

BAB 5

GAMBARAN UMUM

5.1 Gambaran Umum Kecamatan Duren Sawit

5.1.1 Luas Wilayah

Berdasarkan laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007 diketahui bahwa luas wilayah Kecamatan Duren Sawit Kotamadya Jakarta Timur adalah 2.772,57 Ha, terdiri dari 7 Kelurahan, 95 RW, dan 1115 RT dengan perincian sebagai berikut :

1. Kelurahan Klender : 18 RW, 200 RT, (321,00 Ha)
2. Kelurahan Pondok Bambu : 12 RW, 174 RT, (486,26 Ha)
3. Kelurahan Duren Sawit : 17 RW, 187 RT, (522,70 Ha)
4. Kelurahan Malaka Sari : 10 RW, 143 RT, (233,50 Ha)
5. Kelurahan Malaka Jaya : 13 RW, 135 RT, (98,82 Ha)
6. Kelurahan Pondok Kelapa : 14 RW, 165 RT, (572,15 Ha)
7. Kelurahan Pondok Kopi : 14 RW, 111 RT, (538,14 Ha)

5.1.2 Batas Wilayah

Batas wilayah Kecamatan Duren Sawit adalah sebagai berikut :

- a. Bagian utara : Rel kereta api berbatasan dengan Kecamatan Cakung Kota Jakarta Timur.
- b. Bagian Timur : Berbatasan dengan Kotamadya Bekasi.

- c. Bagian Selatan : Berbatasan dengan Kecamatan Makasar dan Kecamatan Pondok Gede Bekasi.
- d. Bagian Barat : Kali Sunter Berbatasan dengan Kecamatan Jatinegara Kota Jakarta Timur.

5.1.3 Jumlah Penduduk

Penduduk di wilayah Kecamatan Duren Sawit Kodya Jakarta Timur tahun 2007 berjumlah 321.303 orang, terdiri dari 168.072 laki-laki dan 153.238 perempuan. Perincian data jumlah penduduk tiap kelurahan di wilayah Kecamatan Duren Sawit adalah sebagai berikut :

Tabel 5.1 Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin di Kecamatan Duren Sawit

No.	Kelurahan	WNI		WNA		Jumlah
		Laki	Wanita	Laki	Wanita	
1.	Klender	31.478	26.765	0	0	58.252
2.	Pondok Bambu	25.843	23.138	1	0	48.983
3.	Duren Sawit	22.713	21.304	3	0	44.048
4.	Malaka Sari	20.687	19.437	0	0	40.124
5.	Malaka Jaya	23.956	22.974	0	0	46.930
6.	Pondok Kopi	17.950	16.077	3	0	34.030
7.	Pondok Kelapa	25.401	23.543	0	0	48.994
	Jumlah	168.065	153.238	7	0	321.303

5.1.4 Mobilitas Penduduk

Mobilitas Penduduk Kecamatan Duren Sawit pada tahun 2007 antara lain : datang, pindah, lahir, dan mati sering dengan perekonomian yang ada di Propinsi DKI Jakarta dan kebutuhan masyarakat baik moril maupun material penduduk yang ada di wilayah Kecamatan Duren Sawit 321.303 orang. Jumlah penduduk yang datang

1102 orang dan yang pindah sebanyak 701 orang. Jadi, hampir setiap tahun penduduknya datang dan pergi.

5.2 Gambaran Keadaan Penduduk Kecamatan Duren Sawit

Berdasarkan tingkat pendidikannya maka sebagian besar penduduk di wilayah kecamatan Duren Sawit memiliki tingkat pendidikan terakhir SD yaitu sebesar 51,8%, sedangkan yang berpendidikan SLTA dan Akademi/Universitas hanya 21%. Jumlah penduduk di wilayah Kecamatan Duren Sawit berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat pada Tabel berikut ini.

Tabel 5.2 Distribusi Penduduk Kecamatan Duren Sawit Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No.	Pendidikan	Jumlah
1.	Tidak Sekolah	2.078 orang
2.	Tamat SD	43.952 orang
3.	Tamat SLTP	21.016 orang
4.	Tamat SLTA	14.003 orang
5.	Akademi/Universitas	3.825 orang

Sumber : Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007

Berdasarkan agama, sebagian besar penduduk di kecamatan Duren Sawit beragama Islam sebesar 98,89%. Jumlah penduduk di wilayah Kecamatan Duren Sawit berdasarkan agama dapat dilihat pada Tabel berikut ini.

Tabel 5.3 Distribusi Penduduk Kecamatan Duren Sawit Berdasarkan Agama

No.	Agama	Jumlah
1.	Islam	287.153 orang
2.	Kristen Protestan	12.997 orang
3.	Kristen Katolik	11.182 orang
4.	Hindu	1.762 orang
5.	Budha	1.131 orang

Sumber : Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007

Sedangkan dilihat berdasarkan pekerjaannya, jumlah penduduk di kecamatan paling banyak bekerja pada bidang jasa dan pekerjaan lain yang tidak dikategorikan dalam Tabel 5.4 , yaitu sebesar 50%, dan sebesar 28 % bekerja sebagai pegawai negeri. Jumlah penduduk di wilayah Kecamatan Duren Sawit berdasarkan pekerjaan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.4 Distribusi Penduduk Kecamatan Duren Sawit Berdasarkan Jenis pekerjaan

No.	Jenis Pekerjaan	Jumlah
1.	Pegawai Negeri	29.489 orang
2.	Pensiunan	3.652 orang
3.	ABRI	2.990 orang
4.	Polisi	212 orang
5.	Swasta	1.320 orang
6.	Buruh	11.172 orang
7.	Dagang	2.656 orang
8.	Wiraswasta	1.103 orang
9.	Petani/Peternak/Nelayan	105 orang
10.	Jasa dan Lainnya	54.214 orang

Sumber : Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007

5.3 Gambaran Ketersediaan Fasilitas Kesehatan di Kecamatan Duren Sawit

Jenis dan jumlah fasilitas kesehatan yang ada di wilayah Kecamatan Duren Sawit dapat dilihat pada Tabel 5.5 berikut ini.

Tabel 5.5 Jumlah Fasilitas Kesehatan di Kecamatan Duren Sawit

No.	Fasilitas Kesehatan	Jumlah
1.	Puskesmas	12 buah
2.	RB Pemerintah	3 buah
3.	RS RB Swasta	1 buah
4.	RB Swasta	24 buah
5.	RS Pemerintah	1 buah
6.	RSU Swasta	2 buah
7.	Posyandu	121 buah
8.	BPU	50 buah
9.	Lab Klinik	11 buah

10.	Praktek dokter umum	20 buah
11.	Praktek dokter gigi	24 buah
12.	Praktek dokter spesialis	6 buah
13.	Apotek	35 buah

Sumber : Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007

5.4 Gambaran Jumlah Kasus di Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007

Jumlah kasus DBD di kecamatan Duren Sawit selama tahun 2007 yaitu sebanyak 1477 kasus yang tersebar di 7 kelurahan. Kelurahan Pondok Kelapa dan kelurahan Duren Sawit merupakan wilayah yang paling banyak jumlahnya. Kelurahan Malaka Sari dan Malaka Jaya merupakan wilayah yang paling sedikit jumlahnya. Pada setiap kelurahan umumnya kasus mulai menurun pada bulan Agustus atau September tetapi untuk kelurahan Duren Sawit masih tetap tinggi pada bulan Agustus. Sedangkan kelurahan Malaka Sari merupakan wilayah yang jumlah kasusnya cukup mengalami penurunan pada bulan Agustus hingga November. Jumlah kasus per bulan selama tahun 2007 di 7 kelurahan wilayah kecamatan Duren Sawit dapat dilihat pada Tabel 5.6 di bawah ini.

Tabel 5.6 Data Penderita DBD di Wilayah Kecamatan Duren Sawit Januari s/d Desember 2007

Bulan	Klender	Pondok Bambu	Duren Sawit	Malaka Sari	Malaka Jaya	Pondok Kopi	Pondok Kelapa	Total
Januari	19	6	19	7	5	12	13	81
Februari	21	13	30	14	11	6	29	124
Maret	15	17	28	13	8	11	33	125
April	53	33	35	17	18	31	58	245
Mei	39	22	61	21	36	38	70	287
Juni	31	29	42	16	12	17	54	201
Juli	24	17	21	16	22	32	35	167
Agustus	15	16	33	1	9	12	26	112
September	10	17	10	2	7	2	13	61
Oktober	4	5	3	1	1	5	7	26

November	5	5	4	1	3	2	3	23
Desember	7	5	2	3	1	2	4	25
Total	243	185	288	112	133	170	345	1477

Sumber : Laporan Tahunan Program Penyehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007

5.5 Gambaran Umum Puskesmas Kecamatan Duren Sawit

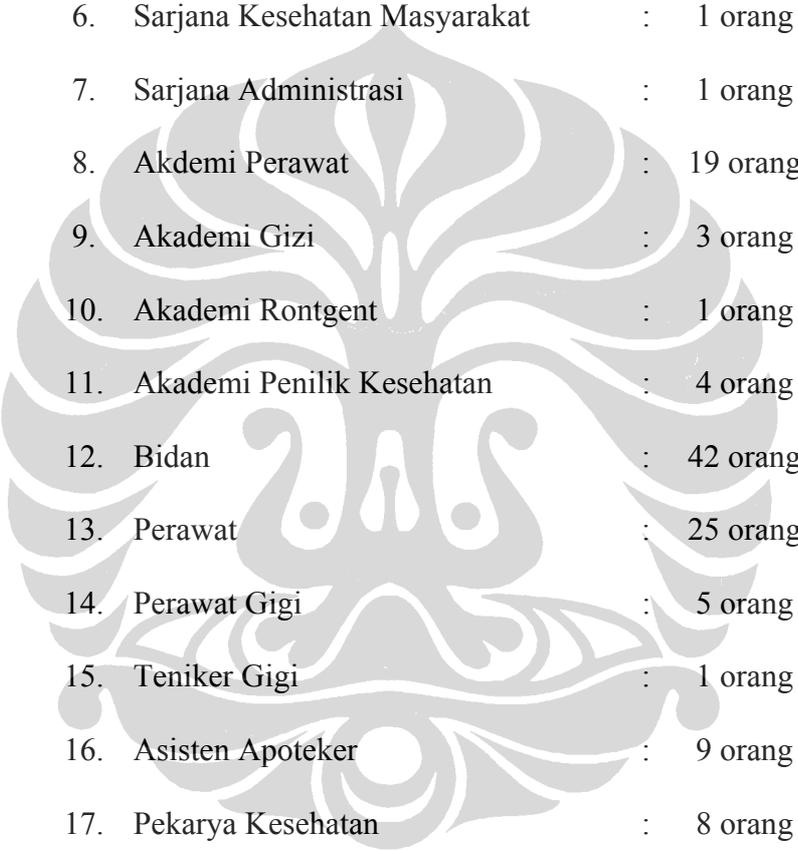
Berdasarkan Rencana Strategis Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007-2011 sebagai salah satu persyaratan menjadi Badan Layanan Umum (BLU), yang dibuat sesuai ketentuan Peraturan Pemerintah RI No. 23 Tahun 2005 dan Peraturan Gubernur Provinsi DKI No. 29 Tahun 2006 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU) maka Puskesmas mempunyai visi yaitu *“Tercapainya Puskesmas yang mengutamakan kepuasan pelanggan dengan pelayanan standar mutu internasional menuju Duren Sawit sebagai Kota Sehat”*.

Untuk mencapai visi tersebut, maka Puskesmas Duren Sawit mempunyai misi sebagai berikut :

1. Meningkatkan pelayanan yang berorientasi pada kepuasan pelanggan.
2. Mengembangkan profesionalisme SDM.
3. Mengembangkan sarana kesehatan puskesmas.
4. Mewujudkan manajemen puskesmas yang kompak dan solid.
5. Mengkoordinasikan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan.

5.5.1 Sumber Daya Manusia Puskesmas Kecamatan

Jumlah pegawai yang tercatat dan bertugas di wilayah Puskesmas Kecamatan Duren Sawit berjumlah 239 orang, yang terdiri dari :



1. Dokter Spesialis	:	2 orang
2. MKM	:	2 orang
3. Dokter Umum	:	13 orang
4. Dokter Gigi	:	18 orang
5. Apoteker	:	1 orang
6. Sarjana Kesehatan Masyarakat	:	1 orang
7. Sarjana Administrasi	:	1 orang
8. Akdemi Perawat	:	19 orang
9. Akademi Gizi	:	3 orang
10. Akademi Rontgent	:	1 orang
11. Akademi Penilik Kesehatan	:	4 orang
12. Bidan	:	42 orang
13. Perawat	:	25 orang
14. Perawat Gigi	:	5 orang
15. Teniker Gigi	:	1 orang
16. Asisten Apoteker	:	9 orang
17. Pekarya Kesehatan	:	8 orang
18. SLTA Umum	:	28 orang
19. SLTP	:	1 orang
20. SD	:	1 orang
21. Akademi Teknis Medis	:	1 orang
22. Tenaga Kontrak	:	53 orang

Sedangkan jumlah tenaga tersebut jika dilihat dari jenis kepegawaiannya adalah sebagai berikut :

- | | | |
|--------------------|---|-----------|
| 1. Otonom | : | 179 orang |
| 2. PTT | : | - |
| 3. PNS Titipan | : | - |
| 4. Honorer/Kontrak | : | 60 orang |

Wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Duren Sawit terdiri dari 7 kelurahan dan 11 Puskesmas Kelurahan, diantaranya yaitu :

1. Puskesmas Duren Sawit
2. Puskesmas Pondok Kelapa
3. Puskesmas Malaka Sari
4. Puskesmas Malaka Jaya
5. Puskesmas Pondok Bambu I
6. Puskesmas Pondok Bambu II
7. Puskesmas Pondok Kopi I
8. Puskesmas Pondok Kopi II
9. Puskesmas Klender I
10. Puskesmas Klender II
11. Puskesmas Klender III

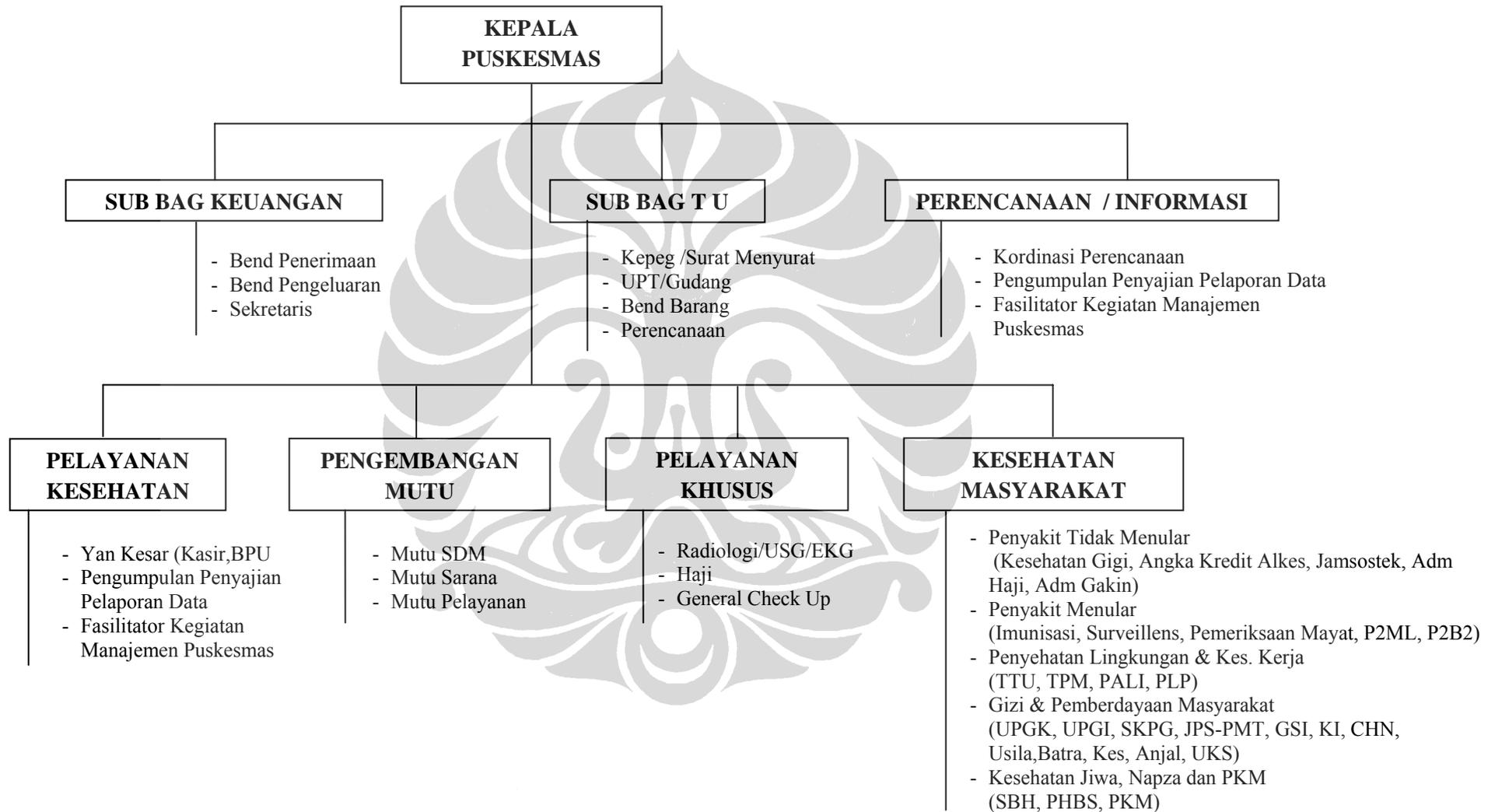
5.5.2 Struktur Organisasi Puskesmas Kecamatan Duren Sawit

Struktur organisasi puskesmas kecamatan Duren Sawit terdiri dari :

1. Kepala Puskesmas

2. Sub Bagian Keuangan
3. Sub Bagian Tata Usaha
4. Perencanaan dan Informasi
5. Seksi Pelayanan Kesehatan
6. Seksi Pengembangan Mutu
7. Seksi Pelayanan Khusus
8. Seksi Kesehatan Masyarakat

Program P2DBD dikelola oleh Seksi Kesehatan Masyarakat yang terkait pada 3 program atau sub seksi, diantaranya yaitu Sub Seksi Penyakit Menular untuk kegiatan fogging fokus, Sub Seksi Penyehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja (Kesling) untuk kegiatan PSN (PJB dan abatisasi), dan Promosi Kesehatan Masyarakat untuk kegiatan penyuluhan. Hubungan secara struktural antar bagian dan antar seksi dapat dilihat pada Gambar 5.1 di bawah ini.



Gambar 5.1 Struktur Organisasi Puskesmas Kecamatan Duren Sawit

BAB 6

HASIL

6.1 Karakteristik Informan

Informan yang menjadi sumber informasi dalam penelitian ini berjumlah 12 orang yang terdiri dari Kepala Puskesmas Kecamatan Duren Sawit, 2 orang Kepala Puskesmas Kelurahan, Koordinator Penyakit Menular DBD Puskesmas Kecamatan, Koordinator Kesehatan Lingkungan Puskesmas Kecamatan, Koordinator Promosi Kesehatan Puskesmas Kecamatan, 3 orang koordinator Kesehatan Lingkungan Puskesmas Kelurahan, dan 3 orang Jumantik. Karakteristik informan tersebut dapat dilihat pada Tabel 6.1 di bawah ini.

Tabel 6.1 Karakteristik Informan di Wilayah Kerja Puskesmas Duren Sawit

Kode Informan	Jabatan	Masa Jabatan	Latar Belakang Pendidikan
Ka.PKC	Kepala Puskesmas Kecamatan Duren Sawit.	2 tahun	S2 Kesehatan Masyarakat
PM	Koordinator Penyakit Menular DBD Puskesmas Kecamatan Duren Sawit.	20 tahun	S1
KL.C	Koordinator Kesehatan Lingkungan Puskesmas Kecamatan Duren Sawit.	15 tahun	D3-AKL
PK.C	Koordinator Promosi Kesehatan Puskesmas Kecamatan Duren Saawit.	3 tahun	D3-Akper
Ka.PKL1	Kepala Puskesmas Kelurahan Duren Sawit.	6 tahun	Dokter
KL1	Koordinator 1 Kesling Puskesmas Kelurahan Duren Sawit.	3 tahun	SMP
KL2	Koordinator 2 Kesling Puskesmas Kelurahan Duren Sawit.	1 tahun	D3-Akper
Ka.PKL2	Kepala Puskesmas Kelurahan Malaka Sari	2 bulan	Dokter
KL3	Koordinator Kesling Puskesmas Kelurahan Malaka Sari.	7 tahun	S1 Kesling
J.MS	Jumantik Kelurahan Malaka Sari.	2 tahun	

J.DS1 &J.DS2	Jumantik Kelurahan Duren Sawit.		
-----------------	---------------------------------	--	--

6.2 Gambaran Sumber Daya (Input) Program P2 DBD di Puskesmas Kecamatan Duren Sawit

Program P2 DBD yang dilakukan oleh Puskesmas Kecamatan Duren Sawit berada di dalam Seksi Kesehatan masyarakat dan terkait dengan beberapa program atau sub seksi, diantaranya yaitu program penyakit menular untuk kegiatan PE dan foging fokus, program kesehatan lingkungan untuk kegiatan PSN, dan program promosi kesehatan untuk kegiatan penyuluhan kesehatan penyakit DBD. Oleh karena itu, segala input yang terkait dengan program P2 DBD terdapat di dalam program-program tersebut yang ada di Puskesmas.

6.2.1 Tenaga

6.2.1.1 Hasil Observasi

Berdasarkan struktur puskesmas kecamatan yang diamati, jenis tenaga yang terlibat dalam kegiatan program P2 DBD yaitu koordinator Sub Seksi Penyakit Menular, Kordiantor Sub Seksi Kesehatan Lingkungan, dan koordinator Sub Seksi promosi Kesehatan yang seluruhnya ada di dalam Seksi Kesehatan Masyarakat. Sumber observasi data yang lain berdasarkan hasil telaah dokumen perencanaan anggaran tahun 2007 untuk honorarium tertera bahwa jenis tenaga yang terlibat dalam kegiatan Program P2 DBD diantaranya yaitu tim foging fokus yang terdiri dari satu orang ketua regu foging, 4 orang tenaga penyemprot, satu orang sopir foging, pelaksana PE, 73 orang pelaksana PSN dari petugas puskesmas, narasumber peningkatan wawasan (penyuluhan).

6.2.1.2 Hasil Wawancara

Informasi yang diperoleh berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai jenis tenaga yang terlibat dalam pelaksanaan kegiatan program P2 DBD diantaranya tenaga penyemprot foging dari petugas harian lepas, tenaga penyuluh dari petugas puskesmas, tenaga pemeriksa jentik baik dari Jumantik maupun petugas puskesmas serta Kelurahan dan RT maupun RW untuk kegiatan rutin dan dalam rangka kasus. Berikut adalah hasil wawancara mengenai jenis dan jumlah tenaga yang terlibat dalam pelaksanaan kegiatan.

“Kalau tenaga foging itu honor, kita istilahnya petugas harian lepas (PHL)...jadi memang orang yang kita sewa yang kita bayar per hari, ...ada sekitar 20 orang itu yang kita bayar. ...4 tim untuk foging itu. Satu tim sekitar 5 orang, 1 tim itu kan untuk 1 fokus.....Pegawai kita itu hanya mengawasi, pengawas lapangan, mengoplos obat kita. Jentik itu diperiksa oleh jumantik. Jumantik itu kan 1 RT minimal 1 orang..”. (Ka.PKC)

“Kalau untuk DBD kita ada petugas lepas harian sebagai penyemprot fogingnya, tenaga PNS sebagai kepala regu tiap kelurahan, tim survei kecamatan dan kelurahan untuk petugas PE, tenaga penyuluh dari Promkes, trus kader Jumantik. Satu regu penyemprot itu terdiri dari 1 kepala regu dan 4 orang PHL, dan kita punya 12 regu.” (PM)

“Jumantiknya petugasnya tiap RT ada 1, ada seratus tujuh puluh berapa gitu di kelurahan kita. Segitu sih gak cukup.” (KL2)

“Kalau dari jumlah kurang lah tenaganya, apalagi RW-nya banyak di sini ada 17.” (Ka.PKL1)

“Di sini agak susah ya, terbatas tenaga, jadi merangkap semua. Untuk menangani program DBD memang kurang tenaga ya, karena kan ada pelayanan.” (Ka.PKL2)

“Kita punya 143 RT dengan 143 Jumantik, itu tidak tercover.”(KL3)

Jika dilihat dari segi kualitas, tenaga yang terlibat langsung sebagai koordinator kegiatan dapat dilihat dari karakteristik informan terutama tenaga yang terkait dengan promosi kesehatan dan kesehatan lingkungan. Namun dari hasil wawancara lebih khusus memberikan gambaran mengenai kualitas kader Jumantik

sebagai pelaksana yang terjun langsung. Ketersediaan Jumantik dari segi kualitas diketahui tidak sama keadaannya di tiap wilayah kelurahan dan RW yang ada di kecamatan Duren Sawit. Deskripsi mengenai kemampuan petugas pelaksana hanya didapat dari informan puskesmas kecamatan pada kutipan berikut ini :

...dari segi kualitas... Ada yang bagus. Namanya juga kader ya, kadang-kadang dia tanya dari luar aja apa ada bak mandi, fokusnya hanya ke bak mandi. Ada bak mandi gak bu, gak kita gak ada, ya udah lewat. Tapi gak semua, ada juga yang bagus. Dari segi kualitas kuantitas juga masih belum untuk jumantiknya. (Ka.PKC)

Tergantung ya kan ada yang kadernya rajin, justru ada yang 1 RT misalnya lebih dari 50 laporannya bagus, tapi ada juga yang kader ini yang masih merasa maunya ditemenin sama kita... (PK.C)

Kalau dari segi kemampuan pada umumnya baik karena juga kan sudah ada pelatihannya. (PM)

6.2.2 Dana

6.2.2.1 Hasil Observasi

Metode yang dilakukan dalam mencari informasi mengenai dana untuk kegiatan P2 DBD adalah dengan telaah dokumen yang terkait seperti Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD) Tahun 2007 yang ada di puskesmas kecamatan Duren Sawit. Pada dokumen tersebut diketahui jenis alokasi dana untuk semua jenis program yang ada di puskesmas kecamatan serta indikator masukan, keluran, dan hasil yang akan dicapai untuk setiap kegiatan yang dilakukan. Indikator masukan merupakan sejumlah dana yang direncanakan untuk kegiatan selama satu tahun.

Berdasarkan hasil telaah dokumen DPA-SKPD tahun 2007 Puskesmas Duren Sawit, diketahui jumlah dana yang direncanakan untuk kegiatan dalam program P2 DBD dapat dilihat pada Tabel 6.2 dibawah ini.

Tabel 6.2 Jumlah Alokasi Anggaran untuk Kegiatan Program P2 DBD di Puskemas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007

Jenis Program	Jumlah per Alokasi	Jumlah Per Subsidi	Jumlah Total
A. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular			622.486.000
P2 DBD		561.800.000	
1. Biaya Bahan/Material aktivitas	353.400.000		
a. Insektisida Kegiatan foging (0,6 x 2 siklus x 300 fokus)	195.120.000		
b. Solar (40 Lt x 2 siklus x 300 fokus)	103.200.000		
c. Premium (18 Lt x 2 siklus x 300 fokus)	48.600.000		
d. Biaya Lelang Insektisida	2.577.600		
e. Biaya Pengendalian Teknis Insektisida	3.902.000		
2. Biaya Jasa Upah Kerja	208.400.000		
a. Kepala Regu Foging (1 orang x 2 siklus x 300 fokus)	32.400.000		
b. Penyemprot foging (4 orang x 2 siklus x 300 fokus)	129.600.000		
c. Sopir Foging (1 orang x 2 siklus x 300 fokus)	32.400.000		
d. Pelaksana PE (2 orang x 400 PE)	14.000.000		
B. Penyehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja			129.736.000
PJB dan Abatisasi		100.881.500	
1. Honorarium	91.431.500		
a. Pelaksana PSN (73 orang x 10 bulan x 4 kali)	84.680.000		
b. Rapat Persiapan Lomba Bebas Jentik (5 orang x 7 kelurahan)	402.500		
c. Pembinaan RW Bebas Jentik (4 orang x 7 kelurahan x 2 kali)	2.044.000		
d. Transport dan Uang Makan Juri Lomba Bebas Jentik (5 orang x 7 kelurahan x 2 kali)	2.555.000		
e. Honor Juri Lomba Bebas Jentik	1.750.000		
2. Biaya Bahan Obat-obatan (abate) (3 box x 25 Kg)	8.250.000		
3. Biaya Hadiah Lomba	900.000		
4. Biaya Penggandaan Formulir Kegiatan Lomba.	300.000		
C. Peningkatan Promosi Kesehatan			39.875.000
Sosialisasi Program Prioritas		33.305.000	
a. Honor, Transport, dan Makan Tim/Pantia/Pelaksana	7.355.000		
b. Narasumber Peningkatan Wawasan Murid SD tentang Penyakit DBD	1.100.000		

(2 orang x 11 PKL x 1 SD)			
c. Narasumber Pembinaan Jumantik (7 Kelurahan x 1 Kali)	525.000		
d. Peserta Pembinaan Jumantik (7 Kel x 30 org x 1 kali)	2.415.000		
e. Peserta Penyuluhan DBD kepada TOMA (7 Kelurahan x 30 org x 1 kali)	2.415.000		
f. Narasumber Penyuluhan kepada TOMA (7 Kelurahan x 1 Kali)	525.000		
g. Peserta Penyuluhan DBD kepada Masyarakat di kawasan elite (5 orang x 1 Kali)	375.000		

Sumber : Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD) Tahun Anggaran 2007

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari anggaran yang direncanakan untuk pemberantasan penyalit menular di puskesmas kecamatan Duren Sawit, sebesar 90%-nya adalah untuk kegiatan pemerantasan penyakit DBD khusus untuk kegiatan foging. Dari 90% dana yang direncanakan tersebut, sebesar 63% adalah untuk biaya bahan dan material foging, sedangkan 37% untuk biaya jasa upah tenaga. Untuk kegiatan PJB dan abatisasi dananya dianggarkan dari program Penyehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja (Kesling), yaitu sebesar 77,7% digunakan untuk kegiatan PJB dan abatisasi. Sedangkan untuk kegiatan penyuluhan dianggarkan dari program Promosi Kesehatan untuk sosialisasi program prioritas salah satunya yaitu P2 DBD, yaitu sebesar 22% untuk DBD.

6.2.2.2 Hasil Wawancara

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa dana untuk pelaksanaan kegiatan P2 DBD hanya dikelola dari puskesmas kecamatan sementara puskesmas kelurahan hanya sebagai tenaga pelaksana, sehingga informasi mengenai dana untuk kegiatan lebih dalam diketahui hanya dari puskesmas kecamatan. Selain itu diketahui juga bahwa sumber dana untuk kegiatan-kegiatan P2 DBD berasal dari APBD saja,

tidak terdapat dana tambahan dari sumber lain. Berikut ini adalah hasil kutipan wawancara dengan petugas puskesmas kecamatan dan kelurahan :

“APBD, gak ada dari pusat hanya APBD. Iya itu kalau KLB dari pusat.”(Ka.PKC)

“Sumber dana kita dari APBD aja. Pusat itu sifatnya bantuan kalau kita Kejadian Luar Biasa itu baru ada bantuan dari pusat. Sumber lain ya cuma biaya tambahan aja, sama ya itu dari Depkes kalau memang KLB.”(PM)

“Anggaran itu kita hanya menerima, yang merencanakan itu puskesmas kecamatan. Kita hanya pelaksana aja.” (KL3)

“Anggaran tau-tau kita sudah dikasih aja dari kecamatan...”(Ka.PKL1)

Dari hasil wawancara, besar dana yang direncanakan tahun 2007 dialokasikan untuk pengadaan insektisida, abate, bahan bakar mesin foging seperti premium dan solar, honor petugas foging, honor narasumber penyuluhan, penggandaan materi penyuluhan, snack peserta penyuluhan. Sedangkan untuk honor Jumantik tahun 2007 dianggarkan oleh kantor kelurahan dengan jumlah empat puluh ribu rupiah per bulan yang waktu penerimaannya tidak menentu. Hal tersebut dijelaskan oleh beberapa informan seperti berikut ini :

“...kalau foging fokus itu untuk biaya honor, honor itu satu foging fokus itu 5 orang, ketuanya, ada anggotanya. ...untuk jumantik, untuk pengadaan abate, kaos seragamnya... PSN itu dananya untuk kita yang turun ke lapangan. Untuk 2008 ini termasuk jumantik, di kita, kalau tahun lalu itu di kelurahan, di kantor lurah.”(Ka.PKC)

“Kalau anggaran saya itu untuk insektisida, untuk pembelian solar, premium, honor petugas. Itu lah yang saya pegang.” (PM)

“Anggaran itu biasanya kita untuk konsumsi anak muridnya, trus untuk fotokopi materi yang kita berikan, kemudian untuk pembicara.”(PK.C)

“Kalau untuk abate itu memang dari puskesmas kecamatan belanja sendiri. Kalau untuk jumantik itu memang diturunkan kelurahan.” (Ka.PKL2)

“...honor itu baru turun di puskesmas baru tahun ini, kemaren kan dipegang sama kantor Lurah.(KL3)

"Kalau honor Jumantik itu ya kita selama in, ini baru kali ini kita menerima di Puskesmas, kalau yang lalu-lalu di kantor lurah. Tahun lalu dikeluarkan kadang-kadang 120 ribu, iu berapa bulan sekali jadi gak tentu, baru tahun ini ditetapkan jadi setiap bulan 70 ribu." (J.DS1)

"Ya kalau kemaren sih adalah tahun 2007 dari kelurahan. Honor biasanya turun 6 bulan sekali, yang saya tau. Ini bulan mau turun. Seminggu paling 10.000, sebulan 40.000." (J.MS)

Untuk realisasi penerimaan dan kecukupan anggaran untuk program P2 DBD diprioritaskan untuk semaksimal mungkin dapat mencapai 100% dari yang direncanakan karena Program P2 DBD termasuk program yang menjadi prioritas di Puskesmas Kecamatan Duren Sawit. Biaya yang paling banyak adalah untuk kegiatan foging fokus dan sulit untuk diprediksi dalam membuat anggarannya karena jumlah kasus biasanya tidak sama tiap tahun. Perencanaan anggaran untuk foging fokus dibuat dengan memperkirakan jumlah kasus dari rata-rata jumlah kasus 3 tahun terakhir dan kenaikan perencanaan anggaran hanya bisa dinaikan 10% sampai 15% dari tahun sebelumnya. Hal tersebut diketahui dari beberapa keterangan nforman berikut ini :

"Beda untuk DBD gak dipotong, karena kan kita gak semua anggarkan gak untuk DBD semua, sekian milyar, tapi itu ada pagunya, itu sekian uang yang dikasih dari pemerintah, tapi kita tetap ngajuin sekian milyar, mungkin sekitar berapa persen yang dikasih, 75 atau 80% lah yang dikasih yah." (Ka.PKC)

"...Awalnya kita ngambil 3 sampai 5 tahun itu kasus itu dijumlah, kita ambil rata-ratanya... ..untuk tahun berikutnya, kita hanya diperbolehkan dari anggaran yang sudah itu hanya 10% sampai 15% naiknya. Kalau rencana kita keluar 100% dari yang kita usulin, nah biasanya hampir 90% itu usulan kita direalisasi, cuman ternyata setiap tahun kita selalu meleset, kita usulin 300 ternyata kasus yang harus saya tangani ada 900." (PM)

"Ya itu tahun 2007 kita bikin perencanaan, paling kita anggaran tahun lalu ditambah 10%. Kalau khusus DBD itu puskesmas kecamatan yang bikin perencanaan." (Ka.PKL1).

6.2.3 Sarana

6.2.3.1 Hasil Observasi

Berdasarkan hasil observasi bersamaan pada saat mewawancarai informan, beberapa informan menunjukkan ketersediaan sarana yang digunakan untuk kegiatan penyuluhan seperti leaflet informasi mengenai DBD untuk anak SD, formulir pendaftaran untuk pelaksana PSN dalam melakukan pemeriksaan jentik dan termasuk bubuk abate. Selain itu berdasarkan hasil observasi yang dilakukan pada kegiatan PSN pada hari Jumat di kelurahan Malaka Sari diketahui bahwa sarana lain yang digunakan adalah senter terutama bagi Jumantik, kaos PSN 30 menit, alat tulis Jumantik, kendaraan dinas roda dua bagi petugas puskesmas kelurahan dan kecamatan, dan kendaraan dinas roda empat dari puskesmas kecamatan.

6.2.3.2 Hasil Wawancara

Informasi yang didapatkan mengenai jenis sarana dan ketersediaan yang diperoleh dari hasil wawancara yaitu sarana untuk kegiatan foging fokus terdiri dari mesin semprot sebanyak 15 unit dan 1 mesin ULV untuk penyemprotan yang sifatnya KLB. Mesin semprot untuk foging tersebut dianggap masing-masing kurang mengingat tingginya jumlah kasus di Kecamatan Duren Sawit dan luasnya wilayah kecamatan tersebut. Sedangkan di masing-masing puskesmas kelurahan tidak memiliki alat untuk foging. Sedangkan untuk kegiatan penyuluhan kesehatan mengenai DBD jenis sarana utama yang digunakan adalah leaflet yang diberikan dari Sudin Kesehatan atau Dinas Kesehatan. Namun secara jumlah tidak mencukupi. Puskesmas kecamatan yang bertanggung jawab menggandakannya dalam bentuk fotokopi. Berikut ini adalah kutipan hasil wawancara beberapa informan yang menjelaskan ketersediaan sarana :

“...alat fogingnya, kita itu dari Sudin. ...kayaknya ada sekitar 15-an dan itu jalan semua. Kalau PSN sih gak perlu alat, paling cuma senter aja. Kalau Abate kadang-kadang dari Sudin juga di buffer kan, dari Dinas...”(Ka.PKC)

“...alat mesin semprot, kalau jumlah kita masih kurang lah, kita cuma punya 15 unit untuk 1 kecamatan. Berarti kita coveran hanya untuk 4 regu lah. Karena itu lah dibantunya 15 unit itu dengan 1 alat yang cakupannya lebih luas, namanya ULV. Kendaraan dinas untuk DBD kita ada roda duanya 1, roda empatnya ada satu. Kalau alat dan sarana kita masih kurang, karena kita gak sesuai kita punya 12 regu tapi sementara alat yang ada kita cuma siap untuk 4 regu”. (PM)

“Setau saya Kecamatan punya mesin cuma 5 itu, untuk 11 Puskesmas... Kalau abate itu dari Puskesmas Kecamatan, jadi abate itu dibelikan untuk warga secara cuma-cuma, gratis gitu lho.”(KL1)

“Kita dari Dinas, Sudin, langsung ke kita. Tapi kalo kita punya menganggarkan, kita buat juga paling hanya leaflet aja, kita menggandakan, gak membuat. Kalo sarana sih disediakan cuma tidak mencukupi jumlahnya, tidak sesuai dari segi jumlahnya tidak mencukupi.” (PK.C)

Sedangkan sarana yang tersedia di puskesmas kelurahan pada umumnya yang utama adalah kendaraan dinas roda dua untuk kegiatan Penyelidikan Epidemiologi (PE) dan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), termasuk kegiatan pemeriksaan jentik dan abatisasi ada di dalam 2 kegiatan tersebut. Selain itu juga senter untuk kegiatan PSN baik untuk petugas puskesmas dan Jumantik. Namun senter untuk Jumantik disiapkan oleh kelurahan berikut dengan kaos atau rompinya. Jumantik juga diberikan formulir daftar isian dari puskesmas yang harus diisi ketika melakukan pemeriksaan jentik ketika PSN mengenai hasil pemeriksaan. Selain itu juga Jumantik membawa abate yang bagikan dari puskesmas kecamatan untuk kegiatan pemeriksaan jentik.

“Sarana apa yaa, ya kalau kami turun ya paling jalan, naik motor gitu doang. Kendaraan dinas itu motor ada 2 untuk 4 orang turun.”(Ka.PKL2)

“Itu kita kan ada 2 sepeda motor, yang satu dibawa yang laki, satu lagi yang perempuan, untuk PSN, untuk PE.”(Ka.PKL1)

“Kalau untuk sarana lain kayak misalnya rompi, kaos, senter, itu di kantor lurah... Iya disini ada formulir yang harus diisi dari kita, trus kita bawa abate aja gitu.” (KL.C)

“Daftar isiannya itu dari puskesmas kelurahan, kita sudah terima satu buku, kalau habis kita fotokopi sendiri. Kita cuma bawa senter aja, senter, paling buku tadi, sama alat tulis, untuk catat di rumah siapa, ketemunya di mana. Senter waktu itu di kasih dari ibu lurah.” (J.DS1)

“Senter, senter aja deh, terus kalau ininya, obatnya gitu abate. Kalau baju kita dikasih gratis, itu dari kelurahan, trus sama itu biasa catatan formulir rekapan. Kalau koordinator itu kan ada rekapan. Trus kalau jumantik itu punya daftar rumah yang dimasukin.” (J.MS).

6.2.4 Metode

6.2.4.1 Hasil Observasi

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan ketika melakukan wawancara kepada informan diketahui bahwa tersedia juklak/juknis bagi pelaksana PSN dan Jumantik untuk melakukan kegiatan PSN pemeriksaan jentik dan abatisasi selektif. Juklak/juknis yang ada di puskesmas kecamatan tersebut berupa buku yang diterbitkan oleh Depkes RI. Namun karena jumlahnya terbatas, maka puskesmas kecamatan hanya mengandakannya untuk Jumantik dalam bentuk fotokopi.

6.2.4.2 Hasil Wawancara

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan mengenai ketersediaan metode yang digunakan dalam kegiatan program P2 DBD diketahui bahwa tenaga pelaksana kegiatan baik dari petugas puskesmas atau Jumantik tidak semuanya difasilitasi dengan juklak/juknis seperti buku pedoman atau modul untuk menjalankan tugasnya. Dari hasil wawancara di puskesmas kecamatan memberikan keterangan bahwa setiap tenaga pelaksana dilengkapi dengan juklak/juknis kegiatan. Berikut ini adalah keterangan yang didapatkan dari informan di puskesmas kecamatan :

“Kalau kayak foging memang ada aturannya untuk foging 100 meter harus apa-apa aja. Trus kayak PSN itu juga ada kayak ngapain harus segala macam, ada dasarnya, kemudian apa yang dikerjakan juga sudah jelas, jumentik pun ada juklak jumentik itu ada, juklak untuk PSN.” (Ka.PKC)

“Sebenarnya sih ada buku pegangannya. Kayak misalnya sistem pengawas operasionalnya.” (PM DBD)

“Ada di sini, ada buku jumentiknya, udah kita kopiin untuk mereka kalau penyuluhan. Ini dari Depkes yang buat.” (KL.C)

“Kita gak ada kaya SOP untuk DBD sendiri, tapi untuk promkesnya ada kita, itu adanya di ISO, di situ kita ada SOP kita.” (PK.C)

Berdasarkan hasil wawancara dari informan di Puskesmas Kelurahan Malaka Sari dan Puskesmas Duren Sawit beserta Jumentiknya, ketersediaan juklak/juknis tidak merata pada setiap tenaga pelaksana PSN. Petugas puskesmas kelurahan dan kepala puskesmas menyatakan tidak memiliki atau tidak disediakan juklak/juknis kegiatan, tetapi pelatihan dan penyuluhan pernah diberikan. Sedangkan informasi yang didapatkan dari Jumentik baik dari kelurahan Malaka Sari dan Duren Sawit, juklak/juknis pernah diberikan kepada mereka pada saat diberikan pengarahan dari puskesmas atau dari kelurahan. Berikut adalah hasil kutipan wawancara dari informan puskesmas kelurahan dan Jumentik.

“Kayaknya sih secara tertulis gak ada ya, kita cuma..., kalo petunjuk teknis sih gak ada.” (Ka.PKL2)

“Untuk juklak itu, kita gak punya juklak seperti itu, tapi kalau pelatihan itu ada. Kalau dari pelatihan-pelatihan itu kan biasanya kita suka ada Juklak.” (KL3)

”Ada itu dari kelurahan, kadang dari puskesmas, selebaran ada yang berupa buku itu dari kelurahan. Kalau itu dia kalau dipanggil semua kader dikasih pengarahan, kan sering kita dapat pengarahan-pengarahan. Bentuknya itu kaya buletin lah, bundelan gitu tipis-tipis.” (J.MS)

”Ya gak ada, tapi ada ketentuan misalnya PE harus sekian rumah dari kecamatan memang sudah ditentukan dari kecamatan, ya ada berarti kan ya.”(Ka.PKL1)

“Kalo penyuluhan kayaknya sih ada, udah pernah dulu karena dulu itu kadang-kadang jumantik suka rapat-rapat gitu di kelurahan.”(KL2)

”Kalau itu biasanya kita dapat sebulan sekali kaya brosur gitu, itu koordinator ngasih, mungkin dia dari puskesmas atau dari mana kita gak tau.” (J.DS2)

6.2.5 Waktu

6.2.5.1 Hasil Observasi

Informasi mengenai jadwal waktu pelaksanaan kegiatan program P2 DBD untuk tahun 2007 melalui metode obeservasi tidak dapat diketahui. Jadwal waktu yang tersedia ketika penelitian ini dilakukan adalah waktu pelaksanaan kegiatan penyuluhan yang direncanakan untuk tahun 2008. Namun pada umumnya bentuk jadwal kegiatan untuk tahun 2007 sama dengan tahun 2008 yang terdiri dari keterangan tanggal dan waktu pelaksanaan, tempat atau sasaran kegiatan, dan tenaga atau penanggung jawab pelaksana kegiatan.

6.2.5.2 Hasil Wawancara

Informasi yang didapat mengenai waktu atau jadwal kegiatan yang dilakukan dengan metode triangulasi sumber diketahui bahwa jadwal waktu pelaksanaan yang dapat jelas dideskripsikan yaitu mengenai waktu pelaksanaan kegiatan penyuluhan yang dilakukan atau dikoordinir oleh puskesmas kecamatan. Puskesmas kecamatan membuat jadwal waktu pelaksanaan penyuluhan yang sifatnya diprogramkan. Namun terkadang peaksanaannya tidak sesuai dengan jadwal waktu yang ditetapkan. Sedangkan informasi mengenai pelaksanaan foting walaupun sudah dijadwalkan namun terkadang masih juga pelaksanaannya tidak sesuai. Berikut ini adalah kutipan hasil wawancara mengenai ketepatan waktu pelaksanaan kegiatan :

“Dia yang menjadwalkan, hari ini foting dimana, karena DBD di sini kan banyak, dia harus menjadwalkan. Sabtu minggu pun sore jalan, jadi gak terpatok jam kerja

ya, jadi di luar sabtu minggu itu juga udah banyak yang menunggu kan. ...kadang-kadang gak sesuai dengan itu, kayak misalnya PE harus 24 jam tapi laporan kasusnya baru diterima minggu depan ya itu gak sesuai dengan juklak/juknis.”(Ka.PKC)

“...kadang-kadang kita jadwalkan hari senin 6 RT umpamanya, paling dikerjakan 2 RT, yang 4 RT nanti nunggu lagi. Jadi gak kita langsung laporkan, seminggu tanggal 1, gak tanggal 1 ini semua.”(KL1)

“... Karena kan puskesmas kecamatan juga menjadwalkan fogingnya, mungkin juga karena tenaganya dia kan jadwalnya terlalu banyak kan, jadi kita nunggu dulu.”(Ka.PKL1)

“Kalo disini kita buat, seperti ini ada waktunya, tapi gak 100% sesuai, karena masing-masing kita punya kegiatan juga.”(PK.C)

“Memang ada jadwal seperti itu, tapi kalau dimana pun saya akan ada bicara di mana ada kumpul pasti saya masuk, walaupun cuma disuruh kata-kata sambutan, itu tapi saya masukkan sekalian sekitar 15 menit, begitu.(Ka.PKL2)

...ada jadwal, minggu ini di RT berapa, minggu berikutnya di RT berapa. Yang buat jadwal koordinator, kesepakatan bersama.”(J.DS2)

6.3 Gambaran Proses Pelaksanaan Kegiatan Program P2 DBD Di Puskesmas Kecamatan Duren Sawit

6.3.1 Penyelidikan Epidemiologi (PE)

Berdasarkan informasi yang didapatkan dari beberapa informan di puskesmas kecamatan dan kelurahan, kegiatan penyelidikan epidemiologi yang dilakukan oleh tenaga puskesmas kelurahan di masing-masing wilayahnya. Kegiatan PE dilakukan untuk mengetahui apakah ada peyebaran kasus di wilayah penderita yang melapor dan menentukan apakah perlu dilakukan penyemprotan (foging) di wilayah sekitar tempat terjadinya kasus.

PE itu kan itu untuk menentukan kita difoging apa gaknya. (Ka.PKC)

PE itu untuk cari tau ada penyebaran di situ, kronologis penyakitnya. (PM)

PE untuk memutus mata rantai, kalau kita gak turun PE kita gak tau untuk penyemprotan turun atau tidak. Jadi kita turun untuk memutuskan tali rantai, supaya kalau ada jentik kita langsung tindak untuk memutus mata rantainya. (Ka.PKLI)

Beberapa informan memberikan keterangan untuk tenaga keterangan kegiatan PE dilakukan oleh petugas puskesmas kelurahan dari koordinator Kesling untuk wilayahnya masing-masing dan biasanya dibantu dengan Pak RT atau Jumantiknya. Sedangkan untuk teknis kegiatannya petugas memeriksa jentik ke 20 rumah sekitar rumah penderita, apabila salah satu rumah ditemukan jentik maka hasil PE dikatakan positif dan harus disemprot (foging).

Jadi PE itu petugas kelurahan, dibantu dengan kecamatan juga ya, karena segitu banyak gak mungkin, orang kelurahan kan terbatas ya. PE itu dari penderita itu radius 100 meter, ya sekitar 20 rumah, itu dicek, dicek jentiknya. Yang disebut PE(+) itu, ada penderita, dan sekitarnya ada orang yang demam, dan ada jentik, itu positif. (Ka.PKC)

Saya itu kan kalau PE 1 kasus, itu 20 rumah ya, 20 rumah itu gak cukup 1 jam saya sendiri bareng sama Pak RT-nya kalau gak sama jumantiknya. Satu RT ada satu jumantik. Hasilnya ada yang positif ada negatif Harusnya dari peraturannya kan kalo yang positif kita foging kan, kalau yang negatif gak usah. (KLI)

Target PE itu 5% dari jumlah penduduk sekitar situ jentiknya positif. Jadi 20 rumah kalau 1 rumah ditemukan itu sudah 5% dan itu udah dikatakan bahwa lingkungan tersebut harus di foging.(PM)

Hambatan kegiatan PE pada umumnya terkait dengan data penderita yang tidak lengkap sehingga mengakibatkan petugas terlambat merespon laporan kasus atau bahkan tidak merespon apabila alamat tidak ditemukan. Data yang tidak lengkap dikarenakan pada umumnya penderita yang di rawat di RS memberikan alamat yang tertera di KTP sementara banyak yang sudah tidak tinggal di alamat tersebut. Laporan kasus diterima oleh petugas puskesmas dari laporan warga dengan membawa surat keterangan dari RS dan juga laporan kasus yang diterima dari dinas kesehatan melalui puskesmas kecamatan. Diakui oleh beberapa informan banyak

laporan kasus dari dinas kesehatan yang tidak lengkap alamatnya atau salah melaporkan lokasi kasus. Selain itu juga terkadang ada warga yang tidak bersedia diperiksa rumahnya.

Kebetulan kita cari alamat yang susah, alamatnya gak jelas.(Ka.PKC)

Biasanya ada surat begini, alamat RT/RW-nya gak ada, gak lengkap, sering juga hasil informasi dari internet itu yang kosong-kosong gitu alamatnya, itu susah melacaknya, RT kosong, RW kosong...(KLI)

...kadang-kadang rumah sakit itu yang tercantum alamat yang di KTP padahal ada yang orangnya sudah pindah, ada yang beberapa seperti itu.(Ka.PKL1)

Biasanya kebanyakan data dari internet tidak sesuai, data dari internet dengan data yang kami terima,misalnya tapi KTP-nya aja tinggal di sini. Biasanya dia kan sudah tinggalnya dimana, tapi masih KTP Malaka Sari, ternyata sudah tidak ada orangnya. Itu ada yang beberapa seperti itu.(Ka.PKL2)

Kadang-kadang ada yang mau dimasukin ada juga yang tidak. Kadang-kadang kan mereka bilang ke rumah Saya sudah bersih pak.(KL3)

Hambatan PE biasanya sih rumah susah dimasukin, itu yang saya dengar dari kader, karena bukan tugas saya, biasanya itu Kesling yang nguasai.(PM)

6.3.2 Fosing Fokus

6.3.2.1 Hasil Observasi

Berdasarkan hasil observasi yang diperoleh dari telaah dokumen Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007 mengenai pelaksanaan fosing fokus diketahui bahwa seluruh kegiatan fosing fokus dilakukan untuk 2 siklus karena jumlah fosing fokus siklus pertama sama dengan jumlah fosing fokus siklus kedua. Berdasarkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah Tahun 2007 Puskesmas Duren Sawit diperoleh informasi mengenai indikator indikator manfaat kegiatan fosing fokus yaitu menurunnya kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Duren Sawit, dan indikator dampak adalah

meningkatnya partisipasi terhadap pemberantasan penyakit DBD. Indikator tersebut dapat merupakan indikator tujuan dari kegiatan foging fokus.

6.3.2.2 Hasil Wawancara

Dari hasil wawancara beberapa informan menyatakan bahwa tujuan kegiatan foging fokus adalah untuk memutus rantai penularan penyakit dengan membunuh nyamuk dewasanya supaya tidak ada lagi penderita di wilayah tersebut dan mencegah terjadinya KLB seperti yang dikatakan oleh kepala puskesmas kecamatan dan koordinator penyakit menular DBD puskesmas kecamatan.

...Kalau foging kan kalau untuk memutus mata rantainya kan.(Ka.PKC)

Foging itu membasmi, kalau udah ketauan di situ ada telurnya dari hasil PE, berarti di situ ada nyamuknya. Jadi memutus rantai induknya dia. ...acuannya kita menekan angka penyakit, jangan sampe terjadi penyebaran dan jangan sampe terjadi KLB.(PM)

Kalau foging kan bunuh nyamuk dewasa, kalau PSN kan jentiknya yang kita basmi.(Ka.PKL1)

Tujuan foging itu kan hanya memutus mata rantai gitu kan, hanya membunuh nyamuk dewasa aja. ...tujuan kita kan untuk menurunkan angka kasus, angka keseluruhan dalam satu kelurahan, bukan angka kasus dalam satu rumah saja, gitu.(KL3)

Berdasarkan hasil wawancara, kegiatan foging dilakukan apabila hasil dari kegiatan PE positif yang dilaporkan petugas puskesmas kelurahan kepada petugas puskesmas kecamatan. Respon time foging fokus umumnya 2 sampai 3 hari sejak laporan diterima di puskesmas kecamatan. Sedangkan untuk pelaksanaannya tenaga penyemprot lepas harian yang dikoordinir oleh petugas puskesmas kecamatan turun ke wilayah yang akan difoging bersama dengan petugas puskesmas kelurahan sebagai pengawas pelaksanaan di lapangan dan Pak RT wilayah yang akan difoging. Penyemprotan dilakukan dengan radius 100 meter dari lokasi si penderita. Tetapi

terkadang juga melihat lingkungan perumahannya yang menyebabkan terkadang tidak tercapai radius yang seharusnya. Walaupun tidak semuanya 2 siklus penyemprotan dilakukan, tetapi sebagian besar sudah dilakukan 2 siklus.

“... ada kasus DBD, 1x24 jam kasus segera di PE, kemudian maksimal 2x24 jam harus sudah di foging. Jadi orang kelurahan turun PE, trus dia lapor ke Agus, karena Agus itu orang lapangannya dia urusan PE sampai foging, lapor ke Agus. Foging dari sini, kita yang monitor, tapi tetep kita libatkan orang kelurahan, mereka sebagai pengawas di lapangan, kita harus ada orang kelurahan kan yang tau wilayahnya.”(Ka.PKC)

“...kasus itu 1x24 jam kita harus tindak lanjuti. Kalau untuk fogingnya itu 2 atau 3 hari kita gak ada masalah. Tapi yang penting kita respon dulu dari laporan... 4 Ha itu dengan catatan solar 40 liter, kalau rumah semuanya itu tidak ada yang tingkat kita bisa cover, tapi kalau mayoritas rumahnya tingkat berarti dari 4 Ha udah tinggal 2 Ha atau 3 Ha... Jadi kita radius 100 meter itu ga nyampe karena dibatasin dengan anggaran yang ada”. (PM)

“Kalau hasil PE (+) pasti disemprot walaupun nunggunya lama. Tapi ada yang 2 siklus, ada juga yang 1 siklus, gak semuanya 2 siklus. ... menurut teori kan ada nyamuk yang gigit, makanya kita harus foging, radius 100 meter, kalau sekarang udah nambah 200 meter.”(KL1)

“...Kita turun kan untuk memantau apakah keadaan dosis yang mereka campur itu melebihi batas atau kah kurang dari batas, itu. Ada kasus benar baru kita adakan penyemprotan. Biasanya ya kita ambil paling lama itu 3 hari, 3 hari setelah kita PE, tapi biasanya selama ini sih cepet kok, karena kendalanya itu makanya sampai 3 hari.”(KL3)

Hambatan yang dialami pada pelaksanaan kegiatan foging adalah masalah dana untuk pembelian bahan bakar mesin yang mahal, ketidaksiapan masyarakat yang terkadang sulit membuat jadwal pelaksanaan, dan keterbatasan alat yang dapat membuat lambatnya respon time foging. Hal tersebut sesuai yang dikatakan oleh beberapa informan berikut ini.

“Kendalanya kebetulan didana ya, BBM, solar premium udah naik, itulah kendalanya.” (Ka.PKC)

”Kalau foging itu kita tergantung dari masyarakat itu sendiri, jadi kita juga gak bisa pastikan harus ini hari senin misalnya gitu pasti mereka gak siap, jadi kita nunggu mereka siapnya hari apa, jadi gak terlalu baku peraturan dari kita.”(KL3)

“...alat dan sarana kita masih kurang, karena kita gak sesuai kita punya 12 regu tapi sementara alat yang ada kita cuma siap untuk 4 regu.”(PM)

“Terus terang aja untuk peralatan maupun orang untuk pelaksanaan foging ini kurang. Jadi akibatnya tersendat, jadi sampai 2 minggu pelaksanaannya...”(KL1)

6.3.3 Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)

6.3.3.1 Hasil Observasi

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan secara langsung mengikuti kegiatan PSN, PSN yang dilakukan oleh petugas pada hari Jumat di mulai pada jam sembilan pagi. Kegiatan di mulai dengan berkumpul di kantor RW 5 kelurahan Malaka Sari yang pada saat itu dihadiri oleh kepala peskesmas kecamatan dan kelurahan, ketua Lurah, koordinator wilayah RW 5 dari petugas puskesmas kecamatan, petugas Kesling puskesmas kelurahan, koordinator Jumantik RW 5, dan para Jumantik RW 5. Koordinator Jumantik membagikan bubuk abate kepada Jumantiknya dalam jumlah yang tidak terlalu banyak. Selain itu berdasarkan laporan tahunan Program Penyehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja Tahun 2007 diketahui ada kegiatan lomba bebas jentik antara kelurahan yang diwakili masing-masing RW-nya, dan kelurahan Malaka Sari yang menjadi sebagai pemenang yaitu RW 3 sebagai RW bebas jentik.

6.3.3.2 Hasil Wawancara

Berdasarkan hasil wawancara beberapa informan petugas kesehatan didapatkan informasi bahwa PSN merupakan kegiatan pemeriksaan dan pemberantasan sarang nyamuk ke rumah-rumah warga yang dilakukan setiap hari

Jumat bagi petugas puskesmas bersama Jumantik dan hari lainnya bagi Jumantik. Dalam kegiatan PSN ini petugas puskesmas kecamatan maupun kelurahan cukup banyak dilibatkan sebagai koodinator wilayah kelurahan maupun RW. Kegiatan ini termasuk juga kegiatan pemeriksaan jentik dan abatisasi.

Kegiatan PSN yang dilakukan yaitu mulai dari pemeriksaan jentik oleh Jumantik ke rumah warga di wilayah RT Jumantik tersebut, memberikan penyuluhan kepada anggota keluarga untuk melaksanakan 3M, dan menaburkan abate pada tempat yang sulit dijangkau dan tidak dapat dikuras. Kegiatan tersebut dilakukan Jumantik tidak hanya pada hari Jumat selama 30 menit, tetapi juga hari lainnya agar dapat memenuhi total seluruh rumah di wilayah RT-nya yang diperiksa dalam waktu satu minggu, sehingga pada hari Jumat laporannya dapat dikumpul ke koordinator RW-nya dan kemudian koordinator RW yang melaporkannya ke puskesmas kelurahan untuk direkap sampai diserahkan ke puskesmas kecamatan. Berikut ini adalah hasil wawancara keterangan kegiatan PSN.

Awalnya itu ada bunyi-bunyian, tanda masyarakat bergerak dalam waktu setengah jam bersih-bersih sendiri, itu harapannya awalnya, tapi nyatanya kan gak jalan selama ini PSN yang jalan jumantiknya yang turun ke rumah-rumah, masyarakatnya tidak...(Ka.PKC)

PSN itu berkaitan dengan pemeriksaan jentik, abatisasi, berbarengan juga ada penyuluhan. Itu dalam PSN. Jadi nanti mereka lapor ke Saya, jumlah yang mereka dapat berapa, seperti tadi kita turun, mereka dapat berapa, nanti setelah itu Saya olah, berapa ABJ-nya, situ. ABJ-nya itu baru kita serahkan ke puskesmas kecamatan.(KL3)

Ya PSN itu jam 9 sampai setengah 10... Kalau Jumantiknya udah sebelumnya dia kerja ke rumah-rumah dicicil, karena kan kalau Jumat aja gak mungkin 60 rumah rumah. (Ka.PKL1)

...kader itu hari Sabtu sampe ketemu hari kamis itu ada kunjungan ke lapangan di RT-nya, gak harus hari Jumat, kita juga gak bisa menekankan harus hari Jumat, hari apa aja boleh, tapi hari Jumatnya kumpul dan bawa laporan yang udah dikerjakan kemarin-kemarin...(KL.C)

Kalau saya sama dokter itu cuma hari Jum'at aja. Kalau jumantik itu setiap hari... Melaporkannya itu setiap jum'at, itu jadi per RW, misalnya RW1 ada 5 RT, itu 5 RT lapor ke koordinator RW, nanti RW lapor ke Kelurahan atau ke Puskesmas, dari kita baru lapor ke Puskesmas Kecamatan.(KL1)

Kalau dokter terus jalan, muter, giliran tiap minggu, itu didampingi sama Bu Lurah, kadang-kadang sama camat, kadang-kadang dari walikota, puskesmas kecamatan selalu, lurah selalu.(KL3)

Berdasarkan hasil kutipan wawancara di atas dapat diketahui pula untuk kegiatan PSN yang dilakukan pada saat hari Jumat termasuk kepala puskesmas, Lurah, Camat, dan Walikota ikut berperan. Akan tetapi peran masyarakat sendiri untuk melakukan kegiatan PSN menurut kepala puskesmas masih kurang.

6.3.4 Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)

Dari hasil wawancara dengan beberapa petugas puskesmas kecamatan dan kelurahan, kegiatan Pemeriksaan Jentik Berkala yang dilakukan merupakan kegiatan pemeriksaan jentik oleh petugas puskesmas setiap tiga bulan sekali, bukan hanya pada rumah penduduk tetapi juga fasilitas umum, tempat ibadah, sekolahan, dan bangunan lainnya. Namun tidak semua jumlah bangunan yang diperiksa, hanya sampelnya beberapa saja.

“Kalau PJB itu kan 1 RW itu kan 100 rumah kalau gak salah PJB ya. Kalau kita punya 95 RW 9500 rumah kita gak kepegang. Kita PJB yang kita ambil RW tertinggi, jadi gak semua RW kita gak sanggup... yang turun itu kita orang puskesmas, sampel berapa rumah, itu PJB. ...kalau 2007 kayaknya sudah gak saya anggarin karena udah termasuk dalam PSN. Kalau dulu ada programnya berapa ratus rumah per RW.”(Ka.PKC).

“...itu biasanya 3 bulan sekali yang pegang itu mba Sri juga di Kesling.”(PM)

“Iya itu ada laporannya, kalau kesling itu, kaya di tempat-tempat umum, tempat ibadah, itu ada tiap triwulan. Kalau tiap triwulan itu dari petugas puskesmas. Kalau PSN yang tiap Jumat itu Jumantik yang periksa.” (Ka.PKLI)

“Jadi yang dia periksa bukan hanya rumah penduduk, tempat-tempat ibadah, fasilitas umum juga saya periksa, sekolah, gereja, mesjid.”(KL1)

Ada PJB sih dibilang, api itu sebenarnya hanya laporannya aja ABJ gitu kan. Jadi timbulnya ABJ, Angka Bebas Jentik, dia hitung per tiga bulan, per tri wulan itu berapa sih dalam kelurahan ini, jadi buat patokan aja. (KL3)

Cakupan kegiatan pemeriksaan jentik dalam rangka PSN yang dilakukan oleh Jumantik pada umumnya dalam waktu satu minggu Jumantik masih belum seluruhnya memeriksa rumah yang ada di wilayahnya. Berikut ini adalah kutipan hasil wawancara mengenai kegiatan pemeriksaan jentik yang dilakukan :

...Kaderna pun belum total coverage periksa rumah, dan kadang kalau gak bisa dimasukin, dia cuma nulis nama KK-nya siapa, padahal belum tentu di rumah itu bebas jentik.(KL.C)

Kita kan mintanya paling tidak 90% dari sekian KK, tapi setelah pelaksanaannya kalo umpamanya KK-nya 60 yang diperiksa cuma 15, itu gak mungkin banget, makanya jumantiknya juga kurang.(KL2)

...itu juga total coverage-nya belum semuanya. Ada juga yang 60 KK tapi yang di periksa cuma 15 KK...(Ka.PKL1)

Satu hari turun kita kadang-kadang bisa 10 rumah, tergantung kitanya, bisa dapet 5 ya udah, atau sehari kadang-kadang dapet 20 rumah. Tapi yang penting satu minggu itu tercapai.(J.DS1)

Paling banyak 40 rumah, tapi kita biasanya gak sampai 40, paling yang masuk yang kita periksa itu 30 rumah lah. (J.MS)

6.3.5 Abatisasi Selektif

Berdasarkan hasil wawancara beberapa informan dari puskesmas kecamatan dan kelurahan, kegiatan abatisasi selektif dilakukan pada saat PSN hari Jumat, maupun pada saat PE oleh petugas PE sendiri. Sasaran tempat yang diberikan abate yaitu penampungan air yang tidak bisa dijangkau dan tidak mungkin di kuras. Abate diberikan dari puskesmas kecamatan karena puskesmas kecamatan yang

menganggarkan pengadaannya, kemudian dibagikan ke puskesmas kelurahan dan dibagikan tenaga pelaksana PSN termasuk Jumantik. Berikut adalah hasil kutipan wawancara dari informan petugas puskesmas kecatan dan kelurahan termasuk Jumantik.

“...kita selektif aja, selektif itu diliat ada tampungan bak yang besar, kalau misal kan semua tampungan segala macam, jadi yang selektif aja yang gak bisa dikuras, yang besar. Itu pas PSN diberikan, jadi setiap PSN mereka bawa, kita petugas pun bawa abate, jumantik juga kita kasih abate.” (Ka.PKC)

“...bukan seluruh masyarakat dikasih abate, jadi selektif aja, jadi hanya tempat-tempat yang tertentu aja yang susah dijangkau sama masyarakat untuk dibersihin itu baru kita cover”.(PM)

“Iya itu enggak, selektif aja. Paling pada saat PSN dan PE juga. Makanya setiap kita turun kita bawa abate”.(KL3)

“...abate pun kegunaannya gak sembarangan kita taro. Umpunya kolam lebar yang gak ada ikannya kita kasih, kolam yang gak ada tanahnya, kalau ada ikannya gak usah, tower yang di atas yang gak ada tutupnya” (KL1)

“Abate itu dari koordinator yang ngasih. Bagikan 1 bungkus kadang-kadang 2 bungkus, atau kalau misalnya kita habis, kita laporan. Saya gak tau koordinator dapetnya dari mana”.(J.DS2)

6.3.6 Penyuluhan Kesehatan

6.3.6.1 Hasil Observasi

Berdasarkan hasil observasi telaah Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah Tahun 2007 Puskesmas Kecamatan Duren Sawit dari kegiatan promosi kesehatan diketahui bahwa sasaran dalam kegiatan promosi kesehatan untuk program P2 DBD yang direncanakan yaitu peserta pembinaan Jumantik 30 orang di masing-masing kelurahan, peserta penyuluhan DBD kepada tokoh masyarakat 30 orang di masing-masing kelurahan, murid SD di satu sekolah untuk masing-masing puskesmas kelurahan. Selain itu diketahui pula tujuan dari

kegiatan promosi kesehatan atau penyuluhan yang merupakan indikator manfaat yang direncanakan adalah adanya adanya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat 100%.

6.3.6.2 Hasil Wawancara

Dari hasil wawancara didapatkan informasi tentang kegiatan penyuluhan yaitu kegiatan yang bertujuan untuk mensosialisasikan kegiatan pencegahan DBD seperti PSN supaya kegiatan PSN itu membudaya di masyarakat, hingga masyarakat mau melakukan kegiatan tersebut. Dengan tercapainya tujuan tersebut diharapkan kasus demam berdarah dapat dicegah oleh masyarakat masing-masing, sehingga juga dapat menekan jumlah kasus DBD. Selain tu dikatakan kepala puskesmas kecamatan kegiatan ini untuk mengubah image foging yang salah.

“Tujuannya untuk memasyarakatkan PSN, sosialisasi, supaya masyarakat tau pentingnya PSN. Selain itu juga merubah image-nya foging fokus tadi.” (Ka.PKC)

Kita mintanya sih ada perubahan perilaku.

Mau dulu lah yang paling gak mereka, nanti melakukan, yang penting tau dan mau lah.(PK.C)

Tujuannya supaya tidak ada yang kena demam berdarah lagi, supaya mereka mengerti merubah perilaku,mmerubah apa..., supaya PSN itu membudaya.(Ka.PKL2)

Kegiatan penyuluhan kesehatan mengenai DBD yang dilakukan adalah penyuluhan yang sifatnya terprogram dengan anggaran dan ada yang sifatnya tak terprogram tanpa anggaran seperti penyuluhan yang dilakukan setiap Jumat ketika PSN. Untuk penyuluhan yang sifatnya terprogram, sasaran penyuluhan yaitu tokoh masyarakat seperti RT, RW, atau Lurah, murid SD, kader Jumantik, serta masyarakat umum. Untuk penyuluhan yang sifatnya terprogram memiliki jadwal pelaksanaan

dan jumlah anggaran yang diperlukan seperti yang telah ditampilkan sebelumnya pada komponen input.

“Kalau yang PSN itu penyuluhan yang rutin. Tapi ada juga yang tidak rutin yang tergantung anggaran, ada penyuluhan-penyuluhan DBD di sekolah, penyuluhan DBD di daerah elit, perumahan-perumahan, kemudian dengan tokoh-tokoh masyarakat. Kalau yang PSN kan rutin yang tiap Jumat.”(Ka.PKC)

“Tokoh masyarakat yang disuluh itu RT, RW, kader, ya ustadz lah, gitu, Pak Lurah juga termasuk. Tahun 2007 ada 11 sekolah, itu yang direncanakan, yang ada anggarannya, itu sebelas-sebelasnya kita laksanakan... Kita kalo untuk DBD khusus untuk SD, kita belum meningkat ke SMP. Karena kita terbentur dengan anggaran yang terbatas...”(PK.C)

“...Waktu itu kita disuruh nyari di RW-RW, kita melakukan penyuluhan di RW-RW, trus sama di SD, untuk kader Jumantik, kalau dari programnya begitu kita disuruh ya kita melakukan.”(Ka.PKL1)

“Itu ada jadwalnya kita mau buat berapa kali, dari kita ada dari Puskesmas Kecamatan juga ada. Berikan ke jumantik juga, RT/RW-nya juga termasuk. Itu sering ya setahun 4 kali sering dikasih penyuluhan. Jum’at pun kita kasih penyuluhan kalau PSN itu.”(KL1)

“Kalau penyuluhan itu bukan hanya untuk Jumantik, biasanya itu yang kita suluh kan itu ketua-ketua RW sama Pak RT-nya biar mereka langsung memberikan informasi itu ke masyarakat.”(KL3)

6.4 Gambaran Hasil Pelaksanaan Kegiatan Program P2 DBD Di Puskesmas Kecamatan Duren Sawit

Gambaran hasil pelaksanaan kegiatan yang diperoleh yaitu gambaran indikator keluaran atau hasil beserta tolak ukur dan target yang direncanakan maupun yang dicapai. Informasi mengenai hasil pelaksanaan kegiatan diperoleh dengan observasi telaah dokumen dan wawancara dari beberapa sumber yang berbeda.

6.4.1 Capaian Penyelidikan Epidemiologi (PE)

6.4.1.1 Hasil Observasi

Berdasarkan telaah dokumen yang dilakukan pada Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD) Tahun 2007 Puskesmas Kecamatan Duren Sawit diketahui bahwa anggaran yang direncanakan untuk kegiatan PE adalah untuk sejumlah 400 kasus yang di PE. Dengan demikian indikator keluaran yang direncanakan untuk kegiatan PE diketahui yaitu jumlah kasus di PE yaitu 400 kasus. Sedangkan Informasi mengenai capaian hasil kegiatan Penyelidikan Epidemiologi (PE) berdasar hasil telaah dokumen Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007 dapat dilihat pada Tabel 6.3 di bawah ini.

**Tabel 6.3 Hasil Kegiatan Penyelidikan Epidemiologi
Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007**

Kelurahan	Sumber Data Kasus Dinkes	Hasil PE			
		PE (+)	PE (-)	Non DBD	Tidak ditemukan
Pondok Bambu	132	59	8	11	53
Klender	111	62	3	9	35
Duren Sawit	261	138	10	4	107
Malaka Jaya	140	56	5	9	70
Malaka Sari	119	71	3	7	38
Pondok Kopi	181	81	8	5	82
Pondok Kelapa	331	174	9	16	103
Kec. Duren Sawit	1275	641	46	61	488

*) 39 kasus di luar wilayah

Sumber : Laporan Tahunan Puskemas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007

Berdasarkan data pada tabel di atas, 60% dari laporan kasus dinkes dapat diketahui secara jelas hasil PE sedangkan 40%-nya tidak ditemukan datanya di lapangan dan di luar wilayah kecamatan Duren Sawit. Dari kasus yang dilakukan PE, hasil PE yang positif sebesar 85% dari hasil PE yang diketahui dengan jelas hasil PE-nya dan 15 % adalah PE negatif dan bukan DBD.

6.4.1.2 Hasil Wawancara

Informasi mengenai capaian kegiatan PE hanya didapatkan dari hasil wawancara dari pihak puskesmas kecamatan sedangkan informan lainnya tidak memberikan informasi yang jelas dan mendalam. Berdasarkan hasil wawancara, capaian kegiatan PE dideskripsikan bahwa seluruh laporan yang masuk setelah diselidiki tidak 100% menggambarkan jumlah kasus DBD yang demikian tinggi di wilayah kecamatan Duren Sawit. Setelah dilakukan PE ternyata yang benar DBD hanya 65%-nya sedangkan sisanya bukan di wilayah Duren Sawit karena tidak ditemukan datanya dan bukan DBD. Sedangkan untuk kasus yang benar DBD, 60%-nya kasus tersebut difoging.

...kenapa kasus DBD tinggi, ya karena dari hasil PE 35% tidak ditemukan datanya. Jadi kan yang benar-benar DBD itu kan hanya 65% yang benar-benar DBD yang lain itu tidak ditemukan atau bukan DBD. (Ka.PKC)

Itu untuk tahun 2007 yang saya buat dari kasus yang masuk segini yang di foging itu pasti mayoritas 50 atau 60% nya.(PM)

6.4.2 Capaian Foging Fokus

6.4.2.1 Hasil Observasi

Berdasarkan telaah dokumen yang dilakukan pada Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD) Tahun 2007 Puskesmas Kecamatan Duren Sawit diketahui indikator keluaran untuk kegiatan foging fokus mempunyai tolak ukur yaitu jumlah kasus yang difoging ditargetkan 300 kasus. Sedangkan indikator hasil yang direncanakan yaitu semua kasus PE positif dilakukan foging fokus (100%).

Sedangkan untuk keluaran dan hasil yang dicapai untuk kegiatan foting fokus tahun 2007 diperoleh dari Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Deren Sawit Tahun 2007 dapat dilihat pada Tabel 6.4 di bawah ini.

Tabel 6.4 Rekapitulasi Penyelidikan Epidemiologi dan Foting Kasus DBD Perkelurahan Tahun 2007

Kelurahan	Sumber Data Kasus Dinkes	Hasil PE				Foting/Siklus	
		PE (+)	PE (-)	Non DBD	Tidak ditemukan	Fog I	Fog II
Pondok Bambu	132	59	8	11	53	65	65
Klender	111	62	3	9	35	64	64
Duren Sawit	261	138	10	4	107	145	145
Malaka Jaya	140	56	5	9	70	58	58
Malaka Sari	119	71	3	7	38	73	73
Pondok Kopi	181	81	8	5	82	90	90
Pondok Kelapa	331	174	9	16	103	180	180
Kec. Duren Sawit	1255	641	46	61	488	675	675

Sumber : Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007

Berdasarkan Tabel 6.4 di atas dapat dilihat bahwa foting yang dilakukan lebih banyak dari hasil PE kasus. Jumlah foting fokus yang dilakukan sebanyak 675 foting fokus.

6.4.2.2 Hasil Wawancara

Berdasarkan hasil wawancara mengenai capaian hasil kegiatan foting fokus dapat diketahui bahwa terkadang masih ada penyebaran kasus di wilayah sekitar penderita yang di semprot setelah kegiatan foting dilakukan. Namun penyebaran tersebut tidak berdampak hingga sampai KLB. Setiap kasus dengan hasil PE positif pasti dilakukan PE walaupun responnya tidak segera. Berikut ini adalah hasil kutipan wawancara yang dilakukan pada petugas puskesmas kecamatan dan kelurahan :

“Mayoritas memang gak nyebar lagi di situ, biasanya jarang terulang lagi. Ya itu anehnya selang 1 bulan kemudian muncul lagi di situ, atau ga sebelah tetangganya yang kena.”(PM)

“Ada juga banyak kejadian, misalnya sekarang di foting tapi gak dibarengin sama PSN, nah besoknya setelah 2 hari ada kasus lagi, saya juga prihatin banget.”(KL.C)

“Tetap ada tapi menurun, cuma dia beralihnya ke skitarnya lagi. Tadinya RW 4 paling tinggi, setelah habis semua disemprot di sana, dia ke RW 5 atau 6, jadi sekitarnya.”(Ka.PKL2)

“Kadang-kadang hari ini kita semprot, besok 2 hari di situ kasus baru lagi. Makanya sampai saat ini kasus itu masih tinggi yang masih ada yang belum difoging.”(KL1)

”... Tapi PE positif pasti di foging.” (KL3)

“Kalau hasil PE (+) pasti disemprot walaupun nunggunya lama.”(KL1)

6.4.3 Capaian Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) dan Abatisasi Selektif

6.4.3.1 Hasil Observasi

Berdasarkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD) Tahun 2007 Puskesmas Kecamatan Duren Sawit untuk kegiatan PJB dan abatisasi dari Program Peningkatan Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja diketahui informasi mengenai indikator keluaran dari yaitu jumlah RW yang melaksanakan PJB dan abatisasi adalah 100%. Selain itu, berdasarkan informasi yang diperoleh dari telaah dokumen Laporan Tahunan Program Penyehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja Tahun 2007 diketahui hasil laporan Angka Bebas Jentik (ABJ) per triwulan selama Januari sampai Desember 2007 rata-rata sudah mencapai 98%. ABJ tersebut yang merupakan hasil dari kegiatan PSN 30 menit yang dilakukan setiap hari Jumat dapat dilihat sebagai berikut :

1. Triwulan I : ABJ = 98,75%
2. Triwulan II : ABJ = 98,58%
3. Triwulan III : ABJ = 98,51%
4. Triwulan IV : AJ = 98,07%

Selain informasi ABJ yang diketahui setiap triwulan selama tahun 2007, diketahui pula ABJ per kelurahan dari kegiatan PSN setiap minggunya yang terdapat pada halaman lampiran skripsi ini. Dari data tersebut diketahui setiap kelurahan melakukan kegiatan PSN dan pemeriksaan jentik. Namun dari laporan tersebut tidak diketahui laporan per RW di tiap kelurahan. Pada umumnya tiap kelurahan sudah mencapai ABJ lebih dari 95%.

6.4.3.2 Hasil Wawancara

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas puskesmas kecamatan dan kelurahan didapatkan informasi hasil kegiatan PSN yang di dalamnya termasuk juga kegiatan pemeriksaan jentik berkala dan abatisasi yang berupa Angka Bebas Jentik (ABJ) yang sebagian besar mencapai rata-rata 95% hingga 98%. Namun ABJ tersebut tidak diimbangi jumlah kasus yang seharusnya turun menurut pernyataan petugas puskesmas. Hasil pemeriksaan jentik yang dilakukan Jumantik terkadang juga berbeda dengan yang dilakukan petugas, ABJ dari hasil pemeriksaan Jumantik pada umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan petugas puskesmas.

“Kadang-kadang kalau dihubungkan, ABJ dari jumantik pasti bagus 95% sampai 98%, tapi kalau PJB yang kita kerjain pasti dapat banyak jentiknya.” (Ka.PKC)

“Kalau target PSN sih itu ada ABJ, 95% kita udah mencapai target”. (PM)

“Angka ABJ kita ini tinggi padahal seharusnya kalau kasusnya tinggi itu ABJ-nya rendah. Nah, ini udah kasusnya tinggi tapi ABJ-nya tinggi.”(KL.C)

“Kalau ABJ-nya bagus berarti kasusnya tidak ada kan. Buktinya ABJ-nya tinggi kasus begitulah.”(Ka.PKL1)

“Terkadang kan ABJ tinggi tapi angka kasus juga tinggi bagaimana kok bisa seperti ini kan”.(KL3)

6.4.4 Capaian Penyuluhan Kesehatan

6.4.4.1 Hasil Observasi

Berdasarkan hasil yang didapat dari dokumen perencanaan anggaran kegiatan (DPA-SKPD) untuk Program Peningkatan Promosi Kesehatan indikator hasil kegiatan yang direncanakan adalah adanya peningkatan wawasan tentang kesehatan sebesar 100%. Sedangkan berdasarkan Laporan Kegiatan Penyuluhan Masyarakat Tingkat Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007 diketahui keluaran kegiatan penyuluhan yang dicapai secara frekuensi dan jumlah dan kelompok peserta. Kelompok sasaran penyuluhan terdiri dari tokoh masyarakat (TM), masyarakat umum (MU), dan masyarakat sekolah (MS) seperti pada Tabel 6.5 berikut ini.

**Tabel 6.5 Hasil Kegiatan Penyuluhan Kesehatan DBD
Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007**

Bulan	Dalam Gedung					Luar Gedung				
	Frek	TM	MU	MS	Jumlah	Frek	TM	MU	MS	Jumlah
Januari	58	146	734	60	940	20	108	1135	387	1630
Februari	4	0	113		113	35	142	789		940
Maret	8	5	203		208	43	121	973	662	1756
April	13	40	305		345	42	210	2252		2462
Mei	12	23	270		293	28	210	876		1077
Juni	8	16	265		281	23	225	2578	100	2903
Juli	8	26	170		196	57	217	1172	40	1429
Agustus	8	4	169		173	42	190	1456		1646
September	11	22	267		289	36	124	1007		1131
Oktober	9	60	175		235	26	142	610		752
November	8	64	152		216	42	163	676	150	989
Desember	10	38	279		317	32	206	785		991

Sumber : Rekapitulasi Laporan Kegiatan Penyuluhan Masyarakat Tingkat Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007

6.4.4.2 Hasil Wawancara

Berdasarkan wawancara mengenai hasil kegiatan penyuluhan kesehatan diketahui bahwa pada umumnya tingkat pengetahuan masyarakat sudah baik, masyarakat cukup mengerti tentang DBD dan tindakan pencegahannya, tetapi sebagian besar masyarakat masih belum dapat merubah perilakunya atau melakukan kegiatan PSN secara mandiri. Peningkatan wawasan untuk DBD dapat mencapai 75% sampai 95%, tetapi untuk perubahan perilaku hidup bersih dan sehat belum dapat mencapai 75%. Hasil perubahan perilaku masyarakat dilihat dengan kegiatan PSN yang dilakukan yaitu apabila tidak ditemukan jentik lagi apabila rumahnya diperiksa setiap minggunya. Berikut ini adalah kutipan wawancara yang menggambarkan hasil kegiatan penyuluhan:

“Ya udah lumayan yah walaupun belum semua. Tapi kadang-kadang masyarakat udah tau PSN, tau jentik, tapi dia gak mau ngerjain, masih ngandelin jumantik.”(Ka.PKC)

“Untuk DBD sebenarnya kalau nanya ke masyarakat itu udah pinter-pinter, kalau misalnya jentik itu begini, pengurasannya begini, tapi mereka gak ngelaksanain.(PM)

“Udah bisa dibilang berhasil, tapi tinggal dikit lagi. Sebenarnya masyarakat udah lumayan tau, cuma tinggal dikit lagi perilakunya sekarang...”(KL.C)

“Penyuluhan kalo untuk mengetahuinya bisa ya, dari 75% bisa menjadi 95% pengetahuannya, tapi kalo untuk perubahan perilaku mungkin gak sampai 75%.”(PK.C)

“...Kebanyakan udah tau masyarakat, cuma masih kurang sadar banget untuk perilakunya.” (KL2)

”Hasil penyuluhan dari PSN paling kita liat nanti dari perubahan di minggu yang akan datang. Misalnya kan di minggu sekarang kita adakan penyuluhan, karena kita liat dari angka yang kita periksa tadi misalnya itu ada berapa yang kita dapatkan minggu besok ada perubahan.”(KL3)

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah triangulasi metode tidak dilakukan dengan sempurna untuk beberapa komponen karena data sekunder yang dibutuhkan adalah data tahun 2007 sedangkan penelitian ini dilakukan pada tahun 2008 sehingga terkadang ada dokumen yang tidak diketahui secara jelas keberadaannya. Selain itu Program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Duren Sawit masing-masing kegiatannya dipegang oleh tiga orang pengelola program dan dalam Sub Seksi yang berbeda-beda, sehingga karena kesibukan masing-masing orang tersebut menyulitkan peneliti mendapatkan data sekunder.

Terkait dengan dengan waktu penelitian yang dilakukan pada tahun 2008 sedangkan data yang dibutuhkan adalah data tahun 2007, untuk perolehan data primer terutama untuk komponen proses pelaksanaan kegiatan tidak menutup kemungkinan untuk terjadinya *recall bias*, sehingga informan sering memberikan keterangan untuk keadaan tahun 2008. Tetapi peneliti telah berupaya untuk menekan terjadinya hal tersebut sehingga data yang diperoleh cukup valid untuk menggambarkan keadaan tahun 2007.

Penelitian ini tidak dilakukan hingga ke seluruh puskesmas kelurahan atau tingkat kelurahan karena keterbatasan waktu dan biaya. Penelitian ini hanya mencari informasi dari informan yang ada di dua puskesmas kelurahan, yaitu keterangan diperoleh dari puskesmas kelurahan Malaka Sari sebagai wilayah yang termasuk

tidak tinggi kasusnya yaitu 112 kasus dan puskesmas kelurahan Duren Sawit sebagai salah satu wilayah yang tinggi angka kasusnya yaitu 288 kasus selama tahun 2007. Namun unit inti penelitian ini adalah puskesmas kecamatan Duren Sawit sebagai instansi kesehatan karena semua pengelolaan sumber daya dan koordinasi pelaksanaan terdapat di unit tersebut, sedangkan keterangan di puskesmas kelurahan hanya memberikan gambaran proses pelaksanaan. Oleh karena itu, keterangan dari puskesmas kelurahan belum tentu dapat digeneralisasi secara khusus menggambarkan pula wilayah kecamatan Duren Sawit.

Selain itu beberapa informan tidak dapat memberikan informasi secara mendalam mengingat kesibukan informan sebagai tenaga pelaksana yang keberadaannya lebih sering di lapangan serta cukup padatnya aktivitas petugas puskesmas kecamatan. Namun informasi yang diperoleh dari informan saling melengkapi dan tetap dapat dilakukan triangulasi sumber.

7.2 Gambaran Sumber Daya (Input) Program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Duren Sawit

7.2.1 Tenaga

Jenis tenaga pelaksana yang terlibat dalam program P2DBD di puskesmas diantaranya yaitu tenaga pelaksana PE yang dilakukan oleh petugas puskesmas, tenaga foging dari tenaga lepas harian yang dibagi menjadi beberapa regu, koordinator foging dari puskesmas kecamatan, tenaga pemeriksa jentik dari tiap RT yang diwakili oleh satu orang Jumantik, Koordinator RW dari salah satu Jumantik untuk kegiatan PSN dan pemeriksaan jentik, koordinator wilayah baik di tingkat RW dan kelurahan dari tenaga puskesmas kecamatan dan puskesmas kelurahan untuk

kegiatan PSN dan pemeriksaan jentik, koordinator kegiatan pemeriksaan jentik di puskesmas kecamatan kegiatan tenaga penyuluh di tingkat puskesmas kelurahan dan kecamatan, serta koordinatornya di tingkat puskesmas kecamatan. Jenis tenaga tersebut sudah memiliki tanggung jawab tugas yang jelas dan masing-masing juga bertanggung jawab atas wilayah kerjanya. Selain itu, jenis tenaga yang berada di luar wilayah puskesmas yang ikut berperan dalam pelaksanaan kegiatan program P2DBD adalah Kepala Lurah, Ketua RW, dan Ketua RT

Adanya jenis-jenis tenaga tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan kegiatan dilakukan secara terkoordinasi mulai dari RT sampai puskesmas kecamatan. Jenis tenaga tersebut sudah sesuai dengan jenis kebutuhan kegiatan yang dilakukan. Namun jika dilihat secara jumlah, tenaga yang ada dianggap masih kurang terutama tenaga di tingkat puskesmas kelurahan dalam melakukan kegiatan PE dan PSN 30 menit setiap Jumat. Hal tersebut dikarenakan tenaga puskesmas kelurahan yang dilibatkan merupakan tenaga yang harus memberikan pelayanan pengobatan kepada masyarakat. Keadaan demikian berbeda dengan puskesmas kecamatan. Tenaga puskesmas kecamatan yang terlibat dalam kegiatan P2DBD merupakan tenaga dari Seksi Kesmas, sedangkan pelayanan kesehatan tetap dapat dilakukan oleh tenaga dari Seksi Yankes. Selain itu juga tenaga di puskesmas jumlahnya lebih banyak dibandingkan dengan tenaga di puskesmas kelurahan.

Sedangkan untuk jumlah Jumantik sudah dapat dipenuhi ketersediaannya di tiap RT dengan jumlah minimal 1 orang Jumantik di tiap RT. Berdasarkan laporan tahunan puskesmas duren sawit tahun 2007 diketahui jumlah Jumantik yang ada di wilayah kecamatan Duren Sawit adalah sebanyak 1118 orang, sementara jumlah RT di wilayah kecamatan tersebut sebanyak 1115 di 7 kelurahan. Namun keaktifan

Jumantik dalam melaksanakan tugasnya di masing-masing wilayah tidak sama dan pada umumnya masih kurang. Peran Jumantik cukup penting dalam melakukan kegiatan pencegahan DBD. Hal tersebut menunjukkan bahwa penggerakan tenaga pelaksana kegiatan dipengaruhi oleh motivasi tenaga tersebut. selain itu, dengan adanya pemenuhan jenis-jenis tenaga yang disesuaikan dengan fungsinya menunjukkan dalam fungsi penggerakan atau pelaksanaan memerlukan suatu koordinasi dan komunikasi diantara tenaga pelaksana.

7.2.2 Dana

Sumber dana untuk pelaksanaan kegiatan P2DBD di puskesmas kecamatan Duren Sawit berasal dari subsidi APBD. Perencanaan di puskesmas kecamatan oleh pengelola masing-masing kegiatan/program karena pengalokasian anggarannya menurut program/kegiatan. Berdasarkan jenis kegiatannya maka program P2DBD dikelola oleh 3 jenis program di puskesmas kecamatan, yaitu program pemberantasan penyakit menular, program kesehatan lingkungan, dan promosi kesehatan. Perencanaan anggaran kegiatan dibuat berdasarkan jenis kegiatan dan volume kegiatan. Besar anggaran yang direncanakan merupakan target kinerja indikator input kegiatan/program.

Perencanaan alokasi anggaran dilakukan di tingkat puskesmas kecamatan dengan melihat jenis kegiatan yang dilakukan di wilayahnya dan volume kegiatan tersebut atau secara *botom up* lebih efisien karena puskesmas kecamatan dapat memprediksi sesuai kebutuhan wilayahnya sekaligus dapat mengkoordinir seluruh kegiatan yang dianggarkan, sehingga tidak terjadi pemborosan anggaran jika dibandingkan apabila puskesmas kecamatan hanya menerima sumber daya untuk tiap

kegiatan yang di-*drop* dari Suku Dinas Kesehatan, karena terkadang terjadi pengadaan sumber daya yang sebenarnya tidak dibutuhkan untuk di suatu wilayah.

Berdasarkan data yang didapat, besar dana yang disediakan untuk kegiatan P2DBD di tiap program pada umumnya mencapai 100% dari yang direncanakan. Hal tersebut dapat dilihat dari anggaran yang direncanakan untuk kegiatan PSN, PJB dan larvasidasi oleh program Kesling jumlah anggaran yang digunakan yaitu sama dengan jumlah anggaran yang direncanakan. Keadaan tersebut menunjukkan anggaran yang diterima adalah 100% dari yang direncanakan. Berdasarkan hasil triangulasi data diketahui bahwa anggaran yang direncanakan untuk 300 fogging fokus ternyata tidak sebanding dengan jumlah kasus yang harus ditangani selama tahun 2007 sehingga ada usulan tambahan kepada Sudinkes dan donor lainnya untuk 200 fogging fokus sehingga dapat menangani 675 kasus selama tahun 2007. Umumnya 1 fogging fokus dapat menangani 2 hingga 3 kasus. Dengan demikian jumlah anggaran yang direncanakan untuk 300 fogging fokus diketahui seluruhnya dimanfaatkan untuk penanganan kasus selama tahun 2007.

Dalam membuat usulan rencana anggaran untuk kegiatan fogging fokus dilakukan dengan memprediksikan jumlah kasus untuk tahun berikutnya, yaitu dengan melihat rata-rata jumlah kasus tiga tahun terakhir dan dinaikan 10% untuk tahun berikutnya. Keadaan tersebut juga sesuai dengan penelitian Manajemen Program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Kemat Jati oleh Desfiera Bunga R. (2007), di unit penelitian tersebut perencanaan anggaran untuk fogging fokus juga dilakukan dengan ketentuan yang sama dan dilakukan oleh Subsidi Penyakit Menular. Batas kenaikan 10% merupakan batas yang sudah menjadi ketentuan sehingga perencanaan tidak bisa menaikkan perencanaan hingga dua kali lipatnya seperti hasil

kegiatan foging fokus yang terjadi pada tahun 2007. Dari keadaan tersebut menunjukkan bahwa dalam merencanakan suatu program/kegiatan perencana harus dapat menganalisa situasi yang akan terjadi di masa mendatang, dalam hal ini adalah jumlah kasus DBD, kegiatan apa yang akan dilakukan volume kegiatan serta dana yang dibutuhkan.

7.2.3 Sarana

Sarana merupakan sumber daya yang juga penting selain tenaga dan dana untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan dengan baik. Kinerja petugas sangat dipengaruhi oleh peralatan maupun teknologi yang mereka gunakan dalam memberikan pelayanan. Peralatan dan teknologi yang terbatas untuk digunakan akan berakibat pelayanan yang diberikan tidak dapat sesuai dengan yang diharapkan (Wijono, 1997). Oleh karena itu ketersediaannya juga harus dipenuhi baik dari segi jenis dan jumlah agar kegiatan tetap dapat berjalan sesuai frekuensi dan waktu yang direncanakan seharusnya. Ketersediaan sarana untuk kegiatan P2DBD di puskesmas kecamatan Duren Sawit sudah dapat dipenuhi secara jenisnya, namun ketersediaan jenis sarana tersebut dianggap masih kurang, seperti alat foging yang hanya tersedia untuk 4 regu penyemprot sedangkan puskesmas memiliki 12 regu penyemprot. Akibat kurangnya jumlah alat tersebut dapat menyebabkan terlambatnya *respon time* foging fokus di masyarakat dan tujuan kegiatan untuk memutus rantai penularan tidak tercapai dan dapat memberikan dampak terjadinya KLB apabila keadaan tersebut tetap terjadi.

Untuk tahun anggaran 2007 puskesmas kecamatan tidak merencanakan pengadaan penambahan alat foging. Hal tersebut dapat dikarenakan besarnya

anggaran untuk pengadaan 1 unit alat foging sedangkan anggaran terbatas dengan pagu yang telah ditetapkan. Dengan demikian kegiatan foging fokus yang berjalan selama tahun 2007 dengan keterbatasan alat foging tetapi masih dapat diusahakan untuk memenuhi kebutuhan kegiatan foging di tiap wilayah kerja puskesmas kecamatan.

Sedangkan untuk sarana lainnya yang disediakan untuk kegiatan PSN dan penyuluhan kesehatan cukup dapat dikatakan sesuai dengan kebutuhannya dilapangan dan masih dapat disediakan sesuai dengan anggaran yang direncanakan. Tetapi untuk kegiatan penyuluhan pada umumnya masih mengutamakan menggunakan media leaflet dan poster untuk diberikan kepada peserta dan sebagian besar yang diberikan hanya dalam bentuk fotokopi sedangkan media promosi yang lainnya yaitu spanduk. Selain itu juga terdapat film atau DVD sebagai media promosi namun tidak terlalu sering pemanfaatannya. Pemanfaatan jenis dapat mempengaruhi keberhasilan tujuan kegiatan penyuluhan yang menjadi prioritas untuk menggerakkan masyarakat. Media promosi kesehatan akan sangat membantu di dalam melakukan penyuluhan agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas, dan masyarakat sasaran dapat menerima pesan tersebut dengan jelas dan tepat pula, sehingga dapat memahami fakta kesehatan dan bernilainya kesehatan bagi kehidupan (Notoatmodjo, 2007). Terutama untuk harapan agar masyarakat membudayakan kegiatan PSN, media promosi yang tepat menjadi penting untuk keberhasilan tujuan tersebut.

7.2.4 Metode

Prosedur adalah suatu rangkaian metode yang telah menjadi pola tetap dalam melakukan suatu pekerjaan yang merupakan suatu kebulatan (Siagian, 1996). Metode adalah cara mengerjakan lebih lanjut dari salah satu langkah (atau beberapa langkah) yang telah ditetapkan dalam prosedur. Metode adalah cara-cara pelaksanaan kerja yang seefisien mungkin atas suatu tugas dengan mengingat segi-segi tujuan, peralatan, fasilitas, tenaga kerja, dan waktu (Wijono, 1997).

Prosedur atau tata cara yang berkaitan dengan program P2DBD sebagai petunjuk pelaksanaan setiap kegiatan tidak tersedia secara merata pada setiap jenis pelaksana kegiatan. Pada umumnya juklak/juknis tersedia pada puskesmas kecamatan seperti petunjuk teknis PSN DBD untuk Jumantik, standar operasional untuk kegiatan kegiatan penyuluhan oleh program Promkes yang ada di dalam dokumen ISO, dan tata cara untuk kegiatan foging. Juknis yang ada di puskesmas kecamatan berasal dari Depkes yang diterbitkan tahun 2007. Karena keterbatasannya jumlah yang disediakan, puskesmas hanya mampu melakukan penggandaan pedoman tersebut dengan cara membuat fotokopinya dan dibagikan kepada Jumantik. Sedangkan petugas puskesmas tidak memiliki juklak/juknis secara tertulis yang mengatur kegiatan yang diakukannya seperti kegiatan PE atau pengawasan pelaksanaan foging maupun untuk kegiatan PSN. Walaupun tidak ada Juklak/Juknis secara tertulis tetapi petugas puskesmas kelurahan mendapatkan informasi ketentuan pelaksanaan kegiatan yang sifatnya tidak tertulis dari puskesmas kecamatan, seperti pelatihan atau peningkatan wawasan untuk melaksanakan kegiatan. Juklak/juknis yang diterima Jumantik pada umumnya didapat pada saat kegiatan penyuluhan atau

pengarahan Jumantik yang dilakukan oleh puskesmas kecamatan dan kelurahan atau diberikan melalui koordinator Jumantik tingkat RW.

Metode merupakan sumber daya yang juga penting dalam menunjang terlaksananya suatu kegiatan secara efektif dan efisien. Dengan demikian ketersediannya juga harus diperhatikan baik dari segi jumlah maupun kesesuaiannya dengan jenis kegiatan dan tenaga pelaksanaannya. Ketersediaan juklak/juknis yang tidak merata untuk setiap tenaga pelaksana dapat disebabkan terbatasnya anggaran penggandaan sehingga tidak mampu menyediakan juklak/jeknis tersebut untuk seluruh tenaga, atau kurangnya perhatian koordinator untuk menggandakannya.

Walaupun minimnya ketersediaan juklak/juknis secara tertulis dan tidak tertulis seperti bentuk pelatihan, tetapi pada umumnya tenaga pelaksana di puskesmas kecamatan dan kelurahan serta Jumantik mengerti prosedur pelaksanaan kegiatan harus yang dilakukannya. Hal tersebut tidak menjadi kendala dalam pelaksanaan kegiatan. Namun terkadang pelaksanaan kegiatan tidak dilakukan sesuai dengan Juklak/Juknis yang ada tersebut karena terbentur dengan keterbatasan sumber daya yang lain, keadaan lingkungan, maupun kemampuan Jumantik. Kegiatan foging terkadang tidak dapat di respon dalam waktu 24 jam setelah laporan hasil PE positif diterima karena keterbatasan alat foging, dan terkadang tidak dilakukan dalam radius yang seharusnya (200 meter dari pusat kasus) karena keadaan lingkungan perumahan yang tidak mendukung. Kegiatan PSN yang dilakukan Jumantik juga masih banyak yang tidak memeriksakan jentik untuk semua *container* yang ada di suatu rumah dan masih ada pelaksanaan yang belum seluruhnya total *coverage* rumah yang diperiksa dalam tiap minggunya. Ketidaksesuaian pelaksanaan kegiatan dengan Juklak/Juknis

yang seharusnya dapat menjadi hal yang harus dievaluasi dalam menyelidiki keberhasilan kegiatan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Duren Sawit.

7.2.5 Waktu

Perencanaan suatu kegiatan secara waktu atau ketersediaan jadwal pelaksanaan kegiatan dapat menjadi suatu indikator untuk melihat apakah suatu kegiatan sudah terlaksana sesuai yang direncanakan dan melihat cakupannya. Ketersediaan jadwal pelaksanaan kegiatan yang ada di puskesmas kecamatan meliputi jadwal pelaksanaan untuk kegiatan penyuluhan DBD. Pada jadwal kegiatan tersebut tertera kapan akan dilakukan pelaksanaan kegiatan penyuluhan, tempat atau sasaran yang akan diberikan penyuluhan, dan siapa yang akan bertanggung jawab atau sebagai tenaga pelaksana. Namun pada kenyataan pelaksanaannya tidak semua jadwal yang dibuat tersebut dapat sesuai dilakukan karena mengingat keterbatasan tenaga puskesmas kecamatan dan kelurahan serta kesiapan sasaran yang akan diberikan penyuluhan. Walaupun demikian hal tersebut masih dapat tetap dilaksanakan dan masih dapat dipenuhi dalam jangka waktu perencanaan satu tahun. Kegiatan penyuluhan bukan merupakan kegiatan yang sifatnya satu rangkaian kegiatan sehingga tidak menyebabkan pelaksanaan kegiatan yang lainnya terhambat apabila penyuluhan tidak dilakukan sesuai jadwal.

Martinah (2003) mengemukakan bahwa masalah ketepatan waktu dalam mencegah wabah DBD-KLB sebenarnya berkaitan juga dengan efektivitas kecepatan tenaga medis dalam merespons laporan penyebaran penyakit. Hal ini justru paling vital. Karena pengalaman membuktikan, bahwa bila suatu wilayah ada satu kasus DBD yang menular, biasanya akan cepat diikuti kasus yang berikutnya, terutama di

wilayah kota besar, karena mobilitas manusia sangat tinggi (<http://www.sinarharapan.co.id/ipitek/kesehatan/2004/1022/kes2.html>). Sedangkan *respon time* untuk kegiatan penyelidikan epidemiologi terkadang masih ada yang tidak sesuai dengan yang sudah ditetapkan (24 jam setelah laporan kasus diterima). Hal tersebut disebabkan terbatasnya tenaga pelaksana yang ada di puskesmas kelurahan yang pada umumnya hanya dilakukan oleh satu orang tenaga pelaksana sedangkan jumlah kasus DBD yang dilaporkan cukup banyak. Keterlambatan pelaksanaan tersebut menyebabkan pula keterlambatan penanggulangan penyakit DBD karena *respon time* foging pun tidak dilakukan dengan segera. Padahal untuk mencegah perkembangbiakan virus dengue serta nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor penularan DBD harus dilakukan secepatnya untuk memutus mata rantai penularannya. Oleh karena itu, langkah utama pencegahan merebanya kasus DBD diperlukan kecepatan merespon informasi penularan penyakit.

Jadwal pelaksanaan kegiatan foging di tiap kelurahan dibuat oleh petugas puskesmas kelurahan yaitu oleh koordinator program Penyakit Menular DBD. Penjadwalan dilakukan secara terkoordinasi dengan masyarakat atau perwakilan RT setempat di wilayah kasus DBD dan pelaksanaan kegiatan dapat dipenuhi dalam jangka waktu 2 sampai 3 hari sejak laporan hasil PE positif diterima.

7.3 Gambaran Proses Pelaksanaan Kegiatan Program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Duren Sawit

Kegiatan yang dilakukan di puskesmas Kecamatan Duren Sawit untuk program P2DBD meliputi kegiatan penanggulangan dan pencegahan. Kegiatan yang termasuk dalam penanggulanangan kasus DBD yaitu penyelidikan epidemiologi dan

foging fokus. Sedangkan kegiatan pencegahan DBD yaitu pemberantasan sarang nyamuk (PSN), dan pemeriksaan jentik serta abatisasi yang termasuk juga di dalam kegiatan PSN tersebut.

7.3.1 Penyelidikan Epidemiologi (PE)

Kegiatan penyelidikan epidemiologi adalah kegiatan yang bertujuan mengetahui potensi penularan dan penyebaran DBD lebih lanjut dengan menyelidiki adanya penderita tersangka DBD lainnya dan ada/tidaknya jentik nyamuk penular DBD, serta untuk menentukan tindakan penanggulangan yang perlu dilakukan di wilayah sekitar tempat tinggal penderita (Depkes RI, 2007). Kegiatan penyelidikan epidemiologi yang dilakukan pada umumnya sudah dilakukan sesuai dengan juklak/juknis. Pelaksana PE berasal dari petugas puskesmas kelurahan yang dibantu oleh ketua RT atau Jumantik di wilayah penderita DBD yang dilaporkan. Dengan adanya koordinasi dengan RT atau Jumantik tersebut maka penemuan penderita dapat tercapai dan target sasaran pemeriksaan jentik dalam rangka PE dapat terpenuhi yaitu 100 meter atau 20 rumah di sekitar rumah penderita DBD. Dengan adanya koordinasi dengan tersebut, ketika pelaksanaan PE ke rumah warga, ketua RT dan Jumantik juga dapat membantu memberikan penyuluhan kepada warga sekitar untuk melakukan upaya 3M. Koordinasi tersebut dianggap penting untuk efektifitas kegiatan PE karena ketua RT merupakan orang yang mengetahui wilayahnya dan jumantik pun selain mampu melakukan pemeriksaan jentik juga dianggap memiliki kemampuan dan pengetahuan yang cukup tentang DBD untuk memberikan informasi tindakan-tindakan yang seharusnya dilakukan oleh warga.

Hasil PE positif yang ditegakan petugas yaitu apabila ditemukan penderita dan dari 20 rumah yang diperiksa ditemukan satu rumah saja yang terdapat jentik,

maka hasil PE dikatakan positif dan harus di laksanakan foging. Pelaksanaan tersebut dapat dikatakan sudah sesuai Juklak/Juknis kegiatan seperti berdasarkan Modul Pelatihan Bagi Pengelola Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue Di Indonesia (Depkes RI, 2007), hasil PE dikatakan positif apabila ditemukan 1 atau lebih penderita DBD lainnya dan/atau lebih dari tiga orang tersangka DBD, dan ditemukan jentik ($\geq 5\%$).

Setelah hasil kegiatan PE dinyatakan positif, petugas PE puskesmas kelurahan melaporkan hasil PE positif tersebut kepada petugas puskesmas kecamatan selaku koordinator kegiatan foging. Untuk kegiatan penanggulangan selanjutnya, ketua RT berkoordinasi dengan petugas koordinator foging di puskesmas kecamatan untuk jadwal waktu pelaksanaannya.

Kegiatan PE pada dasarnya sudah sesuai dengan metode dan koordinasi yang ada pun cukup berjalan efektif. Tetapi hambatan yang terjadi berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan PE adalah informasi laporan kasus yang terkadang alamat penderita tidak lengkap sehingga menyulitkan petugas untuk melakukan tindakan PE, dan terkadang alamat yang dicantumkan adalah alamat pada KTP namun tidak sesuai dengan alamat tempat tinggal penderita. Untuk mengatasi hambatan tersebut, informasi yang tidak lengkap tersebut dikonfirmasi langsung ke rumah sakit tempat penderita di rawat sehingga respon untuk kegiatan PE tidak dapat dilakukan dengan segera, atau tidak di tindak lanjuti untuk kegiatan PE apabila alamat penderita tidak ditemukan. Adanya hal yang demikian dapat menjadi penyebab tidak tuntasnya penanggulangan DBD dan mengakibatkan penyebaran kasus sehingga angka kasus juga masih tetap tinggi walaupun dari segi teknis pada umumnya pelaksanaannya sudah sesuai dengan Juklak/Juknis yang ditentukan. Oleh karena itu data yang

lengkap dan tepat waktu mengenai penderita menjadi penting pula dalam pelaksanaan kegiatan PE sebagai upaya pengendalian DBD.

7.3.2 Foging Fokus

Foging fokus adalah kegiatan penyemprotan insektisida dan PSN DBD serta penyuluhan pada masyarakat sekitar kasus dengan radius 200 meter, dilaksanakan 2 siklus dengan interval 1 minggu oleh petugas (Depkes RI, 2007). Pelaksanaan kegiatan foging fokus yang dilakukan terkadang tidak sesuai dengan radius yang ditentukan karena keterbatasan anggaran untuk bahan bakar alat foging dan keadaan lingkungan perumahan yang banyak lantai bertingkat, karena apabila bagian seluruh luas rumah disemprot maka bahan bakar yang seharusnya dapat digunakan untuk meng-*cover* radius satu wilayah yang akan disemprot tanpa ada rumah yang bertingkat ternyata hanya hanya dapat meng-*cover* radius sepertiga wilayahnya. Sementara untuk kegiatan satu fokus tersebut sudah ditentukan jumlah bahan bakar yang dianggarkan.

Dalam hal komunikasi dan koordinasi untuk kegiatan foging sudah berjalan cukup baik antara petugas puskesmas kelurahan dengan koordinator foging petugas puskesmas kecamatan dalam memberikan informasi hasil PE positif untuk tindak lanjut kegiatan foging, juga antara ketua RT dengan koordinator petugas foging mengenai waktu pelaksanaan, serta antara ketua RT, petugas puskesmas kelurahan pengawas foging dan petugas penyemprot lepas harian dalam hal teknis pelaksanaannya. Namun dalam hal respon pelaksanaan kegiatan terkadang yang tidak dapat dipenuhi dengan segera setelah laporan hasil PE positif diterima mengingat keterbatasan alat foging yang ada dan banyaknya laporan kasus yang hasil

PE-nya positif, sehingga terkadang pelaksanaannya baru dapat dipenuhi dalam jangka waktu 2 sampai 3 hari dan paling lama yaitu satu minggu. Hal demikian dapat menyebabkan penyebaran kasus lebih cepat karena nyamuk sebagai vektornya tidak diberantas dengan segera sehingga vektor dapat bertahan hidup dan menularkan ke warga di sekitar.

7.3.3 Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)

Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yaitu kegiatan memberantas jentik nyamuk *Aedes aegypti* di tempat berkembangbiaknya dalam bentuk kegiatan 3M plus (Menguras, Menutup, Mengubur) yakni menguras bak mandi, bak WC, menutup TPA rumah tangga (tempayan, drum dan lain-lain) serta mengubur atau memusnahkan barang-barang bekas (kaleng, ban dan lain lain) (Depkes RI, 2007). Kegiatan PSN yang dilakukan setiap hari Jumat dimulai jam sembilan pagi secara bersama-sama dengan kader Jumantik dan petugas puskesmas kelurahan dan kecamatan. Kegiatan tersebut dilakukan dengan mengunjungi rumah-rumah warga untuk memeriksa tempat perindukan sarang nyamuk sekaligus pemeriksaan jentiknya dan memberikan penyuluhan kepada warga dan mengajak untuk melakukan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk. Dalam kegiatan PSN masyarakat belum aktif secara mandiri ikut berperan serta dalam melaksanakan kegiatan PSN. Kegiatan PSN yang terlihat hanya Jumantik yang berperan langsung dalam melakukan pemeriksaan jentik ke rumah warga.

Kegiatan PSN yang dilakukan setiap Jumat selama 30 menit sudah terkoordinasi dengan baik karena seluruh petugas puskesmas kecamatan yang ada di Seksi Kesehatan Masyarakat ikut turun melaksanakan kegiatan sebagai koordinator

wilayah di kelurahan-kelurahan dan RW di wilayah kerja puskesmas kecamatan Duren Sawit. Selain ikut serta dalam kegiatan PSN, setiap koordinator tersebut mempunyai tanggung jawab dalam memantau pelaksanaan kegiatan PSN di wilayah yang menjadi tanggung jawabnya. Koordinator dari puskesmas ini harus mengkomunikasikan pelaksanaan kegiatan PSN bersama dengan koordinator Jumantik di tingkat RW untuk setiap minggunya mendatangi rumah warga yang dianggap sulit untuk melakukan PSN atau 3M. Sedangkan untuk kepala puskesmas kelurahan dan kecamatan juga ikut melaksanakan kegiatan PSN di hari Jumat tersebut namun tidak menetap di satu tempat seperti petugas puskesmas kelurahan yang bertanggung jawab sebagai koordinator wilayah. Kepala puskesmas sifatnya hanya memantau pelaksanaan kegiatan setiap minggu bersama juga dengan orang Sudin Kesehatan secara bergilir di setiap kelurahan maupun RW-nya.

Adanya koordinasi tersebut sangat membantu tenaga puskesmas kelurahan dalam melakukan pengawasan pelaksanaan kegiatan di wilayah kelurahannya mengingat terbatasnya tenaga puskesmas kelurahan yang dikerahkan untuk kegiatan PSN. Selain itu pihak kelurahan dan ketua RT maupun ketua RW juga ikut dilibatkan dalam kegiatan ini. Namun kegiatan PSN yang seharusnya dilakukan bersama-sama setiap Jumat selama 30 menit belum berjalan sebagaimana semestinya dengan ditandai bunyi-bunyian seperti kentongan sebagai tanda untuk menggerakkan masyarakat. Masyarakat masih pasif dalam melakukan kegiatan dan hanya mau bergerak apabila mereka dikunjungi oleh Jumantik, petugas puskesmas, atau dokter puskesmas. Sedangkan peran dari masyarakat sendiri menjadi sangat penting dalam upaya mengendalikan populasi nyamuk *Aedes aegypti* dalam kegiatan PSN tersebut sehingga penularan kasus DBD dapat dicegah atau dikurangi dan angka kasus di

kecamatan Duren Sawit dapat ditekan. Populasi *Aedes aegypti* dipengaruhi oleh keadaan lingkungan biologi seperti banyaknya tanaman di pekarangan dan perilaku hidup bersih masyarakatnya yang dapat mengendalikan lingkungannya tersebut (Depkes RI, 2005), sedangkan hidup bersih bukan hanya perlu dilakukan di lingkungan perumahan saja tetapi juga pada seluruh lingkungan lainnya, sehingga perlu dilakukan upaya dari berbagai lapisan masyarakat.

7.3.4 Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)

Kegiatan Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) merupakan kegiatan pemeriksaan atau pengamatan dan pemberantasan vektor penular DBD pada tempat penampungan air dan tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* untuk mengetahui adanya jentik nyamuk. Kegiatan ini dilaksanakan untuk mengetahui tingkat keberhasilan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui 3M (Depkes, 2007). Kegiatan pemeriksaan jentik berkala yang dilakukan ini termasuk pula dalam kegiatan PSN 30 menit karena kegiatan pemeriksaan jentik termasuk dalam kegiatan pemberantasan sarang nyamuk untuk mengendalikan populasi nyamuk *Aedes aegypti*. Kegiatan ini dilakukan oleh Jumantik tidak hanya pada hari Jumat tetapi juga hari lainnya hampir setiap hari. Setiap Jumat Jumantik melaporkan hasil pemeriksaannya meliputi daftar rumah yang sudah diperiksa dan rumah yang positif terdapat jentik kepada koordinator Jumantik RW, dan koordinator Jumantik RW melaporkannya ke petugas puskesmas Kesling kelurahan untuk dihitung Angka Bebas Jentik (ABJ). Selanjutnya petugas puskesmas kelurahan melaporkan ABJ tersebut ke puskesmas kecamatan.

Seharusnya Jumantik melakukan pemeriksaan terhadap seluruh rumah yang ada di wilayah RT-nya dalam satu minggu namun kenyataannya masih ada jumantik yang belum dapat mencapai total seluruh rumah yang ada di wilayahnya selain itu juga tidak semua kontainer yang ada di suatu rumah diperiksa. Keaktifan Jumantik pun di masing-masing wilayah berbeda-beda. Beberapa hal tersebut dapat menjadi penyebab tingginya ABJ tetapi tidak diketahui kebenarannya. Terkadang hasil pemeriksaan yang dilakukan Jumantik berbeda dengan yang dilakukan oleh petugas puskesmas ketika hari Jumat. Jumantik terkadang juga tidak objektif dalam melakukan pemeriksaan jentik di setiap rumah. Tidak objektifnya jumantik tersebut dapat disebabkan karena wilayah yang diperiksa adalah termasuk wilayah tempat tinggalnya, akan dapat berbeda apabila jumantik memeriksakan di wilayah RT lain yang warganya tidak terlalu dikenal oleh Jumantik sehingga Jumantik tidak sungkan untuk memeriksa dan melaporkan hasil yang sebenarnya serta memberikan penyuluhan sebagaimana semestinya. Kurang aktifnya jumantik dalam melakukan pemeriksaan jentik dapat disebabkan kurangnya pertemuan atau penyuluhan kader Jumantik oleh petugas kesehatan atau petugas kelurahan sebagai upaya peningkatan wawasan dan motivasi. Koordinator RW ada pun memiliki karakter yang berbeda-beda dalam menggerakkan kader Juamantik RT-nya.

Sedangkan untuk kegiatan pemeriksaan jentik berkala yang seharusnya dilakukan setiap tiga bulan selama satu tahun oleh petugas puskesmas untuk tahun 2007 sudah tidak dinggaran lagi karena dianggap sama seperti yang dilakukan dan dilaporkan dalam kegiatan PSN setiap Jumat. Laporan Angka Bebas Jentik untuk per tiga bulan berasal dari hasil pemeriksaan jentik setiap Jumat tersebut. Namun untuk sasaran pemeriksaan jentik tersebut umumnya masih diprioritaskan pada rumah

tangga, sedangkan tatanan yang lainnya seperti rumah ibadah dan sekolah masih hanya sebagian kecil saja.

7.3.5 Abatisasi Selektif

Abatisasi selektif adalah kegiatan pemeriksaan tempat penampungan air (TPA) baik didalam maupun diluar rumah pada seluruh rumah dan bangunan di desa/kelurahan endemis dan sporadik dan penaburan bubuk abate (larvasida) yang dilaksanakan 4 siklus (3 bulan sekali) dengan menaburkan larvasida pada TPA yang ditemukan jentik (Depkes RI, 2007). Kegiatan abatisasi selektif yang dilakukan yaitu bersamaan ketika pemeriksaan jentik dalam rangka PSN dan PE. Apabila ditemukan jentik pada tempat penampungan yang tidak dapat dikuras dan tempat penampungan yang tidak dapat dijangkau petugas puskesmas atau kader harus menaburkan bubuk abate ke tempat tersebut. Selama tahun 2007 tidak dilakukan abatisasi masal karena dianggap tidak efektif karena tidak terjadi KLB DBD.

Pembagian abate kepada Jumantik dilakukan melalui koordinator Jumantik dari petugas puskesmas kelurahan sebagai koordinator Kesling. Puskesmas kelurahan menerima abate tersebut dari puskesmas kecamatan secara tidak terjadwal dan tidak ditentukan jumlahnya tetapi tidak dalam jumlah yang banyak. Terkadang apabila suatu kelurahan mengalami angka kasus yang tinggi, puskesmas kelurahan tersebut mendapat jumlah abate lebih banyak dari yang umumnya diberikan. Pembagian abate dengan terkoordinasi tersebut dapat menjadi lebih efisien karena baik kader atau petugas dapat menggunakannya sesuai dengan kebutuhan keadaan wilayahnya.

Namun mengenai ketepatan dosis yang diberikan untuk suatu *container* umumnya sulit diawasi. Berdasarkan pelaksanaan kegiatan PSN yang diikuti peneliti, umumnya jumentik atau petugas puskesmas tidak membawa sendok peres untuk alat takar pemberian abate dan tidak mempertimbangkan volume air yang ada, sehingga abate ditaburkan menurut perkiraan subjektif kecukupan saja. Hal yang harus diperhatikan adalah apabila dosis yang diberikan kurang sementara *container* tersebut juga tidak dapat dikontrol, dikhawatirkan abatisasi yang dilakukan tidak efektif dan efisien, sehingga jentik tetap dapat berkembang menjadi nyamuk dewasa dan semakin banyak lagi. Keberlangsungan kegiatan abatisasi terhadap suatu *container* pun harus tetap diperhatikan karena daya bunuh abate terhadap jentik hanya untuk tiga bulan, sehingga harus tetap dilakukan abatisasi setiap tiga bulan sekali.

7.3.6 Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan adalah penyampaian materi mengenai situasi DBD di wilayahnya dan cara-cara pencegahan DBD yang dapat dilaksanakan oleh individu, keluarga dan masyarakat disesuaikan dengan kondisi setempat oleh petugas kesehatan/kaderatau Pokja DBD Desa/kelurahan dengan tujuan agar masyarakat berpartisipasi aktif dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD (Depkes RI, 2007). Kegiatan penyuluhan yang dilakukan oleh puskesmas terdiri dari kegiatan yang sifatnya tidak terprogram dan terprogram. Penyuluhan yang tidak terprogram yaitu penyuluhan yang dilakukan pada saat PSN atau PE karena penyuluhan tersebut tidak memerlukan anggaran dan sifatnya lebih *door to door* secara langsung. Sedangkan penyuluhan yang terprogram yaitu penyuluhan yang

memerlukan anggaran khusus karena harus mengumpulkan orang banyak seperti penyuluhan yang dilakukan untuk murid SD, peningkatan wawasan kepada Jumantik, tokoh masyarakat, maupun masyarakat umum. Bahkan pada tahun 2007 pun dilakukan penyuluhan atau peningkatan wawasan kepada masyarakat di lingkungan elite yang dianggap sulit untuk ikut berperan aktif dalam kegiatan PSN.

Kegiatan penyuluhan dilakukan oleh tenaga puskesmas kecamatan dan kelurahan serta berkoordinasi dengan petugas kelurahan dan kader apabila sasaran kegiatan tersebut adalah Jumantik, tokoh masyarakat, masyarakat umum. Sedangkan untuk penyuluhan kepada murid SD juga melibatkan tenaga UKS dari puskesmas kecamatan maupun tenaga program lain yang terkait dengan DBD. Namun kegiatan penyuluhan yang telah dilakukan belum dilakukan evaluasinya terutama bagi murid SD yang sifatnya sulit dikontrol perilakunya setelah diberikan penyuluhan. Sedangkan untuk sasaran yang lain masih dapat diketahui perubahan perilakunya pada saat kegiatan PSN, tetapi untuk perubahan pengetahuan belum dilakukan evaluasi seperti *pre test* atau *post test* untuk mengukurnya.

7.4 Gambaran Hasil Pelaksanaan Kegiatan Program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Duren Sawit

Gambaran hasil pelaksanaan tiap kegiatan merupakan output dari kegiatan yang telah dilakukan serta disesuaikan dengan tujuan kegiatan yang direncanakan. Untuk kegiatan larvasidasi dan abatisasi merupakan kegiatan yang indikator hasil kegiatannya sama dengan kegiatan PSN, sehingga digambarkan dalam satu kesatuan.

7.4.1 Capaian Penyelidikan Epidemiologi

Penyelidikan Epidemiologi merupakan kegiatan dalam rangka penanggulangan kasus DBD. Tujuan kegiatan penyelidikan epidemiologi adalah mengetahui potensi penularan dan penyebaran DBD lebih lanjut dengan menyelidiki adanya penderita tersangka DBD lainnya dan ada/tidaknya jentik nyamuk penular DBD, serta untuk menentukan tindakan penanggulangan yang perlu dilakukan di wilayah sekitar tempat tinggal penderita (Depkes RI, 2007). Dari hasil Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun 2007 diketahui 60 % dari total kasus yang dilaporkan dapat diketahui hasil PE secara jelas sedangkan sisanya tidak ditemukan datanya dan di luar wilayah kecamatan Duren Sawit. Hal tersebut berarti petugas melakukan PE hanya pada 60 % kasus yang dilaporkan. Namun bukan berarti sisanya tidak dilakukan karena ketidakmampuan petugas dalam melakukannya tetapi karena ketidakjelasan data yang diterima sehingga penderita tidak ditemukan di lapangan.

Walaupun respon PE yang terkadang tidak dapat sesegera mungkin, namun petugas sudah berupaya untuk melakukan PE terhadap 100% laporan kasus yang diterima. Berdasarkan jumlah hasil PE positif yang lebih banyak dibandingkan dengan jumlah PE negatif, dapat diketahui bahwa pada umumnya masih banyak terjadi berpotensi penularan DBD di lingkungan sekitar kasus. Dengan adanya potensi penularan tersebut maka tujuan menurunkan atau menekan angka kasus DBD pun belum cukup berhasil. Hal ini disebabkan PE tidak dapat dilaksanakan pada semua kasus yang dilaporkan karena keterlambatan merespon laporan dan alamat penderita yang tidak jelas sehingga tidak ditindak lanjuti.

7.4.2 Capaian Foging Fokus

Kegiatan ini merupakan salah satu upaya pengendalian vektor yang bertujuan mencegah terjadinya KLB dengan memutuskan rantai penularan di lokasi terjadinya kasus DBD, yaitu di rumah penderita/tersangka DBD dan lokasi sekitarnya yang diperkirakan menjadi sumber penularan (Depkes RI, 2007). Apabila dikaitkan untuk mencegah terjadinya KLB, kegiatan foging yang dilakukan dapat dikatakan cukup berhasil mengingat tidak terjadi KLB untuk tahun 2007, namun terkadang masih ada muncul kasus baru beberapa hari setelah dilakukan foging di lingkungan tersebut. Hal ini menunjukkan foging yang dilakukan tidak dapat menekan jumlah kasus khususnya. Seperti yang dikemukakan oleh Helly Octaviani (2003) dalam penelitiannya mengenai efektivitas pelaksanaan program P2DBD di Kecamatan Makasar Jakarta Timur diketahui berdasarkan uji statistik bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara program foging fokus dengan penurunan angka kasus DBD. Terjadinya kembali kasus DBD di wilayah yang telah difoging dapat disebabkan oleh sumber penular yang berbeda di luar lingkungan yang sudah di foging, walaupun dari sumber yang sama tetapi jumlah munculnya kasus tersebut masih di bawah batas KLB atau dalam jangka waktu yang tidak cepat untuk ukuran KLB. Sehingga dapat dikatakan foging fokus yang dilakukan kurang efektif dalam menekan angka kasus.

Sedangkan jika dibandingkan dengan target yang direncanakan, foging fokus yang direncanakan untuk tahun 2007 adalah untuk 300 foging fokus belum dapat menangani seluruh jumlah kasus yang ada pada tahun 2007 karena adanya peningkatan jumlah kasus di luar perkiraan rencana foging fokus yang akan dilakukan. Jumlah kasus PE positif sebanyak 675 tidak dapat dicover oleh 300 foging fokus sehingga perlu penambahan usulan 200 foging fokus. Hal tersebut

menunjukkan bahwa kasus DBD belum berhasil ditekan peningkatannya. Adanya keadaan yang demikian tidak menjadi kendala baik dari siklus fogging fokus yang tetap dilaksanakan untuk dua siklus maupun jumlah honor petugas karena terkadang ada beberapa penderita dalam satu wilayah yang memungkinkan untuk dilakukan dalam waktu satu radius fogging. Apabila dilihat dari hasil jumlah PE positif, fogging fokus dapat memenuhi semua laporan hasil PE positif. Namun jumlah fogging lebih banyak daripada jumlah hasil PE positif. Hal ini dapat disebabkan karena beberapa laporan PE negatif juga dilakukan fogging mengingat masih banyak masyarakat yang memiliki paradigma yang salah dengan fogging. Terkadang masyarakat masih memiliki paradigma bahwa fogging merupakan cara yang efektif dalam pemberantasan penyakit DBD, sehingga masyarakat akan merasa aman apabila lingkungannya cukup dilakukan fogging. Hal ini yang membuat fogging terpaksa tetap dilakukan untuk hasil PE negatif pada masyarakat yang masih mempunyai paradigma tersebut terutama pada lingkungan warga pejabat yang cukup banyak di wilayah kecamatan Duren Sawit.

7.4.3 Capaian Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) dan Abatisasi Selektif

Tujuan dari kegiatan PSN adalah untuk mengendalikan populasi nyamuk *Aedes aegypti*, sehingga penularan penyakit DBD dapat dicegah atau dikurangi. Ukuran keberhasilan kegiatan PSN DBD antara lain dapat diukur dengan Angka Bebas Jentik (ABJ), apabila lebih atau sama dengan 95% diharapkan penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi (Depkes, 2007). Jika dilihat dari capaian angka bebas jentik yang dilaporkan dari hasil kegiatan PSN menunjukkan capaian hasil kegiatan

tersebut yaitu ABJ sudah mencapai $\geq 95\%$. Namun hasil angka ABJ yang tinggi tersebut tidak diimbangi dengan penurunan jumlah kasus di wilayah kecamatan Duren Sawit pada umumnya.

Penurunan jumlah kasus dengan ABJ yang tinggi hanya dapat dilihat pada kelurahan Malaka Sari. Jika dilihat angka kasus di tiap kelurahan, untuk tahun 2007 angka kasus mulai turun pada bulan Agustus dan mulai menunjukkan jumlah kasus yang rendah pada bulan Oktober. Tetapi diantara tujuh kelurahan, hanya kelurahan Malaka Sari yang paling nyata terlihat dapat menekan angka kasus di wilayahnya dengan kegiatan PSN. Hal ini didukung dengan tampilnya Malaka Sari sebagai pemenang dalam lomba bebas jentik. Kegiatan lomba bebas jentik tersebut perlu dipertahankan untuk memotivasi seluruh petugas puskesmas kelurahan, petugas kelurahan, Jumantik, dan masyarakat untuk tetap menjaga lingkungannya dengan melakukan PSN.

Adanya ABJ yang tinggi tersebut dapat disebabkan karena kinerja Jumantik yang belum secara sungguh-sungguh. Jumantik harus lebih diawasi dan dibina supaya lebih aktif dan sungguh-sungguh dalam melakukan pemeriksaan jentik. Metode pemeriksaan jentik dapat juga dilakukan dengan cara merolling petugas Jumantik antar RT seperti yang telah dilakukan di suatu RW di kelurahan Malaka Sari. Dengan metode tersebut dapat dihindari adanya laporan ABJ yang diragukan kebenarannya karena Jumantik harus memeriksa secara objektif dan lebih merasa mempunyai tagging jawab.

Namun apabila capaian hasil kegiatan PSN dilihat dari indikator keluaran yang direncanakan dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD) Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Tahun Anggaran 2007

indikator keluaran kegiatan PSN adalah jumlah RW yang melaksanakan PJB dan abatisasi yaitu 95 RW (100%), sedangkan indikator hasilnya adalah adanya RW bebas jentik adalah 100%. Target keluaran untuk kegiatan ini sudah dapat dicapai karena semua RW melakukan kegiatan PSN termasuk PJB dan abatisasi di dalamnya. Hal tersebut dapat dilihat adanya laporan kegiatannya tiap minggu dan adanya korwil kelurahan maupun RW yang berasal dari petugas puskesmas kecamatan. Namun untuk keberhasilan pencapaian indikator hasil yaitu seluruh RW pada umumnya telah mencapai $ABJ \geq 95\%$ perlu diawasi kembali karena melihat angka kasus yang umumnya masih tinggi dan kurangnya peran serta masyarakat untuk melakukan kegiatan PSN melalui 3M sebagai upaya pencegahan.

7.4.4 Capaian Penyuluhan Kesehatan

Kegiatan penyuluhan dilakukan dengan tujuan agar masyarakat berpartisipasi aktif dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD. Sedangkan peran aktif masyarakat dapat dilihat dari hasil ABJ yang diperiksakan oleh Jumantik. Namun ABJ yang tinggi rata-rata mencapai 98% pada umumnya bukan hasil dari peran aktif masyarakat itu sendiri. Hanya sebagian kecil saja masyarakat yang sadar dan mau melakukan pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD. Seperti yang telah dijelaskan pada hasil kegiatan PSN bahwa ABJ belum dapat membukikan angka penurunan kasus. Oleh karena itu, perilaku masyarakat pun belum dapat dikatakan menunjukkan perubahan untuk melakukan tindakan pencegahan secara mandiri.

Jika dilihat dari segi pengetahuan, penyuluhan yang diberikan sudah mampu memberikan peningkatan pengetahuan tentang DBD. Jumlah dan jenis sasaran penyuluhan pun sudah sesuai dengan yang direncanakan untuk kegiatan penyuluhan

DBD tahun 2007. Masyarakat sendiri sudah mengerti apa yang harus dilakukan untuk kesehatan dirinya, tetapi masyarakat belum mau melakukan. Pengukuran perilaku yang paling baik secara langsung yaitu dilakukan secara langsung dengan pengamatan (observasi) tindakan dari subjek dalam rangka memelihara kesehatannya. Sedangkan pengukuran yang tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (*recall*) melalui pertanyaan-pertanyaan terhadap subjek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan objek tertentu (Notoatmodjo, 2005). Kegiatan PSN yang dilakukan bersama-sama oleh petugas kesehatan dengan melakukan kunjungan ke rumah-rumah warga dapat dikatakan merupakan pengukuran secara langsung terhadap masyarakat untuk mengetahui apakah PSN benar dilakukan secara mandiri.

Pada umumnya masyarakat mau segera bertindak apabila di lingkungannya ada penderita yang meninggal. Hal tersebut merupakan ancaman bagi mereka sehingga mereka sadar untuk memberikan perlindungan pula untuk dirinya. Belum berhasilnya capaian penyuluhan dalam mengajak masyarakat untuk melakukan kegiatan PSN hingga menjadi membudaya dapat disebabkan metode kegiatan yang masih perlu diperhatikan terutama untuk sasaran masyarakat menengah ke atas yang dianggap sulit untuk diberikan penyuluhan dan diajak ikut berperan aktif dalam kegiatan PSN.