

JENDER DI BIDANG SOSIAL DAN KESEHATAN

Supraptini*, Dina Bisara*, Anwar Musadad*

Abstrak

Di dalam UUD 1945 pada Bab X yang mengatur tentang hak dan kewajiban Warga Negara tidak terdapat satu katapun yang membedakan antara pria dan wanita. Jadi secara hukum dapat dikatakan kedudukan antara pria dan wanita adalah sama, namun di dalam pelaksanaannya masih terdapat perbedaan. Kajian di bawah ini dimaksudkan untuk menggambarkan tentang kesetaraan jender terbatas pada bidang pendidikan, pekerjaan dan kesehatan termasuk akses ke pelayanan kesehatan dan untuk melihat seberapa jauh mitra sejajar telah dilaksanakan di Indonesia.

Hasil analisis menunjukkan dari tahun 1990-1997 jumlah wanita yang sekolah di atas usia 5 tahun sedikit lebih rendah dibandingkan pria. Jumlah wanita yang menikah dalam usia yang sangat muda meningkat dengan tajam dan ditemukan paling tinggi di provinsi Jawa Timur.

Dilihat dari akses ke pelayanan kesehatan tampak ada perbedaan rawat jalan antara wanita dan pria pada kelompok usia 15-49 tahun. Untuk rawat inap, persentase wanita yang rawat inap pada usia balita dan lansia sedikit lebih tinggi dibandingkan pria. Dalam keikutsertaan KB tampak adanya kesenjangan yang makin melebar antara wanita dan pria.

Keyword : gender, health status, sosial demography

Pendahuluan

Di dalam UUD 1945 pada Bab X mengenai hak dan kewajiban warga negara tidak ada pernyataan yang membedakan antara pria dan wanita. Jadi secara hukum dapat dikatakan kedudukan antara pria dan wanita adalah sama, namun demikian di dalam pelaksanaannya masih terdapat perbedaan. Di Indonesia isu jender mulai muncul pada akhir abad 20. Isu jender berhubungan dengan bagaimana anggapan/pandangan masyarakat terhadap perbedaan peranan dan tanggung jawab antara wanita dan pria, bukan karena perbedaan biologis. Prinsip kesamaan jender serta kesetaraan dalam peranan wanita di bidang pembangunan masih belum sepenuhnya diaktualisasikan.

Dengan adanya program jender dari Pemerintah, kaum wanita harus setara dengan laki-laki. "Kesetaraan" bukan berarti "Kesamaan", karena wanita memang berbeda dengan pria secara biologis. Wanita mempunyai fungsi kodrati reproduktif mulai dari menstruasi, hamil, melahirkan, dan menyusui. Sebagian besar penduduk Indonesia ada di daerah perdesaan, di mana taraf pendidikan dan ekonominya masih perlu ditingkatkan dan sebagian besar di antaranya adalah wanita. Walaupun dalam era pembangunan

dewasa ini telah banyak peluang yang dimanfaatkan kaum wanita untuk maju dan berkembang namun tingkat kemajuannya belum sama atau merata bahkan derajat kepercayaannya pun tidak sama.

Kajian ini dimaksudkan untuk memberikan gambaran tentang kesetaraan jender di bidang pendidikan, pekerjaan dan kesehatan termasuk akses ke pelayanan kesehatan dan untuk mendapatkan gambaran seberapa jauh mitra sejajar telah dilaksanakan di Indonesia. Kajian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk pengembangan kebijaksanaan program jender di masa mendatang.

Tujuan

Kajian tentang jender di Indonesia ini dimaksudkan untuk memberikan gambaran umum status sosial ekonomi dan kesehatan wanita dibandingkan dengan pria. Secara khusus kajian ini mencoba untuk memberikan gambaran mengenai status sosial ekonomi dan demografi dari wanita dibandingkan dengan pria, dan aksesibilitas pada pelayanan kesehatan dan status kesehatan termasuk perilaku merokok.

Kajian status sosial ekonomi dan demografi mencakup: pendidikan, kegiatan, dan status perkawinan

* Puslitbang Ekologi Kesehatan, Badan Litbangkes,

Kajian tentang aksesibilitas pada pelayanan kesehatan dan status kesehatan mencakup: morbiditas, rawat jalan dan rawat inap, angka harapan hidup, keikutsertaan dalam KB dan jenis kontrasepsi, serta perilaku merokok.

Sumber Data

Kajian ini memanfaatkan berbagai sumber data khususnya data survei yang dilakukan Badan Pusat Statistik (BPS) bekerja sama dengan Badan Litbangkes sebagai sumber utama. Data dari BPS mencakup Susenas khususnya modul kesehatan dari Susenas 2001, Susenas 1971 sampai dengan 1998. Di samping itu digunakan pula data SDKI 1997.

Limitasi

Susenas 2001 dan 2000 sebagai sumber utama tidak mencakup DI Aceh dan Maluku untuk modul. Selanjutnya kualitas data dipengaruhi oleh jenis pengumpul data yakni Mantis dan Mitranya. Data kesehatan yang dikumpulkan bukan oleh tenaga kesehatan perlu kehati-hatian dalam menginterpretasikannya.

Hasil dan Pembahasan

1. Sosial Ekonomi dan Demografi

a. Pendidikan

Dalam Undang-undang No. 2./1989 disebutkan wajib belajar pendidikan dasar 9 tahun dimulai tahun 1994. Kepada orang tua dianjurkan **menyekolahkan anaknya baik wanita ataupun pria** sekurang-kurangnya sampai menyelesaikan SLTP.

Sesuai dengan Undang-undang tersebut di atas tampak jumlah wanita dan jumlah laki-laki usia 5 tahun ke atas yang bersekolah dari tahun

1971 sampai tahun 1990 menunjukkan peningkatan walau untuk wanita angkanya agak lebih rendah dari laki-laki. Namun tahun-tahun berikutnya jumlah wanita yang bersekolah cenderung statis demikian pula halnya pada pria. Malahan pada tahun 2001 jumlah pria yang sekolah sedikit lebih rendah dari pada wanita. Pada usia 5 tahun ke atas dari tahun 1990 tidak nampak perbedaan yang bermakna antara jumlah wanita dan pria yang bersekolah (Tabel 1).

Di Indonesia, menurut Niehof dalam keluarga tidak jelas apakah ada perbedaan perlakuan antara anak laki laki dan perempuan dalam hal sekolah.⁴ Mereka dimasukkan ke sekolah dasar dalam umur yang sama. Walaupun ternyata rasio antara anak laki - laki terhadap anak perempuan di sekolah dasar adalah sama, tetapi terdapat kesenjangan yang semakin besar pada tingkat sekolah yang lebih tinggi.²

b. Kegiatan

Pada umur 15 tahun ke atas hampir separuh dari jumlah wanita kegiatan terbanyaknya adalah mengurus rumah tangga (49%), sedangkan persentase yang sekolah antara wanita dan pria tidak banyak berbeda. Persentase Wanita yang menopang kehidupan keluarga hanya 1/2 dari jumlah pria (Tabel 2). Jadi dapat dikatakan bahwa usia 15 tahun ke atas kegiatan wanita terbanyak adalah mengurus rumah tangga, sedangkan pria adalah bekerja.

Upah rata-rata yang diterima oleh kaum perempuan berdasarkan Susenas 2001 lebih rendah dari pada laki-laki, baik di perkotaan maupun di perdesaan. Perbedaan upah antara perempuan dan laki-laki ditemukan lebih tinggi di daerah perdesaan dibandingkan di perkotaan (17% : 14%).

Tabel 1. Jumlah Wanita dan Pria Usia 5 Tahun ke Atas yang Bersekolah per 100 Orang

Tahun	Wanita (per 100 orang)	Pria (per 100 orang)
1971	16	21
1980	24	28
1990	26	29
1997	26	28
2001	26	24

Sumber: wanita dan pria di Indonesia, BPS 1995.

Hal ini dimungkinkan karena jam kerja perempuan di daerah perdesaan lebih pendek dari pada laki-laki. Selanjutnya dapat dikatakan ketidaksetaraan jender lebih mencolok terjadi di daerah perkotaan karena terdapat perbedaan upah yang cukup besar antara perempuan dan laki-laki, padahal bila ditinjau dari rata-rata jam kerja dalam seminggu tidak menunjukkan perbedaan yang berarti (Tabel 3).

Hasil Susenas 1997 menunjukkan hanya 18% perempuan yang menerima gaji lebih dari Rp.300.000,- per bulan dibandingkan 31% pada laki-laki.³ Pada tahun yang sama ditemukan 39% perempuan di daerah perkotaan dan 51% perempuan di perdesaan ikut menopang kehidupan keluarga, namun dari persentase tersebut di atas ternyata hanya 0,3% yang memegang jabatan sebagai manajer administrasi, 4% menjabat sebagai clerk, 5% sebagai profesional, 12% buruh perusahaan dan 23% bergerak di bidang penjualan.

c. Status Perkawinan

Dari tahun 1995 sampai dengan 1997 tampak status perkawinan tidak berbeda banyak,

namun bila dibandingkan dengan keadaan pada tahun 2001, tampak jumlah wanita ataupun pria yang belum menikah turun dengan tajam (jumlahnya meningkat). Sedangkan jumlah wanita yang menjadi kepala rumah tangga dibandingkan pria jauh lebih banyak (9/100:2/100).

Walaupun jumlah wanita dan pria yang menikah turun dengan mencolok namun kebiasaan menikah pada umur yang sangat muda justru meningkat.

Pada tahun 1998, wanita menikah pada umur sangat muda hanya 16% di perdesaan tetapi pada tahun 2001 naik dengan tajam menjadi 30% (Gambar 1). Di daerah perkotaan juga terjadi kenaikan walaupun tidak seperti di daerah perdesaan (11%;20%).

Dilihat dari provinsi, Jawa Timur merupakan provinsi yang persentase wanita menikah pada usia yang sangat muda paling tinggi (37%), diikuti Jawa Barat (35%) dan Kalimantan Selatan(33%). Dibandingkan dengan tahun 1998, kebiasaan kawin pada usia sangat muda tidak banyak berubah di tiga provinsi tersebut di atas (Gambar 2).

Tabel 2. Kegiatan Wanita dan Pria umur 15 Tahun ke Atas, 2001

Jenis kelamin	Bekerja	Sekolah	Mengurus RT	Lainnya
Wanita	35,5	7,3	48,7	8,5
Pria	75,8	8,5	1,4	14,3
Indonesia	55,5	7,8	25,3	11,4

Sumber: Susenas 2001.

Tabel 3. Jam Kerja dan Upah Buruh/Karyawan/Pegawai, menurut Susenas 2001

Wilayah	Jenis Kelamin	Jam Kerja/Minggu		Upah/bulan		%	Perbedaan upah (%)
		mean	SD	mean	SD		
Kota	Laki-laki	45,5	13,1	569182,3	393949,9	57,18	14
	Perempuan.	44,8	15,9	426221,7	344406,8	42,82	
Desa	Laki-laki	42,9	14,3	413795,8	270669,9	58,60	17
	Perempuan.	38,1	15,9	292358,5	258354,1	41,40	

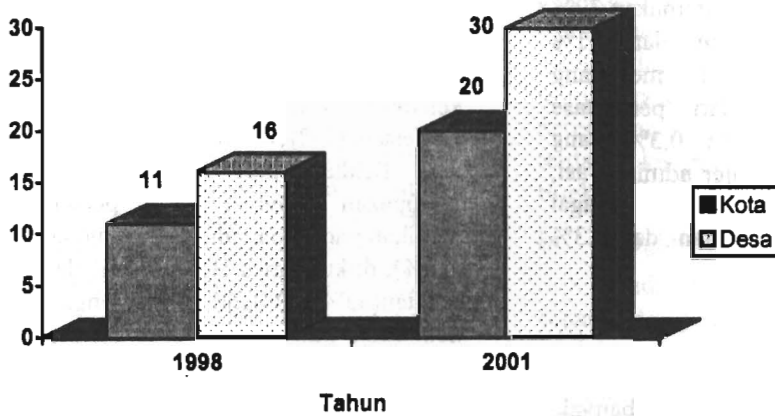
Sumber: Susenas 2001

Tabel 4. Status Perkawinan Wanita dan Pria , 1995 - 2001, di Indonesia per 100 Orang

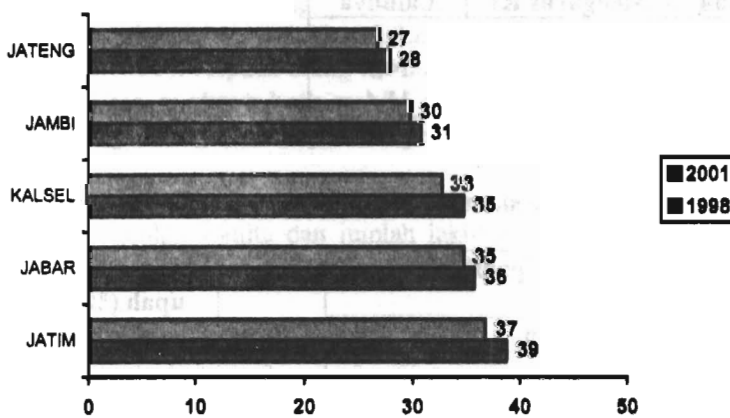
Tahun	Dari setiap 100 wanita yang			Dari setiap 100 pria yang		
	Kawin	Belum kawin	Janda	Kawin	Belum kawin	Duda
1995	54	35	11	55	43	2
1997	55	34	11	56	42	2
2001	46	44	9	45	53	2

Sumber:Susenas 1995, 1997, 2001.

Gambar 1. Wanita yang Menikah(<16 tahun) di Kota dan Desa



Gambar 2. Persentase Wanita Kawin pada Usia <16 Tahun di 5 Provinsi Tertinggi tahun 1998 & 2001



Menikah pada usia yang sangat muda banyak berkaitan dengan faktor sosial budaya dan faktor ekonomi di satu daerah. Ditinjau dari sudut kesehatan, menikah pada umur yang sangat muda merupakan salah satu faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan anak. Hasil SDKI 1997 menunjukkan umur kawin pertama sangat berva-

riasi menurut tempat tinggal dan tingkat pendidikan.⁴ Di daerah perkotaan median umur kawin pertama adalah 22,7 tahun sedangkan di perdesaan adalah 18,9 tahun. Median umur kawin pertama pada wanita dengan pendidikan SLTA ke atas adalah 22 tahun sedangkan yang berpendidikan SLTP ke bawah adalah 17 tahun.

2. Status Kesehatan

a. Morbiditas

Pada Susenas 2001, secara umum persentase wanita dan pria yang mengeluh dan pergi mencari pengobatan tampak tidak berbeda (40%;41%). Hasil penelitian di USA menyatakan bahwa tercatat persentase wanita yang terganggu kegiatannya karena masalah kesehatan 25% lebih tinggi dari pria dan juga jumlah hari tidak masuk kerja karena kondisi akut dari kaum wanita 35% lebih tinggi dari Pria (US Nat.Inst. Of Health 1002).

Ada 11 jenis keluhan yang ditanyakan dalam Susenas 2001, di antara semua keluhan yang tampak agak berbeda adalah keluhan pikun pada responden yang berusia di atas 54 tahun dan sakit kepala berulang. Walaupun perbedaan persentase sakit kepala berulang antara perempuan dan laki-laki tidak begitu banyak namun proporsi yang merasa terganggu jauh lebih tinggi ditemukan pada perempuan.⁵

b. Rawat Jalan dan Rawat Inap

Persentase penduduk yang mengeluh dan pergi berobat ke pelayanan kesehatan tampak tidak berbeda antara wanita dan pria. Jika ditinjau dari kelompok umur, proporsi kunjungan rawat jalan antara wanita baru tampak berbeda pada

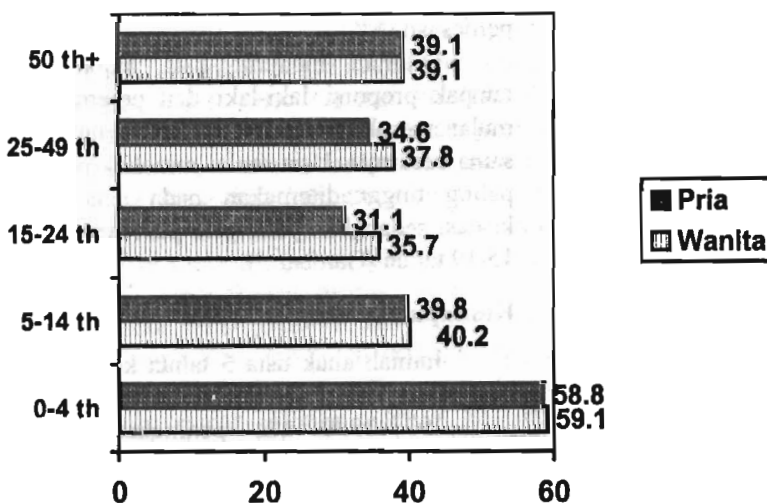
kelompok umur 15-49 tahun. Sedangkan pada kelompok umur di atas 50 tahun persentase wanita atau pria yang rawat jalan sama besarnya (Gambar 3).

Pola rawat inap tampak berbeda dengan rawat jalan. Pada kelompok balita dan lansia persentase rawat inap lebih tinggi pada pria dari pada wanita. Sedangkan pada kelompok umur 15 tahun sampai dengan 49 tahun terjadi hal yang sebaliknya. Kemungkinan perbedaan ini timbul karena faktor biologis dimana wanita pada usia tersebut merupakan kelompok usia reproduktif (Gambar 4).

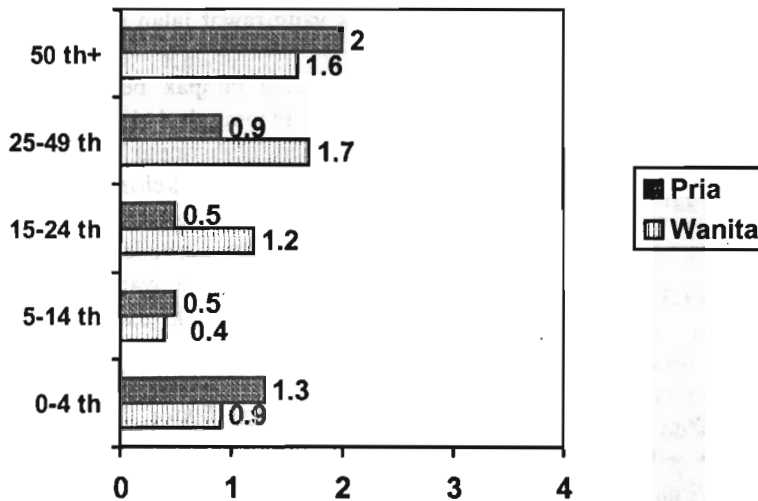
Tinggi rendahnya pencarian pengobatan tergantung pada beberapa faktor. Menurut Leslie dan Gupte membedakan dua faktor yang berpengaruh dalam pemanfaatan pelayanan , faktor tersebut adalah sebagai berikut :⁶

- Faktor pelayanan kesehatan terdiri atas keterbatasan, keterjangkauan (jarak, kemampuan pengguna pelayanan, waktu dan kualitas pelayanan (kemampuan petugas, ketersediaan sarana, sifat dari petugas).
- Faktor pengguna pelayanan kesehatan: umur; pendidikan, pengetahuan, waktu dan jumlah anggota keluarga.

Gambar 3. Persentase yang Mengeluh dan Berobat Jalan Menurut Umur dan Jenis Kelamin Th.2001



Gambar 4. Persentase Rawat Inap Menurut Umur dan Jenis Kelamin Tahun 2001



c. Angka Harapan Hidup

Hasil perhitungan angka harapan hidup wanita dari tahun 1996 (66,2 th; 62,4 th) dan 1999 (68,1 th; 64,2 th) selalu menunjukkan bahwa Angka Harapan Hidup wanita lebih tinggi daripada pria. Namun walaupun umur wanita lebih panjang dari pria tidak berarti keadaan kesehatan mereka lebih baik dari pada pria. Adanya perbedaan jenis kelamin menyebabkan perbedaan dalam pertahanan terhadap penyakit. Salah satu hasil penelitian menyatakan bahwa wanita lebih mudah terserang osteoporosis, diabetes, arthritis dan kelainan imunitas dibandingkan pria. Hasil penelitian di masyarakat juga menunjukkan bahwa persentase perempuan yang menderita anxiety dan depresi dua kali lebih besar dari laki-laki.^{7,8}

d. Keluarga Berencana

Cara jenis KB yang paling banyak dipakai oleh kaum wanita adalah suntik diikuti pil, IUD dan susuk. Pemakaian suntik paling banyak dipakai kemungkinan karena lebih praktis dan mungkin pula karena tidak banyak menimbulkan keluhan baik bagi para wanita atau suami. Sebaliknya pemakaian KB yang digunakan oleh kaum pria tampak tidak ada perubahan dari tahun ke tahun bahkan persentasenya pada tahun 2001 turun dengan drastis (Kondom) dari 5% pada tahun 1997 turun menjadi hanya 0,4%. Selanjutnya sterilisasi laki-laki dari tahun ketahun relatif tetap. Adanya kultur sosial yang menyatakan bapak sebagai kepala rumah tangga atau sebagai

pengambil keputusan dalam rumah tangga ikut menentukan dalam penggunaan KB oleh sang istri.⁹

e. Perilaku Merokok

Pada tahun 2001 ditemukan persentase merokok pada kurun waktu 1 bulan terakhir sebesar 54,5% pada laki-laki dan 1,3 % pada wanita. Susenas tahun 1995 menunjukkan bahwa dari jumlah perokok wanita, di daerah perkotaan ditemukan 7,5% wanita berusia 15-24 tahun merokok, sedangkan di pedesaan hanya 1,3%. Pada tahun 2001, persentase meningkat hampir dua kali di perkotaan (12%) dan 4 kali untuk daerah pedesaan (6%).

Ditinjau menurut usia mulai merokok tampak proporsi laki-laki dan perempuan yang mulai merokok pada usia 20-24 tahun adalah sama besarnya. Usia mulai merokok pada wanita paling tinggi ditemukan pada usia 30 tahun keatas, sedangkan pada pria pada kelompok usia 15-19 tahun (Gambar 5).

Kesimpulan

1. Jumlah anak usia 5 tahun keatas baik pria maupun wanita yang bersekolah dari tahun 1971-1990 ada peningkatan walaupun untuk wanita angkanya lebih rendah dari yang pria. Namun tahun tahun berikutnya jumlah wanita yang bersekolah cenderung statis demikian pula halnya pada pria.
2. Pada tahun 2001 kegiatan wanita pada usia

program 3M itu, telah dimodifikasi menjadi 3 M Plus antara lain dengan memelihara ikan, menghindari gigitan nyamuk, kemungkinan memasang *ovitrap* dan menyemprotkan insektisida.⁶ Di DKI Jakarta, dengan upaya tersebut KLB masih tetap berlangsung. Hal ini membuktikan bahwa transmisi virus tetap terjadi. Oleh sebab itu informasi tentang kepadatan, habitat vektor dan lingkungannya serta tipe virus yang dikandungnya perlu diketahui.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi tentang habitat, kepadatan, tempat berkembangbiakan vektor, tipe virus yang dikandung vektor serta rona lingkungan di tempat KLB.

Pada penelitian ini, selain dilakukan kegiatan penyelidikan entomologi (vektor), dilakukan pula pemeriksaan serologis serum penderita yang dirawat di rumah sakit, yang hasilnya akan dipergunakan untuk memperkuat diagnosis adanya KLB.

Bahan dan Metode

Penelitian dilakukan di Kelurahan Pekayon dan Kalisari Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur, pada bulan Juni, Juli dan Agustus 2003.

Penyelidikan entomologi merujuk kepada alamat penderita/mantan penderita DBD yang diperoleh dari Rumah Sakit Pasar Rebo dan Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur periode bulan Mei, Juni, dan Juli 2003. Berdasarkan data ini, dipilih dua alamat penderita yang berada di Kelurahan Pekayon sebagai fokus penyelidikan entomologi, yaitu alamat yang berada di RT 009 dan 010 RW 07. Selain lokasi itu, di Kelurahan Kalisari dipilih tiga alamat penderita sebagai fokus penyelidikan entomologi yang terletak di RT 001, 006 dan 008 RW 03. Dimulai dari fokus-fokus ini, diadakan penyelidikan entomologi seluas radius 100 meter.⁷ Metode yang digunakan dengan cara mencatat tempat-tempat berkembangbiakan nyamuk serta lingkungannya yang berada di dalam ataupun di luar rumah⁸, penangkapan nyamuk dewasa dan mengumpulkan jentik/pupanya. Dari catatan tentang larva/ pupa akan diperoleh berbagai angka jentik⁹, yaitu : Angka container (*Container index* = CI), Angka rumah (*House index* = HI) dan *Breteau index* (BI). Setiap larva dan pupa yang ditemukan pada genangan air, diambil dan dimasukkan pada kantong plastik es mambo kemudian diidentifikasi. Nyamuk dewasa ditangkap dari tempat-tempat istirahatnya, seperti pada

perabot, kelambu, baju dan benda-benda tergantung lainnya. Apabila perlu, dilakukan dengan cara *landing collection*, yaitu penangkapan dengan menggunakan aspirator di saat nyamuk hinggap pada manusia. Kemudian nyamuk dimasukkan pada *paper cup* dan dibawa ke laboratorium Puslitbang Ekologi Kesehatan untuk diidentifikasi. Selain diidentifikasi, dilakukan pula pemeriksaan dengan *Polymerase chain reaction* (PCR) oleh Namru-2 untuk mengetahui kepastian mengandung tipe virus.

Sedangkan untuk kepentingan pemeriksaan serologi penderita digunakan uji *Hemagglutination inhibition* (HI) modifikasi Clarke dan Casals.¹⁰ Spesimen berupa darah yang diambil dari vena penderita secara klinis yang dirawat di RS Pasar Rebo sebanyak 3-5 ml. Spesimen yang diuji adalah *paired sera* (specimen ganda) yang terdiri dari spesimen akut (waktu pertama kali penderita ditemukan) dan konvalesen (lima hari setelah akut atau waktu keluar RS). Pemeriksaan ini dilakukan di Puslitbang Pemberantasan Penyakit, Badan Litbangkes. Spesimen yang berupa serum sebelum diperiksa disimpan pada suhu dingin (-70°C), kemudian dilakukan kaolinisasi. Kaolinisasi dengan cara diserap dengan kaolin pH 9 dan sel darah merah angsa 50%. Perlakuan kaolin ini dimaksudkan untuk menghilangkan *non spesifik inhibitor* dan *natural agglutinin* pada serum dimaksud. Kemudian dilakukan titrasi dengan menggunakan mikroplate, dengan pengenceran awal 1:10. Sel darah merah yang dipergunakan adalah sel darah merah angsa yang telah dicuci dengan *Dextrose Veronal Gelatine Buffer* (DVG) dan dibuat 0,04% dalam *Virus erythrocyt Adjusting Dilution* (VAD). Antigen yang dipakai adalah antigen dengue dari PT. Bio Farma, Bandung. Sedangkan pembacaannya dengan menggunakan kriteria WHO.¹¹

Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian entomologi disajikan pada tabel 1,2 dan 3. Sedangkan hasil pemeriksaan uji HI disajikan pada Tabel 4

A. Epidemiologi

Berdasarkan data dari Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur, pada tahun 2003 jumlah penderita DBD di Kecamatan Pasar Rebo tahun ini meningkat secara bermakna dibandingkan tahun sebelumnya. Dari hasil wawancara terhadap responden dengan alat bantu kuesioner diperoleh

Tabel 1. Jumlah Rumah dan Kontainer yang Diperiksa serta Indeks Larva dalam Rangka KLB – DBD di Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur, Tahun 2003.

No	Komponen	Jumlah
1.	Rumah yang dikunjungi	168
2.	Rumah positif	38
3.	HI	22,6 %
4.	Kontainer yang diperiksa	456
5.	Kontainer positif	51
6.	CI	11,4 %
7.	BI	30,3

Keterangan :

CI adalah jumlah TPA positif jentik / pupa per jumlah kontainer yang diperiksa kali seratus persen.

HI adalah jumlah rumah positif jentik/ pupa per jumlah rumah yang diperiksa kali seratus persen.

BI adalah jumlah TPA positif jentik / pupa per jumlah rumah yang diperiksa kali seratus .

Tabel 2. Tipe –tipe Kontainer yang Ditemukan pada Rumah yang Dikunjungi Selama Penelitian dalam Rangka KLB – DBD di Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur Tahun 2003.

No.	Tipe kontainer	Jumlah (%)
1.	Bak mandi	142 (31,8 %)
2.	Tempayan	13 (2,9 %)
3.	Drum	27 (6,0 %)
4.	Ember	253 (56,7 %)
5.	Lainnya	11 (2,5 %)
Jumlah		446 (100 %)

Tabel 3. Hasil Kuesioner tentang Jumlah Warga Penderita DBD dan Alat yang Dipergunakan untuk Mencegah Gangguan / Gigitan Nyamuk dalam Rangka KLB – DBD DKI di Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur Tahun 2003.

No.	Komponen Pertanyaan	Jumlah (%)
1.	Jumlah warga yang pernah menderita DBD berdasarkan pengakuan responden	25 orang
2.	Alat untuk mencegah gangguan/ gigitan nyamuk :	
	a. Obat nyamuk semprot	76 (45,2 %)
	b. Obat nyamuk bakar	47 (27,9 %)
	c. Repelen	58 (34,5 %)
	d. Kelambu tidur	6 (3,6 %)
	e. Raket nyamuk elektrik	6 (3,6 %)
	f. Minyak gosok (Minyak tawon dan Kayu putih)	3 (1,8 %)
	g. Kipas angin dan alat usir lainnya	3 (1,8 %)

Tabel 4. Hasil Pemeriksaan Uji HI pada Penderita Tersangka DBD dalam Rangka KLB – DBD di Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur Tahun 2003.

No.	Hasil	Jumlah (N)	Persen(%)
1.	Positif	17	70,8
2.	Negatif	7	29,2
J u m l a h		24	100

keterangan bahwa warga yang pernah/sedang penderita DBD selama bulan Mei dan Juni 2003 sebanyak 25 orang, 2 (dua) orang diantaranya pada saat penelitian ini dilakukan masih dirawat di RS.

B. Indeks Larva dan Penangkapan Nyamuk

Hasil survei tentang indeks larva di sajikan pada tabel 1. Di daerah penelitian Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur, jumlah rumah yang dikunjungi sebanyak 168, dengan rumah positif terinfeksi larva /pupa *Aedes sp.* 38 rumah. Dengan demikian *House Index* (HI)nya =22,6% atau angka bebas jentik (ABJ) sebesar 77,4%. Sedangkan jumlah kontainer yang diperiksa 446, dengan kontainer positif larva / pupa 51, sehingga diperoleh *container index* (CI) = 11,4%, dan *Breteau index* (BI) 30,3.

Tentang hasil penangkapan nyamuk dewasa dapat dilaporkan bahwa nyamuk yang tertangkap di Kelurahan Kalisari berjumlah 16 ekor yang terdiri dari 15 ekor *Aedes aegypti* dan 1 ekor *Aedes albopictus*. Sedangkan di Kelurahan Pekayon tertangkap 2 ekor nyamuk *Aedes aegypti*. Namun hasil dari uji PCR semua sampel memberikan hasil negatif terhadap kandungan virus dengue.

C. Tipe Kontainer dan Lingkungan

Selain data tentang tempat kontainer berada, tipenya juga sangat penting dalam mengarahkan PSN.¹² Hasil penelitian tentang tipe kontainer yang ditemukan pada lokasi ini disajikan pada tabel 2. Di lokasi Kecamatan Pasar Rebo, ditemukan kontainer yang berada di dalam rumah sebanyak 387 dengan 49 kontainer positif ditemukan larva(12,7%). Kontainer yang ditemukan di luar rumah sebanyak 65 kontainer, dengan 2 buah positif ditemukan larva/ pupa (3,1%). Sedangkan kontainer yang ditemukan di teras rumah sebanyak 4 buah, keempatnya tidak

ditemukan larva. Berdasarkan jenis kontainer yang ada maka yang paling banyak adalah kontainer yang berupa ember (55,5%), kemudian bak mandi (31,1%), drum (5,9%), tempayan (2,8%) dan lain-lain (seperti vas bunga, botol bekas) sebesar 2,4%. Hasil ini sesuai laporan Chan yang menyatakan bahwa di daerah perkotaan habitat nyamuk *Aedes aegypti* dan *Ae. albopictus* sangat bervariasi, tetapi 90% adalah wadah-wadah yang dibuat oleh manusia.¹³ Sebagai pembandingan adalah hasil penelitian yang dilakukan di Singapura pada tahun 1996 dimana diketahui habitat perindukan *Aedes* di rumah tangga 21,9% (yang terdiri dari ember, drum, tempayan, baskom), diikuti tampungan air yang berupa barang-barang bekas (18,7%), tempat yang dipergunakan sebagai hiasan, seperti vas bunga, pot tanaman (17,0%), lekukan pada lantai(8,7%) dan terpal/plastic (8,3%).¹⁴

Berdasarkan informasi dari Puskesmas Kecamatan di Kelurahan Pekayon, sebelum penelitian entomologi ini telah dilakukan penyemprotan (*fogging*), segera setelah dilaporkan ada penderita DBD. Sementara di Kelurahan Kalisari pada saat penelitian belum dilakukan penyemprotan sama sekali.

D. Penggunaan Alat/Bahan Pencegah Gangguan atau Gigitan Nyamuk

Hasil wawancara tentang alat / bahan yang digunakan masyarakat untuk mencegah gangguan atau gigitan nyamuk disajikan secara rinci pada tabel 3. Responden di lokasi Kecamatan Pasar Rebo mencegah dan mengusir nyamuk dengan menggunakan : insektisida semprot (45,2%), repelen (34,5%), obat nyamuk bakar (27,9%), kelambu sama nilainya dengan yang menggunakan raket elektrik yaitu 3,6%. Responden yang menggunakan minyak gosok (antara lain minyak tawon) sama nilainya dengan yang menggunakan kipas angin , yaitu 1,8%.

E. Pemeriksaan Uji HI

Hasil pemeriksaan Uji HI yang dilakukan terhadap 24 *specimen paired sera*, secara keseluruhan dapat dilihat pada table 4. Hasilnya menunjukkan 70,8% positif, yang berarti sebesar itu pula penderita tersangka penderita DBD ternyata terinfeksi virus dengue.

Kesimpulan

Dari hasil penelitian entomologi ini dapat disimpulkan bahwa di kedua lokasi ini mempunyai nilai ABJ yang relatif rendah (kurang dari 95%), sehingga transmisi virus tentu banyak peluangnya. Penangkapan nyamuk *Aedes* dewasanya hanya mendapatkan 18 ekor.⁶ Perolehan nyamuk yang relatif sedikit ini selain disebabkan sedang musim kemarau panjang, juga karena lokasi telah dilakukan *fogging*. Hasil pemeriksaan terhadap nyamuk dewasa menunjukkan negatif terhadap kandungan virus dengue.

Saran

Untuk masa mendatang dapat disarankan : *Pertama*, Penyelidikan entomologi hendaknya dilaksanakan dalam jarak waktu yang dekat dengan KLB. *Kedua*, perlu adanya kesiapan yang matang untuk tiap kali menghadapi KLB, baik segi penanganan penderita, aspek virologi maupun entomologinya. *Ketiga*, untuk kesiapan menghadapi timbulnya KLB yang tidak menentu, perlu dilakukan kegiatan surveilans vektor DBD secara benar dan terus menerus.

Ucapan Terima Kasih

Diucapkan terima kasih kepada Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Ekologi Kesehatan, Badan Litbang Kes., dan Kepala Sub.Dit. Arbovirologi Dit. Jen. PPM PLP Dep.Kes. RI. yang telah memfasilitasi survei ini, sehingga dapat berjalan lancar.

Daftar Pustaka

1. Kho, L.K. , Wulur, H., Karsono, S dan Suprapti, T Dengue Haemorrhagic Fever in Jakarta. Maj. Kedok. Ind. 1969, 19:417.
2. Subdit Arbovirologi. Dit.Jen. P2M PL. Depkes (Komputasi), 2003
3. Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo. Data Penderita DBD Kecamatan. 2003
4. Sukowati.S., Vektor DBD. Training Workshop of Diagnostic Virology. Badan Litbang Kesehatan, Depkes RI. 1990.
5. Pranoto Pengendalian Vektor Demam Berdarah Dengue. Bul. IPPHAMI. Pest Control. Ind. Jakarta 1992. 427.
6. Anonim. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah dan Demam Berdarah Dengue. Terj. WHO Regional Publication SEARO No. 29 WHO dan Depkes. RI. 2000)
7. Dit.Jen. P2M PLP. Menuju Desa Bebas Demam Berdarah Dengue. Petunjuk Bagi Kelompok Kerja Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah. Dengue. Jakarta. Ditjen. P2M PLP. Depkes. RI. 1995
8. Harwood, R.F and M.T. James Entomology and Human and Animal Health. 4th ed. Mac Millan Publishing Co. Inc, New York. 1979. Hal.169.
9. Chan, K.I. Singapore's Dengue Haemorrhagic Fever Control Programme : A case on Study on The Successful Control of *Aedes aegypti* and *Ae. albopictus* using Mainly Environmental Measures as a Part of integrated vector control. South East Asian Medical Information Center , Tokyo, 1985.
10. Clarke, D.H and Casals, J.: Techniques for Hemagglutination and hemagglutination Inhibition with Arthropodborne Viruses. *Am.J.Trop.Med.Hyg.* 7; 561, 1958.
11. WHO. Technical Guides for Diagnosis, treatment, surveillance, Prevention and Control of dengue Haemorrhagic Fever for South East Asian and Western Pacific Region, 1975.
12. WHO Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam berdarah dan Demam Berdarah Dengue. Terj. WHO Regional Publication SEARO No.29. WHO dan Depkes.RI. 2000. hal.53.
13. Chan, K.L., B.C.Ho and Y.C. Chan *Aedes aegypti* (L) and *Ae.albopictus* (skuse) in Singapore City. 2 larval habitat. *Bull. WHO* 44, 1971;629-633.
14. Tan, BT and BT. Teo. Modus Operandi *Aedes* Surveillance and Control. Dalam Dengue in Singapore. Published Institute of Environmental Epidemiology. Ministry of the Environment Singapore. 19