

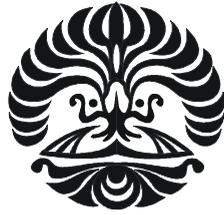
UNIVERSITAS INDONESIA

STUDI RELIABILITAS DIAGNOSIS KLINIS KASUS DBD OLEH  
TENAGA MEDIS DI PUSKESMAS DAN RSUD CILACAP DI  
KABUPATEN CILACAP PROVINSI JAWA TENGAH  
TAHUN 2010 - 2012

TESIS

OPYN MANANTA  
1006798442

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA  
DEPOK  
JULI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

STUDI RELIABILITAS DIAGNOSIS KLINIS KASUS DBD OLEH  
TENAGA MEDIS DI PUSKESMAS DAN RSUD CILACAP DI  
KABUPATEN CILACAP PROVINSI JAWA TENGAH  
TAHUN 2010 - 2012

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Magister Epidemiologi

OPYN MANANTA  
1006798442

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA  
KEKHUSUSAN EPIDEMIOLOGI LAPANGAN  
DEPOK  
JULI 2012

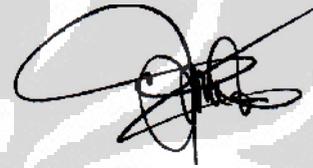
## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama** : Oryn Mananta

**NPM** : 1006798442

**Tanda Tangan** :



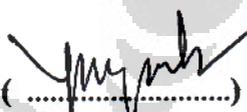
**Tanggal** : 7 Juli 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

**Tesis ini diajukan oleh :**  
**Nama :** Opyn Mananta  
**NPM :** 1006798442  
**Program Studi :** Magister Epidemiologi  
**Judul Tesis :** Studi Reliabilitas Diagnosis Klinis Kasus DBD oleh Tenaga Medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010 - 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Epidemiologi pada Program Studi Pascasarjana Epidemiologi Terapan (FETP), Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Pembimbing : dr. Tri Yunis Miko Wahyono, M.Sc. (  )

Pembimbing : dr. Yovsyah, M.Kes (  )

Penguji : dr. I Nyoman Kandun, MPH (  )

Penguji : Erliana Setiani, SKM, MPH (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 7 Juli 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Opyn Mananta

NPM : 1006798442

Program Studi : Epidemiologi

Tahun Akademik : Tesis

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**Studi Reliabilitas Diagnosis Klinis Kasus DBD oleh Tenaga Medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010 – 2012.**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan .

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 7 Juli 2012



( Opyn Mananta )

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Opyn Mananta

NPM : 1006798442

Program Studi : Epidemiologi

Departemen : Epidemiologi

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalty Non-eksklusif (*Non-exclusive royalty free right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Studi Reliabilitas Diagnosis Klinis Kasus DBD oleh Tenaga Medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010 – 2012”

Beserta perangkat yang ada jika diperlukan. Dengan hak bebas *royalty non eksklusif* ini Universitas Indonesia bebas menyimpan, mengalih media / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada Tanggal : 7 Juli 2012  
Yang Menyatakan



( Opyn Mananta )

## SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI MANUSKRIP

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Opyn Mananta  
NPM : 1006798442  
Jenjang : S2  
Program Studi : Epidemiologi  
Kelas : Reguler  
Kekhususan : Epidemiologi Lapangan (FETP)  
Tahun Akademik : 2010/2011  
Judul Manuskrip : Studi Reliabilitas Diagnosis Klinis Kasus DBD  
oleh Tenaga Medis di Puskesmas dan RSUD  
Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa  
Tengah Tahun 2010 – 2012

Menyatakan bahwa saya telah mendiskusikan dengan pembimbing, dan mengijinkan manuskrip saya untuk di publikasikan dengan syarat:

- o Dengan mengikutsertakan nama pembimbing  
Alamat korespondensi (*corresponding author*) untuk perbaikan manuskrip adalah:  
Jalan Rumbenunu No.6 Tentena, Kecamatan Pamona Utara, Kabupaten Poso, Provinsi Sulawesi Tengah. Telp.0458-21493. Email : op\_mananta@ymail.com

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Mengetahui  
Pembimbing Utama/Promotor  
Mahasiswa,



(dr. Tri Yunis Miko W, M.Sc)

Depok, 7 Juli 2012



(Opyn Mananta)

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Oryn Mananta  
Tempat tanggal lahir : Gintu, 7 juni 1978  
Agama : Kristen Protestan  
Alamat : Jl Rumbenunu No.6 Tentena, Kabupaten Poso,  
Provinsi Sulawesi Tengah  
Status : Belum Menikah

Riwayat Pendidikan :

1984-1990 : SD GKST III Tentena, Kabupaten Poso  
1990-1993 : SMP Kr. I Tentena, Kabupaten Poso  
1994-1997 : SPK Depkes Poso  
1999-2002 : Akademi Keperawatan Depkes Poso  
2006-2008 : Jurusan Epidemiologi, FKM UNHAS Makassar  
2010 - Sekarang : Program Pascasarjana Kekhususan Epidemiologi  
Lapangan (FETP)

Riwayat Pekerjaan :

1998 – Sekarang : Puskesmas Gintu, Kabupaten Poso  
Provinsi Sulawesi Tengah

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “Studi Reliabilitas Diagnosis Klinis Kasus DBD oleh Tenaga Medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010 - 2012”.

Pada penyusunan tesis ini penulis mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang setulusnya kepada :

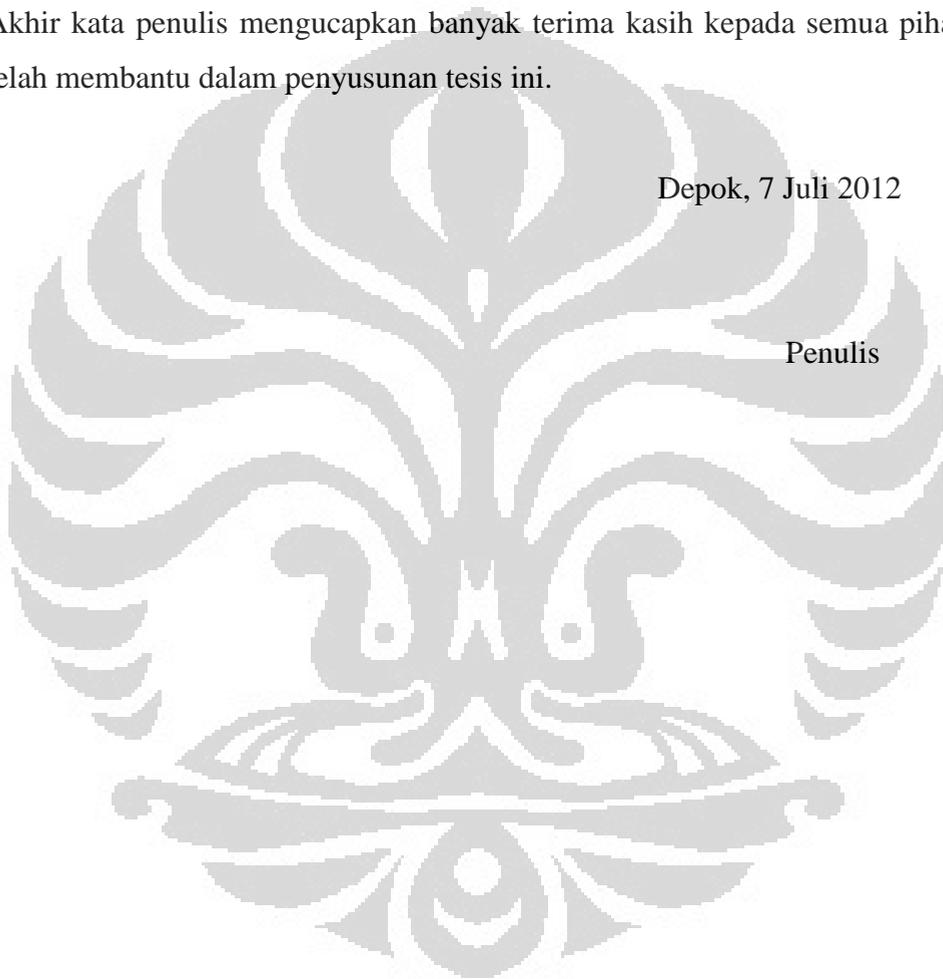
1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap, yang sudah memberikan tempat untuk melakukan praktek lapangan dan penelitian ini.
2. Direktur RSUD Cilacap, yang sudah memberikan izin untuk melakukan penelitian ini.
3. dr. Tri Yunis Miko Wahyono, M.Sc., selaku pembimbing akademik sekaligus pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan dorongan dalam penyusunan tesis ini.
4. dr. Yovsyah, M.Kes., selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan dorongan dalam penyusunan tesis ini.
5. Kuswantoro, SKM, M. Kes., selaku pembimbing lapangan yang juga telah banyak memberikan bimbingan, arahan, dorongan dan kesempatan dalam penyusunan tesis ini.
6. dr. I Nyoman Kandun, MPH., selaku penguji yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi penguji dan banyak memberikan masukan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
7. Erliana Setiani, SKM, MPH., selaku penguji yang telah bersedia menjadi penguji tesis dan banyak memberikan masukan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
8. Teman-teman FETP-UI Angkatan III yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini

9. Kedua orang tua saya, L. Mananta dan P. Singordjo, saudara – saudara saya, Rohayati Mananta, Safriadi Mananta, ST, Kristina Mananta,S.Pd, atas do'a dan motivasi yang diberikan kepada saya selama dalam studi.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran membangun dari semua pihak. Akhir kata penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Depok, 7 Juli 2012

Penulis



## ABSTRAK

Nama : Opyn Mananta  
Program Studi : Magister Epidemiologi  
Judul : Studi Reliabilitas Diagnosis Klinis Kasus DBD oleh Tenaga Medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010 - 2012

Penelitian ini membahas tentang gambaran tingkat kesamaan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis di puskesmas dan RSUD Cilacap serta faktor – faktor apa saja yang mempengaruhi penetapan diagnosis klinis kasus DBD di Kabupaten Cilacap Provinsi. Desain penelitian ini adalah studi potong lintang. Hasil penelitian ini didapatkan bahwa kesepakatan diagnosis klinis kasus DBD antara petugas medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap tergolong sangat baik (nilai kappa 0,82), dimana pelatihan, pengetahuan, sikap dan motivasi merupakan faktor yang berhubungan dalam penetapan diagnosis klinis kasus DBD. Untuk itu perlu di lakukan sosialisasi, pelatihan dan supervisi serta penyediaan sarana untuk pemeriksaan diagnostik kasus DBD.

Kata Kunci :  
Reliabilitas, DBD, diagnosis.

## ABSTRACT

Name : Oryn Mananta  
Study program: Magister of Epidemiology  
Title : Reliability study of DHF Diagnosis at PHC and Cilacap Hospital,  
Cilacap District, Central Java Province, 2010 - 2012

This study about reliability of DHF diagnosis in PHC and Cilacap Hospital and determinant of DHF diagnosis in Cilacap District. The study was cross sectional study. This study found that the agreement of clinical diagnosis of dengue cases among the medical doctors in PHC and Cilacap hospital classified as very good (kappa value 0.82). training, knowledge, attitude and motivation factor of the most were determinant of the agreement of clinical diagnosis of DHF cases . The study recommended to socialize the results of the study, conducting training on clinical diagnosis and conducting supervision regularly.

Key words:

Reliability, DHF, diagnosis.

## DAFTAR SINGKATAN



Arbovirosis	: Arthropoda Borne Viruses
BPS	: Badan Pusat Statistik
CFR	: Case Fatality Rate
DBD	: Demam Berdarah Dengue
DD	: Demam Dengue
DF	: Dengue Fever
DHF	: Dengue Haemorrhagic Fever
Dirjen P2PL	: Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
<i>DSS</i>	: <i>Dengue Shock Syndrome (DSS).</i>
<i>HI</i>	: <i>Haemagglutination Inhibition</i>
Ht	: Haematokrit
IR	: Incidence Rate
KEMENKES	: Kementerian Kesehatan
KK	: Kepala Keluarga
KLB	: Kejadian Luar Biasa
P2BB	: Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang
<i>PCR</i>	: <i>Polymerase Chain Reaction</i>
<i>RDT</i>	: <i>Rapid Diagnostic Test</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
WHO	: World Health Organization

## DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN SURAT PERNYATAAN.....	iv
HALAMAN PUBLIKASI.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PUBLIKASI MANUSKRIP.....	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK .....	x
ABSTRACT.....	xi
DAFTAR SINGKATAN .....	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR .....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	7
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	7
1.4. Tujuan Penelitian.....	8
1.5. Manfaat Penelitian .....	9
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Reliabilitas.....	10
2.2. Gambaran Umum Penyakit DBD.....	13
2.3. Kinerja.....	22
2.4. Kerangka Teori .....	30

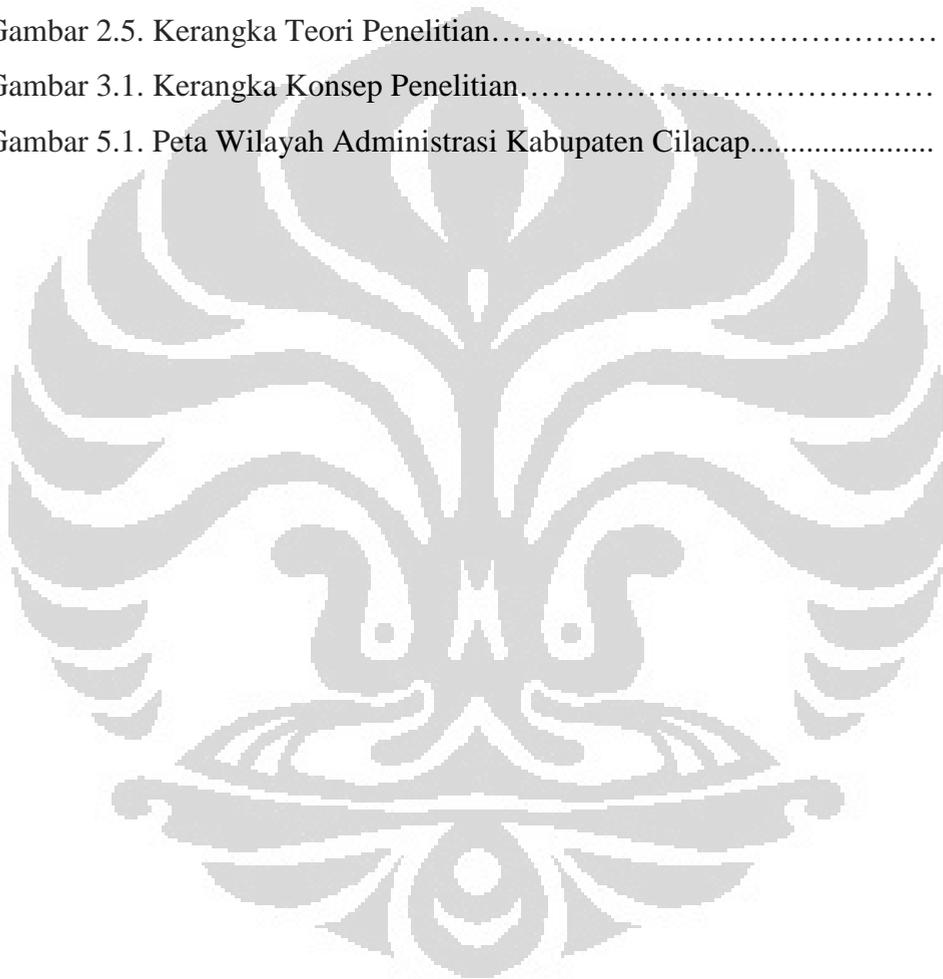
<b>BAB III KERANGKA KONSEP</b>	
3.1.Kerangka Konsep .....	31
3.2.Definisi Operasional.....	32
3.3.Hipotesis .....	36
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN</b>	
4.1.Desain Penelitian.....	37
4.2.Waktu dan Lokasi.....	37
4.3.Populasi dan Sampel .....	37
4.4.Sumber Data.....	39
4.5.Cara Pengumpulan Data.....	39
4.6.Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi.....	39
4.7.Metode Analisis.....	41
<b>BAB V HASIL PENELITIAN</b>	
5.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	43
5.2 Pelaksanaan Penelitian.....	45
5.3 Analisis Data.....	45
<b>BAB VI PEMBAHASAN</b>	
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	54
6.2 Gambaran penetapan diagnosis klinis DBD.....	56
6.3 Faktor – faktor yang berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap Tahun 2010 – 2012.....	57
<b>BAB VII SIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Simpulan.....	64
7.2 Saran.....	64
<b>DAFTAR REFERENSI .....</b>	<b>xviii</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Nilai kekuatan kesepakatan kappa.....	12
Tabel 2.2. Penegakan diagnosis DBD menurut beberapa sumber.....	17
Tabel 3.1. Definisi operasional variabel yang akan diteliti.....	32
Tabel 5.1. Distribusi penderita DBD berdasarkan Jenis Kelamin, - Umur, Kadar Trombosit dan IgG/IgM di RSUD Cilacap - Tahun 2010 – 2012.....	45
Tabel 5.2 Distribusi Responden berdasarkan Karakteristiknya di Kabupaten Cilacap Tahun 2010 – 2012.....	46
Tabel 5.3 Gambaran Diagnosis Tersangka DBD oleh Petugas Medis - di Puskesmas dan RSUD Cilacap Tahun 2010 – 2012.....	47
Tabel 5.4 Distribusi Kesepakatan Diagnosis DBD Klinis oleh - Tenaga Medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap - tahun 2010 – 2012.....	47
Tabel 5.5 Distribusi Kesepakatan Diagnosis DBD oleh Tenaga Medis - di Puskesmas dan RSUD Cilacap dengan Hasil Pemeriksaan IgG/IgM di RSUD Cilacap tahun 2010- 2012.....	48
Tabel 5.6 Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Penetapan Diagnosis - Kasus DBD di Kabupaten Cilacap Tahun 2010 – 2012.....	49
Tabel 5.7 Hubungan antara Faktor – Faktor yang Mempengaruhi - Penetapan Diagnosis Kasus DBD di Kabupaten Cilacap Tahun 2010 – 2012.....	52
Tabel 5.8 Hubungan antara Pelatihan, Pengetahuan, Sikap dan Motivasi Terhadap Penetapan Diagnosis Kasus DBD di Kabupaten Cilacap Tahun 2010 – 2012.....	53

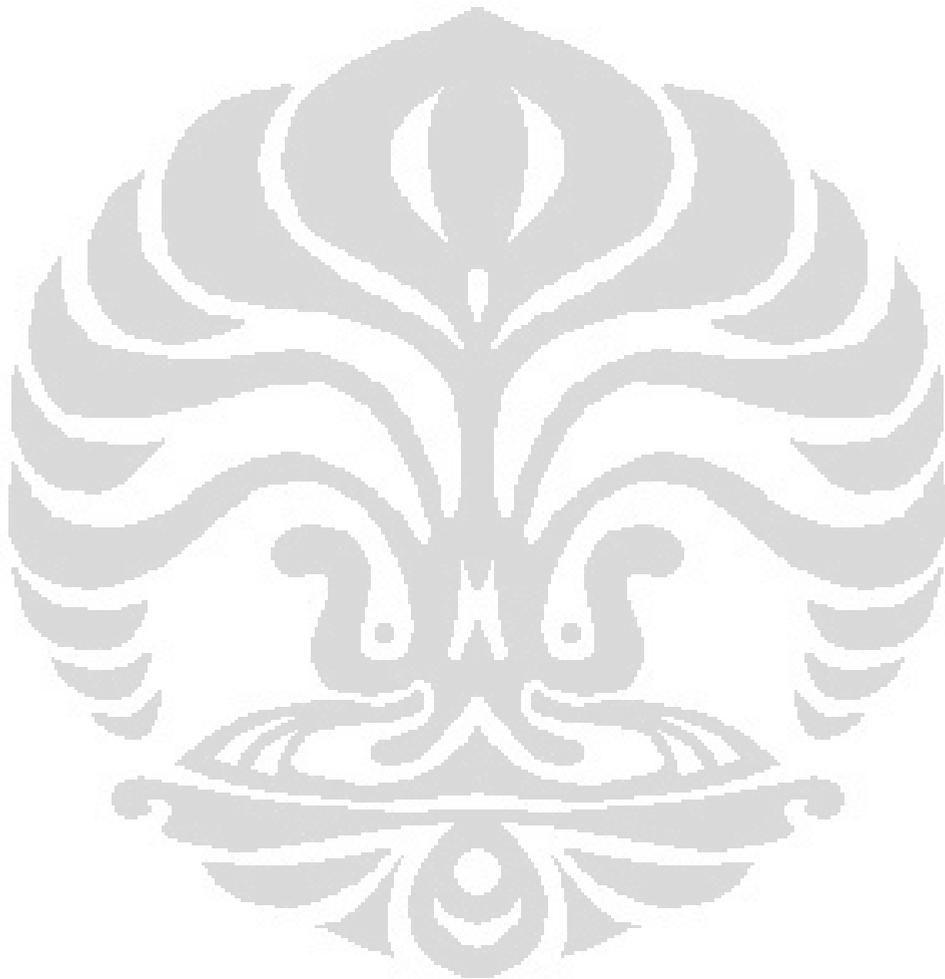
## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Patogenesis dan spektrum klinis Demam Berdarah Dengue..	19
Gambar 2.2. Manifestasi infeksi virus dengue.....	20
Gambar 2.3. Penatalaksanaan kasus DBD.....	21
Gambar 2.4. Variabel yang mempengaruhi kinerja.....	24
Gambar 2.5. Kerangka Teori Penelitian.....	30
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian.....	31
Gambar 5.1. Peta Wilayah Administrasi Kabupaten Cilacap.....	43



## DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner penelitian
2. Surat izin penelitian



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

Penyakit Demam Berdarah Dengue disebabkan oleh Virus *Dengue* dengan tipe DEN 1, DEN 2, DEN 3 dan DEN 4. Virus tersebut termasuk dalam *group B Arthropod borne viruses (arboviruses)*. Keempat tipe virus tersebut telah ditemukan di berbagai daerah di Indonesia antara lain Jakarta dan Yogyakarta. Virus yang banyak berkembang di masyarakat adalah virus *dengue* dengan tipe satu dan tiga.

Penyakit DBD adalah penyakit menular berbahaya yang menyebabkan gangguan pada pembuluh darah kapiler dan sistem pembekuan darah (trombosit) sehingga berkurangnya zat pembeku darah dalam plasma yang mengakibatkan pendarahan dan dapat menimbulkan kematian. Virus lalu merusak limpa dan hati termasuk butir-butir darah merah dan darah putih yang mengalir ke organ tersebut (WHO, 1997).

Trend kasus penyakit DBD pada umumnya sering terjadi di daerah tropis, dan muncul pada musim penghujan dan menurun setelah musim penghujan berakhir. Virus ini muncul akibat pengaruh musim dan alam serta perilaku manusia. Penyebaran penyakit DBD disebabkan karena faktor *agent* (virus *dengue*), lingkungan (kondisi geografi (ketinggian dari permukaan laut, curah hujan, angin, kelembaban, musim), kondisi demografi (kepadatan, mobilitas, perilaku, adat istiadat, sosial ekonomi penduduk), semakin baiknya sarana transportasi penduduk, terdapatnya vektor nyamuk hampir di seluruh pelosok tanah air, dan adanya empat *serotipe* virus yang bersirkulasi sepanjang tahun (WHO, 2002).

Penyakit DBD merupakan salah satu penyakit menular yang berbahaya dapat menimbulkan kematian dalam waktu singkat dan sering menimbulkan wabah. Penyakit ini pertama kali ditemukan di Filipina pada tahun 1953 dan selanjutnya menyebar ke berbagai negara. Di Indonesia penyakit ini pertama kali dilaporkan pada tahun 1968 di Surabaya dengan jumlah penderita 58 orang dengan kematian 24 orang (41,3%). Selanjutnya sejak saat itu penyakit

DBD cenderung menyebar ke seluruh tanah air Indonesia, keadaan ini erat kaitannya dengan meningkatnya mobilitas penduduk dan sejalan dengan semakin lancarnya hubungan transportasi.

Seluruh wilayah Indonesia mempunyai risiko untuk terjangkit penyakit DBD karena virus penyebab dan nyamuk penularnya tersebar luas baik di rumah maupun tempat- tempat umum, kecuali yang ketinggiannya lebih dari 1000 meter diatas permukaan laut. Pada saat ini hampir seluruh propinsi di Indonesia sudah terjangkit penyakit ini baik di kota maupun desa terutama yang padat penduduknya dan arus transportasinya lancar.

Sebagaimana diketahui bahwa sampai saat ini obat untuk membasmi virus dan vaksin untuk mencegah penyakit DBD belum tersedia. Cara yang tepat guna untuk menanggulangi penyakit ini secara tuntas adalah memberantas vektor/nyamuk penular. Vektor DBD mempunyai tempat perkembangbiakan yakni di lingkungan tempat tinggal manusia terutama di dalam dan diluar rumah. Nyamuk *Aedes aegypti* berkembangbiak di tempat penampungan air seperti bak mandi, drum, tempayan dan barang-barang yang memungkinkan air tergenang seperti kaleng bekas, tempurung kelapa , dan lain-lain yang dibuang sembarangan. Pemberantasan vektor DBD dilaksanakan dengan memberantas sarang nyamuk untuk membasmi jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Mengingat nyamuk *Aedes aegypti* tersebar luas diseluruh tanah air baik dirumah maupun tempat - tempat umum, maka untuk memberantasnya diperlukan peran serta seluruh masyarakat.

Penyakit DBD merupakan masalah kesehatan di Indonesia. Seluruh wilayah di Indonesia mempunyai risiko untuk terjangkit penyakit DBD, sebab baik virus penyebab maupun nyamuk penularannya sudah tersebar luas diperumahan penduduk maupun fasilitas umum diseluruh Indonesia.

Kasus DBD tahun 2008 – 2010 jumlah rata – rata kasus yang dilaporkan sebanyak 150.822 kasus dengan rata – rata kematian 1.321 kematian. Situasi kasus DBD tahun 2011 sampai dengan juni 2011 dilaporkan sebanyak 16.612 orang dengan kematian sebanyak 142 orang (CFR=0,85%). Dari jumlah kasus tersebut, proporsi penderita DBD pada perempuan sebesar 50,33% dan laki – laki sebesar 49,67%. Disisi lain angka kematian akibat DBD pada perempuan

lebih tinggi dibanding laki – laki. Situasi ini perlu diatasi dengan segera agar indikator kinerja/target pengendalian DBD yang tertuang dalam dokumen RPJMN yaitu IR DBD pada tahun 2014 adalah 51/100.000 penduduk, serta ABJ sebesar  $\geq 95\%$  dapat dicapai. (Kemenkes RI, 2011).

Secara global 2,5 sampai 3 milyar orang berisiko terserang penyakit DBD, *Aedes aegypti* merupakan vektor epidemi utama, penyebaran penyakit ini, diperkirakan terdapat 50 sampai 100 juta kasus per tahun, 500.000 kasus menuntut perawatan di Rumah Sakit, dan 90 % menyerang anak-anak dibawah 15 tahun, rata-rata angka kematian (*case fatality rate/CFR*) mencapai 5 %, secara epidemis bersifat siklis (terulang pada jangka waktu tertentu), dan belum ditemukan vaksin pencegahnya (Depkes RI, 2000).

DBD sudah empat puluh tahun ada di Indonesia, sejak tahun 1968 dan sampai saat ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang penting di Indonesia karena terus mengalami peningkatan, baik dalam jumlah maupun wilayahnya. Letak geografis dan iklim tropis di Indonesia sangat mendukung semakin berkembangnya penyakit ini. Penyakit DBD telah menjadi penyakit endemik di kota-kota besar di Indonesia. Seluruh wilayah di Indonesia mempunyai resiko untuk terjangkit penyakit DBD, sebab baik virus penyebab maupun nyamuk penularnya sudah tersebar luas di perumahan penduduk maupun fasilitas umum diseluruh Indonesia. Hingga saat ini jumlah kasus DBD dan daerah terjangkit terus meningkat. Setiap tahun terjadi KLB DBD di beberapa provinsi.

Untuk megusahakan agar angka kesakitan kurang dari 20/100.000 penduduk dan angka kematian tidak melebihi 2 %, pemerintah terus menyempurnakan program pemberantasan DBD. Upaya pemberantasan penyakit DBD dilaksanakan dengan cara yang tepat guna oleh pemerintah dengan peran serta masyarakat yang meliputi : (1) pencegahan, (2) penemuan, pertolongan dan pelaporan, (3) penyelidikan epidemiologi dan pengamatan penyakit DBD, (4) penanggulangan seperlunya, (5) penanggulangan lain dan (6) penyuluhan. (Kemenkes RI, 2011).

Untuk mengatasi masalah penyakit demam berdarah di Indonesia telah puluhan tahun dilakukan berbagai upaya pemberantasan vektor, tetapi hasilnya

belum optimal. Kejadian luar biasa (KLB) masih sering terjadi secara teoritis ada empat cara untuk memutuskan rantai penularan DBD ialah melenyapkan virus, isolasi penderita, mencegah gigitan nyamuk (vektor) dan pengendalian vektor. Untuk pengendalian vektor dilakukan dengan dua cara yaitu dengan cara kimia dan pengelolaan lingkungan, salah satunya dengan cara pembersihan sarang nyamuk (PSN) dengan 3M-Plus.

Pengendalian vektor dengan cara kimia hanya memberikan perlindungan terhadap pindahnya penyakit yang bersifat sementara dan dilakukan hanya apabila terjadi letusan wabah. Cara ini memerlukan dana yang tidak sedikit serta mempunyai dampak negatif terhadap lingkungan.

Meningkatnya jumlah kasus serta bertambahnya wilayah yang terjangkau, disebabkan karena semakin baiknya sarana transportasi penduduk, adanya pemukiman baru, kurangnya perilaku masyarakat terhadap pemberantasan sarang nyamuk, terdapatnya vektor nyamuk hampir di seluruh pelosok tanah air.

Menurut Dr Rita Kusriastuti, MSc, Direktur Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang (P2BB) Dirjen P2PL Kemenkes, Jumlah kasus demam berdarah di Indonesia tercatat masih tinggi, bahkan paling tinggi dibanding negara lain di ASEAN. Data Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI mencatat jumlah kasus DBD pada tahun 2009 mencapai sekitar 150 ribu. Angka ini cenderung stabil pada tahun 2010, sehingga kasus DBD di Indonesia belum bisa dikatakan berkurang. Demikian juga dengan tingkat kematiannya, tidak banyak berubah dari 0,89 pada tahun 2009 menjadi 0,87 pada tahun 2010. Ini berarti ada sekitar 1.420 korban meninggal akibat DBD pada 2009 dan sekitar 1.317 korban tewas pada tahun berikutnya.

Di Indonesia sulit diberantas karena laju perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* yang menularkan penyakit itu cukup cepat. Upaya pemberantasan jentik nyamuk selalu kalah cepat dari perkembangbiakan nyamuk tersebut. Di lingkungan yang berair, 1 ekor nyamuk rata-rata bertelur sebanyak 50 - 400 butir dan hanya butuh 1 minggu untuk menjadi nyamuk baru. Jika diambil angka terkecil, dalam seminggu selalu ada 50 ekor nyamuk baru yang pada minggu berikutnya menghasilkan 250 nyamuk lain lagi.

Faktor kepadatan penduduk juga memicu tingginya kasus DBD, karena tempat hidup nyamuk hampir seluruhnya adalah buatan manusia mulai dari kaleng bekas, ban bekas hingga bak mandi. Terkait masih tingginya kasus Dengue atau lebih dikenal dengan DBD menjadi keprihatinan para pejabat kesehatan se-ASEAN karena jumlah kasusnya masih tinggi. Ditetapkannya tanggal 15 Juni sebagai *ASEAN Dengue Day* dimaksudkan sebagai kampanye pengendalian dan pencegahan DBD di tingkat regional ASEAN.

Tahun 2008 jumlah kasus 137.469 (IR = 59,02 per 100.000 penduduk) dengan kematian : 1.187 (CFR = 0,86%). Jumlah kasus pada tahun 2009 sebanyak 154.855 dengan kematian 1.384 (CFR = 0,89%), bila dibandingkan dengan tahun 2008 mengalami peningkatan, bahkan telah terjadi KLB di 6 Provinsi yakni Kalimantan Barat, Sumatera Utara, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur dan Bangka Belitung meliputi 25 Kabupaten/Kota.

Dari kasus yang dilaporkan pada tahun 2009 diperoleh 5 provinsi yang menunjukkan kasus terbanyak adalah Jawa Barat (35.453 kasus), DKI Jakarta (27.964 kasus), Jawa Timur (18.008 kasus), Jawa Tengah (17.881 kasus) dan Kalimantan Barat (9.792 kasus). Pada tahun 2010 kasus DBD terbanyak dilaporkan di daerah – daerah dengan tingkat kepadatan yang tinggi seperti provinsi – provinsi di Pulau Jawa, Bali dan Sumatera. Insidens Rate (IR) tahun 2010 telah mencapai 65,62/100.000 penduduk dengan Case Fatality Rate 0,87%. (Kemenkes RI, 2011)

Jawa Tengah merupakan daerah endemik DBD di Indonesia, salah satu daerah yang endemik DBD di Jawa Tengah adalah Kota Cilacap. Peningkatan kasus terjadi pada musim penghujan. Kabupaten Cilacap sebagai bagian dari Provinsi Jawa Tengah merupakan salah satu daerah yang merupakan penyumbang kasus DBD di daerah Jawa Tengah, dimana insiden rate kasus DBD tiga tahun terakhir ini masih berada di atas 20 kasus / 100.000 penduduk, yaitu dimana pada tahun 2008 sebesar 35 kasus / 100.000 penduduk, tahun 2009 meningkat sebesar 45 kasus / 100.000 penduduk, dan tahun 2010 sebesar 22 kasus / 100.000 penduduk sedangkan tahun 2011 cenderung menurun yaitu sebesar 9 kasus / 100.000 penduduk. Sedangkan angka

kematian akibat penyakit DBD (*case fatality rate*) cenderung meningkat dalam 3 tahun terakhir ini dimana pada tahun 2008 sebesar 1 %, tahun 2009 sebesar 0,9 % dan tahun 2010 meningkat menjadi 2,1 %, sedangkan tahun 2011 tidak ada kematian akibat penyakit DBD.

Kejadian DBD di kabupaten Cilacap pada tahun 2010, tertinggi di daerah kota Cilacap sebesar 8 kasus /10.000 penduduk, yang meliputi 3 (tiga) kecamatan, yaitu kecamatan Cilacap Tengah sebesar 12 kasus /10.000 penduduk, Cilacap Utara sebesar 6 kasus /10.000 penduduk dan kecamatan Cilacap Selatan sebesar 5 kasus /10.000 penduduk (Dinkes Kab. Cilacap, 2010).

Kejadian DBD di kabupaten Cilacap pada tahun 2011, tertinggi di daerah kota Cilacap sebesar 4 kasus /10.000 penduduk, yang meliputi 3 (tiga) kecamatan, yaitu kecamatan Cilacap Tengah sebesar 5 kasus /10.000 penduduk, Cilacap Utara sebesar 4 kasus /10.000 penduduk dan kecamatan Cilacap Selatan sebesar 2 kasus /10.000 penduduk. (Dinkes Kab. Cilacap, 2011).

Diagnosis kasus DBD meliputi beberapa tahapan – tahapan, diagnosis klinis DBD di tetapkan berdasarkan kriteria klinis yang meliputi adanya demam tinggi mendadak, tanpa sebab jelas, berlangsung terus menerus selama 2 - 7 hari. Terdapat manifestasi perdarahan sekurang – kurangnya uji tourniquet positif, pembesaran hati dan juga syok, serta kriteria laboratorium yang meliputi; *Trombositopeni* (trombosit < 100.000/uL) dan *Hemokonsentrasi* (kenaikan Ht > 20%).

Diagnosis laboratoris kasus DBD di tetapkan dengan pemeriksaan serologis (*Haemagglutination Inhibition* dan Elisa – IgM / IgG), yaitu berdasarkan atas timbulnya antibodi pada penderita yang terjadi setelah infeksi. Deteksi Antigen (*Polymerase Chain Reaction*), untuk mengetahui *serotype* virus dan Isolasi Virus yang merupakan cara yang paling konklusif untuk menunjukkan infeksi dengue dan serotipenya.

Diagnosis DBD di Indonesia mengacu pada panduan dari kementerian kesehatan RI, dimana diagnosis DBD ditegakkan atau dinyatakan sebagai penderita DBD apabila memenuhi diagnosis klinis DBD dan atau memenuhi

diagnosis laboratoris dengan menggunakan HI test atau test IgG/IgM pada pemeriksaan *dengue rapid test*.

Diagnosis DBD di Kabupaten Cilacap ditegakkan dengan diagnosis klinis (kriteria klinis dan kriteria laboratorium) dan diagnosis laboratorium melalui pemeriksaan *dengue rapid test IgM/IgG*. Namun demikian belum ada data yang menggambarkan tentang reliabilitas diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan Rumah Sakit di Kabupaten Cilacap.

## 1.2 Rumusan Masalah

Kejadian kasus DBD perlu mendapatkan perhatian serius, dimana pada tahun 2010 sebesar 22 kasus / 100.000 penduduk sedangkan tahun 2011 cenderung menurun yaitu sebesar 9 kasus / 100.000 penduduk. Sedangkan angka kematian akibat penyakit DBD pada tahun 2010 2,1 %, sedangkan tahun 2011 tidak ada kematian akibat penyakit DBD. Diagnosis klinis penyakit DBD di Kabupaten Cilacap dilakukan oleh tenaga medis baik di Puskesmas maupun di Rumah Sakit. Kondisi geografis Kabupaten Cilacap yang luas dan akses beberapa daerah yang masih jauh dari Rumah Sakit membutuhkan kemampuan diagnosis klinis penderita DBD oleh tenaga medis di Puskesmas. Sampai saat ini belum ada data tentang reliabilitas dari diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan Rumah Sakit di Kabupaten Cilacap sehingga penulis merumuskan masalah penelitian tentang tingkat kesamaan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap serta faktor – faktor apa saja yang mempengaruhi penetapan diagnosis klinis kasus DBD di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 – 2012.

## 1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka timbul pertanyaan penelitian yaitu bagaimana tingkat kesamaan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di puskesmas dan RSUD Cilacap serta faktor – faktor apa saja yang mempengaruhi penetapan diagnosis klinis kasus DBD di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 – 2012. Dimana dapat dijabarkan dalam beberapa pertanyaan penelitian yang lebih spesifik, sebagai berikut :

- 1.3.1. Bagaimana tingkat kesamaan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 – 2012
- 1.3.2. Apakah ada hubungan antara pengalaman, umur, jenis kelamin, pengetahuan, sikap, motivasi, pelatihan, tugas rangkap, supervisi, sarana dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis di puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 – 2012
- 1.3.3. Faktor – faktor apa saja yang paling berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis di puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 – 2012

#### **1.4 Tujuan Penelitian**

##### 1.4.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tingkat kesamaan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis di puskesmas dan RSUD Cilacap serta faktor – faktor apa saja yang mempengaruhi penetapan diagnosis klinis kasus DBD di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 – 2012.

##### 1.4.2. Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan umum, dapat dijabarkan dalam beberapa tujuan khusus, yaitu :

1. Untuk mengetahui tingkat kesamaan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 – 2012.
2. Untuk mengetahui hubungan antara pengalaman, umur, jenis kelamin, pengetahuan, sikap, motivasi, pelatihan, tugas rangkap, supervisi, sarana dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis di puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 – 2012
3. Untuk mengetahui faktor – faktor yang paling berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis di

puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 – 2012

### **1.5 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat di jadikan masukan bagi pemerintah Kabupaten Cilacap, terlebih khusus bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap dan RSUD Cilacap serta Puskesmas yang ada di Kabupaten Cilacap dalam meningkatkan kapabilitas petugas medis dalam melakukan diagnosis klinis kasus DBD.

### **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini akan di lakukan di Kabupaten Cilacap dengan menggunakan data primer dengan melakukan wawancara langsung kepada petugas medis di RSUD Cilacap dan Puskesmas dengan panduan kuesioner serta data sekunder dari catatan Rekam Medik pasien DBD di RSUD Cilacap. Subyek yang akan diteliti adalah petugas medis yang ada di puskesmas yang merujuk kasus – kasus DBD ke RSUD Cilacap sejak tahun 2010 - 2012 dan petugas medis di RSUD Cilacap yang melakukan diagnosis pada kasus – kasus DBD baik kasus yang dirujuk oleh puskesmas maupun bukan kasus rujukan. Subyek penelitian untuk data sekunder adalah semua kasus – kasus DBD yang tercatat di bagian rekam medik RSUD Cilacap yang dilakukan pemeriksaan Ig G dan Ig M (*Rapid Diagnostic Test*). Penelitian ini dilakukan dengan studi potong lintang untuk mengetahui reliabilitas serta faktor – faktor apa saja yang mempengaruhi penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 - 2012.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana pengukuran individu – individu pada situasi – situasi yang berbeda memberikan hasil yang sama. Dimana situasi yang berbeda adalah kesempatan (waktu) yang berbeda (tetapi pengamat sama), pengamat berbeda atau tes – tes yang serupa atau paralel.

Reliabilitas merupakan perbandingan antara skor variabilitas individu – individu terhadap skor variabilitas total. Skor variabilitas sesungguhnya antar individu ditambah dengan kesalahan pengukuran. Makin besar kesalahan pengukuran, makin besar skor variabilitas total, makin rendah reliabilitas.

Reliabilitas pengukuran ditentukan oleh homogenitas cara pengukuran di dalam alat ukur itu sendiri, dan konsistensi pengukuran ketika diterapkan di berbagai situasi.

Reliabilitas (Sugiono, 2005), adalah serangkaian pengukuran atau serangkaian alat ukur yang memiliki konsistensi bila pengukuran yang dilakukan dengan alat ukur itu dilakukan secara berulang. Kondisi itu ditengarai dengan konsistensi hasil dari penggunaan alat ukur yang sama yang dilakukan secara berulang dan memberikan hasil yang relatif sama dan tidak melanggar kelaziman. Untuk pengukuran subjektif, penilaian yang dilakukan oleh minimal dua orang bisa memberikan hasil yang relatif sama (reliabilitas antar penilai).

Penilaian reliabilitas menyentuh dua aspek yaitu konsistensi internal dan stabilitas.

##### 1. Konsistensi internal

Konsistensi internal merujuk kepada *homogenitas* item – item dalam mencerminkan satu dimensi yang sama dari suatu alat ukur.

## 2. Stabilitas

Aspek stabilitas menilai seberapa kuat korelasi dari pengukuran satu ke pengukuran lainnya pada individu – individu yang sama tetapi pengamat yang berbeda, pada waktu berbeda tetapi pengamat sama, ataupun pada berbagai versi tes (alat ukur).

Reliabilitas dapat ditingkatkan melalui beberapa cara, yaitu :

1. Membakukan situasi dimana instrumen akan digunakan
2. Menghilangkan variasi pengukuran intra-pengamat, dengan mengurangi sumber – sumber variasi eksternal seperti kejemuhan, kelelahan, lingkungan berisik dan sebagainya
3. Menghilangkan variasi pengukurannya antar pengamat dengan menggunakan orang – orang yang terlatih dan termotivasi untuk menjalankan penelitian dengan baik
4. Melakukan koreksi terhadap pengamat.

Pengukuran reliabilitas dilakukan dengan menggunakan *Koefisien Kappa Cohen*, yaitu untuk menilai kesepakatan pengukuran antar pengamat (*inter-observer*) maupun antara beberapa kesempatan pengukuran oleh seorang pengamat (*intra-observer*), ketika pengukuran dilakukan dengan skala kategorik.

*Kappa Cohen* dihitung dengan menggunakan tabel 2 x 2 jika skala pengukuran dikotomi dan di hitung dengan tabel polikotomi r x c (baris dan kolom lebih dari dua kategori).

Pengamat kedua		Pengamat pertama		Jumlah
		Positif	Negatif	
	Positif	A	b	a + b
	Negatif	C	d	c + d
Jumlah		a + c	b + d	N

$$\text{Koefisien } k\text{appa (K)} = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e}$$

Proporsi frekuensi kesepakatan teramati :

$$P_o = \frac{O_{11} + O_{22}}{N}$$

Dimana :

$O_{11}$  adalah frekuensi teramati sel 11 (=sel a)

$O_{22}$  adalah frekuensi teramati sel 22 (=sel d)

N adalah jumlah semua pengukuran

Proporsi frekuensi kesepakatan harapan :

$$P_e = \frac{E_{11} + E_{22}}{N}$$

Dimana :

$E_{11}$  adalah frekuensi harapan (hanya karena peluang) sel 11 (=sel a)

$E_{22}$  adalah frekuensi harapan (hanya karena peluang) sel 22 (=sel d)

N adalah jumlah semua pengukuran

$$E_{11} = \frac{(a + b)(a + c)}{N}$$

$$E_{22} = \frac{(c + d)(b + d)}{N}$$

Tabel 2.1. Nilai kekuatan kesepakatan kappa

Nilai Kappa (K)	Kekuatan kesepakatan
<0,20	Jelek
0,21 – 0,40	Cukup
0,41 – 0,60	Sedang
0,61 – 0,80	Baik
0,81 – 1,00	Sangat baik

(Bisma Murti, 2003)

## 2.2 Gambaran Umum Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

### 2.2.1. Demam Berdarah Dengue

Penyakit DBD disebabkan oleh Virus Dengue dengan tipe DEN 1, DEN 2, DEN 3 dan DEN 4. Virus tersebut termasuk dalam group B Arthropod borne viruses (arboviruses). Keempat type virus tersebut telah ditemukan di berbagai daerah di Indonesia antara lain Jakarta dan Yogyakarta. Virus yang banyak berkembang di masyarakat adalah virus dengue dengan tipe satu dan tiga.

Penyakit DBD adalah penyakit menular berbahaya yang menyebabkan gangguan pada pembuluh darah kapiler dan sistem pembekuan darah (trombosit) sehingga berkurangnya zat pembeku darah dalam plasma yang mengakibatkan pendarahan dan dapat menimbulkan kematian. Virus lalu merusak limpa dan hati termasuk butir-butir darah merah dan darah putih yang mengalir ke organ tersebut (WHO, 1997).

Trend kasus penyakit DBD pada umumnya sering terjadi di daerah tropis, dan muncul pada musim penghujan dan menurun setelah musim penghujan berakhir. Virus ini muncul akibat pengaruh musim dan alam serta perilaku manusia. Penyebaran penyakit DBD disebabkan karena faktor *agent* (virus Dengue), lingkungan (kondisi geografi (ketinggian dari permukaan laut, curah hujan, angin, kelembaban, musim), kondisi demografi (kepadatan, mobilitas, perilaku, adat istiadat, sosial ekonomi penduduk)), semakin baiknya sarana transportasi penduduk, terdapatnya vektor nyamuk hampir di seluruh pelosok tanah air, dan adanya empat serotipe virus yang bersirkulasi sepanjang tahun (WHO, 2002).

### 2.2.2. Penyebab Demam Berdarah Dengue

Menurut Siregar (2004), penyebab penyakit adalah virus Dengue. Virus ini termasuk kelompok *Arthropoda Borne Viruses* (*Arbovirosis*). Sampai saat ini dikenal ada 4 serotipe virus yaitu :

- 1 Dengue 1 diisolasi oleh Sabin pada tahun 1944
- 2 Dengue 2 diisolasi oleh Sabin pada tahun 1944
- 3 Dengue 3 diisolasi oleh Sather

#### 4 Dengue 4 diisolasi oleh Sather

Keempat tipe virus tersebut telah ditemukan di berbagai daerah di Indonesia dan yang terbanyak adalah Dengue 2 dan Dengue 3. Penelitian di Indonesia menunjukkan Dengue 3 merupakan serotipe virus yang dominan menyebabkan kasus yang berat (WHO, 2000).

#### 2.2.3. Cara Penularan Demam Berdarah Dengue

DBD merupakan salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Nyamuk yang paling berperan dalam penularan penyakit ini adalah nyamuk *Aedes aegypti* karena hidupnya di dalam dan di sekitar rumah, sedangkan *Aedes albopictus* hidupnya di kebun-kebun sehingga lebih jarang kontak dengan manusia (Sumunar, 2008).

Cara penularan penyakit DBD adalah melalui gigitan nyamuk *Aedes* yang terinfeksi dengan DBD kemudian ditularkan kepada orang sehat. Nyamuk betina menggigit atau menghisap darah orang yang mengalami infeksi Dengue, kemudian virus Dengue akan masuk ke dalam tubuh nyamuk. Virus Dengue memerlukan waktu sembilan hari untuk hidup dan berkembangbiak di dalam air liur nyamuk. Nyamuk yang terjangkit virus Dengue kemudian menggigit manusia dan memasukkan virus Dengue yang berada di dalam air liurnya ke dalam sistem aliran darah manusia. Setelah 3-15 hari atau yang disebut sebagai periode inkubasi, penderita akan mulai mendapat demam yang tinggi (Siregar, 2004).

Penularan juga dapat terjadi apabila nyamuk *Aedes* betina sedang menghisap darah orang yang terinfeksi virus Dengue, dan nyamuk itu segera akan menggigit orang lain pula. Hal ini menyebabkan virus yang terdapat di dalam probosis nyamuk tersebut akan masuk ke dalam peredaran darah orang kedua tanpa memerlukan masa inkubasi. Seekor nyamuk yang sudah terjangkit akan membawa virus itu di dalam badannya sampai berakhir kehidupannya (Siregar, 2004).

#### 2.2.4. Gejala Demam Berdarah Dengue

Menurut WHO (1997), setelah mengalami inkubasi selama 3-15 hari sejak seseorang terserang virus Dengue, selanjutnya penderita akan menampakkan berbagai tanda dan gejala DBD sebagai berikut:

##### 1 Demam

Penyakit DBD didahului oleh demam tinggi yang mendadak terus-menerus berlangsung 2-7 hari, kemudian turun secara cepat. Demam secara mendadak disertai gejala klinis yang tidak spesifik seperti: lemas, nyeri pada tulang, sendi, punggung dan kepala.

##### 2 Manifestasi Pendarahan

Pendarahan terjadi pada semua organ umumnya timbul pada hari 2-3 setelah demam. Sebab pendarahan adalah *trombositopenia*. Bentuk pendarahan dapat berupa :

- 1) *Ptechia*
- 2) *Purpura*
- 3) *Echymosis*
- 4) Pendarahan *konjungtiva*
- 5) Pendarahan dari hidung (mimisan atau *epistaxis*)
- 6) Pendarahan gusi
- 7) Muntah darah (*hematemesis*)
- 8) Buang air besar berdarah (*hematuri*)

Gejala ini tidak semua harus muncul pada setiap penderita, untuk itu diperlukan tes *torniquet* dan bisaanya positif pada sebagian besar penderita DBD.

##### 3. Pembesaran Hati (*Hepatomegali*)

Pembesaran hati dapat diraba pada penularan demam. Derajat pembesaran hati tidak sejajar dengan berupa penyakit pembesaran hati mungkin berkaitan dengan strain serotipe virus *Dengue*.

#### 4. Renjatan (Syok)

Renjatan dapat terjadi pada saat demam tinggi yaitu antara hari 3-7 mulai sakit. Renjatan perdarahan atau kebocoran plasma ke darah vaskuler melalui kapiler yang rusak. Adapun tanda-tanda perdarahan:

- 1) Kulit teraba dingin pada ujung hidung, jari dan kaki.
- 2) Penderita menjadi gelisah.
- 3) Nadi cepat, lemah, kecil.
- 4) Tekanan nadi menurun (menjadi 20 mmHg atau kurang).
- 5) Tekanan darah menurun (tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang). Renjatan yang terjadi pada saat demam, biasanya mempunyai kemungkinan yang lebih buruk.

Patogenesis DBD tidak sepenuhnya dipahami, namun terdapat dua perubahan patofisiologis yang mencolok, yaitu meningkatnya permeabilitas kapiler yang mengakibatkan bocornya plasma, *hipovolemia* dan terjadinya syok. Terdapat kejadian unik yaitu terjadinya kebocoran plasma ke dalam rongga pleura dan rongga peritoneal. Kebocoran plasma terjadi secara singkat (24-48 jam). *Hemostatis* abnormal yang disebabkan oleh *vaskulopati*, *trombositopeni* dan *koagulopati*, mendahului terjadinya manifestasi perdarahan. Aktivasi sistem komplemen selalu dijumpai pada pasien DBD. Kadar C3 dan C5 rendah, sedangkan C3a serta C5a meningkat (WHO, 2000).

#### 2.2.5. Manifestasi Klinis Penyakit Demam Berdarah Dengue

Manifestasi klinis infeksi virus *Dengue* pada manusia sangat bervariasi. Spektrum variasinya begitu luas, mulai dari asimtomatik, demam ringan yang tidak spesifik, Demam Dengue (DD), Demam Berdarah Dengue (DBD), hingga yang paling berat yaitu *Dengue Shock Syndrome* (DSS). Diagnosis DBD ditegakkan berdasarkan kriteria diagnosis, terdiri dari kriteria klinis dan laboratoris. Penggunaan kriteria ini dimaksudkan untuk mengurangi diagnosis yang berlebihan / *overdiagnosis* (WHO, 1998).

Dalam penegakan diagnosis kasus DBD, ada beberapa acuan dalam penegakan diagnosis kasus DBD, yaitu :

Tabel 2.2.

## Penegakan diagnosis DBD menurut beberapa sumber

Kriteria	Dr.Alan R. Tumbelaka, Sp.A(K) *	KEMENKES	WHO
Klinis	Demam, 2–7 hari biasanya bifasik, kecenderungan perdarahan, sekurang-kurangnya salah satu dari : uji tourniquet positif, petekie, ekimosis atau purpura, perdarahan mukosa, saluran cerna, lokasi bekas tusuk jarum, hematemesis / melena. Tanda kebocoran plasma : efusi pleura, asites.	Demam tinggi mendadak, tanpa sebab jelas, berlangsung terus menerus selama 2 – 7 hari. Terdapat manifestasi perdarahan yang ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uji <i>tourniquet</i> positif</li> <li>• <i>Petekia, ekimosis, purpura</i></li> <li>• Perdarahan mukosa, <i>epitaksis, perdarahan gusi</i></li> <li>• <i>Hematemesis</i> dan <i>melena</i></li> <li>• <i>Hematuria</i></li> <li>• Pembesaran hati (<i>hepatomegali</i>)</li> <li>• Manifestasi syok/renjatan</li> </ul>	Demam > 39 <sup>0</sup> C selama 2 – 7 hari. Kadang mencapai 40 <sup>0</sup> C - 41 <sup>0</sup> C pada anak dapat terjadi kejang demam. Terdapat manifestasi perdarahan yang ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uji <i>tourniquet</i> positif</li> <li>• <i>Petekia, ekimosis, purpura</i></li> <li>• Perdarahan mukosa, <i>epitaksis, perdarahan gusi</i></li> <li>• <i>Perdarahan gastrointestinal</i></li> <li>• Pembesaran hati (<i>hepatomegali</i>)</li> <li>• Manifestasi syok/renjatan</li> </ul>
Kriteria Laboratoris	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombositopenia</li> <li>• Nilai Hematokrit meningkat</li> <li>• hipoproteinemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Trombositopeni</i> (trombosit &lt;100.000/uL)</li> <li>• <i>Hemokonsentrasi</i> (Ht &gt; 20%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Trombositopeni</i> (trombosit &lt;100.000/uL)</li> <li>• <i>Hemokonsentrasi</i> (Ht &gt; 20%)</li> </ul>
Diagnosis Laboratoris	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolasi Virus dengue</li> <li>• Pemeriksaan serologi : test HI, test pengikat komplemen, test netralisasi, test Mac Elisa, test IgG Elisa, test cepat dalam bentuk KIT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uji serologi yang dipakai untuk menentukan adanya infeksi virus dengue, misalnya: uji hemaglutinasi inhibisi, uji komplemen fiksasi, uji netralisasi, IgM Elisa, IgG Elisa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Isolation of the dengue virus</i></li> <li>• <i>IgG or IgM antibody titres</i></li> <li>• <i>ELISA;</i></li> <li>• <i>polymerase chain reaction (PCR).</i></li> </ul>

Kriteria	Dr.Alan R. Tumbelaka, Sp.A(K) *	KEMENKES	WHO
Diagnosis Radiologis	Radiologi dan USG, ditemukan : Dilatasi pembuluh darah paru Efusi pleura Kardiomegali, efusi perikard Hepatomegali Ascites Penebalan dinding vesika felea	Pada foto thoraks (rontgen dada) terhadap kasus DBD derajat III/IV dan sebagian besar derajat II, didapatkan efusi pleura, terutama di sebelah hemitoraks kanan. Asites dan efusi pleura (USG)	Pada foto thoraks didapatkan efusi pleura, Asites, efusi pleura dan Splenomegali
Diagnosis Diferensial	Diagnosis banding mencakup infeksi bakteri, virus atau infeksi protozoa : tifoid, campak, influenza, hepatitis, chikungunya, leptospirosis dan malaria.	Diagnosis banding mencakup infeksi bakteri, virus atau infeksi parasit : tifoid, campak, influenza, hepatitis, chikungunya, leptospirosis dan malaria.	Diagnosis banding mencakup infeksi bakteri, virus atau infeksi parasit

Keterangan : \* Staf Subbagian infeksi dan pediatric ttropis, IKA FKUI-RSCM

Menurut WHO (1998), DBD diklasifikasikan menjadi empat tingkatan keparahan, dimana derajat III dan IV dianggap DSS. Adanya *trombositopenia* dengan disertai *hemokonsentrasi* membedakan derajat I dan II DHF dan DF.

a. Derajat I

Demam disertai dengan gejala non-spesifik; satu-satunya manifestasi perdarahan adalah tes tourniquet positif dan mudah memar.

b. Derajat II

Pendarahan spontan selain manifestasi pasien pada derajat I, bisaanya pada bentuk pendarahan kulit atau pendarahan lain.

c. Derajat III

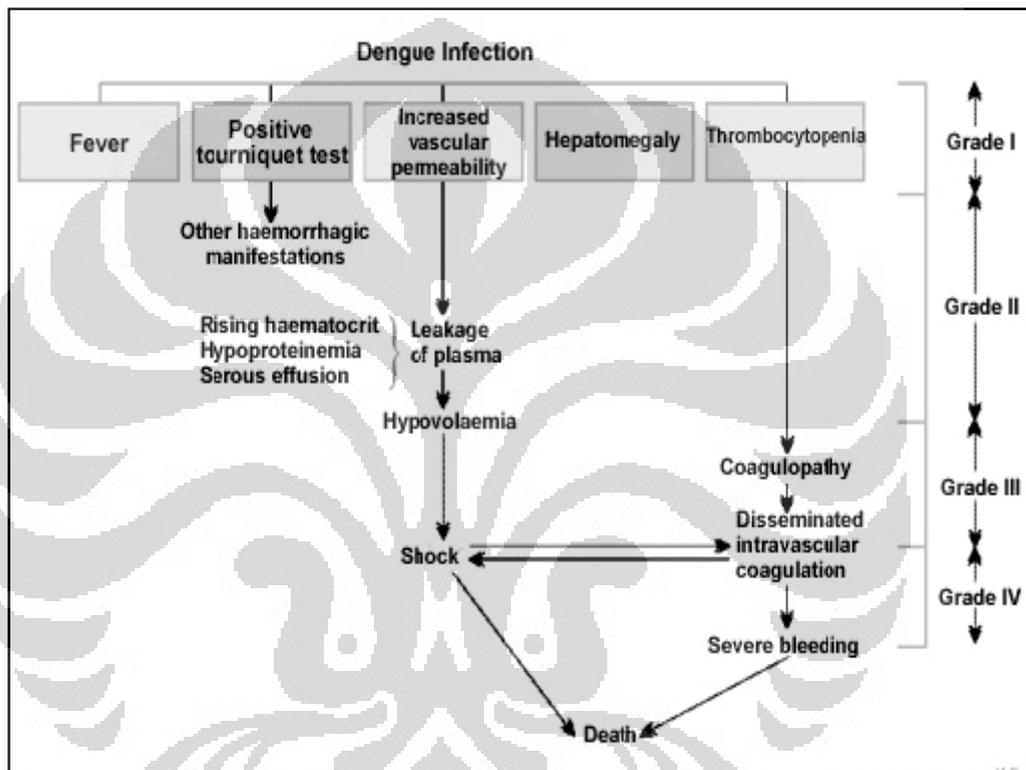
Gagal sirkulasi dimanifestasikan dengan nadi cepat dan lemah serta penyempitan nadi atau *hipotensi*, dengan kulit dingin dan lembab serta gelisah.

## d. Derajat IV

Syok hebat dengan tekanan darah atau nadi tidak terdeteksi.

Keempat derajat keparahan pada DBD dapat dilihat pada gambar berikut.

Gambar 2.1. Patogenesis dan spektrum klinis Demam Berdarah Dengue

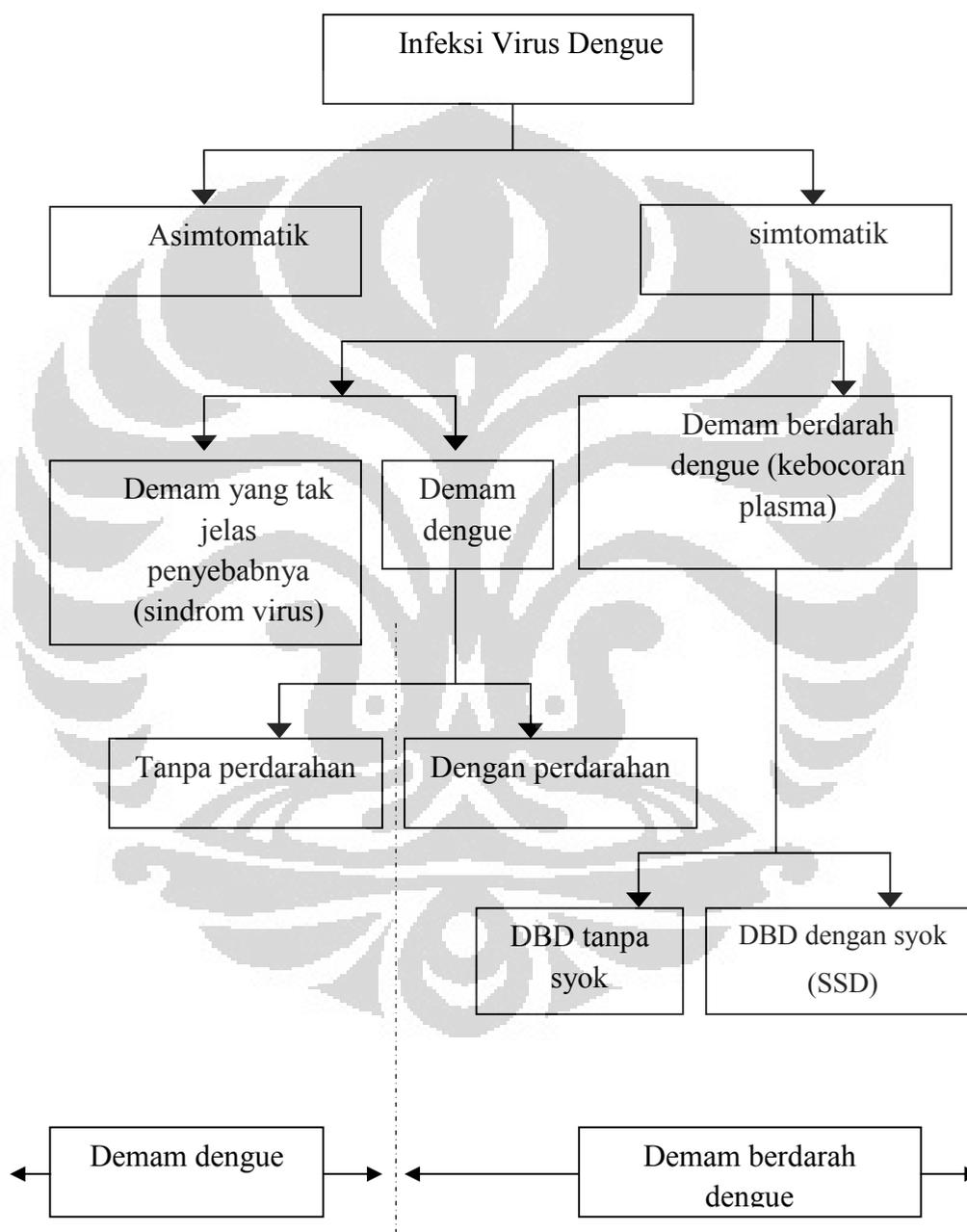


Sumber : WHO dalam Chen, 2009

Dari gambar di atas terlihat bahwa diperlukan kecepatan dan ketepatan untuk menetapkan diagnosis klinis DBD agar tidak berlanjut ke tingkat yang lebih parah. Dimana pada derajat I untuk menetapkan diagnosis klinis DBD atau DD diperlukan beberapa komponen, seperti demam, tes tourniquet positif, peningkatan permeabilitas pembuluh darah, penurunan kadar trombosit serta pembesaran organ hati.

Infeksi virus dengue bisa bersifat asimtomatik atau berupa demam yang tidak jelas, berupa demam dengue sampai dan demam berdarah dengue dengan kebocoran plasma yang berakibat syok, sesuai gambar berikut :

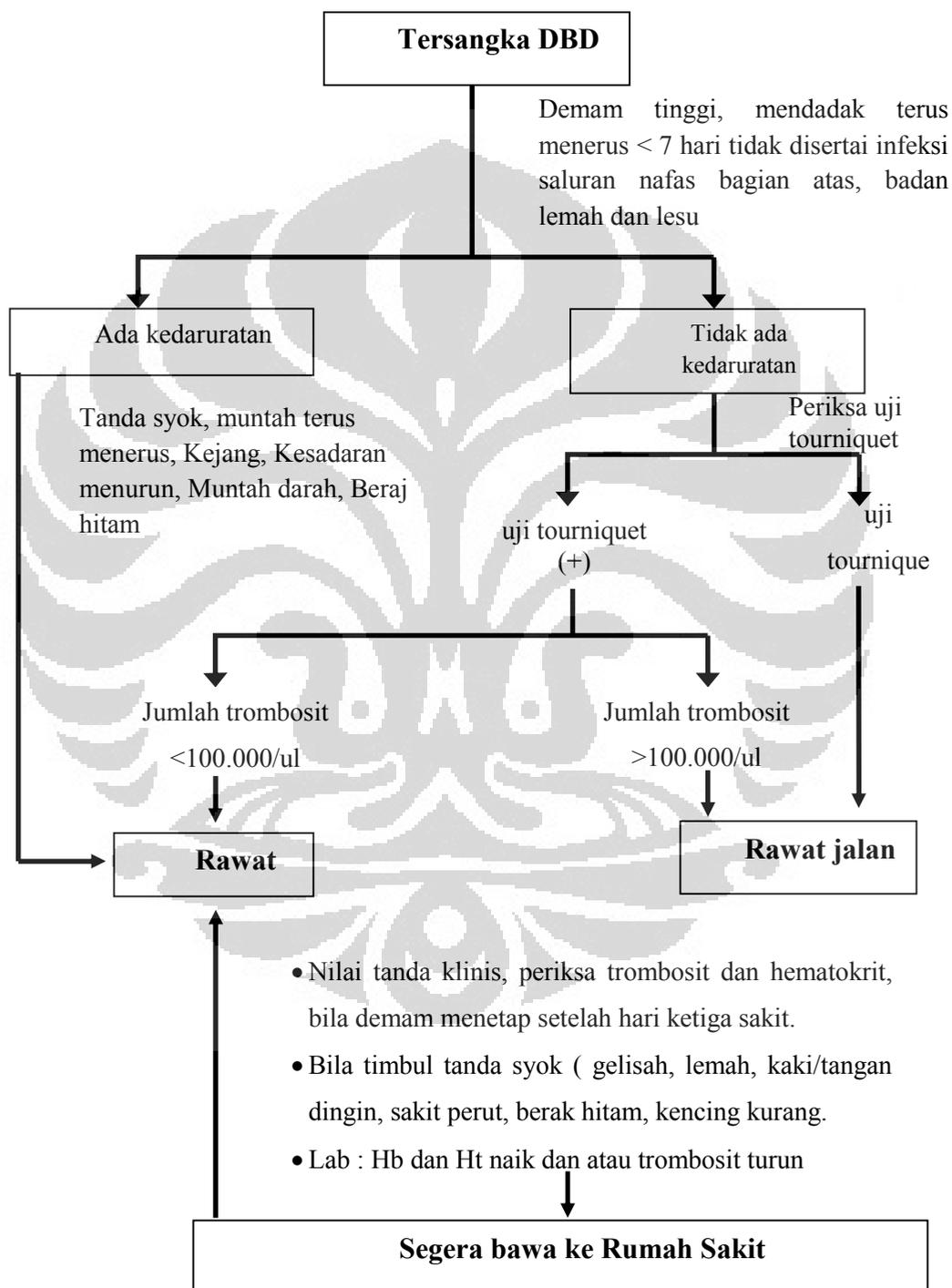
Gambar 2.2. Manifestasi infeksi virus dengue



Sumber : WHO dalam Tjokronegoro A, 2000

Penatalaksanaan kasus DBD dapat dilihat pada gambar berikut :

Gambar 2.3. Penatalaksanaan kasus DBD



Sumber : Prof.dr.Arjatmo Tjokronegoro,Ph.D dan dr.Hendra Utama, SpFK dalam Tjokronegoro A, 2000

## 2.3 Kinerja

### 2.3.1. Pengertian Kinerja

Kinerja merupakan catatan keluaran hasil pada suatu fungsi jabatan atau seluruh aktivitas kerja dalam periode tertentu. Kinerja juga merupakan kombinasi antara kemampuan dan usaha untuk menghasilkan apa yang dikerjakan. Agar dapat menghasilkan kinerja yang baik, seseorang memiliki kemampuan, kemauan, usaha serta dukungan dari lingkungan. Kemauan dan usaha akan menghasilkan motivasi kemudian setelah ada motivasi seseorang akan menampilkan perilaku untuk bekerja.

Kinerja adalah kelakuan atau kegiatan yang berhubungan dengan tujuan organisasi, dimana organisasi tersebut merupakan keputusan dari pimpinan. Dikatakan bahwa kinerja bukan *outcome*, konsekuensi atau hasil dari perilaku atau perbuatan. Tetapi kinerja adalah perbuatan atau aksi itu sendiri, disamping itu kinerja adalah multidimensi sehingga untuk beberapa pekerjaan spesifik mempunyai beberapa bentuk komponen kerja, yang dibuat dalam batas hubungan variasi dengan variabel lain. Kinerja dengan prestasi kerja yaitu proses melalui mana organisasi mengevaluasi atau menilai prestasi kerja karyawan. Kinerja adalah hasil yang dicapai atau prestasi yang dicapai karyawan dalam melaksanakan suatu pekerjaan dalam suatu organisasi.

Penampilan kerja atau *job performance* sebagai bagian dari profisiensi kerja adalah menyangkut apa yang dihasilkan seseorang dari perilaku kerja. Tingkat sejauh mana seseorang berhasil menyelesaikan tugasnya disebut profesi (*level of performance*). Individu di tingkat prestasi kerja disebut produktif, sedangkan prestasi kerjanya tidak mencapai standar disebut tidak produktif. *Job performance* (penampilan kerja) adalah hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku dalam pekerjaan yang bersangkutan.

Menurut teori Atribusi atau *Expectancy Theory*, penampilan kerja dirumuskan sebagai berikut :  $P = M \times A$ , di mana P (*Performance*), M (Motivasi), A (*Ability*). Sehingga dapat dijelaskan bahwa *performance*

adalah hasil interaksi antara motivasi dengan *ability* (kemampuan dasar). Dengan demikian orang yang tinggi motivasinya, tetapi memiliki kemampuan dasar yang rendah akan menghasilkan *performance* yang rendah, begitu pula halnya dengan orang yang sebenarnya mempunyai kemampuan dasar yang tinggi tetapi rendah motivasinya. Penampilan kerja adalah suatu prestasi kerja yang telah dikerjakan atau ditunjukkan atas produk/jasa yang dihasilkan atau diberikan seseorang atau kelompok.

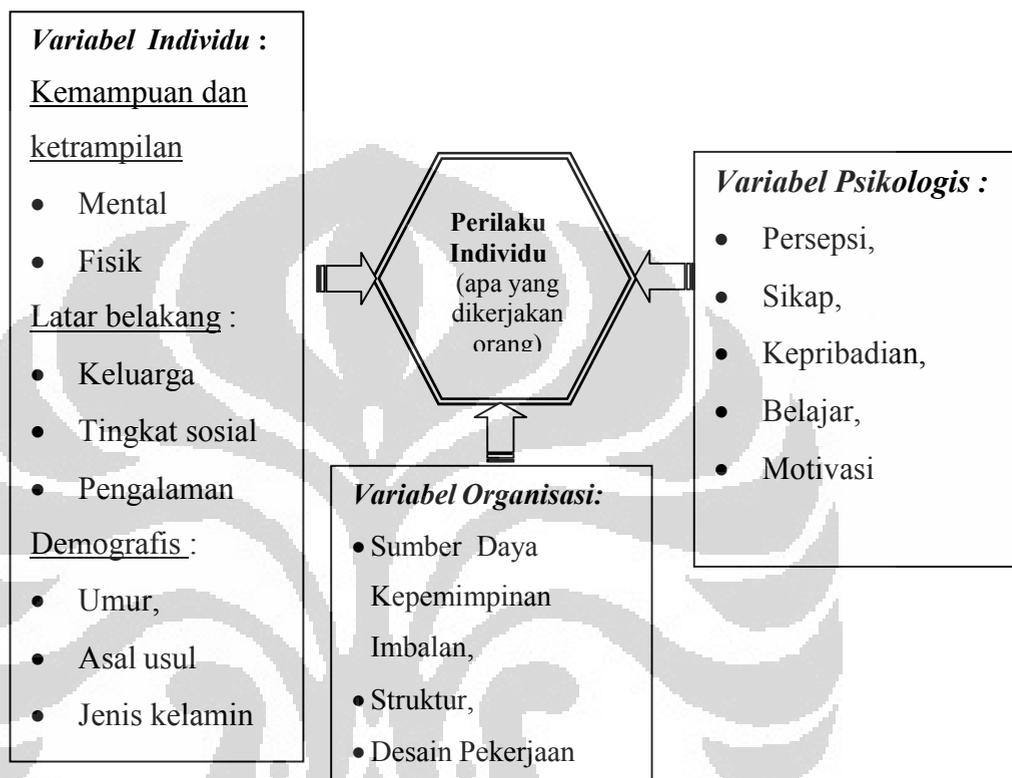
### 2.3.2. Model Teori Kinerja

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kinerja personal, dilakukan kajian terhadap teori kinerja. Secara teori ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja yaitu Variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh terhadap kinerja personal. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran atau suatu jabatan atau tugas. Adapun faktor – faktor yang mempengaruhi kinerja menurut Mahmudi (2005) adalah sebagai berikut :

1. Faktor personal / individual, meliputi : pengetahuan, ketrampilan (*skill*), kemampuan, kepercayaan diri, motivasi dan komitmen yang dimiliki oleh setiap individu;
2. Faktor kepemimpinan, meliputi : kualitas dalam memberikan dorongan, semangat, arahan dan dukungan yang diberikan manajer dan *team leader*.
3. Faktor tim, meliputi : kualitas dukungan dan semangat yang diberikan oleh rekan dalam satu tim, kepercayaan terhadap sesama anggota tim, kekompakan dan keeratan anggota tim;
4. Faktor kontekstual (situasional), meliputi : tekanan dan perubahan lingkungan eksternal dan internal.

Adapun uraian dari masing-masing variabel dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 2.4. Variabel yang mempengaruhi kinerja (Gibson 1996)



*Gibson* menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja adalah individu, perilaku, psikologi dan organisasi. Variabel individu terdiri dari kemampuan dan ketrampilan, latar belakang, dan demografi. Kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja individu. Variabel demografis mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu, variabel psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Variabel banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya. Variabel psikologis seperti sikap, kepribadian, dan belajar merupakan hal yang kompleks, sulit diukur dan sukar mencapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang

individu masuk dan bergabung dengan organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang budaya dan ketrampilan yang berbeda satu dengan lainnya.

#### 1. Ketrampilan dan kemampuan fisik serta mental

Pemahaman tentang ketrampilan dan kemampuan diartikan sebagai suatu tingkat pencapaian individu terhadap upaya untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik dan efisien. Pemahaman dan ketrampilan dalam bekerja merupakan suatu totalitas diri pekerja baik secara fisik maupun mental dalam menghadapi pekerjaannya. Ketrampilan fisik didapatkan dari belajar dengan menggunakan skill dalam bekerja. Ketrampilan ini dapat diperoleh dengan cara pendidikan formal dalam bentuk pendidikan terlembaga maupun informal, dalam bentuk bimbingan dalam bekerja.

Pengembangan ketrampilan ini dapat dilakukan dalam bentuk training. Sedangkan pemahaman mental diartikan sebagai kemampuan berpikir pekerja kearah bagaimana seseorang bekerja secara matang dalam menghadapi permasalahan pekerjaan yang ada, tingkat pematangan mental pekerja sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai yang ada dalam diri individu. Nilai-nilai ini berkembang dalam diri individu, didapatkan dari hasil proses belajar terhadap lingkungannya dan keluarga pada khususnya.

#### 2. Latar belakang ( keluarga, tingkat sosial dan pengalaman)

Performasi seseorang sangat dipengaruhi bagaimana dan apa yang didapatkan dari lingkungan keluarga. Sebuah unit interaksi yang utama dalam mempengaruhi karakteristik individu adalah organisasi keluarga. Hal demikian karena keluarga berperan dan berfungsi sebagai pembentukan sistem nilai yang akan dianut oleh masing-masing anggota keluarga. Dalam hal tersebut keluarga mengajarkan bagaimana untuk mencapai hidup dan apa yang seharusnya kita lakukan untuk menghadapi hidup. Hasil proses interaksi yang lama dengan anggota keluarga menjadikan pengalaman dalam diri anggota keluarga.

Pengalaman (masa kerja) biasanya dikaitkan dengan waktu mulai bekerja dimana pengalaman kerja juga ikut menentukan kinerja seseorang. Semakin lama masa kerja maka kecakapan akan lebih baik karena sudah menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Seseorang akan mencapai kepuasan tertentu bila sudah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan. Semakin lama karyawan bekerja mereka cenderung lebih terpuaskan dengan pekerjaan mereka. Para karyawan yang relatif baru cenderung terpuaskan karena berbagai pengharapan yang lebih tinggi.

Penelitian yang dilakukan oleh Boots (1986) menemukan bahwa tenaga medis yang lebih berpengalaman menghabiskan waktu lebih sedikit pada aspek diagnosis dan lebih pemberian nasehat dan konsultasi kepada pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Ade Nasution tahun 2009 di RSU Pirngadi Medan bahwa tidak ada pengaruh antara lama kerja dengan kinerja perawat.

Penelitian yang dilakukan oleh Ilyas pada tahun 1998 tentang determinan kinerja tenaga medis PTT yang ditemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengalaman dengan kinerja tenaga medis PTT.

### 3. Demografis (umur, jenis kelamin dan etnis).

Hasil kemampuan dan ketrampilan seseorang seringkali dihubungkan dengan umur, sehingga semakin lama umur seseorang maka pemahaman terhadap masalah akan lebih dewasa dalam bertindak. Hal lain umur juga berpengaruh terhadap produktivitas dalam bekerja. Tingkat pematangan seseorang yang didapat dari bekerja seringkali berhubungan dengan penambahan umur, disisi lain pertambahan umur seseorang akan mempengaruhi kondisi fisik seseorang. Etnis diartikan sebagai sebuah kelompok masyarakat yang mempunyai ciri-ciri karakter yang khusus. Biasanya kelompok ini mempunyai sebuah peradaban tersendiri sebagai bagian dari cara

berinteraksi dengan masyarakatnya. Masyarakat sebagai bagian dari pembentukan nilai dan karakter individu maka pada budaya tertentu mempunyai sebuah peradaban yang nantinya akan mempengaruhi dan membentuk sistem nilai seseorang.

Pengaruh jenis kelamin dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh jenis pekerjaan yang akan dikerjakan. Pada pekerjaan yang bersifat khusus, misalnya mencangkul dan mengecat tembok maka jenis kelamin sangat berpengaruh terhadap keberhasilan kerja, akan tetapi pada pekerjaan yang pada umumnya lebih baik dikerjakan oleh laki-laki akan tetapi pemberian ketrampilan yang cukup memadai pada wanita pun mendapatkan hasil pekerjaan yang cukup memuaskan. Ada sisi lain yang positif dalam karakter wanita yaitu ketaatan dan kepatuhan dalam bekerja, hal ini akan mempengaruhi kinerja secara personal.

Sejumlah penelitian tentang kinerja tenaga medis di rumah sakit dan klinik di Amerika yang dilakukan. Wilkin dkk (1986) menemukan bahwa tenaga medis wanita kurang melakukan konsultasi, menghabiskan waktu lebih sedikit dalam praktek dan kontak langsung dengan pasien. Shye (1991) mengemukakan bahwa walaupun tenaga medis wanita bekerja lebih sedikit perminggu dibandingkan dengan tenaga medis pria, produktivitas total mereka dalam hal pelayanan pasien secara langsung tidak kurang dari tenaga medis pria. Akan tetapi dia juga menyebutkan bahwa tenaga medis wanita menghabiskan proporsi total kerja mereka dalam pelayanan pasien secara langsung dan memeriksa lebih banyak pasien dibandingkan tenaga medis pria.

Penelitian yang dilakukan oleh Ade Nasution tahun 2009 di RSU Pirngadi Medan bahwa tidak ada pengaruh antara umur dan jenis kelamin dengan kinerja perawat.

Penelitian yang dilakukan oleh Ilyas pada tahun 1998 tentang determinan kinerja tenaga medis PTT yang ditemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja tenaga medis PTT dengan nilai  $p > 0,355$ .

Studi yang dilakukan Amstrong dan Giffin (1987) menunjukkan bahwa umur tidak mempengaruhi jumlah konsultasi dan kunjungan rumah.

Penelitian yang dilakukan oleh Lutiarsi R.T pada tahun 2002 di Semarang bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kinerja petugas laboratorium puskesmas di Kabupaten Semarang.

#### 4. Persepsi

Persepsi didefinisikan sebagai suatu proses dimana individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan impresi sensorinya supaya dapat memberikan arti kepada lingkungan sekitarnya, meskipun persepsi sangat dipengaruhi oleh pengobyeakan indra maka dalam proses ini dapat terjadi penyaringan kognitif atau terjadi modifikasi data. Persepsi diri dalam bekerja mempengaruhi sejauh mana pekerjaan tersebut memberikan tingkat kepuasan dalam dirinya.

#### 5. Sikap dan kepribadian

Merupakan sebuah itikat dalam diri seseorang untuk tidak melakukan atau melakukan pekerjaan tersebut sebagai bagian dari aktivitas yang menyenangkan. Sikap yang baik adalah sikap dimana dia mau mengerjakan pekerjaan tersebut tanpa terbebani oleh sesuatu hal yang menjadi konflik internal. Ambivalensi seringkali muncul ketika konflik internal psikologis muncul. Perilaku bekerja seseorang sangat dipengaruhi oleh sikap dalam bekerja. Sedangkan sikap seseorang dalam memberikan respon terhadap masalah dipengaruhi oleh kepribadian seseorang. Kepribadian ini dibentuk sejak lahir dan berkembang sampai dewasa. Kepribadian seseorang sulit dirubah karena elemen kepribadiannya yaitu *id*, *ego* dan *super ego* yang dibangun dari hasil bagaimana dia belajar saat dikandung sampai dewasa. Dalam hubungannya dengan bekerja dan bagaimana seseorang berpenampilan diri terhadap lingkungan, maka seseorang berperilaku. Perilaku ini dapat dirubah dengan meningkatkan pengetahuan dan memahami sikap

yang positif dalam bekerja.

Sikap merupakan faktor penentu perilaku, karena sikap berhubungan dengan persepsi, kepribadian, dan motivasi. Sikap (*Attitude*) adalah kesiapsiagaan mental, yang dipelajari dan diorganisasi melalui pengalaman, dan mempunyai pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain, obyek, dan situasi yang berhubungan dengannya.

Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap yang obyek tadi. Jadi sikap senantiasa terarah terhadap suatu hal, suatu obyek, tidak ada sikap tanpa obyek. Sikap merupakan suatu pandangan, tetapi dalam hal ini masih berbeda dengan suatu pengetahuan yang dimiliki oleh orang lain.

#### 6. Belajar

Belajar dibutuhkan seseorang untuk mencapai tingkat kematangan diri. Kemampuan diri untuk mengembangkan aktivitas dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh usaha belajar, maka belajar merupakan sebuah upaya ingin mengetahui dan bagaimana harus berbuat terhadap apa yang akan dikerjakan. Proses belajar seseorang akan berpengaruh pada tingkat pendidikannya sehingga dapat memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang berpendidikan tinggi akan lebih rasional dan kreatif serta terbuka dalam menerima adanya bermacam usaha pembaharuan, ia juga akan lebih dapat menyesuaikan diri terhadap berbagai pembaharuan.

#### 7. Struktur dan desain pekerjaan

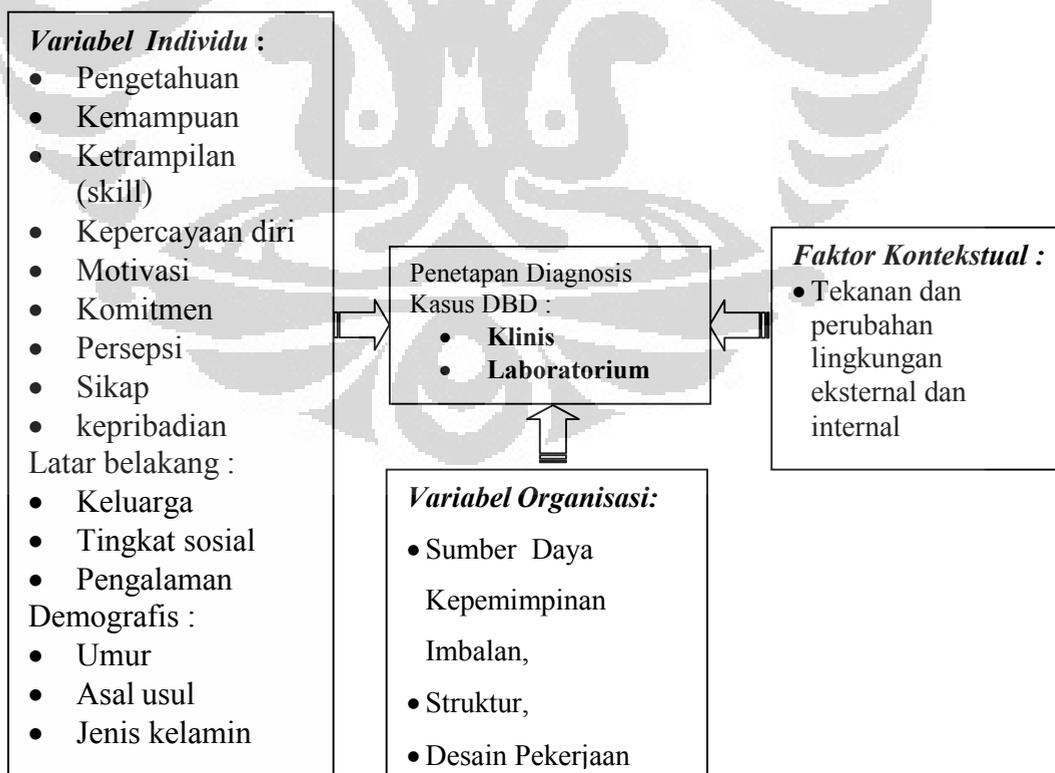
Merupakan daftar pekerjaan mengenai kewajiban - kewajiban pekerja dan mencakup kualifikasi artinya merinci pendidikan dan pengalaman minimal yang diperlukan bagi seorang pekerja untuk melaksanakan kewajiban dari kedudukannya secara memuaskan. Desain pekerjaan yang baik akan mempengaruhi pencapaian kerja seseorang.

Menurut Ilyas bahwa fungsi tenaga medis di Negara – Negara berkembang seperti di Indonesia, terutama yang bekerja di rumah sakit umum dan puskesmas mempunyai tugas dan kewajiban ganda yaitu fungsi administratif (kerja manajemen) dan fungsi medis (kerja langsung). Mereka harus mempunyai kinerja yang baik dalam kedua fungsi tersebut untuk mencapai tujuan – tujuan organisasi kesehatan dengan sumber daya yang terbatas. Ini merupakan tugas dan kewajiban yang tidak mudah untuk dilaksanakan.

#### 2.4 Kerangka Teori

Kemampuan seorang tenaga medis dalam melakukan penetapan diagnosis medis merupakan salah satu kinerja yang dimiliki seorang tenaga medis, dimana kemampuan ini juga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti variabel individu, variabel organisasi dan faktor kontekstual, seperti digambarkan pada kerangka teori penelitian dibawah ini.

Gambar 2.5. Kerangka Teori Penelitian



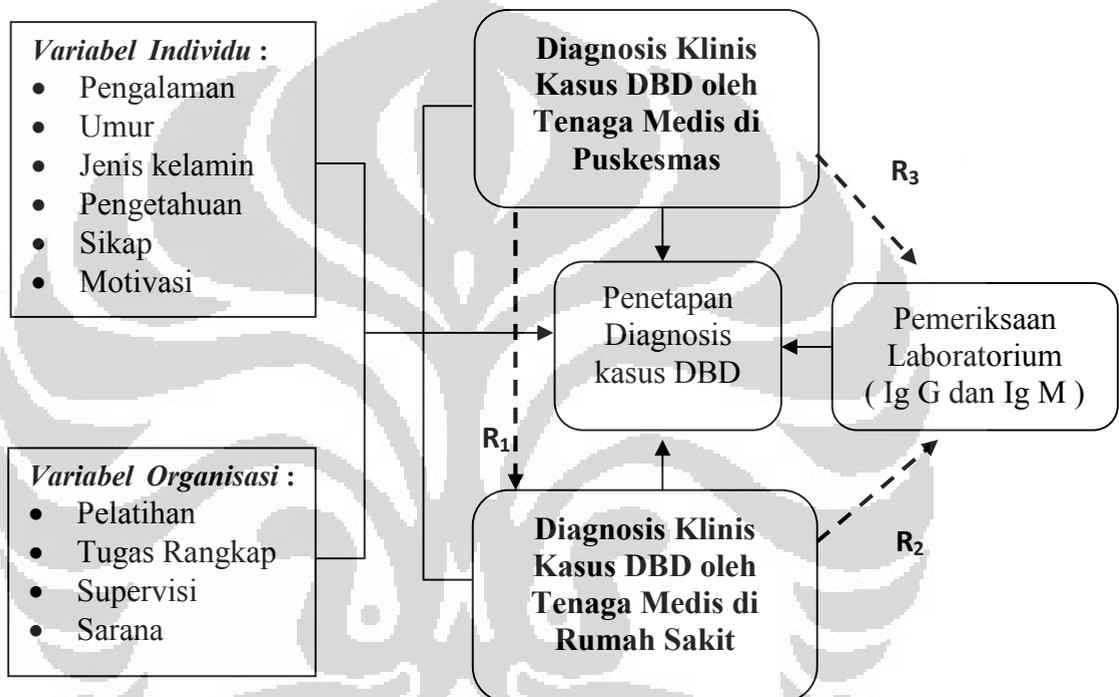
Sumber : Gibson (1996), WHO (1997) dan Mahmudi (2005)

## BAB 3 KERANGKA KONSEP

### 3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian teori sebelumnya dan untuk menjawab pertanyaan serta tujuan dalam penelitian ini, maka dapat digambarkan kerangka konsep dalam penelitian ini sebagai berikut.

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

R<sub>1</sub> : Realiabilitas pertama

R<sub>2</sub> : Realiabilitas kedua

R<sub>3</sub> : Realiabilitas ketiga

Berdasarkan kerangka konsep tersebut, maka dapat di ketahui gambaran variabel – variabel yang menjadi variabel independen dan variabel dependen. Variabel yang akan diteliti adalah mencari tingkat kesamaan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap dan faktor – faktor yang berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis di puskesmas dan RSUD Cilacap berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium (IgG dan IgM).

### 3.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi operasional variabel yang akan diteliti

No	Variabel	Definisi	Cara / Hasil Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur
1	Penetapan diagnosis kasus DBD	<p>Kesesuaian Hasil diagnosis klinis sebagai DBD oleh petugas medis Puskesmas dan RSUD dengan hasil pemeriksaan IgG/IgM, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dikatakan “Agree”, Jika diagnosis tenaga medis “ya”, hasil IgG/IgM (+) atau hanya IgM (+). Jika diagnosis tenaga medis “tidak”, hasil IgG/IgM (-) atau IgG (+) IgM (-).</li> <li>2. Dikatakan “Agree”, Jika diagnosis tenaga medis “tidak”, hasil IgG/IgM (+) atau hanya IgM (+). Jika diagnosis tenaga medis “ya”, hasil IgG/IgM (-) atau IgG (+) IgM (-).</li> </ol> <p>Kemudian dilakukan pengkategorian berdasarkan presentase “agree”, dengan menggunakan nilai median, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baik, jika nilai presentase agree <math>\geq</math> nilai median</li> <li>2. Kurang, jika nilai presentase agree <math>&lt;</math> nilai median</li> </ol>	<p>Dengan analisis data hasil diagnosis klinis oleh tenaga medis di puskesmas dan RSUD Cilacap dengan hasil pemeriksaan IgG/IgM yang ada di rekam medik RSUD Cilacap.</p> <p>Hasil ukur dikategorikan :</p> <p>0 = Baik 1 = Kurang</p>	Kuesioner	Nominal

No	Variabel	Definisi	Cara / Hasil Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur
2	Diagnosis Klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas	Hasil diagnosis klinis sebagai tersangka DBD oleh petugas medis Puskesmas, yang di ketahui melalui arsip surat rujukan yang terdapat pada bagian rekam medik RSUD Cilacap	Dengan analisis data hasil diagnosis klinis oleh tenaga medis puskesmas yang terdapat pada arsip rujukan di bagian rekam medik RSUD Cilacap. Hasil ukur dikategorikan : 0 = Bukan DBD 1 = DBD	Kuesioner	Nominal
3	Diagnosis Klinis kasus DBD oleh tenaga medis di RSUD	Hasil diagnosis klinis sebagai tersangka DBD oleh petugas medis RSUD Cilacap, yang di ketahui melalui arsip yang terdapat pada bagian rekam medik RSUD Cilacap	Dengan analisis data hasil diagnosis klinis pertama oleh tenaga medis di RSUD Cilacap yang terdapat pada arsip di bagian rekam medik RSUD Cilacap. Hasil ukur dikategorikan : 0 = Bukan DBD 1 = DBD	Kuesioner	Nominal
4	Pemeriksaan Laboratorium (IgG dan IgM)	Pemeriksaan yang dilakukan pada penderita DBD di RSUD Cilacap, meliputi pemeriksaan serologi berupa Ig G dan Ig M dengan menggunakan <i>Dengue Rapid Test</i>	Dengan analisis data hasil pemeriksaan laboratorium (IgG/IgM) di status pasien pada bagian rekam medik RSUD Cilacap. Hasil ukur dikategorikan : 0 = Negatif 1 = Positif	Kuesioner	Nominal

No	Variabel	Definisi	Cara / Hasil Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur
5	Pengalaman	Lama kerja responden sebagai tenaga medis	Berdasarkan hasil wawancara dengan responden Hasil ukur dikategorikan : 0 = $\geq$ 10 tahun 1 = < 10 tahun	Kuesioner	Nominal
6	Umur	Umur responden	Berdasarkan hasil wawancara dengan responden Hasil ukur dikategorikan : 0 = $\geq$ 40 tahun 1 = < 40 tahun	Kuesioner	Nominal
7	Jenis Kelamin	Jenis kelamin responden	Berdasarkan hasil wawancara dengan responden Hasil ukur dikategorikan : 0 = Perempuan 1 = Laki – Laki	Kuesioner	Nominal
8	Pengetahuan	Pengetahuan responden tentang Diagnosis kasus DBD	Berdasarkan hasil wawancara dengan responden Hasil ukur dikategorikan : 0 = Baik (skor $\geq$ 50 %) 1 = Kurang (skor < 50%)	Kuesioner	Nominal
9	Sikap	Respon atau tanggapan responden terhadap Diagnosis kasus DBD , dengan nilai : Sangat setuju =3 Setuju =2 Tidak setuju =1	Berdasarkan hasil wawancara dengan responden Hasil ukur dikategorikan : 0 = Baik/positif (skor $\geq$ 50%) 1 = Kurang/negative (skor < 50%)	Kuesioner	Nominal

No	Variabel	Definisi	Cara / Hasil Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur
10	Motivasi	Kondisi internal, kejiwaan dan mental responden yang mendorong responden untuk berperilaku kerja dengan nilai : Sangat setuju =3 Setuju =2 Tidak setuju =1	Berdasarkan hasil wawancara dengan responden Hasil ukur dikategorikan : 0 = Baik/positif (skor $\geq$ 50%) 1 = Kurang/negative (skor $<$ 50%)	Kuesioner	Nominal
11	Pelatihan	Kegiatan pelatihan tentang penyakit DBD yang pernah diikuti oleh responden	Berdasarkan hasil wawancara dengan responden Hasil ukur dikategorikan : 0 = pernah 1 = tidak pernah	Kuesioner	Nominal
12	Tugas Rangkap	Tugas lain yang dikerjakan responden selain sebagai tenaga medis	Berdasarkan hasil wawancara dengan responden Hasil ukur dikategorikan : 0 = tidak ada 1 = ada	Kuesioner	Nominal
13	Supervisi	Kegiatan supervisi tentang penyakit DBD yang dilakukan oleh petugas / pimpinan, baik dari pihak instansi kerja maupun dari pihak Dinas kesehatan	Berdasarkan hasil wawancara dengan responden Hasil ukur dikategorikan : 0 = pernah 1 = tidak pernah	Kuesioner	Nominal
14	Sarana	Sarana yang dimiliki oleh masing-masing instansi dalam menunjang pekerjaan sebagai tenaga medis dalam penegakan diagnosis DBD, yang meliputi pemeriksaan kadar trombosit, hematokrit, IgG/IgM	Berdasarkan hasil wawancara dengan responden Hasil ukur dikategorikan : 0 = Ya 1 = Tidak	Kuesioner	Nominal

### 3.3 Hipotesis

Hipotesis yang dibuat dan akan diuji dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Ada perbedaan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 – 2012
2. Ada hubungan antara faktor umur, jenis kelamin, pengetahuan, sikap, pelatihan, pengalaman, tugas-rangkap, supervisi, motivasi dan sarana dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 – 2012.



## BAB 4

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi observasional dengan rancangan Potong lintang, dimana akan dihitung reliabilitas variasi diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap dalam mendiagnosis kasus DBD di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 – 2012. Tujuan dari uji reliabilitas untuk melihat stabilitas dan konsistensi dari suatu definisi operasional, dimana dalam penelitian ini untuk melihat stabilitas dan konsistensi dari diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD berdasarkan hasil pemeriksaan IgG/IgM. Untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap dilakukan dengan uji *chi square* ( $\chi^2$ ) dan untuk mengetahui faktor – faktor yang paling berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap dilakukan analisis multivariat dengan uji regresi logistik.

#### 4.2. Waktu dan Lokasi

Pengumpulan data ini dilakukan pada bulan April sampai dengan Mei 2012 di Puskesmas dan RSUD Cilacap.

#### 4.3. Populasi dan Sampel

##### 4.3.1. Populasi :

Populasi dalam penelitian ini adalah semua tenaga medis yang ada di Puskesmas dan RSUD Cilacap yang melakukan diagnosis klinis kasus DBD di Kabupaten Cilacap tahun 2010 – 2012.

##### 4.3.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah semua tenaga medis yang ada di Puskesmas dan RSUD Cilacap yang melakukan diagnosis klinis kasus DBD di Kabupaten Cilacap tahun 2010 – 2012, yaitu sebanyak 31 orang yang terdiri dari 15 orang tenaga medis di RSUD dan 16 orang tenaga medis di puskesmas.

Untuk kepentingan analisis reliabilitas di gunakan semua kasus klinis DBD yang di periksa IgG/IgM dengan *Dengue Rapid Test* di RSUD Cilacap tahun 2010 – 2012, yang merupakan kasus rujukan dari puskesmas, yaitu sebanyak 103 kasus klinis DBD. Untuk menganalisis faktor – faktor yang berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di puskesmas dan RSUD Cilacap dilakukan dengan melakukan distribusi kasus klinis DBD dengan tenaga medis yang melakukan diagnosis. Dimana kasus yang didiagnosis oleh dokter puskesmas dan dirujuk ke RSUD Cilacap, yaitu sebanyak 103 kasus dan kasus klinis DBD yang ada di RSUD Cilacap yang terdiri dari kasus rujukan dari puskesmas dan kasus yang bukan rujukan puskesmas, yaitu sebanyak 195 kasus.

#### 4.3.3. Besar Sampel

Penelitian ini menggunakan unit analisis tenaga medis yang ada di Puskesmas dan RSUD Cilacap yang melakukan diagnosis klinis kasus DBD, dimana jumlah sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus sampel dua proporsi (Lemeshow et al, 1997) :

$$n = \frac{\left( z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

- n = Jumlah sampel minimal
- $\alpha$  = Derajat kepercayaan 95% ( $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ )
- $\beta$  = Kekuatan uji 80% ( $Z_{1-\beta} = 0,84$ )
- $P_1$  = Proporsi petugas medis yang melakukan diagnosis klinis DBD di Puskesmas ( $P_1 = 0,93$ )
- $P_2$  = Proporsi petugas medis yang melakukan diagnosis klinis DBD di RSUD ( $P_2 = 0,71$ )

Dari hasil perhitungan dengan menggunakan rumus sebelumnya, maka didapatkan besar sampel minimal sebanyak 47. Namun responden

yang bersedia dan memenuhi kriteria untuk dijadikan sampel dalam penelitian ini hanya sebanyak 31 orang.

#### **4.3.4. Cara Pengambilan Sampel**

Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan metode “*Total sampling*”, yaitu semua populasi diambil untuk dijadikan sampel. Untuk sampel dengan responden, dilakukan wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur pada 31 orang tenaga medis untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap. Untuk data kasus DBD, dilakukan dengan mencatat data – data yang diperlukan ke dalam kuesioner dari data rekam medik penderita DBD di RSUD Cilacap tahun 2010 – 2012, dimana total kasus DBD sebanyak 221 kasus, sedangkan kasus DBD yang memiliki data IgG/IgM sebanyak 195 kasus.

#### **4.4. Sumber Data**

Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer yang didapatkan melalui wawancara dengan petugas medis yang ada di puskesmas dan RSUD Cilacap dan data sekunder yang di dapatkan di bagian rekam medik RSUD Cilacap.

#### **4.5. Cara Pengumpulan Data**

Data di kumpulkan dari bagian rekam medik RSUD Cilacap , berupa data kasus DBD sepanjang tahun 2010 – 2012 dan data – data lain sebagai data penunjang.

#### **4.6. Kriteria Inklusi dan Eksklusi**

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini harus memenuhi kriteria - kriteria yang di tetapkan dalam kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

##### **4.6.1. Tenaga Medis**

##### **4.6.1.1. Kriteria Inklusi**

Yang menjadi kriteria inklusi adalah :

1. Subyek melakukan diagnosis klinis DBD di RSUD Cilacap atau di puskesmas di wilayah Kabupaten Cilacap pada tahun 2010 - 2012
2. Subyek masih bekerja di instansi yang sama pada saat mendiagnosis kasus DBD

3. Subyek bersedia menjadi responden dalam penelitian ini

#### 4.6.1.2.Kriteria Eksklusi

Yang menjadi kriteria Eksklusi adalah :

1. Subyek melakukan diagnosis DBD di RSUD Cilacap atau di puskesmas di wilayah Kabupaten Cilacap bukan pada tahun 2010 - 2012
2. Subyek sudah tidak bekerja di instansi yang sama pada saat mendiagnosis kasus DBD
3. Subyek tidak bersedia menjadi responden dalam penelitian ini

#### 4.6.2.Kasus DBD

##### 4.6.2.1.Kriteria Inklusi

Yang menjadi kriteria inklusi adalah :

1. Subyek adalah penderita DBD pada tahun 2010 - 2012
2. Setiap subyek dilakukan pemeriksaan Ig G dan Ig M dengan menggunakan *Dengue Rapid Test* di laboratorium RSUD Cilacap
3. Setiap subyek yang merupakan kasus rujukan, memiliki arsip rujukan di rekam medik RSUD Cilacap ; yang tercantum identitas lengkap penderita, gejala, hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnosis medis sebagai kasus DBD.

##### 4.6.2.2.Kriteria Eksklusi

Yang menjadi kriteria Eksklusi adalah :

1. Subyek yang tidak dilakukan pemeriksaan Ig G dan Ig M dengan menggunakan *Dengue Rapid Test* di laboratorium RSUD Cilacap
2. Subyek yang merupakan kasus rujukan, tetapi tidak memiliki arsip rujukan; yang tercantum identitas lengkap penderita, gejala, hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnosis medis sebagai kasus DBD.
3. Subyek yang di diagnosis klinis di Puskesmas dan RSUD Cilacap serta melakukan pemeriksaan laboratorium bukan pada tahun 2010 – 2012.

## 4.7. Metode Analisis

Data hasil penelitian yang telah dikumpulkan dianalisis melalui beberapa tahap analisis untuk menjawab tujuan dari penelitian ini, adapun metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

### 4.7.1. Pengolahan data

Data yang diperoleh dalam penelitian ini akan diolah melalui beberapa tahapan yaitu:

- 1 *Editing*, adalah kegiatan pengecekan kelengkapan data, kesinambungan data dan keseragaman data sehingga validitas dapat terjamin
- 2 *Coding*, adalah merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka pada setiap jawaban. Tujuan mempermudah peneliti dalam menganalisis data
- 3 *Entry data*, adalah kegiatan memasukkan data ke dalam komputer selanjutnya dilakukan analisis data
- 4 *Cleaning*, adalah pengecekan kembali data yang sudah dientri.
- 5 *Tabulating*, adalah mengelompokan data berdasarkan variabel yang diteliti.

### 4.7.2. Analisis data

Analisis data statistik rencananya akan menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan menilai reliabilitas dan hubungan satu variabel independen dengan variabel dependen serta analisis multivariat untuk melihat faktor yang paling berhubungan dengan variabel dependen dan model yang paling tepat untuk menjelaskan hubungan tersebut.

#### 4.7.2.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap variabel dari hasil penelitian. Hasil analisis ini menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel yang diteliti sesuai dengan jenis data dan disajikan dalam bentuk narasi dan tabel.

#### 4.7.2.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menilai reliabilitas dan hubungan satu variabel independen dengan variabel dependen.

1. Uji reliabilitas digunakan uji *Kappa Cohen* pada independen sampel untuk menilai reliabilitas variasi diagnosis klinis oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap dalam mendiagnosis kasus DBD. Hasil analisis dari uji ini berupa kesepakatan kappa.

Nilai Kappa (K)	Kekuatan kesepakatan
<0,20	Jelek
0,21 – 0,40	Cukup
0,41 – 0,60	Sedang
0,61 – 0,80	Baik
0,81 – 1,00	Sangat baik

2. Untuk mengetahui hubungan antara satu variabel independen dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis yaitu dengan menggunakan kasus DBD sebagai unit analisis dan selanjutnya dikategorikan untuk dilakukan uji statistik dengan uji *chi square* ( $\chi^2$ ).

#### 4.7.2.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan melakukan uji untuk mendapatkan faktor – faktor apa saja yang paling berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap dengan menggunakan regresi logistik.



Tengah, dan terbagi dalam 24 Kecamatan. Luas wilayah tersebut terbagi dalam dua bagian yaitu lahan sawah 63.094 Ha atau 29,50 % dan lahan kering 150,756 Ha atau 70,50 %.

Daerah dengan permukaan tanah paling tinggi adalah Kecamatan Dayeuhluhur dengan ketinggian 198 M dari permukaan laut dan wilayah terendah adalah Kecamatan Cilacap Tengah dengan ketinggian 6 M dari permukaan laut. Jarak terjauh dari barat ke timur 152 km, yaitu dari wilayah kecamatan Dayeuhluhur ke wilayah kecamatan Nusawungu, sedangkan bentang jarak wilayah dari utara ke selatan 35 km yaitu dari wilayah kecamatan Sampang sampai dengan wilayah kecamatan Cilacap Selatan.

Berdasarkan data dari stasiun Meteorologi dan Geofisika Kabupaten Cilacap, curah hujan tertinggi pada tahun 2010 terjadi pada bulan Desember (8,031 mm) dan terendah bulan Agustus (23 mm), pada tahun 2011 terjadi pada bulan November ( 10,360 mm ) dan terendah bulan Juli ( 0 mm ), jumlah hari hujan pada tahun 2008 terbanyak terjadi pada bulan Desember sebanyak 17 hari, sedangkan jumlah hari hujan paling sedikit terjadi pada bulan September sebanyak 2 hari, sedangkan pada tahun 2011 terbanyak terjadi pada bulan November sebanyak 20 hari, sedangkan jumlah hari hujan paling sedikit terjadi pada bulan Juli sebanyak 0 hari. Keadaan suhu tahun 2011, Suhu maksimum 34,6<sup>0</sup>C terjadi pada bulan Maret, suhu minimum 19,00<sup>0</sup>C terjadi pada bulan Juli.

Jumlah penduduk Kabupaten Cilacap tahun 2011 sebanyak 1.791.304 jiwa dengan perincian Laki-laki 896.460 jiwa dan Perempuan 894.844 jiwa dengan jumlah KK sebanyak 439.916 orang dan kepadatan penduduk per km persegi menunjukkan 35.870 orang. Rasio penduduk menurut jenis kelamin sebesar 2,408. dengan rata – rata pertumbuhan penduduk 0,40 persen.

Di Kabupaten Cilacap setiap kecamatan telah memiliki minimal satu Puskesmas. Bahkan beberapa kecamatan yang penduduknya relatif banyak telah berdiri dua Puskesmas, sehingga rasio Puskesmas terhadap penduduk adalah satu Puskesmas rata-rata melayani 48.488 penduduk. Fasilitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Kabupaten Cilacap meliputi 6 Rumah Sakit, 11 Rumah Sakit Khusus (Ibu/Anak), 38 Puskesmas dan 81 Puskesmas Pembantu.

## 5.2. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan di kabupaten Cilacap provinsi Jawa Tengah pada bulan april dan Mei 2012. Data primer dikumpulkan dari 31 orang responden dengan menggunakan kuesioner, sedangkan data sekunder berupa data kasus DBD yang tercatat di bagian Rekam Medis RSUD Cilacap sebanyak 221 kasus, namun karena yang memiliki data hasil pemeriksaan IgG dan IgM hanya sebanyak 195 kasus, maka peneliti hanya mengambil 195 kasus DBD untuk dijadikan sampel dalam penelitian ini. Dari 195 kasus, 103 kasus merupakan kasus rujukan dari Puskesmas. Dari 195 kasus yang ada di RSUD, tercatat 15 orang tenaga Petugas Medis yang melakukan penetapan diagnosis kasus DBD. Sedangkan dari 103 kasus rujukan dari puskesmas, terdapat 16 orang tenaga Petugas Medis yang melakukan penetapan diagnosis kasus DBD.

## 5.3. Analisis Data

### 5.3.1. Analisis Univariat

#### 5.3.1.1. Karakteristik Penderita DBD

Distribusi kasus DBD di RSUD Cilacap dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.1.

Distribusi penderita DBD berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Kadar Trombosit dan IgG/IgM di RSUD Cilacap Tahun 2010 – 2012

Karakteristik	Kategori	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin	Laki-Laki	105	53,85
	Perempuan	90	46,15
Kelompok Umur	0 – 5 tahun	21	10,77
	5 – 15 tahun	53	27,18
	15 – 40 tahun	79	40,51
	≥ 40 tahun	42	21,54
Trombosit	<100.000 ul	156	80
	> 100.000 ul	39	20
Kadar IgG	Positif	154	79
	Negatif	41	21
Kadar IgM	Positif	167	85,6
	Negatif	28	14,4

Berdasarkan tabel 5.1. terlihat bahwa dari 195 kasus DBD yang dijadikan sampel dalam penelitian ini, kasus terbanyak berjenis kelamin laki –

laki sebesar 53,85 %, dimana 40,51 % kasus berusia 15 – 40 tahun. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium di dapatkan sebesar 80 % kasus dengan kadar trombosit < 100.000 ul, 79 % kasus dengan kadar IgG positif dan 85,6 % kasus dengan kadar IgM positif.

### 5.3.1.2. Karakteristik Responden

Distribusi responden dalam penelitian ini dapat digambarkan berdasarkan karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, pendidikan, umur, pengalaman kerja, pelatihan, tugas rangkap, supervisi, pengetahuan, sikap dan motivasi.

Tabel 5.2  
Distribusi Responden berdasarkan Karakteristiknya  
di Kabupaten Cilacap Tahun 2010 – 2012

Variabel	Kategori	Instansi		Nilai p
		RSUD (%)	Puskesmas (%)	
Jenis Kelamin	Laki-Laki	7 (46,7)	8 (53,3)	0,85
	Perempuan	8 (50)	8 (50)	
Pendidikan	S1	11 (44)	14 (56)	0,31
	S2	4 (66,7)	2 (33,3)	
Umur	< 40 thn	5 (35,7)	9(64,3)	0,20
	≥ 40 thn	10(58,8)	7(41,2)	
Pengalaman	< 10 thn	8 (57)	6 (43)	0,37
	≥ 10 thn	7 (41,2)	10(58,8)	
Pelatihan	Tidak	13 (52)	12 (48)	0,65
	Ya	2 (33,3)	4 (66,7)	
Tugas Rangkap	Ya	2 (14,3)	12(85,7)	0,001
	Tidak	13(76,5)	4 (23,5)	
Supervisi	Tidak	13(61,9)	8 (38,1)	0,02
	Ya	2 (20)	8 (80)	
Pengetahuan	Kurang	6 (46,2)	7 (53,8)	0,83
	Baik	9 (50)	9 (50)	
Sikap	Kurang	7 (46,7)	8 (53,3)	0,85
	Baik	8 (50)	8 (50)	
Motivasi	Kurang	7 (50)	7 (50)	0,87
	Baik	8 (47,1)	9 (52,9)	
Sarana	Tidak	0(0)	10(100)	< 0,001
	Ya	15(71,4)	6(28,6)	

Berdasarkan tabel 5.2. sebagian besar karakteristik responden tidak berbeda antara responden yang ada di Puskesmas maupun di RSUD Cilacap.

Namun ada 3 variabel yang memiliki perbedaan, yaitu variabel supervisi dengan nilai  $p$  0,02, variabel sarana dengan nilai  $p < 0,001$  dan variabel tugas rangkap dengan nilai  $p$  0,001.

Tabel 5.3  
Gambaran Diagnosis Tersangka DBD oleh Petugas Medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap Tahun 2010 – 2012

Diagnosis	Puskesmas		Rumah Sakit	
	n	%	n	%
Febris	18	17,48	16	15,53
Tifoid	4	3,88	2	1,94
DBD	81	78,64	85	82,52
Jumlah	103	100	103	100

Berdasarkan tabel 5.3. kasus – kasus yang di rujuk oleh Puskesmas ke RSUD Cilacap, dimana kasus – kasus tersebut menunjukkan gejala – gejala klinis DBD di diagnosis sebagai DBD sebesar 78,64 % dan selebihnya di diagnosis sebagai febris (17,48 %) dan Tifoid (3,88%). Sedangkan petugas medis di RSUD Cilacap mendiagnosis semua kasus rujukan tersebut sebagai DBD sebesar 82,52 % dan selebihnya di diagnosis sebagai febris (15,53 %) dan Tyfoid (1,94 %).

### 5.3.2. Analisis Bivariat

#### 5.3.2.1. Kesepakatan Kappa

Kesepakatan dalam penetapan diagnosis klinis antara tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.4  
Distribusi Kesepakatan Diagnosis DBD Klinis oleh Tenaga Medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap tahun 2010 - 2012

Diagnosis RSUD	Diagnosis Puskesmas Bukan DBD	Diagnosis Puskesmas DBD	Jumlah	<i>Agreement</i>	<i>Kappa</i>
Bukan DBD	18	1	19	94,17	0,82
DBD	5	79	84		
Jumlah	23	80	103		

Berdasarkan tabel 5.4, terlihat bahwa 94,17 % tenaga medis di Puskesmas dan RSUD memiliki kesepakatan dalam mendiagnosis kasus DBD

klinis dan bukan DBD. Dimana nilai kesepakatan tersebut secara statistik sangat baik yaitu dengan nilai kappa 0,82 (0,81 – 1,00).

Kesepakatan diagnosis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap dengan hasil pemeriksaan IgG dan IgM dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.5  
Distribusi Kesepakatan Diagnosis DBD oleh Tenaga Medis  
di Puskesmas dan RSUD Cilacap dengan Hasil Pemeriksaan IgG/IgM  
tahun 2010 – 2012

Diagnosis	Diagnosis IgG/IgM		Jumlah	Agreement	Kappa
	Bukan DBD	DBD			
Puskesmas					
Bukan DBD	11	12	23	83,50	0,46
DBD	5	75	80		
RSUD					
Bukan DBD	11	8	19	87,38	0,55
DBD	5	79	84		

Berdasarkan tabel 5.5, Kesepakatan diagnosis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dengan hasil pemeriksaan IgG dan IgM di laboratorium RSUD Cilacap, terlihat bahwa 83,50 % tenaga medis di Puskesmas dan Hasil Pemeriksaan IgG/IgM di RSUD Cilacap memiliki kesepakatan dalam mendiagnosis kasus DBD klinis dan bukan DBD. Dimana nilai kesepakatan tersebut secara statistik sedang yaitu dengan nilai kappa 0,46 (0,41 – 0,60). Kesepakatan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di RSUD dengan hasil pemeriksaan IgG dan IgM di laboratorium RSUD Cilacap, terlihat bahwa 87,38 % tenaga medis di RSUD Cilacap dan Hasil Pemeriksaan IgG/IgM di RSUD Cilacap memiliki kesepakatan dalam mendiagnosis kasus DBD klinis dan bukan DBD. Dimana nilai kesepakatan tersebut secara statistik sedang yaitu dengan nilai kappa 0,55 (0,41 – 0,60)

### 5.3.2.2. Faktor – Faktor yang berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD di Puskesmas dan RSUD Cilacap.

Faktor – faktor yang berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap adalah sebagai berikut.

Tabel 5.6

Faktor – Faktor yang berhubungan dengan Penetapan Diagnosis Kasus DBD di Kabupaten Cilacap Tahun 2010 – 2012

Variabel	Diagnosis				Jumlah	RR	95% CI	Nilai P
	Kurang n	%	Baik n	%				
Jenis Kelamin						1,2	0,72-2,29	0,37
Laki-laki	7	58,3	8	41,7	15			
Perempuan	5	41,7	11	57,9	16			
Umur						0,74	0,42-1,29	0,29
< 40 thn	4	33,3	10	52,6	14			
≥ 40 thn	8	66,7	9	47,4	17			
Pelatihan						1,48	0,90-2,45	0,36*
Tidak	11	91,7	14	73,7	25			
Ya	1	8,3	5	26,3	6			
Pengalaman						1,78	0,92-3,45	0,056
<10Thn	8	66,7	6	31,6	14			
≥10Thn	4	33,3	13	68,4	17			
Tugas rangkap						1,41	0,76-2,59	0,28
Ya	7	58,3	7	36,8	14			
Tidak	5	41,7	12	63,2	17			
Supervisi						0,96	0,52-1,77	1,0*
Tidak	8	66,7	13	68,4	21			
Ya	4	33,3	6	31,6	10			
Sarana						1,33	0,66-2,65	0,44*
Tidak	5	41,7	5	26,3	10			
Ada	7	58,3	14	73,7	21			

Variabel independen	Diagnosis				Jumlah	RR	95% CI	Nilai P
	Kurang		Baik					
	n	%	n	%				
Pengetahuan						2,02	0,97-4,19	0,02
Kurang	8	66,7	5	26,3	13			
Baik	4	33,3	14	73,7	18			
Sikap						1,28	0,72-2,29	0,37
Kurang	7	58,3	8	42,1	15			
Baik	5	41,7	11	57,9	16			
Motivasi						1,41	0,76-2,59	0,24
Kurang	7	58,3	7	36,8	14			
Baik	5	41,7	12	63,2	17			

*\*Fisher's Exact Test*

Berdasarkan tabel 5.6, Hubungan Umur dengan penetapan diagnosis kasus DBD, terlihat bahwa distribusi responden menurut jenis kelamin dalam penetapan diagnosis kasus DBD, pada perempuan sebesar 57,9 % dapat mendiagnosis dengan baik, sedangkan pada laki – laki hanya sebesar 41,7 %. Namun Secara statistik jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD, dimana nilai  $p = 0,37$ .

Hubungan Umur dengan penetapan diagnosis kasus DBD, terlihat bahwa distribusi responden menurut tingkat golongan umur dalam penetapan diagnosis kasus DBD, pada golongan umur  $\geq 40$  tahun yang dapat mendiagnosis dengan baik hanya sebesar 47,4 %, sedangkan pada golongan umur  $< 40$  tahun sebesar 52,6 %. Dan secara statistik, golongan umur tidak mempunyai hubungan dalam penetapan diagnosis kasus DBD, dimana nilai  $p = 0,29$ .

Hubungan Pelatihan dengan penetapan diagnosis kasus DBD, terlihat bahwa distribusi responden menurut pernah tidaknya mengikuti pelatihan tentang DBD dimana responden yang pernah mengikuti pelatihan sebanyak 26,3 % dapat mendiagnosis dengan baik, sedangkan yang tidak pernah mengikuti pelatihan hanya sebesar 73,7 %. Dimana secara statistik, pelatihan tidak mempunyai hubungan yang bermakna dalam penetapan diagnosis klinis kasus DBD, dimana nilai  $p = 0,36$ .

Hubungan Pengalaman dengan Penetapan diagnosis kasus DBD, terlihat bahwa distribusi responden menurut pengalaman kerja dalam penetapan diagnosis kasus DBD, dimana responden yang bekerja  $\geq 10$  tahun sebanyak 68,4 % dapat mendiagnosis dengan baik dan yang bekerja  $< 10$  tahun hanya sebesar 31,6 %. Namun secara statistik, lama kerja tidak mempunyai hubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD, dimana nilai  $p = 0,056$ .

Hubungan Tugas rangkap dengan penetapan diagnosis kasus DBD, terlihat bahwa distribusi responden yang tidak memiliki tugas rangkap sebesar 63,2 % dapat mendiagnosis dengan baik dan yang memiliki tugas rangkap hanya sebesar 36,8 %. Dimana secara statistik, tugas rangkap tidak memiliki hubungan yang bermakna dalam penetapan diagnosis kasus DBD, dimana nilai  $p = 0,28$ .

Hubungan Supervisi dengan Penetapan Diagnosis Kasus DBD, terlihat bahwa distribusi responden yang dilakukan supervisi hanya sebesar 31,6 % dapat mendiagnosis dengan baik, sedangkan yang tidak dilakukan supervisi sebesar 68,4 %. Secara statistik, supervisi tidak mempunyai hubungan yang bermakna dalam penetapan diagnosis klinis kasus DBD, dimana nilai  $p = 1,0$ .

Hubungan sarana dengan penetapan diagnosis kasus DBD, terlihat bahwa distribusi responden menurut ketersediaan sarana dalam penetapan diagnosis kasus DBD, responden yang memiliki sarana pemeriksaan diagnosis klinis DBD di tempat kerjanya hanya sebesar 73,7 % dapat mendiagnosis dengan baik, sedangkan yang tidak memiliki sarana sebesar 26,3 %. Namun secara statistik, ketersediaan sarana tidak mempunyai hubungan dalam penetapan diagnosis kasus DBD, dimana nilai  $p = 0,44$ .

Hubungan Pengetahuan dengan penetapan diagnosis kasus DBD, dimana terlihat bahwa distribusi responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebesar 73,7 % dapat mendiagnosis dengan baik, sedangkan yang memiliki tingkat pengetahuan kurang sebesar 26,3 %. Dimana secara statistik, tingkat pengetahuan mempunyai hubungan yang bermakna dengan penetapan diagnosis kasus DBD, dimana nilai  $p = 0,02$ .

Hubungan sikap dengan penetapan diagnosis kasus DBD, terlihat bahwa distribusi responden yang memiliki sikap baik dalam penetapan diagnosis kasus DBD sebesar 57,9 % dapat mendiagnosis klinis kasus DBD dengan baik,

sedangkan memiliki sikap kurang hanya sebesar 42,1 %. Namun secara statistik didapatkan bahwa sikap tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan penetapan diagnosis kasus DBD, dimana nilai  $p = 0,37$ .

Hubungan motivasi dengan penetapan diagnosis kasus DBD, terlihat bahwa bahwa distribusi responden yang memiliki motivasi baik dalam penetapan diagnosis kasus DBD sebesar 63,2 % dapat mendiagnosis dengan baik, sedangkan memiliki motivasi kurang sebesar 36,8 %. Namun Secara statistik didapatkan bahwa motivasi tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan penetapan diagnosis kasus DBD, dimana nilai  $p = 0,24$ .

### 5.3.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mendapatkan model yang tepat untuk menggambarkan faktor – faktor apa saja yang paling berhubungan dengan penetapan diagnosis kasus DBD, dari hasil analisis regresi logistik dengan metode *backward*: LR di dapatkan model awal sebagai berikut.

Tabel 5.7  
Hubungan antara Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Penetapan Diagnosis Klinis Kasus DBD di Kabupaten Cilacap Tahun 2010 – 2012

Variabel	<i>Coef</i> $\beta$	Nilai p	95% CI
Jenis kelamin	-1,09	0,59	0,006-17,93
Pelatihan	-3,315	0,17	0,00 - 4,33
Pengalaman	-1,864	0,27	0,005 - 4,42
Tugas rangkap	1,210	0,51	0,091-123,44
Supervisi	-1,058	0,50	0,015-7,99
Sarana	-1,157	0,52	0,009-10,89
Pengetahuan	3,963	0,03	1,423-1945,24
Sikap	3,803	0,06	0,75-2647,69
Motivasi	2,058	0,13	0,53-114,9
Umur	0,185	0,93	0,017-85,04

Berdasarkan tabel 5.7, terlihat bahwa hanya ada satu variabel yang memiliki nilai  $p < 0,05$ , yaitu pengetahuan dengan nilai  $p = 0,03$ .

Pada model akhir dari analisis ini, didapatkan model yang paling tepat untuk menggambarkan faktor – faktor apa saja yang berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD.

Tabel 5.8  
Hubungan antara Pelatihan, Pengetahuan, Sikap dan Motivasi terhadap Penetapan Diagnosis Kasus DBD di Kabupaten Cilacap Tahun 2010 – 2012

Variabel	<i>Coef</i> $\beta$	Nilai p	95% CI
Pelatihan	-3,084	0,11	0,001-2,11
Pengetahuan	3,270	0,01	1,91-361,19
Sikap	2,873	0,03	1,20-159,21
Motivasi	1,981	0,07	0,84-62,28

Berdasarkan tabel 5.8, didapatkan model yang paling tepat untuk mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi penetapan diagnosis kasus DBD, dimana ada empat variabel yang paling berhubungan dengan penetapan diagnosis kasus DBD yaitu pelatihan, pengetahuan, sikap, motivasi. Sehingga dapat dikatakan bahwa petugas medis yang pernah mengikuti pelatihan, memiliki pengetahuan, sikap dan motivasi yang baik dapat menegakan diagnosis klinis kasus DBD dengan tepat.

## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1. Keterbatasan penelitian

##### 6.1.1. Desain studi

Penelitian ini menggunakan rancangan studi potong lintang (*cross sectional*) yang mempelajari hubungan antara paparan dan out come dalam satu waktu sehingga data yang dihasilkan adalah prevalens. Tujuan studi potong lintang adalah memperoleh gambaran dari suatu masalah kesehatan dan determinannya pada populasi sasaran, maka subyek untuk studi ini harus diambil sedemikian rupa sehingga diperoleh sampel yang mewakili (*representatif*) dari populasi sasaran. Pada penelitian ini digunakan total sampling sehingga kekhawatiran dari aspek keterwakilan populasi bisa diatasi.

Keuntungan desain studi ini adalah mudah untuk dilakukan dengan biaya lebih murah. Bila tujuan penelitian hanya untuk mendeskripsikan distribusi penyakit dihubungkan dengan paparan faktor determinan maka studi potong lintang merupakan rancangan yang paling cocok, efisien dan cukup kuat metodologinya. Namun demikian, desain studi ini merupakan desain paling lemah untuk melihat hubungan sebab akibat. Penilaian kausalitasnya menuntut adanya sekuensi dimana sebab harus mendahului akibat dan prasyarat ini sulit untuk dipenuhi dalam desain studi potong lintang (Murti, 1997).

##### 6.1.2. Bias dalam studi

Bias adalah kesalahan sistemik yang mengakibatkan distorsi penaksiran parameter populasi berdasarkan parameter sampel. Dalam studi ini parameter yang dimaksud adalah ukuran frekuensi (proporsi) dan ukuran asosiasi antara paparan dengan *out come* yang diteliti. Distorsi mengakibatkan hasil penelitian menjadi *underestimate* atau *overestimasi* atau meniadakan hubungan atau pengaruh paparan terhadap masalah kesehatan. Bias ada 2 macam yaitu bias seleksi dan bias informasi.

Bias seleksi adalah bias yang terjadi pada saat pemilihan sampel karena adanya penyimpangan dalam prosedur pemilihan dimana subyek dipilih

menurut status *out come* dipengaruhi oleh status paparan atau pemilihan subyek menurut status paparan dipengaruhi oleh status *out come*.

Status *out come* (variabel dependen) dalam studi ini adalah kemampuan tenaga medis yang ada di Puskesmas dan RSUD Cilacap tahun 2010 – 2012 dalam menetapkan diagnosis klinis kasus DBD di bandingkan dengan hasil pemeriksaan kadar IgG/IgM, yaitu dengan melihat data tenaga medis yang melakukan diagnosis klinis terhadap kasus DBD di puskesmas berdasarkan surat rujukan dari puskesmas yang ada di bagian rekim medik dan di RSUD Cilacap berdasarkan petugas medis yang melakukan diagnosis masuk penderita. Dari total kasus yang memenuhi syarat untuk penelitian ini, di temukan 31 orang tenaga medis yang melakukan diagnosis terhadap 195 kasus DBD.

Status paparan dalam studi ini adalah karakteristik dari petugas medis yang ada di Puskesmas dan RSUD Cilacap yang terlibat langsung dalam penetapan diagnosis klinis kasus DBD, yaitu sebanyak 16 orang tenaga medis yang ada di puskesmas – puskesmas yang melakukan rujukan kasus klinis DBD ke RSUD Cilacap dan 15 orang tenaga medis di RSUD Cilacap yang terlibat langsung dalam mendiagnosis kasus klinis DBD yang dirujuk dari puskesmas maupun kasus yang datang sendiri ke RSUD Cilacap. Status paparan di peroleh dengan melakukan wawancara langsung terhadap responden yang bersedia untuk diikutkan dalam penelitian ini.

Bias informasi adalah bias dalam mencermati, melaporkan, mengukur, mencatat, mengklarifikasi dan menginterpretasi status paparan dan atau *out come*. Adapun sumber bias informasi dalam studi ini adalah :

1. Alat ukur (kuesioner)

Data – data dalam studi ini adalah hasil wawancara langsung dengan responden yang menggunakan kuesioner terstruktur dan data hasil dari pencatatan dokumen rekam medik RSUD Cilacap. Semua responden diwawancarai dengan kuesioner yang sama, walaupun ada penyimpangan akibat dari alat ukur dimana pertanyaan yang ada dalam kuesioner kurang tepat dalam mengukur status paparan atau status *out come* adalah bersifat *non diferensial* karena dapat terjadi pada semua kelompok.

## 2. Enumerator

Studi ini menggunakan dua orang enumerator untuk mengumpulkan data primer dengan melakukan wawancara dengan tenaga medis yang ada di RSUD dan Puskesmas sebagai responden. Enumerator di RSUD menggunakan tenaga yang ada di lingkungan RSUD dan enumerator di puskesmas juga menggunakan tenaga yang ada di puskesmas, dimana kedua enumerator ini telah berpengalaman dalam melakukan wawancara atau pengumpulan data. Namun demikian untuk menghindari kesalahan penafsiran dari setiap pertanyaan yang ada, maka sebelumnya dilakukan *training* kepada enumerator tentang alat ukur yang akan digunakan.

## 3. Responden

Bias yang mungkin terjadi adalah responden memberikan jawaban yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada di lingkungan kerjanya, misalnya pertanyaan tentang apakah pernah dilakukan supervisi? Kemungkinan responden akan menjawab pernah dilakukan supervisi untuk menjaga nama baik dari instansinya. Namun demikian hal ini kemungkinan dapat terjadi baik di puskesmas maupun di RS, bias karena responden ini sulit untuk dikontrol.

### 6.1.3. Kualitas data

Data yang dipakai dalam studi ini ada dua jenis data utama, yaitu data primer dari hasil wawancara dengan tenaga medis dan data sekunder dari hasil pengumpulan data di bagian rekam medik RSUD Cilacap. Kelemahan dari data sekunder adalah metode data yang dikumpulkan kadang tidak diketahui oleh pengguna data, sehingga peneliti mengandalkan pada ketrampilan dan integritas orang – orang yang mengumpulkan data.

## 6.2. Gambaran penetapan diagnosis klinis DBD

Penetapan diagnosis klinis di puskesmas dan RSUD Cilacap dilakukan berdasarkan pedoman dari kementerian kesehatan RI, yang merupakan kriteria – kriteria dari WHO, yang meliputi kriteria klinis dan kriteria laboratoris. Penggunaan kriteria ini dimaksudkan untuk mengurangi diagnosis yang berlebihan (*over diagnosis*). Kriteria klinis meliputi Demam tinggi mendadak,

tanpa sebab jelas, berlangsung terus menerus selama 2 – 7 hari. Terdapat manifestasi perdarahan, sekurang – kurangnya uji *tourniquet (rumple leede)* positif, pembesaran hati dan syok. Sedangkan kriteria laboratories meliputi *Trombositopeni* (trombosit  $< 100.000/uL$ ) dan *Hemokonsentrasi* ( $Ht > 20\%$ ). Penetapan diagnosis laboratories DBD yang digunakan di kabupaten Cilacap adalah dengan pemeriksaan serologis berupa pemeriksaan IgG/IgM, dimana tersedia *Dengue Rapid Test*.

Kesepakatan diagnosis klinis DBD antara petugas medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap sebesar 94,17 %. Dimana nilai kesepakatan tersebut secara statistik sangat baik yaitu dengan nilai kappa 0,82 (0,81 – 1,00). Jika diagnosis klinis ini di bandingkan dengan hasil pemeriksaan IgG dan IgM, didapatkan bahwa kesepakatan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dengan hasil pemeriksaan IgG dan IgM di laboratorium RSUD Cilacap sebesar 83,50 % dimana nilai kesepakatan tersebut secara statistik sedang yaitu dengan nilai kappa 0,46 (0,41 – 0,60). Sedangkan kesepakatan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di RSUD dengan hasil pemeriksaan IgG dan IgM di laboratorium RSUD Cilacap sebesar 87,38 % dimana nilai kesepakatan tersebut secara statistik sedang yaitu dengan nilai kappa 0,55 (0,41 – 0,60).

### **6.3. Faktor – faktor yang berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap Tahun 2010 – 2012**

Dari hasil analisis bivariat didapatkan satu faktor yang memiliki hubungan yang bermakna dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap, yaitu pengetahuan. Untuk mengetahui faktor apa saja yang memiliki hubungan secara bersama – sama atau yang paling berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap, maka dilakukan analisis multivariat terhadap semua variabel independen.

Berdasarkan hasil analisis multivariat terhadap faktor – faktor yang berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD di Puskesmas dan RSUD Cilacap, di dapatkan model awal bahwa variabel pengetahuan yang memiliki nilai  $p < 0,05$ . Selanjutnya dilakukan analisis dengan metode dengan

metode *backward* : *LR* untuk mendapatkan model yang paling tepat untuk mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi penetapan diagnosis kasus DBD, pada model akhir didapatkan bahwa ada empat variabel yang paling berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap yaitu pelatihan, pengetahuan, sikap, motivasi. Sehingga dapat dikatakan bahwa petugas medis yang pernah mengikuti pelatihan dan memiliki pengetahuan, sikap dan motivasi yang baik dapat menegakan diagnosis klinis kasus DBD dengan benar. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian – penelitian sebelumnya.

Faktor pelatihan yang pernah diikuti responden merupakan salah satu unsur yang dapat mempengaruhi penegakan diagnosis klinis kasus DBD, pada beberapa penelitian terbukti bahwa pelatihan yang diberikan kepada petugas dapat meningkatkan atau berhubungan dengan kinerja dari petugas tersebut, seperti hasil penelitian Khairul Lubis tahun 2008 di Medan bahwa ada pengaruh antara pelatihan dengan peningkatan kinerja karyawan PT. Perkebunan Nusantara IV Medan, Penelitian yang dilakukan oleh Siagian dan Martha Monroza tahun 2010 di Medan bahwa ada pengaruh pendidikan dan pelatihan dengan peningkatan kinerja pegawai Dinas Tenaga Kerja Kota Medan, penelitian yang dilakukan oleh Ilyas pada tahun 1998 tentang determinan kinerja tenaga medis PTT ditemukan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kinerja tenaga medis PTT.

Pengetahuan responden mempunyai hubungan yang bermakna dengan penetapan diagnosis kasus DBD, dimana responden dengan tingkat pengetahuan baik tentang DBD memiliki peluang benar dalam mendiagnosis kasus klinis DBD 2,02 kali dari responden dengan tingkat pengetahuan kurang. Dimana secara deskriptif tenaga medis dengan tingkat pengetahuan baik dapat mendiagnosis kasus klinis DBD dengan baik sebesar 73,7 %. sedangkan dengan tingkat pengetahuan kurang dapat mendiagnosis kasus klinis DBD sebesar 26,3 %.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ade Nasution tahun 2009 di RSUD Pirmgadi Medan bahwa ada pengaruh antara pengetahuan dengan kinerja perawat.

Responden dengan sikap yang baik terhadap penyakit DBD dapat mendiagnosis kasus klinis DBD dengan baik sebesar 57,9 %. sedangkan dengan sikap kurang dapat mendiagnosis kasus klinis DBD dengan baik hanya sebesar 42,1 %. Dimana sikap yang baik memiliki hubungan secara bersama – sama dengan pelatihan, pengetahuan dan motivasi dalam penetapan diagnosis klinis DBD.

Penelitian yang dilakukan oleh Ade Nasution tahun 2009 di RSU Pirngadi Medan bahwa tidak ada pengaruh antara sikap dengan kinerja perawat dengan nilai  $p$  0,389. Penelitian yang dilakukan oleh Wulan Martini tahun 2004 di Semarang bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan antara sikap dengan peningkatan kinerja pegawai Dinas Pengelolaan Sumber Daya Air Provinsi Jawa Tengah.

Responden dengan motivasi baik dapat mendiagnosis kasus klinis DBD dengan baik sebesar 63,2 %, sedangkan tenaga medis dengan tingkat motivasi kurang dapat mendiagnosis kasus klinis DBD dengan baik hanya sebesar 36,8 %. Hal ini menandakan bahwa motivasi yang baik dapat meningkatkan ketepatan diagnosis klinis kasus DBD. Dimana motivasi yang baik memiliki hubungan secara bersama – sama dengan pelatihan, pengetahuan dan sikap dalam penetapan diagnosis klinis DBD.

Sejumlah ahli telah menyampaikan bahwa motivasi sebagai determinan kinerja. Herzberg (1959) menyampaikan kinerja dipengaruhi oleh faktor motivator yang dimanifestasikan pada keberhasilan, penghargaan, tanggungjawab, pekerjaan dan peningkatan diri. Kopelman (1986) juga menyampaikan kinerja dipengaruhi oleh motivasi dan kemampuan. Pernyataan yang serupa juga dikemukakan oleh Davis (1981) dan Latham (1981).

Peneliti lain, Yanuar (1989) menyatakan motivasi meningkatkan penggunaan waktu produktif personel. Kabul (1988) menyampaikan bahwa personel puskesmas yang memiliki motivasi tinggi menggunakan waktu kerja secara optimal. Retnasih (1995) menemukan bahwa motivasi sebagai determinan kinerja bidan desa. Penelitian yang dilakukan oleh Ade Nasution tahun 2009 di RSU Pirngadi Medan bahwa ada pengaruh antara motivasi dengan kinerja perawat. Penelitian yang dilakukan oleh Ilyas pada tahun 1998

tentang determinan kinerja tenaga medis PTT yang ditemukan bahwa ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kinerja tenaga medis PTT.

Hasil penelitian Hasmoko (2008), tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan sistem pengembangan manajemen kinerja klinis (SPMKK) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang, menunjukkan bahwa ada pengaruh secara bersama-sama antara variabel bebas terhadap variabel terikat berdasarkan penerapan SPMKK yaitu pengetahuan, sikap, motivasi dan monitoring.

Penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh tenaga medis di Puskesmas dan RS merupakan bentuk kinerja dari petugas medis itu sendiri. Kinerja merupakan catatan keluaran hasil pada suatu fungsi jabatan atau seluruh aktivitas kerja dalam periode tertentu. Kinerja juga merupakan kombinasi antara kemampuan dan usaha untuk menghasilkan apa yang dikerjakan. Agar dapat menghasilkan kinerja yang baik, seseorang memiliki kemampuan, kemauan, usaha serta dukungan dari lingkungan. Kemauan dan usaha akan menghasilkan motivasi kemudian setelah ada motivasi seseorang akan menampilkan perilaku untuk bekerja.

Penampilan kerja atau *job performance* sebagai bagian dari profisiensi kerja adalah menyangkut apa yang dihasilkan seseorang dari perilaku kerja. Tingkat sejauh mana seseorang berhasil menyelesaikan tugasnya disebut profesi (*level of performance*). Individu di tingkat prestasi kerja disebut produktif, sedangkan prestasi kerjanya tidak mencapai standar disebut tidak produktif. *Job performance* (penampilan kerja) adalah hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku dalam pekerjaan yang bersangkutan.

Menurut teori Atribusi atau *Expectancy Theory*, penampilan kerja dirumuskan sebagai berikut :  $P = M \times A$ , di mana P (*Performance*), M (*Motivasi*), A (*Ability*). Sehingga dapat dijelaskan bahwa *performance* adalah hasil interaksi antara motivasi dengan *ability* (kemampuan dasar). Dengan demikian orang yang tinggi motivasinya, tetapi memiliki kemampuan dasar yang rendah akan menghasilkan *performance* yang rendah, begitu

pula halnya dengan orang yang sebenarnya mempunyai kemampuan dasar yang tinggi tetapi rendah motivasinya. Penampilan kerja adalah suatu prestasi kerja yang telah dikerjakan atau ditunjukkan atas produk/jasa yang dihasilkan atau diberikan seseorang atau kelompok.

Faktor – faktor yang mempengaruhi kinerja menurut *Gibson* adalah individu, perilaku, psikologi dan organisasi. Variabel individu terdiri dari kemampuan dan ketrampilan, latar belakang, dan demografi.

Pelatihan dapat menghasilkan kemampuan dan ketrampilan dari peserta yang mengikuti pelatihan, dimana kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja individu. Variabel demografis mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu, variabel psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. variabel banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya. variabel psikologis seperti sikap, kepribadian, dan belajar merupakan hal yang kompleks, sulit diukur dan sukar mencapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dengan organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang budaya dan ketrampilan yang berbeda satu dengan lainnya.

Pemahaman tentang ketrampilan dan kemampuan diartikan sebagai suatu tingkat pencapaian individu terhadap upaya untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik dan efisien. Pemahaman dan ketrampilan dalam bekerja merupakan suatu totalitas diri pekerja baik secara fisik maupun mental dalam menghadapi pekerjaannya. Ketrampilan fisik didapatkan dari belajar dengan menggunakan skill dalam bekerja. Ketrampilan ini dapat diperoleh dengan cara pendidikan formal dalam bentuk pendidikan terlembaga maupun informal, dalam bentuk bimbingan dalam bekerja.

Pengembangan ketrampilan ini dapat dilakukan dalam bentuk training. Sedangkan pemahaman mental diartikan sebagai kemampuan berpikir pekerja kearah bagaimana seseorang bekerja secara matang dalam menghadapi permasalahan pekerjaan yang ada, tingkat pematangan mental pekerja sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai yang ada dalam diri individu. Nilai–

nilai ini berkembang dalam diri individu, didapatkan dari hasil proses belajar terhadap lingkungannya dan keluarga pada khususnya.

Performasi seseorang sangat dipengaruhi bagaimana dan apa yang didapatkan dari lingkungan keluarga. Sebuah unit interaksi yang utama dalam mempengaruhi karakteristik individu adalah organisasi keluarga. Hal demikian karena keluarga berperan dan berfungsi sebagai pembentukan sistem nilai yang akan dianut oleh masing-masing anggota keluarga. Dalam hal tersebut keluarga mengajarkan bagaimana untuk mencapai hidup dan apa yang seharusnya kita lakukan untuk menghadapi hidup. Hasil proses interaksi yang lama dengan anggota keluarga menjadikan pengalaman dalam diri anggota keluarga.

Merupakan sebuah titik dalam diri seseorang untuk tidak melakukan atau melakukan pekerjaan tersebut sebagai bagian dari aktivitas yang menyenangkan. Sikap yang baik adalah sikap dimana dia mau mengerjakan pekerjaan tersebut tanpa terbebani oleh sesuatu hal yang menjadi konflik internal. Ambivalensi seringkali muncul ketika konflik internal psikologis muncul. Perilaku bekerja seseorang sangat dipengaruhi oleh sikap dalam bekerja. Sedangkan sikap seseorang dalam memberikan respon terhadap masalah dipengaruhi oleh kepribadian seseorang. Kepribadian ini dibentuk sejak lahir dan berkembang sampai dewasa. Kepribadian seseorang sulit dirubah karena elemen kepribadiannya yaitu *id*, *ego* dan *super ego* yang dibangun dari hasil bagaimana dia belajar saat dikandung sampai dewasa. Dalam hubungannya dengan bekerja dan bagaimana seseorang berpenampilan diri terhadap lingkungan, maka seseorang berperilaku. Perilaku ini dapat dirubah dengan meningkatkan pengetahuan dan memahami sikap yang positif dalam bekerja.

Sikap merupakan faktor penentu perilaku, karena sikap berhubungan dengan persepsi, kepribadian, dan motivasi. Sikap (*Attitude*) adalah kesiapsiagaan mental, yang dipelajari dan diorganisasi melalui pengalaman, dan mempunyai pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain, obyek, dan situasi yang berhubungan dengannya.

Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap yang obyek tadi. Jadi sikap senantiasa terarah terhadap suatu hal, suatu obyek, tidak ada sikap tanpa obyek. Sikap merupakan suatu pandangan, tetapi dalam hal ini masih berbeda dengan suatu pengetahuan yang di miliki oleh orang lain.

Pengetahuan seseorang akan bertambah dengan adanya suatu proses belajar yang diikutinya, dimana belajar dibutuhkan seseorang untuk mencapai tingkat kematangan diri. Kemampuan diri untuk mengembangkan aktivitas dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh usaha belajar, maka belajar merupakan sebuah upaya ingin mengetahui dan bagaimana harus berbuat terhadap apa yang akan dikerjakan. Proses belajar seseorang akan berpengaruh pada tingkat pendidikannya sehingga dapat memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang berpendidikan tinggi akan lebih rasional dan kreatif serta terbuka dalam menerima adanya bermacam usaha pembaharuan, ia juga akan lebih dapat menyesuaikan diri terhadap berbagai pembaharuan.

## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat di simpulkan bahwa :

1. Tingkat kesamaan diagnosis klinis DBD antara petugas medis di Puskesmas dan RSUD Cilacap dapat di golongan ke dalam tingkatan sangat baik (nilai kappa = 0,82), dengan nilai kesepakatan 94,17 %.
2. Tingkat pengetahuan merupakan faktor yang berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis di puskesmas dan RSUD Cilacap.
3. Faktor yang paling berhubungan dengan penetapan diagnosis klinis kasus DBD oleh petugas medis di puskesmas dan RSUD Cilacap adalah pelatihan, pengetahuan, sikap dan motivasi.

#### **7.2. Saran**

Berdasarkan kesimpulan dari penelitian ini, maka peneliti memberikan saran untuk semua pihak yang terkait dalam penemuan dan diagnosis kasus DBD di Kabupaten Cilacap.

##### **7.2.1. Untuk pihak Puskesmas**

1. Dapat bekerjasama dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih memadai seperti RS dalam melakukan diagnosis kasus DBD, seperti melakukan rujukan kasus tersangka DBD dan pemeriksaan diagnostik.
2. Melakukan evaluasi dan sosialisasi program DBD secara berkala agar dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan motivasi petugas medis tentang program pemberantasan penyakit DBD di wilayah kerja puskesmas.

##### **7.2.2. Untuk pihak RSUD Cilacap**

1. Dapat bekerjasama dengan fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dalam melakukan pemeriksaan diagnostik maupun melakukan rujukan balik ke puskesmas yang melakukan rujukan kasus DBD.

2. Melakukan evaluasi dan sosialisasi program DBD secara berkala agar dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan motivasi petugas medis dalam diagnosis kasus DBD dan program pemberantasan penyakit DBD.
3. Meningkatkan pemeriksaan diagnostik untuk kasus – kasus tersangka DBD sesuai dengan pedoman dari Kementerian Kesehatan RI.

#### 7.2.3 Untuk pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap

Agar dapat melakukan kegiatan – kegiatan rutin yang berhubungan dengan penemuan kasus, pemberantasan dan penanggulangan penyakit DBD di Kabupaten Cilacap, seperti :

1. Melakukan supervisi yang suportif kesemua fasilitas pelayanan kesehatan yang menangani kasus – kasus tersangka DBD.
2. Melakukan sosialisasi atau pelatihan terhadap petugas – petugas yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam penemuan kasus, pemberantasan dan penanggulangan penyakit DBD di Kabupaten Cilacap.
3. Menyediakan sarana yang dibutuhkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dalam mempermudah dan mempercepat penegakan diagnosis kasus DBD.

## DAFTAR REFERENSI

- BPS Kab Cilacap, 2010, *Cilacap dalam Angka 2010 (Cilacap in Figures 2010)*, PT.Wahana Satri Pwt, Purwokerto, 2011
- Budiarto,Eko, dan Anggraeni, Dewi, 2001, *Pengantar Epidemiologi*, Edisi 2, EGC, Jakarta
- Candra R, 2006, *Variasi gen E dan NS1 virus dengue stereotipe 3 dari kasus demam dengue, demam berdarah dengue dan dengue shock syndrome*, FK-UI, Jakarta
- Chen K, Pohan Herdiman T, Sinto Robert, 2009, *Diagnosis dan Therapy Cairan pada Demam Berdarah Dengue*, Divisi Penyakit Tropik dan Infeksi, Departemen Ilmu Penyakit Dalam,Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, RS Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta
- Chin J, Editor Penterjemah: I Nyoman Kandun, 2000, *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*, Edisi 17, Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap, 2010, *Profil Kesehatan Kabupaten Cilacap Tahun 2009*
- Gubler, D.J. S. Nalim, R. Tan, H. Saipan, J.S. Saroso. 1979. *Variation in susceptibility to oral infection with dengue viruses among geographics strain of Aedes aegypti*. U.S. Naval Medical Research Unit no 2. Jakarta Detachment and National Institute of Health Research an Development. Ministry of Health. Jakarta am. J. Trop. Med Hyg, 28(6).
- Hasmoko E.V, 2008, *Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan sistem pengembangan manajemen kinerja klinis (SPMKK) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang*, UNDIP, Semarang
- Ilyas Y, 2002, *Kinerja ( Teori, Penilaian dan Penelitian)*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI
- Kemenkes RI, 2011, *Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue*, Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta
- Lemeshow S, Penterjemah: Dibyo Pramono, 1997, *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*, Cetakan Pertama, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta

- Mukhlis, Kristiani, 2006, *Hubungan Faktor-Faktor Individu Dan Organisasi Dengan Kinerja Petugas Vaksinasi Di Kabupaten Aceh Timur* , KMPK-UGM, Yogyakarta
- Murti B, 2003, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Cetakan Kedua, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2002, *Metodologi Penelitian*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- Siregar, A.F. 2004. *Epidemiologi dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia*. Fakultas Kesehatan Masyarakat USU. Medan.
- Sugiyono, 2004, *Statistik Non Parametrik*, CV. Alfabeta, Bandung.
- Tjokronegoro A, 2000, *Demam Berdarah Dengue (Naskah lengkap : Pelatihan bagi pelatih Dokter Spresialis Anak & Dokter Spresialis Penyakit Dalam dalam Tatalaksana Kasus DBD)* ,Balai Penerbit FKUI, Jakarta,
- WHO, 1997, *Dengue haemorrhagic fever; Diagnosis, treatment, prevention and control* ,Geneva
- Yasril, Kasjono H.S, 2009, *Analisis Multivariat untuk Penelitian Kesehatan*, Mitra Cendikia, Jogjakarta.

<b>KUESIONER</b>	
	<b>STUDI RELIABILITAS DIAGNOSIS KLINIS KASUS DBD OLEH TENAGA MEDIS DI PUSKESMAS DAN RSUD CILACAP DI KABUPATEN CILACAP PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2010 - 2012</b>
	
I. IDENTITAS LOKASI	
1 Puskesmas/RS : .....	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 NO. Register Medik : .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 Ruang Perawatan/Poliklinik : ..... (untuk RS)	3 <input type="checkbox"/>
Tanggal pengumpulan data : ...../...../.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nama Pengumpul Data : .....	
II. IDENTITAS KASUS	
1 Nama Penderita : .....	1 .....
2 Usia : ..... Th	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 Jenis Kelamin : 1. Laki - Laki 2. Perempuan	3 <input type="checkbox"/>
4 Pekerjaan : .....	4 <input type="checkbox"/>
5 Pendidikan Responden : <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
1 = Tidak sekolah 2 = SD 3 = SLTP 4 = SLTA 5 = PT	
6 Alamat : .....	6
III. GEJALA KLINIS DAN KRITERIA LABORATORIUM	
1 Gejala Klinis : .....	ya Tdk
a Panas / Demam : .....	1.a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b Manifestasi Perdarahan : .....	1.b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c Pembesaran Hati : .....	1.c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d Tanda-Tanda Vital : TD : ...../.....mmHg. Nadi : .....x/m	1.d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e Lainnya : .....	1.e <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 Trombosit : 1. .... (Tgl. ....)	2.a .....
2. .... (Tgl. ....)	2.b .....
3 Haematokrit : 1. .... (Tgl. ....)	3.a .....
2. .... (Tgl. ....)	3.b .....
3. .... (Tgl. ....)	3.c .....
IV. DIAGNOSIS DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)	
1 Diagnosis dokter Puskesmas : .....	1.a .....
2 Diagnosis dokter RS : .....	
Diagnosis Masuk : .....	2.a .....
Diagnosa Banding : .....	2.b .....
Diagnosis Keluar : .....	2.c .....
V. HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM	
1 IgG : 1. .... (Tgl. ....)	1.a .....
2. .... (Tgl. ....)	2.b .....
2 IgM : 1. .... (Tgl. ....)	2.a .....
2. .... (Tgl. ....)	2.b .....



**KUESIONER**  
**STUDI RELIABILITAS DIAGNOSIS KLINIS KASUS DBD**  
**OLEH TENAGA MEDIS DI PUSKESMAS DAN RSUD CILACAP**  
**DI KABUPATEN CILACAP PROVINSI JAWA TENGAH**  
**TAHUN 2010 - 2012**



**VI. IDENTITAS PETUGAS MEDIS**

1 Nama Dokter : .....	1 .....
2 Usia : ..... Th	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 Jenis Kelamin : 1. Laki - Laki 2. Perempuan	3 <input type="checkbox"/>
4 Pendidikan terakhir : .....	4 <input type="checkbox"/>
5 Lama Kerja : .....Th .....bln	5 <input type="checkbox"/>
6 Alamat : .....	6 .....

**VII. PELATIHAN TENTANG DBD**

	Nama Pelatihan	instansi	Keterangan
a.			
b.			Ya <input type="checkbox"/>
c.			
d.			Tidak <input type="checkbox"/>
e.			

**VIII. TUGAS RANGKAP**

	Jabatan Lain	instansi	Keterangan
a.			
b.			Ya <input type="checkbox"/>
c.			
d.			Tidak <input type="checkbox"/>
e.			

**IX. SUPERVISI**

1 Apakah dalam dua tahun terakhir ini anda pernah disupervisi ?	Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/>
2 Jika YA, Siapa yang melakukan supervisi ?	
3 Berapa kali dalam setahun anda di supervisi ?	

**X. SARANA**

1 Apakah sarana untuk mendiagnosis kasus DBD tersedia di tempat anda bekerja ?	Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/>
2 Jika YA, Apakah sarana tersebut dapat digunakan sesuai fungsinya ?	Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/>
3 Dalam pemeriksaan laboratorium untuk menunjang penegakan diagnosis DBD, apakah menurut anda alat tersebut memiliki kualitas yang baik untuk menegakan diagnosis DBD?	Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/>
4 Berapa lama hasil pemeriksaan laboratorium anda terima untuk mendiagnosis DBD ?	..... Jam

## XI. PENGETAHUAN RESPONDEN TENTANG DIAGNOSIS DBD

1. Penyakit DBD dapat di sebabkan oleh :
  - a. Virus Dengue tipe DEN I
  - b. Virus Dengue tipe DEN II
  - c. Virus Dengue tipe DEN III
  - d. Virus Dengue tipe DEN IV
  - e. semua benar
2. vector dari penyebaran kasus DBD adalah :
  - a. Nyamuk aedes aegypti
  - b. Nyamuk aedes albopictus
  - c. Semua benar
  - d. Semua salah
3. Masa inkubasi penyakit DBD adalah
  - a. 1 – 3 hari
  - b. 4 – 15 hari
  - c. 16 – 20 hari
  - d. 21 – 25 hari
4. Gejala penyakit DBD dapat berupa gejala berikut, adalah
  - a. Demam tinggi mendadak, tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus menerus (2–7 hari)
  - b. Manifestasi perdarahan
  - c. Pembesaran Hati (Hepatomegali)
  - d. Renjatan (syok)
  - e. Semua benar.
5. Kriteria laboratories pada kasus DBD adalah :
  - a. Trombositopenia( $\leq 100.000/\mu\text{l}$ ),
  - b. hemokonsentrasi ( $\geq 20 \%$ )
  - c. semua benar
  - d. semua salah
6. DBD diklasifikasikan menjadi empat tingkatan keparahan, pada keadaan dimana demam disertai dengan gejala non-spesifik; satu-satunya manifestasi perdarahan adalah tes tourniquet positif dan mudah memar. Diklasifikasikan ke dalam :
  - a. Derajat I
  - b. Derajat II
  - c. Derajat III
  - d. Derajat IV
7. DBD diklasifikasikan menjadi empat tingkatan keparahan, pada keadaan dimana terjadi kegagalan sirkulasi dimanifestasikan dengan nadi cepat dan lemah serta penyempitan nadi atau *hipotensi*, dengan kulit dingin dan lembab serta gelisah. Diklasifikasikan ke dalam :
  - a. Derajat I
  - b. Derajat II
  - c. Derajat III
  - d. Derajat IV

## XII. SIKAP RESPONDEN TERHADAP DIAGNOSIS KASUS DBD

1. Untuk dapat menegakan diagnosis DD ataupun DBD dibutuhkan pemahaman tentang perjalanan penyakit infeksi virus dengue, patofisiologi dan ketajaman pengamatan klinis. Bagaimana menurut pendapat saudara?
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
2. Pemeriksaan klinis yang baik dan lengkap dapat menegakkan diagnosis DBD, sedangkan pemeriksaan penunjang dapat membantu khususnya bila gejala klinis kurang memadai. Bagaimana menurut pendapat saudara?
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
3. Manifestasi klinis infeksi virus Dengue pada manusia sangat bervariasi, mulai dari asimtomatik, demam ringan yang tidak spesifik, Demam Dengue (DD), Demam Berdarah Dengue (DBD), hingga yang paling berat yaitu *Dengue Shock Syndrome* (DSS). Bagaimana menurut pendapat saudara?
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
4. Diagnosis klinis penyakit DBD ditetapkan berdasarkan kriteria klinis dan kriteria laboratories. Bagaimana menurut pendapat saudara?
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
5. Test laboratorium merupakan test yang sangat penting didalam memberikan konfirmasi diagnosa klinis dari infeksi virus dengue. Bagaimana menurut pendapat saudara?
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
6. Test laboratorium pada penyakit DBD dapat dilakukan dengan isolasi virus, deteksi kenaikan titer antibody dan pembuktian adanya antigen virus yang spesifik. Bagaimana menurut pendapat saudara?
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
7. Adanya hemokonsentrasi merupakan salah satu perbedaan antara penyakit DBD dengan penyakit lainnya. Bagaimana menurut pendapat saudara?
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju

### XIII. MOTIVASI RESPONDEN

Silahkan anda tunjukkan seberapa besar tingkat persetujuan / ketidaksetujuan anda terhadap pernyataan dengan memberi tanda cek (V) pada salah satu kotak .

Keterangan :

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS
	<b>• Pencapaian / <i>achievement</i></b>			
1	Setelah berhasil melakukan diagnosis penyakit DBD, saya mengharapkan penghargaan atas pekerjaan saya			
2	Saya ingin mendapatkan predikat sebagai karyawan terbaik dalam mendiagnosis kasus DBD			
	<b>• Pengakuan / <i>recognition</i></b>			
3	Saya mempunyai ketrampilan dan keahlian dalam melakukan diagnosis penyakit DBD yang dihargai oleh atasan.			
4	Saya selalu mencari cara lain agar dalam menegakkan diagnosis penyakit DBD menjadi lebih singkat prosesnya dan lebih efisien			
	<b>• Bertanggung jawab / <i>responsibility</i></b>			
5	Saya merasa memiliki tanggung jawab dalam mendiagnosis penyakit DBD.			
6	Dalam bekerja saya diberi keleluasaan dan wewenang tersendiri dalam mendiagnosis penyakit DBD.			
	<b>• Pekerjaan itu sendiri / <i>work it self</i></b>			
7	Saya memiliki standar kerja dan tujuan yang jelas dalam mendiagnosis penyakit DBD.			
8	Saya menggunakan kemampuan yang maksimal dalam mendiagnosis penyakit DBD.			
	<b>• Mengalami peningkatan / <i>advancement</i></b>			
9	Saya ingin mendapatkan promosi jabatan			
10	Saya ingin instansi kerja saya memberikan karyawan kesempatan untuk mengembangkan diri melalui training, kursus, seminar tentang penyakit DBD..			