

Implementasi Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (P2DBD) di Wilayah Kota Medan

Implementation of Dengue Hemorrhagic Fever Control Program (P2DBD) in Medan City

Rapotan Hasibuan¹, Sri Suwitri², Sutopo Patria Jati³

¹) Mahasiswa Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang

Jl. Poros Pekan Unit II Desa Pir Trans Sosa II Padang Lawas

Email: hasibuanrap@gmail.com

²) Program Doktor Ilmu Administrasi Publik, Universitas Diponegoro, Semarang

³) Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang

Abstrak

Kejadian kasus, *incidence rate* (IR) dan *case fatality rate* (CFR) penyakit DBD di Kota Medan berada dalam tren naik sejak tahun 2012 lalu. Hal ini mungkin disebabkan oleh adanya masalah dalam implementasi program P2DBD. Tujuan penelitian adalah untuk menganalisis pengaruh faktor komunikasi, sikap, karakteristik puskesmas, pemahaman standar dan sasaran, sumber daya, serta lingkungan terhadap keberhasilan implementasi program P2DBD di Kota Medan.

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur dan observasi, dilengkapi wawancara mendalam untuk data kualitatif. Jumlah responden 39 petugas DBD di seluruh Puskesmas induk Kota Medan. Analisis dilakukan dengan teknik *structural equation modeling* (SEM) menggunakan *software visual partial least square* (VPLS).

Hasil penelitian menunjukkan komunikasi 66,7% sangat baik, sikap petugas 82,1% positif mendukung program, karakteristik puskesmas 84,6% baik, pemahaman akan standar dan sasaran program 66,7% baik, sumber daya 74,4% baik, lingkungan 76,9% kondusif, sementara implementasi P2DBD 51,3% baik (level moderat). Hasil analisis bivariat, komunikasi dan lingkungan berpengaruh terhadap implementasi. Hasil analisis multivariat menunjukkan keragaman implementasi dapat dijelaskan secara bersama-sama oleh komunikasi, sikap, karakteristik puskesmas, standar dan sasaran, sumber daya, serta lingkungan sebesar 67,4%. Nilai R² tersebut termasuk dalam kategori substansial, dimana faktor yang paling berpengaruh adalah lingkungan.

Dinas Kesehatan disarankan agar membuat pelatihan berkala mengenai tatalaksana kasus DBD, supervisi program ke puskesmas, dan menginisiasi keberadaan kader jumentik. Bagi petugas agar memotivasi dan melakukan pendekatan persuasif pada masyarakat serta mengkoordinasikan revitalisasi Pokjantal DBD.

Kata kunci : Program P2DBD, Implementasi kebijakan, Puskesmas.

Abstract

An incidence rate (IR) and a case fatality rate (CFR) of Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) in Medan City tended to increase since 2012. This might be due to a problem in implementing DHF Disease Control Program (P2DBD). The aim of this study was to analyse the influence of factors of communication, attitude, health centres' characteristics, understanding of a standard and a target, resource, and environment towards the success of the P2DBD implementation program in Medan

City.

This was an observational study using a cross-sectional approach. Data were collected using a structured questionnaire and observation followed by conducting indepth interview for qualitative data. Number of respondents were 39 DHF officers working at all main health centres in Medan City. Furthermore, data were analysed using a technique of structural equation model (SEM) processed by a software of visual partial least square (VPLS).

The results of this research showed that most of the respondents had very good communication (66.7%), positive attitude in supporting the program (82.1%), good characteristics of health centres (84.6%), good understanding of a standard and a target (66.7%), good resource (74.4%), conducive environment (76.9%), and good implementation of P2DBD (51.3%), a moderate level. Bivariate analysis demonstrated that communication and environment influenced the implementation. Furthermore, multivariate analysis showed that the implementation could be explained by the factors of communication, attitude, health centres' characteristics, standard and target, resource, and environment equal to 67.4%. The R² value was included as a substantial category in which the most influenced factor was the environment.

District Health Office needs to regularly conduct training of DHF case management, to supervise a program at health centres, and to initiate the existence of cadres for monitoring mosquito wrigglers. Health workers need to motivate, to persuasively ask a community, and to coordinate revitalisation of a DHF working group.

Keywords : P2DBD Program, Policy Implementation, Health Centre

PENDAHULUAN

Program pencegahan dan pengendalian penyakit menular telah mengalami peningkatan capaian, walaupun demikian penyakit infeksi menular masih tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang diantaranya adalah penyakit DBD.¹ Angka kesakitan (insidens) dan KLB penyakit DBD secara nasional sangat berfluktuasi dengan siklus puncak 4-5 tahunan. Pada tahun 2012 tercatat IR (Incidence Rate) DBD sebanyak 37,27 per 100.00 penduduk dan semakin naik di tahun 2013 menjadi 45,85 per 100.000 penduduk, tetapi pada tahun 2014 kembali turun menjadi 39,83. Meskipun secara umum terjadi penurunan kasus di tahun 2014, namun pada beberapa provinsi mengalami peningkatan jumlah kasus DBD, salah satunya di propinsi Sumatera Utara.^{2,3}

Propinsi Sumatera Utara sebelumnya mengalami IR DBD sebesar 16,2 per 100.000 penduduk tahun 2011, lalu naik 18,5 per 100.000 penduduk pada tahun 2012, mengalami peningkatan 19,81 per 100.000 penduduk tahun 2013, dan kembali naik 21,17 per 100.000 penduduk pada tahun 2014.⁴ Medan merupakan salah satu kota di Sumatera Utara, mengalami tren kenaikan penyakit DBD pada tiga tahun terakhir ditandai dengan angka IR DBD 113,7 per 100.000 penduduk tahun 2011, kemudian

sempat turun menjadi 56,7 per 100.000 penduduk pada tahun 2012. Selanjutnya naik 60,0 per 100.000 penduduk pada tahun 2013 dan semakin naik menjadi 80,2 per 100.000 penduduk pada tahun 2014. Indikator IR DBD tahun 2014 tersebut belum mencapai target program P2DBD yakni <51 per 100.000 penduduk, sementara CFR dan angka bebas jentik (ABJ) mencapai target namun dalam tren naik. Seluruh wilayah kerja Puskesmas di Kota Medan termasuk daerah endemis DBD.^{5,6}

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menekan penyebaran penyakit DBD dengan membuat program P2DBD (Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue) dengan adanya Kepmenkes No. 581 Tahun 1992 tentang pemberantasan penyakit DBD (dan Kepmenkes No. 92 Tahun 1992 tentang Perubahan atas Lampiran Kepmenkes No. 581 Tahun 1992), ditambah lagi dengan Keputusan Dirjen Penanggulangan Penyakit (P2) & Penyehatan Lingkungan (PL) No. 914 Tahun 1992 tentang petunjuk teknis P2DBD. Di tingkat daerah misalnya dengan dikeluarkannya Keputusan Gubernur Sumut Nomor 188.44/500/KPTS/2012 tentang Kelompok Kerja Operasional Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue dan Peraturan Daerah Kota Medan Nomor 4 Tahun 2012 tentang

Sistem Kesehatan Kota Medan khususnya Bab VI bagian kesebelas (pengendalian dan pemberantasan penyakit) yang tertera pada Pasal 21-25, termasuk juga Pasal 26 Ayat 4 (f). Untuk sampai di tingkat kecamatan dan kelurahan, program P2DBD merupakan bagian dari program pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas).⁷

Berangkat dari adanya regulasi kebijakan pengendalian DBD dan perangkat pelaksanaannya (Puskesmas), maka yang perlu dicermati kemudian adalah bagaimana implementasi dari program itu sendiri. Karena tanpa implementasi, program hanya akan menjadi dokumen atau harapan semata. Implementasi program P2DBD secara optimal pada dasarnya adalah untuk menekan angka kasus DBD. Kegiatan dalam program P2DBD yang dilakukan hingga kini antara lain Penyelidikan Epidemiologi, *Fogging Focus*, Larvasida, Pemeriksaan Jentik Berkala, Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), dan Penyuluhan Kesehatan.

Terdapat beberapa faktor yang perlu diperhatikan untuk terwujudnya implementasi kebijakan yang optimal. Van Meter & Van Horn (1975) mengemukakan faktor tersebut terdiri dari standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, komunikasi antar organisasi dan pelaksana, karakteristik badan pelaksana, disposisi dan lingkungan (sosial, ekonomi, politik).⁸ Berdasarkan laporan bulanan K-DBD di Dinkes Kota Medan, Profil Puskesmas dan studi pendahuluan dengan wawancara kepada petugas Puskesmas ditemukan beberapa kendala yang diduga menyebabkan tidak optimalnya implementasi program P2DBD sehingga mengakibatkan tingginya kejadian DBD. Temuan-temuan tersebut mengindikasikan permasalahan pada faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi di atas, seperti belum adanya jadwal supervisi dari Dinkes ke Puskesmas, kurangnya pelatihan petugas DBD, *overlapping* program, kurangnya partisipasi masyarakat dalam PSN dan belum maksimalnya wadah Pokja/Pokjanal DBD kelurahan sampai dengan saat ini.

Perumusan masalah dalam penelitian ini adalah Demam Berdarah Dengue (DBD) masih menjadi masalah kesehatan yang cukup serius di Kota Medan. Telah dijelaskan sebelumnya bahwa terdapat dasar kebijakan pengendalian DBD dan pentingnya program P2DBD untuk menekan kejadian penyakit DBD. Pada implementasinya,

ditemukan beberapa kendala yang meliputi faktor komunikasi, standar dan sasaran program, sikap pengelola, sumber daya, dan faktor lingkungan. Temuan tersebut diduga memperberat tercapainya keberhasilan program P2DBD di Kota Medan. Oleh sebab itu peneliti memandang perlu dilakukan kajian implementasi program pengendalian penyakit DBD (P2DBD) di Kota Medan dan mencari tahu apakah faktor komunikasi, disposisi/sikap, karakteristik puskesmas, standar dan sasaran program, sumber daya dan lingkungan berpengaruh terhadap implementasi program tersebut.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan rancangan analitik observasional menggunakan pendekatan *cross-sectional*, dilengkapi dengan pengambilan data kualitatif untuk menggali data yang belum belum terkaji secara mendalam pada pengambilan data kuantitatif. Penelitian dilaksanakan pada Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Medan.

Sampel diambil dengan teknik *sampling jenuh* sehingga semua pengelola program P2DBD di Puskesmas diambil sebagai responden penelitian, yakni sebesar 39 orang. Sedangkan informan untuk data kualitatif diperoleh dari Pengelola program P2DBD Puskesmas, Pengelola program P2DBD Dinkes dan Kepala Bidang PMK (Pengendalian Masalah Kesehatan) Dinkes kota Medan.

Data primer diperoleh langsung dari responden kepada pengumpul data dengan wawancara terstruktur menggunakan kuesioner dan pengamatan langsung, dilengkapi dengan wawancara mendalam. Data sekunder diperoleh melalui profil Puskesmas, laporan bulanan kegiatan P2DBD di Puskesmas dan Dinkes Kota Medan. Setelah pengumpulan data selesai dilaksanakan maka analisis data. Data kuantitatif secara univariat dengan kriteria penilaian yang telah ditentukan, sementara bivariat dan multivariat menggunakan SEM (*Structural Equation Modeling*) dengan menggunakan perangkat VPLS (*Visual Partial Least Square*). Data kualitatif dianalisis dengan tahapan *data collection, data reduction, data display, dan conclusion drawing/verification*.

HASIL

Gambaran Karakteristik Responden

Berikut adalah gambaran karakteristik pengelola program P2DBD Puskesmas pada Tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan sebahagian besar umur responden lebih dari 35 tahun, ini termasuk kedalam angkatan kerja yang cukup produktif namun relatif kecil untuk dapat dikembangkan dalam upaya mendapatkan hasil kerja yang lebih optimal. Sebagian besar tingkat pendidikan responden (pengelola program P2DBD) adalah S1 dan DI/DIII. Lama kerja relatif lebih lama dimiliki oleh sebagian besar responden. Walau lama kerja dalam penelitian ini terhitung sejak masa kerja responden di Puskesmas, namun koordinasi lintas program internal memberi kontribusi saat responden menjadi pengelola program P2DBD.

Gambaran Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Program P2DBD

Gambaran implementasi dan masing-masing faktor yang mempengaruhi implementasi program P2DBD terdapat pada Tabel 2. Pada Tabel 2 tersebut terlihat bahwa implementasi program P2DBD oleh Puskesmas sebagian besar 51,3% dalam kategori baik dan 35,9% berada dalam kategori sangat baik. Namun masih terdapat 12,8% implementasi program P2DBD Puskesmas dalam kategori buruk. Adapun temuan yang menjadikan implementasi buruk yaitu terdapat sebagian Puskesmas melakukan perencanaan anggaran

sendiri, masih terdapat Puskesmas yang melakukan kegiatan pengendalian DBD hanya ketika ada kasus DBD dan penyuluhan KIE tentang P2DBD masih dilakukan hanya pada masyarakat yang berkunjung ke Puskesmas.

Komunikasi program pengendalian penyakit demam berdarah dengue (P2DBD) di Puskesmas 66,7% terlaksana dengan sangat baik, khususnya pada aspek transmisi dan keharusan program untuk dilaksanakan oleh seluruh Puskesmas induk. Dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pengelola P2DBD sudah menerima informasi tentang program baik dari Kepala Puskesmas maupun dari Dinas Kesehatan Kota (DKK). Selain itu pertemuan rutin yang terjadwal setiap bulannya akan berkontribusi besar menjaga informasi terbaru dan seragam antar petugas DBD di tiap Puskesmas.

Sebagian besar (94,9%) petugas memiliki disposisi baik, artinya bersikap positif dan mendukung program P2DBD. Sebagian kecil sikap buruk (5,1%) ditemukan pada kecenderungan pengelola program terhadap dukungan dan kompensasi dari Dinas Kesehatan, keharusan program pada lingkungan yang beresiko DBD saja dan penyederhanaan pencatatan pelaporan. Disposisi menjaga konsistensi tujuan antara apa yang ditetapkan pengambil kebijakan dan pelaksana kebijakan. Apabila disposisi tersebut baik, maka pelaksana akan dapat menjalankan dengan baik seperti yang diinginkan oleh pembuat kebijakan.⁸

Dukungan karakteristik Puskesmas dalam

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Pendidikan, Masa Kerja di Puskesmas Kota Medan

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

pelaksanaan program P2DBD relatif baik yaitu sebesar 84,6%. Karakteristik Puskesmas yang buruk ditunjukkan pada temuan-temuan diantaranya, tidak adanya jadwal rutin yang dilakukan Dinas kesehatan pada saat supervisi langsung di Puskesmas, pengawasan dari yang dilakukan Dinas kesehatan sebatas laporan bulanan,

dan kurangnya apresiasi nyata pada petugas program. Supervisi bertujuan untuk menemukan kemudahan apabila ditemukan masalah untuk segera diberi petunjuk. Supervisi yang diadakan oleh pihak Puskesmas dan Dinas Kesehatan kota harus menggunakan standar panduan supervisi /ceklist penyeliaan agar dapat membantu petugas dalam

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Implementasi dan Faktor-faktor yang Mempengaruhi Implementasi Program P2DBD

No	Implementasi	<i>f</i>	%
1	Sangat Buruk	0	0
2	Buruk	5	12,8
3	Baik	20	51,3
4	Sangat Baik	14	35,9
Jumlah		39	100
No	Komunikasi	<i>f</i>	%
1	Sangat Buruk	1	2,6
2	Buruk	0	0
3	Baik	12	30,8
4	Sangat Baik	26	66,7
Jumlah		39	100
No	Disposisi/Sikap	<i>f</i>	%
1	Sangat Buruk	0	0
2	Buruk	2	5,1
3	Baik	32	82,1
4	Sangat Baik	5	12,8
Jumlah		39	100
No	Karakteristik Puskesmas	<i>f</i>	%
1	Sangat Buruk	0	0
2	Buruk	2	5,1
3	Baik	33	84,6
4	Sangat Baik	4	10,3
Jumlah		39	100
No	Standar dan Sasaran Program	<i>f</i>	%
1	Sangat Buruk	0	0
2	Buruk	0	0
3	Baik	26	66,7
4	Sangat Baik	13	33,3
Jumlah		39	100
No	Sumber Daya	<i>f</i>	%
1	Sangat Buruk	1	2,6
2	Buruk	5	12,8
3	Baik	29	74,4
4	Sangat Baik	4	10,3
Jumlah		39	100
No	Lingkungan	<i>f</i>	%
1	Sangat Buruk	1	2,6
2	Buruk	4	10,3
3	Baik	30	76,9
4	Sangat Baik	4	10,3
Jumlah		39	100

memecahkan masalah kesehatan di wilayah kerjanya.

Pemahaman standar dan sasaran program P2DBD dapat dipahami dengan baik oleh seluruh petugas. Hasil ini menunjukkan bahwa petugas memiliki persepsi yang hampir sama terkait program. Van Meter dan Van Horn menyebutkan bahwa standar dan sasaran kebijakan (program) harus jelas dan dipahami dengan tepat oleh penanggungjawab program, untuk itu ketepatan dan kejelasan komunikasi jadi faktor penting, karena pemahaman yang tidak tepat dapat mempengaruhi sikap implementor dalam melaksanakan suatu program.

Ketersediaan sumberdaya (tenaga, dana, sarana dan prasarana) pada pelaksanaan program pengendalian penyakit DBD (P2DBD) kategori baik lebih banyak (74,4%) daripada kategori lainnya. Namun yang perlu disorot dari kategori buruk (15,4%) adalah dimana jumlah SDM dan pelatihan yang masih kurang untuk petugas. Ketersediaan sumberdaya yang memadai akan mendukung keberhasilan implementasi program P2DBD. Menurut George Edward III dan Van Meter dan Van Horn bahwa ketersediaan sumberdaya akan berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi.

Sebagian besar lingkungan berada dalam kategori baik (76,9%). Namun sebagian lingkungan yang berada dalam kategori buruk (12,9%) sangat berpotensi menyulitkan pelaksanaan program. Jika mengacu pada kuesioner, buruknya lingkungan ditandai dengan karakteristik masyarakat yang mengandalkan fogging focus untuk mengendalikan DBD daripada PSN 3M+ dan masih kurangnya keterlibatan laki-laki (kepala rumah tangga) pada kegiatan penyuluhan PSN.

PEMBAHASAN

Penilaian hasil analisis PLS-SEM dilakukan terhadap model SEM yang terbentuk, yaitu *Outer Model* dan *Inner Model*. *Outer Model* atau model pengukuran ditujukan untuk menguji validitas dan reliabilitas indikator-indikator yang merupakan refleksi dari konstruk yang mendasarinya. Hasil menunjukkan indikator memenuhi validitas *convergent* karena memiliki nilai *loading factor* > 0,60 dan nilai *average variance extracted* (AVE) > 0,50, serta memenuhi validitas *discriminant* karena akar kuadrat AVE dari setiap konstruk lebih besar dari korelasi antarkonstruk. Hasil juga menunjukkan indikator-indikator reliabel karena

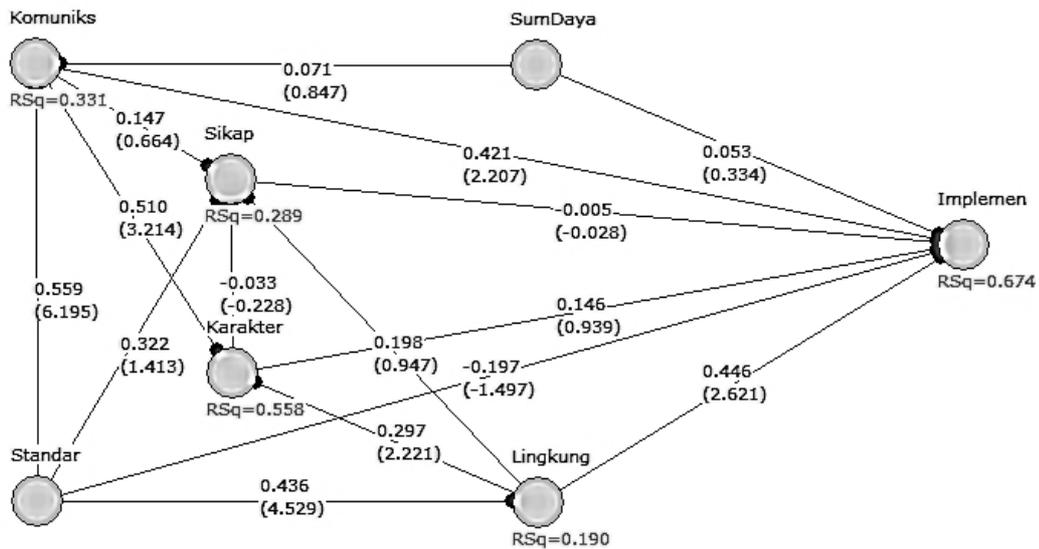
memiliki nilai *composite reliability* > 0,70 pada setiap konstruk.

Inner Model atau model struktural adalah model yang menunjukkan pengaruh antara variabel laten satu dengan variabel laten lainnya. Penilaian meliputi pengujian koefisien jalur, nilai t statistik masing-masing koefisien dan nilai koefisien determinan (R^2). Hasil tampak pada gambar berikut:

Gambar 1 menunjukkan bahwa terdapat dua variabel (faktor) signifikan berpengaruh terhadap implementasi program P2DBD, yakni lingkungan (nilai koefisien = 0,4460 dengan nilai $t = 2,6213$) dan komunikasi (nilai koefisien = 0,4210 dengan nilai $t = 2,2068$). Sedangkan faktor lainnya tidak signifikan terhadap implementasi program. Gambar 1 juga menunjukkan nilai koefisien determinasi (R^2) sebesar 0,674 yang berarti keragaman implementasi dapat dijelaskan secara bersama-sama oleh komunikasi, sikap, karakteristik puskesmas, standar dan sasaran, sumber daya, serta lingkungan sebesar 67,4% dengan nilai R^2 termasuk dalam kategori substansial, sedangkan 32,6% (100%-67,4%) lainnya dijelaskan faktor lain di luar model.

Implikasi dengan adanya model di atas menjadikan faktor komunikasi dan lingkungan perlu mendapat perhatian khusus untuk optimalnya implementasi program P2DBD di wilayah Kota Medan. Artinya setiap hal yang memperkuat faktor lingkungan dan komunikasi harus dapat dipertahankan, ditingkatkan dan didukung baik secara materil maupun immateril, sementara beberapa masalah menyangkut keduanya harus dapat dikendalikan dan ditekan seminimal mungkin.

Pengaruh langsung antara komunikasi terhadap implementasi juga terbukti pada penelitian Anggraini (2013) ketika menganalisis implementasi program deteksi kanker serviks melalui IVA di Puskesmas wilayah kota Surabaya. Bahkan penelitiannya menyimpulkan faktor komunikasi memiliki pengaruh terbesar dibanding faktor lainnya. Komunikasi harus dipertahankan dan ditingkatkan serta mencakup semua komponen pelaksana yang terlibat implementasi program.⁹ Maka sejalan dengan itu, beberapa hal yang memperjelas pengaruh komunikasi dalam program P2DBD di kota Medan adalah sosialisasi program dan yang rutin dilakukan dari Dinkes ke Puskesmas dan penyuluhan Puskesmas ke Masyarakat. Dengan sering terpapar informasi terkait program membuat semua



Gambar 1. Model Hubungan antar Variabel Laten dan Hasil Uji Signifikansi dengan Uji t

komponen pelaksana program mengerti maksud, instruksi dan rangkaian kegiatan program P2DBD. Proses sosialisasi sendiri berjalan lancar karena kader sangat terlibat aktif. Selain itu, dalam upaya menjaga komunikasi yang baik dalam internal birokrasi, pihak Dinkes dan Puskesmas mengadakan pertemuan rutin setiap bulan di kantor Dinas Kesehatan Kota Medan.

Berdasarkan hal tersebut, yang menjadi implikasi pada faktor komunikasi antara lain tetap mempertahankan mekanisme sosialisasi program yang ada namun didukung peningkatan kualitas pesan yang substansif, yang tidak lain adalah konten modul juklak dan juknis dan target realistis yang harus dicapai setiap Puskesmas pada setiap upaya pengendalian DBD. Kemudian merevitalisasi serta meningkatkan fungsi monitoring pada pertemuan bulanan di Dinas Kesehatan Kota Medan dan pertemuan Pokjanel dengan membuat instrument yang mengukur keberhasilan pertemuan agar tidak terkesan hanya *ceremonial formal* saja. Fungsi monitoring juga harus diimbangi dengan fungsi supervisi Dinkes, artinya tidak hanya pasif menunggu pertemuan bulanan melainkan turun langsung melihat realitas operasional program di lapangan. Selain itu, Dinas Kesehatan Kota Medan perlu memformulasikan langkah-langkah strategis dalam meningkatkan efektivitas komunikasi program kepada semua komponen pelaksana program. Adapun Puskesmas harus secara proaktif memberikan umpan balik untuk penyempurnaan

substansi pesan yang disampaikan oleh Dinas Kesehatan kota sehingga pada akhirnya menghasilkan trust dan commitment antara keduanya.

Faktor lingkungan memiliki pengaruh paling kuat terhadap implementasi program P2DBD di Kota Medan. Lingkungan dalam konteks implementasi adalah karakteristik partisipan (masyarakat) dan kelompok kepentingan (pengelola program, Dinkes, Kepala lingkungan, Lurah dan Camat). Beberapa hal yang dapat menjelaskan begitu besarnya pengaruh lingkungan adalah dengan adanya keterlibatan kader jumentik. Kader jumentik merupakan bentuk nyata peran serta masyarakat dalam pengendalian DBD sesuai kondisi dan budaya setempat sehingga pesan dan pelaksanaan program lebih mudah dijalankan. Hal ini sejalan dengan Chadijah (2011) yang meneliti peran serta masyarakat dalam pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk DBD (PSN-DBD) di dua kelurahan di Kota Palu, Sulawesi Tengah dengan mencari tahu perbedaan pemberdayaan surveyor larva (Jumentik) dengan partisipasi masyarakat leaders (Ketua RT), dia menemukan bahwa pemberdayaan masyarakat yang paling efektif dalam pengendalian vektor DBD adalah dengan larva surveyor (jumentik).¹⁰ Berikutnya adalah kerja sama lintas program dan lintas pada pertemuan Pokjanel, biasanya dihadiri unsur stakeholder (camat atau lurah), Dinkes kota, pihak Puskesmas serta kader. Dalam penelitiannya, Zubaedah (2007) menemukan tingginya kasus DBD

di Kota Tasikmalaya salah satunya dikarenakan kelembagaan Pokjanel DBD dirasa belum optimal kinerjanya.¹¹ Pertemuan Pokjanel dianggap penting karena pada saat itu dilakukan analisa data, masalah dan kebutuhan pembinaan serta menetapkan alternatif pemecahan masalah yang dihadapi, selain itu disusun rencana tindak lanjut terhadap upaya pemberantasan wabah penyakit DBD dan penyakit yang berpotensi wabah untuk masa yang akan datang melalui evaluasi dan analisa permasalahan secara komprehensif dan holistik. Berkaitan dengan itu, beberapa masalah yang perlu dikendalikan agar faktor lingkungan memberi pengaruh maksimal terhadap program P2DBD di Kota Medan, yaitu antusiasme masyarakat, perspektif fogging fokus dan keterlibatan masyarakat yang sebagian besar oleh ibu-ibu rumah tangga.

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

Bentuk model juga memberikan implikasi pada teori implementasi yang digunakan. Karakteristik teori Van Meter dan Van Horn adalah memasukkan faktor lingkungan dalam implementasi kebijakan dan tidak semata-mata eksklusif mengandalkan internal birokrasi sebagaimana yang dikemukakan George Edward III.¹² Sementara di sisi lain, strategi utama dan keberhasilan program P2DBD sendiri masih dititikberatkan pada peran serta masyarakat dalam PSN. Karakteristik masyarakat sendiri merupakan bagian dari faktor lingkungan dalam implementasi. Hasil di atas membuktikan dengan jelas bahwa faktor lingkungan memang memiliki pengaruh paling besar/dominan dan membuat pengaruh faktor lain mengecil bahkan tidak signifikan. Sehingga misalnya, walaupun tujuan dan sasaran program dibuat sejelas mungkin dan didukung karakteristik Puskesmas

yang baik, namun ketika lingkungan (masyarakat) buruk, maka tetap saja implementasi program akan buruk. Hal ini memberi petunjuk bahwa dalam melaksanakan atau mengaplikasikan model implementasi suatu program perlu memperhatikan variabilitas permasalahan dan pengarus-utamaan strategi implementasi yang ada.

Kesimpulan

Dari hasil dan pembahasan penelitian dapat disimpulkan bahwa implementasi program P2DBD di wilayah kota Medan dalam kategori baik (level moderat), namun beberapa hal yang menjadi catatan adalah petugas P2DBD belum seluruhnya memiliki petunjuk pelaksanaan (juklak), petunjuk teknis (juknis) dan modul pengendalian DBD, masih kurangnya pemanfaatan hasil PJB untuk mengukur keberhasilan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dan masih kurangnya ketepatan dan kelengkapan pelaporan DBD di Dinas Kesehatan Kota. Berikutnya disimpulkan bahwa komunikasi dan lingkungan berpengaruh secara langsung terhadap implementasi program P2DBD. Dan terakhir, secara bersama-sama komunikasi, sikap, karakteristik puskesmas, pemahaman standar dan sasaran program, sumber daya, serta lingkungan berpengaruh terhadap implementasi program P2DBD dengan kontribusi sebesar 67,4%.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue. Jakarta: 2011.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Tahun 2014. Jakarta: 2015.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Waspada DBD di Musim Pancaroba*. Available at: <http://www.depkes.go.id/article/print/15010200002/waspada-dbd-di-musim-pancaroba.html>. Accessed 19 February, 2015.
4. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. *Laporan Tahunan 2014 Pengendalian & Pemberantasan Demam Berdarah Dengue (P2DBD), P2 Malaria, P2 Rabies, P2 Filariasis dan P2 Kecacingan*. Medan.

5. Dinas Kesehatan Kota Medan. *Laporan Bulanan Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD)*. Medan: 2014.
6. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. *Profil Kesehatan Sumatera Utara Tahun 2013*. Medan: 2013.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: 2014
8. Nugroho, R. *Public Policy*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo; 2012.
9. Anggraini, FD. *Analisis Implementasi Program Deteksi Dini Kanker Serviks Melalui Pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat) di Puskesmas Wilayah Kota Surabaya*. Semarang: Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro; 2013.
10. Chadijah S, Rosmini, Halimuddin. *Peningkatan Peranserta Masyarakat dalam Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) di Dua Kelurahan di Kota Palu, Sulawesi Tengah*. *Media Litbang Kesehatan* 2011; 21(4):183-190.
11. Zubaedah, IS. *Hubungan Faktor-Faktor Sumber Daya Manusia Terhadap Kinerja Petugas Pokja DBD Tingkat Kelurahan di Kota Tasikmalaya*. Semarang: Program Pascasarjana Universitas Diponegoro; 2007.
12. Edward III, G. *Implementing Public Policy*. Washington DC: Congressional Quarterly Inc.; 1980.