

**POLICY ASSESSMENT**  
**Juni 2005**

**KEBIJAKAN PEMBERANTASAN WABAH PENYAKIT MENULAR:  
KASUS KEJADIAN LUAR BIASA DEMAM BERDARAH DENGUE (KLB DBD)**

*Antonius Wiwan Koban, S.Psi*

*Peneliti Bidang Sosial The Indonesian Institute*

**Pendahuluan**

Dalam Rencana Pembangunan Nasional Jangka Panjang (RPJP) 2005-2025 disebutkan bahwa pembangunan sumber daya manusia diarahkan untuk terwujudnya manusia Indonesia yang sehat, cerdas, produktif dan masyarakat yang semakin sejahtera (Bappenas 2005). Melalui Program Indonesia Sehat 2010, gambaran masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin dicapai adalah masyarakat yang antara lain hidup dalam lingkungan yang sehat dan mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat (Depkes 2003). Lingkungan yang sehat termasuk di dalamnya bebas dari wabah penyakit menular. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah (RPJM) 2004-2009, salah satu program di bidang kesehatan adalah pencegahan dan pemberantasan penyakit, termasuk wabah penyakit menular (Bappenas 2004c). Penanganan secara cepat terhadap wabah penyakit juga merupakan bagian dari peningkatan pelayanan kesehatan dasar yang menjadi satu dari tiga prioritas program 100 hari pertama Kabinet Indonesia Bersatu 2004-2009 di bidang kesehatan (Bappenas 2004a; Depkes 2005a).

Penyakit menular yang menjadi prioritas pembangunan nasional jangka panjang 2005-2025 adalah malaria, demam berdarah dengue, diare, polio, filaria, kusta, tuberkulosis paru, HIV/AIDS, penumonia, dan penyakit lain yang dapat dicegah dengan imunisasi (Bappenas 2005). Walaupun penyakit menular yang menjadi prioritas target pencegahan dan

pemberantasan dalam Tujuan Pembangunan Millenium (*Millenium Development Goals*) adalah HIV/AIDS, malaria dan tuberkulosis (Bappenas 2004b), namun di Indonesia penyakit demam berdarah dengue (DBD) saat ini juga mendesak untuk diberantas, karena telah menjadi wabah tahunan yang memakan korban jiwa ratusan orang setiap tahunnya (Bappenas 2005b), (Ditjen PPM&PL 2004), (WHO 2004). Menurut Nadesul (2004), akibat dari penyakit demam berdarah dengue juga bisa lebih dahsyat dari kasus AIDS karena dapat langsung menghilangkan nyawa manusia, juga karena gejala dan tandanya tidak selalu tampil nyata sehingga sulit dikenali sehingga seringkali terlambat diobati dan akibatnya fatal.

### **Pemberantasan Wabah Penyakit Menular di Indonesia**

Upaya pemberantasan wabah penyakit menular di Indonesia saat ini perlu mendapat perhatian apalagi mengingat beberapa jenis penyakit kembali mewabah. Kenyataannya adalah hingga saat ini Indonesia masih terancam wabah penyakit menular klasik, seperti diare, TBC, malaria, tetanus, dan polio (Lubis 2005), (Bappenas 2005b).

Gambaran kondisi penyebaran dan pemberantasan beberapa wabah penyakit menular di Indonesia adalah sebagai berikut:

**Penyakit malaria.** Menurut laporan tahunan Departemen Kesehatan yang menggambarkan Profile Kesehatan Indonesia (Depkes, 2004), sebaran penyakit malaria cukup merata di seluruh kawasan Indonesia, terutama di luar Jawa Bali. Departemen Kesehatan (2004) memperkirakan 35% penduduk Indonesia tinggal di daerah yang sering terjangkau wabah malaria. Sedangkan Bappenas dalam Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Indonesia (Bappenas 2004b) memperkirakan angka itu sebesar hampir separuh populasi Indonesia atau 90 juta orang tinggal di daerah yang sering terjangkau malaria. Departemen Kesehatan melaporkan insiden malaria telah menurun sejak tahun 2001 antara lain merupakan hasil dari Gerakan Berantas Kembali Malaria (Gebrak Malaria) yang dimulai pada bulan April 2000 (Depkes, 2004). Untuk wilayah Jawa dan Bali target angka penderita malaria pada tahun 2002 sudah melewati target indikator Indonesia Sehat 2010, yaitu di bawah 5 per 1000 penduduk (Depkes, 2004).

**Penyakit Tuberkulosis Paru.** Bappenas (2004b) melaporkan bahwa Indonesia berada di urutan ketiga kasus tuberkulosis terbanyak di dunia, dengan sekitar 582.000 kasus baru setiap tahun. WHO (dalam Bappenas 2004b) mencatat di Indonesia terjadi 271 kasus baru per

100.000 penduduk selama tahun 2003. Dalam laporan Profil Kesehatan Indonesia (Depkes 2004) dilaporkan bahwa target angka kesembuhan tuberkulosis paru yang ingin dicapai secara nasional pada tahun 2010 sebesar 85%. Hingga tahun 2002, angka kesembuhan secara nasional mencapai 70,23%. Namun demikian, sudah ada 4 propinsi yang mencapai angka kesembuhan lebih dari 85% yaitu Bali, Gorontalo, Sulawesi Utara, dan Kalimantan Selatan (Depkes 2004).

**HIV/AIDS dan Penyakit Menular melalui Hubungan Seksual (PMS).** Jumlah penderita HIV/AIDS digambarkan sebagai fenomena gunung es yaitu jumlah penderita yang dilaporkan jauh lebih kecil daripada jumlah penderita yang sebenarnya (Depkes 2004). Kasus AIDS pertama kali dilaporkan di Indonesia pada tahun 1987 di Bali (Bappenas 2004b). Pada tahun 2002, HIV dilaporkan sudah menyebar di 25 propinsi di Indonesia. Pada tahun 2002 diperkirakan terdapat 80.000-120.000 pengidap HIV (Depkes 2004). Pada Tahun 2010 diperkirakan akan ada sekitar 110.000 orang yang menderita atau meninggal karena AIDS. Adapun cara penularan terbesar adalah melalui hubungan seksual, kemudian melalui penggunaan jarum suntik berkaitan penyalahgunaan narkotika dan zat adiktif (Bappenas 2004b). Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia terdiri atas upaya pencegahan, pengobatan, dukungan dan perawatan bagi orang yang hidup dengan HIV/AIDS, dan pengawasan. Sebagai komitmen terhadap upaya global, Indonesia telah meratifikasi komitmen internasional Deklarasi PBB tentang HIV/AIDS "*Declaration of Commitment*" tahun 2001 dan Deklarasi ASEAN tentang HIV/AIDS "*A World Fit for Children*" tahun 2002.

**Acute Flaccid Paralysis (AFP).** Penyakit yang di Indonesia dikenal juga dengan nama "lumpuh layuh" ini diproyeksikan sebagai indikator keberhasilan program eradikasi (penghapusan) polio. Upaya ini ingin dicapai melalui gerakan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) sebagai wujud dari komitmen internasional dalam pembasmian penyakit polio di Indonesia (Depkes 2004). Target angka penderita AFP dicapai secara nasional pada tahun 2010 adalah 0,9 per 100.000 anak usia di bawah 15 tahun. Pada tahun 2002, angka penderita AFP adalah 1.32 per 100.000 anak usia di bawah 15 tahun (Depkes 2004). Pada bulan Mei 2005, AFP kembali mewabah di beberapa wilayah di Indonesia (Kompas 14 Mei 2005). Untuk menanggulangnya, pada tanggal 30-31 Juni 2005 telah dilaksanakan imunisasi polio secara massal bagi anak-anak di bawah umur 5 tahun.

**Penyakit Menular Lainnya.** Penyakit menular lain yang menjadi perhatian dalam pembangunan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia adalah: tetanus neonatorum, campak, infeksi saluran pernapasan akut, diare, kusta, rabies, dan filariasis (Depkes 2004), (Bappenas 2005).

**Pola umum pemberantasan penyakit menular.** Secara umum, pemberantasan penyakit menular di Indonesia dilakukan melalui upaya-upaya: kewaspadaan dini, penemuan penderita, penanganan penderita, pemberantasan sumber penyakit, upaya kekebalan (imunisasi), dan penyuluhan masyarakat. Upaya-upaya secara sistematis yang dilakukan antara lain dengan pencanangan gerakan nasional pemberantasan penyakit dan kesepakatan-kesepakatan regional maupun internasional. Gerakan nasional pemberantasan penyakit menular di Indonesia antara lain: Gerakan Berantas Kembali Malaria (Gebrak Malaria), Gerakan Nasional Terpadu Pemberantasan Tuberkulosis (Gerdunas), Pekan Imunisasi Nasional (PIN) yang salah satunya untuk imunisasi polio, dan Gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) untuk demam berdarah dengue.

Merebaknya kembali wabah penyakit polio lumpuh layuh (*Acute Flaccid Paralysis*) pada awal Mei 2005, menjadi peringatan keras bagi lemahnya pengawasan pemberantasan wabah penyakit menular di Indonesia. Hal itu mengingatkan Indonesia pada tahun 2003 hampir mendapat sertifikat bebas polio dari WHO (Kompas 14 Mei 2005). Oleh karena itu, menjadi penting bagi kita untuk melihat kebijakan pemberantasan wabah penyakit menular di Indonesia.

Pelajaran pemberantasan penyakit menular dapat kita pelajari dari kasus-kasus merebaknya kembali wabah penyakit menular. Demam berdarah dengue, adalah salah satu *entry point* yang baik bagi kita untuk mengkaji kebijakan pemberantasan wabah penyakit menular karena wabah penyakit ini setiap tahun masih mewabah. Masalah penanganan wabah demam berdarah dapat menjadi salah satu potret gambaran penanganan wabah penyakit menular.

### **Wabah Demam Berdarah Dengue di Indonesia dan Asia Tenggara**

Indonesia dalam peta wabah demam berdarah dengue ada di posisi yang memprihatinkan. Dalam jumlah angka kesakitan (*morbidity rate*) dan kematian (*mortality rate*) demam berdarah dengue di kawasan Asia Tenggara, selama kurun waktu 1985-2004, Indonesia

berada di urutan kedua terbesar setelah Thailand (WHO 2004). Selama tahun 1985-2004, di Indonesia tercatat angka penderita demam berdarah dengue terendah 10.362 pada tahun 1989 dan tertinggi 72.133 orang pada tahun 1998, dengan angka kematian terendah 422 orang pada tahun 1999 dan tertinggi 1.527 pada tahun 1988 (Lihat Tabel 1). Angka kematian DBD dalam persentase (*case fatality rate*) Indonesia dan negara-negara di Asia Tenggara dapat dilihat pada Tabel 2.

**Tabel 1. Jumlah Kasus Penderita dan Kematian Demam Berdarah Dengue di Asia Tenggara dan sekitarnya 1985-2004\***

**Angka Penderita**

Negara	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*	
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	273	5,555	2,430	6104	486	2,172	
Bhutan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,544
India	NA	NA	NA	NA	NA	NA	6,291	2,683	11,125	7,494	7,847	16,517	1,177	707	944	650	3,306	1,926	12,754	357	
<b>Indonesia</b>	<b>13,588</b>	<b>16,529</b>	<b>23,864</b>	<b>44,573</b>	<b>10,362</b>	<b>22,807</b>	<b>21,120</b>	<b>17,620</b>	<b>17,418</b>	<b>18,783</b>	<b>35,102</b>	<b>44,650</b>	<b>30,730</b>	<b>72,133</b>	<b>21,134</b>	<b>33,443</b>	<b>45,904</b>	<b>40,377</b>	<b>51,934</b>	<b>69,017</b>	
Maldives	0	0	0	2,054	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1,750	118	180	73	27	38	322	
Myanmar	2,666	2,092	7,231	1,178	1,196	5,242	6,772	1,685	2,279	11,647	2,477	1,854	4,500	13,002	5,828	1,884	15,695	16,047	7907	4,054	
Nepal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sri Lanka	NA	NA	NA	10	203	1,350	1,048	656	750	582	440	1,298	980	1,275	1,688	3,343	4,304	8,931	4,749	11,636	
Thailand	80,076	27,837	174,285	26,926	74,391	92,002	43,511	41,125	67,017	51,688	60,330	37,929	101,689	129,954	24,826	18,617	139,327	114,800	62,767	17,290	
Timor Leste	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
<b>SEAR</b>	<b>96,330</b>	<b>46,458</b>	<b>205,380</b>	<b>74,741</b>	<b>86,152</b>	<b>121,401</b>	<b>78,742</b>	<b>63,769</b>	<b>98,589</b>	<b>90,194</b>	<b>106,196</b>	<b>102,248</b>	<b>139,079</b>	<b>218,821</b>	<b>54,811</b>	<b>63,672</b>	<b>211,039</b>	<b>188,212</b>	<b>140,635</b>	<b>107,316</b>	

**Angka Kematian**

Country	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	93	44	58	10	5
Bhutan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
India	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	12	36	4	10	545	36	18	17	7	53	33	215	2
<b>Indonesia</b>	<b>460</b>	<b>608</b>	<b>1,105</b>	<b>1,527</b>	<b>464</b>	<b>821</b>	<b>578</b>	<b>509</b>	<b>418</b>	<b>471</b>	<b>885</b>	<b>1,192</b>	<b>681</b>	<b>1,414</b>	<b>422</b>	<b>472</b>	<b>497</b>	<b>533</b>	<b>794</b>	<b>770</b>
Maldives	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
Myanmar	134	111	227	64	62	179	282	37	67	461	53	18	82	211	88	14	204	170	78	40
Nepal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sri Lanka	NA	NA	NA	0	20	54	31	15	7	7	11	54	17	8	14	37	54	64	32	66
Thailand	542	236	1,007	179	290	414	137	136	222	140	183	116	253	424	56	32	245	176	73	22
Timor Leste	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1
<b>SEAR</b>	<b>1,136</b>	<b>955</b>	<b>2,339</b>	<b>1,779</b>	<b>836</b>	<b>1,468</b>	<b>1,031</b>	<b>709</b>	<b>750</b>	<b>1,083</b>	<b>1,142</b>	<b>1,925</b>	<b>1,069</b>	<b>2,075</b>	<b>602</b>	<b>656</b>	<b>1,097</b>	<b>1,035</b>	<b>1,202</b>	<b>906</b>

Note: 1). NA = tidak ada data; 2). 0 = tidak dilaporkan; 3). 1996 hanya kasus wabah di New Delhi.

\*update August 2004

Sumber: WHO 2004 ([http://w3.whosea.org/en/Section10/Section332\\_7490.htm](http://w3.whosea.org/en/Section10/Section332_7490.htm))

**Tabel 2.** Angka kematian demam berdarah dengue di Asia Tenggara dan sekitarnya 1985-2004\*\*

NEGARA	Angka kematian atau CFR ( <i>case fatality rate</i> ) *																			
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Bangladesh</b>															1.47	1.67	1.81	0.95	2.06	0.23
<b>India</b>							0.05	0.45	0.32	0.05	0.13	3.30	3.06	2.55	1.80	1.08	1.60	1.71	1.69	0.56
<b>Indonesia</b>	<b>3.39</b>	<b>3.68</b>	<b>4.63</b>	<b>3.43</b>	<b>4.48</b>	<b>3.60</b>	<b>2.74</b>	<b>2.89</b>	<b>2.40</b>	<b>2.51</b>	<b>2.52</b>	<b>2.67</b>	<b>2.22</b>	<b>1.96</b>	<b>2.00</b>	<b>1.41</b>	<b>1.08</b>	<b>1.32</b>	<b>1.53</b>	<b>1.12</b>
<b>Maldives</b>				0.44										0.00	0.85	0.56	0.00	3.70	0.00	0.00
<b>Myanmar</b>	5.03	5.31	3.14	5.43	5.18	3.41	4.16	2.20	2.94	3.96	2.14	0.97	1.82	1.62	1.51	0.74	1.30	1.06	0.99	0.99
<b>Sri Lanka</b>				0.00	9.85	4.00	2.96	2.29	0.93	1.20	2.50	4.16	1.73	0.63	0.83	1.11	1.25	0.72	0.67	0.57
<b>Thailand</b>	0.68	0.85	0.58	0.66	0.39	0.45	0.31	0.33	0.33	0.27	0.30	0.31	0.25	0.33	0.23	0.17	0.18	0.15	0.12	0.13
<b>ASIA TENGGARA</b>	<b>1.18</b>	<b>2.06</b>	<b>1.14</b>	<b>2.38</b>	<b>0.97</b>	<b>1.21</b>	<b>1.31</b>	<b>1.11</b>	<b>0.76</b>	<b>1.20</b>	<b>1.08</b>	<b>1.88</b>	<b>0.77</b>	<b>0.95</b>	<b>1.10</b>	<b>1.03</b>	<b>0.52</b>	<b>0.55</b>	<b>0.85</b>	<b>0.84</b>

\* case fatality rate (CFR) = angka kematian dalam persentase

\*\*Data sampai dengan Agustus 2004

Sumber: WHO, 2004 ([http://w3.whosea.org/en/Section10/Section332\\_1102.htm](http://w3.whosea.org/en/Section10/Section332_1102.htm))

Di negara-negara di wilayah tropis, demam berdarah dengue umumnya meningkat pada musim penghujan di mana banyak terdapat genangan air bersih yang menjadi tempat berkembang biak nyamuk *Aedes aegypti* (Suroso 1983), (Suroso & Umar 1999). Di daerah perkotaan, umumnya wabah demam berdarah kembali meningkat menjelang awal musim kemarau (Suroso & Umar 1999), (Kompas 11 Mei 2005).

Pada tahun 2005, jumlah kasus demam berdarah dengue di seluruh Indonesia sampai dengan Februari 2005 sebanyak 5.064 kasus dengan 113 kematian. Di 6 provinsi yaitu DKI Jakarta, Jawa Barat, Sulawesi Selatan, Kalimantan Timur, Nusa Tenggara Barat, dan Nusa Tenggara Timur dilaporkan terjadi peningkatan kasus yang diwaspadai sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB) Demam Berdarah Dengue. Artinya, jumlah kasusnya sudah dua kali lipat atau lebih dari bulan yang sama pada tahun lalu dan atau angka kematiannya lebih dari 1% (Depkes 2005b).

Pada tanggal 6 Juni 2005, tercatat jumlah penderita demam berdarah dengue di seluruh Indonesia selama bulan Januari-Mei 2005 sejumlah 28.330 orang dengan jumlah kematian 330 orang (Subdirektorat Arbovirologi Ditjen P2M&PL 2005).

Dalam upaya pengendalian wabah demam berdarah dengue, dibandingkan negara lainnya di Asia Tenggara, Indonesia termasuk salah satu negara yang masih mengalami masalah. Indonesia memang sangat jauh tertinggal bila dibandingkan Singapura, yang sejak awal dekade 1980an dapat dikatakan telah berhasil memberantas wabah penyakit demam berdarah dengue (Bang & Tonn 1993), (Ooi 2001).

Penanganan secara cepat wabah penyakit demam berdarah dengue di Indonesia setiap tahunnya selalu menjadi masalah karena pemerintah dinilai oleh masyarakat lamban menanganinya (Wahono et. al 2004a), (Tempointeraktif 2004). Pemberantasannya dari tahun ke tahun belum berhasil secara keseluruhan (Ditjen PPM&PL 2004), (Nadesul 2004) (Soedarmo 1990), (Febia 2005).

Seperti dikemukakan dalam Laporan Kesehatan WHO Tahun 2002, di setiap negara, pemerintahnya dapat memegang peranan signifikan dalam mengurangi risiko kesehatan dan mempromosikan hidup sehat. Pemerintah dapat mendorong upaya kesehatan masyarakat melalui kebijakan dan perundang-undangan (WHO 2002).

Kajian ini ingin melihat bagaimana kebijakan pemerintah Indonesia dalam pemberantasan penyakit menular, khususnya pada pemberantasan wabah penyakit demam berdarah dengue, dalam mencegah dan menanggulangi Kejadian Luar Biasa (KLB) Demam Berdarah Dengue. Kajian spesifik tentang kebijakan pencegahan dan penanggulangan demam berdarah dengue ini diharapkan dapat memberi sumbangan kepada kajian kebijakan pemberantasan wabah penyakit secara umum yang telah diberlakukan di Indonesia.

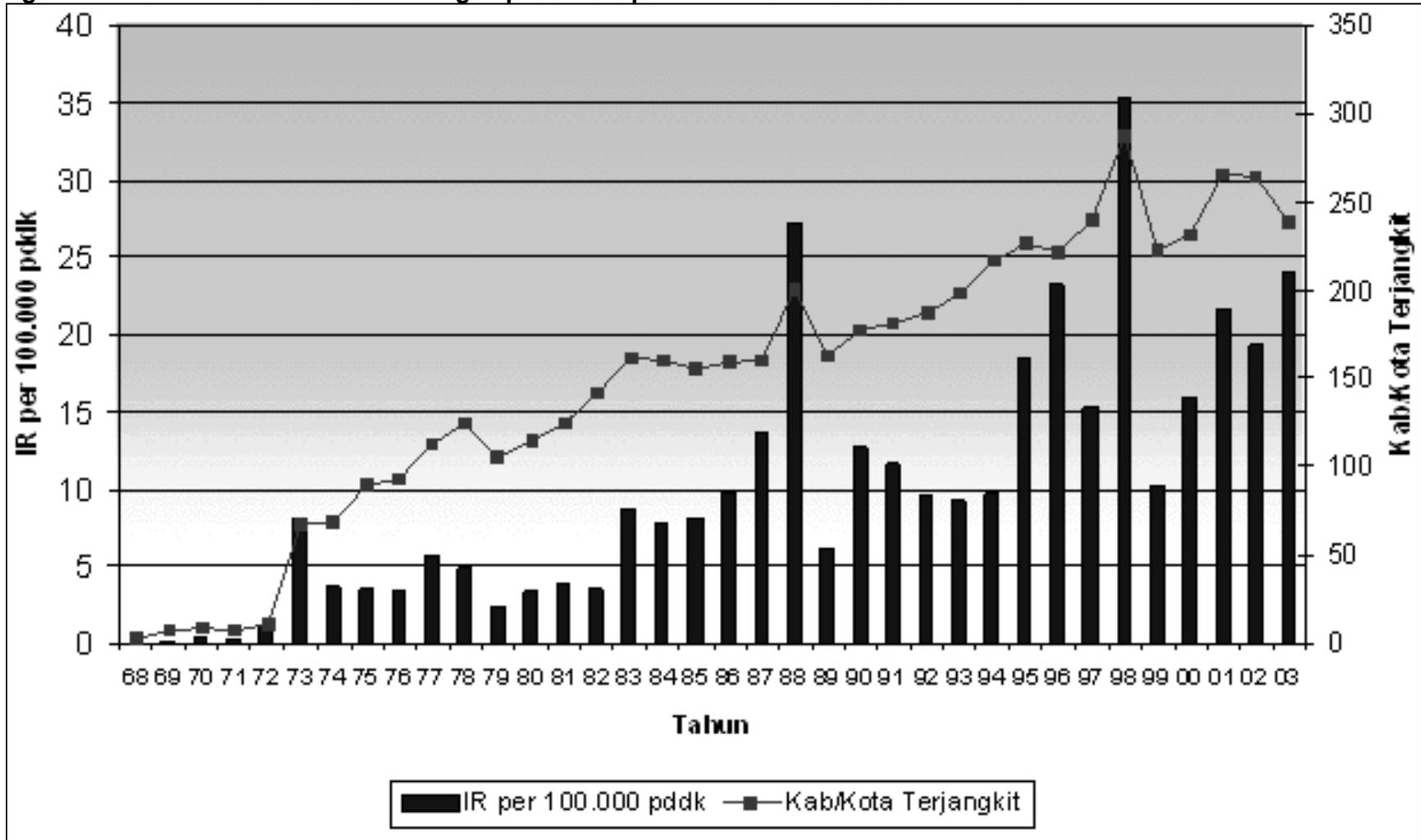
### **Penyebaran Kejadian Luar Biasa dan Wabah Demam Berdarah Dengue di Indonesia**

Penyakit demam berdarah dengue atau *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Kedua jenis nyamuk ini ada hampir di seluruh daerah di Indonesia, kecuali di tempat-tempat ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut (Wahono et al. 2004a). Penyakit ini telah berkembang sejak lama di dunia, pertama kali dikenali pada tahun 1779 di Kairo, dan pada tahun yang sama juga didapati terjadi di Asia yaitu di Jakarta yang dahulu masih bernama Batavia (David Bylon dalam Thongcharoen & Jatanasen 1993).

Wabah demam berdarah dengue di Indonesia yang menyebabkan banyak kematian terjadi untuk pertama kalinya pada tahun 1968 di kota Jakarta dan Surabaya. Pada tahun-tahun selanjutnya penyakit ini menyebar ke berbagai daerah di Indonesia (Suroso 1983). Hingga saat ini hampir semua provinsi di Indonesia pernah mengalami wabah demam berdarah dengue (Lihat Figur 1. Sebaran Demam Berdarah Dengue 1968-2003).

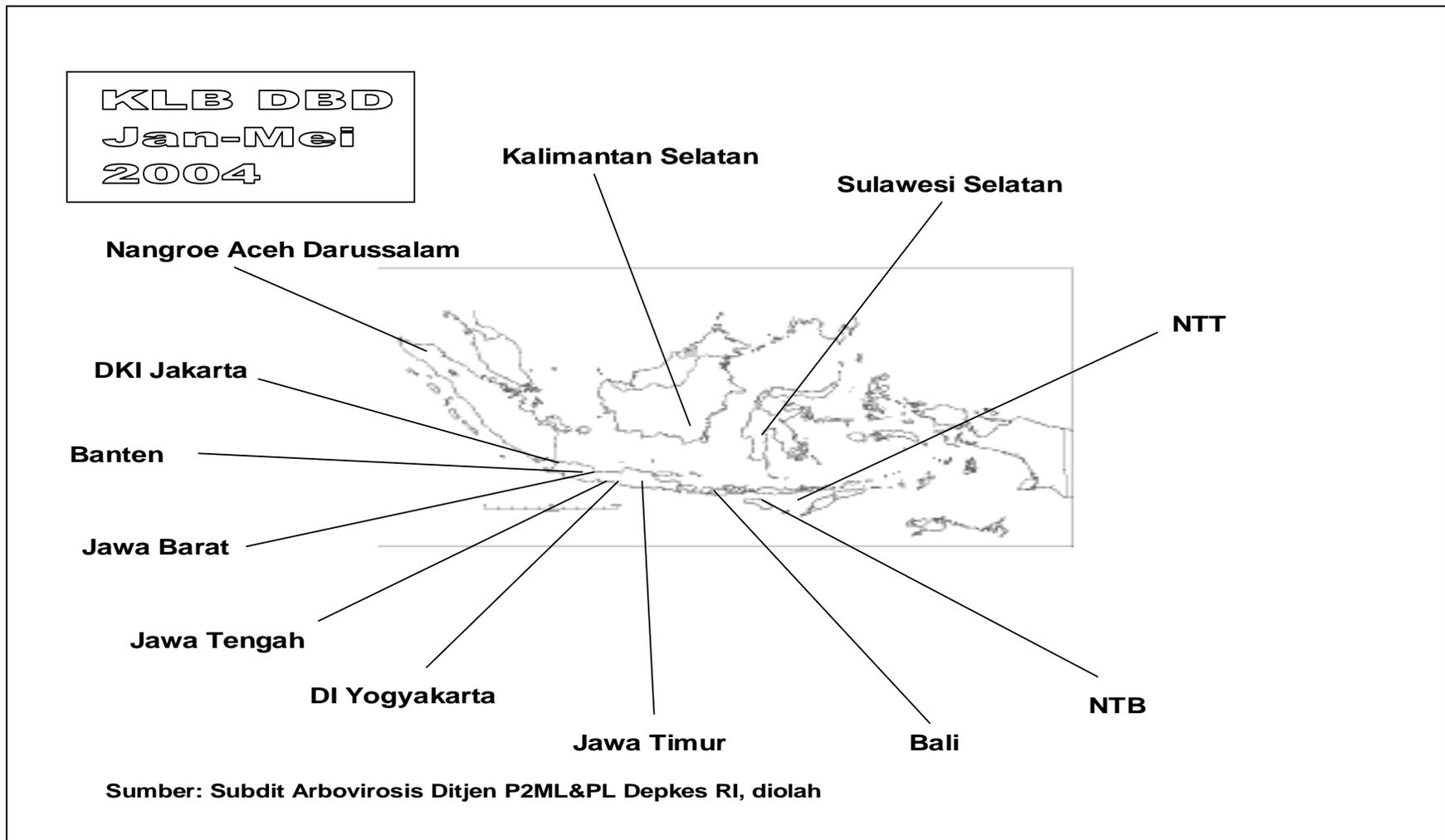
Gambaran sebaran KLB DBD pada tahun 2004 dan 2005 (Januari-Mei) dapat dilihat pada Figur 2. Sebaran Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue di Indonesia Tahun 2004 dan Figur 3. Sebaran & Jumlah Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue di Indonesia Tahun 2005 di halaman-halaman berikut ini.

Figur 1. Sebaran Demam Berdarah Dengue pada Kabupaten/Kota di Indonesia 1968 – 2003

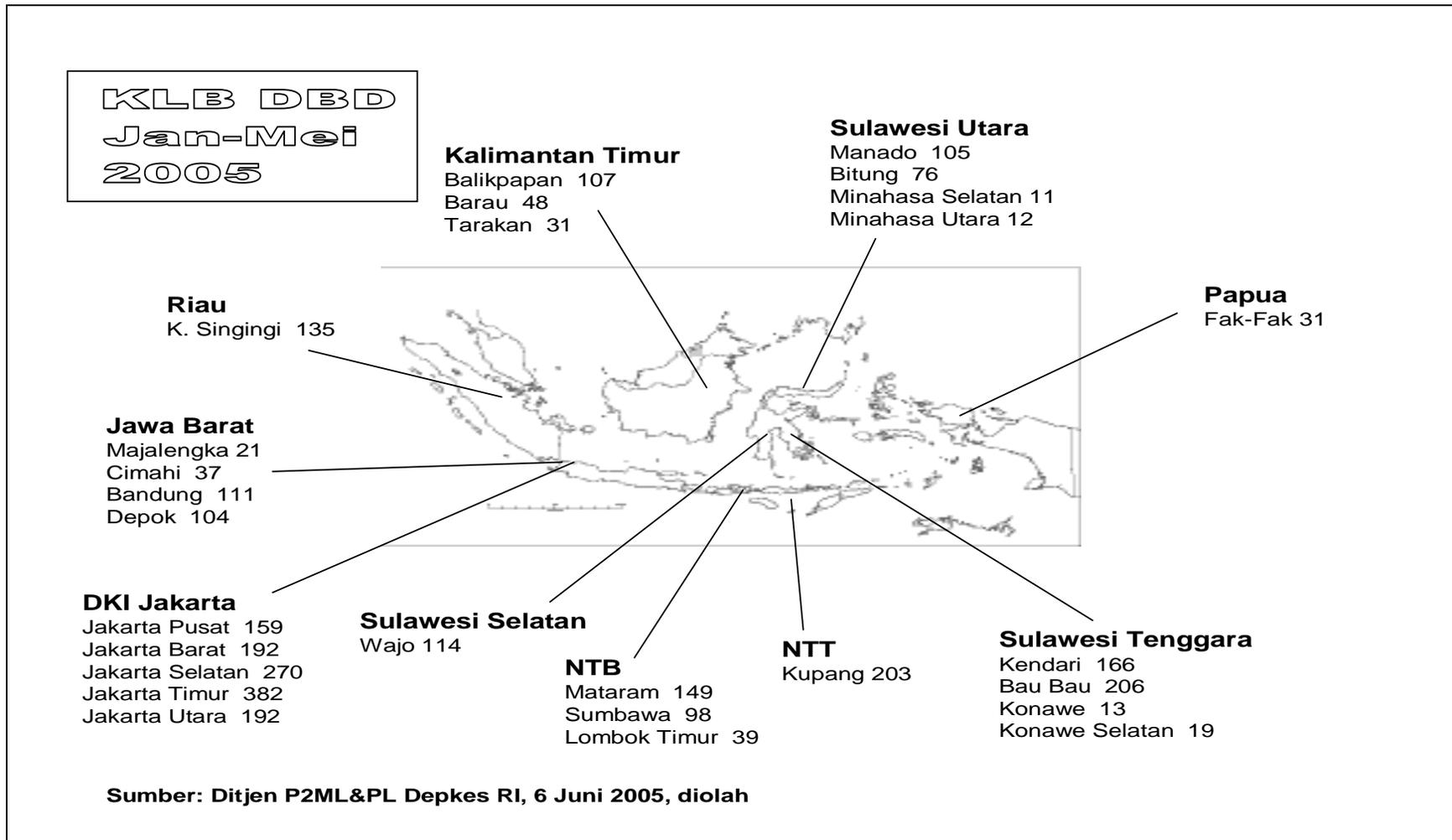


Sumber: Tempinteraktif <http://www.tempinteraktif.com/hg/grafis/2004/09/03/insidenkabdbd.gif> update 3 September 2004

Figur 2. Sebaran Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue di Indonesia Tahun 2004



Figur 3. Sebaran & Jumlah Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue di Indonesia Tahun 2005



Penyebaran penyakit demam berdarah dengue secara pesat sejak tahun 1968 di Indonesia dikarenakan virus semakin mudah penyebarannya menulari lebih banyak manusia karena didukung oleh: (1) meningkatnya mobilitas penduduk karena semakin baiknya sarana transportasi di dalam kota maupun antar daerah, (2) kebiasaan masyarakat menampung air bersih untuk keperluan sehari-hari, apalagi penyediaan air bersih belum mencukupi kebutuhan atau sumber yang terbatas atau letaknya jauh dari pemukiman mendorong masyarakat menampung air di rumah masing-masing (karena nyamuk *Aedes aegypti* hidup di air bersih), (3) sikap dan pengetahuan masyarakat tentang pencegahan penyakit yang masih kurang (Sudarmo 1990), (Suroso 1983).

Daerah yang terjangkit demam berdarah dengue pada umumnya adalah kota/wilayah yang padat penduduk. Rumah-rumah yang saling berdekatan memudahkan penularan penyakit ini, mengingat nyamuk *Aedes aegypti* jarak terbangnya maksimal 100 meter. Hubungan transportasi yang baik antar daerah memudahkan penyebaran penyakit ini ke daerah lain (Suroso 1983). Mengingat bahwa di Indonesia daerah yang padat penduduknya makin bertambah dan transportasi semakin baik serta perilaku masyarakat dalam penampungan air sangat rawan berkembangnya jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan virus dengue, maka masalah penyakit demam berdarah dengue akan semakin besar bila tidak dilakukan upaya pemberantasan secara intensif. Pencegahan berkembangnya nyamuk *Aedes aegypti* sebagai penular demam berdarah dengue menjadi mutlak dilakukan (Bang & Tonn 1993), (Nadesul 2004), (Soedarmo 1990), (Suroso 1983).

Obat dan vaksin demam berdarah dengue sampai saat ini belum tersedia. Pengobatan yang dilakukan hanya untuk mengurangi gejala sakit dan mengurangi risiko kematian (Nadesul 2004), (Suroso & Umar 1999). Penanggulangan demam berdarah dengue secara umum ditujukan pada pemberantasan rantai penularan dengan memusnahkan pembawa virusnya (vektornya) yaitu nyamuk *Aedes aegypti* dengan memberantas sarang perkembangbiakannya yang umumnya ada di air bersih yang tergenang di permukaan tanah maupun di tempat-tempat penampungan air (Bang & Tonn 1993), (Ditjen PPM & PLP 1987), (Nadesul 2004), (Suroso & Umar 1999), (WHO 2004).

## **Aturan**

**Pengertian Wabah Penyakit Menular.** Mengacu pada Undang-Undang No. 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dalam Bab I Pasal 1a, Departemen Kesehatan mendefinisikan wabah penyakit menular sebagai berikut:

“Wabah penyakit menular adalah kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi daripada keadaan lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka.” (Ditjen PPM & PLP, 1987, hal. 2).

Sedangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 949/Menkes/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Luar Biasa (KLB), Departemen Kesehatan mendefinisikan wabah sebagai berikut:

”Wabah adalah berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi daripada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka.”

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 949/Menkes/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Luar Biasa (KLB) itu diatur bahwa yang berwenang menetapkan bahwa suatu wilayah terjangkit wabah adalah Menteri Kesehatan. Dalam peraturan itu dikatakan bahwa, ”Menteri menetapkan dan mencabut daerah tertentu dalam wilayah Indonesia yang terjangkit wabah sebagai daerah wabah.”

**Kejadian Luar Biasa (KLB).** Kejadian berjangkitnya demam berdarah dengue di suatu tempat dapat menimbulkan ledakan jumlah penderitanya. Dalam ukuran tertentu, ledakan jumlah penderita di suatu wilayah dibandingkan dengan jumlah kejadian di tempat yang sama pada kurun waktu yang sama tahun sebelumnya, di Indonesia kejadian itu disebut sebagai Kejadian Luar Biasa. Departemen Kesehatan mendefinisikan Kejadian Luar Biasa sebagai berikut:

“Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah suatu kejadian kesakitan/kematian dan atau meningkatnya suatu kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu kelompok penduduk dalam kurun waktu tertentu.” (Peraturan Menteri Kesehatan No. 949/Menkes/SK/VIII/2004).

Kriteria penetapan KLB Demam Berdarah Dengue adalah sebagai berikut:

“Kriteria KLB Demam Berdarah Dengue adalah: (1) timbulnya penyakit demam berdarah dengue (DBD) yang sebelumnya tidak ada di suatu daerah Tingkat II. (2) Adanya peningkatan kejadian kesakitan DBD dua kali atau lebih dibandingkan jumlah

kesakitan yang biasa terjadi pada kurun waktu yang sama tahun sebelumnya.” (Ditjen PPM & PLP 1987:2).

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2002 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dirumuskan indikator KLB Demam Berdarah Dengue yaitu:

”Angka kesakitan (morbiditas) DBD adalah jumlah kasus DBD di suatu wilayah tertentu selama satu tahun dibagi jumlah penduduk di wilayah dan kurun waktu yang sama, dikalikan 100.000.” (Depkes 2003)

**Kebijakan Umum Pemberantasan Wabah Penyakit Menular.** Kebijakan umum pemberantasan penyakit menular antara lain dirumuskan dalam Undang-undang No. 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular. Dalam Undang-undang ini dikatakan bahwa Menteri Kesehatan menetapkan jenis-jenis penyakit yang dapat menimbulkan wabah (Pasal 3) dan daerah dalam wilayah Indonesia yang ditetapkan sebagai daerah wabah serta daerah yang sudah bebas wabah (Pasal 4).

Upaya penanggulangan wabah meliputi: (1) penyelidikan epidemiologis, yaitu melakukan penyelidikan untuk mengenal sifat-sifat penyebabnya serta faktor yang dapat menimbulkan wabah, (2) pemeriksaan, pengobatan, perawatan dan isolasi penderita termasuk tindakan karantina, (3) pencegahan dan pengebalan yaitu tindakan yang dilakukan untuk memberikan perlindungan kepada mereka yang belum sakit tetapi mempunyai risiko terkena penyakit, (4) pemusnahan penyebab penyakit, yaitu bibit penyakit yang dapat berupa bakteri, virus dan lain-lain, (5) penanganan jenazah akibat wabah, (6) penyuluhan kepada masyarakat (Pasal 5).

Penanggulangan wabah demam berdarah seperti halnya wabah pada umumnya, melibatkan peran serta masyarakat namun sifatnya persuasif. Dalam penjelasan Pasal 5 Undang-undang No. 4 Tahun 1984, dikatakan bahwa penyuluhan kepada masyarakat adalah kegiatan komunikasi yang bersifat persuasif edukatif tentang penyakit yang dapat menimbulkan wabah agar masyarakat mengerti sifat-sifat penyakit, sehingga dapat melindungi diri dari penyakit, dan apabila terkena, tidak menular pada orang lain.

Dalam penjelasan Pasal 5 Undang-undang No. 4 Tahun 1984, juga dikatakan bahwa penyuluhan dilakukan agar masyarakat dapat berperan aktif dalam menanggulangi wabah. Selanjutnya dalam Pasal 6 dikatakan bahwa mengikutsertakan masyarakat secara aktif haruslah tidak mengandung paksaan, disertai kesadaran dan semangat gotong royong,

dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab. Dengan demikian, kebijakan pemberantasan penyakit menular memang mendorong pelibatan masyarakat secara aktif, namun ini lebih bersifat himbauan.

Upaya pemberantasan penyakit menular terkadang terhambat karena kelalaian. Undang-undang No. 4 Tahun 84 juga mengatur tentang ketentuan pidana pelanggaran kelalaian penanggulangan wabah penyakit. Kesengajaan menghalangi pelaksanaan penanggulangan wabah dipandang sebagai kejahatan dan diancam dengan pidana penjara maksimal satu tahun dan/atau denda maksimal satu juta rupiah. Sedangkan kealpaan yang mengakibatkan terhalangnya pelaksanaan penanggulangan wabah penyakit dipandang sebagai pelanggaran dan diancam pidana kurungan maksimal enam bulan dan/atau denda maksimal lima ratus ribu rupiah (Pasal 14).

Pelaksanaan Undang-undang No. 4 Tahun 1984 yang selanjutnya diatur dengan Peraturan Pemerintah No. 40 Tahun 1991. Dalam peraturan ini, yang ditekankan juga adalah partisipasi masyarakat secara aktif namun partisipasi ini lebih dimunculkan secara persuasif.

**Program 100 Hari Kabinet Indonesia Bersatu 2004-2009.** Pemerintahan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono memasukkan pencegahan dan penanggulangan wabah penyakit DBD dalam Program 100 Hari Kabinet Indonesia Bersatu 2004-2009. Program itu diperinci dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 1219/Menkes/SK/X/2004 tentang Program 100 Hari Departemen Kesehatan.

Dalam rincian program itu, di butir 6 dirumuskan "program kewaspadaan dini terhadap penyakit dan masalah lain yang berpotensi sebagai wabah." Sasarannya adalah "tercegahnya kejadian luar biasa/wabah yaitu penanggulangan kejadian luar biasa untuk penyakit DBD, anthrax, flu burung, dan penyakit lain". Sedangkan targetnya adalah "terlindunginya seluruh masyarakat, terutama kelompok miskin dan rentan." Untuk kewaspadaan dini penyakit menular keseluruhannya dianggarkan dana sebesar 200 juta rupiah (Keputusan Menteri Kesehatan No. 1219/Menkes/SK/2004).

**Kebijakan Khusus Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue.** Upaya penanggulangan KLB DBD meliputi: (1) pengobatan dan perawatan penderita, (2) penyelidikan epidemiologi dan sarang nyamuk penular DBD, (3) pemberantasan vektor

(yaitu nyamuk penularnya), (4) penyuluhan kepada masyarakat, (5) evaluasi penanggulangan KLB (Ditjen PPM & PLP 1987).

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 581/Menkes/SK/VII/1992 tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue menyebutkan bahwa "upaya pemberantasan penyakit demam berdarah dengue dilakukan melalui kegiatan pencegahan, penemuan, pelaporan, penderita, pengamatan penyakit dan penyelidikan epidemiologi, penanggulangan seperlunya, penanggulangan lain dan penyuluhan kepada masyarakat."

Dalam Bab Pengertian dijelaskan bahwa, "Penyelidikan epidemiologi adalah kegiatan pelacakan penderita/tersangka lainnya dan pemeriksaan jentik nyamuk penular penyakit demam berdarah dengue di rumah penderita/tersangka dan rumah-rumah sekitarnya dalam radius sekurang-kurangnya 100 meter, serta tempat umum yang diperkirakan menjadi sumber penyebaran penyakit lebih lanjut." Sedangkan penanggulangan seperlunya adalah "penyemprotan insektisida dan/atau pemberantasan sarang nyamuk yang dilakukan berdasarkan hasil penyelidikan epidemiologi".

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 581/Menkes/SK/VII/1992 juga menetapkan bahwa pelaksanaan kegiatan pemberantasan penyakit demam berdarah dengue dilakukan oleh Pemerintah dan masyarakat di bawah koordinasi Kepala Wilayah/Daerah.

Dengan perkembangan kebijakan desentralisasi kesehatan, pelaksanaan pemberantasan penyakit demam berdarah dengue saat ini di Daerah Tingkat II menjadi tugas dan wewenang Pemerintah Daerah, sebagaimana diatur dalam Undang-undang No. 22 Tahun 1999 dan Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2000 Pasal 2 ayat 10.

Pemberantasan vektor merupakan upaya yang mutlak untuk memutuskan rantai penularan (WHO 2004), (Suroso 1983), (Suroso & Umar 1999), (Nadesul 2004), (Bang & Tonn 1993). Strategi yang dilakukan di Indonesia adalah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengasapan (*fogging*), dan larvasiding, yaitu memusnahkan jentik nyamuk dengan menaburkan bubuk abate ke air yang tergenang di dalam tampungan-tampungan air.

Program yang dilakukan adalah gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) secara massal dan nasional. PSN dilakukan dengan menerapkan 3M (Menutup wadah-wadah tampungan

air, Mengubur atau membakar barang-barang bekas yang dapat menjadi sarang nyamuk, dan Menguras atau mengganti air di tempat tampungan air). Kegiatan 3M dihimbau untuk dilakukan oleh masyarakat satu minggu sekali. Gerakan ini dicanangkan oleh Pemerintah setiap tahunnya pada saat musim penghujan di mana wabah demam berdarah dengue biasa terjadi. Pada program pembangunan 2004-2005, pencanangan Gerakan PSN dimulai sejak November 2004 dan ditegaskan kembali oleh Presiden Susilo Bambang Yudhoyono pada tanggal 11 Februari 2005.

Dalam program Indonesia Sehat 2010, salah satu indikator kesehatan masyarakat adalah terbebasnya masyarakat dari kejadian luar biasa demam berdarah dengue. Untuk itu ditetapkan target bahwa pada tahun 2010, diharapkan angka kematian karena demam berdarah dengue, tidak lebih dari 1% dari jumlah penderita demam berdarah. Data pada tahun 2000 menunjukkan angka kematian demam berdarah dengue masih sebesar 22,1% (Depkes 2002).

Kebijakan lainnya dalam upaya penanganan KLB-DBD:

- Pemerintah menginstruksikan semua rumah sakit baik negeri maupun swasta untuk tidak menolak pasien penderita DBD.
- Pemerintah merekomendasikan sejumlah rumah sakit milik pemerintah untuk memberikan pengobatan gratis kepada penderita DBD yang dirawat di ruang perawatan kelas III.
- Pemerintah merekrut juru pemantau jentik ("jumantik") untuk memeriksa jentik-jentik nyamuk *Aedes aegypti* di setiap rumah tangga.
- Pemerintah melakukan penyuluhan masyarakat melalui iklan layanan masyarakat di media massa, brosur dan penyuluhan melalui tenaga kesehatan.
- Pemerintah melakukan penyelidikan epidemiologi untuk mengetahui perkembangan virus dengue.
- Pemerintah menerapkan sistem peringatan dini dan menetapkan status Kejadian Luar Biasa pada wilayah yang mengalami ledakan kejadian demam berdarah dengue.
- Pemerintah memberikan perlakuan seperti pada penanganan Kejadian Luar Biasa, walaupun kejadiannya belum sampai pada kriteria Kejadian Luar Biasa (Depkes 2005b).

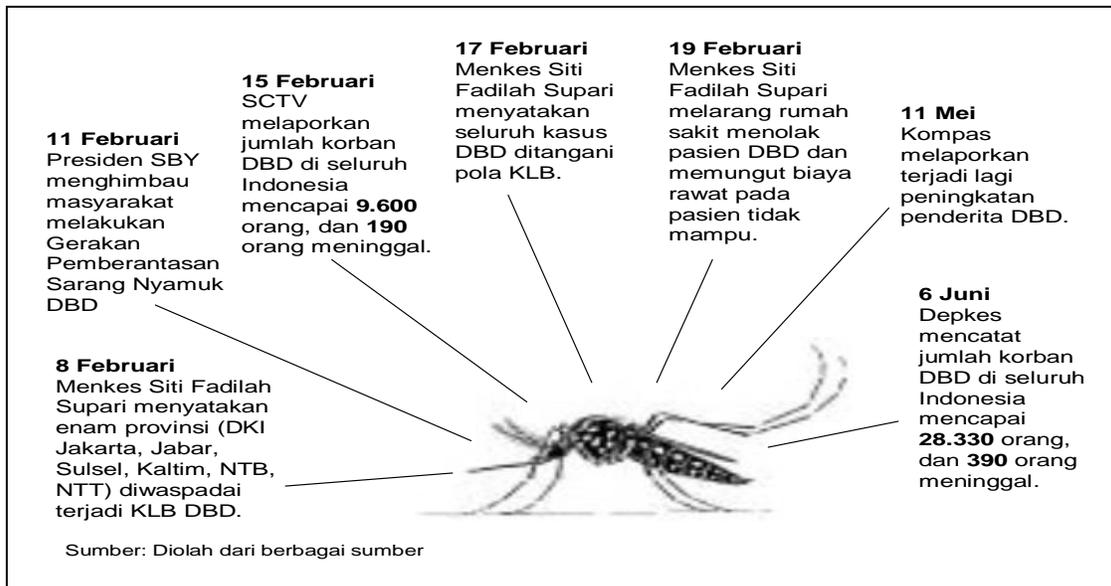
## **Proses Kebijakan**

Pada dekade 1990an, upaya pemberantasan penyakit demam berdarah dengue dilakukan dalam kerangka kerja sama pemerintah dan masyarakat. Pengorganisasian partisipasi masyarakat dikoordinir oleh tim yang dibentuk oleh pemerintah, yaitu Kelompok Kerja (Pokja) DBD dan melalui Tim Penggerak PKK (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 581/Menkes/SK/VII/1992). Fungsi dari kelompok kerja ini adalah mengorganisasikan upaya pencegahan dan penyuluhan.

Setelah era otonomi daerah, upaya pemberantasan penyakit demam berdarah menjadi tugas pemerintah daerah. Kebijakan yang diambil disesuaikan dengan situasi daerah masing-masing. Yang berperan aktif adalah dinas kesehatan propinsi. Departemen Kesehatan melalui Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen P2M&PL) pada tahun 2003 menerbitkan panduan program peningkatan peran serta masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue di kabupaten/kota. (Ditjen P2M&PL 2003).

Pemberantasan demam berdarah dengue kembali menjadi masalah pada tahun 2005. Pada awal bulan Februari 2005, upaya penanggulangan demam berdarah dengue kembali digalakkan. Upaya ini kembali digalakkan karena sejak Januari 2005, demam berdarah dengue kembali menjangkiti daerah-daerah di Indonesia. Hingga minggu pertama Februari 2005, di enam provinsi diwaspadai terjadi kejadian luar biasa DBD. Untuk mengatasinya, pada tanggal 11 Februari 2005 pemerintah mencanangkan Gerakan Nasional Pemberantasan Sarang Nyamuk (Depkes 2005b), (Kompas 11 Februari 2005). Kebijakan-kebijakan untuk penanganan cepat wabah penyakit dan kejadian luar biasa DBD kembali diberlakukan (Lihat Figur 4. Perkembangan kasus DBD dan upaya penanggulangan tahun 2005).

**Figur 4. Perkembangan kasus DBD dan upaya penanggulangan tahun 2005**



Menteri Kesehatan Kabinet Indonesia Bersatu 2004-2009, Siti Fadilah Supari, melanjutkan kebijakan pemberantasan penyakit demam berdarah dengue yang bersifat partisipatif masyarakat. Setiap hari Jumat pagi, masyarakat dihimbau untuk melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan langkah 3M (menguras, menutup, mengubur wadah-wadah air yang potensial untuk perkembangbiakan jentik nyamuk). Kegiatan ini disebarluaskan dalam bentuk himbauan melalui iklan layanan masyarakat di televisi, media cetak dan media lain.

Merespon kekuatiran dan kepedulian akan situasi genting (*sense of crisis*) dari masyarakat tentang kritisnya situasi berjangkitnya demam berdarah di wilayah-wilayah di Indonesia, Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari mengambil langkah bijaksana yaitu kebijakan memberlakukan perlakuan yang biasanya diterapkan pada kasus kejadian luar biasa pada wilayah-wilayah yang telah terjangkit demam berdarah dengue, walaupun catatan kasusnya belum termasuk kriteria KLB DBD. Namun sayangnya, kebijakan ini tidak ada instruksi formalnya, hanya berupa himbauan kepada pemerintah daerah.

Dari sumber di Humas Ditjen P2M&PL Departemen Kesehatan, dikatakan pula bahwa ketentuan bahwa rumah sakit tidak boleh menolak pasien penderita demam berdarah dengue juga tidak ada ketentuan formal dan sanksinya bila ketentuan itu dilanggar. Pelayanan pengobatan penderita demam berdarah sesungguhnya juga sudah dijamin dengan ketentuan pelayanan kesehatan merata bagi masyarakat miskin melalui rawat inap di kelas III rumah

sakit pemerintah. Namun tidak ada sanksi yang tegas bila rumah sakit tidak mengikuti ketentuan ini, yang banyak terjadi seperti dilaporkan Jaringan Rakyat Miskin Kota (2004).

## **Evaluasi Kebijakan**

***Paradigma sehat.*** Sebagian besar kebijakan pemberantasan penyakit demam berdarah dengue masih lebih banyak berkonteks retrospektif (setelah kejadian) dan pada upaya pengobatan (kuratif), dibanding konteks prospektif (sebelum kejadian) dan upaya pencegahan (preventif). Misalnya kebijakan pengobatan gratis dan kebijakan larangan pada rumah sakit untuk menolak pasien demam berdarah, pengasapan (*fogging*) yang menurut petunjuk teknisnya memang dilakukan seperlunya sebatas 100 meter dari lokasi adanya penderita demam berdarah. Upaya pencegahan (preventif) yang dilakukan secara dini dan berkesinambungan belum banyak mendapat penekanan. Padahal, pemberantasan vektor penyakit demam berdarah harus dilakukan secara dini dan berkesinambungan (Bramono 2005), (WHO 2004). Kecenderungan retrospektif dan kuratif ini tidak konsisten dengan paradigma kesehatan yang baru yaitu pendekatan yang lebih mengutamakan upaya preventif daripada kuratif (Depkes 2003), (Suara Pembaruan 22 September 2004).

***Partisipasi masyarakat.*** Kebijakan yang ada, baik tentang penanggulangan wabah penyakit menular secara umum, maupun penanggulangan wabah demam berdarah secara khusus, diarahkan pada terdorongnya partisipasi masyarakat secara aktif. Ini sesuai dengan paradigma baru pembangunan kesehatan yang dirumuskan dalam visi dan misi Indonesia Sehat 2010 (Depkes 2003). Namun kebijakan pelibatan partisipasi masyarakat secara aktif yang ada cenderung lebih bersifat persuasif, sehingga seringkali tidak kuat mendorong masyarakat menyukseskan pemberantasan penyakit menular, termasuk demam berdarah dengue.

WHO (2004) mencatat bahwa di negara-negara di mana wabah demam berdarah masih terjadi dalam besaran yang mengkhawatirkan, program pengontrolan vektor penular cenderung dilakukan secara pasif oleh pemerintah. Ketidakberhasilan pemberantasan menyeluruh dapat terjadi dikarenakan tidak semua masyarakat melakukan upaya pemberantasan vektor penular penyakit, pemberantasan sarang nyamuk tidak mungkin dapat tuntas dilakukan bila anggota masyarakat sampai ke lingkungan terkecil rumah tangga tidak melakukannya (Nadesul 2004). Surjadi (2005) mengingatkan bahwa pemberantasan sarang

nyamuk dengan kegiatan 3M seharusnya juga dilakukan tidak hanya di rumah tapi juga di tempat umum di mana masyarakat banyak berkumpul di pagi hari seperti di sekolah, kantor, kampus, mengingat bahwa nyamuk *Aedes aegypti* menggigit manusia pada pagi hari.

***Penegakan hukum.*** Bang & Tonn (1993) juga Teng (1997) mengemukakan bahwa faktor penegakan hukum (*law enforcement*) menjadi faktor yang mendukung pengontrolan pemberantasan wabah demam berdarah dengue. Teng menyimpulkan bahwa penyuluhan masyarakat dengan didukung oleh penegakan hukum atas undang-undang pemberantasan sarang nyamuk berhasil menjadikan Singapura terhindar dari wabah dan ledakan kejadian demam berdarah dengue. Bang & Tonn juga menyebutkan bahwa, selain Singapura, penegakan hukum juga membawa keberhasilan pengendalian wabah demam berdarah di Bombay, India dan Malaysia.

Negara-negara yang sukses melakukan pemberantasan sarang nyamuk dengan penegakan hukum memberlakukan undang-undang yang secara langsung mengatur pemberantasan sarang nyamuk. Misalnya di Singapura, "*The Destruction of Disease Breeding Insects Acts of 1968*" diberlakukan dengan tegas beserta sanksi hukumnya berupa ancaman denda atau penjara benar-benar dijalankan (Bang & Tonn 1993), (Teng 1997). Pada tahun 1981, denda yang dikumpulkan sejumlah S\$ 317.671 sementara jumlah penduduknya saat itu 2.443.000 orang. Malaysia juga memberlakukan undang-undang "*The Destruction of Disease Bearing Insects Act*" di mana kelalaian membiarkan perkembangbiakkan nyamuk penular penyakit ditindak sebagai pelanggaran hukum dengan ancaman denda atau penjara (Bang & Tonn 1993). Hasilnya, Singapura dan Malaysia hingga kini dapat mengendalikan perkembangbiakan jentik nyamuk *Aedes aegypti* dengan angka indeks rumah tangga bebas jentik lebih dari 95% yaitu dari 100 rumah, lebih dari 95 rumah bebas dari jentik nyamuk *Aedes aegypti*.

Sebagai catatan, angka indeks rumah tangga bebas jentik di kota/kabupaten di Indonesia hingga bulan Juni 2005, berkisar antara 60-80%. Misalnya di Bogor tercatat 70%, Denpasar 85%, Jakarta 80%, Kendari 65%, Mataram 62% dan Surabaya 60%. Adapun target yang ingin dicapai adalah angka indeks rumah tangga bebas jentik sebesar 95% (Subdirektorat Arbovirologi Ditjen P2M&PL 2005).

Komitmen politik dan penegakan perundang-undangan merupakan peran signifikan dari Pemerintah untuk mengurangi risiko kesehatan masyarakat, terutama dalam perilaku tidak sehat yang menyebabkan lingkungan tempat tinggal masyarakat menjadi tidak sehat (WHO 2002). Sebetulnya, kebijakan pemberantasan penyakit menular pada umumnya dan khususnya demam berdarah di Indonesia, dapat diperkuat dengan kebijakan penegakan hukum, karena perangkat hukum untuk tindak pelanggarannya sudah termuat dalam Pasal 14 UU No. 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular. Dibutuhkan komitmen politik yang kuat untuk mengusahakan perilaku sehat masyarakat secara sadar hukum. Namun, pertanyaannya, apakah masyarakat Indonesia sudah siap dengan penegakan hukum di bidang kesehatan?

Tidak adanya komitmen kuat dalam penegakan Undang-undang Pemberantasan Wabah Penyakit ber dampak pada sulitnya melaksanakan Gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) DBD. Tenaga kesehatan baik profesional maupun sukarelawan seringkali menghadapi kendala yaitu penolakan penghuni rumah untuk dipantau jentik nyamuknya, atau penolakan pengasapan (Febia 2005).

***Penegakan hukum dan desentralisasi kesehatan.*** Tidak adanya penegakan hukum dalam pemberantasan wabah penyakit juga membuka peluang bagi kelalaian dalam sistem peringatan dini wabah penyakit ataupun Kejadian Luar Biasa. Kejadian adanya pejabat yang berwenang lalai mengawasi dan melaporkan adanya penyakit menular di wilayahnya. Pada kasus wabah penyakit Flu Burung (*Avian influenza*) pejabat berwenang di Dinas Pertanian Propinsi Sulawesi Selatan semula membantah bahwa di daerahnya ada kejadian penyakit flu burung, namun kemudian terbukti bahwa penyakit itu memang ada di wilayah itu. Kelalaian ini menyebabkan peternak tidak mendapatkan peringatan dini (Kompas 16 Maret 2005). Seperti diketahui, wabah flu burung yang semula menjangkiti hewan unggas, sejak tahun 2003 telah menjangkiti manusia dan menimbulkan kematian manusia (Wahono et al. 2004).

Bila tidak ada penegakan hukum dalam sistem peringatan dini, dalam Kejadian Luar Biasa DBD dapat terbuka kecenderungan melalaikan atau menutupi kasus ledakan kejadian penyakit demam berdarah di suatu wilayah. Terkait sistem desentralisasi pemerintahan, karena Pemerintah Daerah juga bertanggung jawab pada Pemerintah Pusat, dapat terjadi bahwa Pemerintah Daerah cenderung berusaha melaporkan situasi yang 'baik-baik saja' dari

wilayahnya (Siagian 2002) sehingga menutupi adanya wabah penyakit di wilayahnya dengan sengaja atau dengan kelalaian yang dapat berakibat fatal.

***Penegakan hukum dan keberpihakan pada masyarakat miskin.*** Penegakan hukum juga diperlukan untuk mengawal dengan ketat pelaksanaan kebijakan penanganan wabah penyakit yang berpihak pada masyarakat yang tidak mampu (*option for the poor*). Ketika kebijakan pembebasan biaya pengobatan bagi penderita yang dirawat di ruang perawatan kelas III ditetapkan, namun tidak didukung oleh penegakan hukumnya, pihak rumah sakit dapat tetap memungut biaya, yang akhirnya menghambat upaya perawatan pasien penderita demam berdarah. Kejadian seperti ini banyak dilaporkan terjadi di rumah sakit di Jakarta (Jaringan Miskin Kota 2004).

***Kejadian Luar Biasa: Persepsi Risiko Kesehatan.*** Pemerintah menetapkan status wilayah yang terjangkit wabah penyakit berdasarkan perhitungan angka kesakitan (*morbidity*) dan kematian (*mortalitas*). Bila di suatu wilayah ditemukan jumlah penderita demam berdarah melebihi jumlah penderita di bulan yang sama pada tahun lalu di wilayah itu, atau angka kematiannya sudah melebihi 1%, status wilayah itu dinyatakan telah terjadi Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah (KLB DBD). Di sini dibutuhkan ketepatan (akurasi) dan kecepatan (*up to date*) data surveilans (menemukan penderita). Sayangnya, data angka penderita dan angka kematian seringkali terlambat ditemukan ataupun dilaporkan.

Status Kejadian Luar Biasa ditetapkan berdasarkan angka yang dilaporkan. Namun angka yang tercatat bisa jadi hanya menunjukkan fenomena gunung es, yaitu angka yang dilaporkan hanya sejumlah kecil dari jumlah penderita sesungguhnya. Seperti disebutkan dalam laporan pencapaian Indonesia Sehat (Depkes 2004), angka penderita penyakit yang tertera dalam laporan adalah angka yang diperoleh "dari data yang berasal dari masyarakat (*community based data*) yang diperoleh melalui studi morbiditas dan berasal dari sarana pelayanan kesehatan (*facility based data*) yang diperoleh melalui sistem pencatatan dan pelaporan" (Depkes 2004 hal. 31). Padahal, Biro Pusat Statistik (2004) menunjukkan bahwa penduduk Indonesia masih banyak yang tidak pergi berobat ke tempat pelayanan kesehatan ketika mengalami gejala sakit fisik, sehingga tidak terdata ketika sakit. Data Susenas 2004 menunjukkan hanya 38,21% dari penduduk yang disensus yang pergi berobat ke tempat pelayanan kesehatan sehingga dikuatirkan angka laporan kasus penderita demam berdarah hanya mencakup sejumlah kecil jumlah penderita yang sesungguhnya. Kurangnya data

seperti itu dapat menyebabkan kekeliruan persepsi risiko (Fischhoff 1995), (Slovic & Weber 2002).

Yang dimaksud dengan persepsi risiko adalah penilaian kemungkinan terjadinya kerugian (*potential of loss*), mencakup kemungkinan terjadinya (*vulnerability*) dan keparahannya (*severity*) (Slovic 1987). Dalam masalah kesehatan, persepsi risiko adalah penilaian kemungkinan terjadinya kerugian kesehatan fisik atau mental, misalnya kemungkinan terjadinya wabah penyakit menular demam berdarah.

Dalam kebijakan publik yang berkaitan dengan risiko kesehatan masyarakat, peran pemerintah menjadi signifikan karena kewenangan menyatakan status wabah atau kejadian luar biasa (KLB) ada di pemerintah. Sesuai pemberlakuan sistem desentralisasi dan otonomi daerah, pelaporan dan penanganan wabah penyakit di tingkat daerah menjadi tugas dan wewenang pemerintah daerah (Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2000 Pasal 2 ayat 10). Kebijakan penetapan status "kejadian biasa" ("jumlah kecil, belum lebih dari kejadian yang lalu") dan "kejadian luar biasa", berpotensi terjadinya kesalahan memperkirakan risiko terlalu kecil (*under-estimate risk perception*) karena laporan data tidak akurat atau tidak transparan (menutupi, membantah, dan mereduksi temuan). Dalam hal ini, manajemen risiko dan pengkomunikasian risiko (*risk communication*) haruslah sungguh-sungguh menjadi perhatian.

## **Kesimpulan dan Rekomendasi**

(1) **Kegagalan pemberantasan karena paradigma reaktif harus diatasi dengan mengubah paradigma proaktif.** Kebijakan pencegahan dan penanggulangan wabah penyakit demam berdarah dengue di Indonesia masih lebih banyak bersifat reaktif yaitu sebagai respon terhadap KLB atau wabah yang sudah terjadi di masyarakat dibanding secara proaktif yaitu secara tampak nyata melakukan upaya aktif penanggulangan sebelum KLB atau wabah terjadi. Kebijakan dan program lebih bersifat sebagai tanggapan atas kejadian, itu pun lebih banyak didasarkan pada kejadian yang dilaporkan/tercatat. Dari kecenderungan ini, tercermin kecenderungan upaya kuratif (pengobatan) yang dikedepankan daripada upaya preventif (promosi kesehatan dan upaya pencegahan penyakit).

Umumnya, setelah demam berdarah berjangkit di banyak wilayah dan penderita di rumah sakit sudah banyak jumlahnya, barulah pemerintah berusaha menerapkan secara tegas kebijakan dan program berkaitan pemberantasan demam berdarah. Oleh karena itu, selain terkesan terlambat, kebijakan dan program yang dilaksanakan terkesan tidak berorientasi pada antisipasi KLB DBD. Padahal antisipasi dapat dilakukan dengan memutus rantai perkembangbiakan virus DBD, yaitu memberantas sarang nyamuk *Aedes aegypti* secara terus menerus, tidak hanya saat musim penghujan saja. Pemerintah melalui Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (P2M&PL)

Berdasarkan hal tersebut, direkomendasikan agar Gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dijadikan gerakan proaktif yang dilakukan sepanjang tahun dengan intensitas menjelang musim hujan. Yang juga penting diperhatikan adalah upaya sosialisasi sepanjang tahun dalam pemberantasan sarang nyamuk. Hal ini penting untuk menjamin kesadaran masyarakat bahwa pemutusan vektor nyamuk demam berdarah harus dilakukan tuntas sepanjang tahun. Upaya ini bila dilakukan sepanjang tahun dan didukung oleh publikasi ke masyarakat secara sistematis dan berkesinambungan juga diharapkan dapat menepis persepsi masyarakat tentang keterlambatan pemerintah dalam menanggulangi wabah demam berdarah.

**(2) Kegagalan karena kurangnya dukungan penguatan penegakan hukum pada strategi dan program pemberantasan demam berdarah harus diatasi dengan menerapkan secara tegas aturan hukum pemberantasan wabah penyakit.** Strategi dan program-program yang dicanangkan diarahkan pada gerakan partisipasi masyarakat, namun lebih banyak bersifat himbauan tanpa didukung oleh penguatan penegakan hukum yaitu undang-undang dan peraturan tentang wabah penyakit sehingga gerakan pemberantasan sarang nyamuk belum sepenuhnya berhasil.

Oleh karena itu direkomendasikan agar Pasal 14 UU No. 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular yang mengatur sanksi pelanggaran dan kelalaian dalam upaya pemberantasan wabah penyakit menular dilaksanakan secara tegas aturan dan sanksinya sehingga masyarakat lebih bersungguh-sungguh secara sadar berpartisipasi memberantas wabah penyakit menular.

Gerakan PSN tidak hanya dicanangkan sebagai himbauan, tetapi sebagai keharusan terutama menjelang musim hujan dan tidak boleh dilalaikan sepanjang tahun. Terkait dengan ini,

diperlukan revisi Pasal 6 UU No. 4 Tahun 1984 sehingga partisipasi masyarakat merupakan keharusan, bukan hanya himbauan, dengan sanksi yang jelas dan diberlakukan dengan tegas, seperti misalnya sanksi denda uang atau penjara bila terjadi pelanggaran atau kelalaian.

Perlu dipertimbangkan juga perangkat hukum khusus yang mengatur langsung tentang pemberantasan sarang nyamuk. Untuk hal ini, dan juga dapat berlaku untuk penegakan aturan hukum dalam bidang kesehatan lainnya, dapat diusulkan untuk diadakannya perangkat penegak hukum yang akan berfungsi sebagai "polisi kesehatan" yang mengawasi pelaksanaan aturan-aturan kesehatan yang telah dibuat.

**(3) Kegagalan akses masyarakat pada pelayanan penanganan penderita DBD akibat tidak tegasnya penegakan peraturannya harus diatasi dengan pemberlakuan aturan dan pengawasan serta pemberian sanksi yang tegas bila terjadi pelanggaran.** Upaya-upaya penanganan penderita dengan kebijakan jaminan tertampungnya semua penderita di rumah sakit, termasuk pengobatan gratis bagi yang tidak mampu, belum sepenuhnya berhasil karena tidak didukung penegakan peraturannya.

Oleh karena itu, direkomendasikan agar peraturan-peraturan teknis penanganan penderita demam berdarah, termasuk jaminan tertampungnya dan tertanganinya semua penderita yang berobat ke rumah sakit, harus ditegakkan dengan pengawasan ketat sehingga rumah-rumah sakit pun aktif mengantisipasi kemungkinan ledakan pasien, dan semua pasien tertangani dengan layak sehingga virus juga tidak semakin menyebar.

**(4) Kegagalan antisipasi KLB DBD karena *under-estimate risk estimation* harus dicegah dengan pengawasan pelaksanaan tugas pejabat kesehatan yang berwenang mengawasi upaya pemberantasan wabah penyakit menular di daerahnya.** Dalam kebijakan penetapan status wabah dan kejadian luar biasa, perlu diwaspadai kesalahan memperkirakan risiko terlalu kecil (*under-estimate risk perception*) apalagi mengingat keterbatasan kemampuan dan sikap mental pejabat kesehatan di daerah dengan kewenangan otonomi daerah. Sikap mental di sini mengacu pada antisipasi kecenderungan

Oleh karena itu direkomendasikan agar sistem peringatan dini wabah dan kejadian luar biasa seharusnya dilaksanakan dengan pengawasan pelaksanaan tugas dan wewenang pejabat

kesehatan di tingkat pemerintah pusat dan daerah untuk memantau sedini mungkin dan setransparan mungkin kemungkinan berjangkitnya wabah demam berdarah.

Agar kewaspadaan dini wabah penyakit menular para pejabat kesehatan terkait dapat diandalkan, bagi mereka perlu ada program pengembangan kapasitas (*capacity building*) di bidang persepsi dan penilaian risiko (*risk perception & risk assessment*) wabah penyakit.

**(5) Kegagalan karena kurangnya kesiagaan dan kepedulian akan situasi genting (*sense of crisis*) terhadap KLB DBD harus diatasi dengan meningkatkan kepedulian pemerintah dan masyarakat terhadap kasus berjangkitnya DBD walaupun belum masuk kategori KLB DBD.**

Oleh karena itu, untuk kesiagaan masyarakat dan kepedulian pada penderita khususnya dan juga masyarakat umumnya, salah satu kebijakan yang telah dilaksanakan pada tahun 2005 ini yaitu penanganan kasus DBD di suatu wilayah secara kasus KLB walaupun belum terhitung status KLB, perlu didukung. Sayangnya kebijakan ini baru diberlakukan di DKI Jakarta saja dan belum diberlakukan di wilayah lain di Indonesia (Ditjen P2M&PL 2005).

\*\*\*

## Referensi

- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2004a. *Agenda 100 Hari Pertama: Mewujudkan Indonesia yang Sejahtera*. Jakarta: Bappenas.  
[http://www.bappenas.go.id/pnData/ContentExpress/15/isi\\_100\\_hari.htm](http://www.bappenas.go.id/pnData/ContentExpress/15/isi_100_hari.htm)
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2004b. *Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium Millenium Development Goals*. Pebruari 2004. Jakarta: Bappenas.  
<http://www.bappenas.go.id/index.php?module=ContentExpress&func=display&ceid=853>
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2004c. *Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2004-2009*. Jakarta: Bappenas.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2005a. *Rencana Pembangunan Jangka Panjang 2005-2025*. Jakarta: Bappenas.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2005b. *Peraturan Presiden RI No. 39 Tahun 2005 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2006*. Jakarta: Bappenas.  
<http://www.bappenas.go.id/index.php?module=ContentExpress&func=display&ceid=2303>
- Bang, Yong H. and Robert J. Tonn. 1993. Vector Control and Intervention. Dalam Prasert Thongcharoen ed.. *Monograph On Dengue/Dengue Haemorrhagic Fever*. WHO Regional Publication SEARO, 22: 121-138. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.
- Biro Pusat Statistik (BPS). 2004. *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2004*. Jakarta: Biro Pusat Statistik.
- Bramono, Sandhi Eko. 2005. *Pasca Tsunami: Waspada Ancaman Penyakit Bawaan Air Water Borne Diseases*. Bandung: Departemen Teknik Insititut Teknologi Bandung.  
<http://www.tlitb.org/artikel.php?id=11&jenis=2>
- Departemen Kesehatan (Depkes) RI. 2002. *Profil Kesehatan 2001*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan (Depkes) RI. 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat*. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1202/Menkes/SK/VIII/2003. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan (Depkes) RI. 2004. *Profil Kesehatan 2002*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan (Depkes) RI. 2005a. *Peningkatan Akses Masyarakat terhadap Layanan Kesehatan yang Berkualitas*. Press release. 29 Januari.
- Departemen Kesehatan (Depkes) RI. 2005b. *Presiden Ajak Masyarakat Lakukan Gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk*. Press release. 11 Februari.

- Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PPM&PL) Departemen Kesehatan RI. 2004. *Modul Latihan Juru Pemantau Jentik dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PPM&PL) Departemen Kesehatan RI. 2004. *Panduan Program Peningkatan Peran Serta Masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue di Kabupaten/Kota*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PPM&PL) Departemen Kesehatan RI. 1987. *Petunjuk Pelaksanaan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa KLB dan Wabah Demam Berdarah Dengue DBD*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Febia, Evia. 2005. *Tidak Heran Kalau Kasus Demam Berdarah Dengue di Jakarta Tinggi*. Kompas, 15 Maret.
- Fischhoff, Baruch. 1995. Risk Perception and Communication Unplugged: Twenty Years of Process. *Risk Analysis*, 15, 137-145.
- Jaringan Rakyat Miskin Kota. 2004. *Kasus Luar Biasa Demam Berdarah Dengue: Rakyat Miskin Terus Menjadi Korban*. Press Release. 31 Agustus 2004.
- Kompas. 2005. *Cegah Flu Burung, Dinas Peternakan Sebar Vaksin*. 16 Maret.
- Kompas. 2005. *DBD Masih Mengancam Warga Jakarta*. 11 Mei.
- Kompas. 2005. *Polio Liar "Melumpuhlayuhkan" Reformasi*. 14 Mei.
- Lubis, Firman. 2005. *Polio dan Masalah Kesehatan Kita*. Kompas. 14 Mei.
- Nadesul, Handrawan. 2004. *100 Pertanyaan dan Jawaban Demam Berdarah*. Jakarta: Penerbit buku Kompas.
- Ooi, Eng Eong. 2001. Changing Pattern of Dengue Transmission In Singapore. *Dengue Bulletin*, 25: 40-44.  
[http://w3.whosea.org/LinkFiles/Dengue\\_Bulletin\\_Volume\\_25\\_ch7.pdf](http://w3.whosea.org/LinkFiles/Dengue_Bulletin_Volume_25_ch7.pdf)
- Siagian, Albiner. 2002. *Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan: Suatu Kajian Kesiapan Daerah Menghadapi Desentralisasi Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Makalah Falsafah Sains Program Pasca Sarjana S3 Insitut Pertanian Bogor.  
[http://rudycr.tripod.com/sem1\\_023/albiner\\_siagian.pdf](http://rudycr.tripod.com/sem1_023/albiner_siagian.pdf)
- Slovic, Paul. & Elke U. Weber. 2002. *Perception of Risk Posed by Extreme Events*. Paper presented at conference "Risk Management Strategies In An Uncertain World", Palisades, New York, April, 12-13, 2002.
- Slovic, Paul. 1987. Perception of Risk. *Science*, 236: 280-285. 17 April.
- Soedarmo, Sumarmo Sunaryo Poorwo. 1990. *Peran Serta Masyarakat Serta Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kedokteran dalam Pencegahan Penyakit Menular: Telaah*

*Retrospek dan Prospek Terhadap Demam Berdarah Dengue*. Pidato pengukuhan diucapkan pada upacara penerimaan jabatan sebagai guru besar tetap dalam Ilmu Kesehatan Anak pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta: Balai penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Suara Pembaruan. 2005. *Harapan untuk Pemerintah Baru*. 22 September.

Subdirektorat Arbovirolosis Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PPM&PL) Departemen Kesehatan RI. 2005. *Laporan mingguan status demam berdarah dengue*.

Surjadi, Charles. 2005. *Belajar menanggulangi DBD dari Kuba*. Suara Pembaruan. 20 Maret.

Suroso, Thomas & Ali Imran Umar. 1999. Epidemiologi dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah di Indonesia Saat Ini. Dalam Sri Rezeki H. Hadinegoro & Hindra Irawan Satari eds. *Demam Berdarah Dengue: Naskah Lengkap Pelatihan Bagi Pelatih Dokter Spesialis Anak dan Dokter Spesialis Penyakit Dalam untuk Tata Laksana Kasus DBD*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Suroso, Thomas. 1983. *Tinjauan Keadaan dan Dasar-Dasar Pemikiran dalam Pemberantasan Demam Berdarah di Indonesia Periode 1968-1981*. Jakarta: Direktorat Jenderal P3M Depkes RI.

Tempointeraktif. 2004. "Puaskah Anda dengan Upaya Pemberantasan Demam Berdarah Dengue oleh Pemerintah".  
<http://www.tempointeractive.com/jajak/indikator/arsip.php?file=20040220,id>. Survey.

Thongcharoen, Prasert. & Sujarti Jatanasen. 1993. Dengue haemorrhagic fever and dengue shock syndrome: Introduction, historical and epidemiological background. Dalam Prasert Thongcharoen ed.. *Monograph On Dengue/Dengue Haemorrhagic Fever*. WHO Regional Publication SEARO, 22: 1-8. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.

Wahono, Tri .Djoko. ed., Kristina, Isminah, Leny Wulandari. 2004a. *Demam Berdarah*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Kajian Masalah Kesehatan.

Wahono, Tri Djoko. ed., Kristina, Isminah, Leny Wulandari. 2004b. *Flu burung*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Kajian Kesehatan.

World Health Organization (WHO) South East Asia Regional Office. 2004. *Situation Of Dengue/Dengue Haemorrhagic Fever In the South-East Asia Region: Prevention And Control Status In SEA Countries*. <http://w3.whosea.org/en/Section10/Section332.htm>

World Health Organization (WHO). 2002. *The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: WHO.

## DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

AFP	:	<i>Acute Flaccid Paralysis</i> (polio lumpuh layuh)
AIDS	:	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
Bappenas	:	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BPS	:	Biro Pusat Statistik
DBD	:	Demam berdarah dengue
Depkes	:	Departemen kesehatan
Ditjen	:	Direktorat Jenderal
Ditjen P2M&PL	:	Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan
HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
KLB	:	Kejadian luar biasa
MDG	:	<i>Millenium Development Goals</i> (Tujuan Pembangunan Milenium)
RPJM	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah
RPJP	:	Rencana Pembangunan Jangka Panjang
SBY	:	Susilo Bambang Yudhoyono
SEARO	:	<i>South East Asian Regional Office</i>
Susenas	:	Sensus Ekonomi Sosial Nasional
WHO	:	<i>World Health Organization</i>

## DAFTAR TABEL & GAMBAR

- Tabel 1. Jumlah Kasus Penderita dan Kematian Demam Berdarah Dengue di Asia Tenggara dan sekitarnya Tahun 1985-2004
- Tabel 2. Angka kematian demam berdarah dengue di Asia Tenggara dalam persentase (case fatality rate/CFR)
- Figur 1. Sebaran Demam Berdarah Dengue pada Kabupaten/Kota di Indonesia 1968 – 2003
- Figur 2.. Sebaran Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue di Indonesia Tahun 2004
- Figur 3. Sebaran & Jumlah Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue di Indonesia Tahun 2005
- Figur 4. Perkembangan kasus DBD dan upaya penanggulangan tahun 2005

**KEBIJAKAN PEMBERANTASAN WABAH PENYAKIT MENULAR:  
KASUS KEJADIAN LUAR BIASA DEMAM BERDARAH DENGUE (KLB DBD)**

Kebijakan	Masalah	Rekomendasi
<p><b>Pemberantasan Wabah Penyakit Menular KLB Demam Berdarah</b></p>	<p>Paradigma reaktif dan kuratif.</p>	<p>Mengubah paradigma menjadi proaktif dan preventif.</p> <p>Pelaksanaan Gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk sepanjang tahun disertai dengan kampanye dan publikasi untuk sosialisasi yang luas ke masyarakat.</p>
	<p>Penegakan hukum pemberantasan wabah penyakit yang tidak tegas dan sebatas himbauan.</p>	<p>Penegakan Pasal 14 UU No. 4 Tahun 1984 tentang sanksi pelanggaran dan kelalaian dalam upaya pemberantasan wabah penyakit menular.</p> <p>Penyusunan perangkat hukum khusus (dapat berupa peraturan pemerintah atau peraturan pemerintah daerah atau tingkat perundangan yang sesuai) tentang pemberantasan sarang nyamuk <i>Aedes aegypti</i>.</p> <p>Penugasan “Polisi Kesehatan” untuk pengawasan pelaksanaan aturan-aturan pemberantasan wabah penyakit.</p>
	<p>Akses pelayanan penanganan penderita DBD terutama pasien tidak mampu.</p>	<p>Penyusunan secara tertulis dan formal tentang peraturan teknis penanganan penderita DBD termasuk jaminan tertampungnya dan tertanganinya semua penderita yang berobat ke rumah sakit.</p> <p>Penerapan sanksi yang tegas terhadap pelanggaran rumah sakit yang menghambat akses penanganan pasien DBD.</p>

	<p>Kesalahan memperkirakan risiko terlalu kecil (<i>under-estimate risk perception</i>) terutama di tingkat pemerintahan daerah sejalan dengan era otonomi daerah.</p>	<p>Pengawasan pelaksanaan kewaspadaan dini wabah dan kejadian luar biasa DBD.</p> <p>Pengembangan kapasitas (<i>capacity building</i>) di bidang persepsi dan penilaian risiko (<i>risk perception &amp; risk assessment</i>) wabah penyakit.</p>
	<p>Kesiagaan dan kepedulian akan situasi genting (<i>sense of crisis</i>) terhadap KLB DBD.</p> <p>Persepsi masyarakat tentang kelambatan pemerintah dalam penanganan KLB dan wabah DBD.</p>	<p>Kebijakan penanganan kasus DBD di suatu wilayah secara kasus KLB walaupun belum masuk kriteria KLB, seperti telah diterapkan di DKI Jakarta, perlu diberlakukan juga di daerah lain.</p>

## TENTANG PENULIS

**Antonius Wiwan Koban** lahir di Jakarta, 10 April 1974, menempuh pendidikan dasar dan menengah di Jakarta. Gelar Sarjana Psikologi diperoleh dari Fakultas Psikologi Unika Atma Jaya, Jakarta (1995-2002) dengan peminatan pada psikologi sosial dan *social cognitive learning behavior*. Saat ini Antonius Wiwan Koban adalah sebagai peneliti di bidang kebijakan sosial, gender dan pembangunan di The Indonesian Institute. Sebelumnya, Antonius Wiwan Koban bekerja sebagai tim pengajar mata kuliah metode penelitian di Fakultas Psikologi Unika Atma Jaya (2003-2005), asisten peneliti dalam penelitian mengenai pekerja anak, kesetaraan gender dalam pendidikan, dan *trafficking* anak dan perempuan di Pusat Kajian dan Pengembangan Masyarakat Unika Atma Jaya (1999-2005); serta asisten *program officer* untuk program pendidikan perdamaian (*Peace Education*) di *Action Research & Training Institute (ARTI)* yang didanai oleh Unesco *Office* Jakarta (2004-2005).