PENDAHULUAN

Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD/*Dengue Hemmoragic Fever*) merupakan masalah kesehatan yang ditemukan di daerah tropis dan subtropis, terutama di daerah perkotaan. DBD merupakan penyakit dengan potensi fatalitas yang cukup tinggi, yang ditemukan pertama kali pada tahun 1950an di Filipina dan Thailand, saat ini dapat ditemukan di sebagian besar negara di Asia. Jumlah negara yang mengalami wabah DBD telah meningkat empat kali lipat setelah tahun 1995. Sebagian besar kasus DBD menyerang anak-anak. Angka fatalitas kasus DBD dapat mencapai lebih dari 20%, namun dengan penanganan yang baik dapat menurun hingga kurang dari 1 % (WHO, 2012).

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cenderung semakin luas penyebarannya, sejalan dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk. Penyakit ini ditemukan nyaris diseluruh belahan dunia terutama di negara tropis dan substopis yang secara endemik berkaitan dengan datangnya musim penghujan. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) sampai saat ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia.

Sejak awal Januari 2019, laporan kasus demam berdarah dengue (DBD) di Indonesia yang masuk ke Kementerian Kesehatan (Kemenkes) terus bertambah. Data yang dihimpun Kementerian Kesehatan dari awal tahun hingga Februari 2019, jumlah penderita DBD yang dilaporkan mencapai 15.132 orang di seluruh Indonesia dengan angka kematian yang disebabkan kasus DBD mencapai 145 orang. Kemenkes mencatat, jumlah kasus penderita DBD dari tahun lalu hingga tahun ini meningkat signifikan. Pada Februari 2018, Kemenkes hanya menerima laporan 6.800 kasus dengan angka kematian

mencapai 43 orang. Sebagai perbandingan dengan tahun-tahun sebelumnya, Kemenkes mencatat terjadi 23.705 kasus DBD pada 2018, 68.407 kasus DBD pada 2017, dan 204.171 kasus DBD pada 2016 (Kemenkes, 2019).

Jumlah korban demam berdarah dengue (DBD) di Sulawesi Selatan hingga Februari 2019 sebanyak 695 kasus dengan angka kematian 8 orang. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan (Dinkes Sulsel) kasus DBD terus mengalami peningkatan setiap tahunya dan hampir merata di sejumlah daerah. Kasus tertinggi tahun ini terjadi di Pangkep yaitu sebanyak 157 kasus dan tiga orang diantaranya meninggal (Dinkes Sulsel, 2019).

Jumlah pasien penderita penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kabupaten Enrekang terus bertambah. Data dari Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Enrekang mencatat hingga Februari 2019, 64 orang yang terserang penyakit DBD. Jumlah itu sudah hampir menyamai jumlah total warga yang menderita DBD pada tahun 2018 lalu yang mencapai 96 orang. Bahkan, kondisi serangan DBD di Kabupaten Enrekang saat ini sudah semakin mengganas. Pasalnya, sudah ada satu korban jiwa di Desa Lemo, Kecamatan Baraka akibat penyakit yang disebabkan oleh sengatan nyamuk Aedes Aegypti ini (Dinkes Kab. Enrekang, 2019).

Saat ini pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang telah menetapkan status Kondisi Luar Biasa (KLB) untuk kejadian serangan DBD. Khususnya daerah yang telah menelan satu korban jiwa yakni Dusun Lemo, Desa Lemo, Kecamatan Baraka, Kabupaten Enrekang. Dengan adanya status KLB ini maka seluruh personil Dinkes Enrekang sudah terjun ke lapangan untuk melakukan tindakan penanggulangan DBD. Saat ini Tim Reaksi Cepat (TRC) Dinkes Enrekang sudah melakukan tindakan penanggulangan seperti fogging dan abatesasi di pemukiman warga.

Perjalanan penyakit DBD sulit diramalkan, penatalaksanaan pengobatan yang cepat dan tepat dapat

menurunkan angka kematian. Perilaku pencarian pengobatan dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap dan praktik/tindakan individu. Pengetahuan, sikap dan praktik (PSP) membentuk jenis respon manusia akan adanya suatu kondisi tertentu. Dalam bidang kesehatan, kondisi tersebut dibangun oleh unsur sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan juga berhubungan dengan pencarian pengobatan baik ke fasilitas modern, tradisional, atau mengobati sendiri.

Perilaku mencari pengobatan (*treatment seeking behavior*) yaitu usaha yang dilakukan untuk mencari atau melakukan pengobatan dengan mengobati penyakitnya sendiri atau memanfaatkan fasilitas kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dan sebagainya) maupun fasilitas pengobatan tradisional (dukun dan lain-lain) (Notoatmodjo, 2010). Perilaku manusia untuk melakukan pencarian pengobatan mencakup tiga pertanyaan pokok, yaitu sumber pengobatan apa yang menurut masyarakat dapat mengobati sakitnya, kriteria apa yang dipakai untuk memilih salah satu dari beberapa sumber pengobatan yang ada, dan bagaimana prosesnya dalam memilih sumber pengobatan tersebut. Oleh karena itu diperlukan pemahaman, pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga pasien maupun pasien itu sendiri dalam *treatment seeking behavior*.

Pemahaman, pengetahuan, sikap dan perilaku yang berbeda-beda menyebabkan tingkat antisipasi terhadap penyakit DBD yang berbeda pula. Pemahaman yang baik tentang PSP ini amat diperlukan dalam upaya untuk menekan angka kesakitan akibat DBD. Masalah keterlambatan berobat berhubungan erat dengan faktor PSP dari keluarga terutama pengambil keputusan untuk berobat. Hasil penelitian di Banjar Baru menunjukkan pengetahuan, sikap dan dorongan keluarga mempengaruhi perilaku ibu penderita DBD dalam pencarian pengobatan anak tersangka menderita DBD ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Para pengambil keputusan di keluarga banyak yang telah terpapar pengetahuan, sikap dan perilakunya tentang DBD dari

berbagai sumber seperti sekolah, media massa, tempat bekerja, penyuluhan kesehatan di lingkungan tempat tinggal dan lain-lain. Tetapi, kasus kesakitan akibat DBD masih terjadi bahkan cenderung meningkat. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian tentang peran PSP ini sehingga diharapkan bisa membantu menekan jumlah kesakitan yang ditimbulkan oleh penyakit DBD.

Identifikasi dan Perumusan Masalah

Berdasarkan penjelasan pada latar belakang di atas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Apakah ada pengaruh pengetahuan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang?
2. Apakah ada pengaruh sikap terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang?
3. Apakah ada pengaruh tindakan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang?
4. *Bagaimana* upaya Preventif dan Kuratif Dinas Kesehatan terhadap penyakit DBD di Kabupaten Enrekang?

Definisi Operasional

Perilaku

Perilaku dalam penelitian ini adalah perilaku pencarian pengobatan oleh keluarga penderita DBD.

Kriteria objektif :

Baik : Jika responden mendapat skor jawaban ≥ 80%
Cukup : Jika responden mendapat skor jawaban 50-79 %
Buruk : Jika responden mendapat skor jawaban < 50%

Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan responden mengenai DBD.

Kriteria objektif :

Tinggi : Jika responden mendapat skor jawaban ≥ 80%
Sedang : Jika responden mendapat skor jawaban 50-79 %
Rendah : Jika responden mendapat skor jawaban < 50%

Sikap

Sikap dalam penelitian ini adalah sikap responden mengenai gejala, bahaya, pemilihan tempat pengobatan dan pertolongan pertama terhadap penderita DBD.

Kriteria objektif :

Baik : Jika responden mendapat skor jawaban ≥ 80%
Cukup : Jika responden mendapat skor jawaban 50-79 %
Kurang : Jika responden mendapat skor jawaban < 50%

Tindakan

Tindakan dalam penelitian ini adalah merujuk pada perilaku yang dideskripsikan dalam bentuk tindakan yang merupakan bentuk nyata dari pengetahuan dan sikap yang telah dimiliki.

Kriteria objektif :

Baik : Jika responden mendapat skor jawaban ≥ 80%
Cukup : Jika responden mendapat skor jawaban 50-79 %
Kurang : Jika responden mendapat skor jawaban < 50%

Treatment Seeking Behavior

TSB dalam penelitian ini adalah upaya responden dalam mencari pengobatan bagi pasien DBD.

Kriteria objektif :

Baik : Jika responden mendapat skor jawaban ≥ 80%

Cukup : Jika responden mendapat skor jawaban 50-79 %

Kurang : Jika responden mendapat skor jawaban < 50%

Tujuan dan Kegunaan Penelitian

Tujuan penelitian adalah

1. Untuk mengetahui pengaruh pengetahuan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang.
2. Untuk mengetahui pengaruh sikap terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang.
3. Untuk mengetahui pengaruh tindakan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang.
4. Untuk mengetahui upaya Preventif dan Kuratif penyakit DBD di Kabupaten Enrekang.

Kegunaan penelitian adalah

1. Sebagai bahan masukan bagi sarana pelayanan kesehatan dalam mencegah dan mengatasi masalah DBD.
2. Sebagai bahan masukan bagi orang tua dalam melakukan upaya *treatment seeking behavior* pasien DBD.
3. Sebagai sumber informasi berkaitan dengan kejadian DBD, sehingga dapat dimanfaatkan sebagai bahan kepustakaan dalam pengembangan ilmu pengetahuan di dalam penanggulangan penyakit menular khususnya DBD.

LANDASAN TEORI DAN HIPOTESIS

Kajian Teori

Konsep Perilaku

Perilaku secara psikologi diartikan sebagai kecenderungan untuk merespon berbagai kondisi ataupun situasi (Syamrilaode, 2011). Perilaku juga diartikan sebagai segala sesuatu aktivitas seseorang yang tampak dan dapat diobservasi oleh orang lain secara langsung (Widayatun, 2011).

Kesehatan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah keadaan sehat tubuh, jiwa dan raga (KBBI, 2014). Kesehatan menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 didefenisikan sebagai keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Perilaku kesehatan adalah semua akitivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan Kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit serta masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit (Notoatmodjo, 2010).

Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor internal meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan motivasi, sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan fisik maupun non fisik.

Pengetahuan dan persepsi individu tentang penyakit berkaitan erat dengan perilaku pencarian pengobatan. Pengetahuan yang rendah berpengaruh pada perilaku pencarian kesehatan yang berhubungan dengan masalah DBD. Semakin tinggi pengetahuan seseorang semakin besar pula kemungkinan seseorang dalam mengambil sikap dan melakukan tindakan yang berkaitan dengan kejadian DBD. Hal ini dapat dilihat bahwa sesorang yang memiliki pengetahuan cukup maka

perilaku pencarian pengobatan baik. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng.

Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Notoatmodjo (2010) membagi perilaku kesehatan ke dalam 2 kelompok besar yaitu :

Perilaku Orang Sehat

Perilaku ini disebut perilaku sehat (*healthy behavior*) yang mencakup perilaku yang tampak maupun tidak (*overt and covert behavior*) dalam hal pencegahan penyakit (preventif) dan perilaku dalam upaya meningkatkan kesehatan (promotif).

Perilaku Orang yang Sakit

Perilaku orang yang sakit terjadi pada orang yang sudah mengalami masalah dengan kesehatannya. Perilaku ini disebut dengan perilaku pencarian masalah kesehatan (*treatment seeking behavior*). Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seseorang untuk memperoleh kesembuhan atas penyakit yang dideritanya.

Widayatun (2011) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan dan membedakannya menjadi tiga yaitu :

1. Perilaku Sehat (*healthy behavior*)
   Perilaku sehat adalah perilaku yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, antara lain :
   a. Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*)
      Menu seimbang yang dimaksud adalah pola makan sehari-hari yang memenuhi kebutuhan nutrisi baik kuantitas maupun kualitasnya.
   b. Kegiatan fisik secara teratur dan cukup
      Kegiatan fisik yang dimaksud adalah kegiatan yang memenuhi gerakan-gerakan fisik secara rutin dan teratur.

c. Tidak merokok dan minum-minuman keras serta menggunakan narkoba.
   Merokok adalah kebiasaan yang tidak sehat, namun di Indonesia jumlah perokok cenderung meningkat. Hampir 50% pria dewasa di Indonesia adalah perokok, sedangkan pengguna narkoba dan minum-minuman keras meningkat.
d. Istirahat yang cukup
   Istirahat cukup bukan saja berguna untuk memelihara kesehatan fisik tetapi juga untuk memelihara kesehatan mental.
e. Pengendalian dan manajemen stress
   Stress adalah bagian dari kehidupan setiap orang, dan yang dapat dilakukan adalah mengatasi, mengendalikan atau mengelola stress tersebut agar tidak mengakibatkan gangguan kesehatan baik fisik maupun mental.
f. Perilaku atau gaya hidup positif lain untuk kesehatan
   Inti dari perilaku ini adalah tindakan atau perilaku seseorang agar dapat terhindar dari berbagai masalah kesehatan, termasuk perilaku untuk meningkatkan kesehatan.

2. Perilaku sakit (*Illness Behavior*)
   Perilaku sakit berkaitan dengan tindakan seseorang yang sakit yang mengalami masalah kesehatannya dalam rangka mencari penyembuhan dan untuk mengatasi masalah kesehatannya. Pada saat seseorang sakit, ada beberapa tindakan yang dapat dilakukan, yaitu :
   a. *No action*
      Sakit tersebut diabaikan dan tetap menjalankan kegiatan sehari-hari.
   b. *Self treatment* atau *Self medication*
      Pengobatan ini terdiri dari dua bentuk yakni dengan cara tradisional dan cara modern.
   c. Mencari penyembuhan keluar

Mencari penyembuhan atau pengobatan keluar yang dimaksud adalah dengan mencari fasilitas pelayanan kesehatan yang dibedakan menjadi dua yakni fasilitas pelayanan kesehatan tradisional dan fasilitas kesehatan modern atau profesional seperti puskesmas, poliklinik, rumah sakit dan sebagainya.

3. Perilaku peran orang sakit (*The Sick Role Behavior*)
   Menurut Becker, hak dan kewajiban orang sakit merupakan perilaku peran orang sakit yang antara lain:
   a. Tindakan untuk memperoleh kesembuhan.
   b. Tindakan untuk mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat untuk memperoleh kesembuhan.
   c. Melakukan kewajibannya sebagai pasien antara lain melalui nasihat dokter dan perawat untuk mempercepat kesembuhannya.
   d. Tidak melakukan sesuatu yang merugikan bagi proses penyembuhannya.
   e. Melakukan kewajiban agar tidak kambuh penyakitnya dan sebagainya.

Aspek Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara kesehatan dan meningkatkan kesehatan. Upaya kesehatan terdiri dari dua aspek, yaitu :

Aspek Pemeliharaan Kesehatan

Pemeliharaan Kesehatan terdiri dari kuratif dan rehabilitatif. Kuratif merupakan setiap perilaku atau aktivitas untuk penyembuhan penyakit. Sedangkan rehabilitatif, merupakan setiap perilaku atau aktivitas dalam rangka pemulihan kesehatan setelah sembuh dari sakit atau kondisi cacat.

Aspek Peningkatan Kesehatan

Peningkatan kesehatan terdiri dari preventif dan promotif. Preventif merupakan setiap perilaku atau aktivitas yang dilakukan untuk mencegah penyakit. Promotif merupakan setiap perilaku atau aktivitas yang dilakukan dalam rangka peningkatan kondisi kesehatan.

Treatment Seeking Behavior

Treatment Seeking Behavior (TSB) adalah upaya pencarian pengobatan oleh seseorang maupun kelompok. Menurut Notoadmodjo (2010) *Treatment Seeking Behavior* atau perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau masyarakat untuk melakukan atau mencari pengobatan.

Perilaku pencarian masyarakat terutama di negara yang sedang berkembang sangat bervariasi, dimana respon seseorang ababila sakit adalah sebagai berikut:

Pertama, tidak bertindak atau tidak melakukan apa-apa (*no action*). Alasannya antara lain karena kondisi yang demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau pekerjaan mereka sehari-hari. Anggapan bahwa tanpa bertindak apapun gejala yang diderita akan lenyap dengan sendirinya. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan belum merupakan prioritas dalam hidup dan kehidupannya.

Kedua, tindakan mengobati sendiri (*self treatment*). Dengan alasan yang sama dengan tindakan *no action*, karena tindakan ini orang atau masyarakat percaya kepada diri sendiri dan sudah merasa bahwa berdasarkan pengalaman yang telah lalu ternyata bisa mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.

Ketiga, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*).

Keempat, mencari pengobatan dengan membeli obat di warung atau apotik (*chemist shop*) dan sejenisnya, termasuk ke tukang-tukang jamu.

Kelima, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan moderen byang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga swasta yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas dan rumah sakit (Notoadmodjo, 2010).

Fasilitas pengobatan yang kurang di pedesaan menyebabkan sebagian besar masyarakat masih sulit mendapatkan atau memperoleh pengobatan. Selain itu hal penting yang mempersulit usaha pertolongan masalah kesehatan pada masyarakat desa adalah keluarga penderita tidak dengan segera mencari pertolongan pengobatan. Perilaku nyang menunda untuk memperoleh pengobatan dari praktisi kesehatan disebut dengan *treatment delay* (Syamrilaode, 2011).

Treatment delay adalah rentang waktu yang telah belalu ketika individu mengalami gejala awal sampai individu mendapatkan pengobatan dari praktisi kesehatan (Syamrilaode, 2011). Rendahnya penggunaan fasilitas kesehatan ini disebabkan faktor jarak antara fasilitas tersebut dengan tempat tinggal penderita yang jauh, tarif yang tinggi, pelayanan yang tidak memuaskan dan sebagainya.

Perilaku

Berbicara tentang perilaku manusia itu selalu unik. Artinya tidak sama antara setiap manusia baik dalam hal kepandaian, bakat, sikap, minat maupun kepribadian. Manusia berperilaku atau beraktifitas karena adanya kebutuhan untuk mencapai suatu tujuan. Dengan adanya need atau kebutuhan dalam diri seseorang maka akan muncul motivasi atau penggerak. (Widayatun, 2011).

Definisi perilaku menurut kamus Besar Bahasa Indonesia adalah tanggapan atau reaksi individu yang terwujud digerakan (sikap), tidak saja badan atau ucapan. (Kaunang, 2010).

Perilaku diartikan sebagai suatu aksi reaksi organisme terhadap lingkungannya. Perilaku baru terjadi apabila sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut

rangsangan. Berarti rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu. (Qym, 2013).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku terbentuk melalui suatu proses tertentu, dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya. Faktor-faktor yang memegang peranan didalam pembentukan perilaku dapat dibedakan menjadi 2 faktor yakni faktor intern dan faktor ekstern. (Notoatmodjo, 2012).

Perilaku kesehatan merupakan respon seseorang atau organisme terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. (Syamrilaode, 2011).

Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Perilaku merupakan respon dari stimulus (rangsangan dari luar). Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus disebut determinan perilaku. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yaitu karakteristik orang yang bersangkutan yang bersifat given atau bawaan misalnya tigkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya. Faktor ekternal yaitu lingkungan, baik lingkungan fisik, fisik, ekonomi, politik dan sebagainya. (Anonim, 2011).

Perilaku adalah totalitas penghayatan dan aktifitas seseorang yang merupakan hasil bersama atau resultanre antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal. Dengan kata lain perilaku manusia sangatlah kompleks dan mempunyai bentangan yang sangat luas. (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Ghana (2012) perilaku manusia dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adlah faktor yang ada dalam dirinya yaitu ras/ keturunan, jenis kelamin, sifat fisik, kepribadian, bakat dan intelegensia. Sedangkan faktor eksternalnya antara lain pendidikan, agama, kebudayaan, lingkungan dan sosial ekonomi.

Menurut Anderson R (1968) dalam behavioral model of families use of health services, perilaku orang sakit berobat ke pelayanan kesehatan secara bersama-sama dipengaruhi oleh faktor predisposisi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), faktor pemungkin (ekonomi keluarga, akses terhadap sarana pelayanan kesehatan yang ada dan penanggung biaya berobat) dan faktor kebutuhan (kondisi individu yang mencakup keluhan sakit) (Supardi dkk, 2011).

Menurut J. Winardi (2011), perilaku tidak hanya dideterminasi oleh keinginan saja, akan tetapi perilaku juga dipengaruhi juga oleh lingkungan, pengetahuan, persepsi, norma-norma sosial, sikap-sikap dan mekanisme-mekanisme pertahanan.

Benjamin Bloom, seorang psikolog pendidikan, membedakan adanya 3 bidang perilaku yakni kognitif, afektif dan psikomotor. Kemudian dalam perkembangannya, domain perilaku yang diklasifikasikan oleh Bloom dibagi menjadi 3 tingkat yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan (Wikipedia, 2019).

Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu (Notoatmodjo, 2012).

Menurut teori WHO, pengetahuan seseorang diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain (Bascom, 2012).

Notoatmodjo (2012), membagi pengetahuan dalam 6 tingkatan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi.

Tahu

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajarinya, seperti mengingat kembali sesuatu yang

spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangtan yang telah diterima.

Memahami

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real.

Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi/ suatu obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada aitannya satu sama lain.

Sintesis

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhanyag baru.

Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Sikap

Menurut Wikipedia (2011), sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau obje tertentu yang melibatkan faktor pendapat yang bersangkutan.

Sikap menggambarkan suka atau tidak suka terhadap objek, sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat (Bascom, 2012).

Newcomb, salah seorang ahli psikologis social, menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau esediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif-motif tertentu (Notoadmojo, 2012).
Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu:

Menerima

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.

Merespon

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

Menghargai

Mengajak orang lain untuk mengerjakan dan mendiskusikan suatu masalah.

Bertanggung jawab

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Tindakan

Tindakan ini merujuk pada perilaku yang dideskripsikan dalam bentuk tindakan yang merupakan bentuk nyata dari pengetahuan dan sikap yang telah dimiliki (Wikipedia, 2019).

Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yata diperlukan faktor-faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan dari pihak lain (Notoatmojo, 2012).

Persepsi

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

Respon terpimpin

Dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh.

Mekanisme

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu sesuai denagn benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.

Adopsi

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik.

Sarana Pengobatan Masyarakat

Sebagian besar masyarakat hampir tidak pernah lepas dari pelayanan sekaligus mengharapkan adanya pelayanan yang memuaskan. Untuk memenuhi kebutuhannya manusia berusaha tidak langsung melalui aktifitas orang lain. Seperti yang dikatakan oleh AS. Moenir (1998) proses pemenuhan kebutuhan melalui aktifitas orang lain langsung disebut pelayanan (Anonim, 2011).

Sedangkan J.S Poerwadarminta melihat pelayanan sebagai melakukan perbuatan, melayani apa yang diperlukan dan diharapkan oleh orang lain dengan bantuan pihak lain yang menyediakan sesuatu diperlukan oleh orang lain tersebut (Anonim, 2011).

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek yang berperan dalam penciptaan derajat kesehatan yanbg merata kepada seluruh masyarakat. Sesuai dengan tujuasn penyelenggaraan pembangunan kesehatan yaitu terwujudnya

masyarakat yang mandiri untuk menggapai pelayanan kesehatan dan perilaku hidup sehat (Syaer, 2010).

Sumber pengobatan di Indonesia menurut Kalangie (1984), mencakup 3 sektor yang saling berkaitan yaitu pengobatan rumah, tangga atau pengobatan dirumah, pengobatan tradisional dan juga pengobatan medis professional (praktek tenaga kesehatan, poli klinik, puskesmas dan rumah sakit). (Supardi dkk, 2011).

Rumah Sakit

Menurut Siregar (2013) menyatakan rumah sakit adalah suatu organisasi yang kompleks, menggunakan gabungan ilmiah khusus dan rumit, dan difungsikan untuk berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik modern, yang semuanya terikat bersama-sama dalam maksud yang sama, untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik.

Rumah sakit adalah sebuah institusi perawatan kesehatan professional yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat dan tenaga ahli kesehatan lainnya.

Berikut merupakan tugas dan fungsi Rumah Sakit :

a. Melaksanakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis.
b. Melaksanakan pelayanan medis tambahan, pelayanan penunjang medis tambahan.
c. Melaksanakan pelayanan kedokteran kehakiman.
d. Melaksanakan pelayanan medis khusus.
e. Melaksanakan pelayanan rujukan kesehatan.
f. Melaksanakan pelayanan kedokteran gigi.
g. Melaksanakan pelayanan kedokteran sosial.
h. Melaksanakan pelayanan penyuluhan kesehatan.
i. Melaksanakan pelayanan rawat jalan/ rawat darurat dan rawat tinggal.
j. Melaksanakan pelayanan rawat inap.
k. Melaksanakan pelayanan administrative.

l. Melaksanakan pendidikan para medis.
m. Melaksanakan pendidikan tenaga medis spesialis.
n. Membantu penelitian dan pengembangan kesehatan.
o. Membantu kegiatan penyelidikan epidemiologi.

Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan Kabupaten atau Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan disuatu wilayah (Syafrudin dkk, 2012).

Menurut Supriyanto (1998) bahwa pemanfaatan pelayanan Puskesmas adalah penggunaan pelayanan yang telah diterima pada tempat atau pemberi pelayanan kesehatan (Syafruddin dkk, 2012).

Ada 2 faktor yang mempengaruhi persepsi dari masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas yaitu faktor intern dan faktor ekstern. Faktor intern adalah pengalaman pribadi dan manfaat akan keberadaan dari Puskesmas itu sendiri. Sedangkan faktor ekstern meliputi hubungan sosial dalam pelayanan kesehatan seperti sosialisasi kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas. (Anonim, 2011).

Menurut Syafruddin dkk. (2012), banyak faktor yang berperan dalam hal pengunaan Puskesmas. Faktor tersebut dikelompokkan dalam 2 kelompok yaitu yang bersal dari puskesmas itu sendiri dan faktor yang berasal dari masyarakat. Faktor yang berasal dari Puskesmas meliputi faktor tenaga, perilaku petugas, program pelayanan, fasilitas yang tersedia, letak Puskesmas dan sumber daya yang tersedia. Sedangkan faktor dari masyarakat meliputi pendidikan, pendapatan, jarak dan pekerjan.

Fungsi Puskesmas menurut Syarifuddin dkk. (2012) ada 3 fungsi, yaitu:

a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan
   Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh

masyarakat dan dunia usaha diwilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan.

b. Pusat pemberdayaan masyarakat
   Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Pengobatan Sendiri/ Pengobatan di Rumah

Pengobatan sendiri dalam pengertian umum adalah yang dilakukan orang awam untuk menanggulangi sendiri keluhan sakitnya menggunakan obat, obat tradisional, atau cara lain tanpa petunjuk tenaga kesehatan. Tujuan pengobatan sendiri adalah untuk peningkatan kesehatan, pengobatan sakit ringan dan pengobatan rutin penyakit kronis setelah perawatan dokter. Alasan pengobatan sendiri adlah praktis dari segi waktu, kepercayaan terhadap obat tradisional, masalah privasi, biaya lebih murah, jarak yang jauh ke pelayanan kesehatan dan kurang puas terhadap pelayanan kesehatan. (Supardi dkk, 2011).

Perilaku penduduk yang memilih pengobatan dirumah penduduk yang berobat jalan dalam kurun waktu setahun menurut Riskesdas 2007 sebesar 1,6% sementara menurut data Susenas 2007 penduduk yang memilih berobat dirumah sebesar 57,7%, pengobatan medis 35,5% dan pengobatan trasdisional 6,8%. (Supardi dkk, 2011).

Menurut Supardi dkk (2011) karakteristik penduduk sakit yang memilih pengobatan dirumah persentase terbesar adalah jenis kelamin perempuan, status perkawinan cerai hidup/mati, kelompok umur pralansia/lansia, tidak bekerja, lokasi tinggal dipedesaan dan jenis kebutuhan sakit malaria dan demam tipoid.

Pengobatan Tradisional

Pengobatan tradisional merupakan bentuk pelayanan pengobatan yang menggunakan cara, alat atau bahan yang tidak termasuk dalam standar pengobatan kedokteran modern dan dipergunakan sebagai alternative atau pelengkap pengobatan kedokteran modern tersebut (Kurniasari, 2011).

Ramuan tradisional adalah media pengobatan yang menggunakan tamanan dengan kandungan bahan-bahan alamiah sebagai bahan bakunya (Agromedia, 2012).

Kecendrungan meningkatnya penggunaan obat tradisional disadari pada beberapa alasan yaitu harga obat-obatan buatan pabrik saat ini sudah semakin mahal, efek samping yang ditimbulkan oleh obat tradisional sangat kecil dan kandungan unsure kimia yang terkandung didalam obat tradisional sebenarnya menjadi dasar pengobatan kedokteran modern (Agromedia, 2012).

Dari hasil penelitian Herlina (2014) menunjukkan bahwa variabel sikap dan pekerjaan berhubungan dengan pemilihan pengobatan alternative. Sementara umur, pendidikan, pendapatan, pengetahuan dan keyakinan didak berhubungan dengan pemilihan jenis pengobatan alternatif. Dari variabel-variabel tersebut, yang paling dominant hubungannya dengan pemilihan jenis pengobatan alternatif adalah sikap. Proporsi pengobatan alternatif yang memilih jenis ketrampilan adalah 62% yang terdiri dari 49% ditolong oleh tukang pijat, 10% oleh tukang pijat refleksi dan 3% oleh sinshe akupuntur. Sementara itu proporsi yang memilih pengobatan alternative jenis ramuan obat adalah 38% terdiri dari ramuan 19%, penjual jamu 16%, tabib 2% dan pengobatan dengan menggunakan pendekatan agama yang dipadukan dengan ramuan 1%.

Demam Berdarah Dengue (DBD)

Pengertian

Demam berdarah dengue adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis

demam, nyeri otot / nyeri sendi yang disertai ruam, trombositopenia dan ditesis hemoragik (Amin dan Hardin, 2015)

Penyakit DBD adalah penyakit infeksi virus *dengue* akut yang disebabkan oleh virus *dengue,* virus *dengue* ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti* atau nyamuk *aedes albopictus*, yang masuk kedalam tubuh melalui gigitanya (Andre dan Yessie, 2013).

Demam berdarah dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue sejenis virus yang tergolong arbovirus dan masuk kedalam tubuh penderita melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* (Padila, 2013).

Demam Berdarah Dengue adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue (*arbovirus*) yang masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* (Suriadidan Rita Yuliani, 2014).

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

Dengue Berdarah Dengue adalah penyakit yang menyerang anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, perdarahan, nyeri otot dan sendi (Titik Lestari, 2016).

Dari beberapa pengertian tersebut di atas, maka dapat disimpulkan bahwa Demam Berdarah Dengue adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus Dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti.*

Anatomi Fisiologi Sistem Hematologi

Anatomi sistem hematologi

Menurut Evelyn C.P (2014), darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bahan interseluler adalah cairan yang disebut lasma dan didalamnya terdapat unsur-unsur padat, yaitu sel darah. Volume darah secara keseluruhan kira-kira satu

per dua belas berat badan atau kira-kira liter. Sekitar 55 persennya adalah cairan, sedangkan 45 persen sisanya terdiri atas sel darah. Angka ini dinyatakan dalam nilai hematokrit atau volume darah yang dipadatkan yang berkisar antara 40-47.

Plasma darah adalah cairan berwarna kuning yang dalam reaksi bersifat sedikit alkali. Susunan darah atau plasma terdiri dari 91,0% air, 8,0% protein meliputi albumin, globulin, protromblin, dan fibrinogen. Sedangkan 0,9% mineral yang terdiri dari natrium klorida, natrium bikarbonat, garam kalsium, fosfor, magnesium dan besi. Sisanya di isi sejumlah bahan organik, yaitu: glukosa, lemak, urea, asam urat, kreatinin, kolesterol dan asam amino. Adapun sel-sel darah terdiri dari:

1) Eritrosit

   Eritrosit atau sel darah merah berupa cakrem kecil bikonkaf, cekung pada kedua sisinya, sehingga dilihat dari samping tampak seperti dua buah bulan sabit yang saling bertolak belakang. Dalam setiap milimeter kubik darah terdapat 5.000.000 sel darah.

   Sel darah merah memerlukan protein karena strukturnya terbentuk dari asam amino. Sel darah merah juga memerlukan zat besi, sehingga untuk membentuk penggantinya diperlukan diet seimbnag yang berisi zat besi.

   Sel darah merah dibentuk dalam sumsum tulang, terutama dari tulang pendek, pipi dan tak beraturan. Perkembangan sel darah dalam sumsum tulang melalui berbagai tahap: mula-mula besar dan berisi nukleus, tetapi tidak ada hemoglobin; kemudia dimuati hemoglobin dan akhirnya kehilangan nukleusnya, kemudian baru diedarkan di dalam sirkulasi darah.

2) Leukosit

   Sel darah putih rupanya bening dan tidak berwarna, bentuknya lebih besar dari pada sel darah merah, tetapi jumlahnya lebih kecil. Dalam setiap milimeter kubik darah terdapat 6.000 sampai 10.000 (rata-rata 8.000) sel darah putih.

3) Trombosit

Trombosit adalah keping-keping darah yang berukuran lebih kecil dibandingkan dengan eritrosit dan leukosit. Trombosit tidak berinti, tidak teratur, dan berasal dari bagian mega kariosit dalam sumsum tulang. Trombosit berperan penting dalam proses pembekuan darah jika tubuh mengalami luka. Jika terjadi luka, trombosit dalam darah pecah dan mengeluarkan enzim trombokinase. Enzin trombokinase membentuk thrombin dengan bantuan vitamin k dan ion Ca. Jumlah trombosit 1 mililiter kubik darah terdapat 300.000 trombosit.

Fisiologi

Menurut Evelyn C.P (2014), fungsi plasma yaitu sebagai medium (perantara) untuk penyaluran makanan, mineral, lemak, glukosa, dan asam amino ke jaringan. Juga merupakan medium untuk mengangkat bahan buangan seperti urea, asam urat, dan sebagian dari karbon dioksida.

Sedangkan menurut Tarwoko, dkk (2015), fungsi darah secara umum adalah:

1) Transport Internal

Darah membawa berbagai macam substansi untuk fungsi metabolisme.

a. Respirasi
   Gas oksigen dan karbondioksida dibawa oleh hemoglobin dalam sel darah merah dan plasma, kemudian terjadi pertukaran gas di paru-paru.
b. Nutrisi
   Nutrien/zat gizi diabsorpsi dari usus, kemudian dibawa dalam plasma ke hati dan jaringan-jaringan lain yang digunakan untuk metabolisme.
c. Sekresi
   Hasil metabolisme dibawa plasma kedunia luar melalui ginjal.

d. Mempertahankan air, elektrolit dan keseimbangan asam basa dan juga berperan dalam hemoestasis.
e. Regulasi metabolisme, hormon dan enzim atau keduanya mempunyai efek dalam aktivitas metabolisme sel, dibawa dalam plasma.

2) Proteksi tubuh terhadap bahaya mikroorganisme, yang merupakan fungsi dari sel darah putih.
3) Proteksi terhadap cedera dan perdarahan. Proteksi terhadap respon peradangan lokal terhadap cedera jaringan. Pencegahan perdarahan merupakan fungsi dari trombosit karena adanya faktor pembekuan, fibrinolitik yang ada pada plasma.
4) Mempertahankan temperatur tubuh, darah membawa panas dan bersirkulasi keseluruh tubuh. Hasil metabolisme juga menghasilkan energi dalam bentuk panas.

Secara khusus fungsi dari sel darah adalah:

1) Fungsi sel darah merah

Sel darah merah terdiri membran dan hemoglobin. Hemoglobin itu sendiri mengandung globin (terdiri dari polipeptida) dan heme (mengandung pigmen merah porfirin sehingga darah arteri yang kaya oksigen menjadi lebih merah dibandingkan darah pada vena yang kurang oksigen). Hemoglobin menyusun 95% dari berat sel darah merah.

Pada laki-laki dewasa setiap 100 ml darah mengandung 14-16 gr hemoglobin.Hemoglobin sangat penting dengan pengangkutan oksigen, karena mempunyai kemampuan dalam berikatan dengan oksigen membentuk oksihemoglobin. Kemampuan ikatan ini dipengaruhi oleh Ph darah dan temperatur. Ph (asidosis) akan menurunkan saturasi oksigen sehingga kemampuan suplay ke jaringan menjadi berkurang. Saturasi oksigen juga berkurang pada hipotermia. Disamping oksigen, hemoblobin juga dapat berkaitan dengan karbondioksida yang merupakan hasil metabolisme tubuh diangkut melalui proses diffusi dalam

kapiler untuk selanjutnya ditransport ke alveoli. Gas lain yang dapat berkaitan adalah karbon monoksida. Jika hemoglobin banyak berikatan dengan karbon dioksida dan karbon monoksida maka memampuan untuk mengikat dengan oksigen akan berkurang sehingga akan mengakibatkan kekurangan oksigen atau hipoksia jaringan.

Zat besi merupakan unsur utama pembentukan hemoglobin. Pada tubuh orang dewasa kira-kira mengandung 50 mg besi per 100 ml darah. Total kebutuhan zat besi kira-kira antara 2-6 gr, tergantung berat badan dan kadar Hb nya. Sedangkan hormon-hormon yang penting dalam pembentukan sel darah merah adalah hormon tiroid, tiroid stimulating horeritropoitin. Penurunan hormon adrenal akan mempengaruhi respon eritropoetik.

2) Leukosit

Fungsi utama leukosit adalah mengatasi inflamasi dan immunitas. Misalnya neutrofil fungsi utamanya memakan benda asing atau fagositosis, demikian juga dengan monosit. Limfosit T membunuh sel secara langsung atau membentuk limfokin suatu substansi yang memperkuat aktivitas sel fagosit, sedangkan limfosit B menghasilkan antibodi, yaitu suatu molekul protein yang akan menghancurkan benda asing. Eosinofil dan basofil berfungsi sebagai tempat penyimpanan berbagai material biologis kuat seperti histamine, serotonin, dan heparin. Material ini sangat penting dalam suplai darah ke jaringan.

3) Trombosit

Fungsinya berkaitan dengan pembekuan darah dan hemostasis (menghentikan perdarahan). Bila pembuluh darah mengalami injuri atau kerusakan maka dapat dihentikan dengan serangkaian proses:

a. Permukaannya menjadi lengket, sehingga memungkinkan trombosit saling melekat dan menutupi luka karena ada pembekuan darah.
b. Merangsang pengerutan pembuluh darah, sehingga terjadi penyempitan ukuran lubang pembuluh darah.

Etiologi

Menurut Yekti dan Widayati (2015), demam berdarah disebabkan oleh virus dengue yang utamanya ditransmisikan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti.* Setelah penularan melalui gigitan nyamuk, virus dengue akan terinkubasi selama 3-15 hari. Dengue ini kemudian menyebabkan sakit mirip flu dan nyeri, demam tinggi, kehilangan nafsu makan, sakit kepala, dan ruam.

Patofisiologi

Menurut Suriadi dan Rita Yuliani (2014), virus dengue akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dan kemudian akan bereaksi dangan antibodi dan terbentuklah kompleks virus antibodi, dalam sirkulasi akan mengaktivasi sistem komplement. Akibat aktivasi C3 dan C5 akan dilepas C3a, dua peptida yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai faktor meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui endotel dindin itu.

Terjadinya trombositopenia, menurunya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi (protrombin, faktor V, VII, IX, X dan fibrinogen) merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan hebat, terutama perdarahan saluran gastrointestinal pada DBD.

Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunya volume plasma, terjadinya hipotensi,

trombositopenia dan diatesis hemoragik. Rejatan terjadi secara akut.

Nilai hematokrit meningkat bersamaan dengan hilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah. Dan dengan hilangnya plasma pasien mengalami hypovolemik. Apabila tidak diatasi bisa terjadi anoksia jaringan, asidosis metabolik dan kematian.

Klasifikasi

Menurut Titik Lestari (2016), demam berdarah dengue dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Derajat I meliputi demam disertai gejala klinis lain atau perdarahan sepontan, uji turniket positif, trombositopenia dan hemokonsentrasi.
b. Derajat II meliputi perdarahan spontan selain manifestasi klien pada derajat I, biasanya pada bentuk perdarahan kulit atau perdarahan lain.
c. Derajat III meliputi gagal sirkulasi dimanifestasikan dengan nadi cepat dan lemah serta penyempitan tekanan nadi atau hipotensi, dengan adanya kulit dingin dan lembab serta gelisah.
d. Derajat IV meliputi rejatan berat, denyut nadi, dan tekanan darah tidak dapat diukur yang disertai dengan dengue *shock sindrom*.

Manifestasi Klinis

Menurut Amin dan Hardin (2015), manifestasi klinis yang dapat terjadi pada pasien dengan penyakit DBD, antara lain:

a. Demam atau riwayat demam akut antara 2-7 hari.
b. Manifestasi perdarahan yang biasanya berupa:
    1) Uji tourniquet positif
    2) Petekei, ekimosis, atau purpura
    3) Perdarahan mukosa (epistakis, perdarahan gusi), saluran cerna.

4) Hematemesis atau melana

c. Trombositopenia <100.000/ul
d. Kebocoran plasma yang ditandai dengan
   1) Peningkatan nilai hematokrit ≥20% dari nilai baku sesuai umur dan jenis kelamin
   2) Penurunan nilai hematokrit ≥20% setelah pemberian cairan yang adekuat.
e. Tanda kebocoran plasma seperti: hipoproteinemi, asites, efusi fleura.

Sedangkan menurut Padila (2013) setelah virus dengue masuk kedalam tubuh manusia gejala yang akan timbul yaitu meningkatnya suhu tubuh, nyeri pada otot seluruh tubuh, suara mulai serak, batuk, epistaksis, disuria nafsu makan menurun, muntah, ptekei, ekimosis, pedarahan pada gusi, dan muntah darah.

Komplikasi

Menurut Desmawati (2013), komplikasi yang dapat terjadi pada pasien DBD adalah sebagai berikut:

a. Perdarahan

   Infeksi virus menyebabkan perlekatan komplek antigen-antibodi pada membran trombosit, sehingga terjadi trombositopenia. Jadi perdarahan masif, penurunan faktor pembekuan, kelainan fungsi trombosit pada DBD diakibatkan oleh trombositopenia.

b. Syok

   Indikasi sekunder oleh virus dengue akan menyebabkan respon antibodi amnestic yang akan terjadi dalam waktu beberapa hari mengakibatkan ploriferasi dan transformasi limfosit dengan menghasilkan titer tertinggi anti bodi IgG anti dengue. Pada asien dengan syok berat, volume plasma dapat berkurang sampai lebih dari 30% dan berlangsung selama 24-28 jam. Syok yang tidak ditanggulangi menyebabkan asidosis dan anoksia yang dapat berakhir fatal yaiu kematian.

c. Efusi Pleura

Efusi pleura disebabkan oleh infeksi virus dengue yang bisa memecahkan membran kapiler dan memungkinkan pengaliran protein plasma dan cairan yang kemudian masuk kedalam rongga pleura secara cepat dan akumulasi cairan ini disebut eflusu pleura.

d. Penurunan Kesadaran

Saat terjadi infeksi virus dengue, kemudian mengalami replikasi. Maka terbentuk komplek virus antibodi yang menyebabkan efek, salah satunya permeabilitas kapiler yang mengikat sehingga terjadi penurunan transportasi oksigen ke otak dan terjadi penurunan kesadaran.

e. Kematian

Syok yang tidak ditanggulangi menyebabkan asidosis dan anoksia yang dapat berakibat fatal yaitu kematian.

Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Andra dan Yessie (2013), pemeriksaan diagnostik pada kasus DBD sebagai berikut:

a. Darah lengkap
   1) Leukpenia pada hari ke 2-3
   2) Trombositopenia dan hemokonsentrasi
   3) Masa pembekuan normal
   4) Masa perdarahan memanjang
b. Kimia darah
   1) Hipoproteinemia, hiponatria, hipodorumia
   2) SGOT/SGPT meningkat
   3) Umum meningkat
   4) pH darah meningkat
c. Urinalisis Mungkin ditemukan albuminuria ringan
d. Pemeriksaan rontgen thoraks: effusi pleura

Penatalaksanaan

Menurut Padila (2013), penatalaksanaan pada pasien DBD dapat dibagi menjadi penatalaksanaan medik dan penatalaksanaan keperawatan.

a. Penatalaksanaan Medik
   1) DBD tanpa renjatan

      Pada pasien DBD tanpa renjatan penatalaksanaan yang dapat diberikan yaitu beri obat anti piretik untuk menurunkan panas, dapat juga dilakukan kompres. Berikan infus pada pasien jika terus muntah dan hematokrit meningkat.
   2) DBD dengan renjatan

      Pada pasien DBD dengan renjatan pasang infus RL, jika dengan infus tidak ada respon maka berikan plasma expander (20-30 ml/kg BB), dan berikan transfusi jika Hb dan Ht turun.

b. Penatalaksanaan Keperawatan
   1) Pengawasan tanda-tanda vital secara kontinue tiap jam Lakukan pemeriksaan Hb, Ht, Trombosit tiap 4 jam. Observasi intake output, pada pasien DBD derajat I: Pasien diistirahatkan, observasi tanda-tanda vital tiap 3 jam, berikan minum banyak (1,5–2 liter/hari), beri kompres. Pada pasien DBD derajat II: perhatikan gejala seperti nadi lemah, kecil dan cepat, tekanan darah menurun, anuria dan sakit perut, berikan infus. Pada pasien DBD derajat III: infus guyur, posisi semi fowler, berikan o2, pengawasan tanda-tanda vital tiap 15 menit, pasang kateter, observasi produksi urine tiap jam, dan periksa Hb, Ht dan trombosit.
   2) Resiko perdarahan

      Observasi perdarahan: ptekie, epistaksis, hematomesis dan melena selanjutnya catat banyak, warna dari perdarahan dan pasang NGT pada pasien dengan perdarahan tractus gastro intestinal.

3) Peningkatan suhu tubuh
   Untuk mencegah peningkatan suhu observasi/ukur suhu tubuh secara periodik, beri minum banyak dan berikan kompres jika suhu tubuh panas.

Upaya Preventif DBD

Pengendalian nyamuk bisa dilakukan dengan cara mekanis yaitu dengan cara menghilangkan sarang nyamuk, membersihkan kolam penampungan air, membuang barang-barang yang dapat mengakibatkan tempat bersarangnya nyamuk seperti tumpukan sampah, kaleng dan sebagainya. Pengendalian fisika dengan cara penyiaran radiasi, pengendalian hayati dengan cara memakai predator atau parasit. Pengendalian biologi dengan pengendalian vector nyamuk dengan menggunakan bakteri pathogen. Pemberantasan vektor dapat dilakukan dengan *fogging*, abatisasi, pengawasan kualitas lingkungan, dan pembersihan sarang nyamuk (PSN). Kegiatan *fogging* adalah pemberatasan nyamuk demam berdarah menggunakan insektisida dengan cara pengasapan. Insektisida yang digunakan ialah *malathion* dengan campuran solar. Pengasapan sangat efektif dalam memutuskan rantai penularan karena semua nyamuk termasuk yang aktif mati seketika bila kontak dengan partikel-partikel insektisida. Dengan demikian penularan dengan segera dapat diputuskan

Pembersihan Sarang Nyamuk (PSN) pada dasarnya, untuk memberantas jentik atau mencegah agar nyamuk tidak dapat berkembang biak. Mengingat *aedes aegypti* tersebar luas, maka pemberantasannya perlu peran aktif masyarakat khususnya memberantas jentik *aedes aegypti* di rumah dan lingkungannya masing-masing. Cara ini adalah suatu cara yang paling efektif dilaksanakan karena tidak memerlukan biaya yang besar, menjadikan lingkungan bersih, dengan lingkungan yang baik tidak mustahil penyakit lain yang diakibatkan oleh lingkungan yang kotor akan berkurang.

Adapun langkah penting dalam upaya pemberantasan DBD melalui upaya PSN ialah memberikan penyuluhan kepada masyarakat yang intensif. Pokok-pokok pesan penyuluhan yang disampaikan meliputi pengenalan tanda-tanda, gejala-gejala DBD, dan cara pencegahan penularannya di rumah dan lingkungan masing-masing yang disesuaikan dengan pendidikan yang mereka miliki. Sarana yang digunakan bisa melalui pengajian, pertemuan warga, sedangkan penyuluhan massal bisa dilakukan melalui media massa seperti TV, radio, majalah dan surat kabar. Melalui langkah ini petugas penyuluh kesehatan dari puskesmas menjadi ujung tombak dalam pemberantasan DBD.

Berikut cara-cara pencegahan yang dapat dilakukan yaitu :

1. Membersihkan selokan-selokan sekitar rumah dan halaman.
2. Membersihkan dan mengeringkan tempat ataupun pakaian, handuk dan sejenis lainnya yang lembab.
3. Menghindari kebiasaan hidup menumpuk pakaian lembab dalam kamar.
4. Membersihkan ruangan atau kamar yang pengap.
5. Menghindari kebiasaan menjemur pakaian ataupun handuk lembab dalam kamar.

Upaya Kuratif DBD

Pada dasarnya pengobatan pasien DBD bersifat simtomatis dan suportif. Pengobatan terhadap virus ini masih bersifat menunjang agar pasien dapat bertahan hidup karena belum ditemukan obat yang tepat. Pengobatan yang diberikan biasanya bersifat penurun demam dan menghilangkan rasa sakit pada otot-otot, serta harus istirahat mutlak dan banyak minum. Jika demam tinggi dikompres dingin secara intensif. Pasien yang diduga menderita DBD harus dirawat di rumah sakit kerena memerlukan pengawasan terhadap kemungkinan terjadi

syok atau pendarahan yang dapat mengancam keselamatan jiwa pasien (Titik Lestari, 2016).

Bila diperlukan, pasien akan diberikan asupan cairan melalui infus. Pemberian cairan infus ini akan dibarengi pemantauan detak jantung, denyut nadi, tekanan darah, dan jumlah urine yang keluar.

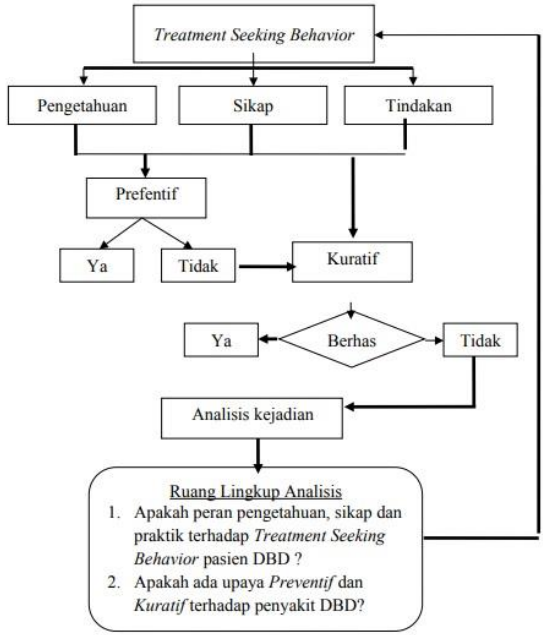
Demam dapat mereda setelah 3-7 hari. Akan tetapi, kondisi ini bisa menjadi tahap yang kritis bagi pasien. Gejala yang lebih berat dapat muncul 1-2 hari berikutnya. Pada fase ini, dokter akan terus memantau kondisi pasien selama suhu badan pasien turun ke normal.

Hal-hal yang perlu diperhatiakan atau dilakuakan oleh penderita DBD adalah sebagai berikut :

a. Tirah baring atau istirahat baring.
b. Diet makan lunak.
c. Minum banyak (2-2,5 liter/24 jam) dapat berupa : susu, teh manis, sirup dan beri oralit, pemberian cairan merupakan hal yang penting bagi penderita DBD.
d. Pemberian cairan intravena (biasanya Ringer Laktat, NaCl) Ringer Laktat merupakan cairan intravena yang paling sering digunakan, mengandung Na+ 130 mEq/liter, K+ 4 mEq/liter, korektor basa 28 mEq/liter, Cl 109 mEq/liter dan Ca++ 3 mEq/liter.
e. Monitor tanda-tanda vital tiap 3 jam (suhu, nadi, tensi, pernapasan) jika kondisi pasien buruk, observasi ketat tiap jam.
f. Periksa Hb, Ht, dan trombosit setiap jam.
g. Pemberian obat antipiretik sebaiknya dari golongan asetaminofen, eukinin dipiron, dan kompres dingin.
h. Monitor tanda-tanda perdarahan lebih lanjut.
i. Pemberian antibiotik bila terdapat kekuatiran infeksi sekunder.
j. Bila timbul kejang dapat diberikan diazepam (kolaborasi dokter).

Kerangka Pemikiran

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan penderita DBD yaitu pengetahuan, sikap dan praktik/tindakan. Hal tersebut kemudian berpengaruh terhadap arah penderita DBD dalam menentukan pengobatan. Ada yang berobat ke rumah sakit, puskesmas, pengobatan sendiri / di rumah, atau pengobatan tradisional.



Gambar 1. Skema kerangka pikir penelitian

Hipotesis Penelitian

Hipotesis alternatif (Ha)

1. Ada pengaruh pengetahuan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang.

2. Ada pengaruh sikap terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang.
3. Ada pengaruh tindakan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang.
4. Ada upaya Preventif dan Kuratif Dinas Kesehatan terhadap penyakit DBD di Kabupaten Enrekang.

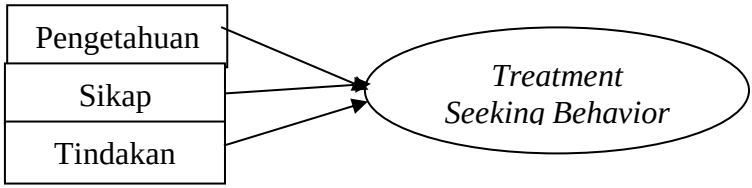
Hipotesis nol (Ho)

1. Tidak ada pengaruh pengetahuan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang.
2. Tidak ada pengaruh sikap terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang.
3. Tidak ada pengaruh tindakan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang.
4. Tidak ada upaya Preventif dan Kuratif Dinas Kesehatan terhadap penyakit DBD di Kabupaten Enrekang.

METODE PENELITIAN

Metode dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian Deskriptif Analitik dengan metode penelitian kuantitatif adalah untuk menarik kesimpulan dari dua variabel yaitu variabel dependen dan variabel independen berdasarkan data-data yang diolah dengan metode statistik.



Gambar 2. Skema desain penelitian

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Enrekang yang dimulai pada Mei sampai dengan Agustus 2019.

Instrumen Penelitian

Adapun instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner. Kuisioner adalah alat pengumpul data yang berisi daftar pertanyaan yang akan diajukan kepada responden dan sudah tersusun dengan baik

Populasi dan Sampel

Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien demam berdarah dengue di Kab. Enrekang sebanyak 64 orang.

Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Total Sampling* (Sugiyono, 2012) yaitu seluruh jumlah populasi sama dengan jumlah sampel.

Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Pengumpulan Data

Adapun cara pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian tersebut adalah sebagai berikut:

a. Data Primer

Data primer dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner.

b. Data Sekunder

Diperoleh dari data yang sudah ada baik seperti data Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang.

Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan komputer dengan menggunkan progran SPSS. Adapun langkah pengolahan tersebut sebagai berikut:

Editing

Pada tahap ini peneliti melkukan pemeriksaan terhdap hasil pengamatan di lapangan dari data yang diperoleh melalui kousioner kemudian diteliti apakah terdapat kekeliruan data yang diperoleh kemudian diteliti.

Coding

Setelah semua kousioner dilakukan editing selanjutnya peneliti memberikan kode tertentu pada tiap-tiap data sehingga memudahkan dalam melakukan analisa data.

Tabulation

Pada tahap ini jawaban-jawaban responden yang sama dikelompokan dengan teliti dan teratur, lalu dihitung dan dijumlahkan kemudian dituliskan dalam bentuk tabel-tabel.

Analisis Data

Analisis data adalah mengkaji data yang diperoleh melalui statistik deskriptif dengan menggunkan statistik analitik untuk mengkaji hipotesis.

Analisa data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik sebagai berikut:

Analisis univariat

Analisis ini dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel. Data hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi untuk mengevaluasi besarnya proporsi masing-masing faktor yang berhubungan. Analisis univariat bermanfaat untuk melihat apakah data sudah layak untuk dilakukan analisis, melihat gambaran data yang dikumpulkan dan apakah data sudah optimal untuk analisis lebih lanjut.

Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berpengaruh terhadap variabel yang akan diteliti. Analisa bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *chi square* (x^2). Syarat uji *chi square* antara lain jumlah sampel harus cukup besar, pengamatan harus bersifat independen dan hanya dapat digunakan pada data deskrir atau data kontinu yang telah dikelompokkan berdasarkan tingkat signifikan (nilai $\alpha = 0{,}05$). Pengujiannya menggunakan rumus sebagai berikut:

$$X^2 = \frac{\sum(fo - fh)^2}{fh}$$

Keterangan :

X^2 : Nilai Chi Square
fo : Frekuensi yang di observasi
fh : Frekuensi yang di harapkan

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Enrekang, pengumpulan data dilaksanakan Agustus 2019 dengan metode wawancara dan berpedoman pada kuesioner kepada responden yang berjumlah 64 orang.

Data hasil penelitian diolah dengan mengunakan SPSS versi 25 kemudian disajikana dalam bentuk tabel dan narasi seperti berikut ini

Variabel yang diteliti

Karakteristik responden

Tabel 1
Ditribusi responden berdasarkan karakteristik
di Kabupaten Enrekang

NO	Ditribusi Responden Berdasarkan	n	%
1	Umur		
	20 – 29 tahun	11	17,2
	30 – 39 tahun	27	42,2
	≥ 40 tahun	26	40,6
2	Pendidikan terakhir		
	Diplo/Sarjana	4	6,2
	SMA	33	51,6
	SMP	17	26,6
	SD	10	15,6
3	Pekerjaan		
	PNS	2	3,1
	Petani	14	21,9
	Wiraswasta	32	50,0
	Tidak bekerja	16	25,0
4	Usia Penderita DBD		
	10 – 19 tahun	21	32,8
	20 – 29 tahun	23	35,9
	30 – 39 tahun	17	26,6
	≥ 40 tahun	3	4,7
	Total	64	100

Data pada Tabel 1 menunjukkan bahwa jumlah responden menurut umur di Kabupaten Enrekang yang terbanyak adalah kelompok umur 30-39 tahun yaitu sebanyak 27 orang dengan persentase 42,2%, jumlah yang paling sedikit adalah kelompok umur 20-29 tahun yaitu sebanyak 11 orang dengan persentase 17,2%. Menurut tingkat pendidikan terakhir di Kabupaten Enrekang yang terbanyak yaitu tamat SMA/sederajat sebanyak 33 orang dengan persentase 51,6%, sedangkan jumlah yang paling sedikit adalah Diploma/Sarjana 4 orang dengan persentase 6,2%. Menurut pekerjaan responden di Kabupaten Enrekang yang terbanyak adalah wiraswasta sebanyak adalah 32 orang dengan persentase 50,0%, sedangkan yang paling sedikit adalah bekerja sebagai PNS sebanyak 2 orang dengan persentase 3,1%. Menurut usia penderita yang terbanyak terdapat pada kelompok usia 20-29 tahun sebanyak 23 orang dengan persentase 35,9%, sedangkan kelompok usia penderita yang paling sedikit adalah usia ≥ 40 tahun sebanyak 3 orang dengan persentase 4,7%.

Pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Enrekang, maka diperoleh distribusi responden berdasarkan pengetahuan tentang penyakit DBD yang dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2
Distribusi responden berdasarkan pengetahuan tentang penyakit DBD

Tingkat Pengetahuan	n	%
Tinggi	8	12,5
Sedang	37	57,8
Rendah	19	29,7
Total	64	100,0

Data pada Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 64 responden, lebih dari 55% responden yang memiliki tingkat pengetahuan kategori sedang, dan kurang dari 15% responden yang memiliki tingkat pengetahuan kategori tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan responden di Kabupaten Enrekang tentang penyakit DBD sudah cukup baik.

Sikap

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Enrekang, maka diperoleh distribusi responden berdasarkan sikap terhadap penyakit DBD yang dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3
Distribusi responden berdasarkan sikap terhadap penyakit DBD

Sikap	n	%
Baik	11	17,2
Cukup	41	64,1
Kurang	12	18,7
Total	64	100,0

Data pada Tabel 3 menunjukkan bahwa dari 64 responden, lebih dari 60% responden yang memiliki sikap kategori cukup terhadap penyakit DBD, dan kurang dari 20% responden yang memiliki sikap kategori baik. Hal ini menunjukkan bahwa sikap responden terhadap penyakit DBD di Kabupaten Enrekang sudah cukup baik.

Tindakan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Enrekang, maka diperoleh distribusi responden berdasarkan tindakan terhadap penyakit DBD yang dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4
Distribusi responden berdasarkan tindakan terhadap penyakit DBD

Tindakan	n	%
Baik	19	29,7
Cukup	37	57,8
Kurang	8	12,5
Total	64	100,0

Data pada Tabel 4 menunjukkan bahwa dari 64 responden, lebih dari 55% responden yang memiliki tindakan kategori cukup terhadap penyakit DBD, dan kurang dari 15% responden yang memiliki tindakan kategori kurang. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan responden terhadap penyakit DBD di Kabupaten Enrekang sudah cukup baik.

Demam Berdarah Dengue

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Enrekang, maka diperoleh distribusi responden berdasarkan klasifikasi penderita DBD yang dapat dilihat pada Tabel 5.

Tabel 5
Distribusi responden berdasarkan klasifikasi penderita DBD

Demam Berdarah Dengue	n	%
Ringan	26	40,6
Sedang	28	43,8
Berat	10	15,6
Total	64	100,0

Data pada Tabel 5 menunjukkan bahwa dari 64 responden, lebih dari 40% responden yang menderita penyakit DBD kategori sedang, dan kurang dari 20% responden yang menderita penyakit DBD kategori Berat. Hal ini menunjukkan bahwa penderita penyakit DBD di Kabupaten Enrekang didominasi kategori ringan dan sedang.

Treatment Seeking Behavior

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Enrekang, maka diperoleh distribusi responden berdasarkan treatment *seeking behavior* terhadap penyakit DBD yang dapat dilihat pada Tabel 6.

Tabel 6
Distribusi responden berdasarkan *treatment seeking behavior* terhadap penyakit DBD

Treatment seeking behavior	n	%
Baik	26	40,6
Cukup	30	46,9
Kurang	8	12,5
Total	64	100,0

Data pada Tabel 6 menunjukkan bahwa dari 64 responden, lebih dari 45% responden yang memiliki perilaku pencarian pengobatan kategori cukup terhadap penyakit DBD, dan kurang dari 15% responden yang memiliki perilaku pencarian pengobatan kategori kurang. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku pencarian pengobatan responden terhadap penyakit DBD di Kabupaten Enrekang sudah cukup baik.

Pengaruh pengetahuan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Enrekang terhadap 64 responden, maka ditemukan pengaruh pengetahuan terhadap *treatment seeking* behavior pasien DBD di Kabupaten Enrekang seperti yang dapat dilihat pada Tabel 7.

Data pada Tabel 7 menunjukkan bahwa dari 64 responden, lebih dari 25% responden yang memiliki tingkat pengetahuan kategori sedang dengan perilaku pencarian pengobatan kategori cukup

Berdasarkan hasil analisis uji *Chi Kuadrat* dengan taran signinikan 5%, ditemukan nilai P = 0,015 dan P<0,05. Artinya ada pengaruh yang signinikan antara tingkat pengetahuan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD.

Tabel 7
Pengaruh pengetahuan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD

Tingkat pengetahuan	*Treatment Seeking Behavior*						Total		
	Baik		Cukup		Kurang				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tinggi	5	7,8	2	3,1	1	1,6	8	12,5	P = 0,015
Sedang	17	26,6	19	29,7	16	9,3	37	57,8	
Rendah	4	6,3	9	14,1			19	29,7	
Total	26	40,6	30	46,9	8	12,5	64	100,0	

Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Herlina tahun 2014 yang meneliti mengenai naktor-naktor yang berhubungan dengan perilaku ibu dengan

pencarian pengobatan anak tersangka penderita demam berdarah ke nasilitas kesehatan Banjar Baru Kalimantan yang memperoleh hasil bahwa terdapat pengaruh pengetahuan ibu terhadap pencarian pengobatan dengan nilai p-value sebesar 0,002. Begitu juga pada penelitian ini, terdapat pengaruh yang tingkat pengetahuan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD. Penelitian yang dilakukan Herlina (2014) memiliki karakteristik responden yang sama dengan yang dilakukan peneliti yaitu berpendidikan minimal tamat sekolah dasar (SD) dan rata-rata memiliki pendidikan SMA/Sederajat.

Perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku untuk mencari penyembuhan dan pengobatan guna membebaskan diri dari penyakit, serta memperoleh pemulihan kesehatan. Dengan kata lain perilaku pencarian pengobatan adalah bagaimana orang yang sakit memperoleh pelayanan kesehatan yang layak agar cepat sembuh dan pulih.

Perilaku pencarian pengobatan itu dipengaruhi oleh persepsi individu itu sendiri yaitu persepsi kerentanan yang dirasakan, persepsi keseriusan yang dirasakan, persepsi mannaat yang dirasakan, dan persepsi hambatan yang dirasakan. Disinilah peran pengetahuan responden dalam menentukan arah mencari pengobatan.

Tabel 7 juga menunjukkan bahwa terdapat 6 responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah dengan perilaku pencarian pengobatan yang kurang baik. Kurangnya innormasi tentang penyakit DBD dan tidak adanya inisiatin responden untuk untuk bertanya membuat pasien DBD merasa ketakutan setelah divonis, sehingga memilih pengobatan alternatin dibandingkan ke tempat pelayanan kesehatan.

Dari hasil wawancara peneliti juga menemukan bahwa ada individu atau responden orang yang mengalami gejala awal penyakit DBD dan hanya menduga bahwa sakit tersebut hanya demam biasa sehingga pada awalnya responden tidak bertindak apa-apa terhadap penyakitnya. Namun berselang beberapa hari kemudian baru mengetahui penyakitnya setelah mendapatkan

penanganan petugas kesehatan dari Puskesmas pembantu (Pustu) setempat, setelah itu baru timbul usaha memperoleh pengobatan di Puskesmas terdekat.

Dari hasil wawancara tersebut peneliti menyimpulkan bahwa pentingnya pengetahuan tentang penyakit DBD karena dapat menentukan perilaku penderita dalam mencari pengobatan. Respon dari pasien DBD terhadap perilaku pencarian pengobatan meningkat setelah mengetahui bahwa yang bersangkutan telah mengalami gejala awal atau sudah menderita DBD. Perbedaan tingkat pengetahuan juga mempengaruhi arah memperoleh pengobatan.

Tingkat pengetahuan masyarakat dan perilaku diketahui berperan penting penularan DBD. Tingkat pengetahuan seseorang akan mempengaruhi perilakunya dalam mencegah penularan. Pengetahuan yang baik tentang gejala dan tanda demam berdarah adalah penting dalam menangani penyakit dan segera mencari layanan kesehatan. Pendidikan yang baik akan lebih mudah mendapatkan akses ke media innormasi seperti internet, koran, majalah.

Pengaruh sikap terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Enrekang terhadap 64 responden, maka ditemukan pengaruh sikap terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang seperti yang dapat dilihat pada Tabel 8.

Berdasarkan hasil analisis uji *Chi Kuadrat* dengan taran signinikan 5%, ditemukan nilai P = 0,012 dan P<0,05. Artinya ada pengaruh yang signinikan antara sikap terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD.

Tabel 8
Pengaruh sikap terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD

Sikap	*Treatment Seeking Behavior*						Total		
	Baik		Cukup		Kurang				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baik	42	6,3	6	9,3	1	1,6	11	17,2	P = 0,012
Cukup	20	31,3	19	29,7	25	7,8	64	64,1	
Kurang	2	3,1	5	7,8			4	18,7	
							12		
Total	26	40,6	30	46,9	8	12,5	64	100,0	

Data pada Tabel 8 menunjukkan bahwa dari 64 responden, lebih dari 30% responden yang memiliki sikap kategori cukup dengan perilaku pencarian pengobatan kategori baik.

Hal ini sejalan dengan penelitian Sang Gede Purnama (2013) Hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku dengan upaya mencari pengobatan pasien DBD di Kecamatan Denpasar Selatan, Kota Denpasar, Bali. Penelitian tersebut memperoleh hasil bahwa terdapat hubungan sikap dengan upaya mencari pengobatan dengan nilai p-value sebesar 0,004.

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup tidak dapat dilihat langsung. Sikap hanya dapat ditansirkan dari perilaku yang nampak. Nungsi sikap belum merupakan tindakan, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku. Apabila situasi memungkinkan, maka sikap akan terwujud dalam bentuk tindakan (Notoatmodjo, 2012).

Sikap seseorang akan mempengaruhi kecenderungan perilaku untuk bertindak. Sikap ini dapat dilakukan sebelum atau setelah terpapar penyakit DBD. Orang yang tidak setuju dengan upaya pemberantasan sarang nyamuk lebih cenderung

tidak peduli dengan kegiatan kebersihan lingkungan dan program menguras, menutup dan mengubur tempat penampungan air (program 3M). Perilaku membersihkan lingkungan dan secara rutin melakukan kegiatan 3M, yakni menguras tempat penampungan air, mengubur barang bekas dan menutup tempat penampungan air akan enektin mengurangi tempat perkembangbiakan nyamuk, sehingga dapat mengurangi kejadian DBD di lingkungannya.

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan bahwa terdapat perbedaan sikap responden dalam mencari pengobatan bagi pasien DBD. Puskesmas merupakan tempat berobat terbanyak yang dipilih responden dengan alasan yang berbeda, sedangkan Rumah sakit dan Dokter juga merupakan tempat pengobatan terbanyak kedua yang dipilih responden dengan alasan yang sama. Jarak yang dekat, jam buka, kelengkapan alat dan obat merupakan alasan responden dalam memilih tempat berobat.

Dari hasil wawancara juga ditemukan alasan dalam menentukan sikap responden. Suami/istri, orang tua dan anak merupakan naktor paling berpengaruh dalam menentukan sikap.

Pengaruh tindakan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Enrekang terhadap 64 responden, maka ditemukan pengaruh tindakan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang seperti yang dapat dilihat pada Tabel 9.

Data pada Tabel 9 menunjukkan bahwa dari 64 responden, terdapat 20 responden yang memiliki tindakan kategori cukup dengan perilaku pencarian pengobatan kategori cukup.

Tabel 9
Pengaruh tindakan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD

Tindakan	*Treatment Seeking Behavior*								
	Baik		Cukup		Kurang		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baik	12	18,8	6	9,3	1	1,6	19	29,7	P = 0,033
Cukup	13	20,2	20	31,3	4	6,3	37	57,8	
Kurang	1	1,6	4	6,3	3	4,6	8	12,5	
Total	26	40,6	30	46,9	8	12,5	64	100,0	

Data pada Tabel 9 menunjukkan bahwa dari 64 responden, terdapat 20 responden yang memiliki tindakan kategori cukup dengan perilaku pencarian pengobatan kategori cukup.

Berdasarkan hasil analisis uji *Chi Kuadrat* dengan taran signinikan 5%, ditemukan nilai P = 0,033 dan P<0,05. Artinya ada pengaruh yang signinikan antara tindakan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD.

Pada penelitian ini, dari 64 orang responden, lebih dari 30% responden yang memiliki tindakan kategori cukup dengan perilaku pencarian pengobatan kategori cukup. Hal ini disebabkan oleh tingkat kesadaran responden tentang bahaya penyakit dan risiko yang ditimbulkan bagi pasien DBD. Diperlukan tindakan positin responden dalam perilaku pencarian pengobatan karena ini berdampak terhadap keselamatan pasien DBD.

Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Syamsul Huda (2017) di Kota Semarang yang memperoleh hasil bahwa terdapat hubungan tindakan terhadap pencarian pelayanan kesehatan dengan nilai p-value sebesar

0,014. Begitu juga pada penelitian ini, terdapat pengaruh yang tindakan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD.

Tabel 9 juga menunjukkan bahwa terdapat 3 responden yang memiliki tindakan kategori kurang dengan perilaku pencarian pengobatan yang kurang. Kebiasaaan mencari pengobatan dengan mengobati diri sendiri terlebih dahulu dengan menggunakan pengobatan tradisional yang sehari-hari dipergunakan di lingkungan keluarga, kalau belum berhasil baru pergi ke pelayanan kesehatan. Pengobatan sendiri masih jauh dari praktek pengobatan yang benar. Potensi resiko mengobati sendiri meliputi, salah diagnosis akibat mendiagnosis sendiri, keterlambatan dalam mencari pengobatan medis, menimbulkan enek samping yang parah, pengobatan dengan cara yang salah dan mengakibatkan penyakit menjadi parah bahkan bisa berakibat kematian.

Dari hasil wawancara terhadap responden, peneliti menemukan bahwa bervariasinya perilaku seseorang dalam mencari pengobatan, namun tidak dipungkiri keputusan dalam bertindak atau tidak dalam mencari pengobatan tetap tergantung pada masing-masing individu itu sendiri.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan diatas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa :

1. Ada pengaruh pengetahuan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang.
2. Ada pengaruh sikap terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang.
3. Ada pengaruh tindakan terhadap *treatment seeking behavior* pasien DBD di Kabupaten Enrekang.

Saran

1. Diharapkan kepada instansi terkait untuk meningkatkan media komunikasi, innormasi, dan edukasi mengenai DBD kepada masyarakat dengan media yang tersedia seperti poster, leanlet, atau nlim sehingga dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat tentang DBD agar dapat mengurangi resiko terjadinya DBD.
2. Masyarakat diharapkan agar dapat meningkatan pengetahuan, sikap yang masih kurang baik dengan lebih aktin dalam mencari innormasi dari keluarga, tetangga, maupun media sosial lainnya mengenai DBD.
3. Masyarakat diharapkan meningkatkan perilaku hidup sehat terutama dalam hal kebersihan lingkungan dalam upaya mencegah terjadinya DBD.

DAFTAR PUSTAKA

Agromedia. 2012. Psikologi Pendidikan. Bandung : Remaja.

Amin, Hardin. 2015. Hubungan Faktor Lingkungan dan Perilaku Mayarakat dengan Keberadan Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Selatan. Jurnal Ecotrophic 3 (1): 1-6. 31 Mei 2018.

Andre, Yessie. 2013. Demam Berdarah Perawatan di Rumah dan Rumah Sakit. Jakarta: Puspa Swara.

Anonim. 2011. Upaya Akselerasi Pencapaian Indikator Pembangunan Kesehtan di Indonesia.

Bascom. 2012. Safety Assessment of Ylang-ylang (Cananga spp.) as a Food Ingredient. Vero Beach FL 32960. USA.

Desmawati. 2013. Masalah Demam Berdarah Dengue di Indonesia. Fakultas kedokteran UI. Jakarta.

Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang. Laporan data kasus DBD. Enrekang. 2019.

Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Laporan data kasus DBD. Makassar. 2019.

Evelyn C.P. 2014. Hubungan Perilaku Masyarakat (Pengetahuan, sikap, dan praktik) tentang PSN dengan Keberadaan jentik Penular DBD di wilayah Kerja Puskesmas Ngaliyan.

Ghana. 2012. Belajar Adalah Proses Perubahan Perilaku Berkat Pengalaman dan Pelatihan. Jakarta : Bumi Aksara.

Herlina. 2014. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu dengan pencarian pengobatan anak tersangka penderita demam berdarah ke fasilitas kesehatan Banjar Baru Kalimantan. Tesis Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Kaunang. 2010. Perbedaan Faktor Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk dan Lingkungan di Desa Endemis dan Non Endemis DBD (Studi di Puskesmas Ngadiluwih, Kab. Kediri (Skripsi). Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat UNAIR.

Kementerian Kesehatan RI. 2019. Infodatin Situasi DBD. Jakarta: Pusat data dan informasi Kemenkes RI.

Kurniasari. 2011. Ilmu Obat Alam (Farmakognosi) Jilid 1. Jakarta: Penebar Swadaya.

Notoatmodjo, S. 2012. Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan. Jakarta. Rineka Cipta.

Padila. 2013. Pengaruh Iklim Terhadap Kasus Demam Berdarah Dengue. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional.

Qym. 2013. Perbedaan Praktik PSN dan Angka Bebas Jentik (ABJ) di Desa Percontohan DBD dan Desa Non Percontohan DBD di Kabupaten Bantul (Skripsi). Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat UNDIP.

Sang Gede Purnama. 2013. Hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku dengan upaya mencari pengobatan pasien DBD di Kecamatan Denpasar Selatan, Kota Denpasar, Bali. UGM-Yogyakarta.

Siregar. 2013. Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan. Jakarta. EGC.

Suriadi, Rita Yuliani. 2014. Hubungan Kondisi Lingkungan dan Perilaku Masyarakat dengan Keberadaan Jentik Nyamuk Aedes Aegypti di Daerah Endemis DBD Surabaya. Jurnal Kesehatan Lingkungan Vol.1. No.2. Januari 2014.

Sugiyono. 2011. Metode Penelitian Administrasi. Yogyakarta. Graha Ilmu.

Supardi dkk. 2011. Demam Berdarah Dengue. Dalam: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi IV. Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI. Jakarta: 1731-1732.

Susilaningrum. 2015. Epidemologi Penyakit Tropis. Jakarta. Erlangga.

Syaer. 2010. Hubungan Sanitasi Rumah dengan Angka Bebas Jentik Aedes Aegypti di Wilayah Kerja Puskesmas Sekaran Kota Semarang. Kemas volume 6 no 1 Juli-Desember 2010:43-51.

Syafrudin, Kamingsih, Mardiana. 2012. Untaian Materi Penyuluhan Demam Berdarah Dengue. Jakarta. Trans Info.

Syamrilaode. 2011. Dasar-Dasar Perilaku. Jakarta. Rajawali.

Syamsul Huda. 2017. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pencarian Pelayanan Kesehatan (Health Seeking Behaviour) pada Penderita Demam Berdarah di Kota Semarang. Universitas Diponegoro.

Tarwoko, dkk. 2015. Atlas Parasitologi Kedokteran. 2nd Edition. Jakarta: Hipokrates.

Titik Lestari. 2016. Demam Berdarah Dengue. Buletin Jendela Epidemiologi. Vol.2.

WHO. 2012. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention.

Widayatun. 2011. Ilmu Perilaku. Jakarta. Info Medika.

Winardi. 2011. Pengaruh Iklim terhadap Kasus Demam Berdarah Dengue. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional 2(1): 20. 2 Juli 2011.

www.id.wikipedia.org

Yekti, Widayati. 2015. Demam Berdarah Dengue. Yogyakarta: PT Benteng Pustaka.