Upaya Penurunan Insiden Demam Berdarah Dengue dengan Peningkatan Pengetahuan Warga dan Peningkatan Angka Bebas Jentik (ABJ) di RT 03/ RW 06, Desa L, Kecamatan Legok, Provinsi Banten Periode 28 September 2014 – 13 November 2014

oleh:
Tom Surjadi[1], Erni Hermijanti[1], Sari Mariyati Dewi[1], Reza Adrian[1], Adinda Nourmalyta[1], Angelia[1]

ASTRACT

Reducing the incidence of Dengue Hemorrhagic Fever by education and increasing area free of mosquito larva in RT 03/ RW 06, Village L, Kecamatan Legok, Banten Province, 28 September 2014 – 13 November 2014

In 2012, there were 12 new cases of Dengue Hemorrhagic fever in Puskesmas L, but in 2013 it increased to be 31 new cases. The most increasing number is in Village L which is from zero case became 13 new cases in 2013. Based on percentage area free of mosquito larva in Village L at 20 June 2014, the lowest in RT 03/RW 06 which is 40 %, while the average percentage area free of mosquito larva in Village L is 62,3% and the target is 96%. Reducing the incidence of DHF, Community Diagnosis was defined with Blum Paradigmapproach and Fishbone diagram were used to look for the etiology. Setting priority with Non-scoring Delbeque methode and searching the alternative wayout with Fishbone Diagram. Defining interventionswere Logframe Goals, Planning of Action (POA) and success indicator, systematically ordered. It is concluded that the etiology of this study is lack of the knowledge about DHF and its prevention, so the solutions are by giving education; doing the program called "Saturday Cleaning" or Sabtu bersih (SABSIH), cleaning the place where the mosquito breed (PSN-DBD). Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle was used for monitoring. The results are 70 % have good knowledge and 70 % area free of mosquito larva. It is suggestedto continue the program "Saturday Cleaning" or Sabtu bersih and clean the place where the mosquito breed.

Keywords: Saturday Cleaning, Area free of mosquito larva

ABSTRAK

Upaya Penurunan Insiden Demam Berdarah Dengue dengan Peningkatan Pengetahuan Warga dan Peningkatan Angka Bebas Jentik (ABJ) di RT 03/ RW 06, Desa L, Kecamatan Legok, Propinsi Banten Periode 28 September 2014 – 13 November 2014

Pada tahun 2012, tercatat ada 12 kasus baru DBD di Puskesmas L. Pada tahun 2013 terjadi kenaikan insiden menjadi 31 kasus baru dengan kenaikan terbanyak pada Desa L, dari yang tidak ada insiden DBD pada tahun 2012, menjadi 13 kasus baru pada tahun 2013. Berdasarkan perhitungan Angka Bebas Jentik (ABJ) Desa L pada tanggal 20 Juni 2014, ABJ terendah didapatkan pada RT 03/RW 06 sebanyak 40%. Jumlah persentase rata-rata ABJ Desa L adalah 62,3% (dengan target ABJ 96%). Diagnosis komunitas dilakukan dengan pendekatan paradigma BLUM dan *Fishbone Diagram* untuk mencari faktor penyebab. Penetapan prioritas masalah dengan metode *Non-scoringDelbeque* dan pelaksanaan alternatif jalan keluarnya menggunakan *Fishbone Diagram*. Penetapan intervensi, *Logframe Goals, Planning of Action (POA)* dan indikator keberhasilan disusun secara sistematis. Berdasarkan hasil analisis masalah, didapatkan penyebabnya adalah *lifestyle* yaitu kurangnya pengetahuan warga akan DBD dan upaya-upaya pencegahan, maka dilakukan edukasi dan kegiatan Sabtu Bersih (SABSIH) dan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)-4M plus. *Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle* digunakan untuk monitoring. Hasil intervensi yang telah dilakukan menunjukkan peningkatan pengetahuan mencapai 70% dan partisipasi warga dalam kegiatan Sabtu Bersih(SABSIH)dan PSN-DBD sehingga berhasil meningkatkan ABJ di RT 03/ RW 06 mencapai e" 70% dalam waktu 3 minggu setelah intervensi, dengan monitoring setiap minggu. Disarankan penerapan SABSIH dan PSN-4M plusnya dilaksanakan secara terus menerus.

Kata-kata kunci: Sabtu bersih, SABSIH, angka bebas jentik

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara
[1] dr. Tom Surjadi, MPH
[1] dr. Erni Hermijanti G. M.Kes.,
[1] dr. Sari Mariyati Dewi, M. Biomed
[1] Reza Adrian,
[1] Adinda Nourmalyta,
[1] Angelia.
Correspondence to:
dr. Tom Surjadi, MPH
Department of Health, Faculty of Medicine, Tarumanagara University, Jl. S. Parman No. 1, Jakarta 11440

PENDAHULUAN

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh infeksi salah satu dari empat serotipe virus dari famili *Flaviviridae*, genus *Flavivirus.* Virus ini dapat masuk ke tubuh manusia dengan perantara nyamuk *Aedes aegypti* yang terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat dengan ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut.[1] Menurut *World Health Organization* (WHO), penyakit DBD merupakan *vector bourne disease* yang paling cepat menyebar dengan peningkatan insiden 30 kali lipat secara global dalam 50 tahun terakhir. WHO memperkirakan sekitar 50-100 juta infeksi dengue terjadi setiap tahunnya dan hampir setengah populasi dunia tinggal di daerah endemis dengue. Pada tahun

2000-2007 jumlah rata-rata prevalensi kasus yang dilaporkan di dunia sebanyak 925.896 kasus, tahun 2008 meningkat menjadi 1.279.668 kasus, sedangkan pada tahun 2010 meningkat menjadi 2.204.516 kasus. Sebanyak 1,8 miliar populasi yang tinggal di benua Asia berisiko terinfeksi dengan prevalensi tahun 2011 se-besar 177.503 kasus, dan tahun 2012 meningkat menjadi 257.204 kasus.[2]

Sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, WHO mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara. Seluruh wilayah Indonesia mempunyai risiko untuk terjangkit penyakit DBD karena virus penyebab dan nyamuk penularnya tersebar luas baik di rumah maupun tempat-tempat umum. Pada tahun 2009 tercatat sepuluh provinsi yang menunjukkan kasus DBD terbanyak, yaitu Jawa Barat , DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Tengah, Kalimantan Barat, Bali, Banten, Kalimantan timur, Sumatera Utara dan Sulawesi Selatan. Lebih dari 150.000 kasus dilaporkan pada tahun 2007 (angka tertinggi yang pernah dicatat) dan 25.000 kasus dilaporkan berasal dari Jakarta dan Jawa Barat.[3]

Pada tahun 2012, Puskesmas L mencatat 12 kasus baru DBD, namun pada tahun 2013 terjadi kenaikan insiden, yaitu menjadi 31 penduduk, dan kenaikan terbanyak terdapat pada Desa L, yaitu dari yang tidak ada insiden DBD pada tahun 2012, menjadi 13 kasus pada tahun 2013. Jumlah persentase rata-rata Angka Bebas Jentik (ABJ) Desa L adalah 62,3% (target ABJ 96%).[4] Persentase ABJ terendah didapatkan pada RT 03/ RW 06 sebanyak 40%. Berdasarkan gambaran diatas, perlu diketahui faktor penyebab dan dilakukannya intervensi pada Desa L, agar insiden berkurang dan tidak bertambah.

METODE

Untuk mengetahui faktor penyebab permasalahan dilakukan identifikasi masalah dengan paradigma Blum.[5] Aktivitas selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah dengan cara *non-scoring technigue Delbeque,*[6] alternatif penatalaksanaan dengan *Fishbone Diagram,*[7,8] melakukan intervensi *Logframe Goals*, penyusunan *Planning of Action (POA)*, dan penetapan indikator keberhasilan[9] serta *Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle*[8] untuk monitoring rutin setiap minggunya.[5]

Kegiatan dilakukan untuk 100 rumah RT 03/ RW 06 yang merupakan tempat dengan ABJ terendah. Kegiatan dilakukan dari 27 Oktober sampai 10 November 2014. Kegiatan penyuluhan dilakukan dua kali yaitu di Kantor Sekretariat Desa Legok dan di pengajian warga pada 50 warga. Selanjutnya kegiatan SABSIH dan PSN sekali seminggu sebanyak dua kali yaitu tanggal 1 dan 8 November 2014 dan diakhiri dengan pemantauan jentik untuk menentukan tingkat pencapaian ABJnya.

Identifikasi Masalah dengan Paradigma Blum

Berdasarkan paradigma Blum didapatkan peningkatan jumlah penderita DBD pada Desa L dari yang tidak ada kasus menjadi 13 kasus baru dalam kurun waktu dua tahun terakhir yaitu sejak Januari 2012 - Desember 2013.

Dari hasil identifikasi didapatkan bahwa penyebab masalahnya adalah dari *lifestyle* di mana didapatkan bahwa masih ada 50% warga yang membuang sampah sembarangan dan 75% yang menguras tempat penampungan air lebih dari seminggu sekali. Uraian dari keempat analisis komponen paradigma Blum dapat dilihat pada Gambar 1.

Gambar: 1. Identifikasi Masalah Berdasarkan Paradigma BLUM.

Penentuan Prioritas Masalah

Penentuan prioritas masalah dilakukan dengan cara *non-scoring technique* (*Delbeque)*, yaitu melalui diskusi dan wawancara dengan kepala puskesmas, dokter puskesmas, perawat puskesmas selaku koordinator program Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (DBD), kader dan bidan desa L. Berdasarkan diskusi dan wawancara tersebut didapatkan prioritas masalahnya adalah *lifestyle*, yaitu akibat kurangnya pengetahuan warga akan penyakit DBD dan upaya-upaya pencegahan penyakit DBD.

Alternatif Pemecahan Masalah

Teknik pemecahan masalah dan alternatif jalan keluar dilakukan dengan *Fishbone Diagram* (Gambar 2).

Gambar: 2. *Fishbone Diagram* untuk pemecahan masalah dan alternatif jalan keluar.

Penyusunan Rencana Intervensi

Penyusunan intervensi dilakukan melalui dua mekanisme intervensi I berupa edukasi masyarakat dan intervensi II adalah Sabtu Bersih (SABSIH) dan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN).

Log Frame Goals

Sebelum program intervensi dimulai, dibuat *Log Frame Goals* terlebih dahulu untuk menetapkan pencapaian tujuan jangka panjang, menengah dan pendek dari intervensi yang dilakukan. Tujuan jangka panjang dalam lima tahun diharapkan menurunkan insiden DBD kurang dari 31 kasus dibandingkan tahun sebelumnya di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan L. Tujuan jangka menengah dalam periode satu tahun diharapkan meningkatkan Angka Bebas Jentik (ABJ) menjadi >80% di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan L, dan tujuan jangka pendek dalam waktu tiga minggu diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan partisipasi warga RT 03/ RW 06 di Kelurahan L. Pencapaian tujuan ini dapat dilihat dari indikator pengetahuan warga dan kader dalam mengerti dan mengetahui tentang DBD dan cara–cara pencegahannya, yang dapat dilihat dari perubahan hasil *post-test* berupa peningkatan jawaban benar sebesar 70%.

Pelaksanaan Intervensi

Pelaksanaan intervensi untuk memperbaiki *lifestyle* dilakukan dengan cara pemberian edukasi masyarakat dan kader melalui penyuluhan, SABSIH dan PSN.

Kegiatan penyuluhan dilakukan berdasarkan kurangnya pengetahuan masyarakat dan kader yang kurang mengenai DBD dan cara-cara pencegahannya. Penyuluhan mengambil tema "Apa itu Demam Berdarah Dengue" dan "Apa itu 4M plus".

Kegiatan penyuluhan dimulai dengan pembagian soal *pre-test*. Peserta diminta untuk mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut sebelum penyuluhan dimulai. Kegiatan dilanjutkan dengan penyuluhan yang mengambil topik pembahasan meliputi pengertian, penyebab, cara penularan, ciri nyamuk penyebab DBD, tanda dan gejala DBD, pertolongan pertama DBD dan pencegahan DBD. Setelah penyuluhan selesai, dilanjutkan dengan sesi tanya jawab mengenai apa yang telah dijelaskan. Kemudian, peserta dibagikan soal *post-test* dan diminta untuk mengisinya kembali.

Indikator keberhasilan adalah peningkatan pengetahuan masyarakat dan kader berupa peningkatan skor *post-test* menjadi minimal 70% jawaban benar.

Kegiatan Sabtu Bersih (SABSIH) dan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dilakukan karena masih banyak terdapat timbunan sampah dan barang bekas yang dapat menampung air di sekitar pemukiman warga dan masih banyak rumah yang berjentik di daerah tersebut. Selain ABJ yang rendah, didapatkan data bahwa masyarakat memiliki kebiasaan berupa membuang sampah di depan rumah, sehingga dapat menimbulkan genangan air dan masyarakat jarang menguras tempat penampungan air.

Kegiatan dipimpin oleh kader RW 06 dan dibantu oleh Ibu Lurah untuk membersihkan lingkungan sekitar (mengubur sampah yang dapat menampung genangan air, menutup tempat penampungan air. lingkungan sekitar (mengubur sampah yang dapat menampung genangan air, dsb). Khusus kegiatan pemantauan PSN dilakukan oleh satu orang kader yang terdapat di setiap RT serta didampingi oleh satu orang petugas kesehatan dari Puskesmas dan peneliti untuk memantau. Pemantauan PSN dilakukan dengan mengecek ada atau tidaknya jentik pada tempat penampungan air TPA (seperti bak mandi dan ember) maupun non-TPA (seperti tatakan vas bunga dan dispenser) yang terdapat di rumah warga. Jika ditemukan jentik di rumah warga, maka kader akan mencatat pada lembar pencatatan yang telah dibuat oleh pengawas dan selanjutnya warga dengan rumah yang positif jentik diberikan edukasi tentang DBD dan PSN serta didemokan 4M Plus. Pada rumah yang tidak terdapat jentik, maka kader akan mencatat rumah tersebut negatif

jentik di lembar pencatatan.

Indikator penilaian keberhasilan dengan mencatat hasil evaluasi ulang ABJ setelah pemantauan PSN di catat dan hasilnya ABJ Desa L RT03/RW06 menjadi ≥ 70%. Setelah intervensi dilakukan pemantauan ABJ setiap minggunya. Hasil pemantauan dicatat pada lembar pencatatan.

HASIL INTERVENSI dan DISKUSI

Data yang diperoleh melalui *pre-test* dan *post-test* pada kegiatan penyuluhan di kantor sekretariat desa menunjukkan hasil *post-test* mengalami peningkatan jawaban benar melebihi target yang ditentukan. Hasil perhitungan jumlah jawaban *pre-test* hanya 16 dari 50 orang yang memiliki jawaban benar ≥ 70% dari *pre-test* dan setelah intervensi didapatkan seluruh peserta mendapatkan hasil sesuai target (≥70%). Hasil perhitungan jumlah jawaban *pre-test* dan *post-test* pada peserta penyuluhan di tempat pengajian menunjukkan hanya enam dari 54 orang yang memiliki jawaban benar ≥ 70% dari *pre-test* dan setelah intervensi didapatkan seluruh peserta mendapatkan hasil sesuai target (≥70%).

Program penyuluhan yang telah dilakukan tampaknya dapat meningkatkan pengetahuan dari masyarakat peserta penyuluhan. Kegiatan yang dilakukan pada dua tempat dan waktu yang berbeda dan dengan materi penyuluhan yang sama memberikan hasil yang sama yaitu terjadi peningkatan pengetahuan dari peserta. Kegiatan ini dapat merupakan kegiatan yang dilakukan terus menerus agar terjadi pemantapan mengenai pengetahuan DBD sehingga benar-benar terjadi perubahan pola hidup yang baik.

Hasil perhitungan ABJ pada 100 rumah di RT 03 / RW 06 Desa

Gambar: 3. Hasil perhitungan ABJ pada 100 rumah di RT 03 / RW 06 Desa

Data yang diperoleh dari hasil pemantauan PSN didapatkan peningkatan ABJ. Data ABJ sebelum SABSIH adalah 40% dan meningkat hingga mencapai 77%. Kegiatan SABSIH yang telah dilakukan juga memberi perubahan pola hidup dari masyarakat RT 03 /RW 06 Desa L. Kegiatan ini menunjukkan peningkatan yang cukup bermakna di mana didapatkan peningkatan mencapai 37% (Gambar 3).

Dalam upaya penerapan kegiatan ini menjadi perilaku yang dilakukan dalam tahap selanjutnya diperlukan evaluasi dan pemantapan. Pada pelakasanaan kegiatan ini, evaluasi program dilakukan dengan menggunakan pendekatan sistem.

KESIMPULAN dan SARAN

Masalah utama penyebab tingginya angka kesakitan di RT 03 / RW 06 Desa L adalah *lifestyle* di mana didapatkan kurangnya pengetahuan tentang DBD dan PSN. Intervensi berupa penyuluhan, pelaksanaan SABSIH dan PSN berdasarkan tujuan jangka pendek didapatkan seluruhnya telah tercapai. Kegiatan penyuluhan didapatkan perubahan hasil *post-test* berupa peningkatan jawaban benar sebesar $\geq$70% dan untuk program PSN serta SABSIH diperoleh peningkatan ABJ menjadi lebih dari 70%.

Warga di RT 03 / RW 06 Desa L harus terus melanjutkan kegiatan SABSIH dan PSN satu minggu sekali sesuai jadwal SABSIH agar tercapai tujuan tahap jangka menengah dan jangka panjang Bagi Puskesmas L diharapkan para kader dan koordinator program DBD agar lebih konsisten dalam menggalakkan program PSN satu minggu sekali sesuai jadwal SABSIH, dengan cara mengajak warga untuk aktif setiap minggunya dan rutin mengadakan penyuluhan tentang DBD kepada masyarakat dan tokoh masyarakat (ketua RT/RW). Tokoh masyarakat diharapkan menghimbau warga untuk selalu melakukan 4M Plus agar DBD dapat dicegah.

DAFTAR PUSTAKA

1. Soedarmo SP. Masalah Demam Berdarah Dengue di Indonesia. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2005.
2. Nathan BM., Lum L., Martinez E., Tan LH. DENGUE Guideline for Diagnosis, Treatment, Prevention, and Control. Geneva;WHO;2009.
3. Rofiq A., Karyana M., Azhar K., Syarif A.K., Indah R.M. Penyakit Menular, Riset Kesehatan Dasar. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia,2013;p104-5.
4. Anita R., Kulmunir I., Wulandari A., Siswanti N.L.E. Situasi Derajat Kesehatan di Wilayah Kerja Pusesmas L Tahun 2013, Profil Puskesmas L Tahun 2013. Banten;Puskesmas L;2013;p27-9.
5. Blum H. Planning for health, generics for the eighties. 2nd ed. New York: Human Science

Press; 1981.

6. Hadisaputro S NM& SA. Epidemiologi Manajerial teori dan aplikasi. Semarang: Badan penerbit Universitas Diponegoro; 2011.
7. Assen , Van Marcel; Berg Den, Van Gerben; Pietersma P. Key Management Models. 2nd ed. Pearson Education Ltd 2009.
8. Arifin, Syamsul; Heriyani F. Kapita Selekta Ilmu Kesehatan Masyarakat. Banjarmasin: In Media; 2014.
9. Sulaeman ES. Manajemen kesehatan teori dan praktik di puskesmas. Revisi. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2010.