

SKRIPSI
PERILAKU MASYARAKAT DALAM UPAYA PENCEGAHAN
PENYAKIT MALARIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS UN KOTA TUAL

MEY GUYSN EFFRUAN

K11109601



Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

JURUSAN PROMOSI KESEHATAN & ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR

2013

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mey Guysn Effruan

NIM : K111 09 601

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau karya orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti bahwa pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, Agustus 2013

Yang Membuat Pernyataan

Mey Guysn Effruan

RINGKASAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU

MEY GUYSN EFFRUAN

“PERILAKU MASYARAKAT DALAM UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT MALARIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS UN KOTA TUAL”

(xiv + 73 halaman + 6 Lampiran)

Malaria merupakan salah satu penyakit yang terbesar di beberapa wilayah dunia, dimana setiap tahunnya lebih dari 250-660 juta infeksi (kasus) dan lebih dari satu juta kematian. World Malaria Report memperkirakan kasus malaria meningkat dari 233 juta pada tahun 2000 menjadi 244 juta pada tahun 2005, tetapi menurun sampai 225 juta tahun 2009 dan 216 juta pada tahun 2010. Di Indonesia menunjukkan setiap 1000 penduduk terdapat 2 orang terkena malaria.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran perilaku masyarakat terhadap upaya pencegahan penyakit malaria di wilayah kerja Puskesmas Un, Kota Tual. Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi. Metode penentuan Informan ini yaitu didapatkan melalui informan kunci dari petugas kesehatan dan berdasarkan data cakupan penemuan dan pengobatan malaria di puskesmas Un dari bulan juni 2012 sampai maret 2013. Jumlah informan sebanyak 8 orang. Pengumpulan informasi dengan wawancara mendalam dan untuk menguji kredibilitas data yang dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui triangulasi sumber.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pencegahan pada tingkat promosi kesehatan yang pernah diterima masyarakat berupa penyuluhan kesehatan, meskipun belum maksimal secara keseluruhan karena hanya sebagian yang pernah mendapatkan penyuluhan. Pencegahan pada tingkat perlindungan khusus adalah dengan melakukan pengasapan (membakar dedaunan kering, kayu) untuk mengusir vektor nyamuk. Sedangkan penggunaan kelambu dan obat nyamuk sangat jarang dilakukan. Pencegahan pada tingkat diagnosa dini yang lebih mengarah kepada pemahaman masyarakat menemukan gejala dan pengobatan sendiri dengan membeli *paracetamol* berdasarkan pengalaman dan pengetahuan mereka. Terdapat pula yang berobat di puskesmas serta pengobatan tradisional seperti memakan daun pepaya yang sudah di goreng.

Perlu adanya penyuluhan yang dilakukan kepada masyarakat mengenai malaria ini lebih sering lagi untuk lebih menambah pengetahuan dan informasi masyarakat.

Daftar Pustaka : 51 (2000-2012)

Kata Kunci : Perilaku, Pencegahan, Malaria.

ABSTRACT

**HASANUDDIN UNIVERSITY
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
HEALTH PROMOTION AND BEHAVIORAL SCIENCES**

MEY GUYSN EFFRUAN

**“PUBLIC BEHAVIOR IN DISEASE PREVENTION MEASURES OF MALARIA
IN THE HEALTH UN TUAL”**

(xiv + 73 Page + 6 Appendix)

Malaria is one of the biggest diseases in some regions in the world, each year more than 250-660 million infections (cases) and more than one million deaths. World Malaria Report estimates that malaria cases increased from 233 million in 2000 to 244 million in 2005, but decreased to 225 million in 2009 and 216 million by 2010. Indonesia shows that every 1000 population there are 2 persons exposed to Malaria.

This research aims to describe the behavior of society towards the prevention of malaria in local clinic Un, Kota Tual. This type of research is qualitative phenomenological approach. This method of determining the informant obtained through key informants from health professionals and based on the data coverage of penemuan and treatment of malaria in health centers of Un in June 2012 until March 2013. Number of informants as many as 8 people. Collection of information with in-depth interviews and to test the credibility of the data is done by checking the data that has been obtained through triangulation of sources.

The results showed that the level of prevention in health promotion has ever received in the form of public health education, although not maximized as a whole because only a portion of which ever get counseling. Prevention at the level of special protection is to conduct fumigation (burn dry leaves, wood) in the afternoon from 17:00 to repel the mosquito vector. While the use of mosquito nets and medicines are very rare. Prevention at an early diagnosis higher levels leads to understanding of the symptoms and treatment of people find themselves with paracetamol buy based on their experience and knowledge. There is also a health center for treatment as well as traditional treatments such as eating a papaya leaf suda in cooking.

Based on the problem above, Malaria should be often outreach to the community becomes knowledge and information of society.

Bibliography : 51 (2000-2012)

Keywords : Behavior, Prevention, Malaria

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yesus Kristus atas segala rahmat dan penyertaannya kepada penulis sehingga penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini tidak terlepas dari segala kelemahan dan keterbatasan. Namun, karena adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, akhirnya penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih sebanyak-banyaknya kepada Ibu **Shanti Riskiyani, SKM, M.Kes** selaku pembimbing I dan kepada Bapak **Muhammad Arsyad Rahman, SKM, M.Kes** selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pemikirannya dalam memberi bimbingan kepada penulis dari awal hingga terselesainya skripsi ini.

Penghargaan dan ucapan terima kasih juga yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

1. Kedua orang tuaku tercinta Ayahanda **Sefnat Effruan** dan Ibunda **Martha Effruan/Urlolo** yang telah memberikan cinta, kasih sayang, dan motivasi tak henti-hentinya kepada penulis selama ini. Serta kakak-kakak dan adik-adik serta saudara-saudara tercinta (Almarhum Kaka Jimmy, Kaka nona, Kaka Ongki, Kaka Iki, Kaka Def, Cu, Agung, Mil, Elin) dan semua keluarga yang telah membantu dan memberikan dukungan kepada penulis.
2. **Bapak Ruslan, SKM., MPH** selaku penasehat akademik selama penulis mengikuti pendidikan di FKM UNHAS.
3. **Bapak Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH, Bapak Drs. H Watief A Rachman, MS** dan **Bapak Ruslan, SKM., MPH.** selaku tim penguji yang telah memberikan banyak saran dan petunjuk bagi penulis dalam penyusunan skripsi ini.
4. **Bapak Prof. Dr. dr. Alimin Maidin MPH** selaku Dekan FKM Universitas Hasanuddin Makassar, para pembantu dekan beserta staf, dosen dan seluruh pegawai yang telah memberikan bimbingan selama ini.
5. **Bapak Muh. Arsyad Rahman, SKM M,Kes** selaku ketua jurusan PKIP beserta staf yang banyak memberikan bimbingan selama mengikuti pendidikan.

6. Pegawai jurusan PKIP (ka'Ati) untuk segala bantuan dan dukungan kepada penulis selama penyusunan skripsi.
7. Kepada Kepala Kesbang dan Linmas Kota Tual, Kepala Dinas Kesehatan Kota Tual dan Kepala Puskesmas Un Kota Tual beserta staf yang telah bersedia menerima dan membantu dalam penelitian ini.
8. Informan yang telah meluangkan waktu dan bersedia untuk di wawancarai.
9. Sahabatku tersayang Wasa, Tere, Ina, Jullen, Jun Patty, Ayu, Rahma dan Kanda Fandi serta Teman-teman seperjuangan teman-teman "Galeter" angkatan 09 jurusan PKIP maupun jurusan lain yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis selama ini dan Semua pihak yang tidak sempat disebut namanya.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran dan kritikan yang sifatnya membangun semangat penulis harapkan.

Makassar, Agustus 2013

Mey Guysn Effruan

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iv
RINGKASAN.....	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian.....	10
D. Manfaat Penelitian.....	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Malaria	13
B. Tinjauan Umum Tentang Pencegahan Malaria	21
C. Tinjauan Umum Tentang Tingkat Pencegahan Penyakit	24
D. Tinjauan Umum Tentang Upaya pencegahan Tingkat Promosi Kesehatan	26
E. Tinjauan Umum Tentang Upaya Pencegahan Tingkat Perlindungan Khusus	28
F. Tinjauan Umum Tentang Upaya Pencegahan Tingkat Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera	29
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti.....	31
B. Pola Pikir Variabel Yang Diteliti.....	32
C. Definisi Konsep	33
BAB IV METODE PENELITIAN	

A. Jenis Penelitian	35
B. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	35
C. Informan Penelitian	36
D. Instrumen Penelitian	38
E. Teknik Pengumpulan Data	39
F. Uji Keabsahan Data	40
G. Pengolahan dan Analisis Data	40
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian.....	41
B. Pembahasan	55
C. Hambatan – Hambatan	71
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	72
B. Saran	73
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Karakteristik Informa	42
-----------	-----------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Tabel 3.1	Adaptasi teori leavel and clark (1965) dalam Soekidjo, 2007	32
-----------	---	----

DAFTAR LAMPIRAN

1. Pedoman Wawancara
2. Lembar Persetujuan Informan
3. Matriks Metode Pengumpulan Data
4. Karakteristik informan
5. Persuratan
6. Daftar riwayat hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Protozoa parasit* yang merupakan golongan *Plasmodium* yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia penyakit ini secara alami ditularkan melalui gigitan nyamuk *Anopheles*. Malaria merupakan salah satu penyakit yang terbesar di beberapa wilayah dunia, umumnya tempat-tempat yang rawan malaria terdapat pada negara-negara berkembang dimana tidak memiliki tempat penampungan atau penampungan air yang cukup, sehingga menyebabkan air menggenang dan dapat dijadikan sebagai tempat ideal nyamuk untuk bertelur.

Menurut laporan World Malaria Report Tahun 2011, malaria lazim di 106 negara di dunia tropis dan semi tropik (Afrika; Amazon, Amerika Tengah dan Asia Selatan, Tengah dan Asia Tenggara; Pasifik) yang merupakan rumah bagi lebih dari setengah penduduk dunia. Pada sebagian besar daerah, malaria merupakan masalah abadi. Perkiraan beban malaria bervariasi. Setiap tahun, malaria dilaporkan menyebabkan lebih dari 250-660 juta infeksi (kasus) dan lebih dari satu juta kematian (kebanyakan diantaranya anak-anak Afrika). Namun, World Malaria Report memperkirakan bahwa jumlah kasus malaria meningkat dari 233 juta pada tahun 2000 menjadi 244 juta pada tahun 2005, tetapi menurun sampai 225 juta tahun 2009 dan 216 juta pada tahun 2010. Menurut laporan yang sama, jumlah kematian karena malaria menurun dari 985.000 di tahun 2000 menjadi 781.000 pada tahun 2009 dan 655.000 pada tahun 2010 (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

Target yang ditetapkan oleh World Health Assembly dan Kemitraan Roll Back Malaria (RBM) untuk mengurangi jumlah kasus dan kematian akibat malaria yang tercatat pada tahun 2000 sebesar 50% atau lebih pada akhir tahun 2010 dan sebesar 75% atau lebih pada tahun 2015 belum tercapai. Sebaliknya, selama 35 tahun terakhir, kejadian malaria telah meningkat 2-3-kali lipat dan kebangkitan ini terus datang dari beberapa faktor seperti melemahnya sistem kesehatan masyarakat di beberapa negara miskin, kemiskinan berlanjut dan ketidakstabilan politik

resistensi obat terhadap parasit, resistensi nyamuk terhadap insektisida, perubahan iklim global, pergerakan atau migrasi penduduk ke daerah malaria, perubahan praktek pertanian termasuk pembangunan bendungan dan irigasi, penggundulan hutan (Malaria Site, Kementerian Kesehatan RI, 2012).

Data WHO menyebutkan Tahun 2010 tercatat 544.470 kasus malaria di Indonesia, dimana tahun 2009 terdapat 1.100.000 kasus klinis dan tahun 2010 meningkat lagi menjadi 1.800.000 kasus dan telah mendapat pengobatan. Pada tahun 2011, jumlah kasus malaria di Indonesia sebanyak 256.592 orang dari 1.322.451 kasus malaria yang diperiksa sampel darahnya dengan tingkat kejadian tahunan 1,75/1000 penduduk. Artinya, setiap 1000 penduduk terdapat 2 orang terkena malaria (Dirjen PP&PL Depkes RI, 2011).

Menurut hasil survey Kesehatan Rumah Tangga (Tahun,2011), terdapat 15 juta kasus malaria dengan 38 ribu kematian setiap tahunnya. Diperkirakan 70% penduduk Indonesia tinggal di daerah yang berisiko tertular malaria. Dari 484 kabupaten atau kota merupakan daerah endemis malaria

Penyakit malaria juga membawa dampak kerusakan ekonomi yang signifikan. Penyakit malaria dapat menghabiskan sekitar 40% biaya anggaran belanja Kesehatan masyarakat (ABKN) dan menurunkan sebesar 1.3 % produk domestic bruto (PDB) khususnya di Negara-negara dengan tingkat penularan tinggi (WHO 2010).

Dalam Undang-undang Kesehatan No 36 tahun 2009 Pasal 1 ayat 11 dan 12 bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promosi), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, dilanjutkan dengan Pasal 1 ayat 16 dijelaskan bahwa Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggung jawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

Annual parasit incidence (API) nasional tahun 2009 adalah 1.85% dengan kisaran provinsi 0,02 – 27,66%. Angka ini jauh menurun dibandingkan API tahun 1990 yaitu 4,68%. Dihubungkan dengan target pencapaian Millenium Devoloment Goals (MDGs), angka API 2009 sudah memenuhi target. Kasus malaria klinis tahun 2009 di Indonesia dilaporkan sebanyak 1.143.024 kasus. Sebesar 75,5% dari kasus tersebut diperiksa sedian darahnya, dan dihasilkan 23,1% sedian darah yang positif. Upaya pengendalian malaria untuk wilayah di luar Jawa-Bali menggunakan Annual Malaria Incidence (AMI). Pada tahun 2005 AMI di luar Jawa-Bali sebesar 24,75%. Angka ini terus turun hingga 12,27% pada tahun 2009. Namun, pada tahun 2004-2009 pencapaian AMI masih belum menuhi target, karena pada kurun waktu tersebut AMI berda di atas target yang telah ditentukan.

Kawasan Indonesia Timur sebagian besar dilanda penyakit Malaria yang sering terjadi kejadian luar biasa (KLB). Pada tahun 2008, Annual Malaria Incidence (AMI) tertinggi adalah di Papua Barat yaitu sebesar 167,47% , Papua 84,74% dan Maluku 51,42%. Penyakit Malaria ditularkan dari orang ke orang oleh nyamuk Anopheles yang membawa parasit malaria atau plasmodium. Gejala malaria berupa demam, menggil, dan berkeringat (trias malaria), biasanya disertai diare, mual, muntah, sakit kepala, nyeri otot, atau pegal-pegal (malaria tanpa komplikasi). Tetapi dapat juga ditemukan keadaan yang lebih berat, seperti gangguan kesadaran, kejang, panas yang sangat tinggi, mata dan kulit kuning, perdarahan di hidung, gusi dan saluran pencernaan, nafas cepat atau sesak, warna air seni seperti teh tua sampai kehitaman, telapak tangan sangat pucat (malaria komplikasi). Pada anak-anak cepat menjadi gawat hingga koma dan meninggal. Anak balita rentan tertular malaria karena daya tahan yang kurang (Kemenkes RI, 2010).

Salah satu propinsi di Indonesia Timur yang masih merupakan daerah endemis malaria adalah Propinsi Maluku. Maluku merupakan daerah yang endemis malaria dan masih menjadi permasalahan kesehatan Masyarakat itu sendiri. AMI (Annual Malaria Incidence) Tahun 2006 adalah Sebesar 15.35% dan tahun 2007 sebesar 28.51%, tahun 2008 adalah 39.56%. sedangkan Annual Parasite Insidence (API) di Maluku tahun 2006 adalah mencapai 21.258 dan tahun 2007 mencapai 39.488 dan

tahun 2008 mencapai 67.283 kejadian. Hal ini menunjukkan peningkatan yang cukup tinggi di Maluku (Kementrian Kesehatan ,RI 2010).

Kasus Malaria di Provinsi Maluku yang tergolong daerah endemis malaria tinggi tahun 2009 tercatat malaria klinis 31.511 kasus dengan *Annual Malaria Incidence* (AMI : 22,3 %) dan malaria positif sebanyak 9.872 kasus dengan *Annual Parasite Incidence* (API : 7,0 %), Pada tahun 2010 meningkat sebanyak 57.196 kasus dengan AMI 37,0 % dan malaria positif sebanyak 16.131 kasus dengan API 10,4 %. Sedangkan pada tahun 2011 terjadi penurunan menjadi malaria klinis 45.740 kasus dengan AMI 30,5 % dan malaria positif 13.691 kasus dengan API 9,1 % (Bagian P2B Dinas Kesehatan Provinsi Maluku).

Kota Tual ini merupakan daerah endemis malaria pada tahun 2010 API Malaria sebesar 5, 6 per 1000 penduduk maka Kota Tual termasuk kategori Daerah Endemis Berat, di tahun 2009 di temukan penderita dengan gejala klinis sebanyak 890 kasus, yang positif malaria dan mendapat penanganan sebesar 23, 8% angka kesekitan Malaria sebesar 16, 41 per 1000 penduduk. yang dinyatakan Malaria positif dengan angka Kesakitan Malaria sebesar 5, 6 per 1000 panduduk, maka penyakit malaria yang terjadi di Kota Tual menjadi permasalahan kesehatan masyarakat (Dinas Kesehatan Kota Tual 2010).

Berdasarkan data Profil Kesehatan Kota Tual Tahun 2010, jumlah penduduk yang memanfaatkan fasilitas kesehatan puskesmas pada tahun 2010 yaitu kunjungan rawat jalan puskesmas sebesar 95,8%, Rawat inap sebesar 0,2%. Gambara 10 Pola penyakit terbanyak yang ada di puskesmas Un tahun 2012 adalah *Infeksi Saluran Pernafasan Atas* (ISPA) , Penyakit pada system otot dan jalinagan pengikat, Gastritis, Penyakit Kulit Infeksi, Penyakit Kulit Elrgi, Diare, Hypertensi, Caries Gigi, Asma, dan Malaria Klinis dengan jumlah tenaga kesehatan yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan sebanyak 220 orang. Proporsi jumlah tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk yang begitu banyak belum memadainya jumlah tenaga kesehatan dan semakin tersedianya tempat-tempat untuk melakukan pengobatan sendiri seperti warung, toko obat dan apotek, akan semakin memberi peluang masyarakat Kota Tual untuk melakukan pengobatan sendiri (Dinas Kesehatan Kota Tual 2010).

Puskesmas Un terletak di kelurahan Lodar El Kecamatan Pulau Dullah Selatan Kota Tual dengan batas wilayah sebelah utara berbatasan dengan desa Fiditan, sebelah selatan berbatasan dengan desa Tual, sebelah timur berbatasan dengan desa Ohoitel, sebelah barat berbatasan dengan desa atau kelurahan Ohoijang. Cakupan wilayah kerja Puskesmas Un terbagi atas tiga desa atau kelurahan yaitu, kelurahan Lodar El dengan luas wilayah 458,84 km² yang terdiri dari 5 dusun dan 18 RT dengan jumlah jiwa 6917 jiwa, Kelurahan Kesoblak dengan luas wilayah 56,39 km² yang terdiri dari 3 RW dan 16 RT dengan jumlah jiwa 6255 jiwa, dan Desa Taar dengan luas wilayah 3.550,92 km² dengan jumlah jiwa 2777 jiwa. Total luas wilayah kerja puskesmas Un 4.066, 92 km² dengan total jumlah dusun atau RT sebanyak 8 RW dan 34 RT dan total jumlah jiwa sebanyak 15. 949 jiwa. Namun tidak menutup kemungkinan masih adanya penderita dari desa maupun kelurahan di sekitar wilayah kerja Puskesmas Un yang datang untuk melakukan pengobatan (Puskesmas Un, Kota Tual 2011).

Berdasarkan data cakupan penemuan dan pengobatan malaria di puskesmas Un dengan metode pemeriksaan *Mikroskopis* dan *Rapid Diagnostic Test (RDT)*, ditemukan yang melakukan pemeriksaan pada tahun 2010 sebanyak 437 pasien dan yang positif malaria 140 kasus, pada tahun 2011 terjadi penurunan hingga 2012 di bandingkan pada tahun 2010 yang jumlah penderita begitu banyak. Di tahun 2011 yang melakukan pemeriksaan malaria sebanyak 296 pasien dan yang positif malaria 21 kasus dan pada tahun 2012 yang melakukan pemeriksaan malaria sebanyak 101 pasien yang positif malaria 13 kasus. Berdasarkan hasil klasifikasi umur kebanyakan diderita oleh anak-anak di bawah usia 9 tahun dan diatas >15 tahun dan penderita yang terbanyak yaitu *Plasmodium vivax (Tersiana)* kemudian *Plasmodium falciparum (Tropica)*, (Puskesmas Un, Kota Tual 2012).

Menurut hasil penelitian Marinda (2010) di Dusun Olas Wilayah Kerja Puskesmas Tanah Goyang Kabupaten Seram Bagian Barat Provinsi Maluku menunjukkan pengetahuan berhubungan dengan kejadian malaria. Pengetahuan yang kurang, sikap yang negatif dan tindakan yang kurang baik, saling berinteraksi dan sangat menentukan tingginya kejadian malaria dalam masyarakat yang ada di daerah tersebut. Penelitian di atas didukung juga oleh penelitian oleh Yahya, dkk

(2005), tentang Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Terhadap Malaria pada Anak di Kecamatan Sungai Liat Kabupaten Bangka, menyimpulkan bahwa pengetahuan ibu yang rendah dan sikap ibu yang kurang merupakan faktor terpenting dalam peningkatan kejadian malaria pada daerah tersebut, walaupun perilaku ibu tentang malaria termasuk kategori baik. Peningkatan kasus malaria juga berkaitan kondisi lingkungan sekitar rumah yang mendukung perindukan nyamuk yaitu ada tidaknya tempat perindukan dan persinggahan nyamuk disekitar rumah (Wahyuningtyas, 2011).

Kejadian malaria bukan hanya dipandang dari sekedar sakit atau tidak sakit dalam suatu komunitas masyarakat, tetapi harus dipandang secara lebih luas baik dari segi pencegahan maupun pengobatan terhadap penyakit ini sendiri. Untuk itu, masyarakat harus tetap melakukan upaya-upaya yang berorientasi pada pencegahan akan penyakit ini seperti upaya-upaya promotif dan preventif agar masyarakat turut merasa terlibat dalam upaya mencegah permasalahan kesehatan misalnya dengan melakukan upaya-upaya pencegahan yang dikemukakan oleh Leavel and Clark dalam Five level prevention.

Perilaku yang berhubungan dengan kejadian malaria itu bisa dilihat dari segi tindakan yang diambil untuk mencegah kejadian malaria itu sendiri seperti memperhatikan tempat-tempat yang mudah menjadi sarang nyamuk, dan membantu mengurangi terpapar dari gigitan nyamuk. Namun selain itu, dari segi promotif dapat melakukan penyuluhan kesehatan yang dilakukan petugas kesehatan atau pemegang program pemberantasan malaria untuk dapat lebih menambah pengetahuan masyarakat tentang malaria itu sendiri.

Bentuk peran serta masyarakat juga merupakan salah satu upaya pencegahan permasalahan kesehatan yang paling efektif, karena untuk mencapai masyarakat yang sehat, peran masyarakat dapat membantu menunjang tercapainya status derajat kesehatan yang optimal. Upaya-upaya yang dapat dilakukan masyarakat dalam perannya mencegah permasalahan kesehatan seperti mencegah meningkatnya prevalensi kejadian malaria misalnya dengan mengurangi kebiasaan-kebiasan atau perilaku yang berhubungan dengan kejadian malaria dan melakukan perlindungan-pelindungan khusus. Kebiasaan masyarakat berada di luar rumah pada malam hari

sangat mempengaruhi resiko untuk terpaparnya penyakit malaria karena nyamuk *Anopheles* lebih senang mengigit pada malam hari. Kebiasaan masyarakat di Kota Tual biasanya suka berkumpul sambil berbincang-bincang di luar rumah pada malam hari dan menonton televisi sampai larut malam dan pada mereka yang tidak memiliki pesawat televisi sendiri biasanya menunggu dan menonton tv di luar rumah tengganya.

Berdasarkan data-data tentang kejadian malaria dan hasil penelitian yang dilakukan sebelumnya, maka dapat dikatakan bahwa upaya pencegahan bukan hanya dilakukan oleh pemerintah, akan tetapi masyarakat juga harus melakukan pencegahan-pencegahan yang berbasis untuk melindungi diri sendiri dan keluarga.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dirumuskan masalah yaitu :
“Perilaku masyarakat dalam upaya Pencegahan penyakit malaria di wilayah Kerja Puskesmas Un Kota Tual.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum.

Untuk mengetahui gambaran perilaku masyarakat terhadap upaya pencegahan penyakit malaria di wilayah kerja Puskesmas Un, Kota Tual.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengkaji cara mendalam tentang upaya promosi kesehatan dalam pencegahan penyakit malaria.
- b. Untuk mengkaji secara mendalam tentang upaya perlindungan khusus yang dilakukan dalam pencegahan penyakit malaria.
- c. Untuk mengkaji secara mendalam tentang upaya diagnosis dini dan pengobatan segera yang dilakukan dalam pencegahan terhadap penyakit malaria.

D. Manfaat penelitian.

1. Manfaat bagi masyarakat

Menambah pengetahuan bagi masyarakat mengenai perilaku masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit malaria, sehingga masyarakat dapat melakukan upaya preventif terhadap penyakit malaria ini.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini merupakan salah satu sumber informasi bagi Dinas kesehatan Kota Tual, dan puskesmas Un untuk menentukan arah kedepan dalam Upaya pencegahan Penyakit malaria.

3. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya ilmu pengetahuan serta bisa menjadi salah satu bahan acuan bagi peneliti lainnya yang akan meneliti dibidang yang sama tentang penyakit malaria.

4. Manfaat bagi Peneliti

Merupakan penghargaan bagi peneliti serta sebagai tambahan pengalaman ilmiah dan menambah wawasan pengetahuan peneliti tentang perilaku penderita malaria terhadap upaya pencegahan penyakit malaria di puskesmas Un, Kota Tual.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan umum tentang penyakit malaria

1. Pengertian malaria

Penyakit Malaria sudah dikenal sejak lama . Kata Malaria berasal dari bahasa italia dari 2 suku kata yaitu “Mal” yang artinya buruk dan “Aria” yang artinya udara sehingga malaria berarti udara buruk (Bad Air). Hal ini disebabkan karena malaria dahulu banyak terdapat di daerah rawa-rawa dan berbau busuk. (Prabowo 2004).

Malaria adalah salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi protozoa (parasit) dari *genus plasmodium* yang dapat dengan mudah dikenali dari gejala malaria meriang (panas, dingin dan menggigil) serta demam berkepanjangan. Penyakit ini menyerang manusia dan juga sering ditemukan pada hewan berupa burung, kera, dan primate lainnya (Achmadi,2008). Malaria pada manusia disebabkan oleh *P. malariae*, *P. vivax*, dan *P. Ovale*. Pada tubuh manusia, parasit membelah diri dan bertambah banyak di dalam hati dan kemudian menginfeksi sel darah merah (Depkes RI, 2008).

Menurut Hiporactes (460 SM-377 SM), menyebutkan sebagai “Malaria” atau udara buruk, sehingga penderita menggigil karenanya. Penderita umumnya tinggal di daerah rawa-rawa yang mengeluarkan gas-gas yang berbau busuk, sehingga sebagian besar masyarakat pada zamannya menduga atau percaya bahwa udara buruk sekitar rawa menjadi penyebab malaria (Achmadi, 2005).

Pada tahun 1897 Dr. Ronald Ross, akhirnya menemukan penyebab sebenarnya dari malaria bukanlah disebabkan oleh udara kotor tetapi akibat gigitan nyamuk Anopheles, yang secara teoritis cukup dengan satu kali gigitan nyamuk anopheles itu seseorang sudah dapat terjangkit dengan penyakit malaria. (Ndoen,2006).

2. Penyebab Malaria

Malaria ditularkan melalui nyamuk *Anopheles* betina genus *Plasmodium*, spesies *Anopheles* (*aconitus*, *sundaicus*, *balabacensis*, *vagus*, dan lain-lain). Pada manusia terdapat empat spesies dari genus *Plasmodium* (Soegijanto, 2004) yaitu :

1) *Plasmodium Falciparum*

Penyebab dari malaria falciparum atau malaria tertiana yang maligna (ganas) atau juga sering disebut malaria tropika yang sering menyebabkan demam setiap hari.

2) *Plasmodium vivax*

Penyebab dari malaria vivax atau disebut juga malaria tertian beligna (jinak).

3) *Plasmodium malarie*

Penyebab malaria quartana atau malaria malariae.

4) *Plasmodium ovale*

Penyebab dari malaria ovale. Jenis ini jarang sekali dijumpai di Indonesia, karena umumnya banyak kasusnya terjadi di Afrika dan Pasifik Barat. Untuk *Anopheles* telah ditemukan 400 spesies, 80 spesies diantaranya terbukti sebagai vektor malaria, dan 24 diantaranya ditemukan di Indonesia. *Anophles* memiliki empat tahap dalam siklus hidupnya yaitu telur, larva, kepompong, dan nyamuk dewasa. Telur, larva dan kepompong berda dalam air 5-14 hari. Nyamuk *Anopheles* dewasa adalah vector penyebab malaria. Nyamuk betina dapat bertahan hidup selama sebulan.

3. Siklus hidup nyamuk malaria

Siklus hidup nyamuk malaria terbagi atas dua fase atau siklus yaitu fase atau siklus aseksual atau yang sering dikenal sebagai schizogoni dan fase atau siklus seksual atau yang dikenal sebagai sporogoni.

1) Fase aseksual (*fase schizogoni*)

a. Stadium hati

Stadium ini dimulai ketika nyamuk *Anopheles* betina menggigit manusia dan memasukkan sporozoit yang terdapat pada air liurnya ke dalam darah manusia sewaktu menghisap darah. Dalam waktu yang

singkat ($\pm \frac{1}{2}$ -1 jam) semua sporozoit menghilang dari peredaran darah masuk ke dalam sel hati dan segera menginfeksi sel hati. Selama 5-16 hari dalam sel-sel hati (*hepatosis*) sporozoit membela diri secara aseksual, dan berubah menjadi sizon kriptosik dalam sel hati menjadi menjadi matang, bentuk ini bersama sel hati yang diinfeksi akan pecah dan mengeluarkan 5.000-30.000 merozoit tergantung spesiesnya yang segera ke sel-sel darah merah.

b. Stadium darah

Siklus di darah dimulai dengan keluarnya dari merozoit dari sizon matang di hati ke dalam sirkulasi dan berubah menjadi trofozoit dewasa dan selanjutnya membela diri menjadi sizon. Sizon yang sudah matang dengan merozoit-merozoit di dalamnya dalam jumlah maksimal tertentu tergantung dari spesiesnya, pecah bersama sel darah yang diinfeksi dan merozoit-merozoit yang dilepas itu kembali menginfeksi ke sel-sel darah merah tadi untuk mengulang siklus tadi

2) Fase Seksual (*fase sporogoni*)

Setelah siklus schizogoni darah berulang beberapa kali, beberapa merozoit tidak lagi menjadi sizon, tetapi berubah menjadi gametosit dalam sel darah merah, yang terdiri dari gametosit jantan dan betina. Jika gametosit yang matang diisap oleh nyamuk *Anopheles*, maka didalam lambung nyamuk terjadi proses ekflagelasi gametosit jantan yang bergerak aktif mencari sel gamet betina. Selanjutnya pembuahan terjadi antara satu sel gamet jantan (*mikrogamet*) dan satu sel gamet betina (*mikrogamet*) menghasilkan zigot dengan bentuknya yang memanjang lalu berubah menjadi ookinet yang bentuknya vermiformis dan bergerak aktif menembus mukosa lambung. Didalam dinding lambung paling luar ookinet mengalami pembelahan inti menghasilkan sel-sel yang memenuhi kista yang membungkusnya disebut ookista. Di dalam ookista dihasilkan puluhan ribu sporozoit, menyebabkan ookista pecah dan menyebarkan sporozoit-sporozoit yang berbentuk seperti rambut keseluruh bagian rongga badan nyamuk (*hemosel*) dan dalam beberapa jam saja menumpuk di dalam

kelenjar ludah nyamuk. Sporozoit bersifat infeksiif bagi manusia jika masuk ke peredaran darah.

4. Penularan Malaria

Penyakit malaria dikenal ada berbagai cara penularan :

a. Penularan secara alamiah (*natural infection*)

Penularan ini terjadi melalui gigitan nyamuk anopheles betina yang infeksiif. Nyamuk ini menggigit orang sakit malaria yang kemudian parasit dari ikut terhisap bersama dengan darah penderita malaria. Kemudian nyamuk tersebut menggigit orang sehat dan melalui gigitan tersebut parasit ditularkan ke orang lain.

b. Penularan yang tidak alamiah

1) Malaria bawaan (*congenital*)

Terjadi pada bayi yang baru dilahirkan karena ibunya menderita malaria, penularan terjadi melalui tali pusat atau plasenta.

2) Secara mekanik

Penularan terjadi melalui transfuse darah atau melalui jarum sunti. Penularan melalui jarum suntik yang tidak steril lagi. Cara penularan ini pernah dilaporkan terjadi disalah satu rumah sakit di Bandung pada tahun 1981, pada penderita yang dirawat dan mendapatkan suntikan intra vena dengan menggunakan alat suntik yang dipergunakan untuk menuntik beberapa pasien, dimana alat suntik itu seharusnya dibuang sekali pakai (*disposable*).

3) Secara Oral (Melalui Mulut)

Cara penularan ini pernah dibuktikan pada burung, ayam (*P.gallinasium*) burung dara (*P.relection*) dan monyet (*P.knowlesi*). Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya penularan alamiah seperti adanya gametosi pada penderita, umur nyamuk kontak antara manusia dengan nyamuk dan lain-lain.

5. Gejala Klinis Malaria

Secara klinis, gejala dari penyakit malaria terdiri atas beberapa serangan demam dengan interval tertentu yang diselingi oleh suatu periode dimana penderita bebas sama sekali dari demam. Gejala klinis malaria antara lain sebagai berikut:

- a) Badan terasa lemas dan pucat karena kekurangan darah dan berkeringat, nafsu makan menurun.
- b) Mual-mual kadang-kadang diikuti muntah.
- c) Sakit kepala yang berat, terus-menerus, khususnya pada infeksi dengan *Plasmodium Flaciparum*.
- d) Dalam keadaan menahun (Kronis) gejala diatas, disertai pembesaran limpa
- e) Malaria berat, seperti gejala diatas disertai kejang-kejang dan penurunan.
- f) Pada anak, makin muda usia makin tidak jelas gejala klinisnya tetapi yang menonjol adalah mencret (Diare) dan pucat karena kekurangan darah (*Anemia*) serta adanya riwayat kunjungan ke atau berasal dari daerah malaria.

Berat ringannya manifestasi malaria tergantung jenis plasmodium yang menyebabkan infeksi. Untuk *P. falciparum* demam tiap 24-48 jam, *P. Vivax* demam tiap hari ke -4 dan *P. ovale* memberikan infeksi yang paling ringan dan sering sembuh spontan tanpa pengobatan.

Harijanto (2000) menyebut gejala-gejala umum sebagai "trias malaria" (malaria proksim). Serangan malaria biasanya berlangsung selama 6-10 jam secara berurutan tiga tingkatan tersebut adalah sebagai berikut :

1) Stadium dingin (*Cold Stage*)

Stadium ini mulai dengan menggigil dan perasaan yang sangat dingin. Gigi gemeretak dan penderita biasanya menutup tubuhnya dengan segala macam pakian dan selimut yang tersedia. Nadi cepat tetapi lemah, bibir dan jari jemarinya pucat kebiru-biruan (sianoti), kulit kering dan pucat. Penderita mungkin muntah dan pada anak-anak sering terjadi kejang. Stadium ini berlangsung antara 15 menit sampai 1 jam diikuti dengan meningkatkannya temperatur.

2) Stadium panas (*Hot Stage*)

Setelah merasa kedinginan, pada stadium ini penderita merasa kepanasan. Muka merah, kulit kering dan terasa sangat panas seperti terbakar, sakit kepala dan muntah sering terjadi, nadi menjadi kuat lagi. Biasanya penderita merasa sangat haus dan suhu badan dapat meningkat sampai 41°C atau lebih. Stadium ini berlangsung antara 2 sampai 4 jam dengan keadaan berkeringat. Demam disebabkan oleh pecahnya skizon darah yang telah matang dan masuknya morozoit darah ke dalam aliran darah.

Pada *P. vivax* dan *P. ovale* skizon-skizon dari setiap generasi menjadi matang setiap 48 jam sekali sehingga demam timbul setiap tiga hari terhitung dari serangan demam sebelumnya. Nama malaria tertiana bersumber dari fenomena ini. Pada *P. malaria*, fenomena tersebut 72 jam sehingga disebut malaria *P. vivax* atau *P. ovale*, hanya interval demamnya tidak jelas. Serangan demam diikuti oleh periode laten yang lamanya tergantung pada proses pertumbuhan parasit dan tingkat kekebalan yang kemudian timbul pada penderita.

3) Stadium Berkeringat (*Sweating Stage*)

Pada stadium ini penderita berkeringat mulai dari temporal, diikuti seluruh tubuh sampai basah, temperatur turun, penderita merasa lemah dan sering tertidur dan pada saat terbagun akan merasa lemah tetapi tidak ada gejala lain. Stadium ini berlangsung selama 2 sampai 4 jam. Setelah serangan panas pertama terlewati, terjailah interval bebas panas selama 48 – 72 jam, lalu diikuti dengan serangan panas berikutnya seperti panas pertama dan kemudian selanjutnya.

B. Tinjauan umum tentang pencegahan penyakit malaria

Berbagai usaha dan upaya dapat dilakukan untuk mengurangi kejadian malaria. Usaha-usaha pencegahan yang biasa dilakukan untuk mencegah penyakit malaria menurut Prabowo (2004) adalah sebagai berikut :

1. Menghindari gigitan nyamuk malaria

Di daerah yang jumlah penderitanya sangat banyak, tindakan untuk menghindari gigitan nyamuk sangat penting. Di daerah pedesaan atau pinggiran kota yang banyak sawah, rawa-rawa, atau tambak ikan (tempat ideal untuk perindukan nyamuk malaria), disarankan untuk memakai baju lengan panjang dan celana panjang saat keluar rumah, terutama pada malam hari. Biasanya nyamuk malaria mengigit pada malam hari.

2. Membunuh jentik dan nyamuk malaria dewasa

Untuk membunuh jentik dan nyamuk malaria dewasa, dapat dilakukan beberapa tindakan yaitu penyemprotan rumah, *larvaciding* atau penyemprotan rawa yang berpotensi sebagai tempat perindukan nyamuk malaria dan *biological control* atau kegiatan penebara ikan kepala timah dan ikan Guppy atau Wader cetul (*Lebistus reticulates*) pada genangan air yang mengalir dan persawahan. Ikan-ikan tersebut berfungsi sebagai pemangsa jentik-jentik nyamuk malaria.

3. Mengurangi tempat perindukan nyamuk malaria

Di daerah endemis malaria, masyarakat perlu menjaga kebersihan lingkungan. Tambak ikan yang kurang terpelihara harus dibersihkan, parit-parit di sepanjang pantai bekas galian yang terisi air payau harus ditutup, bekas roda yang tergenang air atau bekas jejak kaki hewan pada tanah berlumpur yang berair harus segera ditutup untuk mengurangi tempat perkembangbiakan larva nyamuk malaria.

4. Pemberian obat pencegahan malaria

Pemberian obat pencegahan (*profilaksis*) malaria bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi serta timbulnya gejala-gejala penyakit malaria. Orang yang akan berpergian ke daerah-daerah endemis malaria harus minum obat anti malaria sekurang-kurangnya seminggu sebelum keberangkatan sampai empat minggu setelah orang tersebut meninggalkan daerah endemis malaria.

5. Pemberian vaksin malaria

Pemberian vaksin malaria merupakan tindakan yang diharapkan dapat membantu mencegah infeksi malaria sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan angka kematian akibat infeksi malaria.

Keberhasilan upaya pencegahan dan pengobatan penyakit tergantung pada kesediaan orang yang bersangkutan untuk melaksanakan dan menjaga perilaku sehat. Mantra, 1997 (dalam A. Arsunan Arsin, 2012) membedakan perilaku individu atas 3 jenis yaitu, perilaku ideal (*ideal behavior*), perilaku sekarang (*current behavior*) dan perilaku yang diharapkan (*expected behavior*).

Bentuk perilaku ideal yang berkaitan dengan pencegahan malaria pada individu atau keluarga disuatu daerah endemis adalah sebagai berikut.

- a. Malam hari berada didalam rumah dan bila keluar rumah selalu memakai obat anti nyamuk oles (*repellent*) atau menggunakan pakian yang tertutup.
- b. Menggunakan obat anti nyamuk atau kelambu waktu tidur malam.
- c. Tidak menggantungkan pakian bekas di dalam kamat atau rumah.
- d. Mengupayakan keadaan dalam rumah tidak gelap dan lembab dengan memasang genting kaca dan membuka jendela pada siang hari.
- e. Memasang kawat kasa di semua lubang atau ventilasi dan jendela untuk mencegah nyamuk masuk ke dalam rumah.
- f. Membuang air limbah di saluran air limbah agar tidak menyebabkan genangan air yang menjadi tempat berkembang biakan nyamuk.
- g. Melestarikan hutan bakau di rawa-rawa sepanjang pantai.
- h. Menjauhkan kandang ternak dari rumah atau tempat tinggal.
- i. Membunuh jentik nyamuk dan menebarkan ikan pemakan jentik (kepla timah, gupi, mujair) pada mata air, saluran irigasi tersier, sawah, anak sungai yang dangkal, rawa-rawa pantai dan tambak ikan yang tidak terpelihara.
- j. Merawat tambak-tambak ikan dan membersihkan lumut yang ada di permukaan secara teratur.

C. Tinjauan tentang tingkat pencegahan penyakit

Melakukan upaya pencegahan merupakan salah satu upaya kegunaan pengetahuan riwayat alamiah penyakit yang kita miliki seperti melakukan Five Level Prevention yang dikemukakan oleh Leavel and Clark (dalam Soekidjo,

2007) dimensi tingkat pelayanan kesehatan, promosi kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) yaitu:

1. Promosi kesehatan (*Health promotion*)

Dalam tingkat ini promosi kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan misi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan, kesehatan perorangan, dan sebagainya.

2. Perlindungan khusus (*Specific protection*)

Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini, promosi kesehatan sangat diperlukan terutama di negara-negara berkembang. Hal ini karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai cara perlindungan terhadap penyakit pada orang dewasa maupun pada anak-anaknya, masih rendah.

3. Diagnosis dini dan pengobatan *segera* (*Early diagnosis and prompt treatment*)

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka penyakit-penyakit yang terjadi dalam masyarakat sering sulit terdeteksi. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan masyarakat yang layak. Oleh sebab itu, promosi kesehatan sangat diperlukan dalam tahap ini.

4. Pembatasan cacat (*Disability Imitation*)

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, sering mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan yang bersangkutan menjadi cacat atau memiliki ketidakmampuan untuk melakukan sesuatu. Oleh karena itu, promosi kesehatan juga diperlukan dalam tahap ini.

5. Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut diperlukan latihan-latihan

tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, maka ia tidak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Di samping itu orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit merasa malu untuk kembali kemasyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu, jelas promosi kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang yang cacat tersebut, tetapi juga untuk masyarakat.

D. Tinjauan Umum Tentang Promosi kesehatan (*Health promotion*)

Promosi kesehatan memasarkan atau menjual atau memperkenalkan pesan-pesan atau upaya-upaya kesehatan, sehingga masyarakat membeli atau menerima perilaku kesehatan atau mengenal pesan kesehatan tersebut sehingga mau berperilaku hidup sehat.

Tujuan promosi kesehatan adalah membuat orang lain mampu meningkatkan kontrol dan memperbaiki kesehatan masyarakat dengan basis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri (*self empowerment*). Jadi, promosi kesehatan lebih ditujukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap masalah kesehatan. Promosi kesehatan pada tingkat ini dilakukan tindakan umum untuk menjaga keseimbangan proses bibit penyakit-pejamu-lingkungan, sehingga dapat menguntungkan manusia dengan cara meningkatkan daya tahan manusia dan memperbaiki lingkungan. Tindakan ini dilakukan pada seseorang yang sehat. Ruang lingkup promosi kesehatan diantaranya sebagai berikut :

1. Promosi kesehatan mencakup pendidikan kesehatan (*health education*) yang penekanannya pada perubahan atau perbaikan perilaku melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan.
2. Promosi kesehatan mencakup pemasaran sosial (*social marketing*) yang penekanannya pada pengenalan produk atau jasa melalui kampanye.
3. Promosi kesehatan adalah upaya penyuluhan peningkatan (upaya komunikasi dan pemberian informasi) yang tekanannya pada penyebaran informasi.
4. Promosi kesehatan merupakan upaya peningkatan (*promotif*) yang penekannya pada upaya-upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

5. Promosi kesehatan mencakup upaya advokasi dibidang kesehatan, yaitu upaya untuk mempengaruhi lingkungan atau pihak lain agar mengembangkan kebijakan yang berwawasan kesehatan (melalui upaya legislasi atau pembuatan peraturan, dukungan suasana dan lain-lain di berbagai bidang atau sektor).
6. Promosi kesehatan juga mencakup pengorganisasian masyarakat (*community organization*), pengembangan masyarakat (*community development*), penggerakan masyarakat (*social mobilization*) dan pemberdayaan masyarakat (*community empowerment*).
7. Promosi kesehatan juga dapat dilakukan melalui intervensi pada host atau tubuh manusia misalnya makanan bergizi seimbang, berperilaku sehat, meningkatkan kualitas lingkungan untuk mencegah terjadinya penyakit misalnya menghilangkan tempat berkembang biaknya kuman penyakit, mengurangi dan mencegah polusi udara, mnghilangkan tempat berkembang biaknya vektor penyakit misalnya genangan air yng menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk Aedes, atau terhadap agent penyakit seperti misalnya dengan memberi antibiotic untuk membunuh kuman.

E. Tinjauan Umum Tentang Perlindungan khusus (*Specific protection*)

Perlindungan khusus (*Specific protection*) adalah upaya spesifik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit tertentu, misalnya melakukan imunisasi. Perlindungan khusus merupakan tindakan yang dilakukan untuk mencegah penyakit, menghentikan proses interaksi bibit penyakit pejamu-lingkungan dalam tahap prepatogenesis, tetapi sudah terarah pada penyakit tertentu. Tindakan ini dilakukan pada seseorang yang sehat tetapi memiliki resiko terkena penyakit tertentu misalnya, pemberian imunisasi.

Pelindungan khusus terkait penyakit mlaria untuk mencegah terjadinya penularan penyakit dengan cara yang dapat dilakukan mulai dari diri sendiri hingga meneruskan ke lingkungan masyarakat seperti pgunan kelambuh, penggunaan obat anti nyamuk, mengurangi kebiasaan keluar rumah pada malam hari, membersihkan dan menjaga kondisi lingkungan sekitar rumah yang mendukung perindukan nyamuk yaitu ada tidaknya tempat perindukan dan persinggahan nyamuk disekitar rumah. Menurut hasil penelitian Pamela, 2009 menyatakan

bahwa ada hubungan yang bermakna antara keberadaan langit-langit, kerapatan dinding, keberadaan parit atau selokan dengan kejadian malaria Selain itu, dan dalam hasil penelitian Romadon, 2001 menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara keberadaan genangan air dengan kejadian malaria.

F. Tinjauan Umum Tentang Diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early diagnosis and prompt treatment*)

Diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early diagnosis and prompt treatment*) merupakan tindakan menemukan penyakit sedini mungkin dan melakukan penatalaksanaan segera dengan terapi yang tepat.

1. Mencegah penyebaran penyakit bila penyakit ini merupakan penyakit menular.
2. Untuk mengobati dan menghentikan proses penyakit, menyembuhkan orang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi dan cacat.

Diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early diagnosis and prompt treatment*) dilakukan akibat rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit maka sering sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi dimasyarakat. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak oleh sebab itu pendidikan kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.