



Wahidin, Lahir di Rancah Kabupaten Ciamis Jawa Barat pada tanggal 12 November 1977, besar di lingkungan keluarga dengan latar belakang pendidik, ibu seorang pensiunan Pegawai Negeri Sipil yang berdinasi sebagai Penyuluh Pertanian Lapangan dan ayah sebagai seorang Guru, Pegawai Negeri Sipil dan berdinasi di Sekolah Menengah Pertama. Masa kecil Wahidin dihabiskan di Kecamatan Rancah Kabupaten Ciamis Propinsi Jawa Barat, Pendidikan formal ditempuhnya sampai dengan

saat ini. Tahun 1990 lulus dari SD Negeri Rancah IX, Tahun 1993 lulus dari SMP Negeri 1 Rancah, dan Tahun 1996 lulus dari SMA Negeri 1 Ciamis, Tahun 2001 Lulus Strata 1 (S-1) di Fisip Universitas Lambung Mangkurat Banjarmasin Jurusan Administrasi Publik, Tahun 2008 Lulus Strata 1 di STIKes Mitra Ria Husada Jakarta Jurusan Kesehatan Masyarakat, Tahun 2012 Lulus Program Pascasarjana Universitas Respati Indonesia (URINDO) Jakarta dan memperoleh gelar Magister Sains Ilmu Administrasi, Kemudian Tahun 2016 masuk Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof.Dr.Hamka Jakarta, Peminatan Ilmu Kesehatan Masyarakat. Sangat berharap dapat melanjutkan kembali sekolah ke jenjang Strata 3 bidang peminatan Administrasi dan Kesehatan Masyarakat. Dari Tahun 2001 sampai 2002 pernah bekerja di beberapa perusahaan swasta 2002 sampai 2003 pernah bekerja di perusahaan pariwisata dan property dan beberapa perusahaan nasional lainnya, tahun 2003 sampai saat sekarang ini Wahidin Tinggal di Tangerang, aktif bekerja sebagai Dosen tenaga pengajar di salah satu Universitas Swasta di Tangerang, beberapa Sekolah/Akademi lainnya yang ada di Jabodetabek, dan sesekali sebagai konsultan management, memiliki seorang istri yang berprofesi sebagai Bidan dan Tenaga Pengajar, telah dikaruniai dua orang anak, sepasang perempuan dan laki-laki. Pernah menulis buku ajar Pendidikan Kewarganegaraan dan Pancasila untuk Mahasiswa Perguruan Tinggi Kesehatan yang diterbitkan secara nasional, Modul statistika kesehatan, Modul kesehatan masyarakat, Modul Mutu dalam Pelayanan Kesehatan serta bahan ajar lainnya, aktif di beberapa organisasi profesi dan kemasyarakatan



Yayasan Barcode

UPAYA PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH ENDEMIS

UPAYA PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH ENDEMIS

Editor :

Dina Raidanti, S.SIT.M.Kes

Wahidin.S.Sos.SKM.,MKM.M.Si

UPAYA PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH ENDEMIS

Editor :
Dina Raidanti, S.SiT.M.Kes

Yayasan Barcode
2021

Sanksi Pelanggaran Pasal 72

Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta

1. *Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat 2 dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan / atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000.00 (satu juta), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) Tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000;00 (lima milyar rupiah).*
2. *Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta terkait bagaimana dimaksud pada ayat (1) pidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 500.000.00: (lima ratus juta*

**Judul Buku : UPAYA PENGENDALIAN PENYAKIT
DEMAM BERDARAH DENGUE DI
WILAYAH ENDEMIS**

ISBN :
Penulis : Wahidin.S.Sos.SKM.,MKM.M.Si
Editor : Dina Raidanti, S.SiT.M.Kes
Cetakan : Pertama Juni 2021
Halaman : viii + 97 Halaman
Ukuran Buku : 15 x 20 cm
Layout oleh : Sulaiman Sahabuddin

Diterbitkan Oleh

Penerbit Yayasan Barcode

Divisi Publikasi dan Penelitian

Jl. Kesatuan 3 No. 9 Kelurahan Maccini Parang

Kecamatan Makassar Kota Makassar

Email: penerbitbarcode@gmail.com

Website : www.yayasanbarcode.com

HP. 0853-4039-1342

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penyusunan buku yang berjudul “UPAYA PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH ENDEMIS” ini dapat diselesaikan dengan baik.

Buku ini memberikan gambaran tentang UPAYA PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DI WILAYAH ENDEMIS. Tak lupa penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini.

Penyusun juga berharap agar buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan penyusun pada khususnya. Namun demikian, penyusun menyadari bahwa buku ini belumlah sempurna. Dengan lapang dada dan kerendahan hati penyusun bersedia untuk diberi saran dan kritik yang bersifat membangun dan dapat memperbaiki buku ini.

Mei 2021

Penyusun

DAFTAR ISI

(di isi) setelah di acckan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Permasalahan.

Penyakit Demam Berdarah atau dikenal DBD dampaknya dapat menimbulkan kematian pada korban dalam waktu yang singkat, disamping itu penyakit ini sering menimbulkan wabah penyakit yang berujung pada kejadian luar biasa DBD. Vensya Sitohang (2016) mengemukakan bahwa Demam berdarah dengue (DBD) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes sp.* Salah satu upaya yang sangat efektif dalam pengendalian penyakit DBD adalah dengan memutus siklus perkembang biakan nyamuk *Aedes sp* dengan cara pemberantasan sarang nyamuk yang dilakukan atau melibatkan oleh seluruh warga masyarakat.

Keterlibatan semua elemen yang ada dalam pengendalian DBD tidak berlebihan karena

sampai dengan saat ini penyakit DBD belum sepenuhnya dapat dikendalikan. Jumlah penderita cenderung meningkat, penyebarannya semakin luas, sejalan dengan meningkatnya mobilitas penduduk. semakin lancarnya hubungan transportasi serta masih tersebar nya vektor penular nya yaitu Nyamuk *Aedes aegypti* diseluruh pelosok tanah air, kecuali pada daerah dengan ketinggian lebih 1000 meter diatas permukaan laut (Depkes RI, Dirjen P2MPL. Menuju Desa Bebas DBD, Jakarta,2016). Oleh sebab itulah Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) saat ini menjadi salah satu prioritas nasional pengendalian penyakit menular di Indonesia. Upaya pengendalian DBD masih perlu ditingkatkan, mengingat daerah penyebarannya saat ini terus bertambah luas dan Kejadian Luar Biasa (KLB) masih sering terjadi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2016).

Upaya pengendalian dan pencegahan DBD terus menerus digalakkan dan dilaksanakan secara terorganisir di kota maupun di desa, mencakup penyuluhan dan pendidikan

pengelolaan penderita bagi dokter dan paramedis, dan pemberantasan sarang nyamuk dengan peran serta masyarakat, sehingga diharapkan angka penderita DBD di Indonesia dari tahun ke tahun akan terus menurun. Secara nasional upaya pengendalian penyakit Demam Berdarah di Indonesia bertumpu pada kegiatan-kegiatan pokok yang secara garis besarnya tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan nomor 581/MENKES/SK/VIII/1992 yang berisi tentang Pemberantasan Demam Berdarah Dengue. Prioritas utama ditekankan pada upaya pencegahan melalui pemberdayaan dan peran serta masyarakat yaitu gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), penatalaksanaan penderita DBD dengan meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, memperkuat Surveilans Epidemiologi dan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) DBD, serta memperkuat kapasitas SDM. Kemudian Undang – Undang No. 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan Peraturan Menteri Kesehatan

No. 1501/MENKES/PER/X/2010 yang mengatur tentang Jenis jenis penyakit tertentu yang dapat menimbulkan Wabah di masyarakat dan termasuk upaya dalam penanggulangan penyakit Demam Berdarah.

Salah satu contoh wilayah dalam penanggulangan jentik adalah Kabupaten Tangerang yang merupakan salah satu daerah endemis DBD di Propinsi Banten dengan Jumlah kasus relatif tinggi dan sering terjadi KLB yang memakan korban jiwa. Upaya yang dilakukan adalah dengan melakukan pencegahan, pengendalian dan pemberantasan penyakit DBD yang dititik beratkan pada kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) disemua wilayah, dan pemantauan jentik berkala untuk mencapai Angka Bebas Jentik sesuai target (>95%). Kegiatannya dilakukan dengan melakukan Sosialisasi dan Gerakan Desa Bebas Jentik bagi kader, melakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE) dan melaksanakan Fogging Fokus sesuai kriteria dari hasil penyelidikan Epidemiologi, Upaya lain yang

sudah dilakukan dalam Program Pengendalian DBD (P2DBD) di wilayah Kabupaten Tangerang adalah diprioritaskan dengan memutus rantai penularan, melalui Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), fogging fokus sesuai indikasi dan Gerakan Desa Bebas Jentik. (Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang 2016).

Standar Pelayanan Minimal penanganan kasus penyakit Demam berdarah sebagai berikut ini Standar Pelayanan Minimal mempunyai indikator IR < 5/100.000 penduduk, CFR <1%, frekwensi KLB < 5 % Jumlah desa di kabupaten/kota, Angka Bebas Jentik (ABJ) > 95%, Proporsi keluarga yang berpartisipasi dalam PSN DBD 80 %. Jumlah penderita penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kabupaten Tangerang selama sepuluh tahun terakhir :

Tabel 1.1

**Data Kasus Demam Berdarah Dengue
di Kabupaten Tangerang Tahun 2006 – 2010**

| Tahun | Jumlah | Meninggal | IR per100.000 | CFR |
|-------|------------------|-----------|-----------------|-------------|
| | Penderita | | Penduduk | (%) |
| 2006 | 740 | 8 | 22.17 | 1.08 |
| 2007 | 986 | 18 | 28.00 | 1.82 |
| 2008 | 980 | 14 | 26.80 | 1.40 |
| 2009 | 884 | 7 | 34.00 | 0.79 |
| 2010 | 999 | 5 | 38.00 | 0.50 |

Sumber: Bid.P2- P2P Dinas Kesehatan Kab.Tangerang 2010

Dari **Tabel 1.1** di atas terlihat bahwa tahun 2010 Insiden Rate (IR) per 100.000 penduduk mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2009 yaitu dari 34/100.000 penduduk menjadi 38/100.000 penduduk. CFR DBD di tahun 2010 mengalami penurunan menjadi 0.5 % dibandingkan tahun 2009 sebesar 1%. Namun pada tahun 2010 jumlah penderita DBD meningkat tajam menjadi 999 orang.

Tabel 1.2

**Data Kasus Demam Berdarah Dengue
di Kabupaten Tangerang Tahun 2011 – 2014**

| Tahun | Jumlah | Meninggal | IR per 100.000 | CFR |
|-------|-----------|-----------|----------------|------|
| | Penderita | | Penduduk | (%) |
| 2011 | 202 | 0 | 7.10 | 0 |
| 2012 | 640 | 6 | 21.10 | 0.48 |
| 2013 | 936 | 3 | 29.80 | 0.32 |
| 2014 | 409 | 3 | 13.00 | 0.73 |

Sumber: Bid.P2- P2P Dinas Kesehatan Kab.Tangerang 2014

Dari **Tabel 1.2** di atas dapat dilihat Insiden Rate (IR) mengalami penurunan dibandingkan tahun 2013 yaitu 29,8/100.000 penduduk menjadi 13/100.000 penduduk, tetapi masih dibawah IR Nasional yang sebesar (5/100.000 penduduk).

CFR (*Case Fatality Rate*) DBD adalah angka kematian akibat DBD; yaitu angka kematian dibagi dengan jumlah kasus dikali dengan 100. Pada tahun 2014 CFR DBD mengalami peningkatan menjadi 0,73% dibandingkan tahun 2013 sebesar 0,32 %, pada tahun 2015 dan mengalami peningkatan kembali

sebesar 0.07 poin pada tahun 2016 menjadi 1.68%. Angka kematian kasus DBD di Kabupaten Tangerang pada tahun 2016 di atas target nasional >1%. Meskipun angka kematian kasus DBD cenderung menurun tetapi bila dilihat dalam waktu tiga tahun terakhir cenderung mengalami peningkatan (Angka Nasional CFR DBD adalah < 1 %). (Bid.P2- P2P Dinas Kesehatan Kab.Tangerang 2016).

Pada tahun 2007 seluruh propinsi di pulau Jawa dan Bali berisiko tinggi terserang Penyakit DBD (AI > 55 per 100.000 penduduk). Pada tahun 2009 hampir seluruh provinsi di pulau Kalimantan berisiko tinggi (kecuali Kalimantan Selatan) Angka Kejadian akibat DBD dari tahun ke tahun bergerak secara fluktuatif namun kecenderungan mengalami penurunan mulai dari 41,4% pada tahun 1968 menjadi 0,89% pada tahun 2009, namun jumlah kematian terus meningkat tahun 1968 sebanyak 24 menjadi 1.420 kematian pada tahun 2009 (Buletin Jendela Epidemiologi : 2 Agustus 2010).

Data Tahun 2006 menunjukkan jumlah penderita DBD di Wilayah Kabupaten Tangerang sebanyak 740 penderita, tahun 2007 sebanyak 986 orang, tahun 2008 sebanyak 980 orang, tahun 2009 sebanyak 884 orang dan tahun 2010 sebanyak 999 orang penderita, masih dari data yang sama bahwa kasus DBD di Kabupaten Tangerang telah memakan korban tahun 2006 sebanyak 8 orang meninggal, tahun 2007 meningkat menjadi 18 orang, tahun 2008 sebanyak 14 orang, tahun 2009 meninggal 7 orang dan tahun 2010 meninggal 5 orang (Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang : 2010). Jumlah absolut kasus DBD dari tahun ke tahun cenderung mengalami penurunan, sejak tahun 2011 sampai tahun 2015 cenderung fluktuatif. Pada tahun 2016 terjadi lonjakan kasus tiga kali dari tahun 2015 (Propil Kesehatan Kabupaten Tangerang :2016).

Tabel 1.3

**Luas Wilayah, Jumlah Desa/Kelurahan, Jumlah Penduduk
Menurut Kecamatan di Kabupaten Tangerang Tahun 2016**

| No | Kecamatan | Luas Wilayah (KM2) | Jumlah Desa | Jumlah Kelurahan | Desa dan Kelurahan | Jumlah Penduduk |
|----|-------------|--------------------|-------------|------------------|--------------------|-----------------|
| 1 | Balaraja | 33.6 | 8 | 1 | 9 | 121.231 |
| 2 | Jayanti | 23.9 | 8 | 0 | 8 | 68.072 |
| 3 | Tigaraksa | 48.7 | 12 | 2 | 14 | 136.506 |
| 4 | Jambe | 26.0 | 10 | 0 | 10 | 42.633 |
| 5 | Cisoka | 27.0 | 10 | 0 | 10 | 86.278 |
| 6 | Kresek | 26.0 | 9 | 0 | 9 | 63.069 |
| 7 | Kronjo | 44.2 | 10 | 0 | 10 | 56.602 |
| 8 | Mauk | 51.4 | 11 | 1 | 12 | 80.238 |
| 9 | Kemiri | 32.7 | 7 | 0 | 7 | 41.735 |
| 10 | Sukadiri | 24.1 | 8 | 0 | 8 | 54.737 |
| 11 | Rajeg | 53.7 | 12 | 1 | 13 | 151.429 |
| 12 | Pasar Kemis | 25.9 | 4 | 5 | 9 | 281,031 |

| | | | | | | |
|----------------------------|---------------|---------------|------------|-----------|------------|------------------|
| 13 | Teluknaga | 40.6 | 13 | 0 | 13 | 150,373 |
| 14 | Kosambi | 29.8 | 10 | 0 | 10 | 145,959 |
| 15 | Pakuhaji | 51.9 | 8 | 6 | 14 | 108,639 |
| 16 | Sepatan | 17.3 | 7 | 1 | 8 | 104,796 |
| 17 | Curug | 27.4 | 7 | 0 | 7 | 185,864 |
| 18 | Cikupa | 42.7 | 14 | 0 | 14 | 250,933 |
| 19 | Panongan | 34.9 | 7 | 1 | 8 | 115,448 |
| 20 | Legok | 35.1 | 10 | 1 | 11 | 109,402 |
| 21 | Pagedangan | 45.7 | 10 | 1 | 11 | 105,828 |
| 22 | Cisauk | 27.8 | 6 | 0 | 6 | 73,056 |
| 23 | Sukamulya | 26.9 | 8 | 0 | 8 | 62,301 |
| 24 | Kelapa Dua | 24.4 | 1 | 5 | 6 | 202,501 |
| 25 | Sindang Jaya | 37.2 | 7 | 0 | 7 | 85,216 |
| 26 | Sepatan Timur | 18.3 | 8 | 0 | 8 | 88,171 |
| 27 | Solear | 29.0 | 7 | 0 | 7 | 82,114 |
| 28 | Gunung Kaler | 29.6 | 9 | 0 | 9 | 49,980 |
| 29 | Mekar Baru | 23.8 | 8 | 0 | 8 | 36,330 |
| Kabupaten Tangerang | | 959.61 | 249 | 25 | 274 | 3.140.472 |

Sumber : Kantor Statistik Kabupaten Tangerang Tahun 2016

Berdasarkan data yang ditemukan disebutkan bahwa Kabupaten Tangerang memiliki luas 959,61 Km² yang terdiri dari 274 wilayah perdesaan dan kelurahan, 25 wilayah Kelurahan dan 249 wilayah perdesaan dengan total

penduduk sebanyak 3.140.472 jiwa. Dari 29 wilayah kecamatan yang ada jumlah penduduk terbesar adalah Kecamatan Pasar Kemis, Cikupa, dan Kelapa Dua. Upaya pengendalian penyakit DBD yang telah dilakukan sampai dengan saat ini baik yang dilakukan oleh pemerintah dan swadaya masyarakat adalah dengan berupaya seoptimal mungkin untuk dapat memberantas nyamuk penularnya baik terhadap nyamuk dewasa ataupun jentiknya hal tersebut dilakukan karena obat dan vaksinnnya untuk membasmi virusnya sampai dengan saat ini masih belum ada ditemukan.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia telah menetapkan sebanyak 5 (lima) kegiatan pokok sebagai salah satu bagian dari kebijakan dalam upaya pengendalian penyakit DBD di masyarakat, kegiatan-kegiatan pokok tersebut secara garis besar adalah sebagai berikut : Pertama adalah menemukan kasus Penyakit Demam Berdarah yang terjadi di masyarakat secepatnya dan mengobati sesuai

protap yang sudah ditetapkan. Kedua adalah berupaya untuk dapat memutuskan mata rantai penularan dengan cara melakukan pemberantasan terhadap vektor penyebab dalam hal ini yaitu nyamuk dewasa beserta dengan jentik-jentiknya, Ketiga adalah melakukan kerjasama dengan mengembangkan pola kemitraan dalam wadah POKJANAL DBD (Kelompok Kerja Operasional DBD) yang di bentuk dilingkungan masyarakat, Keempat adalah melakukan upaya upaya positif lainnya yang bertujuan untuk lebih meningkatkan kemampuan masyarakat melalui gerakan pemberdayaan masyarakat khususnya dalam gerakan atau kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN 3M Plus) dan yang terakhir adalah dengan melakukan langkah langkah lanjutan dalam rangka peningkatan profesionalisme pelaksana program di lingkungan Dinas Kesehatan dan masyarakat yang tinggal di Kabupaten Tangerang . (Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang 2016).

Secara Epidemiologis penyakit Deman

Berdarah/DBD ini kejadiannya tergantung pada multifaktorial misalnya saja dari perilaku manusia, iklim, penyebaran virus dan arus perpindahan manusia disamping itu bahwa sampai saat sekarang ini kenyataan belum ditemukannya vaksin yang dapat digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit DBD di masyarakat, sampai saat ini baru sampai pada tahap upaya preventip tingkat lingkungan, dengan kata lain saat ini pencegahannya hanya baru dilakukan dengan management lingkungan tempat tinggal terkait pengontrolan vektor virus *Dongue* dan perilaku proteksi pada manusia (WHO:2008).

Untuk menanggulangi terjadinya peningkatan kasus penyakit Demam Berdarah ini, Berbagai upaya telah dilakukan salah satu diantaranya adalah melalui kegiatan pemberdayaan masyarakat khususnya dalam kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk

(PSN) melalui gerakan 3M (Menguras-Menutup-Mengubur). Kegiatan ini sendiri sebenarnya telah diintensifkan oleh pemerintah sejak tahun 1992 dan kemudian pada tahun 2000 program 3M ini dikembangkan menjadi program 3M Plus yaitu dengan cara melakukan pengendalian DBD menggunakan bahan kimia yang mampu membunuh larva nyamuk, kegiatan ini menggunakan larvasida/bubuk abate, memelihara ikan predator jentik misalnya saja ikan gabus, sepat, cupang dan ikan lainnya dan mencegah gigitan nyamuk dengan cara meningkatkan perlindungan diri.

Sampai saat ini upaya tersebut belum menampakkan hasil yang diinginkan, hal itu karena setiap tahun masih terjadi peningkatan angka kejadian Demam Berdarah di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia peningkatan kasus penyakit Demam Berdarah ini, Berbagai upaya telah dilakukan salah satu diantaranya adalah melalui kegiatan pemberdayaan masyarakat

khususnya dalam kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) melalui gerakan 3M (Menguras-Menutup-Mengubur).

Kegiatan ini sendiri sebenarnya telah diintensifkan oleh pemerintah sejak tahun 1992 dan kemudian pada tahun 2000 program 3M ini dikembangkan menjadi program 3M Plus yaitu dengan cara melakukan pengendalian DBD menggunakan bahan kimia yang mampu membunuh larva nyamuk, kegiatan ini menggunakan larvasida/bubuk abate, memelihara ikan predator jentik misalnya saja ikan gabus, sepat, cupang dan ikan lainnya dan mencegah gigitan nyamuk dengan cara meningkatkan perlindungan diri. Sampai saat ini upaya tersebut belum menampakkan hasil yang diinginkan, hal itu karena setiap tahun masih terjadi peningkatan angka kejadian Demam Berdarah di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Selama ini berbagai upaya untuk memberdayakan masyarakat dalam kegiatan

PSN- DBD sudah banyak dilakukan tetapi hasilnya belum optimal dapat merubah perilaku masyarakat untuk secara terus menerus melakukan PSN-DBD di tatanan dan lingkungan masing-masing. Membasmi jentik nyamuk tidaklah cukup dilakukan pemerintah saja, melainkan butuh partisipasi dan keaktifan seluruh masyarakat juga, perlu kesediaan, kemauan dan tindakan nyata. Program pemberantasan sarang nyamuk (PSN) tidak cukup dilakukan satu-dua kali, melainkan harus rutin atau berkala terlebih setiap musim jangkitan DBD.

Pengamatan pendahuluan sederhana yang dilakukan peneliti secara langsung dilapangan pada bulan Desember 2016 di beberapa wilayah kerja Puskesmas yang dilakukan secara random yaitu Puskesmas Tigaraksa, Pasir Nangka, Kelapa Dua, Bojong Nangka,

Rajeg dan Pasar Kemis diperoleh data dan informasi hasil pengamatan bahwa di wilayah tersebut mobilisasi penduduk cukup tinggi, kerapatan lingkungan tempat tinggal yang relative padat karena wilayah tersebut termasuk wilayah industri. Dibeberapa rumah penduduk dan tempat-tempat umum lingkungan sekitar masih ada wadah wadah bekas yang berisi jentik nyamuk sehingga perlu melakukan PSN secara rutin.

Kelembagaan Pokja DBD sebenarnya sudah ada terbentuk namun pelaksanaannya kurang optimal. Pemeriksaan jentik nyamuk oleh Kader DBD dalam hal ini petugas pemantau jentik kurang berjalan optimal, hanya bila ada kasus dan segera dilaksanakan fogging. Management Pokja DBD di lapangan belum dilaksanakan optimal karena banyaknya beban kerja dan program sehingga kegiatan Pokja DBD sering terabaikan.

Pokja DBD para petugas pemantau jentik di desa dan atau kelurahan kebanyakan adalah

karyawan aktif; PNS akibatnya evaluasi kegiatan jarang terpantau. Kerja bakti kebersihan lingkungan dalam pemberantasan sarang nyamuk dijadwalkan seminggu sekali dalam kegiatan Jum'at bersih, tetapi dalam pelaksanaannya masih sangat tergantung pada ketua RT/RW masing-masing.

Kader juru pemantau jentik (Jumantik) / Petugas Pemantau Jentik yang aktif diharapkan akan memengaruhi menurunkan angka kasus DBD, oleh karena itu diperlukan upaya peningkatan keaktifan jumantik melalui motivasi yang dilakukan oleh dinas kesehatan.

Penelitian ini diarahkan khusus pada petugas pemantau jentik yang tinggal di wilayah Kabupaten Tangerang. Penelitian ini dibatasi pada pembahasan mengenai faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan keaktifan kader Jumantik / Petugas Pemantau Jentik dalam upaya pengendalian penyakit DBD di Kabupaten Tangerang. Perlu diketahui bahwa pada tanggal 31 Januari 2016 terlihat adanya peningkatan

kasus DBD di beberapa kecamatan di Kabupaten Tangerang, yaitu didapat 270 kasus konfirmasi DBD dengan 13 kematian (CFR 4,8%), penyebaran kasus berada di 83 Desa pada 16 Kecamatan.

Penyebaran yang meluas tersebut maka Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang menetapkan kondisi KLB DBD di Kabupaten Tangerang. Peningkatan kasus masih terjadi sampai tanggal 4 Februari 2016 jumlah kasus DBD di Kabupaten Tangerang mencapai 372 Kasus konfirmasi DBD dengan 15 kematian (CFR 4%).

Maka berdasarkan uraian itulah peneliti merasa tertarik untuk dapat meneliti lebih lanjut tentang faktor-faktor apa saja yang memengaruhi keaktifan petugas pemantau jentik dalam upaya pengendalian Penyakit Demam Berdarah di Kabupaten Tangerang sehingga dapat

optimal dalam memberantas dan mengendalikan frekuensi kejadian Penyakit Demam Berdarah.

B. Masalah penelitian.

1. Identifikasi Masalah.

Pengamatan pendahuluan sederhana dilakukan peneliti secara langsung di lapangan pada bulan Desember 2016 di beberapa wilayah kerja Puskesmas yang dilakukan secara random yaitu wilayah Puskesmas Tigaraksa, Pasir Nangka, Kelapa Dua, Bojong Nangka, Rajeg dan Pasar Kemis. Berdasarkan pemaparan latar belakang penelitian kemudian hasil pengamatan pendahuluan di lapangan diperoleh data dan informasi permasalahan yang teridentifikasi sebagai berikut :

- a. Di wilayah tersebut mobilisasi penduduk cukup tinggi, kerapatan lingkungan tempat tinggal yang relative padat karena wilayah tersebut termasuk wilayah industri.
- b. Di beberapa rumah penduduk dan tempat-tempat umum lingkungan sekitar masih ada

wadah-wadah bekas yang teridentifikasi berisi jentik-jentik nyamuk sehingga perlu melakukan PSN secara rutin.

- c. Kelembagaan Pokja DBD sebenarnya sudah ada terbentuk namun pelaksanaannya kurang optimal hal itu terlihat dari belum adanya pertemuan pertemuan terjadual yang seharusnya dilakukan untuk bahan koordinasi lanjutan.
- d. Pemeriksaan jentik nyamuk oleh Kader Jumantik dalam hal ini Petugas Pemantau Jentik kurang berjalan optimal, dari beberapa wawancara dengan warga masyarakat menyebutkan bahwa mereka baru bergerak hanya bila ada terjadi kasus dan segera dilaksanakan fogging.
- e. Management Pokja DBD di lapangan sudah ditemukan namun belum sepenuhnya dilaksanakan optimal karena banyaknya beban kerja dan program sehingga kegiatan Pokja DBD sering

terabaikan.

- f. Pokja DBD dan para petugas pemantau jentik di desa dan atau kelurahan kebanyakan adalah karyawan aktif; PNS atau pekerja lainnya akibatnya evaluasi kegiatan pemantauan jentik jarang terpantau dan bahkan jarang dilaksanakan.
- g. Kerja bakti kebersihan lingkungan dalam pemberantasan sarang nyamuk sebenarnya sudah dijadwalkan seminggu sekali dalam kegiatan Jum'at bersih, tetapi dalam pelaksanaannya masih sangat tergantung pada ketua RT/RW masing-masing.

2. Pembatasan Masalah.

Berdasarkan identifikasi permasalahan yang dikemukakan tersebut di atas, maka agar kegiatan penelitian ini dapat lebih fokus dan tidak terlalu meluas, peneliti hanya akan membatasinya pada permasalahan berikut ini :

- a. Kajian ditekankan pada analisis faktor-

faktor yang memengaruhi keaktifan petugas pemantau jentik yang terdiri dari indikator Pengetahuan Petugas, Etos dan Minat Kerja, Pembagian Jelajah Kerja, Uraian Pedoman Kerja, Pelatihan dan Pengembangan Karir, Pengakuan dan Eksistensi Diri, Kompensasi Imbalan Atau Reward, Ketersediaan Fasilitas Kerja, Motivasi Pribadi, Dukungan Keluarga, Sistem Kepemimpinan, Lingkungan Kerja terhadap keaktifan peran petugas pemantau jentik dan upaya kegiatan pengendalian DBD serta implikasinya pada frekuensi kejadian penyakit Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Tangerang.

- b.** Pada penelitian ini terdapat tiga kelompok variabel penelitian yaitu :
 - 1.** *Variabel Independen* / variabel bebas yaitu Variabel faktor-faktor keaktifan Petugas Pemantau Jentik.

2. *Variabel intervening* / variabel antara yaitu :
 - a) Keaktifan Peran Petugas Pemantau Jentik
 - b) Upaya pengendalian penyakit Demam Berdarah
 3. *Variabel dependent* / variabel terikat yaitu frekuensi kejadian Penyakit Demam Berdarah di Kabupaten Tangerang.
- c. Unit analisis penelitian ini adalah petugas pemantau jentik/kader pemantau jentik yang ada di kabupaten Tangerang baik yang sudah mengikuti pelatihan maupun yang belum mengikuti pelatihan dan diangkat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang.
 - d. Teknik sampel yang digunakan adalah Teknik atau metode purposive sample dengan asumsi bahwa populasi bersifat homogen yaitu kader jumentik/petugas pemantau jentik yang berada di wilayah

Kabupaten Tangerang dan sample yang dipilih atau ditetapkan berdasarkan kesesuaiannya dengan tujuan penelitian.

- e. Pengambilan sampel dilakukan hanya atas dasar pertimbangan peneliti saja yang menganggap unsur-unsur yang dikehendaki telah ada dalam anggota sampel yang diambil.

3. Perumusan Masalah.

Berdasarkan paparan latar belakang permasalahan, studi awal penelitian serta pembatasan masalah maka dapat dirumuskan masalah penelitian seperti berikut ini :

- a. Rumusan Umum.

Bagaimanakah karakteristik Petugas Pemantau Jentik di Kabupaten Tangerang, faktor - faktor apa sajakah yang secara dominan memengaruhi keaktifan petugas, keaktifan peran petugas pemantau jentik / kader jumentik dan upaya kegiatan

pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) serta bagaimana implikasinya terhadap frekuensi kejadian DBD di Kabupaten Tangerang.

b. Rumusan Khusus.

1. Bagaimanakah gambaran Faktor Faktor Keaktifan Petugas Pemantau Jentik dalam upaya pengendalian Penyakit Demam Berdarah *Dengue* ?.
2. Bagaimanakah gambaran Keaktifan Peran Petugas Pemantau Jentik di wilayah Kabupaten Tangerang?
3. Bagaimanakah gambaran upaya kegiatan pengendalian Penyakit Demam Berdarah *Dengue* di kabupaten Tangerang?
4. Bagaimanakah gambaran frekuensi kejadian DBD di Kabupaten Tangerang?.
5. Bagaimanakah pengaruh faktor-faktor keaktifan petugas terhadap Keaktifan peran petugas pemantau jentik dalam

upaya pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Tangerang?.

6. Bagaimanakah pengaruh faktor-faktor keaktifan petugas pemantau jentik terhadap upaya kegiatan pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Tangerang ?
7. Bagaimanakah pengaruh keaktifan peran petugas Pemantau Jentik terhadap upaya pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Tangerang?
8. Bagaimanakah pengaruh keaktifan peran petugas Pemantau Jentik terhadap frekuensi kejadian Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Tangerang?
9. Bagaimanakah pengaruh Upaya kegiatan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah terhadap Frekuensi Kejadian Demam Berdarah Dengue di

Kabupaten Tangerang?

10. Faktor-faktor apa sajakah yang dominan berhubungan atau memengaruhi baik secara bersama sama/ simultan atau parsial, langsung maupun tidak langsung antara faktor-faktor keaktifan petugas pemantau jentik terhadap Keaktifan peran Petugas Pemantau jentik, upaya kegiatan pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue dan
11. Bagaimanakah implikasi faktor-faktor keaktifan petugas, keaktifan peran petugas dan upaya kegiatan pemberantasan DBD terhadap frekuensi kejadian DBD di Kabupaten Tangerang?

C. Kegunaan Hasil Penelitian.

Adapun kegunaan hasil penelitian ini adalah :

1. Kegunaan Teoritis.

Kegunaan secara teoritis dari penelitian ini adalah dapat menambah wawasan keilmuan dalam mendukung teori tentang peningkatan keaktifan dan peran petugas kesehatan dalam peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat khususnya dalam rangka pengendalian dan pencegahan penyakit Demam Berdarah.

2. Kegunaan Praktis.

Manfaat praktis dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

a. Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang.

Hasil Penelitian ini sangat berguna bagi instansi tersebut sebagai bahan masukan dalam upaya untuk meningkatkan kegiatan penyuluhan, komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) dan juga dapat digunakan sebagai salah satu bahan referensi dalam penyusunan program pencegahan dan

pemberantasan DBD yang sering terjadi di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang terutama dalam peningkatan kualitas peran dan kinerja serta keaktifan petugas pemantau jentik dengan berbasis masyarakat.

b. Masyarakat/petugas Pemantau Jentik.

Hasil Penelitian ini dapat berguna sebagai sumber informasi kepada masyarakat mengenai pentingnya upaya pencegahan DBD terhadap lingkungan di sekitar tempat tinggal mereka.

Dengan menyebarnya informasi di masyarakat dan didukung kinerja/peran dan keaktifan petugas kesehatan yang optimal sudah barang tentu masyarakat akan lebih meningkatkan kewaspadaan dini apabila diketahui ada gejala-gejala yang mengarah ke terjangkitnya penyakit tersebut.

c. Bagi Penelitian Selanjutnya/kepentingan akademis.

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat

menambah sumber kepustakaan dan dapat digunakan sebagai data dasar dalam melakukan penelitian sejenis pada masa-masa yang akan datang khususnya berkaitan tentang penyebaran penyakit DBD disekitar lingkungan masyarakat, perilaku masyarakat, peran dan kinerja serta keaktifan petugas terhadap efektifitas pencegahan kejadian demam berdarah di wilayah tersebut sehingga pada akhirnya mutu pelayanan kesehatan dapat lebih ditingkatkan dan tentunya lebih baik dari sebelumnya.

BAB II

DEMAM BERDARAH DENGUE

a. Pengertian Demam Berdarah Dengue

Menurut WHO (2005), definisi Demam Berdarah Dengue adalah penyakit demam serius yang biasanya terjadi selama 2-7 hari dengan dua atau lebih manifestasi kondisi tubuh seperti sakit kepala, nyeri retro-orbital, mialgia, artralgia, ruam kulit, manifestasi perdarahan, leukopenia, trombositopenia (100.000 sel/mm^3 atau kurang).

Demam berdarah dengue adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dan ditularkan melalui nyamuk. Nyamuk yang dapat menularkan penyakit demam berdarah dengue adalah nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*. Virus demam berdarah dengue terdiri dari 4 serotipe yaitu virus DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Penyakit ini merupakan penyakit yang timbul di negara-negara tropis, termasuk di

Indonesia(Depkes RI, 2010).

Rahayu (2010) mengungkapkan bahwa penyakit Demam Berdarah Dengue merupakan penyakit yang berkaitan dengan demam akut yang banyak ditemukan di daerah atau wilayah tropis, penyebaran penyakit DBD geografis mirip dengan pola sebaran penyakit malaria. Dalam Perkembangan selanjutnya Penyakit DBD ternyata disebabkan oleh salah satu dari empat *serotipe virus* dari genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*. Demam berdarah disebarkan kepada manusia oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan *Ae albopictus*.

b. Gejala-gejala DBD.

Badan Kesehatan Dunia atau WHO (2010) mengungkapkan bahwa untuk menentukan gejala Demam Berdarah Dengue dilakukan dengan diagnosis yang terdiri dari kriteria klinis dan laboratoris. Penggunaan kriteria ini dimaksudkan untuk mengurangi diagnosis secara berlebihan.

1) Kriteria Klinis.

- a. Demam tinggi mendadak tanpa ada sebab yang jelas, kondisi ini berlangsung 2-7 hari.
- b. Terlihatnya manifestasi perdarahan pada permukaan kulit
- c. Terjadinya pembesaran Hati
- d. Disertai adanya Syok, nadi kecil dan cepat, hipotensi, kulit menjadi lembab, kaki dan tangan terasa dingin.
- e. Pasien memperlihatkan kondisi yang gelisah.

2) Kriteria Laboratoris.

- a. Kondisi trombosit yang menurun $100.000/\text{mm}^3$ atau kurang
- b. Hemakonsentrasi, dapat dilihat dari terjadinya peningkatan hematokrit 20% atau lebih menurut standar umum dan jenis kelamin.

c. Morfologi dan Penularan Penyakit DBD.

WHO. Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. New Edition. Geneva: World Health Organization; 2009 mengemukakan bahwa Nyamuk *Aedes spp* yang sudah terinfeksi virus *dengue*, akan tetap infeksi sepanjang hidupnya dan terus menularkan kepada individu yang rentan pada saat menggigit dan menghisap darah.

Jika ditemukan individu yang jika di dalam darahnya sudah terdapat *Virus Dengue* yang merupakan sumber penularan penyakit DBD. *Virus Dengue* berada dalam darah selama 4-7 hari. Maka apabila penderita Demam Berdarah tersebut digigit nyamuk penular sudah barang tentu virus yang ada dalam darah akan ikut terhisap masuk ke dalam lambung nyamuk yang merupakan vector penyakit tersebut. Selanjutnya virus yang sudah ada secara perlahan akan memperbanyak diri dan

dengan sendirinya virus tersebar di berbagai jaringan tubuh nyamuk, termasuk di dalam kelenjar liurnya.

Kurang lebih 1 (satu) minggu setelah nyamuk vektor menghisap darah penderita, maka nyamuk tersebut sudah siap untuk dapat menularkan penyakit tersebut kepada orang lain (masa inkubasi ekstrinsik). Keberadaan Virus penyebab DBD dalam tubuh nyamuk ini akan terus berada dalam tubuh nyamuk tersebut sepanjang daur hidupnya. Oleh karena itulah, nyamuk *Aedes* yang telah menghisap virus dengue akan menjadi sumber penular sepanjang hidupnya.

Terjadinya Penularan penyakit DBD secara garis besar digambarkan seperti berikut ini, yaitu setiap kali nyamuk Vektor DBD menghisap darah, maka dengan sendirinya nyamuk vector DBD akan mengeluarkan air liur melalui alat tusuknya (*proboscis*), air liur yang keluar ini berfungsi agar darah yang

dihisap tidak membeku. Bersamaan dengan berpindahnya air liur tersebut maka secara sendirinya virus dengue dipindahkan dari nyamuk ke orang lain disitulah terjadi individu yang tergigit nyamuk tadi bersiap untuk menderita sakit DBD. Maka dari itu dapat dikatakan bahwa penyakit DBD ditularkan dan menyebar melalui nyamuk *Aedes aegypti* dimana nyamuk yang sudah ada dalam tubuhnya sudah hidup virus DBD.

Perilaku makan dan cara penularan penyakit DBD yang dibawa oleh Imago *Ae. aegypti* maupun *Ae. albopictus*, keduanya memiliki pola perilaku makan yang sama yaitu dengan mengisap putik bunga atau nectar dan jus tanaman yang kesemuanya itu sebagai sumber energinya. Selain energi yang relative besar, imago betina juga membutuhkan asupan protein yang cukup banyak yang nantinya digunakan untuk keperluan produksi (*anautogenous*) dan proses pematangan telurnya. Pasokan

protein yang dibutuhkan tersebut diperoleh dari cairan darah inang (*Merrit & Cummins, 1978*).

Adapun cara atau mekanisme penularan virus DBD adalah melalui cucukan stilet dari nyamuk *Aedes* betina terhadap inang penderita DBD. Nyamuk *Aedes* yang bersifat "*antropofilik*" itu dalam perkembangannya ternyata lebih menyukai untuk mengisap darah manusia dibandingkan dengan darah hewan. Darah yang dihisap nyamuk vector DBD yang bersumber dari inang yang menderita sakit dan mengandung virus DBD, selanjutnya adalah virus kemudian berkembang biak di dalam tubuh nyamuk dengan lama sekitar 8-10 atau sekitar 9 hari. Setelah itu nyamuk yang sudah terinfeksi virus DBD efektif menularkan virus tersebut ke setiap inang yang di lalunya begitulah seterusnya. Apabila nyamuk terinfeksi itu mencucuk inang (manusia) untuk mengisap cairan darah, maka virus

yang berada di dalam air liurnya masuk ke dalam sistem aliran darah manusia. Setelah mengalami masa inkubasi sekitar empat sampai enam hari, penderita akan mulai mendapat demam yang tinggi.

Untuk mendapatkan inangnya, nyamuk aktif terbang pada pagi hari yaitu sekitar pukul 08.00-10.00 dan sore hari antara pukul 15.00-17.00. Nyamuk yang aktif mengisap darah adalah yang betina untuk mendapatkan protein. Tiga hari setelah menghisap darah dari inangnya, imago betina kemudian bertelur, dari satu imago betina akan menghasilkan telur sampai dengan 100 butir telur yang kemudian siap diletakkan pada media untuk penetasan lebih lanjut. Setelah itu nyamuk dewasa, mencari kembali inang untuk menghisap kembali darah untuk bertelur selanjutnya. Kondisi inilah yang dapat mengakibatkan Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah/KLB DBD. Perlu kita ketahui, KLB DBD dinyatakan bila :

- 1) Jumlah kasus baru DBD dalam periode bulan tertentu menunjukkan kenaikan dua kali lipat atau lebih dibandingkan angka rata-rata per bulan dalam tahun sebelumnya;
- 2) Timbulnya kasus DBD pada suatu daerah yang sebelumnya belum pernah terjadi; atau
- 3) Angka kematian DBD dalam kurun waktu tertentu menunjukkan kenaikan 50% atau lebih dibandingkan dengan periode sebelumnya dalam kurun waktu yang sama. (Kementerian Kesehatan RI : 2016).

Fathi (2005) mengemukakan bahwa penularan DBD dipengaruhi factor lingkungan dan perilaku diantaranya adalah kepadatan penduduk, mobilitas penduduk, sanitasi lingkungan, keberadaan container, kepadatan vector, tingkat pengetahuan DBD, sikap, tindakan PSN, pengasapan dan penyuluhan DBD

d. Derajat Keterjangkitan DBD.

Siregar,2004 dalam Pambudi (2009) mengungkapkan bahwa Derajat berat atau ringannya suatu penyakit berbeda satu sama lainnya, untuk kasus DBD, badan kesehatan dunia/WHO membaginya menjadi 4 (empat) derajat keterjangkitan.

1) Derajat I/Ringan

Pada derajat ini pasien ditandai dengan demam mendadak 2-7 hari yang disertai dengan gejala klinis lainnya dengan manifestasi bitnik merah pendarahan.

2) Derajat II/Sedang

Penderita dengan gejala yang sama namun sedikit lebih berat karena ditemukan pendarahan spontan kulit dan pendarahan lain.

3) Derajat III/Berat.

Terjadinyan kegagalan sirkulasi, tekanan nadi menyempit, kulit dingin lembab dan penderita gelisah.

4) Derajat IV/Berat

Penderita mengalami syok berat dan kondisi nadi yang tidak dapat diraba dan tensi tidak dapat diukur.

e. **Bionomik Vektor Penular Penyakit DBD.**

Karakteristik *Ae. aegypti* dan *Ae albopictus* sebagai penular utama virus DBD adalah kedua spesies tersebut termasuk Genus *Aedes* dari Famili *Culicidae*. Secara morfologis keduanya sangat mirip, namun dapat dibedakan dari strip putih yang terdapat pada bagian skutumnya (*Merrit & Cummins, 1978*).

Jika diperhatikan secara seksama Ada perbedaan antara *Ae. aegypti* dan *Ae albopictus*, skutum *Ae. aegypti* dari badannya terlihat berwarna hitam dengan dua strip putih yang sejajar dan terletak di bagian dorsal tengah diapit oleh dua garis lengkung

berwarna putih. Sementara skutum *Ae. albopictus* yang juga berwarna hitam hanya berisi satu garis putih tebal di bagian dorsalnya.

Roche (2002) melaporkan bahwa *Ae. aegypti* mempunyai dua subspecies yaitu *Ae. aegypti queenslandensis* dan *Ae. aegyptiformosus*. Subspecies pertama hidup dan berkembang bebas di wilayah Afrika sementara subspecies kedua hidup dan berkembang di daerah tropis, *Ae. aegyptiformosus* inilah yang dikenal efektif menularkan virus DBD. Maka dari itu keberadaan Subspecies kedua sebenarnya lebih berbahaya jika dibandingkan dengan subspecies pertama (Roche, 2002).

Informasi tentang karakteristik tersebut sangat membantu mengenali jenis nyamuk tersebut terutama bagi petugas surveilans dan masyarakat dalam rangka mengendalikan penyakit DBD yang ditularkan oleh kedua nyamuk tersebut.

f. Habitat Vektor Penular DBD.

Habitat dan Kebiasaan Hidup. Secara bioekologis kedua spesies nyamuk tersebut *Ae. aegypti* dan *Ae albopictus* ternyata memiliki atau hidup dalam dua habitat yaitu habitat aquatic atau wilayah perairan dimana di wilayah ini dipergunakan untuk fase pradewasanya (telur, larva dan pupa), dan wilayah daratan atau udara untuk serangga dewasa perkembangan hidup lanjutannya. Walaupun habitat kehidupannya imago terletak di daratan dan atau udara, namun juga mencari tempat di dekat permukaan air yang berfungsi untuk meletakkan telur-telurnya. Bila telur yang diletakkan itu tidak mendapat sentuhan air atau kering ternyata telur nyamuk tersebut masih mampu untuk bertahan hidup antara 3 bulan sampai dengan satu tahun.

Masa hibernasi telur-telur itu akan berakhir atau menetas bila sudah mendapatkan lingkungan yang cocok pada

musim hujan untuk menetas. Telur itu akan menetas antara 3–4 jam setelah mendapat genangan air dan kemudian menjadi larva.

Habitat larva nyamuk yang keluar atau menetas dari telur tersebut hidup mengapung di bawah permukaan air. Perilaku hidup larva tersebut berhubungan dengan upayanya untuk menjulurkan alat pernafasan yang disebut dengan sifon, dimana sifon ini harus menjangkau permukaan air guna mendapatkan asupan oksigen untuk bernafas dan melangsungkan kehidupannya. Habitat larva nyamuk pada seluruh masa pradewasanya mulai dari telur, larva dan pupa secara keseluruhan hidup di dalam air walaupun kondisi airnya sangat terbatas.

Berbeda dengan habitat imagonya yaitu hidup bebas di daratan (terrestrial) atau udara (aborial). Walaupun demikian masing-masing dari spesies itu mempunyai

kebiasaan hidup yang berbeda yaitu imago *Ae. aegypti* lebih menyukai tempat di dalam rumah penduduk sementara *Ae. albopictus* lebih menyukai tempat di luar rumah yaitu hidup di pohon atau kebun atau kawasan pinggir hutan, oleh karena itulah *Ae. albopictus* sering disebut nyamuk kebun.

g. Siklus Hidup Nyamuk Penular DBD.

Siklus hidup nyamuk adalah proses perkembangbiakan dan pertumbuhan nyamuk mulai dari telur, jentik, kepompong sampai dengan dewasa. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2014) siklus hidup nyamuk penular DBD dijabarkan seperti berikut ini.

1) Telur

Setiap kali bertelur, nyamuk betina dapat mengeluarkan telur sebanyak kurang lebih 100 butir telur. Nyamuk *Ae. aegypti* meletakkan telur pada permukaan air yang bersih atau menempel pada dinding tempat

penampung air secara individual.

Telur berbentuk elips berwarna hitam dengan panjang $\pm 0,80$ mm. Telur *Ae. aegypti* tahan terhadap kondisi kekeringan dan memiliki kemampuan untuk dapat bertahan hingga 1 bulan dalam keadaan atau kondisi kering. Jika kemudian telur- telur tersebut kemudian terendam air, maka telur dapat menetas dan menjadi jentik dalam kurun waktu 1 sampai dengan 2 hari.

2) Jentik

Pada jentik nyamuk yang ada itu secara umum sangat membutuhkan air yang cukup untuk perkembangan hidupnya. Kondisi jentik saat berkembang dapat memengaruhi kondisi nyamuk dewasa yang dihasilkan.

Sebagai contoh, populasi jentik nyamuk yang meledak dalam hal ini jumlahnya sangat banyak sehingga

berakibat pada kurangnya ketersediaan makanannya jika itu terjadi nantinya akan menghasilkan nyamuk dewasa yang cenderung lebih rakus dalam menghisap darah karena sebelumnya mereka dalam kelaparan pada akhirnya aggressive mencari sumber makanan..

Ada 4 (empat) instar atau tahapan perkembangan jentik tersebut, yaitu:

- a. Instar I berukuran paling kecil, yaitu 1 – 2 mm; 2)
- b. Instar II 2,5 – 3,8 mm; 3)
- c. Instar III berukuran besar sedikit dari larva instar II;
- d. Instar IV berukuran paling besar 5 mm. Setelah mencapai instar ke-4, jentik berubah menjadi pupa dalam 5 sampai 7 hari

3) Pupa / Kepompong.

Pupa berbentuk seperti 'koma'. Bentuknya lebih besar namun lebih ramping dibanding jentiknya. Pupa berukuran lebih kecil jika dibandingkan dengan rata-rata pupa nyamuk lain. Pupa bertahan selama 1-2 hari sebelum akhirnya menjadi nyamuk dewasa (Anggraeni, 2010).

h. Pengaruh Faktor Lingkungan.

Faktor lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kesakitan akibat DBD, karena berkaitan dengan tempat perindukan nyamuk penular DBD, faktor lingkungan tersebut antara lain :

1. Lingkungan Biologik.

Pertumbuhan larva dari instar ke instar dipengaruhi oleh air yang ada di dalam kontainer, pada kontainer dengan air yang lama biasanya terdapat kuman patogen atau parasit yang akan mempengaruhi pertumbuhan larva

tersebut.

Adanya infeksi patogen dan parasit pada larva akan mengurangi jumlah larva yang hidup untuk menjadi nyamuk dewasa, masa pertumbuhan larva bisa menjadi lebih lama dan umur nyamuk dewasa yang berasal dari larva yang terinfeksi patogen atau parasit biasanya lebih pendek.

2. Lingkungan Fisik.

Lingkungan fisik yang mempengaruhi kehidupan nyamuk penular DBD antara lain jarak antar rumah, macam kontainer, suhu udara, curah hujan, pengaruh angin dan kelembaban.

2. Upaya Penanggulangan dan Pengendalian DBD.

Upaya penanggulangan dan pengendalian penyakit DBD diuraikan seperti pada uraian berikut ini.

a. Pengendalian Vektor Penyebab DBD.

Untuk saat ini cara pengendalian yang

cukup tepat dalam menanggulangi penyakit DB dan DBD di lingkungan masyarakat adalah dengan berupaya untuk dapat menurunkan jumlah populasi vector yang dalam hal ini bertujuan untuk dapat mengurangi atau meminimalisir terjadinya kontak antara vector dengan manusia dan termasuk upaya untuk mengendalikan habitat larva dari beragam lokasi yang disukai oleh nyamuk vector DBD dalam satu siklus kehidupannya.

Cara ini memerlukan pengetahuan yang memadai untuk mengenali jenis dan karakter, habitat dan perilaku hidup atau bioekologinya dan arti penting nyamuk vector tersebut sebagai penular penyakit yang mematikan itu. Untuk keperluan tersebut maka diperlukan upaya-upaya terpadu dan komprehensif dalam pengembangan teknologi dan strategi salah satunya adalah dengan mengembangkan program yang berbasis masyarakat untuk menjamin

keberlanjutan usaha pengendalian tersebut (Depkes RI, 2005).

b. Pemberantasan Sarang Nyamuk.

Dengan melakukan kegiatan PSN DBD secara rutin oleh semua masyarakat maka perkembangan biakan penyakit di suatu wilayah tertentu dapat di cegah atau dibatasi. Upaya pemberantasan sarang nyamuk (PSN) DBD adalah upaya untuk memberantas nyamuk *Ae aegypti*, dilakukan dengan cara :

- 1) Menguras dengan menggosok tempat-tempat penampungan air sekurang-kurangnya seminggu sekali yang bertujuan untuk merusak telur nyamuk, sehingga jentik-jentik tidak bisa menjadi nyamuk atau menutupnya rapat-rapat agar nyamuk tidak bisa bertelur di tempat penampungan air tersebut.
- 2) Mengganti air vas bunga, perangkap semut, air tempat minum burung seminggu sekali dengan tujuan untuk

merusak telur maupun jentik nyamuk.

- 3) Mengubur atau menyingkirkan barang-barang bekas dan sampah-sampah lainnya yang dapat menampung air hujan sehingga tidak menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk.
- 4) Mencegah barang-barang/pakaian-pakaian yang bergelantungan di kamar ruang yang remang-remang atau gelap.

Pemberantasan sarang nyamuk DBD merupakan upaya pemberantasan vektor dengan metode pendekatan terpadu karena menggunakan beberapa cara yaitu *secara kimia* dengan menggunakan larvasida, *secara biologi* dengan menggunakan predator, dan *secara fisik* yang dikenal dengan kegiatan 3 M (Menguras, Menutup, dan Mengubur).

c. Surveilans Demam Berdarah Dengue.

Surveilans DBD adalah bagian dari surveilans kesehatan masyarakat atau surveilans epidemiologi. Surveilans

Epidemiologi adalah pengumpulan, analisis, dan analisis data secara terus-menerus dan sistematis yang kemudian didiseminasikan (disebarluaskan) kepada pihak-pihak yang bertanggungjawab dalam pencegahan penyakit dan masalah kesehatan lainnya (DCP2, 2008).

Surveilans merupakan kegiatan untuk memantau secara terus-menerus berkesinambungan memantau kejadian dan kecenderungan penyakit, mendeteksi dan memprediksi *outbreak* pada populasi, mengamati faktor-faktor yang memengaruhi kejadian penyakit, seperti perubahan-perubahan biologis pada agen, vektor, dan reservoir. Selanjutnya surveilans menghubungkan informasi yang telah diperoleh tersebut kepada para pembuat keputusan agar dapat dilakukan langkah-langkah atau upaya-upaya pencegahan dan pengendalian penyakit (Last, 2001).

Depkes RI (2003), surveilans epidemiologi adalah kegiatan secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah-masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah-masalah kesehatan tersebut.

Agar dapat melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien surveilans dilakukan melalui proses yang terdiri dari :

1. Penyusunan Rencana Kegiatan Surveilans
2. Pengumpulan data/pencarian kasus.
3. Pengolahan dan penyajiandata
4. Penyebarluasan atau diseminasi informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan.

Sedang sistem surveilans epidemiologi adalah merupakan tatanan prosedur dalam penyelenggaraan kegiatan surveilans epidemiologi yang terintegrasi atau saling terhubung antara unit-unit penyelenggara

surveilans dengan laboratorium, sumber-sumber data, pusat penelitian, pusat kajian dan penyelenggara program kesehatan lainnya, yang mencakup atau meliputi tata hubungan surveilans epidemiologi antar wilayah kabupaten/kota, propinsi dan pusat.

d. Metode Pencegahan Penyakit Demam Berdarah.

Seperti diketahui bahwa sampai dengan saatsekarang ini Belum ditemukan vaksin yang dapat digunakan untuk pencegahan penyakit DBD, dan sampai dengan saai ini pula belum ada obat-obatan yang secara khusus dapat digunakan untuk pengobatan penyakit DBD. Maka dari itu upaya pengendalian penyakit DBD tergantung pada upaya pengendalian dari penyebab penyakit tersebut yaitu pengendalian nyamuk *Aedes aegypti*.

Oleh sebab itulah kiranya perlu untuk dapat di terapkan sebuah pendekatan yang

terpadu terhadap upaya pengendalian nyamuk tersebut dengan menggunakan semua metode yang tepat, saat ini metode yang digunakan adalah pendekatan lingkungan, biologi, dan kimia yang dilakukan dengan aman, murah, dan ramah lingkungan. Upaya pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue yang saat ini terangkum dalam program pemberantasan nyamuk *Aedes Aegypti* yang sukses dan berkesinambungan haruslah melibatkan kerjasama antar lembaga pemerintah yang terkait serta masyarakat. Adapun metode yang dapat digunakan dalam upaya pencegahan dan pengendalian

Penyakit Demam Berdarah menurut Ida Siti Zubaedah (2007) adalah sebagai berikut :

1) Pengelolaan lingkungan.

Pengelolaan lingkungan meliputi berbagai perubahan yang menyangkut upaya pencegahan atau mengurangi kontak antara vektor

dengan manusia. Metode lingkungan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan *Ae. Aegypti* serta mengurangi kontak antara manusia dengan vektor adalah dengan melakukan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk atau dapat pula dengan upaya memodifikasi tempat perkembangbiakan buatan manusia dan perbaikan disain rumah yang lebih sehat dan tercukupi sinar matahari.

2) Perlindungan Diri.

Pemakaian obat anti nyamuk merupakan suatu cara yang paling umum bagi seseorang melindungi dirinya dari gigitan nyamuk dan serangga lain. Produk insecticida rumah tangga, seperti obat nyamuk bakar, semprotan pyrenrtum dan aerosol banyak di gunakan sebagai

alat perlindungan diri terhadap nyamuk.

Kelambu dapat digunakan secara efektif untuk melindungi bayi dan pekerja malam yang sedang tidur siang. Kelambu juga dapat digunakan secara efektif untuk orang-orang yang biasa tidur siang.

3) **Pengendalian Biologis**

Penerapan pengendalian biologis yang ditunjukkan langsung terhadap jentik vektor di Asia Tenggara hanya terbatas pada operasi berskala kecil. Ikan Larvivorus (*Gambusia affinis* dan *poecillia reticulata*) atau ikan Gabus telah banyak digunakan untuk mengendalikan larva *Ae. Aegypti* pada tempat penyimpanan air yang besar dan di tempat penampungan air kecil saat ini telah dicoba Ikan Cupang untuk mengendalikan *Ae. Aegypti*.

Pengendalian biologis lainnya dengan menggunakan *Bacillus thuringiensis* serotype H-14, Bt. H-14 memiliki tingkat racun terhadap mamalia sangat rendah dan dapat di terima sebagai bahan pengendali nyamuk dalam wadah penampungan air dirumah.

Dengan tanaman haplophyton, tanaman tapak dara, tanaman lavender, tanaman marygold, tanaman pandan, tanaman zodia, tanaman akar wangi dan tanaman serai/sereh. “Diharapkan di setiap lingkungan khususnya di rumah masing-masing untuk memelihara tanaman tersebut.

4) Pengendalian dengan Bahan Kimia.

Pengendalian dengan menggunakan bahan kimia dapat dilakukan terhadap jentik maupun nyamuk dewasa. Pengendalian jentik

Ae. Aegypti dengan bahan kimia biasanya terbatas untuk wadah peralatan rumah tangga yang tidak dapat dimusnakan atau didaur ulang.

Bahan kimia yang digunakan adalah temephos (abate 1%) dengan dosis 1 ppm, dosis ini telah terbukti efektif selama 8-12 minggu khususnya dalam gentong tanah liat dengan pola pemakaian air normal. Sedangkan untuk mengendalikan nyamuk dewasa dilakukan dengan penyemprotan insektisida.

Pada umumnya terdapat dua jenis penyemprotan yang telah digunakan untuk pengendalian *Ae Aegypty* yaitu pengasapan (pengasapan termal/panas) dan *cold fogs* (pengasapan dingin). Keduanya dapat digunakan dengan mesin tangan atau mesin yang dipasang pada

kendaraan insecticida yang digunakan adalah *insecticida organofosfat* meliputi *fenthion*, *malathion*, dan *fenithrothion*.

e. Penatalaksanaan Pasien DBD.

Pasien demam dengue jika masih memungkinkan dapat dilakukan dengan berobat jalan, tidak memerlukan rawat inap, pada fase demam pasien sebaiknya dianjurkan melakukan perawatan.

Satari dan Hadinegoro (2004) perawatan dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

- 1) Selama masih demam pasien melakukan tirah baring.
- 2) Kompres dengan air hangat jika memang diperlukan, untuk menurunkan suhu badan pasien menjadi $< 39^{\circ}\text{C}$ dapat menggunakan Parasetamol.
- 3) Pada pasien dewasa kadang diperlukan obat untuk meringankan sakit kepala

dan nyeri otot.

- 4) Dianjurkan untuk diberikan cairan dan elektrolit per oral, jus buah, sirup dan susu, disamping air putih biasa, paling sedikit diberikan selama 2 hari.
- 5) Monitor suhu badan dan jumlah trombosit dan kadar hematokrit menjadi normal kembali.

3. Petugas Pemantau Jentik.

Pemaparan tentang petugas pemantau jentik/kader jumentik akan dipaparkan dalam paparan seperti berikut ini.

a. Pengertian.

Kader juru pemantau jentik (jumentik) atau petugas Pemantau jentik adalah merupakan kelompok kerja kegiatan pemberantasan penyakit demam berdarah dengue di tingkat Desa dalam wadah Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (Depkes RI, 1992).

b. Tujuan dan Kedudukan Petugas Pemantau Jentik.

Menggerakkan peran serta masyarakat dalam usaha pemberantasan penyakit DBD, terutama dalam pemberantasan jentik nyamuk penularnya sehingga penularan penyakit demam berdarah dengue di tingkat desa, dapat dicegah atau dibatasi.

c. Peran Kader Jumantik di Masyarakat.

Menurut Kemenkes RI (2012) peran kader kesehatan dalam hal ini Kader Jumantik dalam menanggulangi DBD adalah sebagai berikut ini :

- 1) Sebagai anggota PJB/pemeriksaan jentik berkala di rumah-rumah dan tempat umum, dalam hal ini membuat rencana / jadual kunjungan ke seluruh rumah dan tempat-tempat umum yang menjadi wilayah kerjanya.
- 2) Memberikan penyuluhan kepada keluarga dan masyarakat baik secara perorangan ataupun

kelompok.

- 3) Mencatat dan melaporkan hasil rekapitulasi Pemeriksaan Jentik Berkala kepada Kepala Dusun atau Puskesmas secara rutin minimal setiap minggu dan bulanan.
- 4) Mencatat dan melaporkan kasus kejadian DBD kepada RW/Kepala Dusun atau Puskesmas.
- 5) Melakukan PSN dan pemberantasan DBD secara sederhana seperti pemberian bubuk abate dan ikan pemakan jentik.

Lebih jauhnya Peran merupakan perangkat tingkah laku yang diharapkan dimiliki oleh orang yang berkedudukan dalam masyarakat atau bagian tindakan seseorang yang dilakukan dalam sebuah peristiwa. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI).

Peran juga dapat dikatakan sebagai bagian atau tindakan seseorang yang dilakukan dalam sebuah peristiwa

tertentu misalnya saja sebagai motivator, demonstrator, fasilitator dan sebagainya.

Selain hal diatas ukuran kinerja menurut T.R. Mitchell (1989) peran dapat dilihat dari empat hal, yaitu :

1. *Quality of work* – kualitas hasil kerja
2. *Promptness* – ketepatan waktu menyelesaikan pekerjaan
3. *Initiative* – prakarsa dalam menyelesaikan pekerjaan
4. *Capability* – kemampuan menyelesaikan pekerjaan
5. *Comunication* – kemampuan membina kerjasama dengan pihak lain

Dari konsep dan ukuran kinerja itulah dikembangkan peranan yang merupakan tugas yang melekat pada dirinya sebagai seorang juru pemantau jentik diantaranya seperti berikut ini (Kementrian Kesehatan RI,2016) :

1. **Motivator**

Herzberg (1950) mengemukakan bahwa dalam perkembangannya motivasi dipengaruhi oleh dua faktor yang secara signifikan mampu mendorong karyawan untuk termotivasi faktor tersebut terdiri dari faktor intrinsik dan ekstrinsik, faktor intrinsik adalah daya dorong yang timbul atau muncul dari dalam diri masing- masing orang, sedangkan faktor ekstrinsik adalah daya dorong yang datang dari luar diri seseorang, terutama dari organisasi tempatnya bekerja.

Masih menurut Herzberg bahwa Faktor-faktor ekstrinsik (konteks pekerjaan) yang mampu memotivasi para bawahan adalah meliputi faktor seperti berikut ini

: Upah, Kondisi kerja, Keamanan kerja, Status, Prosedur perusahaan, Mutu penyeliaan, Mutu hubungan

interpersonal antar sesama rekan kerja, atasan, dan atau dengan bawahan. Sedangkan Faktor Intrinsik meliputi :Pencapaian prestasi, Pengakuan, Tanggung Jawab, Kemajuan, Pekerjaan itu sendiri, dan Kemungkinan berkembang

Dalam kaitan petugas harus menjadi motivator ini Adalah Petugas Pemantau Jentik atau jumentik dapat memberikan motivasi/ dorongan kepada masyarakat untuk melaksanakan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk agar terhindar dari penyakit DBD yang disebabkan oleh gigitan nyamuk *Aedes aegypti*, dorongan itu jika herzberg mampu mendorong faktor intrinsik dan ekstrinsik dari masyarakat. Tidak adanya kondisi-kondisi ini bukan berarti membuktikan kondisi sangat tidak puas. Tetapi jika ada, akan membentuk motivasi yang kuat yang

menghasilkan prestasi kerja yang baik

2. Demonstrator.

Melalui peranannya sebagai demonstrator, Petugas Pemantau Jentik hendaknya senantiasa menguasai bahan atau materi yang akan diajarkannya kepada masyarakat serta senantiasa mengembangkannya dalam arti meningkatkan kemampuannya dalam hal ilmu yang dimilikinya.

3. Inisiator.

Adalah jumentik memiliki inisitaif atau mampu memberikan idea atau gagasannya dalam peningkatan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk sehingga dengan inisiatornya masyarakat dapat turut serta membantunya.

4. Mediator.

Sebagai mediator, petugas

pemantau jentik juga hendaknya memiliki pengetahuan dan pemahaman yang cukup mengenai media pendidikan, karena media pendidikan merupakan alat komunikasi guna lebih mengefektifkan proses belajar mengajar dan program lebih mudah tersampaikan dengan baik.

5. Fasilitator

Bahwa Petugas Pemantau Jentik adalah berperan sebagai perantara untuk memfasilitasi kegiatan yang berhubungan dengan pemberantasan sarang nyamuk DBD.

6. Evaluator

Para Petugas Pemantau Jentik yang ada hendaknya mampu mengevaluasi atas pencapaian program yang sudah disampaikannya kepada lingkungan masyarakatnya karena masyarakat merupakan lingkungan belajar

serta merupakan suatu aspek dari lingkungan yang perlu diorganisasi.

7. Pengelola Program

Para Petugas Pemantau Jentik yang ada hendaknya mampu mengelola program yang ada lingkungan masyarakatnya karena masyarakat merupakan lingkungan belajar serta merupakan suatu aspek dari lingkungan yang perlu diorganisasi.

8. Pengembangan Program Kegiatan.

Petugas pemantau Jentik juga hendaknya mampu untuk dapat mengembangkan sendiri program kegiatannya.

d. Organisasi Petugas Pemantau Jentik.

Secara garis besar Organisasi petugas pemantau jentik dapat digambarkan sebagai berikut :

- 1) Kader jumentik atau petugas pemantau jentik merupakan kelompok kerja dalam

kegiatan pemberantasan penyakit demam berdarah dengue.

- 2) Kepala desa selaku ketua umum.
- 3) Susunan organisasi kader jumantik disesuaikan dengan kondisi dan situasi serta kebutuhan setempat.
- 4) Berdasarkan ketentuan yang ada, bahwa didalam organisasi LKMD dapat dibentuk Pokja yang hanya melaksanakan jenis kegiatan dari seksi yang sesuai dengan bidang dan tugas dan fungsinya.

e. Uraian Tugas dan Fungsi Petugas Pemantau Jentik.

Kementrian Kesehatan RI (2012) telah mengatur Uraian tugas dan fungsi dari petugas pemantau jentik diuraikan seperti berikut ini :

- 1) Pembuatan rencana atau jadual kunjungan ke rumah dan tempat tempat umum sesuai wilayah kerjanya
- 2) Melakukan kegiatan pemantauan jentik

- 3) Membuat catatan dan rekapitulasi hasil pemeriksaan jentik
- 4) Melaporkan hasil pemeriksaan jentik ke Puskesmas sebulan sekali
- 5) Memberikan penyuluhan DBD baik perorangan maupun kelompok
- 6) Penggerak dan pengawas masyarakat dalam kegiatan PSN
- 7) Bersama supervisor melakukan pemantauan wilayah setempat dan melakukan pemetaan setiap bulannya.

4. Faktor-faktor yang berkaitan dengan Keaktifan Petugas Pemantau Jentik/Kader Jumantik dalam Upaya Pemberantasan DBD.

Hasil penelitian *Dalimunthe*, (2008) yang berjudul “*Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Partisipasi Masyarakat Dalam Program Pencegahan Malaria Di Kecamatan Saibu Kabupaten Mandailing Natal*” variabel yang mempengaruhi masyarakat agar ikut

berpartisipasi aktif dalam pemberantasan penyakit malaria antara lain sebagai berikut :

- a. Pendidikan
- b. Umur
- c. Penghasilan
- d. Ketersediaan fasilitas
- e. Pekerjaan

Widyanti (2006) menyatakan bahwa, faktor yang memengaruhi upaya pencegahan DBD adalah tindakan masyarakat, tingkat pendidikan, informasi dan partisipasi sosial menunjukkan angka yang signifikan terhadap pengaruh masyarakat dalam pencegahan DBD di wilayah Puskesmas II Surakarta.

Arietha Novera Hutapea,dkk (2013) mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang berkaitan dengan keaktifan kader jumentik dalam pemberantasan sarang nyamuk dipengaruhi oleh faktor berikut ini :

- a. Fasilitas
- b. Kepemimpinan
- c. Imbalan

d. Pelatihan

e. Motivasi

Penelitian Komara (2012) mengungkapkan bahwa Keaktifan Kader Jumantik/Petugas pemantau jentik adalah sebagai berikut :

a. Usia

b. Kesesuaian honor

Keaktifan Petugas Pemantau Jentik/Kader Jumantik tidak ada perbedaan menurut faktor berikut ini :

a. Tingkat Pendidikan

b. Status pekerjaan

c. Masa kerja

d. Pelatihan PSN

e. Frekuensi Pelatihan PSN

f. Perlengkapan PSN

g. Kartu berobat gratis

h. Pemberian bubuk Larvasida dan

i. Lingkungan kerja.

Jadi dalam kaitan ini keaktifan Petugas Pemantau Jentik berhubungan dengan factor internal dan eksternal yang berhubungan baik

secara langsung maupun tidak langsung, faktor faktor keaktifan ini sejalan dengan teori motivasi yang dikemukakan oleh Herzberg yang mengemukakan bahwa Motivasi seseorang dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik.

5. Kebijakan Ketenagaan Negara.

Pada dasarnya, kebijakan kepegawaian terkait pada 4 hal, yakni *personnel procurement* (pengadaan pegawai), *personnel development* (pengembangan pegawai), *personnel maintenance* (pemeliharaan pegawai), dan *personnel utilization* (pemanfaatan pegawai secara optimal)

Kepegawaian Negara meliputi tenaga Pegawai Negeri (PNS) dan non Pegawai Negeri. Pegawai Negeri terdiri dari Pegawai Negeri Sipil (PNS), anggota TNI, dan anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia. Pegawai Negeri Sipil terbagi lagi atas Pegawai Negeri Sipil Pusat dan Pegawai Negeri Sipil Daerah

a. Aparatur Sipil Negara.

Untuk mewujudkan tujuan nasional dari

Negara Kesatuan Republik Indonesia, maka dibutuhkan Aparatur Sipil Negara yang sudah barang tentu harus mempunyai jiwa integritas, professional, netral dan bebas dari intervensi politik, bersih dari praktik korupsi, kolusi, dan nepotisme, serta mampu menyelenggarakan pelayanan publik bagi masyarakat dan mampu menjalankan peran sebagai unsur perekat bagi terwujudnya persatuan dan kesatuan bangsa berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

b. Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja.

Permasalahan selama ini adalah ketidakmampuan pemerintah daerah untuk mengadakan perekrutan dan menggaji kebutuhan tenaga mereka sendiri.

c. Kebijakan Pemenuhan SDM Kesehatan.

Kebijakan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Indonesia tidak terlepas dari pertimbangan kontekstual kebijakan Jaminan

Kesehatan Nasional (JKN), desentralisasi, dan Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK).

d. Kebijakan Perlindungan Tenaga Kesehatan.

Tenaga Kesehatan bertugas memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Agar dapat menjalankan tugasnya dengan tenang, tenaga kesehatan dilindungi oleh beberapa peraturan perundang-undangan. Misalnya saja perlindungan terhadap dokter gigi yang dalam hal ini misalnya saja berdasarkan pada Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran memiliki hak untuk mendapatkan perlindungan secara hukum sepanjang yang bersangkutan sedang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional yang berlaku di bidang kedokteran.

e. Pengembangan SDM Kesehatan.

Pelayanan kesehatan yang baik tidak terlepas dari kinerja sumber daya manusia kesehatan. Kondisi ini juga dipengaruhi oleh kondisi kontekstual spesifik suatu Negara (wilayah) dan komponen sistem kesehatan lainnya. Sumber Daya Manusia Kesehatan yang berpengetahuan, terampil, dan bermotivasi memegang peranan penting dalam pencapaian upaya cakupan kesehatan semesta.

f. Kedudukan Juru Pemantau Jentik.

Juru pemantau jentik kedudukannya dalam system kepegawaian negara dapat masuk sebagai Pegawai Negeri Sipil atau Aparat Sipil Negara atau hanya sebagai pokja-pokja yang bekerja secara sukarela untuk membantu Pegawai Negeri dalam hal ini tenaga surveilence kesehatan yang bertugas di Puskesmas/P2M.

Manajemen SDM Kesehatan untuk kinerja yang lebih baik membawa sektor

kesehatan dan sektor pendidikan bersama-sama untuk mencapai 3 tujuan inti, yakni kompetensi, motivasi, dan cakupan. Strategi cakupan meliputi kecukupan, keterampilan yang memadai, dan jangkauan pada populasi rentan. Strategi motivasi mencakup fokus pada remunerasi yang memadai, lingkungan kerja yang positif, kesempatan berkarir, dan sistem kesehatan yang mendukung.

Untuk saat sekarang ini Kementerian kesehatan mengemukakan bahwa Tenaga Juru Pemantau jentik dan supervisornya adalah merupakan tenaga kontrak kesehatan yang sewaktu-waktu dapat diberhentikan oleh puskesmas sesuai dengan hasil evaluasi kinerja yang bersangkutan. Penghargaan dapat diberikan kepada yang bersangkutan dalam hal ini Kader Jumantik dan supervisornya berupa sertifikat, supervisor teladan dan lain-lainnya.

6. Masyarakat dan Peran sertanya.

Masyarakat dan peran sertanya dipaparkan

dan dijabarkan dalam paparan seperti berikut ini.

a. Konsep Masyarakat

Masyarakat adalah orang-orang yang mendiami suatu wilayah teritori tertentu dengan segala kemampuan dan budayanya. *Gillin and Gillin* yang dikutip Notoatmodjo (2005) masyarakat adalah kelompok manusia yang besar yang mempunyai kebiasaan sikap tradisi dan perasaan persatuan yang sama, masyarakat itu memiliki pengelompokan yang lebih kecil.

b. Peran Serta Masyarakat.

Peranserta masyarakat sering juga disebut dengan partisipasi masyarakat keikutsetaan adalah suatu proses dimana individu, keluarga dan masyarakat dilibatkan dalam perencanaan dan pelaksanaan pemberantasan vektor di wilayahnya. Kegiatan ini dimaksudkan untuk menyakinkan masyarakat bahwa program ini perlu

dilaksanakan oleh masyarakat untuk mengatasi masalah yang ada di lingkungannya. Melalui kegiatan ini dapat meningkatkan rasa percaya diri masyarakat untuk ikut melaksanakan pembangunan.

Menurut WHO (2002) dalam *Heritage* mengemukakan bahwa partisipasi masyarakat merupakan proses dimana masyarakat dimungkinkan menjadi aktif dan terlibat dalam mendefinisikan isu-isu dimasyarakat, pengambilan keputusan tentang faktor yang berdampak pada kehidupan, menyusun dan mengimplementasikan atau menerapkan kebijakan, merencanakan kegiatan, mengembangkan dan memberikan pelayanan dan mengambil tindakan untuk mencapai perubahan.

Peningkatan partisipasi masyarakat menumbuhkan berbagai peluang yang memungkinkan seluruh anggota

masyarakat untuk secara aktif berkontribusi dalam pembangunan sehingga dapat menghasilkan manfaat yang merata bagi seluruh warganya. Untuk hal tersebut maka perlu adanya pembinaan yang intensif dari berbagai fihak terkait sehingga masyarakat mempunyai kemampuan dan ketrampilan memberantas vektor serta dapat membuat pilihan-pilihan terbaik dalam segala hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan sehingga bisa bertindak secara individual maupun kolektif.

c. Diterminan Peranserta Masyarakat.

Perilaku adalah merupakan aktivitas manusia yang mempunya rentang aktivitas yang sangat luas, hal ini sejalan dengan pendapat Notoatmodjo (2014) bahwa perilaku adalah merupakan tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan aktivitas yang sangat luas misalnya saja kegiatan berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah,

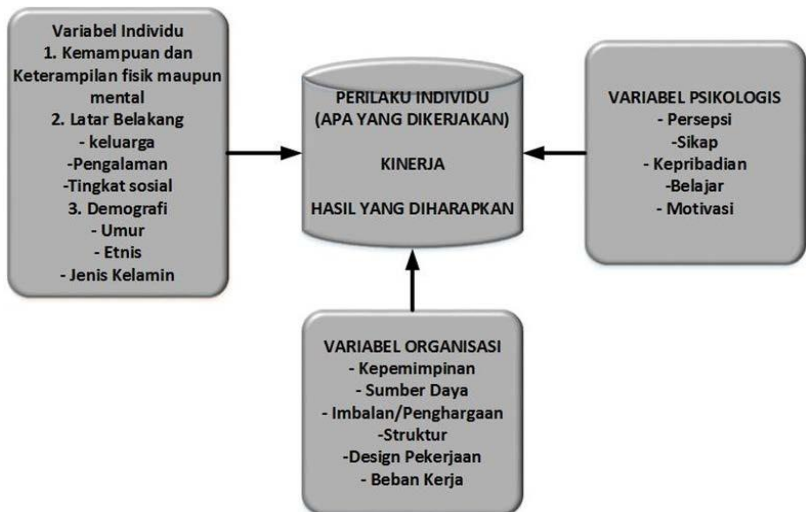
menulis, membaca, dan sebagainya.

Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah merupakan semua kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh manusia, baik yang dapat diamati secara langsung, maupun yang tidak dapat diamati secara langsung oleh pihak luar. Berkaitan dengan determinan peran serta masyarakat maka dapat disimpulkan bahwa peran serta masyarakat dipengaruhi oleh factor internal dan eksternal, dimana elemen-elemen partisipasi masyarakat adalah terdiri dari motivasi, komunikasi, kooperasi dan mobilisasi.

Metode yang dipakai dalam partisipasi terdiri dari pendekatan masyarakat, pengorganisasian masyarakat dan pembentukan tim, survei diri, perencanaan program, training/pelatihan, dan rencana evaluasi.

d. Kajian Teori Kinerja dari Gibson.

Teori kinerja dari Gibson yang dikembangkan dalam Ginting (2013). Dari sisi kinerja Gibson mengemukakan bahwa kinerja dipengaruhi oleh variabel individu, psikologis dan variabel organisasi, secara lebih jelasnya dapat digambarkan seperti berikut ini.



Gambar 2.1. Determinan Kinerja Sumber Daya Manusia Gibson dalam Ginting (2013)

e. Kajian Teori Dukungan dari Caplan.

Teori dukungan dari Caplan dalam Erwandi (2013) mengungkapkan bahwa keluarga memberikan dukungan yang berupa

dukungan informasional, dukungan penilaian,
dukungan instrumental dan dukungan
emosional.

DAFTAR PUSTAKA

Arikunto, Suharsimi, 2005. *Manajemen Penelitian Edisi Revisi* cetakan ketujuh, Jakarta.

Amrul, H., 2007. *Hubungan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dan Pencegahan gigitan Nyamuk Aedes aegypti dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kota Bandar Lampung*, Tesis, Jakarta: Universitas Indonesia.

Anton, S., 2008. *Hubungan Perilaku Tentang PSN dan Kebiasaan Keluarga Dengan Kejadian DBD di Kecamatan Medan Perjuangan Kota Medan*, Tesis, Semarang: Universitas Diponegoro.

Aryu Candra, 2010, *Demam Berdarah Dengue: Epidemiologi, Patogenesis, dan Faktor Risiko Penularan*. *Aspirator Vol. 2 No. 2 Tahun 2010* : 110–119.

Achmadi, U.F., 2012. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*, Edisi Revisi, Jakarta:Raja Grafindo Persada.

Arietha Novera Hutapea,dkk, 2013, *Gambaran Kinerja Kader Jumantik Dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Dbd Di Kecamatan Padang Hulu Kota Tebing Tinggi Tahun 2013*, FKM USU.2013.

Departemen Kesehatan RI, 1992, *Petunjuk Teknis Pengamatan Penyakit Demam Berdarah Dengue*, Dirjen P2M-PLP, Jakarta.

Departemen Kesehatan R.I., 1998. *Penemuan dan Tatalaksana Penderita Demam Berdarah Dengue*, Buku Paket B, Jakarta: Direktorat Jenderal PPM & PPL.

-----, 2003. *Kajian Masalah Kesehatan Demam Berdarah Dengue*, Badan Penelitian Pengembangan kesehatan, Jakarta: Ditjen PP&PL.

- ., 2005a. *Petunjuk Teknis Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah*, Buku 1, Jakarta: Ditjen PP&PL.
- ., 2005b. *Surveilans Epidemiologi Demam Berdarah Dengue*, Buku 2, Jakarta: Ditjen PP&PL.
- ., 2005c. *Pemberantasan Nyamuk Penular Demam Berdarah Dengue*, Buku 3, Jakarta: Ditjen PP&PL.
- ., 2005d. *Penyelidikan Epidemiologis Penanggulangan Fokus dan Penanggulangan Vektor pada Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue*, Buku 4, Jakarta: Ditjen PP&PL
- ., 2007. *Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) oleh Juru Pemantau Jentik (Jumantik)*, Jakarta: Ditjen PP&PL.

Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang, 2013.

Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan,

Kasus DBD di Kabupaten Tangerang.

Erdi Komara, 2012, *Kinerja Jumantik dan Program Pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kecamatan Tebet Tahun 2011*, Skripsi, FKM UI, 2012.

Florida Ina Tulit, dkk, 2016, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Peran Kader Jumantik Dalam Upaya Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Ambarawa Tahun 2016*, Artikel Program D-IV Kebidanan Stikes Ngudi Waluyo Ungaran 2016

Gibson, *Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses*, Jilid I Erlangga, Jakarta, 2000

Handoko, Hani T, *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*, Edisi 2, BPPE, Yogyakarta, 2000

Ida Siti Zubaedah, 2007, *Hubungan Faktor-Faktor Sumber Daya Manusia Terhadap Kinerja Petugas Pokja DBD Tingkat Kelurahan Di*

*Kota Tasikmalaya, Tesis, Universitas
Diponegoro Semarang.*

Indri Yuswandari, 2008, *Faktor-faktor yang mempengaruhi keaktifan Jumantik*, Tesis, FKM UNAIR 2008.

Indarwati, Haryanto Prayitno, 2016., *Analisa Faktor Kinerja Kader Jumantik Dalam Pemberantasan DBD Di Kelurahan Kadipiro Kota Surakarta*, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Surakarta, IJMS – Indonesian Journal On Medical Science – Volume 3 No 2 - Juli 2016.

Kusnendi, DR, MS, 2007 . *Model – model Persamaan Struktural Satu dan Multigroup sampel dengan LISREL*. Bandung: CV. Alfabeta

Kosasih H, Alisjahbana B, Nurhayati, de Mast Q, Rudiman IF, Widjaja S, et al. (2016) *The Epidemiology, Virology and Clinical Findings of Dengue Virus Infections in a Cohort of Indonesian Adults in Western*

Java. PLoS Negl Trop Dis 10 (2) :
e0004390.doi:10.1371/journal.pntd.0004
390.

KLB DBD, *Tangerang Kerahkan 880 Jumantik*

diakses pada

<https://metro.tempo.co/read/news/2016/02/06/083742>

[760/klb-dbd-tangerang-kerahkan-880-jumantik](#)

Sabtu, 06 Februari 2016 | 10:00 WIB diakses

pada hari selasa, 23 mei 2016

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011,
*Modul Pengendalian Demam Berdarah
Dengue*, Direktorat Jenderal Pengendalian
Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan 2011

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012,
*Petunjuk Teknis Pemberantasan Sarang
Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN
DBD) oleh Juru Pemantau Jentik
(Jumantik)*, Direktorat Jenderal
Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan
Lingkungan, Direktorat Pengendalian

Penyakit Bersumber Binatang 2012.

Malaptha Ginting, 2013, *Analisis Determinan Kinerja Petugas Surveilans Demam Berdarah Dengue Di Kota Pematang Siantar Tahun 2013*, Tesis, Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara Medan 2013.

Moleong, J., Lexy, 2011, ***Metodologi Penelitian Kualitatif***, Remaja Rosda Karya, Bandung.

Notoatmodjo, S., 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Cetakan II, Jakarta: Rineka Cipta.

_____, 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.

_____, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.

Nonce N. Legi, Dkk, 2015, *Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Kader Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru*. GIZIDO Volume 7 No. 2

November 2015.

Ni Putu Desi Ary Sandhi, Dkk, 2014 *Pengaruh Faktor Motivasi Terhadap Kinerja Juru Pemantau Jentik Dalam Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk Di Kecamatan Denpasar Selatan Tahun 2013*, Halaman 120 - 132 *Community Health VOLUME II* □ No 1 Januari 2014

Pambudi, 2009, *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Partisipasi Kader Jumantik Dalam Pemberantasan Dbd Di Desa Ketitang Kecamatan Nogosari Kabupaten Boyolali Tahun 2009*, Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta 2009.

Rumanti, S., 2008. *Determinan Tindakan Masyarakat Dalam Pemberantasan Malaria di Kecamatan Tanjung Balai Kabupaten Asahan*, Tesis, Medan : Universitas Sumatera Utara.

- Singarimbun, M. *Metode Penelitian Survei*.
LP3ES.Jakarta,1989
- Sugiyono, 2015, *Statistik Nonparametris untuk Penelitian*,Alfabeta Bandung,2015
- _____,2005. *Statistika Untuk Penelitian*.
Bandung: CV. Alfabeta
- Sandjojo,Nidjo,DR,M.Sc.,2011 *Metode Analisis Jalur (Path Anaysis) dan Aplikasinya*,Pustaka Sinar Harapan Jakarta.
- Sandhi, NP & Martini, NK. 2014. Pengaruh faktor motivasi terhadap kinerja juru pementau jentik dalam pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk di Kecamatan Denpasar Selatan tahun 2013. Artikel Penelitian Comunity Health. Vol. 2 No. 1.
- Wuryanto, 2010, *Hubungan lingkungan kerja dan karakteristik individu dengan kepuasan kerja perawat di Rumah Sakait Umum Daerah Tugurejo Semarang. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia*

Wage Nurmaulina dan Dyah Wulan Sumekar,2016,
Upaya Pengendalian Vektor Demam Berdarah Dengue, Aedes aegypti L. Menggunakan Bioinsektisida. Majority | Volume5|Nomor2|April 2016.

Yuniati., 2012. *Pengaruh Sanitasi Lingkungan Pemukiman terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Daerah Aliran Sungai Deli Kota Medan*,Tesis S2, Medan: Universitas Sumatera Utara.

