

**UPAYA PENINGKATAN ANGKA BEBAS JENTIK DBD  
DENGAN PENGGUNAAN METODE *MULTI LEVEL  
JUMATIK (MLJ)* DI RT 06/ RW 01 KELURAHAN S,  
KECAMATAN KEMBANGAN,  
PROVINSI DKI JAKARTA,  
PERIODE 6 AGUSTUS – 22 AGUSTUS 2014**

oleh:

Dewi Novianti<sup>1</sup>, Tom Suryadi<sup>1</sup>, Erni Hermiyanti<sup>1</sup>, Rebekah Malik, Corrina Giovani<sup>1</sup>,  
Tania Dewi<sup>1</sup>, Thedi Darma Wijaya<sup>1</sup>,

**ABSTRACT**

**Improvement Efforts of Dengue Larva Free Numbers with Multi Level Method Jumatik (MLJ) At Rt 06 / Rw 01 Village S, Kembangan Sub-District, Province Jakarta, Period 6 August - 22 August 2014**

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) in Public Health Centre Village S in 2013 ranks first in the region with the incident Kembangan sub-district was 170 per 100.000 population. At RT 06 / RW 01 from Kembangan sub-district obtained the highest dengue cases (6 cases) with a gap of Mosquito Larva Free Number (ABJ) in the same year was 90% (target is higher than 96%). Various efforts to empower communities in mosquito nest eradication (PSN = Pemberantasan Sarang Nyamuk)-DBD had been done, but the results were not optimal yet. Based on these facts, the causal factors of this situation need to be found out, so the effective improvement efforts can be held. Community Diagnosis by applying BLUM and Fishbone Diagram paradigm had been done to find the causal factors. Non-scoring Delbeque method was used to determine the priority issues. Sampling was done by purposive sampling and data were collected through observation to larvae and interviews to the community. Determination of intervention, Logframe Goals, Planning of Action (POA) and success indicators was compiled systematically. Mass counseling, door-to-door education and the establishment of Multi Level Jumantik (MLJ) as a new programme. Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle was used for routine monitoring. The interventions results were: people's knowledge had been increased and participation in PSN-DBD activities thus succeeded in increasing ABJ in RT 06 / RW 01 as much as 2.5% within 3 weeks of the intervention. suggesting advisable to expand the scope of application of the MLJ programme and for the long term applications/interventions.

*Key words:* Mosquito Breeding Eradication in Dengue Hemorrhagic Fever, Mosquito larvae Free Number, Multi Level Jumantik.

**ABSTRAK****Upaya Peningkatan Angka Bebas Jentik Dbd Dengan Penggunaan Metode *Multi Level Jumantik (MLj)* Di Rt 06/ Rw 01 Kelurahan S, Kecamatan Kembangan, Provinsi Dki Jakarta, Periode 6 Agustus – 22 Agustus 2014**

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Puskesmas Kelurahan S pada tahun 2013 menempati urutan pertama di wilayah Kecamatan Kembangan dengan insiden 170 per 100.000 penduduk. Di RT 06/ RW 01 Kecamatan Kembangan terdapat kasus DBD terbanyak (6 kasus) dengan kesenjangan dari tolok ukur Angka Bebas Jentik (ABJ) pada tahun yang sama (90% dari target > 96%). Berbagai upaya untuk memberdayakan masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)-DBD sudah dilakukan, tetapi hasilnya masih belum optimal. Berdasarkan kenyataan yang ada, perlu diketahui faktor penyebab keadaan ini agar dapat dilakukan upaya perbaikan yang efektif. Diagnosis komunitas dengan menerapkan paradigma BLUM dan *Fishbone Diagram* telah dilakukan untuk mencari faktor penyebab keadaan tersebut. Metode *Non-scoring Delbeque* digunakan untuk menentukan prioritas masalah. Pengambilan sampel dilakukan secara *Purposive Sampling* dan data dikumpulkan dengan observasi jentik serta wawancara. Penetapan intervensi, *Logframe Goals*, *Planning of Action (POA)* dan indikator keberhasilan disusun secara sistematis. Berdasarkan hasil identifikasi masalah didapatkan kurangnya pengetahuan dan partisipasi warga merupakan faktor penyebab keadaan tersebut, maka dilakukan penyuluhan masal dan edukasi *Door-to-Door* serta pembentukan program *Multi Level Jumantik (MLJ)*. *Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle* digunakan sebagai monitoring rutin. Hasil intervensi yang telah dilakukan menunjukkan peningkatan pengetahuan dan partisipasi warga dalam kegiatan PSN-DBD sehingga berhasil meningkatkan ABJ di RT 06/ RW 01 sebanyak 2.5% dalam kurun waktu 3 minggu intervensi. Disarankan penerapan MLJ dengan memperluas cakupan dan untuk jangka panjang.

**Kata-kata kunci:** Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue, Angka Bebas Jentik, Multi Level Jumantik.

**Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara.**

<sup>1</sup> dr. Dewi Novianti, MPH, MHM,

<sup>1</sup> dr. Tom Surjadi, MPH,

<sup>1</sup> dr. Erni Hermijanti G, M. Kes

<sup>1</sup> dr. Rebekah Malik, MPd. Ked,

<sup>1</sup> Corrina Giovani,

<sup>1</sup> Tania Dewi,

<sup>1</sup> Thedi Dharma Wijaya.

**Correspondence to:**

dr. Dewi Novianti, MPH, MHM, Department of Health, Faculty of Medicine, Tarumanagara University

**PENDAHULUAN**

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue. Penularan infeksi virus dengue terjadi melalui nyamuk *Aedes* (terutama *A. aegypti* dan *A. albopictus*).<sup>1</sup> Penelitian yang dilakukan pada tahun 2012 menyatakan bahwa sebanyak 3.97 miliar orang di dunia tinggal di 128 negara

dengan risiko terkena DBD, di mana 1,3 miliar diantaranya tinggal di 10 negara Asia Tenggara termasuk Indonesia.<sup>2</sup> Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam Profil Kesehatan Indonesia menunjukkan bahwa penyakit DBD menempati urutan kedua dalam sepuluh penyakit terbanyak di rumah sakit Indonesia pada tahun

2010.<sup>3</sup> Pada tahun 2013, Puskesmas Kelurahan S mempunyai insiden DBD sebanyak 170 per 100.000 penduduk yang menempati urutan pertama di wilayah Kecamatan Kembangan.<sup>4</sup> Salah satu daerah di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan S dengan jumlah kasus DBD terbanyak pada periode Januari-Desember 2013 adalah RT 06/ RW 01 yaitu sebanyak 6 kasus.<sup>5,6</sup>

Beberapa faktor diketahui berkaitan dengan peningkatan transmisi virus dengue, yaitu vektor (perkembangbiakan vektor, kepadatan vektor di lingkungan dan transportasi vektor dari satu tempat ke tempat lain); pejamu (terdapat penderita di lingkungan atau keluarga, mobilisasi dan paparan terhadap nyamuk) dan lingkungan (curah hujan, suhu, sanitasi dan kepadatan penduduk).<sup>1</sup> Dalam memberantas transmisi yang disebabkan oleh vektor, Puskesmas Kelurahan S melakukan beberapa kegiatan antara lain: Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) setiap minggu pada hari Jumat selama 30 menit (pukul 08.30 - 09.00) melalui kerja sama antara Puskesmas dengan Kader Juru Pemantau Jentik (Kader Jumantik) yang ada; Pemantauan Jentik Berkala setiap 3 bulan; abatisasi pada tempat yang sulit dijangkau, seperti tempat penampungan air di sekolah dan fokus *Fogging* yang dilakukan 2 kali per minggu bila dalam 1 RT terdapat minimal 2 kasus DBD dengan jentik yang positif.<sup>6</sup>

Berbagai upaya dalam member-

dayakan masyarakat melalui PSN DBD telah dilakukan, namun belum didapatkan hasil yang optimal. Berdasarkan data Puskesmas Kelurahan S pada tahun 2013, terdapat kesenjangan dari tolok ukur Angka Bebas Jentik (ABJ) di - RT 06/ RW 01 yaitu hanya mencapai 90% (sedangkan target ABJ >96% per tahun pada tiap RT).<sup>6</sup> Mengetahui penyebab permasalahan melalui Program Diagnosis Komunitas ini, diharapkan mampu meningkatkan ABJ di RT 06/ RW 01 sehingga dapat berdampak pada penurunan angka kesakitan DBD di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan S.

## METODE

Diagnosis Komunitas ini menggunakan pendekatan paradigma BLUM<sup>7</sup> yang melihat permasalahan dari faktor lingkungan, genetik, pelayanan kesehatan dan gaya hidup/*lifestyle* dan *Fishbone Diagram*<sup>8,9</sup> di mana setelah dipilih 1 dari paradigma BLUM yang dianggap berpengaruh paling besar terhadap masalah yang ada, dijadikan sebagai tulang utama dalam *fishbone* dilanjutkan dengan pembuatan tulang-tulang kecil sebagai penyebab dari masalah yang ada di tulang utama. Tulang utama adalah masalah gaya hidup tidak melakukan PSN. Tulang-tulang kecilnya yang menyebabkan tidak dilakukannya PSN oleh masyarakat/komunitas adalah kurangnya pengetahuan sehingga mempengaruhi sikap dan perilaku mereka. Kepala ikan adalah

masalah kesehatan yang terjadi yaitu masih tingginya kasus DBD. *Fishbone* ini merupakan metode yang digunakan untuk mengetahui faktor penyebab permasalahan. Penentuan prioritas masalah dilakukan dengan *Brainstorming* menggunakan metode *Non-scoring Delbeque*<sup>10</sup> melibatkan kepala puskesmas, dokter puskesmas, dan perawat puskesmas selaku koordinator program PSN-DBD. Penetapan intervensi, *Logframe Goals*, pembuatan *Planning of Action (POA)*, dan penetapan indikator keber-hasilan.<sup>11</sup> *Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle*<sup>8</sup> merupakan langkah selanjutnya, digunakan untuk monitoring rutin setiap minggunya dengan menilai pencapaian *output* dan mengatasi kendala–kendala yang terjadi<sup>7</sup> Data dasar diperoleh dengan melakukan survei menggunakan kuesioner, observasi lingkungan dan wawancara dengan kader jumentik, kepala puskesmas serta koordinator program DBD Puskesmas Kelurahan S. Pemilihan sampel dilakukan dengan menggunakan metode *purposive sampling*<sup>12</sup>, dimana peneliti menetapkan rumah yang akan dipilih sebagai sampel berdasarkan pertimbangan dari total 5 deret rumah yang ada di RT 06/RW 01. Masing-masing deret diwakili oleh 6 rumah sehingga didapatkan total 30 rumah. Data dikumpulkan dengan observasi jentik dan wawancara.

Indikator untuk menilai keberhasilan upaya pengendalian vektor pada program ini berupa survei jentik yang

dinilai dengan Angka Bebas Jentik (ABJ). Angka Bebas Jentik dihitung sebagai hasil bagi dari jumlah rumah atau bangunan yang tidak ditemukan jentik dengan jumlah rumah atau bangunan yang diperiksa dikali dengan 100%.<sup>1</sup>

### **Identifikasi Masalah berdasarkan Paradigma BLUM**

Paradigma Blum merupakan pendekatan yang digunakan untuk menentukan masalah yang ada di komunitas, di mana permasalahan di komunitas dinilai dari faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan faktor genetik.<sup>7</sup> Pada program ini, faktor genetik merupakan salah satu dari keempat faktor tersebut yang tidak diteliti lebih lanjut.

Survei untuk menilai faktor perilaku masyarakat dilakukan pada awal program dan didapatkan 60% dari 30 rumah yang disurvei tidak menguras tempat penampungan air (TPA) minimal seminggu sekali. Berdasarkan faktor lingkungan didapatkan sebanyak 6,67% rumah warga ditemukan jentik pada tempat penampungan airnya. Sebanyak 70% rumah mempunyai timbunan barang bekas yang dapat menampung air, serta 13.33% rumah didapatkan memiliki timbunan sampah berpotensi menampung air. Berdasarkan aspek pelayanan kesehatan terdapat permasalahan kurangnya tenaga kesehatan yang datang untuk memberikan penyuluhan untuk masyarakat berkaitan dengan PSN DBD (hanya terdapat 1 orang di RW tersebut yang

terdiri dari 12 RT). Selain itu, koordinator DBD di Puskesmas S merangkap juga sebagai pemegang Program Posbindu dan Program Penyakit Menular lainnya disamping Program DBD.

### **Penentuan Prioritas Masalah**

Keterbatasan waktu, dana dan sumber daya yang dimiliki dalam Program Diagnosis Komunitas ini, merupakan faktor pertimbangan dilakukan penentuan prioritas masalah. Penentuan prioritas masalah dilakukan dengan cara *non-scoring Delbeque*<sup>10</sup> melalui diskusi dan wawancara dengan kepala puskesmas, dokter puskesmas, dan perawat puskesmas selaku koordinator program PSN-DBD. Hasil diskusi dan wawancara menunjukkan prioritas masalah adalah faktor perilaku masyarakat di mana masih banyaknya (60%) warga yang tidak menguras tempat penampungan air (TPA) minimal seminggu sekali.

### **Identifikasi Masalah Penyebab dengan *Fishbone Diagram***

Faktor penyebab ditentukan dengan menggunakan *Fishbone Diagram*.<sup>8,9</sup> Berdasarkan data yang diperoleh didapatkan rendahnya angka partisipasi warga, yaitu hanya 40% warga yang berpartisipasi dalam program PSN-DBD. Secara keseluruhan dari 30 warga yang diwawancarai, terdapat 56,67% yang memiliki pengetahuan kurang tentang PSN-DBD. Sejumlah 55,56% dari

masyarakat yang tergolong kurang berpartisipasi didapatkan mempunyai pengetahuan yang kurang tentang PSN-DBD. Hal ini sejalan dengan temuan bahwa dari masyarakat yang mempunyai pengetahuan kurang, terdapat sejumlah 58.8% kurang berpartisipasi dalam program PSN-DBD.

Berdasarkan hasil analisis data dasar ini maka diupayakan mendapatkan faktor penyebab yang lebih rinci tentang rendahnya pengetahuan dan partisipasi warga RT 06/ RW 01. Hasil wawancara menunjukkan bahwa di wilayah ini hanya memiliki 2 orang Kader Jumantik yang bertanggung jawab melakukan pemeriksaan jentik di 70 rumah yang ada di area tersebut dengan alokasi waktu seminggu sekali pada hari jumat selama 30 menit (08.30-09.00). Keterbatasan waktu dan tenaga, mengakibatkan jangkauan kunjungan PSN yang dapat dilakukan setiap minggunya hanya maksimal 10 rumah (14.28%). Selain itu, saat menjalankan perannya sebagai Kader Jumantik mereka tidak memberikan informasi yang cukup tentang PSN-DBD, terutama tentang pentingnya pemberantasan jentik nyamuk kepada penghuni rumah yang dikunjungi

### **INTERVENSI**

Upaya mengatasi permasalahan, dilakukan perekrutan JuRi dengan metode *Multi Level Jumantik* (MLJ) sebagai bagian dari pelaksanaan PSN.

Selain itu, hasil survei awal menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat tentang PSN DBD masih rendah, oleh karena itu perlu dilakukan intervensi tambahan memberikan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan dan edukasi *Door to Door* berkaitan dengan PSN DBD. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran warga untuk berpartisipasi, dan juga meningkatkan kelangsungan program upaya peningkatan angka bebas jentik di RT 06/ RW 01 tersebut.<sup>13</sup>

### ***Log Frame Goals***

*Log Frame Goals* dibuat pada awal program untuk menetapkan pencapaian tujuan jangka panjang, menengah dan pendek dari intervensi yang dilakukan. Tujuan program jangka panjang dalam 5 tahun adalah menurunkan jumlah kasus DBD menjadi kurang dari 53 kasus pertahun di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan S sesuai dengan target dari Rencana Strategis (Restra) Puskesmas Kelurahan S.<sup>6</sup> Tujuan jangka menengah dalam periode satu tahun diharapkan dapat meningkatkan Angka Bebas Jentik (ABJ) menjadi >96% di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan S.<sup>6</sup> Jangka pendek dengan waktu 3 minggu diharapkan dapat meningkatkan partisipasi warga dengan terbentuknya minimal 5 JuRi sukarela sebagai anggota MLJ dan pencapaian ABJ pada bulan Agustus 2014 di RT 06/ RW 01 ini lebih dari 96%.

### **Upaya Peningkatan Pengetahuan Warga**

Peningkatan pengetahuan dilakukan berdasarkan survei awal yang menunjukkan bahwa 56.67% warga di lokasi ini tergolong memiliki pengetahuan tentang PSN DBD yang masih kurang. Peningkatan pengetahuan warga dilakukan dengan dua cara yaitu penyuluhan massal dan edukasi *Door to Door*.

### **Penyuluhan Massal**

Penyuluhan massal dilakukan bersamaan dengan kegiatan Pos Pembinaan Terpadu (Pospindu) yang dihadiri oleh 45 warga. Sebelum penyuluhan, dilakukan *pre-test* dengan tiga pertanyaan sederhana berkaitan dengan PSN-DBD antara lain tentang tempat bertelurnya nyamuk Aedes, penularan penyakit DBD dan kegiatan PSN. Setelah diberikan penyuluhan, dilakukan penilaian ulang tentang banyaknya peserta penyuluhan yang menjawab benar untuk masing-masing pertanyaan yang sudah ditanyakan pada *pre-test* dan dibahas saat penyuluhan. Hasil *pre-test* dan *post-test* kemudian dinilai sebagai indikator keberhasilan penyuluhan ini.

### **Edukasi *Door to Door***

Edukasi *Door to Door* dilakukan pada 30 rumah dari 70 rumah yang ada di wilayah ini. Pengambilan data *baseline* dilakukan dengan 10 pertanyaan untuk menilai tingkat pengetahuan responden.

Informasi yang diberikan berkaitan dengan data epidemiologi terutama tingginya angka kesakitan DBD di wilayah tersebut, penyebab, tanda gejala, penanganan serta tindakan pencegahan dalam kaitannya dengan PSN DBD. Media yang digunakan adalah *leaflet*. Dua minggu kemudian dilakukan pengambilan data ulang dengan 10 pertanyaan yang sama dengan pertanyaan untuk pengambilan *base line*.

### **Multi Level Jumantik (MLJ)**

Metode Multi Level Jumantik (MLJ) merupakan metode PSN yang dilakukan berjenjang dari level koordinator program DBD ke Kader Jumantik kemudian masing masing kader memiliki anggota yang disebut Jumantik Mandiri (JuRi). Model ini diciptakan sebagai bentuk penyesuaian PSN karena gagalnya program Tolak Jentik Nyamuk (Toljemuk), yang diadakan dengan memantau rumah bebas jentik nyamuk di TPA maupun non-TPA. Rumah yang bebas jentik selama 4 kali berturut-turut pemeriksaan, akan mendapatkan penghargaan berupa sertifikat "Rumah Teladan".

Kurangnya ketertarikan warga untuk ikut berpartisipasi, kurangnya jumlah kader Jumantik yang berasal dari lingkungan ini (hanya ada 2 orang) dan keterbatasan waktu pelaksanaan PSN (30 menit dalam seminggu untuk pemeriksaan 70 rumah) dinilai merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi

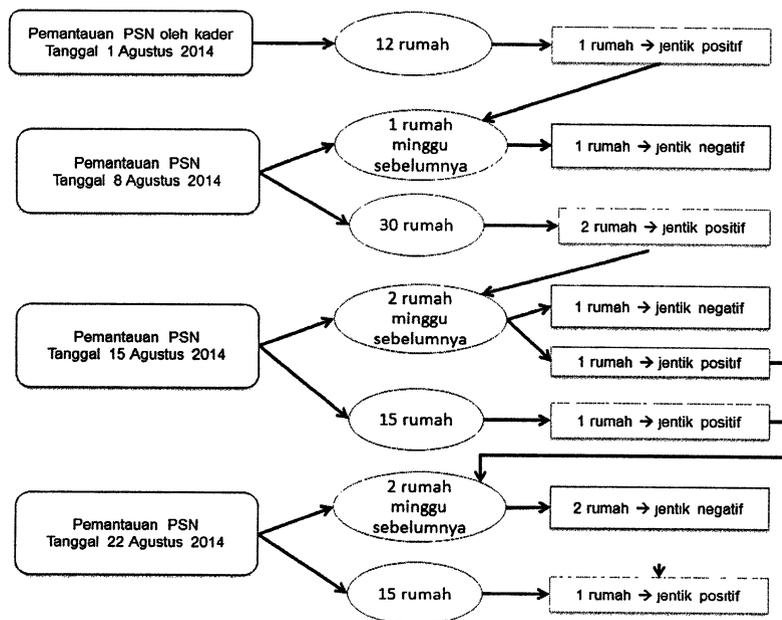
kegagalan program Toljemuk. Oleh sebab itu dengan mengadopsi sistem *Multi Level Marketing* (MLM)<sup>15</sup> yang sering dilakukan di bidang pemasaran ekonomi dengan teknik jejaring diharapkan mampu mendongkrak keberhasilan program ini.

*Multi Level Marketing* dilakukan dengan merekrut anggota yang disebut Jumantik Mandiri (JuRi) yang berasal dari warga. Pada awal program, pemilihan sampel menggunakan sistem *purposive sampling*<sup>12</sup>, di mana peneliti menetapkan rumah yang akan dipilih berdasarkan pertimbangan masing-masing JuRi tersebar mewakili tiap baris rumah dan JuRi tersebut berada di bawah pengawasan kader Jumantik wilayah tersebut. Setiap kader perlu mencari minimal dua JuRi, dan setiap JuRi perlu mencari minimal satu JuRi sebagai bawahannya, demikian seterusnya sehingga terbentuk sistem multi level pada pemantauan jentik. JuRi yang terbentuk akan menambah jumlah tenaga pemantau jentik setiap kegiatan PSN-DBD berlangsung sehingga menutupi kekurangan tenaga pemantau jentik yang ada.

Para JuRi yang sudah secara sukarela mendaftar diberikan pelatihan tentang cara memantau jentik di setiap TPA (seperti ember dan bak mandi) maupun non-TPA (seperti dispenser dan tatakan vas bunga) serta pembekalan pengetahuan tentang DBD dan PSN. Setelah melalui proses pelatihan, JuRi ini dinyatakan resmi menjadi anggota MLJ

dan dibekali perlengkapan berupa senter, lembar pengecekan jentik, kartu tanda pengenal anggota serta sertifikat JuRi resmi dari Puskesmas. Anggota JuRi tersebut akan melakukan pemantauan jentik mandiri pada tetangga yang berada pada satu baris rumahnya. Hasilnya (lembar pemantauan PSN)

selanjutnya akan dilaporkan ke Kader Jumantik setiap hari Jumat. Seluruh rumah yang pada minggu sebelumnya positif jentik dilakukan pemantauan di minggu berikutnya hingga tidak ditemukan jentik lagi pada rumah tersebut (Gambar 1).

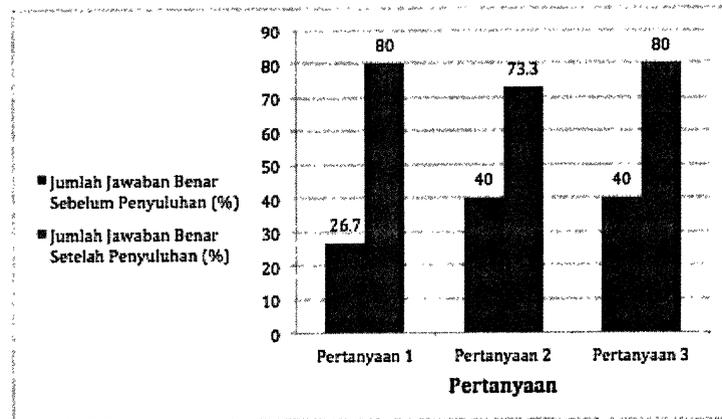


## HASIL

### Hasil Penyuluhan Massal

Berdasarkan intervensi yang dilakukan maka untuk intervensi penyuluhan massal penilaian keberhasilannya dinilai dengan peningkatan jumlah peserta yang menjawab benar dari pertanyaan yang diajukan sebelum dan sesudah penyuluhan berlangsung. Sebanyak tiga pertanyaan yang diberikan kepada 45 peserta penyuluhan didapatkan peningkatan yang cukup signifikan dari 26.7% peserta yang menjawab benar

sebelum penyuluhan menjadi 80% menjawab benar setelah penyuluhan yaitu pada pertanyaan yang berkaitan dengan tempat bertelurnya nyamuk Aedes. Pertanyaan kedua berkaitan dengan penularan DBD dari hanya 40% peserta yang menjawab benar menjadi 73.3%. Pertanyaan yang berkaitan dengan pemantauan jentik nyamuk dari hanya 40% peserta yang menjawab benar menjadi 80% setelah penyuluhan (Gambar 2).

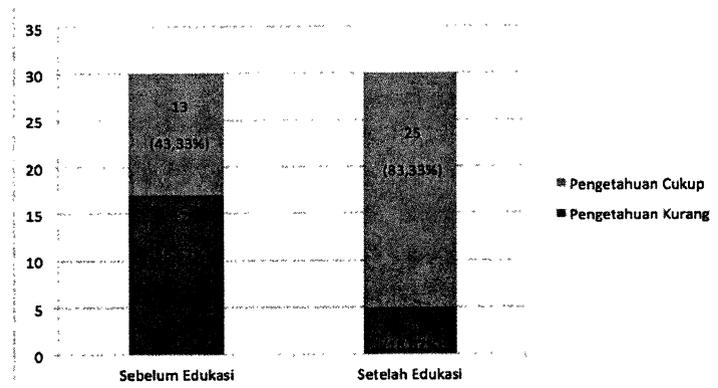


**Gambar: 2.** Hasil *Pre-test* dan *Post-test* Penyuluhan Massa di RT 06/ RW 01

### Hasil Edukasi *Door to Door* MLJ

Intevensi *door to door* hasilnya dari 10 pertanyaan yang diajukan untuk menilai pengetahuan tentang PSN-DBD didapatkan pada awalnya hanya 43.33%

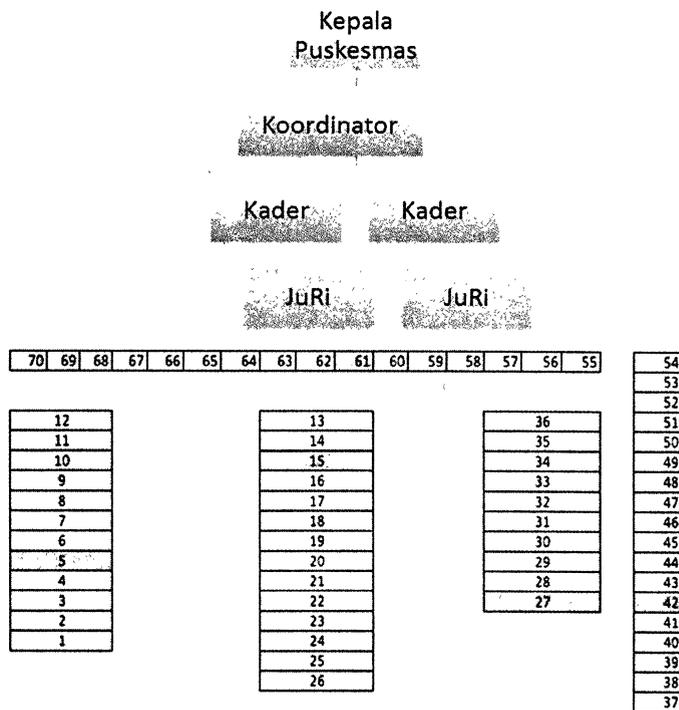
responden yang memiliki pengetahuan cukup, setelah dilakukan edukasi meningkat menjadi hampir dua kali lipat yaitu mencapai 83.33% (Gambar 3.)



**Gambar: 3.** Hasil *Pre-test* dan *Post-test* Edukasi *Door to Door* di RT 06/ RW 01 Multi Level Jumantik (MLJ)

Dalam kurun waktu tiga minggu pelaksanaan program MLJ, target sudah dapat tercapai yaitu terdapat 5 JuRi mendaftar secara sukarela dan masing-masing JuRi mewakili 5 deret rumah yang ada di wilayah ini (Gambar 4). Para JuRi ini juga sudah dilatih dan tersertifikasi

dari Puskesmas Kelurahan S setelah melewati tahap pembinaan. Para JuRi seharusnya sudah mulai menjalankan tugasnya sebagai perpajangan tangan Kader Jumantik yang bertanggung jawab terhadap rumah yang ada di deretnya masing-masing.



**Gambar 4.** Hasil Multi Level Jumantik (MLJ) RT 06/RW 01

Indikator lain untuk menilai keberhasilan program MLJ adalah peningkatan ABJ mencapai >96% pada bulan Agustus 2014 sesuai dengan standar puskesmas Kelurahan S.<sup>6</sup> Jumlah ABJ pada bulan Agustus 2014 mencapai 92.20% dari data dasar puskesmas pada 2013 yang berjumlah hanya 90%. Meskipun perolehan hasil tidak sesuai dengan target yang diharapkan (terdapat kesenjangan 3.9%), namun hasil ini dinilai cukup baik karena terjadi peningkatan ABJ sebanyak 2.5% dalam waktu tiga minggu intervensi (minggu I ABJ 91.6% menjadi 94.1% pada minggu ke IV).

#### **DISKUSI**

PSN DBD yang berlangsung di Puskesmas Kelurahan S memiliki kendala berupa kurangnya tenaga pemantau

jentik sehingga setiap dilakukan PSN DBD tidak mencakup seluruh rumah.<sup>6</sup> Kurangnya jumlah tenaga pemantau jentik disebabkan kurangnya pengetahuan tentang pentingnya program ini. Keadaan ini menyebabkan partisipasi masyarakat secara sukarela menjadi Kader Jumantik masih kurang. Berbagai upaya telah dilakukan oleh Puskesmas Kelurahan S untuk meningkatkan pengetahuan dan partisipasi masyarakat dalam program ini, namun hasil yang dicapai masih belum memuaskan. Rendahnya pengetahuan dan partisipasi warga memberikan dampak berupa masih belum tercapainya tolok ukur ABJ sesuai dengan target yang ditetapkan Puskesmas Kelurahan S.<sup>6</sup>

ABJ mencerminkan seberapa besar kepadatan jentik nyamuk *Aedes aegypti*

di suatu wilayah. ABJ rendah akan mengakibatkan warga di wilayah tersebut berisiko tinggi terkena DBD.<sup>1</sup> Berdasarkan penelusuran literatur, survei, wawancara dan observasi langsung, dibuat suatu upaya dengan mengintegrasikan peningkatan pengetahuan dan peran serta masyarakat dalam kegiatan PSN-DBD melalui sebuah program bernama *Multi Level* Jumantik (MLJ).

Pemikiran mengenai MLJ timbul berdasarkan teori *Multi Level Marketing* (MLM) dalam bidang ekonomi. MLM adalah metode pendistribusian barang atau jasa dengan sistem penjualan langsung melalui program pemasaran berbentuk jaringan. Jaringan yang terbentuk terdiri atas *upline* dan *downline*. *Upline* yaitu rekan kerja yang telah mengajak seseorang untuk menekuni usaha MLM. Pengetahuan dan pengalaman yang telah dimiliki, mereka dapat mengarahkan, membimbing, serta mendampingi seseorang saat menjalankan bisnis ini. *Downline* adalah semua jaringan di bawah *upline*.<sup>15</sup>

*Multi Level* Jumantik merupakan sebuah program dengan merekrut anggota yang disebut JuRi berasal dari warga yang mewakili tiap baris rumah dan berada dalam pengawasan kader Jumantik pada wilayah tersebut. Setiap kader minimal memiliki 2 JuRi, dan setiap JuRi memiliki minimal 1 JuRi sebagai bawahannya, demikian seterusnya sehingga terbentuk sistem multi level

pada pemantauan jentik. Metode ini ternyata memberikan hasil yang memuaskan karena dalam waktu yang cukup singkat sekitar 3-4 minggu mampu meningkatkan ABJ menjadi 94,1%. Artinya program MLJ ini nantinya diharapkan dapat mengatasi kurangnya jumlah kader jumantik, meningkatkan partisipasi warga dan memperluas cakupan rumah yang dilakukan PSN. Di mana nanti target ABJ 96% dapat tercapai sehingga penurunan jumlah kasus DBD melalui terputusnya mata rantai vektor penyakit DBD berupa jentik nyamuk *Aedes aegypti* dapat tercapai.<sup>1</sup>

#### **KESIMPULAN dan SARAN**

Program MLJ mampu meningkatkan partisipasi warga dalam kegiatan PSN-DBD dan berhasil meningkatkan ABJ di RT 06/RW 01, Kelurahan S pada bulan Agustus 2014 yaitu sebesar 92,2%. Selama program intervensi terjadi peningkatan sebanyak 2.5% dalam kurun waktu 3 minggu (91.6% pada minggu I menjadi 94.1% pada minggu ke IV).

Program ini diharapkan bukan saja mampu ditindaklanjuti di RT 06/RW 01, namun juga dapat diterapkan di setiap RT dengan perekrutan anggota Jumantik Mandiri (JuRi) yang lebih banyak agar dapat melihat hasil peningkatan ABJ dalam jangka waktu 1 tahun sehingga dapat mencapai tujuan jangka menengah dan jangka panjang yang diharapkan.

**UCAPAN TERIMA KASIH**

Peneliti mengucapkan banyak terima kasih atas kerja sama dan bantuan yang telah diberikan kepada peneliti selama penyusunan karya ilmiah ini.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada :

1. Pimpinan beserta staf Puskesmas Kelurahan S
2. Pimpinan beserta staf Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara
3. Pimpinan beserta staf Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Tarumanagara
4. dr. Budi Kidarsa dan dr. Yenni Risniati, M. Epid sebagai pembimbing epidemiologi dalam program Diagnosis Komunitas
5. Semua pihak yang telah membantu meluangkan waktu, tenaga dan pikiran, baik secara langsung maupun tidak langsung selama proses penyusunan karya ilmiah ini.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue. Jakarta: Bakti Husada; 2011: 23, 49, 62.
2. Murray NEA, Quam MB, Smith AW. Epidemiology of Dengue: Past, Present, and Future Prospects. *Journal of Clinical Epidemiology*; 2013: 299–309.
3. Depkes RI. Profil Kesehatan Indonesia 2010. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
4. Puskesmas Kecamatan Kembangan. Data kasus penyakit DBD. Jakarta Barat: Kecamatan Kembangan; 2013.
5. Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Subdin Kesehatan Masyarakat. Diunduh pada tanggal: 1 Agustus 2014. Available at <http://www.surveilans-dinkesdki.net>.
6. Puskesmas Kelurahan S. Data kasus penyakit DBD. Jakarta Barat: Kelurahan S; 2013.
7. Blum H. *Planning for health, generics for the eighties*. 2nd ed. New York: Human Science Press; 1981.
8. Hadisaputro S NM& SA. *Epidemiologi Manajerial teori dan aplikasi*. Semarang: Badan penerbit Universitas Diponegoro; 2011.
9. Assen , Van Marcel, Berg Den, Van Gerben, Pietersma P. *Key Management Models*. 2nd ed. Pearson Education Ltd 2009.
10. Arifin, Syamsul; Heriyani F. *Kapita Selekta Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Banjarmasin: In Media; 2014.
11. Sulaeman ES. *Manajemen kesehatan teori dan praktik di puskesmas*. Revisi. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2010.
12. Sastroasmoro S, Ismael S. *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-4. Jakarta: Sagung Seto, 2011.
13. Green LW, *Health Promotion Planning Education and Environment Approach, Second Edition*. Mayfield Publishing Company, USA 1991
14. Azwar A. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi 3. Jakarta: Bina Aksara; 1996.
15. MLM Leaders. *The Secret Book of MLM*. Surabaya: PT Menuju Insan Cemerlang; 2007.