

**GAMBARAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN TINDAKAN
MENGENAI DBD PADA KELUARGA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS LUBUK BUAYA PADANG**

SKRIPSI



Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran pada
Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah

AGUNG SAPUTRA

1910070100113

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BAITURRAHMAM
PADANG
2026**

HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI

Judul : Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Mengenai DBD pada
Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang

Disusun Oleh

AGUNG SAPUTRA

1910070100113

Telah disetujui

Padang, 2 Februari 2026

Pembimbing 1



dr. Rahma Triyana Y, M.Biomed

Pembimbing 2



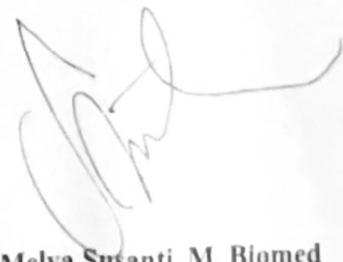
dr. Alief Dhuha, PhD

Penguji 1



dr. Ruhsyahadati, Sp.MK

Penguji 2



dr. Melva Susanti, M. Biomed

PERTANYAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Agung Saputra

NPM : 1910070100113

Mahasiswa : Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran
Universitas Baiturrahmah Padang

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Karya tulis ini berupa skripsi dengan judul: **"Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Mengenai DBD pada Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang"** adalah asli dan belum pernah dipublikasikan atau diajukan untuk mendapatkan gelar akademik di Universitas Baiturrahmah maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan orang lain, kecuali pembimbing dan pihak lain sepengetahuan pembimbing.
3. Dalam karya ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan judul buku aslinya serta dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Apabila terdapat penyimpangan di dalam pernyataan ini, saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis ini, serta sanksi lain sesuai norma dan hukum yang berlaku.

Padang, 2 Februari 2026

Agung Saputra

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT., karena atas berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul “Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Mengenai DBD pada Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang”. Penulisan Skripsi ini dilakukan dalam rangka mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah. Saya menyadari sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Skripsi ini tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak penyusunan proposal sampai dengan terselesaiannya skripsi ini.

Dengan ini saya menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. H. Musliar Kasim, MS. selaku Rektor Universitas Baiturrahmah yang telah memberi kesempatan kepada saya untuk menimba ilmu di Universitas Baiturrahmah.
2. dr. Yuri Haiga, Sp.N, sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah yang telah memberikan sarana dan prasarana kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik dan lancar.
3. dr. Rahma Triyana Y, M.Biomed dan dr. Alief Dhuha, PhD selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, ilmu, dan pikiran untuk membimbing saya dalam penyusunan skripsi ini.
4. dr. Ruhsyahadati, Sp.MK dan dr. Melya Susanti, M. Biomed selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan arahan untuk kesempurnaan skripsi ini.

5. Keluarga tercinta yang telah memberikan saya segala doa, motivasi, dukungan, kasih sayang, serta dorongan moral material dan selalu menjadi rumah ternyaman bagi saya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan lancar dan baik.
6. Serta pihak lain yang tidak mungkin saya sebutkan satu-persatu atas bantuannya secara langsung maupun tidak langsung sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT. berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak.

Padang, 2 Februari 2026

Agung Saputra

ABSTRAK

GAMBARAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN TINDAKAN MENGENAI DBD PADA KELUARGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LUBUK BUAYA PADANG

AGUNG SAPUTRA

Latar Belakang: Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, termasuk di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang yang tercatat sebagai wilayah dengan jumlah kasus DBD tinggi. Upaya pencegahan DBD sangat dipengaruhi oleh perilaku keluarga yang meliputi pengetahuan, sikap, dan tindakan dalam menjaga lingkungan.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan karakteristik demografi, tingkat pengetahuan, sikap, tindakan keluarga, serta riwayat kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan desain potong lintang (*cross-sectional*). Sampel penelitian berjumlah 100 responden yang dipilih menggunakan teknik sampling sesuai kriteria inklusi. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner terstruktur yang mencakup karakteristik responden, pengetahuan, sikap, dan tindakan pencegahan DBD. Data dianalisis secara univariat dan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase.

Hasil: Mayoritas responden berusia 36–45 tahun (22,0%), berjenis kelamin perempuan (85,0%), berpendidikan terakhir SMA (47,0%), bekerja sebagai ibu rumah tangga (65,0%), dan memiliki jumlah anggota keluarga 4–6 orang (54,0%). Tingkat pengetahuan keluarga mengenai DBD sebagian besar berada pada kategori kurang (81,0%). Sikap keluarga terhadap pencegahan DBD mayoritas berada pada kategori baik (79,0%), namun tindakan pencegahan DBD sebagian besar masih dalam kategori kurang (59,0%). Riwayat kejadian DBD pada anggota keluarga dalam enam bulan terakhir ditemukan pada 3,0% keluarga.

Kesimpulan: Sebagian besar keluarga di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang memiliki sikap yang baik terhadap pencegahan DBD, namun masih didominasi oleh tingkat pengetahuan dan tindakan pencegahan yang kurang. Diperlukan upaya peningkatan edukasi dan pemberdayaan masyarakat secara berkelanjutan untuk mendorong perubahan perilaku pencegahan DBD di tingkat keluarga.

Kata Kunci: Demam Berdarah Dengue, Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Keluarga.

ABSTRACT

DESCRIPTION OF KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND ACTIONS REGARDING DENGUE FEVER IN FAMILIES IN THE WORKING AREA OF THE LUBUK BUAYA PADANG COMMUNITY HEALTH CENTER

Agung Saputra

Background: *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) remains a major public health problem in Indonesia, including the working area of Lubuk Buaya Public Health Center, which has been reported as one of the areas with a high number of dengue cases. Dengue prevention efforts are strongly influenced by family behaviors, including knowledge, attitudes, and practices related to environmental management.*

Methods: *This study aimed to describe demographic characteristics, levels of knowledge, attitudes, family practices, and the history of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) among families in the working area of Lubuk Buaya Public Health Center, Padang.*

Results: *Most respondents were aged 36–45 years (22.0%), female (85.0%), had a senior high school education (47.0%), were housewives (65.0%), and had 4–6 family members (54.0%). The majority of families had a poor level of knowledge regarding dengue (81.0%). Most respondents demonstrated good attitudes toward dengue prevention (79.0%), while preventive practices were predominantly poor (59.0%). The history of dengue infection among family members within the last six months found in 3.0% of families.*

Conclusion: *Most families in the working area of Lubuk Buaya Public Health Center showed positive attitudes toward dengue prevention; however, knowledge and preventive practices were still predominantly poor. Continuous health education and community empowerment are needed to improve family practices in dengue prevention.*

Keywords: *Dengue Hemorrhagic Fever, Knowledge, Attitude, Practice, Family.*

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI.....	ii
PERTANYAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1. Bagi Ilmu Pengetahuan Kesehatan	5
1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan.....	5
1.4.3. Bagi Masyarakat	6
1.4.4. Bagi Peneliti.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Demam Berdarah Dengue (DBD)	7
2.1.1. Definisi	7
2.1.2. Epidemiologi.....	7
2.1.3. Etiologi	9
2.1.4. Vektor DBD	9
2.1.5. Faktor Risiko	11
2.1.6. Patofisiologi.....	13
2.1.7. Manifestasi Klinis.....	17
2.1.8. Diagnosis	18
2.1.9. Pencegahan	18
2.2 Konsep Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan.....	20
BAB III KERANGKA TEORI.....	24
3.1 Kerangka Teori	24
BAB IV METODE PENELITIAN.....	25
4.1 Ruang Lingkup Penelitian	25
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian	25

4.3	Jenis dan Rancangan Penelitian.....	25
4.4	Populasi dan Sampel.....	25
4.4.1.	Populasi Target.....	25
4.4.2.	Populasi Terjangkau.....	25
4.4.3.	Sampel Penelitian	25
4.4.4.	Teknik Sampling.....	26
4.4.5.	Besar Sampel	26
4.5	Variabel Penelitian.....	27
4.6	Definisi Operasional	27
4.7	Cara Pengumpulan Data	29
4.7.1.	Instrumen Penelitian	29
4.7.2.	Jenis Data.....	32
4.7.3.	Cara Kerja	33
4.8	Alur Penelitian.....	33
4.9	Cara Pengolahan dan Analisis Data.....	34
4.9.1.	Pengolahan Data	34
4.9.2.	Analisis Data.....	34
4.10	Etika Penelitian.....	34
4.11	Jadwal Penelitian	35
BAB V	HASIL PENELITIAN.....	36
5.1.	Karakteristik demografi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan jumlah anggota keluarga	36
5.2.	Gambaran tingkat pengetahuan keluarga mengenai penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang	37
5.3.	Gambaran sikap keluarga terhadap upaya pencegahan dan pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang	38
5.4.	Gambaran tindakan keluarga dalam upaya pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang	39
5.5.	Riwayat kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) pada anggota keluarga dalam kurun waktu enam bulan terakhir di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang	39
BAB VI	PEMBAHASAN.....	41
6.1.	Karakteristik demografi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan jumlah anggota keluarga	41
6.2.	Gambaran tingkat pengetahuan keluarga mengenai penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang	43
6.3.	Gambaran sikap keluarga terhadap upaya pencegahan dan pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang	45

6.4. Gambaran tindakan keluarga dalam upaya pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang	47
6.5. Riwayat kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) pada anggota keluarga dalam kurun waktu enam bulan terakhir di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang	49
6.6. Kelebihan Penelitian	51
6.7. Keterbatasan Penelitian	52
BAB VII PENUTUP	53
7.1. Kesimpulan	53
7.2. Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	55
LAMPIRAN	59

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Taksonomi Nyamuk <i>Aedes sp</i>	9
Tabel 4. 1	Definisi Operasional.....	27
Tabel 4. 3	<i>Blue Print</i> Kuesioner Pengetahuan	29
Tabel 4. 4	<i>Blue Print</i> Kuesioner Sikap.....	30
Tabel 4. 5	Besar Skor Jawaban Kuesioner Sikap.....	31
Tabel 4. 6	<i>Blue Print</i> Kuesioner Tindakan	32
Tabel 4. 7	Jadwal Penelitian.....	35
Tabel 5. 1	Karakteristik demografi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan jumlah anggota keluarga.....	36
Tabel 5. 2	Gambaran tingkat pengetahuan keluarga mengenai penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang	37
Tabel 5. 3	Gambaran sikap keluarga terhadap upaya pencegahan dan pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang.....	38
Tabel 5. 4	Gambaran tindakan keluarga dalam upaya pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang	39
Tabel 5. 5	Riwayat kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) pada anggota keluarga dalam kurun waktu enam bulan terakhir di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang.....	40

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Perjanalan Penyakit Infeksi Dengue.....	14
Gambar 3. 1 Kerangka Teori	24

DAFTAR SINGKATAN

DBD	: Demam Berdarah Dengue
DHF	: Dengue <i>Hemorrhagic Fever</i>
DSS	: Dengue <i>Shock Syndrome</i>
KAP	: <i>Knowledge, Attitude, Practice</i>
PSN	: Pemberantasan Sarang Nyamuk
3M Plus	: Menguras, Menutup, dan Mengubur serta upaya pencegahan lainnya
CFR	: <i>Case Fatality Rate</i>
Kemenkes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Dinkes	: Dinas Kesehatan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
IRT	: Ibu Rumah Tangga
SD	: Sekolah Dasar
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
NTT	: Nusa Tenggara Timur

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Etik Penelitian.....	59
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden	60
Lampiran 3. Kuesioner Penelitian.....	61
Lampiran 4. Master Tabel	67
Lampiran 5. Dokumentasi Penelitian.....	69
Lampiran 6. Hasil Olah Data	70
Lampiran 7. Biodata Penulis	73

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit infeksi tropis yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Penyakit ini ditandai oleh demam tinggi mendadak, nyeri otot dan sendi, manifestasi perdarahan, hingga kondisi berat seperti *Dengue Shock Syndrome* (DSS).¹ Secara epidemiologis, DBD memiliki karakteristik yang khas berupa penularan cepat, kemampuan virus bermutasi, dan pola kejadian yang fluktuatif mengikuti dinamika lingkungan serta perilaku hidup masyarakat. Dalam konteks kesehatan masyarakat, DBD termasuk penyakit yang memiliki *Case Fatality Rate* (CFR) yang cukup tinggi apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat, terutama pada kelompok anak dan dewasa muda.²

Secara global, *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa jumlah kasus DBD mengalami peningkatan delapan kali lipat sejak tahun 2000 hingga 2023, dengan lebih dari 5,2 juta kasus dilaporkan pada tahun 2023.³ Di Indonesia, DBD masih menjadi masalah kesehatan utama. Survei Kesehatan Indonesia 2023 menunjukkan bahwa terdapat 114.720 kasus DBD dengan CFR sebesar 0,78%, dan angka kejadian meningkat terutama pada daerah perkotaan yang padat penduduk.⁴ Provinsi Sumatera Barat juga termasuk daerah dengan risiko tinggi. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat mencatat adanya 5.931 kasus DBD pada tahun 2023, meningkat dibandingkan tahun sebelumnya. Kota Padang menjadi salah satu penyumbang kasus tertinggi, di mana pada tahun 2023 dilaporkan lebih dari 1.200 kasus dengan pola peningkatan signifikan pada musim

hujan. Puskesmas Lubuk Buaya merupakan wilayah Kerja yang paling banyak terdapat kasus DBD pada tahun 2022, yaitu sebanyak 77 kasus dan merupakan kasus terbanyak di Kota Padang.⁵

Pengetahuan adalah pemahaman individu tentang suatu objek yang menjadi dasar pembentukan sikap dan memengaruhi tindakan. Sikap mencerminkan respon atau penilaian yang memandu kecenderungan perilaku, sedangkan tindakan merupakan penerapan nyata dari pengetahuan dan sikap tersebut. *Health Belief Model* (HBM) menjelaskan bahwa perilaku dipengaruhi oleh persepsi terhadap kerentanan dan keparahan penyakit, manfaat dan hambatan tindakan, isyarat untuk bertindak, serta efikasi diri.^{6,7} Dalam konteks DBD, pengetahuan yang memadai mengenai risiko gigitan *Aedes aegypti*, peran tempat penampungan air sebagai lokasi perkembangbiakan, serta pentingnya PSN dapat membentuk sikap positif seperti kesadaran akan bahaya DBD dan urgensi pencegahan. Sebaliknya, pengetahuan yang rendah dapat memunculkan sikap keliru, misalnya menganggap DBD hanya terjadi pada musim tertentu atau hanya pada kelompok usia tertentu, sehingga memicu tindakan yang tidak efektif seperti tidak melakukan PSN secara berkala atau hanya mengandalkan *fogging* yang sebenarnya bukan metode utama pencegahan.^{2,8}

Penelitian Dawe M, Romeo P, & Ndoen E (2020) di Kupang NTT menemukan bahwa meskipun 62% responden memiliki pengetahuan cukup dan 58% memiliki sikap baik, hanya 40% yang melakukan tindakan PSN 3M secara rutin.⁹ Fenomena serupa juga ditemukan di Kabupaten Ogan Ilir oleh Wahyudi A & Ekawati D (2025), yang melaporkan pengetahuan tinggi pada 70% responden, tetapi tindakan pencegahan masih rendah (46%).¹⁰ Penelitian Sitorus M. Tarigan F,

& Purba I (2025) di Kabupaten Samosir menunjukkan 72% pengetahuan baik dan 68% sikap positif, namun hanya 33% keluarga yang melakukan 3M Plus secara benar.¹¹ Sementara itu, Rasyid RM & Chairil A (2020) di Palembang menyatakan bahwa kurangnya pengetahuan meningkatkan risiko DBD hingga 3,4 kali lipat, tetapi tindakan pencegahan tetap dilakukan hanya saat ada kejadian DBD di sekitar rumah.¹² Penelitian di Medan oleh Verawaty S, Simanjuntak N, & Simaremare A (2020) menemukan 55% pengetahuan rendah dan tindakan PSN hanya dilakukan oleh 38% responden.¹³

Penelitian lain oleh Yoga Mahendra Putra (2021) menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan dan sikap yang baik terhadap pencegahan DBD, praktik PSN 3M masih tergolong rendah, sehingga menggambarkan adanya kesenjangan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan. Berdasarkan hasil tersebut, penelitian ini menggunakan kuesioner yang dikembangkan oleh Yoga Mahendra Putra (2021) karena instrumen tersebut secara spesifik dirancang untuk mengukur variabel pengetahuan, sikap, dan tindakan pencegahan DBD sesuai dengan konteks penelitian. Kuesioner ini telah melalui uji validitas dan reliabilitas dengan seluruh item dinyatakan valid ($r > 0,30$) dan memiliki reliabilitas yang baik (*Cronbach's alpha* $\geq 0,70$), sehingga dalam penelitian ini tidak dilakukan uji validasi ulang karena instrumen digunakan tanpa modifikasi dan telah terbukti valid serta reliabel.¹⁴

Meski berbagai penelitian mengenai pengetahuan, sikap, dan tindakan (PSP) terhadap DBD telah banyak dilakukan di Indonesia, terdapat beberapa gap penelitian (*research gap*) yang penting untuk diperhatikan. Terdapat inkonsistensi

hasil pada beberapa penelitian yang menyatakan bahwa masyarakat memiliki pengetahuan yang baik namun tetap memiliki tindakan pencegahan yang buruk.

Secara umum, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan, sikap, dan tindakan keluarga mengenai penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi dasar bagi tenaga kesehatan setempat dalam merancang program edukasi, penyuluhan, serta kegiatan PSN yang lebih tepat sasaran, terutama pada kelompok keluarga yang memiliki risiko tinggi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah; "Bagaimana gambaran pengetahuan, sikap, dan tindakan mengenai Demam Berdarah Dengue (DBD) pada keluarga di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang?"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran pengetahuan, sikap, dan tindakan keluarga mengenai Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik demografi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan jumlah anggota keluarga.

2. Mengetahui riwayat kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) pada anggota keluarga dalam kurun waktu enam bulan terakhir di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang.
3. Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan keluarga mengenai penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang.
4. Mengetahui gambaran sikap keluarga terhadap upaya pencegahan dan pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang.
5. Mengetahui gambaran tindakan keluarga dalam upaya pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang.
6. Mengetahui riwayat kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) pada anggota keluarga dalam kurun waktu enam bulan terakhir di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Ilmu Pengetahuan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah keilmuan di bidang kesehatan masyarakat, khususnya terkait perilaku kesehatan keluarga dalam pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD), serta menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat terhadap penyakit menular berbasis vektor.

1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi dan sumber pembelajaran bagi institusi pendidikan, khususnya dalam pengembangan materi

terkait epidemiologi penyakit menular, promosi dan pencegahan penyakit, serta penerapan teori perilaku kesehatan dalam konteks penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD).

1.4.3. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat mengenai pentingnya pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD), sehingga masyarakat terdorong untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, khususnya dalam pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dan 3M Plus secara berkelanjutan.

1.4.4. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman peneliti dalam melaksanakan penelitian di bidang kesehatan masyarakat, khususnya terkait metode survei dan analisis pengetahuan, sikap, dan tindakan (KAP), serta sebagai sarana penerapan teori yang telah diperoleh selama proses pendidikan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Demam Berdarah Dengue (DBD)

2.1.1. Definisi

WHO mendefinisikan DBD sebagai infeksi virus yang menimbulkan spektrum gejala dari ringan hingga berat, yang berisiko menjadi masalah kesehatan masyarakat di wilayah tropis dan subtropis, serta menekankan bahwa diagnosis epidemiologis dan klinis harus diiringi oleh surveilans yang baik untuk mendeteksi gelombang wabah dan perubahan serotipe yang dapat meningkatkan risiko epidemi.³

Menurut Schaefer T, Panda P, & Wolford R (2025) menjelaskan bahwa DBD adalah virus yang ditularkan oleh nyamuk, dan demam berdarah merupakan penyebab utama penyakit virus yang ditularkan oleh arthropoda di seluruh dunia, yang menimbulkan kekhawatiran kesehatan global yang signifikan.¹⁵

Menurut Kementerian Kesehatan RI dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor HK.01.07/MENKES/9845/2020 tentang pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana infeksi dengue pada dewasa, mendefinisikan DBD sebagai penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue yang ditandai demam 2–7 hari disertai dengan manifestasi perdarahan, penurunan trombosit (trombositopenia), adanya hemokonsentrasi yang ditandai kebocoran plasma (peningkatan hematokrit, asites, efusi pleura, hipoalbuminemia).¹⁶

2.1.2. Epidemiologi

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa jumlah kasus DBD mengalami peningkatan delapan kali lipat sejak tahun 2000 hingga 2023, dengan

lebih dari 5,2 juta kasus dilaporkan pada tahun 2023.³ Di Indonesia, DBD masih menjadi masalah kesehatan utama. Kejadian Luar Biasa (KLB) DBD di Indonesia yang pertama dilaporkan pada tahun 1968 di Jakarta dan Surabaya dengan 58 kasus dan 24 kematian (*Case Fatality Rate/CFR* 41,3%). Dalam kurun waktu 50 tahun, angka kematian DBD telah berhasil diturunkan menjadi di bawah 1%. Sepuluh tahun terakhir (2008–2017), incidence rate (IR) DBD berada pada kisaran 26,1 per 100.000 penduduk hingga 78,8 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2018 jumlah kasus DBD di Indonesia sebanyak 65.602 dengan CFR 0,71%, artinya terdapat 467 kasus kematian per tahun atau 1,3 kematian per hari.¹⁶

Angka morbiditas DBD masih berfluktuasi dan dipengaruhi oleh curah hujan, perilaku masyarakat, perubahan iklim (climate change) global, dan mobilitas penduduk yang tinggi. Pada kondisi curah hujan yang tinggi, jumlah kasus DBD cenderung meningkat, begitu pula sebaliknya pada saat intensitas curah hujan rendah maka jumlah kasus DBD cenderung rendah. Intensitas curah hujan yang tinggi akan mengakibatkan bertambahnya genangan air sebagai tempat perindukan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang merupakan vektor penular DBD. Akibatnya populasi nyamuk dewasa meningkat, dan penularan DBD meningkat.¹⁶

Survei Kesehatan Indonesia 2023 menunjukkan bahwa terdapat 114.720 kasus DBD dengan CFR sebesar 0,78%, dan angka kejadian meningkat terutama pada daerah perkotaan yang padat penduduk.⁴ Provinsi Sumatera Barat mencatat adanya 5.931 kasus DBD pada tahun 2023, meningkat dibandingkan tahun sebelumnya. Kota Padang menjadi salah satu penyumbang kasus tertinggi, di mana pada tahun 2023 dilaporkan lebih dari 1.200 kasus.⁵

2.1.3. Etiologi

Agen penyebab DBD adalah dengue virus (DENV) yang terdiri dari 4 serotipe yaitu DENV-1, DENV-2, DENV-3, dan DENV-4. Infeksi pertama dengan salah satu serotipe dengue biasanya tidak parah atau tanpa gejala dan umumnya meninggalkan ketahanan terhadap serotipe virus tersebut seumur hidup. Namun, infeksi sekunder (infeksi lanjutan) dari serotipe lain dapat meningkatkan risiko demam berdarah berkembang menjadi parah.³

Virus dengue tergolong ke dalam genus Flavivirus dan famili *flaviviridae*. Virus dengue mempunyai ukuran kecil sebesar 50 nanometer dan satu untai RNA sebagai genom. Genom virus dengue memiliki panjang 11.644 nukleotida dan mencakup 3 gen protein struktural yang mengkodekan protein nukleocapsid (C) antara lain protein terkait membran (M), protein amplop (E), dan tujuh gen protein non-struktural (NS).¹⁵ Di Indonesia, serotipe DENV-2 dan DENV-3 secara bergantian mendominasi. Genotipe “Asia” dari DENV-2 dan DENV-3 sering dikaitkan dengan demam berdarah parah dari infeksi dengue sekunder.¹⁶

2.1.4. Vektor DBD

Vektor nyamuk primer dalam penularan dengue di Asia Tenggara adalah *Aedes aegypti*, sementara *Aedes albopictus* sebagai vektor sekunder.¹⁵ Kedudukan taksonomi nyamuk *Aedes* sp disajikan pada tabel 2.1 berikut.

Tabel 2. 1 Taksonomi Nyamuk *Aedes* sp¹⁷

	<i>Aedes aegypti</i>	<i>Aedes albopictus</i>
Filum	Arthropoda	Arthropoda
Kelas	Insecta	Insecta
Ordo	Diptera	Diptera
Familia	Culicidae	Culicidae
SubFamilia	Culicinae	Culicinae
Genus	<i>Aedes</i>	<i>Aedes</i>
Spesies	<i>Aedes aegypti</i>	<i>Aedes albopictus</i>

1. *Aedes Aegypti*

Nyamuk *Ae. Aegypti* mempunyai ukuran sedang dan warna tubuh hitam bercak putih. *Ae. Aegypti* mempunyai dua garis putih yang melengkung vertikal pada bagian kanan dan kiri berwarna putih. Nyamuk *Ae. Aegypti* memiliki 4 tahapan siklus hidup, antara lain telur, larva, pupa, dan nyamuk dewasa. Nyamuk aegypti betina bertelur sekitar 50 – 120 telur dan disimpan di atas permukaan air yang sedikit lembab. Pada lingkungan yang hangat dan lembab, embrio membutuhkan waktu selama 48 jam untuk berkembang. Telur dapat bertahan dalam periode pengeringan yang lama (> 1 tahun) dan akan menetas setelah wadah dibanjiri. Larva melalui empat tahap perkembangan yang lamanya bergantung kepada ketersediaan makanan, suhu, dan kepadatan larva pada wadah. Larva membutuhkan waktu sekitar 7 – 10 hari untuk berkembang biak pada kondisi optimal dengan dua hari pada tahapan pupa. Sementara pada kondisi suhu rendah, larva membutuhkan waktu lebih lama hingga beberapa minggu sampai nyamuk dewasa muncul. Setelah kemunculannya, nyamuk dewasa akan kawin dengan betinanya dan mencari darah dalam kurun waktu 24 – 36 jam sebagai sumber protein dalam pematangan telur. *Ae. Aegypti* dewasa memiliki masa hidup sekitar 3 – 4 minggu. Ketika musim hujan kelangsungan hidup nyamuk lebih lama.¹⁷

Ae. Aegypti sangat antropofilik. Nyamuk betina mempunyai periode aktivitas menggigit sebanyak dua kali yaitu saat pagi hari setelah fajar dan sore hari sebelum matahari terbenam. *Ae. Aegypti* umumnya tidak menggigit pada malam hari, tetapi memberi makan malam hari dalam ruangan terang. Lebih dari 90% populasi *Ae. Aegypti* terdapat pada area yang gelap, lembab, dan terpencil dalam rumah. Namun, jarang terdapat pada luar ruangan vegetasi.¹⁷

2. *Aedes Albopictus*

Ae. albopictus memiliki satu bercak sisik putih garis putih longitudinal yang memanjang dari bawah punggung dalam sampai setinggi akar sayap. *Ae. albopictus*

memiliki 4 tahapan siklus hidup, antara lain telur, larva, pupa, dan nyamuk dewasa. *Ae. albopictus* menghasilkan sekitar 100 butir telur. Telur ini dapat bertahan lama terhadap pengeringan dan akan menetas saat banjir. Dalam kondisi laboratorium, tahap larva pada suhu 25° C dengan makanan opsional membutuhkan waktu 5–10 hari untuk berubah menjadi tahap pupa dan dua hari lagi sebagai nyamuk dewasa. Pada suhu rendah < 11°C perkembangan berhenti. Setelah kemunculannya, nyamuk dewasa akan kawin dengan betinanya yang dapat makan darah dalam waktu 24–36 jam. *Ae. albopictus* dapat bertahan hidup pada suhu 25°C dan kelembaban relatif 30%. Betina memiliki umur hidup yang lebih lama, dapat bertahan selama 3 – 6 bulan.¹⁷

Ae. albopictus adalah pemakan yang agresif dan memakan darah sekaligus untuk melengkapi genesis (WHO, 2011). Periode aktivitas mencari darah *Ae. albopictus* dilakukan sepanjang hari sejak matahari terbit hingga sore sebelum matahari terbenam. Aktivitas menggigit 2,4 kali lebih sering pada sore hari. *Ae. albopictus* umumnya beristirahat di luar ruangan dekat tanah dan di bagian mana pun dari hutan.¹⁷

2.1.5. Faktor Risiko

Meningkatnya prevalensi faktor risiko berkontribusi pada peningkatan kasus demam berdarah dan perluasan ke daerah baru. Penularan penyakit demam berdarah melibatkan tiga faktor utama, yaitu manusia (*host*), vektor perantara (*agent*), dan lingkungan.^{15,18}

1. Faktor Manusia (Host)

Faktor host berkaitan dengan karakteristik individu atau keluarga yang memengaruhi kerentanan terhadap infeksi virus dengue maupun risiko terjadinya DBD berat. Usia merupakan salah satu faktor penting, di mana anak-anak dan dewasa muda dilaporkan lebih sering mengalami DBD dengan manifestasi klinis yang lebih

berat. Status imun individu juga berperan signifikan, terutama pada infeksi sekunder oleh serotype virus dengue yang berbeda, yang dapat meningkatkan risiko terjadinya dengue berat akibat mekanisme *antibody-dependent enhancement* (ADE).^{15,18}

Selain itu, tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat terhadap DBD sangat memengaruhi risiko penularan. Pengetahuan yang rendah mengenai cara penularan, tempat perkembangbiakan nyamuk, dan upaya pencegahan sering kali diikuti oleh sikap yang kurang peduli serta tindakan pencegahan yang tidak optimal, seperti tidak melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) secara rutin. Faktor perilaku lain seperti kebiasaan menggantung pakaian, jarang menguras bak mandi, dan tidak menggunakan perlindungan dari gigitan nyamuk juga meningkatkan risiko kontak antara manusia dan nyamuk *Aedes aegypti*.^{15,18}

2. Faktor Vektor Perantara (Agent)

Faktor agent dalam DBD merujuk pada virus dengue sebagai agen penyebab serta nyamuk *Aedes* sebagai vektor penular. Virus dengue terdiri dari empat serotype yang berbeda, dan peredaran lebih dari satu serotype di suatu wilayah dapat meningkatkan risiko kejadian DBD berat pada masyarakat. Nyamuk *Aedes aegypti* memiliki karakteristik perilaku yang mendukung penularan, seperti aktif menggigit pada pagi dan sore hari, bersifat antropofilik (lebih menyukai darah manusia), dan sering beristirahat di dalam rumah.^{15,18}

Kemampuan nyamuk untuk berkembang biak di tempat penampungan air bersih buatan manusia, seperti bak mandi, drum, dan vas bunga, menjadikan vektor ini sangat sulit dikendalikan tanpa keterlibatan aktif masyarakat. Kepadatan populasi nyamuk dan tingginya angka jentik merupakan indikator penting yang berhubungan langsung dengan peningkatan risiko penularan DBD.^{15,18}

3. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan berperan besar dalam mendukung keberlangsungan siklus hidup nyamuk dan penularan virus dengue. Lingkungan dengan sanitasi yang buruk,

sistem pengelolaan sampah yang tidak memadai, serta banyaknya wadah yang dapat menampung air hujan menjadi tempat ideal bagi perkembangbiakan nyamuk *Aedes*. Kepadatan penduduk yang tinggi juga meningkatkan peluang kontak antara manusia dan nyamuk vektor.^{15,18}

Selain itu, faktor iklim seperti curah hujan tinggi, suhu lingkungan yang hangat, dan kelembapan udara yang tinggi berkontribusi terhadap peningkatan populasi nyamuk serta mempercepat replikasi virus di dalam tubuh nyamuk. Kondisi lingkungan permukiman perkotaan yang padat dan kebiasaan masyarakat dalam menyimpan air bersih tanpa penutup semakin memperkuat risiko terjadinya penularan DBD.^{15,18}

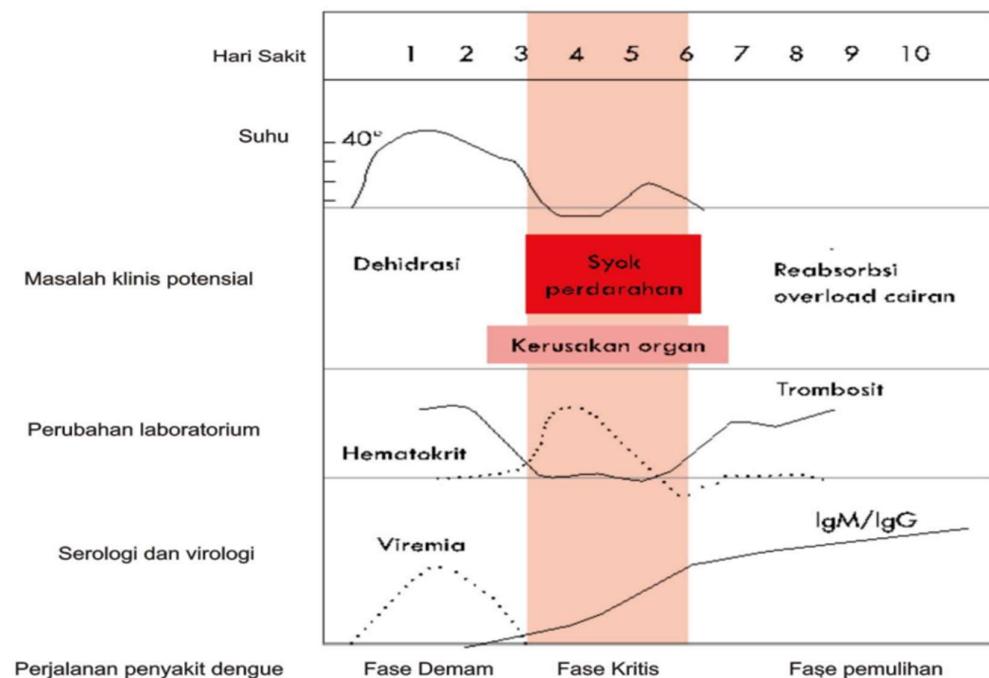
2.1.6. Patofisiologi

Virus dengue (DENV) ditularkan kepada manusia melalui sengatan nyamuk *Aedes* sp. Nyamuk *Aedes* berperan sebagai vektor yang menyebarkan DENV kepada manusia, baik secara langsung melalui individu yang sedang mengalami fase viremia maupun secara tidak langsung setelah melewati masa inkubasi ekstrinsik di dalam tubuh nyamuk selama kurang lebih 8–10 hari sejak mengisap darah penderita. Pada manusia, sifat infeksius berlangsung selama sekitar 5–7 hari pasca gigitan nyamuk *Aedes*, sedangkan pada nyamuk, kemampuan menularkan virus tetap bertahan sepanjang siklus hidupnya.^{15,18}

Setelah DENV masuk ke dalam tubuh manusia, akan muncul sejumlah manifestasi klinis awal seperti peningkatan suhu tubuh, sakit kepala, rasa mual, nyeri otot, munculnya ruam pada kulit, rasa pegal menyeluruh, serta hiperemia pada tenggorokan. Namun, gambaran klinis tersebut dapat berbeda pada individu yang mengalami infeksi sekunder, karena pembentukan kompleks virus–antibodi yang lebih tinggi sehingga memicu peningkatan permeabilitas pembuluh darah. Kondisi ini menyebabkan terjadinya kebocoran plasma yang berujung pada penurunan volume plasma intravaskular.

Peningkatan permeabilitas kapiler juga dapat menimbulkan hipotensi akibat perubahan kadar hemoglobin dan terjadinya hemokonsentrasi yang ditandai dengan peningkatan nilai hematokrit lebih dari 20%, sebagai akibat perpindahan plasma dari kompartemen intravaskular ke ekstravaskular. Selain itu, dapat ditemukan penurunan jumlah trombosit atau trombositopenia yang berkaitan dengan gangguan koagulasi, yaitu ketidakmampuan darah dalam membentuk trombus secara adekuat, sehingga memunculkan tanda-tanda perdarahan seperti epistaksis atau petekie. Pada penderita demam berdarah dengue (DBD), terapi cairan diperlukan untuk mempertahankan kestabilan hemodinamik dan mendukung pemulihan kondisi pasien. Apabila pemberian cairan tidak mencukupi, pasien berisiko mengalami dehidrasi berat yang dapat berujung pada komplikasi serius hingga kematian apabila tidak ditangani dengan tepat.^{15,18}

Perjalanan dari penyakit demam berdarah dengue memiliki 3 fase perjalanan, yaitu fase demam, kritis, dan pemulihan.



Gambar 2. 1 Perjanalan Penyakit Infeksi Dengue¹⁶

1. Fase Demam

Pada fase demam, gejala demam umumnya muncul secara mendadak dan dapat mencapai tingkat yang tinggi hingga mencapai 40°C. Penyakit ini dapat berlangsung secara terus-menerus atau terjadi dalam pola bifasik, yang berlangsung selama 2-7 hari. Gejala demam seringkali disertai dengan gejala tambahan seperti kemerahan pada wajah, sakit kepala, penurunan nafsu makan, nyeri otot, dan nyeri pada sendi. Gejala lain yang mungkin muncul meliputi nyeri pada bagian atas perut, mual, muntah, nyeri perut yang terlokalisasi di daerah kanan atau menyebar, dan kadang-kadang nyeri tenggorokan. Pada pemeriksaan fisik, kemerahan pada faring dan konjungtiva dapat diamati. Namun, membedakan demam berdarah dengan penyakit selain demam berdarah hanya berdasarkan gambaran klinis saja bisa menjadi tantangan, terutama pada fase awal demam.¹⁶

Selama fase demam infeksi dengue, seseorang mungkin mengalami tanda-tanda perdarahan ringan seperti petekie dan perdarahan dari membran mukosa (epistaksis dan perdarahan gusi). Perubahan dalam hasil tes darah lengkap selama periode ini, seperti penurunan jumlah leukosit (leukopenia) secara bertahap, dapat membantu dokter dalam mencurigai kemungkinan terjadinya demam berdarah. Pada infeksi dengue, jumlah total leukosit dan trombosit cenderung lebih rendah daripada pada demam yang disebabkan oleh virus lain di daerah yang endemis terhadap dengue.¹⁶

2. Fase Kritis

Pada tahap kritis demam berdarah, demam mereda (*defervescence*), di mana suhu tubuh turun menjadi 37,5–38°C atau bahkan lebih rendah, dan tetap berada di bawah level tersebut. Tahap ini dicirikan oleh keluarnya plasma yang berpotensi menyebabkan syok hipovolemik. Munculnya gejala ini menandakan dimulainya tahap kritis. Tanda-tanda bahaya biasanya terlihat menjelang akhir periode demam, sering kali terjadi antara hari ke-3 dan ke-7 setelah timbulnya penyakit. Tanda-tanda ini dicirikan oleh peningkatan permeabilitas kapiler bersamaan dengan peningkatan kadar hematokrit. Periode keluarnya plasma yang signifikan biasanya berlangsung

selama 24 – 48 jam. Tindakan pencegahan untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya syok antara lain dengan mengenali *warning signs* yang mendahului fase syok.¹⁶

Munculnya *warning signs* menandakan perlunya pemantauan yang cermat. Adanya *warning signs* merupakan faktor risiko terjadinya demam berdarah parah. Meskipun sebagian besar pasien menunjukkan perbaikan setelah penurunan suhu tubuh, terdapat kasus dimana pasien dapat berkembang ke fase kritis dan bahkan syok tanpa penurunan suhu tubuh. Dalam kasus tersebut, terjadi peningkatan pesat kadar hematokrit, yang menekankan pentingnya pemantauan perubahan hasil tes darah untuk mengidentifikasi permulaan fase kritis.¹⁶

3. Fase Pemulihan

Apabila pasien berhasil melalui tahap kritis selama 24–48 jam, proses penyerapan cairan ekstravaskular akan berlangsung secara perlahan-lahan dalam rentang waktu 48–72 jam berikutnya. Kondisi keseluruhan pasien akan membaik, nafsu makan meningkat, gejala gangguan pencernaan menghilang, status hemodinamik menjadi stabil, dan diikuti dengan peningkatan produksi urine. Bradikardia dan perubahan pada elektrokardiogram sering kali terjadi selama tahap pemulihan.¹⁶

Selama fase pemulihan, hematokrit cenderung stabil atau bahkan turun di bawah normal akibat efek pengenceran dari reabsorpsi cairan. Meskipun jumlah leukosit mulai meningkat segera setelah demam mereda, kadar trombosit biasanya kembali normal. Namun, pemberian cairan intravena yang berlebihan selama periode ini dapat menyebabkan gangguan pernapasan akibat edema dan asites. Terapi cairan yang terlalu agresif selama fase kritis atau pemulihan dikaitkan dengan komplikasi seperti edema paru dan gagal jantung. Penting untuk memantau pasien secara ketat dan mengelola cairan dengan tepat untuk mencegah komplikasi dan memastikan yang aman.¹⁶

2.1.7. Manifestasi Klinis

Kecurigaan klinis terhadap demam berdarah timbul saat pasien menunjukkan gejala demam yang tinggi ($40^{\circ}\text{C}/104^{\circ}\text{F}$) bersama dengan sakit kepala parah, nyeri mata, nyeri otot dan sendi, mual, muntah, dan pembengkakan kelenjar atau ruam. Biasanya, gejala ini muncul 2-7 hari setelah gigitan nyamuk, setelah periode inkubasi selama 4-10 hari. Bentuk demam berdarah yang parah dapat mengakibatkan komplikasi yang berpotensi mengancam jiwa, seperti kebocoran plasma, retensi cairan, masalah pernapasan, perdarahan yang signifikan, atau kerusakan organ. Tanda-tanda demam berdarah yang parah timbul dalam rentang waktu 3-7 hari setelah munculnya gejala awal, dan ditandai dengan penurunan suhu tubuh (kurang dari $38^{\circ}\text{C}/100^{\circ}\text{F}$), sakit perut yang hebat, muntah berulang, pernapasan yang cepat, gusi yang berdarah, kelelahan, rasa gelisah, dan kejadian hematemesis (muntah darah). Tahap kritis dalam 24-48 jam ke depan menimbulkan risiko kematian yang signifikan sehingga memerlukan intervensi medis segera untuk mencegah komplikasi dan kematian.¹⁶

WHO mengklasifikasikan tingkat keparahan DBD menjadi empat tingkatan:³

1. Tingkat I: demam dengan gejala klinis khas, uji tourniquet positif, trombositopenia, dan peningkatan konsentrasi darah.
2. Tingkat II: gejala tingkat I dengan tambahan perdarahan spontan pada kulit atau pada tempat lain.
3. Tingkat III: kegagalan sirkulasi darah yang ditandai dengan denyut nadi yang cepat dan lemah, penurunan tekanan darah sebesar 20 mmHg, atau hipotensi dengan kulit yang dingin dan gejala gelisah.

4. Tingkat IV: kegagalan sirkulasi darah, tidak teraba denyut nadi, dan tekanan darah tidak dapat diukur.

2.1.8. Diagnosis

Berdasarkan kriteria Kemenkes RI 2020 diagnosis DBD ditegakkan bila semua hal dibawah ini terpenuhi:¹⁶

1. Demam mendadak tinggi dengan selama 2-7 hari.
2. Manifestasi perdarahan dapat berupa salah satu dari gejala berikut: tes torniket positif, petekie, ekimosis atau purpura, atau perdarahan dari mukosa, saluran pencernaan, tempat injeksi, atau perdarahan dari tempat lain.
3. Trombosit ≤ 100.000 sel/mm³.
4. Terdapat minimal satu tanda-tanda *plasma leakage* (kebocoran plasma) sebagai berikut:
 - a. Peningkatan hematokrit/hemokonsentrasi $\geq 20\%$ dibandingkan standar sesuai dengan umur dan jenis kelamin.
 - b. Penurunan hematokrit $>20\%$ setelah mendapat terapi cairan, dibandingkan dengan nilai hematokrit sebelumnya.
 - c. Tanda kebocoran plasma seperti efusi pleura, asites atau hipoproteinemia/hipoalbuminemia.

2.1.9. Pencegahan

1. 3M PLUS

3M PLUS merupakan suatu strategi yang diterapkan untuk menekan perkembangbiakan nyamuk penyebab DBD sekaligus mencegah terjadinya gigitan nyamuk. Implementasi 3M meliputi pengosongan dan pembersihan tempat penampungan air sekurang-kurangnya satu kali dalam satu minggu,

penutupan secara rapat wadah penyimpanan air, serta penghilangan atau pemanfaatan kembali barang bekas melalui proses daur ulang agar tidak berfungsi sebagai media penampungan air. Adapun komponen *plus* mencakup kegiatan pemberantasan jentik serta upaya perlindungan diri dari gigitan nyamuk *Aedes*. Tindakan tersebut dapat dilakukan melalui berbagai metode, antara lain penggunaan obat anti nyamuk, pemasangan kawat kasa pada ventilasi dan jendela, menghindari kebiasaan menggantung pakaian secara sembarangan terutama di bagian belakang pintu yang berpotensi menjadi tempat persembunyian nyamuk, serta pemakaian kelambu dan losion anti nyamuk sebelum beristirahat guna mencegah gigitan nyamuk yang sering terjadi tanpa disadari saat tidur.¹⁹

2. *Fogging*

Fogging merupakan suatu tindakan pengendalian vektor yang bertujuan membatasi penyebaran penyakit DBD melalui penyemprotan insektisida pada wilayah yang teridentifikasi sebagai daerah endemis atau terjangkit DBD, sehingga penularan penyakit tidak meluas. Kegiatan *fogging* dapat diarahkan untuk membunuh nyamuk dewasa maupun stadium pradewasa. Proses penyemprotan dilakukan pada area-area yang berpotensi menjadi tempat hinggap nyamuk, seperti kelambu dan pakaian yang digantung, yang sering dimanfaatkan sebagai lokasi peristirahatan nyamuk *Aedes* sp.²⁰

Pelaksanaan *fogging* dilakukan dalam dua siklus dengan interval minimal satu minggu pada setiap siklusnya. Kegiatan ini dikerjakan oleh petugas terlatih dan memperoleh persetujuan dari Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten, dengan

cakupan radius sekitar 200 meter, serta berada di bawah supervisi Puskesmas setempat.²⁰

3. Juru Pemantau Jentik (JUMANTIK)

Juru Pemantau Jentik (JUMANTIK) adalah sekelompok individu yang bertugas melaksanakan pemantauan, inspeksi, serta pengendalian jentik nyamuk, khususnya *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Peran jumantik sangat penting terutama dalam melakukan deteksi dini keberadaan jentik nyamuk, sehingga tindakan pencegahan dan penghambatan siklus perkembangbiakan dapat dilakukan sejak tahap awal. Keberadaan jumantik diharapkan mampu berkontribusi dalam menurunkan angka kejadian DBD.²¹

Kegiatan pemeriksaan jentik dapat dilaksanakan secara berkala setiap tiga bulan melalui kunjungan rumah oleh petugas jumantik, kemudian hasilnya dicatat dan dilaporkan dalam bentuk Angka Bebas Jentik (ABJ). Secara nasional, target capaian ABJ ditetapkan sebesar 95%. Namun demikian, pencapaian angka tersebut tidak selalu berbanding lurus dengan penurunan insiden DBD, yang dapat disebabkan oleh kurang optimalnya ketelitian petugas saat melakukan survei rumah ke rumah, sehingga masih terdapat lokasi potensial perkembangbiakan nyamuk yang luput dari pemeriksaan.²¹

2.2 Konsep Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan

Pengetahuan merupakan hasil dari proses persepsi terhadap suatu objek yang diperoleh melalui fungsi pancaindra, khususnya indera penglihatan dan pendengaran, yang selanjutnya menjadi landasan bagi individu dalam menetapkan pilihan serta menentukan perilaku. Pengetahuan mencakup empat kategori utama, yaitu: (1) Faktual, berupa keterangan dasar seperti istilah atau fakta tertentu; (2)

Konseptual, yaitu pemahaman mengenai keterkaitan antarunsur dalam suatu kerangka yang lebih luas, seperti asas, teori, maupun model; (3) Prosedural, yakni pengetahuan tentang urutan atau tahapan yang diperlukan untuk melaksanakan suatu aktivitas; dan (4) Metakognitif, berupa kesadaran individu terhadap proses berpikir serta strategi pembelajaran yang dimilikinya. Pengetahuan memiliki peranan penting dalam pembentukan perilaku manusia, yang tersusun atas enam jenjang kemampuan kognitif, yaitu mengetahui, memahami, menerapkan, menganalisis, mensintesis, dan menilai.^{6,7,22}

Sikap didefinisikan sebagai tanggapan internal atau reaksi terselubung individu terhadap suatu rangsangan atau objek tertentu, yang tidak dapat diamati secara langsung, namun dapat diinterpretasikan melalui kecenderungan perilaku yang ditampilkan. Sikap tersusun atas tiga unsur pokok, yaitu: (1) Kognitif, berupa keyakinan, pandangan, atau gagasan terhadap objek; (2) Afektif, yaitu penilaian emosional atau perasaan terhadap objek; dan (3) Konatif, berupa dorongan, kecenderungan, atau niat untuk bertindak terhadap objek tersebut. Perkembangan sikap meliputi empat tingkat, yakni menerima, menanggapi, menghargai, dan bertanggung jawab. Sikap berfungsi sebagai pengarah perilaku, sarana adaptasi sosial, pengorganisasi pengalaman, serta representasi kepribadian individu, dan terbentuk melalui proses interaksi dengan lingkungan serta akumulasi pengalaman hidup.^{6,7,22}

Tindakan merupakan bentuk perilaku nyata (*overt behavior*) yang muncul setelah individu memiliki sikap yang mendukung, meskipun pelaksanaannya tidak selalu terjadi secara langsung tanpa adanya faktor pendukung seperti ketersediaan sarana atau dukungan lingkungan. Tindakan memiliki tiga tingkat kemampuan,

yaitu: (1) Respons Terbimbing, yakni kemampuan melakukan suatu aktivitas berdasarkan contoh atau arahan; (2) Mekanisme, berupa tindakan yang dilakukan secara spontan karena telah menjadi kebiasaan; dan (3) Adopsi, yaitu kemampuan menyesuaikan serta memodifikasi perilaku sesuai situasi tanpa mengurangi ketepatan pelaksanaan. Penilaian terhadap tindakan dapat dilakukan melalui wawancara mengenai aktivitas yang pernah dilakukan (*recall*), pengamatan langsung terhadap perilaku, maupun evaluasi terhadap hasil dari tindakan tersebut.^{6,7,22}

Hubungan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan dalam pencegahan DBD dijelaskan secara sistematis melalui teori *Knowledge–Attitude–Practice* (KAP), yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan faktor awal yang membentuk sikap, dan selanjutnya sikap memengaruhi tindakan. Dalam pencegahan DBD, pengetahuan yang baik mengenai cara penularan dan pencegahan diharapkan membentuk sikap positif terhadap PSN, yang kemudian diwujudkan dalam tindakan nyata untuk mengendalikan vektor nyamuk. Namun, peningkatan pengetahuan tidak selalu secara otomatis menghasilkan tindakan yang baik apabila tidak disertai sikap yang mendukung dan ketersediaan sarana pendukung.^{6,11,22}

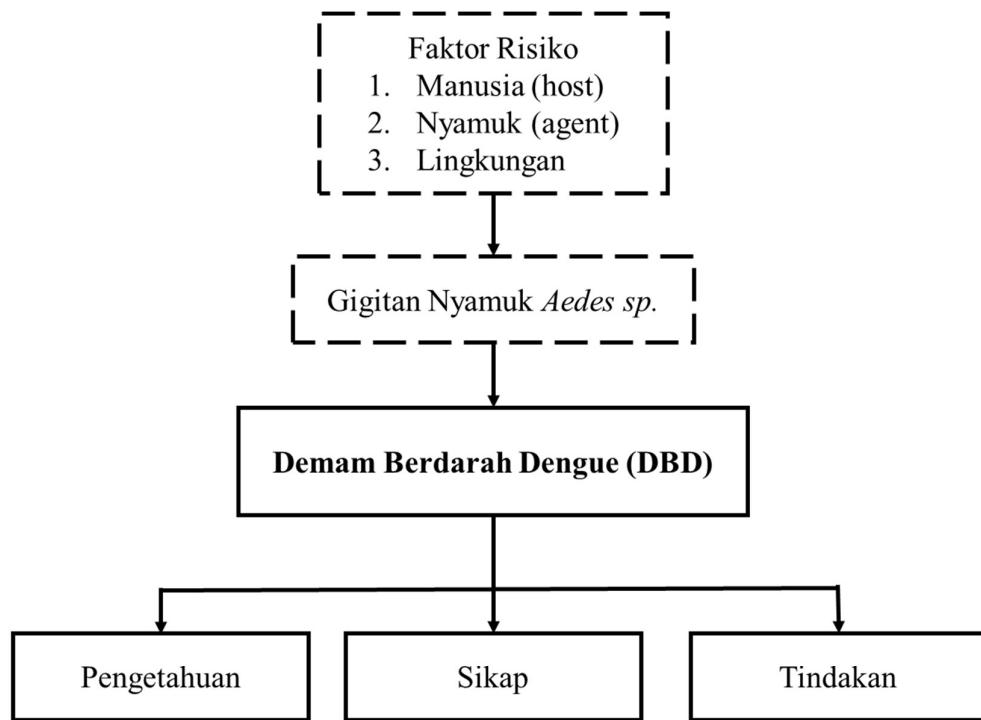
Selain itu, teori *Health Belief Model* (HBM) memberikan kerangka konseptual yang lebih mendalam dalam menjelaskan perilaku pencegahan penyakit. HBM menyatakan bahwa tindakan pencegahan dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap kerentanan terkena penyakit, persepsi terhadap tingkat keparahan penyakit, persepsi manfaat dari tindakan pencegahan, persepsi hambatan dalam melaksanakan tindakan, isyarat untuk bertindak, serta efikasi diri. Individu yang merasa dirinya dan keluarganya rentan terhadap DBD dan memahami dampak

serius penyakit ini cenderung memiliki sikap positif terhadap PSN dan melakukan tindakan pencegahan secara konsisten.^{6,11,22}

BAB III

KERANGKA TEORI

3.1 Kerangka Teori



Keterangan:

[---] Tidak Diteliti

[] Diteliti

Gambar 3. 1 Kerangka Teori

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat, dan Ilmu Parasitologi.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang pada bulan Oktober hingga Januari 2025.

4.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kategorik dengan pendekatan observasional. Desain yang dipilih yaitu potong lintang (*cross-sectional*), di mana pengumpulan data dilakukan pada satu periode waktu tertentu.

4.4 Populasi dan Sampel

4.4.1. Populasi Target

Populasi target dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat Kota Padang.

4.4.2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah seluruh masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang.

4.4.3. Sampel Penelitian

Sampel penelitian diambil dari populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria inklusi:

- a. Bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang minimal 6 bulan terakhir.
- b. Dapat membaca dan menulis.
- c. Bersedia menjadi responden penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan (informed consent).

2. Kriteria eksklusi:

- a. Responden yang tidak berada di tempat saat pengumpulan data setelah dilakukan kunjungan ulang.
- b. Responden yang mengisi kuesioner secara tidak lengkap.
- c. Responden yang mengalami gangguan komunikasi sehingga tidak dapat memberikan jawaban dengan baik.

4.4.4. Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan adalah *simple random sampling*, yaitu pemilihan sampel secara acak sederhana dari seluruh populasi terjangkau yang ada hingga mendapatkan besar sampel minimal yang dibutuhkan.

4.4.5. Besar Sampel

Berdasarkan buku M. Sopiyudin Dahlan, didapatkan rumus besar sampel untuk penelitian deskriptif kategorik sebagai berikut:

$$n = \frac{z^2 \times p (1 - p)}{d^2}$$

Keterangan :

n = Besar sampel minimum

z = tingkat kepercayaan, dengan $\alpha = 5\%$, maka $Z\alpha = 1,96$

p = estimasi proporsi (prevalensi) dari literatur sebelumnya

d = margin kesalahan, dengan $5\% / 0,05$.

Nilai proporsi ditetapkan berdasarkan laporan Puskesmas Lubuk Buaya dengan jumlah kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) sebanyak 77 kasus. Maka diperoleh perhitungan besar sampel sebagai berikut:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,77 (1 - 0,77)}{(0,05)^2}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 0,77 \times 0,23}{0,025}$$

$$n = 96$$

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut, besar sampel minimal yang dibutuhkan adalah 96 responden. Untuk mengantisipasi kemungkinan *drop out* atau data yang tidak lengkap, maka jumlah sampel dibulatkan dan ditetapkan menjadi 100 responden.

4.5 Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, riwayat kejadian DBD, pengetahuan, sikap, tindakan.

4.6 Definisi Operasional

Tabel 4. 1 Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1.	Usia	Perhitungan lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan.	Kuesioner	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 18-25 tahun • 26-35 tahun • 36-45 tahun • 46-55 tahun • 56-65 tahun • >65 tahun
2.	Jenis Kelamin	Pengelompokan manusia berdasarkan ciri biologisnya.	Kuesioner	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Laki-laki • Perempuan
3.	Pendidikan	Tahapan atau jenjang pendidikan yang ditetapkan berdasarkan	Kuesioner	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • SD • SMP • SMA • D3 • D4/S1

		tingkat perkembangan.			• S2/S3
4.	Pekerjaan	Aktivitas yang sengaja dilakukan manusia untuk memenuhi kebutuhan hidup.	Kuesioner	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Mahasiswa • Wirausaha • Pegawai • Ibu Rumah Tangga • Tidak Bekerja
5.	Jumlah Anggota Keluarga	Banyaknya individu yang tinggal dalam satu rumah dan menjadi satu keluarga inti	Kuesioner	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 1-3 • 4-6 • >6
6.	Pengetahuan	Tingkat pemahaman responden mengenai DBD.	Kuesioner	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Baik: Skor $\geq 76\%$ • Cukup: Skor 56%-75% • Kurang: Skor $\leq 55\%$
7.	Sikap	Respon atau penilaian responden terhadap pencegahan dan pengendalian DBD.	Kuesioner	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Baik: Skor $\geq 76\%$ • Cukup: Skor 56%-75% • Kurang: Skor $\leq 55\%$
8.	Tindakan	Perilaku nyata responden dalam melakukan pencegahan DBD di rumah tangga.	Kuesioner	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Baik: Skor $\geq 76\%$ • Cukup: Skor 56%-75% • Kurang: Skor $\leq 55\%$
9.	Riwayat Kejadian DBD	Pernah atau tidaknya responden atau anggota keluarga yang tinggal serumah mengalami DBD dalam 6 bulan terakhir.	Kuesioner	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Pernah • Tidak • Pernah

4.7 Cara Pengumpulan Data

4.7.1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang telah disusun oleh penelitian Yoga Mahendra Putra (2021) berdasarkan teori dari penelitian sebelumnya, serta telah divalidasi melalui uji validitas dan reliabilitas. Hasil ini menunjukkan bahwa seluruh item kuesioner memenuhi kriteria validitas ($r > 0,30$) dan memiliki reliabilitas yang tinggi ($\alpha \geq 0,70$) pada sampel penelitian, sehingga hasil kuesioner dapat digunakan untuk mengukur variabel yang diteliti.¹⁴ Kuesioner tersebut terdiri dari:

1. Kuesioner Pengetahuan

Kuesioner pengetahuan bertujuan untuk menilai tingkat pemahaman responden mengenai DBD, meliputi tanda dan gejala, penyebab, cara penularan, tempat dan kebiasaan nyamuk *Aedes aegypti*, upaya pemberantasan, sumber informasi, serta pencegahan gigitan nyamuk. Beberapa pertanyaan bersifat *multiple response*, sehingga responden dapat memilih lebih dari satu jawaban yang benar.

Tabel 4. 2 *Blue Print* Kuesioner Pengetahuan

Aspek	Indikator	Nomor Pertanyaan	Jawaban Benar	Skor Maks
Gejala DBD	Mengetahui tanda dan gejala DBD	1	a, b, c	3
Etiologi	Mengetahui penyebab DBD	2	a	1
Penularan	Mengetahui cara penularan DBD	3	a	1
Pengendalian vektor	Mengetahui kegunaan abate	4	a	1
Perkembangbiakan nyamuk	Mengetahui tempat berkembang biak <i>Aedes aegypti</i>	5	a, b, d	3
Kebiasaan nyamuk	Mengetahui tempat hinggap/istirahat nyamuk	6	a, b, d	3

Waktu gigitan	Mengetahui waktu nyamuk menggigit	7	a, c	2
PSN	Mengetahui upaya pemberantasan nyamuk	8	a, c, d	3
Sumber informasi	Mengetahui sumber informasi DBD yang benar	9	a, c	2
Pencegahan	Mengetahui cara mencegah gigitan nyamuk	10	a, b, c	3

Pada jawaban benar diberi skor 1 dan pada jawaban salah diberi skor 0. Pada soal *multiple response*, setiap jawaban benar diberi skor 1. Skor total maksimal adalah 22 dan dikategorikan menjadi berikut:

- Baik = $\geq 75\%$
- Cukup = 55-75%
- Kurang = $\leq 55\%$

2. Kuesioner Sikap

Kuesioner sikap digunakan untuk menilai respon, penilaian, dan kecenderungan responden terhadap upaya pencegahan dan pengendalian DBD. Pertanyaan berbentuk pernyataan dengan pilihan jawaban Setuju dan Tidak Setuju.

Tabel 4. 3 Blue Print Kuesioner Sikap

Aspek	Indikator	Pertanyaan	
		Favorable	Unfavorable
Sikap terhadap kebersihan lingkungan	Persetujuan terhadap penguburan barang bekas yang mengganggu lingkungan	1	-
Sikap terhadap pengelolaan air	Persetujuan terhadap penutupan tempat penampungan air	2	-
Sikap terhadap tanggung jawab pencegahan	Persepsi bahwa pemberantasan sarang nyamuk bukan hanya tanggung jawab pemerintah	-	3

Sikap terhadap peran keluarga	Kesediaan memberi contoh pelaksanaan 3M kepada anggota keluarga	4	-
Sikap terhadap konsistensi pencegahan	Persepsi pelaksanaan 3M secara rutin	-	5
Sikap terhadap risiko DBD	Kewaspadaan terhadap semua jenis nyamuk sebagai penyebab DBD	6	-
Sikap terhadap penggunaan obat nyamuk	Persetujuan penggunaan obat nyamuk pagi dan sore	7	-
Sikap terhadap pengelolaan bak mandi	Persetujuan penutupan bak mandi meskipun rutin dikuras	8	-
Sikap terhadap penggunaan larvasida	Persetujuan penggunaan larvasida setelah pengurasan	9	-
Sikap terhadap pencarian layanan kesehatan	Persetujuan membawa penderita demam ≥ 2 hari ke puskesmas	10	-

Item sikap terdiri dari pertanyaan *favorable* (mendukung) dan *unfavorable* (bertentangan). Item *unfavorable* diberikan *reverse scoring* (dibalik skornya).

Tabel 4. 4 Besar Skor Jawaban Kuesioner Sikap

Jawaban	Skor Pertanyaan <i>Favorable</i>	Skor Pertanyaan <i>Unfavorable</i>
Setuju	1	0
Tidak Setuju	0	1

Setiap skor dari jawaban tersebut akan diakumulasikan (skor maksimum adalah 10) dan dikategorikan ke dalam tiga kelompok, yaitu:

- Baik = $\geq 75\%$
- Cukup = 55-75%
- Kurang = $\leq 55\%$

3. Kuesioner Tindakan

Kuesioner tindakan bertujuan untuk menilai perilaku nyata responden dalam mencegah DBD di lingkungan rumah tangga, termasuk praktik 3M Plus dan perlindungan dari gigitan nyamuk.

Tabel 4. 5 *Blue Print* Kuesioner Tindakan

Aspek	Indikator	Nomor Pertanyaan
Kebiasaan rumah tangga	Pengelolaan pakaian	1,2
Praktik PSN	Pengurasan, penutupan, dan penguburan	3,4,6,7,8
Larvasidasi	Penggunaan abate	5
Perlindungan diri	Pencegahan gigitan nyamuk	9,10

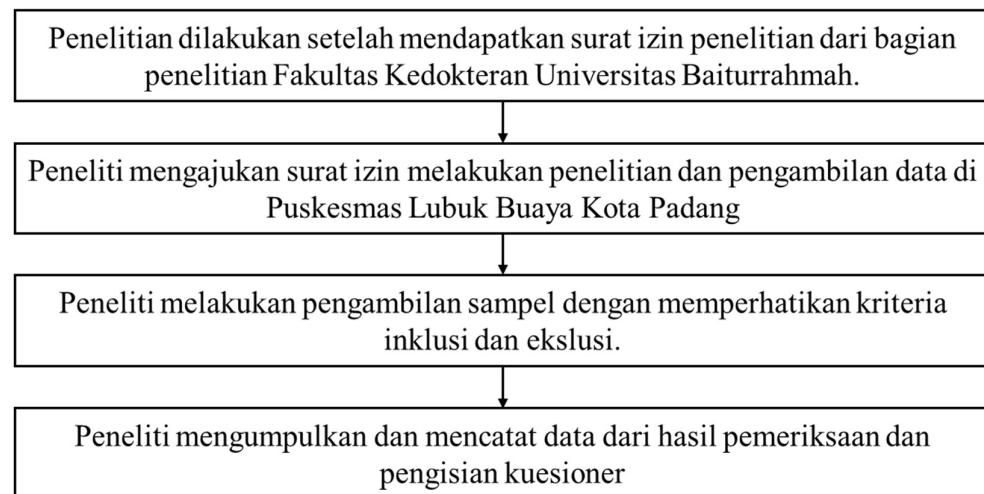
Besaran skor jawaban iya adalah 1 dan tidak 0. Setiap skor dari jawaban tersebut akan diakumulasikan dan dikategorikan ke dalam tiga kelompok, yaitu:

- Baik = $\geq 75\%$
- Cukup = 55-75%
- Kurang = $\leq 55\%$

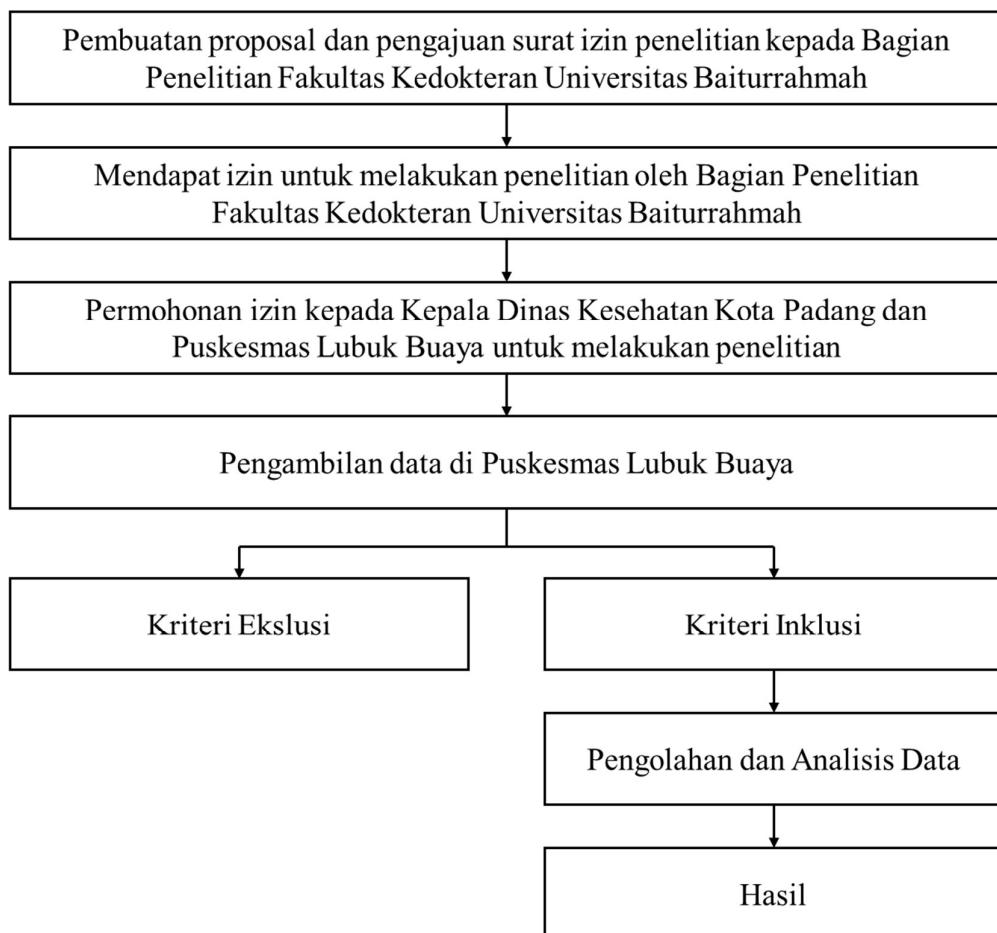
4.7.2. Jenis Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh langsung dari responden melalui pengisian kuesioner.

4.7.3. Cara Kerja



4.8 Alur Penelitian



4.9 Cara Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1. Pengolahan Data

1. *Editing*

Merupakan tahapan yang bertujuan untuk memeriksa dan mengecek kembali kelengkapan data sehingga data yang didapatkan dapat dibaca dan dipahami.

2. *Coding*

Merupakan tahapan merubah data yang berbentuk angka menjadi bentuk kode agar memudahkan dalam mengolah dan menganalisis data.

3. *Processing*

Merupakan tahapan setelah data yang telah di *coding* kemudian di-*entry* ke program komputer lalu di proses.

4. *Cleaning*

Merupakan tahapan mengecek kembali data yang telah dimasukkan untuk memastikan tidak terdapat kekeliruan.

4.9.2. Analisis Data

Analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis univariat. Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel, seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, dan tindakan mengenai DBD. Data disajikan dalam bentuk tabel dengan bantuan aplikasi SPSS.

4.10 Etika Penelitian

Peneliti telah memperhatikan prinsip etika penelitian dalam melakukan penelitian, diantaranya:

1. Persetujuan etik (*Ethical Clearance*) dari Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah.
2. Persetujuan dari responden.
3. Peneliti sangat menjunjung tinggi *privacy* pada data responden dengan menjaga kerahasiaan informasi yang diperoleh selama penelitian.
4. Data yang diperoleh hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan.
5. Seluruh biaya yang diperlukan selama penelitian merupakan tanggung jawab dari peneliti.

4.11 Jadwal Penelitian

Tabel 4. 6 Jadwal Penelitian

Kegiatan	Bulan									
	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des	Jan
Penyusunan Laporan Proposal										
Ujian Proposal										
Perizinan Penelitian										
Penelitian dan Pengambilan Sampel										
Pengolahan Data										
Penyusunan Laporan Akhir										
Ujian Hasil										