

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam berdarah *dengue* (DBD) merupakan penyakit akut dengan manifestasi klinis seperti perdarahan yang dapat mengakibatkan syok yang berujung kematian (Prasetyani, 2015). DBD merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue*, dimana *host* alami dari penyakit DBD ini adalah manusia sedangkan virus *dengue* sebagai *agentnya*. Virus *dengue* ditularkan ke manusia melalui nyamuk yang telah terinfeksi, khususnya nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang terdapat hampir diseluruh pelosok Indonesia. Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan vektor utama penyebab terjadinya DBD sedangkan nyamuk *Ae. albopictus* merupakan vektor potensial, hal ini disebabkan karena kedua jenis nyamuk tersebut hidup dekat dengan manusia (Candra, 2010; Kesetyaningsih, Alislam, & Eka, 2012)

2,5–3 miliar manusia yang hidup di 112 negara yang beriklim tropis dan subtropis memiliki risiko tinggi terkena infeksi *dengue*. Setiap tahunnya 50-100 juta penderita demam *dengue* dan 500.000 penderita DBD dilaporkan oleh *World Health Organization* (WHO) di seluruh dunia, dengan jumlah kematian sekitar 22.000 jiwa, terutama pada penderita anak-anak. (Soedarto, 2012).

Data diseluruh dunia menyatakan bahwa Asia menempati urutan pertama dalam jumlah terjadinya kasus DBD setiap tahunnya, khususnya di Asia Tenggara (Syahria, Kaunang, & Ottay, 2015). Jumlah kasus DBD di

Asia Tenggara dan Pasifik Barat pada tahun 2008 dilaporkan ada lebih dari 1,2 juta jiwa dan meningkat sebesar 3 juta jiwa pada tahun 2013 (Mulyati, Majid, & Ibrahim, 2013). Penyakit DBD di Asia Tenggara saat ini merupakan penyebab utama rawat inap di rumah sakit dan penyebab kematian tertinggi pada anak-anak. Indonesia merupakan negara Asia Tenggara yang paling banyak melaporkan penderita DBD paling tinggi khususnya pada anak-anak (Soedarto, 2012).

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) (2016) melaporkan jumlah penderita DBD pada tahun 2015 ada sebanyak 129.650 kejadian dengan jumlah kematian sebanyak 1.071 orang (*Incident Rate (IR)* / angka kesakitan = 50,75 per 100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate (CFR)* / angka kematian = 0,83%). Jika dibanding dengan tahun 2014 dimana kejadian DBD ada sebanyak 100.347 (IR 39,80), terjadi peningkatan kejadian DBD pada tahun 2015. Jika dilihat dari IR DBD per provinsi tahun 2015, maka lima provinsi yang memiliki IR tertinggi adalah Bali sebesar 276,75, Kalimantan Timur sebesar 188,46, Kalimantan Utara sebesar 112,00, DI Yogyakarta sebesar 92,96, dan Kalimantan Selatan sebesar 91,93 per 100.000 penduduk. Indikator lain yang digunakan dalam upaya pengendalian penyakit DBD yaitu, angka bebas jentik (ABJ). Pada tahun 2015 ABJ nasional belum mencapai target yang telah ditetapkan yaitu $\geq 95\%$. Pada tahun 2015 terlihat adanya peningkatan ABJ yang cukup signifikan di Indonesia dari 24,06% pada tahun 2014 menjadi 54,24% pada tahun 2015.

DBD merupakan penyakit endemis yang ada di Provinsi D.I. Yogyakarta. Jumlah kasus DBD paling tinggi pada tahun 2015 berada di Kabupaten Bantul dengan jumlah 188 kasus, jumlah kasus di Gunungkidul menempati urutan kedua sebanyak 134 kasus, kemudian diikuti Kota Yogyakarta 132 kasus, Kabupaten Sleman 132 kasus dan Kulonprogo 34 kasus (Tribunjogja, 2016).

Data dari Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Bantul (2014) menyebutkan pada tahun 2013 angka kejadian DBD meningkat dibanding dengan tahun 2012. Pada tahun 2012 tercatat ada sebanyak 277 kasus DBD di wilayah Bantul (IR 0,3%) meningkat tajam menjadi 1203 kasus DBD pada tahun 2013 (IR 1,28 %). Pada tahun 2013 kejadian DBD menyebar di seluruh kecamatan yang ada di daerah Kabupaten Bantul. Kasus DBD tertinggi terjadi di 3 (tiga) kecamatan yaitu kecamatan Kasihan (239 kejadian), Sewon (220 kejadian), dan Banguntapan (196 kejadian). Pada tahun 2013 angka kematian (CFR) akibat DBD di daerah Kabupaten Bantul ada sebanyak 8 orang (CFR 1,51 %).

Pada tahun 2014 Dinkes Bantul melaporkan angka kejadian DBD menurun dibanding dengan tahun 2013. Pada tahun 2014 ada sebanyak 622 kejadian akibat DBD (IR 0,64%), kejadian ini menurun drastis dibanding tahun 2013 dimana terdapat 1203 kasus (IR 1,28 %). Pada tahun 2014 hanya 1 (satu) kecamatan yang melaporkan kejadian DBD melebihi 100 kejadian yaitu, kecamatan Kasihan (127 kejadian). Angka kematian (CFR) akibat

DBD pada tahun 2014 ada sebanyak 1 orang (CFR 0,2 %) (Dinkes Bantul, 2015).

Pada tahun 2015 Dinkes Bantul melaporkan bahwa kembali terjadi peningkatan kejadian akibat DBD. Pada tahun 2015 jumlah kasus DBD di daerah Bantul terdapat sebanyak 1441 kasus (IR 1,48%), hal ini lebih tinggi dibanding dengan tahun 2014 dimana didapatkan sebanyak 622 kasus DBD (IR 0,64%). Kasus tertinggi terjadi di 3 (tiga) kecamatan yaitu, kecamatan Banguntapan (285 kejadian), Kasihan (275 kejadian), dan Sewon (230 kejadian). Angka kematian akibat DBD pada tahun 2015 ada sebanyak 13 orang (CFR 1,9%) (Dinkes Bantul, 2016).

Wilayah Kecamatan Kasihan Kabupaten Bantul memiliki 2 Puskesmas, salah satunya yaitu Puskesmas Kasihan II. Pada tahun 2015 angka kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas kasihan II terdapat sebanyak 174 kasus. Pada tahun yang sama nilai ABJ di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II masih rendah yaitu, 84,45%, nilai ini masih jauh dari target nasional yang telah ditetapkan yakni $\geq 95\%$. Wilayah kerja Puskesmas Kasihan II terdiri dari dua desa yaitu, Desa Ngestiharjo dan Desa Tirtonirmolo. Pada tahun 2015 kasus DBD tertinggi terdapat di di Desa Ngestiharjo yaitu sebesar 100 kasus dan Bangunjiwo 74 kasus (Dinkes Bantul, 2016).

Desa Ngestiharjo merupakan daerah endemis DBD. Desa Ngestiharjo memiliki 12 padukuhuan, salah satunya yaitu Padukuhan VI Sonosewu. Padukuhan Sonosewu termasuk kedalam daerah risiko tinggi DBD. Pada tahun 2015 terdapat 14 kejadian DBD yang tersebar di hampir setiap RT di

Padukuhan Sonosewu. Pada tahun 2016 kejadian DBD di Padukuhan Sonosewu menurun menjadi 12, walaupun terjadi penurunan angka itu masih tergolong tinggi (Puskesmas Kasihan II, 2015).

Untuk menanggulangi dan mencegah mewabahnya bahaya penyakit DBD diperlukan peran serta dari masyarakat dan kader kesehatan. Salah satu upaya yang dapat dilakukan yaitu, membentuk petugas yang dapat memantau adanya jentik-jentik yang disebut juru pemantau jentik (Jumantik) (Prastyabudi & Susilo, 2013).

Jumantik merupakan kelompok kerja yang direkrut oleh masyarakat untuk melakukan pemeriksaan jentik secara berkala dan terus-menerus serta menggerakkan masyarakat dalam melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk DBD. Peran jumantik sangat besar dalam membasmi dan memutus mata rantai vektor penyebab DBD khususnya jentik nyamuk *Aedes aegypti* (Depkes RI, 2004).

Petugas Puskesmas Kasihan II mengatakan bahwa Desa Ngestiharjo memiliki kader jumantik. Kader jumantik di Desa Ngestiharjo terdapat di setiap padukuhan. Di setiap padukuhan di Desa Ngestiharjo memiliki 2 kader jumantik, dan di setiap RT memiliki 1 kader jumantik (Puskesmas Kasihan II, 2016). Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada beberapa warga di padukuhan tersebut, didapatkan bahwa setiap RT memiliki kader 4-6 kader jumantik, dan di padukuhan memiliki 2-3 kader jumantik sebagai koordinator, walaupun terdapat kader jumantik di setiap RT, kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) oleh masyarakat belum maksimal, hal

ini dapat dilihat dari tingginya kejadian DBD di daerah tersebut. Penyuluhan tentang PSN terhadap sarang nyamuk sudah diberikan baik oleh kader jumantik maupun petugas Puskesmas, namun kurangnya kesadaran masyarakat tentang manfaat pemberantasan sarang nyamuk dapat menyebabkan tingginya kasus terjadinya DBD.

Berdasarkan uraian diatas, maka besar kemungkinan peran kader jumantik dapat mempengaruhi perilaku keluarga dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN) yang dapat berperan penting dalam mengurangi populasi jentik dalam masyarakat. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan peran kader juru pemantau jentik (jumantik) dengan perilaku keluarga dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN) penyebab DBD di Padukuhan VI Sonosewu, Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka didapatkan rumusan masalah pada penelitian ini adalah sebagai berikut “Apakah ada hubungan peran kader juru pemantau jentik (jumantik) dengan perilaku keluarga dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN) penyebab DBD di Padukuhan VI Sonosewu, Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta”?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan peran kader juru pemantau jentik (jumantik) dengan perilaku keluarga dalam

pemberantasan sarang nyamuk (PSN) penyebab DBD di Padukuhan VI Sonosewu, Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui peran juru pemantau jentik di Padukuhan VI Sonosewu, Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta.
- b. Mengetahui perilaku keluarga dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN) penyebab DBD di Padukuhan VI Sonosewu, Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai sumber baru dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan komunitas, yaitu dalam pemberian informasi mengenai peran kader jumentik dengan perilaku keluarga dalam PSN penyebab DBD.

2. Bagi Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan pada keluarga untuk meningkatkan program penanganan pencegahan penyakit DBD khususnya dalam upaya pemberantasan sarang nyamuk penyebab DBD.

3. Bagi Puskesmas Kasihan II

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan informasi mengenai peran kader jumentik dengan praktik keluarga dalam pemberantasan

sarang nyamuk yang dapat dipergunakan sebagai bahan penentu langkah menurunkan prevalensi DBD.

E. Penelitian Terkait

Adapun penelitian yang berhubungan dengan hubungan peran kader juru pemantai jentik (Jumantik) dengan perilaku keluarga dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN) penyebab DBD di Desa Tamantirto Kasihanantul:

- a. Prastyabudi & Susilo (2013) melakukan penelitian dengan tujuan mengetahui hubungan peran kader jumantik dengan perilaku masyarakat tentang 3M plus di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Jember. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *study corellational* dengan rancangan *cross sectional*.

Persamaan dengan penelitian ini adalah desain penelitian yang digunakan yaitu *study corellational* dengan rancangan *cross sectional* dan variabel independennya yaitu peran kader jumantik. Perbedaannya terletak pada variabel dependen penelitian, dimana pada penelitian ini variabel dependennya adalah perilaku keluarga dalam pemberantasan sarang nyamuk. Tempat penelitian ini di Padukuhan VI Sonosewu, Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta. Sedangkan pada penelitian tersebut variabel dependennya adalah perilaku masyarakat tentang 3M plus, tempat penelitian pada skripsi tersebut di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Jember.

- b. Nugroho (2012) melakukan penelitian dengan tujuan mengetahui hubungan peran jumantik dengan tindakan preventif demam berdarah oleh

masyarakat di Desa Jangkaran Temon Kulon Progo. Metode penelitian pada penelitian ini adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*.

Persamaan dengan penelitian ini adalah variabel independennya yaitu peran kader jumantik. Perbedaannya terletak pada teknik pengambilan sampel yaitu menggunakan *purposive sampling*, tempat penelitian ini di Padukuhan VI Sonosewu, Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta. Sedangkan pada penelitian tersebut pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling*, tempat penelitian pada skripsi tersebut di Desa Jangkaran Temon Kulon Progo.

- c. Murwani (2013) melakukan penelitian dengan tujuan mengetahui hubungan tugas kader jumantik (juru pantau jentik) dengan angka bebas jentik di Desa Purwomartani dan Tirtomartani wilayah kerja Puskesmas Kalasan Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta. Metode penelitian pada penelitian ini adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*.

Persamaan dengan penelitian ini adalah variabel independennya yaitu peran kader jumantik. Perbedaannya terletak pada variabel dependennya yaitu perilaku keluarga dalam pemberantasan sarang nyamuk, tempat penelitian ini di Padukuhan VI Sonosewu, Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta. Sedangkan pada penelitian tersebut variabel dependennya angka bebas jentik, tempat penelitian pada skripsi tersebut di Desa Purwomartani dan Tirtomartani wilayah kerja Puskesmas Kalasan Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta.