

PENGEMBANGAN MODEL PEMANTAUAN JENTIK NYAMUK AEDES EGYPTI BERJENJANG DALAM PENANGGULANGAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) MELALUI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Hamzah Hasyim
Dosen FK PSKM Universitas Sriwijaya

Abstrak

Kejadian demam berdarah dengue (DBD) yang memiliki pola cyclic trend, bisa meluas menjadi kejadian luar biasa (KLB), menimbulkan korban serta menimbulkan dampak baik ekonomi, sosial, politik maupun pariwisata, kasus ini sebenarnya dapat dicegah baik sebelum maupun sesudah kejadian, asal penanganannya cepat.

*Dilakukan pengembangan model pemantauan jentik nyamuk aedes egypti berjenjang, sebagai usulan kegiatan penanggulangan DBD melalui pemberdayaan masyarakat di Kelurahan Sukabangun, Kecamatan Sukarame pada 30 responden ibu rumah tangga. Melalui metode **Action Research**, dilakukan tahapan kegiatan yaitu **preliminary survey** keadaan dan potensi masyarakat melalui kegiatan Focus Group Discussion (FGD), dilanjutkan dengan kegiatan penyuluhan dan pelatihan DBD, serta evaluasi dan monitoring sistem pelaporan berjenjang (multilevel monitoring) terhadap angka bebas jentik (ABJ) nyamuk aedes aegypti, sebagai bagian dari kegiatan pemberdayaan berbasis masyarakat yang efektif dan efisien.*

Dari FGD diperoleh informasi dari masyarakat, bahwa DBD merupakan ancaman kesehatan yang perlu ditanggulangi bersama melalui keterlibatan aktif masyarakat, Pada kegiatan pre dan post penyuluhan dan pelatihan DBD, menggunakan uji beda dua mean dependen atau paired t test, ada hubungan tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan responden antara pengukuran pertama dan kedua ($P_v < 0,05$), yang bermakna kegiatan ini efektif untuk meningkatkan KAP (knowledge, attitude, practice) responden. Pada kegiatan sistem pelaporan berjenjang (multilevel monitoring) menggunakan teknologi formulir pemeriksaan jentik (FPJ I – III), terhadap angka bebas jentik (ABJ) nyamuk aedes aegypti, diperoleh hasil 77 rumah yang diperiksa terdapat 5 rumah yang positif jentik aedes aegypti, sehingga ABJ di Kelurahan Sukabangun pertanggal 14 Mei 2006 adalah 93,5%

Agar pengembangan model pemantauan jentik nyamuk aedes egypti berjenjang, sebagai alternatif metode penanggulangan DBD berbasis masyarakat, melalui peningkatan partisipasi ibu rumah tangga, dapat berjalan optimal dan sustain perlu keterlibatan aktif dan dukungan dari semua sektor terkait, termasuk keterlibatan khususnya dari kelompok mahasiswa kesehatan sebagai supervisor kegiatan lapangan.

Kata-Kata Kunci : Kasus DBD, model pemantauan jentik nyamuk aedes egypti berjenjang dan Partisipasi ibu rumah tangga

Pendahuluan

Latar belakang

Penyakit *dengue haemorrhagic fever* (DHF) atau demam berdarah dengue (DBD) masih menjadi ancaman dan masalah kesehatan masyarakat (*Triple Burden*) di Indonesia, dapat endemik diberbagai wilayah Kabupaten/Kota, serta memiliki potensi KLB, memiliki dampak luas serta dijadikan prioritas pemberantasan penyakit menular secara nasional (1-4)

Dari data Kabupaten/Kota, Palembang merupakan salah satu daerah endemis DBD yang paling banyak ditemukan kasus yaitu 943 kasus dan 16 meninggal dunia (IR = 23,3 per 100.000 penduduk). Sampai dengan bulan April 2004 telah terjadi 773 kasus dengan angka kematian 7 kasus (CFR = 0,91% dan IR = 9,78 per 100.000 penduduk). Angka bebas jentik di Propinsi Sumatera Selatan pada triwulan I tahun 2004 adalah 69,3%. Laporan dari Sub Din P2P Dinkes Kota Palembang didapatkan data kejadian DBD pada tahun 2000 sebesar 105,65 per 100.000 penduduk dengan CFR = 1,15%, tahun 2001 sebesar 55,12 per

100.000 penduduk dengan CFR = 1,96%, pada tahun 2002 terdapat 1.051 kasus dari 1.512.485 penduduk dengan angka kejadian sebesar 72,55 per 100.000 penduduk dengan CFR = 1,68% dan pada tahun 2003 sebesar 63,39 per 100.000 penduduk dengan CFR = 1,70%. Angka bebas jentik di Kota Palembang pada triwulan I tahun 2004 belum dilaporkan. (5, 6) Kepadatan jentik yang diukur dengan indikator angka bebas jentik (ABJ) memperlihatkan angka cakupan rata-rata diatas 80%, kecuali pada akhir tahun 2002 mengalami penurunan menjadi 78%. Apabila dibandingkan dengan standar nasional angka tersebut masih berada dibawah standar yaitu 95%, yang berarti kepadatan jentik nyamuk di Kota Palembang masih cukup tinggi. Tahun 2001 ketika ABJ menunjukkan angka 82% diperoleh data 816 kasus DBD dan pada tahun 2002 ketika ABJ mengalami penurunan menjadi 78 % diperoleh peningkatan 1074 kasus DBD. (5, 7)

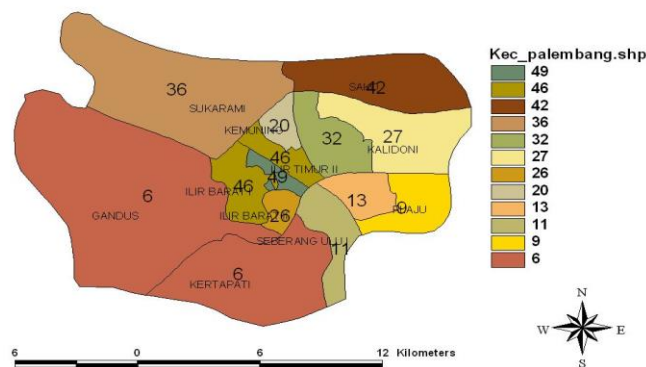
Indikator dari pemberantasan vektor adalah angka bebas jentik (ABJ). ABJ merupakan angka bebas jentik yang dapat menggambarkan

besaran masalah DBD. ABJ tahun 1998, 1999 dan 2000 relatif sama yaitu sebesar 83,73 %, pada tahun 2001 sedikit menurun menjadi 80,60%. ABJ menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat terhadap

pemberantasan sarang nyamuk (PSN) belum maksimal. Sehingga belum dapat menahan bahkan mengurangi angka kesakitan secara nyata. ABJ yang diharapkan dapat membatasi penyebaran DBD adalah 95%. (8-10).

Gambar 1. Insidens Ratio Kasus DBD Di Kota Palembang

DISTRIBUSI PENDERITA DBD (INCIDENCE RATIO) TAHUN 2006 DI KOTA PALEMBANG BERDASARKAN WILAYAH KECAMATAN SAMPAI DENGAN 20 MARET 2006



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kota Palembang

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari salah seorang petugas sanitarian disalah satu Puskesmas, yang bersangkutan terkadang merasakan kesulitan dalam melakukan pemeriksaan jentik nyamuk berkala, karena sumber daya yang terbatas baik sumber dana dan SDM. Pembangunan Puskesmas ditingkat kelurahan, berdasarkan pendekatan wilayah yaitu yang memiliki jumlah penduduk berkisar 30.000 jiwa.(11) sedangkan petugas puskesmas yang melakukan

pemeriksaan jentik nyamuk berkala, kerumah penduduk sangat terbatas dalam satu wilayah kerja Puskesmas. Sampai dengan tanggal 18 Januari 2005, terdapat 59 kasus DBD dan 2 orang meninggal dunia. Berita di harian Sripo, 20 Januari 2005, menuliskan dari 14 kecamatan yang ada di Palembang, Kecamatan Sukarame merupakan Kecamatan yang paling banyak kasus DBD. Peran serta masyarakat sangat diperlukan dan diharapkan, pemerintah tidak bisa bekerja sendiri. dalam menangani

penyakit DBD, tanpa peran serta masyarakat penanggulangan DBD tidak akan tercapai. Mengatasi DBD harus dimulai dari rumah sendiri, Lingkungan RT, Lurah dan Kecamatan. Oleh karena itu pendekatan pemberantasan penyakit DBD yang berwawasan kepedulian masyarakat merupakan salah satu alternatif pendekatan baru.

Berdasarkan latar belakang diatas perlu dilakukan pengembangan model pemantauan jentik nyamuk aedes egypti berjenjang, sebagai alternatif metode penanggulangan DBD berbasis masyarakat, melalui peningkatan partisipasi ibu rumah tangga dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN) sebagai vektor penularnya

Tujuan

Umum

Diperolehnya pengembangan model pemantauan jentik nyamuk aedes egypti berjenjang, sebagai alternatif metode penanggulangan DBD berbasis masyarakat, melalui peningkatan partisipasi ibu rumah tangga dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN) sebagai vektor penularnya, yang merupakan

cerminan upaya penanggulangan DBD berbasis masyarakat yang proaktif, efektif dan efisien serta tidak hanya mengandalkan upaya PSN yang bersifat *top-down*, yang pada akhirnya tercipta sistem kegiatan dan pelaporan proaktif, dari masyarakat ke pihak terkait maupun ke petugas kesehatan, sebagai bentuk sinergisme pemerintah dan masyarakat dalam penanggulangan kasus **DBD**.

Khusus

1. Diperolehnya gambaran keadaan awal dan potensi masyarakat dilokasi penelitian.
2. Diperolehnya peningkatan KAP (*knowledge, attitude, practice*) meliputi peningkatan pengetahuan (*knowledge*) pemeriksaan jentik nyamuk berkala, manfaat dari index larva, peningkatan keterampilan (*practice*) memberikan abate pada semua tempat perindukan sarang nyamuk (*potential breeding places*) serta sikap positif (*attitude*) terhadap PSN DBD, melalui kegiatan penyuluhan dan pelatihan DBD pada ibu rumah tangga.
3. Diperolehnya sistem pelaporan berjenjang terhadap angka bebas jentik (ABJ) nyamuk aedes aegypti, melalui multilevel monitoring ABJ

nyamuk aedes aegypti, sebagai bagian dari kegiatan pemberdayaan berbasis masyarakat yang efektif dan efisien.

Metodologi

Jenis Penelitian

Dilakukan penelitian menggunakan **Action Research**, melalui beberapa tahapan kegiatan yaitu ; pertama telaah data sekunder dilakukan pemilihan lokasi berdasarkan kasus terbanyak DBD, *Preliminary survey* keadaan dan potensi masyarakat melalui kegiatan *Focus Group Discussion* (FGD), untuk mengetahui permasalahan dan potensi yang terdapat dilokasi penelitian. Dilanjutkan dengan kegiatan penyuluhan dan pelatihan DBD pada ibu rumah tangga, untuk mengetahui efektifitas kegiatan terhadap peningkatan variabel pengetahuan, sikap dan tindakan. Dilakukan pre dan post test pada kelompok sampel, yang dibandingkan berasal dari subjek yang sama. (12, 13). Dilanjutkan follow up melalui sistem pelaporan berjenjang (multilevel monitoring) terhadap angka bebas jentik (ABJ) nyamuk aedes aegypti, sebagai bagian dari kegiatan

pemberdayaan berbasis masyarakat yang efektif dan efisien melalui monitoring dan evaluasi (monev) sistem pelaporan. Seluruh item kegiatan melibatkan mahasiswa PSKM FK UNSRI yang bertindak selain sebagai panitia gabungan kegiatan penyuluhan dan pelatihan DBD, juga sebagai supervisor kegiatan lapangan yang keberadaannya sangat membantu upaya monev sistem multilevel monitoring ABJ nyamuk aedes aegypti.

Populasi dan Sampel

Populasi adalah jumlah keseluruhan dari unit analisis yang ciri-cirinya akan diduga (14) Populasi pada penelitian ini adalah ibu-ibu di Kelurahan Sukamaju Kota Palembang. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu **purposive sampling**. Kriteria inklusi yang digunakan adalah ibu rumah tangga dengan pendidikan akhir minimal SD, telah berdomisili diwilayah kegiatan selama ± 1 tahun, aktif dalam kegiatan dasawisma/sosial kemasyarakatan lainnya serta bersedia mengikuti paket penyuluhan dan pelatihan. Berdasarkan kriteria

diatas, diperoleh 30 sampel penelitian ibu rumah tangga.

Instrument

Preliminary survey menggunakan instrument FGD. Digunakan instrument kuesioner PSP (pengetahuan, sikap dan perilaku) berisi sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden pada kegiatan kegiatan penyuluhan dan pelatihan DBD (15). Serta instrument teknologi formulir pemeriksaan jentik (FPJ I – III), terhadap angka bebas jentik (ABJ) nyamuk aedes aegypti untuk melakukan monev multilevel monitoring

Hasil

(Focus Group Discussion) FGD

Penanggulangan demam berdarah dilakukan melalui kerjasama dua belah pihak yaitu *organized government respons* dan *organized community respons*. (16). Salah satu bentuk *organized community respons* adalah melakukan *Preliminary survey* keadaan dan potensi masyarakat melalui kegiatan FGD yang melibatkan masyarakat dalam hal ini adalah pada ibu rumah tangga, serta tokoh masyarakat antara lain Lurah

Sukabangun. Hasil dari kegiatan diperoleh informasi bahwa masyarakat memandang kasus DBD adalah ancaman bagi kesehatan yang perlu mendapatkan upaya penanggulangan, tetapi tidak banyak yang mengetahui bahwa penyebab utama kasus DBD, berasal dari kehadiran jentik nyamuk aedes aegypti yang ada disekitar lingkungan mereka. Masyarakat perlu bantuan melalui kegiatan kegiatan penyuluhan dan pelatihan DBD pada ibu rumah tangga. Setelah itu ditentukan hari kegiatan dengan melibatkan panitia gabungan antara mahasiswa PSKM FK UNSRI dan ibu rumah tangga terpilih dilokasi kegiatan. Pola ini dilakukan agar nuansa kegiatan murni dari masyarakat, sementara pihak PSKM FK UNSRI semata hanya sebagai fasilitator kegiatan, yang merupakan salah satu wujud *organized community respons*, diperlukan tindakan serempak melalui *organized government respons* antara lain sebagai fasilitator kegiatan penyuluhan dan pelatihan DBD, dimana masyarakat tetap terlibat aktif sebagai panitia, sekaligus follow up kegiatan nantinya.

Penyuluhan dan pelatihan

Dilakukan Kegiatan penyuluhan dan pelatihan DBD pada ibu rumah tangga, untuk mengetahui efektifitas kegiatan, terhadap variabel penelitian yaitu tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan. Dilakukan pre dan post test pada kelompok sampel, menggunakan kuesioner PSP. Dari uji beda dua mean dependen atau paired t test, diperoleh kesimpulan ada perbedaan antara tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan responden antara pengukuran pertama dan kedua ($P_v < 0,05$), yang bermakna kegiatan ini berguna untuk peningkatan tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan responden. Dari hasil tersebut dilakukan upaya peningkatan pengetahuan ibu rumah tangga melalui kegiatan pengisian form pemeriksaan jentik nyamuk yang akan dievaluasi secara berkala dan perhitungan infestasi *A. aegypti* dengan menggunakan index larva.

Pelaporan berjenjang (multilevel monitoring)

Dilanjutkan follow up melalui sistem pelaporan berjenjang (multilevel monitoring) terhadap angka bebas jentik (ABJ) nyamuk *aedes aegypti*,

sebagai bagian dari kegiatan pemberdayaan berbasis masyarakat yang efektif dan efisien melalui monitoring dan evaluasi (monev) sistem pelaporan, melalui keterlibatan mahasiswa PSKM FK UNSRI yang sebagai supervisor kegiatan lapangan yang keberadaannya sangat membantu upaya monev multilevel monitoring.

Ibu rumah tangga diajarkan pengisian form pemantauan jentik (FPJ I, II dan III), yang merupakan suatu terobosan teknologi baru, dalam hal hasil pemeriksaan jentik berkala (PJB) berbasis masyarakat, karena dilakukan secara multilevel monitoring oleh masyarakat ke instansi terkait. Dari setiap Form pemeriksaan jentik (FPJ) akan didapatkan ABJ untuk tingkatan keluarga menggunakan FPJ I, ABJ untuk tingkatan RT/RW menggunakan FPJ II serta ABJ untuk tingkatan kelurahan dengan menggunakan FPJ III, seperti gambar terlampir

Pembahasan

(Focus Group Discussion) FGD

Kegiatan FGD pada ibu rumah tangga, selaku masyarakat target kegiatan merupakan upaya yang cukup penting untuk memperoleh

informasi mendalam tentang masalah yang dialami dan potensi yang dimiliki oleh masyarakat, sehingga alternatif pemecahan masalah nantinya murni berasal dari dan untuk masyarakat, yang merupakan cerminan kegiatan pemberdayaan keluarga berbasis masyarakat.

Intervensi pemberantasan penyakit DBD umumnya diterapkan secara *top-down* di Indonesia, antara lain dengan pemberantasan sarang nyamuk (PSN), fogging massal yang dilakukan 2 siklus, pemberantasan terhadap jentik nyamuk dengan cara abatisasi selektif 4 kali setahun dan untuk penanggulangan kejadian luar biasa (KLB) bagi daerah endemis dan non endemis dilakukan fogging khusus. (17-19). Pemberantasan DBD yang telah diterapkan dirasakan proporsi sifat kegiatannya, relatif masih kurang dari aspek pemberdayaan masyarakat. Untuk itu perlu suatu konsep yang mengusun penerapan paradigma baru dalam pembangunan kesehatan, yaitu **Paradigma Sehat**, sebagai suatu upaya untuk lebih meningkatkan kesehatan masyarakat yang bersifat proaktif. Paradigma sehat sebagai model pembangunan kesehatan

jangka panjang, diharapkan mampu mendorong masyarakat untuk mandiri dalam menjaga kesehatan melalui kesadaran yang lebih tinggi dengan mengutamakan aspek promotif dan preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif. (20)

Kegiatan penyuluhan dan pelatihan

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non-instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat atau keluarga agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada baik dari instansi lintas sektoral maupun LSM dan tokoh masyarakat. Potensi setempat yang dimaksud antara lain ; *Community leaders, Community organizations, Community fund, Community material, Community knowledge, Community technology* dan *Community decision making*. Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah untuk memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat khususnya dalam bidang kesehatan agar dapat memelihara, meningkatkan dan

melindungi kesehatannya sendiri dan lingkungannya menuju masyarakat yang mandiri dan produktif. Pemberdayaan masyarakat akan menghasilkan kemandirian masyarakat dengan demikian pemberdayaan masyarakat merupakan proses sedangkan kemandirian masyarakat merupakan hasilnya. Jenis intervensi yang cukup penting adalah *Family-Based Health Education* dan *Personal-Based Health Education*.(16, 21) dalam hal ini dilakukan kegiatan penyuluhan yang bertujuan memperdalam pemahaman peserta mengenai pemberantasan DBD berbasis keluarga. Setelah penyuluhan dilakukan kegiatan pelatihan dengan menugaskan peserta mengisi form pemeriksaan jentik nyamuk yang akan dievaluasi secara berkala, sebelumnya dilakukan demonstrasi untuk melakukan pemeriksaan jentik nyamuk dan teknik pemberian abate sesuai standar yang telah ditetapkan pada pelbagai tempat perindukan nyamuk (**Potential Breeding Places**). Pemberian bantuan abate saat kegiatan penyuluhan dan pelatihan adalah semata-mata untuk stimulan awal kegiatan, dimasa yang akan datang

diharapkan bantuan tersebut, dapat dikelola dan dikembangkan sendiri oleh peserta. Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka responden diberi materi penyuluhan dan pelatihan meliputi materi ; perilaku **a. aegypti**, epidemiologi penyakit DBD, penatalaksanaan kasus DBD berbasis keluarga, deteksi dini pengawasan jentik nyamuk dan teknik pemberian abate, **community diagnosis** melalui siklus pemecahan masalah (**problem solving cycle**) dan manajemen pengorganisasian pemberantasan penyakit menular DBD. Penyampaian materi menggunakan gabungan metode ceramah, tanya jawab, diskusi kelompok, simulasi/demonstrasi dan penugasan serta test kognitif dan psikomotorik. Nara sumber kegiatan dilakukan melalui kolaborasi lintas sektor. Kedepan diharapkan lokasi kegiatan dapat menjadi daerah binaan sekaligus daerah percontohan tentang kemandirian ibu rumah tangga dalam penanggulangan DBD melalui kerjasama lintas sektor.

Pelaporan berjenjang (multilevel monitoring)

Gerakan PSN dalam memberantas sarang nyamuk aedes aegypti, telah dibuktikan negara Kuba dalam memberantas demam kuning. (8, 19, 22). Setiap kelompok kerja (Pokja) PJB didampingi oleh satu orang mahasiswa, yang berperan sebagai supervisor kegiatan. Hasil pelaksanaan pergerakan PSN oleh masyarakat di level keluarga, RT/RW dipantau secara berjenjang kelompok kerja operasional (pokjanal) DBD. Hasil pergerakan PSN yang tidak meningkat atau masih tetap rendah, disampaikan pada pertemuan berkala pokja DBD ABJ atau dirangkaikan pada saat melakukan kegiatan sosial lainnya, serta perlu dibahas masalah/kesulitan yang dihadapi dalam menggerakkan masyarakat dalam PSN dan cara mengatasinya. Laporan pokja DBD disampaikan kepada ketua pokja diteruskan ke supervisor untuk laporan kepada pemerintah kelurahan. Pelaporan berjenjang (multilevel monitoring) dengan melakukan pemeriksaan jentik nyamuk dari tiap perindukan nyamuk, menggunakan form pemeriksaan jentik (FPJ I, II dan III). Sebagai ukuran

hebatnya infestasi Aedes aegypti disuatu daerah, antara lain digunakan index larva (House index, Container Index dan Breteau Index) (9) Setiap 3 bulan atau pada saat-saat tertentu, misalnya bila ada wabah kader/warga masyarakat terlatih melakukan PJB nyamuk sekurang-kurangnya 30 rumah tiap lingkungan/RW. Pemilihan dapat dilakukan dengan cara acak, lalu masing-masing RT yang terpilih diperiksa 10 rumah atau dipilih 2-3 rumah secara acak untuk semua RT, ketua kelompok kerja DBD mengelola hasil pemeriksaan jentik menjadi angka bebas jentik (ABJ) dan mengisikannya dalam formulir laporan pemeriksaan jentik (FPJ I) DBD.

Index larva selain memiliki nilai prediktif juga bermanfaat bagi perencanaan dan evaluasi keberhasilan program, oleh karena itu ditekankan benar akan perlunya penilaian kuantitatif tentang jumlah vektor persatuan luas atau persatuan populasi orang (8, 23). Menurut Pichon et.al (1968), bila Breteau index (BI) kurang dari lima, penyakit dengue tidak akan ditularkan. Bila BI lebih dari 50, maka daerah dengan index tersebut berada dalam bahaya penularan penyakit dengue.

Wilayah yang dilakukan PJB sebaiknya dipetakan, (terutama jalan/gang) agar dapat dibagi menurut tenaga yang tersedia. Pemetaan dapat menggunakan aplikasi Sistem Informasi Geografis (SIG). Melalui aplikasi SIG dapat diperoleh data spasial (data grafis) yaitu peta wilayah administrasi DBD (daerah endemik, sporadik, potensial atau bebas), lokasi kasus tersangka dan aksesibilitas fasilitas kesehatan atau pos laboratorium DBD/DSS. Data non spasial (atribut) seperti jumlah kasus DBD perbulan, perwilayah. Tingkat ABJ dirumah pertriwulan, tempat perindukan vektor *Aedes aegypti*, sebaran epidemiologis, kondisi demografi (kepadatan, mobilitas, perilaku, penduduk), kondisi geografi (ketinggian dari permukaan laut, curah hujan, angin, kelembabam, suhu udara, musim) sebagai visualisasi kasus dan faktor resiko penyakit DBD dalam perspektif ekosistem (1, 24, 25)

Kesimpulan dan saran

Kesimpulan

1. Dari hasil *Preliminary survey* melalui kegiatan FGD, diperoleh kesimpulan bahwa masyarakat memandang kasus DBD adalah

ancaman bagi kesehatan yang perlu mendapatkan upaya penanggulangan bersama, tetapi tidak banyak yang mengetahui bahwa penyebab utama kasus DBD, berasal dari kehadiran jentik nyamuk *aedes aegypti* yang ada dilingkungan mereka. Masyarakat perlu bantuan melalui kegiatan kegiatan penyuluhan dan pelatihan DBD pada ibu rumah tangga.

2. Dari uji beda dua mean dependen atau paired t test, pada kegiatan penyuluhan dan pelatihan DBD pada ibu rumah tangga, diperoleh kesimpulan ada perbedaan antara tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan responden antara pengukuran pertama dan kedua ($P_v < 0,05$), yang bermakna kegiatan ini berguna untuk peningkatan tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan responden
3. Dari hasil kegiatan sistem pelaporan berjenjang (multilevel monitoring) menggunakan teknologi formulir pemeriksaan jentik (FPJ I – III), terhadap angka bebas jentik (ABJ) nyamuk *aedes aegypti*, diperoleh hasil 77 rumah yang diperiksa terdapat 5 rumah yang positif jentik *aedes aegypti*,

sehingga ABJ di Kelurahan Sukabangun pertanggal 14 Mei 2006 adalah 93,5%

Saran.

1. Penanggulangannya demam berdarah dilakukan melalui kerjasama dua belah pihak yaitu *organized government respons* dan *organized community respons*. pengembangan model pemantauan jentik nyamuk aedes aegypti berjenjang, sebagai alternatif metode penanggulangan DBD berbasis masyarakat, melalui peningkatan partisipasi ibu rumah tangga dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN) sebagai vektor penularnya, merupakan cerminan upaya penanggulangan DBD berbasis masyarakat yang proaktif, efektif dan efisien serta tidak hanya mengandalkan upaya pemberantasan sarang nyamuk yang bersifat *top-down*, agar kegiatan dapat berjalan sustain, memerlukan fasilitasi serta pengawasan dari pelbagai pihak yang berkompeten, (motivasi dan bimbingan teknis), yang pada akhirnya tercipta sistem kegiatan dan pelaporan proaktif dari

masyarakat ke pihak terkait maupun ke petugas kesehatan, sebagai bentuk sinergisme pemerintah dan masyarakat dalam penanggulangan kasus DBD. Sehingga diharapkan dapat memutuskan proses metamorfosa nyamuk *Aedes aegypti*, yang otomatis akan menurunkan kejadian penyakit DBD dimasyarakat.

2. Sistem pelaporan berjenjang (multilevel monitoring) angka bebas jentik (ABJ) melalui pendampingan mahasiswa sebagai supervisor, merupakan terobosan dalam hal PSN DBD. Setiap orang menjadi pemantau jentik dirumahnya masing-masing, yang tentunya akan jauh lebih efisien dan efektif dibanding menggunakan tenaga pemantau jentik yang mendapatkan honorarium bulanan, seperti yang diadakan di DKI Jakarta.

Daftar pustaka

1. Hasyim Hamzah. Aplikasi Sistem Informasi Geografis Dalam Pemetaan Vektor *Aedes Aegypti* (Tinjauan Manajemen Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue Berbasis Wilayah). Simposium Nasional

- Vektor Dan Reservoir Penyakit, Menuju Indonesia Sehat 2010; 2005; Puslitbang Ekologi Kesehatan, Balitbang, Depkes, Jakarta; 2005.
2. WHO. Demam Berdarah Dengue Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan dan Pengendalian. . Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 1998.
 3. Depkes.R.I. Profil Pemberantasan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan PPM & PL 2003 Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2004.
 4. Kandung I Nyoman. Manual Pemberantasan Penyakit Menular. Jakarta: Dit.Jen P2M dan PL, Depkes RI; 2000.
 5. Dinkes Kota Palembang. Profil Kesehatan Kota Palembang. Dinkes Kota Palembang; 2005.
 6. Dinkes Prov SumSel. Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. Provinsi Sumatera Selatan: Dinkes Provinsi Sumatera Selatan; 2005.
 7. Muyono. Hubungan Iklim Dengan Kejadian Penyakit Demam Berdarah Dengue Dikota Palembang Tahun 1998-2002. Depok: Indonesia; 2004.
 8. Dep.Kes RI. Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit Demam Dengue Dan Demam Berdarah Dengue. Jakarta.: WHO, Depkes RI; 2003.
 9. Dep.Kes RI. Pedoman Survei Entomologi Demam Berdarah Dengue. Jakarta.: Ditjen PPM dan PL.; 2002.
 10. Dep.Kes RI. Petunjuk pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue oleh juru pemantau jentik (jumantik). Jakarta: Dirjen P2M&PL; 2004.
 11. Effendy Nasrul. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat Jakarta: EGC; 1998.
 12. Riwidikdo Handoko. Statistik Kesehatan. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press; 2007
 13. Hastono Sutanto Priyo. Modul Analisa Data. Departemen Biostatistika dan Informatika Kesehatan, FKM-UI, Depok; 2002.
 14. Singarimbun Masri dan Sofian Effendi. Metode Penelitian Survei. Jakarta: LP3ES; 1995.
 15. Arikunto Suharsimi. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. V ed. Jakarta: Rineka Cipta; 2002.
 16. Dep.Kes RI. Penerapan Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Keluarga Panduan Bagi Petugas Kabupaten Dan Kota. Jakarta: DIRJEN KESMAS Direktorat PROMKES; 2000.
 17. Sungkar Saleha. Pemberantasan Vektor Demam Berdarah Dengue. Majalah Kedokteran Indonesia. 2005;55(5).
 18. Herman Nadesul. Penyebab, Pencegahan Dan Pengobatan Demam Berdarah. Jakarta: PT

- Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara; 1996.
19. Dep.Kes RI. Penyusunan Rencana Strategis Program Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue Kabupaten Kota. Jakarta: Dirjen P2M&PL; 2002.
 20. Hasyim Hamzah. Menggapai paradigma sehat Sriwijaya Post. 2005.
 21. UNICEF Dep.Kes RI dan. Panduan Umum Pemberdayaan Masyarakat,. Jakarta: Dep.Kes RI dan UNICEF; 1999.
 22. Rita Kusriastuti. "Together Picket" ; Community Activities In Dengeu Source Reduction In Purwokerto City, Central Java Indonesia. Dengeu Bulletin, WHO. 2004;7.
 23. Kusnoputranto Haryoto. Kesehatan Lingkungan. FKM UI; 2000.
 24. Tris Eryando. Sistem informasi geografis Dan Pemanfaatannya Di Bidang Kesehatan. FKM UI; 2005.
 25. Zainudin. Analisis Spasial Kejadian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Bekasi Tahun 2003. Depok: UI; 2005.
 26. Achmadi Umar Fahmi. Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah. Jakarta: Kompas; 2005.
 27. Dep.Kes RI. Panduan Umum Pemberdayaan Masyarakat. Jakarta Dep.Kes RI; 1999.
 28. Dep.Kes RI. Mengerakkan Masyarakat Dalam PSN DBD. Jakarta Dep.Kes RI; 1996.