



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PERBANDINGAN PELAKSANAAN PENGELOLAAN
PROGRAM PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK
DEMAM BERDARAH DENGUE ANTARA
PUSKESMAS “X” DAN PUSKESMAS “Y”, KOTA BOGOR,
TAHUN 2010**

TESIS

**INDA TORISIA HATANG
NPM 0706256354**

**PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PERBANDINGAN PELAKSANAAN PENGELOLAAN
PROGRAM PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK
DEMAM BERDARAH DENGUE ANTARA
PUSKESMAS “X” DAN PUSKESMAS “Y”, KOTA BOGOR,
TAHUN 2010**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat**

**INDA TORISIA HATANG
NPM 0706256354**

**PROGRAM PASCASARJANA
DEPARTEMEN PENDIDIKAN KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK**

JULI 2010

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

TESIS ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Inda Torisia Hatang

NPM : 0706256354

Tanda Tangan :

Tanggal : 9 Juli 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Inda Torisia Hatang
NPM : 0706256354
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : ANALISIS PERBANDINGAN PELAKSANAAN
PENGELOLAAN PROGRAM PEMBERANTASAN
SARANG NYAMUK DEMAM BERDARAH DENGUE
ANTARA PUSKESMAS "X" DAN PUSKESMAS "Y",
KOTA BOGOR, TAHUN 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan, Universitas Indonesia.

Dewan Penguji

Pembimbing: Dra. Evi Martha, M.Kes (.....)

Penguji : drg. Wahyu Sulistiadi, MARS (.....)

Penguji : Drs. Anwar Hasan, MPH (.....)

Penguji : Drs. Yulikarmen, M.Kes (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 9 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Bismillaahirrahmaanirrahiim

Assalaamu'alaikum warahmatullahi wabarakaatuh

Segala puji dan syukur saya panjatkan ke hadirat Allahu Subhanahu wata'ala, yang telah melimpahkan segala nikmat, rahmat dan karuniaNya, sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini. Sholawat dan salam semoga dilimpahkanNya kepada suri tauladan kami, Rasulullah Muhammad SAW.

Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat, Kekhususan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penelitian kami lakukan di Puskesmas "X" dan Puskesmas "Y", Kota Bogor mengenai perbandingan pelaksanaan pengelolaan program pemberantasan sarang nyamuk Demam Berdarah Dengue di kedua puskesmas.

Kami ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah banyak membantu, sehingga dapat menyelesaikan tesis ini. Kami menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari semua pihak, akan sulit bagi kami untuk dapat menyelesaikan penulisannya.

Oleh karena itu, kami ingin menyampaikan penghargaan kami kepada:

1. Ibu Dra. Evi Martha, M.Kes , selaku dosen pembimbing yang telah begitu baik menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam pembuatan tesis ini.
2. Bapak drg. Wahyu Sulistiadi, MARS , Bapak Drs. Anwar Hasan, MPH, dan Bapak Drs. Yulikarmen, M.Kes selaku penguji yang banyak memberi masukan untuk perbaikan tesis ini.
3. Dr Vera Intan MARS, Kabid P2P Dinas Kesehatan Kota Bogor dan staf terkait.
4. Dr Lindawati, MKM, Kepala Pukesmas Bogor Timur dan staf terkait.
5. Dr Dina Sita Dewi Kepala Puskesmas Gang Aut dan staf terkait.
6. Bapak/Ibu Pimpinan di Lingkungan Biro Kepegawaian dan rekan-rekan yang sudah mengerti dan mendukung terselesaikannya tesis ini
7. Bapak/Ibu Pimpinan di Lingkungan Sekretariat Ditjen PP-PL dan rekan-rekan kerja yang sudah memfasilitasi dalam segala hal
8. Sahabat-sahabatku Indi, Tegar, Asri, Titi, Friska, Ira, Oom, Love, Iftah dan semua yang memberiku semangat untuk menyelesaikan tesis ini
9. Rasa hormat dan terima kasih yang tak terhingga saya ucapkan kepada yang tercinta Buya H. Santori Hasan, SH dan Umi H. Siti Rawani,SH (almh) yang telah membesarkan dan mendidik dengan penuh pengertian, kesabaran, dan

pengorbanan serta doa selama menjalani pendidikan hingga menyelesaikan tesis ini dan teriring doa semoga Umi bahagia di sisiNya. Kepada bapak ibu mertua Drs. H. A. Sjariffuddin Effendi, SH.MM.MH dan H. Herniasih yang selalu memberikan dorongan sejak awal mula saya menjalani pendidikan.

10. Ucapan terima kasih juga kepada kakak-kakak dan adik-adik tercinta atas dukungan, semangat dan doa kepada peneliti.
11. Kepada suami tercinta Dr. Jaya Ariheryanto Effendi, SpA rasa syukur tak terhingga atas pengertian, pengorbanan, kesabaran, dukungan, dan doa yang akan selalu menyertai perjalanan hidup. Tidak lupa kepada anak-anakku tercinta Nuthy Hasya Cinta Andari Effendi, Nasya Khaira Kasih Andari Effendi, Neira Atiya Sayang Andari Effendi untuk kesabaran dan doanya pada saat bunda melaksanakan tugas dan pendidikan.

Kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, terima kasih atas segala bantuannya baik dalam menyelesaikan tesis ini maupun selama saya menjalankan pendidikan.

Akhirnya saya menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat, dan kiranya Allah yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang melimpahkan rahmat dan karuniaNya kepada kita semua.

Depok, 9 Juli 2010

Inda Torisia Hatang

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Inda Torisia Hatang
NPM : 0706256354
Program Studi : Magister
Departemen : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

"Analisis perbandingan pelaksanaan pengelolaan program pemberantasan sarang nyamuk Demam Berdarah Dengue antara Puskemas "X" dan Puskesmas "Y", Kota Bogor, tahun 2010"

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Depok
Pada Tanggal 9 Juli 2010
Yang menyatakan

(Inda Torisia Hatang)

ABSTRAK

Nama : Inda Torisia Hatang
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Analisis perbandingan pelaksanaan pengelolaan program pemberantasan sarang nyamuk Demam Berdarah Dengue antara Puskesmas "X" dan Puskesmas "Y", Kota Bogor, tahun 2010

Sebaran kasus DBD di setiap wilayah kerja Puskesmas Bogor berbeda-beda, ada yang turun, stagnan, bahkan naik. Padahal kebijakan yang diberikan kepada setiap Puskesmas sama. Hal ini mengindikasikan adanya faktor lain yang mempengaruhi kesuksesan pengelolaan program. Untuk itu, penelitian ini ditujukan untuk mendapatkan gambaran pengelolaan Program P2DBD yang ideal antara Puskesmas "X" yang trennya turun dan Puskesmas "Y" yang trennya naik. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan disain *Rapid Assesment Procedure (RAP)*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengelolaan program yang ideal harus didukung oleh kepemimpinan yang memadai, pelibatan aktif masyarakat, dan kemitraan lintas sektor. Oleh karena itu, peneliti menyarankan agar faktor-faktor tersebut diperhatikan dalam pengelolaan program.

Kata kunci:

PSN, DBD, Pusat Kesehatan Masyarakat, kepemimpinan, kemitraan

ABSTRACT

Name : Inda Torisia Hatang
Faculty : Magister of Public Health Science
Title : **Comparative analysis of the implementation of dengue hemorrhagic fever's mosquito eradication program between "X" Public Health Center and "Y" Public Health Center at Bogor City in 2010.**

The spread of DBD cases is different on each sub districts, there are down, stagnant, or even rise. Beside, this policy is provided to all public health care together. This indicates the existence of other factors that influence the success of program management. Therefore, this study aimed to obtain the ideal form of P2DBD program management between the public health center "X" that have a down trend and the public health care "Y" that have a rise trend. This study uses a qualitative approach with a Rapid Assessment Procedure as the study design. The results showed that the ideal program management must be supported by adequate leadership, active community involvement, and partnerships in across sectors. Therefore, researchers suggest that these factors must be considered in program management.

Keywords:

Mosquito eradication program, Dengue hemorrhagic fever , Public Health Center, leadership, partnership.

DAFTAR ISI

JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
PERSETUJUAN PUBLIKASI	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar belakang	1
1.2. Perumusan masalah	6
1.3. Pertanyaan penelitian	7
1.4. Tujuan penelitian	7
1.5. Manfaat penelitian	8
1.6. Ruang lingkup penelitian	8
2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1. Penyakit Demam Berdarah	9
2.2. Program Pemberantasan Nyamuk Penular DBD	9
2.2.1. Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD	12
2.2.2. Pemeriksaan Jentik Berkala oleh Kader, PKK dan Jumantik	13
2.2.3. Pemeriksaan Jentik Berkala oleh Puskesmas	14
2.2.4. Penyelidikan Epidemiologis	14
2.2.5. Penanggulangan Fokus	15
2.3. Manajemen Program PSN DBD	17
2.3.1. Teori Manajemen	17
2.3.2. Pola Manajemen dengan Pendekatan Sistem	26
2.3.3. Teori Kepemimpinan	30
2.4. Pusat Kesehatan Masyarakat	32
2.4.1. Pengertian, Visi, Misi, Tujuan dan Fungsi Puskesmas	32
2.4.2. Sumber Pembiayaan Puskesmas	35
2.4.3. Pengelolaan Dana	36
2.5. Kerangka Teori	38

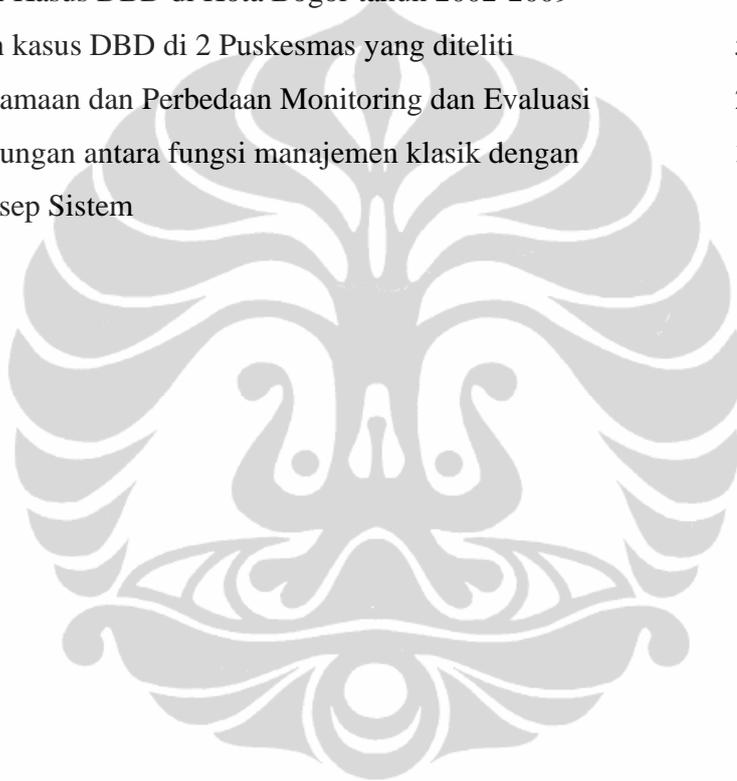
3. KERANGKA KONSEP	39
3.1. Kerangka konsep Program Perbandingan PSN DBD	39
3.2. Definisi variabel	39
4. METODOLOGI PENELITIAN	47
4.1. Desain penelitian	47
4.2. Lokasi Penelitian	47
4.3. Sumber Informasi	47
4.4. Pengumpulan Data	47
4.5. Pengolahan dan Analisis Data	49
4.6. Validitas Data	49
5. HASIL PENELITIAN	50
5.1. Gambaran Umum Wilayah Penelitian	50
5.2. Karakteristik Informan	51
5.3. Gambaran Input Program P2DBD	52
5.3.1. SDM	52
5.3.2. Dana	54
5.3.3. Sarana dan Prasarana	56
5.3.4. Kebijakan P2DBD	57
5.3.5. Latar belakang masyarakat	58
5.4. Gambaran Proses Program P2DBD	59
5.4.1. Perencanaan	59
5.4.2. Pelaksanaan	61
5.5. Gambaran Output Program P2DBD	62
5.5.1. Kinerja Petugas	62
5.5.2. Kemampuan Manajemen Program dalam fasilitasi dan koordinasi	63
5.5.3. Peningkatan Kemitraan dengan sektor lain	63
6. PEMBAHASAN	65
6.1. Keterbatasan penelitian	65
6.2. Gambaran input program P2DBD	65
6.2.1. SDM	65
6.2.2. Dana	68
6.2.3. Sarana dan Prasarana	71
6.2.4. Kebijakan P2DBD	72
6.2.5. Latar belakang masyarakat	73
6.3. Gambaran Proses Program P2DBD	74
6.3.1. Perencanaan	74
6.3.2. Pelaksanaan	76
6.4. Gambaran Output Program P2DBD	79
6.4.1. Kinerja Petugas	80
6.4.2. Kemampuan Manajemen Program dalam fasilitasi dan koordinasi	81
6.4.3. Peningkatan Kemitraan dengan sektor lain	81

7. KESIMPULAN DAN SARAN	84
7.1. Kesimpulan	84
7.2. Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	86
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Insidens DBD di Indonesia tahun 2002-2008	2
Tabel 1.2. Insidens DBD di Jawa Barat tahun 2002-2008	3
Tabel 1.3. Tren Kasus DBD di Kota Bogor tahun 2002-2009	4
Tabel 1.4. Tren kasus DBD di 2 Puskesmas yang diteliti	5
Tabel 2.1. Persamaan dan Perbedaan Monitoring dan Evaluasi	24
Tabel 2.2. Hubungan antara fungsi manajemen klasik dengan Konsep Sistem	30



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Alur Proses Jalanya Kebijakan	20
Gambar 2.2.	Model Sistem Dasar	26
Gambar 2.3.	Variabel yang mempengaruhi perilaku	27
Gambar 2.4.	Kerangka Teori	38



DAFTAR SINGKATAN



DBD	:	Demam Berdarah Dengue
WHO	:	World Health Organization
KLB	:	Kejadian luar biasa
Depkes	:	Departemen Kesehatan
Pokjanal	:	Kelompok kerja oprasional
PSN	:	Pemberantasan Sarang Nyamuk
ABJ	:	Angka Bebas Jentik
P2DBD	:	Penanggulangan Penyakit DBD
SDM	:	Sumber Daya Manusia
DSS	:	<i>Dengue shock syndrome</i>
PJB	:	Pemeriksaan Jentik Berkala
Jumantik	:	Juru Pemantau Jentik
SKD	:	Sistim kewaspadaan dini
TPA	:	Tempat Penampungan air
POLC	:	<i>Planning, organizing, leading, controlling</i>
FKM	:	Fakultas Kesehatan Masyarakat
RAP	:	<i>Rapid Assesment Procedure</i>
UI	:	Universitas Indonesia
Lokmin	:	Lokakarya mini

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Riwayat Pribadi :
N a m a : INDA TORISIA HATANG
Tempat/Tgl lahir : Tanjungkarang/ 13 Juli 1973
Pekerjaan : Pegawai Negeri
NIP : 19730713 200212 2005
Pangkat/Golongan : Penata/III.c
Alamat Kantor : Jl. HR Rasuna Said blok X, kav 4-9 Jakarta Selatan
Nama Suami : dr.Jaya Ariheryanto Effendi, Sp.A
Nama Anak : 1. Nuthy Hasya Cinta Andari Effendi
2. Nasya Khaira Kasih Andari Effendi
3. Nayra Atiya Sayang Andari Effendi

Riwayat Pendidikan :

- 1980 – 1986 : SD Negeri 2 Tanjung Karang
- 1986 – 1989 : SMP Negeri 2 Tanjung Karang
- 1989 – 1992 : SMA Negeri V Bandung
- 1992 – 1999 : Fakultas Kedokteran Gigi , Universitas Trisakti

Riwayat Pekerjaan :

- 1999 – 2002 : PTT Puskesmas Pekalongan, lampung Timur
- 2002 – 2005 : Staf Subdin SDK, Dinas Kesehatan Propinsi Lampung
- 2005 – 2009 : Staf Bag Umum & Kepegawaian, Seditjen PP-PL
- 2009 – Sekarang : Kasubag Perencanaan, Bag Pengadaan Pegawai Biro Kepegawaian, Kementerian Kesehatan.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Warga negara yang sehat dan produktif adalah salah satu unsur pewujud kesejahteraan suatu negara. Untuk itu, pembangunan kesehatan Indonesia diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan warga negara yang besar artinya bagi pembangunan dan pembinaan sumber daya manusia Indonesia. Sumber daya manusia yang sehat dan produktif adalah modal penting bagi pelaksanaan pembangunan di Indonesia (UU Kesehatan).

Cita-cita untuk mencapai kesejahteraan lewat pemenuhan sumber daya yang sehat dan produktif kini terancam dengan derasnya arus urbanisasi. Meningkatnya arus urbanisasi menyebabkan kepadatan penduduk di perkotaan meningkat. Mobilisasi manusia dari berbagai macam daerah juga meningkatkan mobilisasi berbagai macam virus penyakit dari berbagai daerah endemis yang terbawa oleh para imigran (WHO 1997, hlm. 1).

Salah satu penyakit tersebut adalah demam berdarah *dengue* (DBD). Di Asia Tenggara, DBD pertama kali ditemukan di Filipina tahun 1953. Sindrom diketahui secara etiologi berhubungan dengan virus *dengue* serotipe 2,3, dan 4 yang diisolasi dari penderita di Filipina pada tahun 1956. Dua tahun kemudian, virus *dengue* dari berbagai jenis yang berbeda diisolasi dari pasien pada suatu epidemik di Bangkok, Thailand. Selama 3 dekade, DBD dikenal senantiasa menjadi wabah di negara-negara tropis seperti Kamboja, China, India, Indonesia, Laos, Malaysia, Maladewa, Myanmar, Singapura, Sri Lanka, Vietnam, serta beberapa kepulauan Pasifik (WHO 1997, hlm. 1).

Di Indonesia, penyakit DBD telah menyebar luas ke seluruh kawasan. Jumlah kabupaten/kota terjangkit semakin meningkat dari tahun ke tahun. Penyakit DBD sering muncul sebagai kejadian luar biasa (KLB) sehingga angka kesakitan dan kematian yang terjadi dianggap merupakan gambaran dari penyakit di masyarakat. Angka insidens DBD secara nasional sangat berfluktuasi dengan siklus puncak 4-5 tahunan. Pada tahun 1999, insidens DBD sebesar 10.17 per

100.000 penduduk. Pada tahun 2000, angka ini meningkat menjadi 15.75 per 100.000 penduduk. Insidens DBD meningkat menjadi 17.2 per 100.000 penduduk pada tahun 2001 (Depkes 2001, hlm. 37). Pada tahun 2005, DBD menyebar ke semua wilayah propinsi dan menjangkiti 330 kabupaten/kotamadya (75% dari semua kabupaten/kotamadya). Dari tahun 2002 hingga 2007, insidens DBD senantiasa meningkat. Rincian insidens DBD di Indonesia tahun 2002-2007 disajikan pada tabel 1. Dari tabel tersebut, insidens DBD pada tahun 2008, insidens DBD akhirnya dapat diturunkan. Akan tetapi, angka ini masih relatif tinggi bila dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya (Depkes 2008 hlm. 45-46). Angka ini masih teramat jauh dari indikator Indonesia Sehat 2010 yang mencanangkan insidens rate untuk DBD <1 per 100.000 penduduk.

Tabel 1.1 Insidens DBD per 100.000 penduduk di Indonesia tahun 2002-2007
(Profil Kesehatan Indonesia 2008)

Tahun	Insidens
2002	19.24
2003	23.87
2004	37.11
2005	43.42
2006	52.48
2007	71.78
2008	60.06

Di Propinsi Jawa Barat, insidens DBD pada tahun 2004 adalah 52.20 per 100.000 penduduk. Angka ini berhasil diturunkan pada tahun 2005, untuk kemudian naik lagi pada tahun 2006 dan 2007. Pada tahun 2008, insidens DBD kembali berhasil diturunkan. Rincian insiden DBD di Jawa Barat ditampilkan pada tabel 1.2

Tabel 1.2 Insidens DBD per 100.000 penduduk di Jawa Barat tahun 2002-2008
(Profil Kesehatan Indonesia 2008),

Tahun	Insidens
2004	52.2
2005	42.75
2006	66.08
2007	78.05
2008	54.23

Untuk mengatasi masalah tersebut, pemerintah lewat Departemen Kesehatan telah menetapkan 5 kegiatan pokok sebagai kebijakan dalam pengendalian penyakit DBD, yaitu 1) menemukan kasus secepatnya dan mengobati sesuai prosedur tetap (protap); 2) memutuskan mata rantai penularan dengan pemberantasan vektor (nyamuk dewasa dan jentik-jentiknya); 3) kemitraan dalam wadah POKJANAL DBD (Kelompok Kerja Operasional DBD); 4) pemberdayaan masyarakat dalam gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN 3M Plus); dan 5) peningkatan profesionalisme pelaksana program. Sedangkan pengembangan upaya pemberantasan demam berdarah ditempuh dengan 3 jalan, yaitu: 1) peningkatan kegiatan surveilans penyakit dan surveilans vektor; 2) diagnosis dini dan pengobatan dini; dan 3) peningkatan upaya pemberantasan vektor penular penyakit DBD.

Keberhasilan PSN antara lain diukur dengan Angka Bebas Jentik (ABJ). Apabila ABJ lebih atau sama dengan 95% diharapkan penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi. Akan tetapi, dalam dua tahun terakhir, yaitu 2007-2008, ABJ di Indonesia masih belum berhasil mencapai target. ABJ pada tahun 2007 masih 84% dan turun menjadi 82.6% pada tahun 2008 (Depkes 2008, hlm. 102-103). Sedangkan ABJ untuk Kota Bogor pada tahun 2007 masih berada pada angka 90.6% (Dinkes Jabar 2007, lamp. 56). Tidak tercapainya target ABJ ini menunjukkan buruknya eksekusi program penanganan penyakit DBD di lapangan, baik di tingkat nasional maupun di daerah.

Kegagalan-demi kegagalan terus menghantui penanggulangan penyakit DBD di tanah air. Beragam program yang dijalankan dari tahun ke tahun belum

dapat menurunkan kasus DBD, utamanya di Kota Bogor. Kegagalan program bisa disebabkan oleh beberapa faktor, misalnya buruknya pengelolaan program dan kegagalan dalam menggandeng masyarakat sebagai salah satu stakeholder program untuk ikut aktif menyukseskan program. Suhirman pada penelitiannya pada tahun 2002 menyebutkan bahwa keberhasilan program pemberantasan DBD berhubungan dengan aspek pengelolaan program, yaitu fungsi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program (Suhirman 2002). Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nugroho (Nugroho 2006) di Sragen menyimpulkan bahwa konseling keluarga meningkatkan perilaku anggota keluarga untuk aktif menurunkan keberadaan jentik nyamuk ($t=2.91$; $p= 0.005$). Di tempat yang lain, Hidajat dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa ketidakberhasilan Program Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah *Dengue* dalam mencegah dan menurunkan tingginya angka kejadian penyakit DBD di daerah penelitiannya berhubungan erat dengan belum adanya peran serta warga masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas-aktivitas program. Warga masyarakat di daerah penelitiannya tidak memiliki akses langsung kepada informasi dan pengetahuan terhadap program. Hal ini karena penyuluhan belum berjalan dengan baik akibat adanya berbagai kendala pada pelaksanaan program di lapangan (Hidajat 1998).

Tabel 1.3 Tren kasus DBD di Kota Bogor Th 2007-2009

NO	KECAMATAN	JUMLAH PUSKESMAS	2007		2008		2009	
			P	M	P	M	P	M
1	TANAH SEREAL	5	334	2	266	4	288	1
2	BOGOR UTARA	3	415	0	299	1	319	60
3	BOGOR TENGAH	5	244	3	228	0	254	0
4	BOGOR SELATAN	4	188	1	126	3	157	0
5	BOGOR TIMUR	2	207	0	132	1	128	0
6	BOGOR BARAT	5	422	4	302	2	364	3
	Jumlah	24	1810	10	1353	11	1510	64

Ket : P : Penderita, M : Meninggal

Dinas Kesehatan Kota Bogor telah melakukan berbagai upaya penanggulangan dan pengendalian penyakit DBD, di antaranya adalah program Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dan Pemeriksaan Jentik Nyamuk (PJN) yang merupakan program unggulan hingga saat ini. Bahkan, selama bulan Januari 2010, telah dilakukan paling sedikit 18 kali PSN sebagai bukti keseriusan pemerintah daerah (Priliawito 2010). Meskipun berbagai upaya penanggulangan telah dilakukan, angka kejadian DBD masih tinggi. Berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Kota Bogor, di awal tahun 2010 hingga tanggal 22 Januari 2010 telah ditemukan 124 kasus DBD yang tersebar di 6 kecamatan (Ririn 2010).

Walaupun demikian, sebaran tren kasus DBD di tiap-tiap kelurahan berbeda-beda. Ada banyak kelurahan yang tren kasusnya stagnan, sedikit kelurahan yang berhasil menurunkan tren DBD, dan ada juga kelurahan yang trennya cenderung naik. Kelurahan yang berhasil menurunkan tren DBD di wilayahnya di antaranya adalah kelurahan di wilayah kerja Puskesmas “X”.

Tabel 1.4 Tren kasus DBD di 2 Puskesmas yang akan diteliti tahun 2007-2009

PUSKESMAS	KELURAHAN	2007		2008		2009	
		P	M	P	M	P	M
“Y”	“B”	0	1	5	0	6	0
	“C”	18	1	14	0	17	0
	Jumlah	18	2	19	0	23	0
“X”	“A”	85	0	63	0	48	0
	“D”	44	0	18	1	20	0
	Jumlah	129	0	81	1	68	0

Ket : P : Penderita, M : Meninggal

Adanya output yang berbeda di antara dua Puskesmas di Kota Bogor yang memiliki kebijakan dari Dinas Kesehatan yang sama ini kemudian menarik

perhatian penulis untuk meneliti perbandingan manajemen program P2DBD di kedua Puskesmas tersebut.

Dalam penelitian-penelitian sebelumnya, kegagalan program dalam menurunkan jumlah kasus DBD dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Studi kualitatif yang dilakukan oleh Fathonah pada tahun 2009 di Puskesmas Pasar Minggu mengungkap beberapa faktor penyebab kegagalan program dalam menurunkan jumlah kasus DBD: (1) tidak semua sektor yang menjadi stakeholder program memahami Program P2DBD seutuhnya; (2) beban SDM terlalu berat; (3) belum ada pelatihan manajemen program P2DBD; (4) tidak adanya pedoman penganggaran dari instansi yang berwenang untuk mengatur penganggaran dana untuk program P2DBD. Oleh karena itu, peneliti ingin meneliti untuk mengetahui dan menggali lebih dalam tentang bagaimana manajemen program di antara Puskesmas “X” dan “Y” tersebut sehingga nantinya dapat diketahui faktor penyebab keberhasilan dan kegagalan implementasi program Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) di Kota Bogor dalam menurunkan kejadian DBD dan menaikkan ABJ.

1.1 Perumusan Masalah

Penyakit DBD telah menyebar luas ke seluruh kawasan Indonesia. Untuk mengatasi masalah tersebut, pemerintah mencanangkan program Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue (P2DBD). Akan tetapi, program ini belum memberikan hasil yang memuaskan. Setiap tahun, DBD masih menjadi momok, utamanya di Kota Bogor yang menjadi kabupaten/kota dengan jumlah kasus menempati peringkat ketujuh di Jawa Barat.

Selain itu, data Dinas Kesehatan Kota Bogor menunjukkan sebaran tren kasus DBD di tiap wilayah kerja Puskesmas berbeda. Ada Puskesmas yang tren DBD di wilayah kerjanya berhasil turun, ada juga yang tetap naik. Perbedaan output program yang sama di satu wilayah Kota Bogor mengindikasikan adanya perbedaan eksekusi program pemberantasan penyakit DBD antar kelurahan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Bogor.

Pada penelitian ini, dilakukan studi perbandingan pengelolaan program P2DBD di Puskesmas “X” dengan kelurahan studi “A” sebagai wilayah yang

berhasil menurunkan tren DBD dengan Puskesmas “Y” dengan Kelurahan “B” sebagai kelurahan studi wilayah yang tren DBDnya naik. Penelitian dilakukan di Bulan Mei-Juni 2010. Dari penelitian ini dapat diketahui faktor penyebab keberhasilan dan kegagalan implementasi program Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) di Kota Bogor dalam menurunkan kejadian DBD dan menaikkan ABJ.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimana gambaran input program P2DBD (SDM, dana, sarana dan prasarana, kebijakan, serta latar belakang masyarakat) di Puskesmas “X” (Kelurahan “A”) dan Puskesmas “Y” (Kelurahan “B”), Kota Bogor, tahun 2010?
- b. Bagaimana gambaran proses program P2DBD (perencanaan dan pelaksanaan) di Puskesmas “X” (Kelurahan “A”) dan Puskesmas “Y” (Kelurahan “B”), Kota Bogor, tahun 2010?
- c. Bagaimana gambaran output program P2DBD (Kinerja petugas dan kemampuan manajemen program berupa fasilitasi dan koordinasi dan peningkatan kemitraan dengan sektor lain) di Puskesmas “X” (Kelurahan “A”) dan Puskesmas “Y” (Kelurahan “B”), Kota Bogor, tahun 2010?
- d. Bagaimana gambaran pengelolaan Program P2DBD yang ideal untuk Puskesmas “X” (Kelurahan “A”) dan Puskesmas “Y” (Kelurahan “B”), Kota Bogor, tahun 2010?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Membandingkan pengelolaan program PSN DBD di Puskesmas “X” (Puskesmas yang berhasil menurunkan tren DBD dengan Kelurahan “A” sebagai kelurahan studi) dan Puskesmas “Y” (Puskesmas yang tren DBDnya naik dengan Kelurahan “B” sebagai kelurahan studi), Kota Bogor tahun 2010.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Diperolehnya gambaran input program P2DBD (SDM, dana, sarana dan prasarana, kebijakan, dan latar belakang masyarakat) di Puskesmas “X” (Kelurahan “A”) dan Puskesmas “Y” (Kelurahan “B”), Kota Bogor, tahun 2010?
- b. Diperolehnya gambaran proses program P2DBD (perencanaan dan pelaksanaan) di Puskesmas “X” (Kelurahan “A”) dan Puskesmas “Y” (Kelurahan “B”), Kota Bogor, tahun 2010?
- c. Diperolehnya gambaran output program P2DBD (Kinerja petugas dan kemampuan manajemen program berupa fasilitasi dan koordinasi dan peningkatan kemitraan dengan sektor lain) di Puskesmas “X” (Kelurahan “A”) dan Puskesmas “Y” (Kelurahan “B”), Kota Bogor, tahun 2010?
- d. Diperolehnya gambaran pengelolaan Program P2DBD yang ideal antara Puskesmas “X” (Kelurahan “A”) dan Puskesmas “Y” (Kelurahan “B”), Kota Bogor, tahun 2010?

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi Pengembangan Ilmu

Sebagai pengayaan referensi pada topik pengelolaan program pemberantasan DBD

1.5.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Bogor

Sebagai bahan pertimbangan untuk pembuatan kebijakan perlindungan kesehatan warga Bogor.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian akan dilakukan di wilayah kerja Puskesmas “X” (Kelurahan “A”) dan “Y” (Kelurahan “B”), Kota Bogor tahun 2010. Penelitian ini menganalisis pelaksanaan pengelolaan program P2DBD di kedua wilayah studi tersebut. Penelitian dilakukan pada bulan Mei tahun 2010. Penelitian ini dilakukan berkaitan dengan masih tingginya angka kejadian DBD di saat PSN sedang digalakkan. Informan penelitian adalah kader kesehatan, petugas

kesehatan Puskesmas, dan masyarakat. Informan kunci adalah Kepala Puskesmas dan Kepala Seksi Penanggulangan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota Bogor.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Demam Berdarah

Penyakit demam berdarah *dengue* (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue serotype* I,II,III, atau IV yang ditularkan lewat gigitan nyamuk *Aedes aegypti* (sedikit kasus ditularkan oleh *Aedes albopictus*) dengan empat karakterisasi manifestasi klinis mayor: demam tinggi, fenomena *haemorrhagic*, seringkali diikuti hepatomegali, dan dalam kasus yang parah ditandai oleh kegagalan peredaran darah. Beberapa penderita dapat mengalami *hypovolaemic shock* sebagai akibat dari kerusakan plasma. Kejadian ini disebut dengan *dengue shock syndrome* (DSS) dan bisa menjadi fatal (WHO 1997, hlm. 1). Terdapat tiga faktor yang memegang peranan penting pada penularan virus *dengue*, yaitu manusia, virus, dan vektor perantara. Virus *dengue* ditularkan ke manusia lewat gigitan nyamuk *Aedes* yang terinfeksi, terutama *Aedes aegypti*. Karena penularannya melalui nyamuk, maka virus *dengue* dikategorikan sebagai arbovirus (virus berbasis artropoda) (WHO 1997, hlm. 7).

2.2 Program Pemberantasan Nyamuk Penular DBD

Suatu program kesehatan hanya akan sukses bila dapat terjamin kelestarian programnya. Walaupun ada satu interval waktu dimana suatu masalah kesehatan dapat dikendalikan, program kesehatan tetap harus berjalan. Tidak ada cara lain yang lebih efektif hingga saat ini selain memberantas penyakit ini dengan melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam berdarah Dengue (PSN DBD) oleh seluruh lapisan masyarakat di rumah dan tempat-tempat umum dan lingkungan sekitarnya secara terus-menerus. Dasar pemikirannya adalah pengendalian *Ae. aegypti* secara berkelanjutan hanya bisa dilakukan oleh orang-orang yang tinggal di dalam rumah dimana masalah DBD muncul dan oleh orang-orang yang telah membantu menciptakan suatu habitat larva nyamuk lewat perilaku hidup mereka. Partisipasi komunitas di dalam kepemilikan suatu program pencegahan DBD membutuhkan pendidikan kesehatan ekstensif dan melibatkan

Universitas Indonesia

semua anggota komunitas di dalamnya. Akan tetapi, pendekatan ini memerlukan proses yang sangat lama. Oleh karena itu, dibutuhkan kombinasi pendekatan *top-down* dan *bottom-up*. Pendekatan *top-down* dibutuhkan untuk mencapai kesuksesan pelaksanaan program dengan cepat, sedangkan pendekatan *bottom-up* dibutuhkan untuk mencapai kelestarian program (Gubler 1998, hlm. 493).

Pendekatan *top down* di Indonesia telah dirumuskan dengan baik oleh Departemen Kesehatan RI dengan mencanangkan program PSN DBD. Untuk melibatkan seluruh lapisan masyarakat sebagai pendekatan *bottom-up*, perlu dilakukan penyuluhan dan motivasi intensif lewat berbagai jalur komunikasi seperti televisi, radio, media cetak, kerja bakti, lomba PSN, dan beragam kegiatan lainnya. Jika kegiatan PSN DBD ini dapat dilaksanakan secara intensif, maka populasi nyamuk *Ae. aegypti* dapat dikendalikan sehingga penularan DBD dapat dikendalikan (Dirjen PPPL 2005a, hlm. 1).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia menggabungkan dua pendekatan ini melalui kegiatan pokok tingkat Puskesmas. Dalam hal ini, Puskesmas menjadi perpanjangan tangan sekaligus ujung tombak dari Departemen Kesehatan untuk menerapkan pendekatan *top down* dan *bottom up*. Berikut adalah kegiatan pokok tingkat Puskesmas:

- a. Mengobati/merawat/merujuk tersangka/penderita DBD ke rumah sakit
- b. Melaksanakan kegiatan penyelidikan epidemiologi (PE)
- c. Setelah PE, melaksanakan “Penanggulangan Fokus” yang terdiri dari satu atau lebih kegiatan sebagai berikut :
 1. PSN DBD
 2. Larvasida
 3. Penyuluhan
 4. *Fogging focus* (bila memenuhi kriteria) bekerjasama dengan dinas kesehatan kabupaten/kota.
- d. Melaksanakan pemeriksaan jentik berkala (PJB) setiap 3 bulan
- e. Menyelenggarakan pelatihan petugas penyemprot di desa/kelurahan
- f. Menyelenggarakan pertemuan/pelatihan/pembinaan kader dan juru pemantau jentik (jumantik) dalam penggerakkan PSN DBD
- g. Melaksanakan penyuluhan intensif melalui berbagai metode dan media

- h. Memfasilitasi pertemuan lintas program dan lintas sektor (pertemuan Pokja/Pokjanal desa/kelurahan/kecamatan secara berkala, dan lain-lain)
- i. Melaksanakan kegiatan gerakan 3M sebelum masa penularan (G 3M SMP)
- j. Melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue (PSN DBD) yang sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah berdasarkan hasil survei/penelitian
- k. Melaksanakan surveilans epidemiologi DBD
- l. Melaksanakan sistim kewaspadaan dini (SKD) dan penanggulangan KLB (kejadian luar biasa).
- m. Mengirimkan laporan hasil kegiatan program secara rutin ke kabupaten/kota

2.2.1 Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD

PSN DBD adalah kegiatan memberantas telur, jentik, dan kepompong nyamuk penular DBD di tempat-tempat perkembangbiakannya. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk mengendalikan populasi nyamuk *Ae. aegypti* sehingga penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi. Tempat-tempat yang menjadi sasaran PSN DBD adalah semua tempat perkembangbiakan nyamuk penular DBD seperti tempat penampungan air (TPA) untuk keperluan sehari-hari, TPA bukan untuk keperluan sehari-hari, dan tempat penampungan air alamiah. Ukuran keberhasilan PSN DBD ditentukan dengan Angka Bebas Jentik (ABJ). Jika $ABJ \geq 95\%$ maka diharapkan penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi (Dirjen PPPL 2005a, hlm. 2).

PSN DBD dilakukan dengan cara 3M, yaitu:

- a. Menguras dan menyikat tempat-tempat penampungan air, seperti bak mandi/WC dan drum seminggu sekali
- b. Menutup rapat-rapat tempat penampungan air seperti genntong, tempayan, dan tandon air.
- c. Mengubur atau menyingkirkan barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan

Selain itu, juga dilakukan langkah-langkah seperti (3M Plus):

- a. mengganti vas bunga, tempat minum burung, atau tempat lain yang sejenis seminggu sekali

- b. Memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar
- c. Menutup lubang-lubang pada potongan bambu/pohon dengan tanah atau bahan lainnya
- d. Menaburkan bubuk larvasida di tempat-tempat yang sulit untuk dikuras atau di daerah yang sulit air.
- e. Memelihara ikan pemakan jentik di tempat penampungan air
- f. Memasang kawat kasa
- g. Menghindari kebiasaan menggantung pakaian di dalam kamar
- h. Mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruangan memadai
- i. Menggunakan kelambu
- j. Menggunakan obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk, untuk aktivitas di dalam dan di luar rumah

Kegiatan PSN di dalam rumah dilaksanakan oleh anggota keluarga. Sedangkan PSN di tempat umum ditunjuk oleh pimpinan atau pengelola tempat umum tersebut (Dirjen PPPL 2005a, hlm. 3).

2.2.2 Pemeriksaan Jentik Berkala oleh kader, PKK, dan Jumantik

Tujuan dari Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) ini adalah untuk memotivasi keluarga/masyarakat untuk melaksanakan PSN DBD di rumah dan lingkungan sekitarnya. Dengan kunjungan berulang disertai dengan penyuluhan diharapkan masyarakat dapat melaksanakan PSN DBD secara teratur dan terus menerus.

PJB dilakukan dengan cara (Dirjen PPPL 2005a, hlm. 3-4):

- a. Dilakukan dengan mengunjungi rumah dan tempat-tempat umum untuk memeriksa tempat penampungan air (TPA), non-TPA, dan tempat penampungan air alamiah di dalam dan luar bangunan. Selain itu juga memberikan penyuluhan PSN DBD kepada keluarga atau masyarakat
- b. Jika ditemukan jentik, anggota keluarga atau pengelola tempat-tempat umum (TTU) diminta untuk ikut serta melihat/menyaksikan, kemudian dilanjutkan dengan PSN DBD.
- c. Memberikan penjelasan dan anjuran PSN DBD kepada keluarga dan pengelola kebersihan TTU

- d. Mencatat hasil PJB pada Kartu Jentik Rumah/Bangunan yang ditinggalkan di rumah/bangunan dan pada Formulir JPJ-1 untuk pelaporan ke Puskesmas dan instansi terkait lainnya.

2.2.3 Pemeriksaan Jentik Berkala oleh Puskesmas

PJB oleh Puskesmas dilakukan untuk melakukan pengecekan silang (*cross check*), terutama di daerah endemis pada tempat-tempat perkembangbiakan nyamuk *Ae. aegypti* di 100 sampel rumah/bangunan yang dipilih secara acak dan dilaksanakan secara teratur setiap 3 bulan untuk mengetahui hasil kegiatan PSN DBD oleh masyarakat. Pengambilan sampel harus diulang setiap siklus pemeriksaan. Rekapitulasi hasil PJB dilaksanakan oleh Puskesmas setiap bulan dengan melakukan pencatatan hasil pemeriksaan jentik di pemukiman (rumah) dan tempat-tempat umum pada formulir JPJ-2 (Dirjen PPPL 2005a, hlm. 7).

2.2.4 Penyelidikan Epidemiologis

Penyelidikan epidemiologis (PE) adalah kegiatan pencarian penderita DBD atau tersangka DBD lainnya dan pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD di tempat tinggal penderita dan rumah/bangunan sekitarnya, termasuk TTU dalam radius sekurang-kurangnya 100 meter. PE dilakukan untuk mengetahui potensi penularan dan penyebaran DBD lebih lanjut serta tindakan penanggulangan yang perlu dilakukan di wilayah sekitar tempat tinggal penderita. Selain itu, PE juga dilakukan untuk: 1) mengetahui adanya penderita dan tersangka DBD lainnya; 2) mengetahui ada tidaknya jentik nyamuk penular DBD; 3) Menentukan jenis tindakan (penanggulangan fokus) yang akan dilakukan (Dirjen PPPL 2005b, hlm. 2).

Pelaksanaan PE dilakukan dengan tahapan sebagai berikut (Dirjen PPPL 2005b, hlm. 2):

- a. Setelah menemukan/menerima laporan adanya penderita DBD, petugas Puskesmas/koordinator DBD segera mencatat dalam Buku Harian Penderita DBD

- b. Selanjutnya, petugas menyiapkan peralatan survei seperti tensimeter, senter, formulir PE, dan surat tugas
- c. Memberitahukan kepada Kades/Lurah dan Ketua RW/RT setempat bahwa di wilayahnya ada penderita DBD dan akan dilaksanakan PE
- d. Pelaksanaan PE dilakukan:
 - Petugas Puskesmas memperkenalkan diri dan selanjutnya melakukan wawancara dengan keluarga, untuk mengetahui ada tidaknya penderita DBD lainnya (sudah ada konfirmasi dari rumah sakit atau unit pelayanan kesehatan lainnya) dan penderita demam saat itu dalam kurun waktu 1 minggu sebelumnya.
 - Bila ditemukan penderita demam tanpa sebab yang jelas pada saat itu dilakukan pemeriksaan di kulit dan dilakukan uji torniquet
 - Melakukan pemeriksaan jentik pada TPA dan tempat-tempat lainn yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Ae.aegypti* baik di dalam maupun di luar rumah/bangunan
 - Kegiatan ini dilakukan pada radius 100 meter dari lokasi tempat tinggal penderita
 - Bila penderita adalah siswa sekolah, maka PE dilakukan juga di sekolah siswa yang bersangkutan
 - Hasil pemeriksaan adanya penderita DBD lainnya dan hasil pemeriksaan terhadap penderita demam (tersangka DBD) dan pemeriksaan jentik dicatat dalam formulir PE
 - Hasil PE segera dilaporkan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten/kota. Untuk tindak lanjut lapangan dikoordinasikan dengan Kades/Lurah setempat.
 - Berdasarkan hasil PE kemudian dilakukan penanggulangan fokus

2.2.5 Penanggulangan Fokus

Penanggulangan fokus adalah kegiatan pemberantasan nyamuk penular DBD yang dilaksanakan dengan melakukan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue (PSN DBD), larvasidasi, penyuluhan, dan penyemprotan (pengasapan/*fogging*) menggunakan insektisida sesuai dengan kriteria.

Penanggulangan fokus dilaksanakan untuk membatasi penularan DBD dan mencegah terjadinya KLB di lokasi tempat tinggal penderita DBD dan rumah/bangunan sekitarnya serta TTU yang berpotensi menjadi sumber penularan DBD lebih lanjut (Dirjen PPPL 2005b, hlm. 3).

Tindak lanjut PE terdiri dari 3 jenis opsi pilihan kegiatan sesuai dengan kondisi di lapangan (Dirjen PPPL 2005b, hlm. 3):

- a. Bila ditemukan penderita DBD lainnya (1 atau lebih) atau ditemukan 3 atau lebih tersangka DBD dan ditemukan jentik ($\geq 5\%$) dari rumah /bangunan yang diperiksa, maka dilakukan penggerakan masyarakat dalam PSN DBD, larvasidasi, penyuluhan, dan pengasapan dengan insektisida di rumah penderita DBD dan rumah/bangunan sekitarnya dalam radius 200 meter, 2 siklus dengan interval 1 minggu.
- b. Bila tidak ditemukan penderita lainnya tetapi ditemukan ada jentik, maka dilakukan penggerakan masyarakat dalam PSN DBD, larvasidasi, dan penyuluhan
- c. Bila tidak ditemukan penderita lainnya dan tidak ditemukan adanya jentik, maka dilakukan penyuluhan kepada masyarakat

Langkah-langkah pelaksanaan kegiatan penanggulangan fokus adalah sebagai berikut (Dirjen PPPL 2005b, hlm. 3):

- a. Koordinator DBD di Puskesmas mengirimkan laporan hasil PE dan rencana koordinasi penanggulangan fokus kepada Kades/Lurah
- b. Setelah menerima laporan hasil PE, Kades/Lurah meminta ketua RW/RT agar warga membantu kelancaran pelaksanaan penanggulangan fokus
- c. Ketua RW/RT menyampaikan jadwal kegiatan yang diterima dari petugas Puskesmas setempat dan mengajak warga untuk berpartisipasi dalam kegiatan penanggulangan fokus
- d. Kegiatan penanggulangan fokus sesuai hasil PE:
 - Penggerakan masyarakat dalam PSN DBD dan larvasidasi. Ketua RW/RT, tokoh masyarakat (Toma) dan kader memberikan pengarahan langsung kepada masyarakat pada waktu pelaksanaan PSN DBD. Penyuluhan dan penggerakan masyarakat dalam PSN DBD dan larvasidasi dilaksanakan sebelum dilakukan pengasapan dengan insektisida

- Penyuluhan, dilaksanakan oleh petugas kesehatan/kader atau kelompok kerja DBD desa/kelurahan berkoordinasi dengan petugas kesehatan puskesmas, dengan materi: i) situasi DBD di wilayahnya; ii) cara-cara pencegahan DBD yang dapat dilakukan oleh individu, keluarga, dan masyarakat
 - Pengasapan dengan insektisida, dilakukan oleh petugas puskesmas atau berkerjasama dengan dinas kesehatan kota/kabupaten. Petugas penyemprot adalah petugas puskesmas atau petugas harian lepas yang terlatih. Ketua RT, Toma, atau kader mendampingi petugas dalam kegiatan pengasapan.
- e. Hasil pelaksanaan penanggulangan fokus dilaporkan oleh puskesmas kepada dinas kesehatan kabupaten/kota dengan tembusan kepada camat dan kades/lurah setempat
- f. Hasil kegiatan pemberantasan DBD dilaporkan oleh puskesmas kepada dinas kesehatan kabupaten/kota setiap bulan

2.3 Manajemen Program PSN DBD

2.3.1 Teori Manajemen

Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengendalian yang dilakukan untuk menetapkan dan mencapai tujuan dengan menggunakan sumber daya yang ada dalam organisasi. Manajer, dalam melakukan pekerjaannya, harus melaksanakan 5 fungsi manajemen: (1) *Planning*, yaitu menentukan tujuan-tujuan yang hendak dicapai selama suatu masa yang akan datang dan apa yang harus diperbuat agar dapat mencapai tujuan itu; (2) *Organizing*, yaitu mengelompokkan dan menentukan berbagai kegiatan penting dan memberikan kekuasaan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan itu; (3) *Staffing*, menentukan keperluan-keperluan sumber daya manusia, pengerahan, penyaringan, latihan, dan pengembangan tenaga kerja; (4) *Motivating*, mengarahkan atau menyalurkan perilaku manusia ke arah tujuan-tujuan; (5) *Controlling*, mengukur pelaksanaan dengan tujuan-tujuan, menentukan sebab-sebab penyimpangan-penyimpangan dan mengambil tindakan-tindakan korekif

dimana perlu (Terry&Rue 2005, hlm. 9-10). Prinsip-prinsip manajemen ada 11, yaitu:

- a. Adanya pembagian kerja
- b. Adanya otoritas
- c. Disiplin
- d. Adanya kesatuan perintah
- e. Adanya kesatuan pengarahan
- f. Kepentingan organisasi di atas kepentingan pribadi
- g. Pemberian rangsangan kerja
- h. Sentralisasi sebagian kekuasaan
- i. Garis wewenang jelas batasnya
- j. Tatanan yang baik
- k. Stabilitas anggotanya

Dalam perencanaan manajemen kebijakan untuk pengembangan program kesehatan, alur strateginya berorientasi pada manfaat bagi masyarakat banyak, berdasarkan pada data dan informasi, dan partisipatif (melibatkan publik, masyarakat sipil, LSM, organisasi kemasyarakatan, profesi, dan sebagainya). Perencanaan dibuat karena dua alasan. Pertama, karena material, finansial, dan sumber daya manusia seingkali terbatas. Kedua, rencana adalah satu-satunya jalan rasional untuk mengatur aktivitas untuk menjamin target dapat dicapai dalam rentang waktu yang ditetapkan. Perencanaan adalah proses untuk menjawab empat pertanyaan: i) Dimana posisi kita sekarang?; ii) kemana kita akan pergi?; iii) bagaimana kita bisa sampai di sana?; iv) bagaimana kita tahu kalau kita sudah sampai? (Utomo 2006)

Salah satu pola perencanaan program kesehatan yang sering dipakai adalah Pendekatan Perencanaan Berorientasi Objektif (*Objective Oriented Planning Approach*). Pola ini terdiri atas: 1) analisis masalah; 2) analisis tujuan; 3) analisis stakeholder; 4) analisis alternatif; dan 5) rencana aksi (*plan of action*). Perencanaan terbagi menjadi dua, yaitu perencanaan strategis dan perencanaan aksi. Perencanaan strategis ada pada level pengembang kebijakan, meliputi semua perencanaan pelayanan dan sumber daya. Sedangkan perencanaan aksi terdapat

pada berbagai level operasional, baik pusat maupun subpusat, dari suatu program (Rangarajane 1998).

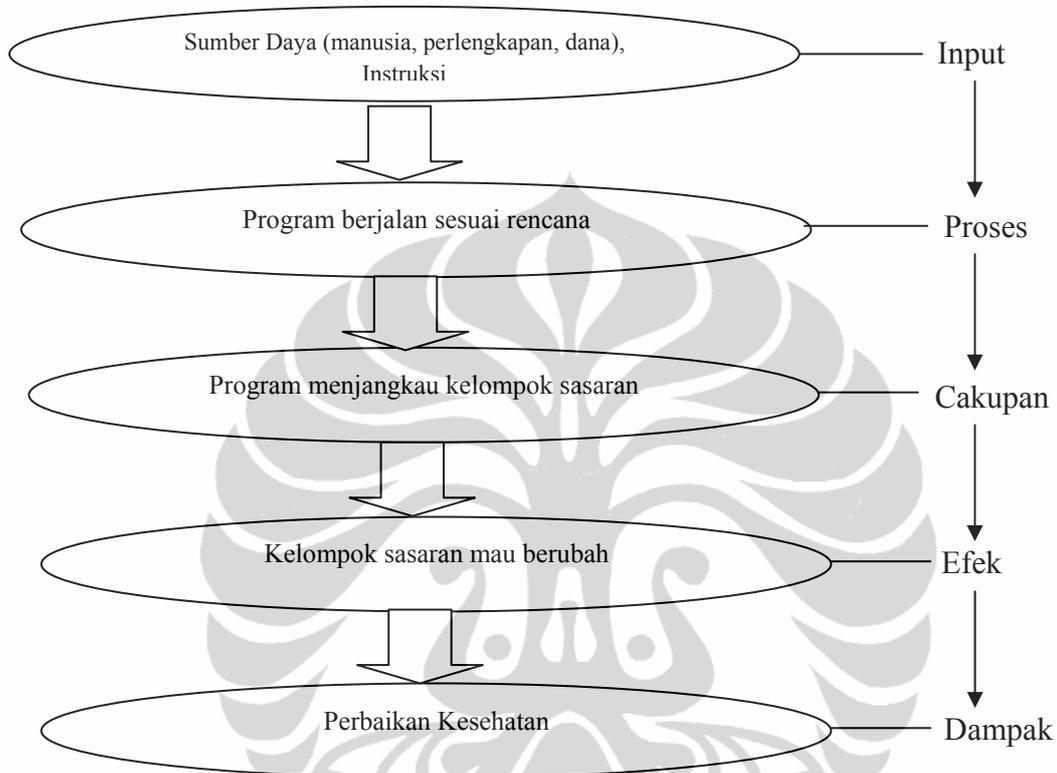
Perencanaan strategis memusatkan perhatian pada feasibilitas pada level yang paling luas dari: i) ketersediaan sumber daya; ii) faktor teknis; iii) proses politik. Ruang lingkup dari perencanaan strategis adalah: i) menilai situasi; ii) mencapai persetujuan pada penentuan goal dan tujuan; iii) mencapai persetujuan pada penentuan peran dan tanggungjawab; iv) membuat budget yang akurat dan jadwal yang realistis; v) mengamankan sumber daya, memelihara dukungan eksternal; vi) membangun mekanisme efektif untuk implementasi hari per hari; vii) memutuskan cara-cara untuk memonitoring perkembangan program; viii) menetapkan perubahan (Rangarajane 1998).

Langkah pertama yang diambil dalam perencanaan adalah penilaian/*assesment* untuk mendiagnosis masalah kesehatan masyarakat. Tujuan dari penilaian ini adalah untuk mengidentifikasi masalah prioritas dan penyebab strategik serta pengembangan solusi masalah. Metode yang digunakan adalah analisis situasi di tingkat kebijakan, pelayanan, dan masyarakat (Utomo 2006).

Untuk mengidentifikasi penyebab strategik, digunakan alat bantu berupa pohon masalah. Di sini, rantai penyebab ada dalam tataran proses, bukan pada tataran input, sehingga masalah dapat ditanggulangi dengan sumber daya dan teknologi yang ada. Setelah pohon masalah dikembangkan, langkah selanjutnya adalah membuat pohon tujuan. Pohon tujuan dibuat berdasarkan pohon masalah yang telah dibuat (Utomo 2006).

Setelah pohon tujuan berhasil dirumuskan, langkah selanjutnya adalah pengembangan kebijakan. Kebijakan dikembangkan untuk menjadi solusi atau jalan keluar dari masalah kesehatan yang menjadi fokus. Solusi masalah berasal dari strategi yang efektif dan *cost-effective* (ekonomis), sesuai dengan kapasitas (mampu dilaksanakan), dan sesuai dengan sosial budaya setempat (dapat diterima masyarakat). Hal ini perlu dilakukan untuk menjamin kelangsungan program yang diambil. Untuk itu, diperlukan observasi, pencarian fakta, dan pengumpulan bahan mentah untuk menghimpun data. Data yang telah dikumpulkan ini akan menjadi informasi yang mengkonstruksi pengetahuan. Dari informasi dan pengetahuan yang dikumpulkan melalui observasi tadi serta tujuan yang

didapatkan dari perumusan pohon tujuan maka kebijakan dirumuskan. Lingkup kebijakan meliputi 3 hal, yaitu operasional (individual), taktikal (struktur/unit), dan politikan (sistem). Agar kebijakan dapat berdampak terhadap perbaikan kesehatan, maka yang harus terjadi adalah (Utomo 2006):



Gambar 2.1 Alur Proses Jalannya Kebijakan (Utomo 2006)

Selain itu, program kesehatan akan mempengaruhi dan dipengaruhi oleh beberapa pihak yang disebut stakeholder. Untuk kesuksesan suatu program kesehatan, satu langkah yang sangat penting adalah memahami berbagai macam pandangan dan kepentingan stakeholder berkaitan dengan suatu usulan program kesehatan. Salah satu kekuatan Pendekatan Perencanaan Berorientasi Objektif (*Objective Oriented Planning Approach*) bergantung pada kadar sejauh mana program merangkul semua jangkauan sudut pandang, kecenderungan, berbagai keterbatasan, dan niatan pihak-pihak lainnya yang bersinggungan dengan desain program.

Pembangunan berbagai macam teknik dalam pengerjaan teknis program selama beberapa tahun terakhir mampu memberikan solusi pada sebagian besar

masalah teknis yang muncul dalam pengembangan program. Meskipun demikian, masalah-masalah nonteknis telah muncul dan menghadirkan tantangan baru kepada keberlanjutan suatu pengembangan program yang memakan waktu yang amat panjang. Salah satu masalah yang berisiko menggagalkan program adalah masalah-masalah sosiokultural dan sosioekonomi. Oleh karena itu, pimpinan program harus melakukan analisis stakeholder untuk memetakan dan menilai pengetahuan, kecenderungan, posisi, aliansi, dan pentingnya pengembangan program di mata stakeholder (Ramadhan 2008)

Sikap stakeholder terhadap program bisa dibidang tidak selalu jelas. Sikap mereka bisa saja kontradiksi dengan program dan kadang berubah sewaktu-waktu. Untuk itu, diperlukan pemetaan stakeholder beserta karakteristik khasnya untuk kemudian menjadi sumber informasi dalam pengembangan kebijakan, terutama kaitannya dengan siapa saja dan sejauh mana stakeholder bisa dirangkul untuk berpartisipasi dalam program.

Secara umum, stakeholder dapat dikelompokkan berdasarkan domain keilmuan, kebijakan, dan kemasyarakatan. Sebagai contoh adalah institusi pemerintah (pada level yang berbeda), donor, individu atau kelompok yang secara langsung dipengaruhi program, lembaga swadaya masyarakat, Dewan Perwakilan Rakyat, atau bisnis swasta.

Analisis stakeholder digunakan untuk (WHO 2006):

- Mengidentifikasi orang, kelompok, atau institusi yang akan mempengaruhi program (baik negatif maupun positif)
- Mengantisipasi pengaruh-pengaruh, baik positif maupun negatif, yang akan diakibatkan kelompok-kelompok tersebut kepada program
- Mengembangkan strategi untuk mendapatkan dukungan seefektif mungkin untuk pengembangan program dan mengurangi rintangan untuk mencapai keberhasilan implementasi program

Beberapa level dari partisipasi stakeholder dapat dibedakan berdasarkan beda level keterkaitan mereka dalam proses pembuatan kebijakan. Jangkauan level dimulai dari tidak berpartisipasi pada semua proses hingga partisipasi penuh dan independen pada proses pembuatan kebijakan. Empat level yang bisa dibedakan diantaranya adalah (UNEP 2006):

1. Berbagi informasi (*information sharing*) -- level ini terkait dengan proses menginformasikan program, *goal* program, dan objektif program kepada para stakeholder. Para stakeholder mempunyai pengetahuan tentang kebijakan tetapi tidak dilibatkan dalam menentukan *goal* dan objektif program. Proses menginformasikan hal ini kepada stakeholder dapat dilakukan dengan berbagai cara: berita di radio, televisi, koran, poster, dan sebagainya.
2. Konsultasi (*consultation*) -- pada level ini, stakeholder dilibatkan dalam diskusi penentuan *goal* dan objektif program serta dalam desain dan implementasi program. Pelibatan stakeholder dilakukan ketika diperkirakan stakeholder akan merasakan dampak dari kebijakan terkait pengembangan program sehingga perlu dikonsultasikan dan didengar pendapat stakeholder sebelum akhirnya kebijakan dibuat. Perwakilan stakeholder yang diajak konsultasi harus diberi kesempatan untuk menyuarakan aspirasi mereka dan harus senantiasa diinformasikan secara reguler tentang pencapaian program. Hal ini dapat dilakukan dengan jalan memberikan laporan pencapaian program reguler ataupun dengan mengundang perwakilan representatif dari stakeholder dalam *project meeting*.
3. Kolaborasi (*Colaboration*) -- kolaborasi secara tidak langsung menyatakan pengaruh pada kebijakan oleh stakeholder yang teridentifikasi. Ini artinya bahwa stakeholder dilibatkan dalam pembuatan kebijakan mulai dari *goal* program, objektif, dan desainnya. Mungkin representatif dari stakeholder dimasukkan ke dalam tim program dengan tujuan untuk memperkuat persekutuan.
4. Pemberdayaan atau kepemilikan (*Empowerment or ownership*) – bentuk yang paling berjangkauan luas dari partisipasi stakeholder melibatkan kontrol kekuatan pembuatan kebijakan dan sumberdaya pada stakeholder. Dalam proses ini stakeholder membentuk keputusan dan setuju untuk memutuskan.

Dalam penelitian ini, bagian masyarakat yang diikutsertakan sebagai stakeholder adalah tokoh masyarakat, kader dan lurah. Partisipasi masyarakat adalah ikut sertanya seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan permasalahan-permasalahan masyarakat tersebut. Sedangkan partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan berarti keikutsertaan seluruh anggota

masyarakat dalam memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri. Jadi masyarakat sendiri yang aktif memikirkan, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program-program kesehatan masyarakatnya, institusi kesehatan hanya sebagai motivator dan pembimbingan (Notoatmodjo 2007).

Dalam partisipasi, setiap anggota masyarakat dituntut kontribusinya. Kontribusi ini biasanya diwujudkan dalam 4 M, yaitu *manpower* (tenaga), *money* (uang), *materials* (benda-benda), dan *mind* (idea atau gagasan) (Notoatmojo 2007). Pada pokoknya ada 2 cara untuk menumbuhkan partisipasi masyarakat, yaitu:

- a) Partisipasi dengan paksaan (*enforcement participation*), artinya memaksa masyarakat untuk ikut andil dalam suatu program, baik melalui perundangan, peraturan, maupun perintah lisan. Hasilnya biasanya cepat terlihat, tapi masyarakat tidak mempunyai rasa memiliki terhadap program.
- b) Partisipasi dengan persuasi dan edukasi, yaitu suatu partisipasi yang didasari pada kesadaran. Partisipasi ini sukar untuk ditumbuhkan, membutuhkan waktu yang lama. Tetapi bila tercapai, masyarakat akan mempunyai rasa memiliki dan tanggung jawab yang tinggi terhadap program tersebut.

Setelah analisis stakeholder selesai dibuat, maka selanjutnya rencana aksi dapat diselesaikan. Untuk menjamin kualitas dan memperbaiki program, dilakukan monitoring dan evaluasi. Monitoring dan evaluasi adalah serangkaian kegiatan mencari cara untuk memperbaiki program melalui pengalaman. Monitoring dan evaluasi digunakan untuk menjawab pertanyaan (Utomo 2006):

- a. Apakah program berjalan sesuai rencana?
- b. Apakah program menjangkau kelompok sasaran?
- c. Apakah kelompok sasaran berubah perilakunya?
- d. Apakah kesehatan kelompok sasaran membaik?

Dalam monitoring dan evaluasi, dilakukan pengenalan masalah, tindakan koreksi, pengukuran pencapaian target, dan penilaian tren status situasi tertentu. Monitoring dan evaluasi memiliki persamaan dan perbedaan sebagai berikut (Utomo 2006):

Tabel 2.1 Persamaan dan Perbedaan Monitoring dan Evaluasi

Variabel	Monitoring	Evaluasi
Kapan?	Kontinyu	Akhir, setelah program
Apa yang diukur?	Output dan Proses; sering fokus pada input, kegiatan, kondisi, atau asumsi	Dampak jangka panjang, kelangsungan
Siapa terlibat?	Internal	Internal dan Eksternal
Sumber informasi?	Sistem rutin, survei kecil, dokumen internal, laporan	Dokumen eksternal dan internal, laporan penilaian dampak, riset evaluasi
Pengguna?	Manajer dan staf	Manajer, staf, donor, klien, stakeholder, organisasi lain
Penggunaan hasil	Koreksi minor program	Perubahan kebijakan, strategi, masa mendatang, termasuk penghentian program

Monitoring dan evaluasi dilakukan dengan menggunakan indikator. Indikator adalah suatu ukuran tidak langsung terhadap suatu kondisi, keadaan, atau peristiwa. Indikator juga didefinisikan sebagai variabel untuk mengevaluasi suatu keadaan dan memungkinkan pengukuran perubahan. Indikator, dalam kriteria akademik, harus memenuhi syarat (Utomo 2006):

- a. Valid, mengukur apa yang harus diukur
- b. Objektif, hasil sama, walau waktu dan orang yang mengukur berbeda
- c. Sensitif, hasil pengukuran berubah dengan perubahan kondisi yang diukur
- d. Spesifik, hasil pengukuran berubah hanya apabila kondisi yang diukur berubah, bukan karena perubahan kondisi lain yang tidak diukur.

Walaupun demikian, kondisi di lapangan menuntut untuk menggunakan kriteria praktis, daripada kriteria akademik, untuk menyeleksi indikator. Dalam kriteria praktis, data untuk perhitungan indikator dapat diperoleh dengan mudah sesuai dengan sumber daya yang tersedia.

Penyelenggaraan kegiatan harus diikuti dengan kegiatan pemantauan yang dilakukan secara berkala. Kegiatan pemantauan mencakup hal-hal sebagai berikut:

- 1) Melakukan telaahan penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai baik secara internal maupun eksternal.
 - a) Telaahan internal yaitu telaahan bulanan terhadap penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai oleh Puskesmas, dibandingkan dengan rencana dan standar pelayanan. Data yang dipergunakan diambil dari SIMPUS. Kesimpulan dirumuskan dalam bentuk kinerja (cakupan, mutu dan biaya) Puskesmas dan masalah atau hambatan. Telaahan bulanan ini dilakukan dalam forum Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas.
 - b) Telaahan eksternal yaitu telaahan tribulanan terhadap hasil yang dicapai oleh sarana pelayanan kesehatan primer serta sektor lainnya yang terkait di wilayah kerja Puskesmas. Telaahan eksternal ini dilakukan dalam forum Lokakarya Mini Tribulan Puskesmas.
- 2) Menyusun saran peningkatan penyelenggaraan kegiatan sesuai dengan pencapaian kinerja Puskesmas serta masalah dan hambatan yang ditemukan dari hasil telaahan bulanan dan triwulan.

Kegiatan penilaian dilakukan pada akhir bulan anggaran dengan cara Penilaian Kinerja Puskesmas yang diukur menggunakan indikator kinerja Puskesmas. Kegiatan tersebut mencakup:

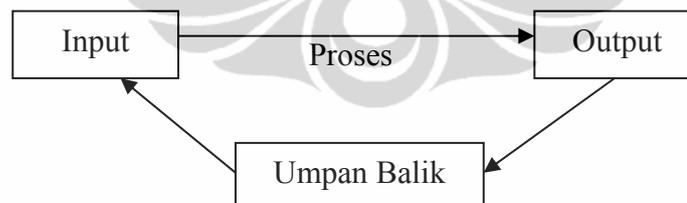
- 1) Melakukan penilaian terhadap penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai, dibandingkan dengan rencana tahunan dan standar pelayanan. Sumber data yang dipergunakan dalam penilaian yaitu sumber data primer dari SIMPUS dan sumber data sekunder yaitu hasil pemantauan bulanan dan tribulanan, serta data lain yang dikumpulkan secara khusus.

- 2) Menyusun saran peningkatan penyelenggaraan kegiatan sesuai dengan pencapaian serta masalah dan hambatan yang ditemukan untuk rencana tahun berikutnya.
- 3) Melaporkan hasil kegiatan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota pada akhir tahun berjalan.

2.3.2 Pola Manajemen dengan Pendekatan Sistem

Sistem dapat didefinisikan sebagai kumpulan atau kombinasi dari berbagai hal atau bagian membentuk suatu keseluruhan yang bersatu dan kompleks, suatu set unit interaksi. Fokus penting dari pendekatan sistem adalah hubungan dan saling ketergantungan dari setiap bagian. Pendekatan sistem bergerak di luar struktur atau fungsi untuk menekankan aliran informasi, kerja, input, dan output. Sistem menambah hubungan horizontal menjadi hubungan vertikal di dalam teori organisasi tradisional (Liebler&McConnel 2008, hlm. 59). Penggunaan pendekatan sistem dalam menjalankan fungsi organisasi membantu manajer untuk mengetahui dimana saja mereka harus memfokuskan energi yang terbatas untuk mencapai tujuan (Sutton 1999, hlm. 45)

Model sistem terbentuk dari empat komponen dasar: (1) input, (2) proses, (3) output, dan (4) umpan balik. Lingkungan secara keseluruhan juga harus diperhatikan (Liebler&McConnel 2008, hlm. 59).



Gambar 2.2 Model Sistem Dasar (Liebler&McConnel 2008, hlm. 60).

a. Sifat-Dasar Input

Input adalah elemen dari sistem yang harus diterima karena mereka ditentukan oleh tekanan dari luar. Banyak pengaruh pada proses organisasi, misalnya regulasi pemerintah dan faktor-faktor ekonomi, adalah jenis-jenis input yang dipengaruhi oleh kelompok eksternal. Input tertentu dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi; sebagai contoh, input merupakan material mentah

yang diproses untuk memproduksi beberapa objek atau jasa. Konsep input dapat diperlebar hingga termasuk di dalamnya kebutuhan yang dibuat dari sistem, seperti *deadline*, prioritas, atau tekanan konflik. Keinginan yang baik pada suatu organisasi, dukungan umum, atau kekurangan akan hal-hal ini juga dapat digolongkan sebagai input (Liebler&McConnel 2008, hlm. 60).

Utomo menyebutkan bahwa item yang termasuk ke dalam input adalah sumber daya manusia, pendanaan, instruksi dan sumber daya lainnya (Utomo 2006). Input manusia menyumbangkan waktu dan tenaga mereka kepada organisasi dengan mendapatkan upah dan imbalan lain. Sumber daya lainnya terdiri dari input yang bukan manusia yang akan diproses atau yang akan digunakan dalam kombinasi dengan unsur manusia untuk menghasilkan produk, baik berupa barang maupun jasa (Gibson dkk 1994, hlm. 30).

Sumber daya manusia memiliki karakter perilaku masing-masing. Hal-hal yang membentuk perilaku individu digambarkan dalam skema berikut:



Gambar 2.3 Variabel yang mempengaruhi perilaku (Gibson dkk 1994, hlm. 52).

b. Sifat Dasar Output

Output adalah barang dan jasa yang harus diproduksi oleh organisasi. Apa yang bisa menjadi sifat output adalah rutin, sering, dapat diprediksi, dan segala sesuatu yang mudah untuk diidentifikasi. Sebagai contoh, departemen pemadam kebakaran menghasilkan produk perlindungan terhadap bahaya kebakaran, rumah sakit menghasilkan produk pelayanan kesehatan pasien perorangan, pabrik menghasilkan barang-barang, dan maskapai menghasilkan transportasi. Manajer mengontrol output rutin dan terprediksi lewat perencanaan yang tepat (Liebler&McConnel 2008, hlm. 61).

Output lain mungkin saja tidak sering, tapi terprediksi. Lewat analisis yang teliti terhadap data organisasi yang telah dikumpulkan dalam waktu yang lama, output yang muncul jarang ini biasanya dapat diprediksi. Misalnya, rumah sakit atau program biasanya diakreditasi ulang secara periodik, dan rencana dapat dibuat untuk memenuhi proses akreditasi ulang tersebut karena hal itu dapat diprediksi. Perencanaan yang tepat lewat identifikasi dan antisipasi beberapa kebutuhan periodik khusus pada sistem membawa kepada kendali yang lebih hebat, dan sebagai konsekuensinya, akan mencapai stabilitas (Liebler&McConnel 2008, hlm. 61).

Sebagian besar manajer menghadapi tipe ketiga dari output: output yang tak terprediksi yang mana harus direncanakan. Kebutuhan tertentu pada sistem dibuat dengan keberaturan yang cukup sehingga, walaupun jumlah dan kepastian waktu tidak dapat dihitung, suatu perkiraan dapat dibuat. Ini adalah aspek esensial dari perencanaan dan pengendalian tepat. Pada pasien rawat jalan, sebagai contoh, jumlah antrian atau pasien gawat darurat tidak dapat diprediksi. Untuk merencanakan kebutuhan yang jarang terjadi ini, manajer mempelajari pola jumlah pasien yang datang, waktu kedatangan, dan tujuan kunjungan pasien ke rumah sakit. Beberapa pasien terpelajar mungkin mengambil antrian dengan melakukan reservasi jadwal kunjungan. Pola susunan kepegawaian harus disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan. Perencanaan didesain untuk menggantikan nonprediktabel menjadi prediktabel sebisa mungkin (Liebler&McConnel 2008, hlm. 61).

Beberapa contoh output pada institusi pelayanan kesehatan di antaranya adalah:

- Menjaga akreditasi dan status lisensi
- Memenuhi permintaan regulasi menyangkut jaminan kualitas atau perencanaan pelayanan kesehatan.
- Menyediakan pelayanan yang komprehensif dan pelayanan kesehatan preventif untuk pasien di wilayah spesifik

Salah satu langkah yang disarankan adalah mengelompokkan output dengan input yang berhubungan dengan memformulasikan *statement* input/output. Tetapi, ada satu hal yang perlu dicatat, bagaimanapun, tidak setiap

input menghasilkan suatu output secara langsung. Mungkin diperlukan untuk mempertimbangkan pembuatan kluster input yang berhubungan dengan suatu output tunggal. Sebagai contoh, output untuk mendapatkan kembali rekam medik pasien yang datang ke klinik tanpa reservasi mungkin membutuhkan pertimbangan input seperti akurasi identifikasi, ketersediaan *chart*, dan prosedur sistem pelayanan (Liebler&McConnel 2008, hlm. 61-62).

c. Proses

Proses adalah struktur atau proses dimana input diubah menjadi output. Alur kerja, metode, prosedur, dan jam kerja adalah proses. Input berasal dari lingkungan organisasi. Proses, adalah sesuatu yang dikandung oleh organisasi. Proses dinilai dari sampling kerja, simplifikasi kerja, peningkatan metode, pola kepegawaian, dan analisis layout fisik (Liebler&McConnel 2008, hlm. 62).

Manajer dapat saja membatasi kemampuan mereka dalam mengendalikan input, tetapi proses, struktur, pola organisasi, dan prosedur yang menyusun proses adalah secara normal merupakan wilayah prerogatif manajemen (Liebler&McConnel 2008, hlm. 61-62).

d. Umpan Balik

Perubahan di dalam penggabungan beberapa input harus diantisipasi. Untuk merespon perubahan ini, manajer membutuhkan proses umpan balik dimana input dan juga proses disesuaikan untuk memproduksi output baru. Jejaring komunikasi dan proses pengendalian adalah sumber utama untuk mengorganisir umpan balik. Biasanya umpan balik tersedia oleh beberapa aktivitas semacam riset pasar dan peramalan organisasi bisnis, survei klien di organisasi jasa, survei akreditasi periodik di institusi pelayanan kesehatan, evaluasi karyawan periodik di suatu kelompok kerja, serta pengujian dan pemeringkatan periodik dalam sistem pendidikan. Manajemen lewat proses objektif, penjadwalan, dan teknik jejaring review evaluasi program menghasilkan alat perencanaan dan pengendalian manajemen yang terstruktur, dan umpan balik yang faktual.

Pendekatan sistem memungkinkan manajer untuk fokus pada organisasi secara keseluruhan dan melihat setiap divisi utama dari organisasi berhubungan secara keseluruhan satu sama lain. Lewat pendekatan sistem, manajer dapat

memotong garis organisasi untuk menentukan hubungan di dalam aliran kerja dan untuk menilai kompleksitas di dalam struktur dan di dalam lingkungan organisasi. Perhatian mereka akan tertarik ke dalam lingkungan yang mempengaruhi organisasi dan unit-unitnya. Manajer dibantu dalam analisis organisasinya karena model input-output model membebaskan mereka dari bias personal atau terperangkap ke dalam mode operasi yang sudah ada. Lebih jauh lagi, fungsi klasik manajer dan lingkungan unik organisasi akan tercermin di dalam pendekatan sistem. Tabel 2.2 merangkumkan hubungan antara pendekatan model dan konsep manajemen klasik ini (Liebler&McConnel 2008, hlm. 65).

Tabel 2.2 Hubungan antara Fungsi manajemen klasik dengan Konsep Sistem
(Liebler&McConnel 2008, hlm. 65)

Konsep Sistem		Fungsi Manajemen Utama
Input:	Identifikasi hambatan	Perencanaan
	Penilaian karakteristik klien	
	penilaian ruang fisik	
	Analisis alokasi budget	
Proses	Pengembangan kebijakan, prosedur, metode	Perencanaan dan Pengendalian
	Pengembangan detail program	
	Spesifikasi pola susunan kepegawaian	Staffing
	Metode peningkatan produktivitas pekerja	Pengendalian, kepemimpinan, dan motivasi
Output	Formulasi Goal	Perencanaan
	Pernyataan tujuan	
	Pengembangan manajemen dengan rencana objektif	Perencanaan dan Pengendalian
Umpan balik	Pengembangan proses umpan balik	Pengendalian, komunikasi, dan menyelesaikan konflik
	Penyesuaian input dan output untuk memenuhi umpan balik	Memperbaharui siklus perencanaan
	Penyesuaian proses internal	

2.3.3 Teori Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah salah satu topik terpenting dalam mempelajari dan mempraktikkan manajemen (Husaini Usman, dalam buku Manajemen, 2008). Gibson, et al (2003) menyebutkan fungsi manajemen dengan singkatan POLC yaitu *planning, organizing, leading* dan *controlling*. Alasannya dengan POLC para pemimpin dapat mengarahkan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian dengan baik.

Sebagian definisi mengenai kepemimpinan mencerminkan asumsi bahwa kepemimpinan menyangkut sebuah proses pengaruh sosial yang dalam hal ini sengaja dijalankan oleh seseorang terhadap orang lain untuk menstruktur aktivitas-aktivitas serta hubungan-hubungan di dalam sebuah kelompok atau organisasi. Misi yang dimiliki pemimpin secara tidak langsung dipengaruhi oleh peristiwa-peristiwa yang terjadi, nilai-nilai yang dianutnya, situasi, etika dan budaya. Misi pemimpin, etika dan budaya berpengaruh langsung terhadap cara pemimpin mengarahkan, menentukan tujuan, sasaran dan keterbatasan untuk bertindak berpengaruh langsung terhadap kegiatan-kegiatan pemimpin.

Pemimpin yang baik adalah yang mempunyai komitmen. Boone dan Johnson (1980) dalam penelitiannya terhadap 801 manajer pria dan wanita menemukan lima kunci komitmen, yaitu sebagai berikut:

1. Komitmen terhadap organisasi

Komitmen ini diterapkan dalam 3 cara yaitu: membangun organisasi, mendukung manajemen yang lebih tinggi, beroperasi dengan nilai-nilai dasar organisasi. Hersey dan Blanchard memberikan 3 teknik untuk meningkatkan komitmen terhadap organisasi yaitu membangun organisasi, setia kepada atasan dan bawahan, dan bekerja dengan nilai-nilai dasar yang dianut oleh organisasi.

2. Komitmen terhadap diri sendiri

Komitmen ini difokuskan pada kepribadian manajer, untuk menampilkan sebuah kekuatan dan kesan positif terhadap orang lain dalam segala situasi.

3. Komitmen terhadap konsumen

Manajer yang baik akan berusaha memberikan pelayanan yang terbaik untuk konsumen. Mementingkan konsumen dengan cara: memperlakukan konsumen sebagai prioritas utama, mencaagah komentar yang merusak, dan komunikasi yang jelas.

4. Komitmen terhadap orang lain

Fokus komitmen adalah kerja tim dan keanggotaan grup pribadi. Manajer yang sempurna menunjukkan sebuah dedikasi terhadap orang-orang yang bekerja untuk mereka. Tiga aktivitas penting dari komitmen ini adalah

memperlihatkan kepedulian positif dan penghargaan, memberikan umpan baik yang membangun dan mendorong ide-ide inovatif.

5. Komitmen terhadap tugas

Komitmen ini difokuskan kepada pekerjaan yang harus diselesaikan. Manajer sukses memberikan arti dan relevansi untuk menunjukkan tugas pada orang. Mereka dapat memberikan fokus dan arah serta jaminan sukses dalam melakukan tugas

2.4 Pusat Kesehatan Masyarakat

2.4.1 Pengertian, Visi, Misi, Tujuan, dan Fungsi Puskesmas

a. Pengertian

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja tertentu (kecamatan).

- Unit Pelaksana Teknis: Yang dimaksud dengan Unit Pelaksana Teknis adalah unsur pelaksana tugas teknis pada dinas. Sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota (UPTD) Puskesmas melaksanakan sebagian kegiatan teknis operasional dan atau kegiatan teknis penunjang dinas kesehatan kabupaten/kota.
- Pembangunan kesehatan: Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan pada : 1) perikemanusiaan; 2) pemberdayaan dan kemandirian; 3) adil dan merata; 4) pengutamakan dan manfaat.
- Pertanggungjawaban penyelenggaraan: Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah kabupaten/kota adalah dinas kesehatan kabupaten/kota, sedangkan Puskesmas bertanggungjawab hanya untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan kemampuannya.

- wilayah kerja: Wilayah kerja Puskesmas meliputi wilayah kerja administratif, yaitu satu wilayah kecamatan, satu atau beberapa desa/kelurahan di satu wilayah kecamatan. Di setiap kecamatan harus ada satu Puskesmas. Faktor luas wilayah, kondisi geografis, kepadatan jumlah penduduk, merupakan dasar pertimbangan untuk membangun dan menentukan wilayah kerja Puskesmas. Agar dapat menjangkau masyarakat di wilayah kerjanya, Puskesmas ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yaitu Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling.

b. Visi

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan Sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

c. Misi

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional. Misi tersebut adalah :

1. Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Puskesmas menggerakkan sektor lain agar pembangunan yang dilaksanakan mempunyai dampak dan berkontribusi positif terhadap kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.
2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Puskesmas mendorong agar setiap individu, masyarakat termasuk swasta mempunyai tanggungjawab terhadap kesehatan.
3. Memelihara dan meningkatkan upaya kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau. Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sesuai standar, etika profesi dan memuaskan masyarakat, mengupayakan pemerataan pelayanan kesehatan serta meningkatkan efisiensi sehingga dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat.

4. Meningkatkan dan mendayagunakan sumber daya kesehatan. Puskesmas dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan mendayakan seluruh potensi sumber daya kesehatan yang ada secara optimal dan berhasil guna.

d. Tujuan

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

e. Fungsi

Fungsi Puskesmas ada empat, yaitu :

- Pusat pemberdayaan masyarakat

Puskesmas sebagai pusat pemberdayaan masyarakat melakukan upaya agar individu, kelompok dan masyarakat memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.

- Pusat pelayanan kesehatan masyarakat

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyebaran penyakit dan pemulihan kesehatan.

- Pusat pelayanan kesehatan perorangan primer

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bersifat individual (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan tanpa mengabaikan pemeliharaan dan pencegahan penyakit.

- Pusat rujukan kesehatan

Puskesmas menyelenggarakan rujukan baik berupa pelayanan kesehatan primer maupun informasi kesehatan bagi masyarakat dan unit lain di wilayah kerjanya. Tujuannya adalah diserahkannya tanggungjawab secara timbal balik penanganan masalah kesehatan baik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih kompeten, terjangkau dan sesuai standar.

2.4.2 Sumber Pembiayaan Puskesmas

Puskesmas adalah ujung tombak pemerintah dalam mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat dan berkualitas. Penyelenggaraan upaya kesehatan Puskesmas baik pelayanan kesehatan perorangan maupun pelayanan kesehatan masyarakat perlu didukung dengan tersedianya pembiayaan atau anggaran yang cukup. Anggaran yang dimaksud ditujukan untuk penyelenggaraan pelayanan maupun pengelolaan Puskesmas termasuk pemeliharaan sarana.

Perdefinisi Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota. Sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku, maka sumber pembiayaan Puskesmas berasal dari :

- a. Pemerintah
 - i. Kabupaten/kota: APBD II (DAU, DAK, Dana Bagi Hasil, PAD) pemerintah kabupaten/kota merupakan sumber utama pembiayaan kegiatan Puskesmas, artinya pembiayaan Puskesmas adalah menjadi tanggungjawab pemerintah kabupaten/kota.
 - ii. Provinsi APBD I pemerintah provinsi
 - iii. Pusat: Di dalam PP 38/2007 disebutkan bahwa pemerintah pusat dapat memberikan dukungan pembiayaan bagi kegiatan prioritas. Pemerintah pusat memberikan dukungan kepada pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota dalam bentuk :
 - a) Dana Dekonsentrasi
 - b) Dana Tugas Perbantuan
 - c) Jamkesmas
 - d) Bansos

Anggaran yang berasal dari Pemerintah untuk penyelenggaraan Puskesmas tidak sepenuhnya berupa dana, akan tetapi dapat pula sarana pendukung lainnya. Sebagai contoh anggaran untuk pembangunan gedung, pengadaan sarana dan pengadaan obat dikelola oleh Dinas Kesehatan.

b. Pendapatan Puskesmas

Pendapatan Puskesmas baik berupa retribusi Puskesmas yang ditetapkan melalui Peraturan Daerah, dimana mekanisme penggunaannya disesuaikan dengan peraturan perundangan yang berlaku.

c. Sumber lainnya

Sebagai sarana pelayanan kesehatan, Puskesmas dapat memberikan pelayanan bagi seluruh masyarakat dengan pembiayaan dari :

- i. PT Askes yang peruntukannya sebagai imbal jasa pelayanan yang diberikan kepada para peserta Askes.
- ii. PT Jamsostek, pada beberapa Puskesmas yang diwilayah kerjanya terdapat perusahaan, dapat mengembangkan kerjasama dengan PT Jamsostek. Pembiayaan dari PT Jamsostek ini peruntukannya adalah sebagai imbal jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta Jamsostek.
- iii. CSR atau NGO, sebagai bentuk dukungan kepada kegiatan sosial termasuk kesehatan, perusahaan mengalokasikan anggaran tertentu. Sebagai penyedia layanan kesehatan bagi masyarakat, maka Puskesmas dimungkinkan untuk menerima dukungan CSR atau NGO ini. Adapun penggunaan dan pengelolaannya sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- iv. Masyarakat, dana yang berasal dari masyarakat tidak sepenuhnya untuk membiayai Puskesmas, akan tetapi sebagai pendukung pembiayaan untuk penyelenggaraan kegiatan Puskesmas kepada masyarakat.

Sesuai dengan konsep yang telah disusun, maka pada masa depan pemerintah hanya bertanggungjawab untuk pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat. Sedangkan pelayanan kesehatan perorangan dibiayai oleh masyarakat sendiri melalui Sistem Jaminan Kesehatan Nasional, kecuali untuk masyarakat miskin, sesuai dengan amanat UUD 1945, adalah tanggung jawab penuh pemerintah yang dikenal dengan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

2.4.3 Pengelolaan Dana

Sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, maka pengelolaan keuangan Puskesmas mengacu pada peraturan yang berlaku, dengan

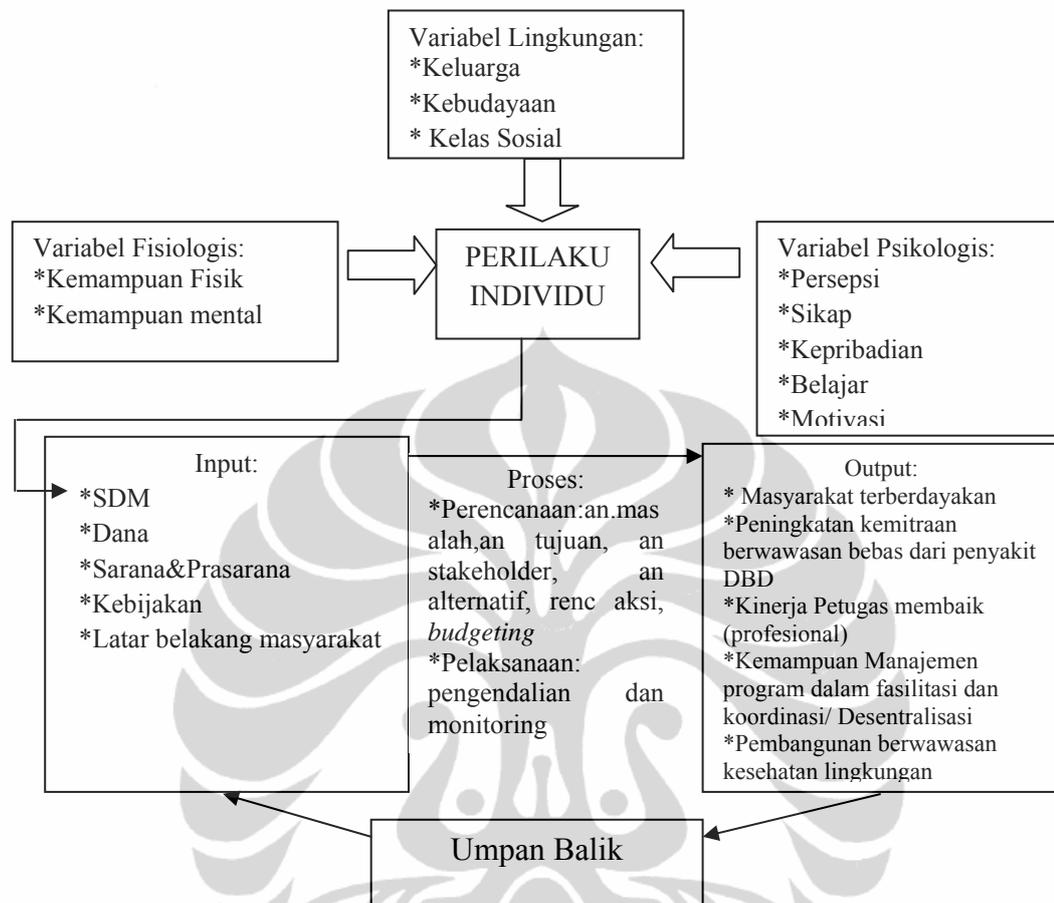
tetap memberikan keleluasaan kepada Puskesmas untuk mengelola sesuai dengan perencanaan yang telah disusun dan kebutuhannya.

Kepala Satuan Kerja (Puskesmas) bertanggung jawab baik fisik maupun keuangan atas pelaksanaan kegiatan sebagaimana ditetapkan dalam DIPA atau dokumen anggaran lain yang dipersamakan. Guna memenuhi tanggung jawab tersebut, Kepala Satker (Puskesmas) dalam menyelenggarakan tugas-tugasnya, selain perlu ditunjang oleh kemampuan teknis juga perlu ditunjang dengan kemampuan mengelola anggaran yang menjadi tanggungjawabnya agar dalam pelaksanaannya terarah, terkendali, menghasilkan output (kinerja) dan outcome (manfaat).

Kepala Satker (Puskesmas) wajib menyelenggarakan pembukuan atas uang yang dikelolanya dan menyelenggarakan penatausahaan atas barang yang dikuasainya, serta membuat laporan pertanggungjawaban mengenai pengelolaan uang dan barang yang dikuasainya kepada instansi vertikal di atasnya. Agar pelaksanaan kegiatan di Satuan Kerja (Puskesmas) dapat berjalan sesuai dengan harapan, perlu dukungan terhadap kecukupan dana dan ketepatan waktu penyediaan dana untuk Puskesmas.

Puskesmas dapat dikembangkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) apabila memenuhi persyaratan baik aspek ketenagaan maupun kemampuannya, serta dipersiapkan secara optimal. Dalam pengembangan sebagai BLUD, Puskesmas tetap sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat yang dananya merupakan tanggung jawab Pemerintah. Sehingga pada Puskesmas BLUD, Pemerintah tetap berkewajiban menyediakan dana untuk pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat.

2.5 Kerangka Teori

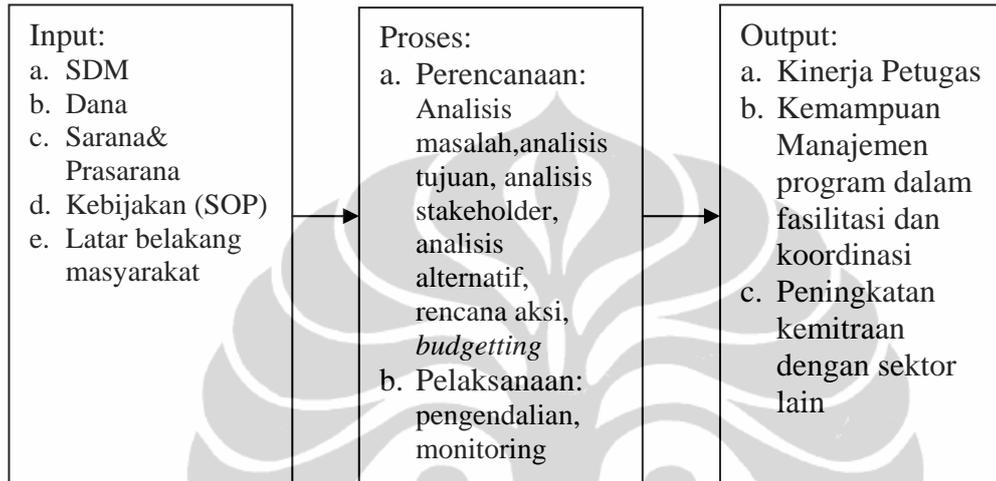


Gambar 2.4 Kerangka Teori (Gibson dkk 1994, hlm. 52; Liebler&McConnel 2008, hlm. 60; Utomo 2006; Ramadhan dkk 2008; Dirjen P2PL 2008, hlm. 40-41)

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

3.1 Kerangka Konsep Program Perbandingan PSN DBD



3.2 Definisi Variabel

- Input

1. Sumber daya manusia

- a. Definisi:

Sumber daya manusia yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tenaga manusia yang digunakan dalam mengimplementasikan program P2DBD dengan segala atribut yang dimilikinya. Atribut yang dimilikinya di antaranya adalah pendidikan (formal dan nonformal) dan pengalaman (*Predisposing factor* dalam teori Green), serta motivasi dan persepsi (variabel psikologis dalam Model Organisasi yang dikembangkan Gibson). Atribut yang dimiliki oleh SDM memiliki pengaruh dalam setiap pengambilan keputusan yang diambil dalam menjalankan program. Selain itu, jumlah SDM yang dimiliki juga perlu untuk diketahui untuk mengetahui kecukupan jumlah SDM dengan jumlah program kesehatan yang dimiliki. Pertanyaan yang akan digunakan untuk mendalami informasi tentang sumber daya manusia adalah:

No	Pertanyaan	Tujuan Pertanyaan
1.	Pendidikan dan pelatihan apa saja yang telah bapak/ibu tempuh?	Mengetahui latar belakang pendidikan
2.	Apa saja tugas dan wewenang bapak/ibu dalam program DBD di Kota Bogor?	Mengetahui tugas dan wewenang informan
3.	Hal apa saja yang harus dilakukan terkait dengan penunaian tugas dan wewenangnya tersebut di dalam penanganan program DBD?	Mengetahui kapasitas informan dalam menunaikan tugasnya
4.	Bagaimana pengalaman bapak/Ibu dalam mengelola P2DBD disini?	Mengetahui pengalaman informan dalam menangani program
5.	Apa saja tantangan yang bapak/Ibu hadapi dalam mengelola program P2DBD disini?	Mengetahui tantangan informan
6.	Tugas dan wewenang apa saja yang bapak/Ibu miliki di luar Program P2DBD?	Mengetahui tugas dan wewenang informan
7.	Bagaimana bapak/ibu mengelola tantangan tersebut?	Mengetahui tantangan
8.	Apa yang memotivasi Bapak/Ibu untuk mengelola program P2DBD?	Mengetahui motivasi informan tentang program P2DBD
9.	Bagaimana pendapat bapak/Ibu tentang program P2DBD di sini?	Mengetahui persepsi informan tentang program P2DBD

Jadi, dalam variabel diukur dengan jalan mengetahui: a. Pendidikan dan pelatihan; b. Tugas dan wewenang; c. Pengalaman mengelola P2DBD; d. Tantangan dan motivasi; e. persepsi informan tentang program.

b. Alat Ukur : Pedoman Wawancara Mendalam, perekam, catatan

c. Cara Ukur: Wawancara mendalam

d. Hasil Ukur: Transkrip dan Matriks

2. Pendanaan

a. Definisi:

Sejumlah uang yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan kebijakan. Deskripsi tentang pendanaan seharusnya dapat menyampaikan jumlah dan

intensitas program dimana kadang terdapat ketidakseimbangan antara aktivitas program yang diinginkan dengan sumber daya pendanaan yang tersedia untuk menjalankan program tersebut. Untuk mendapatkan gambaran tersebut, akan digunakan pertanyaan:

No	Pertanyaan	Tujuan Pertanyaan
1.	Bagaimana pendanaan program P2DBD di Kelurahan didapatkan dan berapa besarannya?	Mengetahui sumber-sumber pendanaan program dan besarannya
2.	Bagaimana kebutuhan dana sebenarnya untuk menjalankan program P2DBD di Kelurahan?	Mengetahui kebutuhan dana
3.	Bagaimana penggunaan dana P2DBD?	Mengetahui penggunaan dana
4.	Jika dana yang tersedia tidak mencukupi, usaha apa saja yang ditempuh untuk menyiasatinya?	Mengetahui usaha jika dana tidak mencukupi

- b. Alat Ukur : Pedoman Wawancara Mendalam, perekam, catatan
- c. Cara Ukur: Wawancara mendalam
- d. Hasil Ukur: Transkrip dan Matrik

3. Sarana dan prasarana

a. Definisi:

Perlengkapan dan kebutuhan dasar yang diperlukan untuk menjalankan program, seperti, kendaraan transportasi, perlengkapan penyuluhan, alat fogging, insektisida. Untuk mendapatkan gambaran tersebut, akan digunakan pertanyaan:

No	Pertanyaan	Tujuan Pertanyaan
1.	Apa saja sarana dan prasarana P2DBD yang dibutuhkan di Kelurahan?	Mengetahui kebutuhan dasar untuk menjalankan P2DBD
2.	Apa saja sarana dan prasarana P2DBD yang telah tersedia di Kelurahan?	Mengetahui sarana dan prasarana yang tersedia

- b. Alat Ukur : Pedoman Wawancara Mendalam, perekam, catatan

- c. Cara Ukur: Wawancara mendalam
- d. Hasil Ukur: Transkrip dan Matriks

4. Kebijakan

a. Definisi

Kebijakan adalah perintah untuk melakukan sesuatu. Kebijakan adalah salah satu cara pemenuhan prinsip manajemen adanya otoritas, adanya kesatuan perintah, adanya kesatuan pengarahan, dan pemberian rangsangan kerja. Kebijakan akan menjadi acuan dan pedoman bagaimana program dijalankan. Untuk mendapatkan gambaran tentang kebijakan, akan digunakan pertanyaan:

No	Pertanyaan	Tujuan Pertanyaan
1.	Bagaimana hierarki kebijakan P2DBD?	Mengetahui hierarki turunya kebijakan P2DBD
2.	Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang kebijakan P2DBD yang sudah dikeluarkan?	Mengetahui pendapat informan terhadap kebijakan

- b. Alat Ukur : Pedoman Wawancara Mendalam, perekam, catatan
- c. Cara Ukur: Wawancara mendalam
- d. Hasil Ukur: Transkrip dan Matriks

5. Latar belakang masyarakat

a. Definisi

Latar belakang masyarakat adalah gambaran pekerjaan, asal daerah, dan kultur budaya yang melekat pada masyarakat yang menjadi objek program. Pengetahuan tentang latar belakang masyarakat penting untuk mengetahui sejauh mana masyarakat dapat berkontribusi dan menentukan posisi mereka dalam pelaksanaan program P2DBD.

No	Pertanyaan	Tujuan Pertanyaan
1.	Bagaimana gambaran pekerjaan dan asal daerah, masyarakat disini?	Mengetahui gambaran pekerjaan dan asal daerah masyarakat
2.	Bagaimana kultur masyarakat terhadap kebijakan P2DBD yang sudah dikeluarkan?	Mengetahui kultur masyarakat

- b. Alat Ukur : Pedoman Wawancara Mendalam, perekam, catatan
- c. Cara Ukur: Wawancara mendalam
- d. Hasil Ukur: Transkrip dan Matriks

- Proses

1. Perencanaan

- a. Definisi:

Pembuatan susunan langkah-langkah penyelesaian masalah untuk mencapai tujuan tertentu. Berdasarkan definisi ini, perencanaan dibuat berdasarkan informasi tentang suatu masalah tertentu. Setelah masalah-masalah yang menjadi prioritas ditetapkan, maka langkah selanjutnya adalah menetapkan tujuan. Setelah tujuan ditetapkan, kemudian dibuat daftar dan analisis stakeholder atau pihak-pihak yang akan mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kebijakan. Analisis stakeholder akan menentukan posisi dan pelibatan setiap stakeholder dalam kebijakan yang dibuat. Setelah analisis stakeholder selesai dibuat, baru rencana aksi dapat disusun. Agar program dapat diperbaiki, perlu dibuat rencana monitoring dan evaluasi serta indikator untuk mengukur keberhasilan program. Untuk mendapatkan gambaran dari perencanaan, berikut adalah daftar pertanyaan yang akan digunakan:

No	Pertanyaan	Tujuan Pertanyaan
1.	Apa saja penyebab masalah terkait dengan tingginya angka DBD	Mengetahui penyebab masalah tingginya angka DBD di mata informan
2.	Capaian apa saja yang ditetapkan untuk menyelesaikan masalah tersebut	Mengetahui cara untuk mencapai tujuan program (turunnya angka DBD)
3.	Siapa saja yang dilibatkan dalam program?	Mengetahui stakeholder program
4.	Bagaimana pendapat Bapak/ibu tentang monitoring program? Langkah-langkah monitoring apa saja yang akan diambil?	Mengetahui rencana monitoring program
5.	Bagaimana pendapat bapak tentang evaluasi program? Langkah apa saja yang akan diambil untuk mengevaluasi program?	Mengetahui rencana evaluasi program

- b. Alat Ukur : Pedoman Wawancara Mendalam, perekam, catatan
- c. Cara Ukur: Wawancara mendalam
- d. Hasil Ukur: Transkrip dan Matriks

2. Pelaksanaan

a. Definisi

Pelaksanaan adalah realisasi hal-hal yang sudah direncanakan. Untuk mendapatkan gambaran dari pelaksanaan, akan ditanyakan pertanyaan berikut:

No	Pertanyaan	Tujuan Pertanyaan
1.	Bagaimana pelibatan stakeholder sesuai dengan tingkat kepentingannya di dalam program dilaksanakan?	Untuk mengetahui pelaksanaan pelibatan semua stakeholder program
2.	Bagaimana pelaksanaan langkah-langkah yang direncanakan untuk mencapai tujuan program?	Untuk mengetahui pelaksanaan langkah-langkah yang direncanakan untuk mencapai tujuan program
3.	Bagaimana monitoring program?	Untuk mengetahui keberlangsungan monitoring program

- b. Alat Ukur : Pedoman Wawancara Mendalam, perekam, catatan
- c. Cara Ukur: Wawancara mendalam
- d. Hasil Ukur: Transkrip dan Matriks

- Output

1. Kinerja petugas

a. Definisi

Kinerja petugas adalah sebaik apa petugas melakukan tugasnya. Kinerja diukur dengan indikator yang telah ditetapkan dalam perencanaan. Petugas yang dimaksud disini adalah petugas penanggungjawab P2DBD Puskesmas kelurahan, petugas kesehatan P2DBD Puskesmas Kelurahan yang membina kesehatan masyarakat RW, dan kader kesehatan.

No	Pertanyaan	Tujuan Pertanyaan
1.	Bagaimana keaktifan petugas kesehatan dalam menjaga kualitas kesehatan di wilayah ini?	Untuk mengetahui gambaran kinerja petugas

- b. Alat Ukur : Pedoman Wawancara Mendalam, perekam, catatan
- c. Cara Ukur: Wawancara mendalam
- d. Hasil Ukur: Transkrip dan Matriks

2. Kemampuan Manajemen program dalam fasilitasi dan koordinasi

a. Definisi

Kemampuan Manajemen program dalam fasilitasi dan koordinasi adalah kualitas dan daya petugas kesehatan untuk melakukan fasilitasi dan koordinasi yang dibutuhkan dalam menjamin kualitas program P2DBD.

No	Pertanyaan	Tujuan Pertanyaan
1.	Bagaimana gambaran komunikasi yang dibangun oleh petugas kesehatan dalam menjaga kualitas kesehatan di wilayah ini?	Untuk mengetahui gambaran komunikasi petugas dengan semua stakeholder

- b. Alat Ukur : Pedoman Wawancara Mendalam, perekam, catatan
- c. Cara Ukur: Wawancara mendalam
- d. Hasil Ukur: Transkrip dan Matriks

3. Peningkatan kemitraan dengan sektor lain

a. Definisi: terbangunnya kerjasama antara sektor kesehatan dengan sektor lain seperti Kelurahan, sekolah-sekolah, Kader PKK, dan sektor lainnya yang dapat mendukung keberhasilan implementasi program. Untuk mendapatkan gambaran dari variabel ini, akan ditanyakan kepada informan-informan yang menjadi representasi sektor lain sejauh mana dukungan mereka terhadap implementasi program P2DBD di wilayah studi.

No	Pertanyaan	Tujuan Pertanyaan
1.	Bagaimana perkembangan kemitraan dengan sektor lain?	Untuk mengetahui gambaran kemitraan dengan sektor lain

- b. Alat Ukur : Pedoman Wawancara Mendalam, perekam, catatan
- c. Cara Ukur: Wawancara mendalam
- d. Hasil Ukur: Transkrip dan Matriks



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Disain Penelitian

Disain penelitian ini adalah *Rapid Assesment Procedure* (RAP) dengan menerapkan suatu metode pendekatan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam, telaah dokumen, dan observasi tidak terstruktur. Observasi tidak terstruktur digunakan untuk mengantisipasi dan melihat fakta-fakta di lapangan yang tidak dapat dispesifikasi sebelumnya.. Data hasil analisis kemudian akan dibandingkan untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang mendukung keberhasilan kebijakan P2DBD di Kelurahan “A” dan faktor apa saja yang menyebabkan kegagalan pencapaian hasil yang optimal pada implementasi kebijakan P2DBD di Kelurahan “B”.

4.2 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah di Puskesmas “X” Kelurahan “A” dan Puskesmas “Y” Kelurahan “B”.

4.3 Sumber Informasi

Dengan mempertimbangkan kesesuaian dan kecukupan sampel, responden yang terpilih untuk menjadi informan dalam penelitian ini adalah petugas kesehatan penanggungjawab program P2DBD di Puskesmas Kelurahan, petugas kesehatan penanggungjawab pembinaan di tiap RW, Lurah dan kader kesehatan. Informan kunci dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas Kelurahan, Penanggungjawab Program P2DBD Puskesmas, dan Kepala Bagian Penanggulangan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bogor.

4.4 Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi tidak terstruktur, dan telaah dokumen. Instrumen penelitian yang digunakan adalah pedoman wawancara, alat perekam, dan buku catatan lapangan. Observasi tidak

terstruktur digunakan untuk obyek observasi yang tidak dapat dispesifikasi sebelumnya dan untuk memfasilitasi kemungkinan adanya perkembangan fokus observasi pada waktu penelitian. Objek yang menjadi bahan observasi adalah bagaimana implementasi program di lapangan untuk kemudian dibandingkan dengan hasil perencanaan, bagaimana petugas kesehatan membangun kemitraan lintas sektor, dan bagaimana penerimaan masyarakat terhadap program Pengumpulan data melalui telaah dokumen dilakukan dimana saja sesuai kebutuhan di lapangan. Dokumen yang ditelaah di antaranya adalah laporan kasus baru, form penyelidikan epidemiologis, surat Kepala Puskesmas kepada Camat tentang hasil penyelidikan epidemiologis, surat Kepala Puskesmas kepada Camat tentang hasil pelaksanaan penanggulangan DBD, Laporan P2DBD bulanan, laporan triwulan P2DBD, dan Formulir pemeriksaan jentik berkala. Hasil observasi dan telaah dokumen kemudian ditulis dalam bentuk catatan hasil pengamatan. Pengumpul data adalah peneliti sendiri dibantu dua orang asisten mahasiswa S1 FKM UI. Informasi yang akan dikumpulkan di antaranya adalah:

Tabel 4.1 Informasi yang dikumpulkan dari Informan

Status Informan	Informan	Informasi yang diambil
Informan	Tokoh masyarakat	Pelibatan dalam perencanaan program, Pelibatan dalam pelaksanaan program
	Lurah	Pelibatan dalam perencanaan program, Pelibatan dalam pelaksanaan program
	Kader Kesehatan	Pelibatan dalam perencanaan program, Pelibatan dalam pelaksanaan program
	Petugas Kesehatan penanggung jawab pembinaan RW	Pelaksanaan program
	Informan yang relevan	Informasi lain yang relevan
Informan Kunci	Kepala Puskesmas Kelurahan	SDM, pendanaan, instruksi, sarana, dan prasarana, perencanaan program, pelaksanaan program, evaluasi program.
	Penanggungjawab Program DBD	SDM, pendanaan, instruksi, sarana, dan prasarana,

	Puskesmas kelurahan	perencanaan program, pengawasan pelaksanaan evaluasi program
	Kabid P2PL Dinkes	SDM, pendanaan, instruksi, sarana, dan prasarana, perencanaan program, pengawasan pelaksanaan program, evaluasi program

4.5 Pengolahan dan Analisis Data

Data yang didapat dalam penelitian kemudian dibuat transkrip. Transkrip dibuat setelah melaksanakan wawancara mendalam. Pengelompokan informasi dibuat berdasarkan topik yang dipelajari. Selain itu, pengelompokan juga dilakukan berdasarkan kelompok informan. Semua daftar diletakkan di dalam satu matriks sehingga nantinya dapat dilakukan suatu perbandingan. Dalam pengolahan data, dilakukan identifikasi jawaban-jawaban yang sering timbul, persamaan, dan perbedaan jawaban responden.

Selain itu, informasi dari hasil observasi dan telaah dokumen juga dimasukkan untuk melengkapi informasi dari hasil wawancara. Setelah semua informasi tersusun, kemudian dilakukan perbandingan per topik antara informasi yang didapatkan dari Puskesmas “X” Kelurahan “A” dan Puskesmas “Y” Kelurahan “B”.

4.6 Validitas Data

Validitas dilakukan dengan melakukan triangulasi sumber dengan melihat data yang didapat dari informan yang berbeda. Selain itu, telaah dokumen juga dilakukan untuk mengecek kesesuaian jawaban yang diberikan informan dengan instruksi atau kebijakan tertulis yang sudah dibuat. Jika terdapat perbedaan dalam hasil pengecekan silang, maka penelitian tambahan dan umpan balik dari informan akan dilakukan.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Kota Bogor mempunyai luas 11.850 ha, terletak pada 106° 48' Bujur Timur dan 6° 36' Lintang Selatan, ± 56 Km Selatan dari Ibu Kota Jakarta dan ± 130 Km Barat Kota Bandung, Ibukota Provinsi Jawa Barat. Wilayah Kota Bogor berbatasan dengan :

1. Sebelah Utara : Kecamatan Kemang, Kecamatan Bojong Gede, dan Kecamatan Sukaraja Kabupaten Bogor.
2. Sebelah Timur : Kecamatan Sukaraja dan Kecamatan Ciawi Kabupaten Bogor.
3. Sebelah Barat : Kecamatan Darmaga dan Kecamatan Ciomas Kabupaten Bogor.
4. Sebelah Selatan : Kecamatan Cijeruk dan Kecamatan Caringin Kabupaten Bogor.

Wilayah Administrasi Kota Bogor dibagi menjadi 6 kecamatan, 24 puskesmas dan 68 kelurahan, 750 RW dan 3.349 RT.

Secara umum Puskesmas “X” terletak di Kecamatan “X” dan terdapat 2 kelurahan, yaitu kelurahan “A” dan Kelurahan “D”. Puskesmas “Y” terletak di Kecamatan Bogor Tengah dan terdapat 2 Kelurahan, yaitu Kelurahan “B” dan Kelurahan “C”.

Kelurahan “A”, Kecamatan “X” berbatasan dengan :

1. Sebelah Utara : Desa Tegalega, Kecamatan Bogor Tengah.
2. Sebelah Timur : Desa Katulampa, Kecamatan Bogor Timur.
3. Sebelah Barat : Desa Babakan Pasar, Kecamatan Bogor Tengah
4. Sebelah Selatan : Desa Sukasari, Kecamatan Bogor Timur

Kelurahan “B”, Kecamatan Bogor Tengah berbatasan dengan :

1. Sebelah Utara : Desa Paledang.
2. Sebelah Timur : Desa Babakan Pasar.
3. Sebelah Barat : Desa Paledang
4. Sebelah Selatan : Desa Bondongan

Jumlah penduduk untuk kelurahan “A” ± 24.000 orang sedangkan jumlah penduduk kelurahan “B” ± 9.196 orang. Luas wilayah kelurahan “A” ± 237 Ha, dan luas wilayah kelurahan “B” ± 32 Ha. Kelurahan “A” memiliki 14 RW dan 83 RT, dan Kelurahan “B” memiliki 12 RW dan 52 RT. Tingkat pendidikan warga di Kelurahan “A” mayoritas SMA, dan kelurahan “B” mayoritas pendidikan warganya SMP.

5.2. Karakteristik Informan

5.2.1. Umur

No	Umur Informan	Puskesmas “X”	Puskesmas “Y”
1	Sekretaris Lurah	50 th	45 th
2	Tokoh masyarakat	45 th	35 th
3	Kader Kesehatan	33 th	70 th
4	Kepala Puskesmas	46 th	45 th
5	Penanggung jawab Program DBD Puskesmas	43 th	35 th
6	Pengelola program DBD	35 th	-
7	Kabid P2PL Dinkes	47 th	

5.2.2. Pendidikan

No	Pendidikan Informan	Puskesmas “X”	Puskesmas “Y”
1	Sekretaris Lurah	S1	S1
2	Tokoh masyarakat	SMA	SMA
3	Kader Kesehatan	S1	SMP
4	Kepala Puskesmas	S2	S1
5	Penanggung jawab Program DBD Puskesmas	D3	D3
6	Pengelola program DBD	D3	-
7	Kabid P2PL Dinkes	S2	

5.2.3. Lama Jabatan

No	Pendidikan Informan	Puskesmas “X”	Puskesmas “Y”
1	Sekretaris Lurah	3 th	9 bln
2	Tokoh masyarakat	3 th	3th
3	Kader Kesehatan	9 th	10 th
4	Kepala Puskesmas	1 Th	11 bln
5	Penanggung jawab Program DBD Puskesmas	12 thn	5 thn
6	Pengelola program DBD	5 th	-
7	Kabid P2PL Dinkes	3 th	

5.3 Gambaran Input Program P2DBD

Gambaran input meliputi SDM, dana, sarana dan prasarana, kebijakan dan latar belakang masyarakat.

5.3.1 SDM

SDM dalam penelitian ini adalah petugas kesehatan penanggungjawab program P2DBD di Puskesmas Kelurahan, petugas kesehatan penanggungjawab pembinaan di tiap RW, Lurah, dan kader kesehatan.

a. Pendidikan dan pelatihan

Pendidikan petugas kesehatan di Puskesmas “X” paling rendah D3 dan paling tinggi S2. Sedangkan stakeholder di wilayah Kelurahan “A” paling rendah pendidikannya SMA. Rata-rata seluruh responden sudah mendapatkan pelatihan PSN, sedangkan Puskesmas “Y” paling rendah pendidikan petugas kesehatannya adalah D3 dan paling tinggi S1. Sedangkan stakeholder pendidikan paling rendah SMP dan paling tinggi S1. Rata-rata seluruh responden sudah mendapatkan pelatihan PSN. Seperti yang terdapat pada pernyataan sebagai berikut:

“Pernah pelatihan-pelatihan, banyak sich, kalo DB Cuma sekali aja pelatihannya paling penyuluhan-penyuluhan itu-itu juga, gak ganti-ganti. Yang sekarang mah 3m plus yang menutup, mengubur, menimbun dan mengoles” (kader kel.”B”)

b. Tugas dan wewenang

Tugas dan wewenang para petugas kesehatan di Puskesmas “X” sudah berdasarkan struktur organisasi, dimana penanggung jawab tertinggi berkoordinasi dan memberi mandat kepada petugas P2MPL. Tidak ada petugas yang merangkap 2 jabatan sekaligus. Untuk stakeholder, toma dan kader hanya sebagai mitra kunci dalam melaksanakan program, mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan monitoring, dalam hal ini tugas dan wewenang para petugas kesehatan di Puskesmas “Y” sudah berdasarkan struktur organisasi, dimana penanggung jawab tertinggi berkoordinasi dan memberi mandat kepada petugas P2MPL. Namun dalam program ini semua responden merangkap 2 jabatan sekaligus, yaitu kepala puskesmas juga sebagai bendahara dan penanggung jawab DBD atau bidang P2MPL sekaligus sebagai petugas lapangan. Untuk stakeholder juga merangkap 2 jabatan, yaitu petugas kelurahan juga sebagai tokoh masyarakat. Seperti pada pernyataan berikut:

“kalo disini kader posyandu, kader jumentik itu merangkap jadi itu-itu lagi kadernya. Emm..kader posyandu juga dibantu oleh toma yang kadang juga merangkap sebagai RT”(seklur “B”)

c. Pengalaman mengelola P2DBD

Pengalaman mengelola P2DBD responden di wilayah kerja Puskesmas “X” rata-rata adalah 10 bulan sampai 12 tahun, namun itu disesuaikan dengan masa kerja masing-masing, sedangkan rata-rata pengalaman mengelola P2DBD di wilayah kerja Puskesmas “Y” adalah 9 bulan sampai 5 tahun. Berbeda tiap-tiap responden dan stakeholder. Tergantung masa jabatannya dihitung sampai penelitian ini berlangsung.

d. Tantangan dan motivasi

Sebagian besar responden petugas kesehatan di Puskesmas “X” termotivasi untuk melaksanakan program dengan alasan karena sebagai bentuk tanggung jawab tugas dari TUPOKSI (tugas pokok dan fungsi) masing-masing. Adapula responden yang termotivasi untuk mewujudkan kelurahan yang angka DBDnya terus turun. Untuk stakeholder termotivasi karena ingin mewujudkan kepedulian terhadap lingkungan masyarakat dan sangat mendukung program.

Sementara itu, rata-rata responden di Puskesmas “Y” tidak terlalu antusias atau termotivasi dengan program. Rata-rata responden tidak merespon ketika mereka ditanyakan perihal apa yang membuat mereka tetap mengelola program P2DBD. Hal ini biasa terjadi karena petugas karena petugas tersebut merangkap 2 jabatan sekaligus. Hanya kepala Puskesmas saja yang memberikan visinya yang kemudian menjadi motivasinya dalam menjalankan tugas. Seperti pernyataan berikut dibawah ini:

*“..sebagai pelaksanaan tanggung jawab dan tugas dan mewujudkan kelurahan yang dibina memiliki angka DBD yang minimal atau menurun..”
(Pj. P2DBD Puskes “X”)*

“ kita tidak bisa memilih-milih pekerjaan, karena kita sudah disumpah dan yang paling penting kenapa sih kasus ini ada lagi ada lagi.....” (Petugas Lapangan “X”)

“...ingin membuat Kelurahan “B” bebas dari DBD” (Kepala Puskesmas “Y”)

e. Persepsi tentang program tersebut

Sebagian responden di Puskesmas “X” mengatakan bahwa program sudah bagus dan sudah sesuai dengan protap, sedangkan hampir semua responden di Puskesmas “Y” mengatakan bahwa program cukup bagus. Seperti pernyataan dibawah ini:

“ menurut saya disini sudah cukup bagus, koordinasinya sudah cukup bagus dan sudah sesuai dengan protap yang sudah ada,...”(Petugas Lapangan “X”)

*“.....yah..pokoknya mengikuti pedoman dari Dinkes Kota Bogor...”
(Ka.Puskesmas “Y”)*

5.3.2 Dana

1. Pendanaan program

Menurut responden Puskesmas “X” yang mengelola dana, sumber dana yang ada adalah hasil modifikasi dari kegiatan yang lain. Artinya dana yang ada belum mencukupi program dan tidak ada dana untuk jumentik, tetapi ada uang transportasi. Modifikasi tersebut adalah jika dibutuhkan menggunakan dana

jamkesmas dan dana pengembalian retribusi. Hampir semua responden stakeholder tidak mengetahui pendanaan program dan memang hanya menyerahkan pada puskesmas, baik pihak kelurahan maupun toma, lain halnya dengan Puskesmas “Y”, menurut kepala puskesmasnya, bahwa pelaksanaan program dicukupkan pada pendanaan yang ada, dan sebagian petugas tidak menjawab tentang pendanaan. Hampir semua stakeholder tidak mengetahui sumber dana. Hanya kader yang mengetahui pendanaan jumentik ada setiap 3 bulan sekali.

“kalo untuk pendanaan kita juga sulit karena kita sendiri juga dibiayai dari tingkat kota, jadi kita gak punya anggaran sendiri. Kita kan melayani masyarakat sekarang harus transparan, gak boleh mungut dana, gak boleh itu.” (seklur kel.”B”)

2. Kebutuhan

Kebutuhan hampir semua responden di Puskesmas Bogor yang utama adalah kebutuhan akan dana program. Dana yang tersedia kurang mencukupi. Petugas kesehatan dan stakeholder “X” mengatakan bahwa kurangnya dana untuk jumentik dan kegiatan lainnya dalam program termasuk transportasi, sedangkan kebutuhan para responden yang ada di Puskesmas “X” akan program beragam yaitu kebutuhan akan dana program yang minim dan kebutuhan akan motivasi petugas kesehatan dalam menjalankan program. Responden stakeholder juga membutuhkan dana seperti untuk lokmin, jumentik dan *fogging*.

“PKM menyediakan dana untuk transport petugas lapangan dan kader jumentik”

3. Penggunaan dana

Dari hasil wawancara, diketahui bahwa kewenangan tertinggi penggunaan dana di Puskesmas “X” berada pada kepala puskesmas. Walaupun demikian, tugas pengelolaan keuangan sehari-hari dilakukan oleh bendahara puskesmas. Sebagai salah satu cara memonitor penggunaan anggaran, masyarakat juga ambil bagian lewat pengisian buku visum. Di tingkat kelurahan, dana digunakan untuk lokmin. Dalam hal ini semua responden di Puskesmas “Y” mengatakan

bahwa penggunaan dana digunakan sebagaimana mestinya. Sedangkan responden stakeholder mengatakan bahwa penggunaan dana untuk lokmin. Seperti yang tertera pada pernyataan berikut ini:

“..kita adanya dana untuk lokmin, untuk membiayai kegiatan-kegiatan ini, tapi untuk penyuluhan pakai dana cari sendiri.....” (Ka.pus“Y”)

4. Usaha yang diambil untuk meyasati jika dana tidak mencukupi

Responden petugas kesehatan yang ada di wilayah kerja Puskesmas “X” mengatakan bahwa jika dana tidak mencukupi maka mereka akan menyiasatinya dengan menggunakan dana jamkesmas. Menurut responden kader, penutupan kebutuhan dana didapat dari swadaya masyarakat. Untuk memotivasi kinerja kader maka dilakukan jambore kader tiap tahun. Sementara itu di Puskesmas “Y”, responden petugas kesehatan memiliki kewenangan dalam pengaturan dana. Jika dana dari dinas tidak mencukupi, maka mereka akan melakukan *lobbying* pada pihak kelurahan agar menghimbau masyarakat untuk menghimpun dana mandiri.

“...untuk pemeriksaan jentik sebagian dananya berasal dari usaha kader suka bikin proposal. Misalnya kan mau melaksanakan program pemeriksaan jentik, trus kadernya minta dana bantuan ke donatur-donatur ke perusahaan yang dekat-deket sini..” (Kader Kel.”A”)

5.3.3 Sarana& Prasarana

Sarana dan prasarana untuk mendukung program DBD meliputi ;

1. Sarana dan Prasarana yang dibutuhkan

Di wilayah kerja Puskesmas “X”, semua responden mengatakan bahwa sarana dan prasarana yang dibutuhkan di antaranya adalah *fogging*, abate, APD (alat pelindung diri), leaflet, brosur, tenaga pelaksana, dan form laporan pemeriksaan. Sebagian responden mengatakan bahwa semua sarana dan prasarana telah tersedia, tetapi secara kuantitas belum memadai. Sarana dan prasarana yang kuantitasnya masih belum memadai diantaranya adalah bubuk

abate, leaflet, brosur. Jumlah tenaga pelaksana dirasa juga masih kurang. Di wilayah kerja Puskesmas “Y”, responden mengatakan bahwa sarana dan prasarana yang dibutuhkan diantaranya adalah abate, brosur dan lembar balik, senter, dan kaos kader/jumantik, surat edaran dan pemberitahuan. Responden mengatakan bahwa semua kebutuhan tersebut telah terpenuhi.

“alat fogging gak ada, paling kita sama abate aja dan kalo jumantik dibekali senter ama abate, kalo abatenya dari puskesmas..” (kader kel.”B”)

2. Sarana dan Prasarana yang tersedia

Sebagian responden mengatakan bahwa semua sarana dan prasarana telah tersedia. Akan tetapi, secara kuantitas masih belum memadai. Khusus untuk alat *fogging*, telah disediakan dan disimpan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor.

“pemerintah sudah maksimal ngasih bantuan ke kita, tinggal tergantung kita bisa memeliharanya atau melaksanakannya, tapi kadang sebagian alat dan obat dari dinas.”(kader kel.”A”)

5.3.4 Kebijakan (SOP/Standard Operating Procedures) P2DBD

a. Hierarki kebijakan

Kebijakan program P2DBD di kedua wilayah adalah sama, namun hirarki dan sosialisasi kebijakan berbeda. Di Puskesmas “X”, kebijakan program dari pusat turun ke dinas kesehatan lalu ke puskesmas langsung, dan stakeholder pemerintahan tidak mengetahui kebijakan yang ada, hanya tahu laporan kegiatan saja dari puskesmas. Lain halnya dengan Puskesmas “Y”, kebijakan yang turun juga melibatkan stakeholder pemerintah, yaitu kelurahan sehingga pihak tersebut mengetahui kebijakan itu. Petugas kesehatan hanya sekedar tahu turunnya program secara umum saja.

b. Pendapat tentang kebijakan yang ada

Kebijakan terkait program P2DBD yang telah dikeluarkan oleh pemerintah dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan Kota Bogor, diketahui secara pasti oleh para stakeholder. Adapun yang mereka ketahui adalah tentang kegiatan-kegiatan yang harus dilaksanakan dalam rangka program P2DBD. Adapun sikap

para stakeholder terhadap kegiatan-kegiatan dalam program P2DBD adalah mendukung. Seperti yang tertera di bawah ini:

“kita gak pernah tau bu, kebijakannya paling kita penanganannya ya..itu seperti jumsih, 3M, PSN..”(Seklur Kel.”A”)

“ya..itu kami mendukung, istilahnya kan lebih tahu lah menyangkut DBD itu..apapun kita selalu mendorong kegiatan tersebut, gitu selalu kita program kelurahan dalam berjalan.”(Seklur “B”)

(KET.Jumsih : Jumat bersih)

5.3.5 Latar belakang masyarakat

Latar belakang masyarakat yang diteliti dalam penelitian ini adalah mengenai gambaran pekerjaan, asal daerah, dan kultur budaya yang melekat pada masyarakat. Dari hasil wawancara oleh stakeholder Kelurahan”A” dan Kelurahan “B” diketahui penduduk seimbang antara pendatang dan penduduk asli setempat. Selain asal daerah, dilihat juga gambaran pekerjaan. Terlihat bahwa penduduk di Kelurahan “A” sebagian besar merupakan penduduk dengan pekerjaan sebagai pegawai swasta dan pengusaha. Hal tersebut menunjukkan bahwa penduduk Kelurahan “A” merupakan golongan sosial ekonomi menengah ke atas. Sebagaimana yang dikatakan oleh kader Kelurahan “A”, berikut ini:

“..penduduk asli dan pendatang seimbang, setengah-setengahlah, apalagi karena Baranangsiang itu pintu gerbang utamanya kalo masuk ke Bogor. WNA nya juga lumayan banyak. Kebanyakan penduduk disini,mm....Baranang Siang kan bisa diliat kan wilayah elit juga, kebanyakan pegawai swasta, pengusaha..” (kader kel.”A”)

Berbeda dengan penduduk Kelurahan “A” yang sebagian besar golongan sosial menengah ke atas, penduduk di Kelurahan “Y”, yang karena letaknya dekat dengan pasar kebanyakan berprofesi sebagai pedagang. Seperti pernyataan kader Kelurahan “Y” berikut ini:

“kalo bangsa kita kan jualan, kan dekat ma pasar..”(kader kel.”B”)

Untuk kultur budaya dikatakan oleh stakeholder di Kelurahan “A” bahwa untuk melakukan pendekatan kepada masyarakat sesuai dengan latar belakang atau kedudukan mereka di masyarakat. Untuk masyarakat kelas bawah dapat dilakukan secara kekeluargaan, sedangkan mereka yang berasal dari golongan menengah ke atas dilakukan pendekatan melalui gaya hidup mereka. Semua responden dari stakeholder menyatakan bahwa warga yang berlatar belakang menengah ke atas, memerlukan pendekatan khusus, karena mereka lebih sulit untuk diajak berpartisipasi. Sedangkan masyarakat yang berlatarbelakang menengah ke bawah lebih mudah untuk diajak berpartisipasi.

Adanya pernyataan yang bertolak belakang antara stakeholder Kelurahan “A” dengan Kelurahan “B” terkait kepedulian warga terhadap lingkungan sekitarnya. Stakeholder di Kelurahan “A” menyatakan bahwa masyarakat di wilayah kerjanya tanggap terhadap permasalahan, salah satunya permasalahan di bidang kesehatan. Sedangkan kondisi peran serta warga di Kelurahan “B”, seperti disampaikan oleh stakeholdernya bahwa masyarakat kurang peduli terhadap kebersihan lingkungan tempat tinggal mereka. Sikap tersebut bahkan ditunjukkan juga oleh pengurus RW setempat, yang notabene-nya mereka adalah orang yang menjadi panutan bagi warga disekitarnya. Mereka menganggap bahwa kebersihan lingkungan adalah tanggung jawab pemerintah.

5.4 Gambaran Proses Program P2DBD

5.4.1 Perencanaan

a. Penyebab masalah tingginya DBD

Jawaban responden di wilayah kerja Puskesmas “X” tentang topik ini beragam. Petugas kesehatan mengutarakan bahwa penyebab masalah tingginya kejadian adalah karena penyakit DBD adalah penyakit menular yang berbasis lingkungan. Untuk menurunkan kasus, maka lingkungan harus diubah agar tidak lagi cocok untuk perkembangan vektor penyakit. Hanya saja, upaya ini terkendala oleh minimnya dukungan masyarakat *elite*. Pendapat ini didukung oleh pengakuan stakeholder yang mengatakan bahwa perumahan kalangan *elite* seringkali kosong ketika akan diajak untuk terlibat dalam pelaksanaan program.

Di Wilayah kerja Puskesmas “Y” responden menjawab penyebab masalah penyakit DBD adalah kurangnya kesadaran masyarakat akan bahaya penyakit. Selain itu, masyarakat juga kurang menjaga kebersihan lingkungannya.

b. Capaian yang ditetapkan untuk menyelesaikan masalah

Responden di puskesmas “X” rata-rata menjawab bahwa capaian yang akan dituju dalam pelaksanaan program P2DBD adalah naiknya angka bebas jentik hingga di atas 95%. Dengan naiknya angka bebas jentik diharapkan morbiditas akibat DBD dapat diturunkan. Lain halnya petugas kesehatan di Puskesmas “Y” membuat target capaian program kelurahan “B” harus bebas dari DBD.

c. Siapa yang terlibat dalam program

Petugas kesehatan di Puskesmas “X” mengungkapkan bahwa orang-orang yang dilibatkan sebagai stakeholder program di antaranya adalah orang-orang kesehatan di bidang kesling, P2MPL, surveilans, bidan, perawat, promkes, dan orang-orang dari Dinas Kesehatan. Sedangkan orang-orang di luar bidang kesehatan yang dilibatkan sebagai stakeholder di antaranya adalah lurah, kader, masyarakat, dinas pendidikan nasional. Sedangkan stakeholder menambahkan informasi bahwa selain mereka itu, orang-orang di PKK juga turut dilibatkan. Kepala Bidang P3KL Dinkes Bogor sebagai informan kunci menambahkan bahwa Forum Masyarakat Sehat (FMS), PKK, Dasawisma, dan DPRD juga turut dilibatkan. Responden yang ada di wilayah kerja “Y” mengungkapkan bahwa stakeholder yang turut dilibatkan di antaranya adalah Puskesmas, kader kesehatan, dan kelurahan. Kepala Bidang P3KL Dinkes Bogor sebagai informan kunci menambahkan bahwa Forum Masyarakat Sehat (FMS), PKK, Dasawisma, dan DPRD juga turut dilibatkan.

d. Monitoring program

Semua responden di Puskesmas “X” mengatakan bahwa monitoring program direncanakan menggunakan lokakarya mini yang melibatkan semua stakeholder. Sementara itu, Kepala Bidang P3KL Dinkes Bogor sebagai informan kunci menambahkan bahwa kartu jentik juga digunakan untuk memonitor angka bebas jentik. Sedangkan responden yang ada di Puskesmas “Y”, petugas kesehatan mengungkapkan bahwa lokakarya mini (lokmin) adalah jalan yang

ditempuh untuk memonitoring program. Pernyataan ini diperkuat oleh pernyataan stakeholder di masyarakat. Stakeholder menyadari pentingnya momen seperti lokmin untuk memantau dan berbagi perkembangan pelaksanaan program. Seperti pada pernyataan berikut ini:

“...pemeriksaan jentik, ya PJB berkala dari petugas kita belum maksimal, karena pak Tri sendiri ya untuk 2 kelurahan....” (Ka.Puskes “X”)

e. Evaluasi program

Dalam melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program di Puskesmas “X”, petugas kesehatan merencanakan penggunaan laporan tahunan untuk mengevaluasi perkembangan program. Sedangkan melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program di Puskesmas “Y”, petugas kesehatan merencanakan penggunaan laporan bulanan untuk mengevaluasi perkembangan program.

“Evaluasi kan kita ada rapat bulanan,...ada lokmin juga..” (Puskes “X”)

5.4.2 Pelaksanaan

a. Keterlibatan stakeholder

Dalam pelaksanaan program P2DBD tentunya tidak hanya dikerjakan oleh petugas, tapi juga melibatkan stakeholder di masyarakat, yaitu para tokoh masyarakat. Berdasarkan informasi yang didapatkan bahwa tokoh masyarakat yang telah mengikuti pelatihan dapat menggerakkan masyarakat dan ikut serta secara aktif turun bersama masyarakat untuk melakukan kegiatan dalam program P2DBD. Seperti yang telah diutarakan oleh tokoh masyarakat dari Kelurahan “A”

“kebetulan kami sebagai tokoh masyarakat sekaligus saya pernah di latih fogging di dinkes kota, sudah dilatih , terus saya praktek, ya Alhamdulillah lah kan saya bisa menjalankan motor atau mesin fogging itu, yang lainnya otomatis, saya mencakup pengurus dan saya mengomandoi masalah-masalah di dalamnya. Kalo ada kegiatan di wilayah ya saya harus ada....” (Toma kel.”A”)

Hal serupa juga diungkapkan oleh tokoh masyarakat Kelurahan “B”, bahwa mereka mendukung kegiatan program P2DBD dalam bentuk ikut beserta masyarakat untuk bekerja bakti.

“Ya..artinya kita dukung dalam artian kita kalo kerja bakti, ya kerja bakti..”(Toma Kel.”B”)

b. Pelaksanaan program

Semua responden menyatakan bahwa pelaksanaan program P2DBD yang dilakukan adalah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), Jumat Bersih/Minggu Bersih, dan penyuluhan tentang DBD kepada masyarakat. Selain melakukan kegiatan-kegiatan tersebut, dilakukan juga konsolidasi dengan masyarakat melalui kegiatan lokakarya mini (lokmin).

c. Monitoring program

Monitoring yang dilakukan dalam program P2DBD melalui Kartu Jentik yang merupakan bagian dari kegiatan kesehatan lingkungan yang bertujuan untuk memantau angka bebas jentik. Seperti yang disampaikan oleh kabid P3KL sebagai berikut:

“...kita punya program kesling namanya kartu jentik. Kartu jentik itu adalah upaya kita untuk memantau berapa sih angka ABJ tiap rumah, di tiap RT, di tiap RW hingga program PSN ini pelaksanaannya baik.” (Kabid P3KL Dinkes Kota Bogor)

5.5 Gambaran Output Program P2DBD

5.5.1 Kinerja Petugas

Penilaian kinerja ini dilakukan oleh kepala puskesmas “X”, hasil wawancara didapatkan bahwa rata-rata kinerja petugas kesehatan baik, masyarakat aktif memantau kinerja petugas kesehatan. Walaupun tidak ada insentif dari puskesmas untuk memotivasi kerja. Menurut responden stakeholder yaitu toma, keterlibatan toma dan petugas sangat aktif selalu terlibat dalam program. Dalam hal ini penilaian kinerja di Puskesmas “Y” ini dilakukan oleh kepala puskesmas. Hasil wawancara didapatkan bahwa rata-rata kinerja petugas

kesehatan baik, kontrol kinerja hanya sebatas teguran. Menurut responden stakeholder yaitu kader menyelenggarakan lokakarya mini untuk konsolidasi.

“ saya bisa lihat dari keluhan warga, warga disini cepat tanggap dan suka mengkritik, jadi kalo ada yang datang telat satu hari saja sudah marah-marrah. Jadi dari situ saja saya bisa lihat kinerja staf saya..” (Kapus. “X”)

5.5.2 Kemampuan Manajemen Program dalam Fasilitasi dan Koordinasi

Semua informan di wilayah kerja Puskesmas “X” mengatakan bahwa kemampuan fasilitasi dan koordinasi petugas kesehatan sudah bagus. Petugas kesehatan cepat tanggap dalam merespon kebutuhan warga. Petugas kesehatan juga menyelenggarakan berbagai momen seperti lokakarya mini dan diskusi lewat RW siaga untuk memfasilitasi koordinasi lintas sektor dalam menyukseskan program P2DBD. Dengan adanya kemampuan yang baik oleh petugas kesehatan dalam memfasilitasi dan mengkoordinasi lintas sektor, pergerakan masyarakat jadi lebih mudah. Para kader dan tokoh masyarakat setempat juga ikut aktif dalam pelaksanaan program. Sedangkan semua informan di wilayah kerja Puskesmas “Y” mengatakan bahwa kemampuan fasilitasi dan koordinasi petugas kesehatan sudah cukup bagus. Kemampuan yang cukup bagus ini membuat koordinasi lintas sektor lebih lancar dan memudahkan pelaksanaan program. Seperti yang tertera di bawah ini:

“semua pihak terkait termasuk petugas KL, petugas Promkes, Ka.Pus, pembina wilayah, lurah, kader, rw, rt dimana Dinkes untuk legalisasi petugas lapangan...”

5.5.3 Peningkatan kemitraan dengan sektor lain

Dalam program P2DBD selain bekerjasama dengan lintas program, lintas sektor juga harus dilibatkan. Dalam program P2DBD ini lintas sektor yang dilibatkan adalah pihak pendidikan, yang melibatkan siswanya dalam melakukan pemeriksaan jentik yang dimulai di lingkungan sekolah. Seperti yang dinyatakan oleh Kepala Puskesmas “X”:

“Di tingkat sekolah kita sudah kerjasama untuk pemeriksaan jentik, bekerjasama dengan guru olahraga, untuk melaporkan jumlah jentik yang ada disekolahnya.”(Ka Puskesmas. “X”)

Kerjasama lintas sektor juga dilakukan di Kelurahan “Y”, yaitu kerjasama antara pihak puskesmas dengan pihak kelurahan. Seperti pernyataan Kepala Puskesmas “Y” berikut ini:

“Kita tetap menjalin kemitraan dengan kelurahan. Saling bekerjasama dan berkoordinasi dalam segala hal.”(Ka.Puskes “Y”)



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, sebagai berikut:

1. Metode penelitian ini bersifat kualitatif, kemungkinan subyektifitas dalam menginterpretasikan data dapat saja terjadi namun diminimalisir dengan triangulasi data
2. Pengumpulan data dilakukan oleh lebih dari satu orang, sehingga kedalaman penggalian informasi berbeda-beda, oleh karena itu sebelum pengumpulan data dilakukan diskusi untuk menyamakan persepsi
3. Untuk informan Lurah digantikan Sekretaris Lurah karena sebagian besar tugas Lurah didelegasikan ke Sekretaris Lurah.

6.2 Gambaran Input Program P2DBD

6.2.1 SDM

Di Puskesmas “X”, petugas kesehatan pendidikannya minimal D3 kesehatan dan tertinggi S2, sedangkan stakeholdernya pendidikan maksimal S1 dan minimal SMA. Sedangkan di Puskesmas “Y” Pendidikannya minimal D3 untuk petugas kesehatan dan Maksimal S1, tetapi stakeholdernya pendidikan maksimal S1 dan pendidikan minimal SMP. SDM di Puskesmas “X” berjumlah 23 orang, sedangkan SDM di Puskesmas “Y” berjumlah 14 orang.

Dari segi pengalaman, jika dibandingkan para stakeholder dari kedua Puskesmas memiliki pengalaman yang berimbang. Oleh karena itu, item pengalaman stakeholder tidak bisa digunakan sebagai item variabel dalam menentukan variabel ideal yang dapat menyukseskan pengelolaan program P2DBD.

Di Puskesmas “X”, kualitas SDM bisa dikatakan diatas cukup baik, dilihat dari pendidikan dan pelatihan dimana rata-rata D3 sampai S2, dan semua informan pernah mengikuti pelatihan P2DBD. Pengalaman mengelola P2DBD cukup baik, bahkan ada yang mendapat penghargaan petugas kesehatan teladan dalam kesehatan lingkungan.

Sumber daya manusia adalah kumpulan dari manusia. Setiap manusia memiliki atribut yang akan mempengaruhi perilaku individu. Berkualitas atau tidaknya perilaku suatu individu bergantung pada input eksternal (variabel psikologis dan variabel lingkungan) dan atribut genetik yang dibawanya sejak lahir (variabel fisiologis). Salah satu item dari variabel psikologis adalah belajar. Asupan belajar akan mempengaruhi kualitas perilaku individunya (Gibson dkk 1994, hlm. 52). Jenjang pendidikan lebih tinggi yang diterima para stakeholder program P2DBD diharapkan memberikan asupan belajar yang lebih banyak sehingga akan meningkatkan kualitas perilaku individu setiap stakeholder dalam menjalankan program. Hal yang sama juga berlaku pada pengalaman SDM. Dengan banyaknya pengalaman kerja stakeholder, diharapkan hal tersebut dapat memberikan asupan belajar yang lebih banyak sehingga akan meningkatkan kualitas perilaku individu setiap stakeholder dalam menjalankan program

Faktor lain yang perlu diperhatikan adalah motivasi. Motivasi para petugas dan stakeholder di wilayah kerja Puskesmas “X” sangat tinggi dan tidak menghiraukan ada tidaknya insentif, bahkan salah satu informan stakeholder ingin mewujudkan lingkungan sehat. Sementara itu, peningkatan motivasi kerja petugas dan stakeholder perlu dilakukan di Puskesmas “Y”. Terkadang masyarakat menengah ke bawah membutuhkan motivasi yang ditumbuhkan dari dorongan ekonomi, padahal sehat itu lebih tak ternilai harganya. Ketrampilan kepala Puskesmas dan stakeholder tertinggi seharusnya dimanfaatkan untuk peluang meningkatkan motivasi kerja, mulai dari pemberian *reward* sampai bersama masyarakat upaya sadar sehat.

Motivasi adalah salah satu fungsi utama manajemen. Liebler dan McConnel memasukkan motivasi sebagai metode peningkatan produktivitas pekerja di dalam tahap proses. Manajer program tidak hanya harus terus-menerus memberikan ceramah dengan maksud untuk memotivasi para staf, tetapi juga harus memastikan bahwa para stafnya memahami apa yang dia sampaikan. Dalam hal ini manajer harus memperhatikan bagaimana mengkomunikasikan motivasi yang ia berikan kepada para stafnya, sehingga para staf benar-benar berhasil termotivasi (Liebler&McConnel 2008, hlm. 65).

Terkait dengan pelaksanaan Program P2DBD, SDM yang tersedia di Puskesmas sebagai Penanggungjawab/Pengelola/Pemegang Program P2DBD umumnya diserahkan kepada sanitarian (D3) atau petugas puskesmas dengan latar belakang D3 Keperawatan. Kondisi SDM pengelola Program P2DBD di kedua Puskesmas lokasi penelitian sudah sesuai dengan standar Depkes RI tersebut baik secara jumlah maupun mutunya. Dengan kondisi demikian, diharapkan pelaksanaan program-program yang ada di Puskesmas dapat berjalan dengan baik dan target program dapat tercapai, termasuk dengan Program P2DBD.

Untuk kecukupan SDM di kedua Puskesmas lokasi penelitian, diketahui bahwa informan Pengelola Program P2DBD di kedua Puskesmas mengeluhkan kurangnya jumlah SDM dalam pengelolaan program. Dengan kondisi di mana jumlah SDM tidak sesuai dengan kebutuhan maka yang terjadi adalah adanya rangkap tugas. Departemen Kesehatan RI (1998) menyebutkan bahwa pada umumnya rasio antara jumlah tenaga dan jumlah program di Puskesmas tidak seimbang, sehingga seorang petugas mempunyai tugas lebih dari satu/tugas rangkap. Dengan adanya tugas rangkap ini maka beban kerja dengan sendirinya menjadi lebih besar. Hal ini selaras dengan hasil penelitian Fathonah (2009). Fathonah mengungkapkan bahwa dari segi beban kerja, ada satu jabatan, yaitu penanggung jawab program, yang dirasakan bebannya berlebih. Hal ini disebabkan pejabat yang bersangkutan memiliki tugas rangkap. Adanya tugas rangkap menyebabkan tidak optimalnya pelaksanaan kegiatan yang berkaitan dengan tanggungjawabnya sebagai koordinator Program Pemberantasan Penyakit Menular. Sehingga waktu untuk mengadakan pertemuan koordinasi program-program penyakit menular yang dapat memunculkan ide-ide kreatif untuk mengatasi tingginya angka penyakit DBD dirasakan kurang.

Walaupun kondisi SDM yang secara jumlah kurang sehingga terjadi rangkap tugas, yang terjadi di Puskesmas X adalah pelaksanaan Program P2DBD lebih baik dibandingkan Puskesmas Y. Hal tersebut terjadi kemungkinan karena adanya peran kepemimpinan yang mumpuni dari Kepala Puskesmas. Dalam proses wawancara yang dilakukan memang tampak bahwa Kepala Puskesmas X bersemangat dan memberikan informasi yang lebih lengkap, jika dibandingkan dengan Kepala Puskesmas Y yang terkesan menutupi dan membatasi informasi

yang disampaikan terkait program P2DBD khususnya. Selain itu, informasi yang didapatkan adalah bahwa Kepala Puskesmas X yang terdahulu sukses dalam memimpin Puskesmas X yang mengakibatkan program-program di Puskesmas mencapai target yang telah ditetapkan. Hal itu tentunya juga telah membentuk iklim kerja yang kondusif bagi para pegawai di Puskesmas X.

Sebagaimana yang dinyatakan oleh Tjiptono 2000 dalam Ricardini 2004 bahwa dalam mewujudkan manajemen yang efektif, maka komitmen yang kuat dari para *top leader* dalam organisasi merupakan faktor yang sangat penting, karena dengan membangun komitmen yang tinggi dari para pimpinan, akan berdampak positif terhadap peningkatan kinerja karyawan. Begitu pula yang tertulis di Depkes 1991 bahwa salah satu faktor yang amat berperan dalam mensukseskan program-program di puskesmas adalah kepemimpinan kepala puskesmas. Sejauh mana kemampuan kepala puskesmas untuk berperan antara lain sebagai koordinator, organisator, motivator, sehingga puskesmas dapat menjalankan fungsinya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan dapat diterima oleh masyarakat. Dari penelitian Yusril dalam Jasmudin 2004 diketahui bahwa Kepala Puskesmas merupakan bagian dari tenaga pelaksana yang mempunyai pengaruh positif terhadap pencapaian program puskesmas. Ini dapat dipahami bahwa kepala puskesmas adalah hal yang sentral dalam manajemen.

Bila dibandingkan standar yang telah ditetapkan oleh Depkes RI yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat (Dirjen Binkesmas) yang tertuang dalam Revitalisasi Puskesmas tahun 2009 yaitu dalam hal SDM atau ketenagaan di Puskesmas, kebutuhannya ditujukan agar dapat melaksanakan fungsinya dan menyelenggarakan upaya wajib Puskesmas maka dibutuhkan SDM yang mencukupi baik jumlah maupun mutunya.

6.2.2 Dana

Pendanaan program di Puskesmas X bersumber dari dana dinas kesehatan, namun hal itu tidak mencukupi jika disesuaikan dengan kebutuhan program. Untuk mengatasinya maka pihak pengelola dana di Puskesmas melakukan modifikasi dari kegiatan lain untuk mendapatkan dana. Modifikasi itu dilakukan dengan dana jamkesmas dan dana sisa pengembalian retribusi. Penggunaan dana

disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing sektor atau sesuai kebutuhan, namun kewenangan tertinggi ada pada kepala Puskesmas, sedangkan petugas dan stakeholder mengelola dan melaporkan penggunaan dana dimana ada kontrol dari bendahara Puskesmas. Salah satu usaha yang disiasati untuk menutupi dana yang tidak mencukupi dari pihak stakeholder terutama kader adalah memanfaatkan donatur dari lingkungan sekitar yaitu dengan mengajukan proposal ke salah satu waralaba untuk menunjang kegiatan kader dalam melakukan Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB). Hal tersebut sejalan dengan ketentuan Depkes (2009) dalam hal pembiayaan Puskesmas dapat bersumber dari sumber lainnya yaitu CSR/NGO sebagai bentuk dukungan kepada kegiatan sosial termasuk kesehatan, perusahaan mengalokasikan anggaran tertentu. Sebagai penyedia layanan kesehatan bagi masyarakat, maka Puskesmas dimungkinkan untuk menerima dukungan CSR/NGO ini. Adapun penggunaan dan pengelolaannya sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Lain halnya dengan Puskesmas Y, dana yang ada dicukupkan saja, petugas kesehatan tidak dilibatkan dalam mengelola dana, hanya sebatas menjalankan program dengan dana yang ada. Stakeholder hanya mengetahui adanya dana jumentik setiap 3 bulan sekali. Kebutuhan akan program memang tidak sesuai dengan dana yang ada sehingga motivasi petugas kesehatan kurang rasanya. Berbeda dengan informan stakeholder yang memang membutuhkan dana untuk lokmin, jumentik dan fogging. Usaha yang disiasati juga dana tidak mencukupi adalah peran stakeholder dalam hal ini kelurahan melobi masyarakat untuk menggerakkan dana mandiri.

Untuk puskesmas yang jumlah tenaganya masih terbatas, puskesmas menganut sistem kerja integratif. Tiap-tiap staf diberikan satu tugas pokok dan tugas-tugas tambahan yang lainnya. Tugas tambahan ini merupakan tugas yang bersifat integratif (Muninjaya, 2004)

Jika dilihat dari kedua puskesmas diatas, pengelolaan dana keduanya cukup baik meski dengan jalan berbeda. Di Puskesmas “X” lebih pada peran aktif petugas yang memodifikasi dana yang memang dibutuhkan dalam program secara bersama-sama, cukup transparan dan bertanggung jawab. Di Puskesmas “Y”, pengelolaan dana justru yang lebih bergerak adalah masyarakat atau para

stakeholder yang mereka memodifikasi kegiatan agar bisa menutupi kekurangan dana, sedangkan petugas tidak dilibatkan dalam mengelola hanya sebatas turun perintah dan menerima dari kepala Puskesmas sumber dana dinas tersebut.

Di Puskesmas X tersebut sudah sesuai dengan *sub system management* keuangan yaitu Puskesmas mendapatkan dana dari pembayaran karcis, obat dan jasa pelayanan. pencatatan pelaporan sudah berdasarkan sesuai sistem pusat yang ada di mana pimpinan Puskesmas menunjuk seorang atau dua orang stafnya menjadi bendahara Puskesmas.

Dana operasional diarahkan untuk menunjang pelaksanaan kegiatan program oleh masing-masing staf pelaksana program. Alokasinya digunakan untuk biaya kunjungan pembinaan kelapangan, pemeliharaan, dan pembelian alat penunjang kegiatan rutin program dan sebagainya (Muninjaya, 2004). Penyelenggaraan upaya kesehatan Puskesmas baik pelayanan kesehatan perorangan maupun pelayanan kesehatan masyarakat perlu didukung dengan tersedianya pembiayaan/anggaran yang cukup. Anggaran yang dimaksud baik untuk penyelenggaraan pelayanan maupun pengelolaan Puskesmas termasuk pemeliharaan sarana (Depkes, 2009). Azwar (1996) dalam Ricardini (2004) menyatakan bahwa dana dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan ataupun pihak swasta. Syarat utama dari suatu biaya kesehatan adalah tersedia dana dalam jumlah yang cukup dalam arti dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya, di samping itu penyebaran dana juga harus sesuai dengan kebutuhan dan pemanfaatannya harus mendapatkan pengaturan yang seksama.

Jika dilihat dari alokasi anggaran pada kedua Puskesmas maka Puskesmas X lebih sistematis karena memiliki staf bendahara khusus mengelola program dan alokasi biaya digunakan untuk program dari hasil biaya retribusi dan jamkesmas. Sedangkan Puskesmas Y pembiayaan ditanggung jawabi oleh staf program itu sendiri dimana dana sudah ditentukan oleh pihak kepala Puskesmas dan yang lebih berperan mengelola dan mengatasi jika tidak mencukupi. Caranya adalah melobi kelurahan untuk menghimbau masyarakat dengan dana mandiri. Hal tersebut sejalan dengan ketetapan Depkes 2009 yang menyebutkan bahwa sebagai

sarana pelayanan kesehatan, Puskesmas dapat memberikan pelayanan bagi seluruh masyarakat dengan pembiayaan yang dapat berasal dari berbagai sumber salah satunya yaitu dari masyarakat. Dana yang berasal dari masyarakat tidak sepenuhnya untuk membiayai Puskesmas akan tetapi sebagai pendukung pembiayaan untuk penyelenggaraan kegiatan Puskesmas kepada masyarakat.

Dalam ketetapan Depkes 2009 dari segi pengelolaan dana yang menyatakan bahwa pengelolaan keuangan Puskesmas mengacu pada peraturan yang berlaku dengan tetap memberikan keleluasaan kepada Puskesmas untuk mengelola sesuai dengan perencanaan yang telah disusun dan sesuai dengan kebutuhannya. Bila ditinjau dari segi sumber dan pengelolaan dana baik Puskesmas X maupun Puskesmas Y tentunya tidak mengalami penyimpangan dari ketentuan dan tidak menemui hambatan. Hambatan justru ditemui pada saat dana yang tersedia tidak mencukupi sehingga Puskesmas harus mensiasatinya dengan hal-hal yang masih diperbolehkan oleh ketentuan yang ada atau hal-hal yang legal.

6.2.3 Sarana & Prasarana

Program P2DBD akan berjalan baik dan maksimal jika ditunjang oleh sarana dan prasarana yang memadai. Idealnya pelayanan Puskesmas bersifat kompherensif (menyeluruh) dimana mencakup pelayanan terhadap adanya fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung program berjalan.

Dilihat dari kedua Puskesmas, sarana dan prasarana yang mencukupi adalah Puskesmas Y, meskipun masih ada beberapa sarana yang masih kurang seperti alat fogging. Di Puskesmas X semua sarana dan prasarana sudah tersedia namun dirasakan kurang secara kuantitas dan petugas kesehatanpun masih terasa kurang. Untuk mewujudkan visi Kecamatan Sehat 2010, setiap Puskesmas harus memanfaatkan kapasitas dan potensi Puskesmas secara optimal untuk kemudian dikembangkan secara bertahap untuk mewujudkan visi Puskesmas. Salah satunya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan oleh Puskesmas bersifat kompherensif (menyeluruh), holistik (termasuk aspek sosial), terpadu antar program, dan berkesinambungan (Muninjaya,2004). Green 2005 mengemukakan bahwa sarana dan prasarana

merupakan faktor pendukung (*reinforcing*). Sebagaimana dikemukakan oleh Green (2005) ataupun Notoatmodjo (1993) mengenai bantuan atau dukungan fasilitas seperti tempat kerja, alat transportasi, dana dan sebagainya sangat dibutuhkan oleh seorang petugas, terutama petugas yang bertugas di lapangan.

Jika dilihat dari teori diatas, kedua Puskesmas tersebut mengatasi sarana dan prasarana dengan berbeda, meski Puskesmas X lebih baik menjalankan program, namun mereka tetap merasa kurang akan petugas kesehatan. Hal ini dimaksudkan karena ingin menjalankan program dengan maksimal.

Sarana dan prasarana untuk menunjang pelaksanaan Program P2DBD sebagaimana yang telah ditetapkan oleh Depkes (2007) beberapa diantaranya adalah tersedianya Buku Program Pengendalian DBD; Buku Tatalaksana DBD; Buku Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jumantik; leaflet DBD, *flipchart* DBD, dan poster DBD; peralatan laboratorium, dll. Dalam ketersediaan dan pemanfaatan sarana dan prasarana Program P2DBD kedua Puskesmas tidak bersimpangan dengan standar yang telah ditetapkan.

6.2.4 Kebijakan (SOP) P2DBD

Kebijakan merupakan tonggak awal kekuatan/*power* dari sebuah program. Dengan adanya kebijakan berarti suatu program sudah memiliki dukungan penuh dari pemerintah.

Kebijakan program P2DBD di kedua wilayah adalah sama, namun hirearki dan sosialisasi kebijakan berbeda. Di Puskesmas X, kebijakan program dari pusat turun ke Dinas Kesehatan lalu ke Puskesmas langsung, dan stakeholder pemerintahan tidak mengetahui kebijakan yang ada, hanya tahu laporan kegiatan saja dari Puskesmas. Lain halnya dengan Puskesmas Y, kebijakan yang turun juga melibatkan stakeholder pemerintah, yaitu kelurahan sehingga pihak tersebut mengetahui kebijakan itu. Petugas kesehatan hanya sekedar tahu turunnya program secara umum saja.

Jika dilihat dari manajemen kesehatan yang dikutip dalam buku Utomo, 2006 dimana lingkup kebijakan meliputi 3 hal, yaitu operasional (*individual*), taktikal (*struktur/unit*), dan politikan (*sistem*). Kebijakan dikembangkan untuk menjadi solusi atau jalan keluar dari masalah kesehatan yang menjadi fokus.

Solusi masalah berasal dari strategi yang efektif dan *cost-efektive* (ekonomis), sesuai dengan kapasitas (mampu dilaksanakan), dan sesuai dengan sosial budaya setempat (dapat diterima masyarakat). Kebijakan dalam Program P2DBD, jika dilihat dari Pedoman Supervisi P2DBD kebijakan di tingkat Puskesmas yang berupa peraturan adalah SK atau Instruksi Camat tentang PSN dan SK Tim Penggerak PSN (Pokja DBD). Kedua Puskesmas lokasi penelitian belum mempunyai kebijakan-kebijakan tersebut. Hal itu kemungkinan terjadi karena kurangnya kerjasama lintas sektor dan kegiatan advokasi yang ditujukan kepada para pengambil kebijakan. Sedangkan kebijakan yang berupa petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis Program P2DBD kedua Puskesmas mengacu pada kebijakan yang diturunkan dari Pusat ke Provinsi lalu ke Kabupaten/Kota yaitu berupa Buku Pedoman Program P2DBD.

Kebijakan yang ada seharusnya dapat disosialisasikan baik pihak petugas kesehatan, stakeholder dan masyarakat agar kebijakan tersebut bukan hanya sebagai perintah untuk menjalankan program tetapi juga sebagai solusi atas masalah kesehatan terutama mengatasi masalah DBD.

6.2.5 Latar belakang masyarakat

Lingkungan masyarakat sangat mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Untuk mencapai keberhasilan program. Seperti dalam teori HL Blomm yang menyebutkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan adalah faktor sosial ekonomi, faktor keturunan, faktor demografi, faktor lingkungan, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor gaya hidup.

Di wilayah kerja Puskesmas “X”, di Kelurahan “A” rata-rata penduduknya adalah pendatang, dimana pekerjaannya adalah pegawai swasta dan pengusaha. Bisa dikatakan penduduk di sana dikategorikan sosial ekonomi menengah ke atas.

Sedangkan di Puskesmas “Y”, wilayah kelurahan “B”. Mayoritas adalah pedangang, selain karena wilayah tersebut adalah memang di pasar. Penduduk asli dan pendatang sama besarnya. Bisa dikatakan status ekonominya beraneka ragam menengah kebawah dan menengah ke atas.

Jika dianalisa lebih jauh, wilayah “B” memiliki risiko tinggi. Lingkungan dengan kasus DBD yang meninggi, lingkungan yang kotor, dan banyak genangan

air, memungkinkan banyak penyakit menjangkiti para warganya. Sehingga pantaslah pelaksanaan program harus disesuaikan dengan lingkungan yang ada. Keterlibatan masyarakat sangat dibutuhkan di wilayah ini. Cukup pantas jika Puskesmas “X” lebih baik dalam mengatasi masalah DBD, karena jika dilihat dari lingkungan masyarakat, penduduknya cepat tanggap, sangat mendukung program, dan secara fisik memang tidak terlalu berisiko dibandingkan di Puskesmas “Y”.

Di wilayah “B”, tepatnya binaan Puskesmas “Y”, masyarakat kurang peduli akan kebersihan dan kesehatan sehingga pendekatan stakeholder sangatlah diperlukan dalam binaan ini. Mereka menganggap bahwa kebersihan dan kesehatan adalah tanggung jawab pemerintah. Oleh karena itu, pendekatan stakeholder sangat diperlukan disini, dan jika dimungkinkan membuat peraturan dan sanksi tentang kebersihan, dipungut biaya dimana biaya tersebut dikumpulkan untuk membangun kebersihan dilingkungan tersebut. Untuk kultur budaya, seperti dikatakan oleh Kepala Puskesmas “X” bahwa untuk melakukan pendekatan kepada masyarakat harus sesuai dengan latar belakang atau kedudukan mereka di masyarakat. Untuk masyarakat kelas bawah dapat dilakukan secara kekeluargaan, sedangkan mereka yang berasal dari golongan menengah ke atas dilakukan pendekatan melalui gaya hidup mereka.

Dalam hal ini, *top leader* Puskesmas “X” telah melakukan analisis stakeholder dengan baik. Kepala Puskesmas “X” telah melakukan proses: i) mengidentifikasi orang, kelompok, atau institusi yang akan mempengaruhi program; dan ii) mengembangkan strategi untuk mendapatkan dukungan seefektif mungkin untuk pengembangan program dan mengurangi rintangan untuk mencapai keberhasilan implementasi program (WHO 2006). Keberhasilan dalam melakukan analisis stakeholder membuat wilayah kerja Puskesmas “X” didukung penuh lewat kontribusi aktif masyarakatnya.

6.3 Gambaran Proses Program P2DBD

6.3.1 Perencanaan

Untuk tahapan kegiatan perencanaan program P2DBD ini sudah dilakukan oleh Puskesmas. Urutannya adalah tiap awal tahun, para pelaksana program dimintai masukan untuk perencanaan kegiatan masing-masing. Kegiatan-kegiatan

tersebut akan disesuaikan dengan anggaran yang tersedia. Pelaksana program P2DBD akan mengajukan usulan kegiatan untuk program P2DBD. Pertemuan perencanaan melibatkan Kepala Puskesmas, bagian keuangan dan perencanaan.

Puskesmas menentukan daerah dengan masalah DBD dilihat dari data kasus DBD dan ABJ. Penentuan urutan besarnya masalah belum dilakukan. Menentukan jenis kegiatan yang akan dilakukan cenderung diserahkan kepada pelaksana program masing-masing, begitu juga dengan membuat rencana operasional. Sedangkan perencanaan dan penganggaran program P2DBD terpadu tidak didapatkan informasi tentang hal tersebut.

Dalam tahap perencanaan Program P2DBD kedua Puskesmas tidak melakukannya sesuai dengan ketentuan yang terdapat dalam buku Pedoman P2DBD, hal itu kemungkinan disebabkan oleh adanya asumsi bahwa Program P2DBD sudah baku seperti yang ada di dalam Buku Pedoman Program P2DBD dan program tersebut adalah sesuatu yang rutin sehingga menjadi rutinitas tahunan yang pada akhirnya tidak ada inovasi-inovasi yang baru. Hal yang demikian sebaiknya tidak terjadi, sehingga diharapkan dapat dilakukan kegiatan yang dapat memperbaiki kondisi tersebut. Berdasarkan Pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas (2006) salah satunya adalah pemberian tanda penghargaan kepada Puskesmas yang telah melaksanakan Perencanaan Tingkat Puskesmas dengan baik dan kepada instansi non kesehatan yang telah memberikan peran aktif dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar. Di mana kegiatan itu merupakan bentuk dukungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam proses perencanaan tingkat Puskesmas.

Tahapan perencanaan yang terdapat dalam Pedoman Pencegahan dan Pemberantasan DBD (Depkes, 2005) adalah:

1. Menentukan daerah dengan masalah DBD
2. Menentukan urutan besarnya masalah di desa/kelurahan DBD
3. Menentukan jenis kegiatan yang akan dilakukan
4. Menentukan target kegiatan
5. Kajian sumber daya dan pola pembiayaan
6. Membuat rencana operasional
7. Perencanaan dan penganggaran Program P2DBD terpadu.

Perencanaan terbagi menjadi dua, yaitu perencanaan strategis dan perencanaan aksi. Perencanaan strategis ada pada level pengembang kebijakan, meliputi semua perencanaan pelayanan dan sumber daya. Sedangkan perencanaan aksi terdapat pada berbagai level operasional, baik pusat maupun subpusat, dari suatu program. Perencanaan strategis memusatkan perhatian pada feasibilitas pada level yang paling luas dari: i) ketersediaan sumber daya; ii) faktor teknis; iii) proses politik (Rangarajane 1998).

Proses perencanaan Puskesmas sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128 tahun 2004 adalah:

- a. menyusun usulan kegiatan
- b. mengajukan usulan kegiatan
- c. menyusun rencana pelaksanaan kegiatan

6.3.2 Pelaksanaan

a. Keterlibatan stakeholder

Dalam pelaksanaan program P2DBD ini kedua Puskesmas menyatakan bahwa sudah mengikutsertakan stakeholder terkait yaitu kader, tokoh masyarakat, dan juga pihak kelurahan. Keterlibatan kader adalah sebagai Juru Pemantau Jentik atau yang biasa disebut Jumantik. Lalu keterlibatan tokoh masyarakat adalah sebagai penggerak masyarakat sekitar dalam melakukan kegiatan-kegiatan yang diarahkan dari pihak Puskesmas. Pelibatan pihak Kelurahan adalah bertujuan agar ada dukungan kebijakan berupa instruksi kepada para warga juga jika memungkinkan dalam hal pendanaan, yang nantinya dapat digunakan untuk mendukung kegiatan program P2DBD di wilayah kerja masing-masing Puskesmas.

Program kesehatan akan mempengaruhi dan dipengaruhi oleh beberapa pihak yang disebut stakeholder. Salah satu masalah yang berisiko menggagalkan program adalah masalah-masalah sosiokultural dan sosioekonomi. Oleh karena itu, pimpinan program harus melakukan analisis stakeholder untuk memetakan dan menilai pengetahuan, kecenderungan, posisi, aliansi, dan pentingnya pengembangan program di mata stakeholder. (Utomo 2006)

Stakeholder adalah aktor (bisa orang-perorang atau lembaga) dengan kecenderungan pribadi dalam pengembangan suatu program ataupun kebijakan. Definisi lain dari stakeholder adalah orang, kelompok, atau institusi yang memiliki kecenderungan untuk dipengaruhi oleh program yang diusulkan (baik efek negatif ataupun efek positif), atau mereka yang dapat mempengaruhi *outcome* suatu program (Ramadhan dkk 2008).

b. Pelaksanaan program

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa dalam pelaksanaan program P2DBD stakeholder di masyarakat ikut berperan aktif bersama-sama masyarakat. Jadi selain petugas Puskesmas yang melaksanakan program, mereka juga dibantu oleh masyarakat. Selain itu ditemukan pula bahwa dalam melaksanakan program P2DBD sudah beberapa langkah sesuai dengan Pedoman P2DBD yaitu melaksanakan pemeriksaan jentik berkala (PJB) setiap 3 bulan, menyelenggarakan pelatihan petugas penyemprot di desa/kelurahan, menyelenggarakan pertemuan/pelatihan/pembinaan kader dan juru pemantau jentik (jumantik) dalam penggerakan PSN DBD, melaksanakan penyuluhan kepada masyarakat.

Demam Berdarah Dengue (DBD) ditularkan terutama oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Cara yang dianggap paling tepat untuk memberantas vektor (nyamuk *Aedes aegypti*) adalah dengan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue (PSN DBD). Mengingat nyamuk ini telah tersebar luas di seluruh tanah air, baik di rumah-rumah maupun di tempat-tempat umum maka upaya pemberantasan tidak hanya merupakan tugas pemerintah (tenaga kesehatan) saja tetapi harus didukung oleh peran serta masyarakat.

Terkait dengan penyuluhan, harusnya petugas melakukan secara intensif dengan menggunakan berbagai metode dan media, petugas mengalami hambatan. Hal tersebut kemungkinan terjadi karena keterbatasan SDM petugas dan juga media yang ada. Petugas yang tersedia dengan program yang ada tidak seimbang, sehingga penyuluhan tidak dapat dilakukan dengan intensif, karena harus berbagi dengan pelaksanaan program lain. Sedangkan dari segi media mengalami keterbatasan yaitu pada jenis media yang ada di Puskesmas. Media penyuluhan sebagai alat bantu penyuluhan adalah salah satu komponen penting

agar pesan yang ingin disampaikan kepada sasaran dapat diterima sesuai dengan keinginan komunikator atau pemberi pesan.

Seperti dikatakan di atas, bahwa cara yang dianggap paling tepat untuk memberantas vektor (nyamuk *Aedes aegypti*) adalah dengan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue (PSN DBD). PSN DBD yang dilakukan di masyarakat adalah kegiatan Jumat Bersih dengan kerja bakti warga untuk membersihkan lingkungan sekitarnya dan kegiatan Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) yang biasanya dilakukan oleh kader yang berperan sebagai Jumantik. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa ternyata masyarakat menganggap memberantas nyamuk *Aedes aegypti* yang efektif adalah dengan pengasapan (*fogging*). Hal tersebut tentunya merupakan hambatan dalam pelaksanaan program. Hambatan tidak hanya hal tadi, tapi juga dalam melakukan kegiatan PJB, petugas di lapangan, baik petugas Puskesmas maupun Jumantik mengalami hambatan, di mana untuk daerah perumahan, petugas tidak diperkenankan untuk melakukan PJB. Langkah tindak lanjut yang diambil oleh pihak Puskesmas adalah mengajak pihak keamanan perumahan (satpam) untuk melakukan PJB dari rumah ke rumah. Padahal upaya pemberantasan DBD hanya dapat berhasil apabila seluruh masyarakat berperan secara aktif dalam PSN DBD. Gerakan PSN DBD merupakan bagian yang paling penting dari keseluruhan upaya pemberantasan DBD oleh keluarga/masyarakat. Untuk hal tersebut masih dibutuhkan peran petugas dalam hal pemberian pengetahuan berupa penyuluhan kepada masyarakat. Dengan intensitas yang lebih banyak dalam penyuluhan diharapkan pengetahuan masyarakat meningkat dan persepsi tentang PSN DBD menjadi positif.

Dalam pelaksanaan Program P2DBD kedua Puskesmas merujuk pada Pedoman P2DBD yang telah ditetapkan oleh Depkes tahun 2005. Tahapan-tahapan yang dilaksanakan tidak sama sesuai dengan buku pedoman yang ada. Hal itu kemungkinan terjadi karena banyak hal seperti keterbatasan waktu, keterbatasan SDM, keterbatasan dana. Segala keterbatasan tersebut dapat disiasati dan dikelola agar meminimalkan hambatan dalam pengelolaan program, salah satunya adalah dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor.

c. Monitoring dan Evaluasi

Evaluasi merupakan salah satu fungsi dalam siklus manajemen. Evaluasi adalah suatu usaha untuk mengukur dan memberi nilai secara obyektif pencapaian hasil-hasil yang telah direncanakan sebelumnya. Hasil-hasil evaluasi dimaksudkan untuk menjadi umpan balik untuk perencanaan kembali. Evaluasi sebagai salah satu fungsi manajemen berupaya untuk mempertanyakan efektifitas dan efisiensi pelaksanaan dari suatu rencana sekaligus mengukur hasil-hasil pelaksanaan itu dengan obyektif berdasarkan ukuran-ukuran yang dapat diterima pihak-pihak yang mendukung maupun yang tidakmendukung suatu rencana. (Firman, 1990 dalam Riyanti 2008).

Pemantauan merupakan salah satu fungsi manajemen untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program. Pemantaun dilaksanakan secara berkala dan terus menerus, untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan, supaya dapat dilakukan tindakan perbaikan segera. Evaluasi dilakukan setelah suatu jarak-waktu (interval) lebih lama, biasanya setiap 6 bulan s/d 1 tahun. Dengan evaluasi dapat dinilai sejauh mana tujuan dan target yang telah ditetapkan sebelumnya dicapai. Dalam mengukur keberhasilan tersebut diperlukan indikator. Hasil evaluasi sangat berguna untuk kepentingan perencanaan program. Hasil evaluasi sangat berguna untuk kepentingan perencanaan program. Cara pemantauan dilakukan dengan menelaah laporan, pengamatan langsung dan wawancara dengan petugas pelaksana maupun dengan masyarakat sasaran.

Pemantauan dan evaluasi melalui telaah laporan dilakukan dengan menggunakan Kartu Jentik yang merupakan bagian dari kegiatan Kesehatan Lingkungan yang bertujuan untuk memantau angka bebas jentik. Untuk pengamatan langsung monitoring program dilakukan melalui kegiatan lokakarya mini dan turun langsung bersama kader Jumantik ketika melakukan PJB.

6.4 Gambaran Output Program P2DBD

Output adalah barang dan jasa yang harus diproduksi oleh organisasi. Apa yang bisa menjadi sifat output adalah rutin, sering, dapat diprediksi, dan segala sesuatu yang mudah untuk diidentifikasi. (Liebler&McConnel 2008, hlm. 61)

6.4.1.Kinerja Petugas

Untuk penilaian kinerja petugas Puskesmas dilakukan oleh kepala Puskesmas menggunakan lembar penilaian kinerja petugas yang ada di buku pedoman. Di Puskesmas “X”, selain menggunakan lembar penilaian kinerja, kinerja petugas Puskesmas juga di nilai dari pengamatan masyarakat. Sebagaimana yang ditemukan dalam penelitian ini adalah ketika petugas Puskesmas tidak sesuai dengan tugasnya, maka masyarakat bisa langsung menegur dan melaporkan petugas tersebut ke Kepala Puskesmas sebagai pimpinan. Peran aktif masyarakat ini dalam menilai atau mengawasi kinerja petugas Puskesmas didapatkan informasinya dari pihak Puskesmas “X”, sedangkan pihak Puskesmas “Y” tidak memberikan informasi seperti itu.

Apa yang dilakukan masyarakat tersebut merupakan bentuk kontrol terhadap kinerja petugas Puskesmas, dan hal tersebut menunjukkan adanya partisipasi aktif dari masyarakat. partisipasi aktif masyarakat itu tentunya tidak timbul dengan sendirinya. Hal yang memungkinkan terbentuknya partisipasi aktif masyarakat adalah pendekatan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas selama ini. Untuk membina peran serta masyarakat perlu dilakukan penyuluhan dan motivasi yang intensif melalui berbagai jalur komunikasi dan informasi kepada masyarakat. Penyuluhan kepada masyarakat juga dapat dilakukan melalui Ketua RT/RW misalnya dengan membagikan leaflet kepada warga.

Komponen manajemen yaitu perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan penilaian. Pada perencanaan pihak-pihak yang terlibat dalam kegiatan ini adalah pihak Puskesmas yang terdiri dari kepala Puskesmas, pengelola program, dan staff lainnya. Dari segi kuantitas jumlah SDM untuk melakukan kegiatan ini dianggap cukup, tapi dari segi kualitas hal ini belum mencukupi karena tahapan perencanaan program yang benar sesuai pedoman memerlukan pihak lain di luar Puskesmas.

Pada pelaksanaan program yang ada di kedua Puskesmas, jumlah SDM dinilai kurang untuk beberapa kegiatan seperti surveilans, pengawasan jumentik dan pemeriksaan jentik berkala yang dilakukan oleh petugas Puskesmas tiap 3 bulan sekali. Kondisi tersebut tentunya menjadi keluhan petugas Puskesmas yang mengakibatkan adanya rangkap tugas. Petugas Puskesmas merasakan beban kerja

yang berlebih, yang mengakibatkan petugas dalam mengerjakan tugasnya tidak fokus.

6.4.2. Kemampuan Manajemen program dalam fasilitasi dan koordinasi

Semua informan mengatakan bahwa kemampuan manajemen program dalam fasilitasi dan koordinasi sudah bagus, baik yang di Puskesmas X dan Puskesmas Y. Dengan adanya kemampuan yang baik oleh petugas kesehatan dalam memfasilitasi dan mengkoordinasi lintas sektor, pergerakan masyarakat jadi lebih mudah.

Fasilitasi dan koordinasi yang dilakukan petugas Puskesmas baik terhadap masyarakat maupun lintas program dan lintas sektor, dapat meningkatkan pencapaian program-program Puskesmas. Tidak diragukan lagi bahwa ketika kita melibatkan masyarakat dalam program-program Puskesmas, maka program tersebut akan lestari, karena masyarakat akhirnya dapat secara mandiri memenuhi kebutuhan dan haknya. Untuk kegiatan lintas program, Puskesmas harus menggalakkan hal tersebut. Dengan adanya kerjasama dan koordinasi lintas program yang baik, dalam melaksanakan program dapat berbagi dalam hal sumber daya manusia dan sumber daya lainnya seperti dana, sarana dan prasarana. Misalnya dalam penyuluhan, salah satu program dapat berbagi dalam hal misalnya media penyuluhan, dan mungkin untuk sumber daya lainnya.

Selain melakukan fasilitasi dan koordinasi kepada masyarakat dan lintas program, kerjasama lintas sektor juga harus digarap. Dengan adanya kerjasama lintas sektor yang baik tentunya akan semakin banyak mitra Puskesmas dalam melaksanakan suatu program, yang diharapkan hal tersebut dapat mendukung pencapaian tujuan program.

6.4.3. Peningkatan kemitraan dengan sektor lain

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sudah ada kerjasama antara sektor kesehatan dengan sektor lain, yaitu institusi pendidikan dan juga institusi pemerintahan yaitu kelurahan, baik di Puskesmas “X” maupun Puskesmas “Y”. Di Puskesmas “X”, ditemukan bahwa mereka telah menjalin kerjasama dengan SD-SD yang ada di wilayah kerja Kelurahan. Selain sektor formal, Puskesmas “X” juga melibatkan sektor non formal, yaitu kader dan tokoh masyarakat. Dengan adanya koodinasi lintas sektor yang baik, pengelolaan program P2DBD

dapat berjalan sesuai perencanaan yang merujuk pada Pedoman Program P2DBD. Sedangkan untuk Puskesmas “Y”, tidak didapatkan informasi bermitra dengan sektor pendidikan. Mereka hanya melakukan koordinasi dengan sektor pemerintahan, yaitu kelurahan.

Pembangunan kesehatan bersifat multisektoral, dalam arti adanya keterkaitan antar sektor. Oleh karenanya, penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Puskesmas harus dikoordinasikan dengan lintas sektor terkait di tingkat kecamatan. Sehingga penyelenggaraan pembangunan kesehatan mendapat dukungan lintas sektor, dan di sisi lain pembangunan yang dilaksanakan oleh sektor lain berdampak positif terhadap kesehatan. (Depkes, 2009). Peningkatan kemitraan berwawasan bebas dari penyakit DBD, upaya pemberantasan penyakit DBD tidak dapat dilaksanakan oleh sektor kesehatan saja, peran sektor terkait pemberantasan penyakit DBD sangat menentukan. Oleh sebab itu, maka identifikasi stakeholder baik sebagai mitra maupun pelaku potensial merupakan langkah awal dalam menggalang, meningkatkan, dan mewujudkan kemitraan.

Sulistyorini dan Trapsilowati (2005) menyatakan bahwa dalam Program Nasional Pemberantasan DBD dengan memprioritaskan upaya pemberantasan sarang nyamuk (PSN) yang dilaksanakan langsung oleh masyarakat dengan merancang model peran serta masyarakat sesuai dengan kondisi dan budaya setempat. Untuk menggerakkan PSN oleh masyarakat, pemerintah membutuhkan tenaga penggerak yang mengetahui budaya dan nilai setempat. Hal tersebut dapat terwujud bila menjalin kemitraan dengan tokoh masyarakat. Dalam menggerakkan masyarakat tentunya para tokoh masyarakat harus memiliki pengetahuan yang lebih, bila berhubungan dengan PSN maka mereka harus memiliki pengetahuan mengenai penyakit DBD serta cara pencegahan dan pemberantasannya.

Berdasarkan Pedoman P2DBD kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat meliputi pertemuan dengan lintas sektor terkait, penyuluhan melalui media elektronik, penyuluhan dilaksanakan di sekolah, penyuluhan melalui Ketua RT/RW. (Pedoman P2DBD, 2005). Kerjasama lintas sektor yang terjalin baik salah satunya dalam hal pemberdayaan masyarakat nantinya akan mendukung

program sesuai dengan pernyataan yang ada di Pedoman P2DBD bahwa upaya pemberantasan DBD hanya dapat berhasil apabila seluruh masyarakat berperan secara aktif dalam PSN DBD. Gerakan PSN DBD merupakan bagian yang paling penting dari keseluruhan upaya pemberantasan DBD oleh keluarga/masyarakat.



BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Analisis perbandingan pelaksanaan pengelolaan program Pemberantasan sarang nyamuk DBD di Puskesmas “X” dan puskesmas “Y” kota Bogor tahun 2010 belum secara utuh menggambarkan terlaksananya input, proses dan output berdasarkan analisa yang dilakukan peneliti ternyata :

1. Puskesmas X dalam melaksanakan Program P2DBD dirasakan optimal dalam hal SDM staff Puskesmas yang didukung dengan kepemimpinan Kepala Puskesmas. Pola kepemimpinan Kepala Puskesmas sebagai top leader dalam organisasi Puskesmas dan komitmen yang tinggi dapat meningkatkan kinerja karyawan. Optimalnya Program P2DBD juga adanya keterlibatan aktif dari masyarakat. Latar belakang masyarakat yang menerima dan mendukung Program P2DBD sehingga Program dapat berjalan lancar. Selain itu juga adanya kemitraan dengan sektor lain yaitu sektor pendidikan (sekolah). Kemitraan dengan sektor non kesehatan yaitu sektor pendidikan di mana SD-SD memberdayakan siswa-siswanya untuk melakukan Pemeriksaan Jenti Berkala (PJB)
2. Puskesmas Y dalam pelaksanaan Program P2DBD tidak ada hal yang menonjol. Petugas menjalankannya hanya sebatas rutinitas menjalankan tupoksinya sebagai Pengelola Program, tidak ada inovasi-inovasi baru. Peran serta masyarakat yang dirasakan masih kurang karena masyarakat menganggap kebersihan dan kesehatan merupakan tanggungjawab pemerintah. Keterlibatan lintas sektor masih kurang yaitu pihak RT dan RW yang kurang semangat dalam menggerakkan warganya agar bisa berpartisipasi aktif dalam menjalankan program P2DBD

3. Puskesmas X dan Puskesmas Y memiliki kondisi yang sama dalam hal pendanaan, sarana dan prasarana, kebijakan, dalam melakukan perencanaan, dalam pelaksanaan program yang merujuk pada buku Pedoman P2DBD.
4. Pengelolaan program P2DBD yang ideal adalah perpaduan antara kepemimpinan yang memadai sebagai seorang *top leader*, pelibatan masyarakat secara aktif mulai dari perencanaan hingga pelaksanaan, serta adanya kemitraan dengan sektor lain

7.2 Saran

Untuk Dinas Kesehatan Kota Bogor dalam hal ini Puskesmas “X” dan Puskesmas “Y” :

1. Mengoptimalkan pemberdayaan masyarakat dalam PSN DBD berbasis COMBI (*Communication for Behavioral Impact*) atau Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP) yang pelaksanaannya disesuaikan dengan kondisi wilayah masing-masing.
2. Peningkatan kemitraan dengan lintas sektor seperti LSM, yayasan kesehatan, sekolah atau lembaga pendidikan di wilayah kerja puskesmas, dalam hal pelatihan kader dan TOMA, penyuluhan kepada masyarakat.
3. Melakukan advokasi kepada pengambil keputusan mulai dari Kota sampai Kecamatan untuk membuat kebijakan atau peraturan terkait program P2DBD
4. Memasukkan unsur kepemimpinan dalam pengelolaan program, pelibatan masyarakat secara aktif mulai perencanaan hingga pelaksanaan, dan membangun kemitraan dengan sektor lain

DAFTAR PUSTAKA

- Ardinal. Artikel. *Kinerja Sanitarian Puskesmas* dalam Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Volume 3, Nomor 5, April 2009.
- Depkes RI. 2001. *Profil Kesehatan Indonesia 2001*. Depkes RI, Jakarta
- Depkes RI. 2009. *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Depkes RI, Jakarta
- Dinkes Jabar. 2007. *Profil Kesehatan Jawa Barat 2007*. Dinkes Jabar, Bandung
- Dirjen PPPL. 2005a. *Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue dan Pemeriksaan Jentik Berkala*. Depkes RI, Jakarta
- Dirjen PPPL. 2005b. *Penyelidikan Epidemiologis Penanggulangan Fokus dan Penanggulangan Vektor pada Kejadian Luarbiasa Demam Berdarah Dengue*. Depkes RI, Jakarta
- Dirjen PPPL, 2008. *Modul Pelatihan Bagi Pelatih Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN-DBD) dengan Pendekatan Komunikasi Perubahan Perilaku (Communication for Behavioral impact)*, Depkes RI, Jakarta.
- Dirjen Binkesmas Departemen Kesehatan. 2009. *Draft Revitalisasi Puskesmas*.
- Firdaus, Syamsul. 2003. Tesis. *Analisis Komparatif Kinerja Perawat Ruang Inap di RS Swasta (Suaka Insan) dan RS Pemerintah (Ulin) Kota Banjarmasin Tahun 2003*. Program Pascasarjana : Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Fatonah. 2009. 'Studi Kapasitas Manajemen Program Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu'
- Gibson, J.L., Invancevich, J.M., Donnely Jr, J.H. 1994. *Organisasi dan Manajemen*, Penerbit Erlangga, Jakarta
- Gubler, Duane J. 1998. 'Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever,' *Clinical Microbiology Reviews*, vol 11, no. 3, hlm. 480-496

- Hidajat, Diana D Inderajao. 1998. 'Peran serta Masyarakat dalam Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue: Kasus di Jakarta,' [Thesis] Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Jamaksari, Mamak. 2004. Tesis. *Analisis Kinerja Petugas TB Paru Puskesmas dengan Pendekatan Manajemen Mutu Terpadu di Kabupaten Pandeglang Tahun 2003*. Program Pascasarjana : Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Karolin, Cyamitika. 2000. Tesis. *Evaluasi Manajemen Pelaksanaan Program Gizi di Puskesmas Kota Bogor Tahun 1999*. Program Pascasarjana : Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Liebler, JG&McConnell, CR. 2008. *Management Principles for Health Professional*. Jones and Bartlett, Massachusetts.
- Nugroho, Eko Windu. 2006. 'Keefektivan konseling Keluarga terhadap Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Sragen, [Skripsi]
- Priliawito, Eko. 2010. 'Bogor Mulai Waspada dari DBD,' *VIVAnews*, 21 Januari 2010, available at <http://metro.vivanews.com/news/read/122895-bogor-mulai-waspada-dari-dbd>, accessed on February 12, 2010
- Ramadhan, dkk. 2008. *Perencanaan Strategis: Logical Framework Planning Technique-ZOPP Planning Technique*, Departemen Kesehatan Lingkungan FKM UI, Depok
- Ririn, 2010. 'Februari-Maret, Puncak Wabah DBD di Kota Bogor,' *Republika Online*, 22 Januari 2010, available at: <http://www.republika.co.id/berita/breaking-news/metropolitan/10/01/22/101955-februarimaret-puncak-wabah-dbd-di-kota-bogor>, accessed on April 7, 2010
- Soekidjo Notoatmodjo. 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Andi Offset. Yogyakarta.
- Suhirman. 2002. 'Hubungan Pengelolaan Program Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan Output Program pada

- Puskesmas di Seluruh kabupaten Semarang tahun 2001,' [Skripsi]
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang
- Suryani, Yani. 2003. Tesis. *Analisis Manajemen Program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah di Puskesmas Kodya Jakarta Barat Tahun 2002*. Program Pascasarjana : Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Subagio, Agus. 2003. Tesis. *Kajian Fungsi Manajemen Puskesmas dalam Program Imunisasi di Kabupaten Pelalawan-Riau Tahun 2003*. Program Pascasarjana : Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
- Susanto, R.H. 2007. Tesis. *Systematic Review Hasil Penelitian Kesehatan Masyarakat tentang Dampak Program Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue terhadap Insiden Demam Berdarah Dengue*. Program Pascasarjana : Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Terry, George R.&Rue, Leslie W. 2005. *Dasar-Dasar Manajemen*. Bumi Aksara, Jakarta
- Trapsilowati, W., Suskamdani . Artikel. *Studi Kualitatif Pengetahuan dan Peran Tokoh Masyarakat dalam Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Kota Salatiga* dalam Media Litbangkes XVII No. 1 tahun 2007. Depkes RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Jl. Percetakan Negara 29, Jakarta).
- Utomo, Budi. 2006. 'Modul Kuliah Pengenalan Kesehatan Masyarakat,' FKM UI, Depok
- WHO. 1997. *Dengue Haemorrhagic Fever: Diagnosis, Treatment, Prevention and Control*, World Health Organization, Geneva

MATRIKS 1. SDM

Pertanyaan Informan	Latbel Pend	Tgs&Wwng+kpsitas	Pengalaman	Beban kerja	Penanganan beban	Motivasi&Persepsi
Ka PKM BT	S2 FKM UI	a. Penanggungjawab tertinggi, b. koordinasi linprog+linsek (diknas, depdagri[kelurahan+kecamatan]) c. Pemantau dan pemberi mandat tugas kepada petugas P2MPL	Mengikuti pelatihan	Basic six	Keuangan Puskesmas dipercayakan ke dua bendahara	a. Inti keberhasilan program adalah pemberdayaan masyarakat b. termotivasi karena tugas ini merupakan pemenuhan hajat hidup orang banyak
Ka PKM Gang Aut	Pend Dokter	a. Penugasan kepada petugas Puskesmas, pengarahan terhadap kader dan masyarakat b. Pengawasan c. pengambilan keputusan	Mengikuti pelatihan	Basic six dan keuangan Puskesmas	Tidak ada	Ingin membuat Kelurahan Gudang bebas dari DBD

Analisis perbandingan..., Inda Torisia Hatang, FKM UI, 2010.

PJ DBD PKM BT	D3 Kesling	A. Penyuluhan: B. PE, Fogging focus, PJB, membangun komunikasi dengan stakeholder lainnya:	Mengikuti pelatihan	Tugas-tugas di bidang kesling:	a. membuat skala prioritas serta meminta bantuan kader dan tokoh masyarakat:	a. Sebagai bentuk pelaksanaan tugas sebagai seorang petugas kesehatan b. Termotivasi untuk mewujudkan kelurahan yang angka DBDnya terus turun: c. PJ tidak bisa fokus melaksanakan semua program karena keterbatasan SDM:
PJ DBD PKM GA	D3 Kesling	WM tidak maksimal	Pernah ikut pelatihan	SIK/SP3		Tidak menjawab
Ptgs Lap BT	D3 Akper	a.P2MPL, kunjungan rumah,	Pernah ikut	Posyandu,	a. Membuat	a. sebagai bentuk

		PE, fogging fokus, penatalaksanaan Kasus, Turun Lapangan, Keinstansi terkait	pelatihan	program P2M, MTBS, Harm Reduction.	skala prioritas: b. berbagi tugas dengan petugas di bidang kesling dan pembina RW lainnya: ”	penunaian tugas b. Persepsi: sudah bagus.
Ptgs Lap GA	-	-	-	-	-	-
Kader BT	S1		Mengikuti pelatihan kader jumantik	Kader Posyandu		Kepedulian terhadap lingkungan masyarakat
Kader GA	SMP		Mengikuti pelatihan	Sebagai kader posyandu		
Seklur BT	S1	a.Instruksi PSN kepada warga: b. Mengirimkan seksi sosial untuk mengikuti lokmin:				
Seklur GA	S1					
Toma BT	SMA		Mengikuti pelatihan			Sangat mendukung program

Toma GA	SMA		Mengikuti pelatihan fogging			
Kabid Dinkes	S2	Memantau pelaksanaan	Jawaban informan tidak sesuai dengan apa yang ditanyakan			

MATRIKS 2. PENDANAAN

Pertanyaan Informan	Sumber pendanaan program dan besarnya	Rincian dana yg sbnrnya dibutuhkan untuk menjalankan program	Mengetahui bagaimana dana yang tersedia dikelola	Usaha yg ditempuh untuk menyiasati kekurangan dana
Ka PKM BT	a. dana pengembalian retribusi: b. tidak ada dana untuk jumantik: c. kalau sedang butuh, juga bisa menggunakan dana jamkesmas:	a. Dana yang tersedia sebenarnya masih kurang	a. Dana akan dicairkan setelah ada pengajuan b. Penggunaan dana fleksibel c. Dana dikontrol dengan buku visum yang selain dikontrol oleh PKM juga dikontrol oleh masyarakat: d. Kewenangan keuangan tertinggi berada di tangan Ka Puskesmas: e. Untuk membantu tugas Ka Puskesmas, pengelolaan keuangan dipegang oleh Bendahara Puskesmas dan Bendahara jamkesmas	a. kalau sedang butuh, juga bisa menggunakan dana jamkesmas:
Ka PKM Gang Aut	Dicukupkan dengan dana yang ada	a. Transpor petugas lapangan dan kader jumantik:	a. Pemenuhan ongkos Transportasi petugas lapangan dan kader jumantik: b. Pembelian Bubuk abate:	a. Transpor petugas lapangan dan kader jumantik berasal dari

		<p>b.. Bubuk abate:</p> <p>c.Fogging:</p>	<p>c.Pembelian obat dan solar untuk Fogging:</p>	<p>puskesmas:</p> <p>b. Bubuk abate berasal dari Dinkes:</p> <p>c.Fogging dari swadana masyarakat:</p> <p>d. Kalau masih kurang, Puskesmas bisa melakukan pendekatan kepada lurah untuk menghimbau masyarakatnya menghimpun dana mandiri dalam</p>
PJ DBD PKM BT	Ada dana untuk transportasi PE:		<p>a. Dana digunakan untuk PJB dan abatesasi:</p> <p>b. kontrol penggunaan dana dilakukan dengan membuat laporan pelaksanaan dari PKM:</p>	
PJ DBD PKM GA				

Ptgs Lap BT	Tidak ada dana khusus, sekarang Puskesmas swadana: b. tidak ada dana untuk memberi insentif kepada masyarakat:	Dibutuhkan motivasi materi untuk masyarakat:		
Ptgs Lap GA	-	-	-	-
Kader BT		a. Dibutuhkan dana untuk pemeriksaan jentik:		a. Dana didapat dari dana swadaya masyarakat: b. Untuk memotivasi kinerja kader, biasanya ada jamboree kader setiap tahun:
Kader GA	a. Setiap 3 bulan sekali ada dana	Dibutuhkan uang transportasi		

	transportasi dari Puskesmas b. insentif khusus untuk jumantik juga ada			
Lurah BT	Tidak ada dana dari kelurahan. Semuanya dari Puskesmas.			
Lurah GA	a. Dari kelurahan ada dana untuk lokmin b. ada dana untuk jumantik walau kecil	a. Butuh dana untuk lokmin b. butuh dana untuk jumantik c. butuh dana untuk fogging	Dana digunakan untuk lokmin	a. dana fogging didapat dari menarik iuran dari masyarakat
Toma BT	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan
Toma GA	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan
Kabid Dinkes	Sudah tidak ada lagi dana untuk jumantik. Yang ada hanya dana untuk fogging walau jumlahnya hanya 250rb	a. butuh dana untuk jumantik b. butuh dana untuk fogging		

MATRIKS 3. SARANA DAN PRASARANA:

Pertanyaan Informan	Kebutuhan Sarana dan Prasarana (needs)	Pemenuhan sarana dan Prasarana (reality)
Ka PKM BT	Fogging ada dinkes, sedangkan abate, kaporit, dan APD PKM mengadakan sendiri:	Semua kebutuhan untuk pelaksanaan program sudah terpenuhi:
Ka PKM Gang Aut	Abate, brosur dan lembar balik, senter, kaos kader	Abate terimadari dinkes, brosur dan lembar balik disediakan Puskesmas, sudah ada senter dan kaos kader disediakan Puskesmas
PJ DBD PKM BT	Leaflet, brosur, tenaga pelaksana, bubuk abate, form laporan pemeriksaan :	Kurang di penyediaan bubuk abate, leaflet, brosur, tenaga pelaksana:
PJ DBD PKM GA	Tidak ada jawaban	Tidak ada jawaban
Ptgs Lap BT	SDM, abate, penyuluhan tentang penggunaan abate	Kebutuhan tenaga/SDM sudah tercukupi dengan adanya RW siaga, jumlah abate masih kurang, masyarakat ternyata masih belum mengetahui bagaimana penggunaan abate
Ptgs Lap GA		
Kader BT	Analisis perbandingan..., Inda	a. Sarana dan Prasarana telah disiapkan pemerintah (Dinkes) Torisia Hatang, FKM UI, 2010. b. Untuk memenuhi kekurangan yang ada, biasanya kader

		mengajukan proposal permohonan bantuan kepada unit-unit usaha komersial yang terdapat di lingkungan mereka:
Kader GA	Butuh senter dan abate	Puskesmas telah membekali kader dengan abate dan senter
Lurah BT	Butuh Abate:	Pemenuhan abate masih kurang
Lurah GA	pendanaan	Tidak ada anggaran dari pemerintah
Toma BT	Dibutuhkan alat fogging	Alat fogging bisa pinjam ke dinkes
Toma GA	Edaran pemberitahuan	Sudah ada surat edaran dan pemberitahuan pelaksanaan program
Kabid Dinkes	Abate	Sudah ada bantuan abate

MATRIKS 4.KEBIJAKAN

Pertanyaan Informan	Kebutuhan dasar untuk menjalankan program P2DBD	Pemenuhan kebutuhan dasar untuk menjalankan program P2DBD (reality)	Persepsi Informan terhadap Kebijakan yang ada
Ka PKM BT	a. Diperlukan tambahan insentif untuk merangsang minat warga: b. PSN dan PE	a. Tidak ada dana tambahan untuk bisa memotivasi warga untuk ikut aktif dalam pelaksanaan P2DBD: b. Ada PSN dan PE	a. Bisa membuat inovasi-inovasi dalam membuat kebijakan selama tidak melanggar apa yang digariskan oleh dinas: b. Inovasi yang dilakukan Ka PKM Bogor Timur di antaranya adalah dalam hal pelaksanaan. Beliau menggunakan fasilitas RW siaga untuk menggerakkan warga. Semua inovasi yang diambil dipaparkan dalam notulensi lokakarya bulanan.: c. jika ada kendala di lapangan, dinas

			mau menerima saran dan masukan dari Puskesmas agar dipertimbangkan untuk pembuatan kebijakan berikutnya:
Ka PKM Gang Aut	PSN dan PE	Ada PSN dan PE	Lakukan sesuai dengan arahan dari dinkes
PJ DBD PKM BT	PSN, PE, Lokakarya mini dan lokakarya bulanan, fogging selektif:	Sudah terpenuhi :	Kebijakan yang ada sudah bagus:
PJ DBD PKM GA	Tidak menjawab	Tidak menjawab	Tidak menjawab
Ptgs Lap BT	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan
Ptgs Lap GA	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan ⁶	Tidak ditanyakan
Kader BT	Kontribusi aktif dari warga	Menggerakkan masyarakat lewat surat edaran dan pengumuman di tempat-tempat umum:	Tidak menjawab
Kader GA	Tidak menjawab	Surat selebaran di tempat umum	Tidak menjawab
Lurah BT	Tidak menjawab	PSN, PE, fogging fokus, lokmin:	Mengetahui kebijakan utama P2DBD:

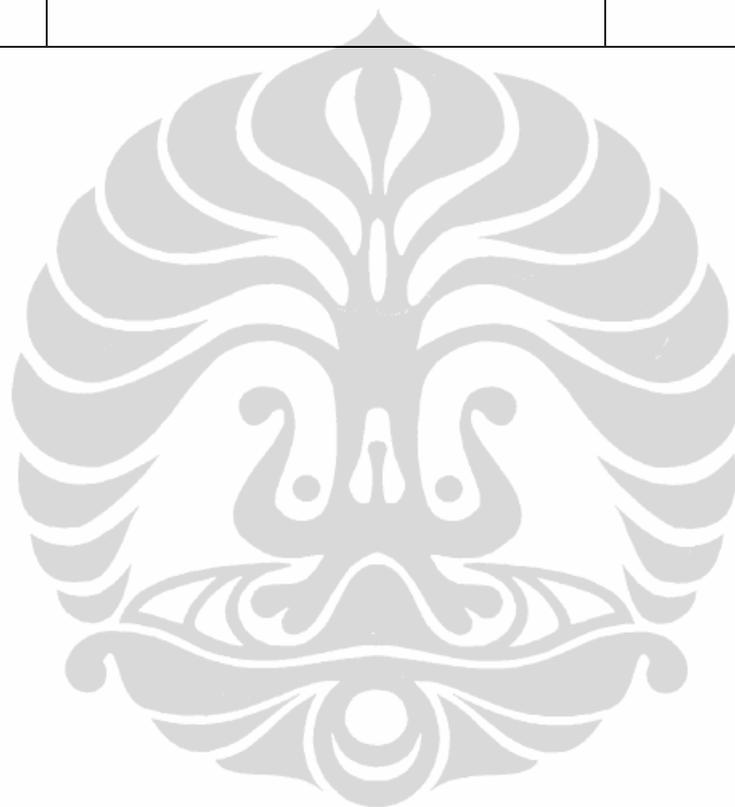
Lurah GA	Bergeraknya warga untuk ikut PSN	Warga digerakkan dengan instruksi dari kelurahan	Tidak menjawab
Toma BT	-	Surat edaran di tempat umum	Meneruskan kebijakan yang sudah ada
Toma GA		Surat edaran di papan pengumuman	
Kabid Dinkes		a. Koordinasi RW siaga lewat Pokja surveilans yang diayomi Puskesmas b. penggunaan kartu jentik untuk mengukur keberhasilan PSN	

MATRIKS 5. LATAR BELAKANG MASYARAKAT

Pertanyaan Informan	Pekerjaan masyarakat	Asal daerah masyarakat	Kultur budaya masyarakat
Ka PKM BT	Masyarakat urban, terbagi menjadi masyarakat kelas atas dan masyarakat kelas bawah		Individual; masyarakat kelas bawah masih bisa diajak dengan cara konvensional (ketok pintu), sedangkan pendekatan ke masyarakat kelas atas harus menggunakan pendekatan lewat gaya hidup mereka:
Ka PKM Gang Aut			<ul style="list-style-type: none"> a. Kesadaran masyarakat kurang b. Adanya penolakan masyarakat menengah ke atas atas kebijakan dan himbauan yang dibuat Puskesmas
PJ DBD PKM BT			
PJ DBD PKM GA			

Ptgs Lap BT			a. Masyarakat sekarang lebih kritis: b. Masyarakat mau bergerak kalau ada insentifnya:
Ptgs Lap GA			
Kader BT	Pegawai swasta, pengusaha:	Penduduk asli dan pendatang seimbang	
Kader GA	Kebanyakan pedagang	Campuran antara asli dan pedagang	
Lurah BT			a. Masyarakat sangat tanggap: b. Hambatan ada pada masyarakat di daerah perumahan:
Lurah GA	Kebanyakan SD dan SMP. SMA jarang. Pekerjaan rata-rata pedagang		a. Lurah bilang Masyarakat mau untuk bergerak b. seklur bilang kalau tingkat partisipasi masyarakat masih minim
Toma BT			a. Warga sudah sadar dan peduli untuk menjaga kesehatan keluarganya dan ikut aktif dalam program-program P2DBD:

Toma GA			Kurang respon dari pengurus RW dan masyarakat
Kabid Dinkes			



MATRIKS 6. PROSES

Pertanyaan	Masalah	Tujuan	Stakeholder	Rencana aksi/ <i>plan of action</i>	Rencana monitoring	Rencana evaluasi program	Indikator program
Informan							
Ka PKM BT	Merupakan penyakit menular berbasis lingkungan		a. Orang-orang kesehatan (bidang kesling, P2MPL, Surveilans) dan lintas program terkait DBD	Pemberdayaan masyarakat	Menggunakan lokmin, PJB	Laporan tahunan	
Ka PKM Gang Aut	Kesadaran masyarakat yang kurang akan bahaya penyakit	membuat kelurahan Gudang bebas dari DBD		Tidak ada rencana khusus, cukup menjalankan arahan dinkes	Lokmin untuk kader, lokbul untuk petugas PKM, diskusi dengan FMS	Laporan program	
PJ DBD PKM BT		a. menaikkan angka bebas jentik hingga mendekati 100%: b. Menurunkan morbiditas akibat DBD:	a. Pembina wilayah (bidan dan perawat), bagian promkes, lurah, kader, masyarakat sekitar, dan		Menggunakan lokmin dan PJB		

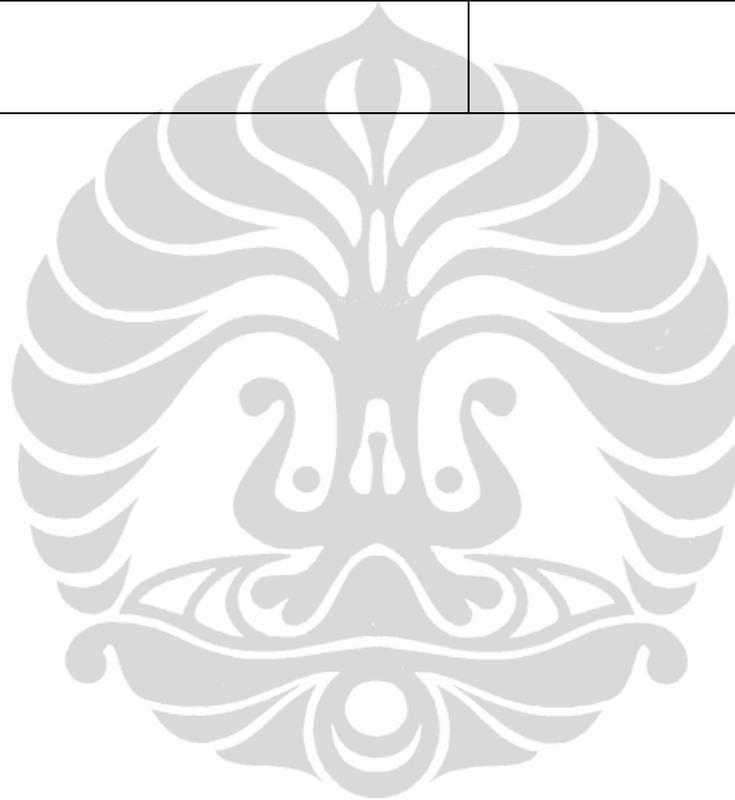
			petugas Dinkes				
PJ DBD PKM GA							
Ptgs Lap BT	Dukungan masyarakat elit rendah		Dinkes, Diknas, dan Kelurahan:		Menggunakan lokmin dan PJB		
Ptgs Lap GA							
Kader BT		Menurunkan angka DBD	PKK, kelurahan		Lokmin		
Kader GA					Lokmin	Laporan setiap bulan ke PKM	
Lurah BT	Banyak perumahan kosong		PKK, Puskesmas		Monitoring dan supervisi program dilakukan lewat lokmin:		
Lurah GA	Belum ada partisipasi masyarakat		PKM, Kader				
Toma BT			Dinkes, PKM, kecamatan				
Toma GA	Masyarakat kurang menjaga lingkungan				Lewat pertemuan		
Kabid Dinkes		Target ABJ>95%	FMS, PKK, Dasawisma, DPRD	Mengacu pada buku merah	Kartu jentik untuk memantau ABJ		

MATRIKS 7. PELAKSANAAN

Pertanyaan	Pelaksanaan rencana pelibatan stakeholder	Pelaksanaan rencana untuk mencapai tujuan program	Perkembangan proses monitoring
Informan			
Ka PKM BT	a. Koordinasi lintas program, lintas sektor, lewat lokakarya bulanan	a. Untuk di lapangan, Dilaksanakan dengan gerakan serentak PSN b. Konsolidasi dilakukan dengan lokakarya mini	a. proses monitoring dilakukan dengan pemeriksaan jentik berkala (PJB). Hanya saja tidak maksimal, karena SDM yang ada terbatas sedangkan wilayah yang harus diperiksa ada dua kelurahan. b. Proses monitoring di sekolah bisa berjalan lancar dengan adanya dukungan dari guru olahraga sekolah. Guru olahraga sekolah akan melaporkan jumlah jentik yang terpantau di sekolah setiap bulan
Ka PKM Gang Aut	Dilakukan lewat lokakarya mini. Hanya saja Ketua RW dan RT kurang semangat dalam menghimbau warganya	a. Untuk di lapangan, Dilaksanakan dengan gerakan serentak PSN jumat bersih b. Untuk memfasilitasi masyarakat yang bekerja di hari jumat, diadakan minggu bersih c. Konsolidasi dilakukan dengan lokakarya mini	
PJ DBD PKM BT	Pelibatan masyarakat bersama-sama dengan petugas PKM dalam membentuk wilayah siaga		
PJ DBD PKM GA			
Ptgs Lap BT	a. Pada kenyataannya di	a. Menggunakan lokakarya mini	Begitu ada laporan, harus segera turun ke lapangan:

	<p>lapangan, seringkali dukungan lintas sektor tidak ada. Akhirnya pelaksanaan program hanya dikerjakan oleh Puskesmas sendiri:</p> <p>b. ada 1 pesantren dan 1 kelurahan yang tidak mau didatangi petugas:</p> <p>c. hubungan dengan masyarakat baik:</p>	“	
Ptgs Lap GA			
Kader BT	Kader ikut dilibatkan dalam perencanaan program:	<p>a. Penyampaian promosi kesehatan lewat arisan, pengajian</p> <p>b. Pelaksanaan PSN dan jumat bersih:.</p>	
Kader GA		Ada lokakarya mini untuk konsolidasi	
Lurah BT			
Lurah GA			
Toma BT	a. Terkait dengan peran TOMA sebagai staf kelurahan, beliau selalu terlibat dalam rapat program di kelurahan:	<p>a. PSN dilakukan dengan rutin setiap minggu:</p> <p>b. Toma juga terlibat aktif dalam program. Toma kadang juga berperan sebagai fogger. Dalam jumat bersih, Toma juga turut aktif</p>	

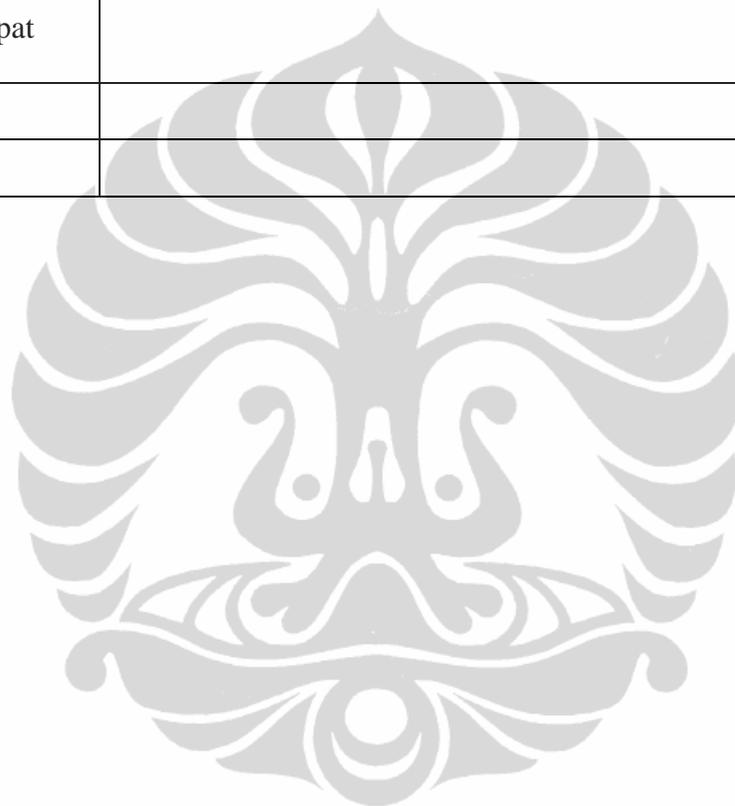
		menjadi contoh untuk warga:	
Toma GA			
Kabid Dinkes	Ada koordinasi dengan Forum Masyarakat Sehat (FMS)		



MATRIKS 8. OUTPUT_KINERJA PETUGAS

Pertanyaan Informan	Kinerja Petugas	Kontrol yang diterapkan	Insentif untuk meningkatkan kerja petugas
Ka PKM BT	Kinerja petugas sangat baik “	Masyarakat aktif memantau kinerja petugas kesehatan:	Sampai saat ini belum ada insentif dari Puskesmas untuk memotivasi kinerja petugas
Ka PKM Gang Aut	Kinerja petugas baik	teguran	Tidak ada
PJ DBD PKM BT	Rajin: “	Tidak menjawab	Tidak ada insentif:
PJ DBD PKM GA	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan
Ptgs Lap BT	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan
Ptgs Lap GA	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan
Kader BT	Komunikasi antara kader dan petugas kesehatan lancar:	Menelpon ke Puskesmas	Tidak ada
Kader GA		Ada lokakarya mini untuk konsolidasi	
Lurah BT	Kerjanya puskesmas bagus sekali:	-	

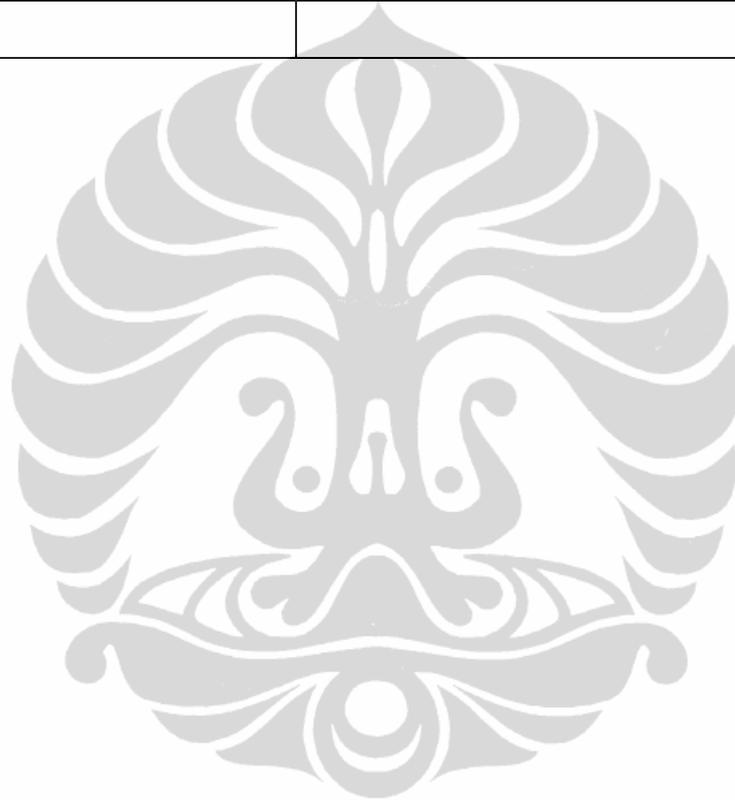
Lurah GA	-	-	
Toma BT	a.Petugas PKM ikut turun aktif, bagus, dan cepat tanggap. b. toma selalu terlibat dalam rapat program P2DBD di kelurahan		
Toma GA	bagus		
Kabid Dinkes			



MATRIKS 9. OUTPUT_KEMAMPUAN FASILITASI DAN KOORDINASI PETUGAS KESEHATAN

Pertanyaan	Gambaran Fasilitasi	Hasil Fasilitasi
Informan		
Ka PKM BT	Tidak ada jawaban spesifik	
Ka PKM Gang Aut	Sudah cukup baik	Komunikasi jadi lebih bagus. Hanya saja ketua RT dan RW masih kurang semangat untuk menghimbau warganya
PJ DBD PKM BT	Penyulugan; diskusi melalui RW siaga	Kontribusi kader dan lurah memudahkan penggerakan masyarakat:
PJ DBD PKM GA	-	-
Ptgs Lap BT	Lokakarya mini dan lokakarya bulanan, jumat bersih	Bagus:
Ptgs Lap GA	-	-
Kader BT	<i>Sharing</i> , temu kader, jambore kader	Kader jadi fresh dan semangat
Kader GA	Cukup baik, ada lokmin dan temu kader	Bisa mengeluarkan pendapat, menambah pengetahuan, meningkatkan motivasi dalam mengelola program
Lurah BT	Komunikasinya bagus sekali:	a.Komunikasinya bagus sekali: b.kader aktif: c.Toma aktif: d. permasalahan di lapangan selalu ditanggapi dengan cepat
Lurah GA	lokmin	Koordinasi jadi lebih lancar

Toma BT	Petugas PKM ikut turun aktif:	kerjasama jadi lebih lancar
Toma GA	Kerjasama baik	Memudahkan pelaksanaan program
Kabid Dinkes	Ada koordinasi dengan FMS	



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
INFORMAN KUNCI: KEPALA PUSKESMAS

- Salam
- Memperkenalkan diri
- Menjelaskan maksud wawancara dan penelitian
- Meminta kesediaan/izin untuk mencatat dan merekam semua jawaban informan

Nama Informan :
No. ID :
Umur :
Jabatan :
Lama Jabatan :
Pendidikan :
Institusi :

A.01 Variabel Input (sumber daya manusia)

1. Bagaimana gambaran SDM pelaksana untuk penanganan P2DBD disini ?
2. Siapa saja yang terlibat dalam pelaksanaan untuk penanganan P2DBD ?
3. Terkait dengan Program P2DBD, apa saja tugas dan wewenang Bapak/Ibu?
4. Apa bentuk peran Bapak/Ibu dalam penanganan P2DBD di sini?
5. Tugas dan wewenang apa saja yang bapak/Ibu miliki di luar Program P2DBD?
6. Bagaimana cara Bapak/Ibu untuk menangani beban kerja tersebut?
7. Apa yang memotivasi bapak/Ibu untuk mengelola program P2DBD?

A02. Variabel Input (Pendanaan)

1. Dari mana saja sumber pendanaan yang dimiliki puskesmas yang digunakan untuk program P2DBD?
2. Berapa anggaran yang disediakan puskesmas untuk pelayanan program P2DBD?
3. Bagaimana menurut ibu mengenai kecukupan dana tsb untuk menjalankan program P2DBD di Puskesmas?

4. Jika dana yang tersedia tidak mencukupi, apakah ada strategi lain untuk menghadapi hambatan untuk pengelolaan P2DBD?
(Probing, untuk jangka panjang maupun jangka pendek, tolong jelaskan)
5. Bagaimana proses kontrol yang bapak/ibu lakukan dalam penggunaan dana tersebut?

A03. Variabel Input (Sarana dan Prasarana)

1. Apa saja sarana dan prasarana yang dibutuhkan Puskesmas untuk mendukung program P2DBD?
2. Bagaimana menurut ibu ketersediaan sarana dan prasarana sudah memenuhi untuk mendukung program P2DBD?
(Probing:jika belum, apa yg ibu lakukan?)

A04. Variabel Input (Kebijakan)

1. Kira-kira, kebijakan apa saja yang perlu diambil untuk mengatasi DBD?
2. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang kebijakan P2DBD yang sudah dikeluarkan? Apakah sudah memenuhi kebutuhan?
3. Siapa saja yang terlibat dalam proses pengambilan kebijakan? (Kepada siapa biasanya Ka Puskesmas meminta masukan?)
4. Menurut Bpk/ibu, adakah kendala yang berarti yang dirasakan dalam memutuskan suatu kebijakan?
5. Pengembangan apa saja yang Anda buat untuk mencapai tujuan P2DBD di luar kebijakan yang telah digariskan Dinkes?

A05. Variabel Input (latar belakang masyarakat)

1. Menurut Bpk/Ibu, bagaimana (bisa diceritakan) bentuk dukungan masyarakat dalam program penanggulangan DBD? Jelaskan contohnya.

B01. Variabel Proses (Perencanaan)

1. Menurut Bapak/Ibu, apa penyebab utama masalah berulangnya kejadian DBD?
2. Melihat kenyataan kasus DBD di wilayah Bapa/Ibu, capaian apa yang Bapak/Ibu canangkan untuk bisa mengatasi masalah tersebut?
3. Siapa saja yang terlibat dalam perencanaan program di wilayah bapak / ibu?
4. Apa yang Bapak/Ibu rencanakan untuk mencapai tujuan terebut (rencana aksi)?
5. Hal apa saja yang akan dilakukan untuk memonitoring program? (misalnya laporan tertulis atau tidak tertulis?)
6. Bagaimana cara Bapak / Ibu untuk memastikan kebenaran laporan yang diberikan oleh petugas lapangan terkait pelaksanaan program tersebut? Cross check apa yang dilakukan?
7. Bagaimana pendapat bapak tentang evaluasi program? Langkah apa saja yang akan diambil untuk mengevaluasi program?

B02. Variabel proses (Pelaksanaan)

1. Bagaimana pelaksanaan pelibatan stakeholder sesuai dengan tingkat kepentingannya di dalam program dilaksanakan?
2. Bagaimana pelaksanaan langkah-langkah yang direncanakan untuk mencapai tujuan program?
3. Bagaimana kontrol yang Bapak/ Ibu lakukan terhadap kegiatan lapangan yang dilaksanakan agar kegiatan berjalan sesuai rencana?

C01. Variabel output (kinerja petugas)

1. Bagaimanakah kinerja para petugas Puskesmas di lapangan? Apakah sudah sesuai yang diharapkan?.

C02. Variabel Output (kemampuan fasilitasi dan koordinasi petugas kesehatan)

1. Bagaimanakah dan usaha-usaha apa saja yang diambil petugas kesehatan untuk memaksimalkan peran setiap staeholder untuk mencapai tujuan P2DBD? Bisa spesifik per stakeholder?

C03. Variabel Output (gambaran kemitraan antara Puskesmas dengan sektor lainnya)

1. Bagaimana perkembangan kemitraan dengan sektor lain? Kerjasama apa saja yang berhasil dibangun?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
INFORMAN: KADER KESEHATAN

- Salam
- Memperkenalkan diri
- Menjelaskan maksud wawancara dan penelitian
- Meminta kesediaan/izin untuk mencatat dan merekam semua jawaban informan

Nama Informan :

No. ID :

A.01 Variabel Input (sumber daya manusia)

1. Pendidikan terakhir Bapak/Ibu ?
2. Pelatihan apa saja yang telah Bapak/Ibu ikuti terkait Program DBD?
3. Apa saja tugas Ibu/Bapak disini?
4. Apa yang memotivasi bapak/Ibu untuk mengelola program P2DBD?

A02. Variabel Input dengan kekhususan item Pendanaan

1. Bagaimana pendanaan untuk program P2DBD yang ibu ketahui?
2. Pos-pos mana saja yang memerlukan pendanaan dalam program P2DBD?
3. Bagaimana menurut ibu mengenai kecukupan dana tsb untuk menjalankan program P2DBD di Puskesmas?
4. Jika dana yang tersedia tidak mencukupi, apakah ada strategi lain untuk menghadapi hambatan untuk pengelolaan P2DBD?

A03. Variabel Input dengan kekhususan item Sarana dan Prasarana

1. Apa saja sarana dan prasarana P2DBD yang dibutuhkan di lapangan?
2. Apa saja sarana dan prasarana P2DBD yang telah tersedia?

A04. Variabel Input dengan kekhususan item Kebijakan

1. Kira-kira, kebijakan apa saja yang perlu diambil untuk mengatasi DBD?
2. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang kebijakan P2DBD yang sudah dikeluarkan? Apakah sudah memenuhi kebutuhan?

A05. Variabel Input (latar belakang masyarakat)

1. Dari mana saja penduduk yang tinggal di daerah ini berasal?
2. Apa saja latar belakang pendidikan penduduk yang tinggal di daerah ini?
3. Apa saja profesi penduduk yang tinggal di daerah ini?
4. Menurut Bpk/Ibu, bagaimana (bisa diceritakan) bentuk dukungan masyarakat dalam program penanggulangan DBD? Jelaskan contohnya.

B01. Variabel Proses (Perencanaan)

1. Menurut Bapak/Ibu, apa penyebab utama masalah berulangnya kejadian DBD?
2. Melihat kenyataan kasus DBD di wilayah Bapa/Ibu, capaian apa yang Bapak/Ibu canangkan untuk bisa mengatasi masalah tersebut?
3. Siapa saja yang terlibat dalam perencanaan program di wilayah bapak / ibu?
4. Hal apa saja yang akan dilakukan untuk memonitoring program? (misalnya laporan tertulis atau tidak tertulis?)

B02. Variabel proses (Pelaksanaan)

1. Sejauh mana ibu dilibatkan dalam perencanaan program?
2. langkah-langkah apa saja yang diambil untuk mencapai tujuan program?

C01. Variabel output dengan kekhususan item kinerja petugas

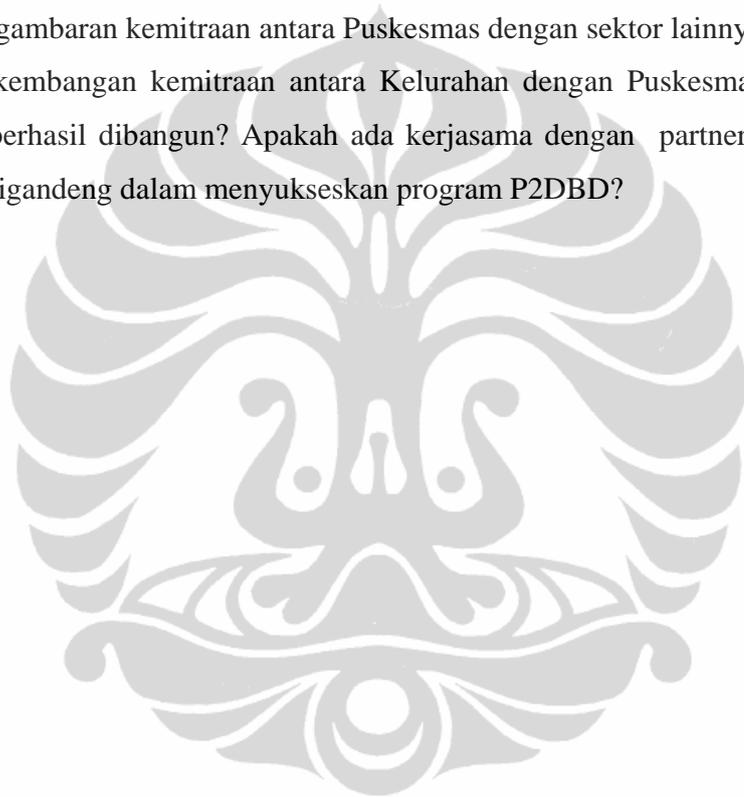
1. bagaimana gambaran kerja sama antara petugas kesehatan dengan kader?
2. Apabila ada masalah dengan kinerja petugas kesehatan, apa yang Anda lakukan?

C02. Variabel Output dengan kekhususan item kemampuan fasilitasi dan koordinasi petugas kesehatan tidak ditanyakan

1. Usaha apa saja yang dilakukan petugas kesehatan untuk menjalin komunikasi dengan Anda selaku kader?
2. Bagaimana pengaruh jalinan komunikasi yang telah dijalani selama ini terhadap pelaksanaan program?

C03. Variabel Output (gambaran kemitraan antara Puskesmas dengan sektor lainnya)

1. Bagaimana perkembangan kemitraan antara Kelurahan dengan Puskesmas? Kerjasama apa saja yang berhasil dibangun? Apakah ada kerjasama dengan partner lainnya yang mungkin ikut digandeng dalam menyukseskan program P2DBD?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
INFORMAN: LURAH

- Salam
- Memperkenalkan diri
- Menjelaskan maksud wawancara dan penelitian
- Meminta kesediaan/izin untuk mencatat dan merekam semua jawaban informan

Nama Informan :
No. ID :
Jabatan :
Lama Jabatan :
Pendidikan :

A.01 Variabel Input (sumber daya manusia)

1. Terkait dengan Program P2DBD, apa saja tugas dan wewenang Bapak/Ibu?

A02. Variabel Input dengan kekhususan item Pendanaan

1. Dari mana saja sumber pendanaan yang digunakan untuk program P2DBD?
2. Di pos-pos mana saja dibutuhkan anggaran untuk menyelesaikan program P2DBD?
3. Jika dana yang tersedia tidak mencukupi, apakah ada strategi lain untuk menghadapi hambatan untuk pengelolaan P2DBD?

A03. Variabel Input dengan kekhususan item Sarana dan Prasarana

1. Apa saja sarana dan prasarana yang dibutuhkan Puskesmas untuk mendukung program P2DBD?
2. Bagaimana menurut ibu ketersediaan sarana dan prasarana sudah memenuhi untuk mendukung program P2DBD?

A04. Variabel Input (Kebijakan)

1. Kira-kira, kebijakan apa saja yang perlu diambil untuk mengatasi DBD?
2. Kebijakan apa saja yang sudah Bapak keluarkan untuk mendukung program P2DBD?

A05. Variabel Input (latar belakang masyarakat)

1. Dari mana saja penduduk yang tinggal di daerah ini berasal?
2. Apa saja latar belakang pendidikan penduduk yang tinggal di daerah ini?
3. Apa saja profesi penduduk yang tinggal di daerah ini?
4. Menurut Bpk/Ibu, bagaimana (bisa diceritakan) bentuk dukungan masyarakat dalam program penanggulangan DBD? Jelaskan contohnya.

B01. Variabel Proses (Perencanaan)

1. Menurut Bapak/Ibu, apa penyebab utama masalah berulangnya kejadian DBD?
2. Siapa saja yang terlibat dalam perencanaan program P2DBD di wilayah bapak / ibu?
3. Hal apa saja yang akan dilakukan untuk memonitoring program? (misalnya laporan tertulis atau tidak tertulis?)

B02. Variabel proses (Pelaksanaan) tidak ditanyakan

C01. Variabel (kinerja petugas)

1. Bagaimanakah kinerja para petugas Puskesmas di lapangan? Apakah sudahsesuai yang diharapkan?.

C02. Variabel Output dengan kekhususan item kemampuan fasilitasi dan koordinasi petugas kesehatan tidak ditanyakan

1. Bagaimanakah dan usaha-usaha apa saja yang Anda lihat diambil petugas kesehatan untuk memaksimalkan peran setiap staeholder untuk mencapai tujuan P2DBD? Bisa spesifik per stakeholder?

C03. Variabel Output (gambaran kemitraan antara Puskesmas dengan sektor lainnya)

1. Bagaimana perkembangan kemitraan antara Kelurahan dengan Puskesmas? Kerjasama apa saja yang berhasil dibangun? Apakah ada kerjasama dengan partner lainnya yang mungkin ikut digandeng dalam menyukseskan program P2DBD?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
INFORMAN KUNCI: PETUGAS KESEHATAN PELAKSANA LAPANGAN

- Salam
- Memperkenalkan diri
- Menjelaskan maksud wawancara dan penelitian
- Meminta kesediaan/izin untuk mencatat dan merekam semua jawaban informan

Nama Informan :
No. ID :
Jabatan :
Institusi :
Masa kerja : tahun
Status :

A.01 Variabel Input (kapasitas sumber daya manusia)

1. Pelatihan apa saja yang telah Bapak/Ibu ikuti terkait program P2DBD?
2. Terkait dengan Program P2DBD, apa saja tugas Bapak/Ibu?
3. Hal apa saja yang harus dilakukan terkait dengan penunaian tugas dan wewenang tersebut?
4. Apa saja tantangan yang Bapak/Ibu hadapi dalam mengelola program P2DBD di wilayah ini
5. Tugas dan wewenang apa saja yang bapak/Ibu miliki di luar Program P2DBD?
6. Bagaimana bapak/ibu mengelola tantangan (*double job* dan tantangan pelaksanaan DBD di lapangan) tersebut?
7. Apa yang memotivasi bapak/Ibu untuk mengelola program P2DBD?

A02. Variabel Input dengan kekhususan item Pendanaan

1. Dana yang tersedia selama ini digunakan untuk kegiatan apa saja?
2. Berapa anggaran yang disediakan puskesmas untuk pelayanan program P2DBD? Darimana saja sumbernya ?

A03. Variabel Input dengan kekhususan item Sarana dan Prasarana

1. Apa saja sarana dan prasarana P2DBD yang dibutuhkan di Puskesmas?
2. Apa saja sarana dan prasarana P2DBD yang telah tersedia di Puskesmas?

A04. Variabel Input dengan kekhususan item Kebijakan tidak ditanyakan

A05. Variabel Input dengan kekhususan item latar belakang masyarakat

1. Menurut Bpk/Ibu, bagaimana (bisa diceritakan) bentuk dukungan masyarakat dalam program penanggulangan DBD? Jelaskan contohnya.

B01. Variabel Proses dengan kekhususan item Perencanaan

1. Menurut Bapak/Ibu, apa penyebab utama masalah berulangnya kejadian DBD?
2. Siapa saja yang terlibat dalam perencanaan program di wilayah bapak / ibu?
3. Hal apa saja yang akan dilakukan untuk memonitoring program? (misalnya laporan tertulis atau tidak tertulis?)

B02. Variabel proses (Pelaksanaan)

1. Bagaimana pelaksanaan pelibatan stakeholder dalam program dilaksanakan?

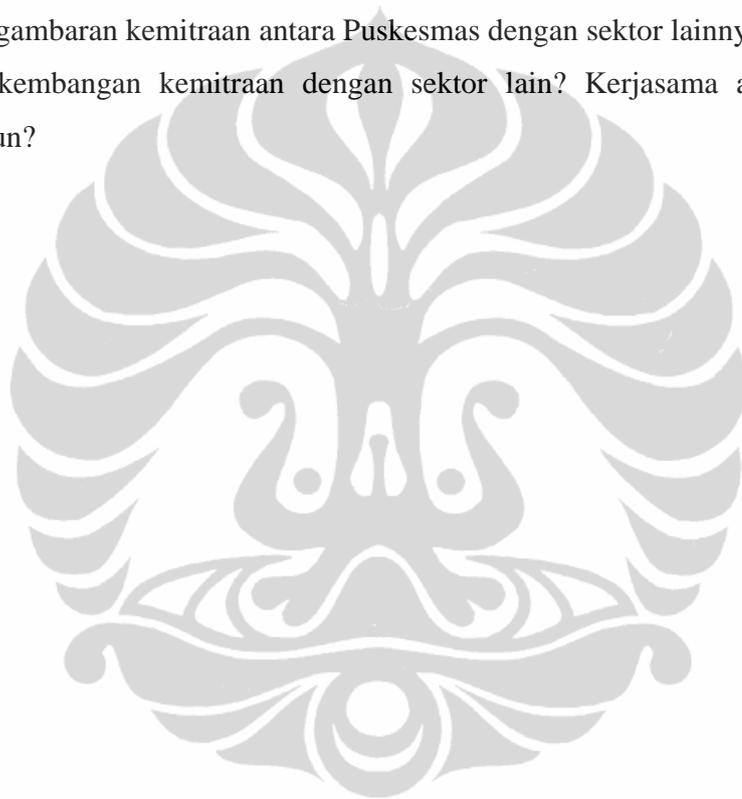
C01. Variabel output dengan kekhususan item kinerja petugas tidak ditanyakan

C02. Variabel Output dengan kekhususan item kemampuan fasilitasi dan koordinasi petugas kesehatan

1. Bagaimanakah dan usaha-usaha apa saja yang diambil petugas kesehatan untuk memaksimalkan peran setiap stakeholder untuk mencapai tujuan P2DBD? Bisa spesifik per stakeholder?
2. Bagaimana hasil dari proses koordinasi tersebut?

C03. Variabel Output (gambaran kemitraan antara Puskesmas dengan sektor lainnya)

1. Bagaimana perkembangan kemitraan dengan sektor lain? Kerjasama apa saja yang berhasil dibangun?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
INFORMAN KUNCI: PJ P2DBD PUSKESMAS

- Salam
- Memperkenalkan diri
- Menjelaskan maksud wawancara dan penelitian
- Meminta kesediaan/izin untuk mencatat dan merekam semua jawaban informan

Nama Informan :
No. ID :
Jabatan :
Lama Jabatan :
Pendidikan :
Institusi :

A.01 Variabel Input (kapasitas sumber daya manusia)

1. Pelatihan apa saja yang telah Bapak/Ibu ikuti terkait program P2DBD?
2. Terkait dengan Program P2DBD, apa saja tugas Bapak/Ibu?
3. Hal apa saja yang harus dilakukan terkait dengan penunaian tugas dan wewenang tersebut?
4. Apa saja tantangan yang Bapak/Ibu hadapi dalam mengelola program P2DBD di wilayah ini
5. Tugas dan wewenang apa saja yang bapak/Ibu miliki di luar Program P2DBD?
6. Bagaimana bapak/ibu mengelola tantangan (*double job* dan tantangan pelaksanaan DBD di lapangan) tersebut?
7. Apa yang memotivasi bapak/Ibu untuk mengelola program P2DBD?

A02. Variabel Input (Pendanaan)

1. Dana yang tersedia selama ini digunakan untuk kegiatan apa saja?
2. Berapa anggaran yang disediakan puskesmas untuk pelayanan program P2DBD?
Darimana saja sumbernya ?

A03. Variabel Input (Sarana dan Prasarana)

1. Apa saja sarana dan prasarana P2DBD yang dibutuhkan di Puskesmas?
2. Apa saja sarana dan prasarana P2DBD yang telah tersedia di Puskesmas?

A04. Variabel Input dengan kekhususan item Kebijakan

1. Kira-kira, kebijakan apa saja yang perlu diambil untuk mengatasi DBD?
2. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang kebijakan P2DBD yang sudah dikeluarkan?

B01. Variabel Proses (Perencanaan)

1. Apa tujuan yang ingin dicapai dalam pelaksanaan program P2DBD kali ini?
2. Dalam menjalankan program P2DBD, Siapa saja yang dilibatkan di dalam program?
3. Hal apa saja yang akan dilakukan untuk memonitoring program? (misalnya laporan tertulis atau tidak tertulis?)

B02. Variabel proses (Pelaksanaan)

1. Bagaimana pelaksanaan pelibatan stakeholder dilaksanakan?

C01. Variabel output (kinerja petugas)

1. Bagaimana Bapak/ibu menjalankan tugas selama ini?
2. Adakah bentuk penghargaan yang diberikan puskesmas atau dinkes kepada petugas yang dinilai disiplin dan baik dalam melaksanakan program P2DBD? Jelaskan contohnya.

C02. Variabel Output (kemampuan fasilitasi dan koordinasi petugas kesehatan)

1. Bagaimanakah dan usaha-usaha apa saja yang diambil petugas kesehatan untuk memaksimalkan peran setiap stakeholder untuk mencapai tujuan P2DBD? Bisa spesifik per stakeholder?
2. Bagaimana hasil dari proses koordinasi tersebut?

C03. Variabel Output (gambaran kemitraan antara Puskesmas dengan sektor lainnya)

1. Bagaimana perkembangan kemitraan dengan sektor lain? Kerjasama apa saja yang berhasil dibangun?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
INFORMAN: TOKOH MASYARAKAT

- Salam
- Memperkenalkan diri
- Menjelaskan maksud wawancara dan penelitian
- Meminta kesediaan/izin untuk mencatat dan merekam semua jawaban informan

Nama Informan :
No. ID :
Jabatan :
Institusi :

A.01 Variabel Input (sumber daya manusia)

1. Pendidikan terakhir Bapak/Ibu ?
2. Pelatihan apa saja yang telah Bapak/Ibu ikuti terkait Program DBD?
3. Apa saja tugas Ibu/Bapak disini?
4. Apa yang memotivasi bapak/Ibu untuk mengelola program P2DBD?

A.02. Variabel Input dengan kekhususan item Pendanaan tidak ditanyakan

A.03. Variabel Input dengan kekhususan item Sarana dan Prasarana

1. Apa saja sarana dan prasarana P2DBD yang dibutuhkan di lapangan?
2. Apa saja sarana dan prasarana P2DBD yang telah tersedia?

A.04. Variabel Input dengan kekhususan item Kebijakan

1. Apa yang bapak/ibu ketahui terkait kebijakan yang ada terkait pemberantasan penyakit DBD? (siapa yang mengeluarkan, berupa apa, membahas tentang apa)

A05. Variabel Input (latar belakang masyarakat)

1. Menurut Bpk/Ibu, bagaimana (bisa diceritakan) bentuk dukungan masyarakat dalam program penanggulangan DBD? Jelaskan contohnya.

B01. Variabel Proses (Perencanaan)

1. Menurut Bapak/Ibu, apa penyebab utama masalah berulangnya kejadian DBD?
2. Siapa saja yang terlibat dalam perencanaan program P2DBD di wilayah bapak / ibu?
3. Hal apa saja yang akan dilakukan untuk memonitoring program? (misalnya laporan tertulis atau tidak tertulis?)

B02. Variabel proses (Pelaksanaan)

1. Bagaimana pelaksanaan pelibatan stakeholder sesuai dengan tingkat kepentingannya di dalam program dilaksanakan?
2. Bagaimana pelaksanaan langkah-langkah yang direncanakan untuk mencapai tujuan program?

C01. Variabel (kinerja petugas)

1. Bagaimanakah kinerja para petugas Puskesmas di lapangan? Apakah sudah sesuai yang diharapkan?.

C02. Variabel Output dengan kekhususan item kemampuan fasilitasi dan koordinasi petugas kesehatan tidak ditanyakan

1. Bagaimanakah dan usaha-usaha apa saja yang Anda lihat diambil petugas kesehatan untuk memaksimalkan peran setiap stakeholder untuk mencapai tujuan P2DBD? Bisa spesifik per stakeholder?

C03. Variabel Output (gambaran kemitraan antara Puskesmas dengan sektor lainnya)

1. Bagaimana perkembangan kemitraan antara Kelurahan dengan Puskesmas? Kerjasama apa saja yang berhasil dibangun? Apakah ada kerjasama dengan partner lainnya yang mungkin ikut digandeng dalam menyukseskan program P2DBD?