

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) banyak 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. DBD menjadi perhatian bagi Kementerian Kesehatan Indonesia dikarenakan DBD telah menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia sejak kasus pertama tahun 1968.¹

Pada Tahun 1992 Kementerian Kesehatan mencanangkan Program P2DBD (Program Penanggulangan dan Pemberantasan Penyakit DBD) yang dilakukan dengan di keluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 581/MENKES/SK/VII/1992 tentang Pemberantasan Penyakit DBD yang kemudian diperbaharui dengan dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 92/MENKES/SK/1994 tentang Perubahan Atas Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 581/MENKES/SK/VII/1992 tentang Pemberantasan Penyakit DBD. Direktur Jenderal Penanggulangan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan juga

¹ Niko Perdana, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Keluarga dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD di Kelurahan Tunggul Hitam Padang Tahun 2017*, Skripsi, Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas, Padang, 2017.

mengeluarkan Keputusan No. 914 Tahun 1992 tentang Petunjuk Teknis Penanggulangan Penyakit DBD.

Salah satu masalah yang menjadi perhatian Indonesia tercantum dalam PEPRES No. 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2004-2009 adalah perkembangan *emerging diseases* seperti DBD yang jumlah kasusnya cenderung meningkat serta penyebarannya semakin meluas. Hal ini ditunjang dengan PERMENKES No. 331 Tahun 2005 tentang Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009 dan KEPMENKES 1457 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal yang menguatkan pentingnya upaya pengendalian penyakit DBD di Indonesia hingga ke tingkat Kabupaten/Kota bahkan sampai ke desa. Melalui pelaksanaan program pengendalian penyakit DBD diharapkan dapat berkontribusi menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat penyakit menular di Indonesia. Berbagai kebijakan dan upaya telah dilakukan oleh pemerintah dalam mengatur pengendalian penyakit DBD. Tapi penyakit DBD masih banyak terjadi di Indonesia sehingga cenderung menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB).



Peningkatan kasus dan KLB DBD di pengaruhi oleh mobilitas penduduk dan arus urbanisasi yang tidak terkendali, kurangnya peran serta masyarakat dalam pengendalian DBD, kurangnya jumlah dan kualitas sumberdaya manusia pengelola program demam berdarah di setiap jenjang administrasi, kurangnya kerjasama serta komitmen lintas program dan lintas sektor dalam pengendalian demam berdarah, sistem pelaporan dan penanggulangan demam berdarah yang terlambat dan tidak sesuai dengan standar prosedur operasional, perubahan iklim

yang cenderung menambah jumlah habitat vektor demam berdarah, infrastruktur penyediaan air bersih yang tidak memadai, serta letak geografis Indonesia di daerah tropik mendukung perkembangbiakan vektor dan pertumbuhan virus.² Belum berhasilnya kebijakan DBD yang telah di di keluarkan sebelumnya dapat dilihat dari masih tingginya *Insidens Rate* DBD.

Tabel 1.1
***Insidens Rate* DBD Menurut Provinsi Tahun 2015 sampai Tahun 2017**

No.	Provinsi	Tahun		
		2015	2016	2017
1	Bali	257,7%	515,90%	105,95%
2	Kalimantan Timur	188,46%	305,95%	25,68%
3	Kalimantan Utara	112,00%	158,33%	28,22%
4	DI Yogyakarta	92,96%	167,89%	43,65%
5	Kalimantan Selatan	91,93%	101,05%	13,20%
6	Kepulauan Riau	90,98%	97,77%	30,35%
7	Sumatera Barat	73,24%	75,75%	46,42%
8	Kalimantan Tengah	60,20%	65,05%	33,74%
9	Sulawesi Tenggara	60,01%	123,34%	28,82%
10	Sulawesi Tengah	54,61%	79,20%	28,12%
11	Bengkulu	53,49%	91,66%	31,95%
12	Jawa Timur	51,84%	62,65%	18,46%
13	Riau	51,40%	64,14%	28,96%
14	DKI Jakarta	48,67%	198,71%	32,29%
15	Jawa Tengah	48,55%	42,26%	21,60%
16	Sulawesi Selatan	46,64%	89,29%	19,84%
17	Jawa Barat	45,47%	77,31%	7,37%
18	Kepulauan Bangka Belitung	45,38%	34,95%	18,38%
19	Sumatera Selatan	42,17%	47,19%	17,53%
20	Jambi	39,80%	44,90%	10,75%
21	Lampung	38,74%	55,04%	35,08%
22	Sulawesi Barat	37,90%	66,82%	8,04%
23	Sumatera Utara	37,84%	61,11%	37,35%
24	Sulawesi Utara	30,16%	81,04%	23,61%
25	Aceh	30,7%	52,02%	49,93%
26	Nusa Tenggara Barat	25,89%	52,80%	26,86%

²Modul Pelatihan Bagi Pengelola Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Danguie di Indonesia oleh Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI 2017. hlm. 3.

27	Banten	25,15%	50,31%	10,42%
28	Kalimantan Barat	23,28%	12,09%	52,61%
29	Papua	20,54%	35,23%	8,24%
30	Gorontalo	20,38%	64,83%	27,05%
31	Maluku Utara	10,24%	25,04%	3,06%
32	Nusa Tenggara Timur	9,88%	19,51%	3,97%
33	papua Barat	7,57%	11,75%	17,81%
34	Maluku	4,63%	21,16%	2,87%
	Indonesia	50,75%	78,85%	22,25%

Sumber: Profil Kesehatan Indonesia oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Insidens Rate sebagai indikator frekwensi serangan atau angka kejadian DBD dalam populasi 100.000 penduduk. Pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 telah menetapkan IR DBD <49% per 100.000 penduduk.³ Pada Tahun 2015 Provinsi Sumatra Barat menempati urutan 7 teratas provinsi terbanyak kasus DBD dengan IR 73,24%, artinya Provinsi Sumatra Barat belum mencapai target yang telah ditetapkan. Pada Tahun 2016 Provinsi Sumatra Barat menempati urutan 14 teratas dengan IR 75,75%, artinya provinsi Sumatra Barat belum mencapai target IR<49%. Pada Tahun 2017 Provinsi Sumatra Barat mengalami penurunan angka kesakitan DBD dengan IR 46,42%, artinya Provinsi Sumatra Barat telah mencapai target, tapi Provinsi Sumatra Barat menempati urutan ke 4 teratas dari 34 provinsi yang ada di Indonesia (Lampiran 1). Provinsi Sumatra Barat adalah Provinsi paling banyak terjadi kasus DBD di Pulau Sumatera. Berikut adalah data kasus DBD di Provinsi Sumatra Barat dari Tahun 2013 sampai Tahun 2017.

³Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Indonesia Tahun 2015-2019

Tabel 1.2
Data Kasus DBD di Provinsi Sumatra Barat Tahun 2013-2017

No.	Kabupaten/ Kota	Tahun				
		2013	2014	2015	2016	2017
1	Kep. Mentawai	-	-	-	12	1
2	Pesisir Selatan	595	277	277	236	216
3	Solok	42	54	202	184	95
4	Sijunjung	37	53	238	117	141
5	Tanah Datar	300	279	396	253	230
6	Padang Pariaman	96	94	172	181	77
7	Agam	220	213	280	461	140
8	Lima Puluh Kota	116	147	190	234	215
9	Pasaman	57	61	106	141	68
10	Solok Selatan	89	20	20	152	116
11	Dharmasraya	100	35	160	276	60
12	Pasaman Barat	3	135	108	102	43
13	Padang	998	665	1126	911	608
14	Solok	24	50	42	98	44
15	Sawahlunto	77	41	170	208	180
16	Padang Panjang	8	4	56	71	19
17	Bukittinggi	152	132	14	121	70
18	Payakumbuh	32	9	31	108	65
19	Pariaman	73	49	156	119	82
	Total	3019	2318	3744	3985	2469

Sumber: Olahan Peneliti dari Provinsi Sumatra Barat dalam Angka Tahun 2018

Berdasarkan data yang peneliti temukan diatas, Kota Padang adalah daerah paling banyak ditemukan kasus DBD di Provinsi Sumatra Barat. Hal ini dibenarkan oleh Koordinator Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Danguge Provinsi Sumatra Barat.⁴

“...Kalau di Provinsi Sumatra Barat penyakit DBD pertama kali terjadi itu di Kota Padang pada Tahun 1972, sampai sekarang di Kota Padang masih ditemukan penyakit DBD dan merupakan daerah terbanyak kasus DBD di Provinsi Sumatera Barat...”

⁴ Wawancara peneliti dengan Bapak Syahril selaku Koordinator P2DBD Provinsi Sumatera Barat pada 07 September 2018 pukul 10:11

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan Koordinator Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dangué Provinsi Sumatra Barat diatas, peneliti memilih Kota Padang sebagai daerah yang akan peneliti teliti terkait dengan pengendalian penyakit DBD. DBD merupakan salah satu dari tiga penyakit yang menonjol di Kota Padang seperti yang disampaikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Padang Eka Lusti ketika menerima kunjungan Komisi IV DPR Padang pada Tahun 2014. Kepala Dinas Kota Padang Eka Lusti memaparkan: kasus gizi buruk, DBD, AIDS merupakan penyakit yang cukup menonjol.⁵

Tabel 1.3
Penyakit Menular di Kota Padang Tahun 2015-2017

No.	Nama Penyakit	Tahun		
		2015	2016	2017
1	Tuberkulosis	1.116	1.138	961
2	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (HIV)	227	300	370
3	Syphilis	259	-	130
4	Kusta	4	5	2
5	Difteri	86	-	16
6	Polio	7	5	8
7	Campak	170	361	190
8	Demam Berdarah Dangué (DBD)	1.126	911	608
9	Malaria	123	57	60
10	Filariasis	33	29	29

Sumber: Olahan Peneliti dari Profil Kesehatan Kota Padang Tahun 2015,2016, dan2017

Di Kota Padang ditemukan sepuluh jenis penyakit menular pada Tahun 2015 sampai Tahun 2017, salah satunya adalah penyakit DBD. Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan Bapak Syahrial selaku Koordinator P2DBD Provinsi Sumatera Barat bahwa penyakit DBD pertama kali ditemukan di Kota Padang

⁵ <http://dipadang.com/4.penyakit-yang-banyak-di-kota-padang/>, diakses pada 23 Oktober 2018 pukul 10:13.

Pada Tahun 1972. Penyakit DBD merupakan penyakit berbahaya bagi masyarakat Kota Padang selama kurun waktu 46 Tahun. Oleh karena itu pengendalian penyakit DBD di Kota Padang harus terus dilakukan. Pengendalian penyakit DBD yang telah dilakukan sebelumnya oleh pemerintah Kota Padang masih belum efektif. Pada Tahun 2017 Kota Padang mengeluarkan kebijakan khusus berupa Peraturan Walikota Padang Nomor 26 Tahun 2017 tentang Pengendalian Penyakit DBD, dari Tahun 2016 ke Tahun 2017 penyakit DBD di Kota Padang mengalami penurunan. Sehingga hal ini menjadi alasan peneliti mengapa tertarik untuk meneliti tentang Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit DBD di Kota Padang. Selain itu, penyakit DBD penting untuk diteliti karena penyakit ini mudah mewabah, vaksin pencegahannya belum ditemukan, dan vektor perantara penyakit tersebar luas di lingkungan sekitar masyarakat.

Peraturan Walikota Padang Nomor 26 Tahun 2017 tentang Pengendalian Penyakit DBD di keluarkan karena dampak penyakit DBD semakin bertambah banyak.⁶ Dari beberapa hasil kajian para ahli diketahui bahwa penyakit DBD berdampak negatif terhadap kehidupan sosial, ekonomi dan ekologis; di antaranya ialah terhadap penurunan produktivitas kerja penduduk, pencemaran lingkungan atau rusaknya keanekaragaman hayati akibat penggunaan pestisida yang tidak sesuai dengan aturan, penurunan indeks umur harapan hidup (UHH) rata-rata penduduk karena kematian akibat DBD, peningkatan pengeluaran biaya

⁶Peraturan Walikota Padang Nomor 26 Tahun 2017 tentang Pengendalian Penyakit DBD bagian menimbang poin b

pemerintah dan masyarakat untuk pengobatan penderita dan pemberantasan vektor (nyamuk penular penyakit DBD).⁷

Dinas Kesehatan merupakan instansi pemerintah Kota Padang yang menjadi *leading sector* dari Peraturan Walikota Padang Nomor 26 Tahun 2017 tentang Pengendalian Penyakit DBD. Dinas Kesehatan melalui Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit pada Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular merupakan pihak yang bertanggungjawab dalam mengimplementasikan kebijakan Pengendalian Penyakit DBD di Kota Padang, hal ini dapat dilihat pada Peraturan Walikota Nomor 67 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kota Padang. Sedangkan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan perpanjangan tangan Dinas Kesehatan dalam mengimplementasi kebijakan Pengendalian Penyakit DBD di Kota Padang. Dalam kebijakan pengendalian penyakit DBD juga mengamanatkan Perangkat Daerah seperti Camat dan Lurah sebagai pihak pendukung dalam melaksanakan kebijakan. Adapun implementor dalam kebijakan pengendalian penyakit DBD di Kota Padang ditegaskan oleh Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit melalui wawancara berikut ini.⁸

“...Penyelesaian masalah DBD tidak hanya diselesaikan oleh bidang pencegahan dan pengendalian penyakit melalui seksi pencegahan dan pengendalian penyakit menular sebagai penanggungjawab, dan untuk kegiatan

⁷Henri Peranginangin, *Model Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dangué di Kabupaten Indramayu*, Disertasi, Sekolah Pasca Sarjana Insitut Pertanian Bogor, Bogor, 2010.

⁸ Wawancara peneliti dengan Ibu Eva Westari selaku Kepala Seksi Pengendalian Penyakit Menular pada 29 Maret 2018 pukul 10:00

surveilans sendiri ada seksi khusus yang menangani yaitu seksi surveilans dan imunisasi. Untuk mensosialisasikan demam berdarah itu sendiri dilakukan oleh seksi promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Dan seksi kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga sendiri juga turut andil dalam pengendalian penyakit DBD, karenakan penyakit DBD berhubungan dengan kesehatan lingkungan...”

Berdasarkan wawancara peneliti bersama Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota Padang dapat diidentifikasi implementor yang terlibat dalam kebijakan pengendalian penyakit DBD di Kota Padang. Kebijakan DBD tidak hanya menjadi tanggung jawab Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular. Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dibantu oleh Seksi Surveilans dan Imunisasi untuk melakukan upaya surveilans DBD, sedangkan untuk mensosialisasikan kebijakan DBD di laksanakan oleh Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Penyakit demam berdarah merupakan penyakit yang bersumber dari lingkungan, untuk menjaga agar lingkungan menjadi bersih merupakan tanggungjawab dari Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olahraga.



Tabel 1.4
Data Kasus DBD di Kecamatan Kota Padang Tahun 2015-2017

No.	Kecamatan	Kasus DBD			Jumlah
		2015	2016	2017	
1	Padang Barat	30	42	16	88
2	Padang Timur	100	106	43	249
3	Padang Utara	93	67	26	186
4	Padang Selatan	53	43	18	114
5	Koto Tengah	222	206	100	528
6	Nanggalo	78	59	24	161
7	Kuranji	212	186	125	523
8	Pauh	99	59	53	211
9	Lubuk Kilangan	93	40	27	160

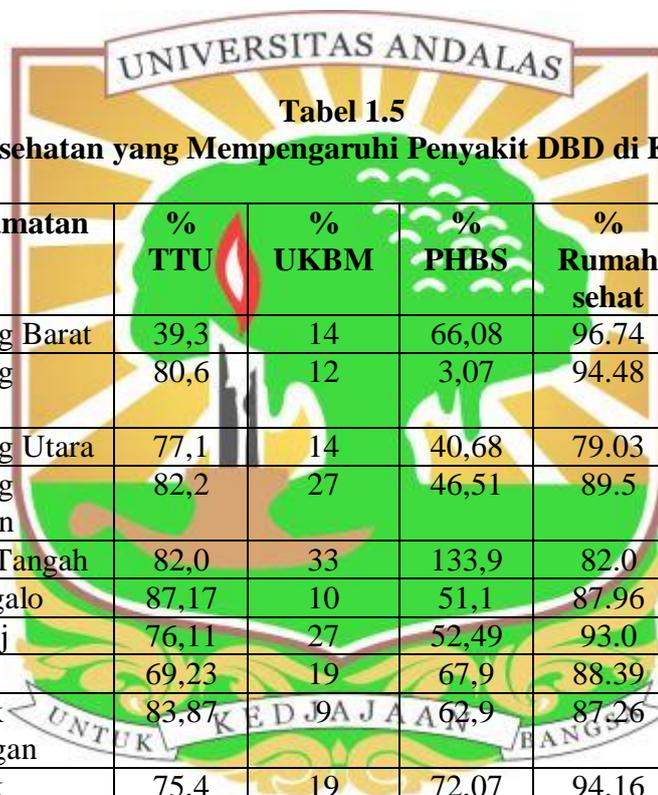
10	Lubuk Begalung	103	83	57	243
11	Bungus	42	20	12	74

Sumber: Olahan Peneliti dari Laporan Bulanan Kasus DBD Dinas Kesehatan Kota Padang Tahun 2018

Kota Padang terdiri dari sebelas Kecamatan, dimana di setiap kecamatan yang ada di Kota Padang pada umumnya terjadi kasus DBD seperti yang terlihat pada tabel di atas. Kecamatan paling banyak terjadi kasus DBD selama kurun waktu tiga tahun terakhir adalah Kecamatan Koto Tangah dengan 528 kasus, kemudian 523 kasus di Kecamatan Kuranji, posisi tiga terbanyak terjadi di Kecamatan Padang Timur yaitu 249 kasus. Posisi kejadian kasus DBD terendah terdapat di Kecamatan Bungus dengan 74 kasus selama tiga tahun terakhir.

Penularan penyakit DBD tidak terlepas dari berbagai faktor yang mempengaruhi terutama dari segi kesehatan, tidak hanya kesehatan perorangan akan tetapi juga dipengaruhi oleh kesehatan lingkungan. Hal ini dapat dilihat pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Vivi Okta Sanggara Dinas Kesehatan Kota (dosen STIKes Prima Nusantara Bukittinggi) dengan judul Analisis Pengelompokan dan Pemetaan Kecamatan Berdasarkan Faktor Penyebab Penyakit Demam Berdarah Dangu di Kota Padang Tahun 2016 yang bertujuan untuk memetakan kecamatan di Kota Padang berdasarkan potensi kerawanan DBD. Dalam penelitian ini menjelaskan bahwa DBD dipengaruhi oleh tiga variabel, yaitunya: presentase PHBS, UKBM, dan TTU. PHBS di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. UKBM merupakan upaya kesehatan bersumber

dari masyarakat yang dibentuk di kelurahan dengan kegiatan utama pengamatan dan kewaspadaan dini (surveilans perilaku berisiko, lingkungan dan masalah kesehatan lainnya), penanganan kegawat daruratan kesehatan dan kesiapsiagaan terhadap bencana serta pelayanan kesehatan. TTU adalah tempat/sarana yang diselenggarakan oleh pemerintah/swasta atau perorangan yang digunakan untuk kegiatan bagi masyarakat yang meliputi sarana kesehatan, sarana pendidikan, dan hotel.



Tabel 1.5
Faktor Kesehatan yang Mempengaruhi Penyakit DBD di Kota Padang

No.	Kecamatan	% TTU	% UKBM	% PHBS	% Rumah sehat	% Jamban
1	Padang Barat	39,3	14	66,08	96,74	21,41
2	Padang Timur	80,6	12	3,07	94,48	0,93
3	Padang Utara	77,1	14	40,68	79,03	14,18
4	Padang Selatan	82,2	27	46,51	89,5	2,0
5	Koto Tangah	82,0	33	133,9	82,0	37,9
6	Nanggalo	87,17	10	51,1	87,96	59,1
7	Kuranj	76,11	27	52,49	93,0	10,25
8	Pauh	69,23	19	67,9	88,39	15,88
9	Lubuk Kilangan	83,87	19	62,9	87,26	39,44
10	Lubuk Begalung	75,4	19	72,07	94,16	5,20
11	Bungus	8,7	12	37,12	79,37	8,7

Sumber: olahan data hasil penelitian Vivi Okta Sanggara Dinas Kesehatan Kota (dosen STIKes Prima Nusantara Bukittinggi) Tahun 2018

Berdasarkan deskripsi tabel diatas, Tingginya kasus DBD yang terjadi karena pengaruh faktor kesehatan terdapat di Kecamatan Lubuk Kilangan.⁹ Permasalahan kesehatan disini tidak hanya menyangkut PHBS, TTU, dan UKBM, tapi juga dipengaruhi oleh persentase rumah sehat dan jamban yang digunakan.

Selain faktor kesehatan, penularan DBD juga dipengaruhi oleh faktor demografi. Faktor demografi yang dimaksud di sini adalah kepadatan penduduk. Faktor kepadatan seperti kepadatan penduduk berpengaruh terhadap proses penularan atau pemindahan virus dangeue dari satu orang ke orang lain.¹⁰ Kepadatan penduduk merupakan angka yang menunjukkan jumlah penduduk yang mendiami wilayah per 1 km². Kecamatan Padang Timur memiliki luas wilayah 8.15 km² yang relatif kecil dibandingkan kecamatan lainnya di Kota Padang, dengan kepadatan penduduk paling padat di Kecamatan se Kota Padang (Lampiran II). Dengan kondisi demografi yang seperti ini membuat penularan penyakit DBD semakin cepat di Kecamatan Padang Timur.

Dari beberapa penjelasan diatas, dimana Kecamatan Koto Tangah merupakan kecamatan paling banyak terjadi kasus DBD di banding kecamatan lain yang ada di Kota Padang. Untuk faktor kesehatan yang paling banyak menyebabkan terjadinya kasus DBD berada di Kecamatan Lubuk Kilangan. Selanjutnya faktor yang mempengaruhi kejadian DBD adalah faktor demografi, faktor demografi disini dilihat dari kepadatan penduduk. Kepadatan penduduk

⁹Vivi Okta Sanggara Dinas Kesehatan Kota., 2017. Analisis Pengelompokan dan Pemetaan Kecamatan Berdasarkan Faktor Penyebab Penyakit Demam Berdarah Dangeue di Kota Padang Tahun 2016. Jurnal Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi, Vol. 8 No; 12-13.

¹⁰ Cipto Aris Purnomo, *Dinamika Penularan Penyakit Demam Berdarah Dangeue di Kecamatan Duren Sawit Kotamadya Jakarta*, Tesis, Universitas Indonesia, Depok, 2010.

paling padat adalah di Kecamatan Padang Timur. Dalam penelitian ini, peneliti memilih lokus penelitian pada tiga kecamatan yang ada di Kota Padang, yaitu: Kecamatan Koto Tengah, Kecamatan Padang Timur, dan Kecamatan Lubuk Kilangan.

Peraturan Walikota Padang Nomor 26 Tahun 2017 tentang Pengendalian Penyakit DBD mengatur empat upaya dalam pengendalian penyakit DBD.

- 
- a. Pencegahan
 - b. Penanggulangan
 - c. Penanganan tersangka atau penderita DBD di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar yang berlaku.
 - d. Penanggulangan KLB

Dalam penelitian ini peneliti membatasi ruang lingkup kebijakan yang akan peneliti teliti, adapun ruang lingkup kebijakan yang akan peneliti teliti adalah 1) pencegahan; 2) penanggulangan; 3) penanganan tersangka atau penderita DBD di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar yang berlaku. Untuk ruang lingkup penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) DBD di Kota Padang tidak peneliti bahas dalam penelitian ini, karena status KLB dinyatakan secara resmi oleh Walikota untuk skala Kota. Namun Walikota Padang dalam beberapa tahun terakhir tidak mengeluarkan status KLB DBD di Kota Padang, ini menjadi alasan peneliti untuk tidak meneliti bagaimana implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di Kota Padang apabila terjadi status KLB.

Tahap pertama dalam pengendalian penyakit DBD adalah dengan dilakukannya pencegahan. Pencegahan secara umum adalah suatu bentuk usaha

atau tindakan yang dilakukan secara dini sebelum suatu kejadian terjadi untuk mencegah terjadinya suatu hal yang tidak diinginkan. Dalam Peraturan Walikota Padang Nomor 26 Tahun 2017 tentang Pengendalian Penyakit DBD mengatur empat upaya yang bisa dilakukan dalam mencegah penyakit DBD, yaitu: Promosi Kesehatan, Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus, Pemantauan Jentik Berkala (PJB), dan Surveilans.

Upaya pertama pada tahap pencegahan DBD dapat dilakukan melalui upaya promosi kesehatan. Promosi kesehatan DBD menjadi tanggungjawab Dinas Kesehatan Kota Padang yang didukung juga oleh Camat dan Lurah. Untuk melihat upaya promosi apa saja yang telah dilakukan oleh Kota Padang dalam mencegah penyakit DBD peneliti melakukan wawancara dengan Kepala Seksi Promosi Kesehatan sebagai pihak yang bertanggungjawab. Berikut hasil wawancara peneliti bersama Kepala Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Padang.¹¹



“...Promosi demam berdarah dilakukan melalui wawancara langsung di Padang TV, radio RRI, selain itu kami juga membuat leaflet yang didistribusikan ke puskesmas agar disalurkan oleh puskesmas ke masyarakat. Ketika posyandu kami juga menginformasikan tentang DBD. Kami juga menargetkan puskesmas untuk melakukan penyuluhan minimal dua kali dalam seminggu dan disitu juga diinformasikan kepada masyarakat tentang DBD”

Dari kutipan wawancara diatas Dinas Kesehatan Kota Padang telah melakukan upaya promosi DBD, baik secara langsung kepada masyarakat ataupun

¹¹ Wawancara peneliti dengan Bapak Ismul Azan selaku Kepala Seksi Promosi Kesehatan pada 29 Maret 2018 pukul 09:00

melalui media cetak. Apa yang disampaikan oleh Kasi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Padang senada dengan hasil wawancara peneliti dengan Ibu Desi M Sidik, selaku Kepala Puskesmas Lubuk Buaya menjelaskan bahwa:¹²

“...Promosi DBD yang kami lakukan seperti penyebaran leaflet yang diberikan oleh Dinas Kesehatan. Penyuluhan di dalam puskesmas dilakukan dua kali seminggu satu jam sebelum melakukan aktivitas pelayanan, disitu kita selipkan penyuluhan tentang DBD, kalau penyuluhan khusus DBD dengan mengundang masyarakat belum ada karena masyarakat juga tidak mau hadir. Penyuluhan diluar puskesmas dilakukan ketika posyandu. Penyuluhan juga dilakukan kalau terjadi kasus DBD, sebelum dilakukan fogging terlebih dahulu dilakukan penyuluhan, masyarakat akan dikumpulkan dilokasi yang terkena DBD untuk kemudian kita mempraktekkan PSN 3M Plus, untuk mengumpulkan masyarakat kami meminta bantuan kepada pihak Kecamatan maupun pihak kelurahan, selain itu kami juga membentuk serdadu jentik di Sekolah Dasar...”

Dari kutipan wawancara diatas dalam melakukan kegiatan sosialisasi DBD Dinas Kesehatan Kota Padang dibantu oleh puskesmas, sebagai perpanjangan tangan dari Dinas Kesehatan Kota Padang, dan di dukung oleh Pihak Kecamatan ataupun Kelurahan. Baik Dinas Kesehatan Kota Padang maupun Puskesmas sudah melakukan upaya promosi kebijakan DBD. Upaya promosi kebijakan DBD yang digunakan saat ini seperti pembagian leaflet, penyuluhan *door to door* saat ada kasus, penyuluhan saat posyandu maupun di dalam Puskesmas, membentuk serdadu jentik di SD belum efektif untuk membuat masyarakat sebagai kelompok sasaran yang menerima informasi pencegahan DBD dengan jelas dan kemudian memahami tindakan apa yang harus mereka lakukan untuk pengendalian DBD di

¹² Wawancara peneliti dengan Ibu Dessi M Siddik selaku Kepala Puskesmas Lubuk Buaya pada 21 Juli 2018 pukul 09:30

tingkat rumah tangga dan lingkungan. Belum pahamnya masyarakat tentang DBD peneliti temukan pada saat melakukan wawancara dengan beberapa masyarakat.

“...Saya mengetahui penyebab penyakit DBD karena digigit nyamuk, tapi gejala-gejalanya saya tidak tahu. Kalau untuk penyuluhan khusus DBD saya pribadi tidak pernah mengikuti, dulu pernah ada pembagian bubuk abete tapi beberapa tahun yang lalu...”¹³

“...setau saya untuk mencegah DBD itu dengan menguras, menutup, dan mengubur (3M kalau ga salah). Kalau untuk menguras bak mandi jarang Bapak lakukan, sudah susah-susah ditampung dan airkan mahal juga ya masak iya dibuang begitu saja...”¹⁴

“...DBD ibuk tahu, kalau sosialisasi dari Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan Kader yang adek bilang tadi tu ibuk ga pernah liat sebelumnya. Soalnya kalau posyandu ibuk ga ngikutin, kalau di puskesmaspun ga ada jadwal sosialisasi DBD ibuk liat...”¹⁵

Dari hasil wawancara diatas peneliti menemukan fenomena bahwa masyarakat masih belum mengetahui penyakit DBD secara keseluruhan baik itu dimulai dari gejala dan bagaimana penanganannya, selain itu masih ada masyarakat yang sudah mengetahui tapi belum mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-hari. Dari temuan awal peneliti ketidakjelasan jadwal kapan dilakukan promosi DBD oleh implementor menjadi salah satu penyebab gagalnya upaya promosi yang sudah dilakukan.

¹³ Wawancara peneliti dengan Ibu Eka selaku masyarakat di Kelurahan Parupuak Tabing pada 17 Juli 2018 pukul 14:00

¹⁴ Wawancara peneliti dengan Pak Adek selaku masyarakat di Kelurahan Jati Baru pada 3 September 2018 pukul 14:30

¹⁵ Wawancara peneliti dengan Ibu Ada selaku masyarakat di Kelurahan Jati Baru pada 3 September 2018 pukul 15:15

Pencegahan DBD selanjutnya dilakukan upaya Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus, kegiatan ini dilakukan untuk memutus siklus hidup nyamuk penular DBD yang dilaksanakan satu minggu sekali. Kegiatan ini dilaksanakan secara berkesinambungan dengan cara menguras tempat-tempat penampungan air, menutup rapat-rapat tempat penampungan air, serta mengubur dan menyingkirkan barang-barang bekas dan sampah-sampah lainnya yang dapat menampung air hujan sehingga dapat menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes Aegypti* penyebab penyakit DBD.

Peraturan Walikota Nomor 26 Tahun 2017 tentang pengendalian penyakit DBD menetapkan pelaksana kegiatan PSN 3M dilakukan oleh: Jumantik Rumah, Jumantik Lingkungan, Koordinator Lingkungan, Supervisor Jumantik, Puskesmas, dan Dinas. Pelaksana kegiatan PSN-3M sudah memiliki tugas masing-masing yang dijelaskan pada pasal 7 sampai dengan pasal 12. Berdasarkan observasi awal peneliti menemukan fenomena, berikut hasil wawancara peneliti dengan Pemegang Program DBD di Puskesmas Andalas.¹⁶



“...kalau untuk pelaksan kegiatan PSN 3M seperti jumantik lingkungan, koordinator lingkungan, supervisor jumantik di Puskesmas Andalas ibuk rasa ga ada ya, yang ada itu cuman Bundo Peduli Jentik (BPJ) 2 orang per kelurahan. Jadi, dua orang ini yang akan bertanggung jawab untuk setiap kelurahan yang ada di Kecamatan Padang Timur...”

Dari wawancara di atas, kondisi tersebut tidak sesuai dengan ketentuan pelaksana upaya PSN-3M, hal ini bisa menimbulkan permasalahan

¹⁶ Wawancara peneliti dengan Ibu Irdawati selaku Pemegang Program DBD di Puskesmas Andalas Kota Padang, tanggal 20 Agustus 2018 pukul 11:15

karena beban kerja BPJ dalam pelaksanaan upaya PSN-3M, masalah ini mengakibatkan BPJ kewalahan dalam melakukan upaya PSN-3M. Berdasarkan kebijakan sudah dijelaskan bahwa setiap pelaksana pada upaya PSN-3M memiliki tugasnya masing-masing sehingga setiap yang berada pada posisi jabatan bertanggung jawab terhadap tugas yang harus dilaksanakannya. Sebelum dikeluarkan Peraturan Walikota Nomor 26 Tahun 2017, untuk upaya PSN 3M sendiri Pemerintah Kota Padang telah mengeluarkan surat edaran sehubungan penyebaran kasus DBD dalam lima tahun terakhir sudah merata di semua kelurahan di Kota Padang.¹⁷

Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya DBD. PJB wajib dilakukan oleh puskesmas. PJB dilaksanakan untuk mengetahui tingkat keberhasilan PSN 3M. PJB adalah kegiatan pemantauan di pemukiman atau tempat-tempat umum/industri (TTU/I) di desa/kelurahan endemis dan sporadis pada tempat-tempat perkembangbiakan nyamuk Aedes di 100 rumah/bangunan yang dipilih secara acak dilaksanakan 4 kali setahun (3 bulan sekali). PJB dilakukan minimal sekali dalam 3 (tiga) bulan, dan puskesmas melaporkan hasil PJB setiap 3 bulan (Maret, Juni, September, Desember) ke Dinas Kesehatan Kota Padang. Adapun indikator angka bebas jentik yang harus dicapai adalah >95%.¹⁸

¹⁷Surat Edaran Nomor 443/01.98/DKK.2017 perihal Pencegahan Kasus Demam Berdarah

¹⁸Modul Pelatihan Bagi Pengelola Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dangué di Indonesia oleh Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI 20017. hlm. 6.

Upaya pencegahan selanjutnya adalah dengan melakukan kegiatan surveilans. Surveilans terdiri dari surveilans aktif rumah sakit dimana rumah sakit memiliki kewajiban melaporkan setiap tersangka atau penderita DBD yang di rawat ke Dinas Kesehatan dalam waktu kurang dari 24 (dua puluh empat) jam. Surveilans yang kedua adalah surveilans berbasis masyarakat dimana masyarakat berkewajiban melaporkan kepada petugas kesehatan dikelurahan atau di puskesmas apabila menemukan tersangka atau penderita DBD dan menemukan jentik nyamuk di lingkungan rumah penduduk.

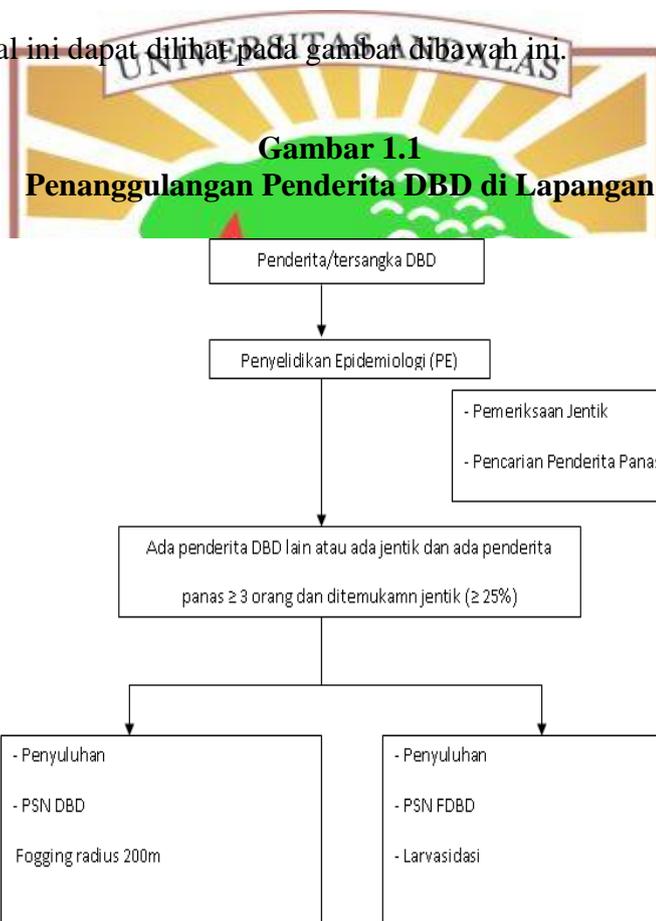
Dilapangan peneliti menemukan adanya keterlambatan informasi jika terjadi kasus DBD. Keterlambatan informasi ini akan berpengaruh pada pelaksanaan Penyelidikan Epidemologi (PE) dan proses penanggulangan DBD selanjutnya. Alur penyampaian informasi yang panjang menjadi kendala dalam proses implementasi sebuah kebijakan. Penjelasan ini peneliti dapatkan berdasarkan hasil wawancara bersama Buk Irdawati selaku pemegang Program DBD di Pusksmas Andalas.¹⁹

“...Kegiatan surveilans di Puskesmas Andalas bisa dikatakan belum berjalan maksimal. Pertama karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang DBD, bagaimana mau melaporkan adanya kasus DBD gejalanya saja masyarakat jarang yang tau. Kedua, kebanyakan masyarakat kalau ada keluarganya yang sakit langsung di bawa ke Rumah Sakit, kan kalau penemuan kasus DBD di Rumah Sakit, Rumah Sakit melaporkan ke Dinas Kesehatan Dulu baru kemudian Dinas Kesehatan melaporkan ke Puskesmas. Diaturannya Rumah Sakit melaporkan adanya Kasus DBD yang mereka temukan

¹⁹ Wawancara peneliti dengan Ibu Irdawati selaku Pemegang Program DBD di Puskesmas Andalas Kota Padang, tanggal 20 Agustus 2018 pukul 11:15

1X24 jam ke Dinas, kadangkannya di Rumah Sakit kan sibuk ya, jadi penyampaian informasi kasusnya agak lama...”

Setelah tahap pencegahan, tahapan selanjutnya yang akan dilakukan apabila terjadinya penemuan kasus DBD adalah tahap penanggulangan DBD. Adapun upaya yang dilakukan pada tahap penanggulangan berdasarkan Peraturan Walikota Padang Nomor 26 Tahun 2017 tentang Pengendalian Penyakit DBD yaitu: Penyelidikan Epidemiologi, Penanggulangan Fokus, Pengasapan (Fogging), Larvasidasi. Hal ini dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Sumber: Modul Pelatihan Bagi Pengelola Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Indonesia oleh Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI 2017.

Kegiatan Penyelidikan Epidemiologi (PE) di Puskesmas pada umumnya sudah dilakukan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan. Akan tetapi upaya PE sering terlambat dilakukan karena lamanya laporan yang diterima pihak Puskesmas dari Dinas Kesehatan Kota Padang (peneliti berasumsi dari hasil wawancara bersama ibu Irdawati yang mengatakan upaya surveilans belum efektif karena terjadinya keterlambatan informasi) sehingga penanganan secara cepat tidak dapat dilakukan, hal tersebut dapat menyebabkan penyebaran penyakit DBD semakin meningkat. Selain itu tidak adanya inisiatif petugas Puskesmas untuk melakukan pengamatan langsung di lingkungan masyarakat. Pelaksana PE berasal dari petugas puskesmas bekerjasama dengan pihak RT dan Bundo Peduli Jentik. Adanya koordinasi bersama RT dan Bundo Peduli Jentik, maka penemuan penderita dapat tercapai dan target sasaran pemeriksaan jentik dalam rangka PE dapat terpenuhi yaitu 100 meter disekitar rumah penderita DBD.

Larvasidasi dilakukan dengan menaburkan bubuk abate di tempat-tempat yang terdapat jentik. Kegiatan larvasidasi dilakukan bersamaan pada saat melakukan upaya PSN. Setiap Bundo Peduli Jentik (BPJ) telah dibekali bubuk abate yang diperoleh dari pihak puskesmas. Bubuk abate ini disediakan oleh Dinas Kesehatan yang didistribusikan ke setiap Puskesmas. Hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan upaya ini, yaitu banyak rumah masyarakat yang tertutup karena kesibukan pekerjaan sehingga tidak semua rumah dapat terjangkau.

Fogging dilakukan pada saat terjadi penularan DBD setelah keluarnya hasil PE yang dilakukan oleh Puskesmas dengan hasil positif. Fogging adalah

pengasapan yang dilakukan terfokus pada daerah tempat ditemukannya tersanga/penderita DBD. Gambar di bawah ini memperlihatkan bahwa Dinas Kesehatan Kota Padang telah melakukan upaya fogging untuk menanggulangi kasus DBD.

Gambar 1.2
Upaya Fogging yang Dilakukan Dinas Kesehatan Kota Padang



Dokumentasi: Padang ekspres dan bentengsumbar.com, diakses pada tanggal 25 Agustus 2018 pukul 20:18

Pada saat observasi awal proposal di lapangan peneliti menemukan adanya ketidak tepatan waktu dalam melakukang upaya fogging, hal ini bisa berdampak pada banyaknya masyarakat yang bisa tertular penyakit DBD. Fogging itu sendiri harusnya dilakukan apabila pihak puskesmas telah selesai melakukan PE. Hal ini dapat dilihata dari hasil wawancara peneliti bersama Kepala Puskesmas Lubuk Buaya, berikut paparan dari Ibuk Desi M Sidik.²⁰

“... Untuk fogging itu puskesmas tidak bisa melakukan sendiri, puskesmas harus berkoordinasi dengan Dinas

²⁰ Wawancara peneliti dengan Ibu Desi M Sidik selaku Kepala Puskesmas Lubuk Buaya pada 21 Juli 2018 pukul 09:30

Kesehatan karena yang mempunyai alat dan dana untuk melakukan fogging itu adalah Dinas Kesehatan. Puskesmas hanya melakukan kegiatan Penyelidikan Epidemiologi, melakukan kegiatan PSN, Penyuluhan. Apa bila ditemukan satu atau lebih penderita lainnya dan ditemukan jentik >5% maka dilakukan pengabutanoleh Dinas Kesehatan. Puskesmas hanya memberikan laporan agar di adakan fogging ke Dinas Kesehatan. Tapi fogging belum bisa cepat dilakukan karena daerah yang lain juga banyak terdapat kasus DBD jadi harus menunggu giliran, tapi pasti dilakukan...”

Dari hasil wawancara yang disampaikan oleh Ibu Desi menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan kebijakan pengendalian penyakit DBD terdapat keterlambatan yang dilakukan oleh pihak Dinas Kesehatan sebagai pihak yang melakukan fogging. Keterlambatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan mengindikasikan adanya kelalaian yang dilakukan oleh staf Dinas Kesehatan Kota Padang dalam melakukan upaya fogging.

Dilapangan peneliti juga menemukan fenomena upaya fogging hanya dilakukan satu kali putaran, sedangkan kebijakan mengamanatkan fogging dilakukan dua kali putaran tepatnya pada pasal 20 ayat 4 dalam Peraturan Walikota Padang Nomor 26 Tahun 2017 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dangué. Hal ini peneliti dapatkan dari hasil wawancara peneliti bersama Lurah Parak Gadang Timur dan Bundo Peduli Jentik Kelurahan Parupuak Tabing.

“...kalau fogging Bapak pernah lihat disini, bahkan sering dilakukan. Cuman kalau disatu tempat itu ya hanya sekali dilakukan...”²¹

“...disini kalau fogging sering di lakukan, kan disini banyak kasus DBDnya. Tapi pada satu tempat itu cuman

²¹ Wawancara peneliti dengan Bapak selaku Lurah Parak Gadang Timur pada 09 Agustus 2018 pukul 11:00

sekali kayaknya, minggu depannya ga ada di lakukan di tempat itu lagi...”²²

Berdasarkan wawancara dengan Lurah Parak Gadang Timur dan BPJ di Kelurahan Parupuak Tabing peneliti berasumsi kalau pelaksanaan fogging ada yang cuman dilakukan satu kali putaran. Artinya terdapat ketidak sesuaian apa yang diharuskan oleh kebijakan dengan apa yang dilakukan dilapangan. Pada fenomena ini peneliti berasumsi kurangnya komitmen implementor dalam melakukan upaya fogging, asumsi lainnya adalah kurangnya sarana prasarana yang turut mendukung produktivitas kerja dan keberhasilan dari pelaksanaan kebijakan. Sumberdaya menjadi salah satu bagian penting dalam implementasi sebuah kebijakan. Meskipun tidak menutup kemungkinan adanya bagian lain yang juga penting dalam proses implementasi kebijakan tersebut. Kurangnya sumberdaya untuk melakukan fogging dapat menjadi hambatan dalam pelaksanaan fogging itu sendiri. Kurangnya mesin fog yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan Kota Padang dapat dilihat pada tabel dibawah ini.



Tabel 1.6
Ketersediaan Mesin Fog di Kota Padang

No	Tempat	Seharusnya	Ketersediaan Kota Padang	Kondisi	
				Baik	Rusak
1	Dinas Kesehatan Kota Padang	10 unit	8 Unit	5 unit	3 unit
2	Puskesmas di Kota Padang	4 unit/Puskesmas	-	-	-

Sumber: Olahan Peneliti Tahun 2018

²² Wawancara peneliti dengan Ibu Rita selaku BPJ di di Kelurahan Parupuak Tabing pada 28 Mei 2018 pukul 10:59

Dari tabel diatas dapat dilihat ketersediaan mesin fog yang ada di Dinas Kesehatan Kota Padang dimana idealnya ketersediaan untuk satu Dinas Kesehatan itu ada 10 mesin fog, sementara Dinas Kesehatan Kota Padang hanya memiliki 8 mesin fog dengan kondisi 5 layak digunakan dan 3 mesin tidak layak digunakan. Sedangkan untuk tiap-tiap puskesmas yang ada harusnya memiliki 4 mesin fog, dari 22 puskesmas yang tersebar di Kota Padang belum satupun yang memiliki mesin fog. Sejauh ini peneliti berasumsi bahwa keterlambatan pelaksanaan upaya fogging dan masih adanya upaya fogging yang dilakukan satu kali putaran dikarenakan ketersediaan mesin fog yang belum memenuhi jumlah yang diharuskan. Jika sarana yang dibutuhkan oleh tenaga pelaksana mengalami kekurangan, maka hal tersebut bisa menghambat jalannya pelaksanaan kebijakan yang mengakibatkan pencapaian target tidak sesuai dengan perencanaan. Oleh karena itu, sarana tidak hanya harus tersedia saja, tetapi harus dapat mencukupi sesuai kebutuhan.²³ Kurangnya mesin fogging yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan Kota Padang dibenarkan oleh Pak Agung selaku staf Dinas Kesehatan sebagai Pemegang Program DBD melalui wawancara berikut ini.²⁴



“...Dinas Kesehatan Kota Padang masih kekurangan mesin fog, dan kami sudah mengajukan penambahan untuk mesin fog pada Tahun 2017, tapi masih belum terealisasi. Pada Tahun 2018 kami kembali mengajukan untuk penambahan mesin fog, tapi sampai detik ini masih belum ada penambahan mesin fog. Hal ini disebabkan karena anggaran yang ada belum mencukupi...”

²³Wahdini, A. *Gambaran Pelaksanaan Program P2 DBD di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007*, Skripsi, Universitas Indonesia, Depok, 2008.

²⁴ Wawancara peneliti dengan Pak Agung Selaku Pemegang Program Pengendalian Penyakit menular pada penyakit DBD pada 08 Mei 2018 pukul 09:00

Dari wawancara diatas kekurangan mesin fogg di Dinas Kesehatan Kota Padang disebabkan oleh kurang sumberdaya finansial yang ada, kekurangan sumberdaya finansial menjadi salah satu faktor yang menyebabkan kegagalan dalam mengimplementasikan kebijakan, seperti yang disebutkan Mazmanian dalam Leo Agustino bahwa tersedianya dana sangat diperlukan agar terbuka peluang untuk mencapai tujuan-tujuan formal.²⁵ Kekurangan sumberdaya finansial akan mempengaruhi faktor lain dalam keberhasilan pelaksanaan sebuah kebijakan.

Peraturan Walikota Nomor 26 Tahun 2017 tentang Pengendalian Penyakit DBD pada Bab VII mengamanatkan pembentuk pokjanal DBD. Sebelumnya pada tahun 1994 Menteri Kesehatan mengeluarkan kebijakan berupa Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 92/MENKES/SK/1994 tentang Pembentukan Kelompok Kerja Operasional Pemberantasan Penyakit DBD (POKJANAL DBD). Berdasarkan temuan awal peneliti di lapangan untuk saat ini Kota Padang belum memiliki pokjanal DBD. Temuan awal ini peneliti dapatkan dari wawancara peneliti bersama Pak Agung sebagai Pemegang Program Penanggulangan Penyakit Menular di Dinas Kesehatan Kota Padang.²⁶

“...Kalau untuk pokjanal DBD yang aktif sekarang belum ada karena belum di bentuk oleh pak Walikota, dulu pernah ada pada Tahun 90-an, tapi sekarang sudah tidak aktif lagi...”

²⁵ Leo Agustino, Dasar-Dasar Kebijakan Publik, Alfabeta, Bandung, 2012, hlm. 146.

²⁶ Wawancara peneliti dengan Pak Agung Selaku Pemegang Program Pengendalian Penyakit menular pada penyakit DBD pada 08 Mei 2018 pukul 09:00

Berdasarkan hasil wawancara diatas peneliti berasumsi dengan tidak dibentuknya Pokjanal DBD dalam pelaksanaan kebijakan DBD di Kota Padang akan mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan DBD. Selain itu, keberhasilan pelaksanaan suatu kebijakan juga sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial ekonomi kelompok sasaran. Semakin beragam kondisi sosial dan ekonomi kelompok sasaran akan mempengaruhi efektivitas implementasi kebijakan. Mengingat permasalahan kesehatan merupakan permasalahan yang sangat kompleks, sehingga dalam mengimplementasikan kebijakan ini juga dipengaruhi oleh kondisi sosial dan ekonomi dari kelompok sasaran. Kondisi sosial masyarakat Kota Padang yang belum sepenuhnya menerapkan Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) sebagai modal utama dalam menanggulangi DBD, memiliki pengaruh terhadap keberhasilan implementasi kebijakan Pengendalian Penyakit DBD. Kurangnya kesadaran masyarakat menerapkan Pola Hidup Bersih dan Sehat dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 1.3 Kondisi Lingkungan di Kota Padang



Sumber: Dokumentasi pribadi peneliti Tahun 2018

Dari hasil Observasi yang peneliti lakukan, peneliti menemukan dilingkungan Kecamatan Padang Timur (Gambar 1) masih banyaknya masyarakat yang membuang sampah tidak pada tempatnya seperti kaleng, botol, wadah plastik bekas yang didalamnya terdapat genangan air, sehingga memungkinkan untuk menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes Aegypti*, karena sampah yang banyak jika terkena hujan akan menjadi tempat perindukan alami nyamuk *Aedes Aegypti*. Masih di Padang Timur peneliti menemukan tumpukan ban bekas yang di tumpuk oleh masyarakat (gambar 2). Di Kecamatan Koto Tangah (Gambar 3) peneliti menemukan masyarakat yang menggunakan sumur cincin tanpa ada penutup, selain itu budaya masyarakat yang suka menampung air hujan

tanpa membuang air tersebut dalam waktu yang lama memungkinkan untuk menjadi tempat perindukan nyamuk (Gambar 4). Untuk mencari penyebab kenapa kondisi lingkungan di Kota Padang masih jauh dari penerapan PHBS, peneliti melakukan wawancara dengan salah satu masyarakat di Kecamatan Koto Tangah.²⁷

“...kalau untuk barasiah-barasiah kampuang ko sacaro rutin ndak ado doh diak, ndak ado waktu warga disiko untuak mambarasiahannyo doh. Disiko ko banyak warga pribumi, karajonyo nelayan atau tidak ngojek. Pai subuah baliak maghrib, Kok ka goro lo nyo sahari t ndak makan anak bininyo beko doh.dapek sahari t abis hari tu juo kali...”

Dari hasil wawancara dan observasi lapangan diatas, peneliti berasumsi bahwa kondisi sosial masyarakat Kota Padang yang belum menerapkan PHBS dan kondisi ekonomi masyarakat yang masih keterbelakangan dapat mempengaruhi pelaksanaan sebuah kebijakan dalam mencapai tujuannya. Sebuah kebijakan akan relatif mudah diimplementasikan apabila kelompok sasaran kebijakan tersebut homogen, sebaliknya apabila kelompok sasaran dari kebijakan tersebut heterogen, maka implementasi kebijakan akan relatif sulit untuk dilaksanakan, karena tingkat pemahaman setiap anggota kelompok sasaran itu berbeda-beda. Dari hasil wawancara peneliti dengan beberapa masyarakat di Kota Padang peneliti menemukan bahwa pemahaman masyarakat mengenai kebijakan DBD berbeda-beda.

²⁷ Wawancara peneliti dengan Pak Ben selaku ketua RT 19 Kelurahan Parupuak Tabing Kecamatan Koto Tangah, pada tanggal 18 Juli 2018 pukul 10:00

“...Rumah saya bersih, untuk apa dilakukan pemeriksaan lagi. Kalau masalah nyamuk tiap hari saya pasti digigit nyamuk, tapi sampai sejauh ini tidak terjadi apa-apa...”²⁸

“... Saya ga mau dirumah saya dilakukan pengasapan, nanti bau...”²⁹

“... Dulu Ibuk pernah di kasih bubuk abate katanya dari Dinas Kesehatan buat mencegah penyakit DBD katanya, tapi ga ibuk pakai soalnya takut juga kan itu zat kimia ya, nanti ga sengaja keminum sama kita...”³⁰

Dari wawancara diatas peneliti berasumsi bahwa masyarakat menganggap DBD bukanlah penyakit yang harus ditakuti, masyarakat juga menganggap rumah mereka bersih dan bebas dari jentik nyamuk, dan ketika akan dilakukan fogging masyarakat menolak karena dengan adanya fogging akan menimbulkan aroma yang tidak enak pada rumah mereka. Hal ini tentu menjadi kendala bagi implementor dalam mengimplementasikan Kebijakan Pengendalian Penyakit DBD. Dinas Kesehatan dan Puskesmas sebagai implementor harus mampu mengendalikan perilaku masyarakat agar mengikut kebijakan dan terlibat dalam kegiatan pengendalian penyakit DBD.

Salah satu indikator yang mempengaruhi implementasi yang di sebutkan oleh Mazmanian dan Sabatier adalah ruang lingkup dan perubahan perilaku yang diinginkan dalam buku Leo Agustino di jelaskan semakin besar perubahan yang dikehendaki dalam sebuah kebijakan, maka akan semakin sulit kebijakan tersebut untuk diimplementasikan sehingga tujuan kebijakan tersebut tercapai. Hal ini

²⁸ Wawancara peneliti dengan Ibuk Lasmidar warga Kelurahan Parupuak Tabing, tanggal 17 Juli 2018 pukul 13:50

²⁹ Wawancara peneliti dengan Ibuk Ena warga Kelurahan Jati Baru, tanggal 28 Agustus 2018 pukul 15:00

³⁰ Wawancara peneliti dengan Ibuk Asni warga Kelurahan Parak Gadang Timur, tanggal 28 Agustus 2018 pukul 15:20

senada dengan wawancara peneliti bersama Kepala Seksi Pengendalian Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota Padang.³¹

“...sejauh ini pelaksanaan kebijakan pengendalian penyakit DBD tidak terlalu terkendala, cuman ya dalam kebijakan ini yang dirubah itu perilaku masyarakat dan mengubah perilaku orang lain itu kan susah ya, kendalanya cuman disana saja sih...”

Dari berbagai fenomena yang peneliti temukan selama melakukan observasi awal, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai implementasi kebijakan pengendalian penyakit demam berdarah setelah di implementasikannya Peraturan Walikota Nomor 26 Tahun 2017 tentang Pengendalian Penyakit DBD di Kota Padang. Mengingat implementasi kebijakan merupakan faktor krusial dalam tahapan kebijakan publik, jika suatu kebijakan tidak di implementasikan dengan baik, maka akan sia-sia semua tahapan sebelum kebijakan tersebut diimplementasikan seperti penyusunan agenda, formulasi kebijakan, dan adopsi kebijakan. Adapun teori yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah teori implementasi kebijakan publik yang dikemukakan oleh Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier



³¹ Wawancara peneliti dengan Ibu Eva Westari selaku kasi pencegahan dan pengendalian penyakit menular DKKPadang, tanggal 29 Maret 2018 pukul 10:00

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dague (DBD) di Kota Padang?

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah diatas, maka penelitian ini bertujuan untuk: mendeskripsikan serta menganalisis bagaimana implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dague (DBD) di Kota Padang.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini mempunyai kontribusi dalam mengembangkan khasanah ilmu pengetahuan Administrasi Publik, karena dalam penelitian ini terdapat kajian-kajian tentang Administrasi Publik terutama pada konsentrasi kebijakan Publik, yaitu tentang proses implementasi sebuah kebijakan Pemerintah Daerah pada daerah otonom.

Selain itu penelitian ini juga berfungsi sebagai bahan referensi atau sebuah acuan yang relevan bagi penelitian selanjutnya untuk meneliti permasalahan yang sama dengan yang peneliti lakukan. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai sumbangsih pemikiran dalam rangka penyempurnaan konsep maupun implementasi untuk meningkatkan pengetahuan-pengetahuan bagaimana proses sebuah kebijakan publik terutama pada tahap implementasi kebijakan



1.4.2. Manfaat Praktis.

Secara praktis, penelitian ini dapat dijadikan acuan dan masukan bagi pemerintah Kota Padang terutama pada Dinas Kesehatan Kota Padang dan Puskesmas berupa informasi serta input positif yang bisa mendorong pemerintah dalam menghasilkan kinerja yang optimal kedepannya untuk mengimplementasikan Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dangué di Kota Padang.

