

KEEFEKTIFAN KONSELING KELUARGA TERHADAP PEMBERANTASAN DEMAM BERDARAH DENGUE

Nasrudin, Indah Mukarromah

Abstract

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) remains a serious public health concern in Indonesia. Almost throughout the country have been affected by this disease. Sragen district is one of the areas in Central Java that had DHF incidence of 3.24/ 10,000 people and case fatality rate of 1.45% in 2006. Various control measures have been implemented such as group education, breeding place elimination, abatisation, and focus fogging. The results, however, have not been satisfactory. Counseling is one of family approaches that aims to enhance community understanding and to find the best solution to problems. This study was a Randomized Controlled Trial, conducted in Jogoroto subdistrict, Sragen. The study subjects included 60 families that were selected by purposive sampling whose houses were identified to have *Aedes aegypti* larvae. The inclusion criteria were families who resided in the houses for at least a year, and were identified to have larvae in the house and the yard. The exclusion criteria were families who planned to move or elderly who lived alone during the study period. The data was analyzed by use of t and Chi Square tests. The study results showed that the family counseling significantly increased knowledge ($t=3.39$; $p=0.001$), attitude ($t= 7.22$; $p=0.000$), and practice ($t=2.91$; $p=0.005$). Family counseling also reduced the presence of *Aedes aegypti* larvae ($X^2=20.81$; $p=0,000$). The study concludes that family counseling is effective in improving knowledge, attitude, and practice of the community in DHF control. It is recommended that the District Health Office adopt family approach such as counseling so as to bring about better behavior for the DHF control.

Keywords: family counseling, dengue hemorrhagic fever control

PENDAHULUAN

Di Indonesia penyakit demam berdarah dengue (DBD) sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan yang cukup serius. Jumlah kasus dan penyebarannya cenderung meningkat, hal ini karena baik virus penyebab maupun nyamuk *Aedes aegypti* sebagai penular penyakit demam berdarah dengue sudah

tersebar luas di pemukiman penduduk maupun fasilitas umum di seluruh pelosok tanah air sehingga seluruh wilayah di Indonesia mempunyai risiko untuk terjangkit demam berdarah dengue. Dilaporkan bahwa penyakit demam berdarah dengue sudah menjadi masalah yang endemis pada 122 daerah tingkat II, 605 daerah kecamatan dan 1.800 desa / kelurahan di Indonesia (Depkes RI, 2004).

Menurut *World Health Organization*(WHO) tahun 2004 bahwa Indonesia dalam peta wabah demam berdarah dengue ada di posisi yang memprihatinkan dalam jumlah angka kesakitan (*morbidity rate*) dan angka kematian (*mortality rate*) demam berdarah dengue di kawasan Asia Tenggara selama kurun waktu 1985 – 2004, Indonesia berada di urutan kedua setelah Thailand. Selama kurun waktu tersebut tercatat angka penderita demam berdarah dengue di Indonesia terendah 10.362 pada tahun 1989 dan tertinggi 72.133 penderita pada tahun 1998 dengan angka kematian terendah 422 orang pada tahun 1999 dan tertinggi 1.527 pada tahun 1988.

Pada tahun 2004 kasus demam berdarah dengue di Jawa Timur berjumlah 9.742 yang tersebar di semua kabupaten / kota yang ada di Jawa Timur. *Incidence rate* (IR) DBD di Jawa Timur sebesar 3 kasus per 10.000 penduduk, dengan demikian target Standar Pelayanan Minimal(SPM) DBD Jawa Timur dengan indikator IR < 2 per 10.000 penduduk belum tercapai. Dari jumlah kasus tersebut 169 penderita diantaranya meninggal dunia (*case fatality rate* (CFR) =1,7%) (Dinkes prop, 2004).

Kasus demam berdarah dengue di Kabupaten Jombang pada tahun 2006 dilaporkan ada 276 kasus 4 diantaranya meninggal dengan *incidence rate* 3,24 dan CFR sebesar 1,45%. Dan pada tahun 2007 sampai bulan mei 2007 jumlah

kasus telah mencapai 193 dengan kematian 2 orang (IR=2,27, CFR=1,04%).

Meningkatnya jumlah kasus serta bertambahnya wilayah yang terjangkau disebabkan karena semakin baiknya transportasi penduduk, adanya pemukiman baru, kurangnya perilaku masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk, terdapatnya vektor nyamuk diseluruh pelosok tanah air serta adanya empat sel type virus yang bersirkulasi sepanjang tahun.

Departemen kesehatan telah mengupayakan berbagai strategi dalam pemberantasan penyakit demam berdarah dengue. Pemberantasan DBD didasarkan atas pemutusan rantai penularan yang terdiri dari virus, nyamuk *Aedes aegypti* dan manusia. Karena belum ditemukannya vaksin dan obat untuk mencegah dan mengobati penyakit DBD yang efektif maka pemberantasan ditujukan pada manusia dan terutama vektornya. Pada awalnya strategi yang digunakan adalah memberantas nyamuk dewasa melalui pengasapan (*fogging*) kemudian strategi diperluas dengan menggunakan larvasida (abate) yang ditaburkan ke tempat penampungan air yang sulit dibersihkan. Akan tetapi kedua metode tersebut sampai sekarang belum memperlihatkan hasil yang memuaskan.

Atas dasar itu maka dalam pemberantasan penyakit DBD ini yang paling penting adalah upaya membasmi jentik nyamuk penularnya di tempat perindukannya

(*Breeding site*) dengan melakukan “3M” yaitu (1) menguras tempat-tempat penampungan air secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali atau menaburkan bubuk abate kedalamnya, (2) menutup rapat-rapat tempat penampungan air dan (3) mengubur barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan. Kegiatan “3M” ini dikenal dengan istilah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN).

Adapun kegiatan pokok penanggulangan penyakit DBD adalah (1) surveilans DBD, (2) penanggulangan fokus, (3) pemberantasan vektor intensif, (4) penyuluhan kepada masyarakat, dan (5) pemantauan jentik berkala.

Salah satu cara untuk meningkatkan sikap dan perilaku masyarakat terhadap pemberantasan demam berdarah adalah dengan penyuluhan berkelompok ataupun dengan pendekatan keluarga. Konseling keluarga merupakan salah satu cara pendekatan keluarga yang diharapkan dapat meningkatkan pemahaman masyarakat dan mencari solusi terbaik dalam pemberantasan penyakit demam berdarah. Untuk kemudian dengan pemahaman tersebut masyarakat dapat memutuskan sendiri hal yang terbaik tentang masalah pemberantasan penyakit demam berdarah.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen dengan *randomized*

controlled trial study yaitu suatu penelitian dimana peneliti memberikan intervensi atau pengaruh pada subyek penelitian dan mengukur serta membandingkan dengan kelompok kontrol kemudian diamati hasilnya setelah perlakuan (*after only with control design*). Pemilihan kelompok studi dilakukan secara acak (*randomisasi*). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang rumahnya terdapat jentik nyamuk di wilayah Kabupaten Jombang. Subyek penelitian adalah keluarga yang rumahnya terdapat jentik nyamuk di wilayah Kecamatan Jogoroto, Kabupaten Jombang. Teknik mengambil sampel ($n=60$) adalah *purposive sampling*. Dari jumlah sampel tersebut dialokasikan secara random ke dalam 2 kelompok yaitu kelompok yang diberi perlakuan ($n=30$) dan kelompok kontrol ($n=30$). Besar sampel penelitian ditentukan berdasarkan rumus ukuran sampel yang akan dianalisis dengan analisis

multivariat (Hair et al, 1998, cit. Murti, 2006): $n=15$ hingga 20 subjek per variabel independen. Variabel independen adalah Konseling keluarga sedangkan Variabel dependen adalah Keberadaan jentik, Pengetahuan tentang DBD dan Sikap terhadap DBD.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Data diperoleh dengan cara sebelum dan setelah penelitian dilakukan test dengan menyebar kuesioner tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku responden terhadap

pemberantasan penyakit demam berdarah. Data yang diperoleh dari 60 responden kemudian dilakukan pengolahan data dengan SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versi 15 for Windows.

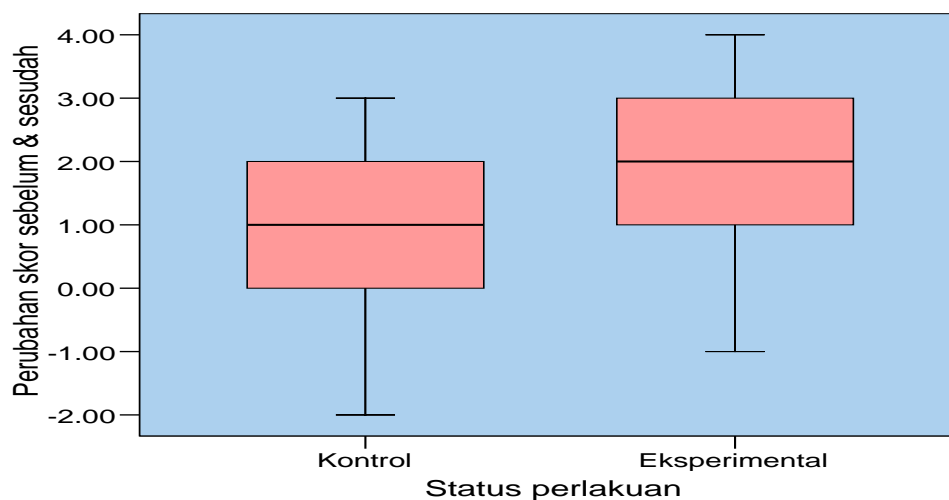
Dari 60 responden terdapat 1 *outlier* yang kemudian tidak diikutsertakan dalam analisis data. Hasil analisis data adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Keefektifan konseling terhadap pengetahuan responden

Status perlakuan	N	Mean	SD	t	Nilai p	CI 95%	
						lower	upper
Konseling	30	2.0333	1.35	3.39	.001	-1.86	-0.48
Kontrol	29	.8621	1.30				

Dari tabel 4.6 di atas menunjukkan variabel pengetahuan mempunyai rata-rata 2,0333 yang mendapat perlakuan sedangkan yang tidak mendapat perlakuan nilai rata-rata sebesar 0,8621. Sedangkan untuk nilai t sebesar 3,39 dengan signifikansi $0,001 < \alpha = 0,05$.

Yang berarti ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan responden tentang pemberantasan penyakit demam berdarah dengue yang mendapat konseling dan yang tidak mendapat konseling.



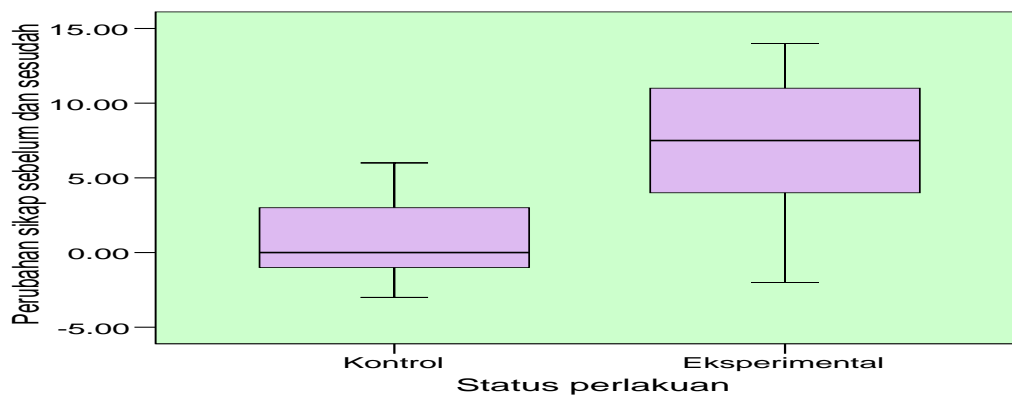
Gambar 1. Perubahan pengetahuan sebelum dan sesudah pemberian konseling (t=3,39; p=0,001)

Tabel 2. Keefektifan konseling terhadap sikap responden

Status perlakuan	N	Mean	SD	t	Nilai p	CI 95%	
						lower	upper
Konseling	30	7.1333	3.89	7.22	.000	-8.10	-4.58
Kontrol	29	.7931	2.73				

Dari tabel 2. di atas menunjukkan bahwa nilai rata-rata sikap responden tentang pemberantasan penyakit demam berdarah dengue yang mendapat konseling sebesar 7,1333 dan yang tidak mendapat konseling sebesar 0,7931 dengan nilai t sebesar 7,22 dengan signifikansi $0,000 < \alpha$

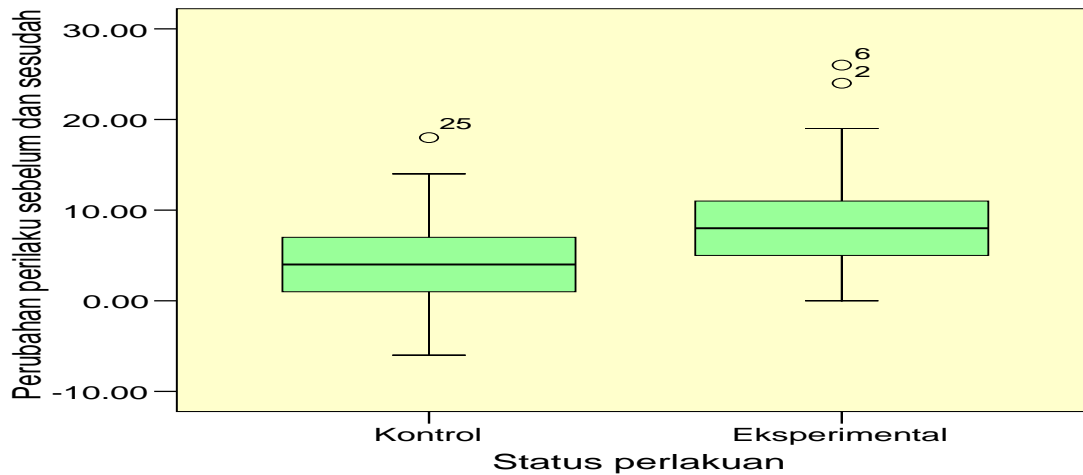
= 0,05 maka dapat diambil kesimpulan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara sikap responden tentang pemberantasan penyakit demam berdarah dengue yang mendapat konseling dan yang tidak mendapat konseling.



Gambar 2. Perubahan sikap sebelum dan sesudah pemberian konseling ($t=7,22$; $p=0,000$)

Tabel 3.. Keefektifan konseling terhadap perilaku responden

Status perlakuan	N	Mean	SD	T	Nilai p	CI 95%	
						lower	upper
Konseling	30	8.7333	5.94	2.91	0.005	-7.11	-1.32
Kontrol	29	4.5173	5.15				



Gambar 3 Perubahan perilaku sebelum dan sesudah pemberian konseling (t=2,91; p=0,005)

Dari tabel 3. di atas menunjukkan bahwa nilai rata-rata perilaku responden tentang penyakit demam berdarah dengue untuk yang pernah mendapat konseling sebesar 8,7333 sedangkan nilai rata-rata yang tidak mendapat konseling sebesar 4,5172. Nilai t pada variabel perilaku responden terhadap pemberantasan

penyakit demam berdarah dengue sebesar 2,91 dengan signifikansi $0,005 < \alpha = 0,05$ yang menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara perilaku responden terhadap pemberantasan penyakit demam berdarah dengue yang mendapatkan konseling dan yang tidak pernah mendapat konseling.

Tabel 4. Keefektifan konseling terhadap keberadaan jentik

Status perlakuan	N	Keberadaan jentik				X ²	Nilai p
		Tidak ada		ada			
Konseling	30	30	100%	0	0%	20.81	0.000
Kontrol	29	14	48.3%	15	51.7%		

Dari tabel 4. menunjukkan bahwa keberadaan jentik antara kelompok kontrol dan

kelompok konseling ada perbedaan yang signifikan (X²=20,81; .p=0,000).

Pengetahuan responden tentang penyakit demam berdarah dengue berbeda secara signifikan terhadap pemberian konseling. Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003) merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan(kognitif) merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Sedangkan menurut Sadli(1988) beberapa definisi konseling yang dipandang cukup penting adalah suatu bentuk wawancara untuk membantu orang lain memperoleh pengetahuan yang lebih baik mengenai dirinya dalam usahanya untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya

Jadi konseling mempunyai hubungan yang penting dengan pengetahuan yang diberikan konselor. Hal ni didukung oleh teori Pietrofesa(1978) yang mengatakan bahwa konseling adalah proses yang melibatkan seseorang profesional berusaha membantu orang lain dalam mencapai pemahaman dirinya, membuat keputusan dan pemecahan masalah.

Sikap terhadap penyakit demam berdarah berbeda secara signifikan terhadap responden yang diberi konseling dan yang tidak diberi konseling. Menurut Burks dan Stefflre(1979) konseling mengindikasikan hubungan profesional antara konselor terlatih dengan klien. Hubungan ini bersifat individu ke individu, walaupun terkadang melibatkan

lebih dari satu orang. Konseling didesain untuk menolong klien untuk memahami dan menjelaskan pandangan mereka terhadap kehidupan, dan untuk membantu mencapai tujuan penentuan diri mereka melalui pilihan yang telah diinformasikan dengan baik serta bermakna bagi mereka dan melalui pemecahan masalah emosional atau karakter interpersonal. Hal ini didukung oleh teori Mc Leod (2003) yang mengatakan bahwa keberhasilan konseling dapat dilihat dari terbentuknya sikap dan perilaku tertentu dalam menghadapi suatu masalah tertentu, tetapi konseling tidak sama dengan motivasi, sedangkan terbentuknya sikap dan perilaku tertentu pada konseling adalah atas dasar keputusan yang mandiri.

Perilaku terhadap penyakit demam berdarah berbeda secara nyata terhadap pemberian konseling. Mengacu pada teori Latipun(2003) Ada empat hal yang perlu ditekankan dalam konseling yaitu: (1) konseling sebagai proses, berarti konseling tidak dapat dilakukan sesaat, (2) konseling sebagai hubungan yang spesifik, hubungan yang dibangun konselor selama proses konseling membutuhkan keterbukaan, pemahaman penghargaan secara positif tanpa syarat dan empati, (3) konseling adalah membantu klien, konselor memotivasi klien untuk lebih bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri dalam mengatasi masalahnya, (4) konseling untuk mencapai tujuan hidup. Hal ini didukung juga oleh Sudyanto(2007) dalam konseling menggunakan pola untuk menyelesaikan permasalahan melalui

beberapa tahap yaitu: tahap (1) mencari akar permasalahan, tahap (2) mencari potensi / sumber yang mungkin dapat digunakan untuk memecahkan masalah, tahap (3) mencari alternatif pemecahan masalah, tahap (4) membuat suatu keputusan, tahap (5) implementasi dari keputusan, dan tahap (6) evaluasi yang membahas tentang bagaimana pelaksanaan solusi yang telah diputuskan, ada 3 kemungkinan yang dapat terjadi yaitu berhasil, sebagian berhasil sebagian tidak berhasil dan gagal. Apabila gagal kembali ketahap awal lagi demikian seterusnya sampai masalah itu terpecahkan.

Seperti yang dikatakan oleh Azwar(1995) bahwa apabila konseling dapat dilaksanakan dengan efektif akan diperoleh beberapa manfaat yang mempunyai peranan yang cukup penting antara lain adalah: (1) dapat lebih meningkatkan pemahaman klien tentang dirinya serta masalah kesehatan yang sedang dihadapinya. Hal ini penting karena klien akan dapat menyesuaikan sikap dan perilakunya terhadap masalah yang dihadapi, (2) dapat lebih meningkatkan kepercayaan diri klien dalam menghadapi suatu masalah, (3) dapat lebih meningkatkan kemandirian klien dalam membuat keputusan terhadap suatu masalah.

PENUTUP

Setelah dilakukan analisis data didapatkan hasil bahwa secara signifikan konseling keluarga dapat meningkatkan

pengetahuan dan juga secara signifikan dapat memperbaiki sikap dan perilaku terhadap pemberantasan demam berdarah dengue. Melalui perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku, pemberian konseling keluarga juga secara signifikan dapat menurunkan keberadaan jentik. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan bahwa konseling keluarga dapat meningkatkan efektivitas pemberantasan demam berdarah dengue.

DAFTAR PUSTAKA

- Arief (2004) *Pengantar metodologi penelitian untuk ilmu kedokteran*, forumperhimpunan pemandirian masyarakat Indonesia.
- Azwar (1995) *Pengantar perhimpunan dokter keluarga*, Jakarta, Yayasan penerbitIDI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang (2006) Laporan penyakit demam berdarah Kabupaten Jombang.
- Djakaria S (2002) *Parasitologi Kedokteran*, edisi ketiga, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hasanah Z (2006). *Partisipasi Ibu Rumah Tangga dalam Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Medan Helvetia, Kota Medan Propinsi Sumatera Utara*. Thesis.
- Hasyim M (2004) *Pengamatan tempat perindukan aedes aegypti pada tempat penampungan air rumah tangga pada masyarakat*

- pengguna air olahan*, Jurnal ekologi kesehatan.
- Hoedojo R (2000) *Parasitologi Kedokteran*, edisi ketiga, Jakarta: FKUI
- Latipun (2001) *Psikologi konseling*, malang UMM Press.
- Mc Leod (2006) *Pengantar konseling : Teori dan studi kasus*, edisi ketiga Jakarta : Prenada Media grup.
- Murti B (1994). *Penerapan Metode Statistik Non-Parametrik Dalam Ilmu-ilmu Kesehatan*. Penerbit PT Gramedia, Jakarta, 1994, hal 715-727
- _____ (2006). *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Cetakan Pertama, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- _____ (2007). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- _____ (2003). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Rumijati (2002). *Hubungan Antara Suhu Udara, Kelembaban Udara, Intensitas Cahaya dan Sikap Masyarakat Terhadap PSN-DBD dengan Populasi Nyamuk Aedes aegypti di Kecamatan Wonogiri*. Penelitian Paskasarjana UNS, hal. 27-36&40-45.
- Simon-Morton BG, Green WH, Gottlieb HH (1995). *Introduction to Health Educational and Health Promotion*. Waveland Press. Inc. USA.
- Sri Rejeki H (2004) *Demam berdarah dengue*, naskah lengkap pelatihan bagi pelatih dokter spesialis anak & dokter spesialis dalam untuk tatalaksana kasus DBD, FK UI.
- Soedarmo (1988) *Demam Berdarah Dengue pada Anak*, Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Sudiyanto A (2007) *Komunikasi dan konseling*, Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Tati E (2006) *Dengue disease severity in Indonesian children; an evaluation of the world health organization classification system*
- [http://www.Pubmedcentral.nih.gov / articlerender.fcgi](http://www.Pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi).
- WHO (1997) *Demam berdarah dengue* edisi 2 EGC.
- _____ (2001) *Panduan lengkap pencegahan dan pengendalian demam berdarah dengue* EGC.
- _____ (2006). *Guidelines for Pevention and Control of Dengue*. Zoonosis Division, National Institute of Communicable Diseases (Directorate Ceneral of Health Services). 22- Sham Nath Marg, Delhi – 110 054.
- Winardi (1996). *Manajemen Perilaku Organisasi*. PT Citra Aditya Bhakti, Bandung