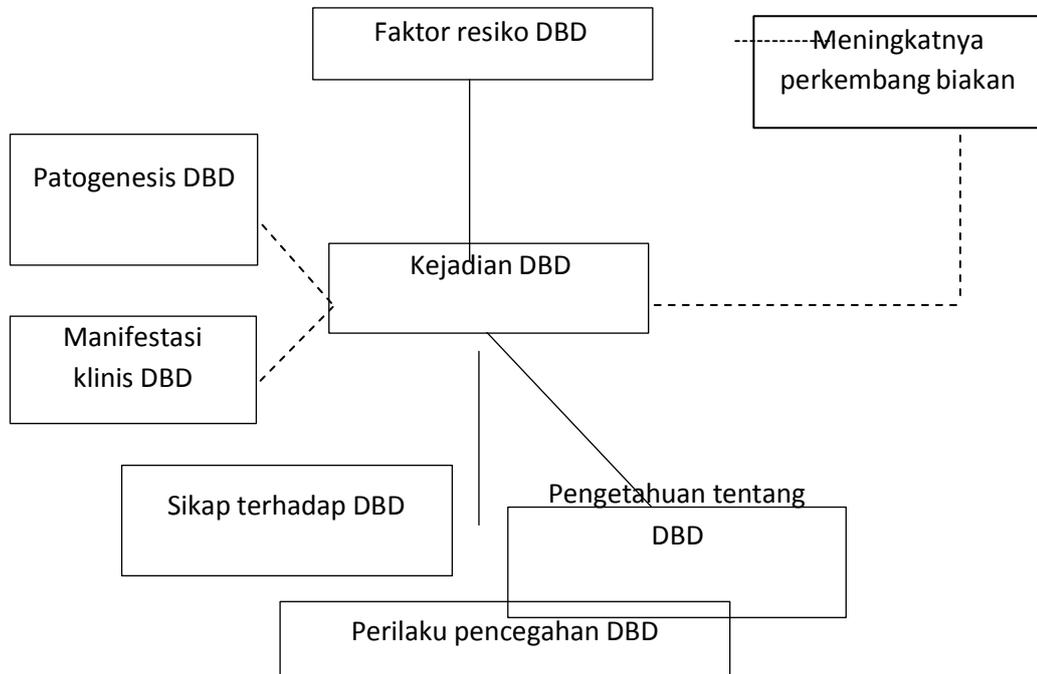
2.3 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap sesuatu. Karena sifatnya yang tertutup maka belum tentu hasilnya adalah hal yang sebenarnya namun bisa saja apa yang diungkapkan berbeda dengan apa yang ada dalam hatinya karena merasa tidak enak atau belum percaya sepenuhnya terhadap penanya.²³

2.4 Perilaku

Di bidang perilaku kesehatan, perilaku manusia ke dalam tiga domain yaitu: kognitif, afektif dan psikomotor. Teori ini masih banyak diadopsi dan digunakan untuk keperluan penelitian di bidang kesehatan. Termasuk di bidang rekam medis, teori perilaku tersebut dapat digunakan dengan cara dikompilasi dengan teori rekam medis.²⁴

2.5 Kerangka Teori



Tabel 2.2
Kerangka Teori

2.6 Kerangka Konsep



Tabel 2.1.
Kerangka Konsep

BAB III METODE

PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik dengan desain *cross sectional*.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Araskabu, Deli Serdang

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan September – Oktober 2022

3.3 Populasi Penelitian

3.3.1 Populasi target

Populasi target dalam penelitian ini adalah seluruh warga di wilayah puskesmas Araskabu.

3.3.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah seluruh warga yang terdapat di wilayah puskesmas Araskabu pada bulan September - Oktober tahun 2022.

3.4 Sampel dan Cara Pengambilan Sampel

3.4.1 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah seluruh warga yang terdapat di wilayah kerja puskesmas Araskabu tahun 2022 yang memenuhi kriteria penelitian.

3.4.2 Cara Pemilihan Sampel

Sampel pada penelitian ini menggunakan adalah *consecutive sampling* yaitu dengan cara mengumpulkan sampel secara berurutan sampai jumlah sampel minimal terpenuhi dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

3.5 Estimasi Besar Sampel

Pada penelitian ini, estimasi besar sampel dilakukan dengan menggunakan rumus penelitian analitik kategorik tidak berpasangan :

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_{\alpha} \sqrt{2P_1Q_1 + Z_{\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{(1,96 \sqrt{2 \times 0,41 \times 0,59} + 0,84 \sqrt{0,56 \times 0,44 + 0,26 \times 0,74})^2}{(0,56 - 0,26)^2}$$

$$n_1 = n_2 = 43$$

$$n = 86 \text{ sampel}$$

Keterangan :y

n = Jumlah sampel minimal

Z_{α} = Deviat baku alfa = 1,96

Z_{β} = Deviat baku beta = 0,842

P_2 = Proporsi pada kelompok yang memiliki tingkat pengetahuan sedang dari sikap baik = 26% = 0,26²⁵

$P_1 - P_2$ = Selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna = 0,3 P_1
= 0,56

$Q_1 = 1 - P_1$

$Q_1 = 1 - 0,56$
= 0,44

$Q_2 = 1 - P_2$

$Q_2 = 1 - 0,26$
= 0,74

P = Proporsi total

= $(P_1 + P_2) / 2 = (0,56 + 0,26) / 2 = 0,41$
= 1 - P
= 1 - 0,41 = 0,59

3.6 Kriteria inklusi dan eksklusi

3.6.1 Kriteria Inklusi :

1. Masyarakat yang berada di wilayah puskesmas Aras Kabu
2. Masyarakat yang dapat membaca dan menulis
3. Bersedia menjadi responden

3.6.2 Kriteria Eksklusi

Yang memiliki keterbelakangan mental

3.7 Cara Kerja

Pengumpulan data diperoleh dengan cara:

1. Peneliti mendapatkan surat penugasan penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommesen untuk melakukan penelitian di Puskesmas Araskabu, Deli Serdang
2. Peneliti meminta izin kepada pihak Puskesmas Araskabu, Deli Serdang
3. Setelah mendapatkan izin, peneliti meminta dan mengumpulkan masyarakat yang sesuai dengan kriteria inklusi di Puskesmas Araskabu, Deli Serdang.
4. Peneliti membagikan informed Consent dan Kuesioner
5. Peneliti mengumpulkan data dan memeriksa hasil kuisoner.
6. Setelah data terkumpul, maka peneliti melakukan penyajian data

3.8 Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini meliputi dua macam variabel yaitu variabel independen dan dependen.

a). Variabel Independen

Variabel independen pada penelitian ini adalah tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat di wilayah puskesmas Araskabu.

b). Variabel dependen

Perilaku pencegahan DBD merupakan variabel dependen

pada penelitian ini.

3.9 Definisi Operasional ²⁵

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Pengetahuan	Adalah derajat pengetahuan yang dimiliki oleh responden mengenai demam berdarah termasuk perilaku pencegahan DBD.	Kuesioner	-Baik, jika skor jawaban responden yaitu 7. - Sedang, jika skor jawaban responden yaitu 4-7. - Kurang, jika skor jawaban responden yaitu <4.	Ordinal
2.	Sikap	Adalah reaksi responden mengenai Penyakit DBD yang diukur dengan Menanyakan pendapat responden Tentang peran dan upaya	Kuesioner	- Baik, jika skor jawaban responden yaitu >4. -Sedang, jika skor jawaban responden yaitu 2-4.	Ordinal

		pencegahan			
		DBD, melalui panduan suatu kuesioner.		-Kurang, jika skor nilai <2.	
3.	Perilaku pencegahan DBD	Adalah tindakan responden dalam melakukan kegiatan 3M Plus yang meliputi menyikat bak mandi minimal 1 minggu sekali, menutup Tempat penampung air selain bak mandi dan kolam, mengganti air dan membersihkan tempat penampungan air selain	Kuesioner	-Baik, jika skor jawaban responden 7. -Sedang, jika skor jawaban responden 4-7. -Kurang, jika skor jawaban responden <4.	Ordinal

bak
mandi.

4.	Usia ²⁶	Usia responden Penelitian berdasarkan ulang tahun terakhir.	Kuesioner	1. Remaja (19-25) 2. Dewasa (26-45) 3. Lansia (46-65)	Ordinal
-----------	---------------------------	---	-----------	--	---------

3.10 Analisa Data

Data yang telah terkumpul dianalisis dengan menggunakan program SPSS. Analisis data meliputi:

3.10.1 Analisis Univariat

Analisis Univariat disajikan dalam bentuk tabel atau gambar dilakukan dengan tujuan mendeskripsikan tingkat pengetahuan, sikap masyarakat dan perilaku pencegahan DBD dengan pengambilan data menggunakan kuisioner pada masyarakat wilayah kerja Puskesmas Araskabu.

3.10.2 Analisis Bivariat

Analisis Bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap perilaku pencegahan DBD. Analisis bivariate menggunakan uji statistik yang disesuaikan dengan skala data, karena data berupa nominal dan nominal, maka teknik analisis data pada penelitian ini menggunakan uji *Chi-square* untuk melihat signifikan hubungan antara variabel dependen dan independen. Apabila tidak memenuhi maka menggunakan uji *fisher*.