

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DI PUSAT KESEHATAN TALISE KOTA PALU

Rahmat Massi

Mahasiswa Program Studi Magister Administrasi Publik Pascasarjana Universitas Tadulako

Abstract

This study aims to determine the implementation of control policy in reducing dengue fever at Community Health Centre of Talise in Palu city and identify inhibiting factors. The analysis based on the theory of Edward III and approached by descriptive qualitative. Seven key informants were determined purposively. Data were collected through observation, interviews and documentation. The study shows that the implementation of the policy to control dengue fever at Community Health Centre of Talise in Palu city has not been effective because of some obstacle factors: the communication aspect, refers to the inconsistency of socialization of dengue in the community and inappropriate method; the aspect of resources, namely inadequate allocation of funding, limited infrastructures to control the mosquitoes and the structure of the bureaucratic, subject to lack of responsibilities of cross-program officers. Whilst disposition factor, which refers to implementers behavior, has been supported the implementation of reducing dengue fever program at Community Health Centre of Talise in Palu city.

Keywords: *Dengue Fever, Communication, Resources, Disposition, and Bureaucratic structure.*

Penyakit demam berdarah dengue (DBD) telah menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat bukan hanya di Indonesia tetapi juga didunia. Menurut WHO (2002), rata-rata 23.000 orang penderita mesti dirawat karena DBD dengan kematian mencapai 15.231 orang selama 30 tahun sejak tahun 1968. Berbagai upaya pengendalian dan penanggulangan telah dilakukan pemerintah untuk menurunkan prevalensi DBD hingga menjadi kurang dari 52/100.000 penduduk sesuai target dalam RPJMN dan RENSTRA Kementerian Kesehatan 2010-2014. Berbagai program diimplementasi berdasarkan Kebijakan Nasional program pengendalian penyakit DBD sesuai Kepmenkes No. 581/MENKES/SK/VII/1992, tentang pemberantasan penyakit demam berdarah dengue. Kebijakan ini memuat berbagai program pokok kegiatan meliputi surveilans epidemiologi, penemuan dan tatalaksana kasus, pengendalian vektor, Sistem kewaspadaan dini (SKD) dan penanggulangan KLB, peningkatan peran

serta masyarakat, penyuluhan, kemitraan /jejaring kerja, *capacity building*, penelitian dan survei, serta monitoring dan evaluasi.

Namun upaya-upaya tersebut belum menunjukkan hasil sebagaimana yang diharapkan. Menurut Sutomo (2010), meskipun program pencegahan dan pemberantasan DBD telah berlangsung selama 42 tahun, baru berhasil menurunkan CFR (*Case Fatality Rate*) dari 41,3% pada tahun 1968 menjadi 0,87% pada tahun 2010, tetapi belum berhasil menurunkan morbiditasnya. Rata-rata kasus DBD di Indonesia selama 10 tahun terakhir mencapai lebih dari 155.777 kasus pertahun (IR: 65,57/100.000 penduduk) dengan jumlah kematian lebih dari 1.358 orang atau CFR mencapai 0,87%, dimana Provinsi Sulawesi Tengah menduduki peringkat ketujuh tertinggi kasus DBD dari 33 provinsi, (Kemenkes RI, 2011).

Puskesmas Talise sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam pengendalian penyakit DBD dihadapkan pada beberapa hambatan dalam implementasi

kebijakannya. Sebagaimana menurut Edward III (Subarsono, 2009), keberhasilan implementasi sebuah kebijakan akan sangat ditentukan oleh faktor-faktor yang saling berhubungan yang meliputi faktor komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi.

Berbagai hal tersebut diatas telah menyebabkan Puskesmas Talise tidak mampu mencapai target kasus yaitu 20 kasus/tahun. Jika faktor-faktor tersebut tidak diperbaiki maka masyarakat atau publik sebagai penerima upaya pelayanan kesehatan dari Puskesmas Talise akan dirugikan. Masyarakat penderita DBD menjadi tidak produktif secara sosial maupun ekonomi. Secara sosial ekonomi masyarakat rugi karena waktu bekerja yang hilang, kerugian karena pembiayaan pengobatan termasuk biaya selama hari jaga dirumah sakit. Oleh karena itu penelitian tentang implementasi pengendalian penyakit DBD di Puskesmas Talise Kota Palu ini penting untuk dilakukan. Dari segi akademis penelitian ini diharapkan menjadi referensi ilmiah bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya hal-hal yang berkaitan dengan implementasi kebijakan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Selanjutnya dari segi praktis penelitian ini diharapkan menjadi rekomendasi bagi Dinas Kesehatan Kota Palu khususnya Puskesmas Talise dalam melaksanakan kebijakan pengendalian penyakit DBD di wilayah kerjanya.

Implementasi Kebijakan

Implementasi adalah upaya melaksanakan keputusan kebijakan (Nugroho, 2004:119). Suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijakan, yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijaksanaan negara, yang mencakup baik usaha - usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat/dampak nyata pada

masyarakat atau kejadian-kejadian. Menurut Dunn (1999:103), proses implementasi kebijakan merupakan hal yang lebih penting dari seluruh rangkaian proses kebijakan. Hal ini karena tingkat keberhasilan suatu kebijakan akan ditentukan oleh kemampuan mengimplementasikannya, meski dalam prosesnya terdapat berbagai masalah yang kompleks bahkan tidak jarang bermuatan politis dan intervensi dari berbagai kepentingan

Van Meter dan Van Horn dalam Subarsono (2009) menjelaskan bahwa ada 6 faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan yaitu: (i) Standar dan sasaran kebijakan harus jelas dan terukur, sehingga tidak menimbulkan interpretasi yang dapat menyebabkan terjadinya konflik di antara para agen implementasi (ii) Sumber daya, baik itu sumberdaya manusia maupun sumberdaya non manusia harus mendukung kebijakan yang ditetapkan; (iii) Komunikasi antara organisasi dan penguatan aktivitas; (iv) Karakteristik agen pelaksana, yaitu keterlibatan kelompok-kelompok kepentingan dalam memberikan dukungan bagi implementasi kebijakan. Termasuk didalamnya karakteristik para partisipan yakni mendukung atau menolak, kemudian juga bagaimana sifat opini publik yang ada di lingkungan dan apakah elite politik mendukung implementasi kebijakan; (v) Kondisi sosial, ekonomi dan politik yang mendukung keberhasilan implementasi kebijakan; dan (vi) Disposisi implementor, yang mencakup tiga hal : (1) respons implementor terhadap kebijakan, yang akan mempengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan (2) kognisi, yakni pemahamannya terhadap kebijakan; (3) Intensitas disposisi implementor yakni preferensi nilai yang dimiliki oleh implementor.

Implementasi kebijakan dipengaruhi oleh dua variabel besar yaitu isi kebijakan (*content of policy*) yang mencakup; (1) Sejauh mana kepentingan kelompok sasaran

atau *target groups* termuat dalam isi kebijakan; (2) Jenis manfaat yang diterima oleh *target group*; (3) Sejauh mana perubahan yang diinginkan dari suatu kebijakan; (4) Apakah letak dari sebuah program sudah tepat; (5) Kebijakan telah menyebutkan impelmentornya dengan rinci; dan (6). Sebuah program di dukung oleh sumber daya manusia. Selanjutnya variabel lingkungan implementasi (*conteks of policy*), yang mencakup (1) seberapa besar kekuasaan, kepentingan, strategi yang dimiliki para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan; (2) karakteristik institusi dan rejim yang sedang berkuasa, dan (3) tingkat kepatuhan dan responsivitas sasaran (Grindle dalam Subarsono, 2009),

Menurut pendekatan *implementation problem approach* yang diperkenalkan oleh Edward III dalam Subarsono (2009: 90-92), implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel yakni (i) komunikasi; (ii) sumberdaya; (iii)disposisi; dan (iv) struktur birokrasi.

Kebijakan Pengendalian Demam Berdarah Dengue (P2DBD)

Berdasarkan Kebijakan Nasional untuk P2DBD sesuai KEPMENKES No. 581/MENKES/SK/VII/1992 Tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue, kebijakan umum pengendalian penyakit DBD meliputi (a) meningkatkan perilaku dalam hidup sehat dan kemandirian terhadap P2DBD;

(b) meningkatkan perlindungan kesehatan masyarakat terhadap penyakit DBD; (c) meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi program DBD; (d) memantapkan kerjasama lintas sektor/lintas program; dan (e) pembangunan berwawasan lingkungan.

Beberapa strategi yang dirumuskan dalam program pemberantasan penyakit DBD yaitu melalui:

1) Pemberdayaan masyarakat. Hal ini ditempuh dengan meningkatkan peran

aktif masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD melalui KIE, pemasaran sosial, advokasi dan berbagai upaya penyuluhan kesehatan lainnya secara intensif dan berkesinambungan

2) Peningkatan kemitraan berwawasan bebas dari penyakit DBD. Upaya pemberantasan penyakit DBD tidak dapat dilaksanakan oleh sektor kesehatan saja, peran sektor terkait pemberantasan penyakit DBD sangat menentukan.

3) Peningkatan profesionalisme pengelola program

Sumber Daya Manusia yang terampil dan menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi merupakan salah satu unsur penting dalam pelaksanaan program P2DBD. Pengetahuan mengenai *bionomic vector*, virologi, dan faktor-faktor perubahan iklim, tatalaksana kasus harus dikuasai karena hal-hal tersebut merupakan landasan dalam penyusunan kebijaksanaan program P2DBD. Pengembangan tenaga: Petugas Lapangan PP & PL dan Juru Pemantau Jentik(JUMANTIK) untuk memperkuat surveilans vektor.

4) Desentralisasi

Optimalisasi pendelegasian wewenang pengelola program pusat kepada pemerintah kabupaten/kota. Operasionalisasi P2DBD sepenuhnya dilaksanakan di tingkat Kabupaten/Kota dan Puskesmas. Perlunya peningkatan kapasitas SDM di setiap tingkatan melalui pelatihan, bimbingan teknis dan magang. Peran pusat dalam hal surveilans epidemiologi, dukungan teknis dan pembuatan pedoman-pedoman/standarisasi prosedur.

5) Pembangunan berwawasan kesehatan lingkungan

Meningkatnya mutu lingkungan hidup dapat mengurangi angka kesakitan penyakit DBD, karena di tempat-tempat penampungan air bersih dapat dibersihkan

setiap minggu secara berkesinambungan, sehingga populasi vektor sebagai penular penyakit DBD dapat berkurang. Orientasi, advokasi, sosialisasi, dan berbagai kegiatan KIE kepada semua pihak terkait perlu dilaksanakan agar semuanya dapat memahami peran lingkungan dalam pemberantasan penyakit DBD. Penyakit DBD hampir tersebar luas di seluruh Indonesia. Angka kesakitan penyakit ini bervariasi antara satu wilayah dengan wilayah lain di karenakan perbedaan situasi dan kondisi wilayah. Oleh karena itu diperlukan model pencegahan demam berdarah berupa pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui peran serta masyarakat yang sesuai situasi budaya setempat, karena kunci utama dari pengendalian penyakit DBD adalah pemutusan mata rantai penularan melalui pengendalian pada vektor DBD yaitu nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*.

Program pokok pengendalian DBD meliputi surveilans epidemiologi, penemuan dan tatalaksana kasus, pengendalian vektor, peningkatan peran serta masyarakat, sistem kewaspadaan dini (SKD) dan penanggulangan KLB, penyuluhan, membangun kemitraan/jejaring kerja, peningkatan *capacity building*, penelitian dan survei; dan monitoring dan evaluasi.

METODE

Lokasi dan waktu Penelitian

UPTD Puskesmas Talise Kota Palu dipilih sebagai lokasi penelitian dengan pertimbangan bahwa program pengendalian penyakit DBD di Puskesmas Talise kurang efektif dengan ditandai jumlah kasus penderita DBD di Puskesmas Talise merupakan kasus yang selalu tinggi di Kota Palu. Penelitian ini dilaksanakan selama tiga bulan, yakni bulan November 2015 sampai dengan Januari 2016.

Informan Penelitian

Subyek dan informan dalam penelitian ini adalah semua penduduk yang ada di wilayah kerja Puskesmas Talise beserta implementor program pengendalian penyakit DBD di Puskesmas Talise. Informan ditentukan dengan teknik *purposive*. Data diperoleh melalui wawancara langsung kepada 7 orang informan kunci.

Jenis dan Sumber Data

Data primer dalam penelitian ini diperoleh secara langsung dari informan dengan menggunakan pedoman wawancara. Selanjutnya data sekunder merupakan data pendukung yang diperoleh dari obyek penelitian, buku, jurnal, internet serta dokumen-dokumen yang berisi informasi tentang penelitian.

Data diperoleh dari hasil observasi, wawancara dan pengumpulan data-data yang dianggap penting dalam upaya pengendalian penyakit DBD di Puskesmas Talise Kota Palu.

Definisi Operasional Konsep

Penelitian ini memfokuskan pada variabel mandiri yaitu implementasi kebijakan pengendalian penyakit demam berdarah dengue (DBD) di Puskesmas Talise Kota Palu dengan indikator sebagai berikut:

- 1) Komunikasi yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah pelaksanaan koordinasi, upaya sosialisasi program pengendalian DBD serta konsistensi dalam melaksanakan pengendalian penyakit DBD di Puskesmas Talise Kota Palu.
- 2) Sumberdaya yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah ketersediaan sumberdaya manusia, kompetensi, sarana dan prasarana serta pembiayaan pelaksanaan pengendalian penyakit DBD di Puskesmas Talise Kota Palu.
- 3) Disposisi yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah adanya dukungan dan sikap atau komitmen pelaksana (implementor) dalam melaksanakan

pengendalian penyakit DBD di Puskesmas Talise Kota Palu.

- 4) Struktur birokrasi yang dimaksudkan dalam penelitian adalah adanya mekanisme termasuk *Standart Operation Procedur* (SOP) dan pembagian tugas yang jelas dalam melaksanakan pengendalian penyakit DBD di Puskesmas Talise Kota Palu.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Deskripsi Sumberdaya di Puskesmas Talise

Puskesmas Talise adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kota Palu yang secara administratif berada di wilayah Kecamatan Mantikulore. Wilayah kerja Puskesmas ini terdiri atas empat kelurahan yaitu Kelurahan Talise, Tondo, layana dan Kelurahan Valanguni, dengan total luas wilayah kerja 82.53 Km² dan terbagi atas 29 RW serta 102 RT. Puskesmas yang berdiri sejak 1 April 1999 memiliki jaringan pelayanan kesehatan sebanyak 1 Puskesmas Induk, tiga Puskesmas pembantu (Pustu) dan empat pos kesehatan kelurahan (Poskeskel). Seluruh jaringan pelayanan diperuntukkan melayani 37.910 jiwa penduduk atau 10.367 KK. Sebagian besar penduduk diwilayah kerja puskesmas Talise berada pada usia produktif yaitu 21.401 jiwa (56,45%) sedangkan usia non produktif 16.509 (43,55%).

Jumlah aparatur sipil negara (ASN) di Puskesmas Talise sebanyak 53 orang dan non ASN 13 orang, dengan jumlah dokter fungsional tiga orang yang terdiri dari dua dokter umum dan satu orang dokter gigi. Adapun distribusi aparatur sipil negara (ASN) di Puskesmas Talise tahun 2014 dapat dilihat pada Tabel 1.

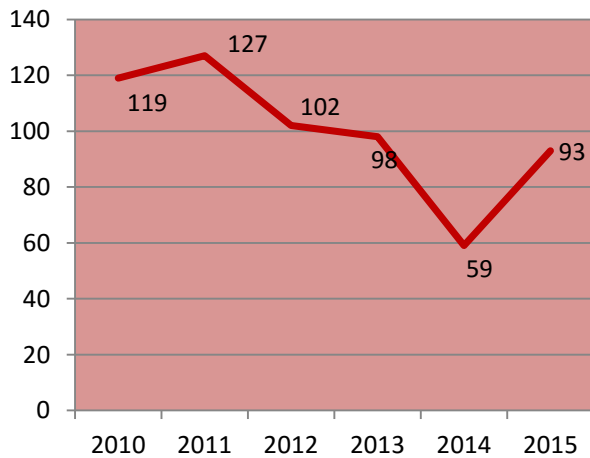
Dukungan pembiayaan di Puskesmas Talise tahun 2015 sebesar Rp. 1.398.546.024, terdiri atas dana bantuan operasional kesehatan (BOK) Rp. 138.000.000, Dana BPJS Rp. 1.177.398.000,

Dana Rutin 83.148.024,. Penggunaan dana BPJS dan Dana Rutin di Puskesmas Talise sepenuhnya berdasarkan daftar pelaksanaan anggaran (DPA) dan dana BOK berdasarkan rencana kerja anggaran (RKA) Puskesmas Talise.

Deskripsi Kasus Demam Berdarah di Puskesmas Talise

Penyakit demam berdarah dengue endemis diseluruh wilayah kerja Puskesmas Talise. Selama enam tahun terakhir 598 kasus penyakit DBD (incident rate 32,3/10.000), dengan lima kematian terjadi diseluruh wilayah kerjanya, membuat Puskesmas Talise dikategorikan sebagai daerah endemis penyakit DBD.

Pada kurun waktu tahun 2011 sampai dengan tahun 2014 terjadi penurunan trend kasus penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Talise. Jumlah penderita penyakit DBD menurun dari 119 kasus (IR 34,79/10.000) menjadi 59 kasus (15,31/10.000) ditahun 2014 meski masih jauh diatas target yaitu 20 kasus pertahun atau *incident rate* 5,2/10.000 penduduk. Penurunan trend tersebut mengikuti pola penurunan kasus DBD yang terjadi diseluruh Kota Palu. Walaupun demikian pada Profil Dinas Kesehatan Kota Palu (2014) menunjukkan bahwa Puskesmas Talise selalu menjadi tiga Puskesmas tertinggi dengan penderita DBD terbanyak di Kota Palu selama kurun waktu tersebut.



Gambar 1. Grafik Distribusi Kasus Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Puskesmas Talise Tahun 2010-2015

Sumber: SPM Puskesmas Talise 2015

Pada Tahun 2015, penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Talise kembali menunjukkan trend meningkat yaitu meningkat menjadi 93 kasus dari sebelumnya tahun 2014 hanya 53 kasus DBD. Peningkatan jumlah kasus ini membuat ini membuat Puskesmas Talise menjadi Puskesmas tertinggi ke dua kasus DBD di Kota Palu di bawah Puskesmas Mabelopura. Peningkatan kasus ini sedikit berbeda dari pola penyakit DBD di Kota Palu yang mengalami penurunan kasus pengaruh musim panas yang lebih panjang dan gencarnya program intervensi dilakukan.

Ketersediaan sarana prasarana untuk mendukung upaya intervensi kasus penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Talise telah cukup memadai. Walaupun demikian mesin fogging dan insektisida beserta solar sebagai bahan pencampur yang berada di Dinas kesehatan Kota Palu karena beberapa pertimbangan internal organisasi. Sarana prasarana tersebut meliputi ruang bagi pengelola DBD, alat transportasi yaitu satu buah kendaraan bermotor khusus petugas DBD dan satu buah mobil Puskesmas keliling untuk mobilisasi petugas dan rujukan pasien DBD, satu unit komputer untuk input

dan analisis data termasuk pemetaan kasus, larvasida 4 drum box (160 kg) beserta plastik, sound system dan leaflet untuk sosialisasi dan formulir laporan abatisasi.

Implementasi Kebijakan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Talise

Capaian standar pelayanan minimal (SPM) yang menjadi *output* implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di Puskesmas termasuk Puskesmas Talise Kota Palu belum sesuai target yang di tentukan. Dengan jumlah penduduk 37.910 jiwa dan dan target kasus DBD 52/100.000 penduduk maka kasus penyakit DBD Puskesmas Talise maksimal sebanyak 20 kasus/tahun. Pada tahun 2014 jumlah kasus DBD sesuai data SPM Puskesmas Talise yaitu 59 kasus dan tahun 2015 meningkat menjadi 90 kasus atau tertinggi kedua di Kota Palu. Keadaan ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD belum berjalan sebagaimana diharapkan.

1. Komunikasi

Menurut Edward III dalam Rusli (2013:101), salah satu syarat agar pelaksanaan kebijakan menjadi efektif yaitu kebijakan harus disampaikan/diketahui oleh orang-orang yang disertai tanggung jawab untuk melaksanakannya dengan jelas, oleh karenanya diperlukan komunikasi yang baik dan dilaksanakan dengan tepat oleh pelaksana meliputi koordinasi, sosialisasi dan pelaporan.

Setidaknya terdapat empat cara untuk memutuskan rantai penularan demam berdarah dengue yaitu: menyapkan virus, isolasi penderita, mencegah gigitan nyamuk dan pengendalian vector, (Depkes RI, 2011). Pengendalian vector dilakukan dengan dua cara yaitu dengan cara kimia dan pengelolaan lingkungan melalui kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) yaitu melalui kegiatan 3M (menutup, mengubur dan menguras). Selain penggunaan bahan kimia dikembangkan peningkatan partisipasi

masyarakat untuk pengendalian vector dengan melakukan pemberantasan sarang nyamuk melalui 3M.

Keberhasilan pemberantasan nyamuk melalui 3M sangat bertumpu pada pemahaman dan sikap masyarakat tentang bagaimana tindakan pemberantasan dilakukan dan konsistensi pelaksanaan pemberantasan, (Depkes RI, 2008). Sosialisasi yang terkoordinasi dengan baik di masyarakat oleh Puskesmas Talise akan sangat menentukan konsistensi gerakan 3M dimasyarakat.

Informasi dari kepala Puskesmas Talise mengungkapkan bahwa upaya sosialisasi tentang pengendalian penyakit DBD di Puskesmas Talise telah dilakukan dengan berbagai cara. Puskesmas Talise harus mencari strategi yang tepat agar materi sosialisasi atau penyuluhan tentang DBD dapat sampai dan dipahami oleh ke masyarakat sehingga kegiatan 3M dapat dilaksanakan sebagaimana yang ditentukan dalam kebijakan pengendalian penyakit DBD. Kegiatan koordinasi pengendalian penyakit DBD pun telah berjalan, baik internal Puskesmas Talise termasuk Dinas Kesehatan Kota Palu, maupun dengan stakeholder sampai ketinggian RT dan forum kesehatan. Tetapi kualitas belum seperti diharapkan, karena koordinasi hanya bersifat formalitas dimana kegiatan penyuluhan seolah hanya menjadi tanggungjawab Puskesmas Talise

Wawancara dengan Bapak dr. Rohmat, Kepala Puskesmas Talise menjelaskan bahwa;

“Sosialisasi dalam bentuk penyuluhan dan pembagian leaflet sebenarnya sudah lama dilakukan Pak .Semua Puskesmas melakukan itu. Puskesmas Bapak melakukan juga toh?? Penyuluhan juga dilakukan oleh petugas DBD saat kunjungan rumah untuk abatisasi. Sudah kenyang sepertinya masyarakat dengan dengan penyuluhan. Itu yang jadi masalahnya. Makanya klo ada yang kena DBD sebenarnya kesempatan emas itu untuk

mempraktekan 3M itu. Kalau koordinasi pastilah dilakukan. Kalau di Puskesmas kegiatan penyuluhan sebenarnya di pegang oleh petugas promkes, tapi pelaksanaannya di kerja oleh pengelola DBD pak martipul. Soalnya kalo penyuluhan khusus DBD mengundang masyarakat, mana masyarakat mau hadir. Jadi strateginya penyuluhan atau sosialisasi DBD itu kita gabung atau sisip dengan kegiatan lain. Kalau ada kegiatan MMD atau saat kunjungan rumah abatisasi atau saat ada kasus DBD. Pokoknya kalau ada fogging pasti harus penyuluhan dulu. kalau koordinasi dengan stakeholder seperti kelurahan, RT atau ketua forum sering dilakukan. Kalau kelurahan juga sering dikirimkan edaran dari walikota untuk melaksanakan koordinasi kegiatan DBD.tapi apapun intinya Puskesmas yang bertanggung masalah kesehatan. tetap saja kegiatan penyuluhan dan masalah DBD dengan 3M itu jadi tanggung jawab Puskesmas. Koordinasi selain internal pemegang program, dengan kelurahan, kalau untuk kasus DBD juga pasti dengan Dinas Kesehatan Kota. Karena laporan penyakit dari RS by name by adress juga kan mereka yang sms kita. Dinas juga koordinasi fogging kan,” (wawancara 3 Desember 2015).

Pendapat senada juga disampaikan oleh oleh Bapak Martipul, SKM., pengelola program pengendalian penyakit DBD Puskesmas Talise Kota Palu. Hal ini mempertegas bahwa, koordinasi dan sosialisasi tentang pengendalian penyakit DBD telah dilaksanakan baik, tetapi harus mencari metode baru. Metode sosialisasi yang biasa digunakan seperti penyuluhan dengan mengumpulkan massa tidak lagi efektif. Sebagian besar masyarakat yang menjadi target sosialisasi tidak hadir sehingga pengetahuan tentang 3M tidak dipahami secara lengkap. Keadaan ini menyebabkan konsistensi pelaksanaan kegiatan pengendalian penyakit DBD melalui kegiatan 3M di masyarakat tidak berjalan sebagaimana diharapkan.

Sesuai yang dikemukakan oleh Hadinegoro (2000), peningkatan peran aktif masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD merupakan salah satu kunci keberhasilan upaya pemberantasan penyakit DBD. Untuk mendorong meningkatnya peran aktif masyarakat, maka upaya-upaya KIE, pemasaran sosial, advokasi dan berbagai upaya penyuluhan kesehatan lainnya dilaksanakan secara intensif dan berkesinambungan melalui berbagai media massa maupun secara kelompok atau individual dengan memperhatikan aspek sosial budaya yang lokal spesifik.

Menurut Bapak Yusuf, Ketua Forum Kesehatan yang menjadi mitra Puskesmas Talise dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian penyakit DBD di Kelurahan Tondo, koordinasi dan sosialisasi sudah sering dilakukan untuk mengendalikan penyakit DBD. Tetapi memang masyarakat belum terlalu tertarik dengan masalah DBD. Meskipun pendapat yang berbeda disampaikan oleh Bapak Anton, anggota masyarakat yang keluarganya pernah menderita penyakit DBD. Menurutnya konsistensi dan volume sosialisasi dirasa sangat kurang, meski koordinasi telah lebih baik.

Hasil wawancara dari masyarakat menunjukkan bahwa konsistensi Puskesmas Talise dalam mensosialisasikan pengendalian DBD menurut sebagian masyarakat masih sangat kurang. Metode yang penyuluhan yang digunakan saat ini yaitu *door to door* saat abatisasi, pembagian leaflet dan penyuluhan saat pertemuan muasyawarah masyarakat kelurahan (MMD) belum efektif untuk membuat masyarakat sebagai target menerima informasi pencegahan DBD dengan jelas dan kemudian memahami tindakan apa yang harus mereka lakukan untuk pengendalian DBD ditingkat rumah tangga dan lingkungan. Metode sosialisasi DBD yang dapat memberikan informasi yang jelas tentang pencegahan langkah DBD yang harus

dilakukan masyarakat seperti 3M tidak menjangkau seluruh lapisan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Talise yang berjumlah 37.910 jiwa atau 10.367 KK. Keadaan ini kemudian membuat masyarakat memilih menunggu petunjuk setelah menderita DBD. Padahal model penyuluhan dapat bervariasi dan disesuaikan dengan tingkat pendidikan masyarakat. Metode ini antara lain dengan pemberdayaan anak sekolah, pembentukan PHBS percontohan, daerah bebas jentik, kader jumentik dan lain sebagainya, (Depkes RI, 2008).

Konsistensi Puskesmas Talise terhadap program pencegahan DBD melalui kegiatan 3M juga dirasakan masyarakat masih rendah. Sosialisasi dilakukan hanya saat kasus DBD terjadi atau saat anggota keluarga mengalami DBD. Inkonsistensi menyebabkan frekuensi pemberian informasi menjadi sangat sedikit, sehingga pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang DBD terputus-putus dan mudah hilang.

2. Sumberdaya

Sumberdaya yang memadai merupakan salah satu strategi dalam pengendalian penyakit DBD. Terhadap ketersediaan sumberdaya, Kepala Puskesmas Talise dr. Rohmat, menjelaskan bahwa ketersediaan tenaga baik jumlah dan kompetensi untuk menjalankan kegiatan pengendalian penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Talise cukup tersedia. Pendapat senada juga disampaikan oleh pengelola program DBD.

Dalam hal pelaksanaan kegiatan sosialisasi pengendalian penyakit DBD, terdapat tiga orang petugas pemegang program yang terlibat yaitu petugas promkes, petugas DBD dan Kesling. Sedangkan untuk kegiatan abatisasi, penyelidikan epidemiologi, fogging dan pemantauan jentik, jumlah tenaga yang terlibat jauh lebih banyak lagi. Oleh karenanya dalam hal sumberdaya manusia baik jumlah dan kompetensi untuk mendukung implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di

wilayah kerja Puskesmas Talise telah cukup memadai.

Sarana yang dibutuhkan dalam melaksanakan pengendalian penyakit DBD adalah kendaraan bermotor, alat fogging dan komputer untuk kegiatan pemetaan serta pencatatan dan pelaporan termasuk bahan-bahan habis pakai seperti abate dan malation untuk bahan pengasapan. Ketersediaan sarana tersebut sangat berpengaruh terhadap kegiatan pengendalian penyakit DBD. Menurut dr. Rohmat, Kepala Puskesmas Talise tidak semua sarana dan prasarana termasuk bahan-bahan tersebut tersebut ada di Puskesmas Talise.

“Kalau sarana prasarana yang ditanya, ya pasti ada, ada.kalau motor ada, ada juga mobil pusling untuk turun, komputer juga ada tapi gabung dengan program kesling dan surveilans. Kalau abate mau berapa banyak ada.tidak terbatas kalau itu. Yang jadi masalah itu kalau fogging. Alat sama bahan-bahannya didinas. Jadi kalau ada permintaan atau laporan kasus puskesmas hanya PE saja, foggingnya menunggu dari Dinas. Makanya kaya sekolah madani minta fogging karena muridnya banyak yang DBD ya gak bisa kita ngapa-ngapain.Wong Dinas yang punya alat. Alatnya disana.bahannya juga disana. Kita lapor, menyurat juga. Tapi kalo mereka tidak turun yaa, menunggu mereka,“(wawancara, 3 Desember 2015).

Pendapat yang sama juga disampaikan oleh Pak Martipul dan Pak Yusuf. Menurut kedua informan ini fogging atau pengasapan pada rumah postif DBD terkendala alat dan bahan. Banyak permintaan tetapi Dinas Kesehatan Kota Palu tidak dapat memenuhi semuanya karena keterbatasan alat dan bahan.

Fogging atau pengasapan adalah salah satu cara pengendalian kimiawi yang bertujuan untuk membunuh nyamuk dewasa. Menurut Depkes (2008), fogging dilakukan setelah hasil penyelidikan epidemiologi menunjukkan bahwa nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor DBD, positif berada

dilingkungan tersebut yang ditandai dengan adanya jentik(+) dan nyamuk dewasa (+).Fogging sangat penting karena jika dilaksanakan dengan tepat akan membunuh nyamuk betina dewasa sehingga kepadatan nyamuk aedes dapat berkurang secara bermakna. Kepadatan nyamuk adalah indikator penting dalam pengendalian vektor karena nyamuk merupakan serangga yang memindahkan virus dengue dari tubuh penderita sakit kedalam tubuh penderita sehat sehingga terjadilah proses penularan DBD. Semakin tinggi kepadatan nyamuk semakin cepat terjadinya penularan penyakit DBD.

Sumberdaya dana atau pembiayaan kegiatan pengendalian penyakit DBD meliputi pembiayaan kegiatan penyuluhan, pergerakan PSN dan abatisasi, survei jentik serta fogging. Pembiayaan tersebut bersumber dari dana bantuan operasional kesehatan (BOK) Puskesmas Talise untuk kegiatan penyuluhan, pergerakan PSN dan abatisasi dan dana APBD dalam DPA Dinas Kesehatan Kota Palu untuk kegiatan survey jentik dan fogging. Menurut informan implementor besaran dana tersebut masih kurang dari yang dibutuhkan terutama untuk kegiatan survey jentik dan fogging. Demikian pula penjelasan informan implementor lainnya. Menurut informan, keterbatasan dana pengendalian DBD telah berlangsung lama.

Dari penjelasan diatas terungkap bahwa karena kekurangan dana pada beberapa tahun ini, implementor melakukan penyesuaian jumlah target sesuai jumlah dana yang ada. Dari 10 pokok kegiatan program DBD hanya tiga kegiatan saja yang dibiayai secara khusus maupun tidak khusus seperti kegiatan sosialisasi atau penyuluhan DBD yang biayanya *menumpang* pada program promosi kesehatan dalam RPK BOK 2014 dan RKA BOK 2015. Pembiayaan tersebut berupa insentif transport petugas sejumlah Rp. 960.000 untuk sosialisasi program kesehatan di 4 kelurahan. Sedangkan kegiatan lain yang di biayai dana BOK yaitu kegiatan

abatisasi selektif dan survey jentik yaitu Rp. 1.440.000. Karena minimnya lokasi dana membuat petugas lebih memilih melaksanakan kegiatan rutin seperti penyelidikan epidemiologi (PE), abatisasi selektif, penyuluhan kelompok terbatas (25 orang) dan survey jentik. Kegiatan fogging atau pengasapan pada kasus DBD positif, juga menjadi sangat selektif baik karena pertimbangan hasil PE juga karena pertimbangan pembiayaan.

3. Disposisi.

Untuk menjalankan kebijakan pengendalian penyakit DBD, implementor dituntut berkomitmen dan memberikan dukungan baik terhadap pembiayaan maupun terhadap inovasi yang mungkin harus dilakukan. Menurut Kepala Puskesmas Talise, dr. Rohmat, bahwa dukungan dan komitmennya terhadap upaya pengendalian penyakit DBD selalu diberikan dengan maksimal baik pembiayaan maupun kegiatan lainnya. Terhadap dukungan dan sikap atau komitmen implementor, seluruh informan masyarakat berpendapat sama. Informasi yang diberikan oleh seluruh informan yang menjadi target implementasi mengungkapkan bahwa di Puskesmas Talise sangat peduli terhadap upaya pengendalian penyakit DBD.

4. Struktur Birokrasi

Salah satu dari aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah adanya *standard operating procedures* atau SOP. SOP menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam bertindak. SOP adalah bagian dari keseluruhan mekanisme baku yang mengarahkan pada pelaksana pada perilaku yang ingin dicapai. Wawancara terhadap Kepala Puskesmas dan petugas pengelola penyakit DBD menunjukkan bahwa SOP telah ada. Pengelola penyakit DBD, Bapak Martipul, SKM., juga menjelaskan hal sama bahwa Puskesmas Talise telah memiliki SOP yang lengkap dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian penyakit DBD.

Menurut masyarakat Puskesmas Talise

memang mempunyai mekanisme atau prosedur dalam tatalaksana kasus pengendalian penyakit DBD di masyarakat. Hal ini di sampaikan oleh ibu Wati, informan dari masyarakat yang daerahnya ditetapkan sebagai daerah endemis DBD.

“Tidak bisa disemprot katanya pak. Padahal kita butuh sekali. Kalau bisa dibantu kita Pak. Karena kami takut terhadap DBD ini. Kalau di semprot itu harus sakit dulu, diperiksa dulu. Masa nanti sakit dulu baru disemprot? bukan mencegah namanya itu. Tapi katanya itu aturannya. Banyak sekali aturan. Sedangkan abate ini tidak bisa di sikat dinding bak air. Jadi kalau sudah berlumut, dilihat saja. Kalau sakit saja anak-anak panas, tidak langsung itu dibilang DBD, harus periksa darah lagi. Uang lagi kasian, “(wawancara, Ibu Wati 5 Desember 2015).

Struktur organisasi yang terlalu panjang menurut Winarno, (2007; 202-203) akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks, yang menyebabkan aktivitas organisasi tidak fleksibel. Dilihat dari struktur birokrasi dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD, Puskesmas Talise dihadapkan pada masalah tanggungjawab antar pogram terkait yang tidak dilaksanakan. Meskipun koordinasi telah dilakukan, para pemegang program terkait seperti program kesehatan lingkungan yang bertugas untuk melaksanakan monitoring dan evaluasi keadaan sanitasi lingkungan termasuk penyediaan air bersih yang kemudian menjadi tempat nyamuk bertelur, tidak melaksanakan tugasnya dengan baik. Petugas promkes tidak melaksanakan kegiatan penyuluhan DBD secara konsisten dengan metode yang inovatif untuk bisa menjangkau masyarakat yang sakit maupun tidak sakit. Petugas surveilans dan Perkesmas sering terlambat dalam penemuan dan deteksi kasus DBD sehingga kasus kematian pada penderita DBD selama lima tahun terakhir

mencapai 5 orang. Demikian pula pengelola BOK yang tidak mampu menjalankan advokasi keuangan sehingga alokasi pembiayaan implemetasi kegiatan pengendalian DBD selalu minim.

Sebagai administrator kebijakan unit organisasi, pimpinan/implementor harus membangun standar prosedur organisasi untuk menangani situasi rutin sebagaimana biasanya ditangani. Sayangnya standar dirancang untuk kebijakan-kebijakan yang telah berjalan dan kurang dapat berfungsi dengan baik untuk kebijakan-kebijakan baru sehingga sulit terjadi perubahan, penundaan, pembaharuan, atau tindakan-tindakan yang tidak dikehendaki. Para pelaksana kebijakan akan mengetahui apa yang harus dilakukan dan mempunyai keiinginan dan sumberdaya untuk melakukan kebijakan, tetapi mereka akan tetap dihambat proses implementasinya oleh struktur organisasi yang mereka layani.

Menurut Kepala Puskesmas Talise, rendahnya peran serta dalam kegiatan 3M adalah hal yang paling menghambat dalam penerapan kebijakan pengendalian penyakit DBD. Selain itu juga pembiayaan yang belum memadai, peralatan dan koordinasi petugas. Hambatan peran serta masyarakat dalam PSN tersebut menurut implementor menjadi penyebab utama menurunnya angka bebas jentik (ABJ). Rendahnya ABJ disuatu tempat menunjukkan merupakan indikasi besarnya kemungkinan terjadinya penularan.

Namun, menurut sebagian besar informan hambatan dalam pengendalian DBD adalah konsistensi Puskesmas dalam sosialisasi dan pengendalian kimiawi atau fogging.. Frekuensi sosialisasi dalam bentuk penyuluhan yang rendah membuat pengetahuan masyarakat tentang langkah-langkah dalam kegiatan pencegahan DBD juga rendah, sehingga tindakan pencegahan yaitu 3M yang diharapkan untuk menjadi perilaku menetap dimasyarakat menjadi sulit terwujud. Keadaan inilah yang membuat ABJ di wilayah kerja Puskesmas Talise hanya berada diangka 87% atau lebih rendah 7%

dari standar ABJ sesuai Kepmenkes No.581/MENKES/ SK/VII/1992 tentang Pemberantasan Penyakit DBD yakni 95%.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang implementasi kebijakan pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Puskesmas Talise Kota Palu, maka disimpulkan bahwa implementasi kebijakan pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Puskesmas Talise Kota Palu belum efektif menurunkan angka penderita penyakit DBB karena faktor komunikasi, sumberdaya dan struktur birokrasi. Faktor komunikasi meliputi sosialisasi pengendalian DBD yang tidak konsisten dan metode transmisi belum efektif. Sumber daya meliputi alokasi pembiayaan yang minim dan peralatan pengendalian nyamuk terpusat. Struktur birokrasi yaitu lintas program yang tidak melaksanakan tanggungjawab dalam kegiatan pengendalian penyakit DBD.

Rekomendasi

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan di atas, maka disarankan agar :

1. Puskesmas Talise harus mampu meningkatkan komunikasi terhadap masyarakat melalui peningkatan frekuensi sosialisasi atau penyuluhan pengendalian penyakit DBD yang terencana dengan baik, terintegrasi, berkualitas dan model yang lebih variatif seperti membentuk RT/RW percontohan bebas DBD.
2. Kepala Puskesmas Talise sebaiknya melakukan evaluasi terhadap kinerja terutama petugas promkes, kesling dan surveilans dalam lintas program pengendalian DBD serta meningkatkan koordinasi Dinas Kesehatan Kota Palu dalam upaya pengendalian setiap kejadian kasus positif DBD sehingga penanganan kasus lebih efektif dan efisien.

3. Kepala Puskesmas dan pengelola P2 DBD harus melakukan advokasi khusus terhadap pembiayaan kegiatan pengendalian penyakit DBD melalui penyusunan perencanaan program yang baik dan kejelasan sasaran atau target yang ingin dicapai, memaksimalkan dukungan dana bantuan operasional kesehatan (BOK) dan dana jaminan kesehatan nasional (JKN) melalui alokasi operasional kegiatan promotif dan preventif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Akhirnya penulis mengucapkan terima kasih yang setinggi tingginya kepada Pembimbing Utama yaitu Dr. Muh. Nawawi, MSi dan Dr. Nawawi Natsir, M.Si, sebagai Pembimbing anggota atas segala bimbingan, koreksi dan motivasinya dalam membimbing penulis menyelesaikan penelitian ini.

DAFTAR RUJUKAN

Depkes RI, 2008. *Pelatihan Bagi Pelatih Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN-DBD) Dengan Pendekatan Komunikasi Perubahan Perilaku (communication for behavioral impact)*, cetakan kedua, Jakarta

Depkes RI, 2011. *Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia*, Jakarta.

Depkes RI, Ditjen PPM&PL, 2002. *Pedoman Survey Entomologi Demam Berdarah Dengue*, cetakan kedua, Jakarta

Depkes. RI. 2011. *Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) Oleh Juru Pemantau Jentik (Jumantik)*, Jakarta.

Dunn, William N. 1999. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik.*, terjemahan Samudra wibawa, Dkk., Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Hadinegoro, et al., 2002., *Demam Berdarah Dengue*, Naskah lengkap, *Pelatihan*

Bagi Dokter Spesialis Anak, Dan Dokter Spesialis penyakit Dalam Dalam Tata Laksana DBD, FK UI, Jakarta.

Hadinegoro, S. Rejeki, 2001, *Tata Laksana Dengue Di Indonesia*, Depkessos RI, Dirjen P2M & PL, Jakarta

Islamy, M. Irfan. 2002. *Prinsip-prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta: Cetakan Kesebelas Bumi Aksara.

Keban, Yeremias. T, 2004. *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik, Konsep Teori dan Isu*. Yogyakarta: Gaya Media.

KEPMENKES No. 1457 Tahun 2003. *Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*.

KEPMENKES No. 581/MENKES/SK/VII/1992, *Tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue*.

Nugroho, Riant. 2012. *Publik Policy*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.

Pasolong, Harbani. 2010. *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Alfabeta.

Perda Kota Palu Nomor 1 Tahun 2010 *Tentang Sistem Kesehatan Daerah*

PERMENKES No. 75 Tahun 2014 *Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*

Rusli, Budiman. 2013. *Membangun Pelayanan Publik Yang Responsif*. Bandung: Hakim Publishing.

Sjahrir. 1987. *Kebijaksanaan Negara: Konsistensi dan Implementasi*. Jakarta: LP3ES.

Subarsono, AG. 2009. *Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori, dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 *tentang Kesehatan*.

Wahab, Solichin Abdul. 2005. *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.

WHO, 1999, *Demam Berdarah Dengue: Diagnosis, Penvegahan &*

Pengendalian, Buku Kedokteran EGC,
Jakarta.

Winarno, Budi. 2002. *Teori dan Proses
Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media
Pressindo.