IbM SOSIALISASI PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI DESA CANDIREJO KEC. UNGARAN BARAT KAB. SEMARANG

Isfaizah[1)], Mala Primarti [2)], Anggun Trisnasari [3)]
[1)]*Prodi DIV Kebidanan, Universitas Ngudi Waluyo*
[2)]*Prodi DIV Kebidanan, Universitas Ngudi Waluyo*
[1)]is.faizah0684@gmail.com

ABSTRAK

Prevalensi peyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Puskesmas Ungaran 2014 sebanyak 17 kasus dan berada di urutan ke-7 kasus DBD di kabupaten Semarang. Masalah DBD erat kaitannya dengan masalah perilaku, dimana tingkat pengetahuan masyarakat memegang peranan penting. Sosialisasi tentang pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD dengan 3M PLUS pada kader kesehatan sangatlah penting dalam memutus rantai nyamuk Aedes Aigepty dan memutus endemik kejadian DBD di Desa Candirejo, Kabupaten Semarang. Tujuan Pengabdian ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan kader kesehatan dan ibu rumah tangga (IRT) tentang penyakit DBD dan cara pencegahannya.

Pengabdian ini dilakukan dalam 3 kegiatan yaitu refresing kader, penyuluhan IRT dan penghitungan jentik nyamuk. Sasarannya adalah 20 kader kesehatan, IRT serta rumah warga. Kegiatan dilaksanakan bulan Agustus sampai dengan Desember 2017. Evaluasi dilakukan dengan memberikan soal pre dan pos tes kepada kader kesehatan dan IRT, kemudian data dianalisis menggunakan SPPS Versi 22 dengan analisis univariat dan bivariat.

Hasil pengabdian ini adalah kehadiran kader kesehatan 80%, rerata umur kader 45 tahun, lama menjadi kader 16 tahun, pengetahuan kader sebelum diberikan penyuluhan sebesar 69, dan kader setelah penyuluhan menjadi 85. Rerata pengetahuan ibu rumah tangga (IRT) sebelum penyuluhan 68 dan menjadi 81 setelah penyuluhan. Terdapat perbedaan pengetuan kader dan IRT sebelum dan sesudah diberikan refresing kader dan penyuluhan. Perlunya peningkatan kegiatan refresing kader dan penyuluhan ke masyarakat baik dari tenaga kesehatan dan institusi pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan dan derajat kesehatan pada umumnya.

Kata Kunci : Pencegahan, Pemberantasan, Demam Berdarah Dengue
Kepustakaan : 9 (2007-2014)

ABSTRACT

The prevalence of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in Ungaran Health Center 2014 was 17 cases and ranked 7th in dengue cases in Semarang district. The problem of DHF is closely related to behavioral problems, where the level of knowledge of the community plays an important role. The dissemination of prevention and eradication of DHF with 3M PLUS in health cadres is very important in breaking the Aedes Aigepty mosquito chain and breaking the endemic incidence of dengue in Candirejo Village, Semarang Regency. The purpose of this service is to increase the knowledge of health cadres and housewives about dengue disease and how to prevent it.

This service is carried out in 3 activities, namely cadre refresing, housewives counseling and calculation of mosquito larvae. The targets are 20 health cadres, housewives and houses. The activity was carried out in August to December 2017. Evaluation was carried out by giving pre and test post questions to health cadres and housewives, then the data were analyzed using SPPS Version 22 with univariate and bivariate analysis.

The result of this service is the presence of health cadres 80%, average cadre age 45 years, long being cadre 16 years, knowledge of cadres before being given counseling by 69, and cadres after counseling to 85. Average knowledge of housewives before counseling 68 and become 81 after counseling. There are differences in the identification of cadres and housewives before and after being given refresing by cadres and counseling. The need for increased cadre refresing activities and counseling to the community both from health workers and health education institutions to increase knowledge about health and health degrees in general.

Keywords: Prevention, Eradication, Dengue Hemorrhagic Fever
Literature: 9 (2007-2014)

1. PENDAHULUAN

Insidensi demam berdarah dengue (DBD) meningkat pada musim hujan dan menurun pada saat akhir musim hujan. Vektor utama DBD adalah nyamuk *Aedes Aegypti betina*, selain itu yang dapat menularkan DBD adalah *Aedes albopictus dan Aedes scuyellaris*. Usaha pengendalian DBD dengan pengendalian vektor penyakit dilakukan dengan mendalami perilaku vektor, siklus hidup, ekologi, bionomi vektor.

Masalah DBD erat kaitannya dengan masalah perilaku, dimana tingkat pengetahuan masyarakat memegang peranan penting. Upaya yang telah dilakukan pemerintah terhadap pencegahan dan penanggulangan DBD selalu ditingkatkan, salah satu diantaranya adalah penyuluhan. Namun demikian masih saja terjadi salah persepsi oleh sebagian besar masyarakat dimana masyarakat masih *"fogging mania"*, sehingga kalau wilayahnya belum disemprot *(fogging)* rasanya belum puas. Padahal fogging atau pengasapan dengan insektisida tersebut hanya dapat membunuh nyamuk dewasa dan memerlukan biaya yang cukup tinggi.

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Semarang tahun 2014 angka kejadian DBD di Puskesmas Ungaran terdapat sebanyak 17 kasus dan berada di urutan ke-7 kasus DBD di kabupaten Semarang. Sosialisasi tentang pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD dengan 3M PLUS pada kader kesehatan sangatlah penting dalam memutus rantai nyamuk *Aedes Aigepty* dan memutus endemik kejadian Demam Berdarah Dengue di Desa Candirejo, Kabupaten Semarang.

Hasil observasi dan wawancara dengan kader kesehatan menyatakan bahwa demam berdarah masih merupakan masalah kesehatan yang meresahkan karena setiap tahunnya selalu terdapat warga masyarakat yang menderita DBD wilayah Kelurahan Candirejo. Selain itu kelurahan candirejo merupakan daerah endemis DBD karena banyaknya penampungan air yang difungsikan untuk tempat menyimpan air bersih dan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya kebersihan lingkungan sekitar rumah.

Curah hujan yang cukup tinggi dan peubahan musim menjadikan vector DBD berkembangbiak secara pesat. Kepemilikan bak besar penampung air dari pegunungan untuk memenuhi kebutuhan air di setiap rumah yang tidak tertutup dan sangat jarang dikuras menjadikan media yang tepat untuk perkembangbiakan nyamuk *Aedes Aigepty*. Kesadaran masyarakat akan kebersihan lingkungan dengan tidak membuang sampah di sungai dan sembarang tempat juga masih sangat rendah. Selama ini pelatihan tentang pencegahan DBD untuk meningkatkan pengetahuan kader belum dilakukan secara efektif dan konsisten.

2. PERMASALAHAN MITRA

1. Kelurahan Candirejo adalah daerah endemis DBD
2. Penyakit DBD merupakan penyakit yang masih meresahkan warga Kelurahan Candirejo
3. Kelurahan Candirejo mempunyai potensi partisipasi masyarakat yang aktif, salah satunya adalah kader kesehatan
4. Kegiatan pelatihan kader kesehatan selama ini belum banyak dilakukan khususnya tentang DBD

Tujuan dan Manfaat Program

1. Meningkatkan pengetahuan kader mengenai penyakit DBD dan pencegahannya. Memotivasi para kader kesehatan dalam meningkatkan partisipasi masyarakat di lingkungan sekitarnya dalam hal pemeliharaan lingkungan untuk mencegah DBD.
2. Meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai penyakit DBD dan pencegahannya.

3. METODE PELAKSANAAN

Sasaran pengabdian ini adalah kader kesehatan dan IRT di Kelurahan Candirejo Kec. Ungaran Barat, Kabupaten Semarang. Pelaksanaan pengabdian ini melibatkan beragai pihak mulai dari bidan desa, kader kesehatan dan IRT di wilayah tersebut. Melalui kegiatan pengabdian ini pengabdi mengharapkan dapat meningkatkan pengetahuan kader kesehatan dan IRT tentang pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD.

Kegiatan dilaksanakan dalam beberapa tahap yaitu refresing kader kesehatan tentang pencegahan dna pemberantasan DBD, penyuluhan kepada IRT tentang 3M Plus dalam upaya pencegahan dan pemberantasan DBD serta penghitungan jentik nyamuk di rumah warga. Untuk menilai keberhasilan kegiatan dilakukan dengan memberikan pertanyaan pre dan post test kepada kader kesehatan dan IRT.

Peralatan yang digunakan dalm pengabdian ini adalah materi dalam PPT, LCD,Video, senter dan alat saring.

4. PEMBAHASAN

Tabel I.Karakteristik Subjek Pengabdian Masyarakat

Karakteristik Subjek	Rerata±SD	Min	Maks
1. Kader Kesehatan			
Umur	45.35±13.39	25	70
Lama Menjadi Kader	15.90±13.01	1	46
Pengetahuan Kader (Pre)	68.80±10.49	48	88
Pengetahuan Kader (Post)	84.65±5.39	73	95
2. Ibu Rumah Tangga (IRT)			
Pengetahuan IRT (Pre)	68.33±6.63	54	87
Pengetahuan IRT (Post)	80.85±3.80	68	90
	n	**%**	
3. Kader Kesehatan			
Umur			
Produktif (<36 Tahun)	6	30	
Tidak Produktif (≥36 Tahun)	14	70	
Pendidikan			
Dasar (SD-SMP)	16	80	
Tinggi (SMA-PT)	4	20	
Pekerjaan			
Tidak Bekerja	19	95	
Bekerja	1	5	
Lama Menjadi Kader			
Baru (< 2 Tahun)	3	15	
Lama (≥ Tahun)	17	85	
Pengetahuan Pre			
Kurang (< Maen Pre)	12	60	
Baik (≥Mean Pre)	8	40	
Pengetahuan Post			
Kurang (<Mean Post)	11	55	
Baik (≥Mean Post)	9	45	
4. Ibu Rumah Tangga			
Pengetahuan Pre			
Kurang (< Maen Pre)	43	45.7	
Baik (≥Mean Pre)	51	54.3	
Pengetahuan Post			
Kurang (<Mean Post)	58	61.7	
Baik (≥Mean Post)	36	38.3	

Tabel I tentang karakteristik kader menunjukkan rerata umur kader kesehatan di Desa Candirejo adalah 45.35±13.39 tahun, dimana umur termuda adalah 25 tahun dan tertua 70 tahun, rerata lama menjadi kader 15.90±13.01 tahun dengan minimum menjadi kader 1 tahun dan maksimum menjadi kader 46 tahun. Rerata pengetahuan kader kesehatan sebelum diberikan refresing kader adalah 68.80±10.49, dimana nilai terendah 48 dan tertinggi 88. Setelah diberikan refresing kader, rerata pengetahuan kader kesehatan menjadi 84.65±5.40 dengan nilai terendah 73 dan tertinggi 95. Sedangkan pengetahuan IRT sebelum diberikan penyuluhan mempunyai rerata pengetahuan 68.33±6.63, dengan nilai terendah 54 dan tertinggi 87. Setelah diberikan penyuluhan terjadi peningkatan rerata pengetahuan IRT sebesar 12 poin menjadi 80.85±3.80, dengan nilai terendah 68 dan tertinggi 90.

Data tabel I juga menunjukkan bahwa sebagian besar kader kesehatan di desa Candirejo masuk dalam usia tidak produktif (≥36 tahun) sebesar 70%, dengan 80% berlatar belakang pendidikan dasar, hampir seluruh kader adalah Ibu Rumah Tangga

(IRT) yaitu 95%, dan lama menjadi kader sebagaian besar adalah lama (≥2 tahun) yaitu sebesar 85%.

Sebelum diberikan refresing kader kesehatan tentang pencegahan dan pemberantasan Demam Berdarah Dengue (DBD) sebagian besar memiliki pengetahuan kurang yaitu sebesar 60% dan setelah diberikan penyuluhan, pengetahuan kader kesehatan dalam kategori kurang menurun menjadi 55%. Sedangkan pengetahuan IRT sebelum diberikan penyuluhan sebagian besar memiliki pengetahuan baik yaitu 54.3% dan setelah diberikan penyuluhan mengalami penurunan pengetahuan dimana pengetahuan baik hanya 38.3%.

Tabel II Uji Normalitas Data

Variabel	Sig	Lower CI 95%	Upper CI 95%
1. Pengetahuan Kader			
Pre	0.200	63.89	73.71
Post	0.200	82.13	87.17
2. Pengetahuan IRT			
Pre	0.095	66.97	69.69
Post	<0.001	80.07	81.63

Tabel 2 menunjukkan bahwa pengetahuan kader kesehatan tentang pencegahan dan pemberatasan penyakit DBD pada pre dan post memiliki distribusi normal (>0.05) sehingga uji beda menggunakan uji t-depedent. Sedangkan pengetahuan IRT tentang pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD pada pre memiliki distribusi normal (>0.05) namun pada post memiliki distribusi tidak normal (<0.05), sehingga uji beda menggunakan uji wilcoxon

Tabel III Uji Beda Pengetahuan Kader dan IRT

Variabel	p	CI 95% Lower	CI 95% Upper
Pengetahuan Kader	<0.001	-20.631	-11.069
Pengetahuan IRT	<0.001		

Tabel 3 menunjukan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan kader kesehatan maupun pengetahuan IRT sebelum dan sesudah diberikan refresing kader dan penyuluhan tentang penyakit DBD dan secara statistik signifikan.

Tabel IV Penghitungan Jentik Nyamuk

Kategori	n	%
Tidak ada	30	75
Ada	10	25

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar rumah tidak terdapat jentik nyamuk sebesar 75%. Hanya 25 % yang masih terdapat jentik nyamuk di tempat genangan air disekitar rumah.

Pengabdian masayarakat ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan kader kesehatan desa Candirejo tentang pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD dan peningkatan pengetahuan IRT tentang pola perkembangbiakan vector dan pencegahan dengan menggunakan 3M PLUS. Kader kesehatan di Desa Candirejo sebagian besar

masuk dalam usia tidak produktif, berpendidikan dasar, tidak bekerja (IRT), dengan status sebagai kader lama yang lebih dari 10 tahun. Pengetahuan Kader kesehatan sebelum diberikan refresing kader sebagian besar dalam kategori kurang dan setelah diberikan refresing kader pengetahuan kader dalam kategori mengalami penurunan. Sedangkan pengetahuan IRT sebelum diberikan penyuluhan sebagain besar dalam kategori kurang dan setelah diberikan penyuluhan sebagian besar dalam kaegori kurang dari rerata. Setelah dilakukan penghitungan jentik nyamuk di rumah warga sebagian besar rumah bebas dari jentik nyamuk.

Program Pengendalian DBD (P2DBD) merupakan suatu program yang sangat penting dalam upaya pencegahan dna pemberantasan DBD. P2DBD tidak dapat berjalan sesuai harapan karena terbatasnya jumlah tenaga, dana, prasarana dan jumlah tenaga (Rahayu, 2013). Oleh karena itu pencegahan dan pemberatasan DBD tidak dapat dilakukan dari 1 sektor saja yaitu pemerintah, melaikan perlu adanya partisipasi masyarakat khususnya adalah kader kesehatan beserta IRT. Kader kesehatan menjadi ujung tombak terpenting dalam mensosialisasikan pencegahan dan pemberantasan DBD.

Berdasarkan hasil pengabdian masyarakat didapatkan tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD di desa candirejo sebagian besar pada saat pre test adalah kurang dan setelah diberikan refresing kader pengetahuan kurang mengalami penurunan. Pengetahuan Pre test kader yang kurang ini kemungkinan disebabkan oleh sebagian besar kader sudah memasuki usia tidak produktif, dengan sebagian besar berpendidikan dasar (SD-SMP). Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola piker seseorang, dimana semakin bertambah usia semakin meningkat pula daya tangkap dna pola piker sehingga meningkatkan pengetahuannya, namun semakin bertambah tua usia seseorang juga akan menyebabkan menurunnya IQ, daya tangkap dan pola piki seseorang. Pada sebagian besar kader kesehatan di desa candirejo memiliki usia yang tidak produktif sehingga memungkinkan menurunnya data tangkap dan pola pikirnya yang menrunkan pengetahuan (Notoatmodjo, 2010). Pendidikan juga mempengaruhi pengetahuan, dimana sesorang dengan pendidikan tinggi dimungkinkan terdapatnya banyak informasi Tingkat pendidikan berhubungan positif dan signifikan dengan pengetahuan, dimana tingkat pendidikan tinggi akan meningkatkan pengetahuan tinggi (Shuaib *et al*, 2010). Adapun kerugian dari sebagian kader kesehatatan yang sudah masuk dapam usia senja dan dengan pendidikan dasar ini menyebabkan kurang percaya dirinya kader kesehatan di depan masyarakat dalam memberikan penyuluhan kesehatan. Setelah diberikan refresing kader terjadi peningkatan pengetuhuan dalam kategori baik. Hal ini dimungkinkan karena sebagian besar kader merupakan kader lama yang aktif dalam mengelola kader posyandu di wilayah masing-masing dan tidak bekerja sehingga kader kesehatan dapat mencurahkan sebagian besar waktunya untuk pembangunan kesehatan di desa Candirejo.

Berdasarkan analisis data diperoleh terdapat perbedaan pengetahuan kader kesehatan sebelum dan sesudah diberikan refresing kader dan signifikan. Hal ini menunjukan bahwa pelatihan, penyuluhan atau bentuk penyegaran lainnya sangatlah diperlukan bagi kader kesehatan untuk updating pengetahuan mereka yang selama ini hanya berkutat di posyandu. Pemberian refresing kader mampu mengisi kejenuhan pengetahuan kader dan dapat menjadiwahana diskusi, kosultasi terkait masalah kesehatan. Peningkatan pengetahuan dengan dapat diperoleh dari guru, pengalaman dan media masaa lainnya. Pengetahuan dipengaruhi oleh umur, social ekonomi, pendidikan dan pengalamanan sesorang (Notoatmodjo, 2010). Pendidikan berhubungan dengan pengetahuan tentang pencegahan dan pemberantasan DBD. Namun pengetahuan tidak berhubungan dengan sikap dan praktek dalam pencegahan dan pemberatasan DBD (Shuaib et al, 2010). Pendidikan tinggi (≥SMA) menjadi preditor penting dalam pencegahan dan pemberantasan DBD (Dhimal et al, 2014).

Peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan juga dipengaruhi oleh menariknya materi yang disampaikan karena masih menjadi masalah

kesehatan di desa candirejo. Keberhasilan penyuluhan sangat ditentukan oleh pesan (massaga) yang diberikan ke kamunikan disusun menarik, efektif dan efisien serta pemilihan metode yang tepat (Notoadmodjo, 2010). Pada refresing kader kesehatan kemarin dilakukan dengan menggunakan metode tanya jawab yang memungkinkan komunikasi dua arah antara kader kesehatan dengan pemberi materi. Komunikasi dua arah ini berlangsung dengan antusiasme tinggi yang menghasilkan peningkatnya pengetahuan kader.

Uji beda pengetahuan IRT sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan didapatkan terdapat perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan dna signifikan. Hal ini dimungkinkan karena antusiasme IRT yang tinggi dalam kegiatan penyuluhan yang dilakukan dalam pertemuan PKK mingguan dan bulanan. Penyuluhan merupakan salah satu metode pemberian informasi yang mampu meningkatkan pengetahuan IRT (Notoatmodjo, 2010).

Setelah 1 minggu diberikan penyuluhan dan dilakukan penghitungan jentik nyamuk di salah satu RT di desa Candirejo didapatkan bahwa sebagian besar rumah terbebas dari jentik nyamuk. Hal ini dimungkinkan karena sebagian besar rerata pengetahuan IRT setelah diberikan penyuluhan meningkat dan berdampak pada perubahan perilaku. Perilaku dipengaruhi oleh pendidikan, dimana pendidikan tidak hanya diperoleh dari formal namun juga informal seperti penyuluhan, pelatihan dll. Pemberian penyuluhan kepada IRT mampu meningkatkan perilaku kesehatan pada IRT dalam hal pencegahan dna pemberantasan DBD. Ada hubungan antara pengetahuan, sikap dan perilaku dalam pencegahan penyakit DBD (Dhimal *et al*, 2014). Namun tidak semua orang dengan pengeahuan yang tinggi memiliki sikap dan perilaku yang bagus dalam pencegahan penyakit DBD (Shuaib et al, 2010). Hal ini disebabkan karena bnyak hal seperti budaya dan faktor lingkungan. Di desa candirejo sebagain besar IRT sudah memiliki perilaku yang bagus dalam pencegahan penyakit DBD dengan program 3M PLUS. Banyaknya bak bak besar untuk tempat penampugan air diisi dengan menggunakan ikan sebagai upaya dalam memutus mata rantai perkembangbiakan nyamuk aides aigepti.

5. KESIMPULAN

Terdapat perbedaan pengetahuan kader kesehatan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan dengan rerata peningkatan pengetahuan sebesar 16 poin . Terdapat perbedaan pengetahuan IRT sebelum dan sesudan diberikan penyuluhan dengan rerata peningkatan pengetahuan sebesar 13 poin. Perlunya kegiatan refresing kader secara berkala dan pedampingan kader dalam kegiatan penyuluhan di masyarakat.

6. UCAPAN TERIMAKASIH

1. Lila Kusuma Rahayu, S.Si.,M.Si. selaku Ketua Yayasan Ngudi Waluyo
2. Prof.DR.Subiyantoro, M.Hum selaku Rektor Universitas Ngudi Waluyo
3. Sigit Ambar Widyawati, SKM.,M.Kes selaku Ketua LPPM Universitas Ngudi Waluyo
4. Bidan Desa Candirejo
5. Kader kesehatan dan masyarakat Candirejo, Ungaran Barat, Kabupaten Semarang

7. DAFTAR PUSTAKA

Dhimal M, Aryal KK, Dhimal ML, Gautan I, Singh Sp, Bhusal CL dan Kuch U. 2014. Knowledge, attitude and practice Regarding Dengue Fever among the Healthy population of Highland and Lowland Communities in Central Nepal. *PLoS ONE* 9(2): e102028. Doi=10.1371/journal.pone 0102028.

Dinkes Kabupaten Semarang. 2014. Profil Kesehatan Kabupatan Semarang Tahun 2014**.**

Kemenkes RI. 2013. Pofil Kesehatan Indonesia Tahun 2013.

Notoatmodjo S. 2010. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rhineka Cipta.

Rahayu, T. 2012. Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan dan penanggulangan Penyakit Demam Berdarah di Wilayah Kerja Puskesmas Ketapang 2. Jurnal Kesehatan Masyarakat 1(2). Semarang : FKM UNDIP.

Rahmaniar Brahim, dkk, *Demam Berdarah Dengue di Indonesia 1968 – 2009*, Buletin Jendela Epidemiologi, Vol. 2, Agustus 2010, Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kemenkes RI

Shuaid F, Todd D, Stennet DC, Ehira J dan Jolly PE. 2010. Knowledge, attitude and practice regarding dengue infection in Westmoreland, Jamaica. *West Indian Med J* 59(2):139-146.

Tim Ditjen PP dan PL Depkes RI, Sejarah Pemberantasan Penyakit di Indonesia, Jakarta: Depkes RI, 2007

Triyunis Miko, dkk, *Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue*, Jakarta: Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kemenkes RI, 2011