

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Daerah tropis yang basah dengan temperaturnya yang hangat merupakan tempat hidup yang ideal bagi perkembangbiakan organisme penyebab penyakit, baik pada manusia maupun pada hewan. Daerah subtropis yang pendek musim panasnya, dan daerah beriklim dingin serta daerah-daerah yang beriklim sangat panas menghambat perkembangan, kehidupan dan penyebaran organisme penyebab penyakit. Berbagai macam organisme penyebab penyakit pada manusia maupun hewan dijumpai di Indonesia, karena lingkungan hidup di kawasan ini memungkinkan organisme penyebab penyakit dapat hidup dan berkembang biak dengan sempurna. Penelitian-penelitian epidemiologi yang banyak dilakukan di Indonesia menunjukkan bahwa penyakit menular masih merupakan penyebab kematian yang penting di Indonesia (Soedarto, 2009, h01).

Jumlah penyakit menular semakin meningkat pada tahun-tahun belakangan ini. Ada beberapa alasan yang melandasinya yaitu penebangan hutan yang meluas, pembangunan irigasi, program pengendalian vektor penyakit yang terbengkalai, kepadatan penduduk secara berlebihan disertai kondisi sanitasi yang jelek, dan kesadaran masyarakat untuk hidup sehat yang masih rendah. Salah satu penyakit menular yang merupakan masalah kesehatan masyarakat dan menimbulkan dampak sosial maupun ekonomi adalah penyakit demam berdarah dengue (DBD). Penyakit DBD merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di wilayah tropis. Daerah endemis tersebar di sebagian besar wilayah Indonesia, dan berulang kali menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) disertai kematian yang banyak (Depkes RI, 2010, h04).

World Health Organization (WHO) memperkirakan insiden Demam Dengue telah meningkat dengan faktor (*by a factor of*) 30 selama 50 tahun terakhir. Insiden Demam Dengue terjadi baik di daerah tropik maupun subtropik wilayah urban, menyerang lebih dari 100 juta penduduk tiap tahun, termasuk 500.000 kasus DBD dan sekitar 30.000 kematian terutama anak-anak. Penyakit ini endemik di 100 negara termasuk Asia. Asia

Tenggara menempati urutan pertama dalam jumlah penderita demam berdarah dan penyebaran virus dengue yang semakin luas di tiap tahunnya. Sejak tahun 2003, jumlah kasus DBD semakin meningkat meskipun angka kematian dapat ditekan di bawah 1%. Diperkirakan untuk Asia Tenggara terdapat 100 juta kasus *Dengue Fever* serta 500.000 kasus *Dengue Hemorrhagic Fever* yang memerlukan perawatan di rumah sakit dan 90% penderitanya adalah anak-anak yang berusia kurang dari 15 tahun. Jumlah kematian oleh penyakit DHF mencapai 5% dengan perkiraan 25.000 kematian setiap tahunnya (WHO, 2012, h16).

Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL), melaporkan kasus DBD pada tahun 2015 jumlah penderita DBD yang dilaporkan sebanyak Angka kesakitan (*Incidence Rate/IR*)= 50,75 per 100.000 penduduk dan angka kematian (*Case Fatality Rate/CFR*) = 0,83%. Dibandingkan tahun 2014 dengan kasus sebanyak 100.347 serta IR 39,80 terjadi peningkatan kasus pada tahun 2015. Pada tahun 2015 terdapat sebanyak 21 provinsi (61,8%) yang telah mencapai target renstra 2015. Kematian akibat DBD dikategorikan tinggi jika CFR >1%. Dengan demikian pada tahun 2015 terdapat 5 provinsi yang memiliki CFR tinggi yaitu Maluku (7,69%), Gorontalo (6,06%), Papua Barat (4,55%), Sulawesi Utara (2,33%), dan Bengkulu (1,99%) (Kementrian Kesehatan RI, 2016, h188).

Angka kejadian DBD di Indonesia masih terjadi peningkatan setiap tahunnya. Peningkatan IR DBD yang terjadi setiap tahun di Indonesia menimbulkan dampak sosial dan ekonomi di masyarakat. Kerugian sosial yang terjadi antara lain kepanikan dalam keluarga, kematian anggota keluarga, dan berkurangnya usia harapan hidup. Dampak ekonomi yang langsung dirasakan oleh penderita DBD adalah biaya pengobatan. Dampak yang tidak langsung adalah kehilangan waktu kerja, waktu sekolah dan biaya lain dikeluarga seperti transportasi dan akomodasi selama perawatan penderita. Oleh karena itu, sangat dibutuhkan upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas serta kuantitas SDM kesehatan di rumah sakit dan puskesmas (dokter, perawat dan lain-lain) termasuk peningkatan sarana-sarana penunjang diagnostik dan penatalaksanaan bagi penderita di sarana-sarana pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2015, h189).

Pada tahun 2015 ABJ di Indonesia terlihat peningkatan yang cukup signifikan dari 24,06% pada tahun 2014 menjadi 54,24% pada tahun 2015. Hal ini bisa disebabkan pelaporan data ABJ sudah mulai mencakup sebagian wilayah kabupaten/kota di Indonesia. Puskesmas sudah mulai menggalakkan kembali kegiatan Pemantauan Jentik Berkala (PJB) secara rutin, kegiatan kader Juru Pemantau Jentik (JUMANTIK) sudah mulai di galakkan kembali. Walaupun jika dibandingkan dengan tahun 2010-2013 masih lebih kecil dan masih belum mencapai target program yang sebesar $\geq 95\%$, dan jika upaya pengendalian tidak terus dilakukan maka ada potensi untuk terjadinya ledakan kasus penyakit DBD atau Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit DBD (Kemenkes RI, 2016, h191).

Penyakit DBD menjadi permasalahan serius di Provinsi Jawa Tengah, terbukti 35 kabupaten/kota sudah pernah terjangkit penyakit DBD. Angka kesakitan/*Incidence Rate* (IR) DBD di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2014 sebesar 36,2 per 100.000 penduduk, lebih rendah dibanding tahun 2013 (45,53 per 100.000 penduduk). Hal ini berarti bahwa IR DBD di Jawa Tengah lebih rendah dari target nasional (< 51 per 100.000 penduduk, namun lebih tinggi jika dibandingkan dengan target Rencana Pembangunan Jarak Menengah Daerah (RPJMD) (< 20 per 100.000)). Angka kesakitan tertinggi di Kota Semarang sebesar 97,31 per 100.000 penduduk, terendah di Kota Salatiga sebesar 4,97 per 100.000 penduduk. Tingginya angka kesakitan DBD disebabkan karena adanya iklim tidak stabil dan curah hujan cukup banyak pada musim penghujan yang merupakan sarana perkembangbiakan nyamuk *Aedes Aegypti* yang cukup potensial. Selain itu juga didukung dengan tidak maksimalnya kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) di masyarakat sehingga menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit DBD di beberapa kabupaten/kota (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2015, h35).

Pada tahun 2014 jumlah kasus penderita DBD mencapai Angka kesakitan (*Incidence Rate*) 19,7 per 100.000 penduduk. Jumlah kematian akibat Demam Berdarah Dengue (*Case Fatality Rate*) 3,5 %. Sehingga jika dibandingkan dengan tahun 2013 mengalami penurunan, dimana pada tahun 2013 terdapat 336 kasus DBD, angka kesakitan 25,5 per 100.000 penduduk. Namun jumlah kematian lebih tinggi dibanding tahun 2013 Angka kematian 1,5 % (Dinkes Kabupaten Klaten, 2014, h25). Kasus DBD meningkat pada tahun 2015 yaitu sebanyak Angka kesakitan (*Insidence Rate*) 39,87 per 100.000

penduduk dan angka kematian (*Case Fatality Rate*) sebesar 4,95 %. Pada tahun 2016 kasus meningkat menjadi (*Incidence Rate*) sebanyak 53,38 (Dinkes Kabupaten Klaten, 2016).

Data dari program *surveillance* penyakit DBD di Puskesmas Ngawen, Desa Manjung merupakan salah satu Desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Ngawen yang rawan terjangkit penyakit DBD karena mempunyai kepadatan penduduk yang tinggi. Data dari Puskesmas Ngawen menunjukkan jumlah penderita penyakit DBD pada tahun 2014 terdapat Angka kesakitan (*Incidence Rate*) sebanyak 24,43 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2015 terdapat Angka kesakitan (*Incidence Rate*) sebanyak 140,12 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2016 terdapat Angka kesakitan (*Incidence Rate*) sebanyak 112,10 per 100.000 penduduk. Desa Endemis yang ada di kecamatan Ngawen adalah desa manjung, desa senden, desa ngawen, dan desa candirejo (Laporan Puskesmas Kecamatan Ngawen, 2017).

Penyakit DBD mempunyai kemungkinan 5% menyebabkan kematian tapi jika berkembang menjadi sindrom syok dengue (SSD), angka kematian meningkat menjadi 40%-50%. Kejadian syok akibat DBD di berbagai rumah sakit di Indonesia bervariasi antara 11,2%-42% (Saniathy, 2009, h240). Rampengan (2012, h173) melaporkan bahwa prevalensi DBD dengan syok di Indonesia hampir semua rumah sakit di Indonesia adalah 16-40% dengan angka kematian antara 5,7% dan 50%. Menurut Nadesul (2007, h20) akibat dari penyakit demam berdarah dengue juga bisa lebih dahsyat dari kasus AIDS karena dapat langsung menghilangkan nyawa manusia, juga karena gejala dan tandanya tidak selalu tampil nyata sehingga sulit dikenali sehingga seringkali terlambat diobati dan akibatnya fatal.

Penyebaran penyakit DBD dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain kondisi lingkungan, mobilitas penduduk, kepadatan penduduk, adanya container buatan ataupun alami di Tempat Pembuangan Akhir Sampah (TPA) ataupun di tempat sampah lainnya, penyuluhan dan perilaku masyarakat antara lain: pengetahuan, sikap, praktik atau tindakan pencegahan, mobilitas penduduk memudahkan penularan DBD (Suyasa, 2009, h32). Penyebab penyebaran DBD adalah kebiasaan menggantung baju, kondisi TPA, kebersihan lingkungan (Nicholas, 2007, h29). Penyakit DBD mempunyai perjalanan yang

sangat cepat dan sering menjadi fatal karena banyak pasien yang meninggal akibat penanganannya yang terlambat (Widoyono, 2012, h39).

Masalah penyakit akibat perilaku masyarakat dalam hidup bersih dan sehat serta sosial budaya cenderung semakin kompleks seiring dengan cepatnya perkembangan dalam era globalisasi, serta adanya transisi demografi dan epidemiologi penyakit. Perbaikannya tidak hanya dilakukan pada aspek pelayanan kesehatan. Perbaikan pada lingkungan dan merekayasa kependudukan atau faktor keturunan, tetapi perlu memperhatikan faktor perilaku yang secara teoritis memiliki andil 30-35% terhadap derajat kesehatan. Mengingat dampak dari perilaku terhadap derajat kesehatan cukup besar, maka diperlukan berbagai upaya untuk mengubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat. Salah satunya melalui program perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Indikator yang ke-7 dalam PHBS adalah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN). Indikator keberhasilan PSN Persentase kabupaten/kota dengan IR DBD < 49 per 100.000 penduduk sebesar 68%. (Depkes RI, 2012, h47).

Vaksin Dengue pertama yang dirilis tahun ini diproduksi oleh *Sanofi pasteur*, perusahaan farmasi yang sejauh ini sudah memproduksi kurang lebih 20 jenis vaksin untuk berbagai macam infeksi bacterial dan virus. Riset vaksin Dengue untuk hasil yang dilakukan oleh *Sanofi Pasteur* dimulai di tahun 1998 dan dalam prosesnya membutuhkan waktu selama hampir 20 tahun hingga kandidat vaksin bisa diproduksi dan melewati berbagai masa uji coba (Guy, 2015 dalam Wijaya, 2016, h24). Sebenarnya, selain vaksin DBD yang dikembangkan oleh *Sanofi Pasteur*, ada berbagai tipe vaksin dengue yang juga sedang dalam proses pengembangan, seperti misalnya DENVax (*Takeda*), TV003/TV005 (NIAID dan *Butantan Institute*), TDENV (GSK dan WRAIR), V180 (*Merck*), dan D1ME100 (NMRC), Hanya saja, diantara vaksin-vaksin tersebut, CYD-TDV (*chimeric yellow fever dengue -tetravalent dengue vaccine*) merupakan kandidat yang memiliki kemajuan riset tercepat. (Schwartz, 2015, dalam Wijaya, 2016, h24).

Tercatat di tahun 2014, vaksin tetravalent produksi Sanofi ini sudah melalui masa percobaan uji klinis fase I dan II (Lin dan Thomas, 2014 dalam Wijaya, 2016, h24), setelah sebelumnya uji efikasi pertama yang melibatkan siswa-siswi usia sekolah Thailand di tahun 2012 (Sabchareon, 2012 dalam Wijaya, 2016, h24). Seperti yang telah diketahui

secara umum bahwa penyakit Dengue disebabkan oleh 4 macam *serotype*, yang diklasifikasikan berdasarkan perbedaan karakter antigen (Chambers, sebut saja DENV-3 dan DENV satu macam serotype bisa memacu imunitas seumur hidup terhadap serotype tersebut secara spesifik dan reaksi silang terhadap serotipe lain akan memberikan imunitas selama kurang lebih dua tahun (WHO, 2009, h27). dibuat dengan menggunakan *Yellow fever* (YF) 17D virus sebagai vektor. tepatnya dengan menggantikan gen penyandi “*envelope* (E)” dan “*premembrane* (preM)” virus YF17D dengan gen kandidat vaksin (serotipe dengue/DENV 1 DENV-1, DENV-2, DENV-4. Infeksi dari Dengvaxia 1-4) (Guirakhoo, 1990 dalam Wijaya, 2016, h24).

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menanggulangi terjadinya peningkatan kasus, salah satu diantaranya dan yang paling utama adalah dengan memberdayakan masyarakat dalam kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) melalui gerakan Menguras-Menutup-Mengubur (3M). Kegiatan ini telah diintensifkan sejak tahun 1992 dan pada tahun 2000 dikembangkan menjadi 3M Plus yaitu dengan cara menggunakan larvasida, memelihara ikan dan mencegah gigitan nyamuk. Sampai saat ini upaya tersebut belum menampakkan hasil yang diinginkan karena setiap tahun masih terjadi peningkatan angka kematian. Selama ini berbagai upaya untuk memberdayakan masyarakat dalam PSN-DBD sudah banyak dilakukan tetapi hasilnya belum optimal dapat merubah perilaku masyarakat untuk secara terus menerus melakukan PSN-DBD di tatanan dan lingkungan masing-masing (Departemen Kesehatan RI, 2008, h06).

Keterlibatan masyarakat dalam pencegahan DBD sangatlah diperlukan karena sangatlah mustahil dapat memutus rantai penularan jika masyarakat tidak terlibat sama sekali. Peran serta masyarakat ini dapat berwujud pelaksanaan kegiatan 3M (menutup wadah-wadah penampungan air, mengubur atau membakar barang-barang bekas yang menjadi sarang nyamuk, dan menguras atau mengganti air di tempat tampungan air) di sekitar rumah dan melaksanakan PSN pada lingkungannya (Koban, 2011, h17). Ketidakberhasilan pemberantasan DBD secara menyeluruh dapat terjadi dikarenakan tidak semua masyarakat melakukan upaya pemberantasan vektor penular DBD, pemberantasan sarang nyamuk tidak mungkin dapat tuntas dilakukan bila anggota masyarakat sampai ke lingkungan yang terkecil yaitu rumah tangga tidak mau melakukannya (Nadesul, 2007, h11).

Masalah perilaku manusia ada yang menguntungkan (positif) dan ada yang merugikan (negatif). Jika dihubungkan dengan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengan perilaku positif seperti melakukan upaya menguras, menutup, mengubur (3M) sedangkan perilaku yang negatif merupakan kontradiksi dari upaya ini. Perilaku masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk DBD belum terwujud secara optimal, oleh karena masih ditemukan sampah yang dibuang sembarangan di halaman rumah dan di lingkungan pemukiman seperti: kaleng-kaleng bekas, ban-ban (Sutedjo, 2010, h50). Tempurung, serta masih ditemukannya tempat perindukan dan perkembangbiakan nyamuk DBD di dalam dan di luar rumah, yang kesemuanya ini dapat merupakan factor penyebab masih tingginya kasus penyakit DBD (Pangemanan, 2012, h10).

Perilaku keluarga amatlah penting, karena itu keluarga perlu mengetahui secara benar bagaimana menjaga agar rumah dan lingkungannya bebas dari jentik nyamuk demam berdarah. Melalui kegiatan penyuluhan diharapkan kepala keluarga termotivasi melaksanakan pencegahan DBD dan bisa berjalan dengan lancar. Pencegahan penyakit DBD dikenal dengan istilah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang dapat dilakukan dengan beberapa teknik, yaitu kimia, biologi dan fisika. Pengendalian DBD secara kimia, dapat ditempuh dengan pengasapan yaitu suatu teknik yang digunakan untuk mengendalikan DBD dengan mengendalikan DBD dengan menggunakan senyawa kimia *malathion* dan *fenthion*, yang berguna untuk mengurangi penularan sampai batas waktu tertentu dan pemberantasan larva nyamuk dengan zat kimia. Namun, mengingat tempat perkembangbiakan larva vektor DBD banyak terdapat pada penampungan air yang airnya digunakan bagi kebutuhan sehari-hari terutama untuk minum dan masak, maka larvasida yang digunakan harus efektif pada dosis rendah, tidak bersifat racun bagi manusia, tidak menyebabkan perubahan rasa, warna dan bau. Untuk pengendalian DBD secara hayati umumnya bersifat predator, parasitik atau patogenik dan umumnya ditemukan pada habitat yang sama dengan larva yang menjadi mangsanya seperti ikan cupang dan ikan nila. Sedangkan pemberantasan secara fisika dengan melakukan kegiatan 3 M, yaitu menguras dan menaburkan bubuk abate, menutup tempat penampungan air dan menimbun barang-barang bekas yang dapat menampung air (Anggraeni, 2010, h64).

Nuryanti (2013, h06) memaparkan hasil penelitiannya mengenai perilaku PSN di masyarakat. Hasil didapatkan pengetahuan masyarakat mengenai PSN sebanyak 34,8%,

sikap masyarakat yang tidak mendukung PSN sebanyak 46,7%, perilaku PSN yang kurang baik pada responden yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 81,2%. Monitja (2015, h11) memaparkan hasil penelitiannya pengetahuan masyarakat yang kurang dengan tindakan PSN yang kurang baik sebanyak 51,6%, sikap masyarakat yang kurang baik dengan tindakan PSN yang kurang baik sebanyak 75%. Santhi, Darmadi, dan Aryasih (2012, h03) memaparkan hasil penelitiannya tingkat pengetahuan masyarakat yang kurang sebanyak 60,2%, perilaku masyarakat terhadap PSN yang tidak baik sebanyak 51,2%, dan masyarakat yang bersikap tidak kooperatif serta tidak melakukan PSN sebanyak 46,59%. Bahtiar (2012, h79) memaparkan hasil penelitiannya peran tokoh masyarakat dengan kategori kurang berperan dalam pengendalian DBD sebanyak 64,7%, pengetahuan tokoh masyarakat yang rendah dan peran tokoh dalam pengendalian DBD yang kurang sebanyak 60,5%, sikap tokoh masyarakat yang negatif dan peran tokoh masyarakat yang kurang mendukung dalam pengendalian DBD sebanyak 72,5%.

Nurhidayati, Nur, Hesti, Yati, Nurhidayati Sdan Amanu (2015, h04) memaparkan hasil penelitiannya Pendidikan kesehatan yang dilakukan pada masyarakat tentang DBD dan 3Mplus, meningkatkan pengetahuan masyarakat 30,37%. Kegiatan minggu bersih yang dilakukan di desa Gedaren belum berjalan secara optimal dan rutin. Kegiatan yang hanya dilakukan 3 kali belum dapat dijadikan indikator keberhasilan minggu bersih di desa Gedaren. Kader demam berdarah terbentuk dan diberikan pelatihan selama 3 kali, dan terjadi peningkatan pengetahuan kader sebesar 63,44%. Perilaku PSN masyarakat menunjukkan peningkatan dengan indikator Angka Bebas Jentik (ABJ) semakin meningkat, *House Index* (HI) menurun dan *Container Index* (CI) menurun. Hasil evaluasi ketampilan kader, 66,67% memiliki kemampuan baik.

Pemerintah Kabupaten Klaten juga telah melakukan berbagai cara untuk menekan insiden DBD. Upaya yang sudah dilakukan adalah dengan melakukan sosialisasi atau penyuluhan kesehatan kepada masyarakat mengenai penyakit Demam Berdarah Dengue, penyuluhan untuk melakukan PSN, menggerakkan masyarakat untuk berperan aktif dalam PSN, serta melakukan pemantauan jentik secara berkala (PJB). Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten bekerja sama dengan Puskesmas se-Kabupaten Klaten untuk memaksimalkan program pemberantasan DBD. Pembentukan juru pemantau jentik (jumantik) juga dilakukan oleh puskesmas di setiap kecamatan. Peningkatan kualitas

SDM setiap tahun diharapkan dapat membantu dalam upaya program pemberantasan DBD. Selain itu, puskesmas juga melakukan pendidikan kesehatan baik sebelum maupun setelah ditemukannya kasus DBD. Meskipun demikian, angka kejadian DBD masih saja tinggi di Kabupaten Klaten, masalahnya adalah kurangnya kesadaran masyarakat dalam melakukan PSN. Angka Bebas Jentik (ABJ) masih <95%, *Insidence Rate* (IR) juga masih tinggi. Jumlah Angka Bebas Jentik (ABJ) pada tahun 2008-2012 mengalami peningkatan dan penurunan tiap tahunnya dan masih belum sesuai dengan target nasional yaitu sebesar $\geq 95\%$, sehingga hal tersebut dapat berpengaruh dalam jumlah angka kesakitan DBD. Tetapi untuk tahun 2016 sudah ada kemajuan, masyarakat sudah mau membentuk jumentik di setiap desa, dan melakukan pemantauan jentik setiap bulan dan dilaporkan ke Puskesmas masing-masing kecamatan.

B. Rumusan Masalah

Studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Ngawen, peneliti menemukan hasil survey Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga di kecamatan Ngawen pada tahun 2015-2016 yaitu poin yang terendah terletak pada poin tidak merokok pada Strata Pratama. Indikator ke-16 dalam PHBS adalah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), hasilnya pada tahun 2015 sebesar 91,7% dan pada tahun 2016 sebesar 89%. Keberhasilan PSN ditunjukkan dengan Angka Bebas Jentik (ABJ), pada tahun 2016 ABJ kecamatan Ngawen sebesar 80% dan belum memenuhi standar keberhasilan PSN yaitu >95%. Puskesmas Ngawen sudah melakukan berbagai upaya untuk mencegah dan menanggulangi DBD diantaranya dengan melakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat tentang penyakit DBD serta pentingnya melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) untuk mencegah terjadinya DBD. Kader juru pemantau jentik (jumentik) baru ada di kelurahan manjung dan mayungan, rencananya tahun ini akan dibentuk jumentik di kelurahan lainnya.

Desa manjung adalah salah satu desa endemis yang ada di kecamatan ngawen. Masalah DBD di Desa manjung pada tahun 2016 meningkat menjadi 6 kasus dibandingkan tahun 2015 hanya terjadi 3 kasus DBD. Selain itu, terdapat kasus kematian akibat penyakit DBD pada 2 tahun terakhir dibandingkan dengan desa lainnya. Kader juru pemantau jentik (jumentik) baru ada di desa manjung dan terbentuk pada bulan november

2016 terdapat di setiap RT. Kegiatan survey jentik dilakukan setiap minggu oleh kader jumentik kemudian hasilnya dilaporkan ke Balai Desa Manjung. Hasil PSN di Desa Manjung pada tahun 2013 hingga 2015 sebesar 83,5%, standar keberhasilan PSN adalah >95%. ABJ di Desa Manjung pada bulan November 2016 sebesar 62,2 % dan pada bulan februari 2017 sebesar 79,6%, standar keberhasilan ABJ >95%. Upaya pencegahan dan penanggulangan DBD dipengaruhi oleh lingkungan sekitar serta pengalaman masyarakat yang pernah menderita DBD. Peran serta yang aktif dari keluarga sangat dibutuhkan dalam keberhasilan program pemberantasan DBD. Kurangnya kesadaran terhadap PSN menjadi salah satu penyebab meningkatnya kejadian DBD. Berdasarkan latar belakang, maka perumusan masalah pada penelitian ini “Bagaimana pengalaman keluarga dalam upaya pencegahan dan penanggulangan DBD di Desa Manjung?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan pemahaman mendalam tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam upaya pencegahan dan penanggulangan DBD di Desa Manjung.

2. Tujuan Khusus

Mendeskripsikan :

- a. Pengetahuan dan sikap keluarga tentang penyakit DBD.
- b. Respon keluarga dengan masalah DBD di lingkungan Ngawen.
- c. Tindakan yang dilakukan oleh keluarga untuk merawat anggota yang terkena DBD.
- d. Tindakan yang dilakukan oleh keluarga untuk mencegah DBD.
- e. Dukungan aparat desa/puskesmas dalam melakukan pencegahan DBD.
- f. Program pemerintah dalam upaya pencegahan dan penanggulangan DBD.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Puskesmas

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pengelola program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit di Puskesmas Ngawen maupun Dinas

Kesehatan Kabupaten Klaten khususnya sebagai pertimbangan dalam penentuan strategi pencegahan dan penanggulangan Demam Berdarah Dengue (DBD).

2. Bagi Perawat Komunitas

Sebagai bahan acuan bagi perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan Komunitas khususnya dalam memberikan intervensi keperawatan komunitas maupun keluarga.

3. Bagi Keluarga

Sebagai bahan informasi menambah pengetahuan tentang pencegahan penyakit DBD melalui kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) di lingkungan tempat tinggal.

4. Bagi peneliti seterusnya

Sebagai dasar atau kajian awal bagi peneliti lain yang ingin meneliti permasalahan yang sama sehingga mereka memiliki landasan dan alur yang jelas.

E. Keaslian Penelitian

Menurut pengetahuan peneliti belum ada penelitian kualitatif sebelumnya tentang “Upaya Pencegahan dan Penanggulangan DBD di Desa Manjung Tahun 2017”, beberapa penelitian yang pernah dilakukan yaitu:

1. Sitorus R.S (2009) melakukan penelitian dengan judul “Perilaku masyarakat dalam pencegahan penyakit DBD di Puskesmas Medan Johor Kota Medan”. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Partisipan pada penelitian ini sebanyak 6 keluarga dengan *purposive sampling* karakteristik mereka yang pernah dan belum pernah menderita penyakit DBD pada wilayah kerja Puskesmas Medan Johor Kota Medan. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan metode observasi dan wawancara mendalam (*indepth interview*). Informan pada penelitian ini yaitu ayah, ibu, anak-anak dari subyek penelitian, kepala lingkungan, kader kesehatan dan petugas kesehatan yang terlibat secara langsung dalam program pencegahan penyakit DBD. Analisis data yang digunakan menggunakan model “*on going analysis*”.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap tentang kegiatan pencegahan penyakit demam berdarah pada kegiatan membersihkan rumah dan

lingkungan sekitar rumah serta penggunaan anti nyamuk. Jika ada anggota keluarga yang terkena penyakit ini, maka penyemprotan/*fogging* dianggap merupakan suatu kegiatan yang dapat mematikan nyamuk penyebab penyakit demam berdarah.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang telah dilakukan adalah terletak pada waktu penelitian, tempat penelitian, partisipan penelitian, jumlah partisipan dan metode analisis data. Persamaannya adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan *fenomenology deskriptif*, metode pengumpulan data dengan observasi dan wawancara mendalam, dan teknik pengambilan partisipan dengan *purposive sampling*.

2. Pujiyanti A, Paramastri I, Triratnawati A (2010) melakukan penelitian dengan judul “Kepercayaan ibu rumah tangga tentang nyamuk *Aedes* dan pencegahan DBD di kelurahan endemis”. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan metode kualitatif. Rancangan yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan fenomenologi. Informan yang dipilih berdasarkan tujuan memilih sampel (*purposive sampling*), yaitu mereka yang memiliki banyak informasi dengan menggunakan informan kunci (*key person*) yaitu tokoh masyarakat dan kader. Informan yang dipilih berjumlah 17 orang, yaitu 8 orang informan wawancara mendalam dan 9 orang peserta diskusi kelompok terarah (DKT). Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, DKT, dan observasi berdasarkan pedoman wawancara, DKT dan pedoman observasi yang telah dibuat. Analisis data dilakukan dengan *content analysis*.

Hasil penelitian menunjukkan Masyarakat merasa bahwa PSN tidak dapat mencegah DBD. Beberapa perilaku pencegahan yang dilakukan oleh komunitas masih berkontradiksi dengan perilaku nyamuk *Aedes sp*. Hambatan yang muncul adalah pelaksanaan yang tidak serentak, PSN membutuhkan waktu dan tenaga yang khusus, serta indikator untuk pelaksanaan PSN yang selama ini dianjurkan oleh tenaga kesehatan ternyata tidak sesuai dengan konteks kultur di masyarakat urban Sendangmulyo yang masih berpegang pada prinsip tradisional dan konsep penyakit naturalistik, sehingga mereka sulit untuk menjangkaunya.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang telah dilakukan adalah terletak pada waktu penelitian, tempat penelitian, partisipan penelitian, jumlah partisipan,

metode pengumpulan data, dan metode analisis data. Persamaannya terletak pada desain penelitian yaitu penelitian kualitatif dengan pendekatan *fenomenolgy deskriptif* dan teknik pengambilan partisipan dengan *purposive sampling*.

3. Setianingsih, Mawardi dan Murtana (2006) melakukan penelitian dengan judul “Perilaku pemeliharaan kesehatan lingkungan dalam mencegah kejadian Demam Berdarah Dengue di desa Krakitan Kecamatan Bayat Kabupaten Klaten”. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan diskusi kelompok terarah (DKT) dan wawancara. Analisa data dengan mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema suatu hipotesa kerja. Pengumpulan data dengan diskusi kelompok terarah, wawancara dan observasi tidak terstruktur. Diskusi kelompok beranggotakan 6 orang untuk mendiskusikan topik-topik penelitian tertentu. Wawancara dilakukan pada 4 responden. Pendekatan menggunakan petunjuk umum wawancara.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku masyarakat di Desa Krakitan dalam memelihara kesehatan lingkungan untuk mencegah penyakit demam berdarah dengue bisa dikategorikan sudah baik. Pengetahuan warga masyarakat Desa Krakitan tentang pemeliharaan kesehatan lingkungan dalam mencegah kejadian DBD cukup baik. Sikap warga masyarakat Desa Krakitan dalam tindakan pemeliharaan kesehatan lingkungan dalam mencegah penyakit DBD dapat dikategorikan sudah sesuai. Praktek warga masyarakat Desa Krakitan dalam memelihara kesehatan lingkungan dalam mencegah penyakit DBD bisa dikategorikan baik.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang telah dilakukan adalah terletak pada waktu penelitian, tempat penelitian, partisipan penelitian, jumlah partisipan, teknik pengambilan partisipan dan metode analisis data. Persamaannya penelitian ini adalah penelitian kualitatif dan pengambilan data menggunakan wawancara dan observasi.