SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH

OLEH :

AISYAH NABILA

NPM 2207110024

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

BANDA ACEH

2026

SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH

Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Mencapai Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh

OLEH :

AISYAH NABILA

NPM : 2207110024

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

BANDA ACEH

2026

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	: Aisyah Nabila
NPM	: 2207110024
Fakultas	: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh
Peminatan	: Epidemiologi
Judul Skripsi	: FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi yang saya buat adalah benar hasil karya sendiri/tidak dibuat oleh orang lain. Apabila dikemudian hari diketahui bahwa Proposal ini dibuat oleh orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademik yang di tetapkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh (FKM UNMUHA) termasuk pembatalan hasil Seminar Proposal.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, 10 Agustus 2026

Penulis



AISYAH NABILA

2207110024

Universitas Muhammadiyah Aceh
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Peminatan: Epidemiologi
Skripsi: 31 Juli 2026

ABSTRAK

Nama: Aisyah Nabila
NPM: 2207110024

"FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH"

XV + 77 halaman + 13 tabel + 4 lampiran

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan terutama melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. DBD masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, termasuk di Kota Banda Aceh. Wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng merupakan wilayah dengan jumlah kasus DBD tertinggi di Kota Banda Aceh pada tahun 2025, yaitu sebanyak 49 kasus, dan menunjukkan peningkatan kasus dari 25 kasus pada tahun 2023 menjadi 36 kasus pada tahun 2024 dan 49 kasus pada tahun 2025. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain analitik observasional menggunakan pendekatan *case control*. Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh pada tahun 2026. Sampel penelitian berjumlah 50 responden yang terdiri dari 25 responden kelompok kasus dan 25 responden kelompok kontrol dengan perbandingan 1:1. Pengambilan sampel menggunakan *total sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi drainase rumah dengan kejadian DBD dengan nilai p=0,001 dan OR=3,500 (95% CI: 2,073–5,910). Terdapat hubungan yang signifikan antara pembuangan sampah dan limbah dengan kejadian DBD dengan nilai p=0,001 dan OR=3,500 (95% CI: 2,073–5,910). Terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku pencegahan dengan kejadian DBD dengan nilai p=0,001 dan OR=3,778 (95% CI: 2,157–6,615), yang menunjukkan bahwa responden dengan perilaku pencegahan kurang baik memiliki risiko 3,778 kali lebih besar mengalami DBD dibandingkan responden dengan perilaku pencegahan baik. Sementara itu, sumber air bersih tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kejadian DBD dengan nilai p=0,050 dan OR=2,250 (95% CI: 1,623–3,119).

Kesimpulan penelitian ini adalah kondisi drainase rumah, pembuangan sampah dan limbah, serta perilaku pencegahan berhubungan secara signifikan dengan kejadian DBD, sedangkan sumber air bersih tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh.

Kata Kunci: Demam Berdarah Dengue, drainase rumah, pengolahan sampah dan limbah, perilaku pencegahan, sumber air bersih.
Daftar Pustaka: 61 pustaka (Tahun 2015–2026).

Muhammadiyah University of Aceh
Faculty of Public Health
Major: Epidemiology
Thesis, July 31, 2026

ABSTRACT

Name: Aisyah Nabila
Student ID: 2207110024

"FACTORS ASSOCIATED WITH THE INCIDENCE OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF) IN THE WORKING AREA OF ULEE KARENG PUBLIC HEALTH CENTER, BANDA ACEH CITY"

XV + 77 pages + 13 tables + 4 appendices

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is an acute infectious disease caused by the dengue virus and transmitted primarily through the bite of the Aedes aegypti mosquito. DHF remains a public health issue in Indonesia, including in Banda Aceh City. The working area of the Ulee Kareng Community Health Center (Puskesmas) recorded the highest number of DHF cases in Banda Aceh City in 2025—totaling 49 cases—reflecting a rising trend from 25 cases in 2023 to 36 cases in 2024 and 49 cases in 2025. This study aims to identify factors associated with the incidence of DHF in the working area of the Ulee Kareng Community Health Center, Banda Aceh City.

This study employed a quantitative design with an observational analytic approach using a case-control method. The research was conducted in the working area of the Ulee Kareng Community Health Center, Banda Aceh City, in 2026. The sample consisted of 50 respondents—comprising 25 in the case group and 25 in the control group—selected using a total sampling method (1:1 ratio).

The results indicate a significant association between household drainage conditions and DHF incidence (p=0.001; OR=3.500; 95% CI: 2.073–5.910). A significant association was also found between waste and refuse disposal practices and DHF incidence (p=0.001; OR=3.500; 95% CI: 2.073–5.910). Furthermore, there was a significant association between preventive behaviors and DHF incidence (p=0.001; OR=3.778; 95% CI: 2.157–6.615); this indicates that respondents with poor preventive behaviors faced a 3.778 times higher risk of contracting DHF compared to those with good preventive behaviors. Meanwhile, the clean water source did not show a significant association with the incidence of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), with a p-value of 0.050 and an OR of 2.250 (95% CI: 1.623–3.119).

The study concludes that household drainage conditions, waste and sewage disposal, and prevention behaviors are significantly associated with the incidence of DHF, whereas the clean water source is not significantly associated with DHF incidence in the working area of the Ulee Kareng Community Health Center, Banda Aceh City.

Keywords: Dengue Hemorrhagic Fever, household drainage, waste and sewage treatment, preventive behavior, clean water sources
Bibliography: 61 references (2015–2026).

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, 12 Agustus 2026

Pembimbing I	Pembimbing II
Vera Nazhira Arifin, MPH	**Dharina, SKM, MKM, Ph.D**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
DEKAN,

Dr. Basri Aramico Ib, SKM, MPH
NIK: 19811029 200603 1001

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING

SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DBD DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH

Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Mencapai Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh

OLEH:

AISYAH NABILA
NPM: 2207110024

Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh
Akan Mengikuti Ujian Skripsi

Banda Aceh, 12 Agustus 2026

Pembimbing I	Pembimbing II
Vera Nazhira Arifin, MPH	Dharina, SKM, MKM, Ph.D

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
DEKAN,

Dr. Basri Aramico Ib, SKM, MPH
NIK: 19811029 200603 1001

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah Dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Judul : FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH

Nama : Aisyah Nabila

Tanggal Sidang : 12 Agustus 2026

Banda Aceh, 12 Agustus 2026

TANDA TANGAN

Pembimbing I	: Vera Nazhira Arifin, MPH	( )
Pembimbing II	: Dharina, SKM, MKM, Ph.D	( )
Penguji I	: Irma Hamisah, SKM, MPH	( )
Penguji II	: Agustina, SST, M.Kes	( )

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh

Dr. Basri Aramico.Ib, SKM., MPH
NIK: 19811029 200603 1001

BIODATA

Nama	: Aisyah Nabila
Tempat/Tgl. Lahir	: Meudang Ara/ 9 September 2004
Agama	: Islam
Status Pekerjaan	: Mahasiswi
Alamat	: JLN. Lorong Kampung Padang Desa Meudang Ara Kecamatan Blangpidie
Nama Orang Tua/Suami istri	: Yanti
Pekerjaan Orang Tua/Suami Istri	: IRT
Alamat Orang Tua/ Suami Istri	: JLN. Lorong Kampung Padang Desa Meudang Ara Kecamatan Blangpidie

Pendidikan Yang ditempuh

1. SD : Madrasah Ibtidaiyah Negeri 2 Aceh Barat Daya
2. SMP : Madrasah Tsanawiyah Negeri 1 Aceh Barat Daya
3. SMA : Madrasah Aliyah Negeri 1 Aceh Barat Daya
4. AKADEMI : -
5. S1 : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Karya tulis

1. FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH

Tertanda

AISYAH NABILA

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah S.W.T, dimana atas rahmat dan hidayah-Nya saya telah dapat menyelesaikan Skripsi ini, shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad S.A.W yang telah membawa kita dari alam jahiliyah ke alam yang islamiah.

Proposal ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh (FKM-UNMUHA) dan secara khusus saya menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada ibu **Vera Nazhira, MPH** selaku pembimbing pertama dan ibu **Dharina,SKM, MKM, Ph.D** selaku pembimbing kedua yang meluangkan banyak waktu dan tenaga untyk memberikan petunjuk, arahan dan bimbingan serta dukungan mulai dari awal penulisan sampai selesainya proposal ini. Selanjutnya saya juga menyampaikan terimakasih kepada:

1. Bapak **Dr. H. Aslam Nur, MA** selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh.
2. Bapak **Dr. Basri Aramico Ib, SKM., MPH**, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Aceh.
3. Para dosen dan staff Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.
4. Semua teman-teman yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan proposal ini.
5. Keapada semua pihak yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Secara Khusus saya menyampaikan ucapan terimakasih yang tak terhingga kepada ayahanda dan ibu8nda tercinta beserta keluarga/saudara yang telah memberikan motivasi kepada saya selama ini. Akhirnya kepada Allah SWT kita sepantasnya berseah diri, tiada satupun yang terjadi tanpa kehendak-Nya. Harapan saya, semoga skripsi ini bermanfaat bagi saya sendiri maupun bagi segenap pembaca masyarakat., Amin.

Banda Aceh, 12 Agustus 2026

Aisyah Nabila

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ..... **i**

PERNYATAAN PERSETUJUAN ..... **iv**

KATA PENGANTAR ..... **viii**

DAFTAR ISI ..... **x**

DAFTAR GAMBAR ..... **xiv**

DAFTAR LAMPIRAN ..... **xv**

BAB I PENDAHULUAN **1**

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 6

1.3 Ruang Lingkup Penelitian 7

1.4 Tujuan Penelitian 8

1.4.1 Tujuan Umum : 8

1.4.2 Tujuan Khusus: 8

1.5 Manfaat Penelitian 9

1.5.1 Bagi Peneliti 9

1.5.2 Bagi Lahan Penelitian 9

1.5.3 Bagi Institusi Pendidikan 9

BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN **10**

2.1 Epidemiologi DBD 10

2.1.1 Definisi 10

2.1.2 Etiologi DBD 12

2.2 Gejala DBD 13

2.2.1 Gejala klinis DBD 13

2.3 Faktor Resiko DBD 15

2.3.1 Faktor Perilaku 15

2.3.2 Faktor Lingkungan 15

2.4 Pencegahan DBD 16
2.5 klasifikasi DBD 20
2.6 Hubungan Jenis Drainase Rumah Dengan Kejadian DBD 20
2.7 Hubungan Perilaku Pencegahan Dengan Kejadian DBD 22
2.8 Hubungan Pengolahan Sampah Dan Limbah Dengan Kejadian DBD 23
2.9 Hubungan Sumber Air Bersih Dengan Kejadian DBD 26
2.10 Kerangka Teori 30

BAB III KERANGKA KONSEPTUAL 31
3.1 Kerangka konsep 31
3.2 Variabel Penelitian 32
3.2.1 Variabel Dependen 32
3.2.2 Variabel Independen 32
3.3 Definisi Operasional 32
3.4 Cara Pengukuran Variabel 34
3.4.1 Kejadian DBD (Puskesmas Ulee Kareng, 2026) 34
3.4.2 Drainase Rumah (EHRA, 2014) 35
3.4.3 Pembuangan Sampah/ Limbah (EHRA, 2014) 35
3.4.4 Sumber Air Bersih (fakultas kesehatan masyarakat, 2023) 35
3.4.5 Perilaku Pencegahan (fakultas kesehatan masyarakat, 2023) 35
3.5 Hipotesis 35

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN 37
4.1 Desain penelitian 37
4.2 populasi dan sampel 37
4.3.1 Kriteria Inklusi kasus 38
4.3.2 Kriteria Eksklusi Kasus 38
4.3.3 Kriteria Inklusi Kontrol 39
4.3.4 Kriteria Inklusi Kontrol 39
4.4 lokasi penelitian Dan Waktu Penelitian 39

4.5 Pengumpulan data 39
4.6 Jenis data 40
4.7 Pengolahan 40
4.8 Analisisa Data 41
4.9 Penyajian 43

BAB V GAMBARAN UMUM 44
5.1 Profil UPTD Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh 44
5.1.1 Gambaran Geografis Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh 44
5.1.2 Jumlah Penduduk 45
5.2 Visi Dan Misi Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh 45
5.2.1. Visi Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh 45
5.2.2 Misi Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh 45
5.3 Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh 46
5.4 Karakteristik Responden 47
5.4.1 Pemilihan Sampel 47

BAB VI HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN 48
6.1 Hasil Penelitian 48
6.1.1 Karakteristik Responden 48
6.2 Analisis Univariat 51
6.3 Analisis Bivariat 54
6.4 Pembahasan 57

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN 72
7.1 Kesimpulan 72
7.2 Saran 75

DAFTAR PUSTAKA 77

DAFTAR TABEL

Tabel Definisi Operasional.....32

Tabel 5.1 sampel case control penelitian.....47

Tabel 6.1 Distribusi frekuensi jenis kelamin responden.....49

Tabel 6.2 Distribusi frekuensi Umur responden.....50

Tabel 6.3 Distribusi frekuensi Pekerjaan responden.....51

Tabel 6.4 Distribusi frekuensi Pendidikan responden.....51

Tabel 6.5 Distribusi frekuensi Drainase Rumah.....52

Tabel 6.6 Distribusi frekuensi Pembuangan Sampah dan limbah.....53

Tabel 6.7 Distribusi frekuensi Sumber Air Bersih.....54

Tabel 6.8 Distribusi frekuensi perilaku pencegahan.....55

Tabel 6.9 Hubungan Drainase rumah dengan kejadian DBD.....56

Tabel 6.10 Hubungan Pembuangan sampah dan limbah dengan kejadian DB.....57

Tabel 6.11 Hubungan Sumber air bersih dengan kejadian DBD.....58

Tabel 6.12 Hubungan Perilaku Pencegahan dengan kejadian DBD.....59

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Jumlah kasus DBD Kota Banda Aceh……3

Gambar 1.2 Jumlah Kasus DBD Puskesmas Ulee Kareng……4

Gambar 2.10 Kerangka Teoritis……30

Gambar 3.1 Kerangka Knsep……..31

Gambar 5.1 Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng……44

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.....82

Lampiran 2.....83

Lampiran 3.....84

Lampiran 4.....94

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

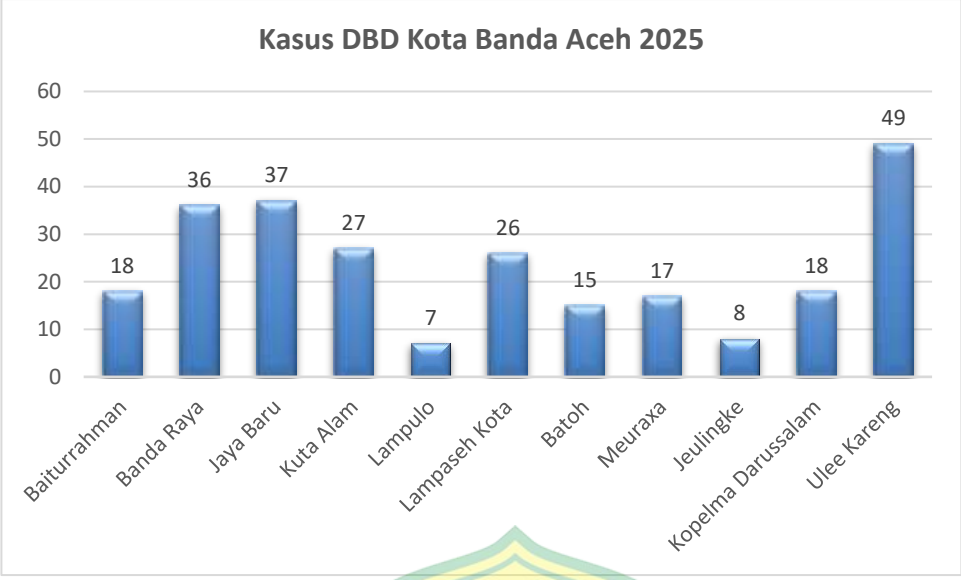
World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa setiap tahun terdapat sekitar 500.000 kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di seluruh dunia, dengan angka kematian mencapai sekitar 22.000 jiwa. Berdasarkan data WHO, dalam kurun waktu 1968–2009, Indonesia tercatat sebagai negara dengan jumlah kasus DBD tertinggi di kawasan Asia(Sinta, 2018). Pada kelompok anak, tingkat kematian akibat DBD dapat mencapai hingga 5% akibat infeksi. Kejadian DBD dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain status gizi, usia, keberadaan vektor, kondisi lingkungan, kebiasaan menggantung pakaian, serta tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik pencegahan seperti 3M (Tansil, Rampengan and Wilar, 2021).

Selama periode 2015–2019, jumlah kasus DBD di kawasan Asia Tenggara mengalami peningkatan sebesar 46%, dari 451.442 kasus menjadi 658.301 kasus. Sebaliknya, angka kematian menunjukkan penurunan sebesar 2%, dari 1.584 menjadi 1.555 kasus. Peningkatan kejadian DBD di wilayah ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti tingginya pertumbuhan populasi, keterbatasan pasokan air bersih dan praktik penyimpanannya, kondisi saluran pembuangan serta sistem pengelolaan limbah yang kurang baik, serta dampak pemanasan global. Selain itu, tingginya angka kasus DBD di Asia Tenggara juga disebabkan oleh belum optimalnya pengendalian vektor yang

dilakukan secara komprehensif dan berkelanjutan, serta keterbatasan pengobatan yang efektif. (WHO, 2024).

Berdasarkan hasil survei kesehatan Indonesia (SKI 2023), prevalensi DBD di Indonesia adalah 0,64% dengan jumlah kasus mencapai 877.531 kasus. Dengan prevalensi tertinggi terdapat pada provinsi Papua Tengah dengan prevalensi mencapai 3,90%, DKI Jakarta dengan prevalensi mencapai 1,81%, dan papua dengan prevalensi mencapai 1,46%. Sementara provinsi dengan prevalensi lebih rendah terdapat pada provinsi Sulawesi Tenggara dengan prevalensi hanya 0,26%, dan Maluku hanya 0,30%. Jika dilihat dari segi karakteristik individu prevalensi kejadian DBD tertinggi terjadi pada kelompok usia 5-14 tahun dengan prevalensi 0,80% dan sedikit lebih tinggi pada perempuan dengan prevalensi 0,65% di bandingkan laki-laki dengan prevalensi 0,64% (SKI, 2018).

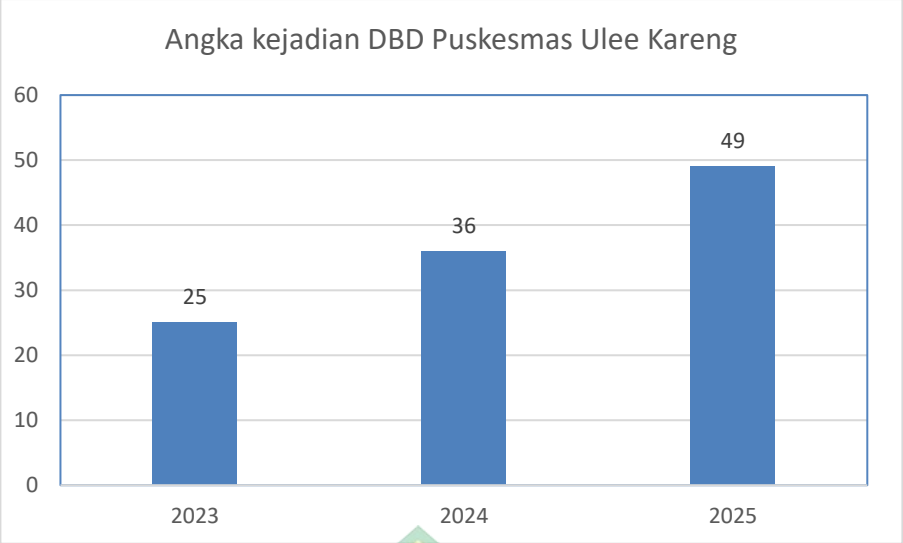
Dari data tersebut juga dapat dilihat bahwa faktor pendidikan dan pekerjaan juga menunjukkan sedikit variasi dengan kelompok yang tidak/belum sekolah memiliki prevalensi lebih tinggi dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih tinggi. Yang dimana dari data tersebut dapat di simpulkan bahwa distribusi DBD tidak merata di seluruh Indonesia dan dipengaruhi oleh faktor usia, pendidikan, dan wilayah geografisnya (SKI, 2018).



Gambar 1.1. jumlah kasus DBD Kota Banda Aceh (2025)

Sumber: (Dinkes Banda Aceh,2025)

Puskesmas Ulee Kareng merupakan wilayah dengan jumlah kasus DBD tertinggi di Kota Banda Aceh tahun 2025, yaitu sebanyak 49 kasus. Jumlah tersebut jauh lebih tinggi dibandingkan beberapa wilayah lainnya seperti Lampulo (7 kasus), Jeulingke (8 kasus), Batoh (15 kasus), dan Meuraxa (17 kasus). Tingginya kasus DBD di wilayah Ulee Kareng menunjukkan bahwa masih terdapat faktor-faktor risiko yang belum teridentifikasi secara spesifik dan memerlukan kajian lebih lanjut. Oleh karena itu, penelitian di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng menjadi sangat penting karena wilayah ini merupakan daerah dengan beban kasus tertinggi di Kota Banda Aceh. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat menghasilkan informasi yang lebih komprehensif mengenai faktor-faktor yang berkontribusi terhadap tingginya kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng.



Gambar 1.2. jumlah kasus DBD pada Puskesmas ulee kareng (2023-2025)

Sumber: (Puskesmas ulee kareng, 2026)

Kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng mengalami peningkatan yang konsisten selama tiga tahun terakhir, yaitu dari 25 kasus pada tahun 2023 menjadi 36 kasus pada tahun 2024 dan meningkat kembali menjadi 49 kasus pada tahun 2025. Tingginya dan terus meningkatnya kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng menjadi alasan penting dilakukannya penelitian untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD, Tren peningkatan ini menunjukkan bahwa masalah DBD di wilayah tersebut belum terkendali dan berpotensi terus meningkat apabila faktor-faktor risiko yang berkontribusi terhadap kejadian DBD tidak segera diidentifikasi dan ditangani. Kondisi ini menjadi dasar penting perlunya penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng. Selain karena merupakan wilayah dengan jumlah kasus tertinggi di Kota Banda Aceh pada tahun 2025, hingga saat ini masih

terbatas penelitian yang mengkaji secara bersamaan faktor sumber air bersih, perilaku pencegahan, kepadatan hunian, dan pengolahan sampah atau limbah sebagai faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD di wilayah tersebut. Oleh karena itu, penelitian ini diharapkan dapat menghasilkan informasi yang lebih spesifik sesuai kondisi lokal sehingga dapat mendukung pengambilan kebijakan pengendalian DBD yang lebih efektif.

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk Aedes aegypti, yang dapat menimbulkan demam akut. Hingga saat ini, DBD masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat utama di Indonesia. Upaya pengendalian vektor yang umum dilakukan adalah dengan menargetkan nyamuk dewasa melalui metode fogging (Windawati, Shodiqin and Aini, 2020). Di beberapa wilayah, peningkatan kasus DBD dipengaruhi oleh faktor iklim seperti curah hujan dan kelembapan udara, bahkan kejadian sering meningkat pada musim hujan. Oleh karena itu, diperlukan perencanaan yang matang dan terstruktur untuk mengendalikan penyebaran DBD, khususnya saat musim hujan(Suryowati, Bekti and Faradila, 2018).

Berbagai penelitian terdahulu telah membuktikan adanya hubungan antara faktor lingkungan maupun perilaku dengan kejadian DBD. Namun, sebagian besar penelitian masih berfokus pada faktor tertentu secara terpisah, seperti pengelolaan sampah, keberadaan tempat penampungan air, atau sanitasi lingkungan secara umum. Penelitian yang dilakukan oleh (Naziratul Balqis, Elmiyati, 2023). hanya mengkaji perilaku pengelolaan sampah terhadap kejadian DBD, sedangkan penelitian yang

dilakukan oleh (muhammad arif rianto, suharmanto, khairun nisa berawi, susanti, 2025). hanya meneliti ketersediaan tutup penampung air dan frekuensi pengurasan penampung air. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh (Guamo, Kunto and Patria, 2026) menilai sanitasi lingkungan secara umum tanpa mengidentifikasi komponen spesifik yang berpotensi memengaruhi kejadian DBD. Oleh karena itu, masih terdapat kesenjangan penelitian (research gap) terkait analisis faktor lingkungan dan perilaku yang dilakukan secara simultan. Penelitian ini hadir untuk mengisi kesenjangan tersebut dengan menganalisis hubungan jenis drainase rumah, perilaku pencegahan, pengolahan sampah/limbah, dan sumber air bersih dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh, sehingga dapat memberikan dasar yang lebih komprehensif dalam penyusunan program pencegahan dan pengendalian DBD yang tepat sasaran.

1.2 Rumusan Masalah

DBD masih menjadi masalah Kesehatan bagi masyarakat di Kota Banda Aceh. Angka kasus DBD masih cukup tinggi terutama di wilayah kerja puskesmas ulee kareng, yang dimana wilayah tersebut menempati peringkat pertama tertinggi kasus DBD di Kota Banda Aceh dan Kasus DBD pada wilayah tersebut terus meningkat setiap tahunnya. Hal ini menunjukkan bahwa penularan DBD masih terus terjadi dan faktor risiko di masyarakat belum sepenuhnya terkendali. Berbagai penelitiaan sebelumnya telah meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD, seperti faktor lingkungan dan perilaku masyarakat. Namun, hasil penelitian masih menunjukkan

perbedaan, dan penelitian pada wilayah kerja puskesmas ulee kareng masih terbatas. Selain itu, Sebagian pada penelitian sebelumnya hanya berfokus pada satu kelompok faktor tertentu sehingga belum menggambarkan kondisi risiko secara menyeluruh. Jika faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD tidak segera diidentifikasi, makan kejadian DBD berpotensi meningkat Kembali di masa mendatang. Oleh karena itu, diperlukan penelitian untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD di wilayah kerja puskesmas ulee kareng kota Banda Aceh sebagai dasar upaya pencegahan dan pengendalian DBD yang lebih efektif.

1.3 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam bidang Kesehatan masyarakat khususnya epidemiologi penyakit menular yang membahas faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD. Penelitian ini dilakukan diwilayah kerja puskesmas ulee kareng kota Banda Aceh karena wilayah tersebut merupakan salah satu daerah dengan angka kejadian DBD yang masih tinggi. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh jumlah kasus DBD pada tahun 2025 tercatat sebanyak 49 kasus, serta mengalami peningkatan setiap tahun sejak 2023 hingga 2025. Kondisi ini menunjukkan bahwa DBD masih menjadi masalah Kesehatan masyarakat yang memerlukan perhatian serius.

Penelitian ini dilakukan pada tahun 2026 dengan sasaran masyarakat yang berada di wilayah kerja puskesmas ulee kareng. Subjek penelitian adalah masyarakat yang pernah mengalami DBD dan masyarakat yang tidak mengalami DBD sesuai dengan kriteria penelitian. Penelitian ini difokuskas pada analisis faktor-faktor yang berhubungan

dengan kejadian DBD, terutama faktor lingkungan dan perilaku masyarakat, seperti Drainase rumah, pembuangan sampah/limbah, sumber air bersih, serta perilaku Pencegahan.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan pendekatan case control. Data diperoleh melalui wawancara menggunakan kuesioner serta observasi lamgsung lingkungan rumah responden. Gasil penelitian diharapkan dapat menjadi dasar informasi bagi pihak puskesmas dan pemerintah setempat dalam menentukan strategi pencegahan dan pengendalian DBD yang lebih efektif dan tepat sasaran di wilayan kerja puskes,as ulee kareng kota Banda Aceh.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum :

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng, Kota Banda Aceh.

1.4.2 Tujuan Khusus:

1. Untuk mengetahui hubungan antara Drainase Rumah dengan kejadian DBD.
2. Untuk mengetahui hubungan antara pengolahan sampah/ limbah dengan kejadian DBD.
3. Untuk mengetahui hubungan antara sumber air bersih dengan kejadian DBD.
4. Untuk mengetahui hubungan antara perilaku pencegahan dengan kejadian DBD.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Peneliti

Bagi peneliti dapat menambah wawasan dan pengalaman yang berguna dalam mengembangkan diri serta menerapkan ilmu yang dipelajari untuk melaksanakan tugas pada masa yang akan datang khususnya mengenai kejadia DBD pada.

1.5.2 Bagi Lahan Penelitian

Sebagai bahan masukan yang bermanfaat dan sebagai salah satu pertimbangan dalam pengambilan kebijakan dan progam promotive serta preventif untuk menekan angka kejadian DBD.

1.5.3 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menjadi bahan bacaan pada perpustakaan yang dapat di manfaatkan oleh mahasiswa untuk menambah wawasan dan refenrensi dalam penelitian serupa terkait faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian DBD serta menjadi bahan perbandingan dalam penelitian di wilayah lain.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 Epidemiologi DBD

2.1.1 Definisi

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk betina, terutama *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, yang sebelumnya telah terinfeksi dari penderita lain. Kelompok yang paling berisiko terkena DBD adalah anak-anak usia di bawah 15 tahun, khususnya yang tinggal di lingkungan lembap serta kondisi sanitasi yang kurang baik atau kumuh. Penularan virus dengue terjadi melalui gigitan nyamuk dari subgenus *Stegomyia*, yaitu *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* sebagai vektor utama, serta *Aedes scutellaris* dan *Aedes niveus* sebagai vektor sekunder. Selain itu, virus dengue juga dapat ditularkan secara transseksual dari nyamuk jantan ke betina melalui proses perkawinan, serta secara transovarial dari induk nyamuk ke keturunannya(Wowor, 2017).

Dari berbagai mekanisme penularan virus dengue, cara yang paling umum terjadi adalah melalui gigitan nyamuk Aedes aegypti. Virus yang masuk ke dalam tubuh nyamuk akan berkembang biak, sehingga nyamuk tersebut mampu menularkan virus sepanjang hidupnya kepada individu yang rentan saat menghisap darah. Di dalam tubuh nyamuk, virus dengue mengalami masa inkubasi ekstrinsik selama sekitar 8–10 hari sebelum dapat ditularkan kembali kepada manusia melalui gigitan berikutnya. Lama masa inkubasi ini dipengaruhi oleh suhu lingkungan sekitar. Selama berada di dalam tubuh

nyamuk, virus dengue memperbanyak diri dan menyebar ke seluruh bagian tubuh, sehingga dalam waktu sekitar satu minggu jumlahnya dapat meningkat hingga puluhan bahkan ratusan ribu partikel virus, yang siap ditularkan ke manusia. Setelah masuk ke dalam tubuh manusia, virus memerlukan waktu sekitar 4–6 hari (masa inkubasi intrinsik) sebelum menimbulkan gejala penyakit (Wowor, 2017).

Tempat perkembangbiakan Aedes aegypti umumnya berupa wadah yang menampung air jernih yang tergenang dan tidak bersentuhan langsung dengan tanah. Nyamuk ini cenderung memilih lingkungan yang teduh, lembap, serta terlindung dari paparan sinar matahari langsung, terutama di dalam maupun di sekitar rumah. Tempat penampungan air (TPA) seperti bak mandi, ember, dan baskom merupakan lokasi yang paling sering ditemukan sebagai tempat perindukan. Bak mandi menjadi salah satu wadah yang paling banyak ditemukan positif jentik, yang umumnya disebabkan oleh kebiasaan masyarakat yang tidak rutin menguras dan membersihkannya. Selain TPA, terdapat juga tempat perindukan non-TPA, seperti barang bekas, ban bekas, penampung dispenser, serta wadah penampung air pada kulkas, yang dapat menampung air hujan atau sisa air sehingga berpotensi menjadi tempat bertelur nyamuk.

Sebagian besar tempat perindukan ditemukan berada di dalam rumah, yang menunjukkan bahwa nyamuk *Aedes aegypti* memiliki kecenderungan hidup dekat dengan aktivitas manusia. Selain itu, wadah yang tidak memiliki penutup atau jarang ditutup dengan rapat lebih berisiko menjadi tempat bertelur karena memudahkan nyamuk masuk ke dalamnya. Berdasarkan volume, kontainer dengan kapasitas kecil

seperti ember dan baskom lebih banyak ditemukan, namun bak mandi dengan volume besar juga sering positif jentik karena airnya cenderung tersimpan lebih lama dan jarang dikuras. Dengan demikian, keberadaan tempat penampungan air yang tidak dikelola dengan baik sangat berperan dalam meningkatkan kepadatan jentik dan risiko penularan DBD (Wowor, 2017).

2.1.2 Etiologi DBD

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk Aedes aegypti. Penyakit ini bersifat endemis di Indonesia maupun di berbagai negara lain. Virus dengue memiliki empat subtipe, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Gejala DBD umumnya muncul ketika seseorang yang sebelumnya pernah terinfeksi salah satu subtipe virus dengue kemudian terinfeksi kembali oleh subtipe yang berbeda. (Yasa, 2019).

Virus dengue menginfeksi manusia melalui gigitan nyamuk betina dari genus Aedes aegypti dan Aedes albopictus, dengan Aedes aegypti sebagai vektor yang paling dominan dalam penularan DBD. Proses penularan diawali ketika nyamuk yang belum terinfeksi menghisap darah seseorang yang telah terinfeksi virus dengue. Selanjutnya, virus mengalami masa inkubasi di dalam tubuh nyamuk selama sekitar 7–10 hari. Setelah periode tersebut, nyamuk yang telah terinfeksi mampu menularkan virus dengue kepada individu sehat melalui gigitan berikutnya (Yasa, 2019).

2.2 Gejala DBD

2.2.1 Gejala klinis DBD

Infeksi virus dengue memiliki spektrum klinis yang sangat luas, mulai dari kondisi tanpa gejala hingga bentuk berat yang dapat berujung pada kematian. Secara klinis, infeksi dengue diklasifikasikan menjadi *undifferentiated febrile illness*, Demam Dengue (DD), Demam Berdarah Dengue (DBD), Sindrom Renjatan Dengue (SRD/DSS), serta *unusual dengue*. Sebagian besar kasus bersifat ringan, namun sekitar 10% dapat berkembang menjadi DBD atau DSS yang memiliki risiko tinggi menimbulkan kegawatan. Manifestasi klinis DBD umumnya berlangsung dalam tiga fase, yaitu fase febris, fase kritis, dan fase pemulihan. Fase febris terjadi selama 2–7 hari dan ditandai dengan demam tinggi yang muncul secara tiba-tiba, disertai gejala seperti sakit kepala, nyeri retroorbital, mialgia, artralgia, mual, muntah, nyeri perut, anoreksia, serta ruam pada kulit. Pada fase ini juga dapat muncul tanda perdarahan ringan, seperti petekie, epistaksis, dan perdarahan pada gusi. Pemeriksaan laboratorium umumnya menunjukkan leukopenia dan hasil tes tourniquet positif (Nugraheni, Rizqoh and Sundari, 2023).

Fase kritis terjadi ketika demam mulai menurun dan merupakan tahap paling berbahaya, karena pada fase ini dapat terjadi kebocoran plasma (*plasma leakage*) akibat meningkatnya permeabilitas pembuluh darah. Kondisi tersebut ditandai dengan peningkatan hematokrit ≥20%, trombositopenia (<100.000/mm^3), serta adanya efusi pleura dan asites. Jika kebocoran plasma terus berlanjut, pasien berisiko mengalami syok

yang ditandai dengan nadi yang cepat dan lemah, tekanan nadi yang menyempit (<20 mmHg), hipotensi, serta akral yang terasa dingin. Pada kondisi yang lebih berat, dapat terjadi perdarahan masif hingga kegagalan multi-organ. Selanjutnya, fase pemulihan berlangsung sekitar 48–72 jam setelah fase kritis, yang ditandai dengan proses reabsorpsi cairan dari ruang ekstravaskular, perbaikan kondisi umum pasien, meningkatnya nafsu makan, stabilnya kondisi hemodinamik, serta kembalinya nilai hematokrit ke kondisi normal. Pada fase ini, jumlah leukosit umumnya meningkat lebih dahulu dibandingkan trombosit. Namun, pemberian cairan intravena yang berlebihan pada fase ini dapat menyebabkan hipervolemia dan edema paru (Nugraheni, Rizqoh and Sundari, 2023).

Selain manifestasi utama berupa kebocoran plasma dan gangguan hematologis, infeksi dengue juga dapat menimbulkan komplikasi multisistem. Manifestasi neurologis meliputi ensefalopati dan ensefalitis, keterlibatan hati ditandai peningkatan enzim transaminase dan hepatomegali, gangguan ginjal seperti acute kidney injury, kelainan jantung seperti miokarditis dan aritmia, serta gangguan respirasi seperti efusi pleura dan edema paru. Oleh karena itu, pemahaman terhadap dinamika gejala klinis pada setiap fase penyakit sangat penting untuk menegakkan diagnosis dini dan menentukan tata laksana yang tepat guna menurunkan angka morbiditas dan mortalitas akibat DBD (Nugraheni, Rizqoh and Sundari, 2023).

2.3 Faktor Resiko DBD

2.3.1 Faktor Perilaku

Faktor perilaku menjadi penyebab kejadian DBD yang dimana berkaitan langsung dengan kebiasaan dan pola hidup masyarakat seperti tidak ada kesadaran dalam menjaga lingkungan sekitar dengan membiarkan air tergenang di ember, pot Bunga, atau tempat sampah yang terbuka yang dapat menyebabkan nyamuk *aedes aegypti* berkembang biak. Selain itu tidak membersihkan bak mandi atau tempat penampungan air secara rutin menunjukkan bahwa kurangnya prinsip 3M yaitu menguras, menutup, dan Mendaur ulang. Banyak masyarakat juga masih kurang memahami pentingnya pencegahan DBD seperti penggunaan kelambu,penggunaan obat nyamuk, tidak menggantung pakaian di dalam rumah (Anggraini, Huda and Agushybana, 2021).

2.3.2 Faktor Lingkungan

Faktor utama yang memengaruhi terjadinya DBD adalah kondisi lingkungan yang kurang bersih, terutama pada area yang memiliki banyak penampungan air tergenang seperti bak mandi, ban bekas, dan kaleng bekas yang berpotensi menjadi tempat bertelur nyamuk. Selain itu, faktor lingkungan seperti suhu, kelembapan, dan curah hujan juga berperan penting dalam peningkatan kasus DBD. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa suhu sekitar 28–32°C dengan tingkat kelembapan yang tinggi dapat mendukung kelangsungan hidup nyamuk Aedes aegypti dalam waktu yang lebih lama. Namun, kondisi suhu udara di Indonesia yang bervariasi di setiap daerah menyebabkan pola kejadian DBD berbeda-beda antar wilayah. Curah hujan juga memiliki pengaruh

signifikan, karena dapat menimbulkan genangan air yang menjadi tempat ideal bagi perkembangbiakan nyamuk Aedes aegypti. (Oroh, Pinontoan and Tuda, 2020).

Selain itu, lingkungan yang padat penduduk, serta kurangnya ventilasi, dan minimnya pencahayaan memudahkan nyamuk masuk dan menggigit manusia. Oleh sebab itu, dalam melakukan pengendalian DBD di perlukan perbaikan kondisi lingkungan terutama dalam mengelola Air bersih dan menjaga kebersihan tempat tinggal (Saputra, Ariyani and Dewi, 2023).

2.4 Pencegahan DBD

Salah satu langkah penting dalam pencegahan DBD adalah melalui Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang disertai dengan perubahan perilaku masyarakat. Upaya utama dilakukan dengan metode 3M Plus, yaitu menguras tempat penampungan air, menutup wadah penampungan, serta mengubur atau mendaur ulang barang bekas yang berpotensi menampung air. Selain itu, tindakan pencegahan lainnya meliputi penggunaan larvasida seperti abate, pemakaian obat nyamuk, pemasangan kawat kasa pada ventilasi, serta menghindari kebiasaan menggantung pakaian di dalam rumah untuk mengurangi tempat istirahat nyamuk. Faktor lingkungan juga memiliki peran yang sangat penting dalam pencegahan DBD. Keberadaan genangan air, sistem drainase yang buruk, serta tempat penampungan air yang terbuka dapat menjadi habitat yang ideal bagi nyamuk Aedes aegypti. Oleh karena itu, pengelolaan lingkungan yang baik dan berkelanjutan menjadi salah satu strategi utama dalam upaya pencegahan DBD. (Sawaluddin, Lidayanti and Bengkulu, 2024).

Pencegahan DBD merupakan langkah yang sangat penting dalam menurunkan angka kejadian penyakit yang ditularkan oleh vektor nyamuk Aedes aegypti. Strategi yang paling efektif berfokus pada pengendalian vektor melalui kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan pendekatan 3M Plus. Penerapan 3M Plus terbukti memiliki hubungan yang signifikan dengan penurunan kasus DBD, terutama melalui kebiasaan menguras dan menutup tempat penampungan air secara rutin. Namun demikian, keberhasilan upaya pencegahan tidak hanya bergantung pada tingkat pengetahuan masyarakat, tetapi juga pada konsistensi dalam menerapkan perilaku pencegahan tersebut dalam kehidupan sehari-hari. (Agung Sutriyawan, 2021).

Faktor perilaku masyarakat menjadi determinan penting dalam keberhasilan program pencegahan DBD. Oleh karena itu, intervensi berbasis edukasi kesehatan melalui penyuluhan yang berkelanjutan sangat diperlukan untuk meningkatkan kesadaran, sikap, dan praktik masyarakat dalam melaksanakan PSN secara mandiri dan berkesinambungan. Selain itu, dukungan lintas sektor, termasuk peran tenaga kesehatan dan pemerintah dalam melakukan surveilans jentik, monitoring lingkungan, serta tindakan pengendalian seperti fogging pada kondisi tertentu, juga menjadi komponen pendukung dalam upaya pencegahan. Meskipun demikian, fogging tidak dapat dijadikan sebagai solusi utama karena hanya bersifat sementara dalam membunuh nyamuk dewasa dan tidak menyentuh fase larva (Agung Sutriyawan, 2021).

Salah satu upaya dalam melakukan pencegahan DBD adalah sebagai berikut:

1. **Pengelolaan Lingkungan**

Berdasarkan hasil penelitian Ramadhani (2026), upaya pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) sangat dipengaruhi oleh faktor lingkungan, terutama keberadaan genangan air yang menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk Aedes aegypti. Pengelolaan lingkungan yang baik merupakan kunci utama dalam mencegah terjadinya DBD. Lingkungan yang tidak terkelola dengan baik, seperti adanya genangan air pada wadah terbuka, saluran air yang tidak lancar, serta barang bekas yang dapat menampung air, akan menciptakan kondisi yang mendukung perkembangan nyamuk. Genangan air tersebut menjadi media utama bagi nyamuk untuk bertelur dan berkembang dari larva hingga menjadi nyamuk dewasa. Oleh karena itu, pencegahan DBD perlu difokuskan pada pengendalian faktor linglungan secara menyeluruh yaitu dengan cara menghilangkan genangan Air di sekitar rumah, memperbaiki saluran Air agar tidak terjadi penumpukan air, mengelola sampah dan barang bekas agar tidak menajdi tempat penampungan air, serta menjaga kebersihan lingkungan secara rutin (Yasmin Lail Ramadhani, 2026).

2. **Perilaku Pencegahan (PSN dan 3M).**

Pencegahan DBD sangat dipengaruhi oleh perilaku masyarakat dalam melaksanakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN). Perilaku PSN merupakan serangkaian tindakan yang bertujuan untuk menghilangkan tempat perkembangbiakan nyamuk Aedes aegypti, sehingga dapat menurunkan keberadaan jentik di lingkungan

rumah. Upaya pencegahan DBD mencakup berbagai tindakan, seperti menguras tempat penampungan air secara rutin, menutup rapat wadah penampungan air, serta mengubur atau mendaur ulang barang bekas yang berpotensi menampung air. Selain itu, tindakan lain yang juga dianjurkan antara lain tidak menggantung pakaian di dalam rumah, menggunakan kelambu atau lotion anti nyamuk, memelihara ikan pemakan jentik, serta menaburkan larvasida (abate). Seluruh tindakan tersebut dikenal sebagai PSN 3M Plus yang bertujuan untuk memutus siklus hidup nyamuk dari fase telur hingga menjadi nyamuk dewasa. Jika perilaku ini diterapkan secara konsisten, maka kepadatan jentik nyamuk dapat dikendalikan sehingga risiko penularan DBD dapat diminimalkan. (Priyatna *et al.*, 2023).

Masyarakat masih memiliki persepsi yang kurang tepat dalam melakukan pencegahan DBD, yang dimana Sebagian besar menganggap bahwa fogihing merupakan satu-satunya cara untuk mengendalikan penyakit DBD, padahal fogging hanya membunuh nyamuk dewasa dan tidak menghilangkan jentik nyamuk yang menjadi sumber utama penularan. Oleh sebab itu, perilaku PSN yang dilakukan secara mandiri oleh masyarakat menjadi lebih penting dalam jangka Panjang. Perilaku pencegahan DBD melalui PSN 3M Plus merupakan strategi yang efektif dalam menurunkan keberadaan jentik nyamuk. Upaya ini harus dilakukan secara rutin dan berkelanjutan dengan dukungan dari tenaga Kesehatan melalui edukasi, pemantauan jentik nyamuk, serta pemberdayaan masyarakat agar lebih aktif dalam menjaga kebersihan lingkungan (Priyatna *et al.*, 2023).

2.5 klasifikasi DBD

Klasifikasi DBD dibagi menajdi 2 jenis menurut tingkat keparahannya yaitu Demam Dengue (DF) dan Demam Berdarah Dengue (DHF).

1. Demam dengue (DF):
    a. Gejala utama seperti Demam, nyeri kepala, nyeri otot, dan ruam pada kulit.
    b. Tidak ada tanda-tanda kebocoran plasma atau pendarahan yang signifikan.

2. Demam Berdarah Dengue (DHF):

    DHF di bagi menjadi empat derajat keparahan:

    a. **Derajat I:** Demam, nyeri kepala, nyeri otot, ruam, dan uji tourniquet positif (pendarahan spontan pada kulit setelah 10 menit).
    b. **Derajat II:** Gejalanya sama seperti derajat pertama, namun ditambah dengan perdarahan spontan pada kulit atau tempat lain.
    c. **Derajat III:** Syok, nadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun (20 mmHg atau kurang)
    d. **Derajat IV: (Sindrom Syok Dengue/SSD):** Syok berat, nadi tidak teraba, dan tekanan darah tidak terukur (Adolph, 2016).

2.6 Hubungan Jenis Drainase Rumah Dengan Kejadian DBD

sistem drainase yang tidak berfungsi dengan baik, seperti saluran air yang tersumbat, tidak mengalir lancer, rusak, atau menimbulkan genangan air, dapat menjadi tempat potensial bagi nyamuk *Aedes aegypti* untuk bertelur dan berkembang biak. Pada

penelitian yang di lakukan oleh (Guamo, Kunto and Patria, 2026) salah satu masalah sanitasi lingkungan yang ditemukan di wilayah kerja Puskesmas Mananggu adalah sistem drainase yang kurang lancar, yang berkontribusi terhadap meningkatnya risiko kejadian DBD. Kondisi drainase yang buruk menyebabkan terbentuknya genangan air yang dapat menjadi habitat larva dan pupa nyamuk *Aedes aegypti*, sehingga meningkatkan kepadatan vektor penular DBD di lingkungan permukiman (Guamo, Kunto and Patria, 2026).

Secara epidemiologis, drainase rumah merupakan bagian penting dari sanitasi lingkungan yang berfungsi mengalirkan air limbah dan air hujan agar tidak terjadi genangan. Ketika drainase tidak terkelola dengan baik, air yang menggenang dalam waktu lama akan menciptakan kondisi yang ideal bagi siklus hidup nyamuk. Telur nyamuk *Aedes aegypti* dapat bertahan pada dinding wadah atau area lembap dan akan menetas ketika terendam air. Oleh karena itu, semakin banyak genangan yang muncul akibat drainase yang buruk, semakin besar pula peluang berkembangnya populasi nyamuk dewasa yang berpotensi menularkan virus dengue kepada manusia (Guamo, Kunto and Patria, 2026).

Selain sebagai tempat berkembang biaknya nyamuk, drainase yang buruk juga dapat memperluas area persebaran vektor di sekitar rumah. Saluran yang tersumbat oleh sampah atau sedimen sering kali menampung air dalam waktu lama, terutama pada musim hujan. Kondisi ini menyebabkan jumlah nyamuk dewasa meningkat dan memperbesar kemungkinan kontak antara nyamuk dengan manusia. Semakin tinggi

kepadatan nyamuk di suatu wilayah, maka semakin besar pula peluang terjadinya penularan virus dengue. Oleh karena itu, rumah dengan drainase yang tidak memenuhi syarat kesehatan cenderung memiliki risiko kejadian DBD yang lebih tinggi dibandingkan rumah yang memiliki sistem drainase lancar dan tidak menimbulkan genangan air (Guamo, Kunto and Patria, 2026).

Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara jenis atau kondisi drainase rumah dengan kejadian DBD. Drainase yang tidak memenuhi syarat kesehatan, seperti saluran yang tersumbat, tidak mengalir lancar, atau menyebabkan genangan air, dapat menciptakan tempat perindukan nyamuk *Aedes aegypti*. Keberadaan tempat perindukan tersebut akan meningkatkan populasi nyamuk vektor sehingga memperbesar risiko penularan virus dengue kepada penghuni rumah. Sebaliknya, drainase yang baik dan lancar mampu mencegah terbentuknya genangan air, mengurangi tempat perkembangbiakan nyamuk, dan pada akhirnya menurunkan risiko kejadian DBD. Dengan demikian, perbaikan dan pemeliharaan sistem drainase rumah merupakan salah satu upaya penting dalam pencegahan dan pengendalian DBD di masyarakat (Guamo, Kunto and Patria, 2026).

2.7 Hubungan Perilaku Pencegahan Dengan Kejadian DBD

Perilaku keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam menurunkan angka kejadian DBD pada anak. Perilaku tersebut meliputi upaya menjaga kebersihan lingkungan melalui penerapan 3M Plus, yaitu menguras, menutup, dan mengubur atau mendaur ulang barang yang berpotensi menampung air. Selain itu, penggunaan kelambu

saat tidur, keaktifan dalam kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), serta memastikan tidak adanya tempat yang dapat menjadi sarang nyamuk Aedes aegypti sebagai vektor utama DBD juga merupakan bagian penting dalam upaya pencegahan. Meskipun seseorang memahami mengai bahaya DBD tetapi tidak dibarengi dengan sikap yang peduli dan perilaku yang nyata seperti menguras bak mandi secara rutin, tidak menggangtung pakaian, menutup wadah air, serta membuang barang bekas yang dapat menampu g air, maka penularan tetap beresiko terjadi. Anak-anak tidak memiliki kontrol penuh atas lingkungan tempat tinggal mereka, oleh sebab itu tanggung jawab menegnai perilaku pencegahan sepenuhnya jatuh kepada orang tua ataupun anggota keluarga lainnya (Jayawardhana, Permana and Kogoya, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Hamdan Amalia dan Muzdalifah menegaskan bahwa perilaku pencegahan, khususnya melalui Gerakan PSN 3M Plus (menguras, menutup, mendaur ulang, serta tindakan tambahan seperti penggunaan larvasida, kelambu, dan pengendalian lingkungan), memiliki pengaruh yang signifikan dalam menurunkan kejadian DBD. Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan, sikap, dan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya pelaksanaan PSN secara rutin menjadi faktor kunci dalam upaya pengendalian dan pencegahan penyakit DBD di lingkungan masyarakat. (Jayawardhana, Permana and Kogoya, 2019).

2.8 Hubungan Pengolahan Sampah Dan Limbah Dengan Kejadian DBD

Pengelolaan sampah dan limbah merupakan salah satu faktor lingkungan yang berperan penting dalam kejadian DBD, Sampah rumah tangga yang tidak dikelola dengan

baik dapat menjadi tempat penampungan air hujan dan menciptakan genangan air yang berpotensi menjadi habitat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*, yaitu vektor utama penular virus dengue. Berbagai jenis sampah seperti kaleng bekas, botol plastik, gelas plastik, ban bekas, tempurung kelapa, serta wadah-wadah bekas lainnya dapat menampung air dalam waktu yang cukup lama sehingga menjadi tempat ideal bagi nyamuk untuk bertelur dan berkembang biak. Oleh karena itu, semakin buruk pengelolaan sampah dan limbah di suatu lingkungan, maka semakin besar pula risiko terjadinya peningkatan populasi nyamuk penular DBD (Naziratul Balqis, Elmiyati, 2023).

Secara biologis, hubungan tersebut dapat dijelaskan melalui siklus hidup nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk ini memerlukan air yang tergenang sebagai media untuk bertelur dan berkembang menjadi larva, pupa, hingga nyamuk dewasa. Sampah dan limbah yang dibiarkan menumpuk di sekitar rumah sering kali membentuk cekungan atau wadah yang mampu menampung air hujan. Kondisi tersebut menciptakan banyak tempat perindukan (*breeding place*) bagi nyamuk. Akibatnya, kepadatan populasi nyamuk meningkat sehingga peluang terjadinya kontak antara nyamuk yang terinfeksi virus dengue dengan manusia juga semakin besar. Semakin tinggi kepadatan vektor di suatu wilayah, maka semakin tinggi pula risiko penularan DBD pada masyarakat yang tinggal di wilayah tersebut (Naziratul Balqis, Elmiyati, 2023).

Selain keberadaan sampah, pengelolaan limbah rumah tangga yang kurang baik juga dapat meningkatkan risiko kejadian DBD. Limbah cair yang tidak dialirkan dengan baik dapat menyebabkan genangan di sekitar rumah, saluran pembuangan yang

tersumbat, atau lingkungan yang lembap. Kondisi tersebut mendukung perkembangan nyamuk *Aedes aegypti* dan memperpanjang keberlangsungan siklus hidupnya. Oleh karena itu, pengelolaan limbah yang baik tidak hanya bertujuan menjaga kebersihan lingkungan, tetapi juga berfungsi sebagai upaya pengendalian vektor penyakit (Naziratul Balqis, Elmiyati, 2023).

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Naziratul Balqis, Elmiyati, 2023) menjelaskan bahwa tingginya kejadian DBD tidak hanya dipengaruhi oleh keberadaan sampah itu sendiri, tetapi juga oleh perilaku masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan. Masyarakat yang memiliki kesadaran tinggi terhadap sanitasi lingkungan umumnya akan rutin membersihkan halaman rumah, mengubur atau mendaur ulang barang bekas, membuang sampah pada tempatnya, serta melakukan pemberantasan sarang nyamuk melalui kegiatan 3M (menguras, menutup, dan mendaur ulang). Sebaliknya, masyarakat yang kurang peduli terhadap kebersihan lingkungan cenderung membiarkan sampah menumpuk dan tidak melakukan pengendalian tempat perindukan nyamuk, sehingga risiko kejadian DBD menjadi lebih tinggi (Naziratul Balqis, Elmiyati, 2023).

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengelolaan sampah/limbah dengan kejadian DBD. Pengelolaan sampah dan limbah yang buruk dapat meningkatkan jumlah tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*, meningkatkan kepadatan vektor, serta memperbesar risiko penularan virus dengue kepada manusia. Sebaliknya, pengelolaan sampah dan limbah yang baik

dapat mengurangi keberadaan tempat perindukan nyamuk sehingga menjadi salah satu langkah penting dalam pencegahan dan pengendalian DBD di masyarakat. Hasil penelitian (Naziratul Balqis, Elmiyati, 2023) semakin memperkuat bahwa perbaikan perilaku masyarakat dalam pengelolaan sampah merupakan strategi yang efektif untuk menurunkan angka kejadian DBD (Naziratul Balqis, Elmiyati, 2023).

2.9 Hubungan Sumber Air Bersih Dengan Kejadian DBD

Sumber air bersih memiliki hubungan yang erat dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) karena ketersediaan air bersih memengaruhi perilaku masyarakat dalam menyimpan dan mengelola air untuk kebutuhan sehari-hari. Pada daerah yang pasokan air bersihnya tidak tersedia secara terus-menerus, masyarakat cenderung menyimpan air dalam berbagai wadah seperti bak mandi, drum, ember, toren, tempayan, maupun tempat penampungan air lainnya. Tempat penampungan air tersebut dapat menjadi habitat yang ideal bagi nyamuk *Aedes aegypti* apabila tidak dikelola dengan baik, terutama jika tidak ditutup dan jarang dikuras. Menurut penelitian (muhammad arif rianto, suharmanto, khairun nisa berawi, susanti, 2025) keberadaan tempat penampungan air merupakan salah satu faktor lingkungan yang berperan dalam penyebaran DBD karena menjadi media utama perkembangbiakan nyamuk vektor dengue (muhammad arif rianto, suharmanto, khairun nisa berawi, susanti, 2025).

Hubungan antara sumber air bersih dan kejadian DBD dapat dijelaskan melalui kebiasaan penyimpanan air. Masyarakat yang menggunakan sumber air bersih yang tidak mengalir secara kontinu, seperti sumur, air hujan, atau distribusi air yang tidak

lancar, biasanya menyimpan air dalam jumlah besar untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga. Apabila tempat penampungan air tersebut tidak memiliki penutup, nyamuk *Aedes aegypti* dapat dengan mudah masuk dan meletakkan telurnya di permukaan air. Penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang tidak memiliki tutup pada tempat penampungan air memiliki risiko 2.080 kali lebih besar mengalami DBD dibandingkan responden yang memiliki tutup penampungan air (OR = 2,080; p = 0,018). Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan sumber air bersih yang disimpan dalam wadah terbuka dapat meningkatkan risiko penularan DBD (muhammad arif rianto, suharmanto, khairun nisa berawi, susanti, 2025).

Secara biologis, nyamuk *Aedes aegypti* lebih menyukai air bersih sebagai tempat berkembang biak dibandingkan air yang tercemar. Oleh karena itu, tempat penampungan air bersih seperti bak mandi, toren, ember, atau drum justru menjadi lokasi yang sangat potensial untuk perkembangan telur, larva, dan pupa nyamuk. Penelitian menjelaskan bahwa tempat penampungan air merupakan media yang sangat baik untuk perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*, sehingga keberadaan penutup penampungan air menjadi sangat penting untuk mencegah nyamuk hinggap dan bertelur. Selain keberadaan penutup, frekuensi pengurasan tempat penampungan air juga memengaruhi hubungan antara sumber air bersih dan kejadian DBD. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak menguras tempat penampungan air secara rutin memiliki risiko 1.888 kali lebih besar mengalami DBD dibandingkan responden yang menguras tempat penampungan air minimal satu kali dalam seminggu

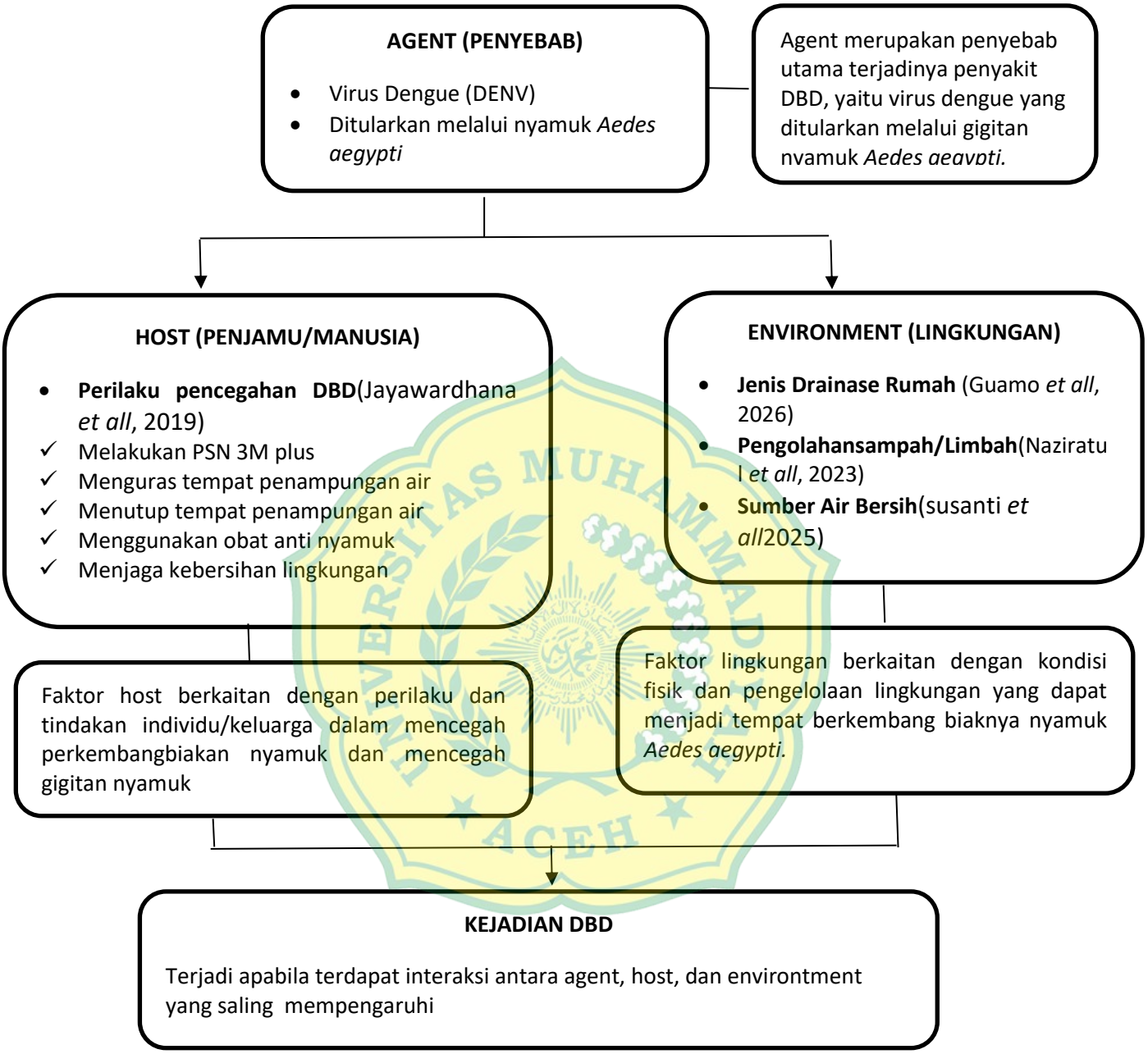
(OR = 1,888; p = 0,043). Kondisi ini terjadi karena telur nyamuk yang menempel pada dinding tempat penampungan air dapat berkembang menjadi larva dan nyamuk dewasa apabila tidak dibersihkan secara rutin. Dengan demikian, keberadaan sumber air bersih yang disimpan dalam wadah tanpa pengelolaan yang baik akan meningkatkan peluang terbentuknya tempat perindukan nyamuk penular DBD (muhammad arif rianto, suharmanto, khairun nisa berawi, susanti, 2025).

Berdasarkan teori segitiga epidemiologi, faktor lingkungan merupakan salah satu komponen penting yang memengaruhi terjadinya penyakit. Dalam konteks DBD, sumber air bersih yang disimpan dalam wadah terbuka dapat menciptakan lingkungan yang mendukung perkembangan vektor penyakit. Semakin banyak tempat penampungan air bersih yang tidak tertutup dan tidak dikuras secara rutin, maka semakin besar pula populasi nyamuk *Aedes aegypti* yang berkembang di sekitar rumah. Peningkatan populasi nyamuk tersebut akan meningkatkan kemungkinan kontak antara nyamuk yang terinfeksi virus dengue dengan manusia sehingga risiko kejadian DBD menjadi lebih tinggi (muhammad arif rianto, suharmanto, khairun nisa berawi, susanti, 2025).

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sumber air bersih memiliki hubungan dengan kejadian DBD melalui mekanisme penyimpanan dan pengelolaan air. Sumber air bersih yang mengharuskan masyarakat menyimpan air dalam wadah terbuka atau jarang dikuras dapat menjadi tempat perindukan nyamuk *Aedes aegypti*. Sebaliknya, sumber air bersih yang dikelola dengan baik melalui penggunaan penutup penampungan air dan pengurasan secara rutin dapat mengurangi keberadaan jentik

nyamuk dan menurunkan risiko kejadian DBD. Oleh karena itu, pengelolaan sumber air bersih merupakan salah satu komponen penting dalam upaya pencegahan dan pengendalian DBD di masyarakat (muhammad arif rianto, suharmanto, khairun nisa berawi, susanti, 2025)

2.10 Kerangka Teori



Gambar 2.10 Kerangka Teori

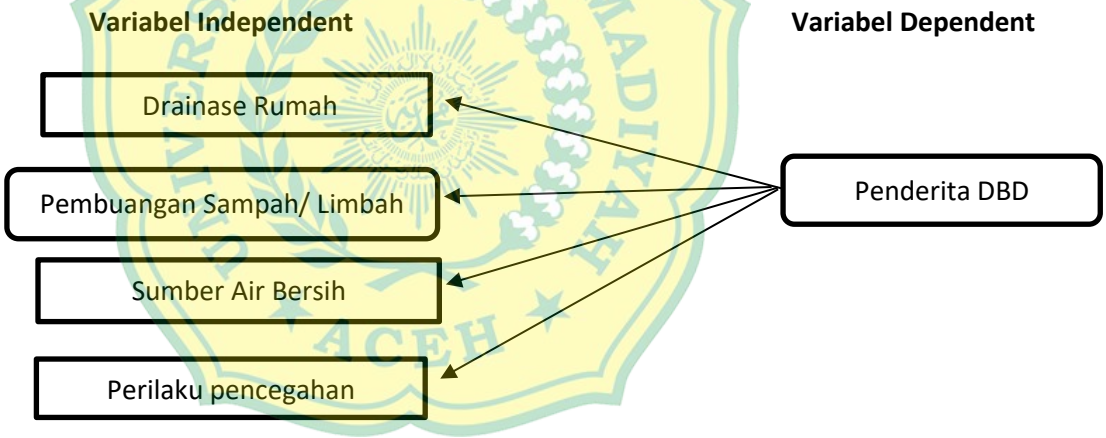
Sumber: Teori segitiga epidemiologi john Gordon (1950) adaptasi dari (Arsin.2013,)**,** (Naziratul Balqis, Elmiyati, 2023)**,**(Guamo, Kunto and Patria, 2026)**,**(Jayawardhana, Permana and Kogoya, 2019)**,** (EHRA, 2014)**.**

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka konsep

Berdasarkan tinjauan Pustaka dan landasan teori yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, keragka konsep penelitian ini disusun untuk menganalisis hubungan antara faktor lingkungan dan perilaku dengan Penderit DBD. Kerangka konsep ini menggambarkan hubungan antar variabel yang dimana faktor lingkungan dan perilaku berperan sebagai variabel independent, sedangkan kejadian DBD variabel Dependen. Adapun hubungan antar variabel tersebut dapat dilihat pada alur kerangka konsep penelitian berikut.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Sumber: Teori segitiga epidemiologi john Gordon (1950) adaptasi dari (Arsin.2013,)**,** (Naziratul Balqis, Elmiyati, 2023)**,**(Guamo, Kunto and Patria, 2026)**,**(Jayawardhana, Permana and Kogoya, 2019)**,** (EHRA, 2014)**.**

3.2 Variabel Penelitian

3.2.1 Variabel Dependen

Variabel dependen (variabel terikat) dalam penelitian ini adalah " Penderita DBD".

3.2.2 Variabel Independen

Variabel Independen (variabel bebas) dalam penelitian ini adalah "Drainase Rumah, perilaku pencegahan, Pembungan sampah/limbah, dan Sistem tampungan Air".

3.3 Definisi Operasional

Definisi Operasional dalam penelitian ini disajikan sebagai berikut:

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Deependen						
1.	Penderita DBD	Pasien yang terdiagnosis DBD oleh tenaga kesehatan berdasarkan pemeriksaan laboratorium	Data DBD dari puskesmas yang terverivikasi DBD di puskesmas.	Rekam medis	0 = pende rita DBD 1 = Bukan penderita DBD	Nominal
Variabel Independent						
2.	Drainase Rumah	Keadaan saluran pembuangan air di sekitar rumah responden yang berpotensi menjadi tempat perkembang	Observasi langsung dan wawancara	Checklist dan kuesioner	0 = Tidak sesuai: jika total skor diperoleh < median (skor <5). 1= sesuai: jika total skor diperoleh	Ordinal

		biakan nyamuk *Aedes aegypti*, dilihat dari keberadaan saluran, kelancaran aliran air, adanya genangan, sampah, serta kebersihan saluran drainase.			≥median (skor ≥5) (EHRA, 2014)	
3.	Pembuangan Sampah/ Limbah	Sistem pengolahan sampah/limbah pada rumah tangga	Observasi langsung dan wawancara	Checklist dan kuesioner	0= tidak memenuhi Syarat: jika total skor diperoleh ≤median (skor ≤ 6) 1= memenuhi syarat: jika total skor diperoleh > median (skor > 6) (EHRA, 2014)	Nominal
4.	Sumber Air Bersih	Sumber air yang digunakan rumah tangga untuk kebutuhan sehari-hari serta kondisi	Wawancara	Checklist	0= tidak memenuhi syarat: jika total skor diperoleh ≤median (skor ≤ 4)	Nominal

		sarana penyimpanan air yang berpotensi menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk Aedes aegypti			1= memenuhi syarat: jika total skor di peroleh > (skor > 4) (fakultas kesehatan masyarakat, 2023).	
5.	perilaku pencegahan	Tindakan orang tua dalam mencegah DBD (3M, penggunaan kelambu, fogging, penggunaan obat nyamuk, menabur bubuk abate, pemerikasaan jentik, dll.)	Wawancara menggunakan kuesioner	Kuesioner	0= kurang Baik: jika total skor diperoleh <median (atau <15). 1= Baik: jika total skor diperoleh ≥ median (atau ≥15) (fakultas kesehatan masyarakat, 2023).	Ordinal

3.4 Cara Pengukuran Variabel

3.4.1 Kejadian DBD (Puskesmas Ulee Kareng, 2026)

1. **Kasus:** pasien yang terkena/ pernah terkena Demam Berdarah Dengue.
2. **Kontrol:** Tidak/ Belum terkena Demam Berdarah Dengue yang rumahnya berjarak 3 rumah dari rumah pasien DBD.

3.4.2 Drainase Rumah (EHRA, 2014)

1. 0 = Tidak sesuai: Jika total skor diperoleh < median (skor <5).
2. 1 = Sesuai: Jika total skor diperoleh ≥ median (skor ≥5).

3.4.3 Pembuangan Sampah/ Limbah (EHRA, 2014)

1. 0= Tidak memenuhi syarat: jika total skor ≤median (skor ≤ 6)
2. 1= memenuhi syarat: jika total skor diperoleh >median (skor > 6).

3.4.4 Sumber Air Bersih (fakultas kesehatan masyarakat, 2023)

1. 0= tidak memenuhi syarat: jika total skor diperoleh ≤median (skor ≤ 4)
2. 1= memenuhi syarat: jika total skor diperoleh >median (skor >4) (fakultas kesehatan masyarakat, 2023).

3.4.5 Perilaku Pencegahan (fakultas kesehatan masyarakat, 2023)

1. 0= kurang baik: jika total skor diperoleh <median (atau Skor <15).

2. 1= Baik: jika total skor di peroleh ≥ median (atau skor ≥15) (fakultas kesehatan masyarakat, 2023).

3.5 Hipotesis

1. **Ha:** Ada Hubungan Drainase Rumah dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Darul Imarah, Aceh Besar.
2. **Ha:** Ada Hubungan perilaku pencegahan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Darul Imarah, Aceh Besar.
3. **Ha:** Ada Hubungan pembuangan sampah/limbah dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Darul Imarah, Aceh Besar.

4. **Ha:** Ada Hubungan Sumber Air besrdih dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Darul Imarah, Aceh Besar.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian bersifat kuantitatif dengan menggunakan studi *case control* (kasus kontrol) digunakan untuk melihat analisis faktor lingkungan terhadap kejadian DBD.

4.2 populasi dan sampel

1. **Populasi**

   Populasi dalam penelitian ini terdiri dari dua kelompok yaitu:

   a. **Populasi kasus:** penderita DBD yang terkonfirmasi berobat di wilayah kerja puskesmas ulee kareng sebanyak 25 orang.

   b. **Populasi Kontrol:** Masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah Kerja Puskesmas ulee kareng, dan belum atau tidak terkena DBD sebanyak 25 orang.

2. **Sampel**

   Sampel merupakan sebagian dari populasi yang dipilih dengan metode tertentu sehingga dapat mewakili keseluruhan populasi. Dalam penelitian ini, sampel ditentukan dengan perbandingan 1:1 sebanyak 50 responden, yang terdiri dari 25 responden kelompok kasus (penderita DBD) dan 25 responden kelompok kontrol (tidak menderita DBD) yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas ulee kareng. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah total sampling, yaitu seluruh anggota populasi dijadikan sebagai sampel penelitian

Tabel 4.1 Sampel Case Control Setelah Penelitian

No	Nama Desa	Kasus	Kontrol	Keterrangan
1	Lambhuk	2	2	Peneliti Sendiri dan Enumerator
2	Lamlumpang	2	2	Peneliti Sendiri dan Enumerator
3	Ie Masen Ulee Kareng	3	3	Peneliti Sendiri dan Enumerator
4	Pango Raya	8	8	Peneliti Sendiri dan Enumerator
5	Pango Deah	2	2	Peneliti Sendiri dan Enumerator
6	Doy	2	2	Peneliti Sendiri dan Enumerator
7	Ceurih	3	3	Peneliti Sendiri dan Enumerator
8	Ilie	3	3	Peneliti Sendiri dan Enumerator
Total		**25**	**25**	Peneliti Sendiri dan Enumerator

(puskesmas ulee kareng, 2026).

4.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

4.3.1 Kriteria Inklusi kasus

a. Responden yang dinyatakan terkena DBD oleh Petugas Medis pada tahun 2025-2026.

b. Bertempat tinggal diwilayah kerja Puskesmas ulee kareng, Kota Banda Aceh

c. Bersedia diwawancarai.

d. Dapat Berkomunikasi Dengan Baik.

4.3.2 Kriteria Eksklusi Kasus

a. Menolak untuk di wawancarai

b. Tidak berada di tempat setelah 2 kali pada waktu pengumpulan data.

c. Dalam keadaan sakit atau tidak bisa ditemui.

d. Pindah rumah saat dilakukan penelitian.

4.3.3 Kriteria Inklusi Kontrol

a. Dapat berkomunikasi dengan baik.

b. Usia kelompok kontrol memiliki distribusi usia yang mirip dengan kelompok kasus yaitu perbedaan Usia 2-3 tahun.

c. Jumlah laki-laki dan perempuan di kedua kelompok sama jumlahnya untuk menghindari bias gender.

d. Belum atau tidak pernah menderita DBD selama 3 tahun terakhir.

e. Rumah responden bertetanggaan dari rumah penderita DBD dan masih dalam desa yang sama.

4.3.4 Kriteria Eksklusi Kontrol

a. Rumah responden tidak berada di sebelah kanan atau kiri rumah penderita DBD.

4.4 lokasi penelitian Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Darul Ulee Kareng, Kota Banda Aceh pada tanggal 12 juli 2026 sampai 19 juli 2026.

4.5 Pengumpulan data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dengan metode observasi dan wawancara berupa kuesioner yang berisikan daftar pertanyaan kepada Responden.

4.6 Jenis data

1. Data Primer

   pengumpulan data primer adalah pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti sendiri dengan bantuan enumerator (yaitu orang yang membantu mengumpulkan data) dengan melakukan wawancara kuesioner, dan responden diminta kesediaannya untuk memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan serta mengizinkan peneliti untuk melakukan observasi mengenai kondisi lingkungan rumah.

2. Data Sekunder

   Pengumpulan data sekunder adalah pengumpulan data yang didapat oleh peneliti melalui data pelaporan dari Puskesmas ulee kareng, Kota Banda Aceh.

4.7 Pengolahan

Data yang telah di kumpulkan, kemudian diolah melalui tahap yaitu:

1. *Editing,* yaitu melakukan pemeriksaan terhadap seluruh kuesioner yang telah diisi oleh responden untuk memastikan kelengkapan dan kejelasan data.
2. *Coding,* yaitu memberikan kode berupa angka atau simbol tertentu pada setiap jawaban dalam kuesioner guna memudahkan proses pengolahan data.
3. *Tranfering,* yaitu menyusun data yang telah diberi kode secara sistematis, mulai dari responden pertama hingga terakhir, kemudian memasukkannya ke dalam tabel data.

4. *Tabulating,* yaitu menyajikan data yang telah diolah dalam bentuk persentase dan disusun ke dalam tabel distribusi untuk mempermudah analisis.

4.8 Analisisa Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan aplikasi statistik berbasis komputer. Metode analisis yang digunakan meliputi analisis univariat dan analisis bivariat.

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis data secara univariat dilakukan untuk menggambarkan hasil pengumpulan data dengan melihat jumlah dan persentase, yang disajikan melalui tabel distribusi frekuensi, ukuran tendensi sentral, maupun grafik. Distribusi frekuensi merupakan penyusunan data berdasarkan nilai atau kategorinya. Penyusunan data berdasarkan nilai numerik disebut distribusi frekuensi kuantitatif, sedangkan penyusunan berdasarkan kategori atau karakteristik tertentu disebut distribusi frekuensi kualitatif.

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menguji hipotesis dengan menentukan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen melalui uji statistic Chi-Square dengan tinggkat kepercayaan 95%. Jika p < dari 0,05 maka terdapat hubungan antara variabel dependen dengan variabel independent. Ho gagal ditolak apabila p ≥ dari 0,05 , artianya tidak ada hubungan antara variabel dependen dengan variabel

independen. *Odds Ratio* pada penelitian kasus kontrol dapat dihitung dengan menggunakan table 2x2 (‘Deni setiawati, 2015).

Tabel 4.2 KONTIGEN 2 KALI 2 ODDS RATIO ANALISIS DATA PENELITIAN KASUS KONTROL

Faktor Risiko	**Kelompok Studi**		**Jumlah**
	Kasus (+)	**Kontrol (-)**	
(+)	A	B	a+b
(-)	C	D	c+d
Total	**a+b**	**b+d**	**T**

Rumus:

OR = axd / bxc

Keterangan:

a : Jumlah kasus dengan risiko (+)

b : Jumlah kontrol dengan risiko (-)

c : Jumlah kasus dengan risiko (-)

d : Jumlah kontrol dengan risiko (+)

a+b : Jumlah kasus dan kontrol dengan risiko (+)

c+d : Jumlah kasus dan kontrol dengan risiko (-)

a+c : Jumlah kasus dengan faktor risiko (+) dan (-)

b+d : Jumlah kontrol dengan faktor risiko (+) dan (-)

T : Total keseluruhan

Tingkat asosiasi atau penilaian risiko relative pada penelitian case control dilakukan perhitungan Odds Ratio (OR). Maka besarnya odds Ratio adalah OR = axb /bxc dengan ketentuan.

1. OR = 1, Menunjukkan bahwa tidak terdapat asosiasi anatar variabel yang diteliti dengan kejadian DBD
2. OR ≥ 1, Menunjukkan bahwa variabel yang diteliti merupakan faktor risiko terhadap kejadian DBD
3. OR < 1, Menunjukkan bahwa variabel yang diteliti merupakan faktor protektif terhadap kejadian DBD.

4.9 **Penyajian**

Setelah semua data terkumpul dan telah dilakukan pengolahan data, Langkah selanjutnya ialah peneliti melakukan penyajian data yang disajikan dalam bentuk narasi serta tabel silang dan tabel distribusi frekuensi.

BAB V

GAMBARAN UMUM

5.1 Profil UPTD Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

5.1.1 Gambaran Geografis Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

Unit pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Puskesmas Ulee Kareng merupakan salah satu puskesmas di wilayah Kotamadya Banda Aceh. Lokasi Puskesmas terdapat di jalan prof. Ali Hasyimi, Jembatan Layang Pango Raya, Kec. Ulee Kareng, Kota Banda Aceh. Terletak Kurang lebih 4 km dari Pusat kota dan 100 meter dari kantor Camat Ulee Kareng.

Gambar 5.1

Wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng



Kecamatan Ulee Kareng memiliki tinggi rata-rata 3,8 meter di atas permukaan laut. UPTD puseksmas Ulee kareng terletak lebih kurang 3,5 km dari pusat pemerintahan kota Banda Aceh. Kecamatan Ulee Kareng memiliki luas wilayah 615 Ha.

UPTD Puskesmas Ulee kareng mempunyai batas batas wilayah sebagai berikut:

1. Sebelah barat dengan : Kecamatan Kuta Alam Kota Banda Aceh

2. Sebelah Timur dengan: kecamatan Krueng Barona jaya, Aceh Besar.

3. Sebelah utara dengan: Kecamatan Syiah Kuala

4. Sebelah Selatan Dengan: Kecamatan Ingin Jaya kabupaten Aceh Besar.

5.1.2 Jumlah Penduduk

Data dari Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Banda Aceh melaporkan bahwa Jumlah Penduduk Kecamatan Ulee Kareng pada tahun 2024 sebanyak 28.610 jiwa. Jumlah penduduk terbanyak ada di gampong Ceurih dengan total 3.950 jiwa sedangkan desa dengan jumlah penduduk paling sedikit ada di gampong Pango Deah dengan jumlah penduduk 1.243 jiwa.

5.2 Visi Dan Misi Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

5.2.1. Visi Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

Visi pembangunan Kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas Ulee Kareng adalah "*Masyarakat Ulee Kareng Sehat Mandiri*".

5.2.2 Misi Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

Misi Pembangunan Kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan Kesehatan nasional. Misi berikut adalah sebagai berikut 1. Menggerakkan pembangunan berwawasan Kesehatan di wilayah kerja, 2. Mendorong Kemandirian Hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerja, 3.Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan Kesehatan, 4. Memelihara dan meningkatkan Kesehatan perorangan keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

5.3 Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

Wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng mencakup seluruh area administrative di kecamatan Ulee kareng, Kota Banda Aceh yang terdiri dari 9 gampong (desa). Desa-desa tersebut meliputi Ceurih dengan 4 Dusun yaitu Pusara Habib, Tgk Dicot, Podihagu, dan Pande Meh. Kemudian dia lanjut dengan Desa Doy dengan 4 Dusun yaitu Alu, Nibong, Kapai Kleng, dan Adee. Kemudian Desa Ie Masen Ulee Kareng dengan 3 Dusun yaitu Mesjid Tuha, Melati, Cempaka. Kemudian Desa Ilie dengan 4 Dusun yaitu Meunasah Tuha, Jerat Lee, Teungku Chik, dan Kuta Alam. Kemudian desa Lambhuk dengan 4 dusun yaitu K.Samad, H.M Saleh, Pagar air, dan Chik DiBalee. Kemudian Desa Lamlumpang dengan 3 Dusun yaitu Shalihin, Gajah, dan Mon Tujoh. Kemudian Desa Lamteh dengan 4 Dusun yaitu Bahagia, Cot lilip, Blang Karing, dan Mawar. Selanjutnya itu Desa Pango Deah dengan 2 Dusun yaitu Damai dan Rukun. Dan terakhir Desa Pango Raya dengan 3 Dusun yaitu Ujong Krueng, Ujong Baro, dan Lampoh Lhok. Sebagai unit pelaksana teknis Kesehatan, puskesmas ini bertanggung jawab mengoordinasikan berbagai program Kesehatan masyarakat di Sembilan wilayah tersebut, mulai dari upaya promotive, preventif seperti posyandu dan skrining penyakit tidak menular, hingga pelayanan kuratif dasar bagi seluruh warga yang berdomisili di sana.

5.4 Karakteristik Responden

5.4.1 Pemilihan Sampel

Hasil pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti Bersama enumerator di 8 desa wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng disajikan dalam tabel 5.1. Data tersebut menggambarkan sebaran lokasi pengambilan sampel yang mencakup Desa Pango Raya, Pango Deah, Lamteh, Lambhuk, Lamlumpang, Ceurih, Ilie, Doy. Penentuan jumlah sampel di setiap lokasi dilakukan dengan menerapkan rasio 1:1 antara kelompok kasus dan kelompok kontrol untuk menjaga konsistensi serta validitas perbandingan data. Dengan demikian, total sampel dalam penelitian ini adalah 50 responden, yang terdiri dari 25 kasus 25 kontrol.

BAB VI

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1 Hasil Penelitian

Berdasarkan penelitian diperoleh data penelitian sebanyak 50 responden. Pengumpulan data melibatkan 3 enumerator dan didampingi oleh 1 orang kader dari setiap desa (Pango Raya, Pango Deah, Lambhuk, Lamlumpang, Lamteh, Ilie, Doy, Ie masen Ulee Kareng). Yang diambil menggunakan Teknik Fixed disease sampling. Data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan Kuesioner dan dianalisis menggunakan uji Chi squere pada tingkat kepercayaan 95%. Adapun hasil penelitian dipaparkan sebagai berikut:

6.1.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh, maka distribusi frekuensi karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 6.1; 6.2; 6.3; 6.4.

TABEL 6.1
DISTRIBUSI FREKUENSI JENIS KELAMIN RESPONDEN DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH TAHUN 2025

jenis kelamin	Kejadian DBD			
	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Perempuan	18	72	18	72
Laki-Laki	7	28	7	28

Sumber: Data Primer (diolah Tahun 2026)

Hasil Tabel 6.1 distribusi frekuensi karakteristik berdasarkan jenis kelamin pada kelompok kasus Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 18 responden (72%), sedangkan responden berjenis kelamin Laki- laki sebanyak 7 responden (28%). Sementara itu, pada kelompok kontrol sebagian besar responden juga berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 18 responden (72%), sedangkan responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 7 responden (28%).

TABEL 6.2
DISTRIBUSI FREKUENSI UMUR RESPONDEN DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH TAHUN 2025

Umur	Kejadian DBD			
	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Remaja Akhir	9	36	6	24
Dewasa Awal	10	40	13	52
Dewasa Akhir	5	20	5	20
Lansia Awal	1	4	1	4

Sumber: Data Primer (diolah Tahun 2026)

Hasil Tabel 6.2 distribusi frekuensi karakteristik Berdasarkan Usia, Pada kelompok Kasus Sebagian besar responden berada pada kelompok usia dewasa awal (26 tahun-35 tahun) yaitu sebanyak 10 responden (40%), diikuti kelompok remaja akhir (17 tahun-25 tahun) sebanyak 9 responden (36%). Sementara itu, pada kelompok kontrol Sebagian besar responden juga berada pada kelompok usia dewasa awal (26 tahun- 35 tahun) yaitu sebanyak 13 responden (52%), diikuti kelompok remaja akhir (17 tahun – 25 tahun) sebanyak 6 responden (24%).

TABEL 6.3
DISTRIBUSI FREKUENSI PEKERJAAN RESPONDEN DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH TAHUN 2025

Pekerjaan	Kejadian DBD			
	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Tidak Bekerja	18	72	13	52
Bekerja	7	28	12	48

Sumber: Data Primer (diolah Tahun 2026)

Hasil Tabel 6.3 distribusi frekuensi karakteristik berdasarkan pekerjaan, pada kelompok kasus Sebagian besar responden tidak bekerja yaitu sebanyak 18 responden (72%), sedangkan responden yang bekerja sebanyak 7 responden (28%). Sementara itu, pada kelompok kontrol Sebagian besar responden juga tidak bekerja yaitu sebanyak 13 responden (52%), sedangkan responden yang bekerja sebanyak 12 responden (48%).

TABEL 6.4
DISTRIBUSI FREKUENSI PENDIDIKAN RESPONDEN DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH TAHUN 2025

Pendidikan	Kejadian DBD			
	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
SMP	1	4	1	4
SMA	12	48	15	60
PT	12	48	9	30

Sumber: Data Primer (diolah Tahun 2026)

Hasil Tabel 6.4 distribusi frekuensi karakteristik Berdasarkan tingkat Pendidikan, pada kelompok kasus Sebagian besar responden memiliki Pendididikan terakhir SMA dan perguruan tinggi (PT), masing-masing sebanyak 12 responden (48%), diikuti Pendidikan SMP sebanyak 1 responden (4%). Sementara itu, pada kelompok kontrol Sebagian besar

responden memiliki Pendidikan terakhir SMA yaitu sebanyak 15 responden (60%), diikuti Perguruan Tinggi (PT) sebanyak 9 responden (36%), Pendidikan SMP sebanyak 1 responden (4%), dan tidak terdapat responen dengan Pendidikan SD (0%).

6.2 Analisis Univariat

6.2.1 Distribusi Frekuensi Drainase Rumah Dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

Berdasarkan hasil penelitian, berikut ini distribusi frekuensi variabel dependen dan independent responden pada table 6.5, 6.6, 6.7, dan 6.8.

TABEL 6.5
DISTRIBUSI FREKUENSI DRAINASE RUMAH DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH TAHUN 2025

Drainase Rumah	Kejadian DBD			
	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Tidak Sesuai	15	60	0	0
Sesuai	10	40	25	100

Sumber: Data Primer (diolah Tahun 2026)

Dari tabel 6.5 tersebut dapat dilihat bahwa pada variabel Drainase Rumah menunjukkan bahwa responden pada kelompok kasus lebih banyak memiliki kondisi Drainase Rumah yang tidak sesuai yaitu sebanyak 15 orang (60%), sedangkan responden dengan kondisi Drainase Rumah yang sesuai sebanyak 10 orang (40%). Sementara itu, pada kelompok Kontrol seluruh responden memiliki Kondisi Drainase Rumah yang sesuai yaitu sebanyak 25 orang (100%), dan tidak terdapat responden dengan kondisi Drainase Rumah yang tidak sesuai (0%).

6.2.2 Distribusi Frekuensi Pembuangan Sampah Dan Limbah Dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

TABEL 6.6
DISTRIBUSI FREKUENSI PEMBUANGAN SAMPAH DAN LIMBAH DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH TAHUN 2025

Pembuangan Sampah Dan Limbah	Kejadian DBD			
	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Tidak Memenuhi Syarat	15	60	0	0
Memenuhi Syarat	10	40	25	100

Sumber: Data Primer (diolah Tahun 2026)

Dari tabel 6.6 tersebut dapat dilihat bahwa pada variabel pembuangan sampah dan limbah menunjukkan bahwa responden pada kelompok kasus lebih banyak memiliki Pembuangan sampah dan limbah yang tidak Memenuhi Syarat yaitu sebanyak 15 orang (60%), sedangkan responden dengan Pembuangan Sampah dan Limbah yang memenuhi syarat sebanyak 10 orang (40%). Sementara itu, pada kelompok kontrol mayoritas responden memiliki pembuangan sampah dan limbah yang memenuhi syarat yaitu sebnayk 25 orang (100%), sedangkan responden dengan pembuangan sampah dan limbah yang tidak memenuhi syarat sebanyak 0 orang (0%).

6.2.3 Distribusi Frekuensi Sumber Air Bersih Dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

TABEL 6.7
DISTRIBUSI FREKUENSI SUMBER AIR BERSIH DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH TAHUN 2025

Sumber Air Bersih	Kejadian DBD			
	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Tidak Memenuhi Syarat	5	20	0	0
Memenuhi Syarat	20	80	25	100

Sumber: Data Primer (diolah Tahun 2026)

Dari tabel 6.7 tersebut dapat dilihat bahwa pada variabel sumber air bersih menunjukkan bahwa responden pada kelompok kasus lebih banyak memiliki Sumber Air Bersih yang Memenuhi Syarat yaitu sebanyak 20 orang (80%), sedangkan responden dengan Sumber Air Bersih yang tidak memenuhi syarat yaitu sebanyak 5 orang (20%). Sementara itu, pada kelompok kontrol seluruh responden memiliki Sumber Air Bersih yang Memenuhi Syarat yaitu sebanyak 25 orang (100%), dan tidak terdapat responden dengan Sumber Air Bersih yang tidak memenuhi syarat (0%).

6.2.4 Distribusi Frekuensi Perilaku Pencegahan Dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

TABEL 6.8
DISTRIBUSI FREKUENSI PERILAKU PENCEGAHAN DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH TAHUN 2025

Perilaku Pencegahan	Kejadian DBD			
	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Kurang Baik	16	64	0	0
Baik	9	30	25	100

Sumber: Data Primer (diolah Tahun 2026)

Dari tabel 6.8 tersebut dapat dilihat bahwa pada variabel perilaku pencegahan menunjukkan bahwa pada pada kelompok kasus, mayoritas responden memiliki perilaku penceghan kurang baik yaitu sebanyak 16 orang (64%), sedangkan yang memiliki perilaku pencegahan baik sebanyak 9 orang (30%). Sementara itu, pada kelompok kontrol, mayoritas responden memiliki perilaku pencegahan baik yaitu sebanyak 25 orang (100%), sedangkan yang memiliki perilaku pencegahan kurang baik hanya sebanyak (0%).

6.3 Analisis Bivariat

6.3.1 Hubungan Drainase Rumah Dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

TABEL 6.9
HUBUNGAN DRAINASE RUMAH DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH TAHUN 2025

Drainase Rumah	Kejadian DBD				Total		OR	95% CI		P *Value*
	Kasus		Kontrol							
	n	%	n	%	n	%		Lower	Upper	
Tidak Sesuai	15	60	0	0	15	30	3.500	2.073	5.910	0,001
Sesuai	10	40	25	100	35	70				

Sumber: Data Primer (diolah Tahun 2026)

Berdasarkan tabel 6.9 menunjukkan bahwa pada kelompok kasus terdapat 60% yang memiliki drainase rumah tidak sesuai dan 40% dengan drainase rumah yang sesuai di bandingkan dengan kelompok kontrol yang dimana 100% memiliki drainase rumah sesuai. Hasil uji statistik menunjukkan nilai p-value = 0,001 (p < 0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi drainase rumah dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh Tahun

2025. Nilai Odds Ratio (OR) = 3,500 (95% CI: 2,073–5,910) menunjukkan bahwa responden yang memiliki kondisi drainase rumah tidak sesuai mempunyai risiko 3,5 kali lebih besar mengalami DBD dibandingkan dengan responden yang memiliki kondisi drainase rumah sesuai.

6.3.2 Hubungan Pembuangan Sampah Dan Limbah Dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

TABEL 6.10
HUBUNGAN PEMBUANGAN SAMPAH DAN LIMBAH DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH TAHUN 2025

Pembuangan Sampah Dan Limbah	Kejadian DBD				Total		OR	95% CI		P *Value*
	Kasus		Kontrol							
	n	%	n	%	n	%		Lower	Upper	
Tidak Memenuhi Syarat	15	60	0	0	15	30	3.500	2.073	5.910	0,001
Memenuhi Syarat	10	40	25	100	35	70				

Sumber: Data Primer (diolah Tahun 2026)

Berdasarkan tabel 6.10 menunjukkan bahwa pada kelompok kasus terdapat 60% yang memiliki Pembuangan sampah dan limbah tidak memenuhi syarat dan 40% dengan pembuangan sampah dan limbah yang memenuhi syarat di bandingkan dengan kelompok kontrol yang dimana 100% memiliki pembuangan sampah dan limbah yang memenuhi syarat. Hasil uji statistik menunjukkan nilai p-value = 0,001 (p < 0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pembuangan sampah dan limbah dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh Tahun 2025. Nilai Odds Ratio (OR) = 3,500 (95% CI: 2,073–5,910) menunjukkan bahwa responden yang memiliki pembuangan sampah dan limbah tidak

memenuhi syarat mempunyai risiko 3,5 kali lebih besar mengalami DBD dibandingkan dengan responden yang memiliki pembuangan sampah dan limbah memenuhi syarat.

6.3.3 Hubungan Sumber Air Bersih Dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

TABEL 6.11
HUBUNGAN SUMBER AIR BERSIH DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH TAHUN 2025

Sumber Air Bersih	Kejadian DBD				Total		OR	95% CI		P *Value*
	Kasus		Kontrol							
	n	%	n	%	n	%		Lower	Upper	
Tidak Memenuhi Syarat	5	20	0	0	5	10	2.250	1.623	3.119	0.05
Memenuhi Syarat	20	80	25	100	45	90				

Sumber: Data Primer (diolah Tahun 2026)

Berdasarkan tabel 6.11 menunjukkan bahwa pada kelompok kasus terdapat 20% yang memiliki Sumber Air Bersih tidak memenuhi syarat dan 80% dengan Sumber Air bersih yang memenuhi syarat di bandingkan dengan kelompok kontrol yang dimana 100% memiliki Sumber Air bersih yang memenuhi syarat. Hasil uji statistik menggunakan Fisher's Exact Test diperoleh nilai p-value = 0,050 ($p \geq 0,05$), sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sumber air bersih dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh Tahun 2025. Nilai Odds Ratio (OR) sebesar 2,250 (95% CI: 1,623–3,119) menunjukkan bahwa responden dengan sumber air bersih yang tidak memenuhi syarat memiliki kecenderungan risiko 2,25 kali lebih besar mengalami DBD dibandingkan responden yang memiliki sumber air bersih memenuhi

syarat. Namun, karena hasil uji statistik tidak signifikan, maka sumber air bersih tidak terbukti berhubungan secara statistik dengan kejadian DBD pada penelitian ini.

6.3.4 Hubungan Perilaku Pencegahan Dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh

TABEL 6.12
HUBUNGAN PERILAKU PENCEGAHAN DENGAN KEJADIAN DBD DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH TAHUN 2025

Perilaku Pencegahan	Kejadian DBD				Total		OR	95% CI		P *Value*
	Kasus		Kontrol							
	n	%	n	%	n	%		Lower	Upper	
Kurang Baik	16	64	0	0	16	32	3.778	2.157	6.615	0,001
Baik	9	36	25	100	34	68				

Sumber: Data Primer (diolah Tahun 2026)

Berdasarkan tabel 6.12 menunjukkan bahwa pada kelompok kasus terdapat 64% yang memiliki Perilaku Pencegahan Kurang Baik dan 36% dengan perilaku pencegahan yang baik di bandingkan dengan kelompok kontrol yang dimana 100% memiliki perilaku pencegahan baik. Hasil uji statistik menunjukkan nilai p-value = 0,001 (p < 0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku pencegahan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh Tahun 2025. Nilai Odds Ratio (OR) = 3,778 (95% CI: 2,157–6,615) menunjukkan bahwa responden yang memiliki perilaku pencegahan kurang baik mempunyai risiko 3,778 kali lebih besar mengalami DBD dibandingkan dengan responden yang memiliki perilaku pencegahan baik.

6.4 Pembahasan

Pembahasan dalam penelitian ini di sajikan dalam bentuk hasil sintesis atau hasil analisis penulis terhadap penelitian dan narasi berdasarkan hasil yang di peroleh. Penjabaran dari pembahasan sesuai dengan tujuan dari penelitian yang terdiri dari faktor- faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng, Kota Banda Aceh, yang menjadi responden pada penelitian ini di usia 17-50 tahun di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng yang melibatkan 8 Desa. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dilapangan diketahui bahwa:

6.4.1 Karakteristik Responden Dengan Kejadian DBD

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dalam penelitian ini menunjukkan jumlah perempuan yang lebih dominan di bandingkan laki-laki. Hal ini sejalan dengan data Kasus DBD yang di dapatkan pada Puskesmas Ulee kareng yang dimana Kejadian DBD lebih Dominan terjadi pada perempuan. Menurut (Ashary, Ferlianti and Riani, 2024) terdapat perbedaan sistem imun antara laki-laki dan perempuan, terutama setelah memasuki masa reproduksi. Hormon estrogen pada perempuan berperan dalam meningkatkan sintesis imunoglobulin G (IgG) dan imunoglobulin A (IgA), yang merupakan komponen penting dalam respons imun terhadap infeksi virus. Selain itu, perempuan memiliki respons imun yang lebih kompleks akibat pengaruh hormon dan faktor genetik. Perbedaan respons imun tersebut dapat menyebabkan manifestasi klinis infeksi dengue yang berbeda antara laki-laki dan perempuan, sehingga pada beberapa penelitian proporsi penderita perempuan ditemukan lebih tinggi. Namun,

(Ashary, Ferlianti and Riani, 2024) juga menegaskan bahwa penelitian lain memperoleh hasil yang berbeda, yaitu tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian DBD karena nyamuk *Aedes aegypti* dapat menggigit laki-laki maupun perempuan dengan peluang yang sama. Oleh sebab itu, jenis kelamin bukan merupakan satu-satunya faktor yang menentukan kejadian DBD, melainkan dipengaruhi pula oleh faktor lingkungan, perilaku, kepadatan vektor, dan tingkat paparan terhadap gigitan nyamuk (Ashary, Ferlianti and Riani, 2024).

Temuan dilapanngan menunjukkan bahwa selama proses wawancara peneliti menemukan bahwa sebagian besar responden perempuan berperan sebagai ibu rumah tangga yang melakukan aktivitas di sekitar rumah, seperti memasak, membersihkan rumah, mencuci pakaian, dan merawat anak. Aktivitas tersebut menyebabkan responden lebih sering berada di dalam maupun di sekitar rumah pada siang hari, sehingga peluang kontak dengan nyamuk *Aedes aegypti* menjadi lebih tinggi, terutama apabila masih terdapat tempat penampungan air yang tidak tertutup, saluran drainase yang kurang lancar, atau barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan.

Berdasarkan hasil penelitian, seluruh responden berada pada rentang usia produktif, yaitu 26 hingga 45 tahun. Rentang usia ini telah dikoreksi sesuai dengan Batasan usia Dewasa Awal dan Dewasa Akhir yang ditemukan pada pupolasi di wilayah kerja Puskesmas Ulee kareng. Hasil tersebut sejalan dengan penelitian (Lithuania, 2018) yang menunjukkan bahwa kasus DBD di Kabupaten Lebak paling banyak ditemukan pada kelompok usia 21–26 tahun. Kelompok usia produktif umumnya memiliki mobilitas yang

tinggi, baik untuk bekerja, belajar, maupun melakukan aktivitas di luar rumah, sehingga peluang terpapar gigitan nyamuk *Aedes aegypti* menjadi lebih besar (Lithuania, 2018).

Temuan di lapangan menunjukkan bahwa sebagian besar responden usia produktif merupakan masyarakat yang aktif bekerja, berwirausaha, atau melakukan aktivitas sosial setiap hari. Selain beraktivitas di luar rumah, responden juga masih melakukan aktivitas di lingkungan tempat tinggal pada pagi dan sore hari, seperti membersihkan halaman, berkebun, atau berkumpul dengan tetangga. Kondisi lingkungan yang masih ditemukan adanya genangan air, saluran drainase yang kurang lancar, serta barang-barang bekas di sekitar rumah berpotensi meningkatkan paparan terhadap nyamuk *Aedes aegypti*.

Karakteristik pekerjaan responden dalam penelitian ini mencakup status yang beragam, mulai dari responden yang tidak bekerja (ibu rumah tangga) hingga yang bekerja di sektor formal. Pada penelitian ini, sebagian besar responden merupakan kelompok yang tidak bekerja. Kondisi ini diduga karena responden yang tidak bekerja memiliki waktu yang lebih banyak berada di rumah sehingga peluang terpapar gigitan nyamuk *Aedes aegypti* menjadi lebih besar, terutama apabila lingkungan tempat tinggal masih terdapat tempat perkembangbiakan nyamuk. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Ramadani *et al.*, 2023) yang menunjukkan bahwa mayoritas penderita DBD adalah responden yang tidak bekerja (62,9%). Penelitian tersebut juga menemukan adanya hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kejadian DBD. Hal ini menunjukkan bahwa karakteristik pekerjaan dapat memengaruhi pola aktivitas

seseorang sehingga berdampak pada tingkat paparan terhadap nyamuk penular DBD, meskipun kejadian DBD tetap dipengaruhi oleh berbagai faktor lain seperti kondisi lingkungan, perilaku pencegahan, dan kepadatan vektor (Ramadani *et al.*, 2023).

Temuan dilapangan menunjukkan bahwa peneliti menemukan bahwa sebagian responden yang tidak bekerja merupakan ibu rumah tangga dan lansia yang menghabiskan sebagian besar waktunya di rumah. Selama observasi, masih ditemukan beberapa rumah yang memiliki tempat penampungan air tanpa penutup, saluran pembuangan air yang kurang lancar, serta barang-barang bekas yang berpotensi menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk. Kondisi tersebut memungkinkan responden yang lebih banyak berada di rumah memiliki risiko paparan gigitan nyamuk yang lebih tinggi.

Dilihat dari latar belakang Pendidikan, mayoritas responden dalam penelitian ini merupakan lulusan Pendidikan Menengah (SMA). Kondisi ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah memiliki kemampuan dasar untuk menerima dan memahami informasi mengenai pencegahan DBD. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Helmi *et al.*, 2021) yang juga menemukan bahwa mayoritas responden berpendidikan SMA/sederajat (48%). Tingkat pendidikan yang lebih tinggi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran dalam melakukan upaya pencegahan DBD, seperti menjaga kebersihan lingkungan, melakukan pemberantasan sarang nyamuk, dan mengelola tempat penampungan air. Meskipun demikian, kejadian DBD tidak hanya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, tetapi juga oleh faktor lingkungan,

perilaku pencegahan, dan kepadatan vektor yang berperan dalam penularan penyakit (Helmi *et al.*, 2021).

Temuan dilapangan menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar responden berpendidikan SMA, masih terdapat responden yang belum secara rutin melakukan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk, seperti menguras tempat penampungan air, menutup tempat penyimpanan air, membersihkan saluran drainase, serta mengelola sampah dengan baik. Hal tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi tidak selalu berbanding lurus dengan penerapan perilaku pencegahan DBD karena masih dipengaruhi oleh tingkat kesadaran, kebiasaan, serta partisipasi masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan.

6.4.2 Hubungan Drainase Rumah Dengan Kejadian DBD

Penelitian (Arsyad, Nabuasa and Ndoen, 2020) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sanitasi lingkungan rumah dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD). Salah satu aspek sanitasi lingkungan yang menjadi perhatian adalah kondisi drainase di sekitar rumah. Drainase yang tidak berfungsi dengan baik menyebabkan terbentuknya genangan air yang berpotensi menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti*. Semakin buruk kondisi drainase, semakin besar peluang terbentuknya habitat perkembangbiakan nyamuk sehingga risiko penularan DBD juga meningkat. Oleh karena itu, perbaikan sistem drainase dan pengelolaan lingkungan menjadi bagian penting dalam upaya pengendalian vektor DBD (Arsyad, Nabuasa and Ndoen, 2020).

Berdasarkan fakta di lapangan, selama proses observasi peneliti masih menemukan beberapa rumah responden yang memiliki saluran drainase dalam kondisi kurang baik, seperti adanya saluran yang tersumbat oleh sampah, endapan lumpur, dan dedaunan sehingga aliran air tidak berjalan lancar. Selain itu, pada beberapa lokasi masih ditemukan genangan air di sekitar pekarangan rumah setelah hujan maupun akibat saluran drainase yang tidak mampu mengalirkan air secara optimal. Kondisi tersebut berpotensi menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti*. Peneliti juga menemukan bahwa sebagian masyarakat belum melakukan pembersihan saluran drainase secara rutin sehingga sampah dan sedimen terus menumpuk dan memperburuk kondisi drainase lingkungan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi drainase rumah dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh. Hasil uji statistik menunjukkan p-value = 0,001 ($p < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi drainase rumah dengan kejadian DBD. Nilai OR = 3,500 (95% CI: 2,073–5,910) menunjukkan bahwa responden dengan kondisi drainase rumah tidak sesuai memiliki risiko 3,5 kali lebih besar mengalami DBD dibandingkan responden dengan kondisi drainase rumah sesuai. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kondisi drainase rumah yang tidak sesuai lebih banyak ditemukan pada kelompok kasus. Adanya seluruh responden dengan drainase tidak sesuai pada kelompok kasus menunjukkan bahwa kondisi lingkungan di sekitar rumah memiliki peranan penting dalam kejadian DBD pada penelitian ini. Drainase yang tidak

mampu mengalirkan air dengan baik dapat menyebabkan terbentuknya genangan di sekitar rumah yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*.

Menurut pendapat peneliti, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kondisi drainase rumah merupakan salah satu faktor lingkungan yang berhubungan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng. Oleh karena itu, masyarakat perlu menjaga drainase agar tetap bersih, tidak tersumbat dan tidak menimbulkan genangan air. Pemeliharaan drainase secara rutin dapat menjadi salah satu upaya untuk mengurangi tempat yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan *Aedes aegypti*.

6.4.3 Hubungan Pembuangan Sampah Dan Limbah Dengan Kejadian DBD

Penelitian (Naziratul Balqis, Elmiyati, 2023) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara perilaku masyarakat dalam pengelolaan sampah dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD), dengan nilai p = 0,000 (p < 0,05). Peneliti menjelaskan bahwa pengelolaan sampah yang tidak baik dapat meningkatkan risiko berkembangnya vektor *Aedes aegypti*. Sampah yang dibuang sembarangan, seperti botol, gelas plastik, kaleng, dan wadah bekas lainnya, berpotensi menampung air hujan sehingga menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk. Sebaliknya, masyarakat yang menerapkan pengelolaan sampah dengan baik, seperti membuang sampah pada tempatnya, memilah sampah, dan membersihkan lingkungan secara rutin, dapat mengurangi keberadaan tempat perindukan nyamuk sehingga menurunkan risiko kejadian DBD. Temuan ini menunjukkan bahwa perilaku masyarakat dalam mengelola

sampah merupakan salah satu faktor penting dalam pencegahan penularan DBD (Naziratul Balqis, Elmiyati, 2023).

Berdasarkan fakta di lapangan, selama proses observasi peneliti masih menemukan beberapa rumah responden yang memiliki pengelolaan sampah dan limbah yang kurang baik. Masih terdapat sampah plastik, botol bekas, gelas plastik, kaleng, dan wadah lainnya yang dibiarkan berserakan di halaman maupun di belakang rumah. Selain itu, pada beberapa rumah juga ditemukan saluran pembuangan air limbah yang kurang lancar sehingga menyebabkan genangan air di sekitar pekarangan. Kondisi tersebut berpotensi menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti*. Peneliti juga menemukan bahwa sebagian masyarakat belum melakukan pembersihan lingkungan secara rutin dan masih membiarkan barang-barang bekas menumpuk di sekitar rumah tanpa dilakukan pengelolaan atau pemanfaatan kembali.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pembuangan sampah dan limbah dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh. Hasil uji statistik menunjukkan p-value = 0,001 ($p < 0,05$), sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara pembuangan sampah dan limbah dengan kejadian DBD. Nilai OR = 3,500 (95% CI: 2,073–5,910) menunjukkan bahwa responden dengan pembuangan sampah dan limbah tidak memenuhi syarat memiliki risiko 3,5 kali lebih besar mengalami DBD dibandingkan responden dengan pembuangan sampah dan limbah yang memenuhi syarat. Hasil tersebut menunjukkan perbedaan yang cukup jelas antara kelompok kasus dan kontrol. Sebagian besar responden yang memiliki

pembuangan sampah dan limbah tidak memenuhi syarat berada pada kelompok kasus, sedangkan responden dengan pembuangan sampah dan limbah memenuhi syarat lebih banyak berada pada kelompok kontrol. Dengan demikian, hasil penelitian memperlihatkan bahwa kondisi pengelolaan sampah dan limbah yang kurang baik berkaitan dengan meningkatnya kejadian DBD pada responden penelitian.

Menurut pendapat peneliti, pengelolaan sampah dan limbah yang baik merupakan salah satu langkah penting dalam mencegah kejadian DBD. Pengelolaan tersebut tidak hanya terbatas pada membuang sampah pada tempatnya, tetapi juga mencakup pemilahan sampah, pendaurulangan barang bekas yang masih dapat dimanfaatkan, serta pembersihan saluran pembuangan air limbah secara berkala agar tidak terjadi genangan air. Upaya tersebut perlu didukung oleh kesadaran masyarakat dan keterlibatan pemerintah melalui kegiatan penyuluhan kesehatan, kerja bakti lingkungan, dan pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) secara berkesinambungan.

6.4.4 Hubungan Sumber Air Bersih Dengan Kejadian DBD

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara sumber air bersih dengan kejadian DBD. Hasil ini sejalan dengan penelitian (Aurora, Sangkai and Widuri, 2025) yang menunjukkan bahwa karakteristik sumber air bersih tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian DBD. Hal tersebut disebabkan karena nyamuk *Aedes aegypti* tidak berkembang biak berdasarkan asal sumber air yang

digunakan masyarakat, melainkan pada wadah yang dapat menampung air bersih, seperti bak mandi, ember, drum, tempayan, atau tempat penampungan air lainnya yang tidak dikelola dengan baik. Oleh karena itu, baik air yang berasal dari PDAM, sumur bor, maupun sumur gali tetap dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk apabila disimpan dalam wadah terbuka atau jarang dibersihkan. Sebaliknya, apabila tempat penampungan air dikelola dengan baik melalui kegiatan menguras, menutup, dan mendaur ulang (3M Plus), maka risiko kejadian DBD dapat ditekan meskipun sumber air yang digunakan berbeda-beda (Aurora, Sangkai and Widuri, 2025).

Berdasarkan fakta di lapangan, selama proses pengumpulan data peneliti menemukan bahwa sebagian besar responden menggunakan sumber air bersih yang berasal dari PDAM dan sumur bor, dengan kondisi air yang relatif bersih dan layak digunakan untuk kebutuhan sehari-hari. Meskipun demikian, masih ditemukan beberapa rumah yang memiliki bak mandi, ember, dan tempat penampungan air yang tidak selalu dikuras secara rutin atau tidak ditutup rapat. Di sisi lain, terdapat pula responden yang menggunakan sumber air berbeda tetapi tetap tidak mengalami DBD karena secara rutin membersihkan tempat penampungan air dan menerapkan kegiatan 3M Plus. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa cara pengelolaan tempat penampungan air lebih berpengaruh terhadap kejadian DBD dibandingkan jenis sumber air yang digunakan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sumber air bersih dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh. Hasil uji Fisher's Exact Test menunjukkan p-value = 0,050, sehingga sumber

air bersih tidak terbukti berhubungan secara statistik dengan kejadian DBD pada penelitian ini. Nilai OR = 2,250 (95% CI: 1,623–3,119) menunjukkan adanya kecenderungan risiko, tetapi karena hasil uji tidak signifikan, sumber air bersih tidak dapat dinyatakan sebagai faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD dalam penelitian ini. Hasil tersebut menunjukkan bahwa meskipun seluruh responden dengan sumber air bersih tidak memenuhi syarat berada pada kelompok kasus, sebagian besar responden pada kelompok kasus maupun kontrol justru menggunakan sumber air bersih yang memenuhi syarat. Hal ini menunjukkan bahwa jenis atau sumber air yang digunakan belum dapat menjelaskan kejadian DBD pada penelitian ini.

Menurut pendapat peneliti, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa upaya pencegahan DBD sebaiknya lebih difokuskan pada perubahan perilaku masyarakat dalam mengelola tempat penampungan air daripada hanya memperhatikan jenis sumber air yang digunakan. Edukasi mengenai pentingnya menguras tempat penampungan air minimal satu kali dalam seminggu, menutup rapat wadah penyimpanan air, serta menghilangkan barang-barang yang dapat menampung air perlu terus ditingkatkan sebagai bagian dari program Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus. Dengan demikian, risiko berkembangnya nyamuk *Aedes aegypti* dapat diminimalkan meskipun masyarakat menggunakan sumber air yang berbeda-beda.

6.4.5 Hubungan Perilaku Pencegahan Dengan Kejadian DBD

Penelitian (Armaijn *et al.*, 2024) mengenai hubungan perilaku pencegahan terhadap kejadian DBD menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara

perilaku pencegahan masyarakat dengan kejadian DBD. Penelitian ini menjelaskan bahwa perilaku pencegahan yang kurang baik, seperti jarang membersihkan tempat penampungan air, tidak melakukan pemberantasan sarang nyamuk, serta kurang menjaga kebersihan lingkungan, dapat meningkatkan risiko terjadinya DBD. Sebaliknya, masyarakat yang secara rutin melakukan tindakan pencegahan memiliki kemungkinan lebih kecil untuk mengalami DBD. Peneliti menekankan bahwa perubahan perilaku masyarakat merupakan salah satu strategi penting dalam pengendalian DBD karena keberhasilan pencegahan sangat dipengaruhi oleh partisipasi aktif masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan dan menghilangkan tempat perkembangbiakan nyamuk (Armaijn *et al.*, 2024).

Berdasarkan fakta di lapangan, selama proses wawancara dan observasi peneliti menemukan bahwa sebagian responden masih belum menerapkan perilaku pencegahan DBD secara optimal. Beberapa responden mengaku belum menguras tempat penampungan air secara rutin setiap minggu, masih menggantung pakaian di dalam rumah, serta belum secara konsisten membersihkan lingkungan dan menghilangkan barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan. Selain itu, masih terdapat responden yang jarang mengikuti kegiatan gotong royong atau pemberantasan sarang nyamuk di lingkungan tempat tinggalnya. Sebaliknya, responden yang memiliki perilaku pencegahan yang baik umumnya rutin melakukan kegiatan 3M Plus, menjaga kebersihan rumah dan pekarangan, serta lebih memperhatikan kondisi tempat penampungan air

sehingga lingkungan rumah menjadi lebih bersih dan tidak mendukung perkembangan nyamuk *Aedes aegypti*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku pencegahan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh. Hasil uji statistik menunjukkan p-value = 0,001 (p < 0,05), sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku pencegahan dengan kejadian DBD. Nilai OR = 3,778 (95% CI: 2,157–6,615) menunjukkan bahwa responden dengan perilaku pencegahan kurang baik memiliki risiko 3,778 kali lebih besar mengalami DBD dibandingkan responden dengan perilaku pencegahan baik. Hasil tersebut menunjukkan adanya perbedaan yang jelas antara kelompok kasus dan kontrol. Seluruh responden yang memiliki perilaku pencegahan kurang baik berada pada kelompok kasus, sedangkan seluruh responden pada kelompok kontrol memiliki perilaku pencegahan baik. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku pencegahan merupakan faktor yang cukup penting dalam kejadian DBD pada penelitian ini.

Menurut pendapat peneliti, perilaku pencegahan merupakan faktor yang dapat diubah melalui pendidikan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Meskipun fasilitas kesehatan dan program pengendalian DBD telah tersedia, keberhasilan pencegahan tetap bergantung pada kesadaran dan partisipasi aktif masyarakat dalam menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat. Oleh karena itu, diperlukan upaya yang berkesinambungan dari Puskesmas, kader kesehatan, dan pemerintah desa atau

kelurahan untuk meningkatkan pengetahuan serta mendorong masyarakat agar secara rutin melaksanakan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus.

BAB VII
KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh, serta berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh. Faktor-faktor tersebut meliputi kondisi drainase rumah, pengelolaan sampah dan limbah, serta perilaku pencegahan masyarakat. Sementara itu, sumber air bersih tidak terbukti berhubungan dengan kejadian DBD.

2. Terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi drainase rumah dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD). Drainase rumah yang tidak memenuhi syarat dapat menyebabkan terjadinya genangan air yang menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*, sehingga meningkatkan risiko terjadinya DBD. Berdasarkan hasil penelitian, teori, dan penelitian terdahulu, dapat disimpulkan bahwa kondisi drainase rumah merupakan salah satu faktor lingkungan yang berhubungan dengan kejadian DBD.

Perbaikan sistem drainase, pembersihan saluran air secara rutin, serta peningkatan kesadaran masyarakat untuk menjaga kebersihan lingkungan merupakan upaya penting dalam mengurangi tempat perkembangbiakan *Aedes aegypti* sehingga dapat menurunkan risiko kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh.

3. Terdapat hubungan yang signifikan antara Pembuangan sampah dan limbah dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD). Pengelolaan sampah dan limbah yang kurang baik dapat menyebabkan banyaknya wadah yang menampung air hujan sehingga menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti* dan meningkatkan risiko penularan DBD. Berdasarkan hasil penelitian, teori, dan penelitian terdahulu, dapat disimpulkan bahwa pengelolaan sampah dan limbah merupakan salah satu faktor lingkungan yang berhubungan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD). Semakin baik pengelolaan sampah dan limbah yang dilakukan masyarakat, maka semakin sedikit tempat yang dapat menjadi habitat nyamuk *Aedes aegypti*. Sebaliknya, pengelolaan sampah dan limbah yang kurang baik akan meningkatkan potensi terbentuknya tempat perkembangbiakan nyamuk sehingga risiko kejadian DBD juga semakin tinggi. Oleh karena itu, pengelolaan sampah dan limbah yang baik perlu menjadi bagian dari upaya pencegahan DBD melalui pemberdayaan masyarakat dan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat.
4. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sumber air bersih dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD). Hal ini menunjukkan bahwa kejadian DBD tidak

dipengaruhi oleh jenis sumber air yang digunakan masyarakat, tetapi lebih dipengaruhi oleh cara masyarakat mengelola tempat penampungan air dan menjaga kebersihan lingkungan. Berdasarkan hasil penelitian, teori, dan penelitian terdahulu, dapat disimpulkan bahwa sumber air bersih bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh. Kejadian DBD lebih dipengaruhi oleh cara masyarakat mengelola tempat penampungan air, menjaga kebersihan lingkungan, dan melaksanakan perilaku pencegahan, sehingga upaya pengendalian DBD perlu difokuskan pada pemberantasan tempat perkembangbiakan nyamuk dan peningkatan partisipasi masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan.

5. Terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku pencegahan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD). Masyarakat yang memiliki perilaku pencegahan yang kurang baik memiliki risiko lebih besar mengalami DBD dibandingkan masyarakat yang menerapkan perilaku pencegahan dengan baik melalui kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus. Berdasarkan hasil penelitian, teori, dan penelitian terdahulu, dapat disimpulkan bahwa perilaku pencegahan merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh. Semakin baik perilaku pencegahan yang diterapkan oleh masyarakat, maka semakin kecil kemungkinan terbentuknya tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* dan semakin rendah risiko terjadinya DBD. Oleh karena itu, peningkatan perilaku pencegahan melalui edukasi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, serta

pelaksanaan kegiatan PSN secara rutin perlu terus ditingkatkan sebagai bagian dari strategi pengendalian DBD.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa drainase rumah, pengelolaan sampah dan limbah, serta perilaku pencegahan merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh, sedangkan sumber air bersih bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD.

7.2 Saran

1. Disarankan pada Puskesmas Ulee Kareng diharapkan dapat meningkatkan upaya promotif dan preventif dalam pengendalian DBD melalui penyuluhan kesehatan secara rutin mengenai pentingnya menjaga kebersihan lingkungan, memperbaiki kondisi drainase rumah, mengelola sampah dan limbah rumah tangga dengan baik, serta menerapkan perilaku pencegahan DBD melalui kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus. Selain itu, Puskesmas diharapkan dapat meningkatkan kegiatan pemeriksaan jentik berkala (PJB), memperkuat peran kader jumantik, dan melakukan monitoring terhadap daerah yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*.
2. Disarankan bagi Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini dengan menambahkan variabel lain yang berpotensi memengaruhi kejadian DBD, seperti kepadatan hunian, keberadaan jentik nyamuk, penggunaan insektisida rumah tangga, ventilasi rumah, kelembapan udara, curah hujan, kepadatan penduduk, maupun faktor sosial ekonomi. Selain itu, penelitian

selanjutnya diharapkan menggunakan jumlah sampel yang lebih besar dan cakupan wilayah yang lebih luas sehingga hasil penelitian dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD.

DAFTAR PUSTAKA

Adolph, R. (2016) 'klasifikasi Demam Berdarah Dengue, Demam Berdarah (DF), Demam Berdarah (DHF).', pp. 1–23.

Agung Sutriyawan, 2021 (2021) 'No Title', 9(2), pp. 1–10.

Anggraini, D. R., Huda, S. and Agushybana, F. (2021) 'Faktor Perilaku Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (Dbd) Di Daerah Endemis Kota Semarang', *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 12(2), p. 344. doi: 10.26751/jikk.v12i2.1080.

Armaijn, L. *et al.* (2024) 'Hubungan Perilaku Pencegahan Terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue', 2, pp. 306–312.

Arsin.2013 (no date) 'kerangka Teoritis modifikasi teori john Gordon (segitiga epidemiologi)'.

Arsyad, R. M., Nabuasa, E. and Ndoen, E. M. (2020) 'Media Kesehatan Masyarakat HUBUNGAN ANTARA PERILAKU SANITASI LINGKUNGAN DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) Media Kesehatan Masyarakat', *Media Kesehatan Masyarakat*, 2(2), pp. 15–23.

Asbon, N., Irdan, I. and Purwanto, M. (2022) 'Hubungan Sanitasi Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Pinang Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2022', *Journal of Safety and Health*, 2(2), pp. 65–78. doi: 10.54816/josh.v2i2.637.

Ashary, R., Ferlianti, R. and Riani, S. N. (2024) 'Gambaran Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Berdasarkan Jenis Kelamin Anak di RSUD Dr. Drajat Prawinegara Serang pada Tahun 2021 Serta Tinjauannya Menurut Pandangan Islam', *Junior Medical Journal*, 2(6), pp. 715–722.

Aurora, A. N., Sangkai, M. A. and Widuri, P. D. (2025) 'Hubungan Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Menteng Kota Palangka Raya Tahun 2024', *Jurnal Surya Medika*, 11(3), pp. 363–371. doi: 10.33084/jsm.v11i3.12075.

Besar, dinkes aceh (2025) *data kasus dbd aceh besar*.

EHRA, 2014 (2014) 'Panduan praktis studi ERHA', *panduan praktis studi ERHA (Environmental Health Risk Assessment/ penilaian risiko kesehatan karena lingkungan*. doi: https://id.scribd.com/document/347529741/Panduan-Praktis-Pelaksanaan-EHRA-2014-pdf.

fakultas kesehatan masyarakat, U. M. A. (2023) 'No Title', *kuesioner Sumber Air Bersih dan Perilaku pencegahan DBD*, https://ee. Available at: https://ee.kobotoolbox.org/x/E0XIzUN6.

Guamo, S. W., Kunto, D. and Patria, A. (2026) 'Hubungan Faktor Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Mananggu', 4(4), pp. 25467–25475.

Helmi, A. *et al.* (2021) 'INAP TENTANG DEMAM BERDARAH DENGUE Demam Berdarah Dengue adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue melalui gigitan nyamuk Aedes aegypti yang menyebabkan munculnya ruam pada kulit , pelindung bagi anggota keluarga sesuai dengan tugas ', 5(2), pp. 535–542.

Jayawardhana, A., Permana, R. A. and Kogoya, Y. (2019) 'Hubungan Perilaku Keluarga dengan Pencegahan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Jambangan Kota Surabaya', *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan*, 0231, pp. 55–65.

Lithuania (2018) 'Analisis Epidemiologi Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Kabupaten Lebak', *nur siyam*, 151(536), pp. 10–17.

muhammad arif rianto, suharmanto, khairun nisa berawi, susanti, B. (2025) 'Indonesian Journal of Nursing and Health Sciences', 6, pp. 153–160.

Naziratul Balqis, Elmiyati, S. (2023) 'HUBUNGAN PERILAKU MASYARAKAT DALAM PENGELOLAAN SAMPAH DENGAN KEJADIAN DBD (DEMAM BERDARAH DENGUE)', (September), pp. 583–589.

Nugraheni, E., Rizqoh, D. and Sundari, M. (2023) 'Manifestasi Klinis Demam Berdarah Dengue (DBD), Jurnal kedokteran dan kesehatan: publikasi ilmiah fakultas kedokteran universitas sriwijaya Volume 10, No 3. 2023/DOI: 10.32539/JKK.V10I3.21425 p-ISSN 2406-7431; e-ISSN 2614-0411 p-ISSN', 10(3). doi: 10.32539/JKK.V10I3.21425.

Oroh, M. Y., Pinontoan, O. R. and Tuda, J. B. S. (2020) 'Faktor Lingkungan, Manusia dan Pelayanan Kesehatan yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue', *Indonesian Journal of Public Health and Community Medicine*, 1(3), pp. 35–46.

Priyatna, B. S. *et al.* (2023) 'Kata Kunci : Perilaku, PSN, dan Jentik Nyamuk.', 12(Juni 2024), pp. 35–39.

Ramadani, F. *et al.* (2023) 'Relationship of Patients Characteristics With Dengue Fever in Haji Hospital Medan in the Period of January-June 2022', *Ibnu Sina: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan-Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara*, 22(2), pp. 189–195.

Saputra, A. U., Ariyani, Y. and Dewi, P. (2023) 'Faktor yang berhubungan dengan lingkungan fisik dan kebiasaan keluarga terhadap penyakit Demam Berdarah Dengue (Dbd)', *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 8(2), pp. 283–292. Available at: https://jurnal.stikes-aisyiyah-palembang.ac.id/index.php/JAM/article/view/1119/841.

Sawaluddin, M. R., Lidayanti, S. and Bengkulu, U. M. (2024) 'Pencegahan dbd dengan

penyuluhan hidup bersih dan sehat di kecamatan tawang tasikmalaya jawa barat', 5, pp. 920–932.

Setiawati, D. (2010) 'Deni setiawati 0806469546', *analisis univariat, bivariat, dan multivariat*.

Sinta, P. (2018) 'Hubungan Perilaku 3M Plus Masyarakat Dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Gambirsari Surakarta', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 7(2), pp. 93–104. doi: 10.33475/jikmh.v7i2.25.

SKI (2018) 'Dalam Angka Dalam Angka', *Kota Kediri Dalam Angka*, pp. 1–68.

Suryowati, K., Bekti, R. D. and Faradila, A. (2018) 'A Comparison of Weights Matrices on Computation of Dengue Spatial Autocorrelation', *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, 335(1), pp. 1–7. doi: 10.1088/1757-899X/335/1/012052.

Tansil, M. G., Rampengan, N. H. and Wilar, R. (2021) 'Faktor Risiko Terjadinya Kejadian Demam Berdarah Dengue Pada Anak', *Jurnal Biomedik:JBM*, 13(1), p. 90. doi: 10.35790/jbm.13.1.2021.31760.

Wahyuningsih, N. E. (2019) 'Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah dan Perilaku Keluarga dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kabupaten Aceh Besar The Relationship of Home Environmental Conditions and Family Behavior with Genesis Dengue In Aceh Besar', 13(1).

WHO (2024) '(8) Demam Berdarah - SEARO'.

Windawati, S., Shodiqin, A. and Aini, A. N. (2020) 'Analisis Kestabilan Model Matematika Penyebaran Penyakit Demam Berdarah dengan Pengaruh Fogging', *Square : Journal of Mathematics and Mathematics Education*, 2(1), p. 1. doi: 10.21580/square.2020.2.1.5149.

Wowor, R. (2017) 'Pengaruh Kesehatan Lingkungan terhadap Perubahan Epidemiologi

Demam Berdarah di Indonesia', *Pengaruh Kesehatan Lingkungan terhadap Perubahan Epidemiologi Demam Berdarah di Indonesia*, 5(2). doi: 10.35790/ecl.5.2.2017.16879.

Yasa, P. W. (2019) 'Berbagai Etiologi Penyakit Infeksi pada Traveller's Diseases', *Asia Book Regristry*, pp. 12–26. Available at: https://bookregistry.asia/book/index.php/abr/article/download/4/4.

Yasmin Lail Ramadhani, 2026 (2026) 'Analisis Hubungan Pelaksanaan 3M dan Eksistensi Genangan Air terhadap Keberadaan Larva Nyamuk', 4(3), pp. 21316–21322.

Lampiran 1

INFORMED CONSENT

Assalamualaikum Wr. Wb.,

Saya Aisyah Nabila, atas nama peneliti; mahasiswa tingkat akhir pada fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh bermaksud mengadakan penelitian mengenai Risiko kejadian DBD anak di wilayah kerja puskesmas peukan bada kabupaten Aceh Besar.

Dengan penelitian ini diharapkan akan diketahui faktor risiko kejadian DBD anak di wilayah kerja puskesmas peukan bada kabupaten Aceh Besar. Hasil dari penelitian diharapkan dapat dijadikan dasar informasi tentang risiko DBD anak yang nantinya dapat dievaluasi oleh puskesmas peukan bada.

Keikutsertaan bapak/ibu/saudara/saudari dalam penelitian ini adalah secara sukarela dan menguntungkan semua pihak baik responden , peneliti, pelayaj Kesehatan dan masyarakat luas. Setelah anda setuju untuk berpastisipasi dalam penelitian ini dan menandatangani pernyataan persetujuan responden, makan anda akan diwawancari oleh kami sebagai peneliti.

Semua data yang dikumpulkan dalam penelitian ini akan dirahasiakan oleh tim peneliti dan tidak terbuka bagi masyarakat atau pihak lain tanpa persetujuan peneliti. Laporan yang akan dihasilkan dari penelitian ini akan mencantumkan identitas penderita yang bersangkutan.

Demikian iformasi kami sampaikan, terimakasih atas kesediaan anda menjadi responden.

Wassalamualaikum Wr. Wb.,

Lampiran 2

PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian ini dan apabila dikemudian hari terdapat kekurangan, maka saya bersedia untuk dihubungi Kembali.

Aceh Besar, 2025

Responden

Nama :……

Tanda tangan :

Peneliti

Nama :……

Tanda tangan :

Lampiran 3

A. <u>Identitas Responden</u>

Nama :

Jenis Kelamin :

Umur Responden :

Pekerjaan : ☐ Karyawan Swasta ☐ Wiraswasta ☐ PNS

☐ Ibu Rumah Tangga ☐ Tidak Bekerja

Pendidikan : ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA/SMK ☐ Diploma

☐ Strata (S1/S2/S3) ☐ Tidak lulus/tidak sekolah

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

LEMBAR PENGAMATAN ERHA

- **Lingkari pilihan jawaban dan tuliskan pilihannya pada kotak yang tersedia**
- **Khususuntuk pertanyaan dengan pilihan ganda/ jawaban lebih dari satu (A,B,C,D,dst), berikan kode jawaban 0=Tidak dan 1= Ya, dan lingkari pilihan jawabannya**
- **Semua jawaban dari responden harus dicatat oleh enumerator!**
- **Bila lembar pengamatan ini tidak di isi dengan lengkap berarti kuesioner juga dianggap tidak lengkap, sehingga tidak dapat digunakan!**
- **Mintalah responden untuk mengantarkan enumerator melihat sekeliling rumah, yang dimulai dari dapur, kamar mandi dan jamban, tempat mencuci pakaian, halaman diluar rumah**

EO.3. SPAL/DRAINASE LINGKUNGAN/ SELOKAN DI SEKITAR RUMAH				
EO.3.1	Amati: Apakah halaman/ bagian depan rumah ada genangan Air?	1. YA 2. TIDAK **(lanjut EO.3.4)**		
EO.3.2	Amati: Dimana Air biasanya tergenang	A. Dihalaman atau perkarangan Rumah	0	1
		B. Di dekat Dapur	0	1
		C. Di dekat kamar mandi	0	1
		D. Di dekat bak penampungan air hujan	0	1
		E. Di tempat lainnya, sebutkan…….	0	1
EO.3.3	Amati: Dari mana air genangan berasal?	A. Hujan	0	1
		B. Air limbah dapur	0	1
		C. Air limbah kamar mandi	0	1
		D. Air limbah dari sumber lain, sebutkan……	0	1
		E. Tidak tahu/ tidak pasti	0	1
EO.3.4	Amati: Apakah di halaman ada benda yang dapat menyebabkan air tergenang (seperti ban bekas, kaleng, panci, ember)	1. Ya, di halaman ada benda yang dapat menyebabkan air tergenang 2. Tidak, halaman bersih dari benda yang dapat menyebabkan air tergenang		
EO.3.5	Amati: Apakah ibu dapat melihat saluran air hujan atau saluran air limbah di dekat rumah (samping depan, samping belakang, samping kanan-kiri)	1. YA, terbuka 2. YA, tertutup, tidak terlihat 3. 3. TIDAK, tidak terlihat		
EO.3.6	Amati: Apakah air disaluran dapat mengalir?	1. YA 2. TIDAK 3. Tidak dapat dipakai: saluran kering 4. Tidak ada saluran		
EO.3.7	Amati: apakah saluran Air bersih dari sampah?	1. YA, bersih atau hampir selalu bersih dari sampah 2. Tidak bersih dari sampah, tapi air masih dapat mengalir		

		3. Tidak bersih dari sampah, saluran tersumbat 4. Tidak bersih dari sampah, tapi saluran kering 5. Tidak ada saluran		
AO.4. PENANGANAN SAMPAH RUMAH TANGGA				
AO.4.1.	Amati: apa wadah/tempat yang dipakai untuk mengumpulkan sampah di dapur dan ruangan lain di dalam rumah?	1. Ya, kantong plastik tertutup 2. Ya, kantong plastik terbuka 3. Ya, tempat sampah terbuka 4. Ya tempat sampah tertutup 5. Lainnya, sebutkan…… 6. Tidak ada		
EO.2. PENGELOLAAN SAMPAH: DAUR ULANG DAN PENGGUNAAN KEMBALI				
EO.2.1.	Amati: bagaimana cara mengelola sampah di rumah?	1. Dikumpulkan oleh kolektor informal yang mendaur ulang dan atau sampah organic ditimbun dalam tanah/ dibuat kompos 2. Dikumpulkan dan dibuang ke TPS 3. Dibakar 4. Dibuang ke dalam lubang dan ditutup dengan tanah 5. Dibuang ke dalam lubang tetapi tidak ditutup dengan tanah 6. Dibuang kesungai/ kali/ laut/ danau 7. Dibiarkan saja sampai membusuk 8. Dibuang ke lahan kosong/ kebun/ hutan dan dibiarkan membusuk 9. Lain-lain, sebutkan…..		
EO.2.2	Amati: Apakah sekeliling halaman bersih dari sampah?	1. YA 2. TIDAK		
EO.2.3	Amati: Apakah terlihat bahwa sampah di pilah/ dipisahkan?	1. YA 2. TIDAK **(lanjut EO.2.5)**		
EO.2.4	Amati: jika sampah dipilah, apa saja yang terlihat dipilah?	A. Sampah organic/sampah basah	0	1
		B. Plastic	0	1
		C. Gelas/kaca	0	1
		D. Kertas/kardus	0	1
		E. Besi/logam	0	1
		F. Bahan berbahaya dan beracun (B3)	0	1
		G. Lainnya, sebutkan……	0	1
EO.2.5	Amati: apakah ada tenpat serta kegiatan untuk membuat kompos?	1. YA 2. TIDAK		
EO.2.6	Amati: Apakah ada kompos yang sudah bisa dipakai?	1. YA 2. TIDAK		
EO.2.7	Amati: untuk apa saja kompos dipakai oleh responden?	A. Pupuk tanaman hias	0	1
		B. Pupuk tanaman buah. Sayur, obat	0	1

		C. Dijual	0	1
		D. Tidak dimanfaatkan	0	1

LEMBAR PERTANYAAN UMUM – ERHA

- **Lingkari pilihan jawaban dan tuliskan pilihannya pada kotak yang tersedia**
- **Khusus untuk pertanyaan dengan pilihan ganda/ jawaban lebih dari satu (A,B, C,D, dst), berikan kode jawaban 0= Tidak dan 1= Ya, dan lingkari pilihan jawabannya**
- **Semua jawaban responden harus di cata oleh enumerator!**
- **Lembar pertanyaan tidak lengkap berarti: kuesioner juga tidak lengkap, sehingga tidak dapat digunakan!**

C. PENGOLAHAN SAMPAH RUMAH TANGGA				
C.1	Bagaimana kondisi sampah di lingkungan RT/RW rumah ibu?	A. Banyak sampah berserakan atau bertumpuk dinsekitar lingkungan	0	1
		B. Banyak lalat di sekitar tumpukan sampah	0	1
		C. Banyak tikus berkeliaran	0	1
		D. Banyak nyamuk	0	1
		E. Banyak kucing dan anjing mendatangi tumpukan sampah	0	1
		F. Bau busuk yang mengganggu	0	1
		G. Menyumbat saluran drainase	0	1
		H. Ada anak-anak yang bermain di sekitarnya	0	1
		I. Lainnya, sebutkan……	0	1
C.2	Bagaimana sampah rumah tangga dikelola?	1. Dikumpulkan oleh kolektor informal yang mendaur ulang 2. Di kumpulkan dan dibuang ke TPS 3. Dibakar 4. Dibuang ke dalam lubang dan ditutup dengan tanah 5. Dibuang ke dalam sungai/kali/ laut/ danau 6. Dibiarkan saja sampai membusuk 7. Dibuang ke lahan kosong/ kebun/ hutan dan dibiarkan membusuk 8. Lain-lain, sebutkan…… 9. Tidak tahu **(jika jawaban dari no 3-9 lanjutkan ke D.1)**		
C.3	Apakah ibu melakukan pemilahan sampah di rumah sebelum di buang?	1. YA **(lanjut C.4)** 2. TIDAK **(lanjut C.5)**		
C.4	Jika mendaur ulang, apa saja jenis sampah yang dipilah/ dipisahkan sebelum dibuang?	A. Sampah organi/ sampah basah	0	1
		B. Palstik	0	1
		C. Gelas atau Kaca	0	1

		D. Kertas	0	1
		E. Besi/ Logam	0	1
		F. Lainnya, sebutkan…….	0	1
		G. Tidak tahu	0	1
C.5	Seberapa sering petugas mengangkut sampah dari rumah? ***Bacakan jawaban satu persatu dengan jelas kepada responden***	1. Tiap hari 2. Beberapa kali dalam seminggu 3. Sekali dalam seminggu 4. Beberapa kali dalam sebulan 5. Sekali dalam sebula 6. Tidak pernah (lanjutkan E.1) 7. Lainnya, sebutkan…… 8. Tidak tahu (lanjutkan E.1)		
C.6	Dari pengalaman dalam sebulan terakhir, apakah sampah selalu di angkut tepat waktu?	1. Tepat waktu 2. Sering terlambat 3. Tidak tahu		

E. DRAINASE LINGKUNGAN/ SELOKAN SEKITAR RUMAH DAN BANJIR									
E.1	Apakah di rumah mempunyai sarana pembuangan air limbah selain tinja (SPAL= saluran pembuangan air limbah)?	1. YA 2. TIDAK ADA **(lanjut E.3)**							
E.2	Kemana air bekas buangan/ air limbah selain tinja dibuang yang berasal dari:	Dapur		Kamar mandi		Tempat cuci piring		wastafel	
	A. Ke sungai, kanal, empang/kolam, selokan	0	1	0	1	0	1	0	1
	B. Ke jalan, halaman, selokan	0	1	0	1	0	1	0	1
	C. Saluran terbuka	0	1	0	1	0	1	0	1
	D. Saluran tertutup	0	1	0	1	0	1	0	1
	E. Lubang galian	0	1	0	1	0	1	0	1
	F. Pipa saluran pembuangan kotoran	0	1	0	1	0	1	0	1
	G. Pipa IPAL sanimas	0	1	0	1	0	1	0	1
	H. Tidak tahu	0	1	0	1	0	1	0	1
E.3	Apakah rumah yang ditempati saat ini atau lingkungan dan jalan di sekitar rumah pernah terkena banjir?	1. Tidak pernah 2. Sekali dalam setahun 3. Beberapa kali dalam setahun 4. Sekali atau beberapa kali dalam sebulan 5. Tidak tahu							
E.4	Apakah banjir biasa terjadi secara rutin?	1. YA 2. TIDAK							
E.5	Pada saat banjir terakhir, apakah air memasuki rumah?	1. YA 2. TIDAK							
E.6	Pada saat terakhir kali banjir, berapa tinggi air yang masuk ke dalam rumah ibu?	1. Setumit orang dewasa 2. Setengah lutut orang dewasa 3. Selutut orang dewasa							

	Bacakan jawaban satu persatu dengan jelas kepada responden	4. Sepinggang orang dewasa 5. Sebahu orang dewasa 6. Lebih tinggi dari orang dewasa 7. Tidak tahu	
E.7	Pada saat terakhir banjir, apakah WC/ jamban di rumah ibu juga terendam banjir?	1. Tidak pernah/tidak punya 2. Kadang-kadang 3. **(Jangan dipilih!)** 4. Selalu 5. Tidak tahu	
E.8	Pada saat terakhir banjir, berapa lama air banjir mengering?	1. Kurang dari 1 jam 2. Antara 1-3 jam 3. Setengah hari 4. Lebih dari 1 hari 5. Tidak lebih dari 1 hari 6. Tidak tahu	

(EHRA, 2014)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

SUMBER AIR BERSIH

No	Pertanyaan	Pilihan	
1.	sumber utama sarana air bersih keluarga?	1. Air ledeng/PDAM 2. Sumur pompa 3. Sumur gali terlindung 4. Sumur gali tidak terlindung 5. Mata air 6. Penampungan air hujan 7. Air sungai 8. Air danau	
2.	Berapa jarak pompa/sumur/mata air ke tempat penampungan kotoran/tinja terdekat?	1. <10 meter 2. >10 meter 3. Tidak ada	
3.	Apakah rumah memiliki tempat penampungan air (bak mandi, drum, tandon, ember besar)?	1. Ya 2. Tidak	
4.	Apakah tempat penampungan air dikuras minimal 1 kali dalam seminggu?	1. Ya 2. Tidak	
5.	Apakah tempat penampungan air tersebut selalu ditutup?	1. Ya 2. Tidak	
6.	Apakah pernah terdapat genangan Air di sekitar rumah atau tempat penampungan air?	1. Ya 2. Tidak	
7.	Apakah anda pernah menemukan jentik nyamuk pada tempat penampungan air di rumah?	1. Ya 2. Tidak	
8.	Sara Air bersih	1. Tidak ada	

		2. Ada, bukan milik sendiri, tidak memenuhi syarat Kesehatan 3. Ada, milik sendiri, tidak memenuhi syarat Kesehatan 4. Ada, bukan milik sendiri,m memenuhi syarat Kesehatan 5. Ada, milik sendiri, memenuhi syarat kesehatan	

(fakultas kesehatan masyarakat, 2023)

PERILAKU PENCEGAHAN

NO	PERTANYAAN	PILIHAN	
1.	Apakah bapak/ibu menguras bak mandi/tempat penampungan air minimal 1 kali seminggu?	1. Selalu 2. Sering 3. Kadang kadang 4. Tidak pernah	
2.	Apakah Bapak/ibu menutup rapat tempat penampungan air di rumah	1. Selalu 2. Sering 3. Kadang kadang 4. Tidak pernah	
3.	Apakah bapak/ibu membersihkan tempat penampungan air secara rutin	1. Selalu 2. Sering 3. Kadang kadang 4. Tidak pernah	
4.	Apakah bapak/ibu memeriksa keberadaan jentik nyamuk pada tempat penampungan air	1. Selalu 2. Sering 3. Kadang kadang 4. Tidak pernah	
5.	Apakah bapak/ibu menggunakan obat anti nyamuk (semprot, bakar, lotion)	1. Selalu 2. Sering 3. Kadang kadang 4. Tidak pernah	
6.	Apakah bapak/ibu memasang kawat kasa pada ventilasi rumah	1. Ada, semua 2. Ada, beberapa 3. Ada, dikamar saja 4. Tidak Ada	
7.	Apakah bapak/ibu menggunakan kelambu saat tidur bila diperlukan	1. Selalu 2. Sering 3. Kadang kadang 4. Tidak pernah	

8.	Apakah bapak/ibu tidak menggantung pakaian terlalu lama di dalam rumah	1. Selalu 2. Sering 3. Kadang kadang 4. Tidak pernah	
9.	Apakah bapak/ibu ikut serta dalam kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) di lingkungan	1. Selalu 2. Sering 3. Kadang kadang 4. Tidak pernah	
10.	Apakah bapak/ibu menjaga kebersihan lingkungan rumah dari genangan air	1. Selalu 2. Sering 3. Kadang kadang 4. Tidak pernah	

(fakultas kesehatan masyarakat, 2023),

Lampiran 4 Tabel Skor

No	Variabel yang diteliti	No Pertanyaan	Pilihan Jawaban		Rentang
			Penderita DBD	Bukan penderita DBD	
Variabel Dependent					
1.	Kejadian DBD	**1**	0	1	0 = Penderita DBD 1 = Bukan penderita DBD
Variabel Independent					
			Ya	**Tidak**	
2.	Drainase rumah	**EO.3.1**	0	1	0 = Tidak sesuai: Jika total skor diperoleh < median (skor < 5). 1 = Sesuai: Jika total skor diperoleh ≥ median (skor ≥ 5).
		EO.3.2	**1-5**	**0**	
			0	1	
		EO.3.3	**1-5**	**0**	
			0	1	
		EO.3.4	0	1	
		EO.3.5	0	1	
		EO.3.6	1	0	
		EO.3.7	1	0	
		E.1 + E.2	**1**	**0**	
			Tidak pernah terkena banjir /Air tidak masuk rumah	**Pernah terkena banjir / Air masuk ke dalam rumah**	
		E.3 sampai E.5	**1**	**0**	
			Air banjir cepat mengering (<1 jam) & WC tidak pernah terendam	**Banjir tinggi /WC terendam /Air mengering lama (>1 jam)**	
		E.6 sampai E.8	**1**	**0**	

			Ya	Tidak	
3.	Pembuangan Sampah dan Limbah	**C.1**	**1-9**	**0**	
			0	**1**	0= Tidak Memenuhi Syarat: Jika total skor diperoleh ≤median (skor ≤ 6). 1 = Memenuhi Syarat: Jika total skor diperoleh >median (skor > 6).
		C.3/EO.2.3	**1**	**0**	
		C.4/EO.2.4	**1-7**	**0**	
			1	**0**	
		EO.2.2	**1**	**0**	
		EO.2.5 dan EO.2.6	**1**	**0**	
		EO.2.7	**1-4**	**0**	
			1	**0**	
		E.1	**1**	**0**	
			Kolektor informal / Dibuang ke TPS / Ditimbun tanah	**Dibakar / Dibuang ke sungai / Lahan kosong / Dibiarkan membusuk**	
		C.2/EO.2.1	**1**	**0**	
			Tiap hari / Beberapa kali dalam seminggu	**Sekali seminggu / Beberapa kali sebulan / Tidak pernah**	
		C.5	**1**	**0**	
			Tepat waktu	**Sering terlambat / Tidak tahu**	
		C.6	**1**	**0**	
			Kantong plastik tertutup / Tempat sampah tertutup	**Kantong plastik terbuka / Tempat sampah terbuka / Tidak ada**	
		AO.4.1	**1**	**0**	
			Saluran tertutup / Pipa kotoran / Pipa IPAL	**Ke sungai /Selokan terbuka / Jalan/ Halaman /Lubang galian**	

			Sumur gali tidak terlindung/ Mata air / Penampungan air hujan /Sungai / Danau	**Air ledeng (PDAM)/ Sumur pompa / Sumur gali terlindung**			
4.	**Sumber Air Bersih**	**1**	**0**	**1**			0 = Tidak Memenuhi Syarat: Jika total skor diperoleh ≤median (skor ≤ 4). 1 = Memenuhi Syarat: Jika total skor diperoleh >median (skor > 4).
			<10 meter	**≥ 10 meter / Tidak ada septic tank dekat sarana**			
		2	**0**	**1**			
			Ya	**Tidak**			
		3	**1**	**0**			
		4	**1**	**0**			
		5	**1**	**0**			
		6	**0**	**1**			
		7	**0**	**1**			
			Ada, milik sendiri/bukan dan memenuhi syarat kesehatan	**Tidak ada / Tidak Memenuhi syarat kesehatan**			
		8	**1**	**0**			
			Selalu	**Sering**	**Kadang kadang**	**Tidak pernah**	
5.	**Perilaku Pencegahan DBD**	**1**	**3**	**2**	**1**	**0**	0 = Kurang Baik: Jika total skor
		2	**3**	**2**	**1**	**0**	
		3	**3**	**2**	**1**	**0**	
		4	**3**	**2**	**1**	**0**	
		5	**3**	**2**	**1**	**0**	

		6	**3**	**2**	**1**	**0**	diperoleh <Median (atau <15). 1 = Baik: Jika total skor diperoleh ≥ Median (skor ≥ 15).
		7	**3**	**2**	**1**	**0**	
		8	**3**	**2**	**1**	**0**	
		9	**3**	**2**	**1**	**0**	
		10	**3**	**2**	**1**	**0**	

Lampiran 5 Tabel Responden Kasus dan Kontrol

No	Kasus				Kontrol			
	Inisial	**JK**	**Usia**	**Alamat**	**Inisial**	**JK**	**Usia**	**Alamat**
1	RN	PR	26	Lambhuk	RA	PR	24	Lambhuk
2	WL	PR	30	Lambhuk	SI	PR	30	Lambhuk
3	SK	PR	48	Lamlumpang	NI	PR	50	Lamlumpang
4	RM	PR	42	Lamlumpang	DR	PR	38	Lamlumpang
5	ZS	PR	33	Ie Masen Ulee Kareng	EA	PR	35	Ie Masen Ulee Kareng
6	NH	PR	25	Ie Masen Ulee Kareng	YD	PR	33	Ie Masen Ulee Kareng
7	AC	PR	30	Ie Masen Ulee Kareng	HI	PR	32	Ie Masen Ulee Kareng
8	AB	LK	24	Pango Raya	HI	LK	26	Pango Raya
9	FN	LK	27	Pango Raya	MI	LK	30	Pango Raya
10	MG	LK	20	Pango Raya	RN	LK	20	Pango Raya
11	SN	PR	20	Pango Raya	MA	PR	23	Pango Raya
12	IS	PR	32	Pango Raya	FI	PR	34	Pango Raya

13	JS	PR	38	Pango Raya	RA	PR	35	Pango Raya
14	DA	PR	39	Pango Raya	EI	PR	36	Pango Raya
15	DH	PR	21	Pango Raya	NA	PR	23	Pango Raya
16	TO	PR	33	Pango Deah	FA	PR	36	Pango Deah
17	FR	PR	25	Pango Deah	JA	PR	26	Pango Deah
18	MI	PR	43	Doy	BA	PR	40	Doy
19	AF	LK	32	Doy	FH	LK	29	Doy
20	UY	PR	26	Ceurih	RN	PR	28	Ceurih
21	RR	PR	19	Ceurih	IA	PR	20	Ceurih
22	IA	LK	23	Ceurih	RN	LK	26	Ceurih
23	LG	PR	17	Ilie	FA	PR	20	Ilie
24	AL	LK	32	Ilie	IN	LK	34	Ilie
25	MA	PR	40	Ilie	SI	PR	39	Ilie

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

KARAKTERISTIK RESPONDEN

Jenis_Kelamin * Kejadian_DBD

Crosstab

			Kejadian_DBD		
			Kasus	Kontrol	Total
Jenis_Kelamin	Perempuan	Count	18	18	36
		Expected Count	18.0	18.0	36.0
		% within Kejadian_DBD	72.0%	72.0%	72.0%
	Laki-Laki	Count	7	7	14
		Expected Count	7.0	7.0	14.0
		% within Kejadian_DBD	28.0%	28.0%	28.0%
Total		Count	25	25	50
		Expected Count	25.0	25.0	50.0
		% within Kejadian_DBD	100.0%	100.0%	100.0%

Umur * Kejadian_DBD

Crosstab

			Kejadian_DBD		
			Kasus	Kontrol	Total
Umur	Remaja Akhir	Count	9	6	15
		Expected Count	7.5	7.5	15.0
		% within Kejadian_DBD	36.0%	24.0%	30.0%
	Dewasa Awal	Count	10	13	23
		Expected Count	11.5	11.5	23.0
		% within Kejadian_DBD	40.0%	52.0%	46.0%
	Dewasa Akhir	Count	5	5	10
		Expected Count	5.0	5.0	10.0
		% within Kejadian_DBD	20.0%	20.0%	20.0%
	Lansia Awal	Count	1	1	2
		Expected Count	1.0	1.0	2.0
		% within Kejadian_DBD	4.0%	4.0%	4.0%
Total		Count	25	25	50
		Expected Count	25.0	25.0	50.0
		% within Kejadian_DBD	100.0%	100.0%	100.0%

Pekerjaan * Kejadian_DBD

Crosstab

			Kejadian_DBD		
			Kasus	Kontrol	Total
Pekerjaan	Tidak Bekerja	Count	18	13	31
		Expected Count	15.5	15.5	31.0
		% within Kejadian_DBD	72.0%	52.0%	62.0%
	Bekerja	Count	7	12	19
		Expected Count	9.5	9.5	19.0
		% within Kejadian_DBD	28.0%	48.0%	38.0%
Total		Count	25	25	50
		Expected Count	25.0	25.0	50.0
		% within Kejadian_DBD	100.0%	100.0%	100.0%

Pendidikan * Kejadian_DBD

Crosstab

			Kejadian_DBD		
			Kasus	Kontrol	Total
Pendidikan	SMP	Count	1	1	2
		Expected Count	1.0	1.0	2.0
		% within Kejadian_DBD	4.0%	4.0%	4.0%
	SMA	Count	12	15	27
		Expected Count	13.5	13.5	27.0
		% within Kejadian_DBD	48.0%	60.0%	54.0%
	PT	Count	12	9	21
		Expected Count	10.5	10.5	21.0
		% within Kejadian_DBD	48.0%	36.0%	42.0%
Total		Count	25	25	50
		Expected Count	25.0	25.0	50.0
		% within Kejadian_DBD	100.0%	100.0%	100.0%

UNIVARIAT

Drainase_Rumah * Kejadian_DBD

Crosstab

			Kejadian_DBD		
			Kasus	Kontrol	Total
Drainase_Rumah	Tidak Sesuai	Count	15	0	15
		Expected Count	7.5	7.5	15.0
		% within Kejadian_DBD	60.0%	0.0%	30.0%
	Sesuai	Count	10	25	35
		Expected Count	17.5	17.5	35.0
		% within Kejadian_DBD	40.0%	100.0%	70.0%
Total		Count	25	25	50
		Expected Count	25.0	25.0	50.0
		% within Kejadian_DBD	100.0%	100.0%	100.0%

Pembuangan_Sampah_Dan_Limbah * Kejadian_DBD

Crosstab

			Kejadian_DBD		
			Kasus	Kontrol	Tota
Pembuangan_Sampah_Dan_Limbah	Tidak Memenuhi Syarat	Count	15	0	
		Expected Count	7.5	7.5	1
		% within Kejadian_DBD	60.0%	0.0%	30
	Memenuhi Syarat	Count	10	25	
		Expected Count	17.5	17.5	3
		% within Kejadian_DBD	40.0%	100.0%	70
Total		Count	25	25	
		Expected Count	25.0	25.0	5
		% within Kejadian_DBD	100.0%	100.0%	100

Sumber_Air_Bersih * Kejadian_DBD

Crosstab

			Kejadian_DBD		
			Kasus	Kontrol	Total
Sumber_Air_Bersih	Tidak Memenuhi Syarat	Count	5	0	5
		Expected Count	2.5	2.5	5.0
		% within Kejadian_DBD	20.0%	0.0%	10.0%
	Memenuhi Syarat	Count	20	25	45
		Expected Count	22.5	22.5	45.0
		% within Kejadian_DBD	80.0%	100.0%	90.0%
Total		Count	25	25	50
		Expected Count	25.0	25.0	50.0
		% within Kejadian_DBD	100.0%	100.0%	100.0%

Perilaku_Pencegahan * Kejadian_DBD

Crosstab

			Kejadian_DBD		
			Kasus	Kontrol	Total
Perilaku_Pencegahan	Kurang Baik	Count	16	0	16
		Expected Count	8.0	8.0	16.0
		% within Kejadian_DBD	64.0%	0.0%	32.0%
	Baik	Count	9	25	34
		Expected Count	17.0	17.0	34.0
		% within Kejadian_DBD	36.0%	100.0%	68.0%
Total		Count	25	25	50
		Expected Count	25.0	25.0	50.0
		% within Kejadian_DBD	100.0%	100.0%	100.0%

BIVARIAT

Drainase_Rumah * Kejadian_DBD

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.429[a]	1	.000		
Continuity Correction[b]	18.667	1	.000		
Likelihood Ratio	27.436	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	21.000	1	.000		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval Lower	Upper
For cohort Kejadian_DBD = Kasus	3.500	2.073	5.910
N of Valid Cases	50		

Pembuangan_Sampah_Dan_Limbah * Kejadian_DBD

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.429[a]	1	.000		
Continuity Correction[b]	18.667	1	.000		
Likelihood Ratio	27.436	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	21.000	1	.000		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval Lower	Upper
For cohort Kejadian_DBD = Kasus	3.500	2.073	5.910
N of Valid Cases	50		

Sumber_Air_Bersih * Kejadian_DBD

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.556[a]	1	.018		
Continuity Correction[b]	3.556	1	.059		
Likelihood Ratio	7.488	1	.006		
Fisher's Exact Test				.050	.025
Linear-by-Linear Association	5.444	1	.020		
N of Valid Cases	50				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval Lower	Upper
For cohort Kejadian_DBD = Kasus	2.250	1.623	3.119
N of Valid Cases	50		

Perilaku_Pencegahan * Kejadian_DBD

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23.529[a]	1	.000		
Continuity Correction[b]	20.680	1	.000		
Likelihood Ratio	30.016	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	23.059	1	.000		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval Lower	Upper
For cohort Kejadian_DBD = Kasus	3.778	2.157	6.615
N of Valid Cases	50		

DOKUMENTASI PENELITIAN











DOKUMENTASI PENELITIAN











UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

DOKUMENTASI PENELITIAN











UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

DOKUMENTASI PENELITIAN











DOKUMENTASI PENELITIAN









SURAT PENELITIAN



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
TERAKREDITASI "UNGGUL" LAM-PTKes SK No. 0831/LAM-PTKes/Akr/Sar/IX/2022
Jln. Kampus Muhammadiyah No. 93, Batoh, Lueng Bata, Banda Aceh, 23245
Telp/Fax: 0651-31054/0651-31053
Website: http://fkm.unmuha.ac.id – Email: fkm@unmuha.ac.id

No : 389.a/UM.FKM.M/VI/2026
Lamp : -
Hal : *Permohonan Data Awal*

Banda Aceh, 09 Juni 2026

Kepada Yth.
Kepala Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh
di
Tempat

Assalamualaikum, Wr. Wb.

1. Sehubungan dengan proses penyusunan skripsi yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu untuk dapat memfasilitasi pengambilan data awal penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

   Nama : Aisyah Nabila
   NPM : 2207110024
   Peminatan : Epidemiologi
   Judul Skripsi : **"FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DBD DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH."**

2. Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum, Wr. Wb

Dekan

Dr. Basri Aramico Ib, SKM., MPH
NIK: 19811029 200603 1001

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
TERAKREDITASI "UNGGUL" LAM-PTKes SK No. 0831/LAM-PTKes/Akr/Sar/IX/2022
Jln. Kampus Muhammadiyah No. 93, Batoh, Lueng Bata, Banda Aceh, 23245
Telp/Fax: 0651-31054/0651-31053
Website: http://fkm.unmuha.ac.id – Email: fkm@unmuha.ac.id

No : 452.a/UM.FKM.M/VII/2026
Lamp : -
Hal : ***Permohonan Izin Penelitian***

Kepada Yth.
Kepala Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh
Di
Tempat

Dengan Hormat,

1. Sehubungan dengan proses penyusunan skripsi yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu untuk dapat memberikan izin pengambilan data penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini :

N a m a	:	Aisyah Nabila
NPM	:	**2207110024**
Peminatan	:	Epidemiologi
Judul Skripsi	:	**"FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DBD DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ULEE KARENG KOTA BANDA ACEH."**

2. Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Banda Aceh, 08 Juli 2026
Dekan,

Dr. Basri Aramico Ib, SKM., MPH
NIK: 19811029 200603 1001