

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari pembangunan nasional dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan, serta ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat secara menyeluruh. Kesehatan merupakan hak dasar yang dimiliki manusia dan salah satu faktor yang menentukan kualitas sumber daya manusia, di samping itu kesehatan adalah karunia Tuhan yang perlu dipelihara dan ditingkatkan kualitasnya serta dilindungi dari ancaman yang merugikan. Derajat kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya, lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Perilaku sehat adalah perilaku proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berperan aktif dalam gerakan masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang semakin baik (Notoatmodjo, 2007).

Derajat kesehatan sangat ditentukan oleh kesehatan lingkungan. Ancaman penyakit dapat disebabkan oleh lingkungan yang tidak sehat, salah satunya penyakit demam berdarah *dengue* (DBD). Penyebaran penyakit tersebut disebabkan oleh masih tersebar luasnya nyamuk penular (*vektor*) sebagai akibat genangan air seperti rawa-rawa, parit yang airnya tidak mengalir, maupun kerusakan lingkungan menjadi tempat perindukan nyamuk. Penularan DBD umumnya melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* meskipun dapat juga ditularkan oleh *Aedes Albopictus* (Widoyono, 2008).

Keberadaan lingkungan yang bersih diharapkan dapat mengurangi perkembangbiakan nyamuk sehingga dapat mencapai angka bebas jentik minimal sebesar 95%. Angka bebas jentik di atas 95% berarti angka kepadatan jentik nyamuk dalam suatu wilayah hanya kecil/menurun sehingga diharapkan perkembangan jentik tidak sampai menyebabkan kasus DBD (Hadinegoro, 2004).

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit yang masih menjadi masalah kesehatan serius masyarakat dan endemis di sebagian kabupaten/kota di Indonesia. Hampir setiap tahun terjadi kejadian luar biasa (KLB) di beberapa daerah terjadi pada musim penghujan, namun sejak bulan Januari sampai Agustus 2011 tercatat jumlah kasus relatif menurun. DBD pertama kali dilaporkan pada tahun 1968 di Jakarta dan Surabaya, dengan 48 penderita dan angka kematian atau *Case Fatality Rate* (CFR) mencapai 41,3%. Dewasa ini DBD telah tersebar di seluruh provinsi di Indonesia. Program pencegahan dan pemberantasan DBD telah berlangsung lebih kurang 43 tahun dan berhasil menurunkan angka kematian sebesar 41,3% pada tahun 1968 menjadi 0,87 % pada tahun 2010, tetapi belum berhasil menurunkan angka kesakitan. Pada tahun 2011 sampai bulan Agustus tercatat 24.362 kasus dengan 196 kematian (CFR: 0,80 %) (DepKes RI, 2011).

Pemberantasan jentik nyamuk tidak hanya dilakukan pemerintah saja, melainkan butuh partisipasi seluruh masyarakat, serta perlu kesediaan, kemauan dan tindakan nyata. Partisipasi masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk berarti keikutsertaan seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan masalah secara mandiri. Partisipasi memiliki kedudukan yang demikian penting, sehingga partisipasi diharapkan dapat semakin bermutu sesuai dengan proses dan tingkat kemajuan yang terjadi dalam masyarakat dari waktu ke waktu. Tahap awal pemberdayaan masyarakat, melalui pendekatan kepada para tokoh masyarakat. Tahap ini digunakan karena masyarakat Indonesia masih bersifat *paternalistic* artinya menganut kepada seseorang atau sosok tertentu, yaitu tokoh masyarakat, kader kesehatan dan pemerintah setempat sebagai pimpinan wilayah (Notoatmodjo, 2007).

Beberapa tugas yang diemban kader kesehatan dalam masyarakat mencakup masalah pemberantasan jentik nyamuk adalah pemberian motivasi tentang penyakit menular, pencegahan, dan rujukan, serta penanganan penyakit menular. Untuk mewujudkan hal ini maka dibutuhkan peran aktif kader kesehatan seperti yang telah dicanangkan oleh pemerintah. Adanya kader kesehatan diharapkan pemberantasan jentik nyamuk di wilayah masing-masing dapat menjadi lebih cepat karena kader kesehatan lebih mengetahui sumber daya lokal yang ada di tempatnya sehingga kader-kader dapat memanfaatkan sumber daya tersebut dengan optimal (Heru, 2007).

Jumlah kasus DBD pada tahun 2009 dilaporkan sebanyak 2.203 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 16 kasus (CFR = 0,73). Kasus DBD pada Tahun 2010 mengalami peningkatan yang signifikan yaitu sebanyak 5.121 kasus dengan jumlah kematian 33 (CFR = 0,64), sehingga CFR penyakit DBD mengalami penurunan. Tingginya prevalensi penyakit DBD tidak terlepas dari tingginya faktor risiko penularan di masyarakat seperti angka bebas jentik yang masih di bawah 95% yaitu baru 64,46% pada tahun 2008 dan 71,8% pada tahun 2009 dan pada tahun 2010 angka bebas jentik sebesar 87,88% rumah yang bebas dari jentik *aedes aegypti* (DinKes Provinsi DIY, 2011)

Menurut Soegijanto (2006), terdapat faktor yang menyebabkan peningkatan atau penurunan kasus DBD. Salah satu faktor yang mendorong peningkatan kasus DBD adalah keterbatasan petugas-petugas kesehatan untuk melakukan penyuluhan secara berkesinambungan dan kepedulian rakyat terhadap hal tersebut, sehingga perlu adanya peningkatan penyuluhan dari petugas kesehatan kepada masyarakat baik perorangan, keluarga dan masyarakat.

Penanganan yang dilakukan Pemerintah Provinsi D.I. Yogyakarta dalam menanggapi kasus DBD khususnya di Kabupaten Sleman dengan dilakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE) yaitu, dilakukan pemeriksaan di 20 rumah di sekitar rumah penderita. Apabila ditemukan lebih dari 2 penderita dan ABJ kurang dari 95% maka oleh dinas kesehatan atau puskesmas dilakukan penyebaran bubuk abate tiap rumah secara gratis. Selain itu penanganan yang dilakukan oleh dinas kesehatan yaitu dengan penyuluhan di tiap dusun serta *fogging* apabila di daerah tersebut terdapat penderita positif DBD dan ada kasus kematian (DinKes Sleman, 2011).

Menurut data dari DinKes Sleman (2011), kasus dan kematian akibat DBD di Kabupaten Sleman pada tahun 2010 sebanyak 603 kasus dan meninggal dunia sebanyak 3 orang, sedangkan pada tahun 2011 sebanyak 164 kasus namun tidak ada yang meninggal dunia. Kasus DBD paling tinggi pada tahun 2011 adalah wilayah kerja Puskesmas Gamping II yaitu sebanyak 35 kasus.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan tanggal 31 Januari 2012 di Puskesmas Gamping II Desa Trihanggo Sleman dilaporkan bahwa salah satu dusun di Desa Trihanggo yang pernah terjadi kasus DBD adalah Dusun Kronggahan II,

yaitu sebanyak 19 kasus pada tahun 2011 dan 1 kasus pada bulan Januari-februari tahun 2012 . Angka bebas jentik di Dusun Kronggahan II juga masih sangat rendah, yaitu sebesar 69,52% dan *container index* (CI) sebesar 9,02 serta rendahnya kesadaran masyarakat akan DBD. Hal ini menunjukkan masih banyak terjadi kasus DBD di Dusun Kronggahan II dan banyak rumah yang didapati jentik nyamuknya. Hasil wawancara yang dilakukan terhadap Dukuh Kronggahan II dapat dilaporkan bahwa telah dilakukan upaya untuk mencegah kasus DBD, diantaranya memberdayakan peran kader kesehatan melalui penyuluhan kesehatan khususnya DBD. Pertemuan kader kesehatan juga rutin dilaksanakan tanggal 25 tiap bulan. Pemberdayaan kader kesehatan dalam menanggulangi DBD di Dukuh Kronggahan II belum bisa optimal karena terdapat kader kesehatan yang belum aktif dalam melakukan pemantauan jentik, selain itu juga masih terdapat kader kesehatan yang belum sukarela dalam menjalankan tugas. Dari usaha-usaha yang telah dilakukan ternyata belum mampu mencegah penyebaran kasus DBD di Dusun Kronggahan II. Berbekal dari data diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang peran kader kesehatan dengan status bebas jentik di Dusun Kronggahan II Desa Trihanggo Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Sleman.

2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka dapat ditarik suatu rumusan masalah. “Apakah terdapat hubungan peran kader kesehatan dengan status bebas jentik di Dusun Kronggahan II Desa Trihanggo Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Sleman ?”

3. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan Diketuinya hubungan peran kader kesehatan dengan status bebas jentik di Dusun Kronggahan II Desa Trihanggo Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Sleman.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya peran kader kesehatan di Desa Trihanggo Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Slamen.
- b. Mengetahui status bebas jentik di Dusun Kronggahan II Desa Trihanggo Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Sleman.

4. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi kajian untuk menambah pengetahuan dalam ilmu keperawatan khususnya komunitas tentang peran kader kesehatan dan status bebas jentik.

2. Bagi Puskesmas

- a. Memberikan masukan dalam membuat kebijakan dan merencanakan program untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat khususnya dalam mengatasi DBD.
- b. Sebagai masukan dalam merencanakan program untuk upaya pencegahan penyakit DBD di masyarakat.

3. Bagi Kader Kesehatan

Sebagai sumber informasi dan masukan bagi kader kesehatan dalam upaya pemberantasan jentik nyamuk, serta perlunya penggalakan peran kader kesehatan secara maksimal agar angka bebas jentik nyamuk bisa dicapai.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya mengenai hubungan peran kader kesehatan dengan faktor – faktor yang mempengaruhi status bebas jentik dan diharapkan dapat diharapkan dapat melengkapi data-data dengan metode wawancara dan observasi.

5. Keaslian Penelitian

1. Yulianti N.S. (2007) menelitian tentang Pengaruh Keaktifan Juru Pemantau Jentik (Jumantik) Terhadap Angka Bebas Jentik (ABJ) dan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) (Studi Pada Peiaksanaan "Gerakan Jumat Berseri + Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 60 Menit" di Kota Mojokerto). Hasil penelitian menunjukkan hasil nilai $p = 0,044$ ini menunjukkan ada hubungan keaktifan yang signifikan antara Juru Pemantau Jentik (Jumantik) Terhadap Angka Bebas Jentik (ABJ) dan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD). Persamaan penelitian ini pada metode penelitiannya menggunakan *cross sectional* yakni untuk mengetahui hubungan keaktifan Juru Pemantau Jentik (Jumantik) Terhadap Angka Bebas Jentik (ABJ) dan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD). Perbedaan penelitian ini dapat dilihat dari variabel-variabel penelitiannya, variabel bebas dari penelitian ini adalah keaktifan Juru Pemantau Jentik (Jumantik), sedangkan variabel terikatnya adalah Angka Bebas Jentik (ABJ) dan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD). Serta lokasi tempat dan waktu penelitian yang berbeda.
2. Ulfah (2010) dengan judul Efektivitas Peran Kader Kesehatan Remaja UKS dalam Memberikan Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang Kesehatan Reproduksi Remaja di MAN I Pamekasan. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuasi eksperimen dengan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. Hasil statistik dalam penelitian ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi untuk kelompok eksperimen, namun tidak ada pengaruh pada sikap. Kesamaan penelitian ini dengan penelitian yang penulis lakukan adalah sama-sama ingin mengetahui peran kader kesehatan, bedanya dalam penelitian peran kader kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi remaja sedangkan dalam penelitian yang penulis lakukan adalah peran kader kesehatan dengan status bebas jentik. Untuk mencari pengaruh kader kesehatan dalam penelitian menggunakan desain penelitian eksperimen namun dalam penelitian yang penulis lakukan dengan menggunakan survei analitik sehingga peneliti tidak mengadakan intervensi atau

perlakuan terhadap subyek penelitian. Lokasi penelitian dilakukan di lingkungan sekolah sedangkan pada penelitian yang penulis lakukan mengambil lokasi di lingkungan masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

1. Pengertian DBD

DBD adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus *dengue*. Penyakit ini ditularkan oleh vektor nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes albopictus* yang mempunyai kebiasaan menggigit mangsanya pada saat siang hari. Masa inkubasi virus ini adalah 2-10 hari di dalam tubuh vektor dan akan muncul dikelenjar liur nyamuk dan siap menginfeksi manusia yang tergigit. Virus *dengue* mempunyai 4 serotipe, yaitu DEN 1, DEN 2, DEN 3 dan DEN 4. Keempat serotipe tersebut yang menyebabkan infeksi paling berat di Indonesia, yaitu DEN 3. Virus *dengue* berukuran 35-45 nm, Virus ini dapat terus tumbuh dan berkembang dalam tubuh manusia dan nyamuk. Nyamuk betina menyimpan virus tersebut pada tubuhnya. Nyamuk jantan akan menyimpan virus pada nyamuk betina saat melakukan kontak seksual. Selanjutnya, nyamuk betina akan menularkan virus ke manusia melalui gigitan (Widoyono, 2008)

2. Tanda dan Gejala DBD

Menurut DepKes RI (2005), diagnosis DBD terdiri dari kriteria klinis dan laboratoris. Penggunaan kriteria ini dimaksudkan untuk mengurangi diagnosis secara berlebihan, antara lain:

a. Kriteria klinis

- 1) Demam tinggi mendadak, tanpa sebab yang jelas, berlangsung selama 2-7 hari.
- 2) Terdapat manifestasi perdarahan.
- 3) Pembesaran hati.