

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) menurut Perpres no. 72 tahun 2012 adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dilaksanakan oleh semua komponen bangsa, dimulai dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, termasuk badan hukum, badan usaha, lembaga swasta serta masyarakat itu sendiri sebagai elemen penting yang menjadi pelaku utama terselenggaranya pembangunan yang berdaya guna, berhasil guna secara sinergis. Meskipun perkembangan upaya kesehatan telah mengalami peningkatan, namun masih terdapat beberapa permasalahan, diantaranya penyakit infeksi menular masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menonjol, terutama: TB paru, malaria, HIV/AIDS, DBD dan Diare (Republik Indonesia, 2012).



Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah salah satu penyakit infeksi menular yang masih sangat tinggi terjadi di 5 benua. DBD dapat digambarkan seperti penyakit demam yang berat hingga komplikasi yang berpotensi menyebabkan kematian. Penularannya dapat melalui nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* dengan gejala infeksi seperti demam tiba-tiba yang sangat tinggi, sakit kepala berat, sakit punggung, rasa sakit pada sendi dan otot, nyeri retro-orbital, mual dan muntah serta ruam eritematosa yang biasanya mulai 4-7

hari setelah gigitan nyamuk dan berlangsung selama 3- 10 hari (Yboa & Labrague, 2013).

Menurut *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI* (Infodatin, 2016), sebelum tahun 1970, hanya ada 9 negara yang mengalami wabah DBD, namun saat ini DBD menjadi penyakit endemik pada lebih dari 100 negara, diantaranya Afrika, Mediterania Timur, Amerika, Pasifik Barat serta Asia Tenggara. Wilayah Amerika, Pasifik Barat dan Asia Tenggara, memiliki angka tertinggi kasus DBD dan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. *World Health Organization* (WHO) mencatat pada tahun 2014 terdapat 2,35 juta kasus di Amerika, dimana 37.687 kasus merupakan DBD berat. Selain itu, diperkirakan 50-100 juta orang terinfeksi DBD setiap tahunnya. Sekitar 40% populasi dunia atau 2,5 miliar orang tinggal didaerah dengan resiko DBD, disamping menimbulkan kesakitan dan kematian, epidemi DBD juga mempengaruhi beban ekonomi mencapai US \$300 juta per tahun (Infodatin Kemenkes RI, 2016). Sejak tahun 1968 hingga pada tahun 2009 negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara, dikarenakan terjadinya peningkatan mobilitas dan kepadatan penduduk, jumlah penduduk serta luasnya daerah penyebaran kasus DBD di Indonesia (WHO, 2010).

Di Indonesia sebaran kasus DBD telah terjadi sejak tahun 1968 hingga saat ini. Surabaya merupakan kota yang pertama sekali ditemukannya DBD, dimana sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (Angka Kematian (AK) : 41,3 %). Sejak saat itu, penyakit ini menyebar luas ke seluruh provinsi di Indonesia. Peningkatan kasus DBD yang berfluktuatif semakin

berkembang dari tahun ke tahun, dimana pada tahun 2016 telah mencapai 204.171 kasus diseluruh provinsi dengan 1.598 orang diantaranya meninggal dunia. Namun pada tahun 2017 terjadi penurunan jumlah kasus yaitu 59.047 dengan 444 kasus kematian dari seluruh provinsi di Indonesia. Hal ini diperburuk dengan semakin rendahnya tingkat kesadaran masyarakatnya dalam menjaga kebersihan lingkungan (Infodatin, 2016).

Incidence Rate (IR) adalah perbandingan antara kejadian dengan jumlah penduduk yang memiliki resiko terkena penyakit DBD dalam 1 tahun terakhir. Negara Indonesia selalu mengalami IR penyakit DBD yang cenderung meningkat setiap tahunnya. Hal ini disebabkan perubahan iklim yang cukup ekstrim mengakibatkan perubahan cuaca, suhu, arah udara dan kelembapan, sehingga mempengaruhi perkembangan vektor nyamuk *Aedes Aegypti*. Angka kejadian DBD yang tinggi ini diikuti dengan meningkatnya pertumbuhan penduduk dan mobilitas yang diiringi peningkatan sarana transportasi serta perilaku masyarakat yang masih kurang terhadap kegiatan preventif DBD, sehingga penyebaran DBD semakin luas (Ditjen P2P Kemenkes, 2016).

Departemen Kesehatan (1988) mendefinisikan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat, yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Indonesia merupakan negara yang menganut tipe keluarga tradisional, dimana secara umum keluarga terdiri dari kepala keluarga dan anggota keluarga. Salah satu tugas dari keluarga yaitu memutuskan tindakan yang

tepat bagi keluarga, dimana tugas tersebut menjadi tanggung jawab dari kepala keluarga (Maulana, 2013).

Kepala keluarga bertanggung jawab terhadap anggota keluarga. Tanggung jawab tersebut akan berpengaruh pada kebiasaan dan pola pikir untuk memberikan contoh bagi setiap anggota keluarga agar terhindar dari penyakit DBD, kemudian upaya mengantisipasi agar terhindar dari berbagai penyakit perlu diadakan kerjasama diantara keluarga dengan membersihkan lingkungan dan melakukan pemberantasan sarang nyamuk terlebih lagi pada musim hujan nyamuk berkembang biak dengan cara cepat sehingga perlu pencegahan sedini mungkin dan melakukan persiapan untuk mengatasinya (Heraswati & Kusumawati, 2008).

Pemerintah telah menggalakan program pemberantasan sarang nyamuk sejak beberapa tahun belakangan ini. Program ini kurang didukung oleh kesadaran masyarakat Indonesia dan dapat dilihat oleh persepsi masyarakat yang menganggap bahwa pemberantasan sarang nyamuk dilakukan dengan cara pengasapan (*fogging*) merupakan tanggung jawab pemerintah. Mereka berpendapat bahwa pemerintah tidak bekerja apabila tidak dilakukan *fogging* dilingkungan mereka (Dewi, 2015). Pendapat ini juga didukung oleh penelitian Wuryaningsih (2008) yang menyatakan bahwa *fogging* adalah solusi cepat dan efektif dalam menanggulangi dan mencegah penyakit demam berdarah (Wuryaningsih, 2008).

Pengasapan (*fogging*) merupakan salah satu tindakan preventif DBD. Namun kenyataannya tindakan preventif itu tidak maksimal dilakukan oleh

kepala keluarga di Indonesia. Ini sesuai dengan penelitian Massie, Sapulete dan Kaunang (2017) menyatakan bahwa hanya 15% kepala keluarga yang menyadari akan pentingnya melakukan *fogging* apabila ditemukannya kasus DBD, sedangkan fungsinya memberantas nyamuk dewasa sehingga jumlah vektor penyebab penularan DBD bisa dibasmi (Massie, Sapulete & Kaunang 2017).

Pada hasil penelitian yang dilakukan Puslitbang di provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat ditemukan data 24,5% dari 600 kepala keluarga tidak pernah menaburkan bubuk abate pada tempat penampungan airnya. Sedangkan menaburkan bubuk abate pada penampungan air merupakan tindakan preventif yang sangat efektif dalam mencegah berkembang biakan larva nyamuk *Aedes Aegypti*. Selain itu ditemukan juga hanya 11,8% dari 600 orang kepala keluarga yang menggunakan kelambu ketika tidur pada siang hari. Sedangkan penggunaan kelambu ketika tidur diyakini mampu mencegah nyamuk dewasa *Aedes Aegypti* menularkan penyakit DBD melalui gigitannya (Puslitbang Kemenkes, 2016).

Keluarga merupakan bagian kecil dari masyarakat dan merupakan kesatuan yang terikat oleh hubungan darah dan masing-masing mempunyai peranan sesuai dengan fungsinya (Syahmala, 2015). Fungsi pengetahuan sebagai wujud dari perilaku pencegahan DBD dalam masyarakat bisa dinilai dari lingkungan yang sederhana yakni keluarga, terutama peranan seorang kepala keluarga. Menurut peraturan pemerintah nomor 21 tahun 1994 menjelaskan bahwa fungsi keluarga termasuk kepala keluarga didalamnya mempunyai fungsi dalam pembinaan lingkungan, yaitu mengelola kehidupan keluarga dengan tetap memelihara lingkungan yang ada disekitarnya (Ginandra, 2015).

Cerminan perilaku kepala keluarga dalam pemeliharaan kesehatan di lingkungan keluarganya tergambar dari pembagian tugas oleh kepala keluarga didalam rumah seperti membersihkan lingkungan rumah, melakukan pemberantasan sarang nyamuk dengan cara 3M Plus, memasang kelambu ketika tidur, menyemprotkan insektisida, maka akan terhindar dari penyakit DBD (Heraswati & Kusumawati, 2008). Sehingga untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dapat di mulai dari peran serta kepala keluarga, terutama dalam mencegah penyebaran penyakit demam berdarah dilingkungan sekitarnya (Puspitawati, 2013).

Tingginya tingkat pendidikan kepala keluarga dimasyarakat, mempengaruhi tingginya kesadaran masyarakat dalam melakukan upaya tindakan preventif demam berdarah dengue dilingkungan sekitarnya. Data tersebut data didapat dari penelitian Zulaikhah (2014) yang menyatakan tingkat pendidikan rendah (SD dan SMP) lebih banyak melakukan tindakan preventif DBD secara pasif dibandingkan kepala keluarga yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi (SMA dan Sarjana) Zulaikhah (2014). Kenyataannya dilapangan, ternyata memang tingkat pendidikan masyarakat Indonesia rata-rata relatif sangat rendah. Menurut profesor Akhmaloka, rata-rata masyarakat Indonesia tidak lulus Sekolah Menengah Pertama (SMP). Pada tahun 2010 hanya 22% yang tamat dengan status kepemilikan pendidikan menengah dan 7,2% yang menamatkan pendidikan tinggi dan sisanya berpendidikan dasar (Wicaksono, 2016).

Pusat penelitian dan pembangunan kesehatan (Puslitbang) telah melakukan penelitian dari 2 provinsi di Indonesia yakni provinsi Jawa Barat dan

provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2016 dengan responden 600 orang kepala keluarga. Menurut Puslitbang, pengetahuan kepala keluarga di provinsi Jawa Barat dan Kalimantan Barat bisa dikatakan masih kurang. Rendahnya pengetahuan kepala keluarga tersebut sejalan dengan munculnya resiko terkena DBD (Puslitbang Kemenkes, 2016). Demikian dengan sebaliknya pada penelitian Bahtiar (2012), peran tokoh masyarakat yang tinggi namun tidak didasari pengetahuan, atau pengetahuan yang tinggi tetapi tidak memiliki kemauan/ peran dari tokoh masyarakat dalam pengendalian DBD merupakan suatu fenomena yang mungkin saja dapat menjadi acuan sumber penyebab sulit tertanggulangnya masalah DBD (Manalu & Munif, 2016).

Penyebaran Demam Berdarah Dengue yang semakin tinggi dikarenakan virus *Dengue* semakin mudah dan banyak menulari manusia. Peningkatan kasus DBD dalam 15 tahun belakangan ini diduga disebabkan oleh beberapa faktor penting antara lain, yang pertama tidak terencananya dan tidak terkontrolnya urbanisasi serta pertumbuhan penduduk yang mengakibatkan padatnya penduduk yang tinggal di pusat-pusat kota. Kedua, kurang efektifnya program pengawasan terhadap nyamuk vektor, perubahan gaya hidup dan makin memburuknya sistem air minum sehingga dapat menciptakan peningkatan densitas nyamuk vektor utama. Faktor resiko lainnya terhadap penularan DBD adalah kemiskinan yang mengakibatkan orang tidak mempunyai kemampuan untuk menyediakan rumah yang layak dan sehat, pasokan air minum dan pembuangan sampah yang benar (Puslitbang, Kemenkes, 2016).

Sumatera Barat merupakan salah satu provinsi yang endemis DBD di Indonesia. Kota Padang yang merupakan ibukota provinsi Sumatera Barat yang memiliki seluruh kerentanan penyebaran DBD seperti yang telah dijelaskan diatas. Dimulai dari kepadatan penduduk yang semakin meningkat, gaya hidup, hingga kemiskinan sehingga masyarakat kota padang tidak mampu menyediakan rumah yang sehat. Ini sesuai dengan penelitian Chandren, Wong & Abubakar (2015), yang menyatakan kepadatan penduduk menjadi potensi untuk berkembangnya nyamuk DBD dan ditegaskan dengan kondisi gaya hidup yang buruk pada daerah yang padat penduduk akan cenderung kurangnya sanitasi pada lingkungan rumah dan sekitarnya (Chandren, Wong & Abubakar, 2015).

Faktor penting lain yang dapat meningkatkan penyebaran DBD adalah transportasi. Transportasi dikota Padang dapat dikatakan sudah sangat baik dalam mobilisasi masyarakat, sehingga akan berpengaruh yang cukup besar dalam sebaran nyamuk *Aedes Aegypti*, baik yang terbawa kendaraan maupun penduduk yang telah terinfeksi virus *Dengue*. Penelitian Pei-Chih Wu didalam Farahiyah, Nurjazuli & Setiani (2013) mengamini pernyataan tersebut. Beliau menyatakan bahwa migrasi, aktivitas perdagangan dan bepergian meningkatkan kejadian DBD dan perubahan pola penularan. Selain itu Sunaryo (2003) menjelaskan bahwa mobilitas penduduk memudahkan penularan dari suatu tempat ketempat lainnya dan biasanya DBD menjalar dimulai dari suatu pusat sumber penularan kemudian akan mengikuti lalu lintas penduduk (Farahiyah, Nurjazuli & Setiani, 2013).

Sumatera Barat menjadi provinsi ke-7 dari 34 yang memiliki angka kejadian kasus DBD di Indonesia. Ini dikarenakan Sumatera Barat adalah daerah

yang endemis terhadap penyakit DBD. Data dari Dinas Kesehatan Sumatera Barat pada bulan Desember 2015, mencatat terdapat 28 kasus kematian di 16 dari 19 kota/kabupaten akibat DBD. Rincian kematian akibat penyakit DBD yaitu 8 orang di Padang, 6 orang di Dhamasraya, 3 orang di Sawahlunto, 2 orang di Padangpariaman dan masing-masing 1 orang di sembilan daerah lainnya (Dinkes Sumbar, 2016).

Berdasarkan data dari Profil Dinas Kesehatan Sumatera Barat, pada tahun 2016 angka kejadian kasus DBD mencapai 3.952 kasus, kota Padang menjadi daerah yang tertinggi angka kejadiannya, yaitu 608 kasus DBD. Kabupaten Agam adalah daerah kedua yang menempati angka kejadian DBD tertinggi di Sumatera Barat dengan 438 kasus dan pada urutan ketiga ditempati oleh kabupaten Dhamasraya dengan 349 kasus DBD. Pada tahun 2017, provinsi Sumatera Barat menjadi peringkat 10 yang memiliki angka kejadian DBD tertinggi dari 34 provinsi di Indonesia. Dengan kota Padang tetap menjadi kota yang IR nya paling tinggi di Sumatera Barat yaitu 608 kasus, yang diikuti kedua dan ketiga tertinggi penemuan kasus DBD yaitu kabupaten Pasaman dengan 326 kasus dan kabupaten Pesisir Selatan dengan 284 kasus DBD (Diskes Sumbar, 2017).

Kota Padang sebagai ibukota provinsi Sumatera Barat juga menjadi kota yang paling tinggi kasus kematian DBD pada tahun 2015. Angka *Case Fatality Rate* (CFR) DBD semakin meningkat dibandingkan tahun 2014, dimana pada tahun 2014 sebanyak 666 kasus dengan 6 kasus kematian, sedangkan tahun 2015 sebanyak 998 kasus dengan 8 kasus kematian. Untuk tahun 2016 terjadi penurunan angka CFR yang tidak begitu signifikan yaitu berjumlah 911 kasus,

namun dengan peningkatan angka kematian sebanyak 11 orang dengan artian CFR nya adalah 1,2%. Kemudian pada tahun 2017 jumlah kasus DBD sebanyak 608 kasus dengan angka kematian 4 orang yang berarti CFR nya menjadi 0,66%. Target IR kota Padang berdasarkan jumlah penduduk yang harus dicapai adalah 507 kasus. Untuk tahun 2017 sudah 7 kecamatan mencapai target IR, hanya 4 kecamatan lagi yang belum mencapai IR yaitu kecamatan Padang Timur, Koto Tangah, Kuranji dan Pauh. Kasus DBD terbanyak pada tahun 2017 di kota Padang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Belimbing dengan 74 kasus, diikuti puskesmas Pauh dengan 70 kasus dan puskesmas Lubuk Buaya dengan 51 kasus menempati peringkat kedua dan ketiga tertinggi kejadian di kota Padang (Dinkes Padang, 2017).

Subuh mengatakan, tidak ada satu daerah di Indonesia yang luput dari DBD. Semuanya berpotensi menjadi tempat berkembangnya penyakit DBD (P2PL Kemenkes, 2018). Dimusim hujan, hampir tidak ada di daerah Indonesia yang terbebas dari penyakit DBD. Penyakit ini dahulunya menyerang anak-anak, namun saat ini menyerang semua orang dan semua umur (Safari dan Meiliasai, 2008). Dampak DBD bisa terjadi pada diri individu yang telah mengalami sakit, baik yang dirawat di rumah sakit maupun yang tidak dirawat. Dampak DBD tersebut dapat terjadi pada individu, lalu akan mempengaruhi keluarga dan kemudian mempunyai efek yang besar pada masyarakat (Sakmento, 2017).

Dampak yang dapat terjadi diantaranya adalah dampak kesakitan yaitu apabila jumlah angka kesakitan penderita bila tidak dikendalikan maka dapat menyerang masyarakat dalam jumlah yang sangat besar, bahkan sangat

memungkinkan wabah akan menyerang lintas kabupaten, provinsi dan negara. Kematian menjadi dampak selanjutnya dari penyakit Demam Berdarah *Dengue*, ini dikarenakan kematian pada penderita DBD menjadi momok yang paling menakutkan pada penderita DBD. Bila jumlah penderita tidak dapat dikendalikan, maka jumlah kematian juga akan meningkat secara tajam. Terlebih lagi wabah penyakit DBD relatif cepat penularannya. Di negara-negara endemis setiap tahunnya ada lebih dari 100 juta kasus DBD diseluruh dunia, 2000-3000 (kebanyakan anak-anak) mengakibatkan kematian (Shuaib et al, 2010). Ini sejalan dengan Depkes (2010) dalam penelitian Macpal dkk (2014) menyatakan, bahwa DBD merupakan salah satu penyakit yang menelan korban jiwa dan sering menimbulkan suatu Kejadian Luar Biasa (KLB) di Indonesia. Untuk Asia Tenggara WHO mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi (Depkes, 2011).

Dampak selanjutnya dari penyakit DBD yaitu psikologis, dimana terjadinya gangguan psikologis dapat mengakibatkan stres (ketegangan) sampai mengalami kecemasan yang berat seperti ketakutan dan lain-lain. Pada aspek sosial dapat mengakibatkan perubahan peran pada individu dan keluarga. Sepanjang individu mengalami sakit, maka peran dalam keluarga akan mengalami gangguan mengingat terjadi pergantian peran dari salah satu anggota keluarga yang mengalami sakit.

Dampak ekonomi akan terjadi karena adanya beberapa pengeluaran keuangan yang sebelumnya tidak diduga selama sakit mengingat biaya perawatan dan obat-obatan yang begitu mahal. Bila terjadi wabah di masyarakat akan

memberikan dampak pada menurunnya roda ekonomi. Dilaporkan kerugian ekonomi disebabkan oleh wabah DBD bisa mencapai triliunan rupiah setiap tahunnya. (Sakmento, 2017). Pada penelitian Soegijanto (2008) dalam penelitian Ningsih, Bakar & Makhfudli (2010) menjelaskan, di Jawa Timur untuk merawat pasien DBD keluarga memerlukan tambahan biaya Rp. 184.000,- sampai Rp.1.040.000 dalam waktu tujuh hari padahal masa rawat pasien DBD bisa lebih dari 7 hari dan keluarga dengan penderita DBD rata-rata penghasilannya hanya 200-400 ribu rupiah perbulan (Ningsih, Bakar & Makhfudli 2010).

Menurut Kementerian Kesehatan RI dalam hasil penelitian (Bahtiar, 2012), penyebaran penyakit DBD amat sangat erat kaitannya antara perilaku masyarakat terhadap hubungannya dengan kebiasaan hidup bersih dan kesadaran terhadap bahaya DBD. Tindakan Preventif DBD telah lama digalakkan dan dilaksanakan secara terorganisir di kota maupun di desa. Pemerintah mempunyai Lima pilar strategi dalam upaya pengendalian DBD, yaitu pertama, memperkuat pengamatan kasus/penderita, pengamatan vektor penular penyakit, kedua memperkuat penatalaksanaan penderita di rumah sakit, puskesmas, klinik dan masyarakat, ketiga peningkatan upaya pengendalian vektor secara terpadu, Keempat memperkuat kemitraan dengan berbagai pihak dalam upaya pencegahan dan penanggulangan DBD seperti pembentukan Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) dengan melibatkan PKK, UKS dan lain-lain. Dan kelima, komunikasi informasi dan edukasi (KIE) kepada masyarakat tentang upaya pengendalian demam berdarah secara berkesinambungan (Bahtiar, 2012).

Sampai saat ini Vaksin dan Obat untuk mengobati DBD belum ada, oleh karena itu upaya yang paling utama dalam pengendalian dan pencegahan DBD adalah melalui penggerakan masyarakat dalam melaksanakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN). Tujuan Gerakan PSN DBD adalah memberantas tempat-tempat perkembangbiakan nyamuk Aedes melalui upaya pembinaan peran serta masyarakat sehingga penyakit DBD dapat dicegah dan dibatasi (Soedarso, 2016).

Peningkatan kasus DBD ini di prediksi disebabkan oleh musim pancaroba serta kurangnya pemahaman masyarakat mengenai Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) terutama rendahnya kepedulian terhadap kebersihan lingkungan. Selain itu kebiasaan masyarakat yang kurang memperhatikan kebersihan lingkungan, contoh nya kebiasaan menggantung baju, membersihkan sampah dan juga partisipasi masyarakat yang rendah dalam tindakan preventif terjadi kasus DBD akan mengakibatkan resiko terjadinya transmisi demam berdarah (Bahtiar, 2012).

Menurut (Elyas et al, 2016), dalam praktik tindakan preventif DBD yang efektif oleh keluarga sangat diperlukan pengetahuan. Pengetahuan mengenai DBD anggota keluarga dalam rumah tangga dapat diperoleh melalui media televisi dan media massa yaitu koran sebagai sumber utama informasi mereka. (Elyas et al, 2016). Pengetahuan merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang terhadap suatu objek, sehingga pembahasan tentang pengetahuan dalam konteks kemampuan pengendalian DBD tidak bisa lepas dari proses terbentuknya perilaku (Bahtiar, 2012).

Pengetahuan tentang DBD mencakup tentang definisi, tanda dan gejala, cara penularan, cara pemberantasan DBD, tindakan preventif DBD, dsb. Pengetahuan tentang DBD, vektor dan penyebaran mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat dalam aktifitas pengontrolan dan pencegahan DBD (Yboa & Labrague, 2013).

Tingkat pengetahuan masyarakat dan perilaku diketahui memiliki peranan yang penting dalam penularan DBD. Perilaku seseorang dalam mencegah penularan DBD sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan orang itu sendiri. Pengetahuan yang baik tentang gejala dan tanda demam berdarah adalah penting dalam menangani penyakit dan segera mencari layanan kesehatan (Kalalo, Ratag & Rombot, 2017).

Keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang mempunyai ketergantungan dan saling berinteraksi dengan keluarga lain. Bila salah satu atau anggota keluarga terkena masalah kesehatan, dapat mempengaruhi keluarga lain dan keluarga yang tinggal disekitarnya (Stanhope & Lancaster, 1988) dalam (Ratnawati, 2016). Masalah demam berdarah dengue belum dapat menunjukkan adanya penurunan kasus yang signifikan. Mengatasi penyakit DBD tidak cukup hanya bergantung pada tenaga kesehatan tetapi juga partisipasi masyarakat dalam tindakan preventif terjadinya DBD (Macpal, 2014). Tindakan preventif DBD oleh keluarga sebagai bagian dari masyarakat berperan penting dalam usaha memutus mata rantai penularan dalam rangka memberantas penyakit DBD dengan cara menjaga kebersihan lingkungannya (Ayudhya dkk, 2014).

Pemerintah telah menggalakan program pemberantasan penyakit DBD melalui pengobatan, PSN-DBD dan pembasmian larva menggunakan insektisida dan larvasida. Namun upaya itu belum mendapatkan hasil maksimal di karenakan masih rendahnya peran serta aktif masyarakat dalam melaksanakan tindakan preventif DBD (Hasyimi, 2000) dalam (Hasmi, 2015).

Kecamatan Kuranji kota Padang merupakan salah satu daerah yang cukup tinggi kerentanan terhadap hidup larva nyamuk DBD. Ini disebabkan karena Kecamatan Kuranji 35,85% dari total luas daerah adalah area persawahan (Profil Kecamatan Kuranji, 2016). Ini diyakini terdapatnya banyaknya genangan air sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk DBD. Larva nyamuk DBD di kecamatan Kuranji lebih resisten terhadap larvasida dibandingkan kecamatan lain di kota Padang (Putra, Hasmiwati & Amir, 2017).

Dari data profil dinas kesehatan kota Padang, kasus DBD di puskesmas Belimbing pada tahun 2016 adalah ketiga tertinggi di kota Padang dengan 94 kasus. Pada tahun 2017 puskesmas Belimbing menduduki peringkat pertama tertinggi di kota Padang dengan 74 kasus. Puskesmas Pauh menjadi puskesmas kedua tertinggi menemukan kejadian DBD dengan angka kejadian 70 kasus, serta puskesmas Lubuk Buaya menjadi puskesmas ketiga tertinggi kejadian DBD dengan 68 kasus (Profil Diskes kota Padang, 2017). Menurut data pemegang program P2P puskesmas Belimbing, kelurahan Kuranji mengalami peningkatan kasus DBD dengan angka kejadian dari bulan januari pada tanggal 9 September 2018 terdapat 94 kasus kejadian DBD.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah peneliti lakukan terhadap 10 orang kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Belimbing, didapatkan hasilnya lebih dari separuh kepala keluarga menyatakan tidak tahu kapan waktu nyamuk DBD menggigitnya, sebanyak 3 orang mengetahui gejala DBD dan tindakan pencegahan DBD. Terdapat lebih dari separuh kepala keluarga mengatakan keluarganya tidak pernah menggunakan lotion anti nyamuk ketika tidur pada keluarganya namun tidak menggunakan kelambu dan tidak menutup penampungan airnya. Kepala keluarga yang mengatakan membersihkan tempat penampungan air sekali seminggu dan memelihara ikan pemangsa jentik nyamuk, tidak mencapai separuh responden yang menjadi studi pendahuluan peneliti. Pertanyaan terakhir oleh peneliti pada keseluruhan kepala keluarga yang di wawancarai, ternyata hanya 2 orang yang menggunakan abatisasi pada bak penampungan airnya. Berdasarkan data tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Belimbing kelurahan Kuranji kecamatan Kuranji Kotamadya Padang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka didapatkan rumusan masalahnya yaitu Apakah ada Hubungan antara Pengetahuan Kepala Keluarga dengan Tindakan Preventif Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Kuranji kota Padang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui hubungan Pengetahuan Kepala Keluarga dengan Tindakan Preventif Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Kuranji Kota Padang.

2. Tujuan Khusus

a. Diketahui nilai pengetahuan kepala keluarga tentang tindakan preventif DBD di kelurahan Kuranji kota Padang.

b. Diketahui nilai pelaksanaan tindakan preventif Demam Berdarah Dengue di kelurahan Kuranji kota Padang.

c. Diketahui hubungan antara rata-rata pengetahuan kepala keluarga dengan rata-rata tindakan preventif di kelurahan Kuranji kota Padang.

d. Diketahui arah kekuatan antara pengetahuan dengan tindakan preventif Demam Berdarah Dengue.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat untuk pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dan tambahan informasi bagi tenaga kesehatan tentang hubungan pengetahuan kepala keluarga dengan tindakan preventif Demam Berdarah Dengue di kelurahan Kuranji kota Padang.

2. Manfaat untuk pengembangan ilmu keperawatan

Sebagai referensi dalam bidang keperawatan, khususnya dalam bidang keperawatan komunitas dan keperawatan keluarga mengenai pengetahuan

dalam tindakan pencegahan penyakit menular seperti DBD, sehingga dapat meningkatkan kewaspadaan dini terhadap penularan penyakit DBD.

3. Manfaat bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan panduan bagi masyarakat khususnya warga kelurahan Kuranji kota Padang dalam pelaksanaan tindakan preventif DBD sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dalam upaya pencegahan DBD sedini mungkin.

