

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimum, dimana salah satunya adalah kesehatan lingkungan. Penyakit berbasis lingkungan yang sering terjadi di Indonesia adalah diare, malaria, ISPA, demam berdarah, dan lain sebagainya. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang cara pencegahan penyakit tersebut menambah tinggi resiko terjadinya kasus. Banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan baik kesehatan individu maupun kesehatan masyarakat. Menurut Hendrik L. Blum (1978) dalam Meilia (2009) ada empat faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik/keturunan. Keempat faktor tersebut saling berkaitan satu sama lain dalam mempengaruhi taraf kesehatan masyarakat. Faktor yang paling mendominasi yaitu perilaku dan lingkungan. Perubahan perilaku melalui pendidikan kesehatan perlu dilakukan, yaitu dengan melakukan intervensi terhadap faktor *predisposisi*, faktor pemungkinan, dan faktor penguat yang akan membuat masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat.

Upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat adalah melalui perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga dapat

menolong dirinya sendiri dibidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan kesehatan di masyarakat sebagai wujud keberdayaan masyarakat yang sadar, mau, dan mampu mempraktikkan PHBS. Lima program prioritas PHBS yaitu KIA, Gizi, Kesehatan Lingkungan, Gaya Hidup, dan Dana Sehat/Asuransi Kesehatan. Penyakit yang timbul dari rendahnya pengetahuan dan kesadaran tentang kesehatan lingkungan adalah penyakit Demam Berdarah *Dengue* (Depkes RI, 2011).

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus *Dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang ditandai dengan demam mendadak dua sampai tujuh hari tanpa penyebab yang jelas, lemah atau lesu, gelisah, nyeri ulu hati, disertai dengan tanda-tanda perdarahan di kulit berupa bintik perdarahan (*petechia*), ruam (*purpura*), terkadang mimisan, berak darah, muntah darah, dan kesadaran menurun. Hal yang dianggap serius pada DBD adalah jika muncul perdarahan dan tanda-tanda syok atau renjatan. DBD masih merupakan salah satu masalah kesehatan di Indonesia (Mubin,2009).

Data Badan Kesehatan Dunia (WHO), Asia Pasifik menanggung 75 persen dari beban *dengue* di dunia antara tahun 2004 dan 2010, sementara Indonesia dilaporkan sebagai negara ke-2 dengan kasus DBD terbesar diantara 30 negara wilayah endemis (*cnnindonesia.com*). Mulya (2016) dalam Infodatin DBD menyatakan bahwa tahun 2015 tercatat sebanyak 126.675 penderita DBD di 34 provinsi di Indonesia, dan 1.229 orang diantaranya meninggal dunia. Jumlah tersebut lebih tinggi dari tahun

sebelumnya yaitu sebanyak 100.347 penderita dengan 907 orang meninggal dunia tahun 2014. Kementerian Kesehatan RI mencatat jumlah penderita DBD di Indonesia pada bulan Januari-Februari 2016 sebanyak 13.219 orang penderita DBD dengan jumlah kematian 137 orang (Depkes RI, 2016).

Laporan kinerja Dinkes Bantul tahun 2016, angka kesakitan (*incidence rate/IR*) DBD tahun 2016 adalah 266,50 per 100.000 penduduk yaitu sejumlah 2.451 kasus dengan kategori nilai capaian kinerja sangat rendah yaitu 22,34% dari target yang telah ditetapkan. Upaya yang telah dilakukan untuk menekan kasus DBD adalah pemberdayaan masyarakat melalui Gertak PNS, pemberantasan vektor dan KIE. Angka kesakitan DBD mengalami peningkatan pada tahun 2016 dimana pada tahun 2015 IR DBD yaitu 148,33 per 100.000 penduduk dengan 1.441 kasus. Peta penyebaran kasus DBD di Kabupaten Bantul tahun 2015, Kecamatan yang termasuk zona merah adalah kecamatan Kasihan, Banguntapan, Bantul, Sewon dengan jumlah kasus lebih dari 100 kasus. Data kasus DBD di Kecamatan Kasihan sebanyak 216 kasus pada tahun 2013, 116 kasus pada tahun 2014, 264 kasus pada tahun 2015. Pada tahun 2016 kasus DBD meningkat menjadi 327 kasus dan mengalami penurunan pada tahun 2017 sebanyak 62 kasus.

Data Puskesmas Kasihan I tahun 2018 dengan wilayah kerja mencakup dua desa yakni Desa Bangunjiwo dan Desa Tamantirto pada tahun 2013 hingga 2016 mengalami *trend* DBD yang cenderung terus meningkat. Pada tahun 2013 sebanyak 58 kasus DBD dan mengalami kenaikan pada tahun 2014 menjadi 63 kasus dengan satu orang meninggal. Tahun 2015 angka

kejadian DBD meningkat menjadi 85 kasus dengan satu orang meninggal. Peningkatan terbanyak yaitu pada tahun 2016 sebanyak 128 kasus dengan dua kasus meninggal. Tahun 2017 kasus DBD turun menjadi 38 kasus dan tahun 2018 terdapat satu kasus DBD di awal Januari. Penurunan angka kejadian DBD disebabkan karena curah hujan tahun 2017 menurun serta adanya program Gertak Masal Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang dilakukan oleh desa dan berbagai sektor terkait.

Upaya penanggulangan DBD yang efektif adalah dengan pencegahan. Pencegahan terhadap DBD dapat dilakukan secara fisik, kimia, dan biologi. Salah satu upaya dalam mencegah DBD yaitu pemberantasan sarang nyamuk dengan 3M Plus. Upaya 3M Plus adalah segala bentuk kegiatan pencegahan seperti menaburkan bubuk larvasida pada tempat penampungan air yang sulit dibersihkan, menggunakan anti nyamuk, menggunakan kelambu saat tidur, memelihara ikan pemangsa jentik nyamuk, menanam tanaman pengusir nyamuk, mengatur cahaya dan ventilasi dalam rumah, menghindari kebiasaan menggantung pakaian di dalam rumah yang bisa menjadi tempat istirahat nyamuk, dan lain-lain (Depkes RI, 2016).

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 374/Menkes/PER/III/2010 tentang Pengendalian Vektor Pasal 5 ayat 1 pengendalian vektor dapat dilakukan dengan pengelolaan lingkungan secara fisik atau mekanis, penggunaan agen biotik, kimia, baik vektor maupun tempat perkembangbiakannya dan/atau perubahan perilaku masyarakat serta dapat mempertahankan dan mengembangkan kearifan lokal sebagai alternatif. Berdasarkan peraturan

tersebut diperlukan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap terutama anak-anak usia sekolah. Proporsi penderita terbanyak yang mengalami DBD di Indonesia ada pada golongan anak-anak usia 5-14 tahun, mencapai 42,72% dan yang kedua pada rentang usia 15-44 tahun, mencapai 34,49%. (Depkes RI, 2016).

Menurut Langevellt dalam Heri (2009), pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan, dan bantuan yang dilakukan pada anak untuk menjadi dewasa. Menurut Wood (1926) dalam Heri (2009) pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap, dan pengetahuan terkait kesehatan individu, masyarakat, dan bangsa. Teori Bloom dimodifikasi dalam pengukuran pendidikan kesehatan yakni pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktik atau tindakan (*practice*). Ray Marks (2009:1) menyatakan bahwa sekolah memiliki peranan yang penting untuk meningkatkan kesehatan siswa. Usia awal sekolah baik untuk menanamkan nilai PHBS tetapi belum dimanfaatkan optimal, Usia anak sekolah adalah masa rawan terserang gangguan berbagai penyakit. Masalah kesehatan pada kelompok pra remaja (usia 6 s.d <10 tahun), umumnya berkaitan dengan PHBS (Malichadin, 2013).

Menurut Oktofiana (2017), siswa sekolah dasar (SD) berusia antara 7-13 tahun, belum menyadari pentingnya menjaga kesehatan diri dan lingkungan di sekitarnya. Penyuluhan pencegahan penyakit DBD ini perlu dilakukan di lingkungan sekolah mengingat anak-anak banyak menghabiskan

waktu untuk belajar dan bermain di sekolah. Pengetahuan dan praktik tentang pencegahan DBD sangat penting diperoleh oleh anak usia sekolah agar kesadaran tertanam sejak dini. Selain untuk dirinya sendiri hal tersebut juga mendorong mereka untuk menyebarkan kesadaran tersebut ke keluarga dan lingkungan sekitar mereka. Data Puskesmas Kasihan I tahun 2018 kasus penderita DBD terbanyak adalah anak usia sekolah dengan rentang usia 7-12 tahun. Prosentase kasus DBD anak usia sekolah dasar tahun 2015 adalah 14% dan mengalami peningkatan pada tahun 2015 sebanyak 14,80%. Tahun 2017 peningkatan kasus DBD pada anak usia sekolah mencapai 36,60%.

Berdasarkan survei pendahuluan pada tanggal 12 Januari 2018 di SDN Karangjati, Bangunjiwo, Bantul. Siswa SDN Karangjati pada tahun 2016 dan tahun 2017 pernah terkena DBD sebanyak dua kasus. Hasil wawancara dengan guru pendidikan jasmani dan olah raga di sekolah tersebut diperoleh informasi bahwa pada SDN Karangjati terdapat program Siswa Pemantau Jentik (Sismantik) dan penyuluhan Dokter Kecil pada akhir tahun 2017 oleh Puskesmas Kasihan I. Namun, target dari program tersebut adalah siswa kelas IV dan kelas V SDN Karangjati. Hal ini menggambarkan bahwa untuk siswa rentang kelas I hingga kelas III tidak mendapat penyuluhan terkait DBD selain dari proses belajar mengajar terkait materi kesehatan yang diberikan oleh guru pendidikan jasmani dan olah raga dengan frekuensi jarang dengan materi yang umum sehingga pengetahuan terkait DBD sangat terbatas. Program Sismantik sudah 2 bulan terakhir vakum dari kegiatan sehingga tidak

aktif kembali. Penyuluhan yang dilakukan di SDN Karangjati adalah dengan sistem ceramah dan diskusi.

Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan pasal 62 ayat 1 dan 2 berbunyi bahwa peningkatan kesehatan merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat untuk mengoptimalkan kesehatan melalui kegiatan penyuluhan, penyebarluasan informasi, atau kegiatan lain untuk menunjang tercapainya hidup sehat. Pencegahan penyakit merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat untuk menghindari atau mengurangi resiko, masalah dan dampak buruk akibat penyakit (Oktofiana, 2017).

Salah satu upaya pemberian pendidikan kesehatan di sekolah adalah melalui promosi kesehatan. Promosi kesehatan dapat dilakukan menggunakan berbagai metode dan media yang disesuaikan dengan sasaran. Sekolah dasar yang dipilih adalah SD Negeri Kajangjati yang terletak di Bangunjiwo, Kasihan, Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. SD Negeri Karangjati berada di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I. Jumlah siswa laki-laki sebanyak 174 siswa dan perempuan 196 siswa. SD ini dipilih karena berdasarkan data kasus kejadian DBD, di wilayah Kecamatan Kasihan banyak terjadi kasus. Responden yang dipilih adalah anak-anak kelas III. Alasan memilih anak kelas III dengan rentang usia 8-9 tahun, karena usia ini anak pada usia ini anak-anak minat terhadap peraturan-peraturan tradisional

dan anak memiliki sifat adanya minat terhadap kehidupan praktis sehari-hari yang konkret.

Notoatmodjo (2010), menyatakan pemilihan metode yang tepat dalam proses penyampaian materi promosi kesehatan sangat membantu pencapaian usaha mengubah tingkah laku sasaran. Dange (2015) dalam C, Syaluhyah and Nugraha (2016) *Cone of experience* menjelaskan bahwa seseorang akan mengingat 5% dari yang didengar, 10% dari yang dibaca, 20% dari yang didengar dan dibaca, 30% dari yang diperagakan dan 50% dari yang didiskusikan, 75% dari yang kita lakukan, dan 90% dari yang diajarkan. Media pemberian informasi dengan permainan dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan melalui mendengar, membaca, dan mendiskusikan suatu permasalahan dalam sebuah permainan.

Zulkifli (2006) dalam Khamidah (2011), anak mempunyai sifat suka bermain. Permainan merupakan kesibukan yang dipilih sendiri tanpa ada unsur paksaan, tanpa didesak oleh rasa tanggung jawab. Anak-anak suka bermain karena di dalam dirinya terdapat dorongan batin dan dorongan mengembangkan diri. Bermain dapat melatih fungsi-fungsi gerak, menanamkan sifat rasa sosial, budi pekerti, dapat memberikan dasar yang kuat untuk pertumbuhan intelegensi, kreatifitas, dan kemampuan menyelesaikan masalah.

Bentuk-bentuk permainan kreatifitas yang dimaksud Zulkifli (2016) dapat dijumpai pada permainan-permainan tradisional dan modern yang biasa dimainkan anak-anak. Permainan-permainan tradisional antara lain : engklek,

jejamuran, bebetengan, dan lain sebagainya. Permainan modern yang biasa dimainkan oleh anak-anak antara lain ular tangga, dan monopoli. Permainan tradisional khususnya engklek memberikan manfaat pada perkembangan anak, seperti dapat melatih kemampuan motorik kasar anak, kejujuran, kerjasama, kekompakan, ketrampilan, ketangkasan, keseimbangan, sikap, dan dapat melatih jiwa kesosialan anak dalam menghadapi kehidupan bermasyarakat (Mardayani, Mahadewi and Magta, 2016).

C Nino, Syaluhiah *and* Nugraha (2016), menyatakan permainan Monopoli lebih efektif karena intensitas paparan informasi lebih tinggi dibandingkan dengan permainan ular tangga. Hal ini dikarenakan tujuan permainan monopoli adalah menguasai petak lawan dan komponen paling banyak. Keuntungan metode permainan monopoli sebagai media penyuluhan kesehatan adalah unsur kompetisi untuk menjadi pemenang, adanya partisipasi aktif siswa untuk belajar, dapat memberikan umpan balik langsung terhadap informasi kesehatan yang diharapkan, dan bersifat luwes dengan mengubah sedikit peraturan permainan (Khamidah, 2011).

Berdasarkan permasalahan tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Engklek dan Monopoli sebagai Media untuk Meningkatkan Perilaku Pengendalian Vektor DBD pada Siswa SD Negeri Karangjati, Bantul”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut : Apakah pemberian informasi dengan media engklek dan monopoli dapat meningkatkan perilaku pengendalian vektor DBD pada siswa SD Negeri Karangjati, Bantul?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui media informasi yang efektif untuk meningkatkan perilaku pengendalian vektor DBD pada siswa SD Negeri Karangjati, Bantul melalui pemberian informasi dengan media engklek dan monopoli.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui perbedaan pengetahuan pengendalian vektor DBD pada siswa SD Negeri Karangjati, Bantul sebelum dan setelah pemberian informasi dengan media engklek.
- b. Mengetahui perbedaan sikap pengendalian vektor DBD pada siswa SD Negeri Karangjati, Bantul sebelum dan setelah pemberian informasi dengan media engklek.
- c. Mengetahui perbedaan praktik pengendalian vektor DBD pada siswa SD Negeri Karangjati, Bantul sebelum dan setelah pemberian informasi dengan media engklek.

- d. Mengetahui perbedaan pengetahuan pengendalian vektor DBD pada siswa SD Negeri Karangjati, Bantul sebelum dan setelah pemberian informasi dengan media monopoli.
- e. Mengetahui perbedaan sikap pengendalian vektor DBD pada siswa SD Negeri Karangjati, Bantul sebelum dan setelah pemberian informasi dengan media monopoli.
- f. Mengetahui perbedaan praktik pengendalian vektor DBD pada siswa SD Negeri Karangjati, Bantul sebelum dan setelah pemberian informasi dengan media monopoli.

D. Ruang Lingkup

1. Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam lingkup ilmu kesehatan lingkungan khususnya pada mata kuliah promosi kesehatan dan pengendalian vektor.

2. Materi

Materi penelitian ini adalah tentang promosi kesehatan untuk meningkatkan perilaku pengendalian vektor DBD pada siswa SD Negeri Karangjati, Bantul.

3. Subyek Penelitian

Subyek penelitian ini adalah siswa kelas III SD Negeri Karangjati, Bantul. Siswa kelas III SD Negeri Karangjati dibagi menjadi 3 kelompok yaitu kelompok perlakuan untuk media engklek, kelompok perlakuan untuk media monopoli, dan kelompok kontrol. Alasan memilih anak kelas III

karena anak kelas III sekolah dasar rata-rata berusia 8 dan 9 tahun, pada usia ini anak-anak minat terhadap peraturan-peraturan tradisional dan anak memiliki sifat adanya minat terhadap kehidupan praktis sehari-hari yang konkret.

4. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di SD Negeri Karangjati. Dengan pertimbangan di wilayah ini termasuk dalam zona merah penderita DBD terbanyak.

5. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari – Juni 2018.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Memfungsikan media engklek dan monopoli sebagai media promosi kesehatan untuk memberikan informasi pada siswa Sekolah Dasar tentang pengendalian vektor penyakit DBD.

2. Bagi Pemerintah (Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul dan Puskesmas)

Salah satu program dalam promosi kesehatan terkait pengendalian vektor DBD dapat tersampaikan ke masyarakat. Pemerintah mempunyai metode lain yang dapat digunakan untuk anak usia sekolah dasar tentang pengendalian vektor DBD, sehingga siswa dapat melakukan pencegahan sejak dini dan dapat mengajarkan kepada orang disekelilingnya.

3. Bagi Siswa

Pengetahuan siswa dapat bertambah sehingga dapat dipraktikan dalam kehidupan sehari-hari dan mengajarkannya kepada orang disekitar rumahnya.

4. Bagi Guru

Salah satu pengetahuan dalam pendidikan dibidang kesehatan sudah tersampaikan, selain itu juga dapat digunakan sebagai media promosi bidang kesehatan yang lain.

5. Bagi Peneliti

Salah satu sarana menambah wawasan, pengetahuan, keterampilan, dan pengaplikasian ilmu yang telah diperoleh selama kuliah. Mengetahui permasalahan di SD Negeri Karangjati dan mampu melakukan pemberdayaan terkait pengendalian vektor bagi siswa Sekolah Dasar tersebut.

F. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No.	Nama peneliti, tahun, dan judul	Persamaan	Perbedaan
1.	Dwi Oktofiana tahun 2017 Penggunaan Sampul Pintar dan Poster untuk Meningkatkan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i> Siswa Sekolah Dasar Negeri Wojo, Bantul.	Variabel terikat : Sama-sama menggunakan tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik. Dan juga tema yang diambil yaitu pencegahan penyakit DBD.	Variabel Bebas : Penelitian Dwi Oktofiana: Penggunaan sampul pintar dan poster. Penelitian ini : Penggunaan media permainan engklek

No.	Nama peneliti, tahun, dan judul	Persamaan	Perbedaan
			dan monopoli. Selain itu, responden dan lokasi berbeda.
2.	<p>Nino Adib C, Zahroh Shaluhiah, Priyadi Nugraha Tahun 2016</p> <p>Efektifitas Media Permainan Monopoli dan Ular Tangga dalam Peningkatan Pengetahuan dan Sikap tentang Bahaya Merokok</p>	<p>Variabel Bebas:</p> <p>Sama-sama menggunakan media Monopoli.</p>	<p>Variabel Bebas :</p> <p>Penelitian Adib C, dkk menggunakan media ular tangga dan monopoli</p> <p>Penelitian ini : menggunakan media monopoli dan engkek. Selain itu, responden dan lokasi berbeda.</p> <p>Variabel Terikat: Penelitian Adib C, dkk menggunakan tingkat pengetahuan dan sikap terhadap bahaya merokok.</p> <p>Penelitian ini: Variabel terikat yang diukur adalah tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik.</p>