

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dewasa ini, pembangunan kesehatan di Indonesia dihadapkan pada masalah dan tantangan yang muncul sebagai akibat terjadinya perubahan sosial ekonomi dan perubahan lingkungan strategis, baik secara nasional maupun global. Penerapan desentralisasi di bidang kesehatan dan pencapaian *Millenium Development Goals (MDGs)* merupakan contoh masalah dan tantangan yang perlu menjadi perhatian seluruh *stakeholder* bidang kesehatan, khususnya para pengelola program, dalam menyusun kebijakan dan strategi agar pelaksanaannya menjadi lebih efisien dan efektif (Depkes RI, 2007).

Salah satu masalah yang menjadi perhatian Indonesia dan tercantum dalam PERPRES No. 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPPJMN) 2004-2009 adalah perkembangan *emerging diseases* seperti Demam Berdarah Dengue (DBD) yang jumlah kasusnya meningkat serta penyebarannya semakin luas. Hal ini ditunjang dengan PERMENKES No. 331 tahun 2005 tentang Rencana Strategis (RENSTRA) Depkes 2005-2009 dan KEPMENKES 1457 tahun 2003 tentang standard Pelayanan Minimal (SPM) yang menguatkan pentingnya upaya pengendalian penyakit DBD di Indonesia hingga ke tingkat Kabupaten/Kota bahkan sampai ke desa. Melalui pelaksanaan program pengendalian penyakit DBD diharapkan dapat berkontribusi menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat penyakit menular di Indonesia (Depkes RI, 2007).

Masalah Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah kesehatan Indonesia, hal ini tampak dari kenyataan yang ada dan terjadinya KLB DBD pada tahun 2004. Seluruh wilayah di Indonesia memiliki risiko untuk terjangkit penyakit DBD, sebab baik virus penyebab maupun nyamuk penularnya sudah tersebar luas di perumahan penduduk maupun fasilitas umum di seluruh Indonesia. Laporan yang ada sampai tahun 2004 penyakit DBD sudah menjadi masalah yang endemis pada 122 daerah kabupaten/kota, 605 daerah kecamatan dan 1.800 desa/kelurahan di Indonesia. Walaupun angka kesakitan penyakit ini cenderung meningkat dari tahun ke tahun, namun sebaliknya angka kematian cenderung menurun dari 41,3% pada akhir tahun 60-an atau awal tahun 70-an menjadi berkisar antara 3%-5% pada saat ini (Depkes RI, 2004).

Kasus penyakit ini pertama kali ditemukan di Manila, Filipina pada tahun 1953. Kasus di Indonesia pertama kali dilaporkan terjadi di Surabaya dan Jakarta dengan jumlah kematian sebanyak 24 orang. Sejak itu penyakit tersebut menyebar ke berbagai daerah, sehingga sampai tahun 1980 seluruh propinsi di Indonesia kecuali Timor-Timur telah terjangkit penyakit. Sejak pertama kali ditemukan, jumlah kasus menunjukkan kecenderungan meningkat baik dalam jumlah maupun luas wilayah yang terjangkit dan secara sporadis selalu terjadi KLB setiap tahun. (<http://www.litbang.depkes.go.id/>).

KLB DBD terbesar terjadi pada tahun 1998, dengan *Incidence Rate* (IR) = 35,19 per 100.000 penduduk dan CFR = 2%. Pada tahun 1999 IR menurun sebesar 10,17%, namun tahun-tahun berikutnya IR cenderung meningkat yaitu 15,99 (tahun 2000); 21,66 (tahun 2001); 19,24 (tahun 2002); dan 23,87 (tahun 2003). Peningkatan

jumlah kasus tertinggi terjadi pada tahun 2004 yang mencapai 26.015 orang dan jumlah kematian sebanyak 389 orang (<http://www.litbang.depkes.go.id/>).

Jumlah kasus DBD sampai dengan 11 April 2007 berjumlah 11.518 meninggal 44, dengan IR 146,1/100.000 dan CFR 0.38% (tahun 2006, 24.932 meninggal 51, IR 316,2 dan CFR 0,2). Jumlah kasus, meninggal, IR dan CFR per wilayah dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 1.1. Jumlah Kasus, IR dan CFR DBD di DKI Jakarta

Wilayah	Jml kasus	Meninggal	IR	CFR
J. Pusat	1.226	3	141,3	0,24
J. Utara	1.521	7	107,1	0,46
J. Barat	1.753	9	112,0	0,51
J. Selatan	3.836	15	227,6	0,39
J. Timur	3.182	10	135,5	0,31

Sumber: Dinkes, 2007, Penanggulangan KLB DBD Prop DKI Jakarta Tahun 2007

Besaran masalah penyakit DBD ini, di setiap wilayah dari waktu ke waktu sangat bervariasi, namun angka kesakitan secara nasional (*Incidence Rate*) menunjukkan kecenderungan meningkat yaitu dari 0,05 per 100.000 penduduk pada tahun 1968; 10,17 per 100.000 penduduk pada tahun 1999; menjadi 24,3 per 100.000 penduduk pada tahun 2003, sedangkan angka kematiannya (*Case Fatality Rate*) berhasil ditekan dari 41,38% pada tahun 1968; 2,0% pada tahun 1999; menjadi 1,5% pada tahun 2003. Bila diperhatikan menurut perjalanan “waktu” kejadian DBD pada awalnya terlihat bahwa epidemik DBD terjadi setiap lima tahun, namun dalam lima belas tahun terakhir epidemik terjadi setiap 2-5 tahun (Depkes RI, 2004).

Pada tahun 2006 jumlah kasus DBD di Indonesia yang dilaporkan sebanyak 114.656 penderita (IR: 52,48/100.000 penduduk) dengan jumlah kematian sebanyak 1.196 (1,04%). Di penghujung tahun 2007 jumlah kasus telah mencapai 124.811 (IR: 57,52/100.000 penduduk) dengan 1.277 kematian (CFR: 1,02%) (Depkes RI, 2007).

DKI Jakarta merupakan daerah endemis bagi penyakit Demam Berdarah. Selalu terjadi peningkatan kasus tiap tahunnya untuk penyakit DBD di DKI Jakarta. Namun berdasarkan data yang diperoleh dari Dinkes Propinsi DKI Jakarta diketahui bahwa ada satu wilayah yang memiliki jumlah kasus terendah pada tahun 2006 hingga Februari 2008 bila dibandingkan dengan empat wilayah lainnya. Wilayah tersebut adalah Jakarta Pusat dengan jumlah jumlah angka kesakitan pada tahun 2006 sebesar 3150 kasus. Untuk tahun 2007 jumlah kasusnya hanya mencapai 3849 kasus. Sedangkan pada tahun 2008 hanya sampai bulan Februari jumlahnya sebesar 447 kasus (www.dinkesdki.go.id).

Wilayah Jakarta Pusat memiliki delapan kecamatan diantaranya Cempaka Putih, Gambir, Joharbaru, Kemayoran, Menteng, Sawah Besar, Senen dan Tanah Abang. Diantara kedelapan wilayah tersebut, hanya Kecamatan Tanah Abang selalu mengalami penurunan kasus pada tahun 2006-Februari 2008. Jumlah kasus secara berturut-turut mulai tahun 2006 hingga Februari 2008 adalah 297 kasus, 247 kasus, dan 13 kasus (www.sudinjakpus.go.id).

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 yang 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 SOP, perubahan iklim yang cenderung menambah jumlah habitat vektor DBD, infrastruktur penyediaan air bersih yang tidak memadai, serta letak geografis Indonesia di daerah tropik mendukung perkembangbiakan vektor dan pertumbuhan virus (Depkes, 2007).

Depkes RI telah menetapkan beberapa kebijakan yang ditindaklanjuti dengan uraian program kegiatan mulai dari pematapan peran institusi dan tenaga kesehatan, pengembangan kemitraan dengan sektor terkait serta peningkatan peran serta masyarakat dalam penanggulangan DBD. Upaya Depkes melalui pelatihan, promosi kesehatan, serta pembentukan kelompok kerja operasional (Pokjanal) hingga tingkat desa/kelurahan belum membuahkan hasil yang optimal karena belum semua komponen ikut berperan secara aktif sesuai dengan kompetensinya masing-masing, akibatnya penyakit DBD akan selalu mengancam kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2004).

Puskesmas memiliki peran sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang memiliki makna bahwa puskesmas harus berperan sebagai motivator terselenggaranya pembangunan yang berorientasi dengan kesehatan. Sehingga pembangunan yang dilakukan di wilayah kecamatan akan berdampak positif terhadap lingkungan sehat, perilaku sehat yang akhirnya akan berdampak pada peningkatan kesehatan masyarakat (HL. Blum).

Pada pelaksanaan kegiatan program P2DBD ini dibutuhkan keterlibatan dari semua sektor baik pemerintah maupun masyarakat sendiri. Sosialisasi mengenai PSN 30 menit juga perlu ditingkatkan kepada masyarakat. Selain itu, pengetahuan dan kemampuan petugas puskesmas mengenai manajemen pelaksanaan kegiatan program P2DBD masih kurang, karena semua kebijakan ditentukan oleh tingkat yang lebih tinggi dan puskesmas kecamatan merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan.

Oleh karena itu, upaya pemberantasan yang dilakukan semua petugas yang terlibat baik yang ada di kota maupun di kecamatan sampai dengan kelurahan harus mendapatkan bimbingan yang optimal baik pengetahuan maupun kemampuannya.

Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan yang mempunyai tugas melaksanakan Pelayanan, Pembinaan, Pengendalian Puskesmas Kelurahan, Pengembangan Upaya Kesehatan, Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan di wilayah kerjanya. Oleh karena itu, penting diharapkan upaya pelaksanaan program P2DBD dapat dilaksanakan dengan baik untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Kendala-kendala yang mempengaruhi kurang baiknya atau kurang maksimalnya manajemen pelaksanaan program P2DBD perlu diperbaiki. Masalah penyakit DBD merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu diatasi secara terpadu oleh berbagai sektor.

Berdasarkan uraian di atas maka jelas diperlukan penelitian untuk mengetahui bagaimana gambaran pelaksanaan program P2DBD tahun 2007 yang dilakukan oleh Puskesmas Kecamatan Tanah Abang. Pencapaian angka kesakitan yang rendah dan selalu mengalami penurunan tahun selama tahun 2006-Februari 2008 menunjukkan dapat dikatakan bahwa wilayah ini telah berhasil dalam menekan kasus DBD. Untuk itu, penting untuk melihat bagaimana pelaksanaan kegiatan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang agar dapat dijadikan contoh bagi wilayah lain dalam menekan angka kesakitan DBD.

1.2 Perumusan Masalah

Setiap tahunnya program pemberantasan DBD selalu dibuat rencana yang kemudian ditindaklanjuti dengan pelaksanaan program dan evaluasi program. Akan tetapi, faktanya angka kejadian penyakit DBD ini kian meningkat di kebanyakan wilayah Indonesia khususnya DKI Jakarta yang telah menjadi wilayah endemis DBD.

Namun berdasarkan data Dinkes DKI Jakarta, ada satu wilayah DKI Jakarta yang telah berhasil menekan jumlah kasus selama tahun 2006-Februari 2008 yaitu wilayah Jakarta Pusat. Selain itu selama tahun 2007-Februari 2008 salah satu wilayah di Jakpus yang memiliki kasus terendah dan selalu mengalami penurunan kasus berada di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang.

Puskesmas sebagai unit pelaksana dimana proporsi fungsinya lebih banyak pada kegiatan operasional maka penting untuk melihat bagaimana pelaksanaan kegiatan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang yang telah berhasil menurunkan jumlah kasus dalam tiga tahun terakhir agar dapat dijadikan contoh bagi wilayah lain yang jumlah kasusnya selalu meningkat. Berdasarkan latar belakang di atas, maka diperlukan penelitian berupa gambaran pelaksanaan kegiatan program P2DBD tahun 2007.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimana gambaran pelaksanaan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Kotamadya Jakarta Pusat tahun 2007?
- b. Bagaimana gambaran input (terdiri dari sumber daya manusia, dana, sarana, serta metode) dari pelaksanaan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Kotamadya Jakarta Pusat pada tahun 2007?
- c. Bagaimana gambaran proses (terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, dan penilaian) dari pelaksanaan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Kotamadya Jakarta Pusat pada tahun 2007?

- d. Bagaimana gambaran output (cakupan kegiatan) dari pelaksanaan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Jakarta Pusat pada tahun 2007?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran pelaksanaan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Kotamadya Jakarta Pusat tahun 2007.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran input (terdiri dari sumber daya manusia, dana, sarana, serta metode) dari pelaksanaan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Jakarta Pusat pada tahun 2007.
- b. Mengetahui gambaran proses (terdiri dari kegiatan P2DBD diantaranya penyuluhan, PSN, PJB, PE dan pengasapan) dari pelaksanaan program P2DBD di Puskesmas Tanah Abang Jakarta Pusat pada tahun 2007.
- c. Mengetahui gambaran output (cakupan kegiatan) dari pelaksanaan program P2DBD di Puskesmas Tanah Abang Jakarta Pusat pada tahun 2007.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman mengenai gambaran pelaksanaan kegiatan P2DBD yang dilaksanakan oleh Puskesmas Kecamatan Tanah Abang.

1.5.2 Bagi FKM UI

Memperkaya kajian dalam bidang kesehatan masyarakat khususnya bidang administrasi dan kebijakan kesehatan mengenai gambaran pelaksanaan kegiatan P2DBD tingkat puskesmas.

1.5.3 Bagi Institusi

Memberikan masukan dan penilaian bagi Puskesmas Tanah Abang guna perbaikan pelaksanaan kegiatan P2DBD yang sama dimasa yang akan datang sehingga pelaksanaan dan tingkat keberhasilan kegiatan dapat lebih baik.

1.6 Ruang Lingkup

Dalam penelitian ini peneliti melakukan penelitian di berbagai tingkat mulai dari tingkat institusi kesehatan yang terdiri dari Puskesmas Kecamatan Tanah Abang dan Puskesmas Kelurahan Bendungan Hilir, hingga tingkat non-institusi kesehatan yang diteliti mulai dari tingkat Kelurahan, RW, RT, hingga masyarakat yang tinggal di sekitar kelurahan tersebut.