



**KOMUNIKASI PETUGAS DAN TELAAH
FAKTOR LINGKUNGAN DALAM KONTEKS
PENERAPAN PROGRAM
PENANGGULANGAN DEMAM BERDARAH
DENGUE DI KOTA MEDAN**

**Pembimbing :
Susilawati, SKM, M.Kes
Dewi Agustina, S.Kep.Ns, M.Kes**

OLEH:

**RAPOTAN HASIBUAN
NIP. 19900606 201903 1 016**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA
MEDAN
2020**

**Judul : KOMUNIKASI PETUGAS DAN
TELAAH FAKTOR LINGKUNGAN
DALAM KONTEKS PENERAPAN
PROGRAM PENANGGULANGAN
DEMAM BERDARAH DENGUE DI
KOTA MEDAN**

Nama : Rapotan Hasibuan

NIP : 19900606 201903 1 016

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN
MASYARAKAT**

RAPOTAN HASIBUAN

**Komunikasi Petugas dan Telaah Faktor Lingkungan
Dalam Konteks Penerapan Program Penanggulan
Demam Berdarah Dengue Di Kota Medan**

ix + 64 halaman, 3 tabel, 2 lampiran

ABSTRAK

Penyakit DBD endemis di kota Medan. Kasus mengalami kenaikan pada tiga tahun terakhir. Indikator IR DBD tahun 2014 belum mencapai target program nasional. Tujuan penelitian ini menggambarkan penerapan Program P2DBD di Kota Medan berdasarkan faktor komunikasi petugas dan faktor lingkungan. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan kualitatif. Data dikumpulkan dengan observasi dan wawancara mendalam. Informan utama adalah petugas program P2DBD Puskesmas. Validitas triangulasi dilakukan kepada Koordinator P2DBD dan Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan di Dinas Kesehatan kota Medan. Hasil temuan didapatkan faktor komunikasi dan faktor lingkungan sangat berpengaruh terhadap penerapan program. Komunikasi ditandai dengan pertemuan rutin dan koordinasi yang baik, sementara lingkungan ditandai dengan partisipasi aktif masyarakat dalam penanggulangan DBD. Implikasi penelitian ini perlu penguatan strategi komunikasi dan pemberdayaan masyarakat dalam program, pelatihan petugas penanggulangan DBD dan pemerataan alat penunjang penanggulangan DBD.

Kata Kunci : Demam Berdarah Dengue, Puskesmas, Kota Medan

**PUBLIC HEALTH FACULTY
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH SCIENCE**

**RAPOTAN HASIBUAN
Officer Communication and Review of
Environmental on The Implementation of Dengue
Prevention Program in Medan**

ix + 64 pages, 3 tables, 2 attachments

ABSTRACT

Dengue was endemic in Medan. The cases had increased in the last three years. The indicator for this disease in 2014 has not yet reached the national program target. This study, therefore, aims to illustrate the application of the Dengue Prevention Program (P2DBD) in Medan based on officer communication and environmental factors. Qualitative approach with an observational were used on this research. Data were collected through observation and in-depth interviews. The main informant was the P2DBD officer. The validity of the triangulation was carried out to the Coordinator of the P2DBD and the Head of Health Problems Control in the Medan City Health Office. The results showed that communication factors and environmental factors greatly influence the implementation of the program. Communication was marked by regular meetings and good coordination, while the environment was characterized through active community participation in the dengue prevention. The implications of this research is need to strengthen the communication strategy and community empowerment in the program, to train of Dengue officers and equitable distribution of tools to support dengue prevention.

Keyword : Dengue Hemorrhagic Fever, Primary Health Care, Medan City

SURAT REKOMENDASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa penelitian saudara :

Nama : **Rapotan Hasibuan, M.Kes.**
NIP : 19900606 201903 1 016
Tempat/tanggal lahir : Tapanuli Selatan, 06 Juni 1990
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pangkat/Gol : Penata Muda TK.I (III/b)
Unit Kerja : Fakultas Kesehatan Masyarakat
UIN Sumatera Utara Medan
Judul Penelitian : Komunikasi Petugas dan Telaah
Faktor Lingkungan Dalam Konteks
Penerapan Program Penanggulan
Demam Berdarah Dengue
Di Kota Medan

Telah memenuhi syarat sebagai suatu karya ilmiah, setelah membaca dan memberikan masukan saran-saran terlebih dahulu.

Demikian surat rekomendasi ini diberikan untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Medan, Mei 2020
Konsultan I,

Susilawati, SKM, M.Kes
NIP. 19731113 199803 2 004

SURAT REKOMENDASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa penelitian saudara :

Nama : **Rapotan Hasibuan, M.Kes.**
NIP : 19900606 201903 1 016
Tempat/tanggal lahir : Tapanuli Selatan, 06 Juni 1990
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pangkat/Gol : Penata Muda TK.I (III/b)
Unit Kerja : Fakultas Kesehatan Masyarakat
UIN Sumatera Utara Medan
Judul Penelitian : Komunikasi Petugas dan Telaah
Faktor Lingkungan Dalam Konteks
Penerapan Program Penanggulan Demam Berdarah Dengue
Di Kota Medan

Telah memenuhi syarat sebagai suatu karya ilmiah, setelah membaca dan memberikan masukan saran-saran terlebih dahulu.

Demikian surat rekomendasi ini diberikan untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Medan, Mei 2020
Konsultan II,

Dewi Agustina, S.Kep.Ns, M.Kes
NIP. 19700817 201001 2 006

KATA PENGANTAR

Puja dan puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga laporan penelitian ini dapat terselesaikan. Penelitian ini berjudul "*Komunikasi Petugas dan Telaah Faktor Lingkungan Dalam Konteks Penerapan Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue Di Kota Medan*". Penyusunan laporan tidak terlepas dari bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, baik moril maupun materiil. Untuk itu dengan segala hormat penulis mengucapkan terimakasih kepada rekan-rekan yang telah membantu dan terutama kepada Kedua Konsultan yang memberi koreksi dan masukan berharga.

Penulis menyadari bahwa semua yang tertuang dalam laporan ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan masukan berupa kritik dan saran demi kesempurnaan penelitian ini. Akhirnya penulis berharap semoga laporan penelitian ini dapat bermanfaat.

Medan, Mei 2020

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	1
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
SURAT REKOMENDASI	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Kebijakan Kesehatan	6
2.2 Implementasi Program	7
2.3 Demam Berdarah Dengue (DBD)	10
2.3.1 Penyebab Demam Berdarah Dengue	11
2.3.2 Gejala Demam Berdarah Dengue	12
2.3.3 Faktor Penularan Demam Berdarah Dengue.....	12
2.4 Puskesmas.....	13
2.5 Program Penanggulangan Penyakit DBD.....	14
2.5.1 Kegiatan Pokok Program P2DBD	16
2.5.2 Indikator Program P2DBD	17
2.6 Kerangka Konsep.....	18
BAB III METODE PENELITIAN	19
3.1 Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian.....	19
3.1.1 Lokasi Penelitian	19
3.1.2 Waktu Penelitian.....	19

3.2 Jenis Penelitian	19
3.3 Subjek Penelitian	19
3.4 Variabel Penelitian	20
3.5 Definisi Istilah	21
3.6 Instrumen dan Cara Pengumpulan Data	22
3.7 Metode Pengolahan dan Analisis Data	23
3.7.1 Pengolahan data	23
3.7.2 Analisis data	24
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	25
4.1 Hasil Penelitian	25
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	25
4.1.2 Gambaran Karakteristik Informan	26
4.1.3 Gambaran Umum Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue (P2DBD)	28
4.1.4 Penerapan Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue (P2DBD) di Kota Medan	28
4.1.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penerapan Program Penanggulangan DBD	36
4.2 Pembahasan	41
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	47
5.1 Kesimpulan.....	47
5.2 Saran	47
DAFTAR PUSTAKA.....	49
Lampiran 1 Pedoman Wawancara Mendalam	53
Lampiran 2 Transkrip Wawancara Mendalam.....	55

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Karakteristik Petugas P2DBD di Puskesmas Kota Medan.....	26
Tabel 4.2 Karakteristik Informan Utama dan Informan Triangulasi	27
Tabel 4.3 Rekapitulasi Perbandingan Hasil Observasi Kegiatan Pengendalian Program P2DBD di Puskesmas Helvetia dan Puskesmas Amplas.....	35

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kejadian DBD di Asia Tenggara pertama kali ditemukan di Filipina tahun 1953. Sindrom diketahui secara etiologi berhubungan dengan virus dengue serotipe 2, 3, dan 4 yang diisolasi dari penderita di Filipina pada tahun 1956. Dua tahun kemudian, virus dengue dari berbagai jenis yang berbeda diisolasi dari pasien pada suatu epidemik di Bangkok, Thailand. Selama 3 dekade, DBD dikenal senantiasa menjadi wabah di negara-negara tropis seperti Kamboja, China, India, Indonesia, Laos, Malaysia, Maladewa, Myanmar, Singapura, Sri Lanka, Vietnam, serta beberapa kepulauan Pasifik.¹ Menjelang awal abad ke-20, pesatnya epidemi demam berdarah (DBD) berkaitan erat dengan pertumbuhan penduduk, urbanisasi dan transportasi udara, selain faktor lingkungan (iklim), pembangunan pemukiman, dan perilaku manusia.²

Penyakit DBD di kota Medan mengalami tren kenaikan pada tiga tahun terakhir ditandai dengan angka IR DBD 113,7 per 100.000 penduduk tahun 2011, kemudian sempat turun menjadi 56,7 per 100.000 penduduk pada tahun 2012. Selanjutnya naik 60,0 per 100.000 penduduk pada tahun 2013 dan semakin naik menjadi 80,2 per 100.000 penduduk pada tahun 2014. Indikator IR DBD tahun 2014 tersebut belum mencapai target program P2DBD yakni <51 per 100.000 penduduk, sementara CFR dan angka bebas jentik (ABJ) mencapai target namun mengalami tren kenaikan di tiga tahun terakhir.³

¹ World Health Organization (WHO). Dengue Haemorrhagic Fever : Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. Geneva: 1997.

² Gubler, DJ. Epidemic Dengue/Dengue Hemorrhagic Fever as A Public Health, Social and Economic Problem in The 21st Century. TRENDS in Microbiology. February 2002; 10(2); 100-103.

³ Dinas Kesehatan Kota Medan. Laporan Bulanan Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD). Medan: 2014.

Seluruh wilayah kerja Puskesmas di Kota Medan termasuk daerah endemis DBD.⁴ Pada tahun 2014 terjadi peningkatan kasus DBD sebesar 33% dibandingkan tahun 2013. Terdapat 5 (lima) Puskesmas dengan kasus DBD terbanyak yaitu Puskesmas Helvetia, Puskesmas PB. Selayang, Puskesmas Medan Johor, Puskesmas Sunggal dan Puskesmas Medan Amplas.⁵

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menekan penyebaran penyakit DBD dengan membuat program P2DBD (Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit DBD) yang sudah dilakukan sejak tahun 1992 dengan adanya Kepmenkes No. 581 Tahun 1992, ditambah Keputusan Dirjen Penanggulangan Penyakit (P2) & Penyehatan Lingkungan (PL) No. 914 Tahun 1992 tentang petunjuk teknis P2DBD. Sementara di Kota Medan, Pemerintah daerah membuat Perda Nomor 4 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Kota Medan khususnya Bab VI bagian kesebelas (pengendalian dan pemberantasan penyakit) yang tertera pada Pasal 21-25, termasuk juga Pasal 26 Ayat 4 (f) yang menyebutkan perlunya memperhatikan sarang-sarang serangga pembawa penyakit.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan tingkat kecamatan merupakan tanggung jawab Puskesmas. Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perseorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pada struktur organisasi Puskesmas terdapat tenaga kesehatan yang khusus mengelola program P2DBD yang tergabung dalam pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.⁶

⁴ Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Profil Kesehatan Sumatera Utara Tahun 2013. Medan: 2013.

⁵ Dinas Kesehatan Kota Medan, Op. Cit.

⁶ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta: 2014

Berangkat dari adanya regulasi kebijakan pengendalian DBD dan perangkat pelaksanaannya (Puskesmas), maka yang perlu dicermati kemudian adalah bagaimana implementasi dari program itu sendiri. Pengelola program P2DBD di Puskesmas dianggap sebagai inisiator penggerak agar setiap kegiatan terlaksana dengan baik, terutama dalam aspek persiapan program (sumber daya, kebutuhan dan pemetaan kasus), kegiatan pengendalian, serta aspek pencatatan dan pelaporan yang tepat, lengkap dan rutin.

Berdasarkan data laporan bulanan (formulir K-DBD) di Dinkes Kota Medan, masih ditemukan laporan yang kurang lengkap terutama pada kegiatan PSN dan PJB. Selain itu, penelusuran prasurvey menemukan permasalahan tidak adanya jadwal supervisi dari Dinkes ke Puskesmas. Pertemuan Pokjanal DBD lebih intens dilakukan bila lonjakan kasus cukup tinggi. Temuan ini mengindikasikan permasalahan faktor komunikasi dan koordinasi dalam pelaksanaan program.

Angka bebas jentik (ABJ) Kota Medan belum mencapai target $\geq 95\%$ mengindikasikan masih kurangnya partisipasi masyarakat dalam kegiatan PSN dan PJB. Beberapa Petugas mengungkapkan hal ini disebabkan masih terbentuknya pemahaman di masyarakat bahwa kegiatan pengendalian DBD hanya sebatas fogging focus yang dilakukan petugas. Selain itu, belum rutusnya pertemuan Pokja/pokjanal DBD sampai saat ini menandakan rendahnya keterlibatan unsur stake holder dan masyarakat dalam pengendalian DBD.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis ingin menganalisis **“Komunikasi Petugas dan Telaah Faktor Lingkungan Dalam Konteks Penerapan Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue Di Kota Medan”**.

1.2 Rumusan Masalah

Demam Berdarah Dengue masih menjadi masalah kesehatan yang cukup serius di Kota Medan. Telah

dijelaskan sebelumnya bahwa terdapat dasar kebijakan pengendalian DBD dan pentingnya program P2DBD untuk menekan kejadian penyakit tersebut. Pada implementasinya, ditemukan beberapa kendala pada faktor komunikasi dan faktor lingkungan. Temuan ini diduga memperberat tercapainya keberhasilan program P2DBD di Kota Medan. Dilatarbelakangi oleh data dan fakta di atas, maka dilakukannya penelitian ini untuk mengetahui bagaimana Komunikasi Petugas P2DBD dan menganalisis Faktor Lingkungan Dalam Konteks Penerapan Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue Di Kota Medan.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis pelaksanaan program pengendalian penyakit demam berdarah dengue di Kota Medan, serta mencari tahu pengaruh faktor komunikasi dan lingkungan dalam penerapan program.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a) Diketuinya penerapan program pengendalian penyakit DBD di kota Medan.
- b) Diketuinya pengaruh komunikasi terhadap penerapan program pengendalian penyakit DBD.
- c) Diketuinya pengaruh lingkungan terhadap penerapan program pengendalian penyakit DBD.
- d) Menganalisis hubungan komunikasi dan lingkungan dengan penerapan program pengendalian penyakit DBD.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Memperkaya pandangan ilmiah dan kepustakaan mengenai pelaksanaan program kesehatan yang berkaitan dengan penyakit demam berdarah dengue (DBD).

1.4.2 Praktis

- a. Dapat menjadi pertimbangan dalam menyusun dan menetapkan langkah perbaikan program Pengendalian Masalah Kesehatan di Kota Medan khususnya mengenai pengendalian penyakit DBD.
- b. Diharapkan dapat menjadi dasar pertimbangan untuk memperbaiki dan meningkatkan pengendalian penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas.
- c. Sebagai rujukan dan masukan bagi penelitian selanjutnya dalam permasalahan yang serupa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan melingkupi berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, serta keterlibatan pelaku/aktor baik pada skala individu maupun organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, LSM dan representasi masyarakat lainnya yang membawa dampak pada kesehatan.⁷

Kebijakan kesehatan dianggap penting karena sektor kesehatan merupakan bagian dari ekonomi. Jelasnya sektor kesehatan ibarat suatu spons yang mengabsorpsi banyak anggaran belanja negara untuk membayar sumber daya kesehatan. Ada yang mengatakan bahwa kebijakan kesehatan merupakan driver dari ekonomi, itu disebabkan karena adanya inovasi dan investasi dalam bidang teknologi kesehatan, termasuk usaha dagang bidang farmasi. Namun yang lebih penting lagi adalah keputusan kebijakan kesehatan melibatkan persoalan hidup dan mati manusia.⁸

Evaluasi formulasi kebijakan kesehatan di Dinas Kesehatan (District Health) Inggris menyimpulkan bahwa telah terjadi praktik formulasi kebijakan terbaik, karena alasan sebagai berikut: ⁹

- a) Pro aktif : proses pengembangan kebijakan berlangsung dengan memastikan telah dilakukannya penilaian risiko (risk assesment).
- b) Inklusif : pelibatan organisasi yang mewakili kepentingan pasien pada proses penetapan kebijakan.

⁷ Ayuningtyas, D. Kebijakan Kesehatan : Prinsip dan Praktik. 1 ed. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada; 2014.

⁸ Buse, K., Mays, N., Walt G. Making Health Policy, Understanding Health Policy. Mc Graw Hill: Open University Press; 2005.

⁹ Ayuningtyas. Op. Cit.

- c) Berkerja sama, cross cutting work : proses penetapan kebijakan dilakukan dengan melibatkan dan membangun kerja sama lintas sektor.
- d) Berpandangan luas dan ke depan (forward and outward looking) : pembuat kebijakan menggunakan pendekatan scenario planning dan forecasting yang menunjukkan kemampuan forward looking, sementara gambaran out looking dilakukan dengan mengundang dan meminta pandangan dari para ahli.
- e) Berbasis bukti (evidence based) : proses formulasi kebijakan dilakukan dengan menghargai setiap data, mencari data dan menganalisisnya.
- f) Ketetapan/ketentuan (provision) untuk implementasi dan evaluasi : menyusun rencana implementasi, untuk memastikan kesiapan dan meningkatkan tingkat kepatuhan pelaksanaan serta menyiapkan rencana evaluasi berdasarkan indikator.
- g) Akuntabel dan demokratis : seluruh proses formulasi kebijakan berjalan secara transparan dan merepresentasikan aspirasi seluruh pemangku kepentingan.

Gormley (1999) mengemukakan tujuan kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan.¹⁰ Kebijakan kesehatan berpihak pada hal-hal yang dianggap penting dalam suatu institusi dan masyarakat, bertujuan jangka panjang untuk mencapai sasaran, menyediakan rekomendasi yang praktis untuk keputusan-keputusan penting.¹¹

2.2 Implementasi Program

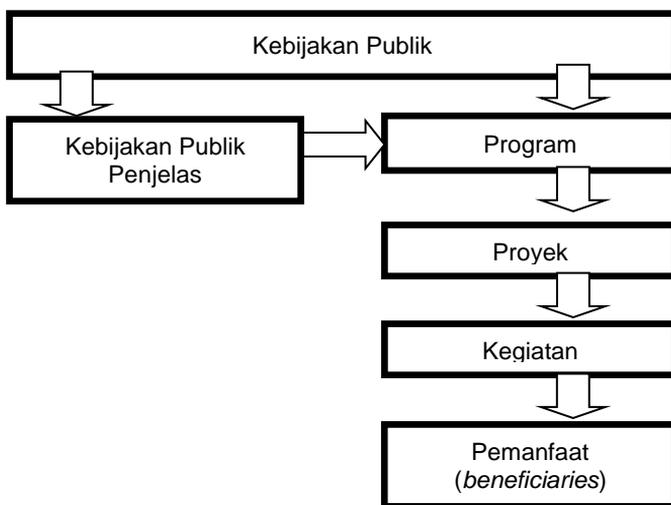
Pengimplementasian pada prinsipnya merupakan cara agar kebijakan dapat mencapai tujuannya.

¹⁰ Massie, RGA. *Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis dan Penelitian*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. 2009; 12(4): 409-417.

¹¹ World Health Organization (WHO). *The World Health Report: Health System: Improving Performance* Geneva: 2000.

Definisi implementasi menurut Dunn (2003) adalah pelaksanaan pengendalian aksi-aksi kebijakan di dalam kurun waktu tertentu.¹² Gordon (1986) menyebutnya berkenaan dengan segala suatu proses kegiatan yang diarahkan pada realisasi dari suatu program.¹³ Lester dan Stewart (2000) mengartikan implementasi secara luas sebagai pelaksanaan undang-undang atau kebijakan yang melibatkan seluruh aktor, organisasi, prosedur, serta aspek teknik untuk meraih tujuan-tujuan kebijakan atau program-program.¹⁴

Nugroho (2012) menggambarkan pilihan dalam implementasi sebagai berikut :



Gambar 2.1. Sekuensi Implementasi Kebijakan¹⁵

Hann (2007) menyebutkan ada dua alternatif dalam implementasi kebijakan, yaitu : pertama, langsung mengimplementasikan dalam bentuk

¹² Ayuningtyas. Op. Cit.

¹³ Keban, YT. Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik. Yogyakarta: Gava Media; 2008.

¹⁴ Winarno, B. *Kebijakan Publik : Teori dan Proses*. Yogyakarta: Media Pressindo; 2007

¹⁵ Nugroho, R. *Public Policy*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo; 2012

program-program, misalnya Kebijakan publik yang bisa langsung operasional antara lain Keppres, Kepmen, dan lain-lain. Dan yang kedua, Melalui formulasi kebijakan derivat dari kebijakan publik tersebut, kebijakan publik yang memerlukan kebijakan publik penjelas (peraturan pelaksanaan).¹⁶

Pengembangan kebijakan kesehatan sendiri biasanya *top-down*, di mana Kemenkes memiliki kewenangan dalam penyiapan kebijakan. Sementara implementasi dan strateginya adalah *bottom-up*. Kebijakan seharusnya dikembangkan dengan partisipasi yang terlibat dalam kebijakan itu. Hal ini untuk memastikan kebijakan tersebut realistis dan mencapai sasaran. Untuk itu perlu komitmen para pemegang dan pelaksana kebijakan.¹⁷

Menurut George Edward III (1980) faktor komunikasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program.¹⁸ Selain itu Van Meter and Van Horn (1975) menyebut faktor lainnya yakni Lingkungan.¹⁹

Kesuksesan pelaksanaan program mensyaratkan agar pengelola program mengetahui apa yang harus dilakukan. Tujuan dan sasaran program harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran sehingga akan mengurangi distorsi pelaksanaan. Tujuan dan sasaran yang tidak jelas akan memungkinkan terjadi resistensi dari kelompok sasaran. Komunikasi dalam kerangka penyampaian informasi kepada para pengelola program harus jelas, konsisten dan seragam (*consistency and uniformity*) dari berbagai sumber informasi. Komunikasi dan koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan dan suatu program. Semakin baik komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu

¹⁶ Ayuningtyas. Op. Cit.

¹⁷ Massie. Op. Cit.

¹⁸ Edward III, G. Implementing Public Policy. Washington DC: Congressional Quarterly Inc.; 1980.

¹⁹ Agustino, L. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: CV. Alfabeta; 2014.

proses implementasi, maka asumsinya kemungkinan terjadinya kesalahan-kesalahan akan sangat kecil.

Komunikasi dibutuhkan oleh setiap pelaksana program untuk mengetahui apa yang harus mereka lakukan. Bagi suatu organisasi, komunikasi merupakan proses penyampaian informasi, ide-ide diantara para anggota organisasi secara timbal balik dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Keberhasilan komunikasi ditentukan oleh tiga hal penting yaitu transmisi komunikasi (sosialisasi), konsistensi dan kejelasan.²⁰

Faktor Lingkungan mencakup sumber daya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi program, sejauh mana kelompok-kelompok kepentingan memberikan dukungan bagi pelaksanaan; karakteristik partisipan, yakni mendukung dan menolak; bagaimana sifat opini publik yang ada di lingkungan dan apakah elite politik dan *stake holder* mendukung pelaksanaan program. Karena itu, upaya pelaksanaan program mensyaratkan kondisi hal-hal di atas kondusif.

Edward III dan Van Meter and Van Horn sendiri masih menyebutkan beberapa faktor lain yang berhubungan dengan Pelaksanaan program seperti Sumber daya, Badan Pelaksana, Disposisi, Standar dan Sasaran Program.

2.3 Demam Berdarah Dengue (DBD)

Demam Berdarah Dengue banyak (DBD) ditemukan di daerah tropis dan sub-tropis. Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, World Health Organization (WHO) mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) masih merupakan salah satu masalah kesehatan

²⁰ Edward III. Op. Cit.

masyarakat yang utama di Indonesia.²¹ Jumlah penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk. Di Indonesia Demam Berdarah pertama kali ditemukan di kota Surabaya pada tahun 1968, dimana sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (Angka Kematian (AK) : 41,3 %). Dan sejak saat itu, penyakit ini menyebar luas ke seluruh Indonesia.²²

2.3.1 Penyebab Demam Berdarah Dengue

Demam berdarah adalah penyakit akut yang disebabkan oleh virus dengue yang termasuk famili *Flaviviridae* dimana terdapat 4 serotipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4 yang masing-masing dapat menyebabkan demam berdarah, baik ringan maupun fatal. Seseorang yang tinggal di daerah endemis dengue dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya. Semua serotipe virus Dengue ini ditemukan bersirkulasi sepanjang tahun di Indonesia.²³

Infeksi virus Dengue pada manusia sudah lama ditemukan dan menyebar terutama di daerah tropik pada abad 18 dan 19 seiring dengan pesatnya perkembangan perdagangan antar benua. Vektor penyebar virus Dengue yaitu *Aedes aegypti* pun ikut menyebar bersama dengan kapal niaga tersebut. Pada saat terjadi kejadian luar biasa (KLB) beberapa vektor lain seperti *Aedes albopictus*, *Aedes polynesisensis*, *Aedes Scutellaris complex* ikut berperan. Nyamuk-nyamuk tersebut lebih banyak hidup di air bersih dan menghisap darah pada siang hari.²⁴

²¹ Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat. *Kajian Kebijakan Penanggulangan (Wabah) Penyakit Menular (Studi Kasus DBD)*. Jakarta: 2006.

²² Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Demam Berdarah Dengue*. Buletin Jendela Epidemiologi. Agustus 2010; Vol. 2.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

2.3.2 Gejala Demam Berdarah Dengue

Gejala atau tanda dari penyakit DBD ini adalah:

- a) Hari pertama sakit : panas mendadak terus-menerus, badan lemah/lesu. Pada tahap ini sulit dibedakan dengan penyakit lain.
- b) Hari kedua atau ketiga : i) Ulu hati seringkali terasa nyeri, karena terjadi perdarahan di lambung, ii) Tampak bintik-bintik merah pada kulit (petekie) seperti bekas gigitan nyamuk, disebabkan pecahnya pembuluh darah kapiler di kulit.
- c) Gejala lanjutan : i) Kadang-kadang terjadi pendarahan di hidung (mimisan) dan/atau di gusi, ii) Muntah dan/atau buang air kecil/besar bercampur darah, dan iii) Bila sudah parah, penderita gelisah, ujung tangan dan kaki dingin berkeringat. Bila tidak segera ditolong dapat meninggal dunia.

Bila dilakukan pemeriksaan klinis dan konfirmasi laboratorium, kriteria penderita Dengue berat ditandai dengan : a) Pembesaran hati > 2 cm, b) Kenaikan hematokrit seiring dengan penurunan jumlah trombosit yang cepat, c) Kebocoran plasma berat, yang dapat menyebabkan syok (DSS), akumulasi cairan dengan distress pernafasan, d) Perdarahan hebat, sesuai pertimbangan klinisi. Dan e) Gangguan organ berat, hepar (AST atau ALT \geq 1000, gangguan kesadaran, gangguan jantung dan organ lain).²⁵

2.3.3 Faktor Penularan Demam Berdarah Dengue

Demam berdarah ditularkan pada manusia melalui gigitan nyamuk betina *Aedes* yang terinfeksi virus dengue. Penyakit ini tidak dapat ditularkan langsung dari orang ke orang. Proses penularan DBD sebagai berikut :²⁶

- a) Demam berdarah dengue (DBD) ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* betina.

²⁵ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Op. Cit.

²⁶ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Petunjuk Teknis Jumantik – PSN Anak Sekolah*. Jakarta: 2014.

- b) Nyamuk ini mendapatkan virus dengue sewaktu menggigit/ menghisap darah orang yang sakit DBD atau di dalam darahnya terdapat virus dengue, tapi tidak menunjukkan gejala sakit.
- c) Virus dengue yang terhisap akan berkembang biak dan menyebar ke seluruh tubuh nyamuk, termasuk kelenjar liurnya.
- d) Bila nyamuk tersebut menggigit/menghisap darah orang lain, virus itu akan dipindahkan bersama air liur nyamuk.
- e) Virus dengue akan menyerang sel pembeku darah dan merusak dinding pembuluh darah kecil (kapiler), akibatnya terjadi pendarahan dan kekurangan cairan bahkan bisa sampai mengakibatkan renjatan (syok).

2.4 Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perseorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:

- a. memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat;
- b. mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- c. hidup dalam lingkungan sehat; dan
- d. memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Puskesmas menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama, yang terdiri dari UKM essential dan UKM Pengembangan.

UKM Essential meliputi: a) pelayanan promosi kesehatan, b) pelayanan kesehatan lingkungan, c) pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana, d) pelayanan gizi, dan e) pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

UKM Pengembangan meliputi: pelayanan kesehatan jiwa, gigi masyarakat, tradisional komplementer, olahraga, indera, lansia, kesehatan kerja, dan pelayanan kesehatan lainnya.

- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama

Pelayanan pemeriksaan umum, kesehatan gigi dan mulut, KIA-KB yang bersifat UKP, gawat darurat, pelayanan gizi yang bersifat UKP, pelayanan persalinan, pelayanan rawat inap untuk Puskesmas yang menyediakan pelayanan rawat inap

2.5 Program Penanggulangan Penyakit DBD

Langkah upaya pemberantasan penyakit DBD berdasarkan Kepmenkes RI No. 581/MENKES/SK/VII/1992 dilaksanakan dengan cara tepat guna oleh pemerintah dengan peran serta masyarakat luas. Upaya tersebut meliputi :²⁷

- a) Penyelidikan epidemiologi (PE), upaya pencarian penderita atau tersangka DBD lainnya serta pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD di rumah penderita/tersangka dan rumah-rumah sekitarnya dengan radius sekurang-kurang 100 meter (\pm 20 rumah), serta tempat umum yang diperkirakan menjadi sumber penularan penyakit lebih lanjut. Upaya PE dilakukan oleh petugas Puskesmas bertujuan untuk mengetahui ada/tidaknya kasus DBD tambahan dan

²⁷ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. *Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: 2011.

luas penyebaran dan kemungkinan terjadinya penyebarluasan penyakit DBD lebih lanjut di lokasi tersebut.

- b) Penanggulangan Fokus, kegiatan penyemprotan insektisida dan PSN-DBD serta penyuluhan pada masyarakat sekitar kasus dengan radius 200 meter, dilaksanakan satu atau dua siklus dengan interval tujuh hari oleh petugas. Penanggulangan fokus ini dilakukan dengan maksud untuk mencegah/membatasi penularan penyakit di lokasi terjadinya DBD, yaitu rumah penderita/tersangka DBD dan lokasi sekitarnya yang diperkirakan menjadi sumber penularan. Ini merupakan tindak lanjut bila ditemukan penderita lainnya, atau ditemukan tiga atau lebih penderita panas tanpa sebab yang jelas dan ditemukan jentik.
- c) Larvasiding, upaya pengendalian vektor yaitu dengan penaburan bubuk larvasida atau pembunuh jentik guna memberantas jentik di tempat penampungan air (TPA) untuk keperluan sehari-hari, sehingga populasi nyamuk *Aedes aegypti* dapat ditekan serendah-rendahnya. Kegiatan meliputi: (a) Abitisasi Selektif, pemeriksaan tempat penampung air (TPA) baik di dalam maupun diluar rumah pada seluruh rumah dan bangunan di desa atau kelurahan endemis dan penaburan bubuk abate. (b) Abatisasi massal, kegiatan ini dilaksanakan di lokasi terjadinya KLB DBD.
- d) Pemeriksaan Jentik Berkala, kegiatan pemeriksaan pada tempat penampungan air dan tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* untuk mengetahui adanya jentik nyamuk tersebut yang dilakukan secara teratur 3 bulan sekali. Sasaran wilayah kegiatan PJB adalah rumah dan tempat umum. Kegiatan ini juga untuk mengetahui tingkat keberhasilan pemberantasan sarang nyamuk (3M).
- e) Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), upaya memberantas jentik di tempat berkembangbiaknya baik dengan cara kimia, yaitu dengan larvasida, biologi dengan cara memelihara ikan pemakan jentik atau

dengan bakteri ataupun dengan kegiatan 3M (Menguras, Menutup, Mengubur) yakni menguras bak mandi, bak WC; menutup TPA rumah tangga (tempayan, drum dll) serta mengubur atau memusnahkan barang-barang bekas (kaleng, ban dll).

- f) Penyuluhan kesehatan, kegiatan penyampaian materi mengenai situasi DBD di wilayahnya dan cara-cara pencegahan DBD yang dapat dilaksanakan oleh individu, keluarga, dan masyarakat disesuaikan dengan kondisi setempat oleh petugas kesehatan atau kader atau Pokja DBD desa atau kelurahan. Upaya ini bertujuan agar masyarakat berpartisipasi aktif dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD.

2.5.1 Kegiatan Pokok Program P2DBD

- a) Surveilans epidemiologi : meliputi kegiatan surveilans kasus secara aktif maupun pasif, surveilans vektor (*Aedes* sp), surveilans laboratorium dan surveilans terhadap faktor risiko penularan penyakit (curah hujan, kenaikan suhu dan kelembaban) serta surveilans akibat adanya perubahan iklim (*climate change*).
- b) Penemuan dan tatalaksana kasus : penyediaan sarana dan prasarana untuk melakukan pemeriksaan dan penanganan penderita di Puskesmas dan di RS.
- c) Pengendalian vektor : upaya pengendalian vektor dilaksanakan pada fase nyamuk dewasa dan jentik nyamuk. Pada fase nyamuk dewasa dilakukan dengan cara pengasapan untuk memutuskan rantai penularan antara nyamuk yang terinfeksi kepada manusia. Pada fase jentik dilakukan upaya PSN dengan kegiatan 3M Plus : 1) Secara fisik dengan menguras, menutup dan memanfaatkan barang bekas, 2) Secara kimiawi dengan larvasidasi, 3) Secara biologis dengan pemberian ikan, dan 4) Cara lainnya (menggunakan repellent, obat nyamuk bakar, kelambu, memasang kawat kasa dll)
- d) Peningkatan peran serta masyarakat :sasaran peran serta masyarakat terdiri dari keluarga melalui peran

PKK dan organisasi kemasyarakatan atau LSM, murid sekolah melalui UKS dan pelatihan guru, tatanan institusi (kantor, tempat-tempat umum dan tempat ibadah).

- e) Sistem kewaspadaan dini (SKD) dan penanggulangan KLB : upaya SKD DBD ini sangat penting dilakukan untuk mencegah terjadinya KLB dan apabila telah terjadi KLB dapat segera ditanggulangi dengan cepat dan tepat. Upaya dilapangan yaitu dengan melaksanakan kegiatan penyelidikan epidemiologi (PE) dan penanggulangan seperlunya meliputi foging fokus, penggerakan masyarakat dan penyuluhan untuk PSN serta larvasidasi.
- f) Penyuluhan : promosi kesehatan tentang penyakit DBD tidak hanya menyebarkan leaflet atau poster tetapi juga ke arah perubahan perilaku dalam pemberantasan sarang nyamuk sesuai dengan kondisi setempat. Metode ini antara lain dengan COMBI, PLA, dsb.
- g) Capacity building : peningkatan kapasitas dari Sumber Daya baik manusia maupun sarana dan prasarana sangat mendukung tercapainya target dan indikator dalam pengendalian DBD. Sehingga secara rutin perlu diadakan sosialisasi/penyegaran/pelatihan kepada petugas dari tingkat kader, Puskesmas sampai dengan pusat.
- h) Monitoring dan evaluasi : monitoring dan evaluasi ini dilaksanakan secara berjenjang dari tingkat kelurahan/desa sampai ke pusat yang menyangkut pelaksanaan pengendalian DBD, dimulai dari input, proses, output dan outcome yang dicapai pada setiap tahun.

2.5.2 Indikator Program P2DBD

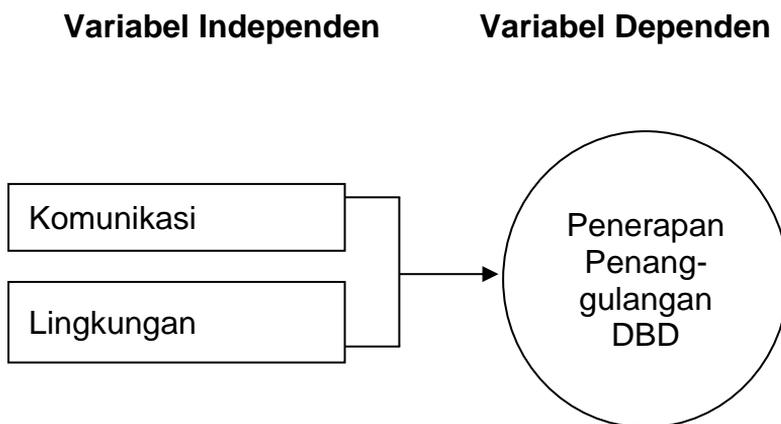
Indikator keberhasilan program pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue ditandai dengan : ²⁸

²⁸ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Op. Cit.

1. Incidence Rate (IR) 51/100.000 penduduk (pada tahun 2014)
2. Case Fatality Rate (CFR) < 1%
3. Prekuensi Kejadian Luar Biasa (KLB) < 5% jumlah desa di kabupaten/kota
4. Angka Bebas Jentik (ABJ) \geq 95%
5. Proporsi keluarga yang berpartisipasi dalam PSN DBD > 80%

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dibangun berdasarkan dari kerangka teori dan diambil variabel yang hanya ingin diteliti saja. Berlandaskan kepustakaan yang telah dibahas sebelumnya, maka kerangka konsep penelitian digambarkan seperti berikut:



Gambar 2.2 Bagan Kerangka Konsep

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

3.1.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di kota Medan pada dua Puskesmas di Kota Medan, yaitu Puskesmas Helvetia dan Puskesmas Amplas.

3.1.2 Waktu Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan sejak bulan April 2015 sampai dengan Juni 2015.

3.2 Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan rancangan kualitatif yang disajikan secara deskriptif melalui pengamatan dan wawancara mendalam dan studi literatur. Alasan pemilihan karena ingin mengeksplor secara mendalam terhadap program, kejadian, proses, aktifitas penerapan program penanggulangan Berdarah Dengue di Kota Medan dengan berinteraksi secara langsung terhadap partisipan.

3.3 Subjek Penelitian

Penetapan Subjek Penelitian dilakukan secara *purposive*, yaitu pemilihan dilakukan dengan pertimbangan dan tujuan tertentu. Pemilihan berdasarkan anggapan bahwa subjek dapat memberikan informasi yang diinginkan penelitian sesuai dengan permasalahan penelitian.

Subjek penelitian dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu informan utama dan informan triangulasi :

- a. Informan utama yaitu 2 (dua) orang petugas di Puskesmas Helvetia dan Puskesmas Amplas
- b. Informan triangulasi berjumlah 2 orang yang terdiri dari:
 - 1) Koordinator Program PDBD Dinas Kesehatan Kota Medan

- 2) Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan (PMK) Dinas Kesehatan Kota Medan.

Sehingga secara keseluruhan peneliti melakukan wawancara mendalam kepada 4 (empat) informan.

3.3.3 Teknik Pemilihan Tempat dan Subjek Penelitian

Pemilihan informan utama dan triangulasi dilakukan secara *purposive*, yakni dua petugas program di Puskesmas kasus DBD tertinggi pada tahun 2015, dan dua pegawai Dinas Kesehatan Kota Medan yang dianggap paling tahu seputar program pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue di wilayah kota Medan.

3.3.4 Kriteria inklusi dan eksklusi

a. Inklusi:

1. Pengelola Program P2DBD
2. Bersedia untuk wawancara

b. Eksklusi:

1. Tidak bersedia atau membatalkan wawancara

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Dependen

Variabel terikat pada penelitian ini adalah Penerapan Program Penanggulangan demam Berdarah Dengue

3.4.2 Variabel Independen

Variabel bebas pada penelitian ini adalah komunikasi petugas dan Faktor Lingkungan.

3.5 Definisi Istilah

a) Penerapan Program P2DBD di Puskesmas meliputi kegiatan :

- 1) Penyelidikan Epidemiologi (PE) adalah kegiatan pencarian penderita DBD atau tersangka DBD lainnya dan Pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD di tempat tinggal Penderita dan rumah/bangunan sekitarnya, termasuk tempat-tempat umum dalam radius sekurang-kurangnya 100 Meter, serta tempat umum yang diperkirakan menjadi sumber penyebaran penyakit lebih lanjut.
- 2) Fogging Fokus adalah kegiatan pengasapan dengan insektisida dirumah penderita dan rumah/bangunan sekitarnya dalam radius 200 meter, dilakukan 2 siklus dengan interval waktu 1 minggu.
- 3) Abatisasi Selektif adalah kegiatan memberantas sarang nyamuk dengan menaburkan bubuk larvasida (abate) atau pembunuh jentik guna memberantas jentik di Tempat Penampungan Air (TPA) untuk keperluan sehari – hari.
- 4) Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) adalah pemeriksaan tempat penampungan air dan tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* untuk mengetahui adanya jentik nyamuk yang dilakukan di rumah dan tempat umum secara teratur sekurang-kurangnya tiap 3 bulan untuk mengetahui keadaan populasi jentik nyamuk penular penyakit demam berdarah dengue.
- 5) Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) adalah kegiatan memberantas jentik nyamuk *Aedes aegypti* di tempat perkembang biakannya dalam bentuk kegiatan 3 M (Menguras, Menutup, Mengubur).
- 6) Penyuluhan Kesehatan adalah kegiatan penyampaian Informasi kepada masyarakat

mengenai situasi DBD di wilayahnya, cara penularan dan pencegahan penyakit DBD.

- b) Komunikasi Petugas adalah penyampaian informasi tentang program P2DBD, yaitu antara DKK Medan, Puskesmas, Pelaksana dan Sasaran program. Faktor ini meliputi dimensi: a) Transmisi (metode, sumber, jadwal, materi), b) Kejelasan informasi, dan c) Konsistensi isi informasi.
- c) Faktor Lingkungan adalah pandangan pelaksana program mengenai keadaan lingkungan setempat terkait dukungan pelaksanaan program penanggulangan demam berdarah dengue. Faktor ini meliputi; a) Karakteristik partisipan (masyarakat), dan b) Dukungan stakeholder

3.6 Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Peneliti menjadi instrumen utama dalam penelitian ini, dan dilengkapi instrumen penunjang antara lain berupa:

- a) Pedoman wawancara yang terdiri dari pertanyaan terbuka faktor yang mempengaruhi penerapan program, dan
- b) Buku catatan yaitu buku yang berfungsi untuk mencatat semua percakapan dengan sumber data (informan) dan hal-hal lain yang dirasa penting.³¹
- c) *Tape recorder* berfungsi untuk merekam semua percakapan atau pembicaraan.
- d) Kamera untuk mendokumentasikan gambar pada saat peneliti melakukan percakapan dengan informan
- e) Lembar *check list* yang digunakan untuk observasi (pengamatan langsung) kegiatan informan.

Pengumpulan data dilakukan melalui *in-depth interview* terhadap informan utama dengan mengajukan pertanyaan yang bersifat terbuka mengenai penerapan program penanggulangan demam berdarah dengue, Komunikasi Petugas dan Faktor lingkungan. Selain itu, peneliti juga

melakukan *in-depth interview* terhadap terhadap informan triangulasi yang terdiri dari 2 (dua) orang dengan menanyakan faktor-faktor yang sama dengan penyesuaian level informan tersebut dalam program.

3.7 Metode Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Pengolahan data

- a) Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara mendalam yang dicatat didalam buku dan direkam dengan tape recorder, kemudian disalin dalam bentuk transkrip hasil wawancara mendalam untuk masing-masing informan.
- b) Mereduksi data artinya merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya. Data dari lapangan yang jumlahnya cukup banyak perlu dicatat secara teliti dan rinci, setelah itu segera direduksi. Dengan demikian, data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya. Dengan reduksi peneliti merangkum, mengambil data yang pokok dan penting, membuat kategorisasi, berdasarkan huruf besar, huruf kecil, dan angka. Data yang tidak penting diilustrasikan dalam bentuk simbol-simbol dan dibuang karena dianggap tidak penting bagi peneliti.
- c) Verifikasi dan Penyajian Data. Melakukan pemeriksaan atau telaah ulang data yang sudah diperoleh, kemudian disajikan dalam bentuk naratif sesuai dengan variabel yang diteliti.
- d) Menarik kesimpulan yakni memberi tafsiran, argumen, menemukan makna dan mencari hubungan antar satu komponen dengan komponen lain dikaitkan dengan teori pendukung

sesuai dengan tujuan penelitian. Diolah dan dianalisis secara deskriptif berdasarkan jumlah kasus dengan variabel yang diteliti. Hasil penelitian kemudian disajikan dalam bentuk tabel-tabel distribusi frekuensi dan distribusi central. Hasil penelitian kemudian dilanjutkan pada analisis bivariat dan multivariat.

3.7.2 Analisis data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian kualitatif adalah *data reduction*, *data display*, dan *conclusion drawing*.

- a) *Reduksi data* artinya peneliti merangkum, mengambil data yang pokok dan penting, membuat kategorisasi, berdasarkan huruf besar, huruf kecil, dan angka. Data yang tidak penting diilustrasikan dalam bentuk simbol-simbol dan dibuang karena dianggap tidak penting bagi peneliti.
- b) *Data display* artinya penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, flowchart dan sejenisnya, namun yang paling sering digunakan ialah dengan teks atau naratif. Pada penelitian ini penyajian data dilakukan dengan teks atau narasi.
- c) *Conclusion drawing* artinya menyimpulkan hasil penyajian data yang masih dalam bentuk narasi atau kutipan langsung dari hasil pembicaraan informan.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kota Medan merupakan salah satu kota di Sumatera Utara dan sekaligus ibu kota dari Propinsi Sumatera Utara. Secara administratif, sebelah timur, barat dan selatan Kota Medan berbatasan langsung dengan Kabupaten Deli Serdang, sedangkan sebelah utara berbatasan dengan selat Malaka. Kota Medan saat ini terdiri dari 21 Kecamatan dengan 151 Kelurahan, yang terbagi atas 2.001 lingkungan.

Kebijakan pembangunan bidang kesehatan di Kota Medan difokuskan pada peningkatan prilaku hidup bersih dan sehat, pencegahan penyakit serta kualitas pelayanan kesehatan dasar, dengan sasaran : menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian anak; meningkatkan pengendalian, pencegahan penyakit menular; meningkatkan prilaku hidup bersih dan sehat; meningkatkan kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan; meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dasar, dan penanganan gizi buruk.

Sarana kesehatan di kota Medan tahun 2013 terdiri dari 39 Puskesmas Induk (13 Puskesmas Rawat Inap dan 26 Puskesmas Rawat Jalan), 41 Puskesmas Pembantu (Pustu), 27 unit Puskesmas keliling, 8 Rumah Sakit Umum Pemerintah, 68 Rumah Sakit Umum Swasta, 1 Rumah Sakit Jiwa, 117 Rumah Bersalin, serta sejumlah sarana pelayanan kesehatan lainnya seperti, Balai Pengobatan Umum sejumlah 747 buah, 578 Dokter Umum praktek perorangan, 307 Dokter spesialis praktek, dan 133 dokter gigi praktek.

Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kota Medan Tahun 2013 yaitu sebanyak 6 orang Dokter Spesialis, 187 orang Dokter Umum, 113 Dokter gigi, 515 orang Perawat umum, 64 orang Perawat gigi, 337 orang Bidan, 3 orang

pengelola program P2DBD di Dinas Kesehatan Kota Medan dan 39 orang pengelola Program P2DBD di Puskesmas dengan rasio per 100.000 penduduk.

Wilayah Kota Medan sejak lama tergolong salah satu daerah endemis DBD di Propinsi Sumatera Utara, artinya daerah yang dalam 3 (tiga) tahun terakhir, setiap tahun dilaporkan ada penderita DBD. Demikian pula dengan kecamatan-kecamatan yang ada di Kota Medan juga tergolong kecamatan endemis DBD. Oleh sebab itu salah satu upaya meningkatkan akses dan kualitas kesehatan masyarakat di kota Medan, dibuatlah sasaran peningkatan cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit DBD dalam Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD) Kota Medan.

4.1.2 Gambaran Karakteristik Informan

Berikut karakteristik petugas program :

Tabel 4.1 Karakteristik Petugas P2DBD di Puskesmas Kota Medan

No.	Karakteristik	f (%)
1	Umur (tahun)	
	▪ 20-35 tahun	4 (10,3)
	▪ > 35 tahun	35 (89,7)
	Rerata = 43 tahun Min – Max = 33-56 tahun	
2	Pendidikan	
	▪ SMA/SPRG	2 (5,10)
	▪ DI/DIII	18 (46,2)
	▪ S1	19 (48,7)
3	Lama Kerja	
	▪ 1-10 tahun	8 (20,5)
	▪ > 10 tahun	31 (79,5)
	Rerata = 18 tahun Min – Max = 5-34 tahun	

Sumber : Hasibuan (2015)²⁹

²⁹ Hasibuan, R., Suwitri, S., & Jati, S. P. 2016. Implementasi Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (P2DBD) di Wilayah Kota Medan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4(1): 35–43.

Sebahagian besar umur petugas lebih dari 35 tahun, ini termasuk kedalam angkatan kerja yang cukup produktif namun relatif kecil untuk dapat dikembangkan dalam upaya mendapatkan hasil kerja yang lebih optimal. Sebagian besar petugas berpendidikan Sarjana (S1) dan DI/DIII. Lama kerja relatif lebih lama dimiliki oleh sebagian besar petugas. Walau lama kerja dalam penelitian ini terhitung sejak masa terjadi Puskesmas, namun koordinasi lintas program internal memberi kontribusi saat petugas menjadi pengelola program P2DBD.

Sementara untuk data karakteristik 4 (empat) informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2 Karakteristik Informan Utama dan Informan Triangulasi

No	Kode Informan	Umur (tahun)	Jenis kelamin	Pendidikan	Jabatan	Masa kerja (tahun)
1.	IU-1	46	Perempuan	D-III	Petugas P2DBD Puskesmas Amplas	20
2.	IU-2	48	Perempuan	D-III	Petugas P2DBD Puskesmas Helvetia	25
3.	IT-1	53	Laki-laki	S1	Koordinator P2DBD DKK Medan	29
4.	IT-2	46	Perempuan	S2	Kabid PMK DKK Medan	22

Pemilihan informan tersebut di atas dilakukan secara *purposive*, yakni dua petugas P2DBD Puskesmas dengan kasus DBD tertinggi pada tahun 2015, dan dua pegawai Dinkes kota Medan yang dianggap paling tahu seputar program pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue (P2DBD). Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa A1 dan A2 yang merupakan petugas P2DBD Puskesmas memiliki karakteristik yang tidak jauh berbeda, baik umur, pendidikan D-III (Amd.Keb) dan masa kerja

yang cukup lama. Sementara B1 yang merupakan koordinator P2DBD Dinkes Kota Medan berlatar belakang pendidikan S-1 (SKM) dan tampak memiliki kerja yang cukup lama. Untuk B2 yang merupakan Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan DKK berlatar belakang pendidikan S2 (M.Kes) juga memiliki masa kerja lebih dari 20 tahun. Berdasarkan pengakuan masing-masing petugas, jabatan fungsional dan struktural yang dipegang saat ini sewaktu-waktu dapat digantikan atau dirotasi dengan petugas lain berdasarkan pertimbangan kebutuhan organisasi dan kebutuhan program yang ada di masing-masing instansi.

4.1.3 Gambaran Umum Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue (P2DBD)

Pedoman yang digunakan dalam Pelaksanaan Program penanggulangan demam berdarah dengue di Dinas Kesehatan Kota Medan mengacu kepada pedoman dari Kementerian Kesehatan dan Peraturan Daerah Kota Medan Nomor 4 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Kota Medan khususnya Bab VI bagian kesebelas (pengendalian dan pemberantasan penyakit) yang tertera pada Pasal 21-25, termasuk juga Pasal 26 Ayat 4 (f) yang menyebutkan perlunya memperhatikan sarang-sarang serangga pembawa penyakit. Anggaran yang digunakan oleh Dinas Kesehatan Kota Medan berasal dari APBD Kota Medan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).

4.1.4 Penerapan Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue (P2DBD) di Kota Medan

Mengacu pada struktur organisasi Dinas Kesehatan Kota Medan, program pengendalian penyakit demam berdarah dengue (P2DBD) merupakan salah satu program di bawah Sie. P2P (pengendalian dan pemberantasan penyakit), dimana Sie. P2P sendiri

bertanggungjawab pada Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan (Kabid PMK). Program P2DBD Dinkes Kota Medan dikelola oleh 3 orang (1 koordinator dan 2 anggota) serta 2 petugas fogging terlatih. P2DBD Dinkes membawahi program P2DBD yang terdapat pada 39 Puskesmas induk.

Pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue di Kota Medan pada kenyataannya tidak jauh berbeda dengan program atau upaya pokok yang tertera pada Kepmenkes Nomor 581/MENKES/SK/VII/1992 tentang program-program pemberantasan penyakit, yakni : Penyelidikan Epidemiologi, Pengulangan fokus, Abatisasi, Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB), dan Penyuluhan. Serangkaian upaya program tersebut dibagi ke dalam tiga aspek penting, yakni **Aspek persiapan, Kegiatan pengendalian dan Pencatan dan Pelaporan.**

Aspek Persiapan

Hasil wawancara aspek Persiapan program P2DBD meliputi sumber daya, kebutuhan, sasaran dan pemetaan yang menjadi input program, diperoleh informasi bahwa pada dasarnya sebagian besar petugas telah memahami petunjuk pelaksanaan (juklak) dan petunjuk teknis (juknis) program P2DBD termasuk di dalamnya penguasaan modul pengendalian DBD. Pemahaman juga dapat bersumber dari senior (pengelola program sebelumnya) dan hasil browsing dari internet. Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan, dalam hal ini Dirjen P2&PL, telah mengalami beberapa kali revisi dan terakhir pada tahun 2011. Keberadaan modul tersebut sangat penting sebagai panduan, bahan pembelajaran dan pelatihan bagi pengelola program DBD Puskesmas untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam pengendalian Demam Berdarah Dengue. Meskipun demikian, tata cara pengendalian DBD yang banyak ditemukan secara online

(internet) tidak jauh berbeda dari isi Modul. Bahkan modul pengendalian DBD terbitan Dirjen P2&PL dalam bentuk buku elektronik (pdf) dapat diakses bebas pada alamat laman resmi nya.

Berkenaan dengan itu, hasil wawancara juga menemukan bahwa pemetaan sasaran sudah baik dilakukan seluruh petugas P2DBD Puskesmas. Hal ini sesuai dengan Permenkes No. 75 Tahun 2014, Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) di wilayah kerjanya, dimana salah satu program UKM-nya adalah P2DBD. Didirikannya satu atau dua Puskesmas dalam satu kecamatan berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas.

Wawancara berkaitan dengan anggaran program memperoleh informasi bahwa petugas jarang terlibat dalam penyusunan rencana anggaran program P2DBD. Penyusunan lebih banyak dilakukan pihak Dinkes Kota Medan (Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan), terutama menyangkut pengadaan larvasida, mesin fogging dan PSN kit. Hal ini sesuai dengan pedoman yang menyebutkan salah satu kegiatan pokok program P2DBD di tingkat kabupaten/kota adalah dinas kesehatan mengusulkan penyediaan (dan mendistribusikan) bahan/alat program P2DBD melalui APBD kabupaten/kota atau sumber dana lainnya. Perencanaan anggaran yang biasanya dilakukan petugas hanya dalam skala kecil berupa biaya transport dan logistik saat melakukan penyuluhan PSN dan PJB ke rumah penduduk.

Puskesmas telah menentukan petugas pelaksana pengendalian DBD yang biasanya terdiri dari petugas DBD, tenaga surveilans dan kader jumentik. Untuk tenaga fogging ditentukan oleh Dinas kesehatan kota. Selain itu sebagian besar Puskesmas juga telah berkoordinasi dengan lurah, kader dan POKJANAL setiap bulannya.

Sesuai modul, Puskesmas memiliki kegiatan pokok memfasilitasi pertemuan lintas program dan lintas sektor secara berkala. Menurut Azwar (2010) aspek persiapan merupakan faktor penunjang yang berkontribusi besar membantu pelaksana menyelenggarakan rangkaian kegiatan yang telah direncanakan

Kegiatan Pengendalian

Hasil wawancara menemukan bahwa masih terdapat petugas program melakukan pengendalian hanya ketika ada kasus DBD, hal ini belum sesuai prinsip pengendalian pada modul yang menekankan pengendalian DBD secara rutin baik ketika ada kasus maupun tidak sebagai upaya preventif (pencegahan).

1. Penyelidikan Epidemiologi

Hasil wawancara mendalam yang dilakukan pada informan utama tentang proses pelaksanaan penyelidikan Epidemiologi (PE), diperoleh informasi bahwa kegiatan penyelidikan epidemiologi sudah berjalan baik dan rutin dilakukan oleh tim dari Puskesmas.

Kotak 1

“Kegiatan PE semua berjalan baik. PE dilakukan setelah menerima laporan RS dari Dinas“. (IU-1)

Pernyataan informan utama sejalan dengan informan triangulasi Dinas Kesehatan Kota yang menyebutkan bahwa kegiatan PE pada masing-masing puskesmas pada dasarnya sudah mulai baik. Petugas Dinas kesehatan rutin menjemput laporan DBD yang berasal dari Rumah Sakit yang ada di kota Medan, kemudian meneruskannya pada petugas P2DBD Puskesmas sesuai dengan kejadian di wilayah kerja masing-masing untuk ditindaklanjuti.

2. Fogging Fokus

Hasil wawancara mendalam yang dilakukan pada informan utama terkait fogging fokus, diperoleh informasi bahwa fogging fokus telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota (DKK) bekerja sama dengan Puskesmas. Kegiatan dilakukan rutin setiap triwulan, atau bila ada kasus kematian akibat DBD.

Kotak 2

“Fogging kerjasama Dinas dengan pemegang program P2DBD”.(IU-1)

“Kalau ada kasus seperti kematian. Dilakukan 3 kali dalam setahun”.
(IU-2)

Pernyataan informan utama sejalan dengan pernyataan informan triangulasi Dinas Kesehatan Kota yang menerangkan bahwa kegiatan Fogging Fokus telah dilakukan dengan baik. Pelaksanaan fogging fokus sesuai dengan urutan kasus atau urutan hasil pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi (PE) di tingkat puskesmas.

3. Abatisasi Selektif

Hasil wawancara mendalam yang dilakukan pada informan utama terkait abatisasi selektif diperoleh informasi bahwa kegiatan abatisasi telah dilakukan bekerjasama dengan masyarakat.

Kotak 3

“Pelaksanaannya direspon baik oleh masyarakat, mereka dapat mengambil abate di loket secara gratis”.(IU-2)

Kegiatan oleh masyarakat biasanya dibimbing oleh petugas puskesmas/ dinas kesehatan kota. Abatisasi merupakan kegiatan pemberian insektisida yang ditujukan untuk membunuh stadium larva nyamuk. Hal ini dimaksudkan untuk menekan kepadatan populasi vektor untuk jangka waktu yang relatif lama (3 bulan).

4. Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)

Hasil wawancara mendalam yang dilakukan pada informan utama tentang PJB diperoleh informasi bahwa telah dilakukan pemeriksaan jentik berkala terkait pelaksanaan program P2DBD.

Kotak 4

“Setiap 3 bulan kita melakukan survei jentik tiap kelurahan 100 rumah”. (IU-2)

Hal tersebut dikonfirmasi informan Dinas Kesehatan Kota Medan yang menjelaskan puskesmas selalu melakukan pemeriksaan jentik berkala. Kegiatan PJB sering kali bersamaan dengan pemberian bubuk abate (abatisasi) pada 100 rumah di tiap kelurahan. Petugas Puskesmas biasanya menggalakkan abatisasi ini pada daerah (kelurahan/RT/RW) yang sedang terjadi peningkatan kasus.

5. Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)

Hasil wawancara mendalam yang dilakukan pada informan utama tentang PSN diperoleh informasi bahwa telah dilakukan PSN dengan melibatkan masyarakat sekitar.

Kotak 5

“PSN dilakukan melalui kerja bakti, dan penyuluhan 3M Plus”. (IU-1)

“Masyarakat membersihkan lingkungan. Kita memberi penyuluhan”. (IU-2)

Pernyataan di atas sejalan dengan informan Dinas Kesehatan Kota Medan yang mengatakan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk sudah berjalan baik bekerjasama dengan pihak kelurahan, dan RT/RW. Beberapa Puskesmas bahkan melakukan kegiatan “Halo-halo DBD” pada hari tertentu setiap bulannya. Petugas berkeliling menggunakan mobil *ambulance*

dan penguat suara menghimbau agar warga sekitar berpartisipasi untuk melakukan PSN, meski sampai saat ini petugas menilai keterlibatan warga masih belum maksimal.

6. Penyuluhan Kesehatan

Hasil wawancara mendalam yang dilakukan pada informan utama diperoleh informasi bahwa pelaksanaan penyuluhan kesehatan di daerah mereka sudah cukup baik ditandai dengan warga selalu mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan.

Kotak 6

“Penyuluhan kesehatan dilakukan di sekolah dan posyandu serta arisan ibu-ibu”. (IU-2)

Informan Triangulasi Dinas Kesehatan Kota Medan mengkonfirmasi bahwa penyuluhan biasanya dilakukan di beberapa tempat seperti Posyandu, sekolah, tempat kerja (kantor instansi, perhotelan, rumah makan), arisan darma wanita, ibu-ibu PKK dan kelompok-kelompok pengajian hingga rumah ibadah. Penyuluhan yang diberikan seputar penanganan dan pencegahan penyakit DBD yang disebar dalam bentuk leaflet. Kesempatan lain yang biasanya digunakan petugas adalah saat pertemuan-pertemuan di kelurahan, pihak Lurah mempersilahkan petugas Puskesmas untuk menyampaikan hal-hal terkait perkembangan program Puskesmas, termasuk P2DBD.

Tabel 4.3 Rekapitulasi Perbandingan Hasil Observasi Kegiatan Pengendalian Program P2DBD di Puskesmas Helvetia dan Puskesmas Amplas

No	Pelaksanaan Program		Lokasi		Kesimpulan	
			Puskesmas Helvetia	Puskesmas Amplas	Puskesmas Helvetia	Puskesmas Amplas
1.	Penyelidikan Epidemiologi	Kurang 1x24 jam	✓	✓	Cukup	Baik
		Pemberitahuan ke kelurahan	-	✓		
		Radius 100 meter dari tempat penderita	✓	✓		
		Wawancara dengan keluarga	✓	✓		
		Pemeriksaan jentik pada TPA dan tempat lain di dalam dan luar rumah	✓	✓		
		Dilakukan tidak hanya di rumah, tetapi di sekolah atau tempat kerja	✓	✓		
2.	Fogging Fokus	Bila hasil PE positif, dilakukan fogging fokus	✓	✓	Kurang	Kurang
		Dilakukan Radius 200 meter	-	-		
		Dilakukan 2 siklus dengan interval ± 1 minggu	-	-		
		Kerja sama petugas dengan Dinas kesehatan kota	✓	✓		
3.	Abatisasi Selektif	Memeriksa tempat penampungan air (TPA) dalam dan luar rumah	✓	✓	Baik	Baik
		Penaburan bubuk abate	✓	✓		
		Dilakukan 4 siklus (3 bulan sekali)	✓	✓		
		Pelaksana adalah petugas terlatih	✓	✓		
4.	Pemeriksaan Jentik Berkala	Dilaksanakan 4 siklus (3 bulan sekali)	✓	✓	Baik	Baik
		Dilakukan pada 100 sampel rumah	✓	✓		
		Pelaksana adalah petugas kesehatan	✓	✓		
5.	Pemberantasan Sarang Nyamuk	Kerja bakti setiap minggu bekerja sama dengan RT/RW dan kelurahan	✓	✓	Cukup	Baik
		Melakukan sosialisasi 3M plus kepada masyarakat	✓	✓		
		Angka Bebas Jentik (ABJ) ≥ 95%	-	✓		
6.	Penyuluhan Kesehatan	Penyuluhan individu (kunjungan rumah saat PJB)	✓	✓	Baik	Baik
		Penyuluhan Kelompok (pertemuan kader, arisan PKK, dan kelompok pengajian)	✓	✓		
		Penyuluhan Massal (pertemuan tingkat kelurahan)	✓	✓		

Keterangan =

- ✓ : Tercapai
- : Tidak Tercapai
- Baik** : Seluruh kegiatan tercapai
- Cukup** : Satu kegiatan tidak tercapai
- Kurang** : Dua atau lebih kegiatan tidak tercapai

Pencatatan dan Pelaporan

Kegiatan program yang dilakukan Puskesmas sudah sesuai format laporan yang ditetapkan Dinas Kesehatan Kota. Untuk pencatatan tersangka DBD dan penderita DD, DBD, SSD menggunakan 'Buku Catatan Harian Penderita DBD'. Sedangkan untuk pengumpulan dan pencatatan dilakukan setiap hari, bila ada laporan tersangka DBD dan penderita DD, DBD, dan SSD.

Data yang diterima Puskesmas berasal dari rumah sakit atau Dinas Kesehatan Kota, Puskesmas sendiri atau Puskesmas lain (cross notification) dan Puskesmas pembantu, unit pelayanan kesehatan lain (balai pengobatan, poliklinik dan lain-lain) dan hasil penyelidikan epidemiologi

Pengumpulan data, pencatatan dan pelaporan dilakukan secara manual. Sementara pelaporan yang dilakukan Puskesmas, selain dikirim langsung oleh petugas puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota sesuai format yang ditentukan dalam bentuk manual, juga dilakukan pelaporan melalui telepon dan pesan singkat (SMS). Namun terdapat beberapa data yang tidak ditemukan, misalnya tidak dikumpulkannya data jentik (hasil PJB) yang evidence based. Selain itu ketepatan dan kelengkapan laporan dari Puskesmas masih rendah. Juga belum dilakukan analisis data baik di tingkat kota (baru bersifat pengumpulan data). Sehingga untuk SKD-KLB belum dapat dilakukan dengan baik.

4.1.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penerapan Program Penanggulangan DBD

Komunikasi

Indikator faktor komunikasi menyangkut transmisi, kejelasan dan konsistensi informasi seputar penerapan program P2DBD. Hasil wawancara mendapatkan bahwa terdapat pengaruh positif dari komunikasi pada

implementasi P2DBD Puskesmas di Kota Medan, hal ini ditunjukkan dengan adanya jadwal pertemuan rutin seluruh petugas.

Kotak 7

"Kami kan tiap bulan rapat di Dinas..." (IU-1)

"Pertemuan bulanan di Dinkes tiap Rabu minggu pertama, dengan kabid PMK, sie P2P dan koordinator P2DBD". (IU-2)

"Pertemuan tiap bulan biasanya petugas membawa laporan bulan sebelumnya, kita akan evaluasi biar tidak kesulitan ketika dilakukan fogging, update informasi dari Provinsi dan penekanan PSN, karena itu yang paling efektif". (IT-2)

Berdasarkan hasil wawancara di atas disebutkan adanya pertemuan rutin antara seluruh petugas P2DBD Puskesmas dengan pihak Dinas Kesehatan Kota Medan. Pertemuan dihadiri oleh unsur P2DBD Dinas, mulai dari koordinator DBD, Kasie P2P dan Kabid PMK.

Dari aspek transmisi atau penyampaian, informasi disampaikan Dinas Kesehatan Kota Medan pada Puskesmas dimana penyampaian tersebut tidak terbatas pada kepala Puskesmas saja, melainkan langsung kepada petugas DBD. Berikutnya petugas menyampaikan kembali pada kader jumentik dan Pokjantal di kecamatan. Sebagai follow up informasi yang diterima, biasanya terdapat kader yang turut serta dalam sosialisasi PSN di masyarakat.

Dari aspek kejelasan, hasil wawancara menemukan bahwa petugas tidak pernah mendapatkan penjelasan mengenai petunjuk pelaksanaan dari DKK. Akibatnya petugas memiliki multi-interpretasi atas target yang harus dicapai program P2DBD oleh setiap Puskesmas.

Pada aspek konsistensi, sudah ditetapkan jadwal rutin pertemuan petugas DBD dengan pihak DKK, yakni hari Rabu di Minggu awal setiap bulan. Petugas mengaku kerap ikut dalam pertemuan rutin tersebut. Konten yang

ditekankan pada petugas adalah strategi utama PSN dalam mengendalikan penyakit DBD, karena melibatkan masyarakat secara langsung. Namun penekanan mengenai indikator target yang harus dicapai (misalnya cakupan penanganan kasus, cakupan rumah yang ABJ, dan cakupan rumah yang PSN) masih sangat jarang disampaikan pihak DKK.

Lingkungan

Karakteristik partisipan (masyarakat) dan Dukungan stakeholder adalah dua indikator penting untuk melihat sejauh mana program P2DBD berjalan di tengah-tengah masyarakat. Perihal karakteristik masyarakat, terdapat beberapa hal yang masih menjadi keluhan petugas mengenai sikap dan respon masyarakat saat petugas datang melakukan pengendalian dan penyuluhan, seperti terekam pada hasil wawancara berikut :

Kotak 8

"Kan manusia ini apa ya, gak mau tahu ya kan, udah kita bilang penyuluhan toh mau kejadian sama dia juga kena, sepertinya maaf cakap, kita suruh bersih ini ini, ya nanti kami bersihkan, mesti kita juga yang membalikkan kalengnya, masyarakat ini kan gitu iya iya tapi gak dikerjakan. Pas ada kasus, kalau gak cepat-cepat disemprot nanti dia marah ya kan. Padahal kan kita bilang itu racun ya kan, sebenarnya ibu bersih aja, bak diberus paling minimal sekali seminggu, bersih-bersih aja Ibu gak akan ada nyamuk itu." (IU-1)

"Sebenarnya bukan warga gak paham, tapi namanya masyarakat itu kadang ada kesadaran ada tidak. Biasanya pendidikan menengah kebawah itu yang lebih mengerti, yang lainnya ngerti tapi cuek." (IU-2)

Hasil wawancara di atas menunjukkan karakteristik masyarakat yang sulit diarahkan oleh petugas, namun ingin segera dilakukan pengasapan (fogging) bila ada kasus. Selain itu sifat warga juga malas melakukan pengurasan air bak mandi, padahal bak tersebut dapat menjadi sarang perkembangbiakan nyamuk. Pada dasarnya semua kelompok masyarakat sudah mengetahui tata cara pengendalian DBD (terutama PSN), namun

untuk ikut terlibat langsung saat PSN sering kali hanya dari warga yang berpendidikan menengah ke bawah sementara warga yang berpendidikan menengah ke atas jarang berada di rumah dan terkadang bersikap kurang peduli terhadap petugas yang berkunjung. Hal ini menunjukkan kesadaran masyarakat belum tinggi, namun pengelola terkesan melakukan pembiaran dan kurang peduli pada masyarakat.

Sedangkan upaya penggalangan dukungan kelompok kepentingan oleh Dinas Kesehatan Kota Medan antara lain dilakukan dengan pembentukan kelompok kerja operasional (POKJANAL) DBD. Pokjanal merupakan wadah koordinasi dan jejaring kemitraan dalam pengendalian DBD yang terdiri dari unsur dinas/instansi pemerintah, kelurahan dan kecamatan, LSM, swasta atau dunia usaha yang secara fungsional mempunyai tugas meningkatkan peran serta masyarakat dalam PSN-DBD. Hasil wawancara terkait hal tersebut terdapat pada kotak di bawah ini:

Kotak 9

"Lintas sektoral ada sekali sebulan, kadang pun gak lintas sektoral. Kadang mereka pas rapat PKK, kita nimbrung sekalian gitu, yang penting ada tempat, waktu, langsung aja. Karena kan singkatnya aja yang perlu, 3M+ itu yang penting kali." (IU-2)

"Pokjanal berjalan. Kita buat surat ke Kecamatan kok." (IT-1)

"Pokjanal kecamatan masih berjalan, artinya memang tidak punya jadwal tersendiri yang rutin seperti di Dinas, tetapi pada saat terjadi peningkatan kasus, pada Mini loka karya lintas sektoral harusnya mengundang camat dan sektor terkait itu disampaikan kepala Puskesmas, biasanya saat itulah dibahas apa upaya kita, dan dipimpin oleh camat langsung." (IT-2)

Koordinasi antara pihak Puskesmas dan kecamatan berjalan rutin setiap bulannya dengan menyurati pertemuan Pokjanal. Namun untuk sampai pada terealisasinya pertemuan Pokjanal tersebut masih jarang dan tidak memiliki jadwal tertentu. Petugas mengakali hal tersebut dengan tetap memberikan

pengarahan seputar pencegahan DBD di beberapa kesempatan lain, misalnya di atas disebutkan pada pertemuan ibu-ibu PKK. Sementara pada Mini loka karya yang rutin diadakan setiap bulannya, pihak Puskesmas juga menggandeng Camat. Namun yang dibicarakan tidak hanya terfokus pada program P2DBD, melainkan beberapa program yang dianggap mencolok terjadi di bulan tersebut.

Pada tingkat kota, pihak Dinkes Kota Medan menggalang dukungan pengendalian DBD dalam rapat-rapat koordinasi dengan satuan kerja perangkat daerah (SKPD) lain. Informasi yang diperoleh dari Kepala Bidang PMK DKK Medan menyebutkan DKK sering mengajak bicara Bappeda, untuk selanjutnya Bappeda mengkoordinasikan pada SKPD terkait. Seperti ilustrasi pada kotak berikut :

Kotak 10

"Dukungan stakeholder kalau di tingkat kota itu kita sering rapat koordinasi, kita ajak bicara Bappeda, Bappeda ini nantinya yang mengkoordinasikan ke SKPD terkait. Terakhir kita rapat koordinasi untuk DBD ini bulan Maret. Artinya ketika kita ada permasalahan di kesehatan, gak mau capek sendiri, kita ajak pemerintah kota, Bappeda, kalau perlu kita undang Pak Wali dan Sekda-nya. Yang lainnya beranggapan itu urusan orang kesehatan, padahal itu dampak dari investasi pemko sendiri, perkim-nya, PU-nya, PDAM-nya yang gak beres kan kita yang menerima dampak." (IT-2)

Berdasarkan hasil wawancara di atas dapat diketahui pentingnya rapat koordinasi antar SKPD guna meluruskan anggapan dari Dinas lain yang mengutamakan Dinas Kesehatan untuk mengendalikan DBD. Oleh sebab itu pihak Dinkes Kota Medan terus mengupayakan agar permasalahan DBD tidak hanya ditangani sektor kesehatan saja. Pada pertemuan tersebut, Dinkes memberikan gambaran bahwa DBD sebenarnya merupakan dampak dari aset atau investasi pembangunan pemerintah daerah sendiri. Lebih jauh, pembangunan kesehatan yang dapat diterapkan di semua instansi dan tingkatan administrasi diharapkan akan

mewujudkan masyarakat kota Medan yang sehat dan madani, tidak hanya terhindar dari penyakit DBD tetapi juga penyakit-penyakit infeksi lainnya.

4.2 Pembahasan

Hasil penelitian ini mendapati bahwa penerapan program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue telah dijalankan dengan baik. Namun beberapa catatan penting yang menjadikan pelaksanaan program tampak buruk dan harus digarisbawahi antara lain terdapat sebagian Puskesmas melakukan perencanaan anggaran sendiri, yang sebenarnya merupakan bagian dari kegiatan Dinas Kesehatan Kota. Selain itu, masih terdapat Puskesmas yang melakukan kegiatan pengendalian DBD hanya ketika ada kasus DBD, yang berarti strategi preventif program masih lemah. Dan terakhir, penyuluhan KIE tentang P2DBD masih dilakukan hanya pada masyarakat yang berkunjung ke Puskesmas.

Hal yang perlu dibahas pada faktor komunikasi petugas adalah temuan yang menyebutkan bahwa tidak ada pertemuan terjadwal dan rutin setiap bulannya antar petugas dengan Dinas Kesehatan Kota Medan, artinya tidak ada hambatan komunikasi yang berarti dalam pelaksanaan program. Selain itu kelancaran komunikasi berkaitan hal-hal teknis dalam program, bisa diatasi dengan menggunakan teknologi *smartphone*. Namun demikian pertemuan langsung dalam ruang rapat sangat penting terlaksana agar dapat memonitoring kelengkapan laporan, berita atau informasi seputar program. Selain itu penekanan upaya pengendalian yang dianggap perlu (seperti PSN-DBD dan fogging) semakin jelas dan konsisten. Implementasi kebijakan maupun program yang berjalan efektif mengharuskan pemberian perintah pelaksanaannya konsisten, tidak boleh bertentangan dengan perintah semula agar tidak mempersulit implementor dalam menjalankan tugasnya.

Semakin baik proses komunikasi akan semakin baik pula pelaksanaan programnya.³⁰ Hasil ini mendukung pendapat Van Meter dan Van Horn yang menyebutkan komunikasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi implementasi.³¹ Semakin baik koordinasi komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka diasumsikan kesalahan-kesalahan akan sangat kecil terjadi, demikian pula sebaliknya. Hasil ini sejalan dengan penelitian Sibarani (2012)³² dan Pramudita (2012)³³ yang keduanya menyimpulkan komunikasi berpengaruh kejadian penyakit Demam Berdarah Dengue begitu juga pada program pengendalian penyakit tersebut (P2DBD).

Komunikasi adalah suatu proses penyampaian dan penerimaan berita atau informasi dari seseorang ke orang lain. Suatu komunikasi yang tepat tidak akan terjadi kalau tidak disampaikan secara patut dan penerima berita menerimanya tidak dalam bentuk distorsi.³⁴ Dalam hal implementasi, komunikasi dibutuhkan oleh setiap pelaksana kebijakan/program untuk mengetahui dengan jelas apa yang harus mereka lakukan.

Implikasi faktor komunikasi petugas program antara lain tetap mempertahankan mekanisme sosialisasi program yang ada namun didukung peningkatan kualitas pesan yang substansif, yang tidak lain adalah konten modul juklak dan juknis dan target realistis yang harus dicapai setiap Puskesmas pada setiap upaya pengendalian DBD. Kemudian merevitalisasi serta meningkatkan fungsi monitoring pada pertemuan bulanan

³⁰ Agustino. Op. Cit.

³¹ Nugroho. Op. Cit.

³² Sibarani, SR. *Pengaruh Implementasi Kebijakan DBD terhadap Kejadian DBD di Kelurahan Bandar Sakti Kota Tebing Tinggi*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara; 2012.

³³ Pramudita, A. *Analisis Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (P2DBD) di Dinas Kesehatan Kota Semarang*. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2012;1(2):Halaman 6-15

³⁴ Thoha, M. *Perilaku Organisasi : Konsep Dasar dan Aplikasinya*. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada; 2014.

di Dinas Kesehatan Kota Medan dan pertemuan Pokjandal dengan membuat instrument yang mengukur keberhasilan pertemuan agar tidak terkesan hanya *ceremonial formal* saja. Fungsi monitoring juga harus diimbangi dengan fungsi supervisi Dinkes, artinya tidak hanya pasif menunggu pertemuan bulanan melainkan turun langsung melihat realitas operasional program di lapangan. Selain itu, Dinas Kesehatan Kota Medan perlu memformulasikan langkah-langkah strategis dalam meningkatkan efektivitas komunikasi program kepada semua komponen pelaksana program. Adapun Puskesmas harus secara proaktif memberikan umpan balik untuk penyempurnaan substansi pesan yang disampaikan oleh Dinas Kesehatan kota sehingga pada akhirnya menghasilkan *trust* dan *commitment* antara keduanya.³⁵

Bersamaan dengan hal di atas, poin penting yang perlu dibahas pada faktor lingkungan dalam kaitannya dengan program P2DBD adalah keterlibatan masyarakat dalam PSN masih kurang terutama dari kelompok masyarakat kelas pendidikan menengah ke atas. Kadaan tersebut menunjukkan kesadaran masyarakat belum tinggi, namun pengelola terkesan melakukan pembiaran dan kurang peduli pada masyarakat. Hal ini lah kemudian dapat menghambat keberhasilan implementasi program karena situasi yang ada tidak ditindaklanjuti dengan pemberian motivasi yang intens kepada masyarakat untuk melakukan PSN dengan benar. Ridha (2015) menjumpai hal senada dengan ini, menyebut perilaku masyarakat dalam penanggulangan DBD masih kurang merupakan indikator pelaksanaan program digolongkan kurang baik.³⁶

Penelitian Suhardiono (2005) menyimpulkan meningkatnya kejadian DBD di Kelurahan Helvetia Tengah, Medan disebabkan oleh karena perilaku masyarakat yang kurang baik yang dapat menjadi faktor

³⁵ Hasibuan. Op. Cit.

³⁶ Ridha, M. Implementasi Kebijakan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Kota Banjarmasin. *Jurnal Vektor Penyakit*, 2015; 8(1), Halaman 7-14

risiko terjadinya penyakit DBD.³⁷ Sari (2013) yang meneliti kejadian DBD di kecamatan Medan Tembung, mendapati determinan kejadian DBD adalah keberadaan jentik, tata rumah, non TPA, tanaman hias/tumbuhan, membersihkan TPA, menggantung pakaian, kebiasaan tidur, dan menggunakan anti nyamuk/repellent.³⁸ Dengan demikian sebenarnya diperlukan karakteristik masyarakat untuk mendukung program P2DBD, yang pada hakikatnya adalah mencegah munculnya penyakit akibat kebiasaan masyarakat itu sendiri.

Hasil penelitian menemukan buruknya faktor lingkungan juga ditandai dengan karakteristik masyarakat yang mengandalkan fogging focus untuk mengendalikan DBD daripada PSN 3M+ dan masih kurangnya keterlibatan laki-laki (kepala rumah tangga) pada kegiatan penyuluhan PSN.

Di sisi lain, strategi pengendalian DBD paling ampuh hingga saat ini adalah PSN yang melibatkan partisipasi masyarakat, sebagaimana dilakukan Jenderal WC Gorgas ketika memberantas nyamuk *Aedes aegypti* untuk memberantas demam kuning (*Yellow Fever*) lebih dari 100 tahun lalu di Kuba. Teknologi yang digunakan adalah gerakan PSN yang dilaksanakan serentak dan secara besar-besaran di seluruh negeri. Agar gerakan ini dapat dilakukan, diperlukan komitmen yang kuat dari seluruh jajaran struktur pemerintahan bersama-sama masyarakat dan swasta.³⁹

Dukungan faktor lingkungan dalam implementasi program P2DBD di Kota Medan ditandai dengan keterlibatan masyarakat pada kegiatan PSN setiap hari Jum'at dan aktifnya Pokjanel DBD Kota/kecamatan

³⁷ Suhardiono. Sebuah Analisis Faktor Resiko Perilaku Masyarakat Terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Helvetia Tengah, Medan Tahun 2005. *Jurnal Mutiara Kesehatan Indonesia*. 2005;1(2)

³⁸ Sari, DM. Determinan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kecamatan Medan Tembung. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara: 2013.

³⁹ Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat. *Kajian Kebijakan Penanggulangan (Wabah) Penyakit Menular (Studi Kasus DBD)*. Jakarta: 2006

(meskipun pertemuan Pokjanal tidak memiliki jadwal yang rutin). Upaya implementasi kebijakan mensyaratkan kondisi lingkungan yang kondusif, di antaranya sejauh mana kelompok-kelompok kepentingan memberikan dukungan bagi implementasi kebijakan dan bagaimana karakteristik partisipan, yakni mendukung atau menolak implementasi.⁴⁰

Dalam pengendalian DBD, tidak bisa hanya mengandalkan sektor kesehatan saja. Apalagi ini termasuk *public policy* yang menyangkut kesejahteraan hidup orang banyak, termasuk para pemangku kepentingan. Tugas DKK Medan dan Puskesmas menyediakan dan menyebarkan informasi DBD dan pengendaliannya untuk kemudian dicari jalan keluarnya secara bersama-sama, lintas program maupun lintas sektor serta melibatkan stakeholder.

Selain itu bila berkaca dari pemerintah daerah lain, misalnya Propinsi DKI Jakarta, Kota Semarang, dan Kota Malang yang berhasil menekan kasus DBD dengan membuat peraturan daerah tentang pengendalian penyakit demam berdarah dengue, pemerintah Kota Medan dengan *political will* dan komitmen yang kuat, juga dapat menyusun kebijakan serupa. Misalnya dengan membuat kebijakan turunan yang lebih spesifik dari konsideran Perda No.4 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Kota Medan, terutama pada Bab VI bagian kesebelas (pengendalian dan pemberantasan penyakit) pasal 21-25 dan pasal 26 ayat (4) bagian F. Dengan adanya Perda tersebut diharapkan nantinya pengendalian DBD di Kota Medan menjadi program prioritas di berbagai tingkat pemerintahan di Kota Medan.

Faktor dapat dikatakan memiliki pengaruh paling kuat terhadap implementasi program P2DBD di Kota Medan. Beberapa hal yang dapat menjelaskan begitu besarnya pengaruh lingkungan adalah dengan adanya keterlibatan kader jumantik. Kader jumantik merupakan

⁴⁰ Buse. Op. Cit

bentuk nyata peran serta masyarakat dalam pengendalian DBD sesuai kondisi dan budaya setempat sehingga pesan dan pelaksanaan program lebih mudah dijalankan. Hal ini sejalan dengan Chadijah (2011) yang meneliti peran serta masyarakat dalam pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk DBD (PSN-DBD) di dua kelurahan di Kota Palu, Sulawesi Tengah dengan mencari tahu perbedaan pemberdayaan surveyor larva (Jumantik) dengan partisipasi masyarakat *leaders* (Ketua RT), dia menemukan bahwa pemberdayaan masyarakat yang paling efektif dalam pengendalian vektor DBD adalah dengan larva surveyor (jumantik).⁴¹

Implikasi dari faktor lingkungan di atas adalah perlu peningkatan strategi untuk mengambil perhatian masyarakat dengan pendekatan yang lebih persuasif sehingga menimbulkan antusias dan peran aktif masyarakat dalam pengendalian DBD. Masyarakat diajak berdialog dan diberi motivasi sekaligus meluruskan opini dan perilaku masyarakat yang masih mengandalkan *fogging*. Pendekatan dan keterlibatan tokoh agama dan tokoh masyarakat perlu dilakukan sebagai *reinforcing* pesan program. Selain itu perlu dilakukan penguatan kemitraan pada pihak kecamatan, kelurahan dan kepala lingkungan setempat serta pengembangan kampanye PSN dengan bermitra pada media massa, LSM atau dunia usaha yang peduli pada kesejahteraan masyarakat.

⁴¹ Chadijah, S., Rosmini, Halimuddin. *Peningkatan Peranserta Masyarakat dalam Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) di Dua Kelurahan di Kota Palu, Sulawesi Tengah*. Media Litbang Kesehatan 2011; 21(4):183-190

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Penerapan Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue di wilayah kota Medan telah berjalan baik. Hal penting yang perlu diperbaiki dalam program antara lain ketiadaan petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis dan modul pengendalian DBD, pemanfaatan hasil Pemantauan Jentik Berkala (PJB), serta ketepatan dan kelengkapan pelaporan DBD di Dinas Kesehatan Kota.
2. Komunikasi petugas dalam penerapan program dapat disebut baik. Hal penting yang perlu diperbaiki berkaitan dengan pihak Dinas Kesehatan Kota Medan yang masih jarang menyampaikan penekanan juklak dan juknis serta konten modul pengendalian DBD.
3. Faktor lingkungan cukup kondusif untuk mendukung operasionalisasi program. Catatan penting faktor lingkungan adalah masih ditemukan warga belum paham tentang strategi pemberantasan sarang nyamuk (PSN), Partisan pengendalian DBD baru terbatas pada kalangan ibu-ibu rumah tangga, serta pertemuan rutin Pokjnal tetap dilakukan rutin meski belum ada lonjakan kasus yang tinggi.

5.2 Saran

5.2.1 Puskesmas

1. Menjalin kerjasama dengan pihak terkait serta masyarakat luas khususnya kader, untuk dapat mencakup sasaran pengendalian yang luas. Selain itu perlu didiskusikan bersama strategi pendekatan pada kelompok warga tertentu yang sulit diajak dalam PSN-DBD.

2. Mengevaluasi cakupan buku pedoman P2DBD sehingga ketersediaan buku pedoman di tingkat Puskesmas dan pustu tercukupi.
3. Pengembangan sistem *reward* berupa penghargaan maupun materi kepada petugas dan masyarakat yang berperan aktif dalam kegiatan PSN dan *punishment* berupa sanksi atau denda kepada masyarakat yang tidak melaksanakan PSN.

5.2.2 Dinas Kesehatan

1. Mengkomunikasikan substansi program P2DBD ke Puskesmas, diantaranya penekanan pengendalian DBD sesuai juklak dan juknis program, target cakupan yang harus dicapai pada setiap kegiatan P2DBD, dan pengutamaan strategi peran serta masyarakat dalam PSN.
2. Membuat instrument untuk mengukur keoptimalan pertemuan/koordinasi P2DBD yang berjalan selama dan menindaklanjutinya.
3. Melakukan supervisi program P2DBD ke Puskesmas secara bertahap dan memberikan fasilitasi/bimbingan teknis.
4. Menginisiasi kembali keberadaan kader PSN/jumantik di Kota Medan sebagai bentuk pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian DBD.
5. Meninjau kembali dan merinci tujuan program secara jelas dan terukur (*measurable*) sehingga Puskesmas memiliki target yang jelas di setiap kegiatan.
6. Menyelenggarakan kegiatan pelatihan tatalaksana kasus DBD dan upaya pengendaliannya secara berkala.
7. Mengadvokasi Pemerintah Daerah setempat untuk membuat Peraturan Daerah yang spesifik mengatur pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue di Kota Medan

DAFTAR PUSTAKA

- Agustino L. Dasar-Dasar Kebijakan Publik. Bandung: CV. Alfabeta; 2014.
- Ayuningtyas D. Kebijakan Kesehatan : Prinsip dan Praktik. 1 ed. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada; 2014.
- Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy, Understanding Health Policy: Mc Graw Hill: Open University Press; 2005.
- Chadijah S, Rosmini, Halimuddin. Peningkatan Peranserta Masyarakat dalam Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) di Dua Kelurahan di Kota Palu, Sulawesi Tengah. Media Litbang Kesehatan 2011;21(4):183-190
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Laporan Tahunan 2014 Pengendalian & Pemberantasan Demam Berdarah Dengue (P2DBD), P2 Malaria, P2 Rabies, P2 Filariasis dan P2 Kecacingan. Medan.
- Dinas Kesehatan Kota Medan. Laporan Bulanan Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD). Medan 2014.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Profil Kesehatan Sumatera Utara Tahun 2013. Medan.
- Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan Bappenas. Kajian Kebijakan Penanggulangan (Wabah) Penyakit Menular (Studi Kasus DBD). Jakarta 2006.
- Direktorat Jendral PP & PL. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia. Jakarta; 2010.
- Dunn WN. Pengantar Analisis Publik. Dialihbahasakan oleh Samudra Wibawa dan Tim. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 1994
- Edward III G. Implementing Public Policy. Washington DC Congressional Quarterly Inc.; 1980.

- Gubler DJ. Epidemic Dengue/Dengue Hemorrhagic Fever as A Public Health, Social and Economic Problem in The 21st Century. *TRENDS in Microbiology*. February 2002;10(2):100-103.
- Hasibuan, R., Suwitri, S., & Jati, S. P. 2016. Implementasi Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (P2DBD) di Wilayah Kota Medan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4(1): 35–43.
- Keban YT. Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik. Yogyakarta: Gava Media; 2008.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. *Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue*. Jakarta; 2011.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Profil Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Tahun 2014. Jakarta 2015.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi. Demam Berdarah Dengue. Buletin Jendela Epidemiologi. Vol 2, Agustus. Jakarta; 2010
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Petunjuk Teknis Jumantik – PSN Anak Sekolah. Jakarta; 2014.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Modul Pelatihan Bagi Pengelola Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah di Indonesia. Jakarta; 2007.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014; 2010.

- Massie RGA. Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis dan Penelitian. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. 2009;12(4):409-417.
- Nugroho R. Public Policy. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo; 2012.
- Pramudita A. Analisis Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (P2DBD) di Dinas Kesehatan Kota Semarang. Jurnal Kesehatan Masyarakat 2012;1(2):Halaman 6-15.
- Pemerintah Kota Medan. Peraturan Daerah Kota Medan No. 4 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Kota Medan.
- Pemerintah Kota Medan. Peraturan Walikota Medan Nomor 40 Tahun 2012 Tentang Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) Kota Medan Tahun Anggaran 2013. Medan; 2012.
- Ridha, M. Implementasi Kebijakan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Kota Banjarmasin. *Jurnal Vektor Penyakit*, 2015; 8(1), Halaman 7-14.
- Sari DM. Determinan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kecamatan Medan Tembung. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara; 2013.
- Sibarani SR. Pengaruh Implementasi Kebijakan DBD terhadap Kejadian DBD di Kelurahan Bandar Sakti Kota Tebing Tinggi. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara; 2012.
- Suhardiono. Sebuah Analisis Faktor Resiko Perilaku Masyarakat Terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Helvetia Tengah, Medan Tahun 2005. Jurnal Mutiara Kesehatan Indonesia. 2005;1(2).
- Thoha M. Perilaku Organisasi : Konsep Dasar dan Aplikasinya. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada; 2014.
- Winarno B. Kebijakan Publik : Teori dan Proses. Yogyakarta: Media Pressindo; 2007.

World Health Organization (WHO). Dengue Haemorrhagic Fever : Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. Geneva 1997.

World Health Organization (WHO). The World Health Report: Health System: Improving Performance Geneva 2000

Lampiran 1

Pedoman Wawancara Mendalam

PETUGAS P2DBD DI PUSKESMAS

1. Apa yang menjadikan Puskesmas Amplas tinggi kasus DBD-nya dibanding Puskesmas lain?
2. Apa follow up dari Dinas Kesehatan terkait Puskesmas yang tinggi kasus DBD-nya?
3. Bagaimana keberadaan kader Jumantik?
4. Jadi bagaimana petugas melakukan PSN dan PJB?
5. Adakah perbedaan upaya pengendalian DBD dengan ada atau tidaknya kader Jumantik?
6. Sumber dana operasional program?
7. Bagaimana sikap masyarakat ketika petugas melakukan pengendalian DBD di lapangan?
8. Penyuluhan tentang DBD?
9. Terkait Petugas dengan Program DBD yang dipegang?
10. Pelatihan Petugas Program DBD?
11. Kebijakan Perda yang menyebutkan pengobatan gratis bagi penderita DBD?
12. Kerja sama dengan Masyarakat?
13. Ada pertemuan bulanan seluruh petugas DBD di Dinkes?
14. Tantangan lain yang ditemui Petugas saat di lapangan?
15. Saran ke Dinas Kesehatan Kota Medan?

KOORDINATOR P2DBD DI DINAS KESEHATAN KOTA MEDAN

1. Apa itu P2DBD?
2. Tren kasus DBD saat ini?
3. Dari aspek regulasi (kebijakan), seberapa jauh keseriusan pemerintah daerah Kota Medan dalam pengendalian DBD? (Perda, SK Kader Jumantik, SK Pokjandal DBD)
4. Bagaimana keberadaan kader jumantik?, banyak Puskesmas malah memberdayakan kader posyandu sebagai kader juamantik?
5. Bagaimana bentuk dana operasional P2DBD yang berjalan sampai saat ini?, mekanisme pencairannya?
6. Bagaimana dana BOK menunjang kegiatan program P2DBD?
7. Setiap bulannya ada pertemuan seluruh petugas DBD di Dinkes : Apa yang dibicarakan/ dibahas?, Apa yang ditekankan/ dipesankan kepada para petugas?

8. Bagaimana Dinkes memandang : “sebagian Puskesmas yang tinggi kasus DBD-nya disebabkan luasnya wilayah kerja Puskesmas atau karena Puskesmas tersebut berada di daerah perbatasan?”
9. Pelatihan bagi petugas DBD?
10. Bagaimana keberadaan POKJA/POKJANAL DBD hingga saat ini?

KABID Pengendalian Masalah Kesehatan (PMK) Dinkes Kota Medan

1. Apa itu P2DBD?
2. Tren kasus DBD saat ini?
3. Dari aspek regulasi (kebijakan), seberapa jauh keseriusan pemerintah daerah Kota Medan dalam pengendalian DBD? (Perda, SK Kader Jumantik, SK Pokjanal DBD)
4. Bagaimana keberadaan kader jumantik?, banyak Puskesmas malah memberdayakan kader posyandu sebagai kader jumantik?
5. PSN merupakan peran serta masyarakat dalam pengendalian DBD, namun bagaimana ketika ada petugas memberikan sanksi/hukuman pada warga yang tidak melakukan PSN?
6. Bagaimana bentuk dana operasional P2DBD yang berjalan sampai saat ini?, mekanisme pencairannya?
7. Bagaimana dana BOK menunjang kegiatan program P2DBD?
8. Setiap bulannya ada pertemuan seluruh petugas DBD di Dinkes : Apa yang dibicarakan/ dibahas?, Apa yang ditekankan/ dipesankan kepada para petugas?
9. Bagaimana Dinkes memandang : “sebagian Puskesmas yang tinggi kasus DBD-nya disebabkan luasnya wilayah kerja Puskesmas atau karena Puskesmas tersebut berada di daerah perbatasan?”
10. Pelatihan bagi petugas DBD?
11. Kendala apa yang dihadapi untuk mendapat dukungan stakeholder dalam implementasi program P2DBD dan bagaimana cara mengatasinya?
12. Bagaimana keberadaan POKJA/POKJANAL DBD hingga saat ini?

Lampiran 2

Transkrip Wawancara Mendalam

Informan : B.H., Amd.Keb
Jabatan : Petugas P2DBD Puskesmas Amplas, Medan
Hari/Tgl/Waktu : Rabu / 23 September 2015 / 11.00-12.30 WIB
Tempat : Puskesmas Amplas, Medan

1. Apa yang menjadikan Puskesmas Amplas tinggi kasus DBD-nya dibanding Puskesmas lain?

Jawab:

Karena terlalu luasnya lah kecamatan Medan Amplas, dari Simpang Limun ini sampai perbatasan Tanjung Morawa. Data kasus DBD itu gabungan dari 4 pustu Puskesmas Amplas. Wilayah kami luas nomor dua, nomor satu Belawan. Tapi karena daerah laut, pas pasang dibawa air laut itu perindukannya. Udah luas, orangnya banyak pula.

2. Apa *follow up* dari Dinas Kesehatan terkait Puskesmas yang tinggi kasus DBD-nya?

Jawab:

Iya, kami ada melakukan dari dinas itu sama kelurahan apalah memogging sekalian kerja bakti, kalau udah banyak kasusnya ikut orang itu. Dua atau tiga bulan yang lalunya itu (kami lakukan), gabung lah sama orang kelurahan. Kalau dari Dinas itu, mana yang paling banyak kasusnya itu diutamakan, dibantu lah fogging massal, turun juga orang itu kemari, mana lingkungan yang paling banyak DBD, sama lurah, orang kecamatan, sebagian petugas.

3. Bagaimana keberadaan kader Jumantik?

Jawab:

Ada, tapi itu gak ada lagi sekarang, tahu lah kalian, kader-kader ini kalau turun gak ada uang mana mau. Gak ada lagi biaya kurasa, dulu kan karena ada biaya dari dinkes diperbantukan, tiap kelurahan kuambil dua orang. Dulu lah itu pas tinggi-tingginya kasus DBD itu.

4. Jadi bagaimana petugas melakukan PSN dan PJB?

Jawab:

Kalau kami kan melakukan penyuluhan DBD tiap juma'at, kami turun lah ke lapangan nengok jentik, ganti ganti kelurahan, kami wajiblah tiap jum'at turun. Kalau kader-kader ini kadang situasi yang bagus mau dia mau ya kan. Kepling-nya kadang ikut kadang gak, cemana lah, tapi kami wajib lah yang di Puskesmas ini.

5. Sumber dana operasional program?

Jawab:

Dari BOK itu lah, ya dicukup-cukupin namanya kita udah kerja ya kan. Hehe.

6. Bagaimana sikap masyarakat ketika petugas melakukan pengendalian DBD di lapangan?

Jawab:

Kan manusia ini apa ya, gak mau tahu ya kan, udah kita bilang penyuluhan toh mau kejadian sama dia juga kena, sepertinya maaf cagak, kita suruh bersih ini ini, ya nanti kami bersihkan, mesti kita juga yang membalikkan kalengnya, masyarakat ini kan gitu iya iya tapi gak dikerjakan. Kadang buang sampah, dia mau bersih tapi orang dikotorinya. Pas ada kasus, kalau gak cepat-cepat disemprot nanti dia marah ya kan. Padahal kan kita bilang itu racun ya kan, sebenarnya ibu bersih aja, bak diberus paling minimal sekali seminggu, bersih-bersih aja Ibu gak akan ada nyamuk itu. Sampai kami bikin tandanya rumah itu diperiksa bebas jentik itu kan, udah kami suruh dimasukkan semua itu, kalau ada tanda itu gak akan adalagi itu, udah kami lengketkan pas ada posternya. Semua udah kita arahkan kebersihan kek gini, terjadi juga, jadi gimana.

7. Penyuluhan tentang DBD?

Jawab:

Terusnya itu, mana bisa nggak. Penyuluhan ini kan gak harus di situ juga. Kayak pas posyandu, kan ibu-ibu terutama di rumah, kayak sama kader saya juga bilang pas perwiritan tolong lah dibilang sama ibu-ibu disitu, "Pas musim hujan ini, jaga kebersihan".

8. Terkait Petugas dengan Program DBD yang dipegang?

Jawab:

Gak sering rotasi megang program. Baru aku aja yang diganti sama dokter (kepala puskesmas) ini. Kadang pegawai kurang, makanya megang program banyak. Selama ini aku pegang kesling, dulu kan gak ada kesling, karena aku bidan, sekarang udah ada pindahan yang memang dari kesling. Sekalian itu megang laporan BPJS lah. Ntah nanti megang apa lagi.

9. Pelatihan Petugas Program DBD?

Jawab:

Kalau kami di Kesling kan tahu juga kalau namanya DBD, ya kan. Semua kalau yang mengenai DBD harus tahu lah. Gak pelatihan sih, tapi kami kan ada rapat tiap bulan di Dinas tentang DBD.

10. Kebijakan Perda yang menyebutkan pengobatan gratis bagi penderita DBD?

Jawab:

Dulu, itu kan dulu pas tinggi-tingginya, iya. Gak tahu lah ya, soalnya dulu memang iya pas dulu lagi *booming*-nya DBD. Sekarang mana lagi, udah berapa tahun gak lagi. Udah biaya sendiri, karena kan udah BPJS sekarang kan. Jadi periksa gratis.

11. Kerja sama dengan Masyarakat?

Jawab:

Kami bilangnya sama kepling tentang DBD di daerahnya, sama istrinya juga tolong disampaikan sama warga menjaga kebersihan.

12. Tantangan lain yang ditemui Petugas saat di lapangan?

Jawab:

Di sini banyak-banyak juga sales dan musim-musim penipuan, jadi takut orang nerima sembarang orang ke rumahnya. Kadang lagi datang kita mau PJB pakai baju dinas, "maaf ya Bu, tidak terima sumbangan" katanya. Langsung tutup pintu masuk dia dalam rumah.

13. Saran ke Dinas Kesehatan Kota Medan?

Jawab:

Sebenarnya kami kan turun, tapi orang Dinas kesehatan sekali aja nya dia datang. Kalau kita kan karena warga kita. Ya sering-sering ditengok lah maunya.

Informan : D. S., H, Amd.Keb
Jabatan : Petugas P2DBD Puskesmas Helvetia, Medan
Hari/Tgl/Waktu : Senin / 16 Oktober 2015 / 09.45-11.00 WIB
Tempat : Puskesmas Helvetia, Medan

1. Apa yang menjadikan Puskesmas Amplas tinggi kasus DBD-nya dibanding Puskesmas lain?

Jawab:

Tingginya kan karena wilayah kita diperbatasan, kelilingnya ini semua itu Deli Serdang, jadi kita di tengah.

2. Bagaimana keberadaan kader Jumantik?

Jawab:

Kita gak ada kader jumantik, biasanya kepling atau warga yang nemani petugas untuk PJB. Dulu ada karena memang ada dananya, sekarang karena perampangan jadi diupayakan tenaga kesehatan. Kadang kader posyandu ikut, tapi tidak bisa dipaksakan. Mereka kan ada kerjaan lain.

3. Bagaimana Petugas melakukan PSN dan PJB??

Jawab:

PSN di tiap jum'at warga ada yang mau ada yang tidak, timbul kecurigaan warga walau kita ada bet nama, karena periksa masuk ke rumah. Tapi walaupun tetap mereka tidak izinkan, kita tetap kasih penyuluhan gitu.

4. Adakah perbedaan upaya pengendalian DBD dengan ada atau tidaknya kader Jumantik?

Jawab:

Sama aja ada tidaknya kader jumantik yang dulu dengan sekarang. Karena gini, kader jumantik itu ada di 7 kelurahan, tapi terkadang pada saat kita turun PSN, mereka gak ada di tempat. Lebih bagus kita melihat

10 rumah tapi ada hasil daripada 20 rumah, tapi kena kesasaran penyuluhannya.

5. Sumber dana operasional program?

Jawab:

Biasanya dana dari Dinas ada penggantian BBM untuk fogging, untuk PE kasus biasanya dari BOK, termasuk PSN dan PJB dari BOK.

6. Bagaimana sikap masyarakat ketika petugas melakukan pengendalian dan penyuluhan DBD di lapangan Penyuluhan tentang DBD?

Jawab:

Sebenarnya bukan warga gak paham tentang PSN 3M+, tapi namanya masyarakat itu kadang ada kesadaran ada tidak. Biasanya pendidikan menengah kebawah itu yang lebih mengerti, yang lainnya ngerti tapi cuek.

7. Terkait Petugas dengan Program DBD yang dipegang?

Jawab:

Merangkap lain juga, diare, posyandu, laporan BPJS, frambusia juga, filariasis juga, malaria juga. Tapi itu pun gak ada kasus, tapi laporan tetap berjalan walau nihil gitu.

8. Pelatihan Petugas Program DBD?

Jawab:

Kalau pelatihan sampai saat ini belum ada mulai tahun 2009.

9. Kebijakan Perda yang menyebutkan pengobatan gratis bagi penderita DBD?

Jawab:

Dulu memang setiap ada penderita DBD, itu berobat gratis di RS yang berada di wilayah kerja Puskesmas kita. Tapi sekarang karena ada BPJS mandiri, Jamkesmas, jadi otomatis tercover.

10. Kerja sama dengan Masyarakat?

Jawab:

Lintas sektoral ada sekali sebulan, kadang pun gak lintas sektoral. Kadang mereka pas rapat PKK, kita *nimbrung* sekalian gitu, yang penting ada tempat, waktu, langsung aja. Karena kan singkatnya aja yang perlu, 3M+ itu yang penting kali.

11. Ada pertemuan bulanan seluruh petugas DBD di Dinkes?

Jawab:

Pertemuan bulanan di Dinkes tiap rabu minggu pertama, paling yang dibicarakan itu waspada peningkatan KLB DBD, penyuluhan PSN. Dengan kabid PMK, sie P2P, Koord.P2DBD.

Informan : H. S. Y., SKM
Jabatan : Koordinator P2DBD Dinas Kesehatan Kota Medan
Hari/Tgl/Waktu : Senin / 19 Oktober 2015 / 12.30-13.30 WIB
Tempat : Ruang koordinator P2DBD Dinas Kesehatan Kota Medan

1. Apa itu P2DBD?

Jawab:

Sama dengan P2P penyakit lainnya, kami P2DBD itu bertanggung kepada kepala seksi P2P (pengendalian pencegahan penyakit). Fokus kami di pengendalian penyakit demam berdarah dengue (P2DBD), kegiatannya dari laporan kasus, PE, fogging fokus, larvasida, pemantauan jentik berkala dan penyuluhan. Seluruh petugas P2DBD yang di Puskesmas memberikan laporan yang berkaitan dengan itu semua kepada saya.

2. Tren kasus DBD saat ini?

Jawab:

Januari dan february kemarin memang agak tinggi, tapi tren-nya menurun sampai Mei-Juni, tapi naik lagi di bulan-bulan berikutnya, sampai dengan sekarang (oktober). Ini siklus 5 tahunan.

3. Dari aspek regulasi (kebijakan), seberapa jauh keseriusan pemerintah daerah Kota Medan dalam pengendalian DBD? (Perda, SK Kader Jumantik, SK Pokjanal DBD)

Jawab:

Sampai sekarang POKJANAL berjalan aktif, kita surati kok orang-orang kecamatan.

Untuk Perda sendiri, yang SKK Kota Medan itu kan gak spesifik tentang DBD. Itu umum sekali untuk sektor kesehatan, walau ada beberapa poin yang memang berkaitan dengan DBD.

4. Bagaimana keberadaan kader jumantik?, banyak Puskesmas malah memberdayakan kader posyandu sebagai kader juamantik?

Jawab:

Mungkin memang gak jalan lagi (kader jumantiknya). Tapi gak masalah, petugas kan bisa ngajak kepling, warga atau kader posyandu. Mereka kebanyakan kan sebagai penunjuk jalan ke rumah warga aja. Yang penting petugas benar-benar melakukan tindakan pemantauan jentiknya.

5. Bagaimana bentuk dana operasional P2DBD yang berjalan sampai saat ini?, mekanisme pencairannya?

Jawab:

Sampai saat ini pendanaan P2DBD dari anggaran Pemko lah, kayak pengadaan insektisida, abate larvasida, BBM pencampur dan transportasi petugas.

6. Bagaimana dana BOK menunjang kegiatan program P2DBD?

Jawab:

BOK itu untuk preventif dan promotif di Puskesmas. Mau dipakai untuk program (P2DBD) bisa sih. Biasanya sekedar transport petugas saat turun lapangan.

7. Setiap bulannya ada pertemuan seluruh petugas DBD di Dinkes : Apa yang dibicarakan/ dibahas?, Apa yang ditekankan/ dipesankan kepada para petugas?

Jawab:

Pertemuan tiap bulan itu dihadiri kita-kita lah, saya, kepala seksi P2P, Kabid PMK, kadang orang kesling ikut juga. Biasanya petugas membawa laporan bulanan, kemudian kita evaluasi, kadang-kadang laporannya kurang tepat. Jadi kesulitannya adalah ketika dilakukan fogging, karena tidak semua puskesmas mampu melakukan fogging. Tapi biasanya gak harus ketemu sih. Biasanya cukup lewat telepon seluler dikabari (petugas DBD) di Puskesmas terjadi kasus segini di tempat kami. Jadi saya catat, baru direncanakan fogging kalau perlu.

8. Bagaimana Dinkes memandang : “sebagian Puskesmas yang tinggi kasus DBD-nya disebabkan luasnya wilayah kerja Puskesmas atau karena Puskesmas tersebut berada di daerah perbatasan?”

Jawab:

Yang perlu dan diutamakan sebenarnya kan gerakkan PSN-nya itu. mungkin masih banyak di sana lahan dan bangunan kosong warung yang pake tenda plastik, jadi bekerjasama lah dengan camat, dengan kepling, dengan lurah.

9. Pelatihan bagi petugas DBD?

Jawab:

Yang paling penting kan kesadaran petugas untuk mengajak masyarakat PSN. Kegiatan PSN sendiri kayaknya sekali dikasih tahu aja udah paham nya itu orang Puskesmas, 3M aja nya. Masyarakat pun sebenarnya tahu nya itu, tapi kan belum tentu mau melakukannya. Kecuali memang untuk fogging, harus dilatih memang. Karena ada caranya tersendiri itu. Apalagi petugas fogging nya sering ganti-ganti orang, perlu lah dilatih dia.

10. Bagaimana keberadaan POKJA/POKJANAL DBD hingga saat ini?

Jawab :

Kayak yang saya bilang tadi. aktif kok. Dibuat surat ke kecamatan. Kayak pas dilakukan Mini loka karya bulanan di Puskesmas, biasanya mengundang camat. Jadi kena lintas program dan lintas sektor nya pada saat itu. Tapi yang nyampainya Kapus lah.

Informan : **M.T.A.L., SKM, M.Kes**
Jabatan : Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan (PMK),
Dinas Kesehatan Kota Medan
Hari/Tgl/Waktu : Senin / 19 Oktober 2015 / 10.30-11.30 WIB
Tempat : Kantor Kepala Bidang PMK,
Dinas Kesehatan Kota Medan

1. Apa itu P2DBD?

Jawab:

P2DBD itu sebagian dari kegiatan pencegahan di seksi P2P (pengendalian pencegahan penyakit), nah dia punya beberapa program, salah satunya pengendalian penyakit demam berdarah dengue (P2DBD)

2. Tren kasus DBD saat ini?

Jawab:

Dari laporan kita, di Januari dia (kasus) agak tinggi masih seratusan berapa gitu ya, kenapa tinggi?, karena masih sisa-sisa bulan 12 tahun sebelumnya. Biasanya di Januari agak tinggi, kemudian, agak menurun di bulan februari-nya, kemudian menurunnya lebih drastis lagi. Seiring dengan cuaca dia (kasus) naik lagi di Agustus sampai dengan sekarang (oktober).

Kasus DBD fluktuatif dalam siklus 5 tahunan. Jadi 2010 kemarin itu adalah yang tertinggi dibanding empat tahun sebelumnya. Nah kalau hitungnya lima tahunan, harusnya tahun ini (puncaknya). Tapi di awal tahun (januari, februari) itu kita lebih aktifkan PSN-nya.

3. Dari aspek regulasi (kebijakan), seberapa jauh keseriusan pemerintah daerah Kota Medan dalam pengendalian DBD? (Perda, SK Kader Jumantik, SK Pokjanal DBD)

Jawab:

Itu (SK Pokjanal) kita terbitkan tahun 2012, sampai sekarang mudah-mudahan berjalan POKJANAL di kecamatan. Artinya kita kesehatan ini menerima dampak, yang punya peran itu sebenarnya lintas sektoral bersama dari kelurahan, sekolah, perkimnya gitu. Kita fokuskan di kecamatan karena pak camat yang bisa menggerakkan di kecamatan, kalau kita hanya secara visi program, misalnya SK Jumantik, itukan melibatkan kader-kader bukan petugas kesehatan, jadi kita mengharapkan apa itu yang disebut kemandirian masyarakat.

Untuk Perda sendiri, kemarin saya belum sempat lihat ya (kalau pun mungkin kamu pernah mendengar), saya belum saya belum melihat eee fisiknya gitu. Itu mungkin walaupun dikata masih ranperda. Karena kota Medan sampai saat ini baru memiliki dua perda (khususnya yang di PMK, yang pertama itu HIV tahun 2012. Kemudian perda no. 3 tentang KTR.

4. Bagaimana keberadaan kader jumantik?, banyak Puskesmas malah memberdayakan kader posyandu sebagai kader jumantik?

Jawab:

Sebenarnya sih kader jumantik itu gak harus kader posyandu, tetapi ketika di-SK-kan harus ada orangnya. Mungkin kalau pun kamu ada

tanya, mungkin katakan 50% lagi dah gak jalan lagi ya. Jadi kembali yang tadi itu, pengennya sih kesadaran, gak usah pake SK SK-an lah, yang penting masyarakat tahu apa bagaimana itu mengurus bak mandi, bagaimana mengubur ban bekas, bagaimana menelungkupkan wadah-wadah penampungan air, gitu. Jadi kalau kader jumantik itu ternyata juga kader posyandu, bisa jadi iya. Tapi kader posyandu ada insentif dari pemerintahan, sedangkan untuk kader jumantik gak ada. Kita mengharapakan peran serta masyarakat, itu aja.

5. PSN merupakan peran serta masyarakat dalam pengendalian DBD, namun bagaimana ketika ada petugas memberikan sanksi/hukuman pada warga yang tidak melakukan PSN?

Jawab:

Saya kurang setuju lah jika misalnya ada petugas yang semena-mena memberikan sanksi pada masyarakat yg tidak PSN, karena harus ada regulasi di atasnya. Keberlanjutan itu kan dari kesadaran, bukan menakut-nakuti. Jadi bagaimana kita berdayakan dan sadarkan masyarakat ini (PSN) kebutuhan kita bersama.

6. Bagaimana bentuk dana operasional P2DBD yang berjalan sampai saat ini?, mekanisme pencairannya?

Jawab:

Sampai saat ini pendanaan P2DBD itu murni dari APBD, dimana untuk kegiatan penyemprotan itu sendiri terdiri dari beberapa bagian, pertama untuk pengadaan insektisidanya sendiri (supermetrin), abate larvasida, BBM pencampur dan transportasi petugas.

7. Bagaimana dana BOK menunjang kegiatan program P2DBD?

Jawab:

Kalau BOK itu dipos-kan di Puskesmas. BOK ini sebenarnya tujuannya adalah preventif dan promotif, itu sih sebenarnya kalau mereka mau pake juga bisa. Jadi BOK pun mau dipakai misalnya untuk P2DBD ini hanya sebatas mungkin promkes-nya. Jadi dia (petugas) pergi ke posyandu atau pergi kemana, mini loka karya, mungkin itu sekedar transport petugas.

8. Setiap bulannya ada pertemuan seluruh petugas DBD di Dinkes : Apa yang dibicarakan/ dibahas?, Apa yang ditekankan/ dipesankan kepada para petugas?

Jawab:

Pertemuan tiap bulan biasanya petugas membawa laporan bulan sebelumnya, kemudian kita kan petugas P2DBD di Dinas Kesehatan akan mengevaluasi, kadang-kadang pencatatannya gak bener, formatnya gak tepat, kadang-kadang (kasus) ada namanya gak ada umurnya, ada umurnya gak ada alamatnya. Jadi kesulitannya adalah ketika dilakukan fogging, karena tidak semua puskesmas mampu melakukan fogging, jadi mereka harus minta ke kita (dinas kesehatan kota). Kemudian kalau ada informasi-informasi yang terbaru. Misalnya ada pertemuan di Dinas (kesehatan) Provinsi, itu kita sampaikan juga ke petugas. Dan yang utama kita selalu tidak henti-hentinya juga

menyampaikan untuk PSN, karena memang itu yang lebih efektif. Pencegahan itu selalu dengan PSN, selalu dengan PSN.

9. Bagaimana Dinkes memandang : “sebagian Puskesmas yang tinggi kasus DBD-nya disebabkan luasnya wilayah kerja Puskesmas atau karena Puskesmas tersebut berada di daerah perbatasan?”

Jawab:

Kalau saya mengatakannya endemis tinggi rendah bukan murni masalahnya itu di luas wilayah ataupun di perbatasan, tidak, mungkin masih banyak di sana lahan dan bangunan kosong itu siapa yang mampu mengurus itu ya kan. Tahu lah di kota Medan, sebentar-sebentar buat bangunan tapi tidak dihuni, sementara atasannya itu semua DAK (tempat menampung air), kalau genteng sih pasti jatuh. Kemudian banyak juga banyak cafe-cafe yang pake tenda plastik itu kadang-kadang hujan semalaman belum tentu kering, dia lupa joloknya. Padahal namanya perkembangan jentik ke nyamuk itu gak lama, 1-5 hari, 4 hari pun dah jadi nyamuk dewasa dia. Nah itu tidak menjadi alasan. Kuncinya itu adalah gerakkan PSN-nya, makanya kita gak bisa bergerak sendiri, bekerjasama lah dengan camat, dengan kepling, dengan lurah. Kita gak bisa menggerakkan masyarakat, kita gak punya power di situ. Tapi bagaimana lintas sektornya, bagaimana dengan pihak sekolah sebelum liburan ayo dikuras dulu bak mandinya, kan kita punya petugas UKS, kita punya dokter kecil, dokter kecil inilah perpanjangan tangan petugas kesehatan di lingkungan sekolah.

10. Pelatihan bagi petugas DBD?

Jawab:

Begini, kalau untuk DBD ini kan eeee kembali seperti yang ibu katakan tadi diutamakan untuk PSN-nya. Ibu rasa untuk PSN gak ada pelatihan tersendiri deh, ya kan. Kecuali mungkin untuk petugas fogging. Untuk petugas fogging terakhir, 2010 atau ke bawah. Makanya banyak sekarang berganti petugas fogging-nya yang tidak mampu melakukan fogging, karena kan teknik pemoggingan-an juga ada. Itu mungkin pelatihan yang bisa mereka mintakan, pelatihan yang seperti itu. Tapi itu juga kan eee artinya bukan suatu keharusan. Fogging itu di-SOP-nya kan ketika ada kasus, yang tetap kita utamakan itu PSN-nya, gitu.

11. Kendala apa yang dihadapi untuk mendapat dukungan stakeholder dalam implementasi program P2DBD dan bagaimana cara mengatasinya?

Jawab:

Kendala mendapatkan dukungan stake-holder kalau di tingkat kota itu dengan SKPD terkait, kita sering rapat koordinasi, kita ajak bicara Bapeda, nah Bapeda ini nantinya yang mengkoordinasikan ke SKPD terkait. Terakhir kita rapat koordinasi untuk DBD ini bulan Maret, selagi Pak Eldin masih walikota. Artinya ketika kita ada permasalahan di kesehatan, kita gak mau capek sendiri, kita ajak pemerintah kota, Bapeda, kalau perlu kita undang Pak Wali dan Sekda-nya. Yang lainnya kan beranggapan itu urusan orang kesehatan, padahal itu dampak dari

investasi pemko sendiri, perkimnya, PU-nya, PDAM-nya yang gak beres kan kita yang menerima dampak.

12. Bagaimana keberadaan POKJA/POKJANAL DBD hingga saat ini?

Jawab :

Berjalan kok. POKJANAL kecamatan masih berjalan, artinya memang tidak punya jadwal tersendiri yang rutin seperti di Dinas, tetapi pada saat terjadi peningkatan kasus, pada Mini loka karya lintas sektoral harusnya mengundang camat dan sektor terkait itu disampaikan kepala Puskesmas, biasanya saat itulah dibahas apa upaya kita, dan dipimpin oleh camat langsung. Kalau kita yang pimpin, wah, gak ada *greget* nya.