



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
 - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
 - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

**ANALISIS PELAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN
DEMAM BERDARAH DENGUE
DI KOTA BUKITTINGGI
TAHUN 2012**

TESIS



**SEVILLA UKHTIL HUVAID
1121219011**

**PROGRAM PASCASARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG
2013**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA, UNIVERSITAS ANDALAS**

Tesis, Juli 2013

SEVILLA UKHTIL HUVAID, No. BP 1121219011

xi + 115 halaman, 2 gambar, 4 bagan, 7 tabel, 5 diagram, 9 lampiran

ABSTRAK

Penyakit DBD telah menyebar di Indonesia, termasuk di Kota Bukittinggi. Sejak tahun 2005, Kota Bukittinggi sudah 8 tahun ditetapkan sebagai daerah yang endemis DBD, bahkan tahun 2012 ditetapkan sebagai daerah KLB DBD. Tujuan penelitian adalah diketahuinya perilaku masyarakat dalam pengendalian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh dan didapatkannya gambaran mengenai pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi tahun 2012.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang didukung dengan penelitian kuantitatif. Pengumpulan data kuantitatif dilakukan dengan menggunakan kuesioner terhadap 49 responden untuk melihat gambaran perilaku (tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan) masyarakat dalam pengendalian DBD. Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan mewawancarai 7 orang informan dan 1 kelompok FGD untuk mengetahui informasi mengenai pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi tahun 2012, mulai dari komponen *input*, komponen proses, sampai pada komponen *output*.

Hasil analisis kuantitatif menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap masyarakat dalam melakukan upaya pengendalian DBD termasuk dalam kategori baik, namun tindakan dan angka bebas jentik (ABJ) di Kota Bukittinggi masih rendah. Sedangkan hasil analisis kualitatif menunjukkan bahwa kebijakan tentang pengendalian DBD memang sudah diberlakukan di Kota Bukittinggi. Dana untuk pelaksanaan program pada dasarnya sudah mencukupi, namun masih ada sedikit masalah yang ditemui. Sumber daya manusia untuk pengelola program, jumlahnya masih belum memadai. Namun untuk sarana sejauh ini sudah mencukupi. Kegiatan pengendalian vektor di Kota Bukittinggi masih memiliki hambatan di dalam pelaksanaannya. Peningkatan peran serta masyarakat dalam program pengendalian DBD masih sulit dilaksanakan. Kemitraan dalam program pengendalian DBD ini sudah terjalin, namun kinerjanya masih kurang optimal dan koordinasinya masih kurang. Monitoring dan evaluasi selalu rutin diadakan, namun petugas kesehatan masih sering tidak disiplin di dalam mengumpulkan laporan.

Sampai saat ini pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi belum bisa dikatakan berhasil karena belum bisa mencapai indikator nasional yang telah ditetapkan. Oleh sebab itu, petugas kesehatan harus meningkatkan pemanfaatan semua sumber daya yang ada secara optimal dan melaksanakan program pengendalian DBD secara efektif dan efisien sesuai dengan pedoman yang telah ada.

Kepustakaan : 37 (2000 – 2012)

Kata Kunci : Perilaku, Program Pengendalian DBD, Kota Bukittinggi

**PUBLIC HEALTH STUDY PROGRAM
POST GRADUATE PROGRAM, ANDALAS UNIVERSITY**

Thesis, July 2013

SEVILLA UKHTIL HUVAID, Reg. No. 1121219011

xi + 115 pages, 2 images, 4 charts, 7 tables, 5 diagrams, 9 enclosures

ABSTRACT

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) has spread in Indonesia, including in the city of Bukittinggi. Since 2005, Bukittinggi was 8 years defined as dengue endemic areas, even in 2012 established a dengue outbreak area. The purpose of this study is to know behavior of the people in the control of dengue in Puskesmas Tigo Baleh and gotten an overview of the implementation of the dengue control program in the city of Bukittinggi in 2012.

This study uses qualitative methods are supported by quantitative research. Quantitative data collection was conducted using questionnaires to 49 respondents to see the picture of the behavior (level of knowledge, attitudes, and actions) in the control of dengue. Qualitative data collection was conducted by interviewing 7 people and 1 group FGD informants to find out information about the implementation of the dengue control program in the city of Bukittinggi in 2012, ranging from component input, process components, to the component output.

Results of quantitative analysis showed that the knowledge and attitude of the community in its efforts to control dengue included in both categories, but the action and flick-free numbers in Bukittinggi still low. While the results of the qualitative analysis showed that the dengue control policy is already in place in Bukittinggi. Funding for the implementation of the program essentially is sufficient, but there is still found a little problem. Human resources manager for the program, the amount is still not sufficient. But for the means so far is sufficient. Vector control activities in the city of Bukittinggi still have obstacles in its implementation. Increased community participation in dengue control programs is still difficult to implement. Partnership in dengue control program is already established, but still less than optimal performance and coordination is still lacking. Monitoring and evaluation is always held regularly, but health officials are still often not disciplined in collecting reports.

Until recently the implementation of dengue control program in Bukittinggi City can not be considered successful because it has not been able to reach the national indicator set. Therefore, health professionals should increase the utilization of all available resources optimally and implement dengue control programs effectively and efficiently in accordance with existing guidelines.

Bibliography : 37 (2000 – 2012)

Keywords : Behavior, DHF Control Programme, Bukittinggi

ANALISIS PELAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2012

Oleh : Sevilla Ukhtil Huvaid

(Di bawah bimbingan Bapak Dr. dr. Hafni Bachtiar, MPH dan Bapak Nizwardi Azkha, SKM, MPPM, MPd, MSi)

RINGKASAN

Penyakit menular masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Salah satu penyakit menular yang jumlah kasusnya dilaporkan cenderung meningkat dan semakin luas penyebarannya adalah penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD). DBD dapat menimbulkan dampak sosial maupun ekonomi dan mempunyai potensi wabah tinggi (Depkes RI, 2007).

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah utama penyakit menular di berbagai belahan dunia. Saat ini kasus DBD juga terjadi di Kota Bukittinggi. Kota Bukittinggi sendiri sudah delapan tahun ditetapkan sebagai daerah endemis DBD sejak tahun 2005. Pada tahun 2011 di Kota Bukittinggi ditemukan 68 kasus DBD, meningkat menjadi 107 kasus pada tahun 2012 dan pada tahun ini Kota Bukittinggi juga ditetapkan sebagai daerah KLB dengan ditemukannya korban jiwa akibat DBD. Sampai saat ini Kota Bukittinggi juga belum bisa mencapai target ABJ yang telah ditetapkan, tahun 2011 ABJ di Kota Bukittinggi hanya mencapai 86,2%, dan menurun pada tahun 2012 menjadi 85,3%

Tujuan penelitian secara umum adalah diketahuinya perilaku masyarakat dalam pengendalian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh dan didapatkannya gambaran mengenai pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi tahun 2012.

Penelitian ini merupakan penelitian gabungan dimana penelitian kualitatif akan didukung dengan penelitian kuantitatif. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross sectional* untuk mengetahui bagaimana perilaku (tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan) masyarakat dalam mengendalikan DBD di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh (wilayah dengan kasus DBD tertinggi di Kota Bukittinggi). Kemudian dilakukan penilaian dengan menggunakan metode kualitatif untuk menggali informasi mengenai pelaksanaan program pengendalian DBD oleh pemerintah daerah di Kota Bukittinggi, dimana yang diteliti adalah komponen *input* (kebijakan, dana, SDM, sarana), komponen proses (pengendalian vektor, peningkatan peran serta masyarakat, kemitraan, monitoring dan evaluasi), serta komponen *output* yaitu tercapainya target ABJ di Kota Bukittinggi.

Pengumpulan data kuantitatif dilakukan dengan menggunakan kuesioner terhadap 49 responden. Analisis yang dilakukan hanya analisis univariat untuk melihat gambaran perilaku masyarakat. Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan mewawancarai 7 orang informan dan 1 kelompok FGD yang terdiri dari 6 responden. Data dianalisis dengan metode triangulasi dan dibuat kesimpulan secara naratif.

Hasil analisis kuantitatif menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap masyarakat dalam melakukan upaya pengendalian DBD termasuk dalam kategori baik, namun tindakan masyarakat dan angka bebas jentik di Kota Bukittinggi masih tergolong rendah. Sedangkan hasil analisis kualitatif menunjukkan bahwa kebijakan tentang pengendalian DBD sudah diberlakukan di Kota Bukittinggi dan mendapat dukungan dari pemerintah kota setempat. Dana untuk pelaksanaan program

pengendalian DBD di Kota Bukittinggi pada dasarnya sudah mencukupi, namun masih ditemukan masalah penipuan di masyarakat yang dilakukan oleh oknum-oknum yang mengatasnamakan DKK dan puskesmas didalam menjual bubuk abate dan melaksanakan kegiatan *fogging*. Sumber daya manusia untuk pengelola program DBD di DKK Bukittinggi dan di puskesmas jumlahnya masih belum memadai, sedangkan untuk petugas *fogging* masih perlu dilakukan kontrak lepas dengan pihak luar. Sarana yang digunakan untuk pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi sudah cukup memadai.

Kegiatan pengendalian vektor di Kota Bukittinggi masih memiliki hambatan di dalam pelaksanaannya. Peningkatan peran serta masyarakat dalam program pengendalian DBD masih sulit dilaksanakan. Kemitraan dalam program pengendalian DBD ini sudah terjalin, baik di lintas program maupun lintas sektoral, namun kinerjanya masih kurang optimal dan koordinasinya masih kurang. Monitoring dan evaluasi selalu rutin diadakan, namun petugas kesehatan masih sering tidak disiplin di dalam mengumpulkan laporan. Sampai saat ini pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi belum bisa dikatakan berhasil karena belum bisa mencapai indikator nasional yang telah ditetapkan.

Oleh sebab itu, petugas kesehatan harus meningkatkan pemanfaatan semua sumber daya yang ada secara optimal dan melaksanakan program pengendalian DBD secara efektif dan efisien sesuai dengan pedoman yang telah ada. Petugas kesehatan juga harus meningkatkan sosialisasi serta pengawasan ke masyarakat mengenai pelaksanaan program pengendalian DBD. Selain itu perlu juga dilakukan upaya pengaktifan kembali pokjanel DBD dengan mengadakan pertemuan rutin tiap bulan

baik lintas program maupun lintas sektor di dalam membahas program pengendalian DBD. Serta perlu dilibatkan peran serta dari kader dasawisma untuk mengambil alih tugas kader posyandu di dalam melaksanakan PJB di Kota Bukittinggi.



RIWAYAT HIDUP

Nama : Sevilla Ukhtil Huvaid
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang/ 28 April 1989
Jenis Kelamin : Perempuan
Nama Orang Tua : Drs.H.M.Nasrul.K,SH,MH / Hj.Wirda Wahab,SE,MH
Anak ke : 2 dari 5 bersaudara
Agama : Islam
Alamat Rumah : Komplek Tarok Blok K.16 Kampung Jua Lubuk
Begalung Kota Padang

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. TK Trisula Kota Bengkalis Kabupaten Bengkalis Provinsi Riau, lulus tahun 1995
2. SDN 078 Kota Bengkalis Kabupaten Bengkalis Provinsi Riau, lulus tahun 2001
3. SMPN 1 Kota Bengkalis Kabupaten Bengkalis Provinsi Riau, lulus tahun 2004
4. SMAN 1 Kota Bengkalis Kabupaten Bengkalis Provinsi Riau, lulus tahun 2007
5. PSIKM FK Universitas Andalas Kota Padang Provinsi Sumatera Barat, lulus tahun 2011
6. Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Kota Padang Provinsi Sumatera Barat, masuk tahun 2011

RIWAYAT PEKERJAAN

1. Karyawan Bank Syariah Mandiri Kota Solok Provinsi Sumatera Barat, tahun 2011
2. Fasilitator Kesehatan Program PAMSIMAS Kabupaten PadangPariaman Provinsi Sumatera Barat, tahun 2012

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

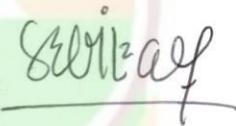
Dengan ini saya menyatakan bahwa isi tesis yang ditulis dengan judul :

**Analisis Program Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Kota Bukittinggi
Tahun 2012**

adalah hasil kerja atau karya saya sendiri dan bukan merupakan jiplakan dari hasil kerja atau karya orang lain, kecuali kutipan pustaka yang sumbernya dicantumkan. jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar, maka status kelulusan dan gelar yang saya peroleh menjadi batal dengan sendirinya.

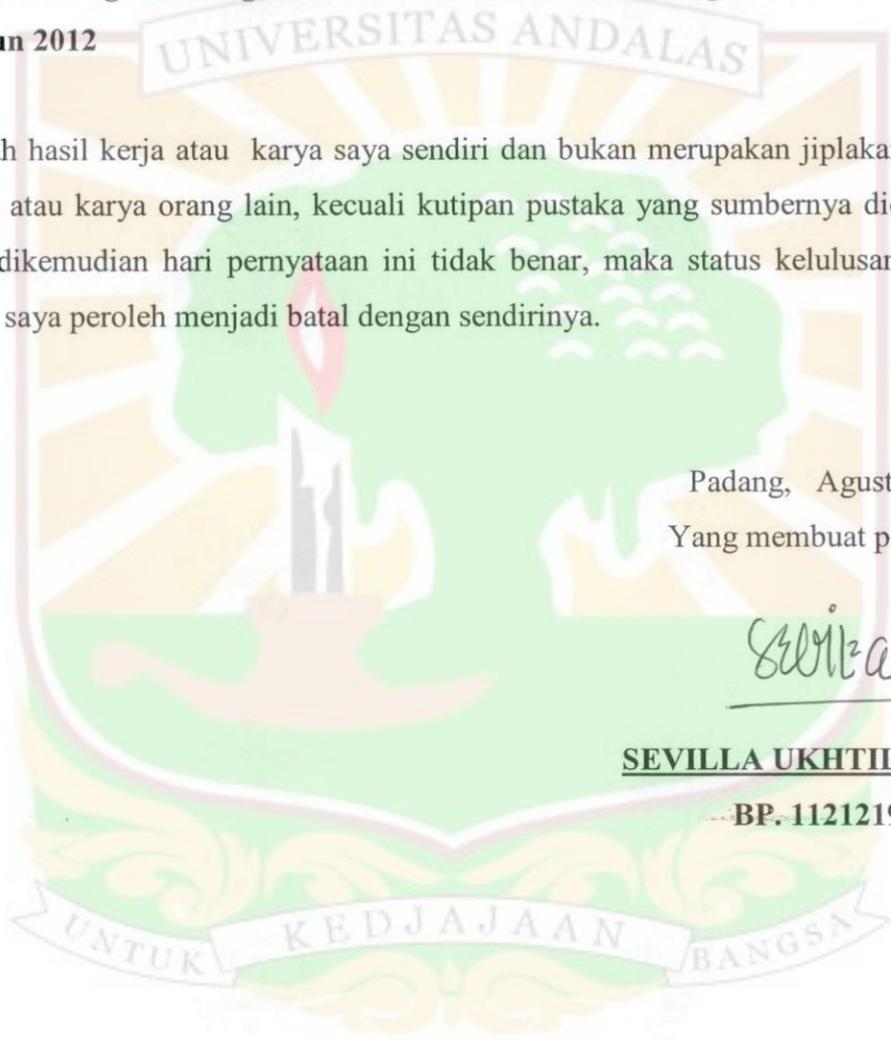
Padang, Agustus 2013

Yang membuat pernyataan



SEVILLA UKHTIL HUVAID

BP. 1121219011



KATA PENGANTAR



Puji syukur kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “**Analisis Pelaksanaan Program Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Kota Bukittinggi Tahun 2012**” untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang. Terima kasih peneliti ucapkan kepada yang terhormat :

1. Ibu Prof. Dr. dr. Rizanda Machmud, M.Kes, selaku Ketua Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas yang telah memberikan arahan dan masukan demi kesempurnaan tesis ini.
2. Bapak Dr. dr. Hafni Bachtiar, MPH selaku pembimbing 1 dan Bapak Nizwardi Azkha, SKM, MPPM, MPd, MSi selaku pembimbing 2 yang telah banyak memberikan arahan dan masukan selama penulisan tesis ini.
3. Ibu Prof. Nuzulia Irawati selaku penguji 1, Ibu dr. Fauziah Elita, M.Kes selaku penguji 2, dan Bapak Magzaiben Zainir, SKM, M.Kes selaku penguji 3 yang telah banyak memberikan kritikan dan saran dalam penulisan tesis ini.
4. Semua informan dan responden yang telah bersedia diwawancarai dan memberikan informasi kepada peneliti.
5. Keluarga tercinta yang senantiasa memberikan dukungan dan do'a.
6. Teman-teman pascasarjana angkatan 2011
7. Semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung telah membantu peneliti sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu peneliti mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan tesis ini kedepannya.

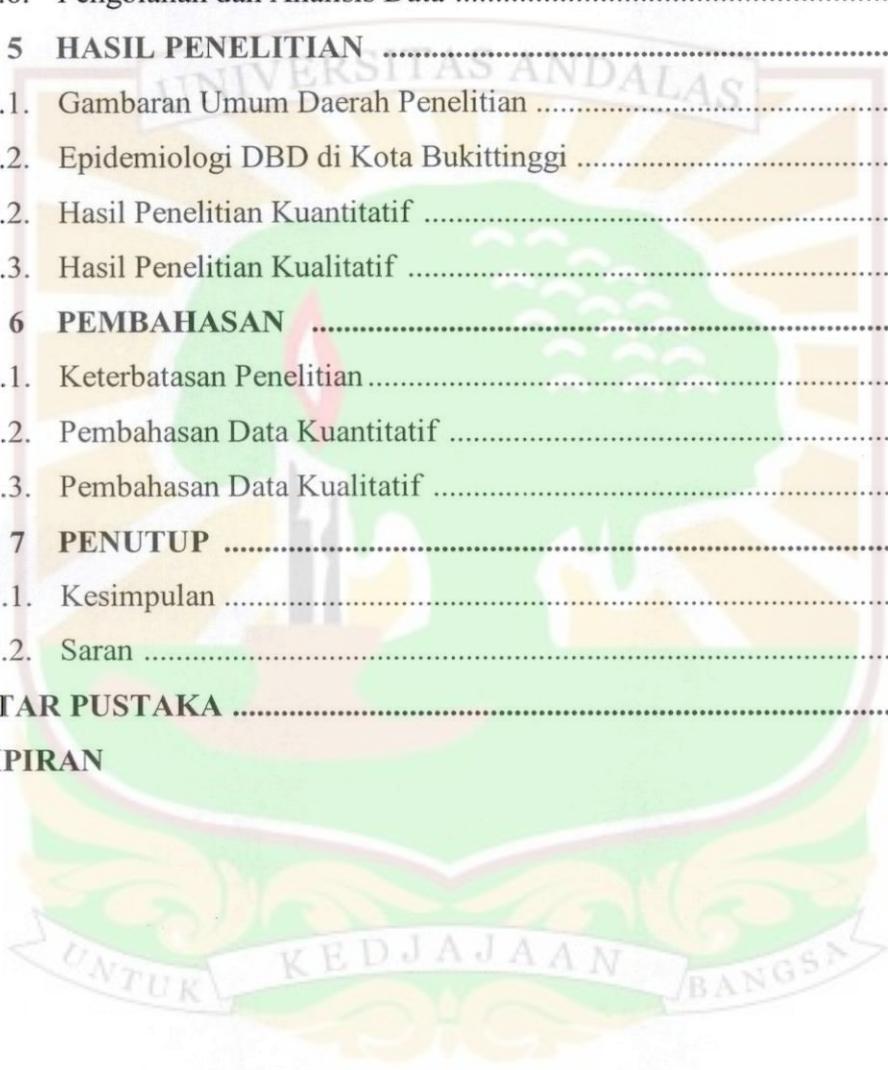
Padang, Agustus 2013

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
ABSTRAK	
ABSTACT	
RINGKASAN	
HALAMAN PERSETUJUAN	
RIWAYAT HIDUP	
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR BAGAN	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR DIAGRAM	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.4. Manfaat Penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Penyakit Demam Berdarah Dengue	8
2.2. Kebijakan Program Pengendalian Penyakit DBD.....	14
2.3. Perilaku	29
2.4. Sistem	33
2.5. Kerangka Teori	37
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI	39
3.1. Kerangka Konsep	39
3.2. Definisi Operasional (Kuantitatif).....	40
3.3. Definisi Istilah (Kualitatif)	42

BAB 4 METODE PENELITIAN	44
4.1. Desain Penelitian	44
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	44
4.3. Populasi dan Sampel	45
4.4. Instrumen Penelitian	48
4.5. Pengumpulan Data	48
4.6. Pengolahan dan Analisis Data	49
BAB 5 HASIL PENELITIAN	53
5.1. Gambaran Umum Daerah Penelitian	53
5.2. Epidemiologi DBD di Kota Bukittinggi	57
5.2. Hasil Penelitian Kuantitatif	64
5.3. Hasil Penelitian Kualitatif	70
BAB 6 PEMBAHASAN	113
6.1. Keterbatasan Penelitian	113
6.2. Pembahasan Data Kuantitatif	113
6.3. Pembahasan Data Kualitatif	122
BAB 7 PENUTUP	147
7.1. Kesimpulan	147
7.2. Saran	150
DAFTAR PUSTAKA	x
LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

- Gambar 2.1. Mekanisme Penularan Demam Berdarah Dengue
- Gambar 2.2. Siklus Perkembangbiakan Nyamuk *Aedes aegypti*
- Gambar 5.1. Peta Pembagian Wilayah Kota Bukittinggi Berdasarkan Kejadian DBD Tahun 2009 – 2012
- Gambar 5.2. Peta Tempat-tempat Umum yang ada di Wilayah Kota Bukittinggi



DAFTAR BAGAN

- Bagan 2.1. Teori H.L.Blum (1974) : Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan
- Bagan 2.2. Kerangka Teori Domain Perilaku
- Bagan 2.3. Aspek – Aspek Program Pengendalian DBD yang dapat dievaluasi
- Bagan 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



DAFTAR TABEL

- Tabel 4.1. Definisi Operasional
- Tabel 5.1. Pembagian Wilayah di Kecamatan Aur Birugo Tigo Baleh Thn. 2012
- Tabel 5.2. Daftar Ketenagaan di Puskesmas Tigo Baleh Tahun 2012
- Tabel 5.3. Data Peran Serta Masyarakat di Puskesmas Tigo Baleh Tahun 2012
- Tabel 5.4. Penyebaran Kasus DBD per Kecamatan Tahun 2009 – 2012
- Tabel 5.5. Karakteristik Responden dalam Penelitian Kuantitatif
- Tabel 5.6. Analisa Kuesioner Tingkat Pengetahuan
- Tabel 5.7. Analisa Kuesioner Sikap
- Tabel 5.8. Analisa Kuesioner Tindakan
- Tabel 5.9. Karakteristik Informan Wawancara Mendalam
- Tabel 5.10. Karakteristik Responden *Focus Group Discussion*
- Tabel 5.11. Kebijakan Program Pengendalian DBD
- Tabel 5.12. Matriks Triangulasi Kebijakan Program Pengendalian DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam
- Tabel 5.13. Dana dalam Program Pengendalian DBD
- Tabel 5.14. Matriks Triangulasi Dana dalam Program Pengendalian DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam
- Tabel 5.15. Penyemprotan/ *Fogging* Sarang Nyamuk di Kota Bukittinggi Tahun 2012
- Tabel 5.16. Alokasi Biaya Pendukung yang dibutuhkan untuk Kelancaran Program DBD Tahun 2012
- Tabel 5.17. Sumber Daya Manusia Pelaksana Program Pengendalian DBD
- Tabel 5.18. Matriks Triangulasi SDM Pelaksana Program Pengendalian DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam
- Tabel 5.19. Sarana dalam Program Pengendalian DBD
- Tabel 5.20. Matriks Triangulasi Sarana dalam Program Pengendalian DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam
- Tabel 5.21. Pengendalian Vektor Program Pengendalian DBD
- Tabel 5.22. Matriks Triangulasi Pengendalian Vektor berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Tabel 5.23. Peningkatan Peran Serta Masyarakat Program Pengendalian DBD

Tabel 5.24. Matriks Triangulasi Peningkatan Peran Serta Masyarakat berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Tabel 5.25. Kemitraan/ Jejaring Kerja dalam Program Pengendalian DBD

Tabel 5.26. Matriks Triangulasi Kemitraan/ Jejaring Kerja dalam Program Pengendalian DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Tabel 5.27. Monitoring dan Evaluasi dalam Program Pengendalian DBD

Tabel 5.28. Matriks Triangulasi Monitoring dan Evaluasi dalam berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Tabel 5.29. ABJ dalam Program Pengendalian DBD

Tabel 5.30. Matriks Triangulasi ABJ dalam berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Tabel 6.1. Hambatan dan Saran untuk Komponen Input

Tabel 6.2. Hambatan dan Saran untuk Komponen Proses

Tabel 6.3. Hambatan dan Saran untuk Komponen Output



DAFTAR DIAGRAM

- Diagram 5.1. Distribusi Kasus DBD per Wilayah Kerja Puskesmas di Kota Bukittinggi Tahun 2008 -2012
- Diagram 5.2. Distribusi Kasus DBD per Bulan di Kota Bukittinggi Tahun 2008 – 2012
- Diagram 5.3. Trend Penyakit DBD di Kota Bukittinggi Tahun 2008 – 2012
- Diagram 5.4. Distribusi Kasus DBD menurut Golongan Umur di Kota Bukittinggi Tahun 2012
- Diagram 5.5. Penemuan Jentik Nyamuk Saat Survei di Rumah Responden
- Diagram 5.6. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden
- Diagram 5.7. Distribusi Frekuensi Sikap Responden
- Diagram 5.8. Distribusi Frekuensi Tingkat Tindakan Responden



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kuesioner
- Lampiran 2. Kisi-Kisi Kuesioner
- Lampiran 3. Master Tabel Penelitian Kuantitatif
- Lampiran 4. Analisa Kuesioner
- Lampiran 5. Output Hasil Penelitian Kuantitatif
- Lampiran 6. Petunjuk dan Pedoman Wawancara Mendalam
- Lampiran 7. Petunjuk dan Pedoman *Focus Group Discussion (FGD)*
- Lampiran 8. Transkrip Hasil Wawancara Mendalam dan FGD
- Lampiran 9. Modul Pengendalian Vektor DBD
- Lampiran 10. Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 11. Surat telah selesai melaksanakan penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit menular masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Salah satu penyakit menular yang jumlah kasusnya dilaporkan cenderung meningkat dan semakin luas penyebarannya adalah penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD). DBD dapat menimbulkan dampak sosial maupun ekonomi dan mempunyai potensi wabah tinggi (Depkes RI, 2007). Demam Berdarah Dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dari famili *Flaviridae* yang ditularkan oleh serangga. Serangga yang diketahui menjadi vektor utama adalah nyamuk *Aedes aegypti* dan nyamuk kebun *Aedes albopictus*. Kedua spesies ini biasanya ditemukan di seluruh wilayah Indonesia, kecuali pada ketinggian 1000 meter di atas permukaan laut (Supartha, 2008).

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah utama penyakit menular di berbagai belahan dunia. Selama 1 dekade angka kejadian atau *incidence rate* (IR) DBD meningkat dengan pesat di seluruh belahan dunia. Diperkirakan 50 juta orang terinfeksi DBD setiap tahunnya dan 2,5 miliar (1/5 penduduk dunia) orang tinggal di daerah endemik DBD (Marini, 2009).

Penyakit DBD merupakan salah satu penyakit menular yang berbahaya dapat menimbulkan kematian dalam waktu singkat dan sering menimbulkan wabah. Penyakit ini pertama kali ditemukan di Filipina pada tahun 1953 dan selanjutnya menyebar ke berbagai negara. Di Asia Tenggara tahun 2003 diperkirakan bahwa

sekurang-kurangnya 100.000.000 kasus DBD per tahun dan 500.000 kasus yang memerlukan rawat inap di Rumah Sakit, dimana 90% penderita adalah anak-anak dibawah usia 15 tahun. Angka kematian rata-rata sekitar 5%, terjadi tiap tahunnya. Pada tahun 2007, angka *Case Fatality Rate* (CFR) untuk kasus DBD di Indonesia menempati urutan ke empat di ASEAN dengan CFR 1.01 setelah Bhutan, India, dan Myanmar berurutan dari tertinggi. Sampai bulan September 2008, didapatkan CFR untuk kasus DBD menurun menjadi 0.73, namun naik menjadi peringkat ke dua di ASEAN setelah Bhutan.

Penyakit DBD pertama kali dilaporkan di Indonesia pada tahun 1968 di Surabaya dengan jumlah penderita 58 orang dengan kematian 24 orang (41,3%). Selanjutnya sejak saat itu penyakit DBD cenderung menyebar ke seluruh tanah air Indonesia. Menurut data WHO tahun 2006, pada tahun 2005 Indonesia merupakan kontributor utama kasus DBD di Asia Tenggara (53%) dengan jumlah kasus 95.270 kasus dan 1.298 kematian dengan angka kematian = 1,36%. Jumlah kasus tersebut meningkat menjadi 17% dan kematian 36% dibanding tahun 2004 (WHO, 2003, 2004). Pada tahun 2005 sampai 2009 angka kesakitan DBD per 100.000 penduduk cenderung meningkat, tahun 2009 IR DBD mencapai 68,22 per 100.000 penduduk (Depkes RI, 2010).

Berdasarkan data kasus DBD per bulan di Indonesia, diketahui bahwa terjadi peningkatan jumlah kasus DBD di Sumatera Barat dari tahun ke tahun. Tahun 2008 dilaporkan 1.907 kasus dengan 11 kematian, sedangkan tahun 2009 dilaporkan 2.802 kasus dengan 18 kematian (Kusriastuti, 2011).

Saat ini kasus DBD juga terjadi di Kota Bukittinggi. Kota Bukittinggi sendiri sudah delapan tahun ditetapkan sebagai daerah endemis DBD sejak tahun 2005. Sebelum itu di Kota Bukittinggi tidak pernah ditemukan kasus DBD karena Kota Bukittinggi berada pada ketinggian 909 – 941 meter di atas permukaan laut sehingga kota ini memiliki udara yang tergolong dingin.

Kasus DBD mulai muncul pada tahun 2005 di Kota Bukittinggi salah satunya disebabkan karena terjadinya perubahan iklim dan pemanasan global. Pada tahun 2009 di Kota Bukittinggi ditemukan 177 kasus DBD, turun menjadi 83 kasus pada tahun 2010, dan 68 kasus pada tahun 2011. Sedangkan pada tahun 2012, meningkat kembali menjadi 107 kasus. Pada tahun 2012 ini, Kota Bukittinggi juga ditetapkan sebagai daerah KLB dengan ditemukannya korban jiwa akibat DBD (DKK Bukittinggi, 2010, 2011, 2012). Kepala Dinas Kesehatan Bukittinggi juga mengkhawatirkan terjadinya peningkatan kasus pada tahun 2013, mengingat sampai bulan Maret 2013 saja sudah ditemukan 25 kasus DBD.

Dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) telah ditetapkan bahwa salah satu indikator kinerja/target pengendalian DBD yaitu tercapainya angka bebas jentik (ABJ) sebesar $\geq 95\%$ di setiap kabupaten/kota. Namun, sampai saat ini Kota Bukittinggi belum bisa mencapai target ABJ yang telah ditetapkan, tahun 2010 ABJ di Kota Bukittinggi hanya mencapai 87,37%, menurun pada tahun 2011 menjadi 86,2%, dan pada tahun 2012 ABJ Kota Bukittinggi kembali mengalami penurunan menjadi 85,3% (DKK Bukittinggi, 2010, 2011, 2012).

Target ABJ yang telah ditetapkan dapat dicapai apabila masyarakat mau terlibat aktif dalam upaya pengendalian penyakit DBD, karena sangat mustahil dapat memutus rantai penularan jika masyarakat tidak terlibat sama sekali. Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada Kepala Seksi Penanggulangan dan Pencegahan Penyakit (P2P) Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi pada saat survey pendahuluan bahwa upaya pengendalian DBD seperti kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) masih sulit dilakukan oleh masyarakat Bukittinggi, hal ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain yaitu karena masih kurangnya koordinasi antara kader kesehatan dengan masyarakat. Kader kesehatan biasanya melakukan kunjungan ke rumah masyarakat untuk melakukan penyuluhan pada pagi hari, sementara mayoritas masyarakat Bukittinggi bekerja sebagai pedagang sehingga sulit untuk ditemui.

Rantai penularan penyakit DBD mempunyai hubungan yang erat dengan perilaku bersih dan sehat yang belum terwujud di masyarakat. Perilaku bersih dan sehat yang diterapkan oleh masyarakat sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Perilaku mencakup pengetahuan, sikap, dan tindakan dari individu itu sendiri (Notoatmodjo, 2003). Dari hasil penelitian sebelumnya di Kendari didapati hubungan antara kejadian DBD dengan pengetahuan dimana presentase pengetahuan yang kurang dari responden yang positif DBD 71,8%, sedangkan dari responden yang negatif DBD ada 28,2% yang berpengetahuan kurang (Duma, 2007). Penelitian di Mataram menyimpulkan bahwa semakin masyarakat bersikap tidak serius dan tidak berhati-hati terhadap penularan penyakit DBD, maka akan bertambah resiko terjadinya penularan penyakit DBD (Fathi, 2005).

Program pengendalian DBD tidak dapat dilaksanakan oleh masyarakat saja, peran serta dari semua pihak terkait pengendalian penyakit DBD sangat menentukan bagaimana keberhasilan program. KEPMENKES No 581/MENKES/ SK/VII/1992 tentang Kebijakan Nasional Pengendalian DBD menyebutkan bahwa ada 10 kegiatan pokok pengendalian DBD yang harus dilakukan oleh pemerintah yaitu : surveilans epidemiologi, penemuan dan tatalaksana kasus, pengendalian vektor, peningkatan peran serta masyarakat, sistem kewaspadaan dini (SKD) dan penanggulangan KLB, penyuluhan, kemitraan/ jejaring kerja, *capacity building*, penelitian dan survei, serta kegiatan monitoring dan evaluasi (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan di Kota Bukittinggi diketahui bahwa sampai saat ini masih ada beberapa kegiatan pokok program pengendalian DBD yang belum bisa berjalan dengan baik dan optimal seperti pengendalian vektor, peningkatan peran serta masyarakat, kemitraan/ jejaring kerja, serta kegiatan monitoring dan evaluasi. Hal ini tentu saja disebabkan oleh adanya berbagai faktor yang menjadi penghambat kelancaran program, sehingga perlu ditinjau bagaimana pelaksanaan program pengendalian DBD di lapangan. Selain itu Kepala Seksi P2P Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi juga menuturkan bahwa meskipun pemerintah Kota Bukittinggi telah mengeluarkan berbagai edaran baik yang berbentuk instruksi, himbauan, maupun promosi kesehatan yang berkaitan dengan DBD, namun sampai saat ini kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) belum terlaksana sesuai dengan harapan. Dari beberapa keadaan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian berupa Analisis Pelaksanaan Program Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Kota Bukittinggi Tahun 2012 dengan

menggunakan pendekatan sistem yang meliputi aspek masukan (*input*), proses, dan keluaran (*output*). Dalam penelitian ini juga akan dilihat bagaimana gambaran perilaku masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh (puskesmas dengan kasus DBD tertinggi) dalam melakukan pengendalian DBD.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, rumusan masalahnya yaitu :
Bagaimana analisis pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi tahun 2012 ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Diketuinya perilaku masyarakat dalam pengendalian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh dan didapatkannya gambaran mengenai pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi tahun 2012.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1. Tujuan Khusus Kuantitatif

- a. Diketuinya gambaran tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pengendalian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi.
- b. Diketuinya gambaran sikap masyarakat mengenai pengendalian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi.
- c. Diketuinya gambaran tindakan masyarakat mengenai pengendalian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi.

- d. Diketuainya gambaran ABJ di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi.

1.3.2.2. Tujuan Khusus Kualitatif

- a. Diketuainya informasi tentang *input* (kebijakan, dana, SDM, dan sarana) dari pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi tahun 2012.
- b. Diketuainya informasi tentang proses pelaksanaan (pengendalian vektor, peningkatan peran serta masyarakat, kemitraan/ jejaring kerja, serta kegiatan monitoring dan evaluasi) program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi tahun 2012.
- c. Diketuainya informasi tentang *output* (ABJ \geq 95%) program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi tahun 2012.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Peneliti

Menambah wawasan dan meningkatkan pengetahuan peneliti dalam mengimplementasikan ilmu dan pengetahuan yang diperoleh dalam perkuliahan.

1.4.2. Pemerintah Kota Bukittinggi

Memberikan masukan untuk Pemerintah Kota Bukittinggi dalam melaksanakan program pengendalian DBD.

1.4.3. Program S2 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Unand

Referensi bagi Mahasiswa Program S2 Kesehatan Masyarakat untuk penulisan dan penelitian yang berkaitan dengan program pengendalian DBD.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

2.1.1. Pengertian DBD

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) yang dalam bahasa medisnya lebih dikenal dengan istilah *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*, yang menyebabkan gangguan pada pembuluh darah kapiler dan pada sistem pembekuan darah, sehingga mengakibatkan terjadinya perdarahan.

2.1.2. Penyebab DBD

Penyakit Demam Berdarah Dengue disebabkan oleh salah satu dari empat serotipe virus dari genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*. Setiap serotype memiliki perbedaan sehingga tidak ada proteksi-silang. Demam berdarah tersebar atau ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* yang sebelumnya sudah menggigit orang yang terinfeksi dengue. Selama nyamuk *Aedes aegypti* tidak terkontaminasi virus dengue maka gigitan nyamuk tersebut tidak berbahaya (Sodikin, 2010).

2.1.3. Tanda dan Gejala DBD

Penyakit ini ditunjukkan dengan munculnya demam tinggi terus menerus, disertai adanya tanda perdarahan, contohnya ruam. Ruam demam berdarah mempunyai ciri-ciri merah terang. Selain itu tanda dan gejala lainnya adalah sakit perut, rasa mual, trombositopenia, hemokonsentrasi, sakit kepala berat, sakit pada sendi (artralgia), sakit pada otot (mialgia). Sejumlah kecil kasus bisa menyebabkan

sindrom *shock dengue* yang mempunyai tingkat kematian tinggi. Kondisi waspada ini perlu disikapi dengan pengetahuan yang luas oleh penderita maupun keluarga yang harus segera konsultasi ke dokter apabila pasien/penderita mengalami demam tinggi 3 hari berturut-turut. Banyak penderita atau keluarga penderita mengalami kondisi fatal karena menganggap ringan gejala-gejala tersebut.

Masa inkubasi berlangsung antara 4-7 hari (rata-rata 3-14 hari). Sesudah masa tunas/ inkubasi, orang yang tertular dapat mengalami/ menderita penyakit ini dalam salah satu dari 4 bentuk berikut ini :

- a. Bentuk abortif, penderita tidak merasakan suatu gejala apapun.
- b. Dengue klasik, penderita mengalami demam tinggi selama 4 - 7 hari, nyeri-nyeri pada tulang, diikuti dengan munculnya bintik-bintik atau bercak-bercak perdarahan di bawah kulit.
- c. Dengue *Haemorrhagic Fever* (Demam berdarah dengue/ DBD) gejalanya sama dengan dengue klasik ditambah dengan perdarahan dari hidung (epistaksis/ mimisan), mulut, dubur, dsb.
- d. Dengue Syok Sindrom, gejalanya sama dengan DBD ditambah dengan syok/ presyok. Bentuk ini sering berujung pada kematian.

2.1.4. Mekanisme Penularan Virus Dengue

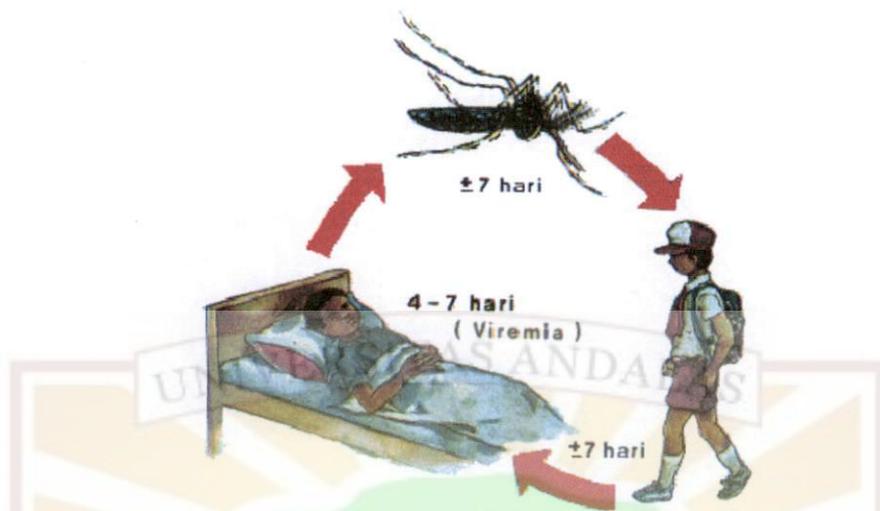
Penyakit Demam Berdarah Dengue ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk ini tertular virus Dengue sewaktu mengigit mengisap darah orang yang sakit Demam Berdarah Dengue atau tidak sakit tetapi didalam darahnya terdapat virus dengue. Seseorang yang didalam darahnya mengandung virus dengue merupakan sumber penularan penyakit demam berdarah.

Virus dengue berada dalam darah selama 4-7 hari mulai 1-2 hari sebelum demam. Bila penderita tersebut digigit nyamuk penular, maka virus dalam darah akan ikut terisap masuk kedalam lambung nyamuk. Selanjutnya virus akan memperbanyak diri dan tersebar diberbagai jaringan tubuh nyamuk termasuk didalam kelenjar liurnya.

Kira-kira 1 minggu setelah mengisap darah penderita, nyamuk tersebut siap untuk menularkan kepada orang lain (masa inkubasi ekstrinsik). Virus ini akan tetap berada dalam tubuh nyamuk sepanjang hidupnya. Oleh karena itu nyamuk *Aedes aegypti* yang telah mengisap virus dengue itu menjadi penular (infektif) sepanjang hidupnya.

Penularan ini terjadi karena setiap kali nyamuk menusuk/mengigit, sebelum mengisap darah akan mengeluarkan air liur melalui alat tusuknya (proboscis) agar darah yang diisap tidak membeku. Bersama air liur inilah virus dengue dipindahkan dari nyamuk ke orang lain (Siregar, 2004). Untuk mendapatkan inangnya (manusia), nyamuk *Aedes aegypti* aktif terbang pada pagi hari yaitu sekitar pukul 09.00-10.00 WIB dan sore hari antara pukul 16.00-17.00 WIB.

Nyamuk yang aktif menghisap darah adalah nyamuk betina, tujuannya adalah untuk mendapatkan protein. Tiga hari setelah menghisap darah, nyamuk betina tersebut dapat menghasilkan sampai 100 butir telur (Supartha, 2008).



Gambar 2.1. Mekanisme Penularan Demam Berdarah Dengue

Sumber : Kemenkes RI, 2011.

2.1.5. Vektor Penularan Penyakit DBD

Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan vektor epidemik yang paling penting dalam penularan penyakit DBD. Selain itu, penyakit DBD juga dapat ditularkan oleh nyamuk *Aedes albopictus*, tetapi perannya dalam penyebaran penyakit DBD sangat kecil karena nyamuk ini biasanya hidup di kebun-kebun. Nyamuk *Aedes aegypti* dapat ditemukan hampir di seluruh pelosok Indonesia, sifatnya sangat domestik, hidup dan berkembang biak di dalam dan di sekitar rumah. Berikut ini uraian tentang nyamuk *Aedes aegypti* :

a. Karakteristik

Skutum (bagian dada sebelah atas) *Ae. aegypti* berwarna hitam dengan dua strip putih sejajar di bagian dorsal (punggung) tengah yang diapit oleh dua garis lengkung berwarna putih. *Ae. aegypti* mempunyai 2 subspecies yaitu *Ae. aegypti queenslandensis* dan *Ae. aegypti formosus*. Subspecies pertama hidup bebas di Afrika sementara subspecies kedua hidup di daerah tropis yang

dikenal efektif menularkan virus DBD. Subspesies kedua lebih berbahaya dibandingkan subspesies pertama (Supartha, 2008).

b. Habitat dan kebiasaan hidup

Secara bioekologis nyamuk *Ae. aegypti* mempunyai dua habitat yaitu *aquatic* (perairan) untuk fase pradewasanya (telur, larva, dan pupa), dan daratan atau udara untuk serangga dewasa. *Ae. aegypti* yang lebih memilih habitat di dalam rumah sering hinggap pada pakaian yang digantung untuk beristirahat dan bersembunyi menantikan saat tepat inang datang untuk mengisap darah.

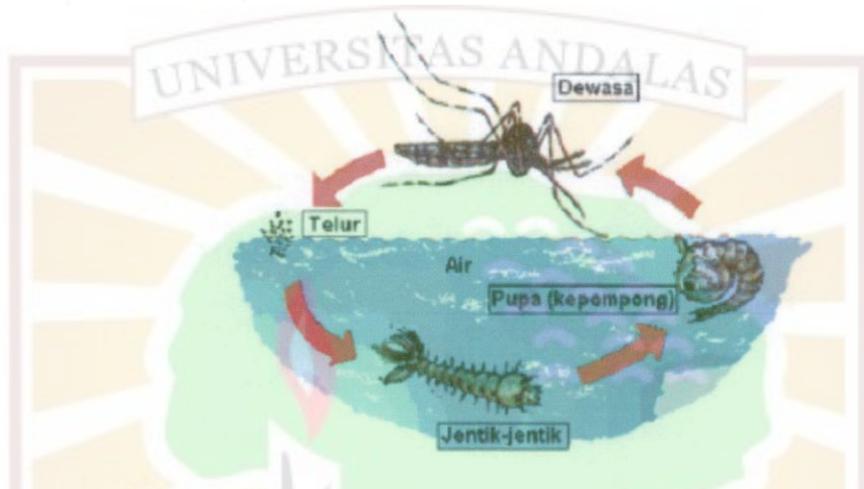
c. Siklus hidup

Siklus hidup nyamuk *Ae. aegypti* adalah sebagai berikut :

- 1) Nyamuk *Ae. aegypti* mengalami metamorfosis sempurna yaitu : telur – jentik – kepompong – nyamuk.
- 2) Stadium telur, jentik, dan kepompong hidup di dalam air. Pada umumnya telur akan menetas menjadi jentik dalam waktu ± 2 hari setelah telur terendam air.
- 3) Stadium jentik biasanya berlangsung 6 - 8 hari, dan stadium pupa (kepompong) berlangsung antara 2 - 4 hari. Pupa jantan menetas lebih dulu dari pupa betina. Nyamuk jantan tidak pergi jauh dari tempat perindukan karena menunggu nyamuk betina menetas dan siap berkopulasi. Sesudah kopulasi *Ae. aegypti* mengisap darah yang diperlukan untuk pembentukan telur. Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan perkembangan telur, mulai dari nyamuk mengisap darah

sampai telur dikeluarkan, biasanya bervariasi antara 3 – 4 hari. Jangka waktu ini disebut siklus gonotropik (*gonotropic cycle*).

- 4) Pertumbuhan dari telur menjadi nyamuk dewasa mencapai 9-10 hari (Sungkar, 2005).



Gambar 2.2. Siklus Perkembangbiakan Nyamuk *Aedes aegypti*

Sumber : Kemenkes RI, 2011.

d. Tempat perkembangbiakan

Tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* yang utama adalah tempat-tempat penampungan air di dalam, di sekitar rumah, atau pun di tempat-tempat umum, biasanya tidak melebihi jarak 500 meter dari rumah. Jenis-jenis tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* dapat dikelompokkan sebagai berikut :

- 1) Tempat penampungan air (TPA) untuk keperluan sehari-hari seperti bak mandi, ember, tangki, dan lain-lain.
- 2) Tempat tergenangnya air yang bukan untuk keperluan sehari-hari seperti vas bunga, pot, kaleng bekas, ban, dan lain-lain.

- 3) Tempat tergenangnya air yang berasal dari bahan alamiah seperti lubang pohon, lubang batu, pelepah daun, dan lain-lain (Hasbullah, 2006).

2.2. Kebijakan Program Pengendalian Penyakit DBD

2.2.1. Visi, Misi, dan Tujuan Program Pengendalian DBD

a. Visi

Untuk meningkatkan kemampuan penduduk khususnya di daerah endemis sehingga mampu mencegah dan melindungi diri dari penularan DBD melalui perubahan perilaku (PSN DBD) dan kebersihan lingkungan.

b. Misi

- 1) Program pengendalian DBD bertujuan untuk menghentikan dan mencegah penularan penyakit dari penderita ke orang sehat melalui pengendalian vektor.
- 2) Penduduk yang menjadi sasaran program pengendalian termasuk individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat terutama yang tinggal di daerah endemis, pimpinan lembaga pemerintah, swasta, dan organisasi kemasyarakatan dan lingkungan tempat pemukiman baik yang ada di dalam dan di luar rumah agar bebas dari tempat perkembangbiakan vektor.

c. Tujuan

- 1) Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian DBD

- 2) Menurunkan jumlah kelompok masyarakat yang berisiko terhadap penularan DBD
- 3) Melaksanakan penanganan penderita sesuai standar
- 4) Menurunkan angka kesakitan DBD
- 5) Menurunkan angka kematian akibat DBD (Kemenkes RI, 2011).

2.2.2. Kebijakan, Strategi, dan Sasaran Program Pengendalian DBD

a. Kebijakan Nasional Program Pengendalian DBD

Kebijakan Nasional untuk pengendalian DBD sesuai KEPMENKES No 581/MENKES/SK/VII/1992 tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue, adalah sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan perilaku dalam hidup sehat dan kemandirian terhadap pengendalian DBD
- 2) Meningkatkan perlindungan kesehatan masyarakat terhadap penyakit DBD
- 3) Meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi program pengendalian DBD
- 4) Memantapkan kerjasama lintas sektor/ lintas program
- 5) Pembangunan berwawasan lingkungan.

b. Strategi Program Pengendalian DBD

Berdasarkan visi, misi, kebijakan, dan tujuan pengendalian DBD, maka strategi yang dirumuskan adalah sebagai berikut :

1) Pemberdayaan Masyarakat

Meningkatkan peran aktif masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian penyakit DBD merupakan salah satu kunci keberhasilan upaya pengendalian DBD. Untuk mendorong meningkatnya peran aktif masyarakat, maka KIE, pemasaran sosial, advokasi dan berbagai upaya penyuluhan kesehatan lainnya dilaksanakan secara intensif dan berkesinambungan melalui berbagai media massa maupun secara berkelompok atau individual dengan memperhatikan aspek budaya sosial lokal yang spesifik.

2) Peningkatan Kemitraan Berwawasan Bebas dari Penyakit DBD

Upaya pengendalian DBD tidak dapat dilaksanakan oleh sektor kesehatan saja, peran sektor terkait pengendalian penyakit DBD sangat menentukan. Oleh sebab itu maka identifikasi *stake-holders* baik sebagai mitra maupun pelaku potensial merupakan langkah awal dalam menggalang, meningkatkan, dan mewujudkan kemitraan. Jejaring kemitraan diselenggarakan melalui pertemuan berkala guna memadukan berbagai sumber daya yang tersedia di masing-masing mitra. Pertemuan berkala sejak dari tahap perencanaan sampai tahap pelaksanaan, pemantauan, dan penilaian melalui wadah Kelompok Kerja Operasional (Pokjnal DBD) di berbagai tingkatan administrasi.

3) Peningkatan Profesionalisme Pengelola Program

SDM yang terampil dan menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi merupakan salah satu unsur penting dalam mencapai keberhasilan pelaksanaan program pengendalian DBD.

4) Desentralisasi

Optimalisasi pendelegasian wewenang pengelolaan kegiatan pengendalian DBD kepada pemerintah kabupaten/ kota, melalui SPM bidang kesehatan.

5) Pembangunan Berwawasan Kesehatan Lingkungan

Meningkatkan mutu lingkungan hidup yang dapat mengurangi risiko penularan DBD kepada manusia, salah satu upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan pengendalian vektor sehingga dapat menurunkan angka kesakitan akibat infeksi DBD.

Pengendalian DBD yang tepat adalah pemutusan rantai penularan yaitu dengan melakukan pengendalian vektor, karena vaksin dan obat masih dalam proses penelitian. Vektor DBD sudah menyebar ke seluruh wilayah Indonesia, hal ini disebabkan oleh adanya perubahan iklim global, kemajuan teknologi transportasi, mobilitas penduduk, urbanisasi, dan infrastruktur penyediaan air bersih yang kondusif untuk perkembangbiakan vektor DBD, serta perilaku masyarakat yang belum mendukung upaya pengendalian.

DBD merupakan salah satu penyakit berbasis lingkungan, oleh karena itu pengendalian vektornya tidak mungkin berhasil dengan baik

tanpa melibatkan peran serta masyarakat termasuk lintas sektor, lintas program, LSM, tokoh masyarakat, dan penyandang dana. Pengendalian vektor DBD harus berdasarkan pada data dan informasi tentang bioekologi vektor, situasi daerah termasuk sosial budayanya.

Beberapa metode pengendalian vektor yang dapat dilakukan antara lain : a) Kimiawi dengan insektisida dan larvasida, b) Biologi dengan menggunakan musuh alami seperti predator, bakteri, dll, c) Manajemen lingkungan seperti mengelola atau meniadakan habitat perkembangbiakan nyamuk yang terkenal dengan 3M Plus atau gerakan PSN (pengendalian sarang nyamuk), d) Penerapan peraturan perundangan, dan e) Meningkatkan peran serta masyarakat dalam pengendalian vektor.

c. Sasaran

Berdasarkan strategi yang telah dirumuskan, maka sasaran pengendalian DBD adalah :

- 1) Individu, keluarga dan masyarakat di tujuh tatanan dalam PSN yaitu tatanan rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat-tempat umum, tempat penjual makanan, fasilitas olah raga dan fasilitas kesehatan yang secara keseluruhan di daerah terjangkau DBD maupun mengatasi masalah termasuk melindungi diri dari penularan DBD di dalam wadah organisasi kemasyarakatan yang ada dan mengakar di masyarakat.

- 2) Lintas program dan lintas sektor terkait termasuk swasta/ dunia usaha, LSM, dan organisasi kemasyarakatan mempunyai komitmen dalam penanggulangan penyakit DBD.
- 3) Penanggungjawab program tingkat pusat, provinsi, kabupaten/ kota, kecamatan, dan desa/ kelurahan mampu membuat dan menetapkan kebijakan operasional dan menyusun prioritas dalam pengendalian DBD.
- 4) SDM bidang kesehatan di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/ kota, kecamatan, dan desa/ kelurahan.
- 5) Kepala wilayah/ pemerintah daerah, pimpinan sektor terkait termasuk dunia usaha, LSM, dan masyarakat (Kemenkes RI, 2011).

2.2.3. Kegiatan Pokok Program Pengendalian DBD

a. Surveilans Epidemiologi

Surveilans pada pengendalian DBD meliputi kegiatan surveilans kasus secara aktif maupun pasif, surveilans vektor (*Aedes sp*), surveilans laboratorium, dan surveilans terhadap faktor risiko penularan penyakit seperti pengaruh 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 Rumah Sakit.

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 mengubur
- 2) Secara kimiawi dengan larvasidasi
- 3) Secara biologis dengan pemeliharaan ikan
- 4) Cara lainnya bisa dengan menggunakan repellent, obat nyamuk bakar, kelambu, memasang kawat kasa, dll.

Kegiatan pengamatan vektor di lapangan dilakukan dengan cara :

- 1) Mengaktifkan peran dan fungsi Juru Pemantau Jentik (Jumantik) dan dimonitor oleh petugas Puskesmas
- 2) Melaksanakan bulan bakti “Gerakan 3M” pada saat sebelum musim penularan
- 3) Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) setiap 3 bulan sekali dan dilaksanakan oleh petugas Puskesmas
- 4) Pemantauan wilayah setempat (PWS) dan dikomunikasikan kepada pimpinan wilayah pada rapat bulanan Pokjanal DBD, yang menyangkut hasil pemeriksaan Angka Bebas Jentik (ABJ).

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). Berbagai upaya secara politis telah dilaksanakan seperti

instruksi Gubernur/ Bupati/ Walikota, Surat Edaran Mendagri, Mendiknas, serta terakhir pada 15 Juni 2011 telah dibuat suatu komitmen bersama pimpinan daerah Gubernur dan Bupati/ Walikota untuk pengendalian DBD.

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.

Demikian pula kesiapsiagaan di RS untuk dapat menampung pasien DBD, baik penyediaan tempat tidur, sarana logistik, dan tenaga medis, paramedis, dan laboratorium yang siaga 24 jam. Pemerintah daerah menyiapkan anggaran untuk perawatan bagi pasien tidak mampu.

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 (*Communication for Behavioral Impact*), PLA (*Participatory Learning Approach*), dsb.

g. Kemitraan/ Jejaring Kerja

Disadari bahwa penyakit DBD tidak dapat diselesaikan hanya oleh sektor kesehatan saja, tetapi peran lintas program dan lintas sektor terkait

sangat besar. Wadah kemitraan telah terbentuk melalui SK KEPMENKES 581/1992 dan SK MENDAGRI 441/1994 dengan nama Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal). Organisasi ini merupakan wadah koordinasi dan jejaring kemitraan dalam pengendalian DBD.

h. *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.

i. Penelitian dan Survei

Penelitian dan upaya pengembangan kegiatan pengendalian tetap terus dilaksanakan oleh berbagai pihak, antara lain universitas, rumah sakit, litbang, LSM, dll. Penelitian ini menyangkut beberapa aspek yaitu bionomik vektor, penanganan kasus, laboratorium, perilaku, obat herbal, dan saat ini sedang dilakukan uji coba terhadap vaksin DBD.

j. 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 (Kemenkes RI, 2011).

2.2.4. Target atau Indikator Program Pengendalian DBD

Indikator DBD ini telah tertuang dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010 – 2014 serta Rencana Strategis (Renstra) Kemenkes tahun 2010 – 2014 dan Kepmenkes No. 828 tahun 2008 tentang petunjuk teknis Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota (Kemenkes RI, 2011). Indikator tersebut meliputi $ABJ \geq 95\%$ dan indikator angka kesakitan DBD tahun 2013 yaitu 53 per 100.000 penduduk dan 2014 yaitu 51 per 100.000 penduduk.

2.2.5. Pemberdayaan dan Penggerakan Masyarakat

1. Pengertian Pemberdayaan dan Penggerakan Masyarakat

Pemberdayaan dan penggerakan masyarakat adalah suatu proses pengorganisasian masyarakat yang dimulai dari mengidentifikasi masalah yang dihadapi di masyarakat, kemudian menyusun urutan prioritas masalah. Setelah prioritas masalah diperoleh, lalu masyarakat mengupayakan untuk mencari sumber daya baik yang ada di masyarakat itu sendiri maupun di luar lingkungan masyarakat yang bersangkutan. Sumber daya tersebut diharapkan dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah yang ada melalui tindakan-tindakan yang diperlukan dengan cara kerjasama dengan anggota masyarakat lainnya.

Jadi pada dasarnya penggerakan dan pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses kegiatan masyarakat yang bersifat setempat yang ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui pemberian pengalaman belajar dan secara bertahap dikembangkan pendekatan yang

bersifat partisipatif dalam bentuk pendelegasian wewenang dan pemberian peran yang semakin besar kepada masyarakat.

2. Tujuan Pemberdayaan dan Penggerakan Masyarakat

a. Tujuan Umum

Meningkatnya kemandirian masyarakat dan keluarga dalam bidang kesehatan sehingga masyarakat dapat memberikan andil dalam meningkatkan derajat kesehatannya.

b. Tujuan Khusus

- 1) Meningkatnya pengetahuan masyarakat dalam bidang kesehatan
- 2) Meningkatnya kemampuan masyarakat dalam pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatannya sendiri
- 3) Meningkatnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat
- 4) Terwujudnya pelebagaan upaya kesehatan masyarakat di tingkat lapangan.

3. Strategi Gerakan Pemberdayaan Masyarakat

Gerakan pemberdayaan (*empowerment*) adalah proses pemberian informasi secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran, serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek *knowledge*), dari tahu menjadi mau (aspek *attitude*), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek *practice*).

Gerakan pemberdayaan masyarakat juga merupakan cara untuk menumbuhkan dan mengembangkan norma yang membuat masyarakat mampu untuk pengendalian DBD secara mandiri. Strategi ini tepatnya ditujukan pada sasaran primer agar berperan serta secara aktif dalam pengendalian DBD.

Gerakan pemberdayaan masyarakat merupakan suatu upaya dalam peningkatan kemampuan masyarakat guna mengangkat harkat hidup, martabat, dan derajat kesehatannya. Peningkatan pemberdayaan berarti peningkatan kemampuan dan kemandirian masyarakat agar dapat mengembangkan diri dan memperkuat sumber daya yang dimiliki untuk mencapai kemajuan. Tujuan dari strategi pemberdayaan adalah untuk meningkatkan peran serta individu, keluarga, dan masyarakat agar tahu, mau, dan mampu berperan serta dalam pengendalian DBD (Kemenkes RI, 2011).

4. Kemampuan (Potensi) yang dimiliki oleh Masyarakat

Di dalam pemberdayaan dan penggerakkan masyarakat hendaknya suatu masalah dapat diatasi oleh masyarakat itu sendiri dengan menggunakan sumber daya (potensi) yang dimiliki oleh masyarakat. Kemampuan (potensi) yang dimiliki masyarakat dapat berupa :

a. Tokoh-tokoh masyarakat

Yang tergolong sebagai tokoh masyarakat adalah semua orang yang memiliki pengaruh di masyarakat setempat baik yang bersifat formal (Ketua RT, Ketua RW, Ketua Kampung, Kepala Dusun, Kepala Desa) maupun tokoh non formal (tokoh agama, adat, tokoh pemuda,

kepala suku). Tokoh-tokoh masyarakat ini merupakan kekuatan yang sangat besar yang mampu menggerakkan masyarakat di dalam setiap upaya pembangunan.

b. Organisasi kemasyarakatan

Organisasi yang ada di masyarakat seperti LLPKK, Lembaga Persatuan Pemuda (LPP), Pengajian, dan lain sebagainya merupakan wadah berkumpulnya para anggota dari masing-masing organisasi tersebut, sehingga upaya pemberdayaan masyarakat akan lebih berhasil guna apabila pemerintah / tenaga kesehatan memanfaatkannya dalam upaya pembangunan kesehatan.

c. Dana masyarakat

Pada golongan masyarakat tertentu, penggalangan dana masyarakat merupakan upaya yang tidak kalah pentingnya. Tetapi pada golongan masyarakat yang tidak ekonominya pra-sejahtera, penggalangan dana masyarakat hendaknya dilakukan sekedar agar mereka merasa ikut memiliki dan bertanggung-jawab terhadap upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatannya. Cara lain yang dapat ditempuh adalah dengan model tabungan-tabungan atau sistem asuransi yang bersifat subsidi silang.

d. Sarana dan material yang dimiliki masyarakat

Pendayagunaan sarana dan material yang dimiliki oleh masyarakat seperti peralatan, batu kali, bambu, kayu dan lain sebagainya untuk

pembangunan kesehatan akan menumbuhkan rasa tanggung jawab dan ikut memiliki dari masyarakat.

e. Pengetahuan masyarakat

Masyarakat memiliki pengetahuan yang bermanfaat bagi pembangunan kesehatan masyarakat, seperti pengetahuan tentang obat tradisional (asli Indonesia), pengetahuan mengenai penerapan teknologi tepat guna untuk pembangunan fasilitas kesehatan di wilayahnya misal penyaluran air menggunakan bambu dll. Pengetahuan yang dimiliki oleh masyarakat tersebut akan meningkatkan keberhasilan upaya pembangunan kesehatan.

f. Teknologi yang dimiliki masyarakat

Masyarakat juga telah memiliki teknologi tersendiri dalam memecahkan masalah yang dialaminya, teknologi ini biasanya bersifat sederhana tapi tepat guna. Untuk itu pemerintah sebaiknya memanfaatkan teknologi yang dimiliki oleh masyarakat tersebut dan apabila memungkinkan dapat memberikan saran teknis guna meningkatkan hasil gunanya.

g. Pengambilan keputusan

Apabila tahapan penemuan masalah dan perencanaan kegiatan pemecahan masalah kesehatan telah dapat dilakukan oleh masyarakat, maka pengambilan keputusan terhadap upaya pemecahan masalahnya akan lebih baik apabila dilakukan oleh masyarakat sendiri. Dengan demikian kegiatan pemecahan masalah kesehatan tersebut akan

berkesinambungan karena masyarakat merasa memiliki dan bertanggung jawab terhadap kegiatan yang mereka rencanakan sendiri.

2.2.6. Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) DBD

Pendekatan penggerakan peran serta masyarakat pada dasarnya tidak dapat dilakukan secara parsial agar lebih optimal, peran serta masyarakat harus dibina dan diorganisasikan karena peran serta masyarakat itu melibatkan banyak pihak namun perlu satu sistem melalui Pokjanal.

Hakekat Pokjanal saat ini adalah suatu kelompok kerja operasional yang keanggotaannya terdiri dari berbagai unsur dinas/ instansi pemerintah, LSM, swasta atau dunia usaha yang secara fungsional mempunyai tugas meningkatkan peran serta masyarakat dalam PSN-DBD. Organisasi kelompok kerja operasional DBD adalah sebagai berikut :

- a. Penggerakan PSN DBD di desa/ kelurahan di koordinasikan oleh Pokja DBD, yaitu forum koordinasi kegiatan pemberantasan penyakit DBD di Desa/ kelurahan dalam wadah lembaga ketahanan masyarakat
- b. Pembinaan Pokja DBD desa/ kelurahan dilaksanakan oleh Pokjanal DBD tingkat kecamatan, kabupaten/ kodya, provinsi, dan tingkat pusat, secara berjenjang. Pokjanal DBD merupakan forum koordinasi lintas program/ sektoral dalam pembinaan upaya pengendalian penyakit DBD, dan berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Ketua Harian Tim Pembina LKMD.

Tugas pokok dan fungsi pokjanal adalah sebagai berikut:

- a. Menggerakkan peran serta masyarakat dalam PSN-DBD
- b. Menyiapkan data dan informasi

- c. Menganalisa masalah dan membuat musyawarah rencana pembangunan (Musrenbang) desa – pusat
- d. Melakukan bimbingan, pembinaan, fasilitasi, advokasi, pemantauan, dan evaluasi rutin
- e. Menyampaikan berbagai data, informasi dan masalah kepada instansi/ lembaga terkait
- f. Melaporkan hasil pelaksanaan kegiatan program kepada Menteri atau Ketua badan/ lembaga di pusat dan kepada gubernur dan bupati/ walikota di daerah (Kemenkes RI, 2011).

2.3. Perilaku

Perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Ada 2 hal yang dapat mempengaruhi perilaku yaitu faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Faktor keturunan merupakan konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup itu untuk selanjutnya. Sedangkan lingkungan adalah kondisi atau merupakan lahan untuk perkembangan perilaku tersebut.

Benyamin Bloom (1908) membagi perilaku ke dalam 3 domain yakni pengetahuan, sikap, dan tindakan.

2.3.1. Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu dan dan pengalaman seseorang dalam melakukan penginderaan terhadap suatu rangsangan tertentu.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

Kedalaman pengetahuan yang diperoleh seseorang terhadap suatu rangsangan dapat diklasifikasikan berdasarkan enam tingkatan, yakni :

a. Tahu (*know*)

Merupakan proses mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam tingkatan ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu bagian spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu, tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*comprehension*)

Merupakan suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar objek yang diketahui. Orang telah paham akan objek atau materi harus mampu menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Kemampuan dalam menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

d. Analisis (*analysis*)

Kemampuan dalam menjabarkan materi atau suatu objek dalam komponen-komponen, dan masuk ke dalam struktur organisasi tersebut.

e. Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan dalam meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan dalam melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

(Notoatmodjo, 2010).

2.3.2. Sikap

Merupakan respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak langsung dilihat akan tetapi harus ditafsirkan terlebih dahulu sebagai tingkah laku yang tertutup.

Menurut Allport (1954) seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2010), sikap mempunyai tiga komponen pokok, yakni :

- a. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- b. Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu konsep
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan, antara lain:

a. Menerima (*receiving*)

Mau dan memperhatikan stimulus atau objek yang diberikan

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

c. Menghargai (*valuting*)

Mengajak orang lain mengerjakan atau mendiskusikan masalah.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Mempunyai tanggung jawab terhadap segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala resiko.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan dapat juga tidak. Secara langsung dapat dinyatakan bagaimana pendapat atau pernyataan respon terhadap suatu objek. Orang lain berperilaku bertentangan dengan sikapnya, dan bisa juga merubah sikapnya sesudah yang bersangkutan merubah tindakannya. Namun secara tidak mutlak dapat dikatakan bahwa perubahan sikap merupakan loncatan untuk terjadinya perubahan perilaku.

2.3.3. Tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan.

Tindakan dibedakan atas beberapa tingkatan :

a. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

b. Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

c. Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

d. Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik.

2.4. Sistem

2.4.1. Pengertian Sistem

Sistem merupakan gabungan dari elemen-elemen (subsistem) di dalam suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi. Di dalam suatu sistem terdapat elemen-elemen atau bagian-bagian di mana di dalamnya juga membentuk suatu proses di dalam suatu kesatuan, maka disebut sub sistem (bagian dari sistem). Selanjutnya subsistem tersebut juga terjadi suatu proses berfungsi sebagai suatu kesatuan sendiri sebagai bagian dari subsistem tersebut.

Sistem terbentuk dari elemen atau bagian yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Apabila salah satu bagian atau sub sistem tidak berjalan dengan baik, maka akan mempengaruhi bagian yang lain. Dari uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa sistem merupakan sekumpulan subsistem atau komponen yang saling berhubungan dalam melaksanakan suatu fungsi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Thabrany, 2005).

2.4.2. Unsur Sistem

Sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Adapun yang dimaksud dengan bagian atau elemen tersebut adalah sesuatu yang mutlak harus ditemukan, yang jika tidak ditemukan maka tidak ada yang disebut dengan sistem tersebut. Bagian elemen tersebut dapat dikelompokkan dalam tiga unsur yakni (Thabrany, 2005) :

- a. Masukan (input) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.

Penelitian ini membahas masukan dari aspek kebijakan, dana, SDM, dan sarana yang mendukung terlaksananya program Penanggulangan DBD. Kebijakan adalah peraturan, keputusan pemerintah, instruksi, edaan atau pedoman yang mendukung pelaksanaan program pengendalian DBD. Kebijakan nasional untuk pengendalian DBD telah tertuang di dalam KEPMENKES No. 581/MENKES/SK/VII/1992. Pemerintah Kota Bukittinggi sendiri juga telah mengeluarkan berbagai edaran baik yang berbentuk instruksi, himbauan, maupun promosi kesehatan yang berkaitan dengan DBD seperti instruksi untuk melaksanakan Gerakan Jum'at Bersih dan himbauan untuk melaksanakan gerakan 3M Plus. Selain itu, pemerintah setempat juga telah mengeluarkan surat keputusan pembentukan Pokjanal Kota Bukittinggi pada tahun 2007, meskipun berdasarkan informasi yang di dapatkan dari Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi bahwa sejak awal pembentukan sampai saat ini belum ada pergerakan yang dilakukan oleh kelompok kerja operasional ini.

Aspek SDM/ tenaga menurut hasil penelitian Azkha tahun 2008 menyatakan bahwa tenaga yang kurang sangat berpengaruh dalam pelaksanaan suatu program, dan dana/ insentif yang kurang juga berpengaruh terhadap kinerjanya. Sarana dan prasarana merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan program agar berjalan optimal.

Dalam pelaksanaan program Dinas Kesehatan juga perlu melakukan peningkatan pemahaman dengan berbagai macam pelatihan untuk petugas. Upaya peningkatan pemahaman merupakan upaya yang cukup efektif jika dilaksanakan dengan seoptimal mungkin (Depkes RI, 2002).

Menurut Gisely, pelatihan sebagai suatu cara dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas. Dengan pemahaman dan pengetahuan yang cukup diharapkan seluruh petugas pelaksana dapat melakukan tugas mereka dengan baik dan benar (Depkes RI, 2002).

Sedangkan untuk aspek pendanaan, berdasarkan buku pedoman pengendalian DBD dinyatakan bahwa biaya yang diperlukan untuk pemberantasan penyakit DBD dibebankan kepada masing-masing instansi lembaga terkait, baik melalui APBN, APBD I, APBD II, swadaya, maupun sumber-sumber lain yang sah. Namun, berdasarkan laporan tahunan Seksi Penanggulangan dan Pencegahan Penyakit (P2P) Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi diketahui bahwa pendanaan untuk program pengendalian DBD hanya bersumber dari APBD II saja.

- b. Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

Dalam proses akan dilihat bagaimana fungsi manajemen dalam pelaksanaan program pengendalian DBD seperti pengendalian vektor, peningkatan peran serta masyarakat, kemitraan/ jejaring kerja, serta kegiatan monitoring dan evaluasi.

Pengendalian vektor sangat dibutuhkan untuk pemutusan rantai penularan penyakit DBD. Hal ini tentu saja memerlukan adanya peran aktif dari masyarakat dalam melakukan manajemen lingkungan untuk meniadakan habitat perkembangbiakan nyamuk melalui gerakan 3M Plus dan pengendalian sarang nyamuk (PSN).

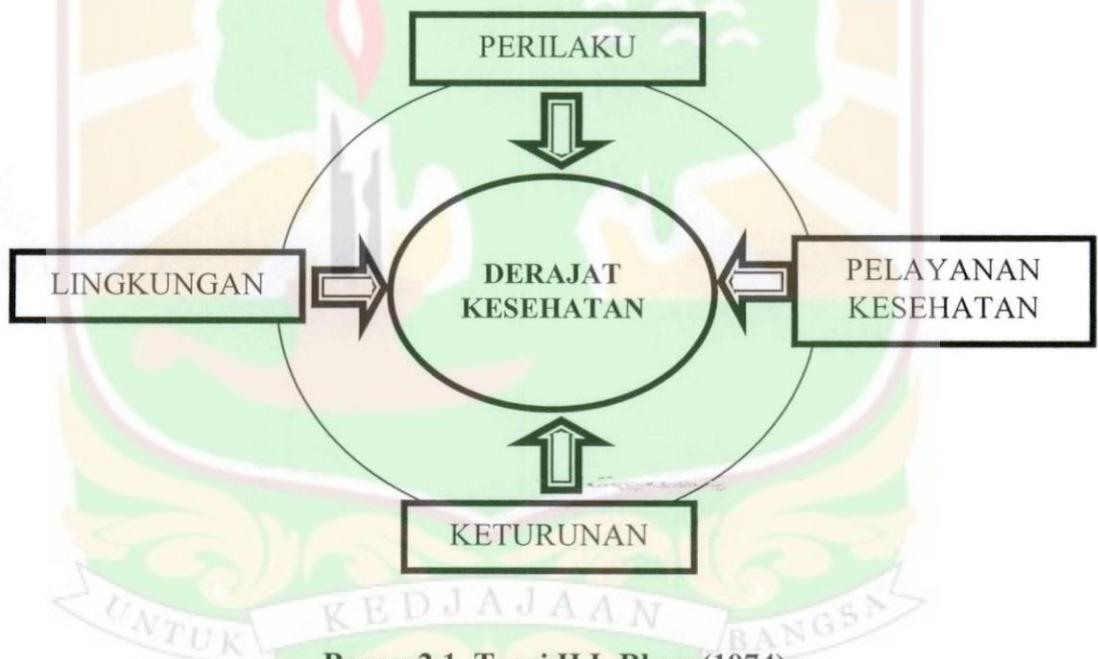
Pendekatan penggerakan peran serta masyarakat pada dasarnya tidak dapat dilakukan secara parsial, agar lebih optimal peran serta masyarakat harus dibina dan diorganisasikan karena peran serta masyarakat itu melibatkan banyak pihak namun perlu dibentuk satu sistem melalui Pokjanal (Kemenkes RI, 2011).

Pemantauan hasil pelaksanaan harus rutin dilakukan mulai dari awal hingga akhir kegiatan, dan mulai dari kegiatan pengendalian yang dilakukan di tingkat RT sampai kegiatan pengendalian DBD yang dilakukan di tingkat kabupaten/ kota.

- c. Keluaran adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem. Dalam penelitian ini keluaran yang diharapkan yaitu tercapainya target Angka Bebas Jentik (ABJ) $\geq 95\%$ sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan sebelumnya.

2.5. Kerangka Teori

Masalah kesehatan adalah suatu masalah yang sangat kompleks yang saling berkaitan dengan masalah-masalah lainnya diluar kesehatan itu sendiri. Demikian pula pemecahan masalah kesehatan masyarakat tidak hanya dilihat dari segi kesehatannya sendiri, tetapi harus ditinjau dari seluruh segi yang ada pengaruhnya terhadap masalah “sehat-sakit” atau kesehatan tersebut. Banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan, baik kesehatan individu maupun kesehatan masyarakat, untuk hal ini Hendrik L. Blum (1974) menggambarkan secara ringkas sebagai berikut :

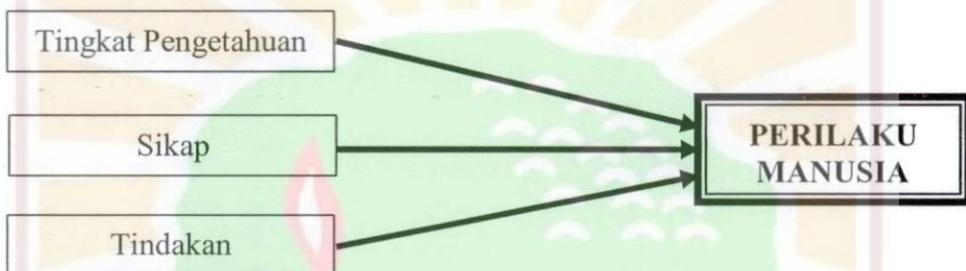


Bagan 2.1. Teori H.L.Blum (1974) :
Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan

Keempat faktor tersebut (keturunan, lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan) disamping berpengaruh secara langsung kepada kesehatan, juga saling berpengaruh satu sama lainnya. Status kesehatan akan tercapai secara optimal, bilamana keempat faktor tersebut secara bersama-sama mempunyai kondisi yang

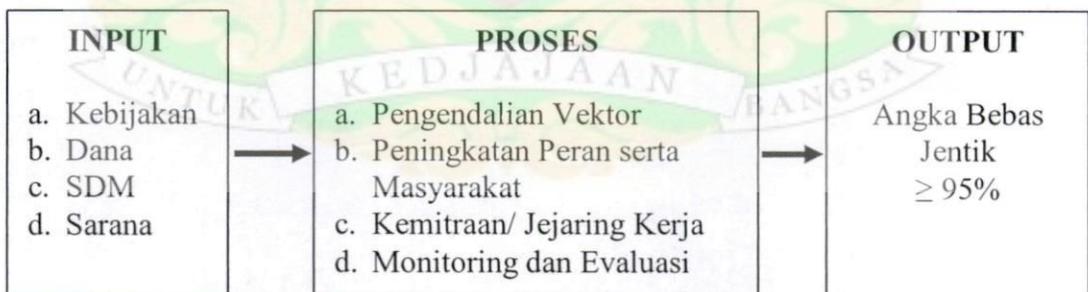
optimal pula. Salah satu faktor saja berada dalam keadaan yang terganggu (tidak optimal) maka status kesehatan akan bergeser kearah di bawah optimal.

Dalam penelitian ini akan dibahas mengenai faktor perilaku masyarakat dan faktor pelayanan kesehatan sebagai sebuah sistem dalam mengendalikan DBD. Menurut Benyamin Bloom (1908), domain perilaku adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2007):



Bagan 2.2. Kerangka Teori Domain Perilaku

Selanjutnya dalam penelitian ini juga akan dilakukan analisis sistem pelayanan kesehatan dalam pelaksanaan program pengendalian DBD. Adapun aspek-aspek pelaksanaan program yang dapat dievaluasi adalah sebagai berikut :



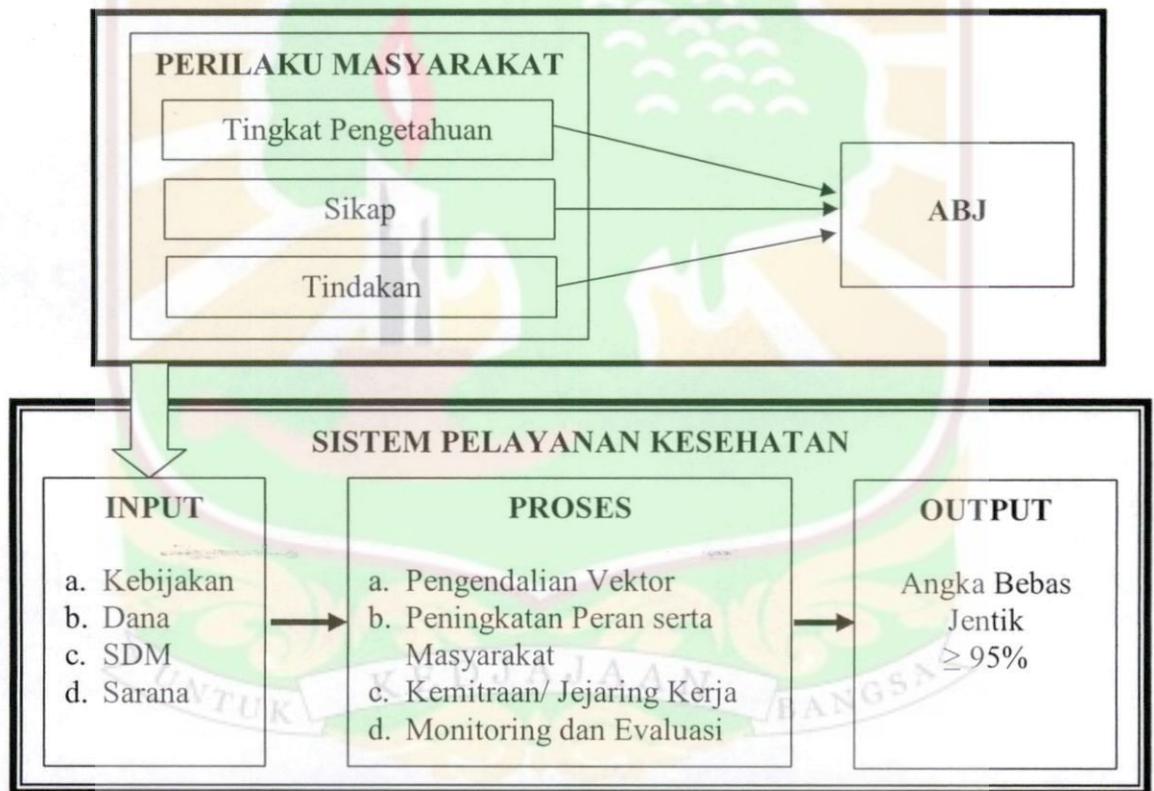
Bagan 2.3. Aspek-aspek Program Pengendalian DBD yang dapat dievaluasi

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI

3. 1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah menganalisis perilaku masyarakat dalam mengendalikan DBD dan menganalisis pelaksanaan program pengendalian DBD oleh pemerintah setempat. Kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada bagan berikut :



Bagan 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

: Penelitian Kuantitatif

: Penelitian Kualitatif

3. 2. Definisi Operasional (Kuantitatif)

Pada penelitian kuantitatif yang akan diteliti adalah perilaku masyarakat dalam mengendalikan DBD. Untuk pengukuran dan pengumpulan data perlu ditegaskan definisi operasional variabel agar tidak terjadi salah persepsi terhadap variabel-variabel yang digunakan. Batas operasional variabel tersebut didefinisikan sebagai berikut :



Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen ABJ	Ada tidaknya jentik nyamuk yang ditemukan di rumah responden pada saat dilakukan survei jentik	Kuesioner Bagian A	Wawancara dan survei	0 = Ada (Jika pada saat survei ditemukan adanya jentik nyamuk) 1 = Tidak Ada (Jika pada saat survei tidak ditemukan adanya jentik nyamuk)	Ordinal
Variabel Independen Tingkat Pengetahuan	Tingkat pemahaman responden terhadap pengendalian DBD, khususnya dalam pemberantasan jentik nyamuk	Kuesioner Bagian B	Wawancara	0 = Kurang Baik (Skor total nilai pertanyaan pengetahuan yang benar < 75%) 1 = Baik (Skor total nilai pertanyaan pengetahuan yang benar ≥ 75%)	Ordinal
Sikap	Respon tertutup atau tanggapan responden terhadap upaya pengendalian DBD khususnya dalam pemberantasan jentik nyamuk	Kuesioner Bagian C	Wawancara	0 = Negatif (Skor total nilai pertanyaan sikap yang benar < 75%) 1 = Positif (Skor total nilai pertanyaan sikap yang benar ≥ 75%)	Ordinal
Tindakan	Bentuk perbuatan/ aktivitas nyata dari responden dalam upaya pengendalian DBD khususnya dalam pemberantasan jentik nyamuk	Kuesioner Bagian D	Wawancara	0 = Kurang Baik (Skor total nilai pertanyaan tindakan yang benar < 75%) 1 = Baik (Skor total nilai pertanyaan tindakan yang benar ≥ 75%)	Ordinal

3.3. Definisi Istilah (Kualitatif)

Pada penelitian kualitatif penelitian dilakukan untuk mengetahui pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi yang dilakukan oleh pemerintah daerah setempat. Untuk memperjelas kerangka konsep penelitian kualitatif ini, maka peneliti membuat defenisi istilah yang akan diteliti yaitu:

1. Masukan (*input*) adalah sumber daya yang terlibat dalam program pengendalian DBD yang terdiri dari kebijakan, dana, SDM, dan sarana.
 - a. Kebijakan adalah peraturan, keputusan pemerintah, instruksi, edaran atau pedoman yang mendukung pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi.
 - b. Dana adalah segala bentuk pendanaan atau biaya operasional yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi.
 - c. Sumber daya manusia (SDM) adalah petugas atau orang-orang yang terlibat langsung dalam program pengendalian DBD yang ada di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi termasuk Pengurus Pokjanel Kota Bukittinggi
 - d. Sarana adalah peralatan yang mendukung dalam pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi.

Cara ukur dan alat ukur yang digunakan untuk meneliti masukan (*input*) dalam program pengendalian DBD adalah sebagai berikut :

- 1) Cara ukur : Wawancara mendalam (*in depth interview*), telaah dokumen
- 2) Alat ukur : Pedoman wawancara

2. Proses (*process*) adalah pelaksanaan program yang meliputi pengendalian vektor, peningkatan peran serta masyarakat, kemitraan/ jejaring kerja, serta kegiatan monitoring dan evaluasi.
 - a. Pengendalian vektor adalah upaya menurunkan faktor risiko penularan oleh vektor dengan meminimalkan habitat perkembangbiakan vektor, menurunkan kepadatan dan umur vektor, mengurangi kontak antara vektor dengan manusia serta memutus rantai penularan penyakit DBD di Kota Bukittinggi..
 - b. Peningkatan peran serta masyarakat adalah suatu proses aktif dimana masyarakat yang diberdayakan harus berperan aktif (berpartisipasi) dalam program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi.
 - c. Kemitraan/ jejaring kerja adalah hubungan (kerjasama) antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan dalam rangka melancarkan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi.
 - d. Monitoring dan Evaluasi yaitu melakukan penilaian terhadap pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi.

Cara ukur dan alat ukur yang digunakan untuk meneliti proses (*process*) pelaksanaan program pengendalian DBD adalah sebagai berikut :

- 1) Cara ukur : Wawancara mendalam (*in depth interview*), telaah dokumen
 - 2) Alat ukur : Pedoman wawancara
3. Keluaran (*output*) adalah tercapainya indikator DBD dimana Angka Bebas Jentik (ABJ) Kota Bukittinggi $\geq 95\%$.
 - a. Cara ukur : Wawancara mendalam (*in depth interview*), telaah dokumen
 - b. Alat ukur : Pedoman wawancara

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian gabungan dimana penelitian kualitatif akan didukung dengan penelitian kuantitatif. Penggabungan dua metode ini digunakan sebagai bukti empiris dalam menjawab rumusan masalah penelitian agar temuan riset menjadi lebih baik, lengkap, dan komprehensif. (Sarwono, 2011)

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross sectional* untuk mengetahui bagaimana perilaku masyarakat dalam mengendalikan DBD di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh (wilayah dengan kasus DBD tertinggi di Kota Bukittinggi). Kemudian dilakukan penilaian dengan menggunakan metode kualitatif untuk menggali informasi mengenai pelaksanaan program pengendalian DBD oleh pemerintah daerah di Kota Bukittinggi.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kota Bukittinggi dan dilaksanakan mulai dari Bulan April sampai dengan Bulan Juli 2013.

4.3. Populasi dan Sampel

4.3.1. Penelitian Kuantitatif

1. Populasi Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah semua kepala keluarga/ anggota keluarga yang sudah dewasa yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi.

2. Sampel Penelitian

a. Besar Sampel

Dalam penelitian ini jumlah sampel ditentukan dengan menggunakan rumus berikut (Sastroasmoro dan Ismael, 2006) :

$$n = \frac{Z\alpha^2 PQ}{d^2}$$

n = Jumlah sampel

$Z\alpha$ = Nilai Z pada derajat kemaknaan 95% = 1,96

P = Proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi = 85,3% = 0,85

Q = $1 - P = 1 - 0,85 = 0,15$

d = derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan = 10%

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,85 \times 0,15}{(0,1)^2}$$

$$n = 48,98$$

$$n = 49$$

Jadi jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 49 KK.

b. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *cluster sampling*. Hakikat pengambilan sampel secara kelompok/ gugus adalah bahwa peneliti tidak mendaftar semua anggota atau unit yang ada di dalam populasi, tetapi cukup mendaftar banyaknya kelompok atau gugus yang ada di dalam populasi itu. Kemudian mengambil beberapa sampel berdasarkan gugus-gugus tersebut (Notoatmodjo, 2010).

Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 49 KK. Wilayah Puskesmas Tigo Baleh terdiri dari 8 kelurahan, dari 8 kelurahan tersebut hanya ada 5 kelurahan yang ditemukan adanya kasus DBD yaitu Kelurahan Belakang Balok, Sapiran, Birugo, Aur Kuning, dan Pakan Labuh. Oleh sebab itu, sampel akan diambil secara random dari 5 kelurahan tersebut.

c. Kriteria Sampel

1) Kriteria Inklusi :

- a) Kepala keluarga/ anggota keluarga yang sudah dewasa
- b) Bersedia dijadikan responden
- c) Mampu berkomunikasi dengan baik

2) Kriteria Eksklusi :

Responden tidak dijumpai dalam tiga kali kunjungan

4.3.2. Penelitian Kualitatif

Pemilihan informasi ditentukan dengan *purposive sampling* dan dilakukan berdasarkan prinsip sebagai berikut (Satori dan Komariah, 2010) :

1. Kesesuaian (*appropriateness*) dengan topik penelitian
2. Kecukupan (*adequacy*) jumlah informan dianggap cukup jika data yang didapat telah menggambarkan seluruh fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian.

Informan wawancara mendalam dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi.
2. Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan (PMK) Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi.
3. Kasie Penanggulangan dan Pencegahan Penyakit (P2P) Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi.
4. Kepala Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi.
5. Petugas Pemegang Program DBD di Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi
6. Pengurus Pokjanel DBD dari Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) Kota Bukittinggi
7. Pengurus Pokjanel DBD dari Pemberdayaan Masyarakat Kota Bukittinggi.

Selain wawancara mendalam di dalam penelitian kualitatif ini juga akan dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap enam orang kader yang ada di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh (puskesmas dengan kasus DBD tertinggi) dan wilayah kerja Puskesmas Guguk Panjang khususnya di Kelurahan Tarok Dipo (kelurahan pemenang PHBS) Kota Bukittinggi.

4.4. Instrumen Penelitian

4.4.1. Instrumen Penelitian Kuantitatif

Instrumen yang digunakan adalah kuesioner mengenai tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan pengendalian DBD, alat tulis, senter, dan kamera.

4.4.2. Instrumen Penelitian Kualitatif

Alat yang dipakai untuk membantu pengumpulan data adalah pedoman wawancara mendalam (*indepth interview*), pedoman FGD, alat perekam, alat tulis, dan kamera.

4.5. Pengumpulan Data

4.5.1. Pengumpulan Data Kuantitatif

1. Data Primer

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner dan observasi. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner yang telah dimodifikasi dan di adopsi dari penelitian yang telah dilakukan uji validitas dan reabilitas sebelumnya yaitu penelitian Meutia Wardhanie Ganie tahun 2009 yang berjudul Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan tentang 3M pada Keluarga di Kelurahan Padang Bulan Tahun 2009.

2. Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan menelusuri dan menelaah laporan-laporan atau dokumen-dokumen yang berhubungan dengan masalah yang diteliti.

4.5.2. Pengumpulan Data Kualitatif

1. Data Primer

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*), FGD, serta observasi.

2. Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan menelusuri dan menelaah laporan-laporan atau dokumen-dokumen yang berhubungan dengan masalah yang diteliti.

4.6. Pengolahan dan Analisis Data

4.6.1. Pengolahan dan Analisis Data Kuantitatif

4.6.1.1. Pengolahan Data Kuantitatif

Pengolahan data kuantitatif dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Menyunting data (*editing*)

Data yang telah dikumpulkan kemudian dilakukan pemeriksaan kelengkapannya sehingga data yang kurang, dapat langsung diketahui dan diperbaiki di tempat pengumpulan data.

2. Mengkode data (*coding*)

Mengaplikasikan jawaban-jawaban atau hasil yang ada menurut jenisnya ke dalam bentuk yang lebih ringkas dengan menggunakan kode-kode agar proses pengolahan data lebih mudah.

3. Memasukkan data (*entry data*)

Memasukkan kode jawaban ke dalam komputer dengan menggunakan program pengolah data.

4. Membersihkan data (*cleaning*)

Sebelum dilakukan analisis data terhadap data yang sudah dimasukkan dilakukan pengecekan apabila terdapat kesalahan pada saat *entry data* sehingga nilai yang ada sesuai dengan hasil pengumpulan data (Singarimbun dan Effendi, 2006).

4.6.1.2. Analisis Data Kuantitatif

Analisis data kuantitatif dilakukan dengan menggunakan analisis univariat untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan pengendalian DBD pada masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh. Data yang didapatkan akan disajikan dalam bentuk diagram pie.

4.6.2. Pengolahan dan Analisis Data Kualitatif

4.6.2.1. Pengolahan Data Kualitatif

Pengelolaan data kualitatif dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Membuat transkrip data

Menyalin informasi yang direkam menjadi bentuk catatan. Setiap sumber diberikan kode sumber agar data dapat ditelusuri kembali jika masih kurang.

2. Reduksi data

Mengumpulkan dan mengklasifikasikan data sesuai tema yang ditentukan.

3. Penyajian data

Peringkasan data dalam bentuk matriks data kualitatif.

4. Kesimpulan dan verifikasi

Membuat kesimpulan dan menafsirkan data hasil wawancara, menemukan pola dan hubungan serta membuat temuan-temuan umum (Basrowi dan Suwandi, 2008).

4.6.2.2. Analisis Data Kualitatif

Analisis data dilakukan dengan triangulasi sebagai berikut : (Afifuddin, 2009)

1. Triangulasi data

Menggunakan berbagai sumber data, seperti dokumen, arsip, hasil wawancara, hasil observasi atau juga dengan mewawancarai lebih dari satu subjek yang dianggap memiliki sudut pandang yang berbeda.

2. Triangulasi pengamat

Adanya pengamat di luar peneliti yang turut memeriksa hasil pengumpulan data. Dalam penelitian ini, misalnya pembimbing bertindak sebagai pengamat (*expert judgement*) yang memberikan masukan terhadap hasil pengumpulan data.

3. Triangulasi teori

Penggunaan berbagai teori yang berlainan untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan sudah memenuhi syarat.

4. Triangulasi metode

Penggunaan berbagai metode untuk meneliti suatu hal, seperti metode wawancara dan metode observasi. Dalam penelitian ini peneliti melakukan metode wawancara yang ditunjang dengan metode observasi pada saat wawancara dilakukan.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Daerah Penelitian

5.1.1. Gambaran Umum Kota Bukittinggi

Kota Bukittinggi terletak antara $100,20^{\circ}$ - $100,25^{\circ}$ Bujur Timur dan 00.16° - 00.20° Lintang Selatan. Memiliki luas daerah sekitar $25,24 \text{ km}^2$, luas tersebut merupakan 0.06 persen dari luas propinsi Sumatera Barat. Kota Bukittinggi dikenal dengan “KOTA TRIARGA”, julukan ini muncul karena kondisi geografis kota yang dikelilingi oleh 3 gunung yaitu Gunung Singgalang, Gunung Merapi dan Gunung Sago. Kota ini terletak pada ketinggian 909 – 941 m di atas permukaan laut. Kota Bukittinggi terdiri dari 3 kecamatan yang terbagi dalam 24 kelurahan. Kecamatan Mandiangin Koto Selayan merupakan kecamatan terluas ($12,16 \text{ km}^2$), yang terdiri atas 9 kelurahan. Kecamatan Guguk Panjang $6,83 \text{ km}^2$ terdiri dari 8 kelurahan. Sedangkan kecamatan terkecil adalah Kecamatan Aur Birugo Tigo Baleh yang memiliki luas $6,25 \text{ km}^2$, terdiri dari 8 kelurahan.

Kota Bukittinggi memiliki iklim pegunungan yang sejuk dengan temperatur udara berkisar antara $16,1^{\circ}$ - $24,9^{\circ}\text{C}$, kelembaban udara antara 82,0 - 90,8% dan tekanan udara antara 22°C - 25°C , serta curah hujan rata-rata antara 136,4 mm/tahun. Tanah merupakan lapisan Tuff dari lereng Gunung Merapi yang subur. Tata Guna Lahan sebagian besar digunakan untuk pemukiman, hotel dan pasar.

Sesuai dengan data dari BPS Kota Bukittinggi, jumlah penduduk Kota Bukittinggi tercatat sebesar 113.569 jiwa/ km^2 , dengan tingkat kepadatan 4.500 jiwa

per km². Kepadatan penduduk Kota Bukittinggi tidak merata, kepadatan penduduk tertinggi adalah di Kecamatan Guguk Panjang dengan kepadatan penduduk 6.185 jiwa/km².

Struktur penduduk di Kota Bukittinggi menunjukkan bahwa mayoritas penduduk Kota Bukittinggi berada pada kelompok usia kerja yakni kelompok umur 20 – 24 tahun (terutama yang perempuan). Peningkatan produktifitas ekonomi Kota Bukittinggi didominasi dari sektor perdagangan dan wisata. Peningkatan ekonomi telah mendorong berkembangnya taraf kehidupan masyarakat secara makro.

5.1.2. Gambaran Umum Puskesmas Tigo Baleh

5.1.2.1. Kondisi Geografis

Puskesmas Tigo Baleh terletak di Kecamatan Aur Birugo Tigo Baleh dengan wilayah kerja yang meliputi 8 kelurahan, yaitu :

1. Kelurahan Belakan Balok dengan luas 0,504 km²
2. Kelurahan Birugo dengan luas 0,94 km²
3. Kelurahan Sapiran dengan luas 0,257 km²
4. Kelurahan Aur Kuning dengan luas 0,9 km²
5. Kelurahan Pakan Labuah dengan luas 1,18 km²
6. Kelurahan Parit Antang dengan luas 0,82 km²
7. Kelurahan Ladang Cakiah dengan luas 0,74 km²
8. Kelurahan Kubu Tanjung dengan luas 0,911 km²

Jadi luas Kecamatan Aur Birugo Tigo Baleh keseluruhannya adalah 6,252 km², dengan batas-batas wilayahnya : (1) Sebelah Utara dengan Kecamatan Mandi Angin Koto Selayan ; (2) Sebelah Selatan dengan Kecamatan Banu Hampa Sungai

Puar ; (3) Sebelah Barat dengan Kecamatan IV Koto Kabupaten Agam ; (4) Sebelah Timur dengan Kecamatan IV Angkat Candung.

5.1.2.2. Kondisi Demografi

Jumlah penduduk di Kecamatan Aur Birugo Tigo Baleh tahun 2012 adalah 25.776 yang tersebar di 8 kelurahan, dapat dilihat pada data dasar pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.1. Pembagian Wilayah di Kecamatan Aur Birugo Tigo Baleh Thn. 2012

No	Kelurahan	Jumlah		Jumlah Penduduk		
		RW	RT	L	P	Total
1	Belakang Balok	4	12	1.122	1.752	2.874
2	Sapiran	6	16	1.515	1.845	3.160
3	Birugo	6	18	2.785	3.196	5.981
4	Aur Kuning	4	9	3.282	3.411	6.693
5	Pakan Labuah	7	14	1.299	1.452	2.751
6	Kubu Tanjung	4	8	641	668	1.309
7	Ladang Cakiah	2	5	854	893	1.747
8	Parit Antang	4	8	621	640	1.261
Jumlah		37	90	12.119	13.657	25.776

5.1.2.3. Tenaga dan Fasilitas Kesehatan

Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Tigo Baleh tahun 2012 berjumlah 42 orang yang tersebar di unit kesehatan yang ada. Klasifikasi tenaga kesehatan yang ada berdasarkan jenis pendidikannya adalah sebagai berikut :

Tabel 5.2. Daftar Ketenagaan di Puskesmas Tigo Baleh Tahun 2012

No	Tenaga	Jumlah
1	Dokter	2
2	Dokter Gigi	1
3	Sarjana Kesehatan Masyarakat	1
4	Bidan	17
5	Perawat	12
6	Perawat Gigi	2
7	Asisten Apoteker	1
8	Gizi	1
9	Sanitarian	2
10	Rekam Medis	1
11	Labor	1
12	Sopir	1
JUMLAH		42

Fasilitas kesehatan yang ada di wilayah Puskesmas Tigo Baleh adalah 1 buah Puskesmas Induk, 3 buah Pustu, 8 buah Poskeskel, 29 buah Posyandu, 2 buah Rumah Sakit, 1 buah Rumah Bersalin, 7 buah Praktek Bidan Swasta. Berdasarkan fasilitas yang ada, dapat dilihat bahwa rasio Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dan Poskeskel dengan penduduk adalah 1 : 2.344 penduduk. Sedangkan rasio penduduk terhadap posyandu adalah 1 : 889 penduduk.

5.1.2.4. Peran Serta Masyarakat

Di Puskesmas Tigo Baleh terdapat 29 Posyandu, dengan jumlah kader sebanyak 145 orang. Data keadaan peran serta masyarakat ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.3. Data Peran Serta Masyarakat di Puskesmas Tigo Baleh Tahun 2012

No	Kelurahan	Kader Posyandu				Dukun Bayi		
		Jml Posyandu di Kelurahan	Jml Kader yg Dilatih	Jml Kader yg Aktif	% Kader Aktif	Jml Seluruhnya	Jml yg Dilatih	Jml yg Aktif
1	Sapiran	5	25	25	100%	25	0	0
2	Birugo	6	30	30	100%	30	0	0
3	Aur Kuning	5	25	25	100%	25	0	0
4	Parit Antang	3	15	15	100%	15	0	0
5	Belakang Balok	3	15	15	100%	15	0	0
6	Ladang Cakiah	2	10	10	100%	10	0	0
7	Kubu Tanjung	2	10	10	100%	10	0	0
8	Pakan Labuah	3	15	15	100%	15	0	0
TOTAL		29	145	145	100%	145	0	0

5. 2. Epidemiologi DBD di Kota Bukittinggi

5.2.1. Distribusi Penyakit DBD menurut Tempat

5.2.1.1. Distribusi Penyakit DBD menurut Wilayah Kerja Puskesmas

Berikut dapat dilihat kejadian DBD berdasarkan wilayah kerja puskesmas yang ada di Kota Bukittinggi mulai dari tahun 2008 – 2012 :

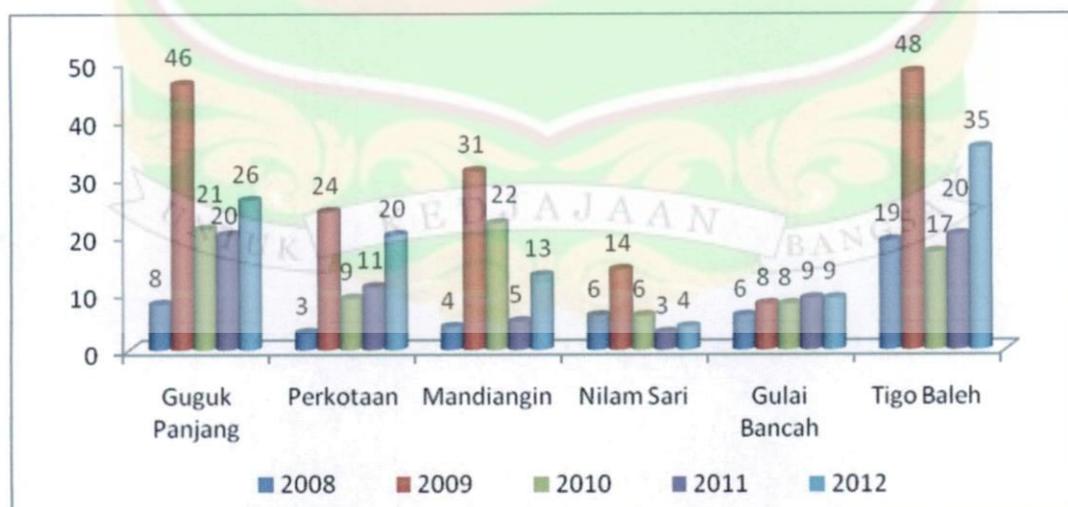


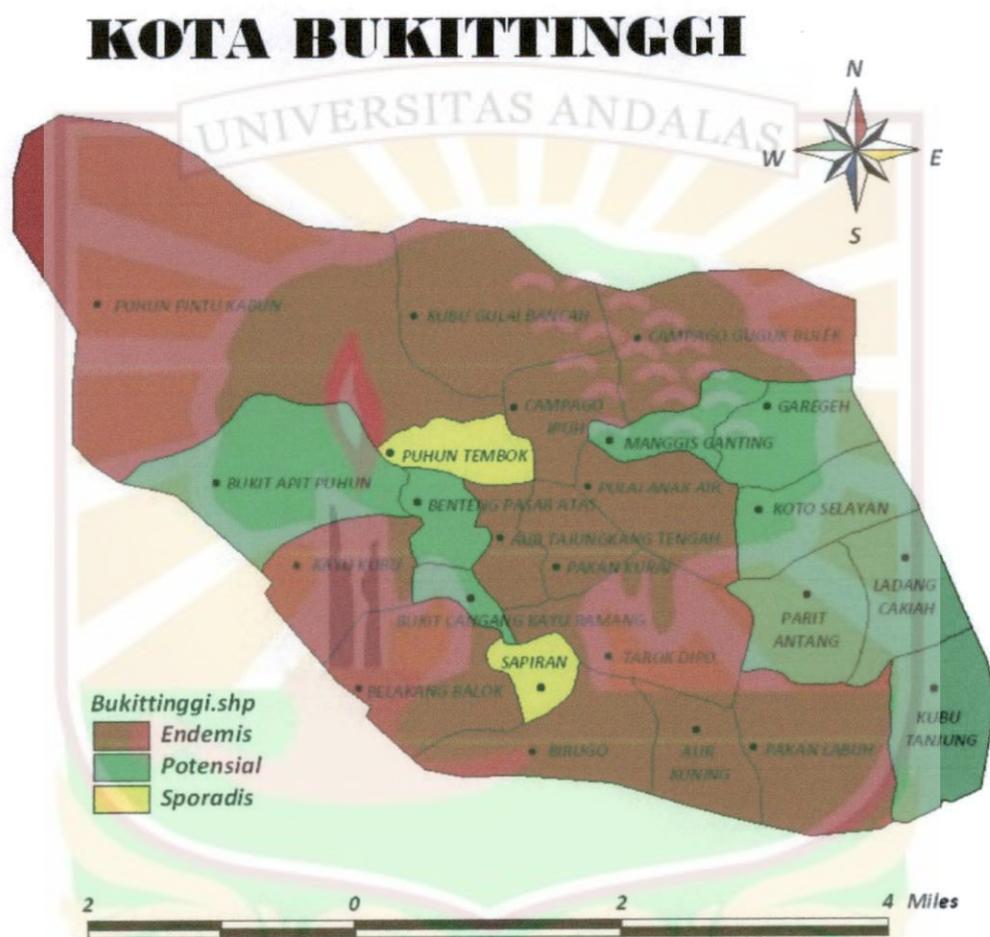
Diagram 5.1. Distribusi Kasus DBD per Wilayah Kerja Puskesmas di Kota Bukittinggi Tahun 2008 -2012

Berdasarkan diagram tersebut diketahui bahwa secara umum kasus DBD di setiap wilayah kerja puskesmas yang ada di Kota Bukittinggi mengalami fluktuasi. Namun, peningkatan kasus yang cukup tinggi terjadi pada tahun 2009 dimana jumlah kasus DBD meningkat secara signifikan di semua wilayah kerja puskesmas. Hal ini disebabkan karena adanya pengaruh kondisi lingkungan yang tidak kondusif pasca gempa bumi yang terjadi di Padang pada bulan September 2009. Pasca gempa bumi tingkat mobilisasi dan transmigrasi di Kota Bukittinggi semakin meningkat, banyak masyarakat pendatang khususnya dari Kota Padang yang memilih untuk bertempat tinggal sementara di Kota Bukittinggi dengan alasan untuk mencari zona aman. Pada tahun 2010, terjadi penurunan jumlah kasus DBD, begitu juga pada tahun 2011. Pada tahun 2012, peningkatan jumlah kasus kembali terjadi di semua wilayah kerja. Salah satu faktor utama yang menjadi penyebab terjadinya peningkatan ini yaitu karena adanya perubahan cuaca yang tidak menentu, pada tahun 2012 di Kota Bukittinggi kerap kali mengalami musim hujan dan pancaroba, hal ini tentu saja memperbanyak jumlah tempat yang sangat memungkinkan untuk menjadi media perindukan/ perkembangbiakan vektor DBD.

Dari diagram 5.1 juga didapatkan informasi bahwa seluruh wilayah kerja puskesmas yang ada di Kota Bukittinggi merupakan daerah yang endemis DBD, karena dalam 3 tahun berturut-turut ditemukan kasus DBD. Diagram 5.1 juga memperlihatkan bahwa dari 6 puskesmas yang ada, hampir tiap tahunnya kasus DBD tertinggi ditemukan di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh.

5.2.1.2. Pembagian Wilayah Kota Bukittinggi Berdasarkan Kejadian DBD

Berikut dapat dilihat lebih lanjut gambaran pembagian wilayah Kota Bukittinggi berdasarkan kejadian DBD tahun 2009 – 2012 :



Gambar 5.1. Peta Pembagian Wilayah Kota Bukittinggi Berdasarkan Kejadian DBD Tahun 2009 – 2012

Berdasarkan gambar di atas dapat disimpulkan bahwa mayoritas penduduk Bukittinggi bertempat tinggal di wilayah yang endemis DBD. Di bawah ini bisa dilihat penyebaran kasus DBD per kelurahan di Kota Bukittinggi dari tahun 2009 – 2012 :

Tabel 5.4. Penyebaran Kasus DBD per Kecamatan Tahun 2009 – 2012

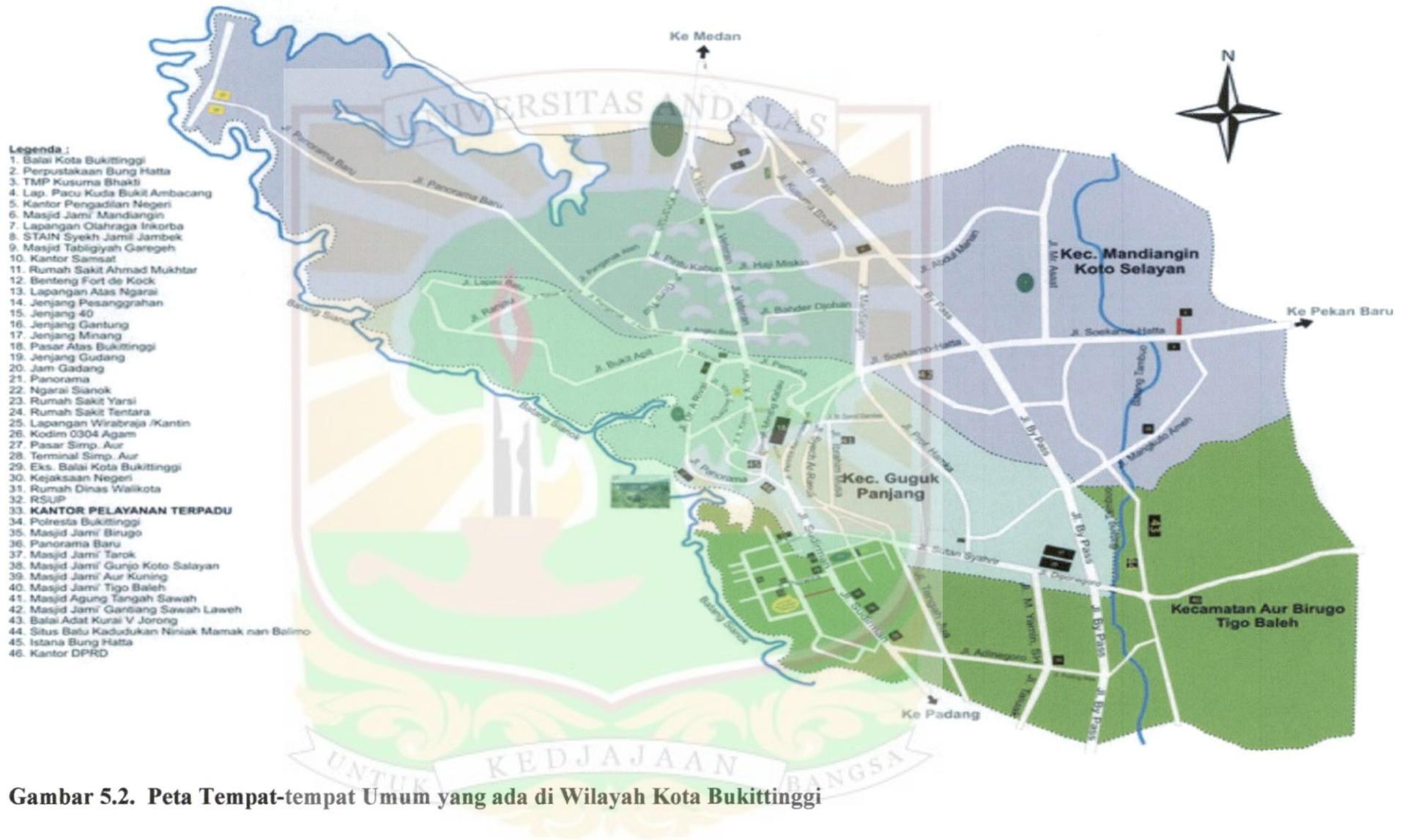
No	Kelurahan	Tahun				Kategori Wilayah
		2009	2010	2011	2012	
1	Kayu Kubu	-	√	√	√	Endemis
2	Pakan Kurai	-	√	√	√	Endemis
3	Benteng Pasar Atas	-	√	-	-	Potensial
4	Bukit Cangang Kayu Ramang	-	√	√	-	Potensial
5	Aur Tajungkang Tengah	-	√	√	√	Endemis
6	Tarok Dipo	-	√	√	√	Endemis
7	Bukit Apit Puhun	-	√	-	√	Potensial
8	Campago Ipuh	√	√	√	√	Endemis
9	Campago Guguk Bulek	√	√	√	√	Endemis
10	Kubu Gulai Bancah	√	√	√	√	Endemis
11	Puhun Tembok	√	√	√	-	Sporadis
12	Puhun Pintu Kabun	√	√	√	√	Endemis
13	Manggis Ganting	-	-	√	-	Potensial
14	Pulai Anak Air	√	√	√	√	Endemis
15	Garegeh	-	√	-	√	Potensial
16	Koto Selayan	-	-	-	√	Potensial
17	Belakang Balok	√	√	√	√	Endemis
18	Birugo	√	√	√	√	Endemis
19	Aur Kuning	√	√	√	√	Endemis
20	Sapiran	√	-	√	√	Sporadis
21	Kubu Tanjung	-	-	√	√	Potensial
22	Pakan Labuh	√	√	√	√	Endemis
23	Ladang Cakiah	√	-	√	-	Potensial
24	Parit Antang	-	√	-	-	Potensial

Keterangan : √ = Terdapat Kasus DBD
 - = Tidak Ada Kasus DBD

Salah satu faktor yang menyebabkan banyaknya wilayah endemis DBD di Kota Bukittinggi yaitu karena Kota Bukittinggi adalah kota wisata dan di wilayah ini banyak ditemukan tempat-tempat umum.

5.2.1.3. Hubungan DBD dengan banyaknya Tempat Umum di Kota Bukittinggi

Berikut dapat dilihat gambaran tempat-tempat umum yang ada di Kota Bukittinggi :



Gambar 5.2. Peta Tempat-tempat Umum yang ada di Wilayah Kota Bukittinggi

Tempat-tempat umum seperti sekolah, perguruan tinggi, tempat wisata, dan pasar dapat menjadi tempat potensial sebagai media perindukan vektor DBD. Tempat-tempat umum ini tentunya menjadi daerah yang memiliki mobilisasi tinggi, sehingga resiko terjadinya penularan penyakit DBD juga menjadi semakin tinggi. Oleh sebab itu, penerapan perilaku hidup bersih dan sehat harus lebih ditingkatkan unuk mengantisipasi timbulnya penyakit tersebut.

5.2.2. Distribusi Penyakit DBD menurut Waktu

Kejadian DBD menurut waktu di Kota Bukittinggi tahun 2008 – 2012 dapat dilihat pada diagram di bawah ini :

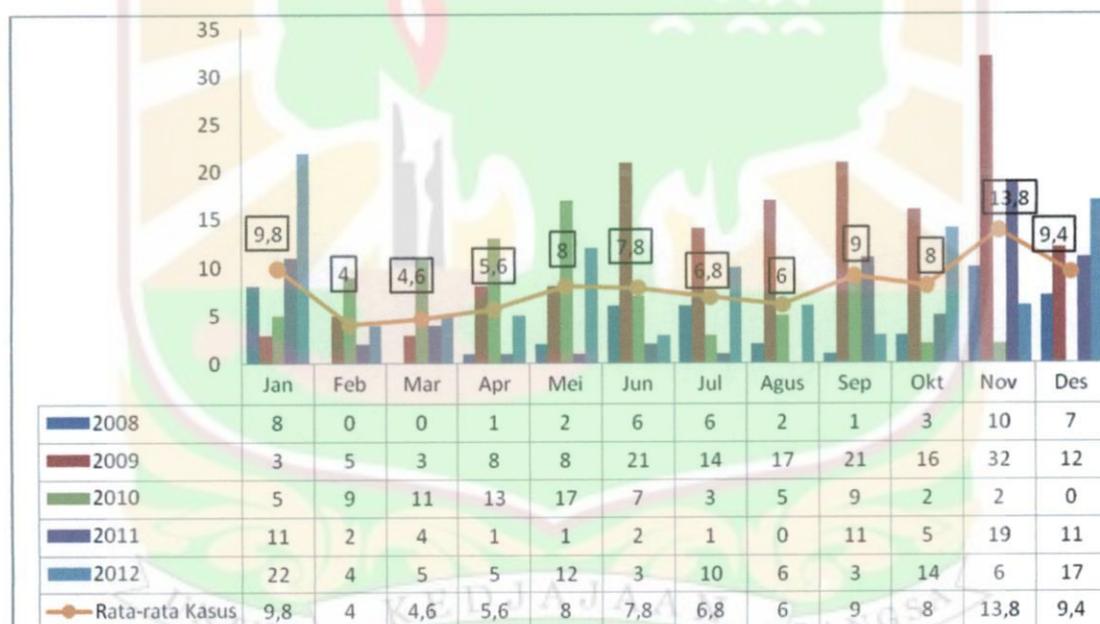


Diagram 5.2. Distribusi Kasus DBD per Bulan di Kota Bukittinggi Tahun 2008 – 2012

Berdasarkan diagram di atas dapat diketahui bahwa kasus DBD tertinggi di Kota Bukittinggi tahun 2008 – 2012 terjadi pada bulan November tahun 2009 yaitu sebesar 32 kasus. Rata-rata kejadian kasus DBD dari tahun 2008 – 2012 yang

tertinggi juga terjadi pada bulan November yaitu sekitar 14 kasus dan yang terendah terjadi pada bulan Februari sebesar 4 kasus. Berikut dapat dilihat trend penyakit DBD di Kota Bukittinggi tahun 2008 – 2012 :

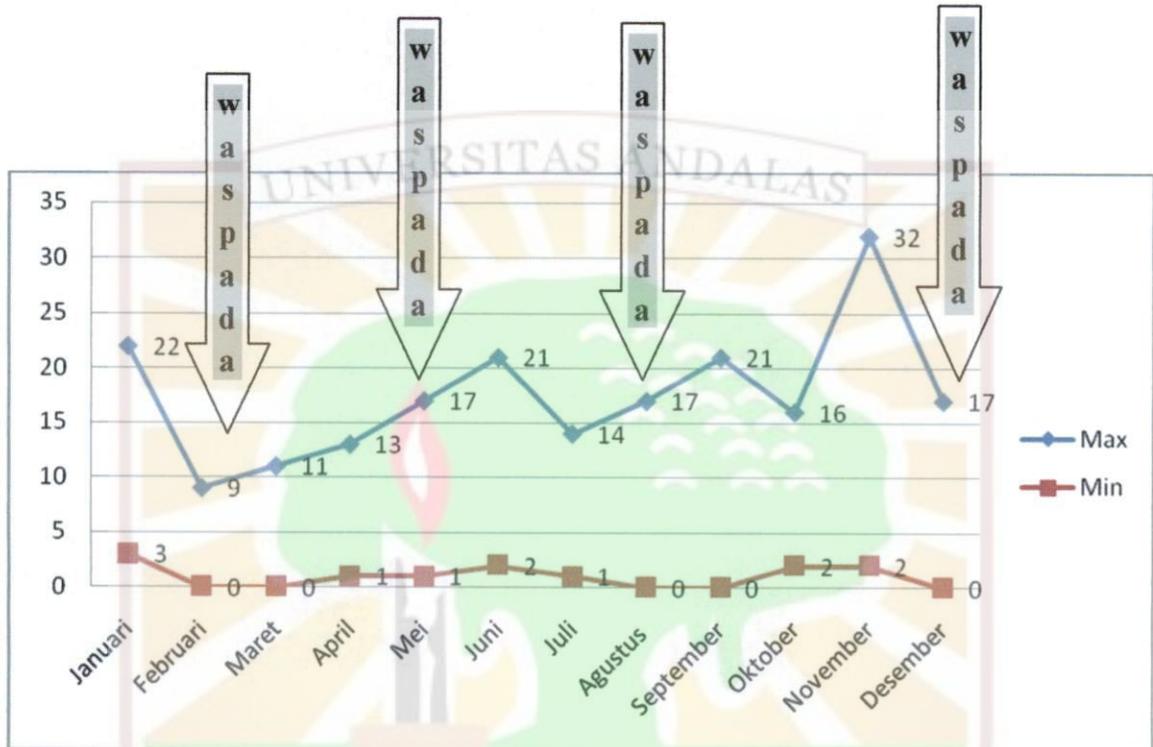


Diagram 5.3. Trend Penyakit DBD di Kota Bukittinggi Tahun 2008 -2012

Berdasarkan diagram di atas dapat diketahui bahwa terjadi kenaikan kasus yang cukup tinggi pada Bulan Juni, September, November, dan Januari, sehingga pada bulan Februari, Mei, Agustus, dan Desember masyarakat perlu lebih meningkatkan kewaspadaan dengan gerakan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) melalui gerakan 3M (menutup, menguras, dan menimbun), *fogging*, plus abatisasi/larvasidasi, gotong royong, menggunakan kelambu, dan lain sebagainya.

5.2.3. Distribusi Penyakit DBD menurut Orang

Berikut dapat dilihat kejadian DBD menurut golongan umur di Kota Bukittinggi tahun 2012 :

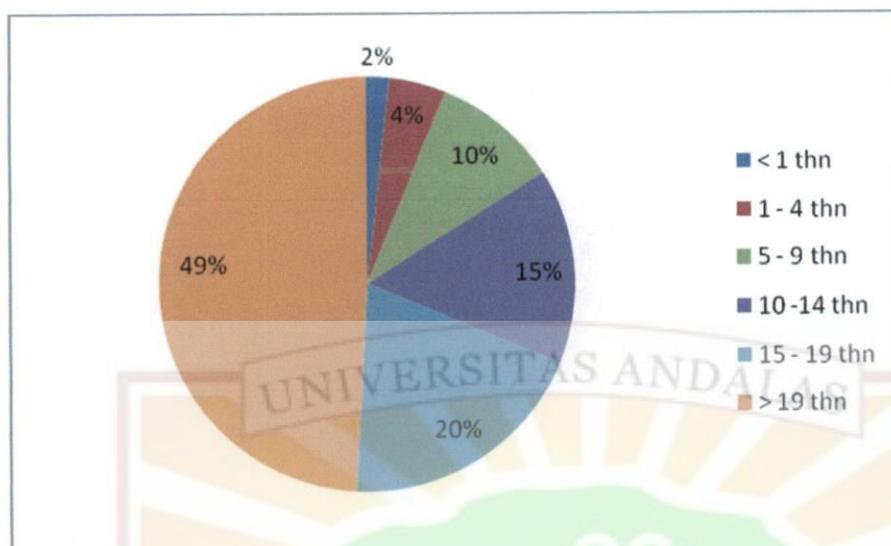


Diagram 5.4. Distribusi Kasus DBD menurut Golongan Umur di Kota Bukittinggi Tahun 2012

Berdasarkan diagram di atas diketahui bahwa pada tahun 2012, hampir setengah dari penderita DBD yaitu 49% dari penderita termasuk dalam golongan umur yang besar dari 19 tahun. Dengan begitu dapat disimpulkan bahwa kejadian DBD di Kota Bukittinggi pada tahun 2012 lebih banyak menyerang masyarakat dewasa, baik yang dalam usia kerja maupun masyarakat yang tergolong usia lanjut. Oleh sebab itu, perlu dilakukan upaya pengamatan dan penggerakan yang lebih intensif terhadap kegiatan pengendalian DBD yang dilakukan oleh masyarakat yang ada di Kota Bukittinggi.

5.3. Hasil Penelitian Kuantitatif

Data kuantitatif didapatkan melalui wawancara mengenai pengendalian DBD dan survei jentik langsung ke rumah masyarakat yang terpilih menjadi responden di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi. Pada penelitian kuantitatif ini

hanya dilakukan analisis univariat untuk melihat bagaimana distribusi frekuensi dari tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan responden terhadap upaya pengendalian DBD.

5.3.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Berikut ini dapat dilihat bagaimana gambaran karakteristik dari 49 responden yang menjadi objek penelitian dalam penelitian kuantitatif:

Tabel 5.5. Karakteristik Responden dalam Penelitian Kuantitatif

No	Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase
1	Kategori Umur		
	18 – 25 tahun	4	8,2 %
	26 – 40 tahun	24	49 %
	41 – 64 tahun	19	38,8 %
	> 64 tahun	2	4,1 %
2	Kategori Pendidikan		
	Pendidikan Dasar (SD)	6	12,2 %
	Pendidikan Menengah (SMP)	5	10,2 %
	Pendidikan Tinggi (SMA – PT)	38	77,6 %
3	Kategori Pekerjaan		
	Tidak Bekerja / IRT	33	67,3 %
	PNS	5	10,2 %
	Non – PNS	11	22,4 %
4	Kategori Pendapatan		
	> Rp 1.300.000	19	38,8 %
	Rp 1.300.000 – Rp 4.000.000	25	51 %
	< Rp 4.000.000	5	10,2 %
5	Riwayat Responden/ Keluarga dengan DBD		
	Ya	9	18,4 %
	Tidak	40	81,6 %

Berdasarkan tabel 5.5. jika dilihat dari nilai tertinggi diketahui bahwa dari 49 responden terdapat 49 % responden yang termasuk dalam golongan umur 26-40 tahun, terdapat 77,6 % responden yang berpendidikan tinggi (SMA-PT), 67,3 % responden tidak bekerja atau hanya menjadi ibu rumah tangga, dan 51 % responden

termasuk ke dalam kategori yang memiliki pendapatan Rp 1.300.000 - Rp 4.000.000 per bulannya.

Didalam penelitian ini juga dilakukan survei terhadap jentik nyamuk, dan berdasarkan hasil survei diperoleh data sebagai berikut :



Diagram 5.5. Penemuan Jentik Nyamuk Saat Survei di Rumah Responden

Berdasarkan diagram 5.5. dapat dilihat bahwa pada saat survei masih ditemukan adanya jentik di rumah masyarakat yang menjadi responden dalam penelitian. Dari 49 rumah responden yang di survei, ternyata ada 18 rumah yang ditemukan jentik. Jika dilihat ABJ nya masih jauh dibawah indikator yang telah ditetapkan yakni 63,3%.

5.3.2. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan

Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden terhadap pengendalian DBD dapat dilihat sebagai berikut :

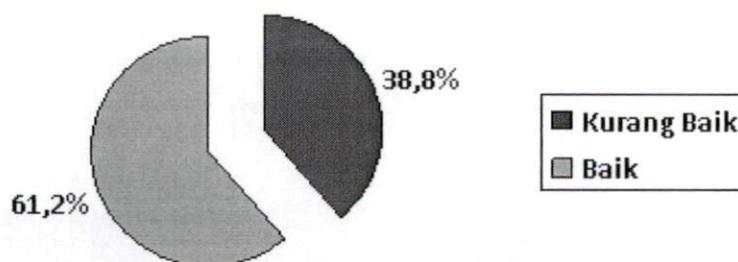


Diagram 5.6. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden

Berdasarkan diagram 5.6. dapat dilihat bahwa dari 49 responden, ada 30 responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik (61,2 %) terhadap upaya pengendalian DBD.

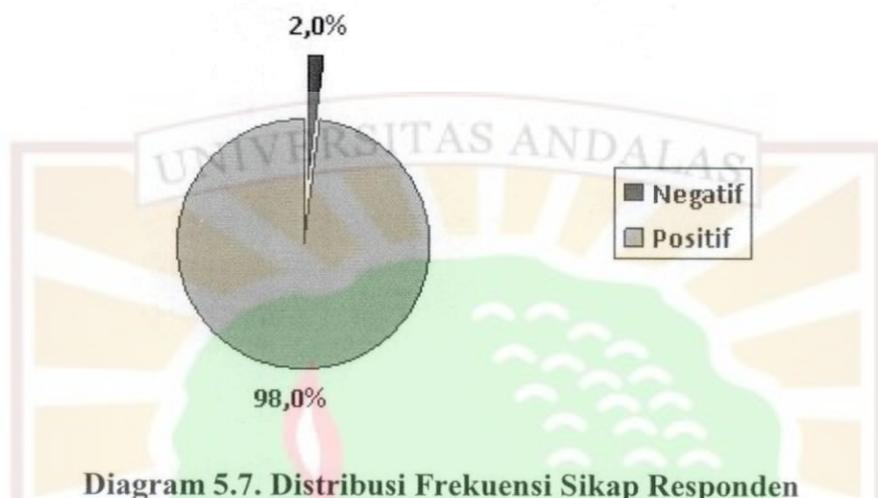
Tabel 5.6. Analisa Kuesioner Tingkat Pengetahuan

No	Pertanyaan	Jawaban			
		Salah		Benar	
		f	%	f	%
1	Cara mencegah penyakit demam berdarah dengue (DBD)	29	59,2	20	40,8
2	Tempat perkembangbiakan nyamuk penyebab DBD	24	49	25	51
3	Program puskesmas untuk mengendalikan DBD	24	49	25	51
4	Manfaat dilakukannya 3M	14	28,6	35	71,4
5	Orang-orang yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pengendalian DBD	9	18,4	40	81,6
6	Definisi 3M	7	14,3	42	85,7
7	Sasaran utama pelaksanaan 3M	6	12,2	43	87,8
8	Kegunaan bubuk abate	4	8,2	45	91,8
9	Pencegahan DBD pada tempat penampungan air (TPA)	3	6,1	46	93,9
10	Pencegahan DBD pada bak mandi	3	6,1	46	93,9

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa lebih dari setengah responden yaitu sebesar 59,2% masih belum mengetahui tentang bagaimana cara mencegah penyakit demam berdarah dengue.

5.3.3. Distribusi Frekuensi Sikap

Distribusi frekuensi sikap responden terhadap pengendalian DBD dapat dilihat sebagai berikut :



Berdasarkan diagram 5.7. dapat dilihat bahwa dari 49 responden, 98 % dari responden menunjukkan sikap yang positif terhadap kegiatan pengendalian DBD.

Tabel 5.7. Analisa Kuesioner Sikap

No	Pertanyaan	Jawaban			
		Salah		Benar	
		f	%	f	%
1	Memelihara ikan pemakan jentik di kolam/ sumur/ tempat penampungan air	16	33	33	67
2	Gotong royong tidak perlu dilakukan secara rutin	5	10,2	44	89,8
3	Tempat penampungan air tidak perlu ditutup	4	8,1	45	91,9
4	Anggota keluarga yang sudah 3 hari demam tinggi tidak perlu segera dibawa ke puskesmas/ rumah sakit	4	8,1	45	91,9
5	Sumur/ tempat penampungan air sebaiknya diberi bubuk abate minimal 3 – 4 bulan sekali	3	6,1	46	93,9
6	Pemberantasan sarang nyamuk (PSN) hanya tanggung jawab pemerintah	2	4,1	47	95,9
7	Perlu menghadiri penyuluhan/ kegiatan – kegiatan pengendalian DBD	1	2	48	98
8	Membersihkan tempat penampungan air minimal seminggu sekali	0	0	49	100
9	DBD harus dicegah bersama-sama	0	0	49	100
10	Televisi, radio, dan koran perlu memberikan informasi tentang DBD	0	0	49	100

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa hampir setengah dari responden yaitu sebesar 33% responden tidak begitu menyetujui upaya pengendalian DBD melalui pemeliharaan ikan pemakan jentik (ikanisasi).

5.3.4. Distribusi Frekuensi Tindakan

Distribusi frekuensi tindakan responden terhadap pengendalian DBD dapat dilihat sebagai berikut :

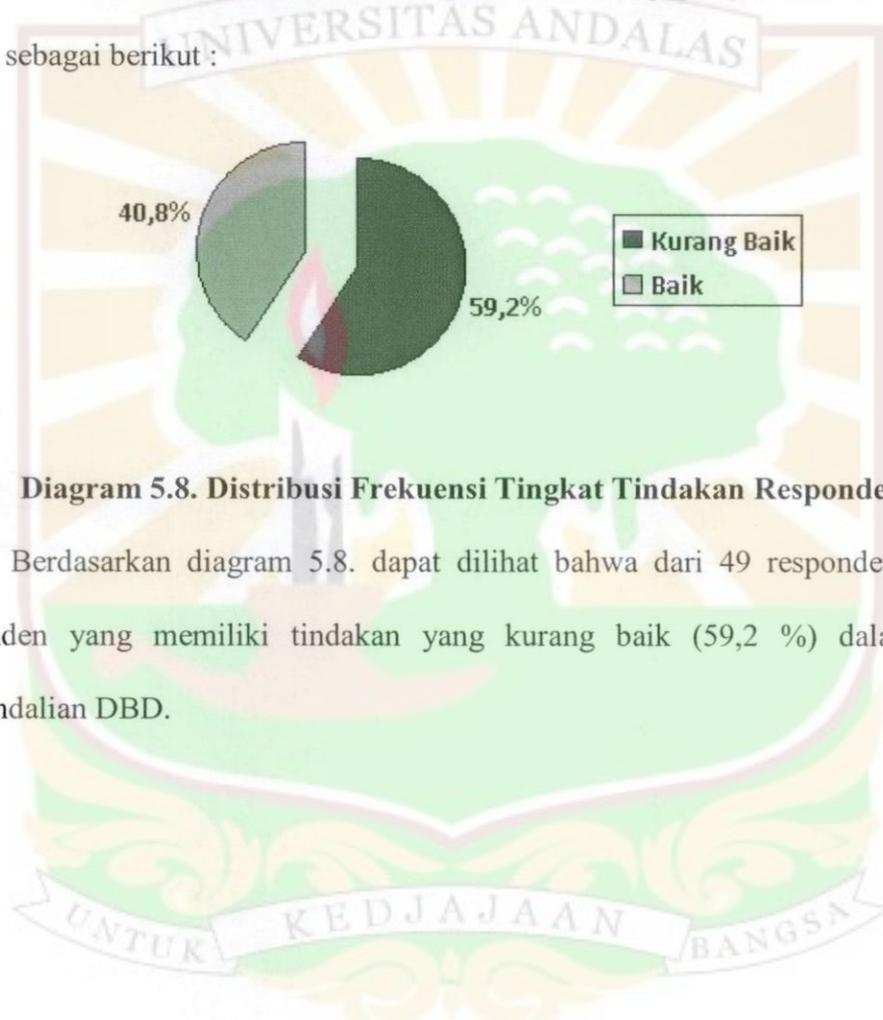


Diagram 5.8. Distribusi Frekuensi Tingkat Tindakan Responden

Berdasarkan diagram 5.8. dapat dilihat bahwa dari 49 responden, ada 29 responden yang memiliki tindakan yang kurang baik (59,2 %) dalam upaya pengendalian DBD.

Tabel 5.8. Analisa Kuesioner Tindakan

No	Pertanyaan	Jawaban			
		Salah		Benar	
		f	%	f	%
1	Memiliki kebiasaan menggantung pakaian di rumah	36	73,5	13	26,5
2	Menggunakan kawat kasa (kawat anti nyamuk) untuk menutup ventilasi di rumah	34	69,4	15	30,6
3	Pernah mengikuti penyuluhan/ kegiatan-kegiatan pengendalian DBD	22	44,9	27	55,1
4	Pernah menaburkan bubuk abate di sumur/ tempat penampungan air	15	30,6	34	69,4
5	Menggunakan obat nyamuk di rumah	15	30,6	34	69,4
6	Menutup rapat-rapat tempat penampungan air di rumah	12	24,5	37	75,5
7	Melakukan pengawasan terhadap jentik nyamuk di rumah	10	20,4	39	79,6
8	Pernah mengikuti kerja bakti dengan warga lain untuk membersihkan lingkungan terutama dari air yang tergenang	4	8,2	45	91,8
9	Membersihkan/ mengubur/ membakar barang bekas yang menjadi tempat bersarangnya nyamuk	3	6,1	46	93,9
10	Menguras dan menyikat tempat-tempat penampungan air di rumah	0	0	49	100

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa lebih dari setengah responden yaitu sebesar 73,5% responden masih memiliki kebiasaan menggantung pakaian di rumah.

5. 4. Hasil Penelitian Kualitatif

5.4.1. Karakteristik Informan dan Responden

Data kualitatif didapatkan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan 7 orang informan yang berasal dari Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi, Pemberdayaan Masyarakat Kota Bukittinggi, PKK Kota Bukittinggi, dan Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi. Karakteristik Informan dalam wawancara mendalam dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.9. Karakteristik Informan Wawancara Mendalam

No	Informan	Kode Informan	Jabatan	Pendidikan
1	Drg. Hj. Syofia Dasmauli, MKM	IF 1	Kepala Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi	S2
2	Dodi Mofiar, SKM, Msi	IF 2	Kepala Bidang PMK DKK Bukittinggi	S2
3	dr. Silvia Angraini	IF 3	Kepala Seksi P2P DKK Bukittinggi	S2
4	dr. Rio Juanda	IF 4	Kepala Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi	S1
5	Reni Marlina	IF 5	Pemegang Program DBD di Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi	D3
6	Lasmita	IF 6	Pokjanal DBD dari Pemberdayaan Masyarakat Kota Bukittinggi	S1
7	Mulyati Nizar	IF 7	Pokjanal DBD dari PKK Kota Bukittinggi	SLTA

FGD dilakukan terhadap 6 orang kader yang terdiri dari 2 kelompok yaitu 3 orang kader yang ada di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh (puskesmas dengan kasus DBD tertinggi di Kota Bukittinggi tahun 2012) dan 3 orang kader yang ada di wilayah kerja Puskesmas Guguk Panjang khususnya di Kelurahan Tarok Dipo (kelurahan pemenang PHBS). Berikut karakteristik responden dalam FGD :

Tabel 5.10. Karakteristik Responden *Focus Group Discussion*

No	Responden	Kode Responden	Kader	Pekerjaan	Umur
1	Netti Herawati	R1	Tarok Dipo	IRT	40 tahun
2	Murniati	R2	Tarok Dipo	IRT	43 tahun
3	Yusni M	R3	Tarok Dipo	Guru PAUD	48 tahun
4	Dian Anggreani	R4	Tigo Baleh	Wiraswasta	39 tahun
5	Ratnawati	R5	Tigo Baleh	IRT	38 tahun
6	May	R6	Tigo Baleh	IRT	39 tahun

Wawancara mendalam dan FGD ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui lebih dalam mengenai pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi tahun 2012.

5.4.2. Komponen Input

5.4.2.1. Kebijakan

Kebijakan merupakan panduan dalam melaksanakan pekerjaan. Kebijakan dapat berupa peraturan, keputusan pemerintah, instruksi, edaran, atau buku pedoman yang dapat mendukung dan memudahkan pelaksanaan program pengendalian DBD. Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi, maka diperoleh informasi sebagai berikut :

“... Kalau sebelum-sebelumnya kita tidak pernah ditetapkan sebagai daerah endemis karena kita ketinggiannya 500 meter di atas permukaan laut, jadi seyogyanya kan bukan daerah yang bagus untuk tempat pembiakan atau perindukan dari pada DBD. Namun, mungkin karena pemanasan global dan juga bertambahnya penduduk dan juga banyak kendaraan, sehingga Bukittinggi semenjak tahun 2005 dinyatakan sebagai daerah yang endemis DBD, jadi untuk itu perlu diantisipasi dengan program yang lebih intensif lagi untuk menanggulangi DBD ini... Untuk itu kita telah memberlakukan seperti daerah-daerah lain yang endemis DBD... kalau sosialisasi kita sudah mulai dari tingkat pengambil kebijakan (stakeholder) sampai ke tingkat masyarakat, kita juga mengikutsertakan atau memberdayakan masyarakat untuk penanggulangan ini.” (IF 1)

“....yang pertama kebijakan itu kita harus menyiapkan alokasi sumber daya/ resource, mulai dari ketenagaan kemudian juga peralatan-peralatan yang diperlukan, ketersediaan dana, termasuk langkah-langkah dalam pengendalian itu. Kedua, dalam tahap pelaksanaan kita mesti tetap membangun partisipasi masyarakat dalam upaya penurunan angka kejadian DBD melalui gerakan 3M, kemudian juga tidak tertutup kemungkinan kegiatan-kegiatan yang bersifat pembasmian nyamuk berupa fogging, terus pemberian ABT, dan selanjutnya juga pemantauan jentik berkala.... sampai sejauh ini kita belum memiliki perda, tapi sosialisasi yang kita lakukan lebih bersifat pertemuan-pertemuan, penyampaian-penyampaian yang bersifat apa namanya... leaflet, terus kemudian poster, spanduk, kemudian ada buku saku yang berhubungan dengan demam berdarah semuanya baru pada tahap tersebut.” (IF 2)

“Tentang kebijakan itu kita beranjak mulai dari kebijakan yang berasal dari pusat ada, provinsi ada, sampai ke daerah. Di daerah Kota Bukittinggi yang mengeluarkan kebijakan itu adalah pemda setempat yaitu Bapak walikota, pernah mengeluarkan berupa himbauan ada tentang DBD ini, tentang 3M, surat edarannya juga sudah ada... Setelah surat edaran atau surat instruksi dari walikota itu dibuat, disosialisasikan dulu di tingkat kota dengan pertemuan lintas sektor Kota Bukittinggi...kemudian kita distribusikan...sampai ke masyarakat.” (IF 3)

Dari wawancara mendalam yang telah dilakukan di Puskesmas Tigo Baleh, di dapatkan informasi sebagai berikut :

“...kebijakan pengendalian DBD selama ini memang sudah bertahun-tahun kita sudah memulai aktifitas ini karena sebelumnya memang Bukittinggi ini kan bukan daerah epidemiologi untuk DBD, tetapi beberapa tahun terakhir terjadi peningkatan kasus DBD khususnya daerah Bukittinggi sendiri. Nah, karena itu kebijakan ini dibentuk atas prakarsa dari dinas kesehatan dan lintas sektoral yang lain. Ini digunakan untuk mengantisipasi kasus DBD yang lebih besar.” (IF 4)

“...kebijakan pengendalian DBD ini sangat penting, tentunya dikeluarkan dengan tujuan untuk menurunkan angka kejadian demam berdarah di Kota Bukittinggi ...sudah disosialisasikan ke masyarakat, terutama ke kantor lurah, dan di puskesmas juga. Bentuk sosialisasinya macam-macam ada yang berupa pengumuman, himbauan, melalui surat edaran, bahkan instruksi dari Wali Kota sendiri juga ada. Untuk mensosialisasikan kebijakan DBD ini kami bekerjasama dengan orang promkes. Jadi kebijakan ini telah disosialisasikan baik kepada kader maupun masyarakat.” (IF 5)

Berikut disajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai kebijakan program pengendalian

DBD di Kota Bukittinggi :

Tabel 5.11. Kebijakan Program Pengendalian DBD

Topik	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Analisis Triangulasi
Kebijakan	<p>Kebijakan Program Pengendalian DBD mulai diberlakukan di Kota Bukittinggi sejak tahun 2005. Kebijakan ini telah disosialisasikan baik di tingkat kota, kecamatan, sampai kepada lapisan masyarakat. Sosialisasi telah dilakukan baik secara langsung, melalui medias masa, elektronik, maupun media lainnya.</p>	<p>Sebelum menjalankan kebijakan Program Pengendalian DBD, terlebih dahulu telah dipersiapkan alokasi sumber daya yang dibutuhkan, baik meliputi dana, tenaga, maupun sarana. Selain itu, dalam melaksanakan kebijakan ini perlu tetap dibangun parti-sipasi dari masyarakat. Kebijakan ini juga telah disosialisasikan ke berbagai pihak.</p>	<p>Kebijakan program pengendalian ini beranjak mulai dari pusat, provinsi, hingga ke daerah. Kebijakan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi dikeluarkan oleh pemda setempat yaitu Bapak Walikota. Walikota telah mengeluarkan himbauan, edaran, instruksi, SK, maupun berbagai pengumuman terkait kebijakan.</p>	<p>Kebijakan Program Pengendalian DBD dibentuk atas prakarsa dari Dinas Kesehatan Kota dan lintas sektor lainnya. Kebijakan ini mulai ditetapkan sejak Kota Bukittinggi ditetapkan sebagai daerah yang endemis DBD.</p>	<p>Kebijakan Program Pengendalian DBD ini sangat penting dan dikeluarkan dengan tujuan untuk menurunkan angka kesakitan maupun kematian akibat penyakit DBD.</p>	<p>Kantor Pemberdayaan Masyarakat merupakan salah satu SKPD yang ikut serta di dalam memberdayakan masyarakat untuk terlibat di dalam pelaksanaan kebijakan pengendalian DBD.</p>	<p>Tim gerak PKK bekerjasama dengan dinas kesehatan untuk menggerakkan masyarakat agar mau berperan aktif di dalam menjalankan Kebijakan Program Pengendalian DBD.</p>	<p>Kebijakan Program Pengendalian DBD telah diberlakukan di Kota Bukittinggi, dikeluarkan oleh pemerintah daerah setempat dan kebijakan ini berpedoman pada kebijakan pusat dan provinsi yang telah diberlakukan sebelumnya. Kebijakan DBD ini juga telah di sosialisasikan ke berbagai pihak, baik yang ada di lintas program, lintas sektoral, maupun kepada masyarakat yang ada di Kota Bukittinggi.</p>

Dari wawancara mendalam yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa kebijakan tentang pengendalian DBD memang sudah dikeluarkan di Kota Bukittinggi dan sudah didukung dengan adanya edaran, instruksi, pengumuman, maupun surat keputusan terkait program pengendalian DBD juga sudah dikeluarkan oleh walikota setempat, namun sejauh ini berdasarkan informasi yang di dapatkan dari Kepala Bidang PMK DKK Bukittinggi memang belum ada peraturan daerah yang ditetapkan terkait program pengendalian DBD ini.

Hasil pengumpulan data melalui telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam mengenai kebijakan Program Pengendalian DBD dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.12. Matriks Triangulasi Kebijakan Program Pengendalian DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Topik	Dokumentasi	Observasi	Wawancara Mendalam	Analisis Triangulasi
Kebijakan	Ditemukan adanya edaran, surat keputusan pembentukan pokjanal, instruksi, dan pengumuman yang dikeluarkan oleh Walikota Bukittinggi terkait kegiatan pengendalian DBD. Selain itu sudah ada juga buku pedoman yang dapat dijadikan rujukan di dalam pelaksanaan program	Masih ada petugas kesehatan yang melaksanakan program pengendalian DBD hanya berdasarkan pengalaman, tanpa terlalu merujuk pada buku-buku pedoman yang telah tersedia.	Kebijakan Program Pengendalian DBD telah dikeluarkan oleh pemerintah daerah setempat. Kebijakan DBD ini juga telah di sosialisasikan ke berbagai pihak, baik yang ada di lintas program, lintas sektoral, maupun kepada masyarakat yang ada di Kota Bukittinggi.	Kebijakan Program pengendalian DBD sudah diberlakukan dan disosialisasikan di Kota Bukittinggi. Namun, di dalam pelaksanaannya masih ada petugas yang melaksanakan program hanya berdasarkan pengalaman saja, tanpa terlalu berpedoman dengan buku petunjuk yang telah ada.

Berdasarkan telaah dokumen pada Seksi P2P Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dan Puskesmas Tigo Baleh diketahui bahwa kebijakan program pengendalian DBD telah dikeluarkan di Kota Bukittinggi, kebijakan ini dikeluarkan antara lain dalam bentuk Edaran Walikota No. 443.585/-IV-/P2P/2006 tentang Waspada Bahaya Penyakit DBD, Keputusan Walikota No. 188.45-310-2007 tentang Pembentukan Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) Penanggulangan Demam Berdarah Dengue (DBD) Kota Bukittinggi, Instruksi walikota No. 440/412/DKK/X-09 tentang Pencegahan Penyakit DBD di Kota Bukittinggi, Edaran Walikota No. 440/ 413/DKK/X-09 tentang Waspada Penyakit DBD, dan terakhir Walikota Bukittinggi juga mengeluarkan Pengumuman No. 443.4/004/Dinkes/I-2012 tentang Gotong Royong dalam Rangka Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD).

Pelaksanaan program pengendalian DBD juga didukung oleh beberapa buku sumber dan pedoman seperti : Petunjuk Teknis Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) oleh Juru Pemantau Jentik (Jumantik) tahun 2006 dan Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue tahun 2011.

5.4.2.2. Dana

Dana untuk kegiatan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi pada prinsipnya berasal dari APBD daerah. Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi, pihak Puskesmas, dan Pengurus Pokjanal DBD baik dari Pemberdayaan Masyarakat maupun PKK Kota Bukittinggi diperoleh informasi sebagai berikut :

“...dana kita tentu saja dari APBD Kota Bukittinggi dan juga ada beberapa dana sharing dari provinsi, baik itu berupa bantuan peralatan maupun

bahan-bahan untuk tindakan dari pada pengendalian DBD.... biasanya sampai saat ini khusus untuk kegiatan fogging dananya selalu berlebih. Artinya kita mungkin karena takut ya maka memprediksakannya lebih tinggi, kemudian untuk dana-dana lain juga cukup memadai. Kalau untuk dana alhamdulillah tidak ada masalah.” (IF 1)

“...kita masih semuanya APBD Kota Bukittinggi, jadi penekanan sumber daya itu lebih banyak ke arah fogging maksudnya pengasapan gitu ya, kemudian pengadaan abate, pengadaan mesin fogging, kemudian juga kegiatan-kegiatan pertemuan-pertemuan dan sosialisasi... sampai saat ini cukup, artinya bahwa apabila terjadi kasus kita melakukan pengasapan sudah teranggarkan, termasuk juga sosialisasi...” (IF 2)

“Kalau untuk pengendalian demam berdarah dananya sekarang dari APBD. Kalau tahun-tahun sebelumnya ada bantuan dari provinsi, provinsi dari pusat mungkin... Kalau analisa kami, misalnya kami butuh untuk 20 kasus, ya sejauh ini semuanya di acc. Kalau seandainya kurang, boleh diminta lagi. Jadi pada prinsipnya APBD itu dia meng-acc berapun kebutuhan kita.” (IF 3)

“Kalau sumber dana kita dari APBD Kota Bukittinggi, diambil dari sana. Nanti program-programnya misalnya pemantauan jentik berkala, termasuk juga nanti apabila ada kasus kita fogging, itu tetap dilaksanakan. Kemudian yang untuk pasien-pasien yang dirawat itu kita adakan pencatatan dan pelaporan, karena untuk menilai kasus-kasus yang terjadi. Jadi dananya dari APBD kota melalui dinas kesehatan. Sampai saat ini dana tersebut masih cukup, maksudnya kita kan mengadakan kegiatan, nanti kita ajukan anggarannya, nanti di sana yang keluar. Jadi sampai saat ini sudah cukup, belum ada hambatan terkait masalah dana.” (IF 4)

“Kalau dananya itu berasal dari APBD, dan ini kita gunakan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan pengendalian DBD seperti PJB dan sebagainya. Pernah juga ada dana dari BOK, dan ini kita gunakan untuk pemberantasan wabah. Sejauh ini terkait dana, alhamdulillah masih belum ada masalah.” (IF 5)

“...pada umumnya pemberdayaan masyarakat ini sifatnya universal, jadi kita kalau mengkhususkan dananya tentu tidak bisa. Kalau yang mengkhususkan untuk kegiatan pengendalian DBD ini tepatnya di dinas kesehatan.” (IF 6)

“Kalau sumber dana khusus untuk DBD dari PKK barangkali itu kita bebankan ke dinas kesehatan, barangkali kita dari PKK karena kita mempunyai program itu yang bantuan khusus untuk DBD itu kita dari PKK tidak menyediakan, karena itu sudah di-cover oleh dinas kesehatan kota.

Karena dananya itu khusus untuk kegiatan DBD yang dikucurkan ke PKK itu tidak ada.” (IF 7)

Berdasarkan diskusi kelompok (FGD) dengan kader kesehatan yang ada di puskesmas juga didapatkan informasi bahwa dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD, tidak ada sedikitpun biaya yang dibebankan ke masyarakat, baik dalam pemberian bubuk abate, pelaksanaan *fogging*, penyuluhan, maupun kegiatan lainnya yang berkaitan dengan DBD.



Berikut disajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai sumber daya manusia pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi :

Tabel 5.17. Sumber Daya Manusia Pengelola Program Pengendalian DBD

Topik	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Analisis Triangulasi
Sumber Daya Manusia	Terkait SDM, yang menjadi masalah sebenarnya hanya pada petugas pelaksana kegiatan <i>fogging</i> , untuk kegiatan ini belum ada petugas tetap. Petugas <i>fogging</i> masih merupakan petugas lepas, jadi mereka tidak terikat dengan peraturan yang ada, sehingga terkadang pada saat tenaga mereka dibutuhkan, mereka justru tidak bisa hadir, dengan demikian berarti pihak DKK harus mencari penggantinya.	SDM pengelola DBD di DKK Bukittinggi memiliki struktur yang jelas, kepala dinas membawahi Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan, disana ada Seksi P2P, kemudian dibawahnya lagi ada level namanya wasor demam berdarah. Kemudian secara administrasi juga dilakukan interaksi dan kerjasama dengan teman-teman yang ada di puskesmas, pustu, poskeslur, dan teman-teman dari sektor lain.	Di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi petugas program DBD masih bekerja rangkap, tidak murni mengelola DBD saja. Program DBD berada di bawah Seksi Penanggulangan Penyakit, di seksi ini hanya ada 3 staff, sementara program di seksi ini ada 10.	Di Puskesmas Tigo Baleh, sumber daya manusia pengelola program DBD hanya satu orang, tapi petugas tersebut akan berkoordinasi dengan teman-teman dari poskeslur, dari pustu, dan kader kesehatan yang ada.	Di Puskesmas Tigo Baleh, terkait SDM untuk pemegang kegiatan surveilans atau pemegang program DBD ini hanya ada satu orang. Seandainya ada wabah, maka akan dibantu oleh teman-teman yang ada di poskel.	DKK Bukittinggi belum memiliki SDM yang khusus bertugas mengelola program DBD, SDM yang ada masih bekerja rangkap untuk mengurus program lainnya. Untuk kegiatan <i>fogging</i> , petugas pelaksanaannya masih merupakan petugas lepas, sehingga kerap kali pada saat dibutuhkan, petugas yang ada justru tidak dapat hadir karena berbagai alasan. Di Puskesmas Tigo Baleh, hanya ada satu orang pengelola program DBD, namun untuk pelaksanaan program ini di lapangan, petugas tadi di bantu oleh kader, dan petugas kesehatan lainnya baik yang ada di pustu maupun di poskeslur.

Dari tabel 5.17. diketahui bahwa untuk kegiatan *fogging* DKK Bukittinggi masih belum memiliki petugas tetap, petugas *fogging* masih merupakan petugas lepas, sejauh ini belum ada surat tugas yang dibuat khusus untuk petugas *fogging*, jadi mereka tidak terikat dengan peraturan apapun, mereka hanya akan dikontak setiap kali kegiatan akan dilakukan, sehingga terkadang pada saat tenaga mereka dibutuhkan, mereka justru tidak bisa hadir karena berbagai alasan, dengan demikian berarti pihak DKK harus mencari pengganti dalam waktu yang terbatas, sementara untuk mencari penggantinya bukan merupakan hal yang mudah. Dalam kegiatan *fogging* ini, DKK Bukittinggi menganggarkan dana imbalan untuk 5 orang petugas, masing-masing petugas akan diberi upah Rp 80.000 setiap kali kegiatan, dana ini tentunya diluar konsumsi petugas.

Tabel 5.18. Matriks Triangulasi SDM Pengelola Program Pengendalian DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Topik	Dokumentasi	Observasi	Wawancara Mendalam	Analisis Triangulasi
Sumber Daya Manusia	Ditemukan adanya surat tugas untuk pengelola program DBD di DKK dalam rangka mengikuti Bimbingan Tekhnis dan Monitoring Pengendalian Kasus DBD, serta ada juga Laporan hasil pelatihan kader PJB Kota Bukittinggi.	Di Seksi P2P DKK Bukittinggi memang hanya ada 3 orang staff dan belum ada petugas khusus yang menangani program DBD. Sedangkan di Puskesmas Tigo Baleh hanya ada 1 orang pengelola program.	DKK Bukittinggi belum memiliki SDM yang khusus bertugas mengelola program DBD. Untuk kegiatan <i>fogging</i> , petugas pelaksanaannya masih merupakan petugas lepas. Di Puskesmas Tigo Baleh, hanya ada satu orang pengelola program DBD.	SDM pengelola program DBD di DKK dan puskesmas jumlahnya masih belum memadai, terutama untuk kegiatan <i>fogging</i> . Namun, petugas pengelola program yang ada telah dibekali dengan pelatihan dan bimbingan sebelum melaksanakan kegiatan.

Informan dari Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi juga menginformasikan bahwa sudah ada pelatihan-pelatihan yang diberikan kepada sumber daya manusia pengelola program pengendalian DBD. Pelatihan/ bimbingan tidak hanya diberikan kepada pengelola program yang ada di DKK, namun petugas *fogging*, pengelola program DBD di puskesmas, dan kader-kader kesehatan yang ada di puskesmas juga diberikan pelatihan sebelum mereka turun ke lapangan. Informasi ini didukung dengan adanya bukti tertulis dari hasil telaah dokumen seperti adanya Laporan Hasil Pelatihan Kader PJB Kota Bukittinggi tahun 2010, adanya surat tugas yang diberikan kepada Kasie P2P DKK Bukittinggi untuk mengikuti Bimbingan Tekhnis dan Monitoring Pengendalian Kasus DBD tahun 2011.

5.4.2.4. Sarana

Sarana yang dimaksud disini adalah semua peralatan yang mendukung dalam pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi. Berdasarkan hasil wawancara mendalam di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi, didapatkan informasi sebagai berikut :

“Alhamdulillah sampai saat ini semuanya cukup ya. Baik peralatan kita maupun obat kita, bahan kita, dan juga tenaga kita, kecuali itu tadi karena kita memakai pihak ke tiga. Jadi sejauh ini untuk sarana tidak ada masalah.” (IF 1)

“...yang jelas kita melihat bahwa apabila terjadi DBD kita harus menyorot yang pertama kasus jadi otomatis tatalaksana kasus kita mempunyai sarana pelayanan yang cukup, kita punya 7 puskesmas, 14 pustu, 24 poskeslur, dan 5 rumah sakit. Jadi secara tatalaksana kasus tidak ada masalah. Kemudian pada kegiatan fogging kita mempunyai 7 alat fogging, sudah cukup banyak ya untuk Kota Bukittinggi. Jadi sarana tidak ada masalah kemudian kita punya alat transportasi khusus untuk pelaksanaan fogging. Kemudian sarana-sarana lain untuk kegiatan administrasi seperti laptop atau sarana komputerisasi segala macam per kasie kita punya.” (IF 2)

“Kalau sarana sekarang ini kita cukup, alat fogging, alat semua cukup, mobil ada, semua ada, jadi tidak ada masalah.” (IF 3)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan Kepala Puskesmas dan Pemegang Program DBD di puskesmas tentang sarana yang berkaitan dengan pelaksanaan program pengendalian DBD diperoleh informasi sebagai berikut :

“Kalau dari segi sarana ini sudah mencukupi. Kalau untuk fogging memang kita koordinasi dengan dinas kesehatan, itupun sudah ada semuanya. Jadi hambatannya ya...hampir bisa dibilang tidak ada.” (IF 4)

“Ya...sejauh ini sarana juga cukup baik untuk kegiatan PJB, bubuk abatnya juga mencukupi, untuk transportasi juga tidak ada masalah, begitu juga sarana untuk kegiatan fogging. Semuanya sudah ada. Bubuk abate kita berikan secara cuma-cuma kepada masyarakat, itu telah disediakan oleh dinas.” (IF 5)



Berikut disajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai sarana untuk pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi :

Tabel 5.19. Sarana untuk Pelaksanaan Program Pengendalian DBD

Topik	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Analisis Triangulasi
Sarana	Alhamdulillah sampai saat ini untuk sarana pendukung pelaksanaan program DBD semuanya cukup. Baik peralatan, obat, maupun bahan-bahan lainnya. Jadi sejauh ini untuk sarana tidak ada masalah.	Kota Bukittinggi sudah mempunyai sarana pelayanan yang cukup untuk kegiatan pengendalian DBD, sudah ada 7 puskesmas, 14ustu, 24 poskeslur, dan 5 rumah sakit. Jadi secara tatalaksana kasus tidak ada masalah. Kemudian pada kegiatan <i>fogging</i> , sudah ada 7 alat <i>fogging</i> , alat transportasi khusus untuk kegiatan ini juga sudah ada. Kemudian sarana-sarana lain untuk kegiatan administrasi juga ada.	Kalau sarana untuk pelaksanaan program pengendalian DBD sekarang ini cukup, alat <i>fogging</i> , alat-alat yang lain semua cukup, mobil ada, semua ada, jadi tidak ada masalah.	Dari segi sarana sudah mencukupi. Kalau untuk <i>fogging</i> harus ada koordinasi terlebih dahulu dengan dinas kesehatan, itupun sudah ada semuanya. Jadi hambatannya hampir bisa dikatakan tidak ada.	Sejauh ini sarana sudah cukup baik untuk kegiatan PJB, bubuk abatnya juga mencukupi, untuk transportasi juga tidak ada masalah, begitu juga sarana untuk kegiatan <i>fogging</i> .	Program Pengendalian DBD di Kota Bukittinggi telah di dukung oleh sarana dan prasarana yang memadai. Sarana pelayanan kesehatan untuk tatalaksana kasus sudah mencukupi, begitu juga untuk penyediaan obat, penyediaan bubuk abate, sarana untuk kegiatan PJB, untuk kegiatan <i>fogging</i> , maupun sarana transportasi untuk menunjang pelaksanaan program juga sudah ada.

Dari informasi yang diberikan oleh informan baik yang ada di dinas kesehatan maupun yang ada di puskesmas dapat diketahui bahwa sarana yang digunakan untuk mendukung kegiatan pengendalian DBD sudah tersedia dan sudah cukup memadai seperti bubuk abate, peralatan untuk *fogging*, peralatan untuk kegiatan PJB, maupun transportasi untuk ke lapangan.

Hasil pengumpulan data melalui telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam mengenai Sarana untuk Pelaksanaan Program Pengendalian DBD dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.20. Matriks Triangulasi Sarana untuk Program Pengendalian DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Topik	Dokumentasi	Observasi	Wawancara Mendalam	Analisis Triangulasi
Sarana	Berupa buku pedoman, modul, buku petunjuk, formulir-formulir, booklet, phamflet, dan poster-poster terkait program pengendalian DBD.	Pembagian bubuk abate ke masyarakat telah dilaksanakan, namun belum ada pemantauan secara langsung terhadap pemanfaatan bubuk abate oleh masyarakat. Poster-poster dan leaflet yang berisi himbauan untuk melaksanakan kegiatan pengendalian DBD juga sudah ada.	Program Pengendalian DBD di Kota Bukittinggi telah didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai. Sarana pelayanan kesehatan untuk tatalaksana kasus sudah mencukupi, begitu juga dengan sarana lainnya.	Sarana untuk mendukung pelaksanaan program pengendalian DBD sudah cukup memadai, baik untuk tatalaksana kasus, maupun untuk tindakan pengendalian. Pelaksanaan <i>fogging</i> dan pemberian bubuk abate juga sudah dilaksanakan secara gratis, namun belum ada pengawasan secara langsung terhadap pemanfaatan bubuk abate oleh masyarakat.

Berdasarkan tabel 5.20. diketahui bahwa sarana untuk pelaksanaan program pengendalian DBD sudah cukup memadai, sejauh ini tidak ada pungutan biaya yang dibebankan kepada masyarakat didalam pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD, baik di dalam pemberian bubuk abate maupun dalam pelaksanaan *fogging*, karena sarana untuk kegiatan ini semuanya telah disediakan oleh puskesmas dan dinas kesehatan. Namun yang menjadi masalah yaitu hadirnya oknum-oknum yang mengatasnamakan puskesmas atau dinas kesehatan untuk mengambil keuntungan dari masyarakat melalui penjualan bubuk abate. Selain itu, pengawasan kader secara langsung terhadap pemanfaatan bubuk abate yang dilakukan oleh masyarakat juga belum ada.

5.4.3. Komponen Proses

5.4.3.1. Pengendalian Vektor

Pengendalian vektor DBD adalah berbagai upaya yang dilakukan untuk menurunkan faktor risiko penularan oleh vektor DBD misalnya dengan meminimalkan habitat perkembangbiakan vektor dan memutus rantai penularan penyakit DBD antara vektor dengan manusia. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi diperoleh informasi sebagai berikut :

“Itu tadi misalnya ABJ itu, kemudian melaksanakan setiap minggu goro masal. Kemudian juga ada instruksi-instruksi dari Pak Wali tentang goro masal ini sehingga itu kita harapkan bisa dilaksanakan di setiap rumah setiap minggu, kemudian juga dalam acara-acara yang bersifat gotong royong seperti manunggal sakato, itu juga melibatkan kita masukkan salah satu programnya adalah goro masal untuk DBD ini. Nah, setiap tahun itu berlangsung, jadi kita berupaya untuk memberdayakan masyarakat untuk kegiatan ini.” (IF 1)

“Jadi ada 2 bentuk ya. Yang pertama pada fase persiapan tadi, dalam fase persiapan itu otomatis kita mempersiapkan seluruh logistik kebutuhan dan tenaga. Ya...kemudian fase pelaksanaan kegiatan kita akan melihat kasusnya itu dulu, kalau misalnya ditemukan 1 kasus DBD, positif DBD hasil pengujian laboratorium tentang trombosit, kita akan melakukan peningkatan pelacakan surveilans epidemiologi, apabila pelacakan surveilans epidemiologi menemukan kasus baru atau suspek 3 kasus, maka dilakukan 2 langkah. Langkah pertama yang dilakukan adalah pemantauan kondisi jentik di setiap rumah di sekitar lokasi kasus, yang kedua kita lakukan kegiatan yang namanya pengasapan tadi, jadi semuanya sampai sejauh ini berjalan dengan baik, belum ada keluhan dari masyarakat, Cuma terkadang yang sering didapatkan informasi dari masyarakat itu karena tingkat kecemasan kah atau karena kesadaran masyarakat tentang DBD sudah tinggi apabila ada gejala mereka langsung menelpon kita tanpa menunggu hasil dari rumah sakit. Padahal sebenarnya kita bisa bertindak cepat itu apabila sudah dinyatakan positif DBD berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium...” (IF 2)

“Pengendalian vektor nya jentik dan nyamuk ya. Kalau jentik ada pemeriksaan jentik berkala yang dilakukan oleh puskesmas, waktu kita pemeriksaan jentik tentu kita ada di dalamnya memberikan penyuluhan tentang PSN ya dari rumah ke rumah. Kemudian pemberian bubuk abate, kemudian kita mengajak masyarakat selain itu dengan ikanisasi, sebagian ada tapi masih belum membudaya, karena apa ya...kepedulian masyarakat dikatakan peduli betul belum, sudah pun belum karena kita periksa jentik masih ada jentik. Angka bebas jentik kita masih rendah, karena siklusnya kita tahu seminggu atau 10 hari mungkin dia sudah bersihkan, besok lupa. Kemudian untuk jentik, setelah pemeriksaan jentik berkala kan dilaporkan ke dinas lalu kita pantau kita follow up kita analisa memang keluhan masyarakat itu untuk ketersediaan air bersih ya, sementara pun ketersediaan air bersih di Kota Bukittinggi itu 80% memang menilai bahwa ketersediaan air bersih cukup. Cuma angka bebas jentik kita yang masih 86,2% itu kayaknya susah beranjaknya ya. Mungkin pemeriksaan jentik itu harus dengan PSN serentak, itu masalah di pengendalian vektor jentik. Jentiknya masih ada, kita pemberian bubuk abate, kita pemantauan jentik, kalau ada kasus sebelum kita fogging masyarakat sudah kita suruh PSN untuk memberantas jentik itu, dan itu ada kita lakukan. Mungkin serentak itunya yang belum ya. Disini habis, disana tumbuh, kemudian pindah lagi, mungkin analisisnya seperti itu. Karena goro serentak kota itu sebenarnya bisa, tapi belum pernah ada atau setidaknya goronya itu harus bekesinambungan jangan ada kasus, makanya ada himbuan untuk goro bersama. Itu pemeriksaan jentik, biasanya ada kasus gotong royong, ada kasus gotong royong. Kemudian untuk pengendalian vektor nyamuk, kita kalau ada kasus yang memenuhi protap fogging, kita lakukan fogging untuk memberantas vektor nyamuk tadi. Kemudian juga anjuran pemasangan kelambu, pemakaian obat nyamuk, lavender, atau segala macam. Dalam

penilaian, lebih dari 50% penderita tahun 2012 itu sudah mengetahui cara pemberantasan itu, cuma tidak dilaksanakan. Seandainya 100% melakukan itu, mungkin angka bebas jentik kita sebagai indikator bisa mendekati.”
(IF 3)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan Kepala Puskesmas dan Pemegang Program DBD di puskesmas tentang pengendalian vektor DBD diperoleh informasi sebagai berikut :

“...untuk pengendalian vektor kita memulai dengan pemeriksaan jentik berkala, atau PJB namanya, ini dilakukan sekali dalam sebulan. Itu dalam minggu ke dua, ini diseluruh rumah-rumah yang mempunyai epidemiologi ini kita periksa kualitas airnya dibaknya ada jentik atau tidak, kalau memang ada jentik nanti kita akan mengusulkan pembersihan rumah masing-masing dulu ataupun pembersihan di lingkungan tempat adanya jentik itu.” (IF 4)

“Ya...untuk pengendalian vektor kegiatan yang dilakukan oleh puskesmas antara lain yaitu memberikan penyuluhan kepada masyarakat, kemudian pihak puskesmas bersama kader yang ada melakukan pemantauan jentik secara berkala atau PJB ke rumah-rumah, PJB ini biasanya diadakan 4 kali dalam setahun. Pada saat PJB ini juga dilakukan pemberian bubuk abate untuk memberantas jentik nyamuk. Biasanya untuk satu rumah kita berikan satu atau dua sachet bubuk abate. Kalau fogging itu dilaksanakan apabila sudah lebih dua atau tiga pasien, ini biasanya juga tergantung permintaan masyarakat karena terkadang ada masyarakat yang tidak menginginkan fogging, jika jumlah kasus tidak terlalu banyak biasanya kita cukup memberikan penyuluhan mengenai PSN.” (IF 5)

Berikut disajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai pengendalian vektor dalam program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi :

Tabel 5.21. Pengendalian Vektor dalam Program Pengendalian DBD

Topik	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Analisis Triangulasi
Pengendalian Vektor DBD	Ada instruksi-instruksi dari Pak Walikota tentang goro masal, sehingga diharapkan bisa dilaksanakan di setiap rumah setiap minggu. Selain itu kita juga berupaya untuk memberdayakan masyarakat untuk kegiatan ini. Namun, di lapangan masih ditemukan juga masyarakat yang tidak mau bekerjasama dan menolak pelaksanaan <i>fogging</i> , pemberian bubuk abate, dan kegiatan lainnya.	Langkah pertama yang dilakukan adalah pemantauan kondisi jentik di setiap rumah di sekitar lokasi kasus, yang kedua dilakukan kegiatan yang pengasapan tadi. Untuk lintas program yang pertama seluruh teman-teman di DKK diupayakan terlibat, perlu ada kolaborasi dengan seksi Promosi Kesehatan, karena seksi ini berperan dalam menyebarkan informasi tentang 3M, penyelidikan epidemiologi, dan pemberantasan vektor.	Pengendalian vektor yang berupa jentik dilakukan melalui kegiatan PJB, pemberian bubuk abate, dan penyuluhan tentang PSN dari rumah ke rumah. Kemudian masyarakat juga diajak untuk melakukan kegiatan ikanisasi, pemasangan kelambu, pemakaian obat nyamuk, lavender, dan segala macam. Kemudian untuk pengendalian vektor nyamuk, kalau ada kasus yang memenuhi protap dilakukan <i>fogging</i> .	Pengendalian vektor dimulai dengan pemeriksaan jentik berkala diseluruh rumah-rumah yang mempunyai epidemiologi di periksa kualitas air dibaknya ada jentik atau tidak, kalau memang ada jentik nanti akan diusulkan pembersihan rumah masing-masing dulu ataupun pembersihan di lingkungan tempat adanya jentik itu.	Untuk pengendalian vektor kegiatan yang dilakukan oleh puskesmas antara lain yaitu memberikan penyuluhan kepada masyarakat, kemudian pihak puskesmas bersama kader yang ada melakukan pemantauan jentik secara berkala atau PJB ke rumah-rumah, PJB ini biasanya diadakan 4 kali dalam setahun. Pada saat PJB ini juga dilakukan pemberian bubuk abate untuk memberantas jentik nyamuk. Kalau <i>fogging</i> itu dilaksanakan apabila sudah lebih dua atau tiga pasien.	Upaya pengendalian vektor DBD dilakukan terhadap jentik dan nyamuk dewasa. Kegiatan yang dilakukan untuk memberantas jentik antara lain yaitu melalui penyuluhan, pelaksanaan kegiatan 3M, PJB, abatisasi, dan ikanisasi. Sedangkan untuk memberantas nyamuk dilakukan upaya seperti <i>fogging</i> , pemasangan kelambu, dan penggunaan obat nyamuk. Namun, upaya ini tidak mendapat dukungan sepenuhnya dari masyarakat.

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa baik Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi maupun puskesmas telah melaksanakan upaya pengendalian vektor DBD. Namun, di dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian vektor ini masih banyak ditemui adanya hambatan seperti masih adanya sebagian masyarakat yang tidak melapor ketika ada anggota keluarganya yang menderita penyakit DBD dan ada juga masyarakat yang karena keterbatasan pengetahuan, mereka tidak mengetahui bahwa ada anggota keluarganya yang menderita DBD sehingga tidak dibawa berobat ke rumah sakit ketika mereka menderita penyakit DBD, hal ini tentu saja akan menyulitkan petugas kesehatan di dalam melakukan pemutusan mata rantai penularan.

Hasil pengumpulan data melalui telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam mengenai Pengendalian Vektor dalam Program Pengendalian DBD dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.22. Matriks Triangulasi Pengendalian Vektor DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Topik	Dokumentasi	Observasi	Wawancara Mendalam	Analisis Triangulasi
Pengendalian Vektor DBD	Terdapat modul pedoman untuk pengendalian DBD dan buku petunjuk pemberantasan sarang nyamuk	Masih ada masyarakat yang menolak bekerjasama dalam upaya pengendalian vektor DBD, terutama untuk kegiatan <i>fogging</i> , abatisasi, dan ikanisasi.	Upaya pengendalian vektor DBD dilakukan terhadap jentik dan nyamuk dewasa. Kegiatan yang dilakukan untuk memberantas jentik antara lain yaitu melalui penyuluhan, pelaksanaan kegiatan 3M, PJB, abatisasi, dan ikanisasi. Sedangkan untuk memberantas nyamuk dilakukan upaya seperti <i>fogging</i> , pemasangan kelambu, dan penggunaan obat nyamuk.	Kegiatan pengendalian vektor DBD telah dilakukan di Kota Bukittinggi. Namun, kegiatan ini belum bisa berjalan dengan optimal karena masih ada sebagian masyarakat yang tidak mendukung pelaksanaan upaya pengendalian DBD.

Pada saat melaksanakan *fogging*, ada juga masyarakat yang masih menolak dengan berbagai alasan, contohnya karena khawatir dengan bau zat kimia yang sangat menyengat. Hambatan selanjutnya terjadi pada saat pelaksanaan kegiatan PSN atau 3M, harapannya gotong royong dapat dilakukan tiap minggu, namun pada kenyataannya kebanyakan masyarakat melakukan gotong royong hanya pada saat ditemukannya kasus DBD. Selain itu pemahaman masyarakat atau kesadaran masyarakat untuk melakukan *cross check* sendiri terhadap tempat penampungan airnya juga masih rendah.

5.4.3.2. Peningkatan Peran Serta Masyarakat

Peningkatan peran serta masyarakat adalah suatu proses aktif dimana masyarakat yang diberdayakan harus berperan aktif (berpartisipasi) dalam program pengendalian DBD. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi diperoleh informasi sebagai berikut :

“Tentu yang punya masyarakat ini adalah Lurah dan Pak Camat, kita dalam pokjanal DBD yang ada di tingkat kota, tingkat kecamatan dan juga pokjanya di tingkat kelurahan, itu kita berupaya untuk mengaktifkannya. Walaupun untuk leading sector nya bukan dari kita, tapi dari pemberdayaan masyarakat, dan kita selalu terlibat di dalam hal ini dengan melibatkan Pak Lurah, Pak Camat, dan juga kader-kader kita per RT per RW harapan kita pemberdayaan masyarakat ini bisa menjadi lebih baik. Andai saja itu tadilah karena kesibukan atau juga karena faktor iklim juga hujan jadi orang agak malas, jadi kalau sudah malas 2 hari saja nyamuknya sudah dewasa. Itu yang jadi masalah.” (IF 1)

“....yang pertama kita kolaborasi dengan promosi kesehatan, kita tau memberdayakan masyarakat itu kita akan merubah tiga ya pengetahuannya, sikapnya, dan kemudian tindakan dia dalam menerapkan 3M itu saja, jadi wujud dari partisipasi masyarakat itu yang kita harapkan hanya tiga, kalau mereka sudah lakukan 3M itu sudah bagus itu, jadi penyuluhan tidak kita putuskan. Kemudian kita melihat bahwa sikap seseorang itu sangat ditentukan dengan pengetahuannya, kalau pengetahuannya sudah baik, biasanya sikap baik. Tapi, ada juga pengetahuan baik, sikap belum tentu baik ya kan, karena arogansi atau ada pengaruh segala macam. Nah, yang

arogansi seperti ini kita melakukan pendekatan-pendekatan internal, pendekatan-pendekatan eksternal dengan camat dan Pak Lurah bagaimana kalau misalnya satu daerah saja ada yang enggan untuk memberantas dan mengawasi tempat penampungan airnya atau segala macam itu risikonya sekampung, jadi sifatnya pendekatan-pendekatan interpersonal dan kita berkoordinasi seperti itu ya.” (IF 2)

“...peningkatan dari sektor kita dulu sendiri kita harus meningkatkan promosi kesehatan, peninjauan lapangan, dan kemudian kerja sama juga dengan surveilans, kerja sama juga dengan promosi kesehatan, kerja sama juga dengan kesehatan lingkungan. Karena di kesling itu ada penilaian rumah sehat, rumah makan sehat, sekolah sehat, kalau semua sudah sehat, penilaiannya salah satunya kan tidak ada jentik, kalau semuanya sudah sehat maka serta merta pengendalian DBD itu juga sudah termasuk di dalamnya. Kemudian di promosi kesehatan itu ada PHBS, dalam PHBS ini indikatornya termasuk tidak ada jentik di rumah. Kalau PHBS kita murni kita kerjakan, maka DBD juga bisa dicegah. Kemudian kita kejar lagi di lingkup pemda, pemko gitu ya...kalau pemko itu sebenarnya mendukung, tapi namanya menggerakkan masyarakat itu tidak mudah. Kalau kesehatan saja yang bergerak tanpa didukung oleh sektor lain itu rasanya sulit sekali, mungkin adalah cara khusus bagaimana kita menyadarkan masyarakat, kalau tidak sadar juga sedikit memaksa la gitu ya...mungkin baru bisa, jadi harus semuanya ikut bergerak.” (IF 3)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan pihak puskesmas dan Pengurus Pokjnal DBD dari Pemberdayaan Masyarakat dan PKK Kota Bukittinggi tentang peningkatan peran serta masyarakat diperoleh informasi sebagai berikut :

“Ya...untuk meningkatkan peran serta masyarakat kita meminta agar kebersihan ini dilakukan pada diri sendiri dulu, kemudian lingkungan, baru masyarakat. Jadi kebersihan ini yang harus kita tingkatkan lagi.” (IF 4)

“Ya...kita melapor ke Pak Lurah nanti Pak Lurah baru menyampaikan ke masyarakat. Untuk meningkatkan peran serta masyarakat kita juga butuh bantuan dari kader dan teman-teman di poskel, sehingga masyarakat mau bekerjasama dalam melakukan pengendalian DBD ini.” (IF 5)

“Ya inilah...kita kan tidak bisa memaksakan peran serta masyarakat itu, tetapi kita berupaya semampu kita memberikan pengertian kepada mereka bahwa ini penting bagi mereka. Tetapi sampai saat ini kita meninjau bisa dilihat dari tolak ukur, kesimpulannya dari data yang di dapat di dinas kesehatan. Tetapi itu tidak bisa selalu menyalahkan masyarakat. Masyarakat dalam arti penduduk Kota Bukittinggi, bukan masyarakat

dalam arti seluruh yang datang ke Bukittinggi. Jadi kalau kesadaran masyarakat penduduk Bukittinggi sudah cukup tinggi dan cukup bagus, tetapi kita tidak bisa mengelak dari apa yang datang. Disini kita bisa melihat benar dari hasil manunggal sakato, kita bisa menilai partisipasi masyarakat khususnya dalam gorong, kalau dia mau berkecimpung langsung di dalam gotong royong berarti dia sudah mendukung seluruh program masyarakat, baik itu kebersihan atau penanggulangan DBD atau penyakit menular lainnya. Jadi yang nampak nyatanya disini, yang secara langsung menyentuh masyarakat adalah program manunggal sakato dan ada pemberdayaan dasawisma atau sosialisasi terhadap pemberdayaan dasawisma, yang kedua terhadap kader posyandu dan RT RW, sebab tidak mungkin kita langsung ke masyarakat individu-individu kan..." (IF 6)

"Ya...kita duduk di kepengurusan pokjanal tugas kita kembali tadi kita kuncinya hanya menggerakkan partisipasi masyarakat hanya itu, jadi secara teknis itu tidak kita yang olah, itu DKK. Jadi tugas kita karena keterkaitan PKK dengan sektor yang lain katakan lah itu kesehatan itu PM, nah karena PKK ini adalah ujung tombak untuk menerima seluruh apa saja yang masuk ke kelurahan, tanpa PKK karena dia menggerakkan masyarakat makanya PKK ini bermitra kerja dengan dinas-dinas terkait seperti dinas kesehatan. Itulah tugas dan fungsi dari PKK duduk di pokjanal DBD." (IF 7)



Berikut disajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai peningkatan peran serta masyarakat dalam program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi :

Tabel 5.23. Peningkatan Peran Serta Masyarakat dalam Program Pengendalian DBD

Topik	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Analisis Triangulasi
Peningkatan peran serta masyarakat	Walaupun untuk <i>leading sector</i> nya bukan dari kita, tapi dari pemberdayaan masyarakat, namun kita akan selalu terlibat di dalam hal ini dengan melibatkan Pak Lurah, Pak Camat, dan juga kader-kader per RT per RW harapan kita pemberdayaan masyarakat ini bisa menjadi lebih baik.	Seksi P2P harus berkolaborasi dengan promosi kesehatan, untuk memberdayakan masyarakat karena yang akan dirubah adalah pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat menerapkan 3M dan PSN.	Kalau kesehatan saja yang bergerak tanpa didukung oleh sektor lain rasanya sulit sekali, mungkin adalah cara khusus bagaimana kita menyadarkan masyarakat, kalau tidak sadar juga mungkin harus sedikit memaksa agar semuanya mau ikut bergerak.	Untuk meningkatkan peran serta masyarakat kita meminta agar kebersihan ini dilakukan pada diri sendiri dulu, kemudian lingkungan, baru masyarakat. Jadi kebersihan harus lebih ditingkatkan lagi.	Untuk meningkatkan peran serta masyarakat dibutuhkan bantuan dari kader dan teman-teman di poskel, sehingga masyarakat mau bekerjasama dalam melakukan pengendalian DBD ini.	Dari hasil manunggal sakato, kita bisa menilai partisipasi masyarakat khususnya dalam goro, kalau dia mau berkecimpung langsung di dalam gotong royong berarti dia sudah mendukung seluruh program masyarakat, baik itu kebersihan atau penanggulangan DBD.	Sebenarnya dengan kerja sama yang optimal antara PKK dengan dasawisma, hal ini tentunya akan lebih membantu keberhasilan program pengendalian DBD, karena dasawisma bisa dijadikan sebagai ujung tombak pergerakan masyarakat.	Peningkatan peran serta masyarakat merupakan salah satu upaya yang sangat penting di dalam melakukan kegiatan pengendalian DBD, karena tanpa adanya kerjasama dari masyarakat tentunya kegiatan PSN dan 3M tidak akan dapat berjalan dengan baik. Namun, meningkatkan peran serta masyarakat bukan merupakan hal yang mudah, untuk itu perlu adanya kerjasama yang baik dan berkesinambungan dari semua pihak untuk mensukseskan program pengendalian DBD ini.

Kepala Bidang PMK DKK Bukittinggi mengatakan bahwa peningkatan peran serta masyarakat dalam program pengendalian DBD bukan hal yang mudah untuk dilaksanakan, karena peran serta masyarakat terhadap program ini terkait dengan bagaimana perilaku masyarakat itu sendiri. Perilaku masyarakat terdiri dari 3 aspek yakni pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pengetahuan masyarakat yang baik, tidak menjamin sikap dan tindakan mereka juga ikut baik, semuanya tentu saja tergantung pada faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Hasil pengumpulan data melalui telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam mengenai Peningkatan Peran Serta Masyarakat dalam Program Pengendalian DBD dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.24. Matriks Triangulasi Peningkatan Peran Serta Masyarakat dalam Program Pengendalian DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Topik	Dokumentasi	Observasi	Wawancara Mendalam	Analisis Triangulasi
Peningkatan Peran Serta Masyarakat	Adanya instruksi, edaran, himbauan, dan pengumuman dari Walikota kepada masyarakat Kota Bukittinggi untuk melakukan upaya pengendalian DBD	Sebagian masyarakat sangat mendukung pelaksanaan program pengendalian DBD ini. Namun, masih ada juga sebagian masyarakat yang belum berperan aktif terhadap upaya pelaksanaan program	Peningkatan peran serta masyarakat merupakan salah satu upaya yang sangat penting di dalam melakukan kegiatan pengendalian DBD, karena tanpa adanya kerjasama dari masyarakat tentunya kegiatan PSN dan 3M tidak akan dapat berjalan dengan baik. Namun, meningkatkan peran serta masyarakat bukan merupakan hal yang mudah, untuk itu perlu adanya kerjasama yang baik dan berkesinambungan dari semua pihak untuk mensukseskan program pengendalian DBD ini.	Sangat diperlukan adanya kerjasama dari semua pihak baik dari sektor kesehatan maupun non kesehatan untuk meningkatkan dan menggerakkan peran serta masyarakat di dalam melakukan upaya pengendalian DBD, karena peningkatan peran serta masyarakat sangat dibutuhkan didalam melakukan pemberantasan sarang nyamuk DBD.

Kepala Puskesmas Tigo Baleh menyatakan bahwa adanya kepentingan pribadi, menjadi salah satu hambatan di dalam peningkatan peran serta masyarakat. Berdasarkan hasil FGD terhadap kader kesehatan juga diperoleh informasi bahwa kurangnya kesadaran dan pemahaman masyarakat juga menjadi salah satu faktor penyebab sulitnya meningkatkan peran serta masyarakat di dalam pelaksanaan program pengendalian DBD ini. Namun, walaupun demikian dukungan dari RT, RW, dan Lurah setempat selalu ada, bahkan tidak jarang mereka juga mau langsung ikut turun ke lapangan.

5.4.3.3. Kemitraan/ Jejaring Kerja

Kemitraan adalah hubungan (kerjasama) antara dua pihak atau lebih berdasarkan kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan dalam rangka melancarkan program pengendalian DBD. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan diperoleh informasi sebagai berikut :

“Kemitraan...Ya pertama itu tadi, dengan Pak Lurah Pak Camat, dan juga kader kesehatan. Kemudian kemitraan kita juga kita bentuk dengan institusi kesehatan dalam hal ini pendidikan kesehatan yang ada di Bukittinggi. Jadi kita sama-sama dalam penyuluhan bahkan dalam goro bersama, sebenarnya kadang-kadang saya heran juga kerena menurut kita, kita sudah optimal hanya saja bagaimana ya...membuat masyarakat itu betul-betul yakin dengan kegiatan yang kita laksanakan misalnya goro atau membersihkan sekeliling kita atau lingkungan kita yang tiap minggu itu betul-betul dijalankan. Padahal itu sebenarnya kan paling murah ya dan bisa dilaksanakan di rumah masing-masing saja.” (IF 1)

“Ya...kita sebenarnya punya program-program khusus ya, di tingkat kecamatan ada namanya pokjandal DBD, kelompok kerja operasional penanggulangan DBD ada SK nya, tetapi kadang-kadang mungkin karena tanpa orang kesehatan juga kurang berjalan dengan baik. Nah, sekarang kita berusaha pokjandal ini agar bisa berfungsi dengan baik, kita cobalah membangun kepentingan masyarakat itu dimulai dari masyarakat itu yang terpenting, jadi kita usahakan secara sistematis mereka yang sudah di SK kan itu mau bergerak untu DBD. Sesudah itu kita juga berharap semua yang mungkin memberikan potensi terhadap kemitraan/ bidang-bidang lain

kita libatkan termasuk nanti juga diknas, sekolah, dan yang paling kita tekankan angka kasus itu kan paling banyak ditemukan pada anak usia sekolah 6 sampai 18 tahun...” (IF 2)

“Kemitraan kerjasama ya dengan sektor-sektor yang lain, kita sudah coba review di pokjnal, sudah himbauan tapi belum efektif sepertinya entah karena program terlalu banyak atau yang lain memang sedang banyak kegiatan, jadi harus di follow up lagi kemitraan kita dengan PKK, dengan dasawisma, dengan kegiatan masyarakat lain, dengan LPM mereka semuanya welcome, tapi untuk pergerakan yang serentak itu memang susah, harus ada orang yang benar-benar potensial untuk menggerakkan. Kita contoh di Mojokerto itu memang walikotanya langsung turun menggerakkan serentak itu sangat efektif sekali.” (IF 3)

“Kemitraan yang kita bentuk selama ini yaitu kita mencoba berhubungan lebih dekat lagi dengan kader-kader yang ada di masyarakat, kemudian dengan lembaga-lembaga terkait misalnya dari kantor kecamatan, kantor lurah, agar dapat membantu kerja kita. Selain dari dinas kesehatan kota, kita juga mengupayakan dari anggota-anggota polisi dan tentara yang ada di situ, baik dari koramil ataupun yang lainnya untuk membantu kita di lapangan agar tercapainya program DBD ini.” (IF 4)

“Ya...didalam melakukan pengendalian DBD ini tentunya kita tidak terlepas dari dinas kesehatan, kita juga menjalin kerjasama dengan kantor lurah setempat, dengan kader, dan dengan poskeskel.” (IF 5)

“Kita tentunya menjalin kemitraan dengan RT RW, posyandu, LPM, PKK, Bundo Kandung, Kerapatan Adat Nagari, Lembaga Adat, dan lembaga-lembaga masyarakat yang ada.” (IF 6)

“...Setiap masuk ke kelompok dasawisma itu kita tim gerak PKK bergandengan tangan dan bemitra kerja dengan dinas kesehatan kota dan juga sebagai leading sector nya dinas kesehatan kota dan juga pemberdayaan masyarakat...kita juga bekerjasama dengan kelurahan dan kader tentunya...” (IF 7)

Berikut disajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai kemitraan/ jejaring kerja dalam program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi :

Tabel 5.25. Kemitraan/ Jejaring Kerja dalam Program Pengendalian DBD

Topik	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Analisis Triangulasi
Kemitraan/ Jejaring Kerja	Pertama kemitraan harus kita jalin dengan Pak Lurah, Pak Camat, dan juga kader kesehatan. Kemudian kemitraan juga kita bentuk dengan institusi kesehatan dalam hal ini pendidikan kesehatan yang ada di Bukittinggi. Jadi kita sama-sama dalam penyuluhan bahkan dalam goro bersama.	Sebenarnya DKK punya program-program khusus, di tingkat kecamatan ada namanya pokjanal DBD, kelompok kerja operasional penanggulangan DBD ada SK nya, tetapi kadang-kadang mungkin karena tanpa orang kesehatan juga kurang berjalan dengan baik. Sekarang kita berusaha pokjanal ini agar bisa berfungsi dengan baik.	Kita sudah coba <i>review</i> di pokjanal, sudah ada himbauan tapi belum efektif sepertinya karena program terlalu banyak atau yang lain memang sedang banyak kegiatan, jadi harus di <i>follow up</i> lagi kemitraan kita dengan PKK, dengan dasawisma, dengan kegiatan masyarakat lain, dengan LPM mereka semuanya <i>welcome</i> , tapi untuk pergerakan yang serentak itu memang susah.	Kemitraan yang kita bentuk selama ini yaitu kita mencoba berhubungan lebih dekat lagi dengan kader-kader yang ada di masyarakat, kemudian dengan lembaga-lembaga terkait misalnya dari kantor kecamatan, kantor lurah, agar dapat membantu kerja kita. Selain dari DKK, kita juga mengupayakan dukungan dari pihak-pihak lainnya.	Diidalam melakukan pengendalian DBD ini tentunya kita tidak terlepas dari dinas kesehatan, kita juga menjalin kerjasama dengan kantor lurah setempat, dengan kader, dan dengan poskeskel.	Kemitraan dalam program pengendalian DBD dijalin dengan RT RW, posyandu, LPM, PKK, Bundo Kandung, Kerapatan Adat Nagari, Lembaga Adat, dan lembaga-lembaga masyarakat yang ada.	Setiap masuk ke kelompok dasawisma itu kita tim gerak PKK bergandengan tangan dan bemitra kerja dengan dinas kesehatan kota dan juga sebagai <i>leading sector</i> nya dinas kesehatan kota dan juga pemberdayaan masyarakat. Kita juga bekerjasama dengan kelurahan dan kader tentunya.	Kemitraan/ Jejaring kerja di dalam program pengendalian DBD telah di jalin, baik dengan lintas program maupun dengan lintas sektor. Kota Bukittinggi juga telah membentuk Pokjanal DBD pada tahun 2007, namun koordinasi antar pengurus pokjanal masih belum berjalan dengan optimal.

Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi, pada tahun 2007 Kota Bukittinggi memang telah membentuk Pokjnal DBD, namun sampai saat ini kinerja dari pokjnal DBD dirasakan masih kurang optimal, menurut beliau hal ini mungkin disebabkan karena adanya perbedaan pemahaman atau tidak adanya persamaan persepsi antar pengurus pokjnal. Berikut ini adalah hasil pengumpulan data melalui telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam mengenai Kemitraan/ Jejaring Kerja dalam Program Pengendalian DBD dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.26. Matriks Triangulasi Kemitraan/ Jejaring Kerja dalam Program Pengendalian DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Topik	Dokumentasi	Observasi	Wawancara Mendalam	Analisis Triangulasi
Kemitraan/ Jejaring Kerja	Adanya Surat Keputusan yang dikeluarkan oleh Walikota Bukittinggi untuk pembentukan Pokjnal DBD untuk tingkat kota tahun 2007.	Terlihat kurangnya koordinasi antar pengurus pokjnal DBD, baik di dalam pelaporan kasus maupun pelaksanaan program	Kemitraan/ Jejaring kerja di dalam program pengendalian DBD telah di jalin, baik dengan lintas program maupun dengan lintas sektor. Kota Bukittinggi juga telah membentuk Pokjnal DBD pada tahun 2007, namun koordinasi antar pengurus pokjnal masih belum berjalan dengan optimal.	Kemitraan/ Jejaring kerja sangat diperlukan untuk membina dan menggerakkan partisipasi masyarakat. Pembentukan pokjnal DBD sebenarnya merupakan suatu upaya yang efektif apabila pelaksanaannya dapat berjalan dengan baik dan berkesinambungan sesuai dengan pedoman yang telah ada. Penyamaan pemahaman dan persepsi harus lebih diupayakan untuk dapat meningkatkan kemitraan.

Berdasarkan informasi tersebut dapat diketahui bahwa pada prinsipnya kemitraan dalam program pengendalian DBD ini sudah terjalin, baik di lintas program maupun lintas sektoral. Hanya saja kurang optimalnya kinerja dan

kurangnya koordinasi mengakibatkan program ini belum bisa berjalan dengan lancar sesuai dengan apa yang diharapkan.

5.4.3.4. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilakukan untuk menilai bagaimana pelaksanaan program pengendalian DBD. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi diperoleh informasi sebagai berikut :

“Ya...untuk monitoring dan evaluasi kita selalu rutin mengadakannya. Monitoring kita lakukan tiap bulan, tentunya melalui kerjasama dengan mitra kerja kita. Selalu dilakukan pencatatan dan pelaporan terkait kasus DBD maupun hasil pengawasan terhadap jentik di lapangan, karena rutin ada laporan yang disampaikan ke dinas dari rekan-rekan di puskesmas. Untuk evaluasi sendiri itu pelaksanaannya dilakukan sekali tiga bulan, melalui evaluasi ini tentunya kita bisa melihat bagaimana perkembangan kasus DBD yang telah terjadi saat ini, sehingga untuk ke depannya dapat disusun kembali rencana-rencana kegiatan yang akan dilaksanakan dalam upaya pengendalian DBD ini.” (IF 1)

“Ya...yang pertama kita mempunyai sistem pencatatan pelaporan yang dilakukan oleh epidemiologi jadi kita melihat perkembangan kasus itu, apakah kasus masih endemis atau sudah terjadi KLB. Yang kedua, sistem pelaporan kita itu berbasis mulai dari poskeslur, kalau dia sudah menjadi KLB laporan itu bersifat laporan KLB atau dikenal dengan W1, tetapi apabila kondisinya aman, endemis seperti itu, kita masih menggunakan laporan SKD atau laporan kewaspadaan dini melalui laporan mingguan W2, jadi semua laporan itu masuk...itu satu yang secara rutinitas. Yang ketiga, laporan itu kita peroleh dari pelayanan-pelayanan seperti puskesmas, poskeslur, kalau mereka mencurigai orang seperti itu, suspek sudah masuk laporan. Kemudian kita memperoleh laporan itu kalau memang sudah dikatakan positif dari rumah sakit, jadi biasanya kita mempunyai jejaring dengan rumah sakit yang namanya contact person surveilans, jadi kalau ada kasus yang diduga potensial KLB apakah itu polio, apakah itu DBD, apakah itu tifus, difteri atau segala macam itu, mereka akan melaporkan ke kita dengan melalui contact person surveilans tadi. Selanjutnya kita membuka diri bahwa laporan itu juga datang dari masyarakat, masyarakat melaporkan ada kejadian diduga DBD, nah kita melakukan pelacakan untuk pembenaran informasi tadi, jadi kita tidak langsung terima, lihat ini gejala klinisnya bagaimana kemudian hasil diagnosis dokter layak tidak dikatakan penyakit DBD. Jadi setiap pernyataan seseorang dinyatakan menderita DBD yang pertama kita harus lihat dulu klinis DBD dengan gejala dan tanda-tanda yang sudah

ditentukan, kemudian melalui pemeriksaan trombosit tadi. Nah itu saja, jadi bertahap lah kita melakukan pengumpulan laporan.” (IF 2)

“Kalau monitoring progres kegiatan itu kita tiap bulan ya, bagaimana kejadian DBD, bagaimana keadaan jentik, itu tiap bulan kita monitor. Kalau evaluasi kita lakukan 3 kali setahun.” (IF 3)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan Kepala Puskesmas dan Pemegang Program DBD di puskesmas tentang kegiatan monitoring dan evaluasi diperoleh informasi sebagai berikut :

“Untuk monitoring dan evaluasi, selain melalui pelaporan, ini juga akan dilihat misalnya dalam tiap tahun itu apakah terjadi peningkatan atau penurunan. Dalam bulan-bulan tertentu ini apa yang tinggi, ini kita akan melakukannya terus menerus secara berkala yaitu sekali dalam 3 bulan. Dilakukan pencatatan dan pelaporan ini dalam sekali sebulan kemudian dilaporkan ke dinas kesehatan.” (IF 4)

“Monitoring dan evaluasi dilakukan berdasarkan hasil laporan yang kita terima baik dari kader, rumah sakit, maupun teman-teman di poskel. Jika ada laporan kasus, maka kita akan langsung turun ke lapangan dan jika terbukti memang ada, maka selanjutnya akan kita lakukan penyelidikan epidemiologi (PE). Ya...hambatannya terkadang pada saat kita melakukan pemeriksaan ke rumah sakit, pasiennya sudah pulang. Tapi tidak ada pemberitahuan dari rumah sakit sebelumnya.” (IF 5)

Berikut disajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai monitoring dan evaluasi dalam program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi :

Tabel 5.27. Monitoring dan Evaluasi dalam Program Pengendalian DBD

Topik	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Analisis Triangulasi
Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan evaluasi selalu rutin diadakan oleh DKK. Monitoring dilakukan tiap bulan, tentunya melalui kerjasama dengan mitra kerja yang ada. Selalu dilakukan pencatatan dan pelaporan terkait kasus DBD maupun hasil pengawasan terhadap jentik di lapangan, karena rutin ada laporan yang disampaikan ke dinas dari rekan-rekan di puskesmas. Untuk evaluasi sendiri pelaksanaannya dilakukan sekali tiga bulan.	Pertama DKK mempunyai sistem pencatatan pelaporan yang dilakukan oleh epidemiologi. Yang kedua, sistem pelaporan berbasis mulai dari poskeslur. Yang ketiga, laporan itu kita peroleh dari pelayanan-pelayanan seperti puskesmas, poskeslur, kalau mereka mencurigai orang seperti itu, suspek sudah masuk laporan.	Kalau monitoring progres kegiatan dilakukan tiap bulan, bagaimana kejadian DBD, bagaimana keadaan jentik, itu tiap bulan dimonitor. Kalau evaluasi dilakukan 3 kali dalam setahun.	Untuk monitoring dan evaluasi, selain melalui pelaporan, ini juga akan dilihat misalnya dalam tiap tahun itu apakah terjadi peningkatan atau penurunan. Dalam bulan-bulan tertentu ini apa yang melakukannya terus menerus secara berkala yaitu sekali dalam 3 bulan. Dilakukan pencatatan dan pelaporan ini dalam sekali sebulan kemudian dilaporkan ke dinas kesehatan.	Monitoring dan evaluasi dilakukan berdasarkan hasil laporan yang kita terima baik dari kader, rumah sakit, maupun teman-teman di poskel. Jika ada laporan kasus, maka kita akan langsung turun ke lapangan dan jika terbukti memang ada, maka selanjutnya akan kita lakukan penyelidikan epidemiologi (PE).	Kegiatan monitoring dan evaluasi dalam program pengendalian DBD telah rutin dilaksanakan. Kegiatan monitoring melalui pencatatan dan pelaporan dilaksanakan secara teratur sekali dalam sebulan, sedangkan untuk kegiatan evaluasi dilaksanakan dalam frekuensi sekali tiga bulan, melalui monitoring dan evaluasi ini tentunya bisa dilihat bagaimana perkembangan kasus DBD yang telah terjadi saat ini, sehingga untuk ke depannya dapat disusun kembali rencana-rencana kegiatan yang akan dilaksanakan dalam upaya pengendalian DBD.

Kepala Bidang PMK DKK Bukittinggi mengatakan bahwa dalam kegiatan monitoring dan evaluasi ini masih ditemukan adanya hambatan seperti kurangnya kedisiplinan petugas kesehatan di dalam mengumpulkan laporan. Namun sebenarnya telah ada sistem yang dapat mempermudah pelaporan ini yaitu sistem *e-work*.

Berikut ini adalah hasil pengumpulan data melalui telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam mengenai kegiatan monitoring dan evaluasi dalam Program Pengendalian DBD dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.28. Matriks Triangulasi Monitoring dan Evaluasi dalam Program Pengendalian DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Topik	Dokumentasi	Observasi	Wawancara Mendalam	Analisis Triangulasi
Monitoring dan Evaluasi	Adanya bukti-bukti rekapitulasi pelaporan kasus yang dikumpulkan oleh kader kesehatan dan diserahkan oleh puskesmas kepada DKK	Adanya pemantauan yang dilakukan baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap kinerja pengelola program pengendalian DBD. Namun sistem <i>e-work</i> untuk pelaporan belum dimanfaatkan secara optimal	Kegiatan monitoring dan evaluasi dalam program pengendalian DBD telah rutin dilaksanakan. Kegiatan monitoring melalui pencatatan dan pelaporan dilaksanakan secara teratur sekali dalam sebulan, sedangkan untuk kegiatan evaluasi dilaksanakan dalam frekuensi sekali tiga bulan.	Pelaksanaan kegiatan monitoring di Kota Bukittinggi rutin dilakukan sekali sebulan, sedangkan kegiatan evaluasi dilaksanakan sekali tiga bulan. Kegiatan monitoring dilaksanakan oleh DKK baik secara langsung maupun tidak langsung ke lapangan. Yang menjadi hambatan yaitu masih adanya petugas kesehatan yang kurang disiplin di dalam melaksanakan pelaporan dan masih kurang optimalnya pemanfaatan sistem <i>e-work</i> yang ada.

Berdasarkan hasil FGD terhadap kader kesehatan didapatkan informasi bahwa selalu dilakukan pengamatan dan pengawasan terhadap kinerja kader di lapangan baik oleh pihak puskesmas maupun langsung dari dinas kesehatan. Kader

juga diwajibkan untuk rutin setiap bulan melaporkan hasil pemantauan yang mereka lakukan. Hasil pencatatan dan pelaporan diserahkan kepada pihak puskesmas untuk seterusnya dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi. Berdasarkan telaah dokumen terhadap data laporan program pengendalian DBD baik di Dinas Kesehatan Kota maupun di puskesmas terlihat bahwa pencatatan dan pelaporan ada dan memang telah dilakukan.

5.4.4. Komponen Output

Dalam penelitian ini, yang menjadi komponen *output* adalah tercapainya indikator DBD dimana Angka Bebas Jentik (ABJ) Kota Bukittinggi $\geq 95\%$. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dan di Puskesmas Tigo Baleh diperoleh informasi sebagai berikut :

"...rasanya kita telah berupaya seoptimal mungkin dalam melaksanakan program pengendalian DBD ini, kita juga telah berupaya menjalin kerjasama sebaik mungkin dengan mitra kerja kita. Hanya saja kalau dilihat dari indikator yang ada, tentu saja program kita ini belum bisa dikatakan berhasil, mengingat angka ABJ kita yang masih belum mencapai target nasional yang telah ditetapkan, begitu juga jika dilihat dari jumlah kasusnya. Kasus DBD di Kota Bukittinggi itu malah mengalami peningkatan, tahun lalu saja kita ada 107 kasus DBD, bahkan daerah kita ditetapkan sebagai daerah KLB karena ditemukan adanya penderita DBD yang meninggal dunia..." (IF 1)

"Tentu ada indikatornya, kalau saya melihat indikatornya case (kasus), berarti belum berhasil, kenapa dikatakan seperti itu karena fluktuasi kasus, saya lupa ya...tapi pernah mencapai angka 171 turun 93 naik 98 kemarin ini 107 tahun 2012. Nah, kalau kita lihat standar nasional, itu diperbolehkan 50 dalam 100.000 penduduk. Kita kalau jumlah penduduk 107 kita juga 107, otomatis 100 per 100.000 berarti dua kali dari nasional. Berarti belum berhasil. Kemudian, kita lihat lagi dari indikator ABJ, angka bebas jentik dikatakan berhasil itu di atas 95%, tapi pada kenyataannya kita paling-paling mencapai 85%, 80 ya paling tinggi 85%. Berarti ada rentang 10% yang menjadikan sebagai daerah rawan. Jadi, jujur belum berhasil." (IF 2)

“Kalau pengendalian itu kita nilai dari ABJ ya, indikatornya ABJ, ABJ ini dari jentik tadi, jentik itu muncul dari mana, itu dari PSN. Pengendalian DBD itu kalau saya nilai sudah bagus, tapi belum optimal. Kalau dilihat dari angka kerjasama masyarakat memang sudah lebih dari 50%, tapi sisanya inilah yang selalu membuat DBD ada. Jadi sampai saat ini ABJ kita belum mencapai sesuai indikator nasional.” (IF 3)

“Secara keseluruhan pelaksanaan program DBD ini masih belum mencapai sasaran karena kita masih bisa menemukan angka kejadian DBD pada suatu daerah ini secara rutin tempatnya disana terus menerus, jadi dalam satu daerah dalam setahun itu ada dua kali kasus pelonjakan-pelonjakan pasien dari sana. Ini terkait yang tadi, kerjasama yang kurang dengan masyarakat.” (IF 4)

“Jika dilihat dari indikatornya masih belum tercapai, baik angka bebas jentik, maupun angka kasus yang ada. Berdasarkan hasil pemeriksaan ternyata masih banyak rumah masyarakat yang belum bebas dari jentik.” (IF 6)



Berikut disajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai output dalam program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi :

Tabel 5.29. Output (Angka Bebas Jentik) dalam Program Pengendalian DBD

Topik	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Analisis Triangulasi
Output (Angka Bebas Jentik)	Jika dilihat dari indikator yang ada, tentu saja program ini belum bisa dikatakan berhasil, mengingat angka ABJ kita yang masih belum mencapai target nasional yang telah ditetapkan, begitu juga jika dilihat dari jumlah kasusnya. Kasus DBD di Kota Bukittinggi itu malah mengalami peningkatan, tahun lalu saja kita ada 107 kasus DBD, bahkan daerah kita ditetapkan sebagai daerah KLB karena ditemukan adanya penderita DBD yang meninggal dunia.	Kalau melihat indikator <i>case</i> (kasus), berarti belum berhasil, dikatakan seperti itu karena terjadi fluktuasi kasus. Kemudian, kita lihat lagi dari indikator ABJ, angka bebas jentik dikatakan berhasil itu di atas 95%, tapi pada kenyataannya Kota Bukittinggi hanya mencapai 85%.	Pengendalian DBD itu kalau saya nilai sudah bagus, tapi belum optimal. Kalau dilihat dari angka kerjasama masyarakat memang sudah lebih dari 50%, tapi sisanya inilah yang selalu membuat DBD ada. Jadi sampai saat ini ABJ kita belum mencapai sesuai indikator nasional.	Secara keseluruhan pelaksanaan program DBD ini masih belum mencapai sasaran karena kita masih bisa menemukan angka kejadian DBD pada suatu daerah ini secara rutin tempatnya disana terus menerus.	Jika dilihat dari indikatornya masih belum tercapai, baik angka bebas jentik, maupun angka kasus yang ada. Berdasarkan hasil pemeriksaan ternyata masih banyak rumah masyarakat yang belum bebas dari jentik nyamuk.	Keberhasilan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi diukur melalui indikator angka bebas jentik yang merujuk pada indikator nasional dimana telah ditetapkan bahwa indikator ABJ harus $\geq 95\%$. Namun, jika kita lihat di Kota Bukittinggi sendiri, meskipun pemerintah setempat telah berupaya melaksanakan kegiatan pengendalian DBD dengan sebaik-baiknya, tapi ABJ Kota Bukittinggi sampai saat ini masih belum bisa mencapai target indikator yang ada, ABJ Kota Bukittinggi hanya mencapai angka 85,3% pada tahun 2012.

Berikut ini adalah hasil pengumpulan data melalui telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam mengenai output (Angka Bebas Jentik) dalam Program Pengendalian DBD dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.30. Matriks Triangulasi Output (Angka Bebas Jentik) dalam Program Pengendalian DBD berdasarkan Telaah Dokumen dan Wawancara Mendalam

Topik	Dokumentasi	Observasi	Wawancara Mendalam	Analisis Triangulasi
Angka Bebas Jentik	Adanya bukti laporan hasil pemeriksaan jentik berkala yang dilakukan oleh kader kesehatan	Pada saat melakukan survei, ternyata masih ada juga ditemui jentik nyamuk di rumah masyarakat. ABJ yang didapatkan pada saat penelitian juga belum mencapai target nasional, bahkan ABJ nya masih jauh dibawah ABJ Kota Bukittinggi.	Keberhasilan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi di ukur melalui indikator angka bebas jentik yang harus $\geq 95\%$. Namun, jika kita lihat di Kota Bukittinggi sendiri, meskipun pemerintah setempat telah berupaya melaksanakan kegiatan pengendalian DBD dengan sebaik-baiknya, tapi ABJ Kota Bukittinggi sampai saat ini masih belum bisa mencapai target indikator yang ada, ABJ Kota Bukittinggi hanya mencapai angka 85,3% pada tahun 2012.	Pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi belum bisa dikatakan berhasil, karena sampai saat ini belum bisa mencapai indikator yang telah ditetapkan. ABJ Kota Bukittinggi pada tahun 2012 hanya mencapai 85,3%. Di dalam program ini, peran serta masyarakat sangat dibutuhkan untuk mendukung keberhasilan program, oleh sebab itu masyarakat perlu dilibatkan mulai dari perencanaan sampai dengan pengawasan program

Hasil wawancara mendalam dengan informan baik yang ada di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi maupun di Puskesmas Tigo Baleh menyatakan bahwa sampai saat ini pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi belum bisa dikatakan berhasil karena belum bisa mencapai indikator yang telah ditetapkan. Hal ini didukung dengan hasil telaah dokumen yang memperlihatkan bahwa ABJ Kota Bukittinggi tahun 2012 hanya mencapai 85,43%, angka ini lebih rendah dibanding tahun sebelumnya, dimana ABJ pada tahun 2011 yaitu 86,2%.

BAB 6

PEMBAHASAN

6. 1. Keterbatasan Penelitian

Beberapa hal yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Informasi yang diperoleh pada saat penelitian hasilnya sangat dipengaruhi oleh persepsi, pemahaman, dan pengalaman responden dan informan terhadap substansi pertanyaan yang diajukan oleh peneliti saat penelitian berlangsung, serta suasana pada saat wawancara berlangsung.
2. Masih rendahnya kelengkapan data yang diperlukan untuk mendukung proses penelitian, hal ini disebabkan oleh data yang belum terkoordinir dengan baik.
3. Pada saat penelitian dilaksanakan Kepala Puskesmas Tigo Baleh sedang mengambil masa cuti. Oleh karena itu, wawancara tetap dilakukan dengan diwakili oleh PLH Kepala Puskesmas.
4. Masih kurangnya kemampuan dan pengalaman peneliti di dalam melakukan analisa terhadap variabel yang diteliti.

6. 2. Pembahasan Data Kuantitatif

6.2.1. Tingkat Pengetahuan Masyarakat di dalam Pengendalian DBD

Pengetahuan merupakan hasil pengindraan manusia terhadap objek melalui indra yang dimilikinya. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih betahan lama dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan responden terhadap upaya pengendalian DBD diukur untuk mengetahui sejauh mana responden mengetahui tentang adanya penyakit DBD tersebut disekitarnya dan sampai sejauh mana ia mengetahui cara-cara untuk memberantasnya sehingga penyakit tersebut dapat dihindari.

Dari hasil wawancara yang dilakukan dengan menggunakan kuesioner di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh menunjukkan bahwa dari 49 responden, ternyata hanya ada 61,2 % responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik terhadap upaya pengendalian DBD. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Veronika pada tahun 2001 di Kelurahan Padang Bulan Medan yang menyatakan bahwa 57,3 % tingkat pengetahuan masyarakat termasuk dalam kategori baik. Sedangkan penelitian yang dilakukan Laksmono di Kelurahan Grondol Wetan Semarang yang menyatakan bahwa sebagian besar responden yakni sekitar 72,3 % dari total responden memiliki pengetahuan yang cukup baik. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pengendalian DBD sudah bisa dikatakan cukup baik khususnya bagi masyarakat yang berada di daerah perkotaan karena akses informasi saat ini sudah semakin banyak dan lebih cepat.

Pendidikan juga merupakan sarana untuk mendapatkan informasi sehingga semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin banyak pula informasi yang didapatkan. Hal ini mungkin juga menjadi pendukung tingginya tingkat pengetahuan responden terhadap upaya pengendalian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh, karena berdasarkan data yang didapatkan melalui penelitian ini diketahui bahwa 77,6 % responden berada pada kategori masyarakat yang berpendidikan tinggi dengan jenjang pendidikan terakhir mayoritas adalah lulusan SMA.

Dari 10 pertanyaan yang diajukan dalam kuesioner pengetahuan, berdasarkan jawaban responden diketahui bahwa lebih dari setengah responden yaitu 59,2% dari responden menjawab salah untuk pertanyaan cara mencegah penyakit demam berdarah dengue. Berarti masih banyak responden yang tidak mengetahui apa saja upaya yang dapat dilakukan untuk memutus mata rantai penularan penyakit DBD. Selain itu hampir setengah dari responden yaitu 49% dari responden juga tidak mengetahui dimana tempat perkembangbiakan nyamuk penyebab DBD. Nyamuk *Aedes aegypti* yang merupakan vektor penularan dari penyakit DBD berkembangbiak pada tempat penampungan air bersih. Padahal hal ini penting sekali diketahui oleh masyarakat karena dengan mengetahuinya diharapkan masyarakat dapat lebih waspada terhadap perkembangbiakan nyamuk penyebab DBD tersebut. Oleh sebab itu, meskipun dari hasil penelitian telah menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden termasuk dalam kategori baik, namun kader kesehatan tetap perlu meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat mengenai bagaimana cara mencegah penyakit DBD dan dimana saja tempat-tempat potensial yang bisa menjadi tempat perindukan dari nyamuk *Aedes aegypti*.

6.2.2. Sikap Masyarakat di dalam Pengendalian DBD

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan menggunakan kuesioner di wilayah kerja Puskesmas Tigo Baleh menunjukkan bahwa dari 49 responden, ternyata 98 % responden telah memiliki sikap yang positif terhadap upaya pengendalian DBD. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Jane Pangemanan pada tahun 2010 di Kecamatan Airmadidi Kabupaten Minahasa Utara yang menunjukkan bahwa 100 % responden memiliki sikap yang positif

terhadap kegiatan PSN DBD. Hasil ini didukung juga oleh Veronika dengan penelitian yang dilakukan di Padang Bulan pada tahun 2001 yang menyatakan sikap masyarakat paling banyak tergolong pada kategori baik yakni sebanyak 64 %.

Sedangkan menurut Laksmono yang melakukan penelitian pada tahun 2008 di Kelurahan Grondol Wetan Semarang menyatakan bahwa sebanyak 71,8 % dari total responden menunjukkan sikap yang masih terbilang cukup mendukung, keadaan ini berbeda kemungkinan disebabkan karena terdapatnya perbedaan distribusi responden berdasarkan karakteristik maupun keadaan sosial yang ada pada daerah penelitiannya. Terkadang lingkungan sekitar mempengaruhi seseorang dalam memperoleh pengetahuan yang tentu nantinya turut mempengaruhi sikap dari orang tersebut misalnya yang terjadi pada responden yang tidak bekerja, pada umumnya mereka akan berada di rumah saja dan lebih banyak waktu untuk saling bertukar informasi dengan warga lain sehingga mereka juga memiliki kesempatan yang besar untuk mendapatkan informasi baru.

Hal ini sesuai dengan teori WHO yang menyatakan bahwa salah satu alasan pokok seseorang menunjukkan sikap dalam hal memperoleh kesehatan adalah sosio budaya (*culture*) yang sangat berpengaruh terhadap terbentuknya sikap dan perilaku seseorang.

Sikap merupakan reaksi tertutup dari seseorang terhadap stimulus. Sikap responden dalam penelitian ini tergolong positif, akan tetapi sikap yang positif belum tentu terwujud dalam suatu tindakan nyata karena diperlukan kondisi yang memungkinkan. Berbagai kondisi tersebut antara lain sikap terwujud dalam suatu tindakan yang tergantung pada situasi yang ada pada saat itu, sikap akan diikuti atau

tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu kepada pengalaman orang lain, sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang, dan sikap dipengaruhi oleh perilaku orang-orang yang dianggap penting (*reference group*), misalnya alim ulama, kepala suku, dan sebagainya. Sehingga perilaku tersebut akan di contoh (Notoatmodjo, 2007).

Agar sikap yang positif juga bermanifestasi dalam tindakan yang baik, maka diperlukan pembentukan sikap yang utuh terhadap upaya pengendalian DBD yang baik. Dari 10 pertanyaan yang diajukan dalam kuesioner pengetahuan, berdasarkan jawaban responden diketahui bahwa 32,7% responden tidak begitu mendukung upaya pengendalian DBD melalui pemeliharaan ikan pemakan jentik di kolam/sumur, responden tersebut tidak mendukung kegiatan ini karena mereka mengkhawatirkan bahwa keberadaan ikan ini justru akan mencemari sumur mereka, dan mereka juga tidak yakin bahwa pemeliharaan ikan khususnya di sumur merupakan salah satu cara yang tepat untuk melakukan PSN DBD.

Selain itu, upaya pengendalian DBD melalui pemberian bubuk abate di sumur/ tempat penampungan air juga tidak mendapat dukungan sepenuhnya dari masyarakat, karena masih banyak dari mereka yang khawatir dengan penggunaan bubuk abate, mereka takut pemberian bubuk abate pada tempat penampungan air justru akan memberikan efek buruk terhadap kesehatan mereka seperti keracunan misalnya. Padahal pemberian bubuk abate dengan takaran yang dianjurkan yaitu 10 gram untuk 100 liter air, aman bagi manusia dan tidak akan menimbulkan keracunan. Oleh sebab itu, meskipun dari hasil penelitian telah menunjukkan bahwa seluruh responden telah memiliki sikap yang positif terhadap upaya pengendalian DBD,

program pengendalian DBD yang dilakukan oleh pemerintah, dan kesibukan masyarakat sendiri juga bisa menjadi penyebab kurang baiknya tindakan masyarakat di dalam melakukan upaya pengendalian DBD. Teori menyatakan bahwa sikap merupakan salah satu predisposisi seseorang untuk bertindak. Sikap bukan dibawa sejak lahir namun sikap dapat dibentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh responden. Dalam interaksi sosial tersebut terjadi hubungan timbal balik yang saling mempengaruhi diantara individu yang dapat mempengaruhi pola tindakan dan perilaku dalam berinteraksi dilingkungannya (Azwar, 2005).

Dari 10 pertanyaan yang diajukan dalam kuesioner tindakan, berdasarkan jawaban responden diketahui bahwa lebih dari setengah responden yaitu 73,5 % dari responden masih mempunyai kebiasaan menggantung pakaian di rumah. Ketika dikonfirmasi ke responden kebanyakan dari mereka beralasan bahwa mereka terpaksa menggantung baju karena baju tersebut belum kotor dan akan dipakai kembali. Hal ini tentu saja bukan merupakan tindakan yang baik, karena seperti yang diketahui tempat hinggap yang disenangi oleh nyamuk *Aedes aegypti* adalah tempat dimana adanya benda-benda yang tergantung, seperti pakaian. Nyamuk ini sangat menyenangi tempat yang agak gelap dan lembab. Oleh sebab itu, masih perlu ditingkatkan sosialisasi kepada masyarakat secara rutin dan berkesinambungan mengenai upaya yang harus dilakukan di dalam pengendalian DBD, harapannya dengan adanya sosialisasi yang terus menerus diberikan maka hal ini akan mempengaruhi perilaku masyarakat terutama didalam mengaplikasikan upaya pengendalian DBD yang pada dasarnya telah banyak dari mereka yang mengetahui.

dari hasil survei jentik masih rendah, angka ini tentunya masih jauh di bawah target indikator nasional dimana telah ditetapkan bahwa ABJ harus $\geq 95\%$.

Oleh sebab itu, untuk kedepan sebaiknya kegiatan PJB dapat lebih ditingkatkan frekuensinya paling tidak sekali dalam 1 bulan, karena kegiatan ini termasuk salah satu cara untuk memotivasi masyarakat dalam melaksanakan PSN DBD. Dengan kunjungan yang berulang-ulang disertai penyuluhan diharapkan masyarakat dapat melaksanakan PSN DBD secara teratur dan terus menerus.

6.3. Pembahasan Data Kualitatif

6.3.1. Komponen *Input*

6.3.1.1. Kebijakan

Kebijakan adalah aturan tertulis yang merupakan keputusan formal organisasi yang bersifat mengikat, mengatur perilaku dengan tujuan untuk menciptakan tata nilai baru dalam masyarakat. Kebijakan dapat berupa peraturan, keputusan pemerintah, instruksi, edaran, atau pedoman yang mendukung pelaksanaan program pengendalian DBD.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diketahui bahwa Kebijakan Pengendalian DBD ini akhirnya juga diberlakukan di Kota Bukittinggi karena sejak tahun 2005 Kota Bukittinggi mulai ditetapkan sebagai daerah endemis DBD, dan sejak tahun 2005 sampai sekarang kasus DBD di Kota Bukittinggi mengalami fluktuasi dan cenderung meningkat setiap tahunnya, tidak hanya itu sejak tahun 2005 Kota Bukittinggi juga belum bisa mencapai target indikator pengendalian DBD yang

telah ditetapkan dalam dokumen RPJMN yaitu ABJ harus $\geq 95\%$. Untuk itu kebijakan pengendalian DBD ini penting diberlakukan di Kota Bukittinggi.

Kebijakan pengendalian DBD ini juga sudah disosialisasikan baik lintas program, lintas sektor, tingkat kecamatan, kelurahan, maupun kepada masyarakat Kota Bukittinggi sendiri. Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan bahwa masyarakat telah memiliki sikap yang baik, dengan sikap yang baik ini diharapkan masyarakat akan dapat lebih terbuka, mau menerima, dan ikut terlibat di dalam pelaksanaan kebijakan yang ada. Selain itu, program pengendalian DBD ini juga mendapatkan dukungan penuh dari Walikota setempat, hal ini dibuktikan berdasarkan telaah dokumen yang memperlihatkan bahwa adanya dukungan tertulis yang langsung dikeluarkan oleh Walikota Bukittinggi seperti Edaran Walikota No. 443.585/-IV-/P2P/2006 tentang Waspada Bahaya Penyakit DBD, Keputusan Walikota No. 188.45-310-2007 tentang Pembentukan Kelompok Kerja Operasional (Pokjnal) Penanggulangan Demam Berdarah Dengue (DBD) Kota Bukittinggi, Instruksi Walikota No. 440/412/DKK/X-09 tentang Pencegahan Penyakit DBD di Kota Bukittinggi, Edaran Walikota No. 440/ 413/DKK/X-09 tentang Waspada Penyakit DBD, dan terakhir Walikota Bukittinggi juga mengeluarkan Pengumuman No.443.4/004/Dinkes/I-2012 tentang Gotong Royong dalam Rangka Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD). Namun, pada kenyataannya tindakan masyarakat masih tergolong kurang baik, sehingga meskipun sudah banyak instruksi maupun edaran yang dikeluarkan oleh pemerintah setempat, masyarakat masih belum mau melaksanakan kebijakan ini sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lindawati tahun 2012 di Kota Padang menyatakan bahwa program pencegahan dan pemberantasan DBD di Kota Padang sudah dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dari Kemenkes RI dan juga sudah ada buku pedoman pelaksanaannya.

Kebijakan pengendalian DBD pada dasarnya bertujuan untuk meningkatkan peran serta masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian DBD, menurunkan jumlah kelompok masyarakat yang berisiko terhadap penularan DBD, melaksanakan penanganan penderita sesuai standar, serta menurunkan angka kesakitan dan angka kematian akibat DBD. Dalam menjalankan kebijakan ini, tentu saja diperlukan adanya pedoman. Untuk itu pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi juga didukung oleh beberapa buku sumber dan pedoman seperti: Petunjuk Teknis Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) oleh Juru Pemantau Jentik (Jumantik) tahun 2006 dan Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue tahun 2011. Hanya saja menurut informasi yang didapatkan dari FGD diketahui bahwa meskipun sudah ada buku pedoman yang bisa dijadikan rujukan, namun petugas kesehatan baik yang ada di puskesmas maupun kader kesehatan yang ada di lapangan tidak begitu mengikuti buku rujukan yang ada, mereka lebih sering menjalankan tugas berdasarkan pengalaman kerja saja, dan berpedoman pada kegiatan-kegiatan yang biasa dilaksanakan untuk pengendalian DBD ini.

Dari penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa kebijakan tentang pengendalian DBD memang sudah dikeluarkan di Kota Bukittinggi dan sudah didukung dengan adanya buku pedoman, hanya saja diharapkan petugas

kesehatan baik yang ada di dinas kesehatan, di puskesmas, maupun petugas yang ada di lapangan dapat menjalankan tugas sesuai dengan pedoman yang telah ada, sehingga apabila prosedurnya telah berjalan dengan baik dan sesuai aturan, maka hal ini tentunya akan mendukung keberhasilan program.

6.3.1.2. Dana

Dana adalah segala bentuk anggaran atau biaya operasional yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program pengendalian DBD. Dalam menunjang penyusunan suatu program kesehatan baik di tingkat kabupaten/ kota dan tingkat puskesmas, diperlukan adanya ketersediaan dana, walaupun dengan jumlah yang berbeda tergantung dari ketersediaan anggaran yang ada. Dari hasil wawancara mendalam dan telaah dokumen diketahui bahwa sejauh ini belum ada hambatan terkait masalah dana dalam pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan telaah dokumen diketahui bahwa dana untuk kegiatan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi baik kegiatan yang ada di dinas kesehatan maupun kegiatan di puskesmas pada prinsipnya semua berasal dari APBD Kota Bukittinggi. Namun, Kepala Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi mengatakan bahwa terkadang ada juga beberapa dana *sharing* dari provinsi berupa bantuan peralatan maupun bahan-bahan untuk tindakan pengendalian DBD. Bahkan pada tahun-tahun sebelumnya puskesmas juga menerima BOK untuk program pengendalian DBD ini, namun sekarang sudah tidak ada. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) adalah bantuan dana APBN yang disalurkan kepada puskesmas melalui kewenangan tugas pembantu dana BOK. BOK digunakan untuk

upaya kesehatan yang bersifat promotif dan preventif di puskesmas. Adapun besaran alokasi dana BOK setiap puskesmas ditetapkan dengan melihat situasi dan kondisi dari wilayah kerja puskesmas. Menurut pemegang program DBD di Puskesmas Tigo Baleh diketahui bahwa dulunya, dana BOK ini di gunakan oleh Puskesmas Tigo Baleh khusus untuk pemberantasan wabah penyakit DBD, sedangkan dana dari APBD lebih di fokuskan untuk kegiatan PJB.

Dana APBD Kota Bukittinggi biasanya dialokasikan lebih untuk kegiatan seperti sosialisasi, pertemuan-pertemuan, pemberian penyuluhan, pemeriksaan jentik berkala, penyediaan bubuk abate, pengadaan mesin *fogging*, dan pelaksanaan *fogging* sendiri. Dana yang ada saat ini, baik di dinas kesehatan maupun di puskesmas sudah cukup memadai, bahkan khusus untuk kegiatan *fogging* karena pihak dinas kesehatan selalu memprediksi anggarannya lebih tinggi, maka dana untuk kegiatan ini selalu berlebih. Apabila dalam kegiatan pengendalian DBD dibutuhkan adanya tambahan dana, maka dinas kesehatan tinggal membuat surat permohonan kepada pemerintah daerah setempat, dan biasanya permohonan yang diajukan selalu dikabulkan.

Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Lindawati pada tahun 2012 di Kota Padang yang menyatakan bahwa dana pada kegiatan program pencegahan dan pemberantasan DBD yang ada di Kota Padang masih belum memadai dan tidak teralokasi dengan baik, seperti tidak ada lagi dana untuk kegiatan PSN DBD dan kegiatan kader jumentik. Perbedaan ini terjadi mungkin disebabkan adanya pengaruh kebijakan dari masing-masing daerah, karena seperti yang diketahui bahwa dana untuk kegiatan program pengendalian DBD berasal dari

APBD kota masing-masing, sehingga alokasi dana yang disediakan tentu saja tidak sama.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan Pokjnal DBD juga diketahui bahwa tidak ada alokasi dana khusus untuk pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD baik di Pemberdayaan Masyarakat maupun di PKK Kota Bukittinggi, karena mereka sifatnya lebih *universal*, sehingga untuk kegiatan ini dananya di bebankan kepada dinas kesehatan.

Berdasarkan diskusi kelompok (FGD) dengan kader kesehatan yang ada di puskesmas juga didapatkan informasi bahwa dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD, tidak ada sedikitpun biaya yang dibebankan ke masyarakat, baik dalam pemberian bubuk abate, pelaksanaan *fogging*, penyuluhan, maupun kegiatan lainnya yang berkaitan dengan DBD. Semuanya telah dianggarkan baik oleh puskesmas maupun dinas kesehatan, sehingga program pengendalian DBD ini dilaksanakan dengan gratis tanpa memungut biaya dari masyarakat. Tingkat pengetahuan masyarakat yang tergolong baik seharusnya bisa membantu masyarakat untuk bisa lebih waspada terhadap pungutan-pungutan liar yang dilakukan oleh oknum-oknum yang mengatasnamakan puskesmas dan dinas kesehatan.

Dalam diskusi kelompok ini juga didapatkan informasi bahwa sejauh ini tidak ada gaji yang diterima oleh kader kesehatan puskesmas, kader hanya diberikan uang transportasi. Untuk kegiatan PJB misalnya, kader seharusnya diwajibkan turun ke lapangan sekali seminggu, meskipun dana transportasi yang diberikan hanya sekali dalam tiga bulan.

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa dana untuk pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi pada dasarnya mencukupi dan tidak ada hambatan. Hanya saja sejauh ini memang tidak ada alokasi dana khusus untuk kegiatan kader, selain uang transportasi yang diberikan sekali tiga bulan, sehingga hal ini mungkin saja dapat mempengaruhi kinerja kader di lapangan, karena pihak puskesmas sendiri merasa sungkan meminta bantuan kader untuk melakukan pemeriksaan jentik tiap minggu, tanpa harus membayar mereka dalam melaksanakan kegiatan yang banyak menyita waktu. Karena kader bekerja atas dasar keikhlasan dan sukarela, maka dengan perilaku yang tergolong baik sangat diharapkan masyarakat dapat menyadari hal ini, sehingga mereka mau membantu dan memberikan kemudahan kepada kader kesehatan untuk bisa menjalankan tugasnya dengan baik di dalam pelaksanaan program pengendalian DBD ini.

6.3.1.3. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia adalah petugas atau orang-orang yang terlibat langsung dalam program pengendalian DBD. Berdasarkan hasil wawancara mendalam diketahui bahwa sumber daya manusia yang dikhususkan hanya untuk menangani program DBD sampai saat ini di DKK Bukittinggi masih belum ada, pengelola program masih bekerja rangkap untuk menjalankan program yang lain. Begitu juga di Puskesmas Tigo Baleh, hanya ada satu orang pemegang program DBD. Yang dikhawatirkan apabila pemegang program yang ada tiba-tiba dimutasikan, maka hal ini akan menjadi kendala mengingat petugas baru harus dipersiapkan dan dilatih lagi dari awal. Namun, sejauh ini memang masih belum ditemukan adanya hambatan yang berarti terkait ketenagaan dalam pelaksanaan program, karena petugas yang ada

sudah berusaha menjalankan tugasnya seoptimal mungkin, dan ada juga kerja sama dengan teman-teman lain, baik yang ada di pustu, poskeslur, posyandu, dan teman-teman dari kader kesehatan.

Disamping itu, untuk kegiatan *fogging* DKK Bukittinggi juga belum memiliki petugas tetap. Yang menjadi kendala, sejauh ini belum ada surat tugas untuk petugas *fogging*, dengan begitu mereka bisa saja menolak untuk ikut melaksanakan kegiatan *fogging* pada saat tenaga mereka dibutuhkan. DKK Bukittinggi mengalokasikan dana untuk 5 orang petugas di setiap kali kegiatan. Hanya saja sering kali pada saat kegiatan ini dilaksanakan, petugas tersebut justru berhalangan hadir. Sebenarnya secara penyelesaian pekerjaan tidak menjadi masalah, tapi secara beban fisik, hal ini tentu akan membebani yang lainnya. Untuk itu Kepala DKK Bukittinggi bersama Pengelola Program DBD di DKK Bukittinggi harus membuat surat tugas untuk petugas *fogging*, sehingga petugas *fogging* memiliki ikatan dan tanggung jawab yang jelas di dalam melaksanakan kegiatan.

Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Lindawati di Kota Padang tahun 2012 yang menyatakan bahwa tenaga pelaksana dan pemberantasan DBD yang ada di Kota Padang masih kurang, karena petugas masih mempunyai tugas rangkap, selain itu sejak tahun 2009 kader jumantik sudah tidak aktif lagi.

Pendidikan dan pelatihan merupakan upaya untuk mengembangkan sumber daya manusia, terutama untuk pengembangan kemampuan intelektual dan kepribadian. Pendidikan berkaitan dengan persiapan calon tenaga yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD. Sedangkan pelatihan lebih berkaitan

dengan peningkatan kemampuan atau keterampilan pelaksanaan program pengendalian DBD.

Tenaga merupakan sumber daya manusia yang merancang dan menghasilkan produk, mengalokasikan sumber daya financial serta merumuskan seluruh strategi dan tujuan organisasi. Tanpa orang-orang yang memiliki keahlian atau kompeten maka mustahil bagi organisasi untuk mencapai tujuannya. Banyaknya keunggulan yang dimiliki organisasi tidak akan memaksimalkan produktifitas dan usahanya tanpa adanya sumber daya manusia yang memiliki keahlian, kompetensi, dan dedikasi yang tinggi terhadap organisasinya dalam hal ini adalah kesehatan.

Sesuai dengan teori yang ada, dapat disimpulkan bahwa sumber daya manusia yang ada perlu mendapatkan pendidikan dan pelatihan khusus untuk mengelola program pengendalian DBD. Informan dari Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi juga menginformasikan bahwa ternyata sudah ada pelatihan-pelatihan yang diberikan kepada sumber daya manusia pengelola program pengendalian DBD. Pelatihan tidak hanya diberikan kepada pengelola program yang ada di DKK, namun petugas *fogging*, pengelola program DBD di puskesmas, dan kader-kader kesehatan yang ada di puskesmas juga diberikan pelatihan sebelum mereka turun ke lapangan. Informasi ini didukung dengan adanya bukti tertulis dari hasil telaah dokumen seperti adanya Laporan Hasil Pelatihan Kader PJB Kota Bukittinggi tahun 2010, adanya surat tugas yang diberikan kepada Kasie P2P DKK Bukittinggi untuk mengikuti Bimbingan Tekhnis dan Monitoring Pengendalian Kasus DBD tahun 2011. Informasi yang didapatkan dari hasil wawancara mendalam di puskesmas dan FGD yang dilakukan dengan kader kesehatan juga menyatakan bahwa memang ada pelatihan

yang diberikan baik kepada petugas maupun kepada kader terkait program pengendalian DBD ini.

Pelaksanaan program pengendalian DBD ini tidak hanya membutuhkan sumber daya manusia yang berasal dari petugas kesehatan, sumber daya yang berasal dari masyarakat sendiri juga amat dibutuhkan. Rendahnya partisipasi masyarakat mungkin disebabkan karena masyarakat kurang dilibatkan dalam tim pelaksanaan program pengendalian DBD ini. Dengan tidak adanya keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan program, masyarakat cenderung menganggap bahwa kesehatan merupakan tanggung jawab pemerintah dan masyarakat cenderung mengharapkan bantuan, menuntut pemerintah untuk melakukan pengendalian DBD di lingkungan pemukiman mereka. Namun, dengan tingkat pengetahuan masyarakat yang relatif baik, dan sikap masyarakat yang tergolong baik, seharusnya hal ini tidak terjadi.

Pemberian kesempatan kepada masyarakat dapat dilakukan dengan cara penggalan gagasan/ ide baik melalui kelompok formal maupun non formal dalam masyarakat. Partisipasi masyarakat dalam manajemen pembangunan akan menghantarkan masyarakat untuk dapat memahami masalah-masalah yang dihadapinya, menganalisa akar-akar permasalahan tersebut, mendesign kegiatan-kegiatan terpilih, serta memberikan kerangka untuk pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pembangunan kesehatan.

6.3.1.4. Sarana

Secara umum sarana dan prasarana adalah alat penunjang keberhasilan suatu proses upaya yang dilakukan dalam pelayanan publik, karena apabila hal ini tidak

tersedia maka semua kegiatan yang dilakukan tidak akan dapat mencapai hasil yang diharapkan sesuai dengan rencana.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan, FGD, dan telaah dokumen diketahui bahwa sarana yang digunakan dalam kegiatan pengendalian DBD ini antara lain adalah bubuk abate, peralatan untuk *fogging*, peralatan untuk kegiatan PJB, maupun transportasi untuk ke lapangan. Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dan Puskesmas Tigo Baleh telah memiliki sarana yang memadai. Informasi dari kader kesehatan yang didapatkan melalui kegiatan FGD juga menyatakan bahwa tidak ada pungutan biaya yang dibebankan kepada masyarakat didalam pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD, baik di dalam pemberian bubuk abate maupun dalam pelaksanaan *fogging*, karena sarana untuk kegiatan ini semuanya telah disediakan oleh puskesmas dan dinas kesehatan.

Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lindawati tahun 2012 di Kota Padang yang menyatakan bahwa sarana yang digunakan untuk pencegahan dan pemberantasan DBD masih belum mencukupi, terutama untuk penyediaan bubuk abate.

Jumlah bubuk abate yang diberikan kepada puskesmas, sangat tergantung kepada jumlah penduduk atau KK yang ada di wilayah kerja puskesmas tersebut. Jadi pembagian bubuk abate ini untuk masing-masing puskesmas tidak sama jumlahnya. Selama ini bubuk abate didistribusikan ke masyarakat tetapi belum ada pemantauan kembali ke lapangan mengenai pemanfaatan bubuk tersebut. Namun, dengan sikap masyarakat yang termasuk dalam kategori baik, seharusnya tanpa adanya pemantauan, masyarakat bisa menyadari pentingnya abatisasi, dan bisa

memanfaatkan bubuk abate sesuai dengan fungsinya dalam upaya pengendalian DBD.

Selain itu yang menjadi masalah yaitu hadirnya oknum-oknum yang mengatasnamakan puskesmas atau dinas kesehatan untuk mengambil keuntungan dari masyarakat melalui penjualan bubuk abate. Dengan demikian, untuk kedepannya diharapkan ada pengawasan dan pemantauan yang dilakukan oleh petugas kesehatan untuk *men-check* kembali bagaimana pemanfaatan bubuk abate di masyarakat. Pemberian bubuk abate secara gratis kepada masyarakat juga harus disosialisasikan secara terus menerus.

Agar pelaksanaan pengendalian DBD ini dapat dilaksanakan dengan baik dan maksimal, maka sarana yang ada sekarang tetap harus dipertahankan baik dalam segi kualitas maupun kuantitasnya. Karena sarana sangat penting untuk kelancaran kegiatan pengendalian DBD ini, tanpa tersedianya sarana maka akan sulit untuk mencapai target ABJ dan menurunkan angka kejadian DBD.

Tabel 6.1. Hambatan dan Saran untuk Komponen Input

No	Komponen Input	Hambatan	Saran
1	Kebijakan	Tidak semua petugas kesehatan (baik yang ada di dinas, puskesmas maupun kader yang ada di lapangan) melaksanakan program pengendalian DBD mengikuti buku pedoman yang ada, mereka lebih sering menjalankan tugas berdasarkan pengalaman kerja dan lebih merujuk pada kegiatan-kegiatan yang biasa dilaksanakan untuk pengendalian DBD sebelumnya.	Petugas kesehatan baik yang ada di dinas kesehatan, di puskesmas, maupun petugas yang ada di lapangan sebaiknya dapat menjalankan tugas sesuai dengan pedoman yang telah ada, sehingga apabila prosedurnya telah berjalan dengan baik dan sesuai aturan, maka hal ini tentunya akan mendukung keberhasilan program.
2	Dana	Adanya oknum-oknum yang mengambil pungutan biaya kepada masyarakat untuk kegiatan abatisasi dan <i>fogging</i> dengan mengatasnamakan DKK/ puskesmas, padahal kegiatan ini seharusnya dilaksanakan secara gratis.	Sosialisasi mengenai pelaksanaan program pengendalian DBD terutama <i>fogging</i> dan pembagian bubuk abate secara gratis harus lebih ditingkatkan baik secara langsung di dalam kegiatan PJB atau pada pertemuan-pertemuan lainnya, maupun melalui media cetak dan elektronik.
3	Sumber Daya Manusia	Sumber daya manusia untuk pengelola program DBD di Kota Bukittinggi jumlahnya masih belum memadai terutama untuk kegiatan <i>fogging</i> . Petugas <i>fogging</i> sering tidak bisa hadir pada saat kegiatan akan dilaksanakan, karena sampai saat ini kegiatan <i>fogging</i> masih dilaksanakan oleh petugas lepas yang belum memiliki surat tugas.	Kepala DKK Bukittinggi bersama Pengelola Program DBD di DKK Bukittinggi harus membuat surat tugas per tahun untuk petugas <i>fogging</i> , sehingga petugas <i>fogging</i> memiliki ikatan dan tanggung jawab yang jelas di dalam melaksanakan kegiatan.
4	Sarana	Masih banyak masyarakat yang belum memanfaatkan bubuk abate yang telah dibagikan, karena belum semua kader yang mengawasi secara langsung pemakaian bubuk abate.	Seluruh kader kesehatan yang turun ke lapangan sebaiknya diwajibkan untuk melaksanakan pemantauan secara langsung terhadap penggunaan bubuk abate oleh masyarakat, sehingga tidak ada lagi masyarakat yang tidak memanfaatkan bubuk abate yang telah dibagikan.

6.3.2. Komponen Proses

6.3.2.1. Pengendalian Vektor

Pengendalian DBD yang tepat adalah pemutusan rantai penularan yaitu dengan pengendalian vektornya, karena vaksin dan obat masih dalam proses penelitian. Vektor DBD sudah menyebar ke seluruh wilayah Indonesia, salah satunya termasuk Kota Bukittinggi. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan iklim global, kemajuan teknologi transportasi, mobilisasi penduduk, urbanisasi, dan infrastruktur penyediaan air bersih yang kondusif untuk perkembangbiakan vektor DBD, serta perilaku masyarakat yang belum mendukung upaya pengendalian.

DBD merupakan salah satu penyakit berbasis lingkungan, oleh karena itu pengendalian vektornya tidak mungkin berhasil dengan baik tanpa melibatkan peran serta masyarakat termasuk lintas sektor, lintas program, LSM, tokoh masyarakat, dan penyandang dana. Pada dasarnya metode pengendalian vektor DBD yang paling efektif adalah dengan melibatkan peran serta masyarakat. Sehingga berbagai metode pengendalian vektor cara lain merupakan upaya pelengkap untuk secara cepat memutus rantai penularan.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dan Puskesmas Tigo Baleh juga sudah melaksanakan kegiatan pengendalian vektor DBD. Kegiatan pengendalian vektor yang telah dilakukan antar lain yaitu pemberian penyuluhan tentang pemberantasan sarang nyamuk (PSN), pemantauan kondisi jentik di setiap rumah dan di sekitar lokasi kasus, pemberian bubuk abate, mengajak masyarakat untuk membudayakan ikanisasi, mengadakan pengasapan/ *fogging* apabila telah memenuhi protap. Kemudian untuk memberantas

vektor nyamuk, petugas kesehatan juga sudah menganjurkan upaya lain seperti pemasangan kelambu, pemakaian obat nyamuk, lavender, dan lain sebagainya.

Berdasarkan trend penyakit DBD di Kota Bukittinggi diketahui bahwa kenaikan kasus yang cukup tinggi terjadi pada bulan Juni, September, November, dan Januari, sehingga masyarakat perlu meningkatkan kewaspadaan dan kegiatan PSN di Kota Bukittinggi sebaiknya dilakukan sebulan sebelumnya yaitu pada bulan Februari, Mei, Agustus, dan Desember. Namun, berdasarkan telaah dokumen diketahui bahwa kegiatan PJB dilakukan pada bulan Februari, April, Juni, dan Oktober, hal ini tentu saja mengakibatkan tidak efektifnya upaya pengendalian DBD yang dilakukan.

Selain itu berdasarkan peta pembagian wilayah Kota Bukittinggi berdasarkan Kejadian DBD juga diketahui bahwa ada 13 kelurahan yang tergolong endemis DBD, seharusnya kegiatan *fogging* dilaksanakan di semua kelurahan tersebut. Namun, pada kenyataannya kegiatan *fogging* hanya dilakukan di setengah dari total kelurahan tersebut, bahkan kegiatan *fogging* justru diadakan di daerah yang sporadis dan potensial, seharusnya kegiatan ini lebih difokuskan terlebih dahulu di daerah-daerah yang endemis DBD.

Informan dari dinas kesehatan dan puskesmas juga menyatakan bahwa dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian vektor ini masih banyak ditemui adanya hambatan seperti masih adanya sebagian masyarakat yang tidak mau melaporkan diri atau berobat ke rumah sakit ketika mereka menderita penyakit DBD, sehingga hal ini akan menyulitkan petugas kesehatan di dalam melakukan pemutusan mata rantai penularan. Kemudian pada saat melaksanakan *fogging*, ada juga masyarakat yang

masih menolak dengan berbagai alasan, contohnya karena karena khawatir dengan baunya yang sangat menyengat. Hambatan selanjutnya terjadi pada saat PSN atau 3M, harapannya gotong royong dapat dilakukan tiap minggu, namun pada kenyataannya kebanyakan masyarakat melakukan gotong royong hanya pada saat ditemukannya kasus DBD. Selain itu pemahaman masyarakat atau kesadaran masyarakat untuk melakukan *cross check* sendiri terhadap tempat penampungan airnya juga masih rendah.

Kader kesehatan sebagai perpanjangan tangan puskesmas dan dinas kesehatan yang langsung berkontak dengan masyarakat sangat diharapkan dapat lebih meningkatkan sosialisasi dan melakukan pendekatan kepada masyarakat secara personal agar masyarakat lebih mudah dimotivasi untuk bisa bekerja dalam mensukseskan program pengendalian DBD ini. Dengan begitu masyarakat bisa kembali membudayakan gotong royong tiap minggunya dalam rangka pemberantasan sarang nyamuk, karena salah satu upaya yang dirasakan sangat efektif untuk memberantas jentik nyamuk ini adalah dengan melaksanakan PSN atau gotong royong secara serentak, karena upaya PSN yang tidak dilakukan secara serentak tentu akan menyebabkan di satu tempat sudah dilakukan pemberantasan, namun di tempat lain masih menjadi daerah yang rawan, dengan begitu tentunya upaya yang dilakukan tidak akan menunjukkan hasil yang optimal.

6.3.2.2. Peningkatan Peran Serta Masyarakat

Partisipasi adalah keikutsertaan dan keterlibatan masyarakat di dalam melaksanakan program pengendalian DBD. Partisipasi adalah peran serta aktif anggota masyarakat dalam berbagai jenjang kegiatan. Dilihat dari aspek

pembangunan kesehatan, partisipasi adalah keterlibatan masyarakat yang diwujudkan dalam bentuk menjalin kemitraan diantara masyarakat dan pemerintah dalam perencanaan implementasi dan berbagai aktifitas program kesehatan mulai dari pendidikan kesehatan, pengembangan program kemandirian dalam kesehatan sampai dengan mengontrol perilaku masyarakat dalam menggapai teknologi dan infrastruktur kesehatan (Soekidjo, 2010).

Informan dari DKK Bukittinggi mengatakan bahwa peningkatan peran serta masyarakat dalam program pengendalian DBD bukan hal yang mudah untuk dilaksanakan, karena peran serta masyarakat terhadap program ini terkait dengan bagaimana perilaku masyarakat itu sendiri. Menurut Kepala Bidang PMK DKK Bukittinggi, perilaku masyarakat terdiri dari 3 aspek yakni pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pengetahuan masyarakat yang baik, tidak menjamin sikap dan tindakan mereka juga ikut baik, semuanya tentu saja tergantung pada faktor-faktor yang mempengaruhinya. Selain itu Kepala Puskesmas Tigo Baleh menyatakan bahwa adanya kepentingan pribadi, menjadi salah satu hambatan di dalam peningkatan peran serta masyarakat.

Berdasarkan hasil FGD terhadap kader kesehatan juga diperoleh informasi bahwa kurangnya kesadaran dan pemahaman masyarakat juga menjadi salah satu faktor penyebab sulitnya meningkatkan peran serta masyarakat di dalam pelaksanaan program pengendalian DBD ini. Namun, walaupun demikian dukungan dari RT, RW, dan lurah setempat selalu ada, bahkan tidak jarang mereka juga mau langsung ikut turun ke lapangan. Selain itu, peningkatan peran serta masyarakat dalam program pengendalian DBD masih sulit dilaksanakan, hal ini berkaitan dengan

masalah kader kesehatan. Kader kesehatan dalam program DBD ini sulit untuk menjalankan menjalankan tugasnya secara fokus dan optimal, karena kader ini adalah kader posyandu yang tentu saja telah memiliki tanggung jawab yang lain. Dengan demikian, pelaksanaan PJB di lapangan sebaiknya dialihkan dari kader posyandu ke kader dasawisma agar pelaksanaan kegiatan ini di lapangan dapat lebih terfokus dan optimal.

Dasawisma adalah kelompok yang terdiri dari 10 – 20 kepala keluarga (KK) dalam satu RT. Dasawisma sebagai salah satu wadah kegiatan masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam memberdayakan masyarakat. Dasawisma melakukan kegiatan nyata bagi masyarakat sesuai dengan tugas dan fungsinya, menjalin persatuan dan kesatuan dengan koordinasi yang terus menerus baik diantara pengurus maupun dengan seluruh komponen yang ada di desa.

Partisipasi masyarakat sangat diperlukan untuk mendukung pelaksanaan program pengendalian DBD. Hal ini sejalan dengan penelitian Wiwik Trapsilowati (2008) yang menyatakan bahwa perlunya partisipasi atau keikutsertaan masyarakat (maupun tokoh masyarakat) dalam upaya pengendalian demam berdarah dengue. Maka diharapkan kepada semua pihak baik dari sektor kesehatan maupun sektor non kesehatan agar bisa secara bersama-sama ikut terlibat dalam upaya pengendalian DBD bersama dengan masyarakat. Melakukan pendekatan yang lebih optimal dengan masyarakat sehingga masyarakat merasa memiliki program dan mau serta mampu untuk mengatasi masalah kesehatan yang sedang dihadapinya.

6.3.2.3. Kemitraan/ Jejaring Kerja

Kemitraan adalah hubungan (kerjasama) antara dua pihak atau lebih berdasarkan kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan dalam rangka melancarkan program pengendalian DBD. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan diketahui bahwa didalam menjalankan program pengendalian DBD ini, dinas kesehatan telah bekerjasama dengan berbagai pihak, mulai dari puskesmas, pustu, poskeslur, posyandu, maupun kader kesehatan. Selain itu kerjasama juga dijalin dengan tokoh masyarakat setempat, mulai dari camat, lurah, Ketua RT, RW, bahkan dengan sektor-sektor lainnya seperti LPM, PKK, Pemberdayaan Masyarakat, bahkan diknas dan pihak sekolah pun diajak bekerjasama untuk mensukseskan program pengendalian DBD ini.

Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi, pada tahun 2007 Kota Bukittinggi memang telah membentuk Pokjandal DBD, namun sampai saat ini kinerja dari Pokjandal DBD dirasakan masih kurang optimal, menurut beliau hal ini mungkin disebabkan karena adanya perbedaan pemahaman atau tidak adanya persamaan persepsi antar pengurus pokjandal.

Berdasarkan informasi tersebut dapat diketahui bahwa pada prinsipnya kemitraan dalam program pengendalian DBD ini sudah terjalin, baik di lintas program maupun lintas sektoral. Hanya saja kurang optimalnya kinerja dan kurangnya koordinasi mengakibatkan program ini belum bisa berjalan dengan lancar sesuai dengan apa yang diharapkan. Oleh sebab itu perlu dilakukannya pertemuan rutin baik lintas program maupun lintas sektor di dalam membahas program

pengendalian DBD ini, sehingga nantinya diharapkan adanya persamaan persepsi, dan diketahuinya pembagian tupoksi yang jelas untuk masing-masing bidang.

6.3.2.4. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring adalah kegiatan yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana pencapaian dan pelaksanaan program. Monitoring merupakan upaya untuk mengamati pelaksanaan program pengendalian DBD. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan dari di Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi dan Puskesmas diperoleh informasi bahwa sejauh ini kegiatan monitoring dan evaluasi selalu rutin diadakan. Monitoring dilakukan tiap bulan, hasil pencatatan dan pelaporan kader yang diserahkan ke puskesmas kemudian direkap dan dikirimkan ke dinas kesehatan. Untuk evaluasi sendiri pelaksanaannya dilakukan sekali tiga bulan, melalui evaluasi ini tentunya bisa dilihat bagaimana perkembangan kasus DBD yang telah terjadi saat ini, sehingga untuk ke depannya dapat disusun kembali rencana-rencana kegiatan yang akan dilaksanakan dalam upaya pengendalian DBD.

Berdasarkan hasil FGD terhadap kader kesehatan juga didapatkan informasi bahwa selalu dilakukan pengamatan dan pengawasan terhadap kinerja kader di lapangan baik oleh pihak puskesmas maupun langsung dari dinas kesehatan. Kader juga diwajibkan untuk rutin setiap bulan melaporkan hasil pemantauan yang mereka lakukan. Hasil pencatatan dan pelaporan diserahkan kepada pihak puskesmas untuk seterusnya dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi.

Secara rinci Kepala Bidang PMK menjelaskan bahwa yang pertama sistem pencatatan dan pelaporan untuk program pengendalian DBD ini dilakukan oleh petugas epidemiologi untuk melihat perkembangan kasus, apakah kasus masih

endemis atau sudah terjadi KLB. Kedua yaitu sistem pelaporan berbasis mulai dari poskeslur, kalau sudah menjadi KLB maka laporan bersifat laporan KLB atau dikenal dengan W1, tetapi apabila kondisinya aman, maka masih menggunakan laporan SKD atau laporan kewaspadaan dini melalui laporan mingguan W2, jadi semua laporan masuk secara rutinitas. Ketiga, laporan itu diperoleh dari pelayanan-pelayanan seperti puskesmas dan poskeslur, jika mereka mencurigai seseorang, maka suspek sudah masuk laporan. Kemudian laporan juga diterima dari rumah sakit apabila memang sudah dikatakan positif, rumah sakit akan melaporkan melalui contact person surveilans. Selanjutnya dinas kesehatan juga membuka diri untuk menerima laporan dari masyarakat, apabila masyarakat melaporkan ada kejadian diduga DBD, maka akan dilakukan pelacakan untuk pembenaran informasi tadi, jadi tidak langsung diterima, namun dilihat dulu gejala klinisnya bagaimana kemudian hasil diagnosis dokter layak tidak dikatakan penyakit DBD. Jadi pada prinsipnya laporan dikumpulkan secara bertahap.

Berdasarkan telaah dokumen terhadap data laporan program pengendalian DBD baik di Dinas Kesehatan Kota maupun di puskesmas terlihat bahwa pencatatan dan pelaporan ada dan memang telah dilakukan. Kepala Bidang PMK DKK Bukittinggi mengatakan bahwa dalam kegiatan monitoring dan evaluasi ini masih ditemukan adanya hambatan seperti kurangnya kedisiplinan petugas di dalam mengumpulkan laporan. Namun sebenarnya telah ada sistem baru di dinas kesehatan yang dapat mempermudah pelaporan ini yaitu sistem program *e-work, warning early respond system*. Atau bisa juga dengan menggunakan *sms get way*, cukup dengan sms saja. Oleh sebab itu, sangat diharapkan petugas kesehatan baik yang ada di

puskesmas, pustu, poskeslur, atau rumah sakit bisa memanfaatkan sarana yang sudah ada, sehingga laporan dapat diterima dengan lebih cepat.

Tabel 6.2. Hambatan dan Saran untuk Komponen Proses

No	Komponen Proses	Hambatan	Saran
1	Pengendalian Vektor	<ul style="list-style-type: none"> -Kegiatan pengendalian vektor masih memiliki hambatan di dalam pelaksanaannya, karena masih kurangnya kerjasama dari masyarakat dalam upaya pengendalian DBD, baik dalam pelaporan kasus, maupun peran aktif masyarakat di dalam kegiatan <i>fogging</i> dan abatisasi, sehingga menyebabkan sulitnya pemutusan mata rantai penularan. -Pelaksanaan PJB dilaksanakan dalam waktu yang kurang tepat, yaitu pada bulan Februari, April, Juni, dan Oktober -Sasaran pelaksanaan <i>fogging</i> belum begitu tepat, karena masih ada wilayah endemis yang belum di <i>fogging</i> seperti kelurahan Puhun Pintu Kabun, Campago Guguk Bulek, Campago Ipuh, Pulau Anak Air, Pakan Labuh, dan Kayu Kubu. Sementara pelaksanaan <i>fogging</i> justru telah dilakukan di wilayah sporadis dan potensial yaitu di kelurahan Bukit Apit Puhun dan kelurahan Sapiran 	<ul style="list-style-type: none"> - Kader kesehatan harus melakukan pendekatan secara personal ke masyarakat dan meningkatkan KIE pada saat melakukan PJB, agar masyarakat lebih mudah dimotivasi untuk bisa terbuka dan mau bekerja sama dalam mensukseskan kegiatan pengendalian vektor DBD untuk memutus mata rantai penularan. - Kegiatan PJB seharusnya dilaksanakan sebulan sebelum terjadinya peningkatan kasus DBD, berdasarkan trend penyakit DBD di ketahui bahwa peningkatan kasus yang cukup tinggi biasanya terjadi pada bulan Juni, September, November, dan Januari, sehingga kegiatan PJB sebaiknya dilakukan pada bulan Februari, Mei, Agustus, dan Desember. - Pelaksanaan kegiatan <i>fogging</i> harus lebih diutamakan di wilayah yang endemis DBD, apabila telah memenuhi protap yang ada.

No	Komponen Proses	Hambatan	Saran
2	Peningkatan Peran Serta Masyarakat	Peningkatan peran serta masyarakat dalam program pengendalian DBD masih sulit dilaksanakan, hal ini berkaitan dengan masalah kader kesehatan. Kader kesehatan dalam program DBD ini sulit untuk menjalankan menjalankan tugasnya secara fokus dan optimal, karena kader ini adalah kader posyandu yang tentu saja telah memiliki tanggung jawab yang lain.	Pelaksanaan PJB di lapangan sebaiknya dialihkan dari kader posyandu ke kader dasawisma agar pelaksanaan kegiatan ini di lapangan dapat lebih terfokus, karena dengan beban tugas yang ada tentunya kader posyandu sulit untuk melakukan pendekatan yang optimal kepada masyarakat.
3	Kemitraan / Jejaring Kerja	Kemitraan dalam program pengendalian DBD ini sudah terjalin, baik di lintas program maupun lintas sektoral, tapi kinerjanya masih kurang optimal dan koordinasinya masih kurang, karena Pokjandal DBD yang dibentuk sebelumnya yaitu pada tahun 2007, sudah tidak aktif lagi sebab masa aktifnya hanya sampai tahun 2010 dan sampai saat ini belum ada upaya pembentukan pokjandal DBD kembali.	Walikota harus berupaya mengaktifkan kembali pokjandal DBD dengan mengadakan pertemuan rutin tiap bulan baik lintas program maupun lintas sektor di dalam membahas program pengendalian DBD untuk menyamakan persepsi dan pemahaman mengenai pelaksanaan program.
4	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan evaluasi selalu rutin diadakan, tapi petugas kesehatan masih sering tidak disiplin di dalam mengumpulkan laporan pada waktu yang telah ditetapkan, karena kurangnya pemanfaatan dari sistem <i>e-work</i> yang ada yaitu <i>warning early respond system</i> melalui <i>sms get way</i> .	Petugas kesehatan baik yang ada di lapangan, di puskesmas, maupun yang ada di rumah sakit harus meningkatkan kedisiplinan dalam mengumpulkan laporan dan memanfaatkan sistem <i>e-work</i> yang sudah ada, sehingga laporan dapat diterima tepat waktu.

6.3.3. Komponen Output

Komponen *output* dalam penelitian ini adalah tercapainya indikator DBD dimana Angka Bebas Jentik (ABJ) Kota Bukittinggi $\geq 95\%$. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan di dapatkan informasi bahwa meskipun petugas kesehatan telah berupaya seoptimal mungkin dalam pelaksanaan program

pengendalian DBD, namun sampai saat ini pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi belum bisa dikatakan berhasil karena belum bisa mencapai indikator yang telah ditetapkan. Hal ini didukung dengan hasil telaah dokumen yang memperlihatkan bahwa ABJ Kota Bukittinggi tahun 2012 hanya mencapai 85,43%, angka ini lebih rendah dibanding tahun sebelumnya, dimana ABJ pada tahun 2011 yaitu 86,2%.

Oleh sebab itu perlu disadari bahwa program pengendalian DBD ini tidak hanya kepentingan pemerintah saja tetapi juga kepentingan semua pihak, khususnya masyarakat. Jadi sangat diharapkan adanya kesadaran masyarakat di dalam melaksanakan pengendalian DBD ini. Jika seluruh masyarakat mau ikut berpartisipasi di dalam melakukan pemberantasan sarang nyamuk, maka kemungkinan terjadinya penularan penyakit DBD akan semakin kecil karena vektor tidak akan dapat berkembang dengan dengan baik. Upaya yang paling utama adalah dengan meningkatkan partisipasi dan peran serta masyarakat, yang kedua yaitu dengan mempertahankan sistem pengendalian yang sudah ada. Kemudian juga secara maksimal mengupayakan untuk mengalokasikan sumber daya yang dibutuhkan. Jadi secara internal, juga diharapkan agar petugas kesehatan dapat meningkatkan kualitas kerja dengan bekerja lebih efektif dan efisien. Pemegang struktural atau pemegang jabatan politis juga diharapkan dapat lebih gencar membahas tentang program pengendalian DBD ini ke jabatan politis yang lain karena kalau secara kedinasan saja, tentu akan lebih sulit pencapaiannya. Secara eksternal bantuan dari lintas sektor dan lintas program juga sangat diharapkan, karena tidak mudah menyadarkan masyarakat yang heterogen untuk mau ikut berperan aktif dalam melakukan

pengendalian DBD secara efektif dan efisien serta kontiniu. Selain itu, untuk petugas kesehatan dan pemerintah setempat harus melibatkan masyarakat mulai dari perencanaan sampai pada pengawasan kegiatan program pengendalian DBD, agar masyarakat lebih merasa memiliki dan bertanggung jawab terhadap keberhasilan program.

Tabel 6.3. Hambatan dan Saran untuk Komponen Output

No	Komponen Proses	Hambatan	Saran
1	ABJ di Kota Bukittinggi	Sampai saat ini pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi belum bisa dikatakan berhasil karena belum bisa mencapai indikator nasional yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan karena kurangnya rasa memiliki dan rasa tanggung jawab masyarakat terhadap program pengendalian DBD.	Petugas kesehatan dan pemerintah setempat harus melibatkan masyarakat mulai dari perencanaan sampai pada pengawasan kegiatan program pengendalian DBD, agar masyarakat lebih merasa memiliki dan bertanggung jawab terhadap keberhasilan program.

BAB 7

PENUTUP

7.1. Kesimpulan

Berikut adalah beberapa kesimpulan yang dapat diuraikan berdasarkan analisa yang dilakukan peneliti terhadap pelaksanaan Program Pengendalian DBD di Kota Bukittinggi :

A. Penelitian Kuantitatif

1. Lebih dari setengah responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik, karena Bukittinggi termasuk daerah perkotaan yang memiliki akses informasi yang baik dan mayoritas masyarakatnya termasuk dalam kategori masyarakat yang berpendidikan tinggi. Namun, hampir dari setengah responden menjawab salah untuk pertanyaan tempat perkembangbiakan nyamuk penyebab DBD.
2. Hampir seluruh responden memiliki sikap yang positif terhadap upaya pengendalian DBD. Namun, berdasarkan jawaban kuesioner diketahui bahwa masih banyak responden yang tidak terlalu mendukung kegiatan abatisasi dan ikanisasi di dalam program pengendalian DBD.
3. Lebih dari setengah responden melakukan tindakan yang kurang baik terhadap upaya pengendalian DBD, karena sikap yang positif belum tentu terwujud dalam suatu tindakan nyata. Berdasarkan jawaban kuesioner diketahui bahwa lebih dari setengah responden masih mempunyai kebiasaan menggantung pakaian di rumah.

4. ABJ yang didapatkan pada saat survei masih belum mencapai indikator yang telah ditetapkan, karena adanya perubahan cuaca yang tidak menentu pada saat penelitian dilakukan dan belum dilaksanakannya kegiatan PJB di lokasi penelitian.

B. Penelitian Kualitatif

1. Komponen *Input*

- a. Kebijakan tentang pengendalian DBD sudah diberlakukan di Kota Bukittinggi, mendapat dukungan dari pemerintah kota setempat, dan telah memiliki modul dan buku-buku yang bisa dijadikan pedoman dalam melaksanakan kegiatan. Namun, petugas kesehatan baik yang ada di puskesmas maupun kader kesehatan yang ada di lapangan tidak begitu mengikuti buku pedoman yang ada, mereka lebih sering menjalankan tugas berdasarkan pengalaman kerja dan lebih merujuk pada kegiatan-kegiatan yang biasa dilaksanakan untuk pengendalian DBD sebelumnya.
- b. Dana untuk pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi pada dasarnya sudah mencukupi, tapi masih ada sedikit hambatan karena adanya oknum-oknum yang mengambil pungutan biaya kepada masyarakat untuk kegiatan abatisasi dan *fogging* dengan mengatasnamakan DKK dan puskesmas, padahal kegiatan ini seharusnya dilaksanakan secara gratis.
- c. Sumber daya manusia untuk pengelola program DBD di Kota Bukittinggi jumlahnya masih belum memadai terutama untuk kegiatan *fogging*. Petugas *fogging* sering tidak bisa hadir pada saat kegiatan akan dilaksanakan, karena

sampai saat ini kegiatan *fogging* masih dilaksanakan oleh petugas lepas yang belum memiliki surat tugas.

- d. Sarana yang digunakan untuk pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi sudah cukup memadai. Namun, masih banyak masyarakat yang belum memanfaatkan bubuk abate yang telah dibagikan, karena belum semua kader yang mengawasi secara langsung pemakaian bubuk abate.

2. Komponen Proses

- a. Kegiatan pengendalian vektor masih memiliki hambatan di dalam pelaksanaannya, karena masih kurangnya kerjasama dari masyarakat dalam upaya pengendalian DBD, baik dalam pelaporan kasus, maupun peran aktif masyarakat di dalam kegiatan *fogging* dan abatisasi, sehingga menyebabkan sulitnya pemutusan mata rantai penularan.
- b. Peningkatan peran serta masyarakat dalam program pengendalian DBD masih sulit dilaksanakan, hal ini berkaitan dengan masalah kader kesehatan. Kader kesehatan dalam program DBD ini sulit untuk menjalankan menjalankan tugasnya secara fokus dan optimal, karena kader ini adalah kader posyandu yang tentu saja telah memiliki tanggung jawab yang lain.
- c. Kemitraan dalam program pengendalian DBD ini sudah terjalin, baik di lintas program maupun lintas sektoral, tapi kinerjanya masih kurang optimal dan koordinasinya masih kurang, karena Pokjanal DBD yang dibentuk sebelumnya, saat ini sudah tidak aktif.

- d. Monitoring dan evaluasi selalu rutin diadakan, tapi petugas kesehatan masih sering tidak disiplin di dalam mengumpulkan laporan, karena kurangnya pemanfaatan dari sistem *e-work* yang ada.

3. Komponen *Output*

Sampai saat ini pelaksanaan program pengendalian DBD di Kota Bukittinggi belum bisa dikatakan berhasil karena belum bisa mencapai indikator nasional yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan karena kurangnya rasa memiliki dan rasa tanggung jawab masyarakat terhadap program pengendalian DBD.

7.2. Saran

A. Penelitian Kuantitatif

1. Kader kesehatan dan petugas puskesmas perlu meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat terutama setiap kali kunjungan (PJB), mengenai cara mencegah penyakit DBD dan tempat-tempat potensial yang bisa menjadi tempat perindukan dari nyamuk *Aedes aegypti*.
2. Pihak puskesmas dalam hal ini petugas promkes dan pemegang program DBD di puskesmas perlu meningkatkan pemahaman masyarakat lebih dalam mengenai kegiatan ikanisasi dan pemberian bubuk abate melalui penyuluhan maupun media cetak lainnya, sehingga hal ini diharapkan dapat mengurangi kekhawatiran masyarakat di dalam melaksanakan kegiatan tersebut.
3. Selain melaksanakan PJB pada saat kunjungan, kader diharapkan juga dapat meningkatkan pendekatan dengan masyarakat untuk mempengaruhi perilaku masyarakat terutama didalam mengaplikasikan upaya pengendalian DBD.

4. Kegiatan PJB seharusnya dilaksanakan sebulan sebelum terjadinya peningkatan kasus DBD, berdasarkan trend penyakit DBD di ketahui bahwa peningkatan kasus yang cukup tinggi biasanya terjadi pada bulan Juni, September, November, dan Januari, sehingga kegiatan PJB sebaiknya dilakukan pada bulan Februari, Mei, Agustus, dan Desember.

B. Penelitian Kualitatif

1. Komponen *Input*

- a. Petugas kesehatan baik yang ada di dinas kesehatan, di puskesmas, maupun petugas yang ada di lapangan sebaiknya dapat menjalankan tugas sesuai dengan pedoman yang telah ada, sehingga apabila prosedurnya telah berjalan dengan baik dan sesuai aturan, maka hal ini tentunya akan mendukung keberhasilan program.
- b. Sosialisasi mengenai pelaksanaan program pengendalian DBD terutama *fogging* dan pembagian bubuk abate secara gratis harus lebih ditingkatkan baik secara langsung di dalam kegiatan PJB atau pertemuan-pertemuan lainnya, maupun melalui media cetak dan elektronik. Dengan demikian masyarakat diharapkan dapat lebih meningkatkan kewaspadaan terhadap penipuan yang dilakukan oleh oknum-oknum yang mengatasnamakan DKK/puskesmas.
- c. Kepala DKK Bukittinggi bersama Pengelola Program DBD di DKK Bukittinggi harus membuat surat tugas per tahun untuk petugas *fogging*, sehingga petugas *fogging* memiliki ikatan dan tanggung jawab yang jelas di dalam melaksanakan kegiatan.

- d. Seluruh kader kesehatan yang turun ke lapangan sebaiknya diwajibkan untuk melaksanakan pemantauan secara langsung terhadap penggunaan bubuk abate oleh masyarakat, sehingga tidak ada lagi masyarakat yang tidak memanfaatkan bubuk abate yang telah dibagikan.

2. Komponen Proses

- a. Kader kesehatan harus melakukan pendekatan secara personal ke masyarakat dan meningkatkan KIE pada saat melakukan PJB, agar masyarakat lebih mudah dimotivasi untuk bisa terbuka dan mau bekerja sama dalam mensukseskan kegiatan pengendalian vektor DBD untuk memutus mata rantai penularan.
- b. Pelaksanaan PJB di lapangan sebaiknya dialihkan dari kader posyandu ke kader dasawisma agar pelaksanaan kegiatan ini di lapangan dapat lebih terfokus, karena dengan beban tugas yang ada tentunya kader posyandu sulit untuk melakukan pendekatan yang optimal kepada masyarakat.
- c. Walikota harus berupaya mengaktifkan kembali pokjanel DBD dengan mengadakan pertemuan rutin tiap bulan baik lintas program maupun lintas sektor di dalam membahas program pengendalian DBD untuk menyamakan persepsi dan pemahaman mengenai pelaksanaan program.
- d. Petugas kesehatan baik yang ada di lapangan, di puskesmas, maupun yang ada di rumah sakit harus meningkatkan kedisiplinan dalam mengumpulkan laporan dan memanfaatkan sistem *e-work* yang sudah ada, sehingga laporan dapat diterima tepat waktu.

3. Komponen *Output*

Petugas kesehatan dan pemerintah setempat harus melibatkan masyarakat mulai dari perencanaan sampai pada pengawasan kegiatan program pengendalian DBD, agar masyarakat lebih merasa memiliki dan bertanggung jawab terhadap keberhasilan program.



DAFTAR PUSTAKA

- Afifuddin. 2009. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Penerbit CV Pustaka Setia.
- Azwar, S. 2005. *Sikap Manusia, Tori, dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Basrowi., Suwandi. 2008. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Departemen Kesehatan RI. 2000. *Indonesia Sehat 2010 Visi Baru, Misi, Kebijakan, dan Strategi Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. *JPKM Pengertian dan Pelaksanaannya*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. *Indikator Kesehatan Indonesia 2005-2009*. Jakarta: Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi, Kemenkes RI.
- Dinkes Kota Bukittinggi. 2010. *Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Tahun 2010*. Bukittinggi: DKK Bukittinggi.
- Dinkes Kota Bukittinggi. 2011. *Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Tahun 2011*. Bukittinggi: DKK Bukittinggi.
- Dinkes Kota Bukittinggi. 2012. *Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi Tahun 2012*. Bukittinggi: DKK Bukittinggi.
- Duma, Nicolas S., Arsin, A.A., dan Darmansyah. 2007. *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Baruga Kota Kendari*. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS.
- Fathi, Soedjajadi K., dan Chatarina U.W. 2005. *Peran Faktor Lingkungan dan Perilaku terhadap Penularan Demam Berdarah Dengue di Kota Mataram*. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat UNAIR.
- Ganie, M.W. 2009. *Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan tentang 3M pada Keluarga di Kelurahan Padang Bulan Tahun 2009*. Medan: Universitas Sumatera Utara.

- Hasbullah, Chairunan. 2006. *Pemberantasan Penularan Demam Berdarah* [On Line]. Dari : <http://www.kesad.mil.id/> [24 Januari 2011].
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kusriastuti, Rita. 2011. *Data Kasus DBD per-bulan di Indonesia Tahun 2008, 2009, dan Tahun 2010* [On Line]. Dari: <http://www.penyakitmenular.info/> [05 April 2013].
- Laksmono, Widagdo, Bhinuri. 2008. *Kepadatan Jentik Aedes aegypti sebagai Indikator Keberhasilan Pemberantasan Sarang Nyamuk (3M Plus) di Kelurahan Grondol Wetan Semarang*. Makara, 12 (1) : 13 – 19.
- Lindawati. 2012. *Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Padang Tahun 2012*. Padang: FK Unand.
- Marini, Dina. 2009. *Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Mengenai DBD pada Keluarga di Kelurahan Padang Bulan Tahun 2009*. Medan: FK USU.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pangemanan, J., Nelwan, J. 2010. *Perilaku Masyarakat tentang Program Pemberantasan Penyakit DBD di Kabupaten Minahasa Utara*. Manado: FKM Universitas Sam Ratulangi.
- Sarwono, J. 2011. *Mixed Method, Cara Menggabung Riset Kuantitatif dan Riset Kualitatif secara Benar*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Sastroasmoro, S., Ismael, S. 2006. *Dasar-dasar Metode Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Satori., Komariah. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Singarimbun, M., Effendi, S. 2006. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: LP3ES.

- Siregar, Faziah A. 2004. *Epidemiologi dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia* [On Line]. Dari: <http://repository.usu.ac.id/> [05 April 2013].
- Sodikin. 2010. *Penyakit Demam Berdarah Dengue* [On Line]. Dari: <http://obatpropolis.com/> [09 April 2013].
- Soekidjo, Notoatmodjo. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sungkar, Saleha. 2005. *Bionomik Aedes aegypti, Vektor Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Departemen Parasitologi, FKUI.
- Supartha, I Wayan. 2008. *Pengendalian Terpadu Vektor Virus DBD Aedes aegypti dan Aedes albopictus*. Denpasar: Universitas Udayana.
- Thabrany, Hasbullah. 2005. *Asuransi Kesehatan Nasional*. Jakarta: PAMJAKI.
- Veronika. 2001. *Hubungan Perilaku IRT dengan Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Padang Bulan Kecamatan Medan Baru Tahun 2001*. Medan : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- WHO. 2003. *Dengue Status in South East Asia Region: An Epidemiological Perspective* [On Line]. Dari: <http://www.searo.who.int/> [05 April 2013].
- WHO. 2004. *Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: EGC.
- Wiwik, T. 2008. *Pengetahuan dan Peran Tokoh Masyarakat dalam Pengendalian DBD di Kota Salatiga*.

Lampiran 1

KUESIONER PENELITIAN

Analisis Pelaksanaan Program Pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Bukittinggi Tahun 2012

Padang, Juni 2013

Kepada Yth. Bapak/ Ibu

Di

Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini saya memberitahukan bahwa dalam rangka penyusunan tesis sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana, Universitas Andalas, maka dengan ini saya memohon bantuan kepada Bapak/ Ibu untuk memberikan jawaban dari kuesioner yang akan kami sampaikan. Judul penelitian ini adalah **Analisis Pelaksanaan Program Pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Bukittinggi Tahun 2012**. Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat diketahui faktor-faktor pembentuk perilaku masyarakat dalam menanggulangi DBD dan bagaimana pelaksanaan program penanggulangan DBD yang dilakukan oleh pemerintah setempat sehingga nantinya dapat dicari solusi atas permasalahan pelaksanaan penanggulangan DBD yang sedang dihadapi.

Penelitian ini bersifat ilmiah, oleh sebab itu saya mohon bantuan Bapak/ Ibu untuk memberikan jawaban yang sebenarnya dan sesuai dengan kenyataan yang ada. Jawaban dan identitas yang Bapak/ Ibu berikan akan dirahasiakan dan hanya digunakan dalam penelitian ini. Atas bantuan Bapak/ Ibu dalam menjawab kuesioner ini saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

Sevilla Ukhtil Huvaid

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan terakhir :

Menyatakan bersedia ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Andalas Padang yang bernama SEVILLA UKHTIL HUVAID dengan nama judul penelitian “Analisis Pelaksanaan Program Pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Bukittinggi”.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tandatangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun.

..... 2013

Responden



**ANALISIS PELAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN DEMAM BERDARAH
DENGUE (DBD) DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2012**

Nomor Responden :

KUESIONER A : KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Umur : a. 18 – 25 tahun
b. 26 – 40 tahun
c. 41 – 64 tahun
d. \geq 65 tahun
2. Pendidikan : a. Tidak sekolah
b. Pendidikan Dasar (SD)
c. Pendidikan Menengah (SMP)
d. Pendidikan Tinggi (SMA – PT)
3. Pekerjaan : a. Tidak bekerja/ IRT
b. PNS
c. Non – PNS
4. Pendapatan : a. < Rp 1.300.000
b. Rp 1.300.000 – Rp 4.000.000
c. > Rp 4.000.000
5. Riwayat responden/ keluarga dengan DBD : a. Ya
b. Tidak
6. Ditemukannya jentik nyamuk saat survei : a. Ya
b. Tidak

KUESIONER B : PENGETAHUAN

1. Menurut bapak/ ibu, apakah definisi dari 3M ?
 - a. Mengubur barang bekas, membakar sampah, menanam pohon
 - b. Mengubur barang bekas, menutup tempat penampungan air, menguras tempat penampungan air
 - c. Menguras bak mandi, membakar sampah, memandikan hewan peliharaan
 - d. Menguras bak mandi, membersihkan parit, membiarkan sampah berserakan
2. Menurut bapak/ ibu, apa manfaat dilakukannya 3M ?
 - a. Agar menjadi contoh yang baik bagi anggota keluarga lain

- b. Untuk mendapat pujian dari masyarakat sekitar dan pejabat daerah
 - c. Untuk membasmi jentik-jentik nyamuk sumber penularan DBD
 - d. Agar lingkungan bersih
3. Tahukah bapak/ ibu, apa sasaran utama pelaksanaan 3M ?
- a. Jentik-jentik nyamuk *Aedes aegypti*
 - b. Nyamuk dewasa *Aedes aegypti*
 - c. Kuman-kuman penyebab penyakit infeksi
 - d. Lalat rumah yang berkembang di tempat kotor
4. Menurut bapak/ ibu, dimanakah tempat perkembangbiakan nyamuk penyebab DBD ?
- a. Sungai
 - b. Selokan/ parit
 - c. Wadah tempat penampungan air bersih
 - d. Tempat sampah
5. Apa yang harus dilakukan untuk pencegahan DBD pada tempat penampungan air (TPA) ?
- a. Menutup tempat penampungan air
 - b. Membiarkan tempat-tempat penampungan air terbuka
 - c. Menyemprotkan obat anti nyamuk pada tempat penampungan air
 - d. Mengosongkan tempat penampungan air
6. Apa yang harus bapak/ ibu lakukan untuk pencegahan DBD pada bak mandi ?
- a. Mengosongkan air pada bak mandi
 - b. Menguras dan menaburkan bubuk abate pada bak mandi
 - c. Membiarkan jentik nyamuk berkembang
 - d. Menguras air pada bak mandi saja
7. Apakah bapak/ ibu mengetahui kegunaan dari bubuk abate ?
- a. Menghilangkan warna pada air
 - b. Membunuh kuman dalam air
 - c. Membunuh jentik – jentik nyamuk
 - d. Membuat air jadi tahan lama
8. Bagaimana cara mencegah penyakit demam berdarah ? (jawaban boleh lebih dari satu)
- a. Menguras bak mandi secara teratur minimal 1 minggu sekali
 - b. Mengubur/ membersihkan barang bekas yang dapat menampung air (kaleng bekas, botol bekas, wadah plastik bekas, ban bekas, dan lain-lain)

- c. Memberikan insektisida pembunuh larva nyamuk (contoh : bubuk abate) pada tempat penampungan air/ bak mandi setiap 3 - 4 bulan sekali
 - d. Memelihara ikan pemakan jentik nyamuk (contoh : ikan adu/ ikan cupang)
9. Program puskesmas untuk mengendalikan DBD antara lain.... (jawaban boleh lebih dari satu)
- a. 3M Plus
 - b. Juru pengawas jentik
 - c. Pelaporan dan pengawasan warga yang terkena demam berdarah
 - d. Tidak tahu
10. Menurut bapak/ ibu, siapa yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pengendalian DBD ?
- a. Petugas kesehatan dan pejabat pemerintah
 - b. Petugas kesehatan, pejabat pemerintah, dan semua lapisan masyarakat
 - c. Petugas kesehatan dan ibu rumah tangga
 - d. Pejabat daerah beserta lembaga pembasmi jentik nyamuk

KUESIONER C : SIKAP RESPONDEN

No	Pernyataan	SS	S	KS	TS
1	DBD harus dicegah bersama-sama				
2	Gotong royong tidak perlu dilakukan secara rutin				
3	Membersihkan tempat penampungan air minimal seminggu sekali				
4	Tempat penampungan air tidak perlu ditutup				
5	Pemberantasan sarang nyamuk (PSN) hanya tanggung jawab pemerintah				
6	Sumur/ tempat penampungan air sebaiknya diberi bubuk abate minimal 3 – 4 bulan sekali				
7	Memelihara ikan pemakan jentik di kolam/ sumur/ tempat penampung air				
8	Anggota keluarga yang sudah 3 hari demam tinggi tidak perlu segera dibawa ke puskesmas/ rumah sakit				
9	Perlu menghadiri penyuluhan/ kegiatan – kegiatan pengendalian DBD				
10	Televisi, radio, dan koran perlu memberikan informasi tentang DBD				

Keterangan :

SS = Sangat Setuju

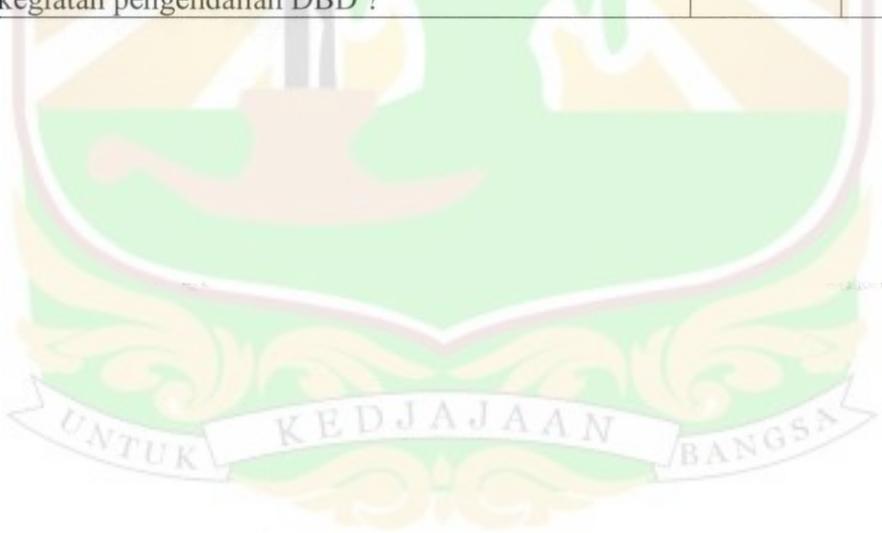
S = Setuju

KS = Kurang Setuju

TS = Tidak Setuju

KUESIONER D : TINDAKAN RESPONDEN

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah keluarga bapak/ ibu menguras dan menyikat tempat-tempat penampungan air di rumah ?		
2	Apakah keluarga bapak/ ibu menutup rapat-rapat tempat penampungan air di rumah ?		
3	Apakah keluarga bapak/ ibu pernah menaburkan bubuk abate di sumur/ tempat penampungan air ?		
4	Apakah keluarga bapak/ ibu pernah mengikuti kerja bakti dengan warga lain untuk membersihkan lingkungan terutama dari air yang tergenang ?		
5	Apakah keluarga bapak/ ibu membersihkan/ mengubur/ membakar barang bekas yang menjadi tempat bersarangnya nyamuk ?		
6	Apakah keluarga bapak/ ibu memiliki kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar ?		
7	Apakah keluarga bapak/ ibu menggunakan obat nyamuk di rumah ?		
8	Apakah keluarga bapak/ ibu menggunakan kawat kasa (kawat anti nyamuk) untuk menutup ventilasi di rumah ?		
9	Apakah keluarga bapak/ ibu melakukan pengawasan terhadap jentik nyamuk di rumah ?		
10	Apakah keluarga bapak/ ibu pernah mengikuti penyuluhan/ kegiatan-kegiatan pengendalian DBD ?		



Lampiran 2

KISI – KISI KUESIONER

KUESIONER B : PENGETAHUAN RESPONDEN

Pertanyaan	Klasifikasi Tingkat Pengetahuan	Nilai Jawaban			
		a	b	c	d
1	1	0	1	0	0
2	2	0	0	1	0
3	2	1	0	0	0
4	2	0	0	1	0
5	2	1	0	0	0
6	3	0	1	0	0
7	2	0	0	1	0
8	3	1	1	1	1
9	3	1	1	1	0
10	4	0	1	0	0

Total Skor Tertinggi = 15

Cara Penilaian = $(15/1,5) \times 10 = 100$

Klasifikasi Tkt. Pengetahuan (1= Tahu, 2= Memahami, 3= Aplikasi, 4= Analisis, 5= Sintesis, 6= Evaluasi)

KUESIONER C : SIKAP RESPONDEN

Pernyataan	Nilai Jawaban			
	SS	S	KS	TS
1	4	3	2	1
2	1	2	3	4
3	4	3	2	1
4	1	2	3	4
5	1	2	3	4
6	4	3	2	1
7	4	3	2	1
8	1	2	3	4
9	4	3	2	1
10	4	3	2	1

Total Skor Tertinggi = 40

Cara Penilaian = $(40/4) \times 10 = 100$

KUESIONER D : TINDAKAN RESPONDEN

Pertanyaan	Nilai Jawaban	
	Ya	Tidak
1	1	0
2	1	0
3	1	0
4	1	0
5	1	0
6	0	1
7	1	0
8	1	0
9	1	0
10	1	0

Total Skor Tertinggi = 10

Cara Penilaian = $10 \times 10 = 100$

MASTER TABEL

Perilaku Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Tigo Baleh dalam Pengendalian DBD

No Responden	Karakteristik						Pengetahuan										Sikap										Tindakan												
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Skor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Skor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Skor
1	2	4	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	100	4	4	3	4	4	1	3	4	3	3	82,5	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	70
2	2	4	1	2	2	2	0	0	1	0	1	1	1	3	3	1	73,3	4	2	4	2	4	3	3	3	3	4	80	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	50
3	2	4	1	3	2	1	1	1	1	0	1	1	1	2	1	1	66,7	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	87,5	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	70
4	4	3	1	1	2	2	0	1	1	0	1	1	1	4	3	1	86,7	4	4	4	1	4	4	3	1	4	4	82,5	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	70
5	3	4	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	73,3	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	92,5	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	70
6	2	4	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	93,3	4	3	3	4	4	4	3	4	3	4	90	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	80
7	1	4	1	1	2	2	1	1	0	1	1	1	1	2	2	1	73,3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	90	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	80
8	3	4	3	1	2	1	0	0	1	0	1	1	0	3	2	0	53,3	3	2	3	4	2	3	1	4	4	4	75	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	80
9	2	4	1	1	2	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	40	3	2	3	4	4	3	3	4	3	3	80	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	80
10	2	3	3	1	2	1	1	0	1	0	1	0	1	3	1	0	53,3	3	4	3	4	4	3	1	2	3	3	75	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	40
11	2	4	1	2	1	2	1	1	1	0	1	1	1	4	3	1	93,3	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	87,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
12	1	4	1	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	60	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	92,5	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	30
13	3	4	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	3	3	1	86,7	4	3	3	4	4	3	3	4	3	3	85	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	90
14	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	93,3	3	3	3	4	4	1	3	4	3	4	80	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	30
15	2	4	1	2	1	2	1	0	1	0	1	1	1	4	0	1	66,7	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	87,5	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	60
16	2	2	1	1	2	2	1	0	0	1	1	1	0	3	1	0	53,3	3	4	3	4	3	3	1	4	3	3	77,5	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	50
17	3	4	1	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	3	3	1	86,7	4	2	3	4	3	3	2	4	3	4	80	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	60
18	3	2	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	4	3	1	93,3	4	4	4	4	3	3	2	4	4	4	90	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	80
19	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	100	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	95	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	80
20	4	3	1	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	4	3	1	93,3	4	4	3	1	4	4	4	4	4	4	90	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	80
21	2	4	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	93,3	4	3	3	1	4	3	4	3	3	3	77,5	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	70
22	3	2	1	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	3	3	0	80	3	4	3	4	4	3	1	4	3	3	80	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	80
23	2	4	3	2	2	2	1	1	1	1	0	1	1	2	2	1	73,3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	70	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	70

No Responden	Karakteristik						Pengetahuan										Sikap										Tindakan												
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Skor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Skor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Skor
24	3	4	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	0	80	4	4	3	4	4	3	1	4	4	4	87,5	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	70
25	3	4	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	93,3	4	4	3	4	4	4	2	4	3	4	90	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	70
26	1	4	1	2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	60	4	3	3	4	3	3	1	4	3	4	80	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	70
27	2	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	2	2	1	73,3	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	92,5	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	60
28	3	4	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	3	1	86,7	4	3	4	4	4	4	2	4	4	3	90	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	80
29	3	4	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	100	4	4	3	4	4	3	3	4	1	3	82,5	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	60
30	3	4	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	93,3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	90	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	60
31	2	4	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	86,7	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	92,5	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	60
32	3	3	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	93,3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	95	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	70
33	2	4	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	93,3	4	3	3	4	4	3	3	4	3	3	85	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	80
34	3	4	1	1	2	2	1	1	0	0	0	1	1	4	3	0	73,3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	90	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	90
35	2	2	1	2	2	2	1	1	0	1	1	1	1	3	3	1	86,7	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	95	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	70
36	2	4	1	3	2	2	1	1	1	0	1	1	1	3	2	1	80	4	4	4	4	4	3	3	2	3	3	85	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	50
37	3	4	3	2	2	2	0	0	1	0	1	1	1	3	3	1	73,3	4	4	3	3	4	1	3	4	4	4	85	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	50
38	1	4	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	93,3	4	2	4	4	4	3	1	4	3	3	80	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	60
39	2	3	1	1	2	2	1	1	0	0	1	1	1	3	3	0	73,3	4	3	4	3	3	3	1	4	3	3	77,5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	90
40	3	4	1	1	2	1	1	0	1	0	1	1	0	4	3	1	80	3	4	3	4	4	3	3	4	3	3	85	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	90
41	2	4	3	1	2	1	1	0	1	0	1	1	1	3	3	1	80	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	97,5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	80
42	2	4	2	2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	4	3	1	93,34	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	97,5	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	50
43	3	4	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	80	4	3	4	4	4	3	3	4	3	3	87,5	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	80
44	2	2	1	1	2	2	1	0	0	0	1	1	1	4	0	0	53,3	4	3	3	4	2	3	3	4	3	3	80	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	40
45	3	4	3	1	2	2	0	0	1	0	1	1	1	4	0	1	60	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4	82,5	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	50
46	2	4	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	100	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	92,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
47	3	4	2	2	2	1	1	1	1	0	1	1	0	4	2	1	80	3	4	3	4	4	3	3	4	3	4	87,5	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	70
48	3	4	1	1	2	2	0	0	1	1	1	1	1	3	3	1	80	4	4	3	4	3	4	1	4	4	4	87,5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	90
49	2	4	1	2	2	1	1	1	1	0	0	1	1	3	2	1	73,3	4	4	3	4	4	3	2	4	3	4	87,5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	80

Lampiran 4

OUTPUT HASIL PENELITIAN KUANTITATIF

FREQUENCY TABLE

Kategori Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18 - 25 tahun	4	8.2	8.2	8.2
26 - 40 tahun	24	49.0	49.0	57.1
41 - 64 tahun	19	38.8	38.8	95.9
41 - 64 tahun	2	4.1	4.1	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Kategori Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pendidikan Dasar (SD)	6	12.2	12.2	12.2
Pendidikan Menengah (SMP)	5	10.2	10.2	22.4
Pendidikan Tinggi (SMA - PT)	38	77.6	77.6	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Kategori Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Bekerja/ IRT	33	67.3	67.3	67.3
PNS	5	10.2	10.2	77.6
Non - PNS	11	22.4	22.4	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Kategori Pendapatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < Rp 1.300.000	19	38.8	38.8	38.8
Rp 1.300.000 - Rp 4.000.000	25	51.0	51.0	89.8
> Rp 4.000.000	5	10.2	10.2	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Riwayat Responden/ Keluarga dengan DBD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	9	18,4	18,4	18,4
Tidak	40	81,6	81,6	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Ditemukannya Jentik Nyamuk Saat Survei

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	18	36,7	36,7	36,7
Tidak Ada	31	63,3	63,3	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Kategori Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Baik	19	38,8	38,8	38,8
Baik	30	61,2	61,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Kategori Sikap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Negatif	1	2,0	2,0	2,0
Positif	48	98,0	98,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Kategori Tindakan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Baik	29	59,2	59,2	59,2
Baik	20	40,8	40,8	100,0
Total	49	100,0	100,0	

PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

I. IDENTITAS INFORMAN

II. PERTANYAAN

A. Petunjuk Umum

1. Disampaikan ucapan terima kasih karena bersedia meluangkan waktu untuk diwawancarai. Hal ini penting untuk merangkai persahabatan dan hubungan baik.
2. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara.

B. Petunjuk Wawancara Mendalam

1. Pembukaan
 - a. Ucapan terima kasih atas kesediaannya untuk diwawancarai dan keterangan yang diberikan sangat bermanfaat.
 - b. Memperkenalkan diri pewawancara (peneliti).
 - c. Menjelaskan tujuan wawancara untuk menggali informasi atau tanggapan.
2. Prosedur wawancara
 - a. Wawancara dilakukan peneliti dengan rekaman memakai *tape recorder*.
 - b. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran, dan komentar.
 - c. Pendapat, pengalaman, saran, dan komentar informan sangat bernilai.
 - d. Jawaban tidak ada yang benar atau salah karena wawancara ini untuk kepentingan peneliti dan tidak ada penilaian.
 - e. Semua pendapat, pengalaman, saran, dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
3. Penutup
 - a. Memberitahu bahwa wawancara telah selesai
 - b. Mengucapkan terima kasih atas kesediaannya memberikan informasi yang dibutuhkan.
 - c. Menyatakan maaf apabila terdapat hal-hal yang tidak menyenangkan.
 - d. Bila kemudian hari terdapat informasi yang kurang mohon kesediaan informan untuk diwawancarai lagi.

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
UNTUK KEPALA DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI**

I. IDENTITAS INFORMAN

II. PERTANYAAN

A. Komponen Input

1. Kebijakan

a. Bagaimana menurut pendapat ibu tentang kebijakan pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) ?

b. Menurut ibu pernahkah kebijakan tersebut disosialisasikan ?

(Probing : dari tingkat propinsi atau kepala dinas/ kbid, di dalam bentuk apa, perda, instruksi, SK, surat edaran)

2. Dana

a. Bagaimana ketersediaan dan kecukupan dana dalam pelaksanaan pengendalian DBD ?

(Probing : dari mana sumbernya, alokasi untuk kegiatan apa saja, apakah mencukupi untuk kegiatan pengendalian DBD)

b. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan dana dalam kegiatan pengendalian DBD ?

c. Apa saran dari ibu berkaitan dengan ketersediaan dana untuk kegiatan pengendalian DBD ?

3. SDM

a. Bagaimana menurut ibu tentang ketersediaan SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : latar belakang pendidikan, jumlah SDM yang ada sekarang, dan apakah sudah mencukupi)

b. Apakah ada pelatihan khusus yang diberikan kepada SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : apa bentuk/ jenis pelatihannya, kapan pelaksanaannya, dan berapa kali dilaksanakan)

c. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan ketenagaan dalam pengendalian DBD ?

d. Apa saran dari ibu berkaitan dengan perbaikan dan peningkatan kemampuan dan jumlah SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?

4. Sarana

a. Bagaimana menurut ibu tentang ketersediaan sarana dan kecukupan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD ?

b. Jelaskan kendala dan hambatan yang berkaitan dengan sarana yang digunakan dalam pengendalian DBD ?

c. Apa saran dari ibu berkaitan dengan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD?

B. Komponen Proses

1. Pengendalian vektor

a. Bagaimana upaya pengendalian vektor yang dilakukan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : langkah-langkah, siapa saja yang terlibat/ lintas sektor/ program, ada rencana kegiatan)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya pengendalian vektor dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

2. Peningkatan peran serta masyarakat

a. Bagaimana cara meningkatkan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD?

(Probing : siapa yang terlibat)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya peningkatan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

3. Kemitraan/ jejaring kerja

a. Bagaimana kemitraan yang dibentuk dalam kegiatan pengendalian DBD?

(Probing : apakah sudah terbentuk pokjanel, bagaimana pergerakannya)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan kemitraan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

4. Monitoring dan evaluasi

a. Bagaimana monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : siapa yang terlibat, berapa kali dilakukan dalam satu tahun, apakah ada pencatatan dan pelaporan, bentuk pencatatan dan pelaporan)

b. Bagaimana saran dari ibu berkaitan dengan monitoring dan evaluasi dalam kegiatan pengendalian DBD ?

C. Komponen Output

a. Bagaimana menurut pendapat ibu tentang pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : terlaksana dengan baik atau tidak, target ABJ atau cakupan program tercapai)

b. Bagaimana saran dari ibu berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ?

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
UNTUK KEPALA BIDANG PENGENDALIAN MASALAH KESEHATAN (PMK) DINAS
KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI**

I. IDENTITAS INFORMAN

II. PERTANYAAN

A. Komponen Input

1. Kebijakan
 - a. Bagaimana menurut pendapat bapak tentang kebijakan pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) ?
 - b. Menurut bapak pernahkah kebijakan tersebut disosialisasikan ?
(Probing : dari tingkat propinsi atau kepala dinas/ kabit, di dalam bentuk apa, perda, instruksi, SK, surat edaran)
2. Dana
 - a. Bagaimana ketersediaan dan kecukupan dana dalam pelaksanaan pengendalian DBD ?
(Probing : dari mana sumbernya, alokasi untuk kegiatan apa saja, apakah mencukupi untuk kegiatan pengendalian DBD)
 - b. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan dana dalam kegiatan pengendalian DBD ?
 - c. Apa saran dari bapak berkaitan dengan ketersediaan dana untuk kegiatan pengendalian DBD ?
3. SDM
 - a. Bagaimana menurut bapak tentang ketersediaan SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?
(Probing : latar belakang pendidikan, jumlah SDM yang ada sekarang, dan apakah sudah mencukupi)
 - b. Apakah ada pelatihan khusus yang diberikan kepada SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?
(Probing : apa bentuk/ jenis pelatihannya, kapan pelaksanaannya, dan berapa kali dilaksanakan)
 - c. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan ketenagaan dalam pengendalian DBD ?
 - d. Apa saran dari bapak berkaitan dengan perbaikan dan peningkatan kemampuan dan jumlah SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?
4. Sarana
 - a. Bagaimana menurut bapak tentang ketersediaan sarana dan kecukupan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD ?
 - b. Jelaskan kendala dan hambatan yang berkaitan dengan sarana yang digunakan dalam pengendalian DBD ?

c. Apa saran dari bapak berkaitan dengan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD ?

B. Komponen Proses

1. Pengendalian vektor

a. Bagaimana upaya pengendalian vektor yang dilakukan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : langkah-langkah, siapa saja yang terlibat/ lintas sektor/ program, ada rencana kegiatan)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya pengendalian vektor dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

2. Peningkatan peran serta masyarakat

a. Bagaimana cara meningkatkan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD?

(Probing : siapa yang terlibat)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya peningkatan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

3. Kemitraan/ jejaring kerja

a. Bagaimana kemitraan yang dibentuk dalam kegiatan pengendalian DBD?

(Probing : apakah sudah terbentuk pokjantal, bagaimana pergerakannya)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan kemitraan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

4. Monitoring dan evaluasi

a. Bagaimana monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : siapa yang terlibat, berapa kali dilakukan dalam satu tahun, apakah ada pencatatan dan pelaporan, bentuk pencatatan dan pelaporan)

b. Bagaimana saran dari bapak berkaitan dengan monitoring dan evaluasi dalam kegiatan pengendalian DBD ?

C. Komponen Output

a. Bagaimana menurut pendapat bapak tentang pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : terlaksana dengan baik atau tidak, target ABJ atau cakupan program tercapai)

b. Bagaimana saran dari bapak berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ?

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
UNTUK KASIE PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT (P2P) DINAS
KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI**

I. IDENTITAS INFORMAN

II. PERTANYAAN

A. Komponen Input

1. Kebijakan

- a. Bagaimana menurut pendapat ibu tentang kebijakan pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) ?
- b. Menurut ibu pernahkah kebijakan tersebut disosialisasikan ?
(Probing : dari tingkat propinsi atau kepala dinas/ kapid, di dalam bentuk apa, perda, instruksi, SK, surat edaran)

2. Dana

- a. Bagaimana ketersediaan dan kecukupan dana dalam pelaksanaan pengendalian DBD ?
(Probing : dari mana sumbernya, alokasi untuk kegiatan apa saja, apakah mencukupi untuk kegiatan pengendalian DBD)
- b. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan dana dalam kegiatan pengendalian DBD ?
- c. Apa saran dari ibu berkaitan dengan ketersediaan dana untuk kegiatan pengendalian DBD ?

3. SDM

- a. Bagaimana menurut ibu tentang ketersediaan SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?
(Probing : latar belakang pendidikan, jumlah SDM yang ada sekarang, dan apakah sudah mencukupi)
- b. Apakah ada pelatihan khusus yang diberikan kepada SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?
(Probing : apa bentuk/ jenis pelatihannya, kapan pelaksanaannya, dan berapa kali dilaksanakan)
- c. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan ketenagaan dalam pengendalian DBD ?
- d. Apa saran dari ibu berkaitan dengan perbaikan dan peningkatan kemampuan dan jumlah SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?

4. Sarana

- a. Bagaimana menurut ibu tentang ketersediaan sarana dan kecukupan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD ?
- b. Jelaskan kendala dan hambatan yang berkaitan dengan sarana yang digunakan dalam pengendalian DBD ?

c. Apa saran dari ibu berkaitan dengan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD?

B. Komponen Proses

1. Pengendalian vektor

a. Bagaimana upaya pengendalian vektor yang dilakukan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : langkah-langkah, siapa saja yang terlibat/ lintas sektor/ program, ada rencana kegiatan)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya pengendalian vektor dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

2. Peningkatan peran serta masyarakat

a. Bagaimana cara meningkatkan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD?

(Probing : siapa yang terlibat)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya peningkatan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

3. Kemitraan/ jejaring kerja

a. Bagaimana kemitraan yang dibentuk dalam kegiatan pengendalian DBD?

(Probing : apakah sudah terbentuk pokjanel, bagaimana pergerakannya)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan kemitraan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

4. Monitoring dan evaluasi

a. Bagaimana monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : siapa yang terlibat, berapa kali dilakukan dalam satu tahun, apakah ada pencatatan dan pelaporan, bentuk pencatatan dan pelaporan)

b. Bagaimana saran dari ibu berkaitan dengan monitoring dan evaluasi dalam kegiatan pengendalian DBD ?

C. Komponen Output

a. Bagaimana menurut pendapat ibu tentang pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : terlaksana dengan baik atau tidak, target ABJ atau cakupan program tercapai)

b. Bagaimana saran dari ibu berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ?

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
UNTUK KEPALA PUSKESMAS TIGO BALEH KOTA BUKITTINGGI**

I. IDENTITAS INFORMAN

II. PERTANYAAN

A. Komponen Input

1. Kebijakan

a. Bagaimana menurut pendapat bapak tentang kebijakan pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) ?

b. Menurut bapak pernahkah kebijakan tersebut disosialisasikan ?

(Probing : dari tingkat propinsi atau kepala dinas/ kbid, di dalam bentuk apa, perda, instruksi, SK, surat edaran)

2. Dana

a. Bagaimana ketersediaan dan kecukupan dana dalam pelaksanaan pengendalian DBD ?

(Probing : dari mana sumbernya, alokasi untuk kegiatan apa saja, apakah mencukupi untuk kegiatan pengendalian DBD)

b. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan dana dalam kegiatan pengendalian DBD ?

c. Apa saran dari bapak berkaitan dengan ketersediaan dana untuk kegiatan pengendalian DBD ?

3. SDM

a. Bagaimana menurut bapak tentang ketersediaan SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : latar belakang pendidikan, jumlah SDM yang ada sekarang, dan apakah sudah mencukupi)

b. Apakah ada pelatihan khusus yang diberikan kepada SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : apa bentuk/ jenis pelatihannya, kapan pelaksanaannya, dan berapa kali dilaksanakan)

c. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan ketenagaan dalam pengendalian DBD ?

d. Apa saran dari bapak berkaitan dengan perbaikan dan peningkatan kemampuan dan jumlah SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?

4. Sarana

a. Bagaimana menurut bapak tentang ketersediaan sarana dan kecukupan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD ?

b. Jelaskan kendala dan hambatan yang berkaitan dengan sarana yang digunakan dalam pengendalian DBD ?

c. Apa saran dari bapak berkaitan dengan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD ?

B. Komponen Proses

1. Pengendalian vektor

a. Bagaimana upaya pengendalian vektor yang dilakukan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : langkah-langkah, siapa saja yang terlibat/ lintas sektor/ program, ada rencana kegiatan)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya pengendalian vektor dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

2. Peningkatan peran serta masyarakat

a. Bagaimana cara meningkatkan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD?

(Probing : siapa yang terlibat)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya peningkatan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

3. Kemitraan/ jejaring kerja

a. Bagaimana kemitraan yang dibentuk dalam kegiatan pengendalian DBD?

(Probing : apakah sudah terbentuk pokjantal, bagaimana pergerakannya)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan kemitraan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

4. Monitoring dan evaluasi

a. Bagaimana monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : siapa yang terlibat, berapa kali dilakukan dalam satu tahun, apakah ada pencatatan dan pelaporan, bentuk pencatatan dan pelaporan)

b. Bagaimana saran dari bapak berkaitan dengan monitoring dan evaluasi dalam kegiatan pengendalian DBD ?

C. Komponen Output

a. Bagaimana menurut pendapat bapak tentang pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : terlaksana dengan baik atau tidak, target ABJ atau cakupan program tercapai)

b. Bagaimana saran dari bapak berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ?

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
UNTUK PETUGAS PEMEGANG PROGRAM DBD DI PUSKESMAS TIGO BALEH KOTA
BUKITTINGGI**

I. IDENTITAS INFORMAN

II. PERTANYAAN

A. Komponen Input

1. Kebijakan
 - a. Bagaimana menurut pendapat ibu tentang kebijakan pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) ?
 - b. Menurut ibu pernahkah kebijakan tersebut disosialisasikan ?
(Probing : dari tingkat propinsi atau kepala dinas/ kabid, di dalam bentuk apa, perda, instruksi, SK, surat edaran)
2. Dana
 - a. Bagaimana ketersediaan dan kecukupan dana dalam pelaksanaan pengendalian DBD ?
(Probing : dari mana sumbernya, alokasi untuk kegiatan apa saja, apakah mencukupi untuk kegiatan pengendalian DBD)
 - b. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan dana dalam kegiatan pengendalian DBD ?
 - c. Apa saran dari ibu berkaitan dengan ketersediaan dana untuk kegiatan pengendalian DBD
3. SDM
 - a. Bagaimana menurut ibu tentang ketersediaan SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?
(Probing : latar belakang pendidikan, jumlah SDM yang ada sekarang, dan apakah sudah mencukupi)
 - b. Apakah ada pelatihan khusus yang diberikan kepada SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?
(Probing : apa bentuk/ jenis pelatihannya, kapan pelaksanaannya, dan berapa kali dilaksanakan)
 - c. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan ketenagaan dalam pengendalian DBD ?
 - d. Apa saran dari ibu berkaitan dengan perbaikan dan peningkatan kemampuan dan jumlah SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ?
4. Sarana
 - a. Bagaimana menurut ibu tentang ketersediaan sarana dan kecukupan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD ?
 - b. Jelaskan kendala dan hambatan yang berkaitan dengan sarana yang digunakan dalam pengendalian DBD ?

c. Apa saran dari ibu berkaitan dengan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD?

B. Komponen Proses

1. Pengendalian vektor

a. Bagaimana upaya pengendalian vektor yang dilakukan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : langkah-langkah, siapa saja yang terlibat/ lintas sektor/ program, ada rencana kegiatan)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya pengendalian vektor dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

2. Peningkatan peran serta masyarakat

a. Bagaimana cara meningkatkan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD?

(Probing : siapa yang terlibat)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya peningkatan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

3. Kemitraan/ jejaring kerja

a. Bagaimana kemitraan yang dibentuk dalam kegiatan pengendalian DBD?

(Probing : apakah sudah terbentuk pokjanal, bagaimana pergerakannya)

b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan kemitraan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

4. Monitoring dan evaluasi

a. Bagaimana monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : siapa yang terlibat, berapa kali dilakukan dalam satu tahun, apakah ada pencatatan dan pelaporan, bentuk pencatatan dan pelaporan)

b. Bagaimana saran dari ibu berkaitan dengan monitoring dan evaluasi dalam kegiatan pengendalian DBD ?

C. Komponen Output

a. Bagaimana menurut pendapat ibu tentang pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : terlaksana dengan baik atau tidak, target ABJ atau cakupan program tercapai)

b. Bagaimana saran dari ibu berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ?

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
UNTUK PENGURUS POKJANAL DBD DARI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT & PKK
KOTA BUKITTINGGI**

I. IDENTITAS INFORMAN

I. PERTANYAAN

A. Komponen Input

1. Kebijakan
 - a. Bagaimana menurut pendapat ibu tentang kebijakan pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) ?
 - b. Menurut ibu pernahkah kebijakan tersebut disosialisasikan ?
(Probing : dari tingkat propinsi atau kepala dinas/ kabis, di dalam bentuk apa, perda, instruksi, SK, surat edaran)
2. Dana
 - a. Bagaimana ketersediaan dan kecukupan dana dalam pelaksanaan pengendalian DBD ?
(Probing : dari mana sumbernya, alokasi untuk kegiatan apa saja, apakah mencukupi untuk kegiatan pengendalian DBD)
 - b. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan dana dalam kegiatan pengendalian DBD ?
 - c. Apa saran dari ibu berkaitan dengan ketersediaan dana untuk kegiatan pengendalian DBD ?

B. Komponen Proses

1. Pengendalian DBD
 - a. Apa saja fungsi dan tanggung jawab PKK sebagai anggota pokjanal DBD ?
(Probing : kegiatan apa saja yang dilakukan dalam upaya pengendalian DBD)
 - b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya pengendalian DBD dalam kegiatan pengendalian DBD ?
(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)
2. Peningkatan peran serta masyarakat
 - a. Bagaimana cara meningkatkan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD?
(Probing : siapa yang terlibat)
 - b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya peningkatan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD ?
(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)
3. Kemitraan/ jejaring kerja
 - a. Bagaimana kemitraan yang dibentuk dalam kegiatan pengendalian DBD?
(Probing : apakah sudah terbentuk pokjanal, bagaimana pergerakannya)

- b. Apa saja hambatan yang berkaitan dengan kemitraan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : solusi menghadapi masalah yang timbul)

4. Monitoring dan evaluasi

- a. Bagaimana monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan dalam kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : siapa yang terlibat, berapa kali dilakukan dalam satu tahun, apakah ada pencatatan dan pelaporan, bentuk pencatatan dan pelaporan)

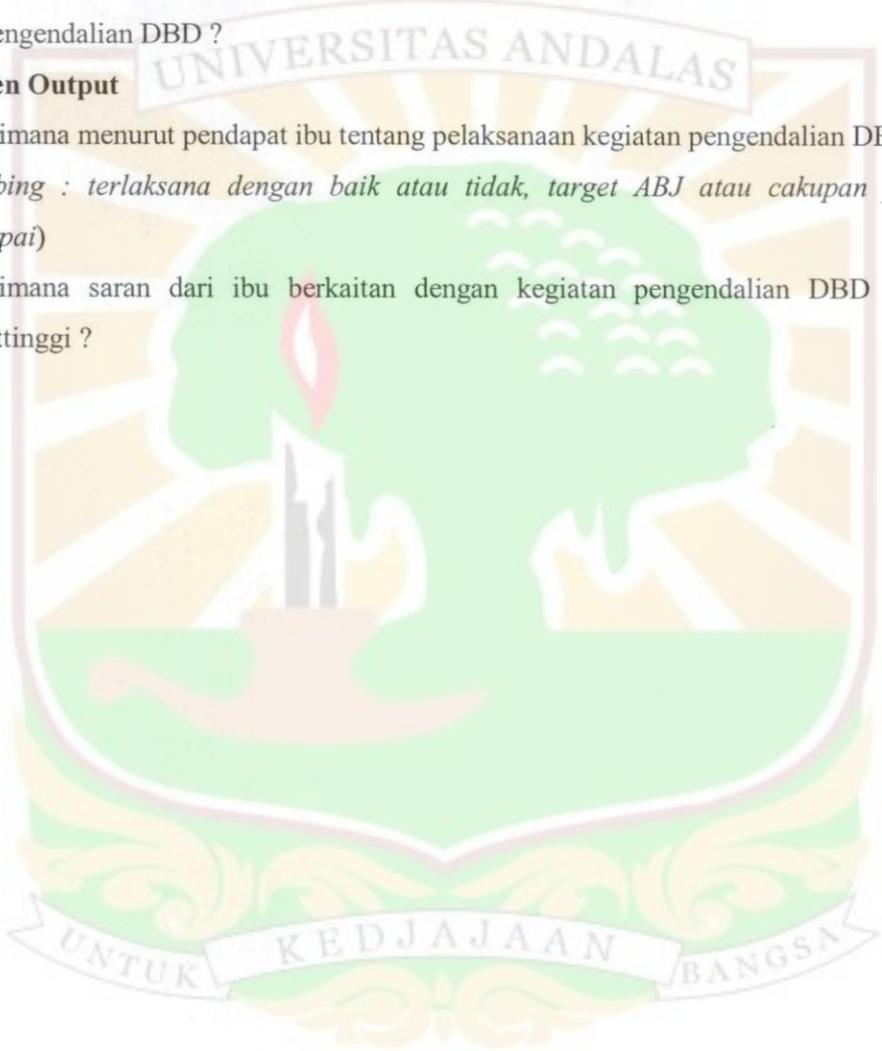
- b. Bagaimana saran dari ibu berkaitan dengan monitoring dan evaluasi dalam kegiatan pengendalian DBD ?

C. Komponen Output

- a. Bagaimana menurut pendapat ibu tentang pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD ?

(Probing : terlaksana dengan baik atau tidak, target ABJ atau cakupan program tercapai)

- b. Bagaimana saran dari ibu berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ?



Lampiran 6

PETUNJUK *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)

I. WAKTU DAN TEMPAT

II. IDENTITAS RESPONDEN

III. TAHAP KEGIATAN

A. Tahap Persiapan

1. Menentukan lokasi FGD
2. Menentukan kriteria sasaran dan jumlah peserta dalam satu kelompok dan banyaknya kelompok disesuaikan dengan kebutuhan
3. Mencari informan yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan, hal ini dimaksudkan agar setiap peserta berperan aktif dalam diskusi
4. Menentukan pencatatan dan sarana lain seperti tempat diskusi yang nyaman, dan alat dokumentasi.

B. Tahap Pelaksanaan

1. Fasilitator membimbing diskusi dan tidak bersifat menggurui, tetapi hanya memberikan kesempatan yang seluas-luasnya kepada peserta untuk menceritakan pendapatnya dan pengalamannya sehubungan dengan pertanyaan yang diajukan
2. Fasilitator hendaknya tidak mengemukakan pendapat tentang masalah yang dibahas sebelum diskusi dimulai
3. Bila dalam satu kelompok terdapat peserta yang mendominasi dan kurang memberikan kesempatan pada yang lain untuk mengemukakan pendapat, maka dapat diatasi dengan cara sebagai berikut :
 - a. Biarkan saja dia berbicara dan jangan dipotong pembicaraannya, karena bila yang bersangkutan tersinggung, kemungkinan besar orang itu akan enggan untuk berbicara lagi
 - b. Fasilitator harus menginterupsi pembicaraannya dan berusaha agar peserta yang lain mau mengeluarkan pendapat

C. Tahap Analisis

Analisis hasil diskusi dan penarikan kesimpulan hendaknya dilakukan oleh fasilitator dengan seksama dan hati-hati. Disamping itu terdapat pendapat orang lain dalam analisis, yaitu analisis dilakukan oleh 2 orang, kemudian hasil analisis dilakukan diskusi untuk dapat mengambil kesepakatan. Hal ini dilakukan untuk mengurangi faktor subjektif fasilitator.

PEDOMAN *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD) TERHADAP KADER

I. WAKTU DAN TEMPAT

II. IDENTITAS RESPONDEN

III. PERTANYAAN

1. Apakah ibu mengetahui tentang tujuan dari program pengendalian DBD ?
2. Mengapa ibu mau terlibat di dalam program pengendalian DBD ?
(*Probing : sejak kapan, apa keuntungannya, adakah honor yang didapatkan*)
3. Apakah ada pelatihan/ pembinaan yang ibu terima selama menjadi kader/ jumantik dalam program pengendalian DBD ?
(*Probing : apa bentuknya, kapan pelaksanaannya, berapa kali diadakan*)
4. Kegiatan apa saja yang menjadi tugas dan tanggung jawab ibu dalam program pengendalian DBD di wilayah setempat?
(*Probing : apa saja kegiatan yang dilakukan, siapa yang terlibat, bagaimana frekuensi pelaksanaannya, apakah berjalan dengan baik, adakah hambatan dalam pelaksanaannya*)
5. Apakah ada pungutan yang dibebankan kepada masyarakat untuk kelancaran program pengendalian DBD ?
(*Probing : berapa banyak jumlahnya, siapa yang memungut, dialokasikan untuk apa*)
6. Bagaimana peran aktif masyarakat dan pimpinan/ tokoh masyarakat setempat di dalam pelaksanaan program pengendalian DBD ?
(*Probing : apa bentuk dukungan yang diberikan*)
7. Apa saja kendala/ hambatan yang ibu temui selama menjadi kader/ jumantik program pengendalian DBD ?
(*Probing : bagaimana solusinya*)
8. Apakah ada pengawasan yang dilakukan oleh puskesmas/ dinas kesehatan setempat dalam program pengendalian DBD ?
(*Probing : bagaimana proses pengawasan yang dilakukan*)
9. Menurut ibu, apakah program pengendalian DBD ini bermanfaat ?
10. Apa saran ibu agar program pengendalian DBD dapat lebih baik kedepannya ?

Lampiran 7

TRANSKRIP HASIL WAWANCARA MENDALAM DAN FGD

Keterangan : P = Pewawancara IF = Informan R = Responden

HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN INFORMAN 1 : KEPALA DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI

Nama Informan : Drg. Hj. Syofia Dasmauli, MKM
Nomor Informan : IF 1
Pendidikan Terakhir : S2
Jabatan : Kepala Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi
Tanggal Wawancara : 17 Juni 2013
Jam mulai/ akhir wawancara : 12.26 WIB – 12.44 WIB

- P : Assalamualaikum wr. wb.
- IF 1 : Wa'alaikumsalam wr. wb.
- P : Perkenalkan Buk, nama saya Sevilla. Saya mahasiswa Pascasarjana dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Unand. Tujuan saya mewawancarai Ibu pada siang hari ini yaitu saya ingin menggali informasi tentang bagaimana pelaksanaan Program Pengendalian DBD di Kota Bukittinggi, untuk itu saya meminta kesediaan Ibu untuk bisa saya wawancarai. Apakah Ibu bersedia Buk ?
- IF 1 : Iya, baik...
- P : Bagaimana menurut pendapat Ibu tentang Kebijakan Pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ini Buk ?
- IF 1 : Ya... mungkin sedikit bercerita bahwasanya dimulai dari tahun 2005 Bukittinggi dinyatakan sebagai daerah endemisnya DBD. Kalau sebelum-sebelumnya kita tidak pernah ditetapkan sebagai daerah endemis karena kita ketinggiannya 500 meter di atas permukaan laut, jadi seyogyanya kan bukan daerah yang bagus untuk tempat pembiakan atau perindukan dari pada DBD. Namun, mungkin karena pemanasan global dan juga bertambahnya penduduk dan juga banyak kendaraan, sehingga Bukittinggi semenjak tahun 2005 dinyatakan sebagai daerah yang endemis DBD. jadi untuk itu perlu diantisipasi dengan program yang lebih intensif lagi untuk menanggulangi DBD ini. Jadi mulai dari tahun 2005 tersebut, ditemukan penduduk yang benar-benar penduduk Bukittinggi yang tidak berjalan atau tidak berasal dari kota lain yang benar-benar menjadi penderita kasus DBD ini. Untuk itu kita telah memberlakukan seperti daerah-daerah lain yang endemis DBD. Termasuk juga pada waktu itu, kita masih di P2P namanya jadi kita membentuk suatu apa namanya...satker, bukan satker ya... suatu pokjanal DBD yang dibawah oleh Pemberdayaan Masyarakat dan itu melibatkan semua pihak yang terkait dan alhamdulillah kita semua sangat intens untuk hal ini. Namun, karena seperti yang kita ketahui Bukittinggi ini kan sering hujan, kemudian juga panas, sehingga ada kelalaian dari pada manusianya untuk membersihkan lingkungannya, sehingga DBD ini akhirnya dikatakan mewabah...tidak cocok juga...tapi merupakan angka yang sampai saat ini kita belum berhasil, masih di bawah target yang ditentukan nasional. Nah contohnya tahun 2011 itu kita hanya 74 kasus, kemarin kita 107 kasus, itu artinya kan masih di atas target untuk 100.000 penduduk itu bolehnya hanya sekitar 50. Dan kita masih di atas itu gitu.
- P : Kebijakan Pengendalian DBD ini apakah sudah disosialisasikan Buk ?
- IF 1 : Ya...sebenarnya kalau sosialisasi kita sudah mulai dari tingkat pengambil kebijakan (*stakeholder*) sampai ke tingkat masyarakat, kita juga mengikutsertakan atau memberdayakan masyarakat untuk penanggulangan ini. Karena cara yang paling gampang untuk mengatasi DBD yaitu dengan mengikutsertakan masyarakat dengan melaksanakan PSN dengan gerakan seperti 3M Plus. Kalau itu dilaksanakan setiap minggu, insyaAllah DBD ini tidak akan berkembang karena perindukannya sudah kita potong. Dan untuk itu disini sebenarnya kita mempunyai beberapa program ada pemantauan jentik berkala, itu kita juga melibatkan kader-kader kesehatan di bawah. Kemudian kita juga mengadakan penyuluhan-penyuluhan baik melalui media massa maupun media elektronik dan media-media lainnya yang ada di Bukittinggi ini, termasuk juga peran dari pada Pak WaliKota kita sendiri yang bersedia menjadi tokoh yang kita bingkinkan spanduk atau baliho untuk pemberantasan ini dan beliau sampai betul-betul turun ke lapangan.
- P : Terkait masalah dana Buk, untuk Program Pengendalian DBD ini kita dananya bersumber dari mana Buk ?

- IF 1 : Dana ya...jadi dana kita tentu saja dari APBD Kota Bukittinggi dan juga ada beberapa dana *sharing* dari provinsi, baik itu berupa bantuan peralatan maupun bahan-bahan untuk tindakan dari pada pengendalian DBD.
- P : Dana ini biasanya dialokasikan untuk kegiatan apa saja Buk ?
- IF 1 : Misalnya pemberantasan atau sosialisasi, kemudian juga untuk *fogging* dan juga kegiatan-kegiatan lain yang mendukung pemberantasan atau menekan angka kejadian DBD ini.
- P : Sejauh ini apakah dana yang tersedia itu sudah mencukupi atau belum Ibuk ?
- IF 1 : Khusus untuk DBD alhamdulillah ya...karena ini kita untuk mengantisipasi, karena kita tidak bisa mengajukan atau mematok dengan pasti misalnya *fogging* itu sekian kali, biasanya sampai saat ini khusus untuk kegiatan *fogging* dananya selalu berlebih. Artinya kita mungkin karena takut ya maka memprediksakannya lebih tinggi, kemudian untuk dana-dana lain juga cukup memadai. Kalau untuk dana alhamdulillah tidak ada masalah.
- P : Terkait SDM, bagaimana menurut Ibuk tentang ketersediaan SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?
- IF 1 : Jadi kalau untuk DBD baik kita di tingkat Dinas Kesehatan sampai ke tingkat puskesmas itu cukup ya. Kemudian kita selalu menjalankan proses protap nya sesuai dengan prosedur yang ada, hanya saja untuk menggiring masyarakat agar bisa benar-benar disiplin melaksanakan gerakan 3M ini, ya ini yang barangkali masih menjadi masalah. Kemudian juga kejujuran dari pada masyarakat waktu pemantauan jentik berkala, kadang-kadang hanya melihatkan satu bak mandinya saja sementara bak mandi yang di dalam kamar kadang-kadang agak riskan untuk didatangi oleh kader jadi kita antisipasi dengan memberikan pengetahuan kepada masyarakat untuk melihat dan memantau sendiri, jadi kalau ada bisa dikuras bak nya. Kemudian selain itu, untuk daerah-daerah tertentu yang agak sulit airnya biasanya mereka mempunyai tempat penampungan air yang besar itu juga kita adakan kegiatan abatisasi. Itu kita berikan bubuk abatenya dengan gratis.
- P : Baik Ibuk... untuk SDM ini apakah ada kualifikasi khusus tidak Buk untuk SDM pengelola program pengendalian DBD ini ?
- IF 1 : Khusus benar tentu saja tidak, tetapi yang jelas dia adalah perawat yang dilatih untuk ini. Jadi kompetensinya perawat dan juga dokter, kemudian ada pelatihan khusus begitu.
- P : Pelatihan khusus yang diberikan ini biasanya dalam bentuk apa Buk? dan siapa penyelenggaranya ?
- IF 1 : Jadi gini...kalau untuk program itu jelas dari kita Dinas Kesehatan, baik tenaga yang ada di dinas maupun di puskesmas semua alhamdulillah itu telah kita latih untuk menanggulangi baik dari PE nya kemudian bagaimana pendekatan ke masyarakat, juga melibatkan tokoh masyarakat. Kemudian khusus untuk kegiatan *fogging* itu kita melibatkan orang ke tiga, karena seperti yang sama-sama kita ketahui di Dinas Kesehatan ini kan sedikit sekali laki-laki untuk memegang alat *fogging* itu berat kan jadi untuk itu kita membutuhkan bantuan dari pihak ke tiga. Dari provinsi juga ada di berikan pelatihan untuk SDM pengelola program pengendalian DBD ini.
- P : Sejauh ini ada hambatan tidak Ibuk terkait ketenagaan dalam pengendalian DBD ini ?
- IF 1 : Ya...mungkin yang jadi masalah bagi kita tenaga pihak ke tiga ini, karena tidak selalu *ready* dari luar jadi kita kadang-kadang terpaksa melibatkan tenaga dari dalam yang bersedia. Misalnya kalau sopir kita tidak banyak kegiatan maka akan kita libatkan, tapi kita maunya memang ada tenaga yang benar-benar terlatih untuk ini. Karena ini juga agak spesifik kan, jadi tidak bisa sembarangan orang saja.
- P : Terkait masalah sarana Ibuk, menurut Ibuk bagaimana ketersediaan dan kecukupan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?
- IF 1 : Alhamdulillah sampai saat ini semuanya cukup ya, baik peralatan kita maupun obat kita, bahan kita, dan juga tenaga kita, kecuali itu tadi karena kita memakai pihak ke tiga. Jadi sejauh ini untuk sarana tidak ada masalah.
- P : Seperti yang kita ketahui Buk, di dalam kegiatan pengendalian DBD ini kan ada kegiatan-kegiatan pokok seperti pengendalian vektor. Nah, sejauh ini bagaimana upaya pengendalian vektor yang dilakukan dalam kegiatan pengendalian DBD ?
- IF 1 : Itu tadi misalnya ABJ itu, kemudian melaksanakan setiap minggu goro masal. Kemudian juga ada instruksi-instruksi dari Pak Wali tentang goro masal ini sehingga itu kita harapkan bisa dilaksanakan di setiap rumah setiap minggu, kemudian juga dalam acara-acara yang bersifat gotong royong seperti manunggal sakato, itu juga melibatkan kita masukkan salah satu programnya adalah goro masal untuk DBD ini. Nah, setiap tahun itu berlangsung, jadi kita berupaya untuk memberdayakan masyarakat untuk kegiatan ini.
- P : Hambatan yang berkaitan dengan pengendalian vektor ini sendiri apakah ada Buk ?
- IF 1 : Masalah itu tadi, disiplin masyarakat ini, sementara kita akui kadang-kadang kita terbatas untuk melihat setiap minggu ke lapangan itu tidak mungkin, karena di puskesmas namanya juga pusat

kesehatan masyarakat kegiatan kita kan bukan DBD saja, ada banyak kegiatan yang lainnya sehingga kita betul-betul menginginkan masyarakatnya mau dan mampu melaksanakan kegiatan ini.

P : Kita kan bicara masalah masyarakat Ibuk, menurut Ibuk bagaimana cara meningkatkan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?

IF 1 : Tentu yang punya masyarakat ini adalah Lurah dan Pak Camat, kita dalam pokjnal DBD yang ada di tingkat kota, tingkat kecamatan dan juga pokjanya di tingkat kelurahan, itu kita berupaya untuk mengaktifkannya. Walaupun untuk *leading sector* nya bukan dari kita, tapi dari pemberdayaan masyarakat, dan kita selalu terlibat di dalam hal ini dengan melibatkan Pak Lurah, Pak Camat, dan juga kader-kader kita per RT per RW harapan kita pemberdayaan masyarakat ini bisa menjadi lebih baik. Andai saja itu tadilah karena kesibukan atau juga karena faktor iklim juga hujan jadi orang agak malas, jadi kalau sudah malas 2 hari saja nyamuknya sudah dewasa. Itu yang jadi masalah.

P : Terkait jejaring kerja, bagaimana kemitraan yang dibentuk dalam kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?

IF 1 : Kemitraan...Ya pertama itu tadi, dengan Pak Lurah Pak Camat, dan juga kader kesehatan. Kemudian kemitraan kita juga kita bentuk dengan institusi kesehatan dalam hal ini pendidikan kesehatan yang ada di Bukittinggi. Jadi kita sama-sama dalam penyuluhan bahkan dalam goro bersama, sebenarnya kadang-kadang saya heran juga karena menurut kita, kita sudah optimal hanya saja bagaimana ya...membuat masyarakat itu betul-betul yakin dengan kegiatan yang kita laksanakan misalnya goro atau membersihkan sekeliling kita atau lingkungan kita yang tiap minggu itu betul-betul dijalankan. Padahal itu sebenarnya kan paling murah ya dan bisa dilaksanakan di rumah masing-masing saja.

P : Ya...seperti informasi yang didapatkan sebelumnya dikatakan bahwa di Kota Bukittinggi telah dibentuk Pokjnal DBD pada tahun 2007, hanya saja pergerakannya belum begitu kelihatan, menurut Ibuk apa penyebab terjadinya hal tersebut Ibuk ?

IF 1 : Mungkin...mungkin pemahaman kita belum sama, ini jadi PR bersama kita juga di Dinas Kesehatan bagaimana kita menyamakan persepsi kita bahwasanya satu kali gigitan nyamuk DBD itu dapat menyebabkan demam berdarah apalagi jika kondisinya tidak fit. Kita bandingkan dengan filariasis, gigitan beribu kali baru kita terjangkau, sementara ini satu kali saja. Jadi mungkin bagaimana bahwasanya pokjnal ini, apa ya...rasa memiliki kita bersama gitu, untuk Kota Bukittinggi ini. Jadi kesannya gini, karena ini berhubungan dengan penyakit, jadi kalau berhubungan dengan penyakit kita tu masih berpresepsi bahwasanya ini adalah gawenya orang kesehatan, sebenarnya kita orang kesehatan ini lebih ke arah pengobatan dan pencegahan.

P : Terkait masalah monitoring dan evaluasi, bagaimana monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan dalam kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?

IF 1 : Ya...untuk monitoring dan evaluasi kita selalu rutin mengadakannya. Monitoring kita lakukan tiap bulan, tentunya melalui kerjasama dengan mitra kerja kita. Selalu dilakukan pencatatan dan pelaporan terkait kasus DBD maupun hasil pengawasan terhadap jentik di lapangan, karena rutin ada laporan yang disampaikan ke dinas dari rekan-rekan di puskesmas. Untuk evaluasi sendiri itu pelaksanaannya dilakukan sekali tiga bulan, melalui evaluasi ini tentunya kita bisa melihat bagaimana perkembangan kasus DBD yang telah terjadi saat ini, sehingga untuk ke depannya dapat disusun kembali rencana-rencana kegiatan yang akan dilaksanakan dalam upaya pengendalian DBD ini.

P : Kemudian bagaimana menurut Ibuk tentang pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ini secara keseluruhan Buk, apakah sudah terlaksana dengan baik atau tidak ?

IF 1 : Ya...sebenarnya itu yang selalu menjadi pertanyaan buat saya, rasanya kita telah berupaya seoptimal mungkin dalam melaksanakan program pengendalian DBD ini, kita juga telah berupaya menjalin kerjasama sebaik mungkin dengan mitra kerja kita. Hanya saja kalau dilihat dari indikator yang ada, tentu saja program kita ini belum bisa dikatakan berhasil, mengingat angka ABJ kita yang masih belum mencapai target nasional yang telah ditetapkan, begitu juga jika dilihat dari jumlah kasusnya. Kasus DBD di Kota Bukittinggi itu malah mengalami peningkatan, tahun lalu saja kita ada 107 kasus DBD, bahkan daerah kita ditetapkan sebagai daerah KLB karena ditemukan adanya penderita DBD yang meninggal dunia. Ya...untuk itu tentu kita belum bisa dikatakan berhasil dalam hal ini.

P : Baiklah Ibuk...Pertanyaan terakhir Buk, bagaimana saran Ibuk berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ini agar bisa lebih baik kedepannya ?

IF 1 : Ya...kalau saran, seperti yang telah saya katakan sebelumnya, pada dasarnya kita telah melakukan upaya yang optimal untuk kesuksesan program ini. Kita tidak bosan-bosannya memberikan penyuluhan, himbauan, dan berbagi macam promosi lainnya dalam upaya pengendalian DBD, hanya saja inilah yang kita bingung kenapa sampai saat ini kita belum bisa mencapai target nasional yang telah ditetapkan. Mungkin saran saya untuk kedepannya, kita perlu mencoba metode baru, ya...kalau selama ini petugas yang terus menerus memberikan penyuluhan, sekarang

metodenya kita balik...masyarakat yang kita minta untuk memberikan penjelasan terkait DBD ini, dengan begitu kita dapat mengetahui sejauh mana pengetahuan masyarakat terhadap apa yang telah kita sampaikan selama ini. Karena kesadaran dan partisipasi aktif dari masyarakat sangat menentukan berhasil tidaknya program yang sedang kita jalani ini.

- P : Ya... Baiklah terimakasih banyak Ibuk atas waktu dan informasinya. Apabila ada informasi tambahan yang masih dibutuhkan, saya memohon kesediaan Ibuk untuk bisa dihubungi kembali.
- IF 1 : Iya...boleh...
- P : Terimakasih Ibuk. Assalamualaikum wr. wb.
- IF 1 : Wa'alaikumsalam wr. wb.

HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN INFORMAN 2 : KEPALA BIDANG PMK DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI

Nama Informan : Dodi Mofiar, SKM, MSi
Nomor Informan : IF 2
Pendidikan Terakhir : S2
Jabatan : Kepala Bidang PMK Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi
Tanggal Wawancara : 10 Juni 2013
Jam mulai/ akhir wawancara : 12.55 WIB – 13.24 WIB

- P : Assalamualaikum wr. wb. Selamat siang Pak.
- IF 2 : Wa'alaikumsalam wr. wb. Siang...
- P : Perkenalkan Pak, nama saya Sevilla. Saya mahasiswa Pascasarjana dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Unand. Tujuan saya mewawancarai Bapak pada siang hari ini yaitu saya ingin menggali informasi tentang bagaimana pelaksanaan Program Pengendalian DBD di Kota Bukittinggi, untuk itu saya meminta kesediaan Bapak untuk bisa saya wawancarai. Apakah Bapak bersedia Pak ?
- IF 2 : Iya, silahkan...
- P : Baiklah kita mulai wawancaranya ya Pak.
- IF 2 : Baik...
- P : Bagaimana menurut pendapat Bapak tentang Kebijakan Pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ini Pak ?
- IF 2 : Ya...terimakasih, yang pertama kebijakan itu kita harus menyiapkan alokasi sumber daya/ *resource*, mulai dari ketenagaan kemudian juga peralatan-peralatan yang diperlukan, ketersediaan dana, termasuk langkah-langkah dalam pengendalian itu. Kedua, dalam tahap pelaksanaan kita mesti tetap membangun partisipasi masyarakat dalam upaya penurunan angka kejadian DBD melalui gerakan 3M, kemudian juga tidak tertutup kemungkinan kegiatan-kegiatan yang bersifat pembasmian nyamuk berupa *fogging*, terus pemberian ABT, dan selanjutnya juga pemantauan jentik berkala.
- P : Kebijakan Pengendalian DBD ini sendiri apakah sudah disosialisasikan Pak, ketinggian mana saja ?
- IF 2 : Ya, ya.... Jadi kita mempunyai basis pelayanan terdepan di masyarakat, namanya Pos Kesehatan Kelurahan, ada juga Puskesmas pembantu. Nah, karena di Bukittinggi DBD ini sudah menjadi endemis, selalu kasus itu ada dengan fluktuasi yang berbeda setiap tahunnya, jadi kita harus dan mengharapkan sekali seluruh petugas kesehatan di jajaran pelayanan itu paham betul dengan DBD ini, setelah disosialisasikan secara internal pada seluruh petugas baik melalui pertemuan ataupun bimbingan teknis, supervisi ke lapangan. Kemudian juga, kita melakukan sosialisasi kepada masyarakat, kepada kader terutama, tokoh masyarakat, sesudah itu dasawisma berkaitan dengan penerapan 3M. Sesudah itu kita juga melakukan sosialisasi dengan SKPD terkait, ini berkaitan dalam upaya untuk meningkatkan kemitraan dan selanjutnya juga komitmen dalam pengendalian DBD tersebut.
- P : Kebijakan DBD ini sendiri disosialisasikan dalam bentuk apa Pak ?
- IF 2 : Ya...sampai sejauh ini kita belum memiliki perda, tapi sosialisasi yang kita lakukan lebih bersifat pertemuan-pertemuan, penyampaian-penyampaian yang bersifat apa namanya... *leaflet*, terus kemudian poster, spanduk, kemudian ada buku saku yang berhubungan dengan demam berdarah semuanya baru pada tahap tersebut. Nah, kemudian juga pada saat pertemuan-pertemuan koordinasi kita selalu menyampaikan kepada teman-teman baik secara teknis ataupun upaya-upaya persuasi dalam pengendalian DBD ini.
- P : Terkait masalah dana Pak untuk Program Pengendalian DBD sendiri itu sumber dananya dari mana Pak ?

- IF 2 : Ya... kita masih semuanya APBD Kota Bukittinggi, jadi penekanan sumber daya itu lebih banyak ke arah *fogging* maksudnya pengasapan gitu ya, kemudian pengadaan abate, pengadaan mesin *fogging*, kemudian juga kegiatan-kegiatan pertemuan-pertemuan dan sosialisasi.
- P : Dengan dana yang bersumber dari APBD kota saja apakah sudah mencukupi untuk kegiatan Program Pengendalian DBD ini Pak?
- IF 2 : Ya... sampai saat ini cukup, artinya bahwa apabila terjadi kasus kita melakukan pengasapan sudah teranggarkan, termasuk juga sosialisasi, dan yang terpenting sekali dalam pengendalian DBD ini, kita berharap sekali partisipasi masyarakat dengan menerapkan 3M, jadi itu tidak memerlukan biaya yang penting adalah kemauan dan kemampuan dari masyarakat untuk melaksanakan 3M.
- P : Jadi berarti sejauh ini belum ada hambatan terkait masalah dana ya Pak ?
- IF 2 : Ya..masalah dana sampai sejauh ini tidak ada.
- P : Baik Pak... Terkait masalah ketenagaan/ sumber daya manusia, untuk ketersediaan SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ini bagaimana Pak ?
- IF 2 : Ya... kita mempunyai semacam struktur yang jelas, jadi kepala dinas membawahi bidang, kebetulan DBD ini berada di Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan disana ada seksi, Seksi P2P namanya Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit kemudian dibawahnya lagi ada level namanya wasor demam berdarah. Nah, kemudian secara administrasi kita melakukan interaksi dan kerjasama dengan teman-teman yang ada di puskesmas, dan pustu, poskeslur. Kalau di DKK yang khusus menangani DBD itu bidang, seksi, dan wasor itu secara teknisnya, tetapi DBD ini penanggulangannya tidak hanya ke program saja dia lintas, karena penyakit berbasis lingkungan, orang lingkungan juga terlibat disitu, orang surveilans epidemiologi juga terlibat, jadi kalau ketenagaan tidak bisa dihitung karena banyak yang terlibat, seluruh Poskeslur (Pos Kesehatan Kelurahan) itu , salah satu tugasnya adalah penyelidikan epidemiologi dan pemberantasan DBD, jadi otomatis dia terlibat. Nah, kita memiliki 24 Pos Kesehatan Kelurahan.
- P : Jadi dengan jumlah SDM yang ada sekarang apakah sudah mencukupi rasanya Pak?
- IF 2 : Kalau pelaksana teknis dan administrasi saja rasanya sudah oke, terkadang kita permasalahannya seperti ini ketenagaan yang bersifat *fogging* kita tidak mengalokasikan sumber daya dari mereka yang PNS, kita harus melakukan kontrak dengan pihak lain dalam pemberantasan, nah kadang-kadang walaupun yang dikontrak 5 orang, namun yang datang 4 seperti itu ya, jadi sebenarnya secara penyelesaian pekerjaan tidak masalah, tapi secara beban fisik, itu akan terbebani dengan itu.
- P : Jadi solusi untuk permasalahan itu sebaiknya bagaimana Bapak ?
- IF 2 : Ya...kita yang penting betul adalah kesadaran mereka dululah untuk mau berpartisipasi dan terlibat dalam pemberantasan DBD, yang kedua kita memang harus mencadangkan kembali tidak hanya 5 orang, mungkin harus ditingkatkan kembali 6 atau 7 orang tenaga *fogging*, jadi kita kita bisa membagi *time* nya itu, berapa mereka yang mampu hari ini seperti itu.
- P : Baiklah...kalau untuk ketenagaan sendiri, apakah ada pelatihan-pelatihan khusus yang diberikan kepada SDM pengelola Program Pengendalian DBD ini Pak ?
- IF 2 : Ada, wasor itu dilatih oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Kemudian, kalau kawan-kawan di puskesmas, pos kesehatan kelurahan, dan pustu itu dilatih oleh Dinas Kesehatan Kota. Kalau secara teknis pelaksanaan *fogging*, itu kita lakukan sendiri oleh Dinas Kesehatan Kota. Jadi, tidak ada masalah secara metode teknis semuanya mereka sudah mempunyai kapabilitilah kemampuan, untuk itu.
- P : Kalau masalah sarana, bagaimana menurut Bapak tentang ketersediaan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD ini, apakah sudah mencukupi begitu Pak ?
- IF 2 : Ya...yang jelas kita melihat bahwa apabila terjadi DBD kita harus menyorot yang pertama kasus jadi otomatis tatalaksana kasus kita mempunyai sarana pelayanan yang cukup, kita punya 7 puskesmas, 14 pustu, 24 poskeslur, dan 5 rumah sakit. Jadi secara tatalaksana kasus tidak ada masalah. Kemudian pada kegiatan *fogging* kita mempunyai 7 alat *fogging*, sudah cukup banyak ya untuk Kota Bukittinggi. Jadi sarana tidak ada masalah kemudian kita punya alat transportasi khusus untuk pelaksanaan *fogging*. Kemudian sarana-sarana lain untuk kegiatan administrasi seperti laptop atau sarana computerisasi segala macam per kasie kita punya.
- P : Jadi berarti untuk sarana juga belum ada masalah sejauh ini ya Pak ?
- IF 2 : Belum....belum....
- P : Kemudian untuk ke prosesnya ini Bapak, di dalam pengendalian DBD itukan ada kegiatan-kegiatan pokok ya Pak ya, seperti pengendalian vektor misalnya. Terkait dengan ini bagaimana upaya pengendalian vektor yang dilakukan dalam kegiatan pengendalian DBD Pak ?
- IF 2 : Jadi ada 2 bentuk ya. Yang pertama pada fase persiapan tadi, dalam fase persiapan itu otomatis kita mempersiapkan seluruh logistik kebutuhan dan tenaga. Ya...kemudian fase pelaksanaan kegiatan kita akan melihat kasusnya itu dulu, kalau misalnya ditemukan 1 kasus DBD, positif DBD hasil

pengujian laboratorium tentang trombosit, kita akan melakukan peningkatan pelacakan surveilans epidemiologi, apabila pelacakan surveilans epidemiologi menemukan kasus baru atau suspek 3 kasus, maka dilakukan 2 langkah. Langkah pertama yang dilakukan adalah pemantauan kondisi jentik di setiap rumah di sekitar lokasi kasus, yang kedua kita lakukan kegiatan yang namanya pengasapan tadi, jadi semuanya sampai sejauh ini berjalan dengan baik, belum ada keluhan dari masyarakat, Cuma terkadang yang sering didapatkan informasi dari masyarakat itu karena tingkat kecemasan kah atau karena kesadaran masyarakat tentang DBD sudah tinggi apabila ada gejala mereka langsung menelpon kita tanpa menunggu hasil dari rumah sakit. Padahal sebenarnya kita bisa bertindak cepat itu apabila sudah dinyatakan positif DBD berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium. Ya seperti itu...

P : Di dalam kegiatan pengendalian vektor ini siapa saja yang terlibat Pak ?

IF 2 : Ya...kalau lintas program yang pertama seluruh teman-teman kesehatan di Dinas Kesehatan kita upayakan terlibat, artinya apa...kita berkolaborasi dengan Bidang PSDK Sumber Daya Kesehatan karena disana ada satu seksi Promosi Kesehatan, jadi peran dia dalam menyebarkan informasi tentang 3M, rumah sehat, dan pada saat penyelidikan epidemiologi dan pemberantasan vektor itu di Bidang PMK. Kemudian kita juga melibatkan seluruh puskesmas apabila ditemukan kasus mereka kita lakukan tatalaksana kasus dulu di puskesmas sebelum di rujuk untuk memastikan positif DBD atau tidak. Kemudian juga di dalam penyebaran informasi pos kesehatan kelurahan itu sebagai basis pelayanan terdepan juga kita harapkan dapat memberikan informasi kepada seluruh masyarakat terutama kader dan dasawisma. Nah, kemudian kalau keterkaitan secara lintas sektor, kita selalu bekerjasama dengan lurah, camat, terus kemudian bagian kesehatan kesra gitu ya, kenapa...karena kalau lurah dan camat mereka yang punya masyarakat, mereka yang punya daerah, jadi tanpa koordinasi mereka rasanya tidak akan berhasil. Sementara kesra, itu fungsi koordinasi sangat tinggi karena melalui dia kita berharap ada komitmen politik untuk mendukung setiap program kita, nah demikian.

P : Di dalam pengendalian vektor ini Pak, apakah ada ditemukan hambatan di dalam pelaksanaannya ?

IF 2 : Ada...ada juga. Yang pertama, masih ada sebagian masyarakat kita yang tidak mau melaporkan diri atau berobat ke rumah sakit kalau mereka itu diserang DBD, mereka diaman saja, mungkin mereka menganggap itu penyakit lain yang bisa saja diatasi sendiri, kita khawatirkan kalau seperti itu jika memang bisa sembuh dengan sendirinya, tetapi seorang yang telah digigit itu akan menjadi sumber penularan, kita akan sulit memutuskan mata rantai penularan kalau yang seperti itu. Ya...kemudian juga pada saat melaksanakan *fogging* yang disemprotkan itu kan ada 2 macam, satu asap satu malation, zat racunnya itu. Nah, malation itu baunya sangat menyengat dan solar yang ditembakkan atau diasapkan itu menimbulkan kotor, jadi pada awalnya setiap ada kejadian demam berdarah masyarakat minta *fogging*, tapi sekarang justru kita datang sebagian dari rumah malah ditutup. Itu persoalannya. Apalagi kalau kegiatan itu sudah mendekati hari lebaran atau pada saat lebaran, masyarakat tambah tidak mau. Yang ketiga, pada saat kita menggerakkan PSN atau 3M, kita seharusnya dalam teorinya penyebaran nyamuk itu 1 sampai 12 hari kan sudah berkembang dan kita lakukan gerakan 3M satu minggu untuk memutus rantai. Kita berharap sebenarnya gotong royong itu tidak hanya pada saat terjadinya DBD, kalau bisa setiap minggu dilakukan goro, dilakukan gerakan 3M, tapi nyatanya itu masih sulit kita lakukan. Yang keempat, pemahaman masyarakat atau kesadaran masyarakat untuk melakukan *cross check* sendiri terhadap tempat penampungan airnya masih rendah, kita berharap minimal masyarakat itu setiap hari berfikir sudahkah saya memeriksa tempat yang memungkinkan jentik berkembang. Dia memeriksa kulkas, memeriksa dispenser, memeriksa pot bunga, yang kecil-kecil itu saja kalau mereka mau berfikir bahwa larva nyamuk DBD itu ada disana ya otomatis kita akan terbantu. Minimal empat itu yang kita sulitkan, pemahaman terhadap DBD, pemahaman terhadap keinginan untuk melakukan 3M, sudah itu gotong royong tadi, nah itu yang menjadi persoalan kita.

P : Kalau menurut Bapak, solusi apa yang bisa kita lakukan untuk mengatasi hambatan tersebut Pak ?

IF 2 : Yang pertama penyuluhan, kalau yang bersifat individu kita penyuluhan, pendekatan ya. Bisa melalui penyuluhan kelompok, bisa nanti petugas kita datang kesana, petugas puskesmas. Apalagi di puskesmas itu sudah ada istilahnya desa-desa binaan wilayah, jadi mereka datang, mereka lakukan semacam *breafing*, saran bagaimana seperti itu iyakan. Kalau tidak mau juga ya kita ajak nanti bersama-sama kelompok atau menggunakan kader dan tokoh masyarakat agar bisa merubah perilakunya. Kemudian kalau yang bersifat tadi goro atau segala macam ini kita hanya bisa memberikan saran dan koordinasi di level tingkat atas, tingkat asisten kah atau tingkat kesra kah, kita tidak mempunyai wewenang pula untuk mengendalikan Pak Camat gitu ya kan, itu yang terpenting sekali.

- P : Baiklah Bapak.... Kegiatan pokok pengendalian DBD lainnya yaitu terkait dengan peningkatan peran serta masyarakat. Bagaimana cara meningkatkan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD ini Pak ?
- IF 2 : Ya...yang pertama kita kolaborasi dengan promosi kesehatan, kita tau memberdayakan masyarakat itu kita akan merubah tiga ya pengetahuannya, sikapnya, dan kemudian tindakan dia dalam menerapkan 3M itu saja, jadi wujud dari partisipasi masyarakat itu yang kita harapkan hanya tiga, kalau mereka sudah lakukan 3M itu sudah bagus itu, jadi penyuluhan tidak kita putus. Kemudian kita melihat bahwa sikap seseorang itu sangat ditentukan dengan pengetahuannya, kalau pengetahuannya sudah baik, biasanya sikap baik. Tapi, ada juga pengetahuan baik, sikap belum tentu baik ya kan, karena arogansi atau ada pengaruh segala macam. Nah, yang arogansi seperti ini kita melakukan pendekatan-pendekatan internal, pendekatan-pendekatan eksternal dengan Camat dan Pak Lurah bagaimana kalau misalnya satu daerah saja ada yang enggan untuk memberantas dan mengawasi tempat penampungan airnya atau segala macam itu resikonya sekampung, jadi sifatnya pendekatan-pendekatan interpersonal dan kita berkoordinasi seperti itu ya.
- P : Iya...baik Bapak. Kalau masalah kemitraan atau jejaring kerja Pak, bagaimana kemitraan yang dibentuk dalam kegiatan pengendalian DBD ini Bapak ?
- IF 2 : Ya...kita sebenarnya punya program-program khusus ya, di tingkat kecamatan ada namanya pokjandal DBD, kelompok kerja operasional penanggulangan DBD ada SK nya, tetapi kadang-kadang mungkin karena tanpa orang kesehatan juga kurang berjalan dengan baik. Nah, sekarang kita berusaha pokjandal ini agar bisa berfungsi dengan baik, kita cobalah membangun kepentingan masyarakat itu dimulai dari masyarakat itu yang terpenting, jadi kita usahakan secara sistematis mereka yang sudah di SK kan itu mau bergerak untu DBD. Sesudah itu kita juga berharap semua yang mungkin memberikan potensi terhadap kemitraan/ bidang-bidang lain kita libatkan termasuk nanti juga diknas, sekolah, dan yang paling kita tekankan angka kasus itu kan paling banyak ditemukan pada anak usia sekolah 6 sampai 18 tahun gitu ya, kita berusaha melakukan pendekatan di sekolah sebagai mitra kita itu minimal kita berharap seperti ini, setiap masa libur tolong anak-anak itu memperhatikan tempat penampungan air, kita perhatikan bak nya apa nya, dikosongkan karena kami selalu mencatat sering terjadi penyakit DBD ini pada saat libur aman-aman, pada saat anak-anak sekolah, nah nyamuk banyak di sekolah karena itu...itu resiko, jadi kita berharap melalui diknas...tolong...itu saja.
- P : Terkait masalah monitoring dan evaluasi, bagaimana monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan dalam kegiatan pengendalian DBD ini Bapak ?
- IF 2 : Ya...yang pertama kita mempunyai sistem pencatatan pelaporan yang dilakukan oleh epidemiologi jadi kita melihat perkembangan kasus itu, apakah kasus masih endemis atau sudah terjadi KLB. Yang kedua, sistem pelaporan kita itu berbasis mulai dari poskeslur, kalau dia sudah menjadi KLB laporan itu bersifat laporan KLB atau dikenal dengan W1, tetapi apabila kondisinya aman, endemis seperti itu, kita masih menggunakan laporan SKD atau laporan kewaspadaan dini melalui laporan mingguan W2, jadi semua laporan itu masuk...itu satu yang secara rutinitas. Yang ketiga, laporan itu kita peroleh dari pelayanan-pelayanan seperti puskesmas, poskeslur, kalau mereka mencurigai orang seperti itu, suspek sudah masuk laporan. Kemudian kita memperoleh laporan itu kalau memang sudah dikatakan positif dari rumah sakit, jadi biasanya kita mempunyai jejaring dengan rumah sakit yang namanya *contact person* surveilans, jadi kalau ada kasus yang diduga potensial KLB apakah itu polio, apakah itu DBD, apakah itu tifus, difteri atau segala macam itu, mereka akan melaporkan ke kita dengan melalui *contact person* surveilans tadi. Selanjutnya kita membuka diri bahwa laporan itu juga datang dari masyarakat, masyarakat melaporkan ada kejadian diduga DBD, nah kita melakukan pelacakan untuk pembenaran informasi tadi, jadi kita tidak langsung terima, lihat ini gejala klinisnya bagaimana kemudian hasil diagnosis dokter layak tidak dikatakan penyakit DBD. Jadi setiap pernyataan seseorang dinyatakan menderita DBD yang pertama kita harus lihat dulu klinis DBD dengan gejala dan tanda-tanda yang sudah ditentukan, kemudian melalui pemeriksaan trombosit tadi. Nah itu saja, jadi bertahap lah kita melakukan pengumpulan laporan.
- P : Kalau hambatan di dalam melakukan monitoring dan evaluasi ini ada Bapak ?
- IF 2 : Ada...itu pasti ada ya. Katanya yang namanya laporan itu kadang-kadang entah karena tingkat kesibukan yang lain juga tinggi, otomatis kita sering menerima laporan itu tidak tepat waktu. Misalnya laporan terjadinya KLB gitu ya, kadang-kadang sudah berapa hari baru muncul atau kadang-kadang laporan tersebut kita berharap sabtu selesai dilaporkan senin sudah masuk ke sini, tapi kadang-kadang baru sampai rabu seperti itu ya, jadi soal keterlambatan secara administrasi tertulis. Tapi sebenarnya melalui ponsel kita ini kita tetap bisa melakukan sms atau segala macam, tapi kita kan lebih ingin tau kalau laporan itu secara tertib melalui tertulis tadi berdasarkan blangko laporan. Nah, itu saja sebenarnya.
- P : Baiklah Bapak...saran terkait hambatan ini bagaimana Pak ?

- IF 2 : Ya...sebenarnya kita mempunyai sistem program *e-work, warning early respond system*, ya kita baru tahun ini dapat. Jadi sebelumnya menggunakan *sms get way*, cukup dengan sms saja seperti itu. Nah, kita berharap mereka itu juga bisa memanfaatkan sarana yang sudah ada, itu saja. Jadi kalau ada laporan sms saja, masuk ke program *e-work* kita gitu saja. Cuma kadang-kadang meng-sms itu, entah karena terlalaikan atau memang merasa berat jadi kita tidak tau juga ya, tapi kadang-kadang kita juga berfikir bahwa mereka tidak dibiayai untuk melaporkan seperti itu.
- P : Kemudian bagaimana menurut Bapak tentang pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ini secara keseluruhan Pak, apakah sudah terlaksana dengan baik atau tidak ?
- IF 2 : Tentu ada indikatornya, kalau saya melihat indikatornya *case* (kasus), berarti belum berhasil, kenapa dikatakan seperti itu karena fluktuasi kasus, saya lupa ya...tapi pernah mencapai angka 171 turun 93 naik 98 kemarin ini 107 tahun 2012. Nah, kalau kita lihat standar nasional, itu diperbolehkan 50 dalam 100.000 penduduk. Kita kalau jumlah penduduk 107 kita juga 107, otomatis 100 per 100.000 berarti dua kali dari nasional. Berarti belum berhasil. Kemudian, kita lihat lagi dari indikator ABJ, angka bebas jentik dikatakan berhasil itu di atas 95%, tapi pada kenyataannya kita paling-paling mencapai 85%, 80 ya paling tinggi 85%. Berarti ada rentang 10% yang menjadikan sebagai daerah rawan. Jadi, jujur belum berhasil. Tapi banyak faktor yang menyebabkan belum berhasil ini. Yang pertama temperatur, ya...sekarang ini kalau Bukittinggi sekarang dengan beberapa tahun sebelumnya jelas sangat berbeda. Kemudian transportasi, kalau sumbernya banyak di Padang sekarang ini, naik travel...nyamuk sampai di Bukit. Kemudian, daerah kita kan daerah rumah sakit, daerah rumah sakit ini kadang-kadang sakitnya di daerah lain kemudian dibawa ke sini, mungkin dia terhitung sebagai kasus di daerahnya, tetapi penyebaran ke warga kita tinggi. Nah, itu salah satunya. Jadi itulah permasalahannya, jadi kalau berhasil...belum berani kita mengatakan berhasil. Tetapi, secara sistematis pekerjaannya saya pikir masalah tidak ada.
- P : Baiklah Pak...pertanyaan terakhir, bagaimana saran Bapak berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ini agar bisa lebih baik kedepannya Pak ?
- IF 2 : Ya...ya...yang terpenting sekali kita harus menyadari bahwa program pemberantasan DBD ini tidak hanya kepentingan pemerintah tetapi juga kesadaran masyarakat yang paling kita utamakan. Jadi kita mengendalikan DBD ini tidak hanya dengan pemberantasan vektor semata. Tapi kita juga mengharapkan masyarakat mau melaksanakan 3M tadi. Kalau masyarakat seluruhnya telah melaksanakan 3M, saya pikir penularan penyakit itu tidak akan berkembang dengan dengan baik. Jadi minimal langkah yang paling baik adalah meningkatkan partisipasi masyarakat itu yang pertama. Yang kedua, mempertahankan sistem pengendalian yang sudah ada. Kemudian juga secara maksimal mengupayakan untuk mengalokasikan sumber daya yang dibutuhkan. Jadi dua itu saj, satu masyarakat satu pemerintahnya.
- P : Baiklah Bapak... Sekian wawancara kita pada hari ini. Terimakasih banyak atas informasi yang telah Bapak berikan dan saya memohon kesediaan Bapak untuk bisa dihubungi kembali apabila ada informasi tambahan yang dibutuhkan.
- IF 2 : Iya...tidak masalah itu, aman saja.
- P : Sekali lagi terimakasih banyak Bapak. Assalamualaikum wr. wb.
- IF 2 : Wa'alaikumsalam wr. wb.

HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN INFORMAN 3 : KEPALA SEKSI P2P DINAS KESEHATAN KOTA BUKITTINGGI

Nama Informan : dr. Silvia Angraini
 Nomor Informan : IF 3
 Pendidikan Terakhir : S2
 Jabatan : Kepala Seksi P2P Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi
 Tanggal Wawancara : 10 Juni 2013
 Jam mulai/ akhir wawancara : 10.41 WIB – 11.23 WIB

- P : Assalamualaikum wr. wb. Selamat pagi Ibuk.
- IF 3 : Wa'alaikumsalam wr. wb. Iya... Selamat pagi.
- P : Baiklah Ibuk... Perkenalkan, nama saya Sevilla. Saya mahasiswa Pascasarjana dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Unand. Tujuan saya mewawancarai Ibuk pada pagi hari ini yaitu saya ingin menggali informasi tentang bagaimana pelaksanaan Program Pengendalian DBD di Kota Bukittinggi, untuk itu saya meminta kesediaan Ibuk untuk bisa saya wawancarai. Apakah Ibuk bersedia Buk ?
- IF 3 : Iya, boleh...silahkan...

- P : Baiklah Ibuk terkait dengan program pengendalian DBD, bagaimana menurut Ibuk kebijakan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ini Buk ?
- IF 3 : Tentang kebijakan itu kita beranjak mulai dari kebijakan yang berasal dari pusat ada, provinsi ada, sampai ke daerah. Di daerah Kota Bukittinggi yang mengeluarkan kebijakan itu adalah pemda setempat yaitu Bapak Wali Kota, pernah mengeluarkan berupa himbauan ada tentang DBD ini, tentang 3M, surat edarannya juga sudah ada.
- P : Bagaimana cara pensosialisasian kebijakan ini Buk ?
- IF 3 : Setelah surat edaran atau surat instruksi dari Wali Kota itu dibuat, disosialisasikan dulu di tingkat kota dengan pertemuan lintas sektor Kota Bukittinggi contohnya kita pernah menghadiri tentang himbauan goro ya gotong royong dalam penanggulangan DBD ada suratnya tertanggal 12 Januari 2012 ini yang terakhir ya, ada nomornya dari Bapak Wali Kota Bukittinggi. Gerakan 3M isinya kita pertemuan di Balai Kota dihadiri oleh lintas sektor kita presentasi tentang demam berdarah, tentang kejadian, tentang kebijakan, sekaligus apa himbauan dikeluarkanlah pengumuman ini waktu acara itu dikeluarkan, setelah ini diketik dan ditandatangani oleh Bapak Wali Kota Bukittinggi kita distribusikan surat ke kecamatan, ke kelurahan. Nanti kecamatan dan kelurahan membagikan ke setiap RT dan RW jadi RT, RW, lingkungan, rumah, dan sekolah, jadi rasa-rasanya hal ini sudah disampaikan ke seluruh masyarakat, ini berupa pengumuman. Secara lisannya tentu Bapak RT, RW, dan lurah yang sudah hadir waktu kita pertemuan di Balai Kota dia akan menjelaskan secara lisan kepada warga apa isi pengumuman ini, sekaligus menyampaikan pengumuman ini dan menempelkan pengumuman ini di tempat-tempat yang potensial di baca oleh masyarakat. Karena yang ditanyakan tentang kebijakan, ya itu contohnya kebijakan dari daerah. Kalau sosialisasi tentang demam berdarah ini sendiri kita berjenjang dari Dinas Kesehatan ke puskesmas sampai ke poskeskel sampai ke tingkat masyarakat. Kalau kita dari Dinas Kesehatan kita menyampaikan tentang demam berdarah ini di acara-acara di sosialisasi tingkat kota. Nah kalau kota dihadiri oleh kepala dinas, struktural, kemudian dihadiri oleh kepala puskesmas sampai pengelola program, kemudian juga dihadiri oleh tokoh-tokoh masyarakat, karena mereka inilah yang akan menyampaikan tentang demam berdarah. Untuk tingkat puskesmas sendiri kita kan punya pengelola program DBD dan pengelola promosi kesehatan mereka ini sinkron dalam bekerja salah satunya pengendalian demam berdarah. Kalau pengelola program DBD menemukan kasus, akan bekerjasama lagi dengan surveilans, turun ke lapangan untuk penyelidikan epidemiologi, langsung itu dilakukan sosialisasi orang per orang ke individu atau warga setempat mengenai itu. Kalau sosialisasi yang rame-rame itu bisa di kegiatan kemasyarakatan atau di acara puskesmas maka di undanglah warga, diacara kader misalnya atau tokoh masyarakat, kita juga menyampaikan tentang program DBD dan program-program lainnya.
- P : Baiklah Ibuk... terkait tentang kebijakan ini apakah ada perda, SK, atau surat edaran mengenai pengendalian DBD ini ada Buk ?
- IF 3 : Ya ada...ini contohnya pengumuman ada tertanggal 12 Januari 2012 dari Bapak Wali Kota Bukittinggi tentang gotong royong dalam rangka penanggulangan DBD, ada lagi dari Bapak Wali Kota sebelum ini Bapak Jefri, tentang pokjnal juga sudah ada pada tahun 2007. Laporan staff juga ada. Surat edaran tentang waspada DBD tahun 2009, Wali Kota Bukittinggi waktu itu Pak Ismed ya. Kemudian ada juga instruksi tanggal 5 Oktober 2009 tentang pencegahan DBD di Kota Bukittinggi, instruksinya ke siapa...ke camat ke lurah agar melakukan gerakan 3M, kemudian agar melaporkan kasus ini tertanda Bapak Ismed. Juga ada acara pokjnal dulu tanggal 15 Maret 2010 di Kantor Wali Kota. Kemudian, kita ada lagi acara pada tanggal 9 Maret 2010 penyuluhan DBD pada pokjnal DBD Kota itu terakhirnya, setelah itu belum ada pembentukan pokjnal lagi karena mungkin apa ya...kegiatan ini terlalu banyak, tapi kita dari dinas selalu mensosialisasikannya.
- P : Terkait dana, sumber dana untuk pelaksanaan program pengendalian DBD ini berasal dari mana saja Ibuk ?
- IF 3 : Kalau untuk pengendalian demam berdarah dananya sekarang dari APBD. Kalau tahun-tahun sebelumnya ada bantuan dari provinsi, provinsi dari pusat mungkin..tapi tidak tau, bantuan malation, bantuan alat fogging juga ada 1 buah, bantuan larvasida, bubuk abate.
- P : Ooo...berarti untuk saat ini dananya hanya bersumber dari APBD saja, dana ini biasanya dialokasikan untuk kegiatan apa saja Ibuk ?
- IF 3 : Dana ini biasanya digunakan untuk *fogging focus*, disana termasuk BBM, kemudian racun atau malation, kemudian BBM kendaraan, makan petugas, honor petugas, honor supervisor, kemudian rencananya kedepan juga akan dibeli set perlengkapan petugas, pengadaan bubuk abate, dan lain sebagainya. Karena untuk kegiatan *fogging* dan pemberian bubuk abate ini tidak ada pungutan yang diambil dari masyarakat, semuanya diberikan secara gratis.
- P : Baiklah Ibuk....kalau mengenai kecukupan dana ini sendiri bagaimana Ibuk ?

- IF 3 : Kalau analisa kami, misalnya kami butuh untuk 20 kasus, ya sejauh ini semuanya di acc. Kalau seandainya kurang, boleh diminta lagi. Jadi pada prinsipnya APBD itu dia meng-acc berapapun kebutuhan kita.
- P : Jadi sejauh ini tidak ada hambatan terkait masalah dana ya Buk ?
- IF 3 : Tidak ada.
- P : Terkait SDM, bagaimana menurut Ibuk tentang ketersediaan SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?
- IF 3 : Kalau di dinas kita pengelola program ini rangkap dengan program yang lain, dia tidak murni mengelola DBD saja namun berkaitan dengan program-program yang lain. DBD di bawah Seksi Penanggulangan Penyakit, di seksi ini ada 3 staff sementara program kita ada 10 dan itu adalah tugas rangkap. Kalau kegiatan sebenarnya bisa ditanggulangi, namun yang agak repotnya jika beberapa kegiatan atau sekali kegiatan ada *fogging*, ada rabies, dan lain sebagainya itu yang membuat agak kewalahan kami ya. Tapi kalau untuk puskesmas ada petugas pengelola program DBD.
- P : Untuk SDM ini apakah ada kualifikasi tertentu Buk untuk pengelola program pengendalian DBD ini ?
- IF 3 : Kualifikasi khusus tidak, karena kita tahu di pegawaian kita kan besiknya sudah kesehatan semua. Kalau pun ada kekurangan nantinya akan ada pelatihan-pelatihan. Jadi kalau dikualifikasikan misalnya DBD sinkron dengan surveilans, orang surveilans memang sudah petugas surveilans.
- P : Di dinas kesehatan ini sendiri, jumlah SDM pengelola DBD ada berapa orang Buk?
- IF 3 : Kalau DBD kabin nya tentu iya, kasie, pengelola program dia petugas rangkap, kemudian petugas untuk *fogging* kita masih membawa petugas yang bukan petugas tetap.
- P : Dengan SDM yang ada sekarang apakah sudah mencukupi untuk kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?
- IF 3 : Kalau untuk program pengendalian DBD ini sendiri rasanya sudah.
- P : Jadi kalau untuk hambatan terkait SDM ini sendiri apakah ada Ibuk ?
- IF 3 : Sebenarnya kalau untuk DBD ini yang agak susah nya pergerakan masyarakat untuk PSN itu yang lebih berat, kalau kita pengelola karena memang sudah pekerjaan kita maka kita jalani. Pekerjaan rangkap tidak terlalu menjadi masalah sebenarnya, karena kita bisa bekerjasama dengan yang lain.
- P : Sebelumnya Ibuk mengatakan bahwa untuk petugas pengelola program pengendalian DBD ini ada di berikan pelatihan-pelatihan, nah pelatihannya ini dalam bentuk apa Ibuk ?
- IF 3 : Kemarin ini kita pelatihan pengendalian vektor dilatih oleh provinsi. Kalau kita di dinas, kita membina puskesmas kita melatihnya apapun informasi berupa pendidikan atau keterampilan yang baru kita dapat, kita langsung sosialisasikan di acara monitoring evaluasi. Sementara kalau untuk kader atau juru pemantau jentik, tahun 2010 itu sudah lebih dari 428 kader kita latih dia tentang bagaimana pemeriksaan jentik jadi hampir seluruh kader sudah hadir semua, walaupun jumlah kader kita ada sekitar 500 an.
- P : Pelatihan untuk petugas ini biasanya dilaksanakan berapa kali dalam setahun Ibuk?
- IF 3 : Kalau pelatihan misalnya pelatihan kader itu kami melatihnya seluruh kader pada tahun 2010, sampai tahun 2013 ini belum dilatih lagi karena permintaan dari kita penilai lapangan juga kader sudah bisa menilai dengan baik, karena rasanya masih *fresh*. Kemudian juga karena pelatihan ini tidak bisa dilakukan sehari dua hari, kita latih kader satu orang kader 2 hari, kita waktu itu pelatihannya sampai 2 bulan. Kita melatih kader kita yang 500 an tentu bertahap, dan itu kami jalani 2 bulan hampir non stop, kita latih sekarang di ruangan besok di bawa ke lapangan. Jadi itu tentu saja memakan waktu dan tenaga, dan untuk kegiatan sekarang rasanya kader itu masih bisa. Kita kan juga melakukan monitoring dan evaluasi, namun sejauh ini belum ada keluhan kader mengenai itu, sehingga rasanya belum perlu pelatihan seperti itu lagi, paling pelatihan mengenai *review* ilmu lah. Kalau petugas pemegang program kita melakukan *review* ilmunya pada saat monev saja.
- P : Ya Ibuk....kalau saran Ibuk berkaitan dengan perbaikan dan peningkatan kemampuan SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ini apa Buk ?
- IF 3 : Untuk SDM ini idealnya tentu kita minta satu petugas satu program, namun tentu kita tidak bisa memaksakan seperti itu karena penggajian pegawai ini kan jenjangnya panjang ya sampai ke BKD, berapa orang harus staff itu. Tapi setidaknya jangan terlalu banyak rangkap, namun ini tidak bisa kita paksakan. Ya paling kita hanya bisa mengoptimalkan, kemudian untuk petugas *fogging* ini dia kan pekerja lepas, kita tidak tau kapan mau *fogging*, jadi paling kita yang jadi masalahnya itu bagaimana kita melakukan pemeliharaan alat *fogging*, kalau ada kerusakan kita masih servis ke padang. Sebenarnya kalau dari petugas kita tidak terlalu mengeluhkan untuk program ini, mungkin kita minta kerjasama lebih dibagian promosi kesehatan khususnya tentang DBD baik promosi kesehatan dari sisi promosi atau dari pengelola program promosi kesehatan itu di puskesmas.

Kemudian yang intinya akan mendongkrak keberhasilan program pengendalian demam berdarah itu adalah peran serta masyarakat, itu yang kami rasakan masih jauh dari yang kami harapkan.

P : Terkait sarana, bagaimana ketersediaan dan kecukupan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD ini Ibu ?

IF 3 : Kalau sarana sekarang ini kita cukup, alat *fogging*, alat semua cukup, mobil ada, semua ada, jadi tidak ada masalah.

P : Di dalam pengendalian DBD ini kan ada kegiatan-kegiatan pokok ya Buk ...seperti pengendalian vektor. Bagaimana upaya pengendalian vektor yang dilakukan dalam kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ini Buk ?

IF 3 : Pengendalian vektor nya jentik dan nyamuk ya. Kalau jentik ada pemeriksaan jentik berkala yang dilakukan oleh puskesmas, waktu kita pemeriksaan jentik tentu kita ada di dalamnya memberikan penyuluhan tentang PSN ya dari rumah ke rumah. Kemudian pemberian bubuk abate, kemudian kita mengajak masyarakat selain itu dengan ikanisasi, sebagian ada tapi masih belum membudaya, karena apa ya...kepedulian masyarakat dikatakan peduli betul belum, sudah pun belum karena kita periksa jentik masih ada jentik. Angka bebas jentik kita masih rendah, karena siklusnya kita tahu seminggu atau 10 hari mungkin dia sudah bersihkan, besok lupa. Kemudian untuk jentik, setelah pemeriksaan jentik berkala kan dilaporkan ke dinas lalu kita pantau kita *follow up* kita analisa memang keluhan masyarakat itu untuk ketersediaan air bersih ya, sementara pun ketersediaan air bersih di Kota Bukittinggi itu 80% memang menilai bahwa ketersediaan air bersih cukup. Cuma angka bebas jentik kita yang masih 86,2% itu kayaknya susah beranjaknya ya. Mungkin pemeriksaan jentik itu harus dengan PSN serentak, itu masalah di pengendalian vektor jentik. Jentiknya masih ada, kita pemberian bubuk abate, kita pemantauan jentik, kalau ada kasus sebelum kita *fogging* masyarakat sudah kita suruh PSN untuk memberantas jentik itu, dan itu ada kita lakukan. Mungkin serentak itunya yang belum ya. Disini habis, disana tumbuh, kemudian pindah lagi, mungkin analisisnya seperti itu. Karena gorong serentak kota itu sebenarnya bisa, tapi belum pernah ada atau setidaknya gorongnya itu harus bekesinambungan jangan ada kasus, makanya ada himbauan untuk gorong bersama. Itu pemeriksaan jentik, biasanya ada kasus gotong royong, ada kasus gotong royong. Kemudian untuk pengendalian vektor nyamuk, kita kalau ada kasus yang memenuhi protap *fogging*, kita lakukan *fogging* untuk memberantas vektor nyamuk tadi. Kemudian juga anjuran pemasangan kelambu, pemakaian obat nyamuk, lavender, atau segala macam. Dalam penilaian, lebih dari 50% penderita tahun 2012 itu sudah mengetahui cara pemberantasan itu, cuma tidak dilaksanakan. Seandainya 100% melakukan itu, mungkin angka bebas jentik kita sebagai indikator bisa mendekati.

P : Seperti yang Ibu katakan tadi, *fogging* dilakukan jika sudah memenuhi protap. Protap *fogging* ini sendiri seperti apa Ibu ?

IF 3 : Kita kan sudah mempunyai protap dari pusat ya, kalau ada kasus 1 ada 2 atau 3 lainnya, ada suspek 3 inikan penderita DBD ya, kemudian kita cari tersangka lainnya, dan jentiknya lebih dari 5%. Itu sudah baku ya. Kalau memang iya, maka kita lakukan PSN DBD, kemudian baru kita lakukan pengasapan. Kalau seandainya tidak ditemukan maka bedanya hanya di *fogging*, selebihnya tetap kita lakukan PSN, pemberian bubuk abate, larvasida, dan penyuluhan. Itu protap bakunya. Kita kalau ada laporan resmi tertulis atau lisan biasanya kita tanggap, kita *cross check* ke puskesmas. Jadi sejauh ini kalau ada laporan kasus prosedurnya kita kan menerima dari puskesmas atau dari dinas, nanti puskesmas pengelola program dengan surveilans itu lacak, lacak penderita kepastian diagnosis dulu apakah memang DBD atau tidak, untuk diagnosis mereka langsung lavak ke rumah sakit lihat status memang dia DBD bagaimana trombositnya, berapa hematokritnya, jadi kita diagnosis itu pasti. Kemudian kalau iya memang tersangka dan juga memenuhi protap, maka kemudian petugas akan melakukan PE, jadi untuk *fogging* itu kan kita harus memenuhi protap dulu. Kalau dapat kita langsung lacak, langsung besoknya PE, kalau memenuhi prosedur kita suruh dia gotong royong dulu. Kalau laporan resmi ke dinas, ke puskesmas, selama ini kita tanggap selalu. Kadang-kadang ada yang tidak memenuhi prosedur untuk di *fogging* ya tidak kita lakukan. Kalau memang sudah sesuai dengan protap, tidak diminta pun oleh masyarakat tetap kita lakukan *fogging* dengan pemberitahuan bahwa ini harus di *fogging*.

P : Untuk pengendalian vektor DBD, kita kan juga memberika bubuk abate ya Buk, pemberian bubuk abate ini biasanya kan gratis, tapi kenapa masih ada masyarakat yang mengeluh akan pungutan biaya untuk mendapatkan bubuk abate ini Buk ?

IF 3 : Ya...itu bukan hanya di Bukittinggi di tempat lain juga iya. Ada orang dari luar yang mengatasmakan dinas kesehatan, kalau yang bubuk abate kita memang persediaannya terbatas berapa yang ada itu yang kita beli, kita distribusikan ke puskesmas, nanti puskesmas yang membagikan ke kadernya untuk diberikan ke masyarakat, dan itu tidak pernah dipungut bayaran.

Mungkin ada orang lepas yang datang, entah mengatasnamakan dinas atau tidak, dia melakukan *fogging* atau memberikan bubuk abate, maka otomatis mereka memungut bayaran.

P : Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya pengendalian vektor dalam kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?

IF 3 : Kalau hambatan ada. Misalnya jentik itu, ya memang lagu lama juga...kadang-kadang orang tidak di rumah, setelah ketemu diperiksa jentik, oh masih ada jentik. Apakah dia bersihkan satu atau semuanya ya kadang-kadang pun tidak tuntas, itu kendalanya. Kadang-kadang dia bersih, tetangganya gitu ya. Jadi kepedulian masyarakat belum sepenuhnya, dan kemudian kepatuhan tentang kontinuitas misalnya dia mau kalau ada masalah baru. Tapi yang rutin itu belum. Kalau metode 3M itu menutup, menguras, mengubur itu sudah dikerjakan tapi belum sepenuhnya. Karena setelah diteliti pun angkanya 54% baru, memang sudah sebagian besar tapi belum sepenuhnya. Nah yang belum sepenuhnya inilah yang potensial mengembang-mengembangkan terus. Bukittinggi kota wisata, wisatawan datang karena kontribusi untuk tempat potensial itu banyak sekali, buang saja gelas aqua ini bisa jadi tempat perkembangbiakan nyamuk DBD. Jadi kita harapkan memang 3M Plus itu memang betul-betul dihayati dan dilakukan oleh masyarakat dan itu kontiniu dan itu serentak dan itu yang belum. Solusinya ya itu kontinuitas dan kebersamaan. 3M ini minimal 1 minggu itu memang kita kerjakan, kemudian untuk *fogging*... masyarakat waktu kita lakukan *fogging* masih ada juga satu dua rumah yang radius 200 meter (20 rumah) masih menolak untuk di *fogging*. Kalau dia menolak ya paling kita menyemprotnya di luar-luar rumah, nah kita tidak tau berapa ekor yang masuk ke rumah.

P : Terkait peran serta masyarakat, bagaimana cara meningkatkan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?

IF 3 : Ya...peningkatan dari sektor kita dulu sendiri kita harus meningkatkan promosi kesehatan, peninjauan lapangan, dan kemudian kerja sama juga dengan surveilans, kerja sama juga dengan promosi kesehatan, kerja sama juga dengan kesehatan lingkungan. Karena di kesling itu ada penilaian rumah sehat, rumah makan sehat, sekolah sehat, kalau semua sudah sehat, penilaiannya salah satunya kan tidak ada jentik, kalau semuanya sudah sehat maka serta merta pengendalian DBD itu juga sudah termasuk di dalamnya. Kemudian di promosi kesehatan itu ada PHBS, dalam PHBS ini indikatornya termasuk tidak ada jentik di rumah. Kalau PHBS kita murni kita kerjakan, maka DBD juga bisa dicegah. Kemudian kita kejar lagi di lingkup pemda, pemko gitu ya...kalau pemko itu sebenarnya mendukung, tapi namanya menggerakkan masyarakat itu tidak mudah. Kalau kesehatan saja yang bergerak tanpa didukung oleh sektor lain itu rasanya sulit sekali, mungkin adalah cara khusus bagaimana kita menyadarkan masyarakat, kalau tidak sadar juga sedikit memaksa la gitu ya...mungkin baru bisa, jadi harus semuanya ikut bergerak.

P : Jadi solusinya seperti itu ya Buk...terkait kemitraan, bagaimana kemitraan yang dibentuk dalam kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?

IF 3 : Kemitraan kerjasama ya dengan sektor-sektor yang lain, kita sudah coba *review* di pokjnal, sudah himbauan tapi belum efektif sepertinya entah karena program terlalu banyak atau yang lain memang sedang banyak kegiatan, jadi harus di *follow up* lagi kemitraan kita dengan PKK, dengan dasawisma, dengan kegiatan masyarakat lain, dengan LPM mereka semuanya *welcome*, tapi untuk pergerakan yang serentak itu memang susah, harus ada orang yang benar-benar potensial untuk menggerakkan. Kita contoh di Mojokerto itu memang wali kotanya langsung turun menggerakkan serentak itu sangat efektif sekali.

P : Jadi di Kota Bukittinggi ini sudah dibentuk pokjnal ya Ibuk ?

IF 3 : Iya...sudah dibentuk pokjnal pada tahun 2007 sampai tahun 2010. Sesudah itu tidak dibentuk lagi. Pergerakan pokjnal yang sudah dibentuk ini kurang aktif ya, mungkin dulu-dulunya ada, tapi sekarang sudah vakum lagi.

P : Terkait kemitraan ini, apa saja hambatan yang berkaitan dengan kemitraan dalam kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?

IF 3 : Kita lemahnya itu mungkin, karena apa ya...misalnya ada di kegiatan-kegiatan itu memang kita masukkan program DBD kalau kita kembalikan ke pokjnal kalau kerja tim nya bagus ini, memang menampilkan hasil ya. Tapi setidaknya kalau himbauan dari Bapak Wali Kota sudah dikerjakan sudah disampaikan ke lurah ke camat itu sebenarnya sudah mencukupi.

P : Jadi solusi kedepannya terkait hambatan di kemitraan menurut Ibuk bagaimana Buk ?

IF 3 : Kalau kerja dengan lintas sektor kadang kalau berbau kedinasan itu kurang gencar gitu ya tapi kalau berbau kemasyarakatan, pengabdian gitu ya, gotong royong, atau berbau politis itu agak gencar. Jadi harus lebih ditingkatkan lagi kerjasamanya.

P : Monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan dalam kegiatan pengendalian DBD ini bagaimana Ibuk ?

- IF 3 : Kalau monitoring progres kegiatan itu kita tiap bulan ya, bagaimana kejadian DBD, bagaimana keadaan jentik, itu tiap bulan kita monitor. Kalau evaluasi kita lakukan 3 kali setahun.
- P : Yang terlibat dalam kegiatan monitoring dan evaluasi ini siapa saja Ibuk ?
- IF 3 : Pimpinan, kepala bidang, kepala dinas, tenaga program, kita sendiri, pimpinan puskesmas, pengelola program puskesmas, dan ditambah promosi kesehatan. Di dalam monev nantinya dilakukan pencatatan dan pelaporan.
- P : Saran Ibuk kedepannya untuk pelaksanaan monev ini bagaimana Ibuk ?
- IF 3 : Kalau monitoring itu kita mengusut kejadian kan dari petugas yang resminya, kalau ada laporan dari masyarakat biasanya kita tampung kita lemparkan lagi ke puskesmas untuk meng *cross check* nya. Untuk monitoring selama ini pelaporan sudah cukup bagus, ada di laporkan selalu setiap bulan. Kalau angka-angka oke, tapi monitoring jentik ini yang kalau bisa diketatkan lagi. Misalnya di rumah si A jentiknya ada, minggu depan kalau dapat jangan ada lagi seterusnya, diharapkan seperti itu. Jadi kegiatan pengendalian vektor itu jalan, monitoring ini harus diperketat. Monitor laporan monitor keadaan sebenarnya. Evaluasinya kan tiap 3 kali setahun itu, evaluasinya ya kita kumpulkan semua, dan kita paparkan ini lho angka kita, berapa kasus kita, apa rencana kita ke depan itu kan evaluasi, dinilai lah ini baik atau jelek. Yang dikumpulkan biasanya petugas dengan kepala puskesmas. Nanti lanjutannya kita minta puskesmas untuk menyampaikan ke camatnya masing-masing.
- P : Baiklah Ibuk...tentang pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi secara keseluruhan bagaimana menurut pendapat Ibuk...apakah sudah terlaksana dengan baik atau tidak Buk ?
- IF 3 : Kalau pengendalian itu kita nilai dari ABJ ya, indikatornya ABJ, ABJ ini dari jentik tadi, jentik itu muncul dari mana, itu dari PSN. Pengendalian DBD itu kalau saya nilai sudah bagus, tapi belum optimal. Kalau dilihat dari angka kerjasama masyarakat memang sudah lebih dari 50%, tapi sisanya inilah yang selalu membuat DBD ada. Jadi sampai saat ini ABJ kita belum mencapai sesuai indikator nasional.
- P : Pertanyaan terakhir Ibuk, bagaimana saran dari Ibuk berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi agar bisa lebih baik ke depannya ?
- IF 3 : Ya...kalau kita saran internal dan eksternal. Internal untuk kita sendiri, kita harus bekerja lebih efektif dan efisien, kemudian kita kualitas kerja juga ditingkatkan apakah dari kami maupun dari SDM terkait, baik dari pengelola kami sendiri, kemudian dari lintas program, seperti kesling, surveilans, dan promosi kesehatan itu ditingkatkan kinerjanya terkait DBD. Kalau untuk kepala dinas, pemegang struktural pemegang jabatan politis gitu ya, mungkin lebih digencarkan lagi tentang DBD ke jabatan politis yang lain karena kalau secara kedinasan saja, yang struktural itu kurang genjar nampaknya ya. Kalau misalnya dikaitkan bahwa demam berdarah di Kota Bukittinggi bagus para pemegang eselon dia ikut itu bagus sebetulnya. Kemudian untuk eksternal yang lain masyarakat ini karena sangat heterogen dan berlapis ditingkatkan lagi kesadarannya, ya kita minta juga bantuan dari lintas sektor dan lintas program, LPM, dan yang lain untuk membantu bagaimana 3M Plus ini bisa berjalan secara efektif dan efisien serta kontiniu.
- P : Baiklah Ibuk...sekian pertanyaan dari saya. Terima kasih Ibuk atas waktu dan informasinya, rasanya sudah cukup banyak informasi yang Ibuk berikan pada pagi hari ini, dan apabila ada informasi tambahan yang masih dibutuhkan saya memohon kesediaan Ibuk untuk bisa dihubungi kembali.
- IF 3 : Iya...silahkan.
- P : Sekali lagi terima kasih Ibuk. Assalamualaikum wr. wb.
- IF 3 : Wa'alaikumsalam wr. wb.

HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN INFORMAN 4 : KEPALA PUSKESMAS TIGO BALEH KOTA BUKITTINGGI

Nama Informan : dr. Rio Juanda
 Nomor Informan : IF 4
 Pendidikan Terakhir : S1
 Jabatan : PLH Kepala Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi
 Tanggal Wawancara : 8 Juni 2013
 Jam mulai/ akhir wawancara : 09.04 WIB – 09.20 WIB

P : Assalamualaikum wr. wb. Selamat siang Dok.
 IF 4 : Wa'alaikumsalam wr. wb. Iya... Siang...

- P : Perkenalkan Dok, nama saya Sevilla. Saya mahasiswa Pascasarjana dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Unand. Tujuan saya mewawancarai Dokter pada pagi hari ini yaitu saya ingin menggali informasi tentang bagaimana pelaksanaan Program Pengendalian DBD di Kota Bukittinggi khususnya di Puskesmas Tigo Baleh ini, untuk itu saya meminta kesediaan Dokter untuk bisa saya wawancarai.
- IF 4 : Baik....
- P : Langsung saja Dok, menurut Dokter bagaimana tentang kebijakan pengendalian DBD di Puskesmas Tigo Baleh ini Dok ?
- IF 4 : Baik...kebijakan pengendalian DBD selama ini memang sudah bertahun-tahun kita sudah memulai aktifitas ini karena sebelumnya memang Bukittinggi ini kan bukan daerah epidemiologi untuk DBD, tetapi beberapa tahun terakhir terjadi peningkatan kasus DBD khususnya daerah Bukittinggi sendiri. Nah, karena itu kebijakan ini dibentuk atas prakarsa dari dinas kesehatan dan lintas sektoral yang lain. Ini digunakan untuk mengantisipasi kasus DBD yang lebih besar.
- P : Kemudian Dok, apakah kebijakan ini telah disosialisasikan ?
- IF 4 : Ya...kebijakan ini tentu saja sudah disosialisasikan. Ini secara berulang-ulang karena walaupun kita sosialisasikan kita kan tetap berusaha mengantisipasi terjadinya KLB, jadi tetap akan disosialisasikan secara terus menerus. Selain dari perda, instruksi, disamping itu kita juga menghimbau baik itu kader, masyarakat, atau lintas sektoral terkait mengenai pengendalian DBD ini, kita akan undang semuanya dan itu sudah lama dilakukan.
- P : Terkait masalah dana Dok, untuk kegiatan pengendalian DBD ini sendiri dananya bersumber dari mana Dok ?
- IF 4 : Kalau sumber dana kita dari APBD Kota Bukittinggi, diambil dari sana. Nanti program-programnya misalnya pemantauan jentik berkala, termasuk juga nanti apabila ada kasus kita *fogging*, itu tetap dilaksanakan. Kemudian yang untuk pasien-pasien yang dirawat itu kita adakan pencatatan dan pelaporan, karena untuk menilai kasus-kasus yang terjadi. Jadi dananya dari APBD kota melalui dinas kesehatan.
- P : Kemudian apakah dana yang bersumber dari APBD kota ini sudah mencukupi untuk kegiatan pengendalian DBD Dok ?
- IF 4 : Sampai saat ini dana tersebut masih cukup, maksudnya kita kan mengadakan kegiatan, nanti kita ajukan anggarannya, nanti di sana yang keluar. Jadi sampai saat ini sudah cukup, belum ada hambatan terkait masalah dana.
- P : Baiklah Dok... Bicara mengenai SDM Dok, bagaimana menurut Dokter tentang ketersediaan SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ini Dok ?
- IF 4 : Baik...untuk Puskesmas Tigo Baleh SDM yang mengelola program DBD memang satu orang pemegang program, tapi nanti dia akan berkoordinasi dengan teman-teman yang lain sehingga kegiatan ini dapat berjalan dengan sebaik mungkin, jadi satu orang pengelola program ini akan koordinasi dengan teman-teman dari poskel, dari pustu, dan kader.
- P : Untuk latar belakang pendidikan SDM pengelola program pengendalian DBD ini sendiri apakah ada kualifikasi tertentu atau tidak Dok ?
- IF 4 : Sampai saat ini kita belum ada kualifikasi tertentu kita masih memakai D3 keperawatan.
- P : Untuk SDM ini apakah ada pelatihan khusus yang diberikan terkait dengan program pengendalian DBD ini Dok ?
- IF 4 : Ada...contohnya pelatihan mengenai teori-teori tentang DBD, tentang surveilans, tentang pencatatan dan pelaporan, penanganan kasus KLB, ini diberikan. Selain dari Dinas Kesehatan Provinsi, kita juga diundang untuk pelatihan oleh Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi.
- P : Sejauh ini hambatan yang berkaitan dengan ketenagaan dalam pengendalian DBD apakah ada atau tidak Dok ?
- IF 4 : Kalau masalah ketenagaan mungkin masih belum terlalu bermasalah, cuma kami mungkin meminta yang pemegang program ini bukan satu orang saja, karena kalau misalnya dia pindah atau yang lain, tentu saja yang menggantikannya ini harus dapat sebelum anggota ini pindah.
- P : Terkait masalah sarana Dok. Bagaimana menurut Dokter ketersediaan dan kecukupan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD di Puskesmas Tigo Baleh ini Dok ?
- IF 4 : Kalau dari segi sarana ini sudah mencukupi. Kalau untuk *fogging* ini memang kita koordinasi dengan dinas kesehatan, itupun sudah ada semuanya. Jadi hambatannya ya...hampir bisa dibilang tidak ada.
- P : Ya...di dalam program pengendalian DBD ini kan ada kegiatan-kegiatan pokok ya Dok, seperti pengendalian vektor. Bagaimana upaya pengendalian vektor yang dilakukan dalam kegiatan pengendalian DBD ini Dok ?
- IF 4 : Baik...untuk pengendalian vektor kita memulai dengan pemeriksaan jentik berkala, atau PJB namanya, ini dilakukan sekali dalam sebulan. Itu dalam minggu ke dua, ini diseluruh rumah-rumah

yang mempunyai epidemiologi ini kita periksa kualitas airnya dibakunya ada jentik atau tidak, kalau memang ada jentik nanti kita akan mengusulkan pembersihan rumah masing-masing dulu ataupun pembersihan di lingkungan tempat adanya jentik itu.

P : Di dalam pengendalian vektor ini biasanya siapa saja pihak yang terlibat Dok ?

IF 4 : Selain dari Puskesmas Tigo Baleh, nanti kita juga akan membawa utusan dari dinas kesehatan, tapi itu biasanya tidak terlalu banyak cuma satu dua, tapi yang dari sini itu pegawai-pegawai kita sendiri kita berdayakan untuk pemantauan jentik berkala itu.

P : Kemudian apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya pengendalian vektor dalam kegiatan pengendalian DBD ini Dok ?

IF 4 : Baik...hambatan yang paling sering kita temui ini adalah dari masyarakat. Masih banyak masyarakat yang tidak mau membukakan diri apalagi membukakan pintu rumahnya untuk kita periksa. Walaupun membukakan pintu rumah mereka masih tidak mau membuka pintu kamar mandi dengan alasan yang berbagai macam. Yang ke dua ini adalah masih kurangnya kerjasama dari masyarakat yang mempunyai kasus DBD, sebenarnya jika ada kasus DBD setelah kita pantau lagi, sebelum dilakukan *fogging* ini harus ada gotong royong masyarakat untuk membersihkan daerah situ, biasanya kalau disini memang agak susah yang disana mereka tidak mau membersihkan daerah mereka sendiri sebelum dilakukannya *fogging*, mereka maunya *fogging* saja. Kemudian waktu *fogging* masih ada masyarakat yang menolak membukakan pintu, jadi itu tiga hambatan yang paling sering kita temui di lapangan.

P : Menurut Dokter, solusi apa yang dapat kita lakukan untuk menghadapi masalah ini Dok ?

IF 4 : Tetap mencoba mempromosikan misalnya apa akibatnya jika kita tidak melakukan *fogging* dengan kasus yang ada di dekat rumah kita ataupun apa akibat dari demam berdarah sendiri terhadap anak dan keluarga mereka ini kita promosikan kita undang juga para kader, para masyarakat untuk dilakukan penyuluhan. Sebenarnya tidak ada paksaan kepada masyarakat, namun kita berupaya supaya masyarakat memahami apa DBD itu sendiri.

P : Terkait peran serta masyarakat, bagaimana cara meningkatkan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD ini Dok ?

IF 4 : Ya...untuk meningkatkan peran serta masyarakat kita meminta agar kebersihan ini dilakukan pada diri sendiri dulu, kemudian lingkungan, baru masyarakat. Jadi kebersihan ini yang harus kita tingkatkan lagi.

P : Kalau hambatan dalam upaya peningkatan peran serta masyarakat dalam pengendalian DBD ini apa saja Dok ?

IF 4 : Ya...kepentingan pribadi itu yang agak susah, orang yang memiliki kepentingan pribadi, ada juga yang egois, nah ini yang agak susah kita menggapainya.

P : Jadi solusi untuk itu Dok ?

IF 4 : Salah satu solusinya ya dengan penyuluhan.

P : Terkait kemitraan atau jejaring kerja Dok, bagaimana kemitraan yang dibentuk dalam kegiatan pengendalian DBD ini Dok ?

IF 4 : Kemitraan yang kita bentuk selama ini yaitu kita mencoba berhubungan lebih dekat lagi dengan kader-kader yang ada di masyarakat, kemudian dengan lembaga-lembaga terkait misalnya dari kantor kecamatan, kantor lurah, agar dapat membantu kerja kita. Selain dari dinas kesehatan kota, kita juga mengupayakan dari anggota-anggota polisi dan tentara yang ada di situ, baik dari koramil ataupun yang lainnya untuk membantu kita di lapangan agar tercapainya program DBD ini.

P : Untuk Kecamatan Tigo Baleh sendiri apakah sudah ada dibentuk pokjantal untuk kegiatan DBD ini Dok ?

IF 4 : Kalau untuk pokjantal sendiri sebenarnya ini belum ada, cuma ini sudah pernah dicoba untuk diaktifkan di kantor kecamatan sebelumnya.

P : Kalau pergerakan dari kemitraan atau jejaring kerja dalam kegiatan pengendalian DBD ini sendiri bagaimana Dok ?

IF 4 : Kalau untuk pergerakan kemitraan selama ini cukup aktif ya, membantu kita dalam mengendalikan DBD ini, sangat-sangat membantu kita karena tanpa jejaring kerja ini kita tidak dapat bekerja sendiri. Kalau untuk kemitraan hambatannya sampai sekarang tidak ada. Alhamdulillah masih berjalan dengan cukup baik.

P : Terkait monitoring dan evaluasi, bagaimana monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan dalam kegiatan pengendalian DBD ini Dok ?

IF 4 : Untuk monitoring dan evaluasi, selain melalui pelaporan, ini juga akan dilihat misalnya dalam tiap tahun itu apakah terjadi peningkatan atau penurunan. Dalam bulan-bulan tertentu ini apa yang tinggi, ini kita akan melakukannya terus menerus secara berkala yaitu sekali dalam 3 bulan. Dilakukan pencatatan dan pelaporan ini dalam sekali sebulan kemudian dilaporkan ke dinas kesehatan.

- P : Yang terlibat dalam monitoring dan evaluasi ini siapa saja Dok ?
- IF 4 : Kepala Puskesmas, pemegang program, dan nanti juga ada tim dari dinas kesehatan kota, begitu....
- P : Kalau hambatan dalam kegiatan monitoring dan evaluasi ini sendiri ada Dok ?
- IF 4 : Kalau hambatan pada monitoring dan evaluasi ini sampai sekarang alhamdulillah tidak ada.
- P : Kemudian mengenai outputnya Dok, bagaimana menurut Dokter tentang pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD ini Dok...apakah sudah terlaksana dengan baik atau belum ?
- IF 4 : Secara keseluruhan pelaksanaan program DBD ini masih belum mencapai sasaran karena kita masih bisa menemukan angka kejadian DBD pada suatu daerah ini secara rutin tempatnya disana terus menerus, jadi dalam satu daerah dalam setahun itu ada dua kali kasus pelonjakan-pelonjakan pasien dari sana. Ini terkait yang tadi, kerjasama yang kurang dengan masyarakat.
- P : Pertanyaan terakhir Dok, bagaimana saran Dokter berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD agar bisa terlaksana lebih baik untuk kedepannya Dok ?
- IF 4 : Kalau saran saya untuk kegiatan pengendalian DBD di Puskesmas Tigo Baleh ini, agar kita semua terus berupaya untuk mensosialisasikan, mempromosikan, apa dampak-dampak dari penyakit DBD sendiri, karena ini merupakan kasus yang bisa menyebabkan kematian dari pasiennya itu. Kemudian kita minta kerjasamanya juga dari masyarakat agar mau membantu kita membasmi DBD ini.
- P : Ya...baiklah Dokter, terimakasih atas waktu yang telah Dokter sediakan dan apabila ada informasi tambahan yang masih dibutuhkan saya memohon kesediaan Dokter untuk bisa dihubungi kembali.
- IF 4 : Baik...
- P : Terimakasih Dokter. Assalamualaikum wr. wb.
- IF 4 : Wa'alaikumsalam wr. wb.

HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN INFORMAN 5 : PEMEGANG PROGRAM DBD DI PUSKESMAS TIGO BALEH

Nama Informan : Reni Marlina
 Nomor Informan : IF 5
 Pendidikan Terakhir : D3
 Jabatan : Pemegang Program Surveilans DBD
 Tanggal Wawancara : 10 Juni 2013
 Jam mulai/ akhir wawancara : 08.54 WIB – 09.10 WIB

- P : Assalamualaikum wr. wb.
- IF 5 : Wa'alaikumsalam wr. wb.
- P : Baiklah, terimakasih Ibu atas kesempatannya. Perkenalkan, nama saya Sevilla. Saya mahasiswa Pascasarjana dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Unand. Tujuan saya mewawancarai Ibu yaitu saya ingin menggali informasi tentang bagaimana pelaksanaan Program Pengendalian DBD di Kota Bukittinggi khususnya di Puskesmas Tigo Baleh ini, untuk itu saya meminta kesediaan Ibu untuk bisa saya wawancarai. Apakah Ibu bersedia Buk ?
- IF 5 : Iya...bersedia.
- P : Baiklah Buk langsung saja, bagaimana menurut pendapat Ibu tentang kebijakan pengendalian DBD di Puskesmas Tigo Baleh ini Buk ?
- IF 5 : Ya...kebijakan pengendalian DBD ini sangat penting, tentunya dikeluarkan dengan tujuan untuk menurunkan angka kejadian demam berdarah di Kota Bukittinggi.
- P : Kebijakan ini sudah pernah disosialisasikan Buk ?
- IF 5 : Sudah...sudah disosialisasikan ke masyarakat, terutama ke kantor lurah, dan di puskesmas juga. Bentuk sosialisasinya macam-macam ada yang berupa pengumuman, himbauan, melalui surat edaran, bahkan instruksi dari Wali Kota sendiri juga ada. Untuk mensosialisasikan kebijakan DBD ini kami bekerjasama dengan orang promkes. Jadi kebijakan ini telah disosialisasikan baik kepada kader maupun masyarakat.
- P : Terkait dana, bagaimana menurut Ibu ketersediaan dan kecukupan dana dalam pelaksanaan pengendalian DBD ini Buk ?
- IF 5 : Kalau dananya itu berasal dari APBD, dan ini kita gunakan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan pengendalian DBD seperti PJB dan sebagainya. Pernah juga ada dana dari BOK, dan ini kita gunakan untuk pemberantasan wabah. Sejauh ini terkait dana, alhamdulillah masih belum ada masalah.
- P : Terkait SDM Buk, bagaimana menurut Ibu tentang ketersediaan SDM untuk pengelola kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?
- IF 5 : Ya...kalau di Puskesmas Tigo Baleh, terkait SDM untuk pemegang kegiatan surveilans atau pemegang program DBD ini hanya ada satu orang. Seandainya ada wabah, maka akan dibantu oleh

teman-teman yang ada di poskel. Ya...rasanya walaupun hanya satu orang, tapi berkat kerjasama baik dengan kader maupun teman-teman lainnya, jadi sampai saat ini tidak ada hambatan terkait dengan SDM.

- P : Apakah ada pelatihan khusus yang diberikan kepada SDM pengelola kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?
- IF 5 : Biasanya ada, tapi untuk tahun ini sampai sekarang masih belum ada. Pelatihan ini biasanya diadakan oleh Dinas Kesehatan baik dari provinsi maupun dari dinas kesehatan kota.
- P : Terkait sarana, bagaimana menurut Ibu tentang ketersediaan dan kecukupan sarana untuk kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?
- IF 5 : Ya...sejauh ini sarana juga cukup baik untuk kegiatan PJB, bubuk abatenya juga mencukupi, untuk transportasi juga tidak ada masalah, begitu juga sarana untuk kegiatan *fogging*. Semuanya sudah ada. Bubuk abate kita berikan secara cuma-cuma kepada masyarakat, itu telah disediakan oleh dinas.
- P : Seperti yang kita ketahui kegiatan pokok dalam pengendalian DBD ini kan ada beberapa poin Buk, salah satunya pengendalian vektor. Nah, bagaimana upaya pengendalian vektor yang dilakukan dalam kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?
- IF 5 : Ya...untuk pengendalian vektor kegiatan yang dilakukan oleh puskesmas antara lain yaitu memberikan penyuluhan kepada masyarakat, kemudian pihak puskesmas bersama kader yang ada melakukan pemantauan jentik secara berkala atau PJB ke rumah-rumah, PJB ini biasanya diadakan 4 kali dalam setahun. Pada saat PJB ini juga dilakukan pemberian bubuk abate untuk memberantas jentik nyamuk. Biasanya untuk satu rumah kita berikan satu atau dua *sachet* bubuk abate. Kalau *fogging* itu dilaksanakan apabila sudah lebih dua atau tiga pasien, ini biasanya juga tergantung permintaan masyarakat karena terkadang ada masyarakat yang tidak menginginkan *fogging*, jika jumlah kasus tidak terlalu banyak biasanya kita cukup memberikan penyuluhan mengenai PSN.
- P : Apa saja hambatan yang berkaitan dengan upaya pengendalian vektor dalam kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?
- IF 5 : Untuk hambatan rasanya tidak ada.
- P : Kalau terkait peningkatan peran serta masyarakat, bagaimana cara meningkatkan peran serta masyarakat dalam kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?
- IF 5 : Ya...kita melapor ke Pak Lurah nanti Pak Lurah baru menyampaikan ke masyarakat. Untuk meningkatkan peran serta masyarakat kita juga butuh bantuan dari kader dan teman-teman di poskel, sehingga masyarakat mau bekerjasama dalam melakukan pengendalian DBD ini.
- P : Terkait kemitraan atau jejaring kerja, bagaimana kemitraan yang dibentuk dalam kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?
- IF 5 : Ya...didalam melakukan pengendalian DBD ini tentunya kita tidak terlepas dari dinas kesehatan, kita juga menjalin kerjasama dengan kantor lurah setempat, dengan kader, dan dengan poskeskel.
- P : Apakah saja hambatan yang ditemui terkait dengan kemitraan ini sendiri Buk ?
- IF 5 : Tidak ada.
- P : Jadi tidak ada ya Buk ya... Kalau terkait monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan dalam kegiatan pengendalian DBD bagaimana Buk ?
- IF 5 : Monitoring dan evaluasi dilakukan berdasarkan hasil laporan yang kita terima baik dari kader, rumah sakit, maupun teman-teman di poskel. Jika ada laporan kasus, maka kita akan langsung turun ke lapangan dan jika terbukti memang ada, maka selanjutnya akan kita lakukan penyelidikan epidemiologi (PE).
- P : Untuk kegiatan monitoring dan evaluasi hambatannya apa saja Buk ?
- IF 5 : Ya...hambatannya terkadang pada saat kita melakukan pemeriksaan ke rumah sakit, pasiennya sudah pulang. Tapi tidak ada pemberitahuan dari rumah sakit sebelumnya.
- P : Mengenai outputnya Buk, bagaimana menurut Ibu tentang pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD ini secara keseluruhan apakah sudah terlaksana dengan baik atau belum Buk ?
- IF 5 : Jika dilihat dari indikatornya masih belum tercapai, baik angka bebas jentik, maupun angka kasus yang ada. Berdasarkan hasil pemeriksaan ternyata masih banyak rumah masyarakat yang belum bebas dari jentik.
- P : Pertanyaan terakhir Buk, bagaimana saran Ibu berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD agar bisa terlaksana lebih baik untuk kedepannya Buk ?
- IF 5 : Sarannya kepada masyarakat tolonglah dilaksanakan goro atau PSN untuk menurunkan kasus demam berdarah.
- P : Ada lagi Ibu ?
- IF 5 : Ya...itu saja.
- P : Baiklah terimakasih Ibu atas waktu dan informasinya. Apabila ada informasi tambahan yang masih dibutuhkan, saya memohon kesediaan Ibu untuk bisa dihubungi kembali.

- IF 5 : Baik...silahkan
P : Terimakasih Ibuk. Assalamualaikum wr. wb.
IF 5 : Wa'alaikumsalam wr. wb.

**HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN INFORMAN 6 :
POKJANAL DBD DARI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT KOTA BUKITTINGGI**

Nama Informan : Lasmita
Nomor Informan : IF 6
Pendidikan Terakhir : S1
Jabatan : Kasubag Tata Usaha Kantor Pemberdayaan Masyarakat
Kota Bukittinggi
Tanggal Wawancara : 10 Juni 2013
Jam mulai/ akhir wawancara : 14.32 WIB – 14.51 WIB

- P : Assalamualaikum wr. wb.
IF 6 : Wa'alaikumsalam wr. wb.
P : Perkenalkan Ibuk, nama saya Sevilla. Saya mahasiswa Pascasarjana dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Unand. Tujuan saya mewawancarai Ibuk pada siang hari ini yaitu saya ingin menggali informasi tentang bagaimana pelaksanaan Program Pengendalian DBD di Kota Bukittinggi, untuk itu saya meminta kesediaan Ibuk untuk bisa saya wawancarai. Apakah Ibuk bersedia Buk ?
IF 6 : Ya boleh... sepanjang yang bisa saya ketahui, yang bisa saya berikan.
P : Baiklah Buk langsung saja, bagaimana menurut pendapat Ibuk tentang kebijakan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ini Buk ?
IF 6 : Menurut pendapat saya ya, kami dari kantor pemberdayaan masyarakat yang merupakan salah satu SKPD yang ikut serta di dalam memberdayakan masyarakat untuk salah satunya penanggulangan DBD di Kota Bukittinggi. Ya...disini di dalam penanggulangannya ini tidak terlepas dari koordinasi dan sinkronisasi dengan SKPD terkait khususnya dengan dinas kesehatan. Dinas kesehatan secara teknis atau secara teknis langsung menjadi sumber data dari penderita-penderita yang pernah terjangkit demam berdarah itu cukup lengkap disana. Namun kami di pemberdayaan masyarakat sifatnya umum yaitu membantu mensosialisasikan program ini kepada masyarakat agar masyarakat mengetahui apa bahaya dari demam berdarah dan apa yang harus ditanggulangi atau dilaksanakan ditinjau lanjuti dalam hal ini. Jadi kami melalui jajarannya ke bawah khususnya di kelurahan, Pak Lurah beserta jajarannya, begitu juga bekerjasama dengan LPM, dan langsung jajarannya pada kader posyandu. Di posyandu itu lah bisa kita ketahui data masalah masyarakat yang secara langsung bisa kita ketahui siapa yang menderita penyakit demam berdarah disana. Jadi posyandu itu secara wadah adalah di bawah rentang kendali kami dari pemberdayaan masyarakat, tapi secara teknis dioperasikan oleh instansi-instansi teknis, khususnya untuk demam berdarah dan untuk pelayanan kesehatan dilakukan oleh dinas kesehatan.
P : Terkait kebijakan ini Buk, apakah kebijakan pengendalian DBD ini sendiri sudah disosialisasikan Ibuk ? dan apakah kita terlibat dalam hal ini ?
IF 6 : Kebetulan sekarang ini di kantor pemberdayaan masyarakat ada program manunggal sakato. Manunggal sakato ini tujuannya untuk membangkitkan semangat gotong royong masyarakat tidak saja di dalam fisik namun juga sumber daya manusianya. Dan sekarang pada dasarnya pada bulan-bulan gotong royong ini seluruh masyarakat di kelurahan melakukan pembersihan lingkungan mereka masing-masing, ya itulah programnya. Kemaren ini tanggal 16 Mei dibuka programnya dan akan ditutup rencananya besok tanggal 13 Juni hari Kamis. Pada dasarnya sekarang dikelurahan-kelurahan itu sudah bersih, dengan adanya program gotong royong setiap LPM di kelurahan itu memberdayakan masyarakatnya untuk melakukan gotong royong baik gotong royong secara fisik, lingkungan, drainase, dan lain-lainnya.
P : Frekuensi dilakukannya program gotong royong di kelurahan ini frekuensinya berapa kali dalam setahun Ibuk ?
IF 6 : Yang dari pemberdayaan masyarakat, itu programnya hanya sekali dalam setahun. Tapi biasanya ada lagi program dari SKPD lain seperti dinas kebersihan, lingkungan hidup, sehingga nantinya tidak terputus karena adanya sinergi program seperti ini. Walaupun pada dasarnya di Bukittinggi ini, kalau tidak salah berdasarkan laporan dokter kepala dinas kesehatan memang ditemukan adanya peningkatan kasus DBD, tapi itu tentu saja tidak terlepas dari keberadaan Kota Bukittinggi sebagai daerah wisata, kemungkinan kita berasumsi penyebaran penyakit menular ini adalah bukan berasal dari sini tapi dibawa dari luar atau istilahnya penyakit impor. Kalau itu kan kita tidak bisa

menghindari, karena kita kan daerah wisatawan. Cuma kita antisipasi, kita waspadai, kita tanggulangi, dan kita lakukan segala tindakan yang bisa kita lakukan.

P : Terkait dana, apakah kita di kantor pemberdayaan masyarakat juga mengalokasikan dana khusus untuk pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?

IF 6 : Ya...pada umumnya pemberdayaan masyarakat ini sifatnya universal, jadi karena dia universal maka kita tidak bisa memfokuskan pada satu titik tetapi kita memberdayakan seluruh elemen. Pada dasarnya untuk DBD kalau tahun-tahun sebelum ini memang ada program pokjnal posyandu dan DBD, kalau sekarang tidak lagi, cukup program posyandu karena sekarang dalam program posyandu itu sudah termasuk di dalamnya penanggulangan segalanya. Kalau di PKK itu ada 10 program pokok PKK dengan 4 bidangnya itu sudah tercakup seluruhnya, jadi kita kalau mengkhususkan tidak bisa. Kalau yang mengkhususkan untuk kegiatan ini tepatnya di dinas kesehatan.

P : Terkait program pengendalian DBD Buk, kalau kita dari kantor pemberdayaan masyarakat sendiri itu kegiatan yang kita lakukan untuk mendukung program ini apa saja Ibuk ?

IF 6 : Salah satu bentuknya yang memang populer adalah manunggal sakato. Yang kedua yaitu pemberdayaan kader-kader seperti kader posyandu, RT, RW, kita selalu per triwulan mengadakan sosialisasi kepada mereka tentang kondisi *existing* di Kota Bukittinggi, salah satu contohnya sekarang Bukittinggi sedang menghadapi wabah ini umpama, atau Bukittinggi akan mengadakan ini, jadi kita itu setiap 3 bulan sekali rutin mengadakan pertemuan tersebut.

P : Ya...berdasarkan informasi dari Ibuk kita dari pemberdayaan masyarakat kan sudah ikut serta dalam mendukung program pengendalian DBD ya Buk, kalau peran serta dari masyarakatnya sendiri bagaimana Buk terhadap apa yang kita laksanakan ?

IF 6 : Disini kita bisa melihat benar dari hasil manunggal sakato, kita bisa menilai partisipasi masyarakat khususnya dalam goro, kalau dia mau berkecimpung langsung di dalam gotong royong berarti dia sudah mendukung seluruh program masyarakat, baik itu kebersihan atau penanggulangan DBD atau penyakit menular lainnya. Jadi yang nampak nyatanya disini, yang secara langsung menyentuh masyarakat adalah program manunggal sakato dan ada pemberdayaan dasawisma atau sosialisasi terhadap pemberdayaan dasawisma, yang kedua terhadap kader posyandu dan RT RW, sebab tidak mungkin kita langsung ke masyarakat individu-individu kan tetapi kita melakukan mitra kerja kita, jadi itulah mitra kerja kita di lapangan.

P : Jadi yang termasuk ke dalam mitra kerja kita tadi siapa saja Buk ?

IF 6 : RT RW, posyandu, LPM, PKK, Bundo Kanduang, Kerapatan Adat Nagari, Lembaga Adat, dan lembaga-lembaga masyarakat yang ada.

P : Terkait peran serta masyarakat tadi Ibuk, apakah ada hambatan di dalam meningkatkan peran serta masyarakat ini Buk ?

IF 6 : Ya inilah...kita kan tidak bisa memaksakan peran serta masyarakat itu, tetapi kita berupaya semampu kita memberikan pengertian kepada mereka bahwa ini penting bagi mereka. Tetapi sampai saat ini kita meninjau bisa dilihat dari tolak ukur, kesimpulannya dari data yang di dapat di dinas kesehatan. Tetapi itu tidak bisa selalu menyalahkan masyarakat. Masyarakat dalam arti penduduk Kota Bukittinggi, bukan masyarakat dalam arti seluruh yang datang ke Bukittinggi. Jadi kalau kesadaran masyarakat penduduk Bukittinggi sudah cukup tinggi dan cukup bagus, tetapi kita tidak bisa mengelak dari apa yang datang.

P : Lalu bagaimana koordinasi dalam kemitraan kita ini Buk, apakah ada hambatan atau tidak ?

IF 6 : Setiap pekerjaan pasti ada hambatan kan, tapi kita berusaha meminimalisir hambatan itu. Namun kita kan bekerja sesuai dengan program, program kita tahun ini sampai dimana tolak ukurnya, sampai dimana sasarannya, jadi insyaAllah kita akan berupaya sampai pada titik sasaran itu.

P : Kalau terkait monitoring dan evaluasi, apakah kita juga melakukan monitoring dan evaluasi terkait kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?

IF 6 : Kalau secara khusus untuk DBD tidak, cuma kita melakukan pemantauan, kita lihat, kita melakukan monitoring juga ke posyandu itu umumnya tentang kesehatan masyarakat mulai dari gizi balita sampai gizi lansia itu yang umum, tapi yang khusus untuk titik tolak DBD tidak ada.

P : Terkait pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD ini secara keseluruhan, menurut Ibuk apakah sudah terlaksana dengan baik atau belum Buk ?

IF 6 : Kalau untuk program pemberdayaan masyarakat berjalan lancar, dapat dukungan antusias dari masyarakat. Tapi masalah pemberdayaan masyarakat ini kan tidak berdiri sendiri, tapi menurut saya dari SKPD teknis itu sudah cukup kuat tenaga memberikan pelayanan untuk masyarakat terhadap upaya pengendalian DBD ini, karena pada dasarnya kita itu kan memberikan pelayanan kepada masyarakat bagaimana masyarakat itu harus sehat, cerdas, terampil, bisa mandiri...kan itu yang kita harapkan. Namun, mungkin yang namanya kita manusia mungkin ada kendala-kendala yang bagi masyarakat itu, masyarakat kan semuanya kuat, terkadang ada yang tidak percaya, ada yang selalu

menyalahkan, ada yang diam saja tidak mau tau, itu sudah karakter dari masyarakat itu sendiri kan. Tapi secara umum, pelayanan dari pemerintah terhadap masyarakat sudah cukup baik. Rasanya yang dibiarkan saja tidak ada, tapi yang namanya sakit itu kan sudah kodrat dari Tuhan. Bersih pun kita lingkungan contohnya rumah kita higienis, tapi kenapa kita juga menderita penyakit muntaber dari mana? Karena kita keluar dari rumah kita, kita tidak berdiam diri saja di rumah, ya termasuk juga pengaruh mobilisasi.

- P : Ya...berdasarkan data yang kita dapatkan dari dinas kesehatan diketahui bahwa sampai saat ini Kota Bukittinggi belum bisa mencapai target nasional terkait angka bebas jentik, begitu juga untuk kasus DBD, jumlah kasus berfluktuasi tiap tahun bangkit cenderung terjadi peningkatan. Nah, pertanyaan terakhir Buk, bagaimana saran Ibuk berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD agar bisa terlaksana lebih baik untuk kedepannya Buk ?
- IF 6 : Ya...saran saya, khususnya pemberdayaan masyarakat tentu kami akan berupaya menyusun program atau kegiatan yang bisa mendukung program pengendalian DBD ini. Yang kedua kepada mitra kita atau instansi terkait kita mengharapkan kesadaran, sebab masyarakat ini bekerjanya sukarela bukan seperti kita, kita kerjanya digaji kan. Mudah-mudahan adanya tingkat kesadaran masyarakat bisa bersukarela bagi kader-kader di bawah terutama. Dan yang ketiga kami harap bagi pengunjung-pengunjung yang datang ke Bukittinggi kalau dia merasa ada bibit-bibit penularan, maka ditunda dulu lah untuk berkunjung.
- P : Baiklah Ibuk...sekian pertanyaan dari saya. Terima kasih Ibuk atas waktu dan informasinya, rasanya sudah cukup banyak informasi yang Ibuk berikan pada siang hari ini, dan apabila ada informasi tambahan yang masih dibutuhkan saya memohon kesediaan Ibuk untuk bisa dihubungi kembali.
- IF 6 : Iya...insyaAllah. sepanjang ini bermanfaat dan kalau ada informasi saya yang kurang berkenan dan kurang tepat saya mohon maaf.
- P : Sama-sama Ibuk. Assalamualaikum wr. wb.
- IF 6 : Wa'alaikumsalam wr. wb.

HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN INFORMAN 7 : POKJANAL DBD DARI KANTOR PKK KOTA BUKITTINGGI

Nama Informan : Mulyati Nizar
Nomor Informan : IF 7
Pendidikan Terakhir : SLTA
Jabatan : Sekretaris Penggerak PKK Kota Bukittinggi
Tanggal Wawancara : 10 Juni 2013
Jam mulai/ akhir wawancara : 14.32 WIB – 14. 51 WIB

- P : Assalamualaikum wr. wb.
- IF 7 : Wa'alaikumsalam wr. wb.
- P : Baiklah Ibuk... Perkenalkan, nama saya Sevilla. Saya mahasiswa Pascasarjana dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Unand. Tujuan saya mewawancarai Ibuk pada siang hari ini yaitu saya ingin menggali informasi tentang bagaimana pelaksanaan Program Pengendalian DBD di Kota Bukittinggi, untuk itu saya meminta kesediaan Ibuk untuk bisa saya wawancarai. Apakah Ibuk bersedia Buk ?
- IF 7 : Ya silahkan...
- P : Baiklah Buk langsung saja, terkait dengan kebijakn Ibuk...bagaimana menurut pendapat Ibuk tentang kebijakan pengendalian DBD di Kota Bukittinggi ini Buk ?
- IF 7 : Ya...terimakasih. Mungkin mengenai DBD, pada umumnya dari tim gerak PKK hanya bisa menggerakkan...menggerakkan masyarakat bagaimana pencegahan DBD di masyarakat di Kota Bukittinggi ini. Kemudian kebijakan-kebijakan, tim gerak PKK ini juga bekerjasama dengan dinas kesehatan kota, dengan pemberdayaan masyarakat untuk menentukan atau memberikan sosialisasi ke masyarakat yang teknisnya itu adalah dinas kesehatan kota. Kami dari tim gerak PKK, karena di PKK ini ada 4 pokja ini, ada pokja I, pokja II, pokja III, dan pokja IV. Yang mana khusus menangani tentang DBD ini bekerjasama dengan dinas sektor terkait itu di tim gerak PKK itu yang membidangi pokja IV yang membidangi kesehatan. Kemudian lagi kebijakn-kebijakan yang kita laksanakan di samping SK kita juga membentuk kepengurusan mengenai pencegahan DBD ini dan kami juga dari tim gerak PKK itu memberikan sosialisasi ke kelompok-kelompok dasawisma, kelompok dasawisma itu mungkin terdiri dari 10 atau 20 buah rumah yang itu dikepalai oleh 1 ketua kelompok dasawisma. Dari situlah kita berangkat karena kelompok dasawisma ini adalah ujung tombak dari kegiatan-kegiatan masyarakat yang ada di Kota Bukittinggi. Berangkat dari

dasawisma inilah kita bisa memberikan sosialisasi pencegahan-pencegahan DBD, kita ingin menghindari jangan sampai terjadi demam berdarah di masyarakat. Pada umumnya di Kota Bukittinggi boleh dikatakan tidak begitu banyak yang mendapatkan demam berdarah ini, karena sosialisasinya cepat dilakukan bersama-sama dengan dinas kesehatan kota. Barangkali mengenai data ini kita tidak begitu mengetahui data pastinya, hanya saja kita tetap melakukan sosialisasi. Setiap masuk ke kelompok dasawisma itu kita tim gerak PKK bergandengan tangan dan bemitra kerja dengan dinas kesehatan kota dan juga sebagai *leading sector* nya dinas kesehatan kota dan juga pemberdayaan masyarakat. Jadi mungkin mengenai data-data nya bisa langsung ditanyakan ke dinas kesehatan nanti. Karena untuk tahun 2013 ini, beberapa data belum ter-cover betul.

P : Iya baik Ibu...tidak apa-apa....mengenai kebijakan ini sendiri, kita mensosialisasikannya dalam bentuk apa Buk ?

IF 7 : Ya...ada dalam bentuk instruksi, himbauan, pengumuman barangkali. Kita tetap dari tim gerak PKK kita telah melaksanakan kegiatan-kegiatan pembinaan ke masing-masing kelompok dasawisma dan juga telah dibuat program, salah satu program itu adalah mensosialisasikan bagaimana pencegahan demam berdarah, bagaimana pemanfaatan lingkungan pekarangan, supaya tidak terjadi tempat perkembangbiakan nyamuk DBD ini, karena teknisnya ada di dinas kesehatan. Kita cuma mengajak masyarakat, mengajak kelompok-kelompok dasawisma. Jadi kami dari tim gerak PKK langsung ke lokasi melaksanakan pertemuan, itu pertemuan di kelompok dasawisma biasanya sebulan sekali itu kita langsung turun dan Ibu ketua tim penggerak PKK menggerakkan masyarakat itu tetap memberikan sosialisasi dan pembinaan tentang DBD ini.

P : Terkait masalah dana Ibu, apakah kita dari tim penggerak PKK juga mengalokasikan dana khusus untuk pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?

IF 7 : Kalau sumber dana khusus untuk DBD dari PKK barangkali itu kita bebaskan ke dinas kesehatan, barangkali kita dari PKK karena kita mempunyai program itu yang bantuan khusus untuk DBD itu kita dari PKK tidak menyediakan, karena itu sudah di-cover oleh dinas kesehatan kota. Karena dananya itu khusus untuk kegiatan DBD yang dikucurkan ke PKK itu tidak ada. Cuma kita karena salah satu program kita ada di pokja IV mengenai kesehatan itulah kita sudah mensosialisasikan, kalau kita mengadakan pelatihan kita tetap memasukkan salah satu materi mengenai DBD ini dan kita panggil narasumber dari DKK.

P : Terkait SDM Ibu, apakah kita dari tim penggerak PKK memiliki SDM khusus untuk pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD ini Buk ?

IF 7 : Tidak ada. Cuma kita yang duduk di pokja IV itu pada umumnya di kabupaten kota kita mengambil dari dinas kesehatan jadi ketua pokja IV nya itu memang orang dari dinas kesehatan jadi dia telah merangkul dan kegiatan-kegiatan DBD ini dia juga sudah tau gitu. Jadi ketua pokjanya itu memang dari dinas kesehatan diambil. Karena pokja IV itu memegang kesehatan, kelestarian lingkungan hidup, dan perencanaan sehat. Jadi yang memegang itu kita mau mengambil tenaga intinya dari kesehatan karena dia secara teknis baik disitu ada posyandu, ada DBD, ada LBS, ada segala macam kan yang menyangkut dengan kesehatan makanya kita ambil tenaga kesehatan yang banyak duduk di pokja IV itu. Jadi itulah kita menggerakkan partisipasi masyarakat khususnya tentang DBD.

P : Jadi kalau untuk sarananya berarti tidak ada hambatan ya Ibu, karena kita kan lebih ke penggerakkan.

IF 7 : Iya, menggerakkan...tugasnya PKK fungsinya lebih untuk sosialisasi kesehatan khususnya mengenai DBD ini kita menggerakkan pun tugas PKK itu memang kita menggerakkan partisipasi masyarakat di bidang apa pun.

P : Berarti program kita di PKK ini terkait DBD itu lebih menyeluruh ya Ibu ya, tidak ada program khusus perpointnya seperti untuk pengendalian vektor dan lain sebagainya.

IF 7 : Iya..tidak ada.

P : Kalau begitu tugas dan fungsi PKK dalam pokjanal DBD ini apa saja Buk ?

IF 7 : Ya...kita duduk di kepengurusan pokjanal tugas kita kembali tadi kita kuncinya hanya menggerakkan partisipasi masyarakat hanya itu, jadi secara teknis itu tidak kita yang olah, itu DKK. Jadi tugas kita karena keterkaitan PKK dengan sektor yang lain katakan lah itu kesehatan itu PM, nah karena PKK ini adalah ujung tombak untuk menerima seluruh apa saja yang masuk ke kelurahan, tanpa PKK karena dia menggerakkan masyarakat makanya PKK ini bermitra kerja dengan dinas-dinas terkait seperti dinas kesehatan. Itulah tugas dan fungsi dari PKK duduk di pokjanal DBD.

P : Baiklah Ibu...kalau hambatan sendiri dari PKK dalam meningkatkan peran serta masyarakat untuk ikut aktif dalam kegiatan pengendalian DBD bagaimana Ibu ?

IF 7 : Kami rasa masalah hambatan tidak ada. Karena kita langsung ke dasawisma, itu sudah ujung tombak, akar rumput, jadi mereka mau bekerjasama. Karena setiap diadakan penyuluhan baik itu dari PKK maupun dinas kesehatan, dampak dari masyarakat itu sangat kelihatan sekali,

pembenahan got-got, membersihkan kamar mandi, sumurnya, 3M nya, mengurus, mengubur, dan menutup. Ya itu partisipasi masyarakat sangat bagus sekali. Di Bukittinggi ini kelebihan kalau diadakan sosialisasi, masyarakatnya itu sangat antusias melaksanakan apa yang disampaikan. Karena dasawisma itu sudah semua lingkungan masyarakat, 10 atau 20 buah rumah itu satu kelompok dasawisma, katakanlah disitu ada 5 kelompok, kita beri penyuluhan kesana kita beri sosialisasi kesana, jadi mereka itu cepat menerima apa yang kita sampaikan dari awal. Jadi pada intinya begini, kader adalah miliknya PKK, tapi segala teknis-teknisnya masalah keuangannya, masalah tata caranya, itu adalah milik dinas teknis yang terkait. Kita hanya menggerakkan partisipasi masyarakatnya saja itu pada intinya kita.

P : Untuk kegiatan ini apakah ada monitoring dan evaluasi yang kita lakukan Ibuk ?

IF 7 : Ada... ini kan tugas kader pokjanal ini kan juga kita setelah itu kita melakukan kegiatannya bersama-sama masyarakat kita juga kan evaluasi apa ini, ada pengurangan atau tidak, setelah kita adakan sosialisasi ada perubahan tidak. Sekarang kita juga punya pelatihan terus kan kita ada kader jumentik, kader jumentik itu adalah kader untuk kegiatan DBD, jadi di setiap kelurahan kita ada. Untuk data-data DBD biasanya kita kalau rapat bulanan itu masukkan data-data dari pokja, dari dinas kesehatan, karena kita rapat itu pertemuan dengan sektor terkait itu menyampaikan berapa hal permasalahan-permasalahan yang telah kita evaluasi dan monitoring ke bawah. Jadi kita belum tau persis ini berapa angka-angkanya untuk kasus DBD, karena itu lebih teknis. Apalagi kalau musim-musim sekarang, musim hujan kader lebih aktif turun ke lapangan. Kalau sudah ditemukan kasus biasanya kan diadakan *fogging*, tapi sebelumnya diberikan bubuk abate ke rumah-rumah, jadi itu tugas dari kader tadi. Kader ini biasanya sudah diberikan pelatihan-pelatihan sebelumnya oleh dinas kesehatan. Intinya PKK kemana pun kita pergi, intinya kita fungsinya hanya menggerakkan partisipasi masyarakat.

P : Pertanyaan terakhir Buk, bagaimana saran Ibuk berkaitan dengan kegiatan pengendalian DBD agar bisa terlaksana lebih baik untuk kedepannya ?

IF 7 : Ya mungkin sampai dari pusat, provinsi, kota barangkali itu karena keterkaitannya kuat sekali kan, mungkin karena ada himbauan barang kali mungkin tergantung juga karena ada masalah-masalah. Ya...kita berharaplah ke dinas kesehatan atau dinas terkait barangkali untuk bisa lebih tajam dan lebih kuat lagi koordinasinya, karena koordinasi ini kan kita bicaranya saja yang memudahkan, dalam pelaksanaannya kadang-kadang mungkin tidak bisa kita laksanakan. Kemudian masalah dana barangkali ya, baik itu dari tingkat pusat, provinsi, maupun kota, kita berharap agar pemerintah kota bisa lebih jeli lagi mengenai DBD secara dini. Kalau masyarakat kita cenderung lebih menghimbau masyarakat supaya dapat melakukan pengendalian DBD ini mulailah dari awal, mulai dari keluarga mereka sendiri, mungkin mereka lebih aktif untuk mengurus bak mandinya, perlu menjaga kebersihan lingkungan, apalagi kita melihat sekarang Bukittinggi sangat rawan dengan masalah persampahan, jadi hendaknya masyarakat jangan berharap hanya kepada pemerintah saja tapi juga dari diri kita sebagai masyarakat sendiri. Mungkin untuk pemerintah juga setiap tahun kita selalu menghimbau, ada himbuan dari wali kota terus terkait pengendalian DBD ini seperti gotong royong bersama, dan lain sebagainya. Kita dari PKK juga ada menghimbau, contohnya untuk melakukan "Jum'at Bersih".

P : Baiklah terimakasih Ibuk atas waktu dan informasinya. Apabila ada informasi tambahan yang masih dibutuhkan, saya memohon kesediaan Ibuk untuk bisa dihubungi kembali.

IF 7 : Baik...terimakasih...

P : Terimakasih juga Ibuk. Assalamualaikum wr. wb.

IF 7 : Wa'alaikumsalam wr. wb.

HASIL FGD DENGAN RESPONDEN :

KADER PUSKESMAS TIGO BALEH DAN KADER TAROK DIPO

Nama Responden/ No. Responden/ Umur/ Pendidikan Terakhir/ Pekerjaan/ Kader dari :

1. Netti Herawati/ R1/ 40 tahun/ SLTA/ IRT/ Tarok Dipo
2. Murniati/ R2/ 43 tahun/ SLTA/ IRT/ Tarok Dipo
3. Yusni M/ R3/ 48 tahun/ SMEA/ Guru PAUD/ Tarok Dipo
4. Dian Anggreani/ R4/ 39 tahun/ SMA/ Wiraswasta/ Tigo Baleh
5. Ratnawati/ R5/ 38 tahun/ SMA/ IRT/ Tigo Baleh
6. May/ R6/ 39 tahun/ SMA/ IRT/ Tigo Baleh

Hari/ Tanggal : Rabu/ 12 Juni 2013

Waktu/ Tempat : 11.13 WIB – 11.36 WIB

- P : Assalamualaikum wr. wb.
- R : Wa'alaikumsalam wr. wb.
- P : Sabalunnyo ambo mengucapkan tarimokasih banyak ka Ibuk-ibuk kader yang telah maluangan wakatu untuak bisa bakumpua pado siang hariko untuak badiskusi awak Buk terkait program pengendalian demam berdarah atau DBD yang ado di Kota Bukittinggi ko. Perkenal kan dulu Buk, namo ambo Sevilla. Sevil mahasiswa Pascasarjana dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Unand. Jadi mungkin langsung se awak mulai diskusi ndak Buk... Disiko yang pertama yang nio sevil tanyoan, ba a menurut Ibuk-ibuk apo sabananyo tujuan dari program pengendalian DBD ko Buk ?
- R1 : Baiklah awak cubo manjawab, kalau program pengendalian DBD mungkin samacam awak tu sarupo penanggulangan, menaggulangi sabalun terjadinya DBD itu. Jadi awak mengadakan pendekatan ka masyarakat, ba a caronyo awak mencegah DBD ko.
- R2 : Iyo...yang pertama sakali tu dengan mengadakan pembersihan lingkungan. Yang lebih dikenal dengan namonyo 3M, menguras, menutup dan menimbun atau mengubur, sebab DBD ini *Aedes aegypti* itu kan dikenal dengan nyamuk elit jadi mereka tu berkembang biak biasonyo bukan ditampek yang kumuah, tapi ditampek yang barasiah, seperti dikaleng-kaleng bekas, di ban bekas atau di tempat penampungan-penampungan air, atau di sarang-sarang aqua yang tidak terpakai, itu cenderung tu nyamuk tu bertelur disitu. Kalau dalam rumah seperti di bak mandi tu pastikan.
- R3 : Iyo...di pembuangan air kulkas iyo lo ma, di dispenser, pas bunga, di tempat minum burung.
- R2 : Iyo...pokoknyo ditempat-tempat penampungan air yang tidak ditutup dan ada air bersihnya bisa menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk.
- R4 : Iya...salah satunya mungkin di bagian halaman atau di teras biasanyo ada selokan-selokan kecil tu, aaa...itu kan tergenang air biasanya tu, salah satunya menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk yang kita sebut tadikan.
- R5 : Ya kalau dapatkan bagi kita yang berumah tangga istilahnya kan kalau dapat sekali seminggu aliran air tu kalau dapat lancar itukan atau dikuras atau dibersihkan salah satunya.
- R6 : Ya disamping kita membersihkan itu kan kayak kaleng bekas atau segala macam itu kan harus kita timbun, gali lobang ditimbun. Itu untuk mengantisipasi supaya jangan bertambah tempat perkembang biakan nyamuk DBD itu.
- P : Pertanyaan selanjutnya Buk, apa alasan Ibuk kok nio Ibuk ikut terlibat menjadi kader Buk ?
- R2 : Kalau untuk jadi kader ini karena kesadaran kita, ada nilai ikhlas kita, karena peduli dengan lingkungan, tanpa diiming-imingi gaji atau segala macam, intinya ke ikhlasan. Kadang ado juo kawan-kawan yang mancaliak awak lah aktif mungkin, dan inyo punyo waktu lo, inyo akan terpancing. Ndeeeh... nio lo awak ikuik bersosialisasi, gitu lah kalau bahaso awaknyo kan.
- R1 : Yo...kalau awak dek timbul keinginan untuak bekerjasama memperbaiki lingkungan ko, makanyo awak tertarik untuak menjadi kader.
- R4 : Kalau awak yo, ba a kok awak namuah jadi kader. Salah satunya untuak manambah ilmu pengetahuan, dan selama ini ada kita yang kurang tau gitu kan, kalau kita ikut jadi kader inikan salah satu untuk menambah ilmu pengetahuan terutama untuk pribadi kita sendiri dalam berumah tangga. Ini salah satunya yang kita ambil manfaatnya. Nanti kalau seandainya kita udah paham kan, kalau ada teman tetangga kan bisa juga kita salurkan.
- R3 : Kalau saya ingin jadi kader ini pertama karena saya ingin berorganisasi bersama masyarakat, yang kedua dalam kita menjadi kader ini apapun urusannya yang tidak gampang jadi gampang.
- R5 : Iyo awak samo taka itu lo...
- R6 : Terutama kitapun dapat melihat kondisi masyarakat di lapangan, nengok anak-anak yang sakit misalnya kan, kena DBD, saya pengen ikut serta dalam membasmi keadaan yang kayak gitu tu.
- P : Salamo Ibuk jadi kader ko, itu ado honor rutin ndak Buk yang diberikan tiok bulannyo ?
- R2 : Kami kader tidak pernah diberi honor atau gaji, tetapi transportasi.
- R3 : Iya...kalau gaji tu kan ada standar UMR nya, ini kita tidak...kita hanya diberi uang transportasi.
- R1,5 : Iyo...ndak ado do.
- R4 : Kembali lagi...intinyo kader ko harus ikhlas walupun ndak digaji...
- R6 : Iyo....awak kan bakarajo sukarela senyo...
- P : Khusus untuak program pengendalian DBD, kader ko ado diagiah pelatihan ndak Buk ?
- R3 : Ado, diadakan di puskesmas.
- R5 : Iyo ado di puskesmas. Pelatihan ko biasonyo di agiah dek urang kesehatan, urang DKK.
- R2 : Biasonyo awak tetap diagiah bimbingan sakali sebulan.
- R1 : Iyo, tapi baganti-ganti kadernyo. Misalnyo yang iko lah dipiliah, bisuak untuak kader yang belum lagi kan.
- R4 : Tapi kalau untuk pelaksanaan di lapangan, yang seharusnya itu kami satu kali seminggu.

- R2 : Iya, PJB itu satu kali seminggu kita memantau seharusnya walaupun yang di transportasikan sekali tiga bulan.
- R6 : Iya...sebab masa inkubasi perkembangan nyamuk itu kan satu kali seminggu lah batalua, lah berkembangbiak lo nyo liak.
- R2 : Ya, jadi dengan segala kerendahan hati dengan segala keikhlasan awak memantaunyo sekali seminggu.
- P : Baiklah Buk....tu sebagai kader dalam pengendalian DBD ko, tugas jo fungsi awak apo se tu Buk ?
- R2 : Ya...memantau jentik, memberikan penyuluhan...
- R4 : Memberikan abate ke mereka tu.
- R1 : Iya...kita juga bertugas untuk memberikan motivasi agar masyarakat mau membersihkan lingkungan.
- R5 : Iya...mengajak masyarakat bekerjasama la untuk mencegah DBD ini.
- R3 : Kemudian setelah pemantauan itu tugas kita ya melaporkan hasil pemantauan kita itu ke puskesmas.
- R6 : Iya, kalau ada penderita DBD kita harus langsung melakukan pelacakan ke lokasi.
- P : Hmm, sejauh iko ado ndak hambatan yang ditamui di lapangan Buk ? Apo se tu buk ?
- R5 : Ada...banyak, seperti masyarakat yang kurang paham ada jentik nyamuk di rumahnya. Kadang-kadang kami kader udah tibo di rumah, dia bilang bak mandinya udah bersih semua, padahal ada jentik di dalamnya.
- R1 : Ya...alasan masyarakat ni banyak, kadang ada yang mengatakan air susah, aia acok mati, jauh dari air bersih lah pokoknya, PDAM nya nggak cukup.
- R2 : Kalau kami suruh mengurus umpamonyo, masyarakat ado lo yang mangecek, "Iyo Buk beko ambo kuras Buk bia la diambiak untuak mancuci dulu" tau-tau sabulan sudah tu kanai DBD, melapor ka puskesmas, yang disalihkan kader. Itulah resiko kami di lapangan tu...
- R4 : Kalau kami mau nio masuk ka rumah, "Iyo Buk kamar mandi barasiah nyo Buk", Iyo Barasiah Buk? Buliah kami permisi, "O...baserak Buk, beko la"...iya, ada juga yang seprti itu sebagian kecil.
- R3 : Iyo, kalau masyarakat bantuak itu tu kami ndak bisa lo mamaso do. Yang kami bisa lakukan tu memberi penyuluhan atau motivasi misalnya, "Seandainya beko depek DBD Ibuk, ma sayang aia tabuang dari pado gadang mangaluan biaya? Kalau sakik anak Ibuk beko bara biaya...sampai lo beko transfusi darah". Dinasehati mode tu, akhirnya mereka kan lambat laun bisa paham.
- R6 : Atau kadang kami gini aja... "Ndak bisa Ibuk mengurus bak Ibuk do Buk?", "Iyo ndak bisa do Buk, bak mandi ambo gadang, ambo payah". "A...tolong Ibuk taburkan abate disekeliling tepi bak, sebab nyamuk tu bertelur di pinggir-pinggir/ didinding-dinding bak tu Buk, jan diserak se ka dalam yo Buk". Nah, kadang-kadang kami tolong manyerakan, kadang-kadang urang tu ndak amuah lo do, "Biala ambo Buk", itu kendalanya di kami, kadang iyo nyo serakan kadang indak kan...
- P : Kader turun ke lapangan tu ado jadwal khusus atau ba a Buk?
- R4 : Ado jadwal khusus.
- R3 : Tapi Jadwal khususnya ndak begitu mengikat. Kalau orang tu bepergian pagi, kami sore turun ke lapangan.
- R1 : Iyo...Jadi intinyo harus sampai basobok jo urang rumah.
- R2 : Tapi tanggalnyo alah ditentukan dek puskesmas, misalnya kan tanggal 18, 19, 20, kita PJB, tanggal 20 laporan harus masuk.
- R6 : Iya... Kayak gitu biasanya.
- R5 : Iya...
- P : Kalau pelaksanaan *fogging* biasanya seperti apa Buk ?
- R1 : Kalau *fogging* itu biasanya dilaksanakan atas permintaan masyarakat setempat.
- R2 : Iya... Kalau udah ada kasus 3 sampai 4, kalau cuma 1 kasus belum boleh karena biayanyo kan maha. Jadi kalau dilingkungan tu alah ado 3 kasus baturuik-turik dalam bulan yang sama sebagian besar masyarakat tu mintak *fogging*, maka kami akan mengusulkan ke puskesmas beko, diusulkan lo ka DKK baru dilaksanakan *fogging*.
- R6 : Sabalun *fogging* tu kan awak mintak persetujuan lo dulu ka RT nyo...
- R3 : Dilakukan lo dulu pemeriksaan epidemiologi, diambiak 20 rumah terdekat dengan si penderita dulu kan...kalau lah ado 3 atau labiah kasus DBD, baru di *fogging*.
- R4 : Tapi kalau kasusnyo memang lah banyak, tanpa dimintak masyarakatpun kadang *fogging* tetap dilaksanakan dek urang DKK.
- R5 : Iyo...
- P : Sejauh iko untuak program pengendalian DBD awak ado pungutan ndak Buk yang dibebankan ka masyarakat ? Taka pemberian bubuk abate tu ba a tu buk ?
- R5 : Tidak...tidak ada sama sekali.
- R1 : Iyo...ndak ado do, gratis.
- R6 : Iyo...oknum yang banyak.

- R4 : Iyo tu ma... nyo ado yang mangaku dari kesehatan bagai keceknyo. Padahal indak, sebab lah kami konfirmasi jo urang dinas kesehatn langsung. Kadang masyarakat dipaksa dek.
- R2 : Iya...kebetulan di rumah saya sendiri pernah. Ada seseorang yang datang ke rumah menjual bubuk abate, tu saya tanyakan "Ko dari ma diak ?", dari kesehatan keceknyo, "Kesehatnnyo dima diak ?", keceknyo "Iyo Buk, iko ko harus di gunokan ma Buk untuak pencegah DBD. Tu awak kecekan, "adiak tau...ambo ko kader, ambo ndak pernah bajua bali iko untuak masyarakat do...iko ko gratis". "O...tu beda Buk, kami iko ko emang harus di bayar" keceknyo. Tapi setelah tu nyo permisi se, ndak amuah lo nyo mamasoan lai.
- R3 : Iya...anak Ibuk pernah juga dipaksa sekali ma dek disuruh beli bubuk abate tu, di jualnya 10.000 dikasinya 4, tapi yang jelas itu bukan orang dari kesehatan meskipun dia ngaku-ngaku dari dinas kesehatan.
- P : O...taka itu lo ndak Buk. Tu di dalam kegiatan awak ko Buk, ba a peran serta baik dari tokoh masyarakat maupun dari masyarakat sendiri ? Lain mendukung atau nio bakarajosamo atau indak Buk ?
- R2 : Bekerjasama ada, seperti RT, kelurahan. Kalau kami skop kami kan kelurahan. Pak Lurah seumpama....Pak lurah juga ikut mensosialisasikan ke masyarakat, di kelurahan tu kan RW, nah per RW nya masing-masing mensosialisasikan, kadang-kadang di mesjid juga ada disosialisasikan masalah DBD ini.
- R3 : Iya....malah mereka turun langsung. Ada kasus DBD, mereka langsung ikut ke lokasi.
- R1 : Iya...PJB pun kami kadang Pak Lurahnya ikut ba hujan-hujan jo kami, dalam kegiatan *fogging* iyo lo...kalau di Tarok Dipo kami gitu...
- R5 : Iyo...samo se nyo...kami di Tigo Baleh taka itu lo.
- R4 : Tapi kalau masyarakatnyo pro kontra.
- R6 : Iyo...kalau masyarakat yang berpendidikan lai nio nyo bakarajo samo, kalau yang masyarakat awam ko, kadang banyak se alasannyo.
- R2 : Iyo... misalnya dalam *fogging* kan asap...ado bagai yang alasan anaknyo sakik, sambanyo sadang tajarang, kadang ndak mau dia membukakan rumahnya di tutup dikunci gitu aaa....
- R3 : Iyo...ado jo yang alasannya ini, *fogging* tu kan beminyak, jadi otomatis karpetnya kenak minyak, lantainya udah minyak-minyak lagi, tu bauk.
- P : Nah, itu kan hambatan tu ndak Buk. Kalau solusinyo dari Ibuk-ibuk ba a rancaknyo tu Buk ?
- R2 : Iyo sosialisasiko yang paralu bana ditingkatkan, awak harus melakukan pendekatan ka masyarakat, jadi lambat launnya nio gitu.
- P : Kalau pengawasan terhadap kinerja kita baik dari puskesmas maupun dinas kesehatan ba a tu Buk ?
- R2 : Iyo...langsung turun mereka.
- R4 : Iyo...nyo didampingi.
- R1 : Yang pertama sekali kan dihubungi bidan poskeskel, jadi kami kader dan bidan poskeskel kan turun ke lapangan, meninjau rumah yang 20 rumah dulu, *sweping* rumah kan. Baru orang dinas kesehatan. Kalau minta *fogging* baru dilaporkan oleh poskeskel ke puskesmas, baru orang puskesmas menurunkan tim-timnya untuk *fogging* ke lapangan.
- R3 : Selain itu kinerja kami juo diawasi melalui hasil pencatatan dan pelaporan ke lapangan. Pengawasannya dilakukan oleh urang puskesmas.
- P : Nah, kalau manuruik Ibuk-ibuk sabananyo program ko memang ancak atau indak untuak dilakukan Buk ?
- R : Sangat bermanfaat.
- R5 : Iyo...sangat bermanfaat....iyo bagi keluarga masyarakat, secara pribadi jo sangat-sangat bermanfaat dengan diadakannya program pengendalian DBD ini.
- P : Iko pertanyaan terakhir Buk, kalau saran dari Ibuk-ibuk untuak program pengendalian DBD ini supaya bisa labiah elok ka mukonyo apo tuk Buk ?
- R2 : Iyo, mungkin sakali-sakali urang dinas kesehatan tu bana ikuik jo kami turun PJB
- R5 : Ooo...jadi di Tarok Dipo ndak di dampingi do...kami di Tigo Baleh lai di dampingi taruih.
- R3 : Kalau PJB kami indak do, kalau ado kasus baru di dampingi.
- R5 : Indak kalau kami didampingi...
- R4 : Kalau sudah kejadian inyo bana yang turun bana...
- R6 : Iyo...kadang tagak di pintu gai urang tu...ndak buliah masuk...tapi herannyo yang kanai tetangganyo taruih...nyo ndak pernah kanai do.
- R5 : Tapi urang puskesmas menyarankan, catat se namonyo sia yang ndak amuah.
- R1 : Iyo...kalau kami di Tarok Dipo 100 kader...sialo yang ka mendampingi. Posyandu kami 21. Jadi memang dituntuik kesadaran kami masiang-masiang.
- R2 : Iyo...jadi dengan ada trik atau informasi dari puskesmas kami turun ke lapangan, misalnya untuak wilayah ini dari sekian sampai sekian turun ke lapangan, ya udah kami turun. Kalau untuak

masyarakat saran kami yo itu...mudah-mudahan masyarakat bisa lebih mau bekerjasama la jo kader, supaya peogram pengendalian DBD ko berhasil.

R4 : Iyo...itu se mungkinyo.

P : Ya... Baiklah Ibuk...sekian diskusi awak hari ko. Tarimo kasih banyak Buk atas waktu jo informasinya, rasonyo alah banyak informasi yang Ibuk sampaikan, tapi beko kalau ado informasi tambahan yang masih sevil butuhkan, sevil memohon kesediaan Ibuk-ibuk untuak bisa sevil hubungi baliak yo Buk.

R : Yo...aman se tu nyo.

P : Tarimokasih Buk. Assalamualaikum wr. wb.

R : Wa'alaikumsalam wr. wb.



MODUL
PENGENDALIAN VEKTOR DBD



OLEH :

SEVILLA UKHTIL HUVAID

BP. 1121219011

UNTUK

KESEHATAN

BANGSA

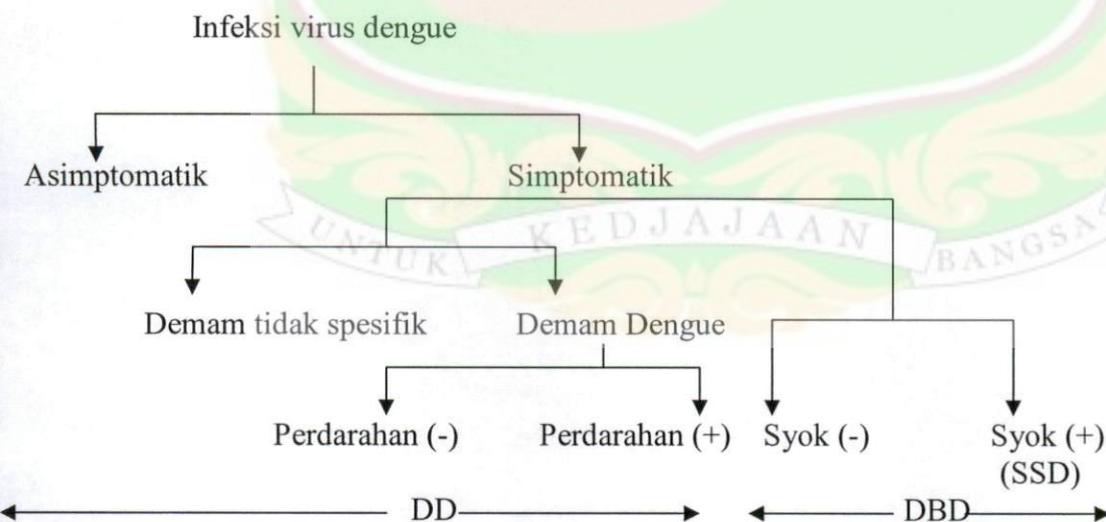
PROGRAM PASCASARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG
2013

GAMBARAN UMUM DBD

Di Indonesia penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) pertama kali ditemukan di kota Jakarta dan Surabaya pada tahun 1968. Sejak itu penyakit ini menjadi salah satu penyakit endemis di Indonesia. Sejak tahun 1985, DBD dilaporkan telah tersebar baik di kota-kota maupun di desa-desa yang ada di seluruh Provinsi di Indonesia.

Demam Berdarah Dengue adalah salah satu penyakit di daerah tropis yang di sebabkan oleh *virus dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* (betina). Ditandai dengan demam mendadak 2 sampai 7 hari tanpa penyebab yang jelas, lemah, lesu, gelisah, nyeri ulu hati, disertai tanda perdarahan di kulit berupa bintik-bintik merah, lebam (*echymosis*) atau ruam (*purpura*), kadang-kadang terjadi perdarahan di hidung (*mimisan*), berak darah, muntah bercampur darah, kesadaran menurun atau shock.

Nyamuk ini adalah nyamuk rumah yang menggigit pada siang hari, gigitan nyamuk itu sendiri lebih dari satu kali. Demam Berdarah hanya ditularkan melalui nyamuk *Aedes aegypti* (betina) yang berkembang biak di dalam air jernih di sekitar rumah, bukan di got/ comberan yang berair kotor. Protein yang terkandung di dalam darah diperlukan oleh nyamuk betina untuk perkembangbiakan (produksi) telurnya. Penyakit DBD dapat menyerang semua umur. Pada awalnya penyakit ini lebih banyak menyerang anak-anak, tetapi dalam dekade terakhir ini terlihat adanya kecendrungan kenaikan proporsi penderita DBD pada orang dewasa.



TINGKAT KEPARAHAN DBD

DBD diklasifikasikan menjadi 4 tingkatan keparahan, dimana derajat III dan IV dianggap DSS (*Dengue Syok Syndrome*). Adanya trombositopenia dengan disertai hemokonsentrasi membedakan derajat I dan II DHF dan DF. Terdapat 4 derajat spektrum klinis DBD, yaitu:

Derajat I : Demam disertai gejala tidak khas

Derajat II : Seperti derajat I, disertai perdarahan spontan di kulit dan perdarahan lain.

Derajat III : Seperti derajat II, kemudian juga didapatkan kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun (20 mmHg atau kurang) atau hipotensi, sianosis di sekitar mulut kulit dingin dan lembab, tampak gelisah.

Derajat IV : Syok berat, nadi tidak dapat diraba dan tekanan darah tidak terukur.

Temuan laboratorium berikut mendukung observasi klinis :

1. Trombositopenia (jumlah trombosit $<100.000/ \text{ml}$).
2. Terdapat minimal 1 tanda kebocoran plasma sbb: Peningkatan hematokrit $>20\%$ dibandingkan standar sesuai umur dan jenis kelamin.

FASE-FASE KEHIDUPAN NYAMUK DBD (LIFE CYCLE)

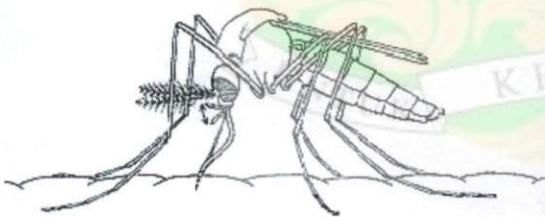
Tempat bertelur nyamuk *Aedes aegypti* adalah kontainer air buatan yang berada di lingkungan perumahan yang banyak ditemukan di dalam rumah dan sekitar lingkungan perkotaan seperti botol minuman, alas pot bunga, vas bunga, bak mandi, talang air. Selain itu juga sering ditemukan di lubang pohon, tempurung kelapa dan lainnya.

Ae. aegypti mengalami metamorfosis sempurna yaitu telur-larva-pupa/kepompong-dewasa. Perkembangan *Ae. aegypti* dari telur sampai menjadi nyamuk dewasa memakan waktu sekurang-kurangnya sembilan hari. Telur akan menetas menjadi larva dalam waktu 1-2 hari. Selanjutnya, larva berubah menjadi pupa dalam waktu 5 -15 hari. Stadium pupa biasanya berlangsung dua hari, lalu keluarlah nyamuk dewasa yang siap mengisap darah dan menularkan DBD. Umur nyamuk dewasa umumnya 2-3 minggu saja.



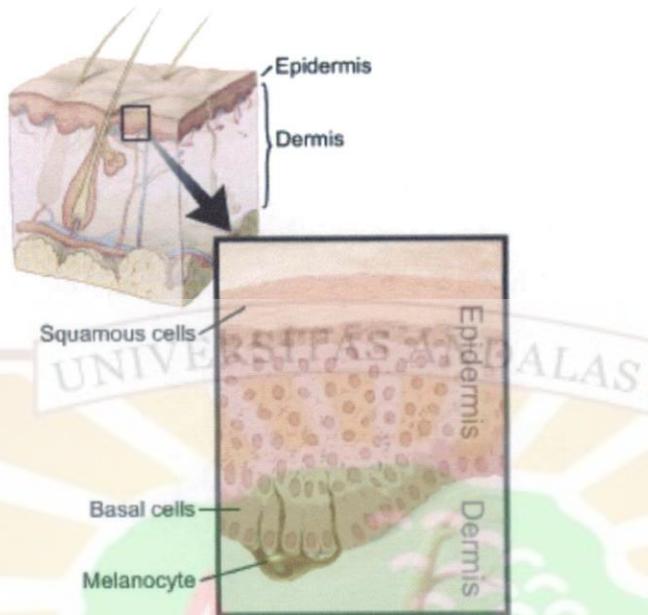
CARA NYAMUK MENGHISAP DARAH

Nyamuk hinggap dengan ke enam kakinya di atas permukaan kulit. Lalu belalai akan didekatkan ke permukaan kulit.



Begitu labium (sarung senjata) ditarik, pisau tajam diujung belalai akan melakukan gerakan maju dan mundur seperti gergaji, untuk memotong permukaan kulit. Lapisan kulit yang paling luar, yang harus dipotong (dibuka) nyamuk dikenal dengan nama

epidermis. Epidermis berfungsi untuk melindungi kulit dari pengaruh luar (lingkungan), pada lapisan ini tidak terdapat pembuluh darah.



Begitu terjadi luka, pembuluh darah akan menyempit dan darah akan membentuk gumpalan yang menutupi luka. Selanjutnya terjadi proses pembekuan darah (dikenal dengan istilah Hemostasis). Proses ini penting untuk mencegah terjadinya luka pendarahan yang banyak, yang dapat mengakibatkan kekurangan darah.

Untuk mencegah hal tersebut (pembekuan darah), maka salah satu pipa jarum (labrum) yang terdapat pada belalai akan mengeluarkan semacam cairan yang mengandung anticoagulants (anti beku), yang berasal dari dalam perutnya. Selanjutnya belalai akan terus masuk ke lapisan yang lebih dalam, yaitu lapisan dermis. Di lapisan kulit inilah terdapat pembuluh darah kapiler yang dibutuhkan nyamuk.



Rata-ratanya dibutuhkan waktu 50 detik untuk memasukan belalai ke dalam kulit manusia, tanpa ada gangguan, nyamuk akan menghisap darah selama kira-kira 2,5 menit (2,8 mg darah). Tubuh manusia mengandung 5-6 liter darah.

PENGENDALIAN VEKTOR DBD

Pengendalian vektor bertujuan pertama, mengurangi populasi vektor serendah-rendahnya sehingga tidak berarti lagi sebagai penular penyakit. Kedua, menghindarkan terjadi kontak antara vektor dan manusia. Cara efektif untuk pengendalian vektor adalah dengan penatalaksanaan lingkungan yang termasuk perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pemantauan aktivitas untuk modifikasi faktor-faktor lingkungan dengan suatu pandangan untuk mencegah perkembangan vektor dan kontak manusia-vektor-patogen.

WHO Expert Committee on Vektor Biology and Control membagi tiga tipe penatalaksanaan lingkungan :

1. Modifikasi lingkungan : transformasi fisik jangka panjang dari habitat vektor.
2. Manipulasi lingkungan : perubahan temporer pada habitat vektor sebagai hasil dari aktivitas yang direncanakan untuk menghasilkan kondisi yang tidak disukai dalam perkembangbiakan vektor.
3. Perubahan pada habitat atau perilaku manusia : upaya untuk mengurangi kontak manusia-vektor-patogen

Adapun cara pemberantasan vektor DBD yang dilaksanakan selama ini yakni :

1. Cara Fisik

Melalui Program PSN DBD. PSN dilakukan dengan tiga cara yang disebut dengan 3M yaitu :

- a. Menguras tempat-tempat penampungan air sekurang-kurangnya seminggu sekali
- b. Menutup rapat-rapat tempat penampungan air
- c. Menguburkan, mengumpulkan, memanfaatkan atau menyingkirkan barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan seperti kaleng bekas, plastik bekas dan lainnya.

Selain itu ditambah dengan cara lainnya yang dikenal dengan 3 M Plus seperti :

- a. Ganti vas bunga, minuman burung dan tempat-tempat lainnya seminggu sekali
- b. Perbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar

- c. Tutup lubang pada potongan bambu, pohon dan lainnya
- d. Bersihkan/keringkan tempat-tempat yang dapat menampung air seperti pelepah pisang atau tanaman lainnya yang dapat menampung air hujan
- e. Lakukan Larvasidasi yaitu membubuhkan bubuk pembunuh jentik (Abate 1 G, Altosid 1,3 G dan Sumilarv 0,5 G) ditempat yang sulit dikuras.
- f. Pelihara ikan pemakan jentik
- g. Pasang kawat kasa di rumah
- h. Pencahayaan dan ventilasi memadai
- i. Jangan biasakan menggantung pakaian dalam rumah
- j. Tidur menggunakan kelambu
- k. Gunakan obat nyamuk untuk menegah gigitan nyamuk



Setelah dibubuhkan ABATE maka:

- a. Selama 3 bulan bubuk ABATE dalam air tersebut mampu membunuh jentik *Aedes aegypti*
- b. Selama 3 bulan bila tempat penampungan air tersebut akan dibersihkan/diganti airnya, hendaknya jangan menyikat bagian dalam dinding tempat penampungan air tersebut
- c. Air yang telah dibubuhi ABATE dengan takaran yang benar, tidak membahayakan dan tetap aman bila air tersebut diminum.

2. Cara Kimia

a. Larvasidasi

adalah menaburkan bubuk pembunuh jentik kedalam tempat penampungan air. Bila menggunakan abate disebut Abatisasi. Bubuk abate 1G berwarna kecoklatan, terbuat dari pasir yang dilapisi dengan zat kimia yang dapat membunuh jentik nyamuk. Dalam takaran yang dianjurkan aan bagi manusia dan tidak menimbulkan keracunan. Jika dimasukan ke air maka sedikit demi sedikit zat kimia itu akan terlarut merata dan membunuh semua jentik nyamuk yang ada dalam tempat penampungan air. Diantaranya ada yang menempel pada dinding tempat penampungan air dan bertahan sampai 3 bulan. Oleh sebab itu penaburan abate perlu diulang setiap 3 bulan. Takaran yang digunakan yakni untuk 100 liter air cukup dengan 10 gr bubuk abate 1 G.

b. *Fogging* (pengasapan)

Nyamuk *Ae. aegypti* dapat diberantas dengan *fogging* (pengasapan) racun serangga, termasuk racun serangga yang digunakan sehari-hari di rumah tangga. Melakukan pengasapan saja tidak cukup, karena dengan pengasapan itu yang mati hanya nyamuk dewasanya saja. Selama jentik tidak dibasmi, setiap hari akan muncul nyamuk yang baru menetas dari tempat perkembangbiakannya. Disamping itu biaya yang dikeluarkan untuk melakukan *fogging* juga cukup besar. Karena itu cara yang tepat memberantas jentiknya yang dikenal dengan istilah PSN DBD (Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue).

3. Cara Biologis

Dengan memelihara ikan pemakan jentik yang diletakan pada kolam atau genangan air yang sulit dikuras, seperti ikan kepala timah, cupang, dan lainnya. Menanam tanaman pengusir nyamuk seperti lili, lavender, dan lain sebagainya.



LAMPIRAN 9. DOKUMENTASI PENELITIAN



Wawancara Kuesioner dengan Masyarakat



Survei Jentik di Rumah Masyarakat



Wawancara dengan Pemegang Program DBD di Puskesmas Tigo Baleh



Wawancara dengan Kepala Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi



Wawancara dengan Kepala Seksi P2P Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi



Wawancara dengan Kepala Bidang PMK Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi



Wawancara dengan Pokjnal DBD dari PKK Kota Bukittinggi



Wawancara dengan Pokjnal DBD dari Pemberdayaan Masyarakat



FGD dengan Kader Kesehatan dari Tigo Baleh dan Tarok Dipo



Pengurusan Surat Izin Penelitian di Kesbangpol Kota Bukittinggi