



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI KAPASITAS MANAJEMEN PROGRAM PENCEGAHAN
DAN PEMBERANTASAN DEMAM BERDARAH DENGUE DI
PUSKESMAS KECAMATAN PASAR MINGGU
TAHUN 2009**

TESIS

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

FATHONAH

NPM: 0706188864

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
JAKARTA
2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI KAPASITAS MANAJEMEN PROGRAM
PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN DEMAM
BERDARAH DENGUE DI PUSKESMAS KECAMATAN
PASAR MINGGU
TAHUN 2009**

TESIS

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

FATHONAH

NPM: 0706188864

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
JAKARTA
2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk**

telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Fathonah

NPM : 0706188864

Tanda Tangan :

Tanggal : 3 Juli 2009

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Fathonah
NPM : 0706188864
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Study Kapasitas Manajemen Program Pencegahan
dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di
Puskesmas Kecamatan Jakarta Selatan

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 : (.....tanda tangan.....)

Pembimbing : (.....tanda tangan)

Penguji :(.....tanda tangan)

Penguji : (.....tanda tangan)

Ditetapkan di :

Tanggal :

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Alloh SWT atas segala nikmat dan hidayahNya, karena hanya atas semangat beribadah kepadaNya, kami bisa terus memelihara semangat, sehingga 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 Manajemen Pelayanan Kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penelitian kami dilakukan di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan mengenai kapasitas manajemen program pencegahan dan pemberantasan penyakit Demam Berdarah Dengue.

Kami ingin menyampaikan ucapan terima kasih 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. Bapak Ede Surya Darmawan, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini.
2. Bapak Dr. Sandi Iljanto, MPH, Ibu Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS, dan Ibu Marlina Widyadewi, MKes selaku penguji yang banyak memberi masukan untuk perbaikan tesis ini
3. Bapak DR. Dr Adang Bachtiar, MPH, DSC
4. Drg Toni, Mkes, Kepala Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu yang rtelah mengizinkan kami untuk melakukan penelitian ini pada institusinya.
5. Ibu Zaterti, Bapak Sudewo, dari Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan
6. Kecamatan Pasar Minggu
7. Departemen Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi Jakarta Selatan dan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan.

8. Dr. Isnin Mkes, Kepala Puskesmas Kelurahan Pasar Minggu Jakarta Selatan.
9. Suamiku Ir. Rochmat Benny Susanto, orang tuaku H. Suhari Nurhasan dan Hj. Mursyidah serta keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral.
10. Sahabat-sahabatku, Fitrini, Widya, Asturi, Maryati, Yeyen, Dini dan semua yang memberiku semangat untuk meyelesaikan skripsi ini.

Kami berharap Allah Subhanahu Wata'ala berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Dalam penulisan tesis ini masih terdapat kekurangan dari berbagai sisi, kami mengharapkan kritikan dan saran untuk perbaikannya. Penulisan tesis ini memberikan saya banyak pembelajaran. Semoga tesis ini dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu kesehatan masyarakat

Depok, 26 Juni 2009

Fathonah

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

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

Nama : Fathonah
NPM : 0706188864
Program Studi : Magister
Departemen : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas : 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 :

“ Studi Kapasitas Manajemen Program Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir 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 26 Juni 2009
Yang menyatakan

Fathonah

ABSTRACT

Name : Fathonah
Study Program : Public Health Science Dual Strata
Special in Health Service Management
Title : Study on Program Management Capacity of Dengue Hemorrhagic Fever prevention and elimination in Public Health Center at Pasar Minggu District, South Jakarta 2009

This thesis discuss about the Public Health Center management capacity to prevent and eliminate the Dengue Hemorrhagic Fever in Pasar minggu District of South Jakarta on 2009. This management capacity research is using job appraisal methods for Public Health Center (Ministry Of Health Republic Of Indonesia, 2006). The research concerning is activities that on stage of DHF's preventing and eliminating program management on Public Health Center. The research method is the qualitative research with analytic descriptive design.

The research purpose is in order to the significant institution will have attention about preventing and eliminating program management capacity of Dengue Haemorrhagic fever. The research result is the program management capacity is not effective yet. The research result suggests that Ministry of Health on Republic of Indonesia needs to develop a guideline on Program Management to prevent and eliminate the Dengue Haemorrhagic Fever to Public Health Center, Province Health Office needs to increase the guideline socialization of and Program Management Training. The Public Health Center needs to improve the preventing and eliminating program management capacity by repairing of the activities on the stage of program management and increasing the coordination and facilitation to every stakeholders on District level.

Key Words : Management Capacity, Dengue Hemoraghic Fever (DHF), Public Health Center

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk**

telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Fathonah

NPM : 0706188864

Tanda Tangan :

Tanggal : 3 Juli 2009

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama :

NPM :

Program Studi :

Judul Skripsi :

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana

..... pada Program Studi,

Fakultas....., Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : (.....tanda tangan.....)

Pembimbing : (..... tanda tangan)

Penguji : (..... tanda tangan)

Penguji : (..... tanda tangan)

Ditetapkan di :

Tanggal :

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	iv
ABSTRAK.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Pertanyaan Penelitian.....	7
1.3 Tujuan penelitian.....	7
1.4 Manfaat penelitian.....	8
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	9
II TINJAUAN KEPUSTAKAAN.....	10
2.1 Demam Berdarah Dengue.....	10
2.2 Program Pencegahan dan Pemberantasan DBD.....	13
2.3 Teori Analisa Stake Holder.....	18
2.4 Teori Partisipasi.....	24
2.5 Teori Perilaku.....	27
2.6 Teori Kepemimpinan.....	32
2.7 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).....	34
2.8 Manajemen.....	37
2.9 Manajemen Puskesmas.....	37
2.10 Kapasitas Manajemen.....	37
2.11 Teori Model Sistem.....	37
III PROFIL PUSKESMAS KECAMATAN PASAR MINGGU	
3.1 Geografi.....	38
3.2 Gambaran Umum Puskesmas Pasar Minggu.....	38
3.3 Data Program P2DBD tahun 2007.....	43
IV KERANGKA FIKIR DAN DEFINISI ISTILAH	
4.1 Kerangka Fikir.....	44
4.2 Definisi Istilah.....	45

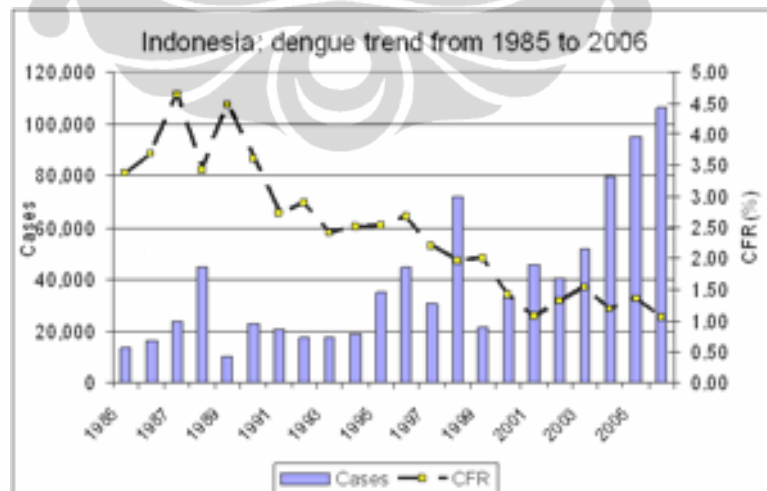
V	METODOLOGI PENELITIAN	50
5.1	Rancangan Penelitian.....	50
5.2	Waktu Penelitian.....	50
5.3	Sasaran Penelitian.....	50
5.4	Pengumpulan data.....	51
5.5	Pengolahan data.....	52
5.6	Validasi data.....	53
5.7	Penyajian dan analisa.....	53
VI	HASIL PENELITIAN	55
6.1	Pelaksanaan Penelitian.....	55
6.2	Narasumber.....	56
6.3	Komponen Input.....	57
6.4	Komponen Proses.....	60
6.5	Komponen Output.....	64
6.6	Komponen Outcome.....	84
VII	PEMBAHASAN	85
7.1	Keterbatasan Penelitian.....	85
7.2	Komponen Input.....	91
7.3	Komponen Proses.....	92
7.4	Komponen Output.....	101
7.5	Komponen Outcome.....	103
7.6	Permasalahan yang ditemukan.....	105
7.7	Analisa masalah.....	109
VIII	KESIMPULAN DAN SARAN	110
8.1	Kesimpulan.....	110
8.2	Saran.....	112
	Daftar Pustaka.....	xix
	Lampiran	

BAB I

PENDAHULUAN

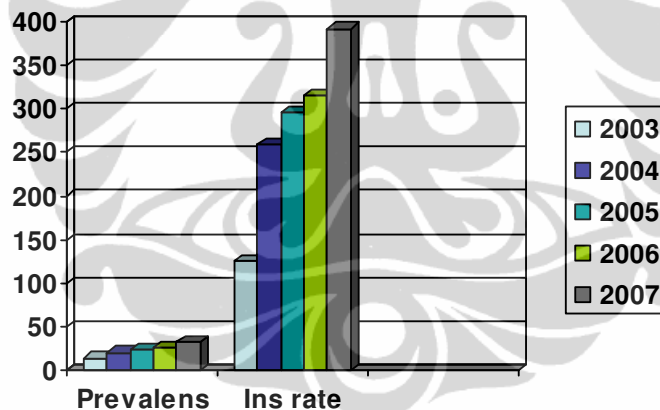
1.1 Latar Belakang

Salah satu penyakit menular yang masih menjadi permasalahan adalah Penyakit Demam Berdarah Dengue atau Dengue Haemorrhagic Fever (DHF), yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan lewat gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*. Penyakit ini dilaporkan pertama kali di Kairo pada tahun 1779. pada tahun yang sama dilaporkan juga di Batavia, yang sekarang adalah Jakarta dan pada tahun 1780 di Philadelphia USA (David Blyon dalam Thongcharoen & Jatanasen 1993, dikutip dari Nelson 1995, Sweety Bhandare 2006, Norman & Bruce, 1998). Penyakit menular ini mendesak untuk diberantas, karena telah menjadi wabah tahunan yang memakan korban jiwa ratusan orang setiap tahunnya di Indonesia (Bappenas 2005, Ditjen PPM&PL 2004, WHO 2004). Akibat dari penyakit DBD juga bisa lebih dahsyat dari kasus AIDS karena dapat langsung menghilangkan nyawa manusia, juga karena gejala dan tandanya tidak selalu tampil nyata sehingga sulit dikenali sehingga seringkali terlambat diobati dan akibatnya fatal (Strickland & Hunter's 1991).



Sumber : SEARO 2007 dalam kebijakan DBD, Depkes RI

Daerah terpaan DBD terbesar yaitu DKI Jakarta (14.200 kasus). Data itu menunjukkan peningkatan hampir dua kali lipat dari Mei hingga awal Oktober (Depkes RI, Profil Kesehatan Indonesia 2005). Di DKI Jakarta, sampai bulai Mei 2008, Puskesmas yang memiliki data terbanyak munculnya kasus DBD adalah : Puskesmas Kemayoran (Jakarta Pusat), Tanjung Priok (Jakarta Utara), Kebon Jeruk (Jakarta Barat) dan Pasar Minggu (Jakarta Selatan). Sedangkan yang memiliki data yang paling sedikit adalah Puskesmas Tanah Abang (Jakarta Pusat), Pademangan (Jakarta Utara), Kali Deres (Jakarta Barat) dan Pasar rebo (Jakarta Timur), (Dinas Kesehatan Provinsi DKI, 2008). Target pencapaian program dalam upaya penanggulangan KLB DBD kali ini, yaitu penurunan insidens kasus DBD sebesar 90 persen dari waktu Kejadian Luar Biasa DBD dan *Case Fatality Rate* < 1 persen (Departemen Kesehatan RI, 2004).

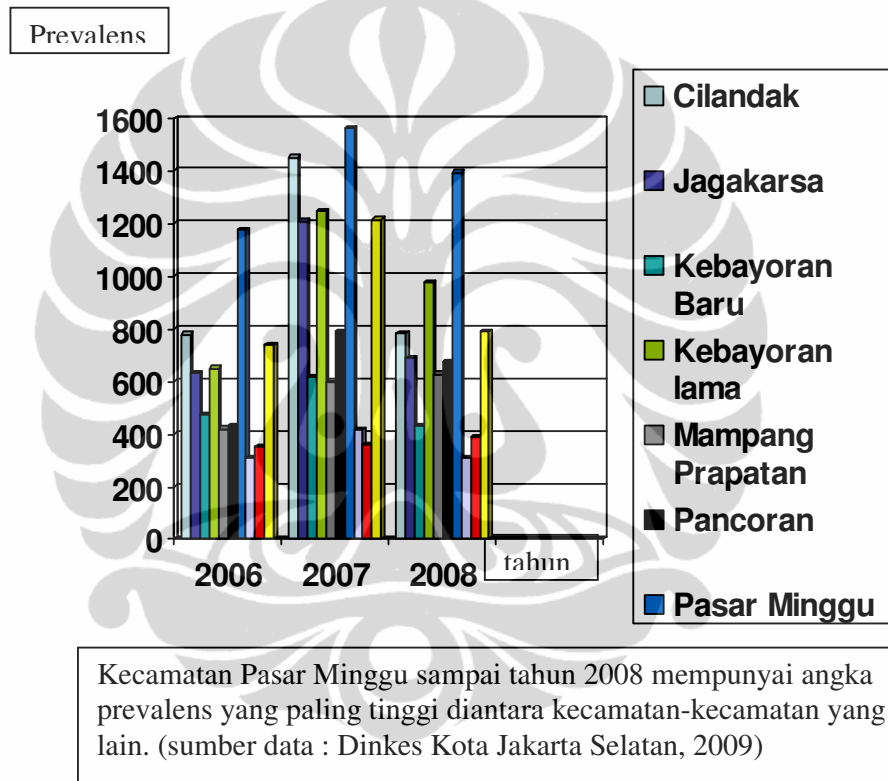


Data DHF (prevelens dan Insidens Rate) di DKI

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2007 (Depkes RI 2007)

Kecamatan Pasar Minggu sejak tahun 2004 dinyatakan sebagai daerah yang pernah mengalami kejadian luar biasa (KLB) . Data menyebutkan sejak tahun 2006 sampai tahun 2008, wilayah ini memiliki data DBD tertinggi di antara kecamatan yang lain di Jakarta Selatan dan kedua terbesar di DKI Jakarta. Berkaitan hal itu diperlukan peningkatan kapasitas Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang merupakan Institusi

Pelayanan Kesehatan Dasar yang bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (termasuk penyakit DBD) merupakan salah satu upaya kesehatan wajib yang dilakukan oleh Puskesmas (Kepmenkes No. 128/Menkes/SK/II/2004, Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat). Puskesmas sebagai institusi terdepan yang melaksanakan pelayanan kesehatan dengan melakukan upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.



Penyebaran penyakit DBD semakin meningkat, disebabkan oleh beberapa faktor di antaranya yaitu meningkatnya mobilitas penduduk yang memudahkan migrasi vektor, rendahnya kebersihan lingkungan, kurangnya pengetahuan penduduk terhadap penyakit ini dan kebiasaan penduduk menampung air karena kurangnya suplai air bersih terutama pada kawasan padat (Depkes RI). Hal ini memerlukan perhatian dan upaya yang integratif dari Puskesmas sebagai suatu institusi pelayanan kesehatan yang mempunyai kewajiban untuk melakukan upaya pelayanan kesehatan masyarakat (UKM).

Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan disuatu wilayah kerja. Tiga fungsi Puskesmas yaitu : Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan, Pusat Pemberdayaan Masyarakat dan Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama. Puskesmas juga melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta program kesehatan masyarakat lainnya.

Untuk itu diperlukan peningkatan kapasitas manajemen Puskesmas agar dapat melaksanakan program pencegahan dan pemberantasan DBD di wilayahnya. Terkait dengan hal tersebut di atas, Monica Prado dan Jorge Arias (2004) menyatakan bahwa penanganan masalah kesehatan memerlukan perubahan jangka panjang pada manajemen kesehatan, dengan mengadopsi aksi yang kuat dan integratif untuk mengendalikan virus Dengue dan pencegahan pada berbagai tingkatan. (*Communicable Disease Program, Division of Disease Prevention and Control, Pan American Health Organization 2004*). Menurut WHO (2007), kepemimpinan dan manajemen yang baik adalah bagaimana memberikan petunjuk, mendapatkan komitmen, menjalin kerjasama dan mengatur pegawai/staf, memfasilitasi perubahan dan mencapai pelayanan kesehatan yang lebih baik sehingga efisien, efektif, dan peningkatan tanggungjawab dari masyarakat dan sumber daya yang lain. Ilmu manajemen yang berbasis pada teori model sistem (yang biasanya dipakai pada teknologi komputer) dapat dipakai sebagai ide untuk meningkatkan kapasitas manajemen. Model sistem dibangun dari 4 komponen yaitu (1) input, (2) Proses, (3) Output dan (4) feedback (Ludwig Von Bertalanffy dalam Juan Gratto Liebler et al, 1984), . Elemen-elemen Input yang penting untuk peningkatan kapasitas manajemen program P2DBD Puskesmas adalah sumber

daya manusia (Man), Dana (Money), sarana dan prasarana (material) serta pedoman atau petunjuk pelaksanaan program P2DBD di Puskesmas.

Kegiatan pokok Program Pencegahan dan pemberantasan DBD di Puskesmas adalah sebagai berikut (Depkes RI, buku program pencegahan dan pemberantasan DBD, 2005) :

1. Mengobati/merawat/merujuk tersangka /penderita DBD ke rumah sakit.
2. Melaksanakan kegiatan penyelidikan epidemiologis.
3. Penanggulangan Fokus (PSN, larvasidasi, penyuluhan, fogging bila memenuhi kriteria, bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).
4. Pemeriksaan jentik berkala setiap 3 bulan
5. Menyelenggarakan pelatihan petugas penyemprot di desa/kelurahan
6. Menyelenggarakan pertemuan/pelatihan/pembinaan kader dan juru pemantau jentik.
7. Memfasilitasi pertemuan lintas program dan lintas sektor (pertemuan pokja/pokjandal desa/kelurahan/kecamatan) secara berkala.
8. Surveilans epidemiologis
9. Melaksanakan penyuluhan intensif melalui berbagai metode dan media
10. melaksanakan Sistem Kewaspadaan Dini dan penanggulangan KLB
11. Laporan.

Untuk dapat melakukan semua kegiatan dengan baik Puskesmas memerlukan peningkatan kapasitas manajemen. Menurut WHO (2006), peningkatan kapasitas manajemen memerlukan keseimbangan pada 4 bidang yaitu :

1. Memastikan jumlah dan kualitas yang cukup/adekuat pada setiap tingkat sistem kesehatan.
2. Memastikan manajer atau pimpinan mempunyai kompetensi untuk itu.
3. Menciptakan sistem yang mendukung manajemen
4. Menciptakan keadaan dan lingkungan yang mendukung pelaksanaan.

Tapi semua kegiatan ini akan sukar dilaksanakan tanpa dukungan dan kerjasama dari stakeholder terkait. Untuk dapat meningkatkan kapasitas manajemen diperlukan suatu assesmen untuk menilai kapasitas pelaksana program P2DBD termasuk stakeholder yang terkait. Analisis stakeholder

adalah langkah pertama dalam melakukan assesmen kapasitas (Peter Morgan, Suzanne Taschereau, dalam Kerangka kerja, metode dan Analisa Assesmen Kapasitas Institusi, 1996). Sedangkan menurut Kammi Schemer (1999), analisa stakeholder yaitu proses pengumpulan dan analisa informasi kualitatif untuk menetapkan pihak-pihak yang menaruh minat atau kepentingan dalam mengembangkan suatu kebijakan atau mengimplementasikan suatu program dalam hal ini adalah pencegahan dan pemberantasan DBD. Untuk melakukan analisa stakeholders diperlukan pemahaman mengenai definisi dari *stakeholders*, yaitu menurut Gill Walt dalam bukunya *Making Health Policy* (1994), *stakeholders* adalah individu atau kelompok dengan kepentingan substantif dalam suatu isu, termasuk dalam pembuatan pilihan atau keputusan (pemangku kepentingan). Sedangkan menurut Kammi Schmer, stakeholder dalam suatu proses adalah aktor-aktor (personal atau organisasi) yang mempunyai kepentingan pribadi yang berkaitan dengan kebijakan atau program yang dipromosikan.

Salah satu rekomendasi yang menandakan pentingnya melakukan analisa stakeholder pada pencegahan dan pengendalian DBD dihasilkan pada pertemuan konsultasi antar negara yang diselenggarakan oleh WHO di New Delhi pada tahun 2002. Rekomendasi tersebut menyatakan bahwa komunikasi dan mobilisasi sosial pencegahan DBD dilakukan melalui peningkatan kerjasama antara stakeholders terkait. Partner atau Stakeholders harus diidentifikasi dan ditetapkan tugas dan tanggungjawabnya dalam pencegahan dan pengendalian DBD(WHO 2002), kerjasama tersebut bersifat saling menguntungkan Stakeholders yang berperan dalam bidang kesehatan diantaranya adalah local goverment, non government organization, professional dan organisasi masyarakat, health provider, universitas dan lembaga penelitian (Fran Baun 2002). Sehingga keberhasilan suatu kebijakan kesehatan atau program kesehatan disebabkan oleh dukungan dan kolaborasi dan partnerships antara stakeholder yang terlibat didalamnya (Alan Denver, 2005).

Program pencegahan dan pemberantasan DBD bukan hanya ditentukan oleh kinerja petugas Puskesmas tapi juga peran serta dan kontribusi lintas sektor terkait. Selama ini sudah dilakukan penelitian dan perbaikan untuk

manajemen program P2DBD Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, namun angka kejadian kasus DBD di daerah selalu tinggi dari tahun ke tahun. Menurut informasi yang didapat dari Departemen Kesehatan RI, belum ada pedoman yang mengatur secara khusus mengenai kapasitas manajemen program P2DBD Puskesmas. Dari laporan tahunan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu belum tertulis keterangan mengenai kapasitas manajemen program P2DBD dan dukungan lintas sektor terkait agar Puskesmas dapat melaksanakan kegiatan program P2DBD, serta belum adanya informasi apakah kegiatan pokok program P2DBD Puskesmas sesuai Pedoman (11 kegiatan) sudah dapat dilaksanakan serta kendala apa saja yang ditemui oleh Puskesmas untuk melaksanakan hal itu. Berdasarkan hal tersebut di atas perlu dilakukan penelitian mengenai kapasitas manajemen program P2DBD Puskesmas dan analisa stakeholder sehingga dapat menjadi masukan untuk pemegang kebijakan agar memperbaiki kebijakan mengenai Puskesmas khususnya program P2DBD di Puskesmas.

1.2 Pertanyaan Penelitian

- 1.2.1. Bagaimana kapasitas manajemen program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu
- 1.2.2. Bagaimana komponen input internal (man, money, material, methods) pada manajemen program P2DBD Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu.
- 1.2.3. Bagaimana komponen proses manajemen P2DBD (perencanaan, pelaksanaan 11 kegiatan pokok program P2DBD di Puskesmas sesuai Pedoman Pencegahan dan pemberantasan DBD, pengawasan dan penilaian) dan permasalahannya.
- 1.2.4. Bagaimana komponen output yang berupa kinerja petugas Puskesmas dan kemampuan manajemen Puskesmas dalam fasilitasi dan koordinasi lintas sektor atau stakeholder
- 1.2.5. Bagaimana komponen outcome yang berupa angka bebas jentik dan angka kejadian kasus di wilayah Kecamatan pasar Minggu

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui kapasitas manajemen program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Mengetahui kapasitas Input manajemen untuk pelaksanaan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu
2. Mengetahui kapasitas Proses manajemen dan permasalahannya
3. Mengetahui komponen output yang berupa kinerja petugas Puskesmas dan kemampuan manajemen Puskesmas dalam fasilitasi dan koordinasi lintas sektor/stakeholder
4. Mengetahui komponen outcome yang terdiri dari ABJ dan angka kejadian kasus di wilayah Kecamatan Pasar Minggu

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat aplikatif dari penelitian ini adalah :

- Adanya masukan untuk perbaikan kapasitas manajemen Puskesmas serta peningkatan kerjasama dengan stakeholder yang terkait agar mendukung program P2DBD di wilayahnya
- Memberikan masukan kepada Departemen Kesehatan RI dan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kota DKI Jakarta untuk melakukan langkah-langkah perbaikan terhadap kebijakan terkait peningkatan kapasitas manajemen program P2DBD Puskesmas
- Memberi masukan untuk kebijakan mengenai kerjasama antara stakeholder terkait pemberantasan DBD di tingkat Kecamatan

Sehingga pelaksanaan program pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD di Puskesmas dapat lebih optimal.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah mencari gambaran kapasitas manajemen program P2DBD Puskesmas dengan melakukan wawancara mendalam untuk memperoleh informasi dari responden yang terdiri dari Kepala Puskesmas, pelaksana program, petugas kesehatan dan stakeholder terkait (Dinas-dinas di tingkat Kecamatan Pasar Minggu) lainnya serta informan kunci yang merupakan perwakilan dari Departemen Kesehatan (Direktorat P2ML), Dinas Kesehatan Provinsi dan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan.



BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 DEMAM BERDARAH DENGUE

Penyakit DBD atau dengue hemorrhagic fever (DHF) ialah penyakit yang disebabkan oleh virus Dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* & *Aedes albopictus*. Kedua jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia. Penyakit DBD sering salah didiagnosis dengan penyakit lain seperti tifoid. Hal ini disebabkan karena infeksi virus Dengue yang menyebabkan DBD bisa bersifat tanpa atau tidak jelas gejalanya. Pasien DBD juga sering menunjukkan gejala batuk, pilek, muntah, mual, maupun diare, mirip dengan gejala penyakit infeksi lain. Demam berdarah dengue (DBD) merupakan suatu demam yang seringkali fatal/berat dan disebabkan oleh virus-virus dengue. Gejala karakteristiknya ditandai oleh permeabilitas kapiler abnormal dan hemostasis. Pada kasus yang berat terjadi syok karena pelepasan protein. Hingga saat ini dianggap mempunyai dasar imunopatologis (Cohen SN 1964, Halstead SB 1980, Nelson 2005).

Kasus penyakit ini pertama kali ditemukan di Filipina pada tahun 1953. Sedangkan penyakit DBD pertama kali di Indonesia ditemukan di Surabaya pada tahun 1968, akan tetapi konfirmasi virologis baru didapat pada tahun 1972. Sejak itu penyakit tersebut menyebar ke berbagai daerah, sehingga sampai tahun 1980 seluruh propinsi di Indonesia (kecuali Timor-Timur) telah terjangkit penyakit. Sejak pertama kali ditemukan, jumlah kasus menunjukkan kecenderungan meningkat baik dalam jumlah maupun luas wilayah yang terjangkit & secara sporadis selalu terjadi KLB setiap tahun.

Etiologi penyakit DBD dibuktikan dengan ditemukannya paling tidak 4 tipe tertentu dari virus-virus dengue (den 1 sampai den 4). Virus tersebut termasuk dalam grup B Arthropod borne viruses (arboviruses). Keempat tipe virus tersebut telah ditemukan di berbagai daerah di Indonesia. Virus yang banyak berkembang di masyarakat adalah virus dengue dengan tipe DEN 1 & 3.

Gejala-gejala DBD sendiri adalah antara lain, Demam tinggi (38-40 C) yang berlangsung 2 sampai 7 hari, sakit kepala, rasa sakit yang sangat pada otot & persendian, bintik-bintik merah pada kulit akibat pecahnya pembuluh darah, pendarahan pada hidung & gusi, mudah timbul memar pada kulit, shock yang ditandai oleh rasa sakit pada perut, mual, muntah, jatuhnya tekanan darah, pucat, rasa dingin. Terkadang disertai pendarahan dalam tubuh. Orang yang berisiko terkena demam berdarah adalah anak-anak yang berusia di bawah 15 tahun dan sebagian besar tinggal di lingkungan lembab, serta daerah kumuh. Penyakit DBD sering terjadi di daerah tropis, & muncul pada musim penghujan.

Dasar diagnosis dengue haemorrhagic fever (WHO 1997), yaitu demam tinggi, mendadak dan terus-menerus selama 2-7 hari, manifestasi perdarahan, termasuk setidaknya uji bendung positif dan bentuk perdarahan lain seperti hematemesis atau melena, serta hepatomegali (pembesaran hati). Syok yang ditandai oleh nadi lemah, cepat disertai tekanan nadi menurun, tekanan darah menurun disertai kulit yang teraba dingin dan lembab terutama pada ujung hidung, jari, dan kaki, pasien menjadi gelisah, timbul sianosis di sekitar mulut. Laboratorium menunjukkan trombositopenia ($<100.000/\mu\text{l}$) dan hemokonsentrasi (nilai hematokrit lebih 20 % dari normal). Dua gejala klinis pertama ditambah satu gejala laboratories cukup untuk menegakkan diagnosis kerja DBD. Indikator fase syok adalah pada hari ke-4-5, suhu turun dan nadi cepat tanpa demam, tekanan nadi turun/hipotensi, leukopenia (trombosit turun kurang dari $5000/\text{mm}^3$), uji bendung positif derajat I disertai perdarahan spontan di kulit atau perdarahan lain, ditemukannya kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun ($< 20 \text{ mmHg}$) atau hipotensi disertai kulit yang dingin, lembab, dan pasien menjadi gelisah. Syok berat ditandai dengan nadi yang tidak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur. Pengobatan pada dasarnya bersifat suportif yaitu mengatasi kehilangan cairan plasma sebagai akibat peningkatan permeabilitas kapiler dan sebagai akibat perdarahan.

Pasien demam berdarah dengue dirawat di ruang perawatan biasa, tetapi pada kasus dengan komplikasi diperlukan perawatan intensif. Fase kritis pada umumnya terjadi pada hari sakit ketiga. Rasa haus dan keadaan dehidrasi dapat timbul akibat demam tinggi, anoreksia, dan muntah. Pasien perlu diberi minum banyak, 50 ml/kgBB dalam 4-6 jam pertama berupa air teh dengan gula, sirup, susu, sari buah, atau oralit. Setelah keadaan dehidrasi dapat diatasi, berikan cairan rumatan 80-100 ml/kgBB dalam 24 jam berikutnya. Hiperpireksi diatasi dengan antipiretik dan bila perlu *surface cooling* dengan kompres es. Parasetamol direkomendasikan untuk mengatasi demam dengan dosis 10-15 mg/kgBB/kali. Pemberian cairan intravena pada pasien DBD tanpa renjatan dilakukan bila pasien terus-menerus muntah sehingga tidak mungkin diberi makanan peroral atau didapatkan nilai hematokrit yang bertendensi terus meningkat (>40%). Jumlah cairan yang diberikan tergantung dari derajat dehidrasi dan kehilangan elektrolit, dianjurkan cairan glukosa 5% dalam 1/3 larutan NaCl 0,9%. Bila terdapat asidosis, 1/4 dari jumlah larutan total dikeluarkan dan diganti dengan larutan yang berisi 0,167 mol/liter natrium bikarbonat (3/4 bagian berisi larutan NaCl 0,9% + glukosa ditambah 1/4 natrium bikarbonat). Apabila terdapat kenaikan hemokonsentrasi 20% atau lebih maka komposisi jenis cairan yang diberikan harus sama dengan plasma. Volume dan komposisi cairan yang diperlukan sesuai seperti cairan untuk dehidrasi pada diare ringan sampai sedang, yaitu cairan rumatan ditambah deficit 6% (5-8%). Pada anak gemuk, kebutuhan cairan disesuaikan dengan berat badan ideal untuk anak yang berumur sama (Nelson, 2005).

Meningkatnya jumlah kasus serta bertambahnya wilayah yang terjangkau, disebabkan karena semakin baiknya sarana transportasi penduduk, adanya pemukiman baru, kurangnya perilaku masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk, terdapatnya vektor nyamuk hampir di seluruh pelosok tanah air serta adanya empat sel tipe virus yang bersirkulasi sepanjang tahun. Keempat tipe virus tersebut telah ditemukan di berbagai daerah di Indonesia. Virus yang banyak berkembang di masyarakat adalah virus dengue dengan tipe DEN 1 & 3.

Virus ini kemungkinan muncul akibat pengaruh musim/alam serta perilaku manusia.

Pemerintah telah melakukan berbagai upaya dalam menanggulangi munculnya kasus-kasus DBD, namun, pemerintah tidak dapat melaksanakan sendiri tanpa peran berbagai pihak untuk melaksanakan tugasnya. Kelambanan penanganan merebaknya penyakit demam berdarah itu tidak lepas dari kendala jarak dalam hubungan struktural antara pemerintah pusat & pemerintah kabupaten/kota sebagai pelaksana program. Akibatnya, sosialisasi mengenai bahaya serangan DBD amat kurang. Itulah sebabnya mengapa penyakit DBD ini terjadi berulang-ulang & cenderung makin besar. Perilaku masyarakat telah menambah suburnya populasi nyamuk *Aedes aegypti* terutama di perkotaan. Kebanyakan kota-kota besar berkembang pesat dengan segala implikasinya, seperti tumbuhnya daerah kumuh karena urbanisasi, terbatasnya pasokan air bersih, manajemen pengelolaan kota yang tidak sempurna, & manajemen lingkungan yang tidak profesional. Semua itu menimbulkan bertambahnya tempat-tempat yang dapat dipakai bersarang & berkembang biaknya nyamuk itu. Pesatnya populasi nyamuk kota besar didukung pula oleh tumbuhnya gedung-gedung bertingkat tinggi & tertutup rapat serta tumbuhnya perumahan dengan pagar yang tinggi. Akibatnya, nyamuk itu semakin berkembang pesat sejalan dengan pertumbuhan manusia di perkotaan yang memiliki banyak permasalahan tersebut.

Kurangnya informasi yang benar tentang pemberantasan penyakit DBD kepada masyarakat & disertai kehidupan sosial masyarakat kota yang semakin individualistis, menyebabkan semakin sulitnya komunitas yang ada untuk dapat saling bekerja sama membasmi nyamuk itu. Begitu terjadi kejadian luar biasa, masyarakat selalu menyalahkan pemerintah. Padahal, masyarakat juga memiliki tanggung jawab, misalnya, terhadap pemeliharaan saluran-saluran air. Tanggung jawab itu berjenjang dari yang kecil, tanggung jawab RT/RW, lalu yang besar seperti tanggung jawab Pemda. Itu semua ada aturannya, tetapi tidak

pernah dilaksanakan. Ini karena mentalitas, baik masyarakat maupun di pemerintah, tidak siap dengan perubahan lingkungan.

Selain itu, kemampuan ekonomi masyarakat pada umumnya rendah sehingga tidak bisa membelanjakan uangnya untuk kepentingan yang sifatnya sekunder. Setelah mendapat rumah untuk berteduh dirasa sudah cukup, tapi tidak pernah memikirkan lingkungan yang juga merupakan kebutuhan hidup mereka. Demikian kekhawatiran masyarakat terhadap ketersediaan air bersih, membuat masyarakat terdorong untuk menampung air di wadah-wadah yang mereka sediakan di rumah, hal ini menambah media perkembangbiakan vektor penyakit DBD.

Nyamuk penular DBD adalah *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*. Namun peranan dari *Aedes Albopictus* kecil, jadi yang akan dibahas adalah *Aedes Aegypti*. Morfologi dari nyamuk ini adalah sebagai berikut :

- a. Nyamuk dewasa.
- b. Kepompong
- c. Jentik (larva)
- d. Telur

2.2 PROGRAM PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN DBD

Pada buku pencegahan dan pemberantasan Demam Berdarah Dengue yang dikeluarkan Departemen Kesehatan RI tahun 2005, disebutkan bahwa pemberantasan nyamuk Demam Berdarah Dengue ditujukan untuk mencegah penularan penyakit dan terjadinya kejadian luar biasa.

Kegiatan pokok pemberantasan penyakit DBD di tiap tingkat administrasi antara lain

- a. Pusat
 1. Membuat standarisasi/menyusun dan mendistribusikan pedoman/juklak/juknis program.
 2. Menyediakan dan mendistribusikan bahan/alat program (bahan/alat laboratorium/diagnostik, cairan infus, mesin fog, mesin ULV,

insektisida, larvasida, PSN Kit, bahan penyuluhan, kendaraan operasional khusus, dan lain-lain).

3. Menyelenggarakan pertemuan/pelatihan TOT (training of trainer) pengelola program propinsi/kabupaten/kota, BTKL dan KKP
4. Menyelenggarakan pertemuan/pelatihan TOT klinisi rumah sakit propinsi/kabupaten/kota.
5. Menyelenggarakan pertemuan/pelatihan TOT petugas laboratorium
6. Melaksanakan penyuluhan melalui media massa
7. Memfasilitasi pertemuan lintas program dan lintas sektor (pertemuan regional Pokjantal secara berkala).
8. Bersama-sama provinsi membantu kabupaten/kota mengembangkan metode pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue (PSN DBD) yang sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah (local area specific) berdasarkan hasil survei/penelitian.
9. Melaksanakan surveilans epidemiologi DBD.
10. Melaksanakan sistim kewaspadaan dini (SKD) dan penanggulangan KLB.
11. Melaksanakan supervisi/pembinaan teknis program
12. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi program.

b. Provinsi

1. Mendistribusikan pedoman/juklak/juknis dan bahan/alat program pengadaan/kiriman pusat ke kabupaten/kota, BTKL dan KKP.
2. Mengusulkan penyediaan (dan mendistribusikan) bahan/alat program P2DBD melalui APBD provinsi atau sumber dana lainnya.
3. Menyelenggarakan pertemuan/pelatihan pengelola program kabupaten/kota
4. Melaksanakan penyuluhan intensif melalui berbagai media.
5. Memfasilitasi pertemuan lintas program dan lintas sektor (pertemuan pokjantal provinsi secara berkala).

6. Mengembangkan dan melaksanakan metode pemberantasan sarang nyamuk Demam Berdarah Dengue sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah.
 7. Bersama-sama dengan pusat membantu kabupaten/kota mengembangkan metode pemberantasan
 8. Melaksanakan surveilans epidemiologi DBD
 9. Melaksanakan sistem kewaspadaan dini (SKD) dan penanggulangan KLB (kejadian luar biasa).
 10. Melaksanakan pembinaan teknis program.
 11. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi program.
 12. Mengirimkan laporan hasil kegiatan program secara rutin ke pusat.
- c. Kabupaten / Kota
1. Mendistribusikan pedoman/juklak/juknis dan bahan/alat program pengadaan/kiriman pusat ke Puskesmas.
 2. Mengusulkan penyediaan dan mendistribusikan bahan/alat program P2DBD melalui APBD kabupaten/kota atau sumber dana lainnya.
 3. Menyelenggarakan pertemuan/pelatihan pengelola program atau dokter Puskesmas.
 4. Memfasilitasi pertemuan lintas program dan lintas sektor (pertemuan pokjanal provinsi secara berkala).
 5. Melaksanakan penyuluhan intensif melalui berbagai metode dan media.
 6. Memfasilitasi pertemuan lintas program dan lintas sektor (pertemuan pokjanal kabupaen/kota secara berkala dan lain-lain).
 7. Melaksanakan kegiatan gerakan 3M sebelum masa penularan.
 8. Mengembangkan dan melaksanakn metode pemberantasan sarang nyamuk DBD yang stesuai dengan situasi dan ondisi masing-masing daerah.
 9. Melaksanakan surveilans epidmiologi.
 10. Melaksanakan sistim kewaspadaan dini (SKD) dan penanggulangan KLB.

11. Melakukan pembinaan teknis program.
12. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi program.
13. Mengirimkan laporan hasil kegiatan program secara rutin ke provinsi.

d. Kecamatan (Puskesmas)

1. Mengobati/merawat/merujuk tersangka penderita DBD ke rumah sakit.
2. Setelah PE, melaksanakan penanggulangan fokus.
3. Melaksanakan pemeriksaan jentik berkala setiap 3 bulan.
4. Menyelenggarakan pelatihan petugas penyemprot di desa/kelurahan.
5. Menyelenggarakan pertemuan/pelatihan/pembinaan kader dan juru pemantau jentik dalam penggerakan PSN DBD
6. Melaksanakan kegiatan 3M sebelum masa penularan.
7. Melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk DBD yang sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah berdasarkan hasil survei atau penelitian.
8. Melaksanakan surveilans epidemiologi DBD.
9. Melaksanakan sistem kewaspadaan dini (SKD) dan penanggulangan KLB.
10. Mengirimkan laporan hasil kegiatan program secara rutin ke kabupaten/kota.

Dari Pedoman Pencegahan dan Pemberantasan DBD yang dikeluarkan oleh Depkes RI (2005), maka dapat diketahui hal-hal yang perlu disediakan (Input) untuk mengerjakan kegiatan pokok program P2DBD di Puskesmas adalah :

1. Mengobati/merawat/merujuk tersangka penderita DBD ke rumah sakit, diperlukan tenaga kesehatan (dokter dan perawat), dana untuk merawat (Puskesmas dengan tempat perawatan) dan untuk transportasi pasien, Sarana dan prasarana diagnosa dini (alat laboratorium) dan pengobatan dasar, alat kesehatan (contoh : alat infus), dan pedoman pengobatan DBD serta alur perawatan dan rujukan pasien.

2. Setelah PE, melaksanakan penanggulangan fokus, yang terdiri dari 1 atau lebih kegiatan sebagai berikut :
 - a. PSN DBD
 - b. Larvasidasi
 - c. Penyuluhan
 - d. Fogging focus

Kegiatan penanggulangan fokus ini memerlukan peran penanggung jawab, pelaksana program, peran serta lintas sektor dan pemerintah daerah. Alat dan bahan yang diperlukan untuk kegiatan ini diantaranya adalah : bahan dan media untuk penyuluhan, alat dan bahan untuk fogging serta dana untuk transport petugas.

3. Melaksanakan pemeriksaan jentik berkala setiap 3 bulan.

Kegiatan ini memerlukan kerjasama dan koordinasi antara petugas pemantau jentik di lapangan, pelaksana program dan penanggungjawab program di Puskesmas.
4. Menyelenggarakan pelatihan petugas penyemprot di desa/kelurahan.

Sumber daya manusia yang diperlukan : pelatih, pelaksana program sebagai panitia, peserta (petugas penyemprot). Alat dan bahan yang diperlukan adalah bahan ajar, alat penyemprot, bahan habis pakai. Dana yang diperlukan adalah honor dan tranport peserta. Dan sarana yang diperlukan adalah ruang pertemuan.
5. Menyelenggarakan pertemuan/pelatihan/pembinaan kader dan juru pemantau jentik dalam penggerakan PSN DBD.

Sumber daya manusia yang diperlukan : pelatih, pelaksana program sebagai panitia, peserta (kader dan jumentik). Alat dan bahan yang diperlukan adalah bahan ajar dan alat tulis. Dan sarana yang diperlukan adalah ruang pertemuan.
6. Melaksanakan kegiatan 3M sebelum masa penularan.

Memerlukan kemampuan Puskesmas dalam melakukan kerja sama dengan lintas sektor dan pemerintah daerah setempat (stakeholder lain) untuk

mengerakkan masyarakat dalam melakukan 3M (menguras menutup dan mengubur).

7. Melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk DBD yang sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah berdasarkan hasil survei atau penelitian.

Kegiatan ini memerlukan kerja sama dengan lintas sektor dan pemerintah daerah setempat (stakeholder lain) untuk mengerakkan masyarakat dalam melakukan PSN.

8. Melaksanakan surveilans epidemiologi DBD.

Kegiatan-kegiatan dalam surveilans epidemiologi di Puskesmas adalah :

- a. Pengumpulan dan pencatatan data
- b. Pengolahan dan penyajian data
- c. Analisa data untuk membuat rencana tindak lanjut

SDM yang diperlukan untuk kegiatan ini adalah penanggungjawab dan pelaksana program DBD di Puskesmas. Data diperoleh dari rumah sakit, dinas kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas pembantu, unit pelayanan kesehatan lain serta dokter praktek swasta. Alat dan bahan yang diperlukan adalah alat tulis dan format pelaporan.

9. Melaksanakan sistim kewaspadaan dini (SKD) dan penanggulangan KLB. Kegiatan ini diperlukan kerjasama dengan stakeholder lain di luar Puskesmas .

10. Mengirimkan laporan hasil kegiatan program secara rutin ke kabupaten/kota.

Untuk menilai kinerja atau kapasitas manajemen program di Puskesmas, Departemen Kesehatan RI pada tahun 2006 sudah menyusun Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas. Manfaat penilaian kinerja Puskesmas bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah mendapatkan gambaran tingkat perkembangan prestasi Puskesmas di wilayah kerjanya, mengetahui masalah dan hambatan dalam penyelenggaraan Puskesmas, mendapatkan gambaran kemampuan manajemen Puskesmas dan dapat dipergunakan oleh Dinas

Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai dasar untuk melakukan pembinaan kepada Puskesmas.

2.3 TEORI ANALISA STAKEHOLDER

Menurut Kammi Schemeer (1991) pada bukunya Stakeholder Analysis Guideliness, analisa stakeholder adalah proses sistematis untuk mengumpulkan dan melakukan analisa informasi kualitatif untuk menetapkan pihak-pihak yang mempunyai kepentingan dan harus diperhitungkan pada saat pengembangan atau penerapan sebuah kebijakan atau program. Definisi dari stakeholder dalam sebuah proses adalah pemeran (perorangan atau organisasi) yang mempunyai kepentingan pribadi yang berkaitan dengan kebijakan atau program yang dipromosikan. Karakteristik stakeholder yang dianalisa adalah pengetahuan, minat atau kepentingan dari kebijakan atau program tersebut.

Analisa ini dapat dipergunakan oleh pemegang kebijakan atau pimpinan untuk mengidentifikasi stakeholder kunci dan untuk menilai pengetahuan, minat atau kepentingan, posisi, jejaring/networking, serta hal-hal penting lain yang terkait kebijakan atau program. Proses ini memungkinkan untuk pemegang kebijakan atau manajer atau diwakilkan kepada tim kerja/tim peneliti untuk berinteraksi lebih efektif dengan stakeholder kunci, dan untuk meningkatkan dukungan kepada kebijakan atau program yang diberikan. Bila analisa ini dilakukan sebelum kebijakan atau program diterapkan, penentu kebijakan atau pimpinan dapat mendeteksi dan mencegah kesalahfahaman yang dapat terjadi akibat penerapan kebijakan atau program. Dan bila analisa stakeholder dilakukan pada saat kebijakan atau program sudah berjalan, maka hal ini dapat dijadikan acuan agar kebijakan atau program dapat berjalan lebih sukses.

Berikut ini adalah alat yang dapat dipergunakan untuk mengumpulkan dan menganalisa informasi ini :

- e. Definisi dari karakteristik stakeholder
- f. Tabel stakeholder

- g. kuesioner dan protokol wawancara
- h. Diagram referensi

Tim kerja harus mereview dan mengadaptasi instrumen untuk menyesuaikan dengan kebijakan yang dianalisa dan kebutuhan informasi pemangku kebijakan.

Pengisian kuesioner wawancara tidak dilakukan oleh stakeholder yang menjadi sasaran wawancara, tapi tim yang melakukan wawancara yang harus mempergunakan kuesioner tersebut sebagai acuan pembicaraan selama wawancara berlangsung. Berikut ini adalah beberapa karakteristik yang dicari dari tiap-tiap stakeholder :

1. Nomor pengenal (I.D Number)
2. Posisi dan Organisasi (Position and Organization)
3. Internal/Eksternal : Stakeholder Internal adalah yang bekerja pada organisasi yang mempromosikan atau melaksanakan kebijakan atau program, sedangkan yang eksternal adalah yang selain itu.
4. Pengetahuan mengenai kebijakan atau program (Knowledge) adalah tingkat keakuratan pengetahuan yang berkaitan dengan kebijakan atau program yang dianalisa, untuk mengetahui letak kesalahfahaman dan kesenjangan pengetahuan yang menyebabkan stakeholder tidak menyetujui atau mendukung kebijakan atau program.
5. Posisi (Position) : Sikap stakeholder, apakah mendukung, netral atau menentang suatu kebijakan atau program, untuk mengetahui apakah stakeholder akan menghalangi atau tidak terhadap pelaksanaan kebijakan atau program.
6. Minat dan Kepentingan (Interest), adalah pertimbangan keuntungan dan kerugian yang membuat stakeholder setuju atau berminat terhadap pelaksanaan suatu kebijakan atau program.
7. Jejaring atau networking (Alliance) : organisasi atau institusi yang menjalin kerjasama dengan stakeholder untuk mendukung atau tidak mendukung kebijakan atau program.

8. Jumlah Sumber daya yang dikontribusikan (Resources) : adalah sumber daya manusia, dana, teknologi, politis, atau lainnya yang tersedia pada stakeholder dan dapat dikontribusikan serta digerakkan untuk pelaksanaan kebijakan atau program. Ini adalah karakteristik penting dan dapat diringkas sebagai power atau kekuatan yang dapat mendukung atau malah menentang kebijakan atau program.
9. Kekuatan/kekuasaan/wewenang (Power) adalah kemampuan stakeholder untuk mempengaruhi pelaksanaan kebijakan atau program.
10. Kepemimpinan adalah keinginan stakeholder untuk mengambil inisiatif, atau memimpin kegiatan yang mendukung atau melawan pelaksanaan kebijakan atau program.

Hal yang dapat disimpulkan adalah :

1. Stakeholder yang paling berperan/penting.
2. Bagaimana pengetahuan stakeholder mengenai kebijakan atau program
3. Bagaimana sikap/posisi stakeholder
4. Stakeholder mana yang mungkin akan membangun jejaring.

Langkah ke delapan adalah menggunakan informasi. Tim kerja atau tim peneliti dapat meneruskan dan menjelaskan hasil analisa stakeholder kepada pembuat kebijakan/program, pimpinan dan sponsor untuk dilakukan tidak lanjut.

2.4 TEORI PARTISIPASI

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 pembimbing. (Notoatmodjo S, 2007)

Dalam partisipasi, setiap anggota masyarakat dituntut suatu kontribusinya, yang biasanya diwujudkan dalam 4 M yaitu manpower (tenaga), money (uang), material (benda-benda), dan mind (ide atau gagasan). (Notoatmodjo S, 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. Sukar ditumbuhkan, membutuhkan waktu yang lama. Tetapi bila tercapai, masyarakat akan mempunyai rasa memiliki dan tanggung jawab yang tinggi terhadap program tersebut.

Elemen-elemen partisipasi masyarakat adalah sebagai berikut :

- a. Motivasi. Tanpa motivasi yang kuat, sulit untuk masyarakat berpartisipasi dalam segala hal. Timbulnya motivasi harus dari masyarakat itu sendiri, sedangkan pihak luar hanya untuk merangsang saja. Untuk itu maka pendidikan kesehatan sangat diperlukan untuk tumbuhnya motivasi.
- b. Komunikasi. Suatu komunikasi yang baik adalah yang bisa menyampaikan suatu ide, pesan dan informasi yang jelas kepada masyarakat. Bisa melalui poster, TV, radio dan lain-lain.
- c. Kooperasi. Terjalinnnya komunikasi dan kerjasama yang baik dengan semua pihak, bisa membantu untuk menumbuhkan partisipasi.
- d. Mobilisasi. Hal ini artinya partisipasi tidak sebatas tahap pelaksanaan program. Tapi mulai dari mengidentifikasi adanya masalah, sampai monitoring pelaksanaan program. Tidak hanya sebatas bidang kesehatan, tapi bersifat multidisiplin.

Strategi Partisipasi Masyarakat bisa melalui :

1. Lembaga Sosial Desa atau Lembaga Kerja Pembangunan Masyarakat Desa (LKPMD). Tugas utama lembaga ini adalah merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi kegiatan- kegiatan pembangunan di desa, termasuk bidang kesehatan.
2. Program yang dijual puskesmas tidak harus kesehatan, tapi bisa bidang lain yang pada akhirnya menyokong bidang kesehatan.
3. Puskesmas dapat dijadikan pusat kegiatan, walaupun perencanaannya di desa (LKPMD). Petugas kesehatan sebagai motivator dan dinamisatornya.
4. Petugas kesehatan membentuk teamwork yang baik dengan dinas atau instansi lain.
5. Dalam pelaksanaan bisa membentuk suatu proyek percontohan sebagai pusat pengembangan untuk tempat yang lain.
6. Bila sebuah desa masih dianggap terlalu besar bisa dimulai dari tingkat RT atau RW, sehingga lebih mudah diorganisasi.

Metode untuk menumbuhkan partisipasi masyarakat :

1. Pendekatan terhadap masyarakat, diperlukan untuk memperoleh simpati. Pendekatan ditujukan kepada tokoh masyarakat baik secara formal maupun informal.
2. Pengorganisasian masyarakat dan pembentukan tim.
3. Survei diri (Community Self Survey). Setiap tim kerja melakukan survey di masyarakat masing-masing dan mempresentasikan kepada warganya.
4. Perencanaan program. Perencanaan dibuat oleh masyarakat setelah dilakukan survei. Perlu juga dibentuk dana sehat dan kader kesehatan. Dana sehat sebagai bentuk partisipasi dalam hal dana, juga motor

penggerak program. Sedangkan kader kesehatan merupakan salah satu bentuk partisipasi tenaga dan juga sebagai dinamisator.

5. Training.
6. Rencana evaluasi. Perlu ditetapkannya beberapa kriteria keberhasilan program secara sederhana yang mudah untuk dilakukan oleh masyarakat itu sendiri.

2.5 TEORI PERILAKU

Pemahaman perilaku masyarakat berangkat dari teori psikologi sosial yang memfokuskan perhatian pada sebab-sebab perilaku dan pemikiran sosial, yaitu pada faktor-faktor yang membentuk perasaan, pikiran dan perilaku. Psikologi sosial mencapai tujuan ini melalui penggunaan metode-metode ilmiah, dan menyadari bahwa perilaku dan pemikiran sosial dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial, kognitif dan lingkungan fisik. Perspektif kognitif merupakan salah satu faktor dijelaskan bahwa ingatan akan pengetahuan dasar, dan penalaran mempengaruhi pembuatan keputusan untuk bertindak. (Steele 1997, Albarrain dan Wyer 2000). Sedangkan Anderson, Bushman dan Groom (1997) serta Rotton dan Cohn (2000) menyatakan bahwa variabel lingkungan atau lingkungan fisik mempengaruhi perilaku.

Menurut Skinner (1938) di dalam Robert A Baron dan Donn Byrne (2003), perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus / rangsangan dari luar (S-O-R atau Stimulus Organisme Respons). Menurut Skinner ada 2 respons, yaitu :

1. Respondent respons atau refleksi yaitu respons yang ditimbulkan oleh stimulus tertentu. Stimulus ini disebut eliciting stimulation karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap. Contohnya makanan lezat menimbulkan keinginan makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup dan lain-lainnya.

2. Operant respons atau instrumental respons yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus tertentu. Stimulus ini disebut reinforcing stimulation atau reinforcer, karena memperkuat respons.

Berdasarkan bentuk respons terhadap stimulus, maka perilaku dibedakan menjadi 2 yaitu :

1. Perilaku tertutup (covert behaviour). Respons ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/ kesadaran dan sikap pada orang yang menerima stimulus tersebut, belum terlihat dengan jelas pada orang lain.
2. Perilaku terbuka (overt behaviour). Respons seseorang terhadap suatu stimulus dalam bentuk terbuka atau tindakan nyata.

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan minuman serta lingkungan. (Notoatmodjo S, 2007).

Perilaku kesehatan diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, yaitu :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (Health Maintenance)
2. Perilaku pencarian pengobatan (Health Seeking Behaviour)
3. Perilaku kesehatan lingkungan

Klasifikasi perilaku kesehatan menurut Becker (1979) :

1. Perilaku hidup sehat
2. Perilaku sakit (illness behaviour)
3. Perilaku peran sakit (the sick role behaviour)

Meskipun perilaku adalah respons atau reaksi terhadap stimulus, namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau factor-faktor yang bersangkutan. Jadi walaupun stimulusnya sama namun bisa memberikan respons yang berbeda-beda untuk setiap orang. Faktor-faktor itulah yang disebut determinan perilaku.

Determinan perilaku dibagi 2, yaitu :

1. Determinan atau factor internal, adalah karakteristik orang yang bersangkutan, bersifat bawaan misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.
2. Determinan atau factor eksternal, yaitu factor lingkungan baik fisik, sosio, budaya, ekonomi, politik dan lain-lain. Faktor lingkungan ini yang sering merupakan factor yang dominan yang mempengaruhi perilaku seseorang. Menurut Benyamin Bloom (1908), perilaku dapat dibagi dalam 3 domain (kawasan), yaitu domain kognitif, domain afektif dan domain psikomotor.

2.6 TEORI KEPEMIMPINAN

Kepemimpinan adalah salah satu topik terpeting 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.

Definisi kepemimpinan menurut Stogdill (1974) ialah : fokus dari proses kelompok, penerimaan kepribadian seseorang, seni dan alat untuk mempengaruhi perilaku, suatu tindakan perilaku, bentuk dari ajakan (persuasi), relasi yang kuat, dan pembuat struktur. Sedangkan menurut Yukl (1987), kepemimpinan adalah perilaku dari seorang individu yang memimpin aktivitas-aktivitas suatu kelompok ke suatu tujuan yang ingin dicapai bersama (shared goal). Kepemimpinan menurut surat keputusan Badan Administrasi Kepegawaian Negara No. 27/KEP/1972 ialah kegiatan untuk meyakinkan orang lain sehingga dapat dibawa serta dalam suatu pekerjaan.

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 menstrukturaktivitas-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 service yang terbaik untuk konsumen. Mementingkan konsumen dengan cara : memperlakukan konsumen sebagai prioritas utama, mencegah 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 balik 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.

2.7 PUSKESMAS

Pusat Kesehatan Masyarakat atau puskesmas merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan disuatu wilayah kerja. Tiga fungsi Puskesmas yaitu : Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan, Pusat Pemberdayaan Masyarakat dan Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama. Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar dengan melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat *private goods* dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah rawat inap. Selain itu Puskesmas juga melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta program kesehatan masyarakat lainnya.

Struktur organisasi Puskesmas tergantung dari kegiatan dan beban tugas masing-masing Puskesmas. Penyusunan struktur organisasi Puskesmas di satu Kabupaten/Kota dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sedangkan penetapannya dilakukan dengan peraturan daerah. Dalam melaksanakan fungsinya Puskesmas berkoordinasi dengan kantor Kecamatan melalui pertemuan berkala yang diseenggarakan di tingkat Kecamatan. Koordinasi tersebut

mencakup perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pengawasan pengendalian dan penilaian.

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dengan demikian secara teknis dan administratif, Puskesmas bertanggungjawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sebaliknya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggungjawab membina dan memberikan bantuan administratif dan teknis kepada Puskesmas. Dalam menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat, Puskesmas menjalin kerjasama dengan unit pelayanan kesehatan rujukan (rumah sakit, balai kesehatan paru masyarakat, balai kesehatan olahraga masyarakat, balai kesehatan kerjamasyarakat, balai kesehatan mata masyarakat, balai kesehatan indera masyarakat, balai teknik kesehatan lingkungan, balai laboratorium kesehatan dll). Kerjasama tersebut diselenggarakan melalui penerapan konsep rujukan yang menyeluruh dalam koordinasi Dinas Kesehatan kabupaten/Kota.

Sebagai penanggungjawab penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, Puskesmas memerlukan dukungan aktif dari masyarakat sebagai objek dan subjek pembangunan. Dukungan aktif tersebut diwujudkan melalui pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP), yang menghimpun berbagai potensi masyarakat, seperti : tokoh masyarakat, tokoh agama, LSM, organisasi kemasyarakatan, serta dunia usaha. BPP tersebut berperan sebagai mitra Puskesmas dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan.

Upaya kesehatan wajib Puskesmas adalah Upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah :

1. Upaya promosi Kesehatan
2. Upaya Kesehatan Lingkungan
3. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
4. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat

5. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit menular
6. Upaya Pengobatan

Upaya kesehatan pengembangan Puskesmas adalah upaya selain dari upaya kesehatan wajib, yang ditetapkan berdasarkan permasalahan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas. Sebagai Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan, Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Dalam perkembangannya implementasi fungsi ini akan direvisi berdasarkan beberapa pertimbangan. Fungsi yang kedua adalah Pusat Pemberdayaan Masyarakat. Fungsi ini mengamanatkan agar Puskesmas melakukan upaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat. Sebagai Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama, Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab Puskesmas meliputi pelayanan kesehatan Perorangan yang bersifat pribadi dan pelayanan kesehatan Masyarakat yang bersifat publik (*public goods*).

Upaya Kesehatan strata pertama tersebut dikelompokkan menjadi 2, yaitu : upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan. Upaya kesehatan wajib Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan

derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib tersebut antara lain : Upaya promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, perbaikan gizi masyarakat, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular dan upaya pengobatan. Program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD merupakan salah satu bagian dari program pencegahan dan pemberantasan penyakit menular.

2.8 MANAJEMEN

Kata manajemen berasal dari bahasa latin, yaitu dari kata *manus* yang berarti tangan dan *agere* yang artinya melakukan. Kata-kata itu digabung menjadi kata kerja *managere* yang berarti yang menangani. Manajemen menurut parker (Stoner & Freeman 2000) di dalam Husaini Usman 2008 ialah seni melaksanakan pekerjaan melalui orang-orang (*the art of getting things done through people*). Sedangkan fungsi-fungsi dari manajemen adalah *Planning, Organizing, leading and Controlling* (Stoner & Freeman 1996, Gibson , Dressler dan Casio, 2003). Sedangkan menurut George Terry (1991) fungsi manajemen terdiri dari *Planning, Organizing, Actuating dan Controlling*.

Setiap kegiatan manajemen selalu diawali dengan perencanaan. Artinya semua yang akan diorganisasikan, dilaksanakan, diawasi dan dikendalikan harus direncanakan dengan baik terlebih dahulu agar semua kegiatan manajemen berjalan efektif dan efisien (Husaini Usman, 2008). Ketika melakukan pengawasan diperiksa apakah pelaksanaannya sudah sesuai dengan perencanaan. Pelaksanaan pengorganisasian dan pengendalian harus dilakukan..

Pengertian perencanaan berbeda-beda. Perencanaan adalah Kemampuan memilih satu kemungkinan dari berbagai kemungkinan yang tersedia dan dipandang tepat untuk mencapai tujuan (Azwar, 1996 : 182), sedangkan menurut Levey dan Loomba di dalam Wijono (1997 :36), perencanaan adalah suatu proses penganalisaan dan pemahaman dari suatu sistem, merumuskan tujuan umum dan khusus, memperkirakan kemampuan yang dimiliki, mnguraikan segala kemungkinan rencana kerja yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan umum

dan tujuan khusus tersebut, menganalisa efektifitas dari berbagai rencana kerja ini, memilih salah satu di antaranya yang dipandang baik, menyusun perincian dari rencana kerja terpilih secara lengkap agar dapat dilaksanakan, dan mengikatnya dalam suatu sistem pengawasan yang terus menerus dalam rangka dapat dicapainya hubungan optimal antara rencana kerja dengan sistem yang ada. Langkah-langkah perencanaan (Muninjaya, 2004 :56) adalah : Analisis situasi, mengidentifikasi masalah dan prioritasnya, menentukan tujuan program, mengkaji hambatan dan kelemahan program dan menyusun rencana kerja operasional.

Penggerakan dan pelaksanaan menekankan bagaimana manajer mengarahkan dan menggerakkan sumber daya manusia dalam organisasi, peranan kepemimpinan (leadership), motivasi staf, kerja sama dan komunikasi antara staf merupakan hal pokok yang perlu mendapatkan perhatian para manajer organisasi.

Fungsi Pengawasan dan pengendalian membandingkan antara hasil pelaksanaan program dengan target, prosedur kerja dan sebagainya. Jika ada kesenjangan atau penyimpangan yang terjadi dapat segera diatasi. Menurut G.R Terry (1999:232) mengungkapkan bahwa pengawasan adalah mengevaluasi pelaksanaan kerja, jika perlu memperbaiki apa yang sedang dikerjakan untuk menjamin tercapainya hasil-hasil menurut rencana. Syarat pengawasan menurut Azwar (1996 : 318-319) adalah : bersifat khas, mampu melaporkan setiap penyimpangan, fleksibel dan berorientasi pada masa depan, mudah dilaksanakan serta hasilnya mudah dimengerti.

MANAJEMEN PUSKESMAS

Untuk terselenggaranya berbagai upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang sesuai dengan azas penyelenggaraan Puskesmas perlu ditunjang oleh manajemen Puskesmas yang baik. Manajemen Puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis untuk menghasilkan luaran Puskesmas yang efektif dan efisien. Rangkaian kegiatan tersebut membentuk fungsi –fungsi manajemen. Ada 3 fungsi manajemen Puskesmas yang dikenal

yaitu perencanaan, pelaksanaan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban.

Perencanaan adalah proses penyusunan rencana tahunan Puskesmas untuk mengatasi masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas. Langkah-langkah rencana tahunan Puskesmas untuk upaya kesehatan wajib (termasuk upaya pencegahan dan pengendalian DBD) adalah :

- a. Menyusun usulan kegiatan
- b. Mengajukan usulan kegiatan
- c. Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan

Pelaksanaan dan pengendalian adalah proses penyelenggaraan, pemantauan serta penilaian terhadap penyelenggaraan rencana tahunan, baik rencana tahunan upaya kesehatan wajib maupun pengembangan. Langkah-langkah pelaksanaan dan pengendalian adalah sebagai berikut :

1. Pengorganisasian, terdapat 2 macam pengorganisasian yang perlu dilakukan yaitu :
 - a. Penentuan para penanggungjawab dan pelaksana untuk setiap kegiatan serta untuk setiap satuan wilayah kerja (pembagian habis seluruh program kerja dan seluruh wilayah kerja kepada seluruh petugas Puskesmas sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya.
 - b. Penggalangan kerjasama tim secara lintas sektoral
2. Penyelenggaraan
Para penanggungjawab dan pelaksana yang ditugaskan menyelenggarakan kegiatan Puskesmas sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Langkah-langkah yang harus dilakukan untuk dapat terselenggaranya rencana tersebut, yaitu :
 - a. Mengkaji ulang rencana pelaksanaan (jadwal, target pencapaian, lokasi wilayah kerja dan rincian tugas para penanggungjawab dan pelaksana.
 - b. Menyusun Jadwal kegiatan bulanan
 - c. Menyelenggarakan kegiatan sesuai dengan jadwal

3. Pemantauan

KAPASITAS MANAJEMEN

World Health Organization (2006) mengajukan suatu konsep kerangka kerja (conceptual framework) untuk melakukan peningkatan kapasitas manajemen dan kepemimpinan dalam pelayanan kesehatan. Peningkatan kapasitas manajemen memerlukan keseimbangan pada 4 bidang yaitu :

1. Memastikan jumlah dan kualitas yang cukup/adekuat pada setiap tingkat sistem kesehatan.
2. Memastikan manajer atau pimpinan mempunyai kompetensi untuk itu.
3. Menciptakan sistem yang mendukung manajemen
4. Menciptakan keadaan dan lingkungan yang mendukung pelaksanaan.

Ke empat kondisi ini sangat berhubungan satu dengan yang lain. Memperkuat satu bidang tanpa memperhatikan bidang yang lain tidak akan bermanfaat. Melakukan assesmen atau penilaian terhadap 4 kondisi ini penting untuk mengetahui apakah 4 bidang ini berjalan seimbang. Informasi yang didapat dari assesmen akan membantu pembuat kebijakan dan pemerintah untuk memutuskan berapa dan bagaimana menginvestasikan sumber daya agar pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan lebih baik.

Kerangka kerja ini dapat memberikan keterangan kepada pimpinan untuk menentukan kegiatan apa saja yang harus diperkuat agar lebih mengefektifkan suatu program atau kebijakan. Konsep ini dapat diterapkan dan dimodifikasi untuk menyesuaikan dengan kondisi lokal yang ada. Penggunaannya dapat bervariasi, diantaranya untuk melakukan pemetaan kegiatan-kegiatan yang diperlukan, assesmen kebutuhan, proses perencanaan, strategi peningkatan manajemen dan monitoring dan evaluasi.

Untuk menilai kapasitas manajemen Puskesmas dapat dipergunakan pedoman penilaian kinerja Puskesmas (Departemen Kesehatan RI, 2006). Beberapa komponen manajemen yang dinilai adalah :

1. Manajemen Operasional : Perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan penilaian
2. Manajemen Keuangan
3. Manajemen Ketenagaan
4. Manajemen Alat dan obat

TEORI MODEL SISTEM

Jhon Gratto Liebler, Ruth Ellen Levine dan Hyman Leo dervitz dalam buku *Management Principles For Health Professionals* (1984) menyebutkan mengenai teori model sistem. Model sistem ini biasanya diterapkan pada teknologi komputer, tapi hal ini tidak dibatasi penggunaannya. Penggunaan yang lebih fleksibel pada pendekatan ini adalah menjadi kerangka kerja (framework) bagi manajer dimana faktor-faktor organisasi baik internal maupun eksternal dapat divisualisasikan. Pendekatan sistem ini memungkinkan manajer untuk mengukur keadaan organisasi secara total. Lingkaran input proses output dapat diidentifikasi untuk setiap divisi atau bagian organisasi. Perubahan dari suatu keadaan dalam organisasi dapat dinilai secara kontinu untuk membedakan impact perubahan tersebut.

Teori model sistem secara keseluruhan diperkenalkan oleh Ludwig Von Bertalanffy, seorang biologis pada tahun 1951. Terminologi yang dikemukakannya menjadi dasar bagi konsep dasar teori sistem secara keseluruhan. Kenneth E Boulding mengembangkan hierarki dari sistem dan membantu mnghubungkan antara teori dan pengetahuan sistem secara empiris. Model sistem terdiri dari 4 komponen dasar yaitu :

5. Input
6. Proses
7. Output
8. Feedback

Input adalah elemen dari sistem yang harus diterima karena ia menentukan berjalannya sistem. Input yang penting diperlukan untuk

mencapai tujuan organisasi. Elemen input yaitu 5 hal yaitu man/tenaga, uang/money, material, method atau cara yang akan dipergunakan agar proses dalam sistem dapat berjalan. Input dapat berupa tenaga atau manusia yang terlibat (man), uang/dana (money), sarana/prasarana yang berupa gedung dan barang didalamnya (material) cara untuk melakukan (methods) dan alat atau mesin yang digunakan (machine). Input juga termasuk dukungan secara luas baik dari internal maupun eksternal organisasi. Output dapat berupa barang atau pelayanan yang harus dihasilkan oleh organisasi. Output harus bersifat rutin, frekuen, dapat diprediksi dan mudah untuk diidentifikasi. Sebagai contoh output dari organisasi pemadam kebakaran adalah mengatasi bahaya kebakaran, output rumah sakit adalah menyediakan pelayanan kesehatan kepada pasien. Proses (Throughputs) adalah struktur dimana input akan diubah menjadi output. Contoh proses adalah alur kerja, metode dan prosedur yang dilaksanakan. Manajer atau pemimpin tidak bisa mengendalikan input, tapi dapat mengendalikan proses. Pada pelayanan yang spesifik, kontrol dari proses adalah langsung berhubungan dengan pengetahuan profesional manajer. Seperti contohnya prosedur alur pelayanan kesehatan pada pasien di klinik dikembangkan oleh kepala pelayanan (chief services), karena pengetahuan orang yang bersangkutan mengenai prosedur, prioritas dan hubungan antara komponen pada perencanaan terapi.

Perubahan dari input harus diantisipasi. Dalam rangka mengantisipasi perubahan-perubahan ini manajer memerlukan feed back atau umpan balik tentang penerimaan dan kecukupan dari output. Jejaring komunikasi dan proses kontrol adalah sumber dari feed back atau umpan balik untuk sebuah organisasi.

BAB III
PROFIL PUSKESMAS
KECAMATAN PASAR MINGGU

3.1.GEOGRAFI

a. Letak wilayah

Letak wilayah Kecamatan Pasar Minggu terletak dibagian Selatan Ibu Kota DKI Jakarta.

Ketinggian Wilayah Kecamatan Pasar Minggu kira-kira 26 M diatas permukaan laut suhu rata-rata 27° C, Curah hujan rata-rata 180.3 mm/tahun dan dibatasi oleh dua buah sungai yaitu Sungai Ciliwung di sebelah Timur dan Sungai Krukut di sebelah Barat.

Batas-Batas Wilayah Kecamatan Pasar Minggu

- ❖ Sebelah Utara : Jalan Empang Tiga, Jalan H. Samali dan Jalan Pulo Kecamatan Pancoran
- ❖ Sebelah Barat : Kali Krukut Kecamatan Cilandak
- ❖ Sebelah Timur : Kali Ciliwung Kecamatan Kramat Jak – Tim
- ❖ Sebelah Selatan : Kecamatan Jagakarsa

b. Pembagian Wilayah

Wilayah Kecamatan Pasar Minggu terbagi atas Tujuh Kelurahan dengan 65 RW, 729 RT, 54.798 KK dan 248.942 Jiwa dengan kepadatan penduduk 11.370 Jiwa per KM untuk lebih rincinya pembagian wilayah tersebut adalah sebagai berikut :

Table. 1 Pembagian Wilayah

KELURAHAN	Luas Wilayah (Ha)	RW	RT	Jiwa	KK
Pasar Minggu	278.60	10	111	29.631	5.664
Kebagusan	226.00	8	87	38.305	12.831

Jati Padang	249.80	10	101	33.932	5.515
Ragunan	504.74	11	108	36.453	6.444
Cilandak Timur	352.66	7	76	30.207	6.852
Pejaten Barat	289.79	8	100	34.178	8.965
Pejaten Timur	287.83	11	146	46.336	8.527
Kecamatan	2,189.42	65	729	248.942	54.798

3.2.GAMBARAN UMUM PUSKESMAS KECAMATAN PASAR MINGGU

Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu dibangun tahun 1972 diatas tanah Pemda DKI Jakarta terletak di jalan Raya Ragunan dengan bangunan 2 lantai, luas tanah 1.250 M, luas bangunan 587 M Wilayah Kecamatan Pasar Minggu meliputi 14 kelurahan. Kepala puskesmas dr. TRISNANING Tahun 1986 puskesmas kecamatan pasarminggu dipecah menjadi 2 yaitu Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu yang mempunyai 7 kelurahan dengan 1 RB dan Puskesmas Kecamatan Perwakilan (Jagakarsa) dengan 5 kelurahan yang terletak di jalan Moh. Khafi I

Seiring dengan perkembangan Kota pada tahun 1993 didirikan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu di jalan Kebagusan Raya diatas tanah Pemda DKI dengan bangunan 3 lantai, luas tanah 1.700 M, luas bangunan 1.500 M pelayanan di gedung baru puskesmas kecamatan pasarminggu mulai Operasional bulan Agustus 1995 secara bertahap. Pada bulan 1996 sudah Operasional penuh sampai saat ini

Table. 2 KEADAAN SOSIAL EKONOMI

No	KELURAHAN	STATUS PEKERJAAN (%)						
		Industri	Bangunan	Pedagan g	Transportasi	Lembaga Keuangan	Pemerintah	Jasa & Lain- lain
1	Pasar Minggu	2.4	1.05	2.68	0.94	0.15	4.41	1.34
2	Kebagusan	1.68	1.69	2.89	0.59	0.45	3.26	2.39

3	Jati Padang	0.66	0.53	1.96	0.97	0.1	3.75	1.06
4	Ragunan	3.92	1.11	4.48	1.92	0.36	4.19	3.68
5	Cilandak Timur	1.96	0.85	2.13	0.39	0.17	4.23	1.66
6	Pejaten Barat	2.07	1.39	5.05	0.86	1.29	5.76	2.4
7	Pejaten Timur	2.33	1.84	4.7	0.81	0.41	4.89	2.12
	Kecamatan	15.02	8.46	23.89	6.48	2.93	30.49	14.65

Table. 3 FASILITAS KESEHATAN

No	KELURAHAN	RS	Puskesmas	Bidan Praktek Swasta	BPU	BPG	Praktek Dokter	Posya ndu	Lain Lain
1	Pasar Minggu	0	2	3	1	1	6	18	18
2	Kebagusan	0	2	12	4	2	3	22	17
3	Jati Padang	1	0	6	1	1	14	22	10
4	Ragunan	0	1	5	2	1	11	27	5
5	Cilandak Timur	2	1	0	2	1	8	19	4
6	Pejaten Barat	1	3	6	5	3	5	18	13
7	Pejaten Timur	0	1	14	4	1	11	26	9
	Kecamatan	4	10	46	19	10	58	152	76

Tabel. 4 FASILITAS PENDIDIKAN

No	KEL	SD	MI	SLTP	SLTA	AKADEMI	UNIV	TK
1	Pasar Minggu	10	3	4	5	2	0	10
2	Kebagusan	5	5	0	0	0	0	9
3	Jati Padang	7	4	6	3	1	0	7
4	Ragunan	13	4	3	2	1	1	10
5	Cilandak Timur	7	6	6	6	3	1	10
6	Pejaten Barat	12	5	4	5	0	0	9
7	Pejaten Timur	18	5	4	2	0	0	10
	Kecamatan	72	32	27	23	7	2	65

Tabel 5 INSTITUSI PENDIDIKAN KESEHATAN

No	KELURAHAN	AKPER	AKBID	AKZI	APK	ATEM	APRO	AKA FARMA
1	Pasar Minggu	0	0	0	0	0	0	0
2	Kebagusan	0	0	0	0	0	0	0
3	Jati Padang	0	0	0	0	0	0	1
4	Ragunan	0	0	0	0	0	0	0
5	Cilandak Timur	2	1	0	0	0	0	0
6	Pejaten Barat	0	0	0	0	0	0	0
7	Pejaten Timur	0	0	0	0	0	0	0
	Kecamatan	2	1	0	0	0	0	1

**Tabel. 7 DATA TENAGA
PUSKESMAS KECAMATAN PASAR MINGGU
TAHUN 2007**

No	PUSKESMAS	JENIS TENAGA									
		DOKTER			SKM	ATK	D III				
		Sp	Um	Gigi			AKPER	AKBID	AKZI	AKG	APK
1	Kecamatan	1	6	5	2	1	9	3	1	1	1
2	Pasar Minggu 01		1	1			1	1			1
3	Pasar Minggu 02		1	1			2	1			
4	Pejaten Barat 01		1	1			1	1			
5	Pejaten Barat 02		1	1			2		1		
6	Pejaten Barat 03			1			1				
7	Pejaten Timur		1				2				
8	Kebagusan		1	1							
9	Ragunan		0	1			1				
10	Cilandak Timur		1	1			2	1			
	Jumlah	1	13	13	2	1	21	7	2	1	2

**Tabel 10 TINGKAT PENDIDIKAN KARYAWAN
PUSKESMAS KECAMATAN PASAR MINGGU TAHUN 2007**

No	PENDIDIKAN	PNS	HONOR	JUMLAH	KETERANGAN
1	S 2	2	0	2	
2	S 1	29	7	36	
3	D 3	33	5	38	
4	D1	0	0	0	
5	SLTA	94	14	108	
6	SLTP	1	3	4	
7	SD	2	10	12	
Jumlah		161	39	200	

3.3.DATA PROGRAM P2DBD PUSKESMAS PASAR MINGGU

**Tabel 52 DATA JUMANTIK DAN POSKO PSN KECAMATAN PASAR
MINGGU
TAHUN 2007**

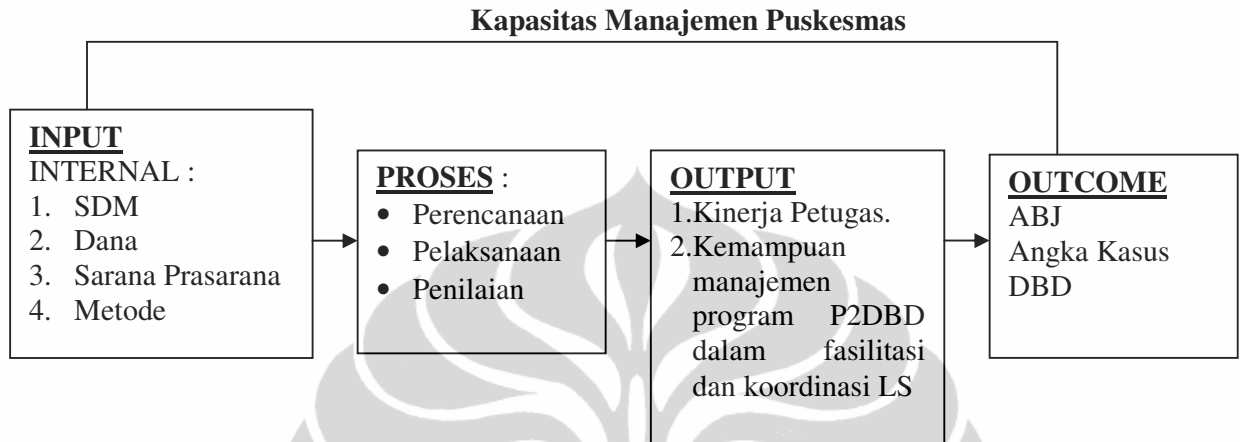
No	KELURAHAN	Luas Wilayah Ha	Jumlah Penduduk	Jumlah KK	Jumlah RT	Jumlah RW	Jumlah Jumantik	Jumlah Pos PSN
1	Pasar Minggu	278,60	29,531	5,664	111	10	10	10
2	Kebagusan	226,00	38,305	12,831	87	8	8	8
3	Jati Padang	249,80	33,932	5,515	101	10	11	11
4	Ragunan	504,74	36,453	6,444	108	11	10	10
5	Cilandak Timur	352,66	30,207	6,852	76	7	8	8
6	Pejaten Barat	289,79	34,178	8,965	100	8	11	11
7	Pejaten Timur	287,83	46,336	8,527	146	11	7	7
	Kecamatan	2,189,42	248,942	54,798	729	65	65	65

Tabel Hasil Pemeriksaan Jentik Berkala
 Wilayah Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu
 Triwulan IV tahun 2007

No	URAIAN	KELURAHAN							Jumlah
		Ps.Mg	Keb	Jt. Pd	Rag	Cil. Tmr	Pj. Brt	Pj. Timr	
1	Jumlah								
	* RW	10	8	10	11	7	8	11	65
	* RT	111	87	101	108	76	100	146	729
	*Rumah	4,363	9105	4,526	684	6,125	7,414	7,322	45695
	* TTU	38	42	35	28	31	41	37	252
2	Jumlah Rumah dan TTU	4.401	9147	4,561	696	6,156	7,455	7,359	46,047
3	Jumlah Rumah dan TTU diperiksa	681	521	635	715	438	628	746	4364
	(%)	30	29	35	30	29	31	30	76
4	Hasil Pengamatan								
	- Jumlah Jentik								
	a. Positif	560	369	459	562	328	433	429	3140
	b. Negatif	121	152	176	153	110	195	181	1088
	- Jumlah Tindakan								
	a. As	43	65	38	59	75	84	91	455
	b. 3M	681	521	635	715	438	628	746	4364
5	ABJ (%)	95	95	95	94	95	94	95	92

BAB IV
KERANGKA FIKIR DAN DEFINISI ISTILAH

4.1 KERANGKA FIKIR



4.2 DEFINISI ISTILAH

NO	VARIABEL	DEFINISI ISTILAH	ALAT UKUR	CARA UKUR
I	INPUT INTERNAL			
A	SDM /Sumber daya manusia	Jumlah Tenaga kesehatan di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu yang bertugas untuk manajemen dan pelaksanaan program pencegahan dan pemberantasan DBD, pernah mendapat pelatihan berkaitan dengan manajemen program DBD atau teknis pelaksanaan	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam

		sesuai buku pedoman.		
B	Anggaran / Dana	Sumber Dana atau anggaran untuk melakukan kegiatan 10 pokok program P2DBD, kecukupan dan alokasi anggaran untuk jenis kegiatan DBD	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam
C	Sarana/Prasarana	Ketersediaan Sarana (tempat pertemuan dan kendaraan) dan prasarana(alat dan bahan) untuk menyelenggarakan kegiatan pokok program P2DBD.	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam
D	Alat dan Bahan	Alat dan bahan habis pakai yang dipergunakan untuk melaksanakan kegiatan program P2DBD.	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam
	Metode	Ketersediaan pedoman, petunjuk teknis, SOP, alur pelayanan untuk pelaksanaan program P2DBD	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam
II	PROSES			
A	Perencanaan	Alur proses perencanaan kegiatan dan anggaran program DBD	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam

B	Pelaksanaan		Pelaksanaan 11 kegiatan pokok program sesuai pedoman DBD		
	1	Mengobati/merawat/merujuk tersangka penderita DBD ke rumah sakit.	Dilaksanakannya kegiatan pelayanan kesehatan untuk pasien DBD serta kendala yang dihadapi	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam
	2	Penyelidikan Epidemiologis dan penanggulangan fokus.	Dilaksanakannya kegiatan PE dan penanggulangan fokus sesuai pedoman DBD	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam
	3	Pemeriksaan jentik berkala setiap 3 bulan.	Petugas Puskesmas melakukan pemeriksaan jentik berkala minimal setiap 3 bulan sekali.	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam
	4	Pelatihan petugas penyemprot di desa/kelurahan.	Petugas Puskesmas melakukan pelatihan terhadap petugas penyemprot di desa/kelurahan	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam
	5	Pertemuan/pelatihan/pembinaan kader dan juru pemantau jentik dalam penggerakan PSN DBD	Puskesmas menyelenggarakan pertemuan/pelatihan/pembinaan kader dan juru pemantau jentik dalam penggerakan PSN DBD	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam

6	Kegiatan 3M sebelum masa penularan.	Petugas Puskesmas bersama-sama dengan lintas sektor dan masyarakat melakukan kegiatan 3M sebelum masa penularan.	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam	
7	PSN DBD	Pelaksanaan PSN yang sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah berdasarkan hasil survei / penelitian.	Pedoman Wawancara Mendalam.	Wawancara Mendalam	
8	Surveilans epidemiologi DBD.	Petugas melaksanakan surveilans epidemiologi DBD.	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam	
9	Sistim kewaspadaan dini (SKD) dan penanggulangan KLB.	Adanya sistim kewaspadaan dini (SKD) dan penanggulangan KLB.	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam	
10	Sosialisasi/Penyuluhan DBD	Pelaksanaan kegiatan sosialisasi/penyuluhan DBD yang dilakukan oleh petugas DBD, promosi Kesehatan dan lintas program lain kepada lintas .sektor/masyarakat	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam Telaah data dan dokumen	

	11	laporan hasil kegiatan program	Mengirimkan laporan hasil kegiatan program secara rutin ke Kecamatan dan Suku Dinas Kesehatan Kota.	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam
	3	Monitoring evaluasi	Pengawasan yang dilakukan kepada Puskesmas Kecamatan dari segi program dan keuangan oleh institusi lain di atasnya, serta pengawasan yang dilakukan Puskesmas Kecamatan kepada Puskesmas Kelurahan. Evaluasi dalam bentuk kegiatan pertemuan atau rapat evaluasi.	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam
III	OUTPUT				
		Kinerja Petugas Puskesmas.	Penilaian kinerja Puskesmas menurut Kepala Puskesmas dan institusi lain di atasnya serta dinilai keberadaan format penilaian kinerja Petugas Puskesmas	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam
		Kemampuan Puskesmas Dalam fasilitasi dan	Puskesmas mampu melakukan pertemuan	Pedoman Wawancara	Wawancara Mendalam

	koordinasi lintas sektor	koordinasi secara mandiri, mengadakan fasilitasi untuk kegiatan-kegiatan koordinasi lintas program	Mendalam		
IV	OUTCOME				
	A	Angka Bebas jentik	Persentase rumah/bangunan/gedung yang tidak ditemukan jentik terhadap seluruh rumah yang diperiksa di Kecamatan Pasar Minggu.	Pedoman Wawancara Mendalam Wawancara Mendalam Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam dan telaah dokumen
	B	Angka Penemuan Kasus	Peningkatan atau penurunan Jumlah kasus DBD yang tercatat pada di Kecamatan Pasar Minggu dari tahun 2006-2009	Pedoman Wawancara Mendalam Wawancara Mendalam Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam dan telaah dokumen

BAB V

METODOLOGI PENELITIAN

5.1 RANCANGAN PENELITIAN

Studi ini mempergunakan metode prosedur penilaian cepat (*Rapid Assessment procedures*) dengan pendekatan kualitatif, yang dimaksudkan untuk memahami kapasitas manajemen sumber daya manusia program P2DBD di Puskesmas Kecamatan pasar Minggu. Dengan metode penelitian ini diharapkan akan memperoleh jawaban atau informasi yang mendalam mengenai kemampuan manajemen Puskesmas dalam mengelola SDM baik internal (staf Puskesmas, petugas kesehatan, dan jajaran dibawahnya) serta eksternal yaitu stakeholder-stakeholder yang berperan atau yang seharusnya terlibat dalam upaya pencegahan dan pemberantasan DBD.

Penelitian ini akan dilakukan di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu serta wilayah Kecamatan Pasar Minggu, dengan mengambil tempat di institusi-institusi atau organisasi stakeholder yang terkait sesuai kesepakatan yang akan dibuat oleh tim peneliti dengan stakeholder sasaran.

5.2 WAKTU PENELITIAN

Metode penelitian prosedur penilaian cepat ini dirancang untuk penelitian yang berjangka waktu 1sampai 2 bulan (Ella Nurlaela Hadi, Sudarti Kresno et al). Penelitian ini akan dilakukan pada bulan April sampai Mei tahun 2009.

5.3 SASARAN

Sasaran analisa stakeholder atau responden pada studi ini adalah Perwakilan dari :

1. Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu
 - a. Kepala Puskesmas Kecamatan

- b. Petugas yang melakukan upaya pelayanan kesehatan perorangan (medis atau kuratif).
 - c. Petugas yang melakukan upaya pelayanan kesehatan masyarakat (penanggung jawab dan pelaksana program)
 - d. Petugas Promosi Kesehatan di Puskesmas
 - e. Bagian Kesehatan Lingkungan di Puskesmas
 - f. Bagian perencanaan di Puskesmas
2. Lembaga swadaya masyarakat (PKK, perkumpulan majelis taklim, yayasan)
 3. Pemerintah desa/kelurahan
 4. Pemerintah kecamatan
 5. Lintas sektor (Dinas-dinas di tingkat Kecamatan)

Sedangkan Informan kunci atau key stakeholder pada penelitian ini adalah para ahli dari :

1. Subdit Arbovirus, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Departemen Kesehatan RI.
2. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
3. Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan

5.4 PENGUMPULAN DATA

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan wawancara mendalam dan telaah dokumen dan data. Instrumen yang akan dipergunakan dalam pengumpulan data yaitu daftar pertanyaan untuk wawancara mendalam. Bila ada sesuatu hal yang ingin diketahui lebih dalam akan dipergunakan teknik probing.

Persiapan yang akan dilakukan sebelum wawancara mendalam adalah :

1. Membuat daftar informan/responden
2. Izin penelitian / wawancara
3. Seleksi Informan/responden
4. Mengembangkan pedoman wawancara
5. Uji coba pedoman
6. Pendekatan informan/responden

Pada saat pelaksanaan akan dilakukan :

1. Perkenalan dan penjelasan studi/penelitian
2. Izin pencatatan dan perekaman
3. Mengajukan pertanyaan
4. Probing
5. Mencatat dan merekam
6. Mencatat waktu dan situasi wawancara

5.5 PENGOLAHAN DATA

Data yang sudah didapat dari wawancara mendalam akan diolah dalam bentuk matriks. Yaitu :

Tabel (1)

NO	Variabel Input	Narasumber 1	Narasumber 2	Narasumber 3	Narasumber 4
1	SDM				
2	Dana				
3	Sarana prasarana				
4	Metode				

Tabel (2)

NO	Variabel Proses	Narasumber 1	Narasumber 2	Narasumber 3	Narasumber 4
1	Perencanaan				
2	Pelaksanaan				
3	Pengawasan				
4	Evaluasi/Pen ilaian				

Tabel (3)

NO	Variabel Output	Narasumber 1	Narasumber 2
1	Kinerja Petugas		
2	Peran Serta Lintas sektor		

Tabel (4)

NO	Variabel Out Come	Sumber Data I	Sumber Data II
1	ABJ		
2	Angka Kejadian Kasus		

Tabel (5)

NO	STAKEHOLDER	PENGETAHUAN (KNOWLEDGE) (2)	MINAT KEPENTINGAN (INTEREST) (4)	KONTRIBUSI SUMBER DAYA (RESOURCES) (6)	KEPEMIMPINAN (POWER) (7)
1					
dst					

5.6 VALIDASI DATA

Validasi akan mempergunakan teknik triangulasi Sumber. Triangulasi sumber ini dilakukan dengan cara :

1. Cross check data dengan fakta dari sumber lainnya
2. Menggunakan kelompok informan yang berbeda, yang dalam hal ini dikelompokkan menjadi stakeholder intern yaitu yang termasuk ke dalam kelompok institusi kesehatan, dan stakeholder ekstern yang merupakan kelompok institusi non kesehatan.

5.7 PENYAJIAN DATA DAN ANALISA DATA

Analisa data kualitatif tidak menunggu dilakukan pada saat semua data terkumpul,tapi dapat dilakukan setiap selesai dilakukan wawancara mendalam. Hal-hal yang akan dilakukan dalam analisa data kualitatif adalah

1. Menelaah kembali informasi yang dikumpulkan
2. Mengelompokkan sesuai hal yang ingin diketahui (kolom 2 sampai 7)
3. Pengelompokkan berdasarkan kelompok informan/responden
4. Mengidentifikasi jawaban yang sering timbul dan melakukan perhitungan
5. Mengidentifikasi perbedaan dan persamaan
6. Menganalisis hubungan antara variabel di tabel (1) dan di tabel (2).

Prosedur yang akan diikuti dan dilakukan dalam melakukan penyajian data kualitatif adalah :

1. Deskripsi informan/rsponden
2. Membuat *ekspanded field notes*
3. Mengatur dan meringkas data
4. Mengidentifikasi variabel dan hubungannya.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

6.1. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, serta institusi lain di wilayah kecamatan Pasar Minggu. Waktu penelitian yaitu pada bulan Mei 2009. Data yang didapat adalah data primer dan data sekunder. Data Primer diperoleh dari hasil wawancara mendalam kepada narasumber yang berasal dari Puskesmas Kecamatan, Kantor Kecamatan, Departemen Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi, Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan dan Dinas-dinas lain yang ada di wilayah kecamatan pasar Minggu. Sedangkan data sekunder diperoleh dari data yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi, Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan dan Puskesmas Kecamatan pasar Minggu.

6.2. Narasumber

Jumlah narasumber yang diwawancarai dalam penelitian ini adalah sebanyak 15 orang , yaitu :

NO	INSTITUSI	JUMLAH NARASUMBER	JABATAN
1	Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu	5	1. Kepala Puskesmas 2. Bagian Perencanaan 3. Penanggungjawab Program 4. Pelaksana Program 5. Bagian promosi Kesehatan
2	Kecamatan Pasar Minggu	2	1. Kepala Kecamatan 2. Sekretaris camat
3	PKK	1	Ketua Pokja IV
4	Dinas Pertamanan	1	Ka Sie Dinas Pertamanan

5	Dinas Kebersihan	1	Ka Sie Dinas kebersihan
6	Dinas Perikanan	1	Ka Sie Dinas Perikanan
7	Departemen Kesehatan RI	1	Ka Sie Standarisasi Subdit Arbovirus
8	Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta	1	Ka Sie P2PL
9	Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan	2	1. Kasie Pengendalian Permasalahan Kesehatan 2. Pelaksana Program DBD

6.3 Kapasitas Manajemen Puskesmas

Kapasitas manajemen Program Pencegahan dan Pemberantasan DBD Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu

6.3.1 Kapasitas manajemen Program Pencegahan dan Pemberantasan DBD Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu

- a. Jumlah dan kualitas yang cukup adekuat pada tiap komponen manajemen

Komponen manajemen yaitu perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan penilaian. Pada perencanaan pihak-pihak yang terlibat dalam kegiatan ini adalah Kepala Puskesmas, bagian perencanaan, keuangan, penanggung jawab program dan pelaksana program. Dari segi kuantitas jumlah SDM untuk menyelesaikan kegiatan ini dianggap cukup, tapi dari segi kualitas hal ini belum memuaskan karena tahapan perencanaan program yang benar sesuai Pedoman memerlukan pihak lain diluar Puskesmas Kecamatan.

Pada pelaksanaan 11 kegiatan program, jumlah SDM dinilai kurang untuk beberapa kegiatan seperti surveilans, pengawasan jumentik dan pemeriksaan jentik berkala yang dilakukan oleh petugas Puskesmas tiap 3 bulan sekali.

Pada pengawasan dan penilaian kinerja petugas Puskesmas, jumlah SDM pengawas dan penilai dianggap cukup dengan keberadaan

Kepala Puskesmas, Kepala Tata Usaha, bagian sumber daya Kesehatan Puskesmas, Petugas dari Suku Dinas Kesehatan.

- b. Pimpinan mempunyai kompetensi untuk melaksanakan manajemen program

Sebagai pimpinan manajemen Puskesmas secara umum, kualitas pimpinan manajemen Puskesmas Kecamatan sudah dianggap memadai dilihat dari latar belakang pendidikannya dan pernah mengikuti pelatihan manajemen Puskesmas. Tapi untuk pelaksanaan manajemen program P2DBD memerlukan pelatihan yang khusus untuk itu, sedangkan hal itu belum pernah diadakan di wilayah DKI Jakarta.

- c. Menciptakan sistem yang mendukung pelaksanaan manajemen program P2DBD

Sistem yang ada di wilayah DKI Jakarta sebenarnya sudah sangat mendukung pelaksanaan program. Hal ini dibuktikan dengan sudah terbangunnya sistem informasi berbasis internet.

- d. Menciptakan keadaan yang mendukung pelaksanaan manajemen program

Situasi yang mendukung pelaksanaan program juga dianggap baik dengan adanya kebijakan daerah yang mendorong terlaksananya program ini dengan adanya gerakan PSN 30 menit, Stop DBD dan Perda no 6 tahun 2007.

Untuk menilai kapasitas manajemen program P2DBD di Puskesmas Kecamatan, diperlukan standar pelayanan minimal untuk program ini. Tapi dari hasil wawancara penelitian di institusi terkait belum ditemukan hal ini. Maka peneliti mencoba menetapkan standar tersebut berdasarkan beberapa komponen manajemen program ini sesuai pedoman penilaian kinerja Puskesmas, yaitu :

NO	Jenis Variabel	Skala 1 Nilai =4	Skala 2 Nilai =7	Skala 3 Nilai =10	Nilai Hasil
A	Manajemen Operasional				
1	Perencanaan				
a	Membuat data pencapaian PJB	< 50%	50-80 %	100%	7

	triwulan				
b	Membuat data pencapaian PJB Jumantik	<50 %	50-80 %	100%	7
c	Membuat pendataan kasus DBD Yang ditemukan di wilayah Pasar Minggu Puskesmas	<50 %	50-80 %	100%	4
d	Menentukan daerah dengan masalah DBD	Tidak	Ya, tapi tidak ada analisa	Ya, dengan analisa	4
e	Menentukan urutan besarnya masalah di desa/kelurahan DBD	Tidak	Ya, tapi tidak ada analisa	Ya, dengan analisa	4
f	Menentukan jenis kegiatan yang akan dilakukan	Tidak	Ya, tanpa urutan prioritas	Ya, dengan urutan prioritas	7
g	Menentukan target kegiatan Kajian sumber daya dan pola pembiayaan	Tidak	Ya, tanpa urutan prioritas	Ya, dengan urutan prioritas	4
h	Membuat rencana operasional Perencanaan dan penganggaran Program P2DBD terpadu.	Tidak	Ya Tanpa sinkronisasi kegiatan	Ya dengan sinkronisasi kegiatan	4
2	Pelaksanaan	Penilaian Mutu			
a	Mengobati, merawat atau merujuk suspek penderita Demam Berdarah Dengue	<50 %	50-80%	>80%	7
b	Penyelidikan Epidemiologis dan Penanggulangan Fokus	Tidak atau jarang	Ya,tanpa prosedur yang benar	Ya, dengan prosedur yang benar	7
c	Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)	Tidak atau jarang	Ya,tanpa prosedur yang benar	Ya, dengan prosedur yang benar	7

d	Pelatihan Petugas Penyemprot	Tidak	Jarang	Sering	7
e	Pertemuan/pelatihan/pembinaan kader dan jumentik	Tidak	Jarang	Sering	4
f	Kegiatan 3 M sebelum masa penularan	Tidak	Jarang	Sering	7
G	PSN DBD	Tidak	Ya, tapi tidak mencakup semua rumah/bangunan	Ya, tapi mencakup semua rumah/bangunan	7
h	Surveilans	Tidak	Ya, hanya surveilans jentik	Ya, surveilans kasus dan jentik	7
i	Sistem Kewaspadaan dini	Belum terbentuk	Ada, tanpa analisa	Ada, dengan Analisa	4
J	Sosialisasi/penyuluhan	Tidak	Jarang	Sering	7
k	Laporan hasil kegiatan	Tidak ada	Ada Tidak lengkap	Ada, lengkap	7
3	Pengawasan				
a	Format Pengawasan Petugas	Tidak ada	Ada Tapi tidak diisi	Ada dan diisi	4
b	Sistem Pengawasan Petugas	Tidak ada	Ada Tapi tidak berjalan	Ada dan berfungsi	4
4	Penilaian				
a	Sistem Penilaian internal Puskesmas	Tidak ada	Ada Tapi tidak berjalan	Ada dan berfungsi	4
b	Sistem Penilaian eksternal	Tidak ada	Ada Tapi tidak berjalan	Ada dan berfungsi	7
B	Manajemen SDM				
1	Membuat daftar catatan kepegawaian petugas	Tidak ada	Ada Tidak lengkap	Ada, lengkap	10
2	Membuat uraian tugas dan tanggung jawab petugas penanggung jawab dan	Tidak ada	Ada Tidak lengkap	Ada, lengkap	4

	pelaksana program P2DBD				
3	Membuat format pengawasan dan penilaian petugas	Tidak ada	Ada Tidak lengkap	Ada, lengkap	4
C	Manajemen Keuangan				
1	Membuat perencanaan keuangan untuk program P2DBD berdasarkan analisa permasalahan yang ada	Tidak ada	Ada Tidak lengkap	Ada, lengkap	7
2	Melakukan pengawasan internal terhadap keuangan program P2DBD	Tidak ada	Ada Tidak lengkap	Ada, lengkap	7
3	Melakukan evaluasi internal terhadap keuangan program P2DBD	Tidak ada	Ada	Ada, lengkap	7
				Jumlah	172

Jumlah Variabel $29 \times 10 = 290$

Nilai rata-rata $172 / 29 = 5,93$

Kapasitas manajemen program P2DBD adalah

$\frac{172}{290} \times 100 \% = 59,31 \%$

290

Penilaian :

Baik bila nilai rata-rata $\geq 8,5$

Sedang bila nilai rata-rata antara 5,5 – 8,4

Kurang bila nilai rata-rata $< 5,5$

Hasil : kapasitas manajemen program P2DBD belum mencukupi

(59,31 %)

Nilai = sedang

Keterangan mengenai hal-hal yang disebutkan di atas ditemukan dari hasil penelitian di bawah ini.

6.4 Komponen Input

6.4.1 SDM

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang dilakukan di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, jumlah tenaga kesehatan yang langsung terlibat dalam penanggulangan penyakit DBD adalah sebanyak 3 orang dengan jabatan dan tugas pokok sebagai berikut :

NO	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN TERAKHIR	JABATAN	TUGAS POKOK
1	P	S 1 Kedokteran Umum	Kepala urusan pemberantasan penyakit menular	Penanggung jawab program DBD dan penyakit menular lain. Pelayanan kesehatan di Poli Umum.
2	L	D3 Penilik Kesehatan	Koordinator DBD	Pelaksana Program DBD
3	P	SPPH	Koordinator Kesling	Surveillance

Informasi mengenai ketersediaan tenaga dalam hal jumlah untuk mengelola program DBD didapat melalui wawancara mendalam dari 3 orang informan, yaitu sebagai berikut :

”...Dari ketenagaan kita memang kurang, satu petugas bisa memegang beberapa program, jadi untuk DBD juga tidak khusus. Dokter saja kita kurang, baik di Kecamatan maupun di kelurahan, makanya kita adanya dokter honorer. Petugas surveilans bukan Cuma melakukan surveilans DBD aja, tapi juga surveilans penyakit lain.....”

"....Jumlah SDM selama ini memang kita rasakan kurang bu, seperti untuk tenaga surveilans"

".....SDM dengan DBD, untuk pelaksanaanya yang 2 orang itu, penanggungjawabnya dokter umum, selain itu dia juga harus periksa pasien juga. Memang sebaiknya penanggungjawab program itu tidak periksa pasien, karena kalau di poli kan sampai siang..bagaimana dia mau melakukan koordinasi, kasihan juga dokternya.. dia harus mikirin program juga periksa pasien.."

Dari hasil wawancara di atas jumlah tenaga masih dirasakan kurang dan terdapat beban kerja yang tidak sesuai pada penanggung jawab program dan petugas surveilans. Sedangkan dalam hal kualitas yang dilihat dari pelatihan yang pernah diikuti oleh petugas Puskesmas sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya. Pelatihan tersebut dapat berupa pelatihan mengenai manajemen atau teknis pengelolaan program, didapatkan hasil wawancara sebagai berikut :

".....Kalau saya sih belum pernah ya...karena baru 2 bulan di sini, kalau yang lain mungkin sudah...."

".....Pelatihan sudah tapi cuma 1 atau 2 hari, belum mencukupi. Yang diinginkan pelatihan yang lama tapi mencukupi misalnya 3 bulan. Pelatihan yg pernah diikuti pernah pelatihan epidemiologi terpadu. Untuk pelatihan mapping DBD rasanya perlu juga, yang diinginkan tidak usah sering-sering tapi lama dan menyeluruh..."

Dari hasil wawancara di atas upaya peningkatan kualitas SDM dari segi teknis pelaksana melalui pelatihan sudah cukup, namun dari sisi manajemen program belum dirasakan cukup.

6.4.2 Dana/anggaran

Mulai tahun 2007, Puskesmas di DKI Jakarta berbentuk Badan Layanan Umum Daerah. Anggaran yang didapat oleh Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu berasal dari Pendapatan Puskesmas sebanyak 2 M dan dari subsidi pemerintah daerah sebanyak 5 M. Dari pendapatan Puskesmas diatas sebanyak 35 % dialokasikan untuk kesejahteraan karyawan, 5 % untuk pembinaan dan 55% untuk operasional. Dana subsidi APBD dialokasikan untuk pengadaan sarana prasarana dan proram kesehatan masyarakat.

Dari hasil wawancara didapatkan anggaran untuk program P2DBD berasal dari dana Kesehatan masyarakat yang didapatkan dari APBD dengan persentase cukup besar, yaitu sebesar 1,7 M atau 34 % dari dana APBD yang didapatkan oleh Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Hal ini dapat dibaca pada hasil wawancara di bawah ini :

"....Dana untuk DBD tahun 2009 itu perkiraannya sekitar 1,7 M...."(P 2)

"....Sumber dana kita yang dari APBD (keseluruhan) atau subsidi berjumlah 5 M...."

6.4.3 Sarana/Prasarana

Sarana untuk pelaksanaan program DBD seperti tempat pertemuan dan kendaraan tersedia untuk pelaksanaan kegiatan. Informasi untuk sarana tempat pertemuan seperti yang didapat dari wawancara berikut ini :

".....Oya..ruang pertemuan kita ada...tapi biasanya kita harus janjian dulu sama program lain.."

".....Tempat pertemuan...itu ada bu..."

Sedangkan informasi mengenai kendaraan yang dapat dipergunakan untuk menjalankan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Pasar minggu didapat dari hasil wawancara berikut ini :

".....Kendaraan khusus utk program DBD belum ada, tap kayak kita misalnya pakai kendaraan dinas atau kadang-kadang mobil dinas , kadang-kadang kita pakai yang itu tapi kalau enggak ada ya...pakai kendaraan sendiri....."

".....Kendaraan ada...kalau PSN bisa pakai mobil dinas....."

Jadi maksudnya kendaraan dinas yang ada bukan dikhususkan untuk pelaksanaan program DBD saja tapi juga untuk pelaksanaan semua program.

6.4.4 Metode

Ketersediaan metode dimaksudkan adalah pedoman program penanggulangan DBD atau bentuk yang lain seperti standar operasional atau petunjuk teknis. Penyusunan kebijakan, pedoman, SOP atau Juknis adalah wewenang institusi yang ada di atas Puskesmas seperti Departemen Kesehatan RI dan Dinas Kesehatan Provinsi. Informasi mengenai hal ini kita peroleh dari hasil wawancara institusi selain Puskesmas yaitu sebagai berikut :

".....Kalau untuk Puskesmas..kita kan punya buku yang merah...(Pedoman Pencegahan dan Pemberantasan DBD)....."

".....Nah itu ada berapa..10 kegiatan yang harus dilakukan di Puskesmas Nah ini.. sudah lengkap mulai dari pusat sampai ke kecamatan atau Puskesmas....."

".....Kita sih sudah cetak nih buku yang merah (stop DBD), maunya sih sudin memperbanyak,Puskesmas juga, kan sudah punya anggaran sendiri-sendiri, tapi ya begitu susah..."

".....Memang ada kita bagikan tiap-tiap Puskesmas, tapi tidak tahu apakah masih ada...."(sudin)

Sedangkan ketersediaan pedoman, juknis, SOP di Puskesmas didapat dari hasil wawancara sebagai berikut :

".....Buku pedoman.. yang merah...mungkin ada ya... paling satu Perlu ditambah ya...karena kan kelurahan juga musti dapat bahkan mungkin ke masyarakat. (buku pedoman P2DBD)"

".....Buku pedoman yang merah ada 1, buku modul pelatihan belum punya. Perlu Buku petunjuk pelaksanaan PSN dan fogging focus, dan kalau buku Stop DBD punya satu-satunya, Perda..... yang nomor 6 tahun 2007 itu ya.... punya....."

6.5 Komponen Proses

6.5.1 Perencanaan

1. Perencanaan Kegiatan

Dari wawancara dan telaah dokumen yang didapatkan adalah masing-masing program dimintai masukannya untuk kemudian dikumpulkan menjadi suatu perencanaan kegiatan Puskesmas.

Terdapat permasalahan dalam proses perencanaan seperti yang didapat dalam jawaban wawancara ini :

".....Biasanya kita dimintain masukannya bu, nanti kan direkap sama bagian perencanaan....."

".....Ya..mereka kita mintai masukannya dok,...tapi itulah harusnya kan masukan mereka itu sudah jadi ya, sudah dikoreksi sama penanggungjawabnya, kita tinggal merekap saja, ini enggak, kita harus turun juga, kadang-kadang kita juga bingung....."

".....Sekarang kita sistemnya Bottom Up jadi mereka koordinator programnya kita mintai masukan, mereka kan...lebih tahu ya....terus nanti kita sesuaikan dengan pagu, kalau ternyata uangnya enggak cukup, ya kita kurangi,....."

Pada saat ditanyakan siapa yang berwenang menetapkan prioritas alokasi anggaran untuk kegiatan program Demam Berdarah jawaban yang didapat berbeda, yaitu :

".....Harusnya Kepala Puskesmas ya....."

".....Kita yang memberi masukan kegiatannya apa saja, nanti bagian perencanaan yang menentukan, kalau tidak melebihi plafon sih jarang dicoret....."

".....Kalau ditanya siapa yang menentukan sih...semuanya menentukan, karena kita tentukan dalam rapat....."

Tahapan perencanaan yang terdapat dalam materi perencanaan program P2DBD 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.

Dari hasil wawancara mengenai perencanaan kegiatan tidak ditemukan jawaban yang mengarah kepada tahapan perencanaan tersebut. Pertemuan untuk membahas harmonisasi kegiatan untuk lintas program di Puskesmas seperti minilokakarya bulanan atau tribulanan jarang dilakukan, hal ini didapat dari wawancara sebagai berikut :

".....Pertemuan untuk kita sendiri paling 1 bulan sekali itu, tapi enggak sampai membicarakan kegiatan masing-masing....."

".....Semacam sinkronisasi kegiatan ya, kalau di sini belum pernah dok, jadi masing-masing ngejalanin kegiatannya masing-masing, kalau dulu malah jalan seperti minlok...."

".....Kita enggak pernah tahu mereka punya atau tidak kegiatan penyuluhan untuk DBD, harusnya kita dikasih tahu dan diajak juga, tapi ya memang begitu, karena promosi kesehatan itu kan every body business.... kita juga melakukan itu, ini ada datanya kalau ibu mau. "

Dari jawaban diatas diketahui bahwa Puskesmas Kecamatan biasanya mengadakan pertemuan internal minimal 1 kali sebulan yang melibatkan lintas program (Program pelayanan kesehatan dan kesehatan Masyarakat). Topik yang dibahas dalam pertemuan itu semua hal yang dianggap penting dibicarakan, tidak khusus DBD. Walaupun Kepala Puskesmas dan pelaksana program seminggu sekali membahas khusus DBD di Dinas Kesehatan Provinsi, Suku Dinas Kesehatan dan Kecamatan Pasar Minggu. Seperti yang didapat dari jawaban wawancara ini :

".....Setiap Senin ada pertemuan di Kecamatan, Selasa di Sudin dan hari Kamis kepala Puskes menghadiri pertemuan di Dinas (provinsi)....." (pelaksana program PKM)

".....Oiya, tiap kamis mereka kita panggil pertemuan di sini, nanti Puskesmas dikelompokkanuduknya, kalau yang masih daerah merah ditanyakan masalahnya....." (Dinkes prov)

".....Di sini pertemuan DBD tiap Selasa....." (Sudin)

Ada rencana dari Puskesmas untuk secara rutin mengadakan pertemuan DBD tiap Senin sebelum datang menghadiri pertemuan di Kecamatan

".....Kita memang ada rencana untuk mengadakan pertemuan seninan di sini...,maksudnya untuk mempersiapkan data sebelum kita bawa ke Kecamatan....."

2. Perencanaan SDM

Untuk merencanakan kebutuhan tenaga, peneliti telah melakukan wawancara dengan hasil sebagai berikut :

".....Kalau perlu tenaga, kita usulkan ke sudin, tapi terserah sudin mau turun berapa,...ya PNS,..kalau kontrak kita udah enggak bisa nambah, ada kebijakan untuk memanfaatkan tenaga yang ada saja...."

".....Kalau tenaga untuk pengelola program, kalau kita perlu bantuan tambahan tenaga kita bilang ke Kepala Puskes"

".....Puskesmas biasanya mengajukan kebutuhan tenaga ke Dinas (provinsi)...."

".....Tenaga yang ada di Puskesmas Kecamatan ditentukan dari sini, tapi kita tidak menghususkan tenaga ini buat program apa, tapi biasanya Puskesmas mengajukan kebutuhan tenaga, nanti kita akan memenuhi sesuai pertimbangan....."

3. Perencanaan Anggaran

Dari wawancara peneliti dengan beberapa narasumber dan telaah dokumen di beberapa institusi didapatkan hal-hal yang berhubungan dengan perencanaan anggaran program DBD di Puskesmas, yaitu :

"... .. memang ada, dan kita mengajukan rencana anggaran disetujui dan dananya turun....."

".....Perencanaan anggaran untuk DBD kita ajukan, nanti bagian perencanaan yang merekap, jarang sih dicoret... Dana untuk 2009 itu perkiraan 1,7 terdiri dari bahan bakar, gaji upah, pengadaan insektisida, APD dan perkakas kerja....."

"...Ya biasanya kita yang di program dimintain masukan, disesuaikan dengan plafon..."

".....Kita memang besar di fogging dok, dibanding sama Puskesmas yang lain, tapi bagaimana lagi, kasus kita kan tinggi,tiap ada kasus terus PE nya positif kan harus di fogging. Perkiraannya untuk perencanaan anggarannya begini.....kita lihat data tahun lalu, kalau

tahun lalu ada 300 kasus, perkiraan kita tahun ini ada 350-300 kasus, jadi foggingnya terpaksa segitu.....”

Puskesmas Kecamatan di DKI mulai tahun 2007 sudah berbentuk BLUD, atau Badan Layanan Umum Daerah. Konsekuensi dari aturan ini adalah Puskesmas membiayai sendiri dana operasional, pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan kesejahteraan karyawan, termasuk didalamnya penggajian karyawan kontrak atau honorer yang semula dibiayai oleh APBD.

Sedangkan dana yang dibiayai oleh subsidi APBD diperuntukkan untuk pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif (program Kesehatan Masyarakat). Dana ini juga untuk pengadaan alat, bahan dan obat.

”.....Anggaran kita sebenarnya enggak masalah dok, Kita mengajukan untuk penanggulangan fokus 600, ada 400 di setuju, tapi masalahnya penanggulangan fokus yang dilakukan Cuma fogging, sedangkan kalo yang yang bener itu kan ada 4 kegiatan kan, selain fogging, juga penyuluhan, larvasidasi, abatisasi. Jadi fogging enggak bisa turun sendiri tim penyuluhan siap enggak, begitu juga tim abatisasi dan larvasidasi, begitu.. pengertian penanggulangan fokus itu yang mesti disamain dulu...”

4. Perencanaan Sarana/Prasarana

Sarana dan prasarana seperti gedung dan kendaraan dibiayai dari APBD. Khusus untuk kendaraan operasional atau yang berkaitan dengan program DBD, Puskesmas bisa mengajukannya lewat perencanaan anggaran subsidi APBD. Hal ini tercetus saat wawancara penelitian sebagai berikut :

“.....Sebenarnya bisa dibuat terobosan misalnya dengan memberikan hadiah kepada jumentik yang berprestasi, jangan tanggung-tanggung hadiahnya, misalnya motor...kan bisa diajukan pakai dana APBD.....”

“..... Kalau sarana, kendaraan dari kita, Jumlah anggaran tergantung dari kebutuhan masing-masing Puskesmas.....”

6.5.2 Pelaksanaan

1. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang dimaksudkan disini adalah upaya mengobati, merawat atau merujuk suspek penderita Demam Berdarah Dengue yang datang ke Puskesmas atau yang dirujuk oleh kader kesehatan ke Puskesmas.

Informasi mengenai hal ini didapatkan dari hasil wawancara sebagai berikut :

".....Puskesmas itu kan adalah pelayanan dasar, jadi kalau ada pasien maka dilakukan pemeriksaan, dilaporkan dalam 1 sampai 3 kali 24 jam dan dirujuk ke rumah sakit. Alur pelayanan yang ada adalah untuk semua pasien umum mulai dari pasien masuk sampai diobati dan dirujuk. Kalau alur pasien DBD secara khusus sih tidak ada....."

".....Kebijakan pelayanan di sini adalah bila ada anak atau orang dewasa panas lebih dari 3 hari, hitung trombosit bila di bawah 150.000, kita rujuk dengan observasi trombositopeni, tidak langsung suspek DBD karena tergantung hasil lab yang lain. Begitu mereka dinyatakan DBD, kita harapkan masyarakatnya lebih responsif....."

Ketika peneliti mempertanyakan ketersediaan ruang rawat inap yang dimiliki oleh Puskesmas Kecamatan, maka jawaban yang didapatkan adalah :

".....Ini khusus untuk RB aja bu, kita enggak ngerawat pasien DBD...."

".....Puskesmas itu pelayanan kesehatan primer ya..jadi kita enggak merawat pasien DBD di sini....."

Ketersediaan alat laboratorium untuk diagnosa dini DBD, seperti hitung trombosit, peneliti mendapatkan jawaban yang berbeda, dinyatakan dalam hasil wawancara berikut ini :

".....Buat hitung trombosit kayaknya belum ada ya....."

".....Puskesmas bisa mengadakan alat-alat lab seperti itu, kan sudah punya anggaran sendiri..."

"..... Alat-alattersedia...misalnya untuk fogging, tapi alat pemeriksaan laboratorium terbatas, yang ada cuma darah lengkap,

untuk hitung trombosit belum bisa, jadi pasien memang harus dirujuk...”

”.....Alat lab untuk hitung trombosit ada.....”

Jadi setelah menjadi BLUD, Puskesmas dapat mengajukan perencanaan anggaran untuk pengadaan alat kesehatan termasuk alat laboratorium untuk pemeriksaan DBD, untuk mendapatkan subsidi anggaran dari APBD.

Alur pelayanan pasien yang tersedia, untuk semua penyakit, tidak khusus untuk DBD. Belum terdapat kesepakatan atau MOU (*memorandum of Understanding*) antara Puskesmas dan RS untuk merujuk pasien secara cepat, sehingga pasien DBD dapat langsung tertangani.

2. Penyelidikan Epidemiologis dan Penanggulangan Fokus

Penyelidikan epidemiologis dilakukan oleh Puskesmas setelah menerima data kasus DBD yang terjadi di wilayah Kecamatan Pasar Minggu. Data kasus merupakan hasil rekapitulasi kasus di rumah sakit oleh Dinas Kesehatan Provinsi yang diterima Puskesmas lewat internet.

”.....Surveilans dan penyelidikan epid sudah jalan, petugas kita mendata secara rutin dan kalau terjadi kasus DBD di lapangan.....”

”.....Penyelidikan epidemiologis itu kan kita harus berdasarkan data, bila data terlambat, PEnya juga jadi terlambat....., langkah penanggulangan fokusnya juga jadi terlambat.”

”..... Pasien yang didiagnosa sebagai suspek DBD dirujuk ke RS, setelah itu RS akan memberikan laporan kepada Dinas Kesehatan dan TGC akan turun ke Puskesmas , untuk kemudian Puskesmas akan melakukan PE.....”

Data yang diterima dapat sekaligus banyak, hal ini menyulitkan petugas untuk melakukan penyelidikan epidemiologis secara cepat.

”..... kalau data diterima lebih cepat, petugas bisa langsung turun ke lapangan dan kasus tidak terlambat ditangani, respon timnya diminta

2 X 24 jam, Sehingga pelaksanaan fogging dan Pe tidak terlambat, misalnya waktu data bulan mei kemarin sekaligus Juni, dan banyak, mengejar untuk melakukan PE itu yang sulit, jadi fogging fokusnya juga terlambat. Dua kegiatan pada saat PE itu mencari tempat perindukan, breeding places dengan kata lain melihat keberadaan jentik dan kegiatan yang lain adalah mencari penderita panas, kalau di petunjuk itu panas tanpa sebab. Karena data yang terlambat itu, kadang-kadang masyarakat tanya, bapak kemana aja baru turun sekarang....”

3. Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)

Menurut pedoman pemberantasan DBD, selain dilakukan oleh kader, PKK, Jumantik, dan tenaga pemeriksa jentik lainnya, PJB dilakukan juga oleh masing-masing Puskesmas terutama pada desa atau kelurahan endemis (cross check) pada tempat-tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* di 100 sampel rumah yang dipilih secara acak, dan dilaksanakan secara teratur setiap 3 bulan untuk mengetahui hasil kegiatan PSN DBD oleh masyarakat. Pengambilan sampel harus diulang untuk setiap siklus pemeriksaan. Keterangan mengenai pemeriksaan jentik berkala didapatkan peneliti dari hasil wawancara sebagai berikut :

”.....Pemeriksaan jentik berkala sekarang dilakukan oleh jumantik, laporannya akan diserahkan ke kordinator RW, kordinator RW akan menyerahkan kepada puskesmas kelurahan, nah di sini sering macet dok, kita enggak nyalahin puskesmas kelurahan karena koordinator RW harus ngumpulin dari jumantik.....”

”.....Setelah kumpul Puskesmas kelurahan akan melaporkan kepada kita Puskesmas kecamatan. Tiap senin Puskesmas melaporkan hasil rekapan kepada kecamatan biasanya di kantor camat. Makanya kita pingin sebelumnya ada pertemuan dulu di puskesmas yang disebut seninan itu.....”

”.....Pemeriksaan jentik berkala itu sama jumantik dikelurahan, mereka ngerjain bisa seminggu sekali. Kita ambil data dari jumantik tapi sekali-kali petugas kita juga turun, tapi kan enggak bisa sering karena petugas kita kan bukan Cuma mengerjakan DBD.....”

”.....Alur pemeriksaan jentik itu, setelah pemeriksaan jentik oleh jumantik dilaporkan ke koordinator jumantik tingkat RT, kemudian akan dilaporkan ke puskesmas kelurahan, petugas surveilans di puskesmas akan merekap dan melapor ke puskesmas kecamatan dan

kekelurahan, Puskesmas kecamatan akan merekap dari tiap kelurahan dan akan melapor ke kecamatan dan suku dinas.....”

Dari laporan Puskesmas Kecamatan tahun 2007 terdapat catatan pemeriksaan jentik berkala yang dilakukan oleh petugas Puskesmas tiap triwulan. Data ini menunjukkan jentik positif atau ditemukan jentik pada 2211 rumah/TTU yang diperiksa, sedangkan yang negatif sejumlah 16694. Hal ini menunjukkan angka bebas jentik kurang lebih 88 %. Dari catatan ABJ yang dilaporkan Puskesmas (yang merupakan hasil pemeriksaan Jumantik) kepada Dinas Kesehatan tahun 2007 berkisar pada angka 96 %. Terdapat perbedaan ABJ yang dilakukan oleh petugas Puskesmas (PJB) dengan yang dilakukan jumantik.

4. Pelatihan Petugas Penyemprot

Puskesmas melakukan kegiatan pelatihan petugas penyemprot, hal ini didapatkan dari hasil wawancara sebagai berikut :

”..... pelatihan untuk petugas penyemprot kita adakan, tapi ya itu tadi kita perlu buku juknis penyemprotan.....”

”.....Kalau pelatihan untuk petugas penyemprot sih dilakukan pelaksana program, tapi bunyinya memang tidak boleh pelatihan, karena yang namanya pelatihan itu tupoksinya diklat.....”

5. Pertemuan/pelatihan/pembinaan kader dan jumantik

Pertemuan atau pelatihan untuk kader tidak dilakukan khusus untuk membicarakan, menyampaikan, dan melatih pelaksanaan program pencegahan dan pemberantasan DBD. Tapi pembicaraan mengenai program DBD disisipkan dalam pertemuan kader yang dilakukan oleh program lain. Pelatihan tidak bisa dilakukan oleh Puskesmas, kecuali bekerja sama dengan bagian Diklat yang ada di Dinas Kesehatan. Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu keberatan untuk bekerja sama dengan Diklat dengan alasan anggaran.

”.....Tapi kalau kita melaksanakan pelatihan itu bukan tupoksi kita. Itu Dinas Kesehatan.....”

”.....Semua yang namanya pelatihan itu adanya di Diklat bu...”

”.....Puskesmas kecamatan yang lain sih sering ngundang diklat untuk pelatihan,tapi kita jarang....karena biaya untuk mengundang mereka mahal sekali...jadi walaupun kita buat pelatihan judulnya enggak pelatihan.....”

Sedangkan menurut buku pedoman pencegahan dan pemberantasan DBD, Puskesmas juga melakukan pelatihan mengenai DBD khususnya untuk kader, jumantik dan masyarakat umum sesuai dengan kemampuan dan fungsi Puskesmas.

6. Kegiatan 3 M sebelum masa penularan

Kegiatan 3 M sebelum masa penularan difahami oleh Dinas Kesehatan, Suku Dinas Kesehatan dan Puskesmas sebagai gerakan PSN. Tidak ada kekhususan pada bulan-bulan tertentu terdapat peningkatan eskalasi kegiatan PSN atau gerakan-gerakan khusus untuk mempersiapkan masa-masa penularan. Gerakan PSN yang dilakukan adalah tiap Jumat yang dilakukan bersama-sama Kecamatan, Kelurahan, PKK, Jumantik dan Juminten.

”.....Gerakan 3M seperti mengubur menutup menguras kan seharusnya bukan dilakukan oleh petugas kesehatan Puskesmas, tapi oleh masyarakat. Yang menggerakkan memang biasanya kecamatan.....”

”.....Ya mungkin dengan PSN itu.....”

7. PSN DBD

Di Kecamatan Pasar Minggu, setiap Jumat dilakukan kegiatan Jumat Bersih dan Jumat Sehat. Kegiatan Jumat Bersih biasanya dikonsentrasikan pada 1 RW untuk menggerakkan masyarakat melakukan PSN, kegiatan ini melibatkan semua koordinator jumantik, PKK, Kecamatan, lintas sektor dan dokter Puskesmas Kelurahan. Sedangkan kegiatan Jumat Sehat dimaksudkan untuk meningkatkan

gerakan masyarakat untuk lebih peduli kepada perilaku hidup bersih dan sehat. Pihak yang dilibatkan adalah Kecamatan, dokter Puskesmas dan dokter praktek swasta di wilayah ini.

".....Tiap Jumat kita turun sama-sama Pak Camat, PKK dan jumantik....."

".....Kegiatannya seperti itu, paling mereka ikut periksa 2-3 rumah.....setelah itu tunggu laporan jumantiknya, seperti seremonial saja....."

".....Kita ikut saat PSN, dipimpin Pak Camat, tapi ya memang ada kendalanya...."

Tujuan dari kegiatan PSN adalah mengendalikan populasi nyamuk *Aedes aegypti* sehingga penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi. Kegiatan ini perlu peran serta aktif masyarakat. Beberapa kendala yang dikemukakan yaitu :

".....Seperti kenapa Pasar Minggu angka DBDnya tinggi terus, itu karena banyak lahan-lahan kosong yang tidak jelas pemiliknya, atau rumah-rumah besar yang sulit dimasuki..."

"..... Wilayah pasar minggu memang luas sekali, kita banyak lahan kosong, transportasi sudah bagus, penularan lebih gampang, kita punya satu lokasi di marinir susah dimasuki, tapi satu bulan yang lalu sudah tidak ada hambatan lagi.mungkin sebelumnya cara koordinasi dan prosedur kita yang belum pas...."

8. Surveilans epidemiologi

Kegiatan surveilans epidemiologi di Puskesmas yang dimaksudkan dalam pedoman P2DBD meliputi pengumpulan dan pencatatan data tersangka DBD untuk melakukan PE. Pengolahan dan penyajian data penderita DBD untuk pemantauan KLB berdasarkan laporan mingguan, laporan bulanan dan program pemberantasan DBD, data dasar perorangan penderita DD, DBD, SSD, penentuan stratifikasi (endemisitas) desa/kelurahan, distribusi kasus DBD per RW, dan penentuan musim penularan. Dari hasil wawancara dengan

narasumber pelaksanaan kegiatan surveilans DBD di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu yaitu :

".....Surveilans dilakukan tiap hari dan jika ada kasus. Pentingnya ketepatan dan kelengkapan laporan. Kendala yang ditemui adalah :Laporan yang terlambat (dari puskesmas kelurahan), SDM yang kurang, Anggaran kurang, terus Sistem informasi belum valid....."

".....Surveilans dan penyelidikan epid sudah jalan, petugas kita mendata secara rutin dan kalau terjadi kasus DBD di lapangan.....Kalau bicara kendala sih pasti ada, karena kan kita punya petugas kan terbatas, dia enggak Cuma melakukan surveilans DBD aja, tapi juga penyakit yang lain....."

9. Sistem Kewaspadaan Dini dan penanggulangan KLB

Menurut buku modul pelatihan bagi pengelola program P2DBD di Indonesia sistem kewaspadaan dini dapat dibangun dengan menciptakan sistem surveilans DBD (kasus dan vektor). Dalam wawancara yang dilakukan oleh peneliti mengenai sistem kewaspadaan dini dan penanggulangan KLB di Puskesmas Pasar Minggu, diperoleh keterangan sebagai berikut

"....Selama ini kalau ada kasus ya memang kita tangani secara dasar di Puskesmas dan langsung kita rujuk..."

"...Ya mungkin dengan PE bu, jadi kalau ada data kasus kita terima kita bisa langsung turun untuk menilai jentik juga adanya kasus demam tanpa sebab itu....."

Pada jawaban di atas belum ditemukan adanya sistem kewaspadaan dini KLB DBD yang secara khusus dibangun di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu untuk mengantisipasi adanya wabah atau KLB DBD

10. Sosialisasi/Penyuluhan DBD

Sosialisasi kepada lintas sektor dilaksanakan oleh Kepala Puskesmas pada pertemuan lintas sektor yang biasanya dilaksanakan di kantor kecamatan, seperti dalam wawancara berikut ini :

".....Puskesmas yang ngejelasin tentang DBD kalau pertemuan atau rapat di Kecamatan....."

”.....Kita biasanya menyampaikan pada rapat di Kecamatan.....”

”.....Kecamatan nanti biasanya tanya data tentang DBD ke kita tiap hari senin, makanya kita mau di sini ada pertemuan dulu.....”

Sedangkan penyuluhan untuk DBD dilakukan oleh petugas Promosi Kesehatan, sesuai dengan data-data yang didapat. Penyuluhan kesehatan untuk DBD pada bulan Januari sampai Maret tahun 2009 dilakukan sebanyak 445 kali di dalam gedung (rata-rata 149 kali/bulan) dan 2418 kali diluar gedung (rata-rata 806 kali/bulan).

Sedangkan penyuluhan DBD yang dilakukan oleh penanggungjawab, pelaksana program atau lintas sektor yang lain tidak ditemukan dokumen data khusus, tapi didapat dari jawaban wawancara sebagai berikut :

”.....Sambil PSN tiap jumat kita juga penyuluhan bu.....”

”.....Tiap Jumat kita turun sama-sama sekalian PSN dan penyuluhan.....”

Namun dana yang dialokasikan untuk penyuluhan belum memadai. Alokasi dana lebih terserap untuk kegiatan fogging fokus, walaupun ada keinginan untuk mengalokasikan anggaran DBD untuk kegiatan penyuluhan dan PSN lebih besar.

”.....Coba ada keberanian dari kita untuk mengalihkan dana fogging yang besar itu untuk kegiatan PSN.....”

”.....Tanya saja pada mereka, berapa uang yang dialokasikan untuk penyuluhan, saya rasa tidak besar,....itu mungkin karena penyuluhan itu kegiatan yang keliatannya abstrak, sulit untuk diSPJkan.....”

”.....Dana fogging kita memang besar, lebih besar dari Puskesmas yang lain, tapi bagaimana lagi, memang kasus kita tingggi, kalau PE nya positif kan memang harus difogging.....”

11. Laporan hasil kegiatan

Dengan pencatatan dan pelaporan yang baik dan berkesinambungan akan terlihat adanya peningkatan jumlah penderita DBD di suatu desa/kelurahan dua kali atau lebih dalam kurun waktu 1

minggu dibandingkan dengan minggu sebelumnya atau adanya 5 kasus DBD di suatu desa/kelurahan dalam satu minggu. Hal ini dapat terlaksana dengan adanya kelengkapan dan ketepatan laporan.

Dari hasil wawancara penulis membagi laporan menjadi 2 :

a. Laporan Kasus

Pada laporan kasus, Puskesmas biasanya mengunduh data yang ada di internet yang sudah direkap oleh Dinas Kesehatan Provinsi dari rumah sakit di wilayah DKI Jakarta, untuk kemudian dilakukan penyelidikan epidemiologis. Kadang-kadang data yang diterima lewat internet ini tidak sesuai menurut Puskesmas, misalnya pasien yang bersangkutan tidak berdomisili di wilayah Puskesmas atau dengan diagnosa yang berbeda. Puskesmas merasa kesulitan untuk melakukan cleaning data yang ada di internet bila ternyata data kasus ini tidak sesuai. Proses ini bisa dilakukan dengan mengirim surat ke sudin kesehatan. Puskesmas sendiri tidak melaporkan data kasus penderita DBD.

".....Sekarang kan semuanya sudah bisa on line, jadi kita juga kalau mau lihat data dari dinas bisa buka di internet...."

".....Data kasus DBD bisa kita lihat dari internet dok.."

REKAPITULASI LAPORAN KASUS DAN PENANGGULANGAN DBD											
KECAMATAN PASAR MINGGU TAHUN 2005											
NO	KELURAHAN	LAPORAN		PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI					KETERANGAN		
		P	M	POS	NEG	NON DBD	TDK KTM	KSS	FAX	INTERNET	LAP. MASY.
1	Pejaten Timur	103	0	33	38	19	13	68	0	103	0
2	Pejaten Barat	117	0	31	38	16	32	69	0	117	0
3	Cilandak Timur	163	0	34	49	25	55	83	0	163	0
4	Ragunan	125	0	36	43	23	23	79	0	125	0
5	Pasar Minggu	160	0	40	49	22	49	89	0	160	0
6	Jati Padang	145	0	24	58	31	32	82	0	145	0
7	Kebagusan	66	0	22	24	13	7	46	0	66	0

Pasien penderita DBD adalah sumber penularan di wilayahnya, sehingga perlu gerak cepat dari Puskesmas untuk melakukan penanggulangan fokus, namun laporan adanya kasus penderita DBD kadang-kadang terlambat diketahui oleh Puskesmas karena data yang diterima dalam beberapa waktu kosong.

".....artinya kalau data diterima lebih cepat, petugas bisa langsung turun ke lapangan dan kasus tidak terlambat ditangani, respon timnya diminta 2 X 24 jam, Sehingga pelaksanaan fogging dan Pe tidak terlambat, misalnya waktu data bulai mei kemarin sekaligus banyak, mengejar untuk melakukan PE itu yang sulit, jadi fogging fokusnya juga terlambat....."

".....Selama ini pasien memang bisa dihitung trombosit di Puskesmas, bila hasilnya dibawah 150 ribu, kita rujuk dengan diagnosis observasi trombositopenia, tidak boleh langsung suspect DBD, karena tergantung pemeriksaan laboratorium lain, jadi sebenarnya gerak kita sangat tergantung dengan kerjasama dengan rumah sakit dan respon masyarakat, kalau memang sudah positif DBD, ada laporan ke kita, jadi bisa langsung bergerak...."

Jadi pada pelaporan kasus DBD terdapat rentang waktu mulai dari pasien didiagnosa pertama kali sebagai DBD sampai laporan di terima oleh Dinas Kesehatan provinsi untuk direkap dan ditayangkan di internet sampai pada pelaksana program DBD di Puskesmas. Belum ada kesepakatan atau kebijakan yang mengharuskan rumah sakit untuk melakukan pemberitahuan atau feed back langsung kepada Puskesmas agar segera dilakukan tindak lanjut pengendalian penularan di wilayahnya. Puskesmas berharap kepada masyarakat yang keluarganya didiagnosa DBD untuk segera melaporkan kepada Puskesmas di wilayahnya.

b. Laporan PJB

Alur pelaporan pemeriksaan jentik berkala di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu yaitu setiap minggu jumentik melaporkan hasil pemeriksaannya

kepada kordinator jumentik di tingkat RW, setelah itu dilaporkan kepada pelaksana program di Puskesmas Kelurahan. Pelaksana program di Puskesmas Kelurahan akan melaporkan kepada pelaksana program di puskesmas Kecamatan. Seperti yang terungkap dalam wawancara berikut ini :

“..... Laporan hasil PSN biasanya dilaporkan ke Kecamatan dan ke Dinas.....”

“.....Alur data setelah pemeriksaan jentik oleh jumentik ke kordinator jumentik tingkat RT, kemudian akan dilaporkan ke puskesmas kelurahan, petugas surveilans di puskesmas akan merekap dan melapor ke puskesmas kecamatan dan kekelurahan, Puskesmas kecamatan akan merekap dari tiap kelurahan dan akan melapor ke kecamatan dan suku dinas.....”

6.5.3 Pengawasan

1. Kegiatan program

Program P2DBD secara eksternal dilakukan pengawasan oleh institusi di luar Puskesmas. Kecamatan, Suku Dinas Kesehatan dan Dinas Kesehatan secara rutin mengundang Puskesmas untuk mendapatkan laporan.

Tapi secara internal, Kepala Puskesmas sendiri melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan program P2DBD. Selain itu Puskesmas juga merencanakan melakukan pertemuan khusus untuk DBD setiap hari senin (baru berjalan kurang lebih 2 minggu)

2. SDM

Pengawasan internal Puskesmas terhadap kinerja penanggung jawab program dan pelaksana program di Puskesmas sebenarnya berada di tangan Kepala Puskesmas,. Namun tidak ditemukan catatan atau form khusus untuk merekam kegiatan masing-masing penanggungjawab dan pelaksana program

”.....Kayaknya enggak ada ya, masing-masing sudah tahu tugasnya, dulu sih ada buku catatan harian untuk diisi masing-masing, sekarang sepertinya enggak jalan....”

”.....Format untuk pengawasan harian sperti itu tidak ada, tapi saya langsung mengawasi kinerja petugas Puskesmas dengan turun langsung apakah PSN atau kegiatan lain berjalan.....”

3. Anggaran

Dari sisi anggaran pengawasan dilakukan oleh internal dan eksternal institusi.

Karena Puskesmas mempunyai 2 sumber dana :

- a. BLUD , yang berasal dari pendapatan Puskesmas yang dialokasikan untuk operasional Puskesmas dan kesejahteraan karyawan
- b. APBD yang dialokasikan untuk program kesehatan masyarakat, pengadaan alat kesehatan dan obat.

Pengawasan keuangan yang berasal dari pendapatan Puskesmas dilakukan oleh tim pengawas keuangan yang dipimpin oleh Ka TU. Sedangkan pengawasan keuangan yang berasal dari APBD dilakukan oleh badan pengawas daerah (Bawasda) atau Badan Pengawas Kota (Bawasko).

".....Jadi kalau dari sisi keuangan, untuk dana BLUD kita mempergunakan dana dan mempertanggungjawabkan sendiri, pengawas langsung internal itu Ka. TU, jadi urutannya begini dok...(narasumber menuliskan di papan tulis). Sumber dana kita yang berasal dari subsidi atau APBD berjumlah 5 M, sedangkan yang dari pendapatan (BLUD) sebanyak 2 M. Untuk SPJ kegiatan dana subsidi atau APBD dipertanggungjawabkan langsung ke KPKN (komisi anggaran), dengan PA (pemegang anggaran) Ka Puskesmas, KPA (kuasa pemegang anggaran) itu Ka. TU nya, nah di tingkat Ka TU punya tim verifikasi SPJ....."

6.5.4 Penilaian

Penilaian kinerja petugas dalam bidang pelayanan kesehatan (upaya kesehatan perorangan/kuratif) terkait dengan standarisasi ISO. Penilaian untuk standarisasi ISO ini dilakukan secara internal dan eksternal. Sedangkan penilaian kinerja untuk program kesehatan masyarakat termasuk untuk program P2DBD, tidak bisa dimasukkan ke dalam standarisasi ISO, karena dianggap tergantung kepada faktor-faktor lain di luar Puskesmas seperti keterlibatan dan kinerja lintas sektor yang lain. Hal yang sama terjadi juga untuk program P2DBD. Hal ini terungkap dalam hasil wawancara di bawah ini :

".....Penilaian kinerja program, khususnya untuk pelayanan kesehatan, karena kita kan sudah ISO, walaupun Puskesmas kelurahan belum.....Penilainya dari luar bu, ada tim khusus.....tapi untuk kesmas itu enggak bisa ISO, karena kalau kesmas itu kan ada faktor-faktor luar yang terlibat, jadi tidak bisa kita kendalikan. ISO itu kan faktor-faktornya harus bisa kita kendalikan Jangan

seperti Puskesmas X yang mengISOkan program DBDnya, tapi besoknya ada KLB, kita enggak mau seperti itu.....”

”.....Kita menilai kinerja program dengan mengelompokkan Puskesmas menjadi wilayah merah kuning dan hijau, kalau pertemuan di Dinas mereka duduknya berdasarkan barisan itu....”

Tidak terdapat catatan mengenai penilaian kinerja perogram P2DBD Puskesmas yang dilakukan di tingkat internal Puskesmas.

6.6 Komponen Output

6.6.1 Kinerja Petugas Puskesmas

Informasi mengenai Penilaian kinerja petugas Puskesmas dalam pelaksanaan program P2DBD didapat peneliti dari sumber yang berbeda dengan jawaban yang berbeda pula. Hal ini dapat dilihat dari jawaban responden sebagai berikut :

”.....Kinerja petugas Puskesmas secara umum saya nilai antara baik ke sedang.....”

”.....Kinerja petugas Puskesmas belum begitu baik, coba mbak tanya, dari senin sampai Jumat mereka melakukan apa saja.....”

Kegiatan evaluasi program pencegahan dan pemberantasan DBD untuk wilayah Kecamatan pasar Minggu (eksternal Puskesmas) dilakukan oleh Kecamatan dipimpin oleh Ketua Camat. Sedangkan secara internal oleh Kepala Puskesmas pada saat rapat internal yang satu bulan sekali.

”.....Tiap minggu, khusus DBD selalu dibahas dan dievaluasi di Kecamatan.....”

”.....Evaluasi semua program Puskesmas pada pertemuan yang satu bulan sekali itu.....”

Keberadaan format penilaian kinerja Puskesmas tidak ditemukan, diketahui dari jawaban :

”.....Dulu sih ada, tapi sekarang enggak jalan.....”

”.....Enggak ada, kita melakukan pengawasan langsung, misalnya waktu PSN....”

6.6.2 Kemampuan manajemen Puskesmas dalam koordinasi dan fasilitasi lintas sektor/stake holder

Peran serta lintas sektor-lintas sektor yang ada di wilayah kecamatan Pasar Minggu pada kegiatan program pencegahan dan pemberantasan DBD yang dilakukan Puskesmas tergambar pada hasil wawancara peneliti kepada beberapa instansi di wilayah Kecamatan Pasar Minggu.

Pada data format PSN mingguan dari laporan Puskesmas, pihak-pihak yang datang, lebih sering dari perwakilan kecamatan, PKK, jumantik, juminten, Kepala Puskesmas, petugas pelaksana program Puskesmas, sedangkan dari lintas sektor lain jarang tercatat hadir. Walaupun dari hasil wawancara peneliti dengan institusi yang lain peneliti mendapatkan jawaban sebagai berikut :

” Kalau peran kecamatan itu lebih menitikberatkan pada pencegahan, sedangkan kalau fungsi pelayanan kesehatannya kan ada di Puskesmas ya. Pencegahan itu seperti PSN, menggerakkan masyarakat.....”

”.....PKK itu paling banyak berperan sebagai jumantik atau juminten. Iya.. dulu kan memang Puskesmas itu merekrut sendiri sukarelawan untuk jadi jumantik... tapi kemudian dari kita menyampaikan masukan, ..kenapa enggak anggota PKK saja yang diberdayakan begitu.....”

”.....Kalau kita biasanya ikut serta dalam PSN. Dinas Pertamanan itu ditetapkan oleh gubernur menjadi kordinator wilayah di Kecamatan Pasar Minggu. Jadi tiap minggu ke 2 dan ke 3 datang dari dinas pertamanan yang menjadi perwakilan dari kepala dinas pertamanan. Karena kepala dinasnya mungkin mempunyai kepentingan lain jadi diwakilkan, oleh namanya bapak N.....”

”.....Peran serta lintas sektor baik, tiap jumat mereka datang, dari kecamatan, seksi kecamatannya, PKK pokja-pokjanya, pertamanan...ya biasanya itu yang datang.....”

Dari institusi lain peneliti mendapat jawaban yang berbeda :

".....Ya begitu peran lintas sektor belum begitu baik, dari laporan kita nih, saya catat jarang hadir, yang turun kebanyakan ya..orang kesehatan juga....."

Puskesmas tidak mengundang lintas sektor atau stake holder lain untuk melakukan koordinasi tentang program P2DBD. Hal ini diserahkan kepada pihak Kecamatan. Seperti hasil wawancara berikut ini :

".....Biasanya pak camat yang ngundang..."

".....Engak, kita mengadiri saja pertemuan tiap senin di Kecamatan....."

Sebenarnya Kecamatan mempersilahkan Puskesmas untuk menjadi koordinator Program ini atau mengundang lintas sektor lain untuk membahas permasalahan DBD.

".....Boleh aja, kita persilahkan kalau Puskesmas mau mengundang dinas-dinas....."

6.7 Komponen Outcome

6.7.1 Angka Bebas Jentik

Dari data yang didapatkan peneliti dapat diketahui bahwa ABJ kecamatan Pasar Minggu dari bulan Juni 2008 sampai dengan bulan Mei 2009 berkisar pada angka 0 sampai 96,85 %. Angka 0 ditemukan pada bulan Oktober dan Desember 2008 dan Januari 2009. Ketika dikonfirmasi mengenai hal ini, responden menyebutkan hal ini diakibatkan oleh keterlambatan data.

6.6.2 Penemuan Kasus (insiden rate)

Dari data yang didapatkan oleh peneliti didapatkan kejadian kasus DBD (penderita) di wilayah Kecamatan Pasar Minggu relatif lebih tinggi dibandingkan dengan kecamatan yang lain di Jakarta Selatan. Data dari Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan pada tahun 2008, yaitu

Kecamatan	Jan	Feb	mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des
Cilandak	153	92	86	79	87	65	43	17	14	22	41	85
Jagakarsa	94	92	55	75	77	56	43	35	25	29	36	72
Kebayoran Baru	62	50	42	53	54	37	25	20	16	16	19	36
Kebayoran Baru	122	92	84	95	132	125	54	42	35	50	49	96
Mampang Prapatan	79	64	47	93	75	79	41	16	24	31	33	46
Pancoran	71	80	67	92	96	88	44	26	24	22	12	52
<i>Pasar Minggu</i>	<i>171</i>	<i>145</i>	<i>139</i>	<i>158</i>	<i>207</i>	<i>143</i>	<i>96</i>	<i>51</i>	<i>32</i>	<i>54</i>	<i>63</i>	<i>134</i>
Pesanggrahan	28	31	26	38	41	35	32	14	8	16	24	17
Setiabudi	51	37	51	49	52	32	34	17	9	11	12	34
Tebet	113	80	94	86	119	99	25	32	23	23	40	57
Total	944	763	691	818	940	759	437	270	210	274	329	629



**FORMULIR PENGAMATAN JENTIK BERKALA OLEH PETUGAS
KECAMATAN : PASAR MINGGU KOYAMADYA JAKARTA SELATAN**

Bulan : Agustus 2008 TRIWULAN : I

NO.	NAMA KELURAHAN	JUMLAH				JUMLAH RUMAH & TTU	JUMLAH RUMAH & TTU DIPERIKSA	Jumlah RUMAH & TTU DIPERIKSA (%)	HASIL PENGAMATAN				ABJ (%)
		RW	RT	RUMAH	TTU				JML JENTIK *)		JML TINDAKAN **)		
									+	-	AS	3M	
1	PASAR MINGGU	10	111	4363	38	4674	681	30	560	121	43	681	95
2	KEBAGUSAN JATI	8	87	9105	42	9147	521	29	369	152	65	521	95
3	PADANG	10	101	4526	35	4561	635	35	459	176	38	635	96
4	RAGUNAN CILANDAK	11	111	6840	28	6968	715	30	562	153	59	715	94
5	TIMUR PEJATEN	7	68	6125	31	6156	438	29	328	110	75	438	95
6	BARAT PEJATEN	8	100	7414	41	7455	628	31	433	195	84	628	94
7	TIMUR	11	145	7322	37	7359	746	30	429	181	91	746	95
	Jumlah	65	723	45695	252	46320	4364	76	3140	1088	455	4364	92

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini ingin mengetahui gambaran kapasitas manajemen yang dimiliki oleh Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Untuk mengetahui standar kapasitas manajemen yang seharusnya dimiliki Puskesmas untuk melaksanakan program pencegahan dan pemberantasan DBD, peneliti juga mewawancarai responden yang berasal dari institusi-institusi yang merupakan pengambil kebijakan dan pengawasan Puskesmas. Keterbatasan penelitian ini adalah tidak semua pertanyaan yang dimaksudkan untuk hal itu dapat ditemukan jawabannya.

Program P2DBD merupakan salah satu program kesehatan masyarakat yang memerlukan keterlibatan aktif lintas sektor-lintas sektor terkait. Pertemuan konsultasi antar negara yang diselenggarakan oleh WHO di New Delhi pada tahun 2002 merekomendasikan bahwa :tersebut menyatakan bahwa komunikasi dan mobilisasi sosial pencegahan DBD dilakukan melalui peningkatan kerjasama antara stakeholders terkait. Partner atau Stakeholders harus diidentifikasi dan ditetapkan tugas dan tanggungjawabnya dalam pencegahan dan pengendalian DBD(WHO 2002),

Keberhasilan dan kegagalan Puskesmas dalam melaksanakan program ini tidak hanya dilihat dari kinerja internal Puskesmas semata-mata, namun juga perlu dinilai partisipasi lintas sektor tersebut. Peneliti telah mencoba mencari informasi mengenai hal ini dengan mewawancarai sejumlah lintas sektor setingkat kecamatan, dengan mempergunakan teknik analisa stakeholder. Keterbatasan yang ditemukan adalah tidak semua lintas sektor yang memahami program P2DBD yang telah berlaku di DKI Jakarta serta perangkat pedoman dan peraturan daerahnya. Keterbatasan yang lain adalah bahwa penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Salah satu instrumen dalam penelitian ini adalah peneliti itu sendiri. Terbatasnya pengetahuan dan wawasan peneliti menjadi salah satu faktor yang menyebabkan hasil penelitian menjadi tidak akurat. Faktor yang lain adalah

peneliti tidak dapat mengikuti seluruh rangkaian kegiatan manajemen program yang akan dinilai, sehingga hasil penilaian bisa menjadi tepat.

Pembahasan hasil penelitian ini diharapkan dapat mendapatkan hal-hal yang ingin diketahui dalam tujuan khusus serta permasalahan dari tiap komponen penelitian yaitu Input, Proses, Output dan Outcome. Pada penelitian ini tidak dapat dihindari unsur subjectivitas peneliti dalam melakukan interpretasi hasil penelitian, serta tidak semua kegiatan dapat peneliti ikuti sehingga dilakukan juga akurasi data sekunder yang didapatkan dari berbagai institusi.

7.2. Komponen Input

7.2.1 SDM

Sumber daya manusia yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah petugas kesehatan di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, mulai dari Kepala Puskesmas, penanggung jawab program DBD dan lintas program yang lain sampai dengan pelaksana program DBD. Lintas program lain yang terlibat dalam program pencegahan dan pemberantasan DBD seharusnya adalah program promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, serta pengobatan dan rujukan pasien.

Namun kenyataannya SDM yang benar-benar terlibat dalam program P2DBD dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

NO	JABATAN	JUMLAH	PENDIDIKAN	TUGAS DAN PERAN
1	Kepala Puskesmas	1	Dokter gigi-S2 kesehatan masyarakat	Pimpinan manajemen Puskesmas Sosialisasi dan advokasi program DBD kepada lintas sektor
2	Penanggung Jawab Program P2M (penyakit menular)	1	Dokter Umum	Dokter di Poli Penanggung jawab dan koordinator program

				DBD dan penyakit menular yang lain.
3	Pelaksana program DBD	1	SPPH (D1)	Pelaksana harian program DBD (melakukan PE, surveilans, pencatatan pelaporan)
4	Pelaksana program Promosi Kesehatan	1	Perawat (D3)	Promosi Kesehatan (melakukan penyuluhan, pencatatan pelaporan promkes)
5	Petugas Surveilans penyakit menular	1	Perawat (D3)	Melakukan surveilans penyakit menular.

Dari segi kuantitas jumlah SDM yang benar-benar terlibat dalam program P2DBD ini dirasakan kurang untuk melakukan tugas harian di Puskesmas. Terdapat pekerjaan-pekerjaan yang tidak bisa tertangani secara sempurna, misalnya untuk surveilans. Petugas surveilans yang ada di Puskesmas kecamatan hanya 2 orang (nomor 3 dan 5) dan tidak hanya melakukan surveilans kasus DBD saja tapi juga penyakit menular yang lain. Walaupun di Puskesmas kelurahan juga mempunyai petugas surveilans penyakit menular (1 orang tiap Puskesmas dan jumlah Puskesmas kelurahan ada 7), hal ini tetap dirasakan kurang. Pekerjaan lain yang dianggap memerlukan tambahan tenaga yaitu untuk melakukan pengawasan terhadap hasil pemeriksaan jentik yang dilakukan jumentik. Walaupun jumentik dan juminten saat ini berada di bawah kelurahan, namun Puskesmas berkepentingan untuk melakukan cross cheque terhadap hasil pemeriksaan tersebut. Karena hasil pemeriksaan jentik mempengaruhi rencana tindak lanjut yang harus dilakukan Puskesmas.

Dari segi kualitas, untuk kompetensi manajemen program P2DBD, masih dirasakan kurang. Walaupun Kepala Puskesmas mempunyai

kecukupan dari sisi pendidikan, namun pelatihan khusus mengenai manajemen P2DBD belum pernah didapatkan. Sedangkan dalam hal teknis pelaksanaan program sudah cukup karena pelaksana program pernah mendapatkan pelatihan untuk itu, dan sudah berpengalaman melaksanakan program P2DBD.

Dari segi beban kerja, terdapat satu jabatan yaitu penanggung jawab program yang dirasakan bebannya berlebih. Hal ini disebabkan pejabat yang bersangkutan memiliki tugas rangkap, sebagai dokter yang bertugas di poli dan penanggung jawab program P2ML. Hal ini yang menyebabkan tidak optimalnya pelaksanaan kegiatan yang berkaitan dengan tanggung jawabnya 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.

Hal ini pernah disebutkan oleh Yaslis Ilyas (1999), yaitu ; "Pada negara berkembang fungsi dokter berbeda, terutama yang bekerja di Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Mereka mempunyai fungsi ganda yaitu fungsi administratif dan teknis medis. Mereka diharapkan mempunyai kinerja yang baik dalam kedua fungsi tersebut untuk mencapai tujuan organisasi kesehatan dengan sumber daya yang terbatas. Tentu ini bukan tugas dan kewajiban yang mudah untuk dicapai sekaligus."

7.2.2 Anggaran

Anggaran yang tersedia untuk program P2DBD sudah dirasakan cukup, namun alokasi untuk kegiatan program DBD yang belum memenuhi harapan. Sebagian besar anggaran terkonsentrasi untuk melakukan fogging. Sedangkan kegiatan-kegiatan lain yang harus dilakukan agar dapat merubah perilaku masyarakat seperti penyuluhan, pertemuan koordinasi lintas sektor, pelatihan kader dan jumentik, penggerakan masyarakat untuk melakukan PSN belum didanai secara cukup. Masalah pengalokasian dana ini bersumber dari tidak adanya pedoman yang jelas dari institusi yang berwenang sebagai pedoman

Puskesmas untuk menganggarkan kegiatan-kegiatan program DBD secara proporsional. Semua wewenang penganggaran tersebut diserahkan kepada Puskesmas. Karena Puskesmas dianggap sudah memiliki satuan anggaran tersendiri, dan harus mempertanggungjawabkannya. Wewenang alokasi anggaran di Puskesmas terletak pada Kepala Puskesmas, dengan mempertimbangkan usulan pelaksana, penanggung jawab program P2DBD serta dikoordinasikan dengan lintas program yang lain seperti program Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan dan Pengobatan rujukan pasien. Namun koordinasi ini belum berjalan dengan baik. Keterbatasan dana untuk kegiatan penyuluhan menyebabkan kegiatan yang penting ini dilakukan tidak secara khusus. Begitu pula dengan pencetakan dan penggandaan media informasi untuk DBD (leflet, booklet) dan pedoman atau petunjuk teknis pelaksanaan program. Walaupun sebenarnya Puskesmas diperbolehkan untuk mengalokasikannya untuk hal ini, namun belum dilakukan.

Dana untuk penggajian jumentik dan jumenten tidak lagi berada di Puskesmas, tapi terdapat di kelurahan. Honor yang didapatkan oleh Jumentik dirasakan tidak cukup untuk menutupi uang transport pemeriksaan jentik. Penerimaannya juga tidak setiap bulan. Penggajian yang tidak lagi dilakukan lewat puskesmas juga menjadi salah satu faktor yang menyebabkan pengawasan petugas Puskesmas kepada jumentik menjadi berkurang.

7.2.3 Sarana Prasarana

Sarana untuk pelaksanaan program P2DBD seperti ruang pertemuan sudah tersedia. Namun pemanfaatan untuk melakukan pertemuan koordinasi baik lintas program di internal Puskesmas maupun lintas sektor dengan mengundang institusi lain belum dimaksimalkan. Kegiatan yang dilakukan di ruang pertemuan di Puskesmas cukup banyak. Bukan hanya untuk program DBD tapi juga untuk program yang lain, sehingga diperlukan koordinasi yang baik dengan program lain dalam hal pemanfaatan ruang pertemuan ini.

Selain itu program P2DBD dapat dilakukan di gedung instansi lain seperti Kecamatan dan Kelurahan. Program DBD tidak di bahas secara khusus di tempat-tempat ini, tapi juga membahas kegiatan yang lain. Sarana lain yang bisa dipergunakan untuk tempat melakukan sosialisasi dan diseminasi informasi program P2DBD berada di masyarakat seperti tempat-tempat pertemuan masyarakat (contohnya :majelis taklim, rumah penduduk).

Prasarana seperti kendaraan, alat fogging, alat pengolah data dirasakan cukup. Untuk kendaraan memang tidak terdapat mobil atau motor khusus untuk P2DBD, namun kegiatan masih bisa dijalankan dengan mempergunakan kendaraan dinas Puskesmas. Alat fogging cukup tersedia walaupun petunjuk penggunaannya tidak ada. Sedangkan alat pengolah data seperti komputer dan sistem informasi berbasis internet tersedia namun perlu pelatihan yang lebih mendalam mengenai teknik membuat mapping situasi DBD dan sistem kewaspadaan dini dengan mempergunakan alat tersebut.

7.2.4 Metode

Pedoman pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD sudah dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI. Buku ini memuat hal-hal yang seharusnya dilakukan oleh Puskesmas dan instansi-instansi kesehatan lainnya (Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten / Kota). Ketersediaan buku ini di Puskesmas hanya satu, dan dimiliki oleh pelaksana program P2DBD. Sebenarnya buku ini dapat saja diperbanyak mempergunakan anggaran APBD untuk Puskesmas.

Keberadaan peraturan daerah mengenai DBD No 6 tahun 2007 sudah diketahui dan dimiliki oleh Puskesmas, namun belum disosialisasikan, dengan alasan beberapa point pada peraturan daerah tersebut, berupa sanksi bukan hanya akan berlaku untuk masyarakat, tapi juga petugas kesehatan Puskesmas. Hal ini dirasakan akan memberatkan. Selain itu kesiapan untuk memberlakukan peraturan tersebut belum cukup, dalam tenaga pengawas kinerja jumatik.

Metode lain yang perlu dilengkapi adalah buku pedoman pelaksanaan manajemen program P2DBD untuk Puskesmas, petunjuk

teknis pelaksanaan penggerakan masyarakat untuk PSN, petunjuk teknis pelaksanaan fogging fokus. Metode pemberdayaan masyarakat yang pernah disosialisasikan oleh Depkes RI ke Puskesmas yaitu metode Combi dirasakan dapat bermanfaat bila benar-benar dapat dilaksanakan di wilayah Puskesmas.

7.3. Komponen Proses

7.3.1 Perencanaan

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

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 ini akan disesuaikan dengan anggaran yang tersedia. Pelaksana program DBD akan mengajukan usulan kegiatan untuk program DBD. Pertemuan perencanaan melibatkan kepala Puskesmas, bagian keuangan dan perencanaan. Tahapan perencanaan yang terdapat dalam pedoman Pencegahan dan Pemberantasan DBD (Depkes RI, 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.

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 belum dilakukan, terbukti dengan tidak adanya koordinasi pelaksanaan kegiatan penyuluhan kesehatan tentang DBD antara pelaksana program P2DBD dengan Promosi Kesehatan. Proses perencanaan kegiatan program P2DBD belum mengikutsertakan Puskesmas Kelurahan, padahal keberhasilan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan juga ditentukan oleh kinerja petugas kesehatan di Puskesmas Kelurahan.

7.3.2 Pelaksanaan

Pelaksanaan program P2DBD di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu seperti yang tercantum dalam buku pedoman pencegahan dan pemberantasan DBD adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan di puskesmas merupakan pelayanan kesehatan dasar. Sehingga Puskesmas hanya melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan laboratorium sederhana (hitung trombosit, Haematokrit, Haemoglobin, darah lengkap). Diagnosa DBD atau Demam dengue belum bisa ditegakkan. Sehingga bila ditemukan pasien dengan jumlah trombosit di bawah normal, maka Puskesmas akan merujuk pasien dengan keterangan Observasi Trombositopenia. Kesepakatan Sistem rujukan pasien antara Puskesmas dan rumah sakit belum pernah ada. Hal ini sebenarnya diperlukan untuk penanganan pasien secara cepat. Bila pasien yang sudah dirujuk dari Puskesmas dapat ditangani dan dilakukan pemeriksaan di RS untuk konfirmasi diagnosa dengan cepat, segera dilakukan feedback laporan ke Puskesmas akan dapat dilakukan PE dan penanggulangan Fokus dengan cepat, sehingga memperpendek waktu penularan kepada masyarakat yang berada di lingkungan pasien atau penderita DBD tersebut.

2. Penyelidikan Epidemiologis dan Penanggulangan Fokus

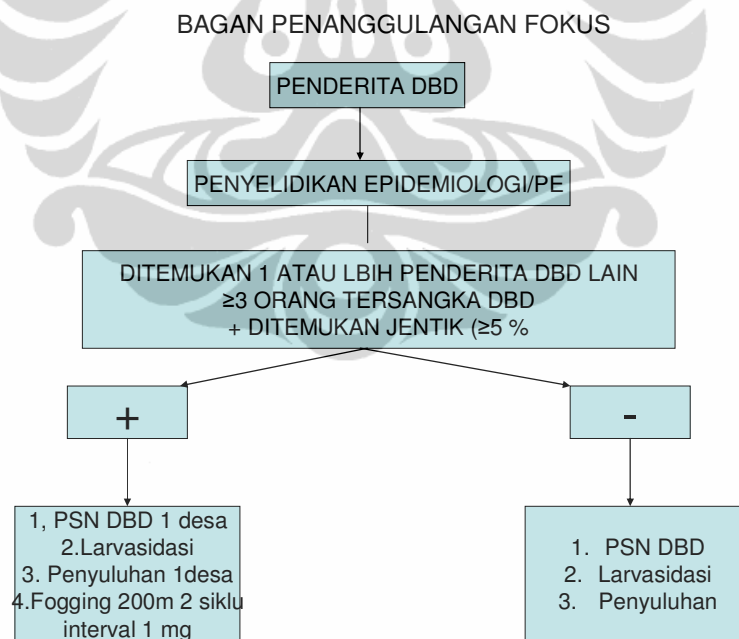
Demam Berdarah Dengue adalah salah satu penyakit infeksi akut yang menular dan sering menyebabkan kejadian luar biasa (KLB) dan wabah. Nyamuk penularnya (*Aedes Aegypti*) dan virus Dengue tersebar luas di Indonesia, sehingga bila diketahui ada seorang penderita DBD perlu dilakukan tindakan untuk membatasi penularan dengan melakukan kegiatan penyelidikan epidemiologi (PE) dan penanggulangan fokus, sehingga penyebarluasan penyakit ini dapat dicegah. Penyelidikan Epidemiologi adalah kegiatan pencarian penderita DBD atau tersangka DBD lainnya dan pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD di tempat tinggal penderita dan rumah/bangunan sekitar, termasuk tempat-tempat umum dalam radius sekurangnya 100 meter. Tujuan dari PE adalah untuk mengetahui adanya penderita dan tersangka DBD lainnya (dengan gejala panas tanpa sebab yang jelas), ada atau tidaknya jentik nyamuk penular DBD dan menentukan jenis tindakan yang dilakukan. PE seharusnya tidak hanya dilakukan di tempat yang sudah disebutkan di atas, tapi bila penderita dengan diagnosa konfirmasi DBD tersebut adalah pekerja atau anak sekolah, maka dilakukan juga di tempat kerja atau sekolah.

Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu selama sudah melakukan kegiatan PE. Kegiatan ini dilakukan berdasarkan data yang diunduh dari internet (Website Dinas Kesehatan Provinsi). Petugas Puskesmas akan mendatangi rumah sesuai alamat yang tertera untuk melakukan 2 hal yaitu mencari penderita tanpa sebab yang jelas dan adanya jentik nyamuk penular. Namun tidak ada keterangan bahwa petugas memeriksa juga ke tempat kerja atau ke sekolah. Kesulitan yang dihadapi oleh petugas adalah perilaku masyarakat yang kadang-kadang tidak mengizinkan petugas untuk masuk ke wilayah perumahan (Kecamatan Pasar Minggu adalah wilayah dengan pemukiman yang beragam, di antaranya terdapat rumah-rumah besar yang berhalaman luas dan hanya ditunggu oleh penjaga/bukan pemilik rumah) atau alamat yang tercantum dalam data di internet ternyata tidak tepat.

Pengertian penanggulangan fokus adalah kegiatan pemberantasan nyamuk penular DBD yang dilaksanakan dengan beberapa kegiatan yaitu :

- a. Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)
- b. Larvasidasi
- c. Pengabutan panas (fogging) atau pengabutan dingin (ULV)
- d. Penyuluhan

Pada kenyataannya yang dilakukan lebih sering adalah hanya pengabutan panas (Fogging). Jadi bila positif atau ditemukan penderita DBD yang lain atau tersangka DBD dan ditemukan jentik maka tindakan yang biasa dilakukan adalah fogging, sedangkan bila negatif artinya tidak ditemukan yang disebutkan di atas, maka tidak ada tindakan apa-apa. Hal ini ternyata tidak sesuai dengan tata laksana penanggulangan fokus yang benar. Hal ini dapat dilihat pada bagan dibawah ini.



Pada bagan ini jelas bila positif, maka tindakan yang dilakukan tidak boleh hanya fogging, tapi juga PSN, penyuluhan dan larvasidasi. Dan bila negatif maka tetap dilakukan PSN, larvasidasi dan penyuluhan.

3. Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)

Pemeriksaan jentik berkala yang ditentukan pada pedoman pemberantasan dan pencegahan DBD dibagi 2, yaitu :

- a. Oleh petugas Puskesmas
- b. Oleh petugas lain atau masyarakat yang ditugaskan

Pemeriksaan jentik yang dilakukan oleh petugas Puskesmas dilakukan dalam rangka cross check yang dilakukan pada 100 rumah atau bangunan yang dipilih secara acak, dan pemilihan sampel harus diulang setiap 3 bulan. Hal ini dimaksudkan untuk mengetahui hasil kegiatan PSN oleh masyarakat. Pada kenyataannya PJB sudah dilakukan oleh petugas Puskesmas, walaupun belum didapat pernyataan bahwa PJB yang dilakukan tersebut sesuai prosedur yang ditetapkan. Data mengenai hal itu tidak bisa didapat.

Sedangkan PJB yang dilakukan oleh Jumantik (yang sebagian besar adalah kader PKK) setiap minggu dilakukan, dan dilaporkan hasilnya setiap hari Jumat.

4. Pelatihan Petugas Penyemprot

Pelatihan petugas penyemprot penting dilakukan. Pelatihan yang diberikan sebaiknya bukan hanya untuk pengoperasian alat fogging saja, tapi juga untuk perawatan dan perbaikan alat fogging atau ULV. Pelatihan mengenai hal ini sudah dilakukan oleh Puskesmas. Namun untuk memperbaiki mesin petugas Puskesmas belum bisa, karena belum dilatih untuk itu. Hal ini diketahui dari pernyataan yang menyebutkan bahwa Puskesmas pernah diberikan alat jenis Dyna Jet, tapi sekarang tidak bisa dipakai karena rusak.

5. Pertemuan/pelatihan/pembinaan kader dan jumantik

Pelatihan dan pembinaan kader adalah kegiatan yang penting untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader dan jumantik. Dengan pelatihan diharapkan kader dan jumantik dapat mendukung

pelaksanaan program P2DBD. Pada pedoman pencegahan dan pemberantasan DBD, pelatihan mengenai DBD harus dilakukan mulai dari tingkat pusat sampai Puskesmas. Pada kenyataannya pelatihan untuk kader dilakukan tidak secara khusus untuk program DBD, tapi bersamaan dengan program lain pada saat pertemuan kader. Menurut aturan yang berlaku di Dinas Kesehatan Provinsi, kegiatan pelatihan merupakan tupoksi dari bagian Pendidikan dan Pelatihan, sehingga bila Puskesmas akan melakukan pelatihan harus melibatkan Pusklat, hal ini memerlukan anggaran yang besar, sehingga Puskesmas Kecamatan pasar Minggu tidak melakukan kegiatan dengan judul pelatihan. Walaupun kemudian pada pelaksanaannya pelatihan DBD dilakukan dengan mensisipkan kegiatan tersebut pada pertemuan kader atau jumatik di Puskesmas, Kantor Kecamatan atau Kelurahan.

6. Kegiatan 3 M sebelum masa penularan

Kegiatan ini dapat dilakukan dengan lebih dahulu menentukan musim penularan DBD dan kecenderungan situasi penyakit. Penentuan musim penularan dilakukan dengan cara menjumlahkan penderita DBD dan SSD perbulan selama 5 tahun terakhir. Sedangkan cara mengetahui kecenderungan situasi penyakit yaitu dengan membuat garis trend sebagai berikut :

- a. Membuat tabel jumlah penderita DBD dan SSD pertahun sejak kasus ditemukan
- b. Membuat grafik garis dengan sumbu mendatar adalah tahun dan sumbu tegak adalah jumlah penderita DBD
- c. Membuat garis trend melalui grafik garis sedemikian sehingga silus yang terdapat dan di bawah garis trend tersebut lebih kurang sama.

Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu belum menentukan musim penularan dan trend penyakit. Tapi kegiatan 3 M tetap dilakukan setiap hari Jumat.

7. PSN DBD

Gerakan PSN DBD adalah keseluruhan kegiatan masyarakat dan pemerintah untuk mencegah penyakit DBD, yang disertai pemantauan secara terus menerus. Gerakan PSN DBD merupakan bagian terpenting dari keseluruhan upaya pemberantasan penyakit DBD.

Pendekatan penggerakan peran serta masyarakat pada dasarnya tidak dapat dilakukan secara parsial agar lebih optimal, peran serta masyarakat harus dibina dan diorganisasikan karena peran serta masyarakat itu melibatkan banyak pihak. Namun perlu suatu sistem. Sistem ini dinamakan Pokjanal (Kelompok Kerja Nasional). Acuan dasar pembentukan Pokjanal DBD yaitu Keputusan Menteri Kesehatan no 581/VII/1992 tentang pemberantasan DBD. Di Kecamatan Pasar Minggu istilah Pokjanal tidak dipergunakan, tapi disebut Tim Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue yang diketuai oleh Kepala Kecamatan, wakil ketua dari Puskesmas Kecamatan dan anggotanya berasal dari lintas sektor lain. Tim Pengendalian Penyakit DBD diharapkan mampu menggerakkan masyarakat untuk melakukan PSN.

Di DKI Jakarta, pemerintah daerah sudah membuat suatu gerakan yang disebut PSN 30 menit. Untuk mendorong terlaksananya kegiatan ini, sudah disahkan suatu peraturan daerah (Perda) No. 6 tahun 2007 tentang pengendalian penyakit. Perda ini diketahui oleh petugas Puskesmas, namun tidak dikenal oleh Kecamatan, padahal institusi ini berkewajiban melakukan sosialisasi terhadap Perda ini.

8. Surveilans epidemiologi

Surveilans DBD meliputi :

a. Surveilans kasus DBD.

Menurut pedoman P2DBD (Depkes RI), data untuk surveilans ini bersumber dari laporan rutin bulanan Kabupaten Kota, surveilans aktif Dinas Kesehatan Provinsi ke unit pelayanan kesehatan, laporan W1 dan KDRS. Di DKI Jakarta, data surveilans kasus

bersumber dari catatan RS yang berbasis internet. Sedangkan di Puskesmas, surveilans kasus DBD dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan, jika ada kasus yang tercatat, kendala yang ditemui adalah laporan yang terlambat (dari puskesmas kelurahan), SDM dan anggaran yang kurang

b. Surveilans vektor DBD (survei jentik)

Surveilans vektor DBD adalah keseluruhan dari suatu proses yang meliputi pengumpulan, pencatatan, pengolahan, analisis dan interpretasi data vektor serta penyebarluasan informasi ke penyelenggara program dan pihak instansi terkait secara sistematis dan terus menerus. Penyelenggaraan surveilans vektor menggunakan metode survei jentik secara visual, dengan menggunakan ukuran kepadatan jentik *Aedes aegypti*. Ukuran yang dipakai yaitu Angka Bebas Jentik (ABJ) yaitu persentase jumlah rumah/bangunan yang tidak ditemukan jentik dibandingkan dengan jumlah rumah yang diperiksa. Yang melakukan survei jentik ini adalah jumantik yang dilakukan setiap minggu, dan petugas kesehatan Puskesmas yang melakukan pemeriksaan jentik berkala setiap 3 bulan sekali.

9. Sistem Kewaspadaan Dini dan penanggulangan KLB

Kejadian Luar Biasa adalah adanya peningkatan jumlah penderita DBD di suatu desa/kelurahan 2 kali atau lebih dalam kurun waktu satu minggu dibandingkan dengan minggu sebelumnya atau adanya 5 kasus DBD di suatu desa/kelurahan dalam satu minggu. Dalam kejadian sehari-hari, tanpa ada peningkatan kasus, laporan kewaspadaan dini DBD tetap diberlakukan yaitu dengan Puskesmas diharapkan dapat menerima laporan segera setelah penegakan diagnosis (paling lambat 24 jam). Namun bila ada peningkatan kasus maka perlu ada sistem kewaspadaan dini yang memungkinkan Puskesmas dapat langsung mendeteksi adanya peningkatan kasus DBD, sehingga dapat langsung dilakukan tindakan penanggulangan fokus.

Selama ini Puskesmas menerima data kasus melalui internet yang bersumber dari Dinas Kesehatan Provinsi. Data seharusnya diperbaharui setiap hari, namun kenyataannya sering data yang tercantum sudah kadaluarsa. Sehingga penanggulangan fokus menjadi terlambat.

10. Sosialisasi/Penyuluhan DBD

Sosialisasi atau penyuluhan merupakan salah satu upaya untuk menggerakkan masyarakat untuk melakukan PSN. Frekuensi penyuluhan yang dilakukan oleh Puskesmas sudah cukup baik, walaupun koordinasi antara lintas program masih kurang. Metode penyuluhan masih menggunakan cara-cara yang biasa dilakukan (ceramah) dilakukan di dalam maupun di luar gedung.

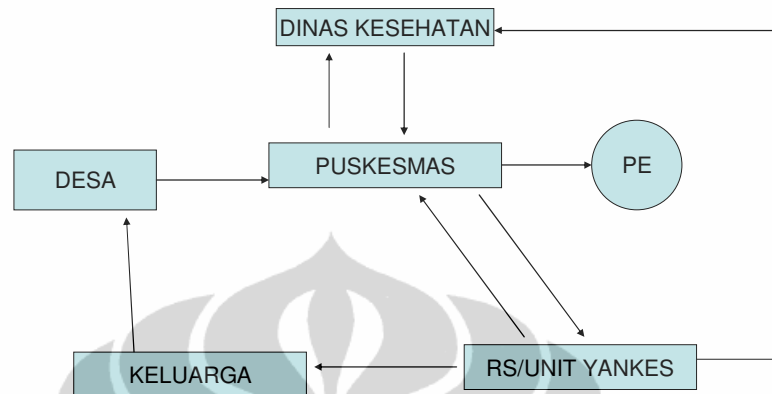
11. Laporan hasil kegiatan

a. Laporan Kasus

. Pelaporan kasus masih relatif panjang. Belum ada mekanisme feedback yang dilakukan rumah sakit ke Puskesmas atau langsung dari masyarakat (keluarga pasien) ke Puskesmas. Hal ini disebabkan belum ada aturan khusus yang mengharuskan RS memberikan feed back laporan atau masyarakat wajib melaporkan keluarganya yang terdiagnosa DBD ke Puskesmas. Alur pelaporan kasus DBD yang benar adalah :

ALUR PELAPORAN KASUS DBD

Sumber : Depkes RI (2005)



b. Laporan Pemeriksaan Jentik berkala

Jumantik dan Juminten yang melakukan pemeriksaan jentik melaporkan hasil pemeriksaan, berupa ABJ, kepada koordinator jumantik tingkat RW. Laporan tersebut akan direkapitulasi oleh Puskesmas Kelurahan. Kemudian Puskesmas kelurahan akan melaporkan hasilnya ke Puskesmas Kecamatan.

7.3.3 Monitoring dan Evaluasi

Monitoring atau pengawasan pelaksanaan manajemen program di Puskesmas dilakukan oleh Suku Dinas Kesehatan. Penilaian dan evaluasi untuk manajemen penyelenggaraan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu berkaitan dengan penetapan standarisasi ISO. Sistem evaluasi ini lebih menitik beratkan pada manajemen pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif di Puskesmas (program Pelayanan Kesehatan). Sedangkan penilaian program P2DBD belum ada, termasuk dikaitkan dengan penilaian ISO. Hal ini disebabkan manajemen program P2DBD sebenarnya melibatkan lintas sektor lain di luar Puskesmas. Sehingga faktor-faktor luar tadi sangat sulit dikendalikan oleh Pimpinan manajemen Puskesmas. Kecuali bila terdapat

aturan yang jelas dari pembuat kebijakan mengenai wewenang Puskesmas sebagai leading sector dalam pelaksanaan program ini serta tugas, peran dan fungsi lintas sektor lain. Perlu juga menetapkan institusi-institusi yang terlibat dalam pelaksanaannya sehingga pembagian tugas di lapangan menjadi jelas dan terlaksana dengan baik.

Fungsi pengawasan internal belum terbangun dengan baik. Fungsi Kepala Tata Usaha, Penanggung Jawab Program Penyakit Menular belum dimaksimalkan untuk menjadi pengawas berjalannya kegiatan program P2DBD.

7.4. Komponen Output

7.4.1 Kapasitas Puskesmas dalam melaksanakan manajemen program P2DBD

- a. Jumlah dan kualitas yang cukup adekuat pada tiap komponen manajemen

Komponen manajemen yaitu perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan penilaian. Pada perencanaan pihak-pihak yang terlibat dalam kegiatan ini adalah Kepala Puskesmas, bagian perencanaan, keuangan, penanggung jawab program dan pelaksana program. Dari segi kuantitas jumlah SDM untuk menyelesaikan kegiatan ini dianggap cukup, tapi dari segi kualitas hal ini belum memuaskan karena tahapan perencanaan program yang benar sesuai Pedoman memerlukan pihak lain diluar Puskesmas Kecamatan.

Pada pelaksanaan 11 kegiatan program, jumlah SDM dinilai kurang untuk beberapa kegiatan seperti surveilans, pengawasan jumentik dan pemeriksaan jentik berkala yang dilakukan oleh petugas Puskesmas tiap 3 bulan sekali.

Pada pengawasan dan penilaian kinerja petugas Puskesmas, jumlah SDM pengawas dan penilai dianggap cukup dengan keberadaan Kepala Puskesmas, Kepala Tata Usaha, bagian sumber daya Kesehatan Puskesmas, Petugas dari Suku Dinas Kesehatan.

- b. Pimpinan mempunyai kompetensi untuk melaksanakan manajemen program

Sebagai pimpinan manajemen Puskesmas secara umum, kualitas pimpinan manajemen Puskesmas Kecamatan sudah dianggap memadai dilihat dari latar belakang pendidikannya dan pernah mengikuti pelatihan manajemen Puskesmas. Tapi untuk pelaksanaan manajemen program P2DBD memerlukan pelatihan yang khusus untuk itu, sedangkan hal itu belum pernah diadakan di wilayah DKI Jakarta.

- c. Menciptakan sistem yang mendukung pelaksanaan manajemen program P2DBD

Sistem yang ada di wilayah DKI Jakarta sebenarnya sudah sangat mendukung pelaksanaan program. Hal ini dibuktikan dengan sudah terbangunnya sistem informasi berbasis internet.

- d. Menciptakan keadaan yang mendukung pelaksanaan manajemen program

Situasi yang mendukung pelaksanaan program juga dianggap baik dengan adanya kebijakan daerah yang mendorong terlaksananya program ini dengan adanya gerakan PSN 30 menit, Stop DBD dan Perda no 6 tahun 2007.

7.4.2 Peran serta dan kontribusi lintas sektor pada program P2DBD

Peran serta lintas sektor untuk pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan DBD cukup baik, walaupun tidak semua lintas sektor yang ada di tingkat Puskesmas berpartisipasi dengan baik. Kebanyakan melakukan kegiatan sesuai tugas pokok dan fungsinya. Puskesmas belum mampu melakukan fasilitasi pertemuan atau mengundang lintas sektor ini untuk berkoordinasi mengenai program DBD atau yang lainnya. Koordinasi lintas sektor lebih diserahkan kepada Kepala Kecamatan sebagai pimpinan wilayah. Kekurangan yang ditemui adalah pembicaraan mengenai DBD tidak pernah dilakukan tersendiri, tapi sambil membicarakan program-program yang lain. Keterangan mengenai hal itu dapat dilihat dari tabel analisa stake holder di bawah ini :

Tidak adanya sosialisasi dari pihak yang berwenang yang menyatakan bahwa Puskesmas juga memiliki salah satu fungsi yang sangat penting

yaitu Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan yang juga berwenang untuk melakukan advokasi, sosialisasi dan koordinasi untuk program-program kesehatan masyarakat termasuk Program pencegahan dan pemberantasan DBD.

7.5. Komponen Outcome

7.5.1 Angka Bebas Jentik

Angka bebas Jentik lebih menggambarkan luasnya penyebaran nyamuk di suatu wilayah (pedoman P2DBD). ABJ ini diperoleh dengan menggunakan metode survei jentik secara visual. Dengan melihat ada atau tidaknya jentik di setiap tempat genangan air, tanpa mengambil jentiknya. ABJ dapat digunakan sebagai salah satu indikator keberhasilan program P2DBD, khususnya kegiatan PSN.

Data yang didapatkan dari Dinas Kesehatan Provinsi yaitu ABJ Kecamatan Pasar Minggu yang merupakan data hasil rekapitulasi survei jentik yang dilakukan jumentik mempunyai hasil berkisar pada angka 96 % (di atas 95 %), yang menandakan sudah memenuhi standar. Sedangkan data PJB yang dilakukan oleh petugas terdapat perbedaan hasil dengan yang dilakukan jumentik. Hal ini seperti yang dinyatakan oleh petugas Puskesmas bahwa perlu adanya pengawasan pada kinerja Jumentik oleh petugas Puskesmas, bukan hanya berdasarkan absen dan kehadiran di kelurahan seperti yang terjadi sekarang ini.

7.5.2 Penemuan Kasus (insiden rate)

Penemuan kasus DBD di Kecamatan Pasar Minggu yang selalu tertinggi di wilayah Jakarta selatan, bukan disebabkan hanya semata-mata oleh kualitas manajemen Program DBD di Puskesmas Kecamatan, karena hal ini juga disebabkan oleh banyak faktor yang lain seperti kondisi lingkungan (wilayah Pasar Minggu memiliki lahan-lahan kosong tidak berpenghuni dan tidak jelas kepemilikannya serta bangunan/gedung/rumah yang sulit dimasuki untuk dilakukan pemeriksaan jentik serta Penyelidikan

Epidemiologi bila terjadi kasus), dan peran serta, kontribusi serta kinerja lintas sektor lain dalam melaksanakan program P2DBD.

Tapi Pelaksanaan manajemen program P2DBD di Puskesmas yang kurang baik merupakan salah satu faktor mengapa angka kejadian kasus selalu tinggi di wilayah Kecamatan Pasar Minggu. Hal ini disebabkan kurang berjalannya fungsi Puskesmas dalam hal pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan dan pusat pembangunan berwawasan kesehatan disebabkan Puskesmas belum diberi kapasitas atau wewenang yang memadai untuk hal tersebut..

Bukti bahwa fungsi pemberdayaan masyarakat kurang untuk mengatasi masalah DBD adalah metode yang digunakan untuk menyampaikan informasi dan mensugesti masyarakat hanya lewat penyuluhan baik dalam maupun luar gedung Sedangkan masalah DBD memerlukan peran aktif masyarakat. Masyarakat tidak pernah ditanya atau diajak berdiskusi mengapa PSN tidak berjalan di wilayahnya. Hal ini diperlukan agar media informasi atau metode yang dipergunakan petugas lebih cocok untuk diterapkan di wilayah tersebut.

Puskesmas Kecamatan juga belum diberi kapasitas wewenang yang memadai untuk menjadi koordinator dalam pelaksanaan program P2DBD di wilayahnya agar lebih leluasa mengajak lintas sektor lain untuk lebih aktif dan berkontribusi dalam pelaksanaannya. Walaupun leading sector adalah Kecamatan, namun yang lebih mengetahui mengenai pencegahan dan pemberantasan DBD sebenarnya adalah Puskesmas. Hal ini di sebutkan dalam Kepmenkes nomor 128 tahun 2004 (Depkes RI :11) bahwa tanggung jawab Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis adalah menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan, sehingga untuk hasil yang optimal hal itu harus dikoordinasikan dengan berbagai lintas sektor terkait.



7.6 Permasalahan Yang ditemukan

MASALAH	KEGIATAN (1)	KEUANGAN	SDM
PERENCANAAN	<p>Tahapan perencanaan yang terdapat dalam materi perencanaan program P2DBD tidak ditemukan, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Alokasi anggaran untuk kegiatan program P2DBD tidak proporsional.</p> <p>Anggaran untuk fogging sangat besar, hanya didasarkan pada jumlah kasus tahun lalu, ditambah beberapa persen, menjadi acuan untuk merencanakan kegiatan PE dan fogging fokus</p>	<p>Puskesmas tidak lagi bisa mengajukan tambahan tenaga kontrak lewat dana APBD, tapi harus dibiayai sendiri menggunakan dana BLUD/pendapatan sendiri.</p> <p>Pertumbuhan PNS dianggap <i>zero growth</i></p>

Permasalahan pada Pelaksanaan

No	Proses Pelaksanaan (Pedoman P2DBD)	Permasalahan
1	Mengobati/merawat/merujuk tersangka/penderita DBD ke Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Belum terdapat alur pelayanan khusus untuk penderita DBD. • Belum ada kesepakatan atau MOU dengan RS untuk mekanisme rujukan pasien DBD agar dapat tertangani dengan cepat. • Belum bisa menegakkan Diagnosa pasti, walaupun fasilitas pemeriksaan Lab darah (darah lengkap , hitung trombosit) tersedia.
2	Melaksanakan kegiatan penyelidikan Epidemiologi (PE)	Data via internet kadang-kadang terlambat, menyebabkan PE terlambat juga
3	Penanggulangan Fokus Yang benar : Bila (+) : Fogging, penyuluhan, PSN, larvasidasi Bila (-) : Penyuluhan, PSN, larvasidasi	Penanggulangan fokus belum tepat (5) Yang dilaksanakan : Bila (+) : Fogging, kalau sempat penyuluhan Bila (-) : tidak dilakukan apa-apa
4	Pemeriksaan Jentik Berkala tiap 3 bulan oleh Petugas Puskesmas	Sudah dilaksanakan tiap triwulan Namun metode pengambilan sampel 100 rumah/bangunan sesuai modul pelatihan pengelola program P2DBD tidak dilakukan Pengawasan pemeriksaan jentik berkala oleh Jumantik sulit dilakukan karena keterbatasan tenaga petugas Puskesmas
5	Penyelenggaraan pelatihan petugas penyemprot di Desa/kelurahan	Sudah dilakukan Tapi petugas pelaksana Kecamatan masih perlu buku juknis pelaksanaan Fogging
6	Pertemuan/pelatihan pembinaan kader dan jumantik dalam penggerakan PSN DBD	Sudah jarang dilakukan sejak penggajian jumantik dibayar lewat Kelurahan Terdapat peraturan yang menyebutkan Kegiatan Pelatihan bukan Tupoksi Puskesmas tapi Tupoksi bagian Diklat Dinas Kesehatan Provinsi

No	Proses Pelaksanaan (Pedoman P2DBD)	Permasalahan
7	Memfasilitasi pertemuan lintas program dan lintas sektor	Pertemuan lintas sektor dilakukan di kantor Kecamatan, tidak pernah dilakukan di Puskesmas. Pertemuan di Kantor Kecamatan tidak hanya membahas masalah DBD. Puskesmas tidak pernah mengundang/memfasilitasi pertemuan di Puskesmas untuk koordinasi lintas sektor. Namun sebenarnya Kecamatan mempersilahkan jika Puskesmas akan mengundang lintas sektor di Puskesmas.
8	Melaksanakan kegiatan gerakan 3 M dan PSN	Sudah dilakukan setiap hari Jumat
9	Surveilans Epidemiologi DBD	Kekurangan SDM untuk melakukan surveilans. Petugas surveilans yang ada : 2 orang dan melakukan surveilans penyakit yang lain juga.
10	Sistem Kewaspadaan Dini dan Penanggulangan KLB	Belum ada sistem yang dibangun khusus untuk mengatasi KLB
11	Penyuluhan DBD	Sudah dilakukan Koordinasi antara pelaksana program DBD dengan Promosi Kesehatan belum optimal
12	Laporan	Laporan hasil PJB sudah dilakukan

Permasalahan Yang ditemukan

MASALAH	KEGIATAN	KEUANGAN	SDM
PENGAWASAN	Belum terdapat format khusus untuk pemantauan kegiatan yang dilakukan petugas kesehatan. Pengawasan kegiatan hanya dilakukan saat PSN (Jumat), sedangkan untuk kegiatan yang lain belum dilakukan. Jumlah Petugas Puskesmas terbatas untuk melakukan pengawasan kegiatan yang dilakukan jumentik.	Tidak ada masalah	Internal : Pengawasan hanya dilakukan secara langsung oleh Kepala Puskesmas Eksternal : Sudikes Kesehatan melakukan supervisi ke Puskesmas tidak khusus untuk program DBD saja

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Penelitian ini menyimpulkan bahwa kapasitas manajemen program pencegahan dan pemberantasan DBD di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu belum memenuhi standar yang terdapat pada Pedoman Pencegahan dan Pemberantasan DBD (Depkes RI). Terdapat kelemahan-kelemahan yang ditemukan pada tiap komponen Input dan proses. Sehingga output dan outcome yang diharapkan belum memenuhi harapan.

Jumlah Variabel $29 \times 10 = 290$

Nilai rata-rata $172 / 29 = 5,93$

Kapasitas manajemen program P2DBD adalah

$\frac{172}{290} \times 100\% = 59,31\%$

290

Penilaian :

Baik bila nilai rata-rata $\geq 8,5$

Sedang bila nilai rata-rata antara $5,5 - 8,4$

Kurang bila nilai rata-rata $< 5,5$

Hasil : kapasitas manajemen program P2DBD belum mencukupi
(59,31%)

Nilai = sedang

Sedangkan kesimpulan untuk tiap komponen adalah :

1. Komponen Input

a. SDM

Jumlah Sumber daya manusia yang diperlukan untuk pelaksanaan manajemen program P2DBD termasuk pelaksanaan kegiatan harian program PDBD masih kurang, dilihat dari sisi kuantitas dan kualitas. Beban kerja pada beberapa jabatan atau tugas berlebih sehingga waktu untuk mengadakan kegiatan menjadi kurang.

b. Dana/anggaran

Anggaran dan dana untuk program P2DBD sebenarnya sudah besar, namun alokasi anggaran kurang tepat.

c. Sarana dan Prasarana

Sarana untuk pelaksanaan program seperti ruang pertemuan tersedia di gedung Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan. Prasarana seperti alat pemeriksaan laboratorium, fogging tidak terdapat permasalahan karena dapat diadakan lewat perencanaan anggaran Puskesmas.

d. Metode

Buku Pedoman pencegahan dan penanggulangan DBD hanya terdapat satu buah dan dipegang oleh pelaksana program saja. Masih diperlukan modul pelatihan pengelola program, juknis pelaksanaan fogging dan penggerakan masyarakat agar mau melaksanakan PSN. Metode-metode inovatif untuk pemberdayaan masyarakat juga dirasakan perlu dilakukan pelatihan.

2. Komponen Proses

a. Perencanaan

b. Tahapan perencanaan kegiatan yang umum seperti penyusunan Rencana Usulan kegiatan, Rencana Pelaksanaan Kegiatan sudah dilakukan dengan metode Bottom Up yaitu masing-masing pelaksana program dimintai masukan untuk RUK, setelah dipertimbangkan, masih sesuai dengan pagu anggaran maka dapat disetujui. Perencanaan kegiatan program P2DBD hanya didasarkan pada data kasus tahun lalu, yang disesuaikan (dinaikkan) persentase menurut perkiraan saja. Sedangkan tahapan kegiatan belum dilakukan, yaitu :

- 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

c. Pelaksanaan

Kesimpulan pelaksanaan kegiatan program P2DBD, yaitu :

- 1) Pelayanan kesehatan yang dimaksudkan disini adalah upaya mengobati, merawat atau merujuk suspek penderita Demam Berdarah Dengue yang datang ke Puskesmas atau yang dirujuk oleh kader kesehatan ke Puskesmas. Upaya mengobati terbatas pada pelayanan kesehatan primer, Puskesmas belum mapu menegakkan diagnosa DBD.
- 2) Penyelidikan Epidemiologi sudah dilakukan
- 3) Pemeriksaan Jentik Berkala oleh Jumantik dan oleh petugas Puskesmas sudah dilakukan.
- 4) Pelatihan petugas penyemprot sudah dilakukan
- 5) Pertemuan/pembinaan/pelatihan kader belum bisa dilakukan karena alokasi anggaran tidak bisa untuk pelatihan.
- 6) Kegiatan 3 M sebelum masa penularan pada dasarnya adalah PSN dan sudah dilakukan, walaupun penentuan waktu penularan belum dilakukan.
- 7) PSN DBD sudah dilakukan
- 8) Surveilans epidemiologi sudah dilakukan, tapi tenaga pelaksanaanya masih dirasakan kurang.
- 9) Sistem Kewaspadaan Dini belum terbangun dengan baik
- 10) Sosialisasi/penyuluhan sudah dilakukan, tapi koordinasi antara program belum baik.
- 11) Laporan hasil kegiatan sudah memenuhi harapan, walaupun ada keterlambatan.

d. Pengawasan

Sistem pengawasan internal belum berjalan dengan baik, hanya mengandalkan pengawasan langsung Pimpinan. Begitu juga pengawasan dari eksternal, hanya pada saat PSN oleh Kecamatan dan pertemuan-pertemuan di Kecamatan, Suku Dinas Kesehatan dan Dinas Kesehatan provinsi.

e. Penilaian

Sistem penilaian kinerja petugas pada internal Puskesmas belum terbangun dengan baik. Sedangkan penilaian manajemen program P2DBD hanya berdasarkan hasil cakupan program yaitu ABJ dan Angka kejadian kasus.

3. Komponen Output

a. Kinerja Petugas

Kinerja Petugas menurut pimpinan manajemen Puskesmas sudah baik.

b. Partisipasi Lintas Sektor

Partisipasi lintas sektor sudah baik, terutama saat PSN tiap hari Jumat, tapi Puskesmas belum mempunyai kemampuan untuk melakukan fasilitasi pertemuan lintas sektor di Puskesmas.

4. Komponen Outcome

a. Angka Bebas Jentik

ABJ menurut catatan Suku Dinas Kesehatan yang merupakan hasil rekapan dari PJB yang dilakukan jumentik sudah baik (>95 %). Sedangkan dari hasil PJB Petugas Puskesmas belum baik (rata-rata 92 %)

b. Angka Kejadian Kasus

Kecamatan Pasar Minggu memiliki angka kejadian kasus yang tertinggi di antara kecamatan-kecamatan lain di Jakarta Selatan.

8.2. Saran

1. Departemen Kesehatan RI

Pedoman pencegahan dan penanggulangan DBD yang sudah disusun oleh Departemen Kesehatan RI sebaiknya dilengkapi dengan pedoman manajemen program P2DBD untuk Puskesmas. Peningkatan kuantitas buku Pedoman yang dikirim ke daerah atau dicantumkan di dalam website Departemen Kesehatan RI, agar lebih mudah *di download* oleh pihak-pihak yang membutuhkan.

Penilaian implementasi pedoman di lapangan hendaknya dapat dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI, sehingga dapat diketahui

kendala pada pelaksanaannya, dan apakah semua butir-butir tugas pokok dan fungsi setiap level dapat diterapkan di daerah.

2. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta

Peningkatan sosialisasi Petunjuk Teknis, petunjuk pelaksanaan dan kebijakan tingkat provinsi kepada jajaran kesehatan di bawahnya. Sehingga Puskesmas memahami tugas-tugas yang harus dilaksanakan. Begitu pula dengan peningkatan pelatihan-pelatihan tentang DBD baik dari sisi manajemen, teknis medis dan teknis pelaksanaan program.

Memberikan pedoman cara pengalokasian anggaran yang baik dan efektif untuk diterapkan pada Puskesmas dan sistem evaluasi penggunaan anggaran.

Membuat kesepakatan dengan institusi pelayanan kesehatan agar feedback laporan atau informasi mengenai kejadian kasus DBD dapat segera diketahui oleh Puskesmas.

Menciptakan sistem yang lebih kondusif agar Puskesmas dapat senantiasa melakukan pengawasan terhadap Jumantik, walaupun penggajian tetap di bawah Kelurahan.

Melakukan pembagian tugas yang jelas antara sektor kesehatan dengan sektor yang lain. Sehingga lintas sektor dapat berperan lebih aktif dalam program P2DBD sesuai tugas pokok dan fungsinya.

3. Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan

Peningkatan pengawasan dan pengendalian terhadap kinerja manajemen program P2DBD dan teknis pelaksanaan program di Puskesmas, dengan melakukan pengamatan secara langsung di lapangan dan menciptakan sistem pengawasan yang baik sehingga kesalahan yang dilakukan pada tingkat Puskesmas dapat segera diperbaiki.

4. Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu

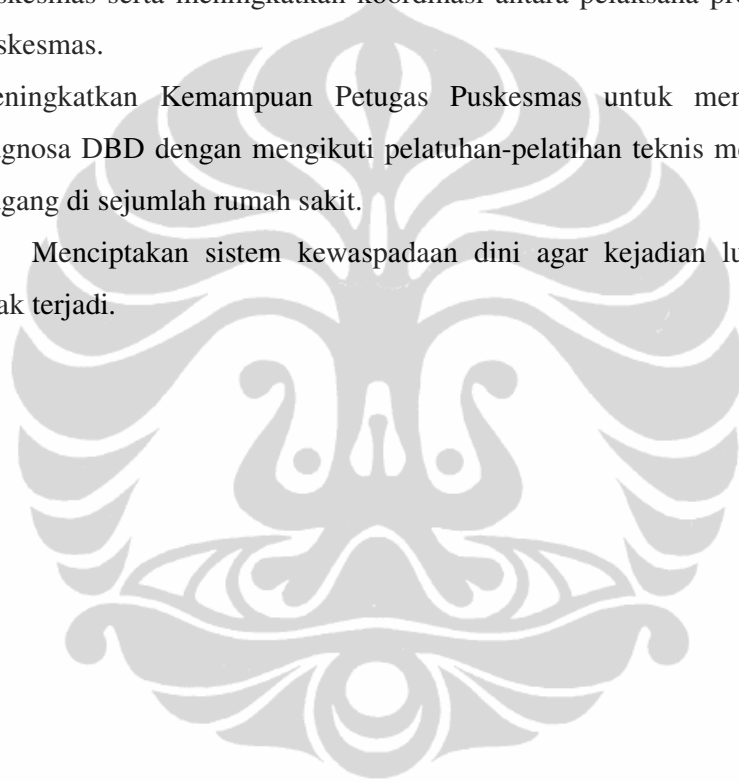
Melakukan manajemen program P2DBD dengan baik. Proses perencanaan dilakukan secara spesifik sesuai pedoman, mengingat DBD

adalah prioritas permasalahan kesehatan di DKI Jakarta. Mengikutsertakan berbagai pihak dalam manajemen program P2DBD Puskesmas baik pada saat perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan penilaian. Pihak-pihak tersebut adalah lintas program lain di dalam Puskesmas, lintas sektor, Puskesmas Kelurahan dan tokoh masyarakat. Diharapkan tercipta suatu sistem perencanaan yang komprehensif.

Menciptakan sistem pengawasan yang baik pada kinerja petugas Puskesmas serta meningkatkan koordinasi antara pelaksana program di Puskesmas.

Meningkatkan Kemampuan Petugas Puskesmas untuk menegakkan diagnosa DBD dengan mengikuti pelatihan-pelatihan teknis medis atau magang di sejumlah rumah sakit.

Menciptakan sistem kewaspadaan dini agar kejadian luar biasa tidak terjadi.



DAFTAR PUSTAKA

- AA Gde Muninjaya, Manajemen Kesehatan, Jakarta, EGC, 2004
- Adang Bactiar, agustin Kusumayati et al, Modul Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2007
- Alan Denver, Manajerial Epidemiology And Health policy, California, Jones and Bartlett Publishers, 2005
- Arif Mansyur et al, Kapita Selektta Kedokteran, Jakarta, Media Aesculapius, 1999
- Azwar Azrul, Pengantar Administrasi Kesehatan, edisi ketiga, Binarupa Aksara, Jakarta, 1996
- Bappenas , Perencanaan Pembangunan Nasional, 2005
- Departemen Kesehatan RI, Kebijakan Program DBD, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2005
- _____, Modul pelatihan bagi pengelola program pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue di Indonesia
- _____, Rencana Strategis , 2005
- _____, Profil Kesehatan Indonesia, 2006
- _____, Profil Kesehatan Indonesia, 2006
- _____, ARRIMES, Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat, 2005
- _____, Keputusan Menteri Kesehatan RI No 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, 2004
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Jakarta Dalam Angka, 2004
- Departemen Kesehatan RI, Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah dengue, 2005
- Fran Baun, Approaches To Public Health, London, Oxford University Press, 2002
- Gill Walt, Health Policy An Introduction To Progress And Power, Johannesburg, Witwatersand University Press, , 1994
- Husaimi Usman, Manajemen, Teori Praktik dan Riset Pendidikan, Jakarta, Bumi Aksara, 2008

- Ilyas Yaslis, Perencanaan SDM Rumah Sakit Teori Metoda dan Formula, Depok, Fakultas Kesehatan Masyarakat Univesitas Indonesia, 2004
- _____Kammi Schemer, Stakeholder Analysis Guidelines section 2, <http://www.preva.org/document/ma.pdf> , diakses Maret 2009
- K. Suhendra, Manajemen dan Organisasi Dalam Realita Kehidupan, cetakan kedua, Bandung, CV Mandar maju, 2008
- Liebler Joan Gratto et al, Management Principles For Health Professional, Aspen System Corporation, Maryland USA, 1984
- _____MSH Unicef, Stakeholder Analysis, pg 1-3, <http://erc.msh.org/quality/ittools/itskan.cfm>, diakses Maret 2009
- Nelson, Textbook of Pediatrics, 12th edision, Philadelphia, WB Saunders, 2005
- Paiman Soeparmanto, Center for Research and Development of Health Services and Technology, Jakarta, NIHRD, 2003
- _____Pan American Health Organization, PAHO Regional Program On Dengue, <http://www.paho.org/english/AD/DPC/CD/dengue-program-page.htm>, 2006
- Puskesmas Kecamatan pasar Minggu, laporan Tahunan, 2007
- Robert A Baron dan Donn Byrne, Social Psychology, New York, Pearson Eucation Inc, 2003
- Stricland, GT Hunters, Tropical Medicine, 7th edition, Philadelphia, WB Saunders, 1991
- Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan, Data DBD, 2009
- SEARO, Preparing to tackle emerging ang re-emerging communicable disease in Srilanka, 2007
- Suharsimi Arikunto, Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik, Jakarta, PT Rineka Cipta, 2006
- Soekidjo Notoatmodjo, Ilmu Kesehatan masyarakat Prinsip-Prinsip dasar, Jakarta, Rineka Cipta, 2003
- Sudarti Kresno, Ella Nurlaela Hadi, Silabus Mata Ajaran Metode Penelitian Kualitatif, Jakarta, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2008
- _____The Executive Committee 142nd Session, Washington DC, <http://www.paho.org/english/gov/ce/ce142-inf2-e.pdf>, di akses Maret 2009

_____The Free Dictionary On Line, Definition of stakeholders, <http://www.thefreedictionary.com/stakeholder>, diakses Maret 2009

Winardi, Teori Organisasi dan Pengorganisasian, Jakarta, PT Raja Grafindo Persada, 2007

