

**PENGLIBATAN KOMUNITI DALAM PENGAWALAN DENGGI  
DI TANAH TINGGI KOTA BINJAI, SUMATERA UTARA,  
INDONESIA**

**Oleh**

**NURMAINI**

**Tesis yang diserahkan untuk memenuhi keperluan bagi  
Ijazah Doktor Falsafah**

**Mei 2013**

## **PENGHARGAAN**

Terima kasih kepada Allah SWT untuk mengurniakan saya terhadap keupayaan dan berani berjalan dengan jayanya melalui laluan berjerih dalam menyiapkan tesis ini. Terima kasih kasih saya yang paling dalam untuk ibu saya yang memberi kekuatan dan untuk sokongannya. Ucapan terima kasih yang istimewa kepada penyelia saya Profesor Ismail Baba dan Profesor Madya Azlinda Azman untuk masa, usaha, sokongan dan penyeliaan mereka. Saya juga berterima kasih kepada semua pensyarah jabatan kerja sosial yang memberi saya bimbingan.

Saya terutama berterima kasih penuh bagi suami dan anak-anak saya (Mala, Anggi, dan Nisa) yang menjalani proses panjang ini dengan saya, sentiasa menawarkan bantuan dan cinta.

Saya berterima kasih penuh untuk kawan yang mengagumkan Etti Sudaryati untuk sokongan dan bantuan sangat besarnya dan kehadiran. Terima kasih saya kepada semua rakan lain yang memberi saya bimbingan berharga, perundingan dan sokongan lakukan tesis ini dengan jayanya.

Terima kasih kepada semua kakitangan sains kemasyarakatan, terutama untuk encik Azis dan Puan Suraya.

Sekian,

Nurmaini



## ISI KANDUNGAN

PENGHARGAAN	i
ISI KANDUNGAN	ii
SENARAI JADUAL	v
SENARAI RAJAH	viii
SENARAI SINGKATAN PERKATAAN	ix
SENARAI LAMPIRAN	x
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xiii
BAB 1 PENGENALAN	1
Pendahuluan	1
Latar Belakang	1
Pernyataan Masalah Kajian	13
Soalan Kajian	19
Objektif Kajian	19
Manfaat Kajian	19
Penyusunan Bab Kajian	21
BAB 2 TINJAUAN LITERATUR	
Pendahuluan	23
Denggi dan masalah kesihatan	23
Ekologi dan bionomik	26
Tempat pembiakan nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	28
Pembenterasan nyamuk penular denggi	29
Promosi kesihatan dan pencegahan penyakit dalam konteks kerja sosial	30
Sejarah kerja sosial dalam promosi kesihatan dan pencegahan penyakit	31
Peranan pekerja sosial dalam mempromosikan kesihatan	32
Pembangunan komuniti	35
Model-Model Pembangunan Komuniti	39
Pendekatan pembangunan komuniti dalam masalah kesihatan dan denggi	48
Pembangunan komuniti dengan pendidikan kesihatan mengenai denggi	54
Pemeriksaan	56

	Penglibatan komuniti	58
	Pemeriksaan dan penglibatan komuniti dalam masalah denggi	65
	Peranan pekerja komuniti dalam pengawalan denggi	68
	Kerangka kajian	73
<b>BAB 3</b>	<b>KAEDAH PENYELIDIKAN</b>	
	Pendahuluan	75
	Reka bentuk penyelidikan	75
	Tempat penyelidikan dan persampelan	76
	Informan	77
	Pengumpulan data	78
	Analisis data	80
	Validiti penyelidikan	81
<b>BAB 4</b>	<b>HASIL KAJIAN</b>	
	Pendahuluan	82
	Gambaran daerah penyelidikan	82
	Karakteristik informan	85
	Pengetahuan informan mengenai denggi	86
	Pengetahuan kader mengenai denggi	86
	Pengetahuan tokoh masyarakat mengenai denggi	95
	Pengetahuan komuniti tempatan mengenai denggi	106
	Persepsi informan mengenai denggi	116
	Persepsi kader mengenai denggi	117
	Persepsi tokoh masyarakat mengenai denggi	125
	Persepsi komuniti tempatan mengenai denggi	133
	Amalan informan mengenai denggi	143
	Amalan kader kesihatan mencegah denggi: sendiri dan komuniti	143
	Amalan tokoh masyarakat mengenai denggi	147
	Amalan komuniti tempatan mengenai denggi	150
	Strategi-strategi yang didapati dalam penyelidikan boleh mengawal denggi	157
	Cadangan yang dapat dikongsikan dalam mengawal denggi	158

BAB 5	PERBINCANGAN, IMPLIKASI, CADANGAN, DAN KESIMPULAN	
	Pengenalan	164
	Perbincangan	164
	Karakteristik informan	164
	Pengetahuan, persepsi, dan amalan informan mengenai denggi	167
	Masalah-masalah sosial berkaitan dengan denggi	182
	Strategi-strategi kesihatan yang boleh diketengahkan dalam membasmi denggi	187
	Strategi kerajaan dan media massa dalam membasmi denggi	187
	Strategi pengurusan berasaskan persekitaran	192
	Implikasi penyelidikan	195
	Implikasi penyelidikan ke atas komuniti	195
	Implikasi terhadap praktis dan profesion kerja sosial	198
	Limitasi Kajian	202
	Cadangan	203
	Kesimpulan	210
	RUJUKAN	212
	LAMPIRAN	

## SENARAI JADUAL

Jadual	Tajuk	Muka surat
1	Model Pembangunan Komuniti	45
2	Tiga bentuk model praktik dalam komuniti	48
3	Penglibatan masyarakat sebagai alat dan tujuan	63
4	Jumlah kelurahan di Kota Binjai	87
5	Karakteristik informan	88
6	Pengetahuan kader mengenai definisi denggi	89
7	Pengetahuan kader mengenai maklumat denggi	90
8	Pengetahuan kader mengenai penularan denggi	91
9	Pengetahuan kader mengenai penyebab dan masa menggigit nyamuk	92
10	Pengetahuan kader mengenai tempat pembiakan nyamuk	93
11	Pengetahuan kader mengenai gejala denggi	94
12	Pengetahuan kader mengenai bantuan kepada pesakit denggi	95
13	Pengetahuan kader mengenai pemberantasan sarang nyamuk (PSN)	96
14	Pengetahuan kader mengenai manfaat kaunseling mengenai denggi	97
15	Pengetahuan tokoh masyarakat mengenai definisi denggi	98
16	Pengetahuan tokoh masyarakat mengenai maklumat denggi	100
17	Pengetahuan tokoh masyarakat mengenai penularan denggi	101
18	Pengetahuan tokoh masyarakat mengenai penyebab dan masa menggigit	102
19	Pengetahuan tokoh masyarakat mengenai tempat pembiakan nyamuk	103
20	Pengetahuan tokoh masyarakat mengenai gejala denggi	105
21	Pengetahuan tokoh masyarakat mengenai bantuan kepada pesakit denggi	106
22	Pengetahuan tokoh masyarakat mengenai aktiviti pencegahan	107
23	Pengetahuan tokoh masyarakat mengenai pemberantasan sarang nyamuk	108
24	Pengetahuan tokoh masyarakat manfaat kaunseling mengenai denggi	109
25	Pengetahuan komuniti mengenai definisi denggi	110
26	Pengetahuan komuniti mengenai maklumat denggi	111
27	Pengetahuan komuniti mengenai penularan denggi	112
28	Pengetahuan komuniti mengenai penyebab dan masa menggigit nyamuk	113
29	Pengetahuan komuniti mengenai tempat pembiakan nyamuk	114
30	Pengetahuan komuniti mengenai gejala denggi	115
31	Pengetahuan komuniti mengenai bantuan kepada pesakit denggi	116
32	Pengetahuan komuniti mengenai pemberantasan sarang nyamuk (PSN)	118

33	Pengetahuan komuniti mengenai manfaat kaunseling mengenai denggi	119
34	Persepsi kader mengenai denggi dapat dicegah dengan PSN	
35	Persepsi kader mengenai tokoh masyarakat perlu menggerakkan masyarakat dengan PSN	120
36	Persepsi kader terhadap pemberi maklumat mengenai denggi	121
37	Persepsi kader terhadap amalan <i>fogging</i> jika terdapat kes	122
38	Persepsi kader apabila diminta berpartisipasi kaunseling denggi	123
39	Persepsi kader perlu mengingatkan jiran tentang bahaya denggi	124
40	Persepsi kader mengenai masyarakat perlu diberi kaunseling tentang denggi	126
41	Persepsi kader mengenai banyak tempat-tempat pembiakan nyamuk	127
42	Persepsi tokoh masyarakat kader mengenai denggi dapat dicegah dengan PSN	
43	Persepsi kader mengenai tokoh masyarakat perlu menggerakkan masyarakat dengan PSN	128
44	Persepsi tokoh masyarakat terhadap pemberi maklumat mengenai denggi	129
45	Persepsi tokoh masyarakat terhadap amalan <i>fogging</i> jika terdapat kes	130
46	Persepsi tokoh masyarakat apabila diminta berpartisipasi kaunseling denggi	131
47	Persepsi tokoh masyarakat perlu mengingatkan jiran tentang bahaya denggi	132
48	Persepsi tokoh masyarakat mengenai masyarakat perlu diberi kaunseling tentang denggi	133
49	Persepsi tokoh masyarakat mengenai banyak tempat-tempat pembiakan nyamuk	134
50	Persepsi komuniti mengenai denggi dapat dicegah dengan PSN	135
51	Persepsi komuniti mengenai tokoh masyarakat perlu menggerakkan dengan PSN	137
52	Persepsi komuniti terhadap pemberi maklumat mengenai denggi	138
53	Persepsi komuniti terhadap amalan <i>fogging</i> jika terdapat kes	139
54	Persepsi komuniti apabila diminta berpartisipasi kaunseling denggi	140
55	Persepsi komuniti perlu mengingatkan jiran tentang bahaya denggi	141
56	Persepsi komuniti mengenai masyarakat perlu diberi kaunseling tentang denggi	142
57	Persepsi komuniti mengenai banyak tempat-tempat pembiakan nyamuk	143
58	Amalan kader dalam mengatasi denggi	144
59	Amalan kader terhadap PSN	145
60	Amalan kader terhadap pembenterasan jentik-jentik nyamuk	145

61	Amalan kader terhadap ahli keluarga atau jiran dijangkiti denggi	146
62	Amalan tokoh masyarakat dalam mengatasi denggi	147
63	Amalan tokoh masyarakat terhadap PSN	148
64	Amalan tokoh masyarakat terhadap pembanterasannya jentik-jentik nyamuk	149
65	Amalan tokoh masyarakat terhadap ahli keluarga atau jiran dijangkiti denggi	150
66	Amalan komuniti dalam mengatasi denggi	151
67	Amalan komuniti terhadap PSN	152
68	Amalan komuniti terhadap pembenterasan jentik-jentik nyamuk	153
69	Amalan komuniti terhadap ahli keluarga atau jiran dijangkiti denggi	154
70	Hasil pemeriksaan jentik-jentik nyamuk di rumah informan	155
71	Aspek-aspek yang berkaitan dengan penyakit denggi	160
72	Kaedah pembenterasan jentik-jentik nyamuk dan nyamuk dewasa	161

## SENARAI RAJAH

Rajah	Tajuk	Muka surat
1	Kitaran Pemerksaan	57
2	Kerangka kajian	74

## **SENARAI SINGKATAN PERKATAAN**

PSN = Pemberantasan Sarang Nyamuk

PUSKESMAS = Pusat Kesehatan Masyarakat

CFR = Case Fatality Rate

IR = Incidence Rate

NGO = Non-Governmental Organization

3 M = Menguras-Menutup-Menanam

FGD = Focus Group Discussion

DBD = Demam Berdarah

POSYANDU = Pos Pelayanan Terpadu

## SENARAI LAMPIRAN

Lampiran	Tajuk
1	Latar belakang calon partisipan
2	Borang kebenaran informan
3	Panduan soalan temubual
4	Objek Pemerhatian
5	Borang soal-selidik pengetahuan kader
6	Kebenaran untuk menjalankan penyelidikan
7	Sokongan dan kebenaran penyelidikan

# **PENGLIBATAN KOMUNITI DALAM PENGAWALAN DENGGI DI TANAH TINGGI KOTA BINJAI, SUMATERA UTARA, INDONESIA**

## **ABSTRAK**

Kajian ini berkaitan dengan penglibatan komuniti dalam pengawalan denggi di Tanah Tinggi Kota Binjai, Sumatera Utara, Indonesia. Masalah denggi merupakan satu masalah kesihatan yang membimbangkan di Kota Binjai. Usaha pengawalan secara berleluasa telah banyak dilakukan oleh jabatan kesihatan, tetapi setiap tahun kes denggi dalam kalangan masyarakat semakin meningkat. Kajian ini memfokus kepada beberapa persoalan utama yang meliputi sejauhmana pengetahuan, persepsi dan amalan (kader, tokoh masyarakat, dan komuniti) mengenai penyakit denggi; memahami permasalahan sosial berkaitan dengan denggi; meninjau strategi-strategi dalam penyelidikan bagi pengawalan denggi; serta mendapatkan cadangan yang boleh dikongsikan untuk mengawal denggi dalam komuniti. Kajian kualitatif ini telah melibatkan 25 informan, dan data telah diperolehi melalui temubual mendalam, pemerhatian dan perbincangan kumpulan fokus. Penemuan kajian telah mendapati bahawa hampir kesemua responden mempunyai pengetahuan dan persepsi yang agak baik mengenai penyakit denggi. Walau bagaimanapun, amalan pembanterasannya jentik-jentik dan nyamuk dewasa masih di tahap yang rendah kerana masih terdapat banyak pembiakan jentik-jentik di tempat-tempat yang ditinjau. Antara permasalahan yang menyumbang kepada pembiakan jentik-jentik ini adalah disebabkan oleh kepadatan penduduk, kekurangan penglibatan masyarakat dalam aktiviti pembanterasannya denggi serta mobiliti penduduk yang tinggi. Malah kesemua permasalahan ini boleh menyumbang kepada peningkatan penyakit denggi. Strategi yang digunakan oleh masyarakat antaranya termasuklah melindungi diri daripada

gigitan nyamuk, menghapuskan jentik-jentik, dan memberi rawatan awal kepada pesakit denggi. Walaupun begitu, strategi yang kerap digunakan oleh masyarakat masih lagi belum dapat mengurangkan kadar denggi dalam masyarakat. Antara implikasi dan cadangan utama kajian ini adalah keperluan mengadakan latihan berterusan kepada komuniti terutamanya kader kesihatan tentang kaedah pengawalan denggi yang berkesan serta peranan yang boleh dilakukan oleh pekerja sosial dalam membangunkan dan memperkasakan komuniti untuk terus mengawal pembiakan larva nyamuk, gigitan nyamuk dan seterusnya penyakit denggi.

**COMMUNITY PARTICIPATION IN DENGUE CONTROL IN  
TANAH TINGGI KOTA BINJAI, SUMATERA UTARA, INDONESIA**

**ABSTRACT**

This study is about community participation in the dengue control in Tanah Tinggi Kota Binjai, Sumatera Utara , Indonesia. Dengue is one of the serious health problems in Kota Binjai. Various efforts in dengue prevention have been carried out by health departments, but each year dengue cases increases in the community. This study focuses on few important research questions which include how much knowledge, perception and practice (cadre, community leaders and community) with regards to dengue fever; understanding social problem with regards to dengue; to explore the different strategies in dengue prevention control; as well as getting suggestions that can be shared in dengue control in the community. This qualitative study has involved 25 informants, and the data collected through in-depth interviews, observation and focus group discussions. Study findings have indicated that almost all informants do have good knowledge and perception about dengue fever. However, the practice of mosquitos control were still relatively low as there were mosquitos found at the surveyed locations. Among the problems that contributes to the increase of mosquitos were due to over crowded population, lack of community involvement in mosquitos control effort, as well as the high mobility of the community. All of these problem did contribute to the increase of dengue fever. The strategies used by the community include preventing self from mosquito bites, eliminate mosquito larves, and provide early treatment for those experiencing dengue fever. Even with these strategies, it is unable to help reduce the rate of dengue in the community. Among the important study implications and suggestions include the

need to undertake continuous training for the community, particularly for the existing health cadre on the effective methods in dengue control, as well as the role of social workers in helping to develop and empower community to continue with the prevention through reducing mosquito larvae, avoiding mosquito bites and further avoiding dengue fever.

# **BAB 1**

## **Pengenalan**

### **Pendahuluan**

Denggi telah merebak di pelbagai daerah dan wilayah-wilayah di Indonesia dengan kadar insidens dan penyebaran cenderung untuk meningkat. Masalah denggi perlu dikaji daripada pelbagai perspektif termasuk perspektif kerja sosial.

Pembangunan kesihatan yang melibatkan komuniti merupakan satu strategi yang boleh digunakan dalam usaha mengkaji denggi. Dengan sokongan, inisiatif dan penglibatan masyarakat di peringkat komuniti, akhirnya dapat meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan serta kualiti hidup termasuk taraf kesihatan komuniti tempatan. Kajian dilihat dapat meningkatkan lagi maklumat berkaitan dengan kawalan denggi dalam masyarakat.

Bab satu ini membincangkan mengenai latar belakang ini dilakukan, pernyataan masalah mengandungi data yang menyokong tentang yang dijalankan ini, menumpu kepada persoalan kajian, objektif kajian, kepentingan kajian dan keseluruhan penyusunan bab kajian.

### **Latar belakang**

Pembangunan di pelbagai negara merupakan salah satu landasan untuk meningkatkan taraf kesejahteraan hidup semua bangsa. Pembangunan boleh merangkumi aspek pembangunan fizikal, sosial, budaya, ekonomi, kesihatan dan sebagainya. Pembangunan yang menyeluruh dilihat dapat memberi impak kepada seluruh masyarakat yang ada di negara itu. Namun begitu, terdapat kebaikan dan keburukan di sebalik kemajuan yang dikecapi. Dengan adanya halangan dan krisis kepada negara, pelbagai masalah mungkin timbul misalnya kesusahan masyarakat untuk menggunakan pelbagai kemudahan termasuklah terhadapnya perkhidmatan

kesihatan. Oleh itu, perkhidmatan yang berasas komuniti (*community - based services*) mahupun kerja komuniti dapat menjadi salah satu alternatif untuk meningkatkan lagi taraf hidup satu-satu komuniti (Ife, 2006).

Glen (1993) menyatakan terdapat tiga model intervensi komuniti, iaitu pembangunan komuniti, tindakan komuniti dan pendekatan perkhidmatan komuniti. Salah satu pendekatan yang dapat diaplikasikan untuk menyokong kerja komuniti ialah pembangunan komuniti. Pembangunan komuniti banyak digunakan untuk meningkatkan taraf kehidupan dan memperkasakan masyarakat.

Latar belakang yang menjurus kepada perubahan sosial terancang masyarakat demi kesejahteraan sosial telah dipengaruhi oleh pemerintahan Inggeris terhadap koloninya. Brokensha dan Hodge dalam Adi (2003) menyokong makna pembangunan komuniti dalam masyarakat Inggeris adalah merupakan pengganti kepada pendidikan massa (*mass education*). Pembangunan komuniti bertujuan untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat. Pada tahun 1944 *the colonial Office* membuat pernyataan bahawa tujuan pembangunan komuniti di daerah koloninya meliputi:

1. Peningkatan taraf kehidupan dan kesihatan masyarakat
2. Peningkatan taraf hidup ekonomi masyarakat

Perkembangan dan penguasaan institusi politik terhadap daerah koloni sehinggalah daerah ini bersedia untuk mampu menjalani pemerintahan sendiri secara efektif atau berkesan.

Menurut Milson (1974), pembangunan komuniti di negara yang sudah membangun (*developed countries*) tidak terlalu bertumpu kepada penyediaan keperluan asas masyarakat seperti perkhidmatan kesihatan, makanan, air bersih, pendidikan rendah dan menengah, tetapi lebih menjurus kepada keupayaan pembangunan proses demokrasi dan kesimpulan logik dari permasalahan yang sedia

ada. Di negara yang sedang membangun (*developing countries*), fokus utama pembangunan komuniti melibatkan peningkatan perkhidmatan kesihatan masyarakat, peningkatan keadaan ekonomi komuniti, kemudahan prasarana, peningkatan kemudahan perumahan bagi masyarakat miskin, pembangunan sekolah rendah, menengah dan kejuruteraan, serta menyediakan peluang pekerjaan.

Kesimpulan ini mendapati bahawa negara maju bertumpu kepada aspek memenuhi keperluan dan kemudahan asas bagi komuniti demi kesejahteraan sosial masyarakat. Dalam usaha pembangunan sosial masyarakat secara langsung atau tidak, ianya masih memerlukan aspek pembangunan fizikal. Manakala di negara yang sedang membangun bertumpu kepada beberapa program pembangunan sosial yang meliputi pendidikan, kesihatan, perumahan dan kemiskinan. Pembangunan sosial inilah yang merupakan suatu proses perubahan sosial yang terancang ke arah meningkatkan taraf hidup masyarakat.

Pernyataan pembangunan sosial seperti di atas merupakan kaitan seperti berikut iaitu: intervensi komuniti atau kerja komuniti yang memberi perubahan kepada aspek pengetahuan (*knowledge*), kepercayaan (*belief*), persepsi (*attitude*) dan niat individu (*intention*). Berlandaskan perubahan aspek pengetahuan sehingga niat seseorang individu itu, memberi kesedaran terhadap kumpulan sasaran bagi mencapai struktur pembangunan sosial dan akhirnya dapat memperkasakan masyarakat.

Pembangunan sosial dalam konteks pembangunan kesihatan ini dilakukan kerana di kebanyakan negara-negara di dunia mempunyai pelbagai masalah kesihatan. Begitu juga di Indonesia, masalah kesihatan ini harus segera diatasi bagi meningkatkan taraf kesihatan masyarakat. Merujuk kepada konteks pembangunan

sosial, bidang kesihatan adalah seiring dengan kelima-lima bidang yang meliputi pendidikan, perumahan, jaminan sosial dan kerja sosial.

Proses pembangunan gaya hidup sihat masyarakat memerlukan biaya dan prasarana yang berkaitan dengan aspek fizikal. Kemudahan pembangunan fizikal yang disediakan tidak memberi nilai dan impak sekiranya tidak disulami dengan daya usaha masyarakat mengamalkan gaya hidup sihat. Justeru itu, pembangunan komuniti amatlah diperlukan untuk memberi kesedaran kepada masyarakat dalam meningkatkan taraf hidup dan kesihatan serta memajukan masyarakat dari segenap sudut kehidupan.

Dewasa ini, pembangunan kesihatan di Indonesia telah berubah orientasinya iaitu daripada paradigma sakit ke sihat. Maka, model pembangunan jangka panjang telah berupaya membantu dan menyokong masyarakat untuk berdikari dalam mengamalkan gaya hidup sihat. Ia diwujudkan melalui kesedaran yang lebih tinggi iaitu, kepentingan perkhidmatan kesihatan secara promosi dan pencegahan. Ini dapat mewujudkan satu paradigma sihat yang lebih menekankan kepada usaha meningkatkan kesihatan, pencegahan, pemeliharaan kesihatan, daripada pengubatan dan pemulihan kesihatan dengan penglibatan masyarakat melalui aktiviti-aktiviti yang menyokong perubahan tingkah laku untuk hidup sihat dan mengelakkan masyarakat dari pelbagai penyakit.

Kesihatan masyarakat bertumpu di pencegahan penyakit dan promosi kesihatan. Ini sesuai antara kerja sosial dan kesihatan masyarakat kerana kerja sosial menjadi bahagian daripada aktiviti-aktiviti dan program kesihatan masyarakat lebih dari 100 tahun (Dhooper, 1997). Bracht (dalam Dhooper, 1997) turut menekankan bahawa minat dalam promosi kesihatan dan pencegahan penyakit bukan satu perkara baru, terutama untuk pekerja-pekerja sosial profesional dari segi sejarah

yang disasarkan kepada aspek-aspek lebih luas daripada kesihatan dan sosial. Dalam separuh masa kedua dalam abad ke 19, pekerja-pekerja sosial bekerjasama dengan profesional kesihatan dalam usaha-usaha terancang mengawal penyakit-penyakit menular. Peranan pekerja sosial sangat penting untuk kejayaan program-program kesihatan masyarakat yang memerlukan kerjasama dengan kumpulan-kumpulan masyarakat. Mereka bukan sahaja bekerjasama dengan para profesional kesihatan tetapi juga menunjukkan kegunaan pendekatan dan kaedah kerja sosial yang berkaitan dengan kesihatan.

Kesihatan masyarakat dan kerja sosial berkongsi sejarah panjang abad selari dan bertumpu kepada kesihatan sosial. Dalam sebuah dunia berunsur perbezaan kesihatan dan globalisasi, kemahiran-kemahiran kesihatan masyarakat semakin dilihat oleh pakar-pakar sebagai kritikal untuk kejayaan profesion kerja sosial. Memandangkan komitmen bersejarah profesion dalam kesihatan dan kesejahteraan masyarakat di seluruh dunia, pencegahan dan promosi kesihatan adalah kritikal untuk usaha-usaha kerja sosial mengurangkan ketidakseimbangan kesihatan dan mempromosikan keadilan sosial yang berlaku (Ruth et al, 2012).

Pekerja-pekerja sosial kesihatan masyarakat menggunakan pendekatan dari epidemiologi dan perspektif sosial serta pencegahan dan intervensi. Kerja sosial kesihatan masyarakat memberikan tumpuan kepada pencegahan di peringkat komuniti menerusi bekerja dengan individu, keluarga, kumpulan dan komuniti. Kerana pekerja sosial kesihatan masyarakat berfungsi dengan baik pada tahap yang berbeza, mereka dapat menggunakan kemahiran pelbagai disiplin dan latihan mereka untuk berkhidmat sebagai pengarah program, pentadbir, penganalisis dasar, dan jawatan lain dalam bidang seperti kesihatan ibu / kanak-kanak, HIV / AIDS, intervensi trauma (contohnya, yang berkaitan dengan peperangan, kekerasan,

bencana.), pencegahan penyakit dan pengawasan, penyalahgunaan dadah, perkhidmatan bantuan, dan advokasi (Van Pelt, 2009).

Pekerja sosial mempunyai kepekaan khas kerana, pemahaman, dan kepakaran dalam masalah-masalah penderaan kanak-kanak, keganasan terhadap pasangan, AIDS, dan usia tua. Mereka sepatutnya memegang peranan kepimpinan yang sesuai kerana pencegahan penyakit dan promosi kesihatan dalam bidang-bidang ini. Mereka juga mempunyai pelbagai kemahiran termasuklah dalam soal persepsi profesional untuk mempromosi bidang kesihatan kepada penduduk pelbagai budaya (Ruth et. al 2008). Aktiviti-aktiviti promosi kesihatan dan pencegahan penyakit akan lebih berkesan dipromosikan oleh pekerja sosial terlatih.

Profesion kerja sosial pada dasarnya komited dalam peringkat individu dan komuniti, seperti individu dan pembangunan keluarga, mengelola komuniti, dan advokasi, intervensi memasukkan kemahiran-kemahiran dan nilai-nilai perlu untuk melaksanakan amalan-amalan promosi kesihatan yang berkesan di pelbagai tahap-tahap sistemik. Misalnya, menggunakan pendidikan dan kaunseling, pekerja sosial peringkat individu boleh membantu menangani penyakit-penyakit, seperti masalah kegemukan yang sangat tersebar luas dalam masyarakat (Rizzo, 2012).

Isu kesihatan masyarakat dan kerja sosial boleh digambarkan sebagai dua sisi duit siling yang berbeza permukaan. Walaupun terdapat perbezaan tertentu, misalnya, kesihatan masyarakat lebih mengenai pencegahan dan kerja sosial lebih kepada intervensi, kedua-dua profesion berusaha mempromosikan individu dan kesihatan masyarakat. Seterusnya kedua-dua mahu mengurangkan masalah sosial, psikologikal, risiko alam sekitar, ingin mempromosikan kemampuan diri dan keazaman diri (Keefe, 2012).

Paradigma sihat juga merupakan orientasi pendekatan kepada kesihatan masyarakat (*public health approach*) dalam setiap langkah penyelesaian masalah. Ini disebabkan kesihatan masyarakat menjadi amalan dalam meningkatkan kesihatan komuniti, perubahan paradigma sihat ini lebih pada promosi dan pencegahan penyakit. Alwyn Smith (dalam Costello & Haggart, 2003) menyatakan kesihatan masyarakat iaitu satu amalan bagi meningkatkan taraf kesihatan masyarakat. Dimasa sekarang terdapat banyak penyakit-penyakit dalam masyarakat termasuk penyakit menular di banyak negara yang menyebabkan morbiditi dan kematian tinggi dalam masyarakat.

Jumlah penyakit menular semakin meningkat pada tahun belakangan ini. Terdapat beberapa sebab mendasari iaitu penebangan hutan meluas, pembangunan pengairan, program kawalan vektor penyakit tidak aktif, kepadatan penduduk berlebihan disertai sanitasi yang rendah, dan kesedaran masyarakat untuk kehidupan sihat masih rendah. Satu contoh penyakit menular hingga kini bilangan kejadian masih tinggi dan masuk dalam *Kejadian Luar Biasa (KLB) atau outbreak ialah denggi*.

Kes denggi telah meningkat secara signifikan dalam dekad terakhir. Virus denggi dianggap perkara penting langsung mengancam populasi dunia ketiga dan menghasilkan lebih dari 50 juta kes dilaporkan di daerah tropika dan sub tropika. Muncul kembali denggi disebabkan beberapa faktor persekitaran, sifat sosial, ekonomi dan politik termasuk polisi kesihatan nasional. Faktor-faktor tersebut termasuklah kegagalan program pengawalan denggi, pertumbuhan penduduk, urbanisasi yang cepat dan tidak terancang, peningkatan pengangkutan dengan kapal terbang, peningkatan jumlah sampah yang tak boleh diurai, ketidakcekapan infrastruktur perkhidmatan kesihatan masyarakat serta kekurangan dana untuk

pengawasan denggi. Secara amnya kemiskinan dan ketaksamaan adalah faktor utama disebalik permasalahan ini di kebanyakan negara ( Perez, 2006)

Denggi paling cepat menyebarkan virus bawaan nyamuk di dunia. Dalam 50 tahun terakhir, insidens bertambah 30 kali ganda dengan pengembangan geografi bertambah bagi negara-negara baru dan dalam dekad ini dari kawasan Bandar ke luar Bandar diramalkan 50 juta jangkitan denggi berlaku setiap tahun dan kira-kira 2.5 bilion orang hidup dalam negara-negara endemik denggi. Lebih 70 peratus populasi berisiko denggi di seluruh dunia tinggal di Asia Tenggara dan kawasan Pasifik Barat yang menanggung hampir 75 peratus beban penyakit dunia semasa disebabkan denggi. *World Health Assembly* resolution menyeru WHO dan negara-negara anggotanya komitmen yang lebih besar untuk denggi. Maksud tertentu ialah pada tahun 2005 *World Health Assembly* di semakan *International Health Regulation* menyatakan denggi termasuk sebagai satu contoh penyakit yang boleh menjadikan masalah kesihatan masyarakat daripada kebimbangan antarabangsa dengan implikasi-implikasi pada gangguan keselamatan kesihatan dan penyebaran epidemik melebihi sempadan negara (WHO, 2009).

Pada tahun 2010 denggi dipercayai menjangkiti 50 hingga 100 juta orang di seluruh dunia per tahun dengan ½ juta jangkitan mengancam hidup. Ia meningkat secara mendadak dalam kekerapan antara tahun 1960 hingga 2010 sebanyak 30 kali ganda. Peningkatan ini dipercayai disebabkan kombinasi faktor urbanisasi, pertumbuhan penduduk, peningkatan perjalanan antarabangsa dan pemanasan global. Penyebaran geografi sekitar khatulistiwa dengan 70 peratus daripada 2.5 bilion orang tinggal dalam kawasan endemik dari Asia dan Pasifik. Berbanding kawasan-kawasan lain, negara-negara Asia Tenggara yang paling serius terkena kesan denggi

dan potensi penyebaran denggi di Asia Tenggara mengingat hal ini disebabkan banyak pelancong keluar masuk dari satu negara ke negara lain (Wikipedia, 2012).

Pada tahun 2012, denggi adalah penyakit vektor-borne paling penting bagi manusia berkenaan dengan virus dan lebih penting daripada malaria secara global dalam perkara morbiditi dan impak ekonomi. Penyelidikan terakhir meramalkan 3.6 bilion orang hidup di kawasan berisiko, lebih 230 juta terjangkit, jutaan kes denggi, lebih 2 juta kes penyakit teruk, dan 21,000 kematian. Selain kesihatan masyarakat dan kos ekonomi, terdapat impak sosial yang besar pada negara-negara dimana wabak berlaku, sering mengganggu rawatan asas untuk pesakit-pesakit yang dimasukkan ke hospital, dan pertumbuhan bandar yang pesat serta kekurangan daripada pengawasan denggi di negara-negara tropika dalam 50 tahun terakhir (Gubler, 2012).

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) 2004-2009 salah satu program di bidang kesihatan ialah pencegahan dan pembanterasan penyakit termasuk wabak penyakit menular. Ditangani secara cepat terhadap wabak penyakit, merupakan bahagian peningkatan perkhidmatan kesihatan dasar menjadi keutamaan dari tiga program 100 hari pertama Kabinet Indonesia Bersatu 2004-2009 di bidang kesihatan (*Badan Perencanaan Pembangunan Nasional*, 2004). Saat ini isu kesihatan masyarakat menjadi pemerhatian dan keutamaan program kerajaan termasuk isu denggi yang telah merebak seluruh kawasan di Indonesia.

Pada tahun 2009 jumlah kes sebanyak 158,912 dengan 1,420 kematian, *Incident Rate (IR)*: 68.22 per 100,000 penduduk serta *Case Fatality Rate (CFR)* 0.89 peratus. Tahun 2010 jumlah kes denggi sebanyak 156,086 dengan 1,358 kematian, IR 65.70 per 100,000 penduduk dan CFR 0.87 peratus. Tahun 2011 hingga Oktober

jumlah kes denggi sebanyak 49,486 kes dan 403 kematian dengan IR 20.83 per 100,000 penduduk dan CFR 0.81 peratus (Aditama, 2011).

Laporan baru-baru ini bahawa demam denggi menduduki tempat kelapan daripada 10 penyakit menular di Indonesia. Kadar semua penyakit menular adalah 2.1 peratus. Dalam lingkungan umur 1-4 tahun, demam denggi berada di tempat kelima sebagai punca kematian dengan kadar sebanyak 6.8 peratus. Data penyakit ini adalah nombor satu punca kematian dalam lingkungan umur 5-14 tahun di kawasan bandar. Kadar mencapai 30.4 peratus, merupakan bilangan yang sangat besar (Pramono, 2010).

Data November 2011 menunjukkan, lima wilayah dengan IR atau kadar transmisi tertinggi semasa tahun 2011 ialah seperti seterusnya: Bali (81.08 kes/100,000 penduduk), DKI Jakarta (72.24 kes/100,000 penduduk), Kepulauan Riau (49.70 kes/100,000 penduduk), Sulawesi Tengah (47.37 kes/100,000 penduduk), NAD (45.81 kes/100,000 penduduk). Sebagai tambahan semasa tahun 2011 juga mencatatkan empat wilayah menetapkan status *Kejadian Luar Biasa* (KLB) denggi iaitu Sumatera Utara, Riau, Jambi dan Maluku. KLB sedia ada jika ia muncul yang kes sebelumnya tidak wujud, atau satu peningkatan dalam kes sebanyak dua kali atau lebih dalam tempoh satu bulan (Aditama, 2011).

Kerajaan Indonesia telah melalui pengalaman panjang dalam pengawalan denggi. Mulanya strategi mengawal denggi ialah membanteras nyamuk-nyamuk dewasa melalui *fogging*, kemudiannya berkembang dengan menggunakan strategi larvasida disemai ke dalam bahan buangan. Kedua-dua kaedah ini sehingga kini belum menunjukkan hasil memuaskan yang membuktikan berlaku peningkatan jumlah kes dan jumlah kawasan terjangkit denggi bertambah. Memandang tiada ubat atau vaksin untuk membunuh virus, jalan paling berkesan untuk mencegah denggi

ialah Pembanterasannya Sarang Nyamuk (PSN) dilakukan oleh komuniti/ keluarga secara tetap. Oleh itu *Departemen Kesihatan* Indonesia mengutamakan PSN untuk mengawal vektor penyebab denggi dengan penglibatan aktif daripada komuniti (RI, *Departemen Kesihatan*, 2004).

Masalah denggi bukanlah masalah yang baru di Indonesia. Masalah ini semakin hari semakin membimbangkan, kota Binjai juga turut terjebak dalam masalah ini. Denggi merupakan salah satu masalah sosial yang amat membimbangkan di kota Binjai. Setiap tahun peningkatan kes denggi dalam kalangan masyarakat semakin meningkat. Ia juga membimbangkan ibubapa apabila terdapat seorang anak mereka menderita penyakit denggi kerana ia boleh menyebabkan kematian. Selain itu, ia juga mempunyai impak pada ekonomi keluarga, terutama bagi keluarga miskin kerana mesti mengeluarkan wang berkaitan dengan penyakit denggi, seperti membelajakan wang beli ubat-ubat dan kos-kos lain. Oleh itu dalam menangani masalah denggi bukan hanya pihak jabatan kesihatan, pihak masyarakat juga harus memberi kerjasama yang sebaik mungkin. Masih terdapat bilangan masyarakat yang tidak berprihatin dengan masalah denggi dengan membiarkan kediaman mereka menjadi kawasan pembiakan denggi. Hal ini dilihat dari sikap masyarakat yang suka membuang sampah di merata-rata tempat juga merupakan salah satu punca berlakunya denggi. Pembuangan sampah sarap khususnya yang mampu menakung air menyebabkan ia berpotensi menjadikan sebagai tempat pembiakan nyamuk aedes.

Ketiadaan perundangan membasmi demam di Indonesia, sama ada perundangan tempatan atau kebangsaan untuk melindungi masyarakat daripada denggi, dengan undang-undang dijangka akan bertambah pematuhan dan penguatkuasaan undang-undang untuk bertindak keras terhadap mereka yang

tidak ada kesedaran terhadap kesihatan persekitaran. Peraturan-peraturan mengenai denggi hanya ada pengurusan klinikal dikeluarkan oleh jabatan kesihatan. Sebagai tambahan, pekerja-pekerja sosial tidak pernah terlibat dalam isu-isu berkaitan dengan masalah dengan kesihatan, khususnya denggi.

Langkah – langkah pencegahan jangkitan denggi boleh dilakukan dengan membabitkan penglibatan masyarakat dan pekerja komuniti yang berperanan penting dalam pembangunan komuniti. Penglibatan masyarakat dalam tahap perubahan akan menjadikan masyarakat menjadi lebih perkasa dan lebih tahan berhadapan dengan perubahan dan melibatkan masyarakat sebagai satu unsur utama dalam pembangunan komuniti. Peranan pekerja sosial adalah membantu mengenalpasti dan mencari penyelesaian masalah secara berkesan selain mendidik masyarakat untuk meningkatkan jati diri mereka. Maka, pekerja komuniti terbukti berkualiti dan mempunyai kemampuan dalam menangani sebarang permasalahan dalam bidangnya secara berkesan.

Dalam konteks kerja sosial, pekerja sosial boleh memainkan peranan untuk mencegah jangkitan denggi dalam komuniti tempatan. Pekerja sosial dalam perkhidmatan secara makro boleh dilakukan jika masalah kesihatan sudah merupakan satu isu yang serius sama ada secara nasional mahupun global iaitu berinteraksi dengan institusi, organisasi dan masyarakat luas, antaranya melalui pendidikan atau latihan.

Pekerja sosial boleh berperanan sebagai seorang *broker* untuk menghubungkan komuniti memerlukan bantuan atau perkhidmatan kesihatan pesakit denggi. Ia boleh juga jadi pengupaya (*empowerer*) untuk memperkasakan komuniti dengan menyediakan pelbagai maklumat yang boleh menghalang denggi daripada komuniti dan memberikan sokongan supaya masyarakat mahu berpartisipasi aktif dalam

bekerjasama, sehingga dapat meningkatkan kesihatan masyarakat, khususnya mengelak denggi. Oleh itu pekerja sosial haruslah berpengetahuan dalam topik yang dibincangkan contohnya isu penyakit denggi dengan mencari maklumat berkaitan dan menghubungi pakar kesihatan bagi memperoleh kesahihan maklumat demi membantu masyarakat.

Peranan pekerja sosial juga menyalurkan rangkaian maklumat kepada individu atau kumpulan masyarakat yang kurang pengetahuan tentang kewujudan persatuan komuniti tentang kesihatan masyarakat, khususnya denggi. Justeru, sekiranya selepas pekerja sosial tidak bersama lagi dengan masyarakat mereka kini mampu mengekalkan jalinan usahasama dengan persatuan kerana telah mendapat pendedahan awal.

### **Pernyataan Masalah Kajian**

Pembangunan komuniti pada asasnya merupakan strategi perubahan sosial terancang secara profesional dilaksanakan bagi mengatasi masalah atau memenuhi keperluan pada tingkat komuniti. Amalan kerja sosial pada tingkat makro ini berasaskan pelbagai model dan pendekatan serta beroperasi seiring dengan pengetahuan, nilai-nilai dan kemahiran pekerja sosial (Suharto, 2005).

Pekerja sosial bertumpu peringkat mikro seperti individu atau kumpulan. Manakala pada intervensi di peringkat makro merujuk kepada komuniti dan masyarakat luar dikenali pekerja komuniti. Pekerja komuniti yang berperanan ejen perubahan perlu meluaskan komuniti sasaran khususnya kepada kelompok masyarakat yang mempunyai kadar pengangguran dan kemiskinan yang tinggi. Secara tidak langsung, ini dapat mendidik komuniti dan masyarakat untuk saling berganding bahu dan berusaha dengan mencari peluang perniagaan yang boleh

menjana ekonomi dan sekaligus meningkatkan taraf hidup masyarakat, akan meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Bidang kesihatan merupakan aspek utama kesejahteraan sosial dikenali dengan dengan *Human Development Index* (HDI). Namun kadar kematian ibu yang bersalin ataupun bayi yang lahir yang masih tinggi memerlukan rawatan kesihatan yang terperinci. Maka, di sinilah terletaknya fungsi pekerja komuniti dalam membentangkan isu berkaitan kesihatan sosial dan mengenalpasti punca dan langkah penyelesaiannya kepada masyarakat amnya.

Pekerja komuniti bertindak sebagai ejen perubahan yang perlu memahami bahawa masyarakat berhak mendapat perlindungan dan hak yang sama rata demi kepentingan bersama. Pelaksanaan tersebut membabitkan komuniti dengan menyelitikan unsur panyatuan sosial dalam masyarakat. Pekerja komuniti berperanan sebagai fasilitator dengan melibatkan komuniti dalam menangani permasalahan yang ada dalam masyarakat. (Adi, 2004).

Di peringkat komuniti tempatan, masyarakat dibantu oleh pekerja kesihatan yang dikenali dengan juru-juru pemantau jentik-jentik (*JUMANTIK*). Ia disediakan PUSKESMAS untuk membantu pemantauan pembiakan nyamuk *Aedes aegypti* Namun, ianya tidak menyalurkan maklumat, hanya sekadar memantau sekali bagi setiap tiga bulan. Pekerja kesihatan hanya memantau jentik-jentik nyamuk aedes penyebab denggi.

Denggi adalah penyakit berjangkit dan saban tahun meningkat kadar penyebarannya dan menjadi salah satu punca permasalahan kesihatan masyarakat. Ia sejajar dengan peningkatan populasi dan mobiliti penduduk. Penyakit ini mula dikenali di Indonesia sejak tahun 1968; iaitu, adanya kejadian luar biasa (KLB) atau *Outbreak* bahawa jumlah kes lebih tinggi daripada kadar indikator nasional. Jumlah

itu sebesar 20/100,000 penduduk. Ini berlaku di Surabaya (Jawa Timur) dan Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Berdasarkan *Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang (P2B2) Kementerian Kesehatan Indonesia*, di Indonesia tahun 2010 kadar kematian 1,317 dan bilangan kes denggi sebanyak 150,000 kes. Indonesia menduduki peringkat tertinggi kes denggi di ASEAN ( Lusia, 2011).

Denggi masih masalah kesehatan masyarakat yang benar-benar serius karena jumlah kes denggi dalam semua kumpulan umur lebih daripada 20/100,000 penduduk dengan kadar kematian di atas satu peratus. Sejak denggi dilaporkan di Indonesia pada tahun 1968 sehingga sekarang menunjukkan peningkatan di semua wilayah dan *kabupaten/kota* di Indonesia. Yang hampir semua wilayah dan *kabupaten/kota* dijangkiti denggi setiap tahun. Kes berlaku setiap hari 373-374 orang dengan jumlah kematian 3-4 orang per hari. Dari sudut kebangsaan keadaan denggi pada 2010, dengan pengagihan kejangkitan dalam 33 wilayah dan 400 *kabupaten/kota* di Indonesia dengan sejumlah kes 156,086 kes dengan purata kadar insidens ialah 65.70 per 100,000 penduduk dengan kadar kematian 1,358 orang atau CFR 0.8 peratus (RI, *Direktorat Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang Ditjen P2PL Kementerian Kesehatan*, 2011).

Berdasarkan simpanan rekod, kes denggi berlaku setiap tahun di Provinsi Sumatera Utara. Bilangan pesakit dan yang meninggal akibat denggi di Sumatera Utara saban tahun selama sepuluh tahun terakhir (1999 – September 2009) meningkat. Pada tahun 2007 dan 2008 di Sumatera Utara berlaku peningkatan yang ketara iaitu tahun 2007 dengan jumlah kes 4,195 dan tahun 2008 sebanyak 4,454 kes. Data lima tahun terakhir (2004 – 2008) menunjukkan bahwa purata kadar kesakitan berada dalam lingkungan 8.79 – 33.28 per 100,000 penduduk, manakala purata kadar kematian berada dalam lingkungan 0.91 – 2.20 peratus ( Candra Syafei, 2009).

Data *Dinas Kesihatan* Provinsi Sumut menunjukkan, semasa 2010 jumlah kes denggi sehingga pertengahan Oktober mencecah 5,805 kes. Jumlah tidak termasuk kes-kes yang berlaku pada November dan Disember. Jumlah kes naik lebih daripada 1,000 kes berbanding dengan kes pada 2009 sebanyak 4,643 kes. Kadar kematian juga naik dari 57 kes pada 2009 untuk 65 kes pada 2010. Kadar kematian denggi di Sumatera Utara dengan CFR yang tinggi mencecah 1.23 peratus masih di atas standard program kawalan denggi *Kementerian Kesihatan* maksimum satu peratus, IR denggi pada 2010 mencapai 30.1 kes per 100,000 penduduk. Kadar ini berlipat ganda berbanding dengan IR tahun 2005 sebanyak 16.3 per 100,000 penduduk. Data dari Januari hingga Februari 2012 merekod 755 orang menderita akibat denggi (*Dinas kesihatan* Provinsi Sumatera Utara, 2011)

Salah satu kota yang termasuk pandemik denggi di Propinsi Sumatera Utara ialah Kota Binjai yang terdiri daripada lima mukim, satu mukim sporadis (tidak setiap tahun kes denggi berlaku) akan tetapi empat mukim endemis (setiap tahun terdapat kes denggi). Kota Binjai mempunyai keluasan daerah 90.23 hektar yang terdiri daripada lima mukim dengan bilangan penduduk seramai 248,256 orang dengan bilangan lelaki 124,550 orang dan perempuan 123,706 orang, terdiri daripada 51,038 rumah (*Dinas Kesihatan* Binjai,2007)

Kota Binjai pada 2008, mencatatkan jumlah kes seramai 145 orang dengan IR 18.1 per 100,000 penduduk, CFR 0 peratus, Pada tahun 2009 jumlah kes seramai 158 orang dan kadar kematian tiga orang. Data ini menunjukkan peningkatan bilangan pesakit denggi setiap tahun. Tahun 2009 turut merekod peningkatan kes denggi. Secara tidak langsung, terjadinya penyebaran penyakit berjangkit apabila berinteraksi dengan orang ramai. Indikator nasional yang ditetapkan untuk kawasan endemis dan kadar kematian kerana denggi sudah melebihi 1 peratus.

Langkah pencegahan denggi sudah dilaksanakan dengan pelbagai program seperti *fogging*, sesi temu dan rawat pesakit, menyalurkan maklumat berkaitan denggi melalui media massa dan cetak seperti penampalan poster di Pusat Perkhidmatan Kesihatan. Pihak jabatan kesihatan juga menyokong komuniti untuk memberikan pertolongan segera apabila terdapat ahli keluarga menghidap denggi, namun tetap mencatatkan kadar tertinggi. Perkhidmatan klinik dan kesihatan masyarakat tidak dapat mengurangkan penyakit ini kerana tiada vaksin yang mencegah jangkitan, tiada rawatan-rawatan perubahan berkesan mengelakkan perkembangan simptom-simptom teruk dan tiada langkah kawalan mampan menentang vektor yang menjamin perlindungan komuniti-komuniti terbabit.

Pelbagai faktor boleh menyebabkan peningkatan kes, mungkin disebabkan kurang pengetahuan, pendedahan dan penglibatan masyarakat berkaitan denggi rendah. Malah program hanya bertumpu di pihak kerajaan walhal menangani penyakit berbahaya seperti denggi memerlukan kerjasama semua pihak berterusan.

Kerajaan telah menubuhkan *Pos Pelayanan Terpadu (POSYANDU)* yang berperanan meningkatkan penglibatan komuniti dan taraf kesihatan masyarakat, khususnya kesihatan kanak-kanak bawah lima tahun dan wanita hamil. Disini bidan/paramedik dibantu oleh tenaga tidak formal yang berasal dari masyarakat tempatan, dikenali dengan kader kesihatan /pekerja kesihatan (*indigenous health worker*) yang juga merupakan pekerja sukarela sebagai pendamping untuk komuniti meningkatkan kualiti hidup dalam masalah kesihatan masyarakat.

Data di atas menunjukkan bahawa bilangan pesakit denggi semakin meningkat setiap tahun dan pekerja sosial belum mempunyai peranan untuk menangani masalah denggi. Dalam masyarakat hanya mempunyai kader-kader kesihatan berkhidmat untuk membantu anak-anak di bawah lima tahun dan wanita

hamil, belum mengurus denggi. Masyarakat hanya menerima sedikit maklumat mengenai denggi sama ada melalui televisyen atau daripada mereka yang telah dijangkiti denggi, mereka juga kurang peduli kerana menganggap masalah denggi hanya tugas kementerian kesihatan untuk mengatasinya, sebenarnya masalah denggi ialah masalah untuk semua orang. Dalam kes ini, pekerja sosial mungkin boleh berperanan sebagai pendamping, *enabler*, pendidik, dan sebagainya bagi komuniti itu untuk meningkatkan kualiti hidup dalam masalah kesihatan masyarakat, khususnya denggi. Di Indonesia tidak pernah melibatkan pekerja sosial dalam menangani masalah denggi, begitu juga di kota Binjai. Masalah denggi hanya diurus pihak jabatan kesihatan. Walaupun pelbagai langkah telah dibuat, tetapi jumlah kes semakin meningkat setiap tahun.

Berdasarkan kaji selidik awal dengan pemeriksaan yang dilakukan Januari 2010 terlihat kurangnya partisipasi masyarakat dalam kebersihan persekitaran, seperti pembanterasannya sarang nyamuk, kurangnya kesedaran masyarakat tentang model hidup sihat, tingkah laku yang tidak baik dalam membuang sampah kerana boleh jadi sebagai tempat-tempat pembiakan nyamuk penyebab denggi. Didapati juga kurang penglibatan masyarakat dalam menjaga kebersihan persekitaran seperti penghapusan sarang nyamuk. Selain itu, kurangnya kesedaran masyarakat dalam melaksanakan gaya hidup sihat.

Punca-punca penyebaran denggi selain nyamuk sebagai vektor penular, disebabkan juga faktor tabiat manusia yang menjalani gaya hidup tidak sihat, kepadatan penduduk dan mobiliti yang tinggi. Faktor lain seperti persekitaran; contohnya kawasan tropika, musim hujan dan kebersihan persekitaran. Dengan merujuk faktor di atas, tidak mustahil telah mendedahkan kepada risiko pembiakan nyamuk dan meningkatkan kadar jangkitan denggi.

### **Soalan Kajian**

Soalan kajian dalam penyelidikan ini, iaitu :

1. Bagaimanakah pengetahuan, persepsi dan amalan (kader, tokoh masyarakat, dan komuniti) di Kelurahan Tanah Tinggi Kota Binjai mengenai denggi?
2. Apakah terdapat masalah-masalah sosial berkaitan dengan denggi?
3. Apakah strategi-strategi yang didapati dalam penyelidikan untuk mengawal denggi?
4. Apakah cadangan yang boleh dikongsikan untuk mengawal denggi dalam komuniti?

### **Objektif Kajian**

Objektif kajian ialah merujuk kepada perkara-perkara utama yang boleh dijadikan sumber dalam penyelidikan ini, iaitu untuk:

1. Mengkaji bagaimana pengetahuan, persepsi dan amalan masyarakat mengenai denggi di daerah kajian.
2. Menganalisis masalah-masalah sosial yang berkaitan dengan denggi kepada sasaran komuniti yang dikaji.
3. Menganalisis strategi-strategi yang didapati dalam penyelidikan untuk mengawal denggi
4. Mencadangkan strategi yang dapat dikongsikan bagi tujuan pengawalan penyakit denggi.

### **Manfaat kajian**

Penyelidikan tersebut mempunyai banyak kebaikan dan manfaat kepada komuniti seperti membantu pengurangan kes denggi dan melaksanakan pendekatan

pembangunan kesihatan melibatkan komuniti ialah satu aspek kerja komuniti yang digunakan oleh kerajaan tempatan untuk meningkatkan taraf kesihatan masyarakat Indonesia. Penglibatan masyarakat dalam tahap perubahan akan menjadikan masyarakat menjadi lebih perkasa dan lebih tahan berhadapan dengan perubahan dan melibatkan masyarakat sebagai satu unsur utama dalam pembangunan komuniti

Penyelidikan yang berasaskan komuniti ini bertujuan untuk meningkatkan penglibatan masyarakat dalam aktiviti kemasyarakatan boleh digunakan dalam kerja sosial dan kerja komuniti dengan penglibatan masyarakat untuk mengawal denggi. Penambahan bilangan ahli masyarakat yang aktif dalam aktiviti sukarelawan, seperti kader kesihatan akan menjana jati diri individu tersebut. Dengan ini, mereka mampu menentukan perubahan sosial, menganalisa dan mengatasi masalah, membuat keputusan sendiri bagi alternatif penyelesaian masalah mereka mengenai denggi. Sebab selama ini proses pencegahan denggi oleh kerajaan hanya bertumpu kepada aspek luaran atau fizikal sahaja seperti fogging bagi nyamuk dewasa, penggunaan ubat khas untuk menghapus jentik-jentik nyamuk masih belum dapat mengurangkan kadar pesakit denggi.

Kajian penyelidikan ini berguna kepada masyarakat untuk menambahkan pengetahuan mengenai denggi seperti maklumat berkaitan tanda-tanda jangkitan denggi yang boleh memberi peringatan awal kepada waris keluarga pesakit denggi bagi mengurangkan penyebaran jangkitan denggi. Justeru, ini dapat mengurangkan kadar pesakit denggi dan kematian akibat denggi.

Manfaat kajian ini dalam bidang akademik pula meningkatkan lagi penyelidikan yang mengkaji penglibatan masyarakat dari perspektif kerja sosial dan kerja komuniti mengenai denggi, sehingga data yang diperolehi dalam kajian ini boleh digunakan sebagai *baseline research* untuk penyelidikan masa hadapan. Jadi

peranan pekerja-pekerja sosial dan pekerja-pekerja komuniti pada masa akan datang sangat diperlukan supaya masyarakat dapat berpartisipasi aktif dalam mengawal denggi. Akhirnya dari segi teori, dapatan kajian ini diharap dapat membina satu model yang mampu membantu orang supaya mereka terlibat secara aktif dalam mengawal denggi.

Dari segi praktikal pula, kajian ini berguna sebagai input untuk pembuat-pembuat keputusan dalam hal ini pemerintah untuk merancang suatu panduan bagi meningkatkan partisipasi masyarakat melalui kader-kader kesihatan dengan menyediakan sokongan kepada mereka mengenai kawalan denggi, selain tujuan menangani masalah anak-anak dan ibu hamil. Data hasil penyelidikan ini boleh menjadi maklum balas bagi pekerja kesihatan dalam mengatasi masalah denggi.

Manfaat penyelidikan ini pada bidang kerja sosial dan kerja komuniti iaitu boleh menambahkan satu kajian berkaitan dengan kesihatan masyarakat, khususnya denggi dengan menggunakan berbagai kaedah, prinsip-prinsip, dan etika yang digunakan dalam kerja sosial supaya meningkatkan penglibatan masyarakat secara aktif. Akhirnya kajian ini diharap berupaya untuk membantu individu, keluarga, kumpulan, dan komuniti memperbaiki dan meningkatkan taraf kesihatan masyarakat.

### **Penyusunan Bab Kajian**

Penyusunan bab kajian terdiri daripada lima bahagian, iaitu :

Bahagian pertama, pengenalan, terdiri daripada pendahuluan, latar belakang, pernyataan masalah kajian, persoalan kajian, objektif kajian, kepentingan kajian, dan penyusunan bab kajian.

Bahagian kedua, tinjauan literatur, terdiri daripada pendahuluan, tinjauan tentang kerja komuniti, pembangunan komuniti, pemeraksanaan, penyakit denggi, dan kerangka kajian.

Bahagian ketiga, kaedah penyelidikan, terdiri daripada pendahuluan, reka bentuk penyelidikan, tempat penyelidikan dan persampelan, informan, pengumpulan data, aspek pengukuran, dan teknik analisis data.

Bahagian keempat, hasil kajian terdiri daripada pendahuluan, gambaran kawasan penyelidikan, karakteristik informan, pengetahuan informan mengenai denggi, persepsi informan mengenai denggi, amalan informan mengenai denggi, pemeriksaan tempat-tempat pembiakan nyamuk sama ada di dalam ataupun di luar rumah daripada informan, masalah-masalah sosial berkaitan dengan denggi menggunakan *Focus Group Discussion* (FGD), strategi-strategi yang didapati dalam penyelidikan untuk mengawal denggi, mencadangkan cadangan yang boleh dikongsikan untuk kawalan denggi.

Bahagian kelima, perbincangan terdiri daripada pendahuluan, karakteristik informan, pengetahuan, persepsi, dan amalan informan, masalah-masalah sosial berkaitan dengan denggi, strategi-strategi kesihatan yang boleh diketengahkan dalam membasmi denggi, implikasi penyelidikan, limitasi kajian, cadangan yang dikongsikan dalam mengawal denggi, dan kesimpulan kajian.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **Pendahuluan**

Bab ini membincangkan hasil kajian lepas yang mempunyai kaitan dengan kajian yang dijalankan. Di antara perkara-perkara yang dibincangkan ialah mengenai penglibatan komuniti dalam pengawalan denggi dan hubungkait antara kedua-duanya. Seterusnya, teori – teori dalam kerja sosial dan kerja komuniti yang dijadikan asas bagi mengukuhkan kefahaman kajian mengenai denggi dan masalah kesihatan, promosi kesihatan dan pencegahan penyakit dalam konteks kerja sosial, pembangunan komuniti, pemerksaan masyarakat, partisipasi komuniti, peranan pekerja komuniti dalam pengawalan denggi, dan implikasinya bagi mengurangkan denggi dan seterusnya mengenai kerangka kajian penyelidikan ini.

#### **Denggi dan Masalah Kesihatan**

Denggi adalah penyakit berjangkit dan saban tahun penyebarannya meningkat yang disebabkan oleh virus *dengue* dan disebarkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Ia menjadi salah satu punca permasalahan kesihatan masyarakat dan telah merebak ke pelbagai kawasan di Indonesia, khususnya di bandar-bandar besar selaras dengan peningkatan mobiliti dan kepadatan penduduk. Seluruh wilayah Indonesia, termasuk wilayah Kota Binjai Sumatera Utara mempunyai risiko masyarakat dijangkiti denggi.

Epidemiologi denggi telah dilaporkan semasa awal abad ke -19 dan awal abad ke-20 di Amerika, Selatan Eropah, Utara Afrika, bahagian Timur Mediteranian, Asia dan Australia, dan beberapa pulau di Lautan Hindi, Selatan Pasifik dan Tengah serta Caribbean. Denggi telah meningkatkan insiden dan

pengagihan sepanjang 40 tahun. Setiap tahun, dianggarkan terdapat 20 juta kes jangkitan denggi, dan mengakibatkan kira-kira 24 juta kematian (WHO, 2012)

Kadar insiden dan kawasan penyebaran menunjukkan peningkatan walaupun kadar kematian atau *case fatality rate* menurun. Penyakit denggi secara umum berpunca melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*, namun ia juga disebarkan oleh nyamuk *Aedes albopictus* tetapi peranannya dalam penyebaran denggi sangat kecil kerana nyamuk ini biasanya hidup di kebun-kebun sudah beradaptasi dengan persekitaran luar bandar dan bandar. Nyamuk ini merupakan penghisap darah yang tidak memilih mangsa dan lebih zoophogik (lebih suka menghisap haiwan) daripada *Aedes Aegypti*. Walaupun begitu, jenis nyamuk ini juga terdapat di pelbagai pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat dengan ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut (RI, Departemen Kesehatan, 2005; Suroso, 1985).

Kes denggi semakin meningkat pada musim hujan, perubahan musim akan memberi kesan terhadap kekerapan gigitan nyamuk. Musim kemarau, nyamuk paling kerap menggigit pada pagi hari, manakala pada musim hujan bertukar kepada waktu tengahari sehingga petang. Selain itu, persekitaran manusia juga turut menyumbang kepada peningkatan penularan penyakit denggi kerana mereka lebih banyak menghabiskan masa di dalam rumah pada musim hujan.

Berdasarkan pemerhatian terhadap pesakit denggi di Indonesia, kebanyakan kes penyakit denggi secara umumnya berlaku pada awal dan akhir musim hujan. Bilangan nyamuk *Aedes aegypti* yang dia anggap sebagai vektor akan meningkat pada musim hujan ekoran peningkatan tempat pembiakannya akibat sanitasi persekitaran yang kurang baik. Peningkatan vektor tersebut sekaligus meningkatkan kes penyakit denggi (Suroso, 2005).