

RINGKASAN

MODEL PENANGGULANGAN INTENSIF DEMAM BERDARAH DENGUE
DI SURABAYA

(Florentina Sustini, Susilowati Andajani, Atika, 2006. 44 Halaman)

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus dengue, yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes*. Surabaya termasuk daerah endemis tinggi DBD dengan incidence rate lebih dari 30 / 100.000 penduduk. Sejak tahun 2000 di setiap tahun terjadi kejadian luar biasa (KLB) DBD. Hal tersebut menunjukkan bahwa program pemberantasan (P2) DBD di Surabaya tidak berhasil. Keadaan tersebut disebabkan karena pelaksanaan P2.DBDD di Surabaya tidak sesuai dengan pedoman P2.DBDD 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% (masih kurang dibandingkan dengan target ABJ > 95%).

Tujuan umum penelitian adalah menyusun Model Hipotetik Penanggulangan Demam Berdarah Dengue di Surabaya. Tujuan khususnya 1) Mengidentifikasi kesenjangan antara pedoman P2 DBD dari WHO, Depkes RI dan pelaksanaan P2 DBD di Surabaya berdasar input dan proses, 2) Mengidentifikasi pengetahuan dan praktek masyarakat tentang P2 DBD di Surabaya, 3) Menyusun model hipotetik yang intensif untuk penanggulangan DBD di Surabaya yang sesuai dengan keadaan masyarakat dan lingkungan di Surabaya. Manfaat penelitian bagi instansi kesehatan memberi masukan untuk menyusun kebijakan dalam penanggulangan DBD di Surabaya.

Metode penelitian menggunakan desain penelitian deskriptif baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Penelitian kualitatif dengan metode *Indepth Interview* Populasi penelitian kuantitatif penderita/ keluarga penderita DBD, tetangga penderita DBD, dan Anak sekolah, untuk penelitian kualitatif tokoh masyarakat dan Pejabat Dinas Kesehatan. Sampel penelitian kuantitatif 1) penderita/keluarga penderita 5 orang x 4 wilayah = 20 orang + lingkungannya, 2) keluarga bukan penderita 5 orang x 4 wilayah = 20 orang + lingkungannya, 3) anak sekolah TK, SD, SMP, SMU = 2 orang x

4 kelompok = 8 orang, 4) Lingkungan TTU = tempat ibadah, pasar tradisional, sekolah = 11. Sampel penelitian kualitatif: PKK 3 orang x 4 wilayah = 12 orang dan Pejabat Dinas Kesehatan 2 orang. Besar sampel keseluruhan: 62 orang + 51 tempat untuk pemeriksaan jentik nyamuk. Sampel dipilih secara purposive.

Variabel yang diteliti 1) Input, 2) Proses, dan 3) Persepsi tokoh masyarakat dan pejabat Dinas Kesehatan tentang pelaksanaan P2 DBD

Variabel Input terdiri dari (1) Perilaku masyarakat terutama adalah pengetahuan dan praktek masyarakat berkaitan dengan penanggulangan DBD, (2) Sumber daya manusia terutama adalah jenis dan jumlah petugas kesehatan yang langsung menangani penanggulangan DBD, (3) Sarana penanggulangan DBD termasuk pedoman penanggulangan DBD dan sarana pemberantasan nyamuk (kebijakan, peralatan, biaya), (4) Kondisi Lingkungan biologis yaitu adanya nyamuk Aedes dan lingkungan fisik yaitu adanya penampungan (container) air untuk sarang nyamuk, (5) Kondisi lingkungan sosial budaya termasuk adanya dukungan politik dan kader kesehatan, Bumantik (ibu pemantau jentik), Wamantik (Siswa pemantau jentik).

Variabel Proses terdiri dari (1) Pencarian penderita termasuk kategori baik, (2) penanggulangan focus termasuk kategori sedang; (3) Penyelidikan epidemiologi termasuk kategori sedang, (4) Fogging focus termasuk kategori sedang; (5) Fogging masal yang terencana termasuk kategori kurang, (6) Abatisasi selektif termasuk kategori baik 1; (7) PSN termasuk kategori kurang; (8) Penyuluhan melalui filter TV, spot radio, slide bioskop termasuk kategori baik (9) Survei dasar untuk sosial marketing termasuk kategori sedang (10) Ceramah klinik; Poster, leaflet, dll termasuk kategori baik, (11) Survei penilaian Program Pemberantasan DBD

Cara pengumpulan data penelitian kuantitatif dengan *desk review* data yang sudah ada, wawancara menggunakan kuesioner, dan observasi adanya jentik nyamuk. Data kualitatif dikumpulkan dengan cara wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara mendalam. Cara Analisis data secara deskriptif

Hasil penelitian Input dan kategorinya terdiri dari (1) Perilaku masyarakat terutama adalah pengetahuan dan praktek masyarakat berkaitan dengan penanggulangan DBD termasuk kategori sedang, sumber informasi tentang DBD yang paling banyak diakses masyarakat adalah Televisi, (2) Sumber daya manusia terutama adalah jenis dan jumlah petugas kesehatan yang langsung menangani penanggulangan DBD termasuk kategori sedang, (3) Sarana penanggulangan DBD serta adanya pedoman

penanggulangan DBD dan sarana pemberantasan nyamuk (kebijakan, peralatan, biaya) termasuk kategori baik, (4) Kondisi Lingkungan biologis yaitu adanya nyamuk *Aedes* dan lingkungan fisik yaitu adanya penampungan (container) air untuk sarang nyamuk termasuk kategori sedang 1 (5) Kondisi lingkungan sosial budaya termasuk adanya dukungan politik dan kader kesehatan, Bumantik (ibu pemantau jentik), Wamantik (Siswa pemantau jentik), termasuk kategori baik. Total skor dari input dalam penanggulangan DBD di Surabaya sebesar 70% dari nilai ideal berarti termasuk dalam kategori sedang.

Hasil Proses Penanggulangan DBD yaitu (1) Pencarian penderita termasuk kategori baik, (2) penanggulangan focus termasuk kategori sedang; (3) Penyelidikan epidemiologi termasuk kategori sedang, (4) Fogging focus termasuk kategori sedang; (5) Fogging masal yang terencana termasuk kategori kurang, (6) Abatisasi selektif termasuk kategori baik 1; (7) PSN termasuk kategori kurang; (8) Penyuluhan melalui filter TV, spot radio, slide bioskop termasuk kategori baik (9) Survei dasar untuk sosial marketing termasuk kategori sedang (10) Ceramah klinik; Poster, leaflet, dll termasuk kategori baik, (11) Survei penilaian Program Pemberantasan DBD termasuk kategori kurang. Total skor dari proses dalam penanggulangan DBD di Surabaya sebesar 47.62% dari nilai ideal berarti termasuk dalam kategori kurang.

Persepsi tokoh masyarakat (PKK dan pejabat Dinkes) tentang pelaksanaan P2 DBD di Surabaya selama ini masih perlu ditingkatkan berdasar fakta bahwa kejadian DBD cenderung meningkat. Diakui bahwa penanggulangan /program pemberantasan DBD masih belum dilaksanakan sepenuhnya secara sempurna. Peran tokoh masyarakat yang formal sudah mendukung program ini, tetapi seringkali kurang koordinasi dengan berbagai pihak yang potensial membantu. Misalnya kerjasama dengan PKK, Diknas, Pemerintah Kota, pihak swasta, dan lainnya. Pemerintah daerah sudah memberikan Dukungan politis untuk meningkatkan kegiatan Penanggulangan DBD. Peran serta masyarakat juga sudah nampak dalam berbagai kegiatan PSN. Akan tetapi dengan adanya ABJ yang masih rendah masih perlu digiatkan lagi.

Kesimpulan penelitian 1) Terdapat kesenjangan antara pedoman P2 DBD dari WHO, Depkes RI dan pelaksanaan P2 DBD di Surabaya berdasar input dan proses terutama dalam hal perencanaan, kelancaran pelaporan kasus, kerjasama dengan instansi lain baik pemerintah maupun swasta termasuk masyarakat dan LSM, 2) Pengetahuan dan praktek masyarakat tentang P2 DBD di Surabaya dalam kategori sedang, 3). Model

hipotetik penanggulangan DBD di Surabaya disusun secara prioritas pada proses meliputi kegiatan (1) Fogging masal terencana, (2) Pemberantasan Sarang Nyamuk, (3) Survei penilaian Program Pemberantasan DBD, (4) Penyelidikan epidemiolog, (5) Fogging fokus, (6) Abatisasi selektif, (7) Survei dasar untuk sosial marketing, (8) Pencarian penderita dan penanggulangan fokus, (9) Penyuluhan melalui filter TV, spot radio, slide bioskop, (10) Ceramah klinik; Poster, leaflet, dll, Sedangkan pada input berturut-turut prioritasnya adalah (1) Perilaku masyarakat, (2) Sumber daya manusia, (3) Kondisi Lingkungan biologis, (4) Sarana penanggulangan DBD, dan (5) Kondisi lingkungan sosial budaya

Saran yang diajukan adalah 1) Perlu penataan ulang perencanaan kegiatan penanggulangan DBD di Surabaya yang melibatkan para *stakeholder*. Sebaiknya dilakukan lokakarya khusus untuk membahas masalah perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kegiatan penanggulangan DBD tersebut, 2) Perlu peningkatan kegiatan pendidikan kesehatan tentang Penanggulangan DBD dengan menggunakan berbagai media, 3) Perlu Pilot Projek untuk menerapkan Model yang diusulkan sebelum diterapkan di wilayah yang lebih luas.

SUMMARY

INTENSIF CONTROL MODEL OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN SURABAYA MUNICIPALITY

Department of Public Health – Preventive Medicine, Faculty of Medicine,
Airlangga University.

Dengue hemorrhagic fever (DHF) is an acute infectious disease, that is caused by dengue virus, transmitted by *Aedes Spp.* Surabaya is high endemic area of DHF with incidence rate more than 30/100.000 population. Since year of 2000, the incidence rate of DHF had been increased with outbreak in the beginning of rainy season. That was indicate the lack of DHF control program action.

The general objective of this study was constructing a hipotethic intensive model to combat DHF in Surabaya. The specific objectives were 1) To identify the gap of Action control program on DHF in Surabaya was compared with DHF Control Guidance from Indonesian Ministry of Health and Worlds Health Organization, especially in Input and process, 2) To identify the knowledge and practice of community on DHF control program in Surabaya, 3) To construct a hypothetic intensive model to combat the DHF according the community and environment in Surabaya. The useful of this study result is giving information for health policy maker to combat of DHF in Surabaya.

The method of this study was an observational descriptive by quantitative and qualitative study. The quantitative study was an in-depth interview. The samples of quantitative study were patients or their family (20 persons and 20 environment mosquito's breeding places), neighborhoods (20 persons and 20 environment mosquito's breeding places), and students of kindergarten, elementary, junior and senior high school (8 persons), and 11 Environment of public facilities. The samples of qualitative studies were PKK (12 persons), staff of municipality health office (2 persons). Total samples were 52 persons and 51 Environment of public facilities. The samples were selected purposively. The variables of this study were 1) Input, 2). Process, and 3) Perception of community leaders and Staff of Municipalities Health Office about DHF control program's activities.

The input variable consists of (1) Community behavior especially knowledge and practice related with DHF control activities, (2) Human resources, who responsible the

DHF control program directly, (3) Resources of DHF control program including the DHF Control Guidance, and the equipment, (4) Biologic environment such as mosquito Aedes species, physical environment such as water container for mosquito's breeding places, (5) Socio-culture environment, including political will, health cadres, women monitor of mosquito's larva, and elementary students monitor of mosquito's larva.

The process variable consists of (1) Case detection, (2) focus control; (3) Epidemiologic survey, (4) Fogging focus; (5) Planned mass fogging (6) Selective Abatization; (7) Control of mosquito's breeding places; (8) Health education with TV filter, radio spot, movie's slide (9) Basic survey for social marketing, (10) Clinical education, poster, and leaflet, (11) Evaluation survey of DHF control program.

The quantitative data were collected by desk review, interview with questioner, and observation of Aedes' larva. The quantitative data was collected by in-depth interview. Data was analyzed descriptively.

The study result of the study in input variables (1) Community behavior was moderate category, the most respondents got information resources about DHF from Television, (2) Human resources was moderate category, (3) Resources of DHF control program was good category, (4) Biologic environment such as mosquito Aedes species, physical environment such as water container for mosquito's breeding places were moderate categories (5) Socio-culture environment, including political will, health cadres, women monitor of mosquito's larva, and elementary students monitor of mosquito's larva were good categories. Total score of input on DFH control program activities in Surabaya was 70% standard or it was moderate category.

The study result in Process variables (1) Case detection was good category, (2) focus control was moderate category; (3) Epidemiologic survey was moderate category, (4) Fogging focus was moderate category; (5) Planned mass fogging was poor category (6) Selective Abatisation was good category; (7) Control of mosquito's breeding places was poor category; (8) Health education with TV filter, radio spot, movie's slide were good categories (9) Basic survey for social marketing was moderate category, (10) Clinical education, poster, and leaflet were good category, (11) Evaluation survey of DHF control program was poor category. Total score of process on DHF control in Surabaya was 47.62% standard or it was poor category.

Community perception about DHF control activities in Surabaya: according to the evidence that trend of DHF incidence was increase, they said the DHF control

activities was needed to increase. They thought that DHF control program has not done ideally yet. The role of formal community leaders have supported the program, but frequently lack of coordinated with other stakeholders. The local government has given political will to increase the activities of DHF control. Community participation has been existing in many activities on control of mosquito's breeding places. The lower of free larva index has been indicating that the activities on control of mosquito's breeding places still needed more increase.

Conclusion, 1) there was a gap of the activities of DHF control in Surabaya with the guidance from WHO and Indonesian Ministry of Health, 2) the community knowledge and practice on DHF control in Surabaya was moderate category, 3). Hypothetic model on DHF control in Surabaya was structured in process priorities (1) Planned mass fogging, (2) Control of mosquito's breeding places, (3) Evaluation survey of DHF control program, (4) Epidemiologic survey, (5) Fogging focus, (6) Selective Abatisation, (7) Basic survey for social marketing, (8) Case detection and focus control, (9) Health education with TV filter, radio spot, movie's slide, (10) Clinical education, poster, and leaflet. And the input priorities were (1) Community behavior, (2) Human resources, (3) Biologic environment, (4) Resources of DHF control program, (5) Socio-culture environment. Suggestion 1) Needed re-planning activities to control of DHF that involved the stakeholders (Needed the special workshop to discuss about planning, actuating and evaluation of DHF Control activities) 2) Needed increasing the health education activities with many mass media. 3) Needed Pilot Project to apply this hypothetic model before it will be applied in the wider area.