



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang dan Identifikasi Masalah

Demam berdarah *dengue* (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *Dengue* dan ditularkan melalui nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Penyakit ini masih menjadi masalah di Indonesia karena angka kesakitan dan kematian setiap tahunnya cukup tinggi terutama pada musim penghujan. Berdasarkan laporan Departemen Kesehatan pada tahun 2005 DBD telah ditemukan di 330 kabupaten di Indonesia (75,0% dari seluruh kabupaten di Indonesia), pada 95.279 jiwa dengan angka kematian 1,4% dan *incidence rate* adalah 43,42/100.000 penduduk. Tahun 2007 telah terjadi kasus DBD sebanyak 139.695 kasus dengan 1.397 orang meninggal di seluruh Indonesia dan kurang lebih 10% dari pasien DBD meninggal dunia (Depkes RI, 2005)

Secara umum 2,5 sampai 3 milyar orang berisiko terserang penyakit DBD dan dapat terjadi pada semua golongan umur. Jumlah kasus diperkirakan 50 sampai 100 juta per tahun, dan 90,0% menyerang anak-anak di bawah 15 tahun dengan rata-rata *Case Fatality Rate* (CFR) mencapai 5,0%. Secara epidemiologi DBD bersifat siklis, yaitu terulang pada jangka waktu tertentu (Depkes RI, 2007).

Semakin meningkatnya jumlah kasus DBD tiap tahun memberikan dampak yang cukup besar terhadap produktivitas masyarakat dan semakin meningkatnya anggaran kesehatan yang dibutuhkan untuk penanggulangan penyakit DBD. Mengatasi permasalahan tersebut maka Departemen Kesehatan

mencanangkan suatu program yaitu Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (P2DBD). Program P2DBD sudah dilakukan sejak tahun 1992 dengan adanya SK Menkes No 581 tahun 1992 tentang pemberantasan penyakit DBD dan keputusan Dirjen P2M dan PLP No. 914 tahun 1992 tentang petunjuk teknis P2DBD. Berbagai upaya pemberantasan penyakit DBD telah dilakukan seperti Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan melakukan Bulan Bakti Gerakan 3M, penyelidikan epidemiologi, pengamatan vektor dengan Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) oleh jumentik, pemberantasan kasus dengan fogging fokus dan larvasida selektif (Depkes RI, 2006). Namun upaya-upaya tersebut masih dianggap belum berhasil dalam menekan jumlah kasus DBD yang setiap tahun terus mengalami peningkatan.

Kebijakan Program P2DBD menetapkan angka insiden kasus DBD sebesar 20/100.000 penduduk di daerah endemis dan angka kematian DBD <1,0%. Keberhasilan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) diukur dengan Angka Bebas Jentik (ABJ), apabila ABJ lebih atau sama dengan 95,0% diharapkan penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi (Depkes RI, 2004).

Pencapaian target indikator program P2DBD secara nasional selama tahun 2007-2008, masih belum terpenuhi. Angka Bebas Jentik tahun 2007-2008 belum berhasil mencapai target (>95,0%), begitu pula dengan persentase kejadian DBD yang ditangani sesuai standar, belum mencapai target (80,0%). Indikator pencapaian program P2DBD secara nasional tahun 2007-2008 dapat dilihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1. Indikator Program P2DBD dan Pencapaian Target Tahun 2007-2008

Indikator	2007		2008	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase rumah/bangunan bebas jentik (%)	>95,0	84,0	>95,0	82,6
Persentase kejadian DBD ditangani sesuai standar (%)	80,0	50,0	80,0	-
Angka kesakitan DBD (per 100.000 penduduk)	<20,0	71,8	<20,0	60,1
Angka kematian DBD (%)	<1,0	1,0	<1,0	0,9

Sumber Profil Kesehatan Indonesia, 2008

Peningkatan kasus dan KLB DBD dipengaruhi oleh mobilitas penduduk dan arus urbanisasi yang tidak terkendali, kurangnya peran serta masyarakat dalam pengendalian DBD, kurangnya jumlah dan kualitas SDM pengelola program DBD di setiap jenjang administrasi, kurangnya kerjasama serta komitmen lintas program dan lintas sektor dalam pengendalian DBD, sistem pelaporan dan penanggulangan DBD yang terlambat dan tidak sesuai dengan *Standart Operation Prosedure* (SOP), perubahan iklim yang cenderung menambah jumlah habitat vektor DBD, infrastruktur penyediaan air bersih yang memadai serta letak geografis Indonesia di daerah tropik, mendukung perkembangbiakan vektor dan pertumbuhan virus (Depkes RI, 2007).

Hasil Kajian Kebijakan P2DBD oleh Pusat Kejadian Pembangunan Kesehatan Depkes RI (2006) di 6 (enam) propinsi terpilih (Sumatera Utara, Sumatera Barat, Jambi, Jawa Timur, Bali dan Kalimantan Timur) menunjukkan sebagian responden menyatakan bahwa kebijakan pusat tidak konsisten dengan pelaksanaan kebijakan seperti kebijakan pusat tentang beralih fokusnya *fogging* menjadi PSN dalam bantuan anggaran pendanaan. Pendanaan lebih banyak diperuntukkan bagi kegiatan *fogging* dari pada PSN serta lebih kecilnya anggaran

promotif dan preventif dibandingkan dengan anggaran kuratif. Dukungan sumber daya manusia secara kuantitas dan kualitas juga dirasakan masih kurang, terutama SDM di puskesmas, karena di puskesmas terjadi kelebihan beban kerja dan minimnya pengetahuan. Tenaga pembina kader Jumantik secara kontinyu juga dirasakan masih kurang. Sarana penyuluhan dan kendaraan operasional untuk pemberantasan penyakit menular di puskesmas juga tidak memadai (Arum, dkk, 2006).

Hasil penelitian Sustini (2006), menemukan bahwa program pemberantasan (P2DBD) di Surabaya tidak berhasil karena pelaksanaan P2DBD di Surabaya tidak sesuai dengan pedoman P2DBD yang ada dari WHO dan Departemen Kesehatan RI. *Fogging* baru dilakukan jika masyarakat sudah panik karena ada korban yang meninggal. Demikian pula kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) yang merupakan kegiatan andalan untuk memberantas nyamuk belum terlaksana dengan baik, yang terlihat dari Angka Bebas Jentik (ABJ) tahun 2005 sebesar 81,0% (masih kurang dibandingkan dengan target ABJ > 95,0%) dan ditunjang oleh kegiatan penyuluhan.

Pelaksanaan kegiatan pemeriksaan jentik berkala (PJB) merupakan bagian dari survailans penanggulangan dan pencegahan penyakit demam berdarah dengue (DBD) belum optimal hasilnya..

Kalimantan Selatan merupakan salah satu tempat penyebaran penyakit DBD yang terjadi di 13 (tiga belas) kota/kabupaten. Jumlah kasus DBD yang terjadi di Kalimantan Selatan selama tahun 2006 adalah sebanyak 485 kasus dengan peningkatan insidensi dari 9,3 per 100.000 penduduk pada tahun 2005

menjadi 14,7 per 100.000 penduduk tahun 2006. Angka *Insident Rate* di Kalimantan Selatan pada tahun 2007 sebesar 35,6/100.000 penduduk dengan CFR=1,2%, tahun 2008 sebesar 14,4/100.000 penduduk dengan CFR=1,7%, dan tahun 2009 (periode Januari-September) sebesar 11,3/100.000, dengan CFR=1,9%.

Tabel 1.2. Data Kasus Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Per Kabupaten/Kota di Propinsi Kalimantan Selatan 2010

No	Kabupaten/Kota	Total			
		Kasus (orang)	Kematian (orang)	IR/100.000 penduduk	CFR (%)
1.	Banjarmasin	53	5	9,1	9,4
2.	Banjarbaru	190	5	120,7	2,6
3.	Banjar	95	1	15,2	1,1
4.	Barito Kuala	37	0	34,4	-
5.	Balangan	56	2	17,7	3,6
6.	H. S. Selatan	39	3	15,2	7,7
7.	H. S. Tengah	73	3	30,4	4,1
8.	H. S. Utara	140	5	32,2	3,6
9.	Kotabaru	13	0	7,7	-
10.	Tapin	40	2	16,6	5,0
11.	Tanah Laut	237	4	95,0	1,7
12.	Tabalong	82	2	47,1	2,4
13.	Tanah Bumbu	49	1	20,3	2,0

Sumber : Laporan Tahunan Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Dinas kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, 2010

Berdasarkan tabel diatas maka angka IR dan CFR di Kota Banjarbaru dan Kabupaten Banjar masih di atas standar Nasional yaitu IR < 20/100.000 penduduk dan CFR <1,0%.

1.2. Kajian Masalah

Banyak wilayah di Indonesia yang merupakan wilayah endemik DBD di mana kasus DBD yang berulang-ulang setiap tahun, salah satunya kasus tertinggi

terjadi di antaranya di Kalimantan Selatan yaitu Kota Banjarbaru dan Kabupaten Banjar. Kota Banjarbaru tahun 2010 mempunyai IR sebesar 120,7/100.000 dan CFR=2,6%, sedangkan di Kabupaten Banjar mempunyai IR sebesar 15,2/100.000 dan CFR= 1,1%. Wilayah Kota Banjarbaru pada tahun 2010 di Puskesmas Banjarbaru Utara yaitu sebanyak 44 orang penderita dan Angka Bebas Jentik (ABJ) sebesar 94,0% dan jumlah kasus di wilayah Puskesmas Liang Anggang dengan dengan jumlah kasus sebanyak 26 orang penderita dan ABJ sebesar 92,7%. Wilayah Kabupaten Banjar dengan kasus terbesar tahun 2010 di Puskesmas Martapura dengan jumlah kasus sebanyak 38 penderita dan Angka Bebas Jentik sebesar 86,8%. Jumlah kasus terendah di wilayah Puskesmas Astambul dengan jumlah kasus 0 dan Angka Bebas Jentik sebesar 100,0%. (Yustansyah, 2009).

Berdasarkan data kasus tersebut maka target Standart Pelayanan Minimal (SPM) penyakit demam Berdarah Dengue di Kalimantan Selatan khususnya di Kota Banjarbaru dan beberapa wilayah di Kabupaten Banjar untuk indikator IR dan CFR masih belum sesuai dengan standar nasional.

Tabel 1.3. Jumlah Penderita DBD Kota Banjarbaru Tahun 2007-September 2010

Tahun	Jlh Penderita (orang)	<i>Insident Rate</i> (IR/100.000 pddk)	Jlh Kematian (orang)	<i>Case Fatality Rate</i> (%)
2007	83	52,8	3	3,6
2008	85	51,3	0	0
2009	136	81,1	7	5,1
2010	190	120,7	5	2,6

Sumber : Dinkes Kota Banjarbaru, 2010

Tabel 1.4. Data Kasus dan Kematian akibat DBD di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru

Nama Puskesmas	Tahun 2009			Tahun 2010
	Kasus (orang)	Kematian (orang)	ABJ (%)	ABJ (%)
Cempaka	9	0	86,0	88,2
Banjarbaru Selatan	15	0	94,7	91,7
Banjarbaru Utara	36	2	63,2	94,0
Sei Besar	18	0	87,5	86,5
Guntung Payung	46	5	94,2	93,5
Landasan Ulin	8	0	98,0	94,5
Liang Anggang	4	0	90,9	92,7

Sumber : Profil Kesehatan Kota Banjarbaru, 2010

Tabel 1.5. Data Kasus Akibat DBD di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar Tahun 2010

Nama Puskesmas	Kasus (orang)
Martapura	38
Pasayangan	23
Kertak Hanyar	12
Dalam pagar	10
Sungai lulut	7
Gambut	4
Pengaron	2
Bawahan Selan	2
Aluh-Aluh	1
Tatah PL	1
Sungai Tabuk	1
Sambung makmur	1
Jambu Burung	0
Lak Baintan	0
Sungai rangas	0
Astambul	0
Karang Intan	0
Sungai Alang	0
Aranio	0
Sungai Pinang	0
Paramasan	0
Simpang Empat	0
Sungkai	0

Sumber : Laporan tahunan Bidang pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan, Dinas kesehatan Kabupaten Banjar 2010

Setiap tahun dalam pelaksanaan kegiatan pemberantasan jentik berkala (PJB) selalu dibuat perencanaan (POA= *Planning of action*) dan evaluasi pelaksanaannya, namun pencapaian kegiatan masih di bawah target. Upaya pemberantasan vektor DBD di Provinsi Kalimantan Selatan belum juga berhasil menurunkan tingginya angka kesakitan penyakit DBD.

Berbagai upaya sudah dilakukan untuk meminimalisir wabah DBD di Kalimantan Selatan seperti penyemprotan (*fogging*), pendistribusian bubuk abate dan sosialisasi 3M Plus, bahkan meningkatkan kegiatan *fogging* pada pemberantasan sarang nyamuk sebelum masa penularan (SMP). Sasaran *fogging* SMP adalah daerah endemis (rawan berkembangbiaknya nyamuk *Aedes aegypti*) di Kalimantan Selatan yaitu Banjarmasin, Banjarbaru, Hulu Sungai Selatan, Kabupaten Banjar, Hulu Sungai Utara dan Tanah Laut. Program *fogging* SMP tersebut melibatkan kelompok masyarakat, pondok pesantren serta ketua RT dan RW setempat (Adhani, 2009).

Upaya yang dilakukan untuk pencegahan demam berdarah masih bersifat reaktif. Sampai saat ini belum terlihat adanya gerakan bersama untuk pencegahan demam berdarah melalui media maupun tingkat komunitas dan sistem deteksi dini juga belum berjalan. Upaya promosi kesehatan di Indonesia seharusnya tidak bersifat musiman dan harus melibatkan semua sektor, baik pemerintahan maupun swasta (Thabrany, 2008).

Pengembangan manajemen penanggulangan sangat diperlukan sebagai dasar pencegahan DBD. Pengembangan manajemen penanggulangan

menitikberatkan pada pencegahan DBD sedini mungkin sebelum orang menjadi sakit.

Berdasarkan gambaran kajian di atas, maka dilakukan evaluasi Pelaksanaan program pengendalian vektor DBD meliputi pemeriksaan jentik berkala (PJB), pemberantasan sarang nyamuk dan penyuluhan sebagai proses membandingkan antara hasil yang diperoleh dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya, sehingga diharapkan evaluasi ini dapat memperbaiki kebijaksanaan pelaksanaan program untuk mengarah pada pengelolaan input (tenaga, biaya, sarana), proses (perencanaan, pelaksanaan, evaluasi) dan output (hasil pencapaian program) dan perencanaan program di masa yang akan datang.

1.3. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas dapat dirumuskan masalah penelitian ini yaitu Bagaimanakah evaluasi pelaksanaan pengendalian vektor Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di daerah endemis di Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2010 (studi kasus di Kota Banjarbaru dan Kabupaten Banjar)?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Menganalisis hasil pelaksanaan evaluasi pengendalian vektor Demam Berdarah *Dengue* di daerah endemis di provinsi Kalimantan Selatan tahun 2010 (studi kasus di Kota Banjarbaru dan Kabupaten Banjar).

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Menganalisis gambaran input pelaksanaan evaluasi pengendalian vektor DBD meliputi ketersediaan tenaga, pendanaan, sarana, petunjuk teknis dan petunjuk pelaksanaan dalam pelaksanaan program PJB, PSN dan penyuluhan di puskesmas Kota Banjarbaru dan Kabupaten Banjar tahun 2010.
2. Menganalisis gambaran proses pelaksanaan evaluasi pengendalian vektor DBD meliputi perencanaan, pelaksanaan, supervisi dan evaluasi dalam pelaksanaan program PJB, PSN dan penyuluhan di puskesmas Kota Banjarbaru dan Kabupaten Banjar tahun 2010.
3. Menganalisis output pelaksanaan evaluasi program pengendalian vektor DBD yaitu cakupan ABJ, cakupan PSN dan cakupan penyuluhan di puskesmas Kota Banjarbaru dan Kabupaten Banjar tahun 2010.

1.5. Manfaat Penelitian

1. Memberi masukan bagi pengelola program pemberantasan vektor DBD mengenai pemeriksaan jentik berkala, pemberantasan sarang nyamuk dan penyuluhan dalam rangka menurunkan angka kejadian DBD di Kota Banjarbaru dan Kabupaten Banjar.
2. Bagi peneliti sendiri merupakan pengalaman penelitian sehingga dapat dipergunakan untuk mengembangkan kemampuan dan kemajuan profesi
3. Hasil penelitian ini dapat dipergunakan sebagai dasar untuk melakukan penelitian lebih lanjut sehingga bermanfaat bagi ilmu pengetahuan

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA