

Analisis Pelaksanaan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Minahasa Utara

Analysis of Implementation of Control of Dengue Hemorrhagic Fever in North Minahasa Regency

Steva Tairas¹⁾ G. D . Kandou²⁾ J. Posangi³⁾

¹⁾ Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado

²⁾ Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado

³⁾ Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado

Abstrak

Strategi pemberantasan Demam Berdarah Dengue lebih ditekankan pada upaya preventif, yaitu melaksanakan penyemprotan massal sebelum musim penularan penyakit di daerah endemis Demam Berdarah Dengue. Selain itu digalakkan juga kegiatan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) dan penyuluhan kepada masyarakat melalui berbagai media. Pada kenyataannya, tidak mudah memberantas Demam Berdarah Dengue karena terdapat berbagai hambatan dalam pelaksanaannya. Akibatnya strategi pemberantasan Demam Berdarah Dengue tidak terlaksana dengan baik sehingga setiap tahunnya Indonesia terus dibayangi kejadian luar biasa (KLB) Demam Berdarah Dengue. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Minahasa Utara. Penelitian akan dilaksanakan pada Desember 2014 sampai dengan Januari 2015 di Minahasa Utara. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif. Keseluruhan Informan berjumlah 6 orang informan yaitu Kepala Bidang P2M Demam Berdarah Dengue Dinas Kesehatan Minahasa Utara, Petugas Surveilans Dinas Kesehatan Minahasa Utara, Kepala Puskesmas Kolongan, Petugas Surveilans Puskesmas Kolongan, Kepala Puskesmas Talawaan, Petugas Surveilans Puskesmas Talawaan. Hasil penelitian mendapatkan Pelaksanaan pengendalian Demam Berdarah di Minahasa Utara secara umum sudah baik.

Kata Kunci: Program Pengendalian, Demam Berdarah Dengue

Abstract

Dengue eradication strategy with more emphasis on preventive measures, namely carrying out a mass spraying before the transmission of the

disease in endemic areas Dengue Dengue. Selain itu also encouraged PSN activity (Mosquito eradication nest) and outreach to the community through various media. Pada fact, not easy eradicate Dengue because there are various obstacles in pelaksanaannya. Akibatnya Dengue eradication strategies are not implemented properly so that every year Indonesia continues to be overshadowed extraordinary events (KLB) Dengue Hemorrhagic Fever. The purpose of this study was to investigate the implementation penyakit Demam control dengue in North Minahasa Regency. Research will be conducted in December 2014 and January 2015 in North Minahasa. This research was conducted using qualitative methods. Informants whole amounted to 6 people informants Head of P2M Dengue North Minahasa Health Service, Public Health Service Officer Surveilans North Minahasa, Head Kolongan health center, health center Kolongan Surveilans Officer, Chief Talawaan health center, health center Talawaan Surveilans Officer. Implementation of research results get control of Dengue Fever in North Minahasa generally been good.

Keyword : Control Program, Dengue Hemorrhagic Fever.

Pendahuluan

Penyakit Demam Berdarah Dengue berimplikasi luas terhadap kerugian material dan moral berupa penurunan kualitas hidup anak, biaya rumah sakit dan pengobatan pasien, kehilangan produktivitas kerja bagi penderita, kehilangan wisatawan akibat pemberitaan buruk terhadap daerah kejadian dan yang paling fatal adalah kehilangan nyawa

(Lloyd, 2003; Aji, 2004). Masalah Demam Berdarah Dengue tidak hanya berdampak pada masalah klinis individu yang terkena Demam Berdarah Dengue, namun juga berdampak pada kondisi sosial dan ekonomi masyarakat sehingga penanganannya tidak dapat hanya diselesaikan oleh sektor kesehatan saja namun memerlukan peran aktif masyarakat, lintas sektor/Pokjanel Demam Berdarah Dengue, Pemerintah Daerah dan DPRD, khususnya di tingkat kabupaten/kota, dan hal ini sejalan dengan diterapkannya sistem otonomi daerah.

Penyakit Demam Berdarah Dengue pertama kali ditemukan di Manila (Philipina) pada tahun 1953 dan selanjutnya menyebar ke berbagai negara. Menurut Perkiraan Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (*Center for Disease Control and Prevention*), Amerika Serikat bahwa setiap tahun di seluruh dunia terjadi 50 juta – 100 juta kasus Demam Berdarah Dengue. Sementara itu di Indonesia penyakit Demam Berdarah Dengue pertama kali ditemukan di Surabaya dan Jakarta pada tahun 1968 kemudian menyebar ke seluruh provinsi di Indonesia. Kejadian Luar Biasa (KLB) Demam Berdarah Dengue terbesar pertama kali terjadi di Indonesia pada tahun 1998 dengan *Incidence Rate* (IR) sebesar 35,19/100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 2% (Anonim, 2006).

Demam dengue (DD) atau demam berdarah dengue (DBD) secara epidemiologi di dunia berubah secara cepat. Infeksi dengue merupakan penyakit menular melalui nyamuk (mosquito-borne) yang paling sering terjadi pada manusia dalam beberapa tahun terakhir, sehingga masih merupakan masalah kesehatan dunia. World Health Organization mengestimasi bahwa 2,5 miliar manusia tinggal di daerah virus dengue bersirkulasi. Penyebaran secara geografi dari kedua vektor nyamuk dan virus dengue menyebabkan munculnya epidemi demam dengue dan demam berdarah

dengue dalam dua puluh lima tahun terakhir, sehingga berkembang hiperendemisitas di perkotaan di negara tropis. Pada tahun 2007 di Asia Tenggara, dilaporkan peningkatan kasus dengue sekitar 18% dan peningkatan kasus dengue yang meninggal sekitar 15% dibanding tahun 2006 (Karyanti dan Hadinegoro, 2009).

Strategi pemberantasan Demam Berdarah Dengue lebih ditekankan pada upaya preventif, yaitu melaksanakan penyemprotan massal sebelum musim penularan penyakit di daerah endemis Demam Berdarah Dengue. Selain itu digalakkan juga kegiatan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) dan penyuluhan kepada masyarakat melalui berbagai media. Pada kenyataannya, tidak mudah memberantas Demam Berdarah Dengue karena terdapat berbagai hambatan dalam pelaksanaannya. Akibatnya strategi pemberantasan Demam Berdarah Dengue tidak terlaksana dengan baik sehingga setiap tahunnya Indonesia terus dibayangi kejadian luar biasa (KLB) Demam Berdarah Dengue (Sungkar, 2007).

Pada tahun 2013, jumlah penderita DBD yang dilaporkan sebanyak 112.511 kasus dengan jumlah kematian 871 orang (*Incidence Rate/Angka kesakitan*= 45,85 per 100.000 penduduk dan CFR/angka kematian= 0,77%). Terjadi peningkatan jumlah kasus pada tahun 2013 dibandingkan tahun 2012 yang sebesar 90.245 kasus dengan IR 37,27. Target Renstra Kementerian Kesehatan untuk angka kesakitan DBD tahun 2013 sebesar ≤ 52 per 100.000 penduduk, dengan demikian Indonesia telah mencapai target Renstra 2013. Tren IR DBD pada tahun 2008 sampai 2013 cenderung menurun. Pada tahun 2008 sebanyak 59,02, tahun 2009 sebanyak 68,22, tahun 2010 sebanyak 65,7, tahun 2011 sebanyak 27,67, tahun 2012 sebanyak 37,27 dan tahun 2013 sebanyak 45,85 (Anonim, 2014).

Pada tahun 2013 terdapat sebanyak 26 provinsi (78,8%) yang telah mencapai target 2013. Provinsi dengan IR DBD tertinggi tahun 2013 yaitu Bali sebesar 168,48, DKI Jakarta sebesar 104,04, dan DI Yogyakarta sebesar 95,99 per 100.000 penduduk. Sedangkan Sulawesi Utara berada pada peringkat 10 yaitu sebesar 50,80.

Kasus Demam Berdarah Dengue di wilayah propinsi Sulawesi Utara pada tahun 2013 menunjukan bahwa kota Manado menempati posisi teratas dengan jumlah 410 kasus, diikuti berturut-turut oleh Kota Bitung dengan jumlah 170 kasus, kota Kotamobagu 154 kasus, Kabupaten Minahasa dengan 143 kasus, Kabupaten Minahasa Utara 132 kasus, Kabupaten Bolaang Mongondow dengan 55 kasus, Kota Tomohon dengan 46 kasus, Kabupaten Minahasa Selatan dengan 43 kasus, Kabupaten Bolaang Mongondow Timur dengan 32 kasus, Kabupaten Minahasa Tenggara dengan 19 kasus, Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan dengan 7 kasus, Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan dengan 6 kasus, Kabupaten Sangihe dan Kabupaten Kepulauan Sitaro dengan 5 kasus dan Kabupaten Kepulauan Talaud dengan 1 kasus (Anonim, 2014a).

Hasil penelitian oleh Hidajat (2004) menunjukkan bahwa ketidakberhasilan program pencegahan dan pemberantasan Demam Berdarah Dengue dalam mencegah dan menurunkan tingginya angka kejadian penyakit Demam Berdarah Dengue berhubungan erat dengan belum adanya peranserta warga masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas-aktivitas program. Warga masyarakat tidak memiliki akses langsung kepada informasi dan pengetahuan mengenai program, yang merupakan prakondisi bagi berperansertanya warga masyarakat dalam suatu program. Hal ini disebabkan penyuluhan, yang merupakan saluran penyampaian informasi dari para pelaksana program di lapangan kepada warga masyarakat, belum berjalan dengan

baik oleh karena adanya berbagai kendala pada pelaksana program di lapangan.

Upaya-upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit Demam Berdarah Dengue (P2demam Berdarah Dengue) telah dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Minahasa Utara yang bertujuan untuk mengurangi penyebaran wilayah yang terjangkit Demam Berdarah Dengue, mengurangi jumlah penderita Demam Berdarah Dengue, dan menurunkan angka kematian akibat penyakit Demam Berdarah Dengue. Namun, sampai saat ini belum dapat menurunkan angka kesakitan dan angka kematian seperti yang diharapkan serta belum dapat merubah status beberapa daerah dari daerah endemis menjadi daerah non endemis.

Penelitian ini difokuskan terhadap program penanggulangan penyakit Demam Berdarah Dengue yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan di Kabupaten Minahasa Utara. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Minahasa Utara

Metode

Penelitian akan dilaksanakan pada Desember 2014 sampai dengan Januari 2015 di Minahasa Utara. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif. Informan sebagai sampel dalam penelitian ini adalah Kepala Bidang P2M Demam Berdarah Dengue Dinas Kesehatan Minahasa Utara, Petugas Surveylans Dinas Kesehatan Minahasa Utara, Kepala Puskesmas Kolongan, Petugas Surveylans Puskesmas Kolongan, Kepala Puskesmas Talawaan, Petugas Surveylans Puskesmas Talawaan. Jadi keseluruhan Informan berjumlah 6 orang informan. Data primer didapatkan dari hasil wawancara mendalam dengan memakai panduan wawancara mendalam kepada Informan. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan daftar

pertanyaan pada panduan wawancara mendalam dan hasilnya dicatat dan direkam dengan *tape recorder*. Data yang sudah terkumpul, diolah secara manual dengan membuat transkrip kemudian disusun dalam bentuk matriks dan selanjutnya dianalisis dengan memakai metode analisis isi (*content analysis*).

Hasil dan Pembahasan

Dari hasil wawancara yang dilakukan terhadap para informan tentang pelaksanaan pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Minahasa Utara yang meliputi surveilans kasus, diagnosis dan tatalaksana kasus, pengendalian vector DBD, kewaspadaan dini dan penanggulangan KLB,

penyuluhan dan peran serta masyarakat dan monitoring dan evaluasi.

Penilaian masing-masing data untuk setiap informan diberi skor sebagai berikut:

Nilai 2 jika Ada dan lengkap dokumen

Nilai 1 jika Ada dan tidak lengkap dokumen

Nilai 0 jika program tidak dilakukan

Kemudian di dapatkan total skor dan dikelompokkan sebagai berikut:

Total nilai 30-36 (82-100%) → Amat Baik

Total nilai 23-29 (62-81%) → Baik

Total nilai 16-22 (42-61%) → Cukup

Total nilai 9-15 (23-41%) → Kurang

Total nilai 0-8 (0-22%) → Amat Kurang

Tabel 1. Matriks Reduksi Hasil Observasi

Data yang di Observasi	A		C1		B1		C2		B2			C3		
	L	TL	T	L	TL	T								
Surveilans Kasus		1/1		1/1		1/1		1/1		1/1			1/1	
Diagnosa dan tatalaksana Kasus		2/4		2/4		2/4		2/4		2/4			2/4	
Pengendalian Vektor DBD	8/10	1/5	8/8	1/5	8/10		8/10		6/10	2/5		6/10	2/5	
Kewaspadaan dini dan penanggulangan KLB	8/8		8/10		8/8		8/8		2/8	3/4		2/8	3/4	
Penyuluhan dan Peran Serta Masyarakat	6/6		6/6		4/6	1/3	4/6	1/3		3/3			3/3	
Monitoring dan Evaluasi	2/2		2/2			1/1		1/1			0			0
Jumlah	24	4			20	6	20	6	8	11		8	11	
Total	28		28		26		26		19			19		

Hasil reduksi :

Dokumen di Dinas Kesehatan memperoleh total nilai 23-29 → tergolong amat baik

Dokumen di Puskesmas Kolongan memperoleh total nilai 23-29 → tergolong amat baik

Dokumen di Puskesmas Talawaan memperoleh total nilai 16-22 → tergolong cukup

1. Surveilans Kasus

Surveilans kasus itu sendiri merupakan suatu proses pengamatan yang terus menerus sistematis dan berkesinambungan dalam pengumpulan data, analisa dan interpretasi data kesehatan dalam upaya menguraikan dan memantau suatu peristiwa kesehatan agar dapat dilakukan penanggulangan yang efektif dan efisien terhadap masalah kesehatan. Data yang termasuk dalam surveilans kasus antara lain dokumen proses surveilans kasus yaitu trend atau grafik kasus, CFR, jumlah desa terjangkau; musim penularan; grafik maksimum minimum bulanan kasus; peta

lokasi kelurahan/desa rawan DBD; daftar kecamatan, kelurahan endemis, sporadis, potensial dan bebas yang ditanggulangi; buku catatan kasus per kecamatan; laporan kasus cepat melalui jalur lain diluar lap KDRS; pengambilan kasus di RS oleh petugas ; pemberitahuan kasus dari kab/kota lain serta lama waktu rata-rata antara dirawat sampai dilaksanakan PE dan fogging kasus.

Surveians juga dapat digunakan untuk menentukan luasnya infeksi dan resiko penulara penyakit sehingga tindakan pencegahan dan penanggulangan dapat dilakukan secara efektif dan efisien. Mekanisme pengumpulan data dapat dipilih secara pasif dengan menerima lapran atau secara aktif mengumpulkan data di lapangan serta sumber data. Pengmpulan data terhadap perorangan perlu juga mempertimbangkan kerahasiaan data.

Surveilans kasus Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di meliputi kegiatan pengumpulan dan pencatatan data tersangka DBD dan penderita DD,DBD,SSD; pengolahan dan penyajian data penderita DBD untuk pemantauan KLB; KD/RS-DBD untuk pelaporan tersangka DBD, penderita DD, DBD, SSD dalam 24 jam setelah diagnosis ditegakkan; laporan KLB (W1); laporan mingguan KLB (W2-DBD); laporan bulanan kasus/kematian DBD dan program pemberantasan (K-DBD); data dasar perorangan penderita DD, DBD, SSD (DP-DBD), penentuan stratifikasi (endemisitas) desa/kelurahan, distribusi kasus DBD per RW/dusun, penentuan musim penularan dan kecenderungan DBD.

Penyakit DBD yang termasuk penyakit menular yang dapat menimbulkan wabah sehingga keberhasilan pencegahan dan pemberantasan penyakit harus ditunjang oleh sistem survailans dan sistem manajemen yang baik. Faktor-faktor manajemen meliputi faktor manusia (pengetahuan, sikap, tindakan, tingkat pendidikan dan pelatihan yang pernah

diikuti petugas), faktor imbalan (uang jasa), faktor bahan (material) dan faktor metode.

Laporan penderita DD, DBD dan SSD selain untuk tindak lanjut penyelidikan epidemiologis (PE) dan penanggulangan fokus (PSN DBD, larvasidasi, penyuluhan tentang DBD/PSN DBD, dan *fogging focus* bila memenuhi kriteria) untuk membatasi penyebaran penyakit, sekaligus sebagai pelaporan penderita secara berjenjang ke propinsi dan pusat. Laporan tersangka DBD dimaksudkan untuk tindakan kewaspadaan seperti pemantauan perkembangan diagnosis di unit pelayanan kesehatan atau oleh dinas kesehatan, pencarian informasi kemungkinan adanya kasus tambahan (*case active finding*) di desa/kelurahan tersangka berdomisili dan pemberian anjuran pemeriksaan di fasilitas kesehatan agar tidak terjadi keterlambatan, peningkatan upaya penyuluhan DBD atau PSN DBD dan upaya penggerakan masyarakat dalam PSN DBD di RT/RW/desa/kelurahan tempat tersangka berdomisili terutama di desa/kelurahan endemis, dan lain-lain.

2. Diagnosa dan Tatalaksana Kasus

Penyakit DBD sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan yang cukup besar di Indonesia, karena walaupun jumlah angka kematian sudah dapat ditekan, tetapi jumlah kasus secara keseluruhan cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Manifestasi penyakit ini sangat bervariasi mulai dari yang paling ringan sampai gejala yang paling berat yang dapat disertai dengan renjatan.

Penderita klinis tersangka DBD apabila diagnosa tidak segera ditegakkan secara dini maka dapat menuju kearah lebih berat, mudah terjadi renjatan dan akhirnya dapat berakibat fatal karena terjadinya DSS. Berkaitan dengan hal tersebut diatas, maka diagnose `pasti DBD penting sekali artinya, karena selain membantu penatalaksanaan dan pengelola

kriteria WHO dan hasil pemeriksaan laboratoris yang konvensional.

3. Pengendalian Vektor DBD

Pengendalian nyamuk bisa dilakukan dengan cara mekanis yaitu dengan cara menghilangkan sarang nyamuk, membersihkan kontaner, tambak dan sebagainya, membersihkan lingkungan. Pengendalian fisika dengan cara penyiaran radiasi, pengendalian hayati dengan cara memakai predator atau parasit. Pengendalian biologidengan pengendalian vector nyamuk dengan menggunakan bakteri pathogen (Komariah, *dkk*, 2010).

Pemberantasan vektor terdoro dari fogging, abatisasi, pengawasan kualitas lingkungan, dan pembersihan sarang nyamuk (PSN). Kegiatan fogging ndalah pemberantasan nyamuk demam berdarah menggunakan insektisida dengan cara pengasapan. Insektisida yang digunakan ialah malathion dengan campuran solar. Pengasapan sangat efektif dalam memutuskan rantai penularan karena semua nyamuk termasuk yang aktif mati seketika bila kontak dengan partikel-partikel insektisida. Dengan demikian penularan dengan segera dapat diputuskan Namun bila nyamuk *Ae. ageypti* tidak dibasmi, penularan akan berulang kembali bila ada penderita viremia baru.

Pengasapan yang menggunakan insektisida mempunyai dampak negatif bagi lingkungan. Insektisida tersebut dapat masuk ke dalam tubuh manus ia melalui tiga jalan yaitu:

1. jalan nafas
2. jalan pencernaan, dan
3. melewati kulit

Bila penanganan pengasapan dilakukan dengan cara yang tidak benar maka hal ini akan membahayakan kesehatan masyarakat, disamping itu pula cara ini memerlukan dana yang sangat mahal dalam pelaksanaannya. Temephos berupa

"sand granules" ditaburkan dengan pasir sebagai "carrier" ke dalam bejana tempat penampungan air. Penaburan larvasida di tempat penampungan air seperti bak mandi, tempayan, drum dapat mencegah timbulnya jentik selama 2-3 bulan. Larvasida yang dipakai adalah abate 1 % dengan dosis 1 gr per 10 liter air. Namun cara ini tidak menjamin terbasminya tempat perindukkan nyamuk secara permanen, karena masyarakat pada umumnya tidak begitu senang dengan bau yang ditimbulkan larvasida selain itu pula diperlukan abate secara rutin untuk keperluan pelaksanaannya.

Kegiatan pengawasan kualitas lingkungan adalah kegiatan yang memerlukan pemantauan yang terus menerus dari petugas kesehatan, sehingga kegiatan terasa sulit, karena memerlukan tenaga dan waktu yang tidak sedikit, mengingat luas wilayah kerja yang dijangkau oleh petugas kesehatan sangat luas per kecamatan.

Pembersihan Sarang Nyamuk (PSN) pada dasarnya, untuk memberantas jentik atau mencegah agar nyamuk tidak dapat berkembang biak. Mengingat *Ae. aegypti* tersebar luas, maka pemberantasannya perlu peran aktif masyarakat khususnya memberantas jentik *Ae. aegypti* di rumah dan lingkungannya masing-masing. Cara ini adalah suatu cara yang paling efektif dilaksanakan karena:

- a) tidak memerlukan biaya yang besar
- b) bisa dilombakan untuk menjadi daerah yang terbersih
- c) menjadikan lingkungan bersih
- d) budaya bangsa Indonesia yang senang hidup bergotong royong
- e) dengan lingkungan yang baik tidak mustahil, penyakit lain yang diakibatkan oleh lingkungan yang kotor akan berkurang.

Dengan demikian langkah penting dalam upaya pemberantasan DBD melalui upaya PSN ialah memberikan penyuluhan

kepada masyarakat yang intensif. Pokok-pokok pesan penyuluhan yang disampaikan meliputi pengenalan tanda-tanda, gejala-gejala DBD, dan cara pencegahan penularannya di rumah dan lingkungan masing-masing yang disesuaikan dengan pendidikan yang mereka miliki. Sarana yang digunakan bisa melalui pengajian, pertemuan warga, sedangkan penyuluhan massal bisa dilakukan melalui media massa seperti TV, radio, majalah dan surat kabar.

4. Penyuluhan dan Peran Serta Masyarakat

Upaya pencegahan penyakit ini telah dilakukan antara lain dengan pemutusan rantai nyamuk penularnya dengan cara penaburan larvasida, fogging focus serta pemberantasan sarang nyamuk (PSN). PSN merupakan cara pemberantasan yang lebih aman, murah dan sederhana. Oleh sebab itu kebijakan pemerintah dalam pengendalian vektor DBD lebih menitikberatkan pada program ini, walaupun cara ini sangat tergantung pada peranserta masyarakat

Pada daerah-daerah dengan sumber air bersih yang terbatas, masyarakat harus lebih berperan serta secara aktif dalam kegiatan PSN, dalam rangka pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD. Adanya kegiatan 3M akan sangat membantu dalam keberhasilan PSN-DBD. Tindakan 3M merupakan cara paling tepat dalam pencegahan dan penanggulangan terjadinya Penyakit DBD.

Penyuluhan kesehatan, yang merupakan saluran penyampaian informasi dari para pelaksana program di lapangan kepada warga masyarakat, dapat berjalan dengan baik oleh apabila didukung oleh saran dan prasaran yang memadai. Ketidakberhasilan program pencegahan dan pemberantasan DBD dalam mencegah dan menurunkan tingginya angka kejadian penyakit DBD berhubungan erat dengan belum adanya peranserta warga

masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas-aktivitas program. Warga masyarakat tidak memiliki akses langsung kepada informasi dan pengetahuan mengenai program, yang merupakan prakondisi bagi berperan sertanya warga masyarakat dalam suatu program.

Penyuluhan kesehatan tersebut merupakan salah satu cara yang digunakan untuk menambah pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat. Tujuan penyuluhan kesehatan tentang DBD adalah menginformasikan kepada masyarakat tentang penyakit tersebut. Dengan demikian, masyarakat akan menggunakan pengetahuan dari hasil penyuluhan tersebut untuk mengubah sikap dan praktik agar mencapai kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tentang DBD meningkatkan pemahaman masyarakat tentang masalah yang terjadi di masyarakat dan partisipasi masyarakat dalam pencegahan DBD.

5. Sistem Kewaspadaan Dini dan Penanggulangan DBD

Dari hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa system kewaspadaan dini dan penanggulangan DBD sangat baik dimana pelaksanaannya mencapai hanya 88%. Hal ini dikarenakan seluruh informan menjawab mereka melibatkan masyarakat dalam penanggulangan DBD, juga melaksanakan kegiatan fogging focus, adanya pengendalian sebelum musim penularan dan penanggulangan kejadian luar biasa.

Di Indonesia, pada saat musim hujan populasi nyamuk meningkat meskipun saat musim kering populasinya tetap banyak oleh karena masyarakat memiliki kebiasaan menampung air di dalam bak air/drum terutama di daerah sulit air

sehingga nyamuk dan jentik selalu ada sepanjang tahun.

Kunci pencegahan penyakit DBD adalah pengawasan yang ketat untuk pelaporan dini hasil pemantauan kepadatan vektor sehingga pengambilan tindakan tidak terlambat saat menerima laporan kasus dari lokasi wabah. Keberadaan jumentik memiliki peran vital dalam pemberantasan DBD karena bertugas memantau populasi nyamuk penular DBD dan jentiknya. Pemeriksaan jentik berkala dilakukan oleh jumentik yang bertugas melakukan kunjungan rumah setiap 3 bulan. Hasil yang didapat jumentik dilaporkan dalam bentuk Angka Bebas Jentik (ABJ) yaitu rasio antara jumlah rumah/bangunan yang tidak ditemukan jentik dengan jumlah rumah/ bangunan yang diperiksa dikali 100%. ABJ merupakan indikator penyebaran *Aedes aegypti*. ABJ yang ditargetkan secara nasional mencapai lebih dari 95%.^{11,13} ABJ sesungguhnya bukan jaminan akan adanya penurunan jumlah kasus karena bisa saja daerah berpotensi sarang nyamuk yang tersembunyi atau tidak terpantau seperti kaleng bekas di jalan, rumah kosong, lubang bambu/pohon, dan sebagainya. Oleh karena itu, pada saat survei jentik memerlukan ketelitian dalam memeriksa tempat-tempat perkembangbiakan nyamuk.

Secara umum, peran petugas kesehatan dinilai cukup berhasil dalam pencegahan DBD, namun terdapat beberapa hal yang menjadi bahan evaluasi. Pengalaman di lapangan dalam melakukan evaluasi kinerja jumentik biasanya mereka tidak memberikan informasi yang cukup kepada masyarakat mengenai DBD dan pencegahannya. Motivasi kepada masyarakat juga jarang diberikan padahal, ini penting sekali untuk selalu diberikan dan diingatkan kepada masyarakat tentang pencegahan DBD. Kalau program ini berjalan dengan baik maka masyarakat akan memiliki pengetahuan yang cukup tentang DBD dan perilaku mereka

terkontrol. Petugas kesehatan juga perlu melakukan pengawasan pada tanah kosong seperti kebun dan kuburan yang sering kali terlewati. Tempat-tempat seperti ini juga berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*

6. Monitoring dan Evaluasi

Dari hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa pelaksanaan monitoring dan evaluasi kurang baik dimana pelaksanaannya hanya 50%. Informan dari dinas kesehatan dan puskesmas memberikan jawaban melakukan monitoring dan evaluasi. Sedangkan dari puskesmas talawaan tidak melakukan karena jarang mengalami kejadian DBD. Dari dinas kesehatan melakukan setiap tri wulan. Sedangkan dari puskesmas Kolongan setiap bulan.

Monitoring program pengendalian DBD dilakukan terhadap upaya pengendalian penyakit DBD melalui kegiatan asistensi teknis terhadap manajemen program P2 DBD pada dinas kota/kabupaten dan jajarannya serta di Puskesmas dan jajarannya dengan wilayah kasus yang tinggi.

Kesimpulan

Melalui penelitian ini dapatlah diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pelaksanaan pengendalian Demam Berdarah di Minahasa Utara secara umum sudah Baik.
2. Pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD surveilans kasus di Kabupaten Minahasa Utara menggunakan surveilans kasus pasif.
3. Pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD untuk diagnose dan tatalaksana kasus di Kabupaten Minahasa Utara dilakukan oleh petugas rumah sakit.
4. Pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD pengendalian vektor di

Kabupaten Minahasa Utara dilakukan dengan menyelenggarakan kegiatan PSN 3 M Plus abatisasi dan fogging.

5. Pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD kewaspadaan dini dan penanggulangan KLB di Kabupaten Minahasa Utara dilakukan penyelidikan epidemiologi disertai abatisasi dan fogging.
6. Pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD penyuluhan dan peran serta masyarakat di Kabupaten Minahasa Utara bekerja sama dengan pemerintah setempat untuk melakukan gerakan PSN 3M.
7. Pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD monitoring dan evaluasi di Kabupaten Minahasa Utara dilakukan tiap bulan dan triwulan.

Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka disarankan untuk ;

1. Kiranya Dinas Kesehatan dan Puskesmas bekerja sama dengan Perguruan Tinggi untuk melakukan penelitian yang berhubungan dengan penyakit DBD.
2. Adanya pengadaan alat yang bisa digunakan untuk memeriksa DBD di Dinas dan Puskesmas jangan hanya mengandalkan rumah sakit.
3. Adanya pengadaan laboratorium yang bisa digunakan dalam pemeriksaan demam berdarah dengue.

Daftar Pustaka

Aji, F. D. 2004. Kualitas Hidup Anak Pasca Sindrom Syok Dengue. Tesis. Program Pendidikan Spesialis I Universitas Diponegoro Semarang.

Anonim. 2006. Laporan Kajian Kebijakan Penanggulangan (Wabah) Penyakit Menular (Studi Kasus DBD), BPPN. Jakarta.

-----, 2014. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.

----- a. 2014a .Sulawesi Utara Dalam Angka 2013. Provinsi Sulawesi Utara. Manado.

Hidajat, D. D. I. 2004. Peranserta Masyarakat dalam Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue: Kasus di Jakarta. Tesis. Program Pascasarjana Universitas Indonesia. <http://www.lontar.ui.ac.id//o pac/themes/libri2/detail.jsp?id=77835 &lokasi=local>

Karyanti, M. R, dan S. R. Hadinegoro. 2009. Perubahan Epidemiologi Demam Berdarah Dengue di Indonesia. *Sari Pediatri*. Vol. 10, No. 6. Hal: 424-432.

Komariah., S. Pratita, dan T. Malaka. 2010. Pengendalian Vektor. *Jurnal Kesehatan Bina Husada*. Vol. 6, No. 1. Hal: 34-43.

Lloyd, LS. 2003. Strategic Report 7. Best Practices for Dengue Prevention and Control in the Americas. Environmental Health Project Contract HRN-I-00-99-00011-00. Office of Health, Infectious Diseases and Nutrition Bureau for Global Health U.S. Agency for International Development Washington, DC 20523.

Sungkar, S. Pemberantasan Demam Berdarah Dengue: Sebuah Tantangan yang Harus Dijawab. *Majalah Kedokteran Indonesia*, Volume 57, Nomor : 6, Juni 2007.