

SKRIPSI

**PERILAKU MASYARAKAT DALAM UPAYA
PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN PENYAKIT MALARIA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LARAT KECAMATAN
TANIMBAR UTARA KABUPATEN MALUKU TENGGARA
BARAT**

**FRANSISKA LORAN
K 111 08 519**



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

**JURUSAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

ABSTRAC

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Thesis, 2012

FRANSISKA LORAN

"THE BEHAVIOR OF PEOPLE IN PREVENTION EFFORTS AND TREATMENT OF MALARIA IN THE WORK AREA HEALTH CENTER DISTRICT LARAT TANIMBARESE UTARA KABUPATEN WEST SOUTHEAST MALUKU"
(X+71Pages+8Appendix).

Malaria is one of the infectious disease control efforts and a decrease in the case is International's commitment to the Millennium Development Goals (MDGs), International targets agreed by 189 countries is seeking uncontrolled malaria and begin to reverse the incidence of malaria by 2015 the prevalence of malaria indicator per 1,000 population. One of the provinces in Eastern Indonesia is also still a malaria endemic area is the province of Maluku. Published results reporting Larat Health Center North Tanimbarese District, West Southeast Maluku regency based classification of disease and type of patient is the number of cases of malaria Malaria Clinical 407 patients, with 129 case patients (Act +) and 44 patient cases (Non Act +) perform a complete treatment. this suggests a fairly high increase in the Indonesian province of Maluku particular West Southeast Maluku regency.

This study aims to describe the behavior of the malaria prevention and treatment centers in the region of Larat. The research method used was qualitative research through in-depth interviews, with the number of informants as many as 12 people from the patient, family, community leaders and health workers.

The results showed that the predisposition factors according to their knowledge and understanding of patient, family, and community leaders about malaria is still not a clear understanding of prevention and treatment of malaria, its causes and symptoms of malaria are fever, chills, head ache, nausea, vomiting, muscle pain and stiffness. Cause patients who experienced something like tired of working, a weak immune system. According Enabling factors (Enabling) shows that ease of transport to facilitate health workers to conduct surveillance for malaria patients. Distance factor is not an issue for people in making health care treatment. According Reinforcing factors (Upholstery) Family Support in helping patients to treatment, and support of community leaders who help support the successful treatment of patients with malaria.

Advice to health workers to help improve health services and future malaria eradication program in order to assist in reducing malaria incidence rates of malaria.

Keywords: Behavior Malaria Patients
Daftarbacaan: 32(2000-2012)

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Skripsi, 2012

FRANSISKA LORAN

***“PERILAKU MASYARAKAT DALAM UPAYA PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN
PENYAKIT MALARIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LARAT KECAMATAN
TANIMBAR UTARA KABUPATEN MALUKU TENGGARA BARAT”***

(x + 77 Halaman + 8 Lampiran)

Penyakit malaria merupakan salah satu penyakit menular yang upaya pengendalian dan penurunan kasusnya merupakan komitmen Internasional dalam Millenium Development Goals (MDGs), Target yang disepakati secara internasional oleh 189 negara adalah mengusahakan terkendalinya penyakit malaria dan mulai menurunnya jumlah kasus malaria per tahun 2015 dengan indikator prevalensi malaria per 1.000 penduduk. Salah satu propinsi di Indonesia Timur juga masih merupakan daerah endemis Malaria adalah propinsi Maluku. Hasil pelaporan yang diterbitkan Puskesmas Larat Kecamatan Tanimbar Utara, kKabupaten maluku Tenggara Barat berdasarkan klasifikasi penyakit dan tipe penderita jumlah kasus malaria adalah 407 penderita Malaria Klinis, dengan 129 penderita kasus (Act+) dan 44 penderita kasus (Non Act+) melakukan pengobatan lengkap. hal ini menunjukkan peningkatan yang cukup tinggi di Indonesia Khususnya Propinsi Maluku Kabupaten Maluku tenggara Barat.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran perilaku penderita malaria terhadap pencegahan dan pengobatan di wilayah kerja puskesmas larat. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif melalui wawancara mendalam, dengan jumlah informan sebanyak 12 orang yang berasal dari penderita, Keluarga, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan dan pemahaman penderita, keluarga, dan tokoh masyarakat tentang penyakit malaria yaitu Demam mengigil, sakit Kepala, Mual, Muntah dan nyeri otot serta Pegal-pegal. Penyebab Malaria karena capek bekerja, daya tahan tubuh yang lemah, Kemudahan transportasi dapat mempermudah petugas kesehatan untuk melakukan pengawasan kepada penderita Malaria. Faktor jarak tidak menjadi masalah bagi penderita untuk melakukan pengobatan ke puskesmas. Peran serta keluarga yaitu mengingatkan penderita minum obat teratur, pengambilan obat di puskesmas jika obat penderita telah habis. Tokoh masyarakat menganggap tidak boleh mengasingkan penderita dari lingkungan sekitarnya.

Peningkatan upaya pencegahan dan pengobatan terhadap penderita malaria, sangat diperlukan dalam membantu Kejadian Malaria agar tidak terjadi Lagi.

Kata kunci : Perilaku Penderita Malaria

Daftar bacaan : 32 (2000-2012).

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 **Indra Fajarwati Ibnu SKM.MA** selaku pembimbing I beserta Ibu **Shanti Riskiyani 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 **Akp. Jan Loran** dan Ibunda **Johana Lalamafu S.Pd** yang telah memberikan cinta, kasih sayang, dan motivasi tak henti-hentinya kepada penulis selama ini. Orang yang penulis sayangi Aldhy dan juga adik-adik dan saudara-saudara tercinta Rya, Vanny, Ateng, Mama Tarsi, Kaka Mia, dan semua keluarga yang telah membantu dan memberikan dukungan kepada penulis.
2. Ibu Apik Indarty Moedjiono. SKM.M,Kes selaku penasehat akademik selama penulis mengikuti pendidikan di FKM.

3. Bapak Ruslan SKM MPH Bapak Lalu Muh.Saleh SKM,M.Kes dan Bapak Drs. H Watief A Rachman.MS. sebagai tim penguji, atas segala saran dan masukan demi kesempurnaan 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 M 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 Kabupaten Maluku Tenggara Barat, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat dan Kepala Puskesmas Larat Kecamatan Tanimbar Utara yang telah bersedia menerima dan membantu dalam penelitian ini.
8. Informan yang telah meluangkan waktu dan bersedia untuk di wawancarai.
9. Sahabatku tersayang Vica Baman,serta Teman-teman seperjuangan Iren, Susan, Anthy, Vinna, Tantri, Kk Lisa, Itha, Vhia, Ricky dan teman-teman "ROMUSA" angkatan 08 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, Mei 2013

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
RINGKASAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	11
C. Tujuan Penelitian	11
D. Manfaat Penelitian	12
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Tinjauan Umum Tentang Faktor Penyebab Perilaku	13
B. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan	17
C. Tinjauan Umum Tentang Sikap	22
D. Tinjauan Umum Tentang Keterjangkauan Sarana Kesehatan	22
E. Tinjauan Umum Tentang Keterjangkauan Penderita Malaria Ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK)	24
F. Tinjauan Umum Tentang Penyakit Malaria	26

BAB III. KERANGKA KONSEP	32
A. Dasar Pemikiran Variabel yang akan diteliti	32
B. Pola Pikir Variabel yang akan diteliti	33
C. Definisi Konsep	34
BAB IV. METODE PENELITIAN	35
A. Jenis Penelitian	35
B. Lokasi Penelitian	35
C. Informan Penelitian	35
D. Cara Pengumpulan Data	37
E. Keabsahan Data	38
F. Pengolahan dan Penyajian Data	39
BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	40
A. Hasil Penelitian	40
B. Pembahasan	61
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN	75
A. Kesimpulan	75
B. Saran	76

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

1. Karakteristik Informan.....	36
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

1. Pedoman Wawancara
2. Daftar Informan dalam Wawancara Mendalam
3. Matriks Hasil Wawancara
4. Dokumentasi Penelitian
5. Surat Izin Penelitian dari Fakultas Kesehatan Masyarakat
6. Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesatuan bangsa dan Linmas Maluku Tenggara Barat
7. Surat Keterangan telah melakukan Penelitian
8. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Malaria masih merupakan masalah kesehatan di dunia termasuk Indonesia. dalam The World Malaria Report, 2008 dikatakan setengah dari populasi dunia berhadapan dengan resiko malaria, dan diperkirakan 250 juta kasus tertinggi yang menghantar pada kondisi kematian di tahun 2006 (Global Malaria Program WHO).

Menurut World Health Organization (WHO) Tahun 2010, penyakit malariamenyerang 108 Negara dan kepulauan di dunia. Pada tahun 2008 penduduk dunia yang beresiko terkena malaria hampir setengah dari keseluruhan penduduk dunia, terutama negara-negara berpenghasilan rendah. Berdasarkan Data WHO 2010, terdapat sebanyak 247 juta kasus malaria di seluruh dunia dan menyebabkan lebih dari 1 juta kematian pada tahun 2008 sebagian besar kasus dan kematian malaria ditemukan di Afrika dan beberapa Negara di Asia, Amerika Latin, Timur tengah serta Eropa, setiap 45 detik seorang anak di afrika meninggal dunia akibat penyakit malaria.

Penyakit malaria merupakan salah satu penyakit menular yang upaya pengendalian dan penurunan kasusnya merupakan komitmen Internasional dalam Millenium Development Goals (MDGs), Target yang disepakati secara Internasional oleh 189 negara adalah mengusahakan terkendalinya penyakit

malaria dan mulai menurunnya jumlah kasus malaria pada tahun 2015 dengan indikator prevalensi malaria per 1.000 penduduk (Profil Kesehatan RI, 2008).

Setiap tahun berdasarkan data yang dikeluarkan oleh badan kesehatan dunia pada tahun 2004, lebih dari 500 juta penduduk dunia terinfeksi malaria dan lebih dari 1.000.000 orang meninggal dunia. Kasus terbanyak terdapat di Afrika dan beberapa negara Asia, Amerika Latin, Timur Tengah, dan beberapa bagian negara Eropa. Malaria tersebar terdapat di daerah tropis dan subtropis seperti India, Amerika Selatan (Kecuali Cili), Afghanistan, Srilanka, Thailand, Indonesia, Kamboja, Cina, Filipina, Amerika Tengah, Meksiko, dan Afrika. Epidemio malaria terakhir di Cili terjadi pada maret 1945 dan tidak ditemukan adanya laporan kasus sejak saat itu. Berdasarkan WHO(2008), di dunia terdapat 243 juta kasus malaria dengan 863.000 kematian dan 85% kematian terjadi pada anak-anak di bawah 5 tahun (Anonim,2010).

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 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 dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Juga memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggungjawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan dan mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Untuk mencapai hal ini manusia mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk mencapai arah kehidupan yang lebih baik dalam pencapaian kesejahteraan namun dalam proses pencapaiannya sering membawa dampak negatif selain dampak positif yang diharapkan, dan dalam bidang kesehatan menimbulkan berbagai macam penyakit tidak menular maupun penyakit menular salah satunya adalah penyakit malaria.

Penyakit Menular yang menjadi prioritas Pembangunan Nasional Jangka Panjang 2005-2025 adalah Malaria, Demam Berdarah Dengue (DBD),

Diare, Polio, Filaria, Kusta, Tuberculosis Paru, HIV/AIDS, Pneumonia dan penyakit lainnya yang dapat dicegah dengan imunisasi (Koran,2005).

Menurut Dirjen Pengendalian Penyakit dan penyehatan Lingkungan (PP & PL) RI, Indonesia termasuk Negara beresiko malaria. Pada tahun 2006 terdapat sekitar 2 juta kasus malaria klinis, sedangkan tahun 2007 menjadi 1,75 juta kasus. Jumlah penderita positif malaria (Hasil pemeriksaan mikroskop positif malaria) tahun 2006 sekitar 350.000 Kasus, dan pada tahun 2007 sekitar 311.000 kasus. Dari data tersebut nampak bahwa angka kejadian malaria di Indonesia saat ini masih tinggi bila dibandingkan dengan target nasional (AMI) yang diharapkan tahun 2010 adalah 5 per 1000 populasi (Kandun. 2007).

Penyakit malaria merupakan salah satu Masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang mempengaruhi angka kematian Bayi, anak di bawah umur lima tahun, dan ibu melahirkan serta menurunkan produktivitas tenaga kerja. Angka kesakitan penyakit ini relative masih cukup tinggi. Penyebab tingginya angka malaria Pada tahun 2009 sekitar 80% dengan persentase penduduk yang bertempat tinggal di daerah endemik tertular malaria sebesar 45%. Angka kasus malaria di Pulau Jawa dan Bali yang dikenal dengan API tahun 2008 adalah 0,16%. Di luar Jawa dan Bali angka klinis malaria per 1.000 penduduk yang dikenal dengan AMI adalah 18,82% Tahun 2008 (Anonim,2007).

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, mengigil, 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).

Walaupun penyakit malaria ditularkan oleh nyamuk tetapi sebenarnya penyakit malaria merupakan suatu penyakit ekologis. Penyakit ini sangat dipengaruhi oleh kondisi-kondisi lingkungan yang memungkinkan nyamuk untuk berkembangbiak dan berpotensi melakukan kontak dengan manusia dan menularkan parasit malaria. Menurut Harijanto (2000), faktor geografi dan meteorologi di Indonesia sangat menguntungkan transmisi malaria di Indonesia, seperti : curah hujan, suhu, kelembaban, ketinggian dari permukaan laut manusia.

Dalam pengendalian malaria, yang ditargetkan penurunan angka kesakitannya dari 2 menjadi 1 per 1.000 penduduk. Program eliminasi malaria di Indonesia tertuang dalam keputusan Menteri Kesehatan RI No 293/MENKES/SK/IV/2009. Pelaksanaan pengendalian malaria menuju eliminasi dilakukan secara bertahap dari satu pulau atau beberapa pulau sampai seluruh pulau tercakup guna terwujudnya masyarakat yang hidup sehat yang terbebas dari penularan malaria sampai tahun 2030. Status Indonesia masih tahap pertama yaitu pada eliminasi malaria di DKI, Bali dan Barelang Binkar pada tahun 2010 (Profil Depkes 2010).

Menurut WHO Konsep pengobatan menggunakan kombinasi dari dua atau lebih obat antimalaria dapat mencegah berkembangnya resistensi dari masing-masing obat kombinasi dimaksud. Pengobatan kombinasi merupakan penggunaan dua atau lebih obat antimalaria skizontosidal darah secara simultan dimana masing-masing obat mempunyai cara kerja yang independen dan mempunyai target biokimia yang berbeda pada parasit. Tujuan penggunaan obat antimalaria kombinasi untuk meningkatkan efikasi dari masing-masing obat antimalaria tersebut, meningkatkan angka kesembuhan, mempercepat respon pengobatan serta mencegah atau memperlambat timbulnya resistensi terhadap obat tunggal (WHO, 2010)

Salah satu propinsi di Indonesia Timur yang juga 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 Incidence (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 (Depkes,RI 2010).

Salah satu Propinsi di Indonesia Timur yang juga masih merupakan daerah endemis penyakit malaria adalah Propinsi Maluku Khususnya Kabupaten Maluku Tenggara Barat, Kecamatan Tanimbar Utara ini merupakan daerah endemis malaria yang menjadi permasalahan kesehatan masyarakat.

Berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat tahun 2009, jumlah penduduk yang memanfaatkan fasilitas kesehatan puskesmas pada tahun 2010 adalah 88.143 pengunjung/100 ribu penduduk. Pola penyakit ringan yang ada di puskesmas adalah *common cold* (8,13 %), sakit kepala (2,61 %) dan asma (2,07 %), dengan jumlah tenaga kesehatan yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan sebanyak 397 orang (Anonim, 2009b). Proporsi jumlah tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk masih kecil. 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 Puskesmas Larat Kecamatan Tanimbar utara untuk melakukan pengobatan sendiri.

Puskesmas Larat terletak di sebelah utara kabupaten Maluku tenggara barat dengan luas wilayah kerja sekitar 8 km², dengan jumlah penduduk 13.316 jiwa, yang didalamnya terdapat delapan desa yaitu, desa ritabel, desa ridool, desa lelingluan, desa watidal, desa keliobar, desa kelaan, desa Lamdesar barat, dan desa Lamdesar timur namun tidak menutup kemungkinan adanya penderita dari desa-desa di sekitar wilayah kerja Puskesmas Larat yang datang untuk melakukan pengobatan, seperti penderita dari Desa ritabel, desa ridool, desa lelingluan, desa watidal, desa keliobar, desa lamdesar timur, dan desa Lamdesar barat.

Hasil pencatatan dan pelaporan yang diterbitkan Puskesmas Larat Kecamatan Tanimbar utara, Kabupaten Maluku Tenggara Barat. Berdasarkan klasifikasi penyakit dan tipe penderita jumlah kasus Malaria yang dilaporkan berjumlah 407 penderita Malaria klinis, dengan 129 penderita kasus (ACT +), dan 44 penderita kasus (Non ACT+) melakukan pengobatan lengkap. Pada tahun 2011 jumlah penderita malaria berjumlah 407 penderita kasus Klinis yang diperiksa terbanyak pada usia >15 tahun. Dengan Jenis kelamin (sex) perempuan berjumlah 49 orang, dan Laki-laki berjumlah 58 orang, jumlah pasien yang telah selesai melakukan pengobatan, Jadi jumlah Keseluruhan penderita klinis yang diperiksa sebanyak 164 orang dan 9 orang masih melakukan tahap pengobatan. (Puskesmas Larat, kecamatan Tanimbar utara. Kab Maluku Tenggara Barat 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.

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.

Dilihat dari pengetahuan yaitu kemampuan masyarakat yang berada di daerah Kabupaten Maluku Tenggara Barat khususnya Kecamatan tanimbar utara dari segi tindakan yang diambil untuk mencegah kejadian malaria itu sendiri mereka masih belum terlalu memperhatikan kondisi tersebut. Sikap dan tanggapan masyarakat bahwa belum sepenuhnya mereka memahami akan

kejadian malaria yang sangat membahayakan kelangsungan hidup mereka apalagi Keluarga mereka khususnya anak-anak. Dari data-data tentang kejadian Malaria ini dapat dikatakan bahwa upaya pencegahan bukan hanya harus dilakukan oleh pemerintah, petugas kesehatan, tapi peran serta masyarakat dalam melakukan upaya pencegahan yang berbasis untuk menghindari diri sendiri dan keluarga itu perlu.(Ruhunlela, 2008).

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.

Faktor keberhasilan pengobatan untuk malaria bisa bersumber pada pengetahuan penderita mengenai bahaya penyakit malaria yang gampang menular, motivasi keluarga baik saran dan perilaku keluarga kepada penderita untuk menyelesaikan pengobatannya dan penjelasan petugas kesehatan kalau pengobatan gagal akan diobati dari awal lagi. Oleh karena itu pemahaman dan pengetahuan penderita memegang peranan penting dalam keberhasilan pengobatan Malaria (Menurut Ainur, yang dikutip Venska 2011).Hal ini kemungkinan akan dialami juga oleh penderita Malaria yang ada di wilayah puskesmas larat.Hal ini yang melatarbelakangi penelitian ini dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dirumuskan masalah yaitu:
“Bagaimana perilaku penderita malaria terhadap upaya Pencegahan dan Pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Larat, Kecamatan Tanimbar Utara, Kabupaten Maluku Tenggara Barat”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum.

Untuk mengetahui gambaran perilaku penderita terhadap pencegahan dan pengobatan malaria di wilayah kerja Puskesmas Larat Kecamatan Tanimbar Utara, Kabupaten Maluku Tenggara Barat.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk memperoleh informasi tentang faktor Predisposisi (Pengetahuan penderita dan sikap penderita) terhadap pencegahan dan pengobatan yang dilakukan penderita malaria.
- b. Untuk memperoleh informasi tentang faktor Pemungkin (Persepsi Jarak keterjangkauan petugas pelayanan kesehatan) terhadap pencegahan dan pengobatan yang dilakukan penderita malaria.
- c. Untuk memperoleh informasi tentang faktor Penguat (Sikap keluarga dan dukungan tokoh masyarakat) terhadap pencegahan dan pengobatan yang dilakukan penderita malaria.

D. Manfaat penelitian.

1. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini merupakan salah satu sumber informasi bagi Dinas kesehatan Kabupaten Maluku tenggara barat, dan puskesmas Larat untuk menentukan arah kedepan dalam pencegahan dan pengobatan malaria.

2. Manfaat Ilmiah

Sebagai sumber informasi bagi peneliti selanjutnya yang ingin meneliti tentang penyakit malaria.

3. Manfaat bagi Peneliti

Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti tentang perilaku penderita Malaria terhadap pencegahan dan pengobatan di Puskesmas Larat Kecamatan Tanimbar Utara, Kabupaten Maluku Tenggara Barat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Perilaku

1. Pengertian Perilaku

Perilaku merupakan seperangkat perbuatan/tindakan seseorang dalam melakukan respon terhadap sesuatu dan kemudian dijadikan kebiasaan karena adanya nilai yang diyakini, Menurut Leonard FP menguraikan perilaku adalah sebuah gerakan yang dapat diamati dari luar, seperti orang berjalan, naik sepeda, dan mengendarai motor atau mobil. Untuk aktifitas ini mereka harus berbuat sesuatu, misalnya kaki yang satu harus diletakkan pada kaki yang lain.

Menurut Skinner seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori skiner disebut teori “S – O - R” atau Stimulus – Organisme – Respon.

2. Bentuk-Bentuk Perilaku

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua :

- a. Perilaku tertutup (*covert behavior*) adalah Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran

dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*, misalnya: seorang ibu hamil tahu pentingnya periksa kehamilan, seorang pemuda tahu bahwa HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seks, dan sebagainya.

- b. Perilaku terbuka (*overt behavior*) adalah Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau praktek misal, penderita Malaria minum obat secara teratur, dan sebagainya.

Pembentukan perilaku merupakan bagian yang sangat penting dari usaha mengubah perilaku seseorang. Berikut beberapa langkah yang perlu diambil untuk mengubah perilaku :

- a. Menyadari.

Menyadari merupakan proses dimana seseorang membuat identifikasi tentang apa atau bagian mana yang diinginkan untuk diubah dan mengapa perubahan tersebut diinginkan. Dalam hal ini perlu diingat bahwa kesadaran tersebut harus menyatakan keinginan bukan ketakutan.

- b. Mengganti.

Setelah seseorang menyadari untuk merubah perilakunya, maka proses selanjutnya yang perlu dilakukan adalah mengganti. Mengganti merupakan

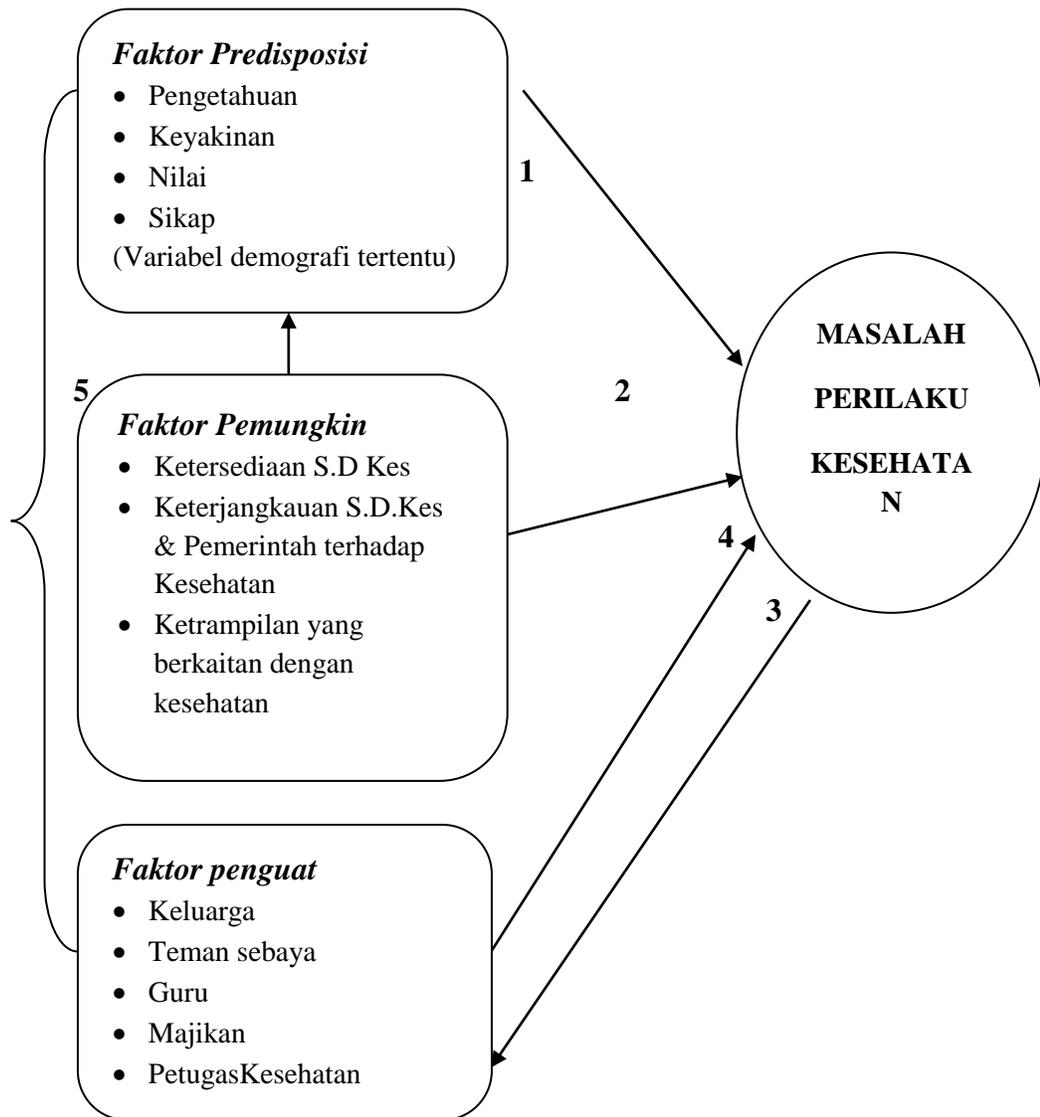
proses melawan bentuk keyakinan, pemikiran dan perasaan yang diyakini salah.

c. Mengintrospeksi.

Mengintrospeksi merupakan proses dimana seseorang membuat penilaian mengenai apa yang sudah diraih dan apalagi yang perlu untuk dilakukan. Di samping itu introspeksi juga berguna untuk mendeteksi kadar self-excusing yang bisa jadi masih tetap ada dalam diri seseorang hanya karena lupa membuat elaborasi, analogi, atau interpretasi dalam memahami dan melaksanakan.

Di dalam tahap kerangka kerja PREDECE (prediposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation), perilaku diidentifikasi mempunyai kaitan dengan satu atau beberapa masalah kesehatan yang merupakan keprihatinan terbesar di dalam populasi yang dibedakan berdasarkan penyebabnya. Diagnosa pendidikan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam menentukan cara terbaik untuk memulai proses perubahan perilaku.

Sesuai teori L. Green, ada tiga (3) Kategori faktor yang memberikan kontribusi atas perilaku kesehatan. (Syafar, 2000)



Keterangan Gambar:

→ : Menunjukkan pengaruh langsung

{ : Menunjukkan akibat sekunder.

Memusatkan perhatian beberapa asumsi tentang hubungan kausal antara faktor-faktor yang akan dipertimbangkan didalam diagnosis kependidikan. Urutan penyebab yang diharapkan secara normal sebagaimana oleh nomor-nomor gambar di atas:

1. Motivasi awal untuk berbuat.
2. Pengembangan sumber daya yang memungkinkan kegiatan.
3. Orang lain terhadap perilaku, yang dihasilkan.
4. Dorongan dan penguat perilaku atau hukuman dan hilangnya perilaku, akhirnya,
5. Penguat dan penghukum perilaku mempengaruhi faktor predisposisi dan Faktor pemungkin yang mempengaruhi faktor predisposisi.

B. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan

1. Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

a. Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974), mengungkapkan sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), Di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- 1) *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
- 2) *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru.
- 5) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Roger menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap di atas. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

b. Tingkat Pengetahuan di Dalam Domain Kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai banyak tingkatan:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh: dapat menyebutkan tanda-tanda dan gejala-gejala yang terjadi pada penderita Malaria

2) Memahami (*comprehension*).

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus menjalani pengobatan dengan teratur dan tidak putus-putus.

3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi-aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitanya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedahkan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab ibu-ibu tidak mau ikut KB, dan sebagainya.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

Dalam melakukan suatu penelitian pertanyaan tentang pengetahuan diajukan untuk memperoleh pengetahuan yang faktual yang memiliki responden dengan asumsi bahwa suatu hal dipandang dapat diketahui. Hal-hal tersebut merupakan suatu fakta dari suatu kasus. Pengetahuan tentang suatu program terdiri dari laporan tentang pelayanan yang tersedia, siapa yang dilayani oleh program itu, bagaimana cara mendaftar sebagai tenaga kerja dalam program tersebut, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

Dalam penentuan Subjek penelitian atau responden sebagaimana yang dikemukakan Moleong (1989) mengemukakan bahwa merupakan orang pada latar penelitian. Secara lebih tegas Moleong mengatakan bahwa mereka itu

adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi atau kondisi latar penelitian.

C. Tinjauan Umum Tentang Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2003). Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup.

Salah seorang ahli psikologi sosial, Newcomb, menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas tetapi adalah merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. (Notoatmodjo, 2003). Sikap mempunyai tiga komponen menurut Allport (1954) yang dikutip dalam Notoatmodjo (2003) yaitu :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

D. Tinjauan Umum Tentang Keterjangkauan Sarana Kesehatan

Kewajiban pemerintah dalam bidang kesehatan yaitu menyediakan fasilitas kesehatan, baik itu sarana, tenaga maupun dana. Dari segi sarana

kesehatan, rumah sakit pemerintah maupun swasta di propinsi maupun kabupaten telah dibangun, puskesmas, puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan terdepan, sudah sejak lama didirikan dan terus dikembangkan sampai suatu saat nanti terpenuhi rasio ideal 1 puskesmas melayani 25.000 penduduk. Dari segi tenaga, pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menyediakan tenaga kesehatan yang handal dan cukup. Dari segi dana, tentunya pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin ketersediaan dana yang cukup untuk pelaksanaan program-program kesehatan.

Keterjangkauan pelayanan kesehatan dan pemeliharaan kesehatan adalah terjangkau oleh rakyat, baik dari segi dana murah bahkan kalau bisa gratis, tempat yang mudah dijangkau, dan informasi yang benar bagi masyarakat.

Permasalahan utama pembangunan kesehatan saat ini antara lain adalah masih tingginya disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan dengan pedesaan. Secara umum status kesehatan penduduk dengan tingkat sosial ekonomi tinggi, di kawasan barat Indonesia, dan di kawasan perkotaan, cenderung lebih baik. Sebaliknya status kesehatan penduduk dengan sosial ekonomi rendah, di kawasan timur Indonesia dan di daerah pedesaan masih tertinggal.

Di sisi lain, kualitas, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan juga masih rendah. Kualitas pelayanan menjadi kendala karena tenaga medis sangat terbatas dan peralatan kurang memadai. Dari sisi jumlah,

rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk yang harus dilayani masih rendah. Keterjangkauan pelayanan terkait erat dengan jumlah dan pemerataan fasilitas kesehatan. Pada tahun 2002, untuk setiap 100.000 penduduk hanya tersedia 3,5 Puskesmas. Itu sebagian penduduk, terutama yang tinggal di daerah terpencil, tidak memanfaatkan Puskesmas karena keterbatasan sarana transportasi dan kendala geografis.

Kualitas tenaga kesehatan juga masih perlu ditingkatkan. Saat ini, misalnya, masih banyak Puskesmas yang kurang mempunyai dokter umum. Akibatnya, banyak puskesmas, terutama di daerah terpencil yang hanya dilayani oleh perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Susenas 2004 menunjukkan bahwa masih banyak penduduk (29,8 persen) yang harus menunggu hingga satu jam untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rawat jalan. Sebagian masyarakat (8,1 persen) menyatakan kurang atau tidak puas dengan pelayanan kesehatan dan (33,2 persen) menyatakan cukup puas.

E. Tinjauan Umum Tentang Keterjangkauan Penderita Malaria Ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK)

Rendahnya status kesehatan penduduk miskin terkait erat dengan terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan, baik karena kendala geografis maupun kendala biaya (*cost barrier*). Data SDKI 2002-2003 menunjukkan bahwa kendala terbesar yang dihadapi penduduk miskin untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan adalah ketiadaan uang 34%, jarak

ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terlalu jauh 18%, serta adanya hambatan dengan sarana angkutan atau transportasi 16%.

a. Jarak antara Rumah dengan Tempat Pelayanan Kesehatan

Jarak Rumah Penderita ke UPK berpengaruh terhadap peningkatan pemeriksaan ulang darah yang dilanjutkan dengan hasil analisis yang menunjukkan bahwa penderita Malaria yang jarak rumahnya jauh dari UPK mempunyai risiko 2,813 tidak melakukan pemeriksaan ulang Darah dibandingkan dengan penderita Malaria yang jarak rumahnya dekat dengan UPK.

Tingkat kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan masih rendah, sehingga jarak antara rumah tinggal dan tempat pelayanan kesehatan mempengaruhi perilaku manusia,. Menurut Azwar (1996), syarat pokok pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai oleh masyarakat. Kecenderungan masyarakat di pedesaan memanfaatkan pelayanan dukun, karena mudah terjangkau baik secara fisik maupun psikologis, bahkan seorang dukun bisa di panggil ke rumah pasien, (Adik Wibowo 1994).

Azrul Azwar, 1994 bahwa Pelayanan kesehatan yang lokasinya jauh dari tempat tinggal atau pemukiman masyarakat tentunya akan sulit tercapai oleh masyarakat. Apabila keadaan tersebut sampai terjadi, tentunya akan sulit tercapai oleh masyarakat. Apabila keadaan tersebut sampai terjadi, tentunya tidak akan memuaskan pemakai jasa dari pelayanan kesehatan.

Pencarian pengobatan oleh penderita sedikit banyak dipengaruhi oleh faktor jarak ke tempat pelayanan. Rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat karena mereka telah terbiasa meminta pertolongan dukun dengan alasan kemudahan jarak, pelayanan yang lebih baik dan biaya yang dapat dicicil atau dalam bentuk barang lain (Moeloek,1950).

F. Tinjauan Umum Tentang Penyakit Malaria

a. Pengertian dan Penyebab Malaria

1) Pengertian

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 protozoa (parasit) dari genus plasmodium. Malaria pada manusia dapat disebabkan oleh *P. Malariae*, (Laveran, 1888), *p. vivax* (Grosi dan Felati, 1890), *p. falcifarum* (Welch, 1897), dan *P. ovale*, (Stephen, 1922) - (Harijanto, 2000).

Menurut Hiporactes (460 SM-377 SM), menyebutkan sebagai “Malaria” atau udara buruk, sehingga penderita mengigil 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 kotorakan 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 merupakan penyakit epidemis yang menyerang Negara-negara yang penduduk padat. Batas penyebaran malaria adalah 64 lintang (Rusia) utara 32 lintang selatan (Argentina), ketinggian yang memungkinkan parasit malaria adalah 400m dibawah permukaan laut (laut mati) dan 2.600 meter di atas permukaan laut (Bolivia). Di seluruh dunia dapat sekitar 2000 spesies anopheles, 60 spesies diantaranya di ketahui sebagai penular malaria. Nyamuk anopheles hidup di daerah iklim tropis dan subtropis, tetapi juga biasa hidup di daerah iklim sedang. Nyamuk ini jarang di temukan pada daerah dengan ketinggian lebih dari 2000-2500 (Prabowo, 2004).

Indonesia merupakan Negara yang memiliki banyak daerah yang merupakan endemik malaria. Pada beberapa daerah sering terjadi kenaikan angka kesakitan terhadap penyakit malaria karena tidak pernah tuntas penyelesaian terhadap permasalahannya atau kurangnya sumber daya terutama bagi penelitian epidemiologi, fasilitas laboratorium, serta surveilans

yang kurang handal. Penularan penyakit malaria ini pada umumnya justru terjadi di daerah terpencil dan wilayah perkampungan dengan fasilitas kesehatan yang minim. Topografi daerah-daerah malaria pada umumnya adalah area pesisir dekat lagun dan kolam air atau area perbukitan dalam hutan atau perkebunan dan di sepanjang pesisir sungai.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi Malaria

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian malaria diantaranya :

1) Faktor Ekonomi

Keadaan sosial yang rendah pada umumnya berkaitan erat dengan berbagaimasalah kesehatan karena ketidakmampuan dalam mengatasi masalah kesehatan. Masalah kemiskinan akan sangat mengurangi kemampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan gizi, pemukiman dan lingkungan sehat, jelas semua ini akan mudah menumbuhkan penyakit malaria.

2) Status Gizi

Status Gizi ini merupakan faktor yang penting dalam timbulnya penyakit malaria. Berdasarkan hasil penelitian kejadian malaria menunjukkan bahwa penyakit yang bergizi normal ditemukan kasus lebih kecil daripada status gizi kurang dan buruk.

3) Status Pendidikan

Latar belakang pendidikan mempengaruhi penyebaran penyakit menular khususnya malaria. Berdasarkan hasil penelitian mengatakan semakin rendah latar belakang pendidikan kecenderungan terjadi kasus malaria, hal ini faktor

terpenting dari kejadian Malaria. Sedangkan menurut Departemen Kesehatan, malaria dapat dipengaruhi oleh:

- a) Status sosial ekonomi.
- b) Kepadatan penduduk.
- c) Status gizi.
- d) Pendidikan.
- e) Pengetahuan.
- f) Jarak tempuh dengan pusat pelayanan kesehatan.
- g) Keteraturan berobat. (Taufan, 2008).

c. Cara penularan Malaria

Penyakit malaria disebabkan oleh 2 cara yaitu secara alamiah dan non-alamiah:

1) Secara alamiah

Yang penularannya melalui gigitan nyamuk anopheles yang mengandung parasit Malaria.

2) Secara Non-alamiah

Yaitu penularan yang bukan melalui gigitan nyamuk anopheles. Beberapa penularan malaria secara non alamiah :

a) Malaria Bawaan (Kongnital)

Malaria kongnital adalah malaria pada bayi yang baru dilahirkan karena ibunya menderita malaria. Penularan terjadi karena adanya kelainan pada selaput yang melindungi plasenta penularan malaria dari ibu kepada

janinnya. Selain melalui plasenta penularan malaria dari ibu kepada bayinya juga dapat melalui tali pusat. Gejala pada bayi yang baru lahir berupa demam, iritabilitas (mudah terserang sehingga sering menangis), pembesaran hati dan limpa anemia, tidak mau makan dan minum, kuning pada kulit dan selaput lender. Pembuktian pasti dilakukan dengan deteksi parasit malaria pada daerah pada daerah bayi.

b) Penularan secara mekanika

Penularan secara mekanik adalah infeksi malaria yang ditularkan melalui transfuse darah dari donor yang terinfeksi malaria, pemakaian jarum suntik secara bersama-sama pada pecandu narkoba atau melalui transplantasi organ.

c) Penularan secara oval

Cara penularan ini dibuktikan pada ayam (*Plasmodium Gallinassium*), burung darah (*Plasmodium relection*) dan pada monyet (*Plasmodium Knowles*). (Prabowo, 2004).

d. Risiko Penularan Malaria

Risiko tertular tergantung dari tingkat pajanan dengan darah yang ditransfusi. Pasien malaria dengan BTA positif memberikan kemungkinan risiko penularan lebih besar dari pasien malaria dengan BTA negatif. Risiko penularan (Depkes RI., 2007).

e. Diagnosis Malaria

Gejala-gejala penyakit malaria dipengaruhi oleh daya pertahanan tubuh penderita, jenis plasmodium malaria, serta jumlah parasit yang menginfeksi. Masa inkubasi maupun periode prapaten ditentukan oleh jenis plasmodiumnya. Umumnya, gejala yang disebabkan plasmodium falciparum lebih berat dan lebih akut dibandingkan dengan jenis plasmodium lain. Gambaran yang lebih khas dari penyakit malaria yaitu:

- 1) Demam pada penyakit malaria bersifat periodik dan berbeda-beda waktunya tergantung dari plasmodium penyebabnya. Serangan demam yang khas pada malaria terdiri dari tiga stadium yaitu stadium menggigil, stadium puncak demam, stadium berkeringat. Pembesaran Limpa dan Anemia.
- 2) Diagnosis Malaria pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya Jenis parasit yang terjadi pada bumil, serta membenarkan pemeriksaan hasil laboratorium dan hasil darah.