



UNIVERSITAS INDONESIA

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGENDALIAN PENYAKIT
DEMAM BERDARAH DENGUE DI DKI JAKARTA**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana
ilmu administrasi

RAMADHANI HARYO SENO

0806397105

FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

PROGRAM SARJANA ILMU ADMINISTRASI

DEPOK

MARET 2012



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
DEPARTEMEN ILMU ADMINISTRASI
PROGRAM SARJANA**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ramadhani Haryo Seno
NPM : 0806397105

Tanda Tangan :

Tanggal : 29 Maret 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
DEPARTEMEN ILMU ADMINISTRASI
PROGRAM SARJANA

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

Nama : Ramadhani Haryo Seno
NPM : 0806397105
Program Studi : Ilmu Administrasi Negara
Judul Skripsi : Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit
Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta

Telah diperiksa oleh Ketua Program Sarjana dan Pembimbing serta dinyatakan layak untuk diajukan ke sidang Skripsi Program Sarjana Departemen Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia.

Ketua Program Sarjana, Disetujui oleh
Pembimbing,

Prof. Dr. Irfan Ridwan Maksum, M.Si

Dra. Afiati Indri Wardani, M.Si



UNIVERSITAS INDONESIA
 FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
 DEPARTEMEN ILMU ADMINISTRASI
 PROGRAM SARJANA

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Nama : Ramadhani Haryo Seno
 NPM : 0806397105
 Program Studi : Ilmu Administrasi Negara
 Judul Skripsi : Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta

Telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Ilmu Administrasi pada Program Sarjana Departemen Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Ketua Sidang : Drs. Achmad Lutfi, M.Si.

Pembimbing : Dra. Afiati Indri Wardani, M.Si.

Penguji Ahli : Drs. Lisman Manurung, M.Si., Ph.D.

Sekretaris Sidang : Desy Hariyati, S.Sos.

Ditetapkan di : Depok
 Tanggal : 29 Maret 2012

KATA PENGANTAR

Segala pujian dan kesempurnaan adalah milik Allah SWT dan atas rahmat serta kasih sayang-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Shalawat dan salam atas Nabi Muhammad SAW beserta keluarga dan para sahabatnya. Penulisan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk meraih gelar Sarjana Ilmu Administrasi pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sulit bagi penulis menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis menyampaikan rasa hormat dan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang memberikan bantuan terwujudnya skripsi ini, adapun ucapan ini ditujukan kepada:

1. Prof. Dr. Bambang Shergi Laksmono, M.Sc., selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia;
2. Prof. Dr. Irfan Ridwan Maksun, M.Si., selaku Ketua Program Sarjana Reguler/Kelas Paralel Departemen Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia;
3. Dra. Afiati Indri Wardani, M.Si., selaku dosen pembimbing skripsi sekaligus pembimbing akademik yang telah dengan tulus dan sabar meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam menyusun skripsi ini maupun selama masa perkuliahan;
4. Seluruh Dewan Penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji sidang skripsi ini;
5. Para dosen Ilmu Administrasi yang telah memberikan ilmu-ilmu yang berguna dan bermanfaat selama penulis menjalankan masa kuliah di FISIP UI;
6. Para narasumber yang telah memberikan informasi serta masukan dalam penulisan skripsi ini;
7. Orang tua tercinta, ibu dan almarhum bapak yang selama ini sudah mendidik dan membesarkan, Mas Ipunk, Mba Winda, Om Eii, dan Tante Susi;
8. Serta pihak-pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu atas segala kebaikan, dukungan dan bantuannya. Penulis berharap semoga kebaikan,

dukungan, dan bantuan dari semua pihak tersebut mendapatkan imbalan berlipat ganda dari Allah SWT.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari harapan dan kesempurnaan, karena masih terdapat banyak kekurangan yang disebabkan terbatasnya kemampuan penulis. Oleh karena itu, kritik dan saran yang sifatnya membangun, selalu penulis nantikan dari pihak manapun dengan diiringi doa dan ucapan terima kasih.

Depok, Maret 2012

Ramadhani Haryo Seno



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

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

Nama : Ramadhani Haryo Seno
NPM : 0806397105
Program Studi : Ilmu Administrasi Negara
Departemen : Ilmu Administrasi
Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Jenis Karya : Skripsi

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

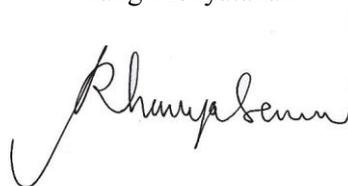
Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas karya 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 : 29 Maret 2012

Yang Menyatakan



(Ramadhani Haryo Seno)



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
DEPARTEMEN ILMU ADMINISTRASI
PROGRAM SARJANA

ABSTRAK

Nama : **Ramadhani Haryo Seno**
Program Studi : **Ilmu Administrasi Negara**
Tema : **Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta**

Penelitian ini bertujuan untuk membahas mengenai implementasi kebijakan pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di DKI Jakarta. Penelitian ini menggunakan pendekatan positivis, dengan teknik pengumpulan data kualitatif melalui wawancara mendalam. Penelitian ini bertujuan menggambarkan implementasi kebijakan pengendalian penyakit demam berdarah dengue (DBD) di Provinsi DKI Jakarta. Hasil penelitian implementasi kebijakan ini berjalan dengan baik. Hal ini dapat dilihat dari dimensi isi kebijakan terpenuhinya kepentingan pemerintahan daerah, masyarakat dapat merasakan manfaatnya secara langsung, tercapainya perubahan yang diharapkan, dan terpenuhinya sumberdaya-sumberdaya yang mendorong kebijakan secara efektif. Selain itu dari dimensi konteks implementasinya peran gubernur beserta perangkat daerahnya (walikota, camat, dan lurah) ikut mendorong, implementasi kebijakan secara efektif. Namun demikian, masih terdapat beberapa kekurangan dalam implementasi kebijakan ini, yaitu dari dimensi isi kebijakan komitmen dari pelaksana elemen kedinasan masih kurang dan kesadaran masyarakat untuk mau lebih peduli akan pentingnya kesehatan terutama dalam pengendalian penyakit DBD belum mempunyai kesadaran yang sama. Sedangkan, dari dimensi konteks implementasinya kerjasama dengan pihak swasta masih kurang, masih kurangnya promosi dan sosialisasi diberikan kepada masyarakat, minimnya edukasi yang diberikan kepada Jumantik, dan penerapan sanksi yang belum dilaksanakan.

Kata kunci : Kebijakan, Implementasi Kebijakan, dan Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue.



UNIVERSITY OF INDONESIA
FACULTY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES
DEPARTEMENT OF ADMINISTRATIVE SCIENCE
UNDERGRADUATE PROGRAM

ABSTRACT

Name : Ramadhani Haryo Seno
Study Program : Ilmu Administrasi Negara
Tema : Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta

This study aims to discuss the policy implementation of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Disease Control Policy in Jakarta. This research uses a positivist approach, with qualitative data collection techniques through in-depth interviews. This study describes the implementation of policies aimed at controlling the Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) disease in the Province of Jakarta. The result is that policy implementation is going well. It can be seen from the dimensions of policy contents, including the fulfillment of the interests of local government, the public can experience the benefits directly, the achievement of expected changes, and compliance resources that promote effective policies. Apart from the dimensions of policy contexts, the governor's role of the region (the mayor, sub district, and village heads) contributed to the implementation of effective policies. However, there are still some shortcomings in the implementation of this policy, which can be seen in the dimensions of policy contents, including the lack of commitment of policy implementer, and lack of public awareness. Meanwhile, in the dimension of policy contexts, can be seen in the lack of private sector cooperation, lack of promotion and socialization provided to the community, lack of education given to the Jumantik (experts observers larvae), and the application of sanctions that have not been implemented.

Keywords: Policy, Policy Implementation, and Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Disease Control Policy.

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI	iii
LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI	iv
KATA PENGANTAR	v
PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Pokok Permasalahan	10
1.3 Tujuan Penelitian	11
1.4 Signifikansi Penelitian	11
1.4.1 Signifikansi Akademis	11
1.4.2 Signifikansi Praktis	11
1.5 Sistematika Penelitian	12
BAB 2 KERANGKA PEMIKIRAN	14
2.1 Tinjauan Pustaka	14
2.2 Kerangka Teori	19
2.2.1 Konsep Kebijakan Publik	19
2.2.2 Tahapan Proses Kebijakan	23
2.2.3 Implementasi Kebijakan Publik	27
2.2.4 Model Implementasi Kebijakan Publik	32
2.3 Operasionalisasi Konsep	38
BAB 3 METODE PENELITIAN	41
3.1 Pendekatan Penelitian	41
3.2 Jenis Penelitian	42
3.2.1 Berdasarkan Tujuan Penelitian	42

3.2.2 Berdasarkan Dimensi Waktu	42
3.2.3 Berdasarkan Manfaat Penelitian.....	42
3.3 Berdasarkan Teknik Pengumpulan Data	43
3.3.1 Metode Wawancara Mendalam	43
3.3.2 Kajian Literature	43
3.4 Narasumber	44
3.5 Batasan Penelitian.....	45
BAB 4 GAMBARAN UMUM RETRIBUSI DAERAH DI INDONESIA	47
4.1 Program Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Indonesia	47
4.2 Penjelasan Umum Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta	51
BAB 5 IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DI DKI JAKARTA.....	58
5.1 Analisis Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta	58
5.1.1 Isi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta	59
5.1.2 Konteks Implementasi dari Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta.....	98
5.2 <i>Outcomes</i>	113
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	115
6.1 Kesimpulan	115
6.2 Saran	115
DAFTAR PUSTAKA	117
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	117

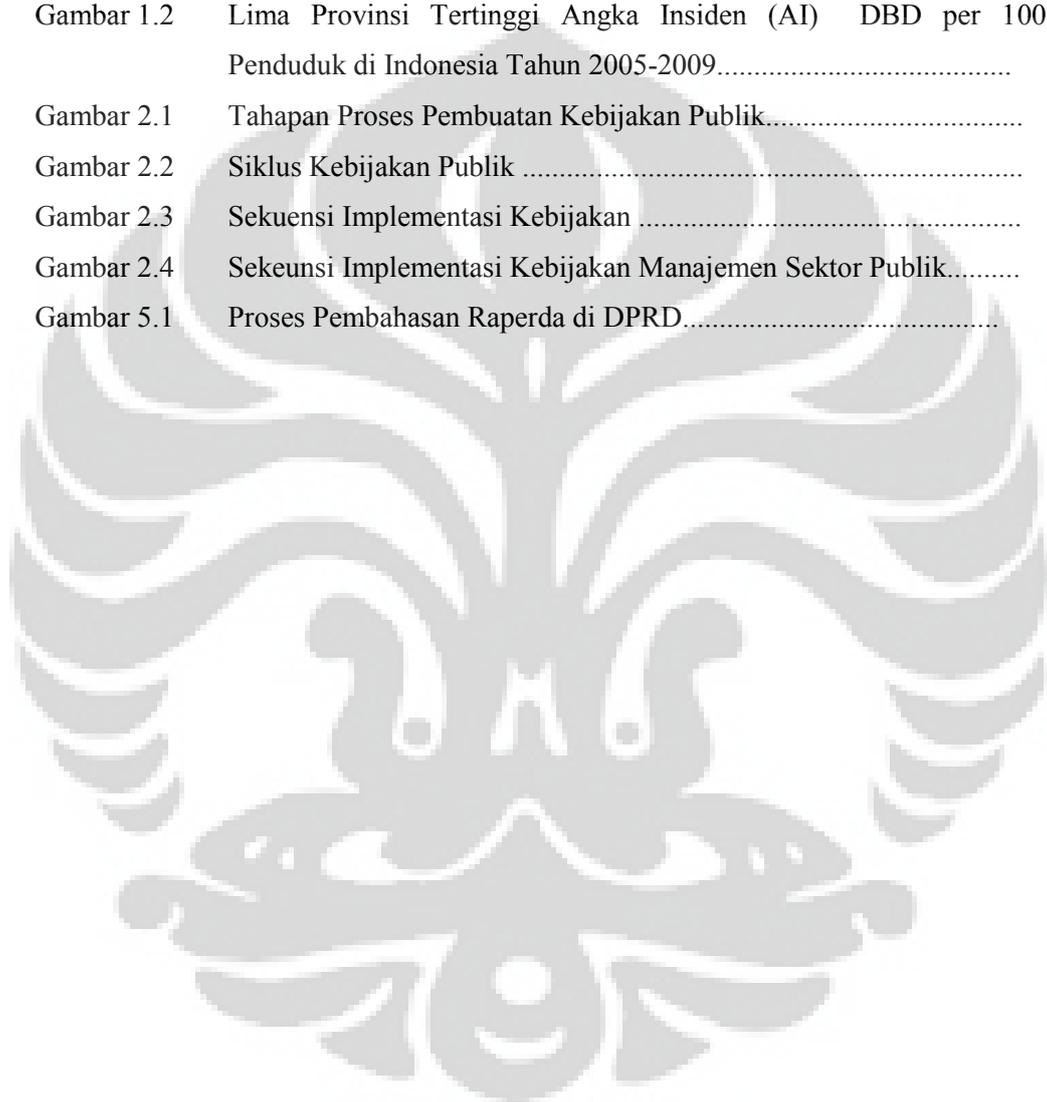
DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Jumlah dan Persebaran Kasus DBD Tahun 1999-2009 di Indonesia.....	2
Tabel 1.2	Data Jumlah Kasus DBD di DKI Jakarta tahun 2005-2010.....	5
Tabel 2.1	Matriks Perbandingan Tinjauan Pustaka	17
Tabel 2.2	Operasionalisasi Konsep	38
Tabel 5.1	Data Jumlah Kasus DBD di DKI Jakarta tahun 2007-2011.....	70



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Angka Insiden DBD per 100.000 Penduduk di Indonesia Tahun 2009	3
Gambar 1.2	Lima Provinsi Tertinggi Angka Insiden (AI) DBD per 100.000 Penduduk di Indonesia Tahun 2005-2009.....	4
Gambar 2.1	Tahapan Proses Pembuatan Kebijakan Publik.....	24
Gambar 2.2	Siklus Kebijakan Publik	26
Gambar 2.3	Sekuensi Implementasi Kebijakan	30
Gambar 2.4	Sekeuksi Implementasi Kebijakan Manajemen Sektor Publik.....	31
Gambar 5.1	Proses Pembahasan Raperda di DPRD.....	81



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** Pedoman Wawancara Mendalam
- Lampiran 2** Wawancara dengan Bapak. H.Igo Ilham, S.St., Ak.
(Wakil Ketua Komisi E Dewan Perwakilan Rakyat (DPRD) DKI Jakarta).
- Lampiran 3** Wawancara dengan Bapak. Sigit Darmanto, S.K.M., M.K.M .
(Staff Penyakit Menular dan Tidak Menular Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta)
- Lampiran 4** Wawancara dengan Bapak. dr. Ibnu Banjar, M.K.M.
(Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Provinsi DKI Jakarta)
- Lampiran 5** Wawancara dengan Bapak. Drs. Iswanta, M.A.P.
(Kepala Sub-Bagian Kesehatan Masyarakat, Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta)
- Lampiran 6** Wawancara dengan Ibu. dr. Iriani, M.Kes.
(Plt. Kepala Seksi Standarisasi Subdit Pengendalian Arbovirosis Direktur Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Kementerian Kesehatan RI)
- Lampiran 7** Wawancara dengan Ibu. drg. Yulidar Nur Adinda, M.K.M.
(Kepala Seksi Promosi Informasi Kesehatan (PROMINFOKES) Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta)
- Lampiran 8** Wawancara dengan Ibu. Zuriati, B.Sc.
(Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) RW. 06 Sukapura/
Ketua LMK Kelurahan Sukapura/ Ketua LMK Kecamatan Cilincing Jakarta Utara/ Tokoh Masyarakat RW.06 Sukapura, Cilincing, Jakarta Utara)

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap individu masyarakat yang harus dipenuhi oleh setiap bangsa dan negara. Termasuk kewajiban negara untuk memproteksi masyarakatnya tertular penyakit yang dianggap berbahaya. Negara sebagai organisasi terbesar diharapkan mampu untuk memberikan pelayanan yang maksimal terhadap penanggulangan penyakit tertentu, karena negara mempunyai kewenangan yang meliputi keseluruhan kehidupan bermasyarakat (Abidin, 2004: 21). Tidak ada organisasi lain yang wewenangnya dapat mencakup seluruh lapisan masyarakat kecuali negara. Selain itu negara adalah organisasi yang dalam sesuatu teritorial tertentu dapat memaksakan kekuasaannya secara sah terhadap semua golongan kekuasaan lainnya dan yang dapat menetapkan tujuan-tujuan dari kehidupan bersama itu melalui kebijakan-kebijakan yang dibuat dan disepakati (Budiardjo, 2008: 47). Untuk itu sudah selayaknya negara memberi jaminan kesehatan kepada masyarakatnya. Termasuk dalam penanggulangan penyakit berbahaya yang dimana negara dianggap perlu turun tangan untuk mengatasi permasalahan penyakit tersebut. Salah satu penyakit yang dianggap momok bagi bangsa Indonesia ialah Demam Berdarah Dengue (DBD).

Penyakit DBD saat ini masih menjadi momok yang menakutkan dalam kehidupan masyarakat di Indonesia, bahkan kehidupan masyarakat *Association of Southeast Asian Nations* (ASEAN) ataupun masyarakat dunia sekalipun. Menurut data *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa sekitar 2,5 Miliar orang atau dua perlima dari populasi dunia, kini menghadapi resiko dari DBD dan memperkirakan bahwa mungkin akan menjadi 50 juta kasus infeksi DBD di seluruh dunia setiap tahunnya. Penyakit DBD sekarang ini, telah menjadi endemik di lebih dari 100 negara (Anggraeni, 2010: 5). Selain itu menurut data yang ada, enam juta manusia meninggal diseluruh dunia setiap tahun dalam tempo satu dasawarsa terakhir. Penyebabnya adalah serangga kecil bersayap paling ganas

yang disebut *Aedes Aegypti*, penyebar virus DBD yang berujung maut bagi manusia. Berdasarkan data WHO mengisyaratkan, bahwa setiap 10 detik satu manusia kehilangan nyawanya, karena penyakit DBD. Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009 WHO mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara (<http://www.equator-news.com/> “Sekarang atau tidak sama sekali”, 2010).

Penyakit DBD merupakan penyakit endemis di Indonesia, sejarah pertama kali ditemukannya penyakit ini di Kota Surabaya dan Jakarta pada tahun 1968, jumlah kasus tertentu meningkat baik dalam jumlah maupun luas wilayah yang terjangkau dan secara sporadis selalu terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) setiap tahun (<http://www.depkes.go.id>. “Kebijakan Program P2 DBD dan Situasi Terkini DBD di Indonesia, 2004”). Di Indonesia DBD telah menjadi masalah kesehatan masyarakat selama 43 tahun terakhir. Sejak tahun 1968 telah terjadi peningkatan persebaran jumlah provinsi dan kabupaten atau kota yang endemis DBD, dari 2 provinsi dan 2 kota pada tahun 1968, menjadi 32 (97 persen) provinsi dan 382 (77 persen) kabupaten atau kota pada tahun 2009. Berdasarkan data yang ada, sebesar 70 persen kabupaten atau kota di Indonesia hingga akhir 2010 masih tergolong endemis DBD. Sementara itu 80 persen penduduk bertempat tinggal di daerah beresiko tertular (Rakyat Merdeka, 17/6/2011).

Tabel 1.1 Jumlah dan Persebaran Kasus DBD Tahun 1999-2009 di Indonesia

TAHUN	KASUS	JUMLAH PROVINSI	PROVINSI TERJANGKIT	% PROVINSI TERJANGKIT	JUMLAH KAB/KOTA	KAB/KOTA TERJANGKIT	% KAB/KOTA TERJANGKIT
1999	21.134	26	26	100	341	223	65
2000	33.443	26	25	96	341	231	68
2001	45.904	30	30	100	353	265	75
2002	40.377	30	29	97	391	264	68
2003	52.500	30	29	97	440	266	60
2004	79.462	33	29	88	440	334	76
2005	95.279	33	32	97	440	326	74
2006	114.656	33	32	97	440	330	75
2007	158.115	33	32	97	465	361	78
2008	137.469	33	32	97	485	355	73
2009	158.912	33	32	97	497	382	77

Sumber: Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2010, Kemenkes RI

Dari tabel 1.1 terlihat pada tahun 1999-2009 kasus DBD selalu mengalami peningkatan kasus kejadiannya. Dari data tersebut dapat di lihat, apabila dirata-ratakan hampir diatas 95 persen provinsi Indonesia terjangkit kasus DBD dan hampir diatas 65 persen kabupaten atau kota terjangkit kasus DBD. Peningkatan kasus ini mengalami *trend* peningkatan kasus DBD dari tahun ke tahunnya. Peningkatan jumlah dan penyebaran kasus DBD tersebut kemungkinan disebabkan oleh mobilitas penduduk yang tinggi, perkembangan wilayah perkotaan, perubahan iklim, perubahan kepadatan, dan distribusi penduduk serta faktor epidemiologi lainnya.

Disamping itu berdasarkan data dari gambar 1.1 dibawah ini pada tahun 2009 Provinsi DKI Jakarta merupakan provinsi dengan Angka Insiden (AI) DBD tertinggi (313 kasus per 100.000 penduduk), diikuti oleh Kalimantan Barat dengan (228 kasus per 100.000 penduduk), diperingkat ketiga Kalimantan timur dengan (185 kasus per 100.00 penduduk), sedangkan Nusa Tenggara Timur merupakan provinsi terakhir dengan AI DBD terendah (8 kasus per 100.000 penduduk). Terdapat 11 (33 persen) provinsi termasuk dalam daerah risiko tinggi (AI > 55 kasus per 100.000 penduduk).

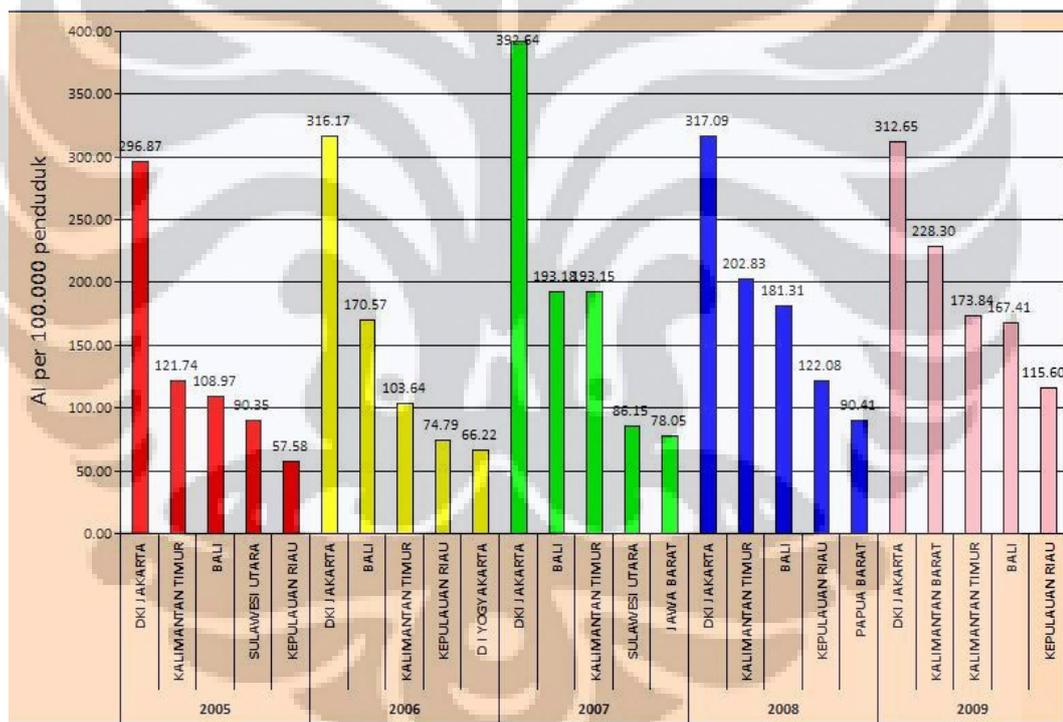
Gambar 1.1 Angka Insiden DBD per 100.000 Penduduk di Indonesia Tahun 2009



Sumber: Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2010, Kemenkes RI

Dari gambar 1.2 dibawah ini dapat dilihat lima besar provinsi terjangkit demam berdarah dengue selama lima tahun terakhir yaitu: DKI Jakarta, Bali, Kalimantan Timur, Kepulauan Riau, Sulawesi Utara, Yogyakarta, dan Jawa Barat. Bila berubah pun nampaknya posisinya tidak akan jauh-jauh berbeda dari provinsi tersebut diatas. Tiga besar provinsi yang selalu ada selama lima tahun terakhir ialah DKI Jakarta, Kalimantan Timur, dan Bali. Pada Tahun 2007 merupakan tahun yang paling banyak Angka Insiden DBD di DKI Jakarta (392 kasus per 100.000 penduduk). Hal ini berimplikasi pada periode tahun 2007, di Provinsi DKI Jakarta penyakit DBD ditetapkan sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB).

Gambar 1.2 Lima Provinsi Tertinggi Angka Insiden (AI) DBD per 100.000 Penduduk di Indonesia Tahun 2005-2009



Sumber: Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2010, Kemenkes RI

Provinsi DKI Jakarta dan Provinsi Kalimantan Timur selalu berada dalam lima provinsi AI DBD tertinggi dengan DKI Jakarta selalu menduduki AI DBD yang paling tinggi setiap tahunnya. Hal ini terjadi, karena Provinsi DKI Jakarta sebagai Ibukota negara Indonesia tentu saja pintu gerbang keluar masuknya

penyakit, termasuk penyakit DBD. Belum lagi hal ini diperparah dengan kepadatan penduduk yang begitu cepat di DKI Jakarta, penataan kota yang tidak mempertimbangkan unsur kesehatan terkesan serampangan dan sporadis, mobilitas penduduk yang tinggi dan sarana transportasi yang lebih baik dibanding daerah lain, sehingga penyebaran virus menjadi lebih mudah dan lebih luas. Terakhir yang tidak boleh dilupakan ialah perubahan iklim (Rakyat Merdeka, 17/6/2011).

Data dari Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi DKI Jakarta menyebutkan, pada 2007 jumlah kasus DBD mencapai 31.836. Jumlah itu mengalami penurunan pada tahun 2008 yang hanya mencapai 28.361 kasus. Pada 2009 penurunannya hingga menyisakan 18.835 kasus. Pada 2010 jumlah kasus DBD kian menyusut hingga 12.639. Untuk 2011 hingga bulan Mei kasus DBD tercatat 3.597 kasus. Bahkan pada tahun 2009 dan 2010 kasus kejadian DBD terjadi dibawah 20.000 kasus kejadian. Kondisi berbeda pada tahun 2005-2008, kasus kejadian selalu berada di atas 20.000 kasus kejadian dan puncaknya pada tahun 2007, dengan lebih dari 31.000 kasus kejadian.

Tabel 1.2 Data Jumlah Kasus DBD di DKI Jakarta tahun 2005-2010

Tahun Kejadian	Jumlah Kasus DBD	Keterangan dari Tahun Sebelumnya
2005	23.466 Kasus Kejadian	-
2006	24.031 Kasus Kejadian	Naik
2007	31.836 Kasus Kejadian	Naik
2008	28.361 Kasus Kejadian	Turun
2009	18.835 Kasus Kejadian	Turun
2010	12.639 Kasus Kejadian	Turun

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2011.

Berdasarkan data di atas memang diakui selama tiga tahun terakhir terjadi penurunan kasus kejadian DBD di Provinsi DKI Jakarta, tetapi tidak dapat dipungkiri bahwa Provinsi DKI Jakarta merupakan provinsi teratas di Indonesia dalam AI terjangkitnya penyakit DBD di Indonesia selama kurun waktu 2005-2009. Baru pada tahun 2010 inilah Provinsi DKI Jakarta berada di peringkat kedua sebelum Provinsi Bali, selebihnya Provinsi DKI Jakarta selalu berada di peringkat teratas selama kurun waktu 2005-2009 bila dibandingkan dengan provinsi-provinsi lain di Indonesia (lihat gambar 1.2). Penurunan jumlah kasus kejadian DBD di DKI Jakarta antara periode tahun 2008-2010, bukan hanya karena keberhasilan Pemprov DKI Jakarta dalam menekan pencegahan penyakit DBD. Hal ini cenderung lebih disebabkan oleh faktor musim, yang pada saat itu antara periode tahun 2008-2010 di Provinsi DKI Jakarta sedang mengalami musim kemarau. Tidak dapat dipungkiri bahwa curah hujan ideal sangat mempengaruhi kasus kejadian DBD di suatu daerah termasuk DKI Jakarta.

Curah hujan ideal artinya air hujan tidak sampai menimbulkan banjir dan air menggenang di suatu wadah atau media yang menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk yang aman dan relatif masih bersih (misalnya cekungan di pagar bambu, pepohonan, kaleng bekas, ban bekas, atap atau talang rumah). Tersedianya air dalam media akan menyebabkan telur nyamuk menetas dan setelah 10-12 hari akan berubah menjadi nyamuk (Kemenkes RI, 2010). Dari penjabaran di atas terlihat, bahwa ada korelasinya antara curah hujan ideal dengan jumlah kasus kejadian DBD di suatu daerah. Maksudnya, apabila suatu daerah sedang mengalami musim kemarau maka jumlah kasus kejadian DBD cenderung akan menurun, namun sebaliknya bila musim hujan tiba (curah hujan ideal) maka jumlah kasus kejadian DBD cenderung akan meningkat.

Hal sebaliknya terjadi pada periode tahun 2006 dan 2007 terjadi peningkatan jumlah kasus DBD. Puncaknya ialah pada tahun 2007, seperti diketahui pada tahun 2007 merupakan puncak curah hujan dengan siklus lima tahunan di Provinsi DKI Jakarta. Pada tahun 2007 pula wilayah Provinsi DKI Jakarta dihantam banjir besar pada saat itu. Dalam siklus lima tahunan pada tahun 2007 terjadinya curah hujan ideal yang dapat menimbulkan perkembangbiakan

nyamuk lebih cepat dan mudah. Dengan demikian tanpa adanya cuaca yang mendukung perkembang-biakan nyamuk *Aedes Aegypti*, peluang penyakit DBD untuk menjadi kejadian luar biasa sangat kecil.

Selain itu dari tabel 1.2 dapat dilihat bahwa tahun 2007 merupakan kasus kejadian terbanyak demam berdarah dengue sebanyak 31.836 kasus kejadian. Oleh karena itu, pada tanggal 2 April 2007 Gubernur DKI Jakarta Sutiyoso pun menyatakan KLB DBD di DKI Jakarta dengan dikeluarkannya Surat Gubernur Provinsi DKI Jakarta No. 13/SE/2007 karena adanya peningkatan kasus yang melampaui batas KLB per bulannya yaitu 3.107 kasus (Dinkes DKI Jakarta, 2007). Masalah yang dihadapi di DKI Jakarta dalam hal ini adalah adanya kecenderungan peningkatan kasus DBD dari tahun ke tahun. Peningkatan kasus ini berpotensi terjadinya KLB, yaitu timbulnya atau meningkatnya penderita atau kematian akibat penyakit DBD yang bermakna epidemiologis.

Semakin bertambah banyak jumlah kasus DBD tiap tahun memberikan dampak yang besar terhadap penurunan produktivitas masyarakat dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Tentu saja hal ini berimplikasi kepada semakin meningkatnya anggaran kesehatan untuk penanggulangan penyakit DBD. Untuk mencegah hal tersebut semakin parah, maka Kementerian Kesehatan merencanakan program P2DBD (Program Penanggulangan dan Pemberantasan Penyakit DBD) sudah dilakukan sejak tahun 1992 dengan adanya SK Menkes No. 581 Tahun 1992 tentang pemberantasan penyakit DBD dan ditambah lagi dengan Keputusan Dirjen Penanggulangan Penyakit (P2) & Penyehatan Lingkungan (PL) No. 914 Tahun 1992 tentang petunjuk teknis P2DBD.

Upaya yang ditempuh dalam pencegahan penyakit DBD diantaranya ialah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN DBD) dengan melakukan bulan bakti gerakan 3M, penyelidikan epidemiologi, pengamatan vektor dengan Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) oleh jumentik, pemberantasan kasus dengan fogging fokus dan larvadisasi selektif, pemberantasan KLB dan peningkatan petugas melalui pelatihan (Pusbangkes, Kemenkes RI, 2006). Namun upaya-upaya tersebut masih dianggap belum berhasil dalam menekan jumlah kasus DBD yang masih tinggi

sampai saat ini. Kebijakan yang dilakukan oleh kemenkes pada kenyataan dianggap masih kurang dalam memberikan dampak pencegahan penyakit DBD di beberapa daerah Indonesia (PSHK, 2009: 125). Untuk itu Pemprov DKI Jakarta membuat inisiatif dengan membuat kebijakan publik khususnya Peraturan Daerah (Perda) yang khusus dibuat untuk mengatasi persoalan penyakit DBD. Hal tersebut patut dilakukan, mengingat Provinsi DKI Jakarta merupakan daerah endemis DBD dan daerah terparah dalam kasus kejadian DBD di Indonesia. Terlebih lagi setelah sistem desentralisasi diterapkan, pemerintah daerah diberi kebebasan untuk mengatur rumah tangganya sendiri berdasarkan prakarsanya sendiri. Kebijakan publik yang berkaitan dengan pencegahan penyakit DBD di DKI Jakarta ialah Perda Nomor 6 Tahun 2007 tentang Pengendalian Penyakit DBD. Dalam perda ini memiliki mandat yang besar untuk mengatasi dan mencegah terjadinya kasus DBD yang semakin memprihatinkan. Pembentukan perda ini berangkat dari masalah sosial yang ada di dalam masyarakat. Gejala yang ditimbulkan dari masalah tersebut sudah jelas dan cenderung meningkat dari tahun ke tahun (PSHK, 2009: 128).

Pengendalian penyakit DBD adalah serangkaian kegiatan pencegahan dan penanggulangan untuk memutus mata rantai penularan penyakit DBD dengan cara melakukan pemberantasan nyamuk dan jentik nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*. Upaya-upaya atau program pencegahan penyakit DBD di DKI Jakarta sendiri sebenarnya sudah diatur dalam Kebijakan Perda Nomor 6 tahun 2007 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) khususnya dalam Pasal 3. Pasal tersebut berbunyi “Pencegahan penyakit DBD merupakan tanggungjawab pemerintah daerah dan masyarakat yang dapat dilakukan melalui upaya: (i) PSN 3M-PLUS, (ii) PJB, (iii) Surveilans, dan (iv) Sosialisasi”.

Dari kebijakan tersebut ada empat upaya atau program yang dilakukan oleh Pemprov DKI Jakarta bersama masyarakat dalam pencegahan penyakit DBD. Berikut ini adalah penjelasannya: Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan menguras, menutup, dan mengubur (3M) tempat penampungan air dan tidak melakukan kegiatan yang membuat nyamuk berkembang biak (PLUS). Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) oleh jumentik yang bertugas untuk memantau

jentik nyamuk yang berada dirumah-dirumah warga sekitarnya. Surveilans maksudnya upaya untuk mendata setiap korban DBD yang berjatuhannya baik yang dirawat di rumah sakit maupun di puskesmas. Nantinya pihak rumah sakit dan puskesmas akan memberikan laporan kepada Dinas Kesehatan DKI Jakarta pada saat yang bersamaan. Hal ini bertujuan untuk mencegah meluasnya korban berjatuhannya yang lebih banyak lagi dan Pemprov DKI Jakarta dapat segera mengambil tindakan yang cepat. Sosialisasi ialah upaya pemberitahuan kepada masyarakat dari ketiga upaya pencegahan diatas. Tujuan diadakannya sosialisasi adalah untuk membuat masyarakat berpartisipasi aktif dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD. Selain itu meyakinkan masyarakat bahwa penyakit DBD merupakan penyakit yang perlu diberantas secara seksama dan berkelanjutan. Dari keempat upaya-upaya pencegahan tersebut, sejauh ini implementasi dari upaya-upaya tersebut dirasakan masih kurang maksimal dan perlu ditingkatkan kembali upaya pencegahan tersebut secara konsisten. Hal ini dapat terlihat dalam kenyatannya, serapi apapun peraturan daerah yang dibuat, tetap saja jumlah penderita demam berdarah terus meningkat dari tahun ke tahun (<http://isukesehatan.wordpress.com> “Demam Berdarah Dengue”, 2008).

Dari upaya-upaya tersebut, tentu saja ada beberapa hal yang perlu menjadi perhatian. *Pertama* pemantauan, sejauhmana pemantauan tersebut dapat memastikan bahwa upaya-upaya pencegahan penyakit DBD dilaksanakan sesuai dengan apa yang telah ditetapkan dalam perda. Sesempurna apapun peraturannya, jika tidak diiringi dengan pemantauan yang cukup, hasil di lapangan akan berbeda. *Kedua* sosialisasi, sejauhmana sosialisasi dapat memberitahukan kepada masyarakat tentang pentingnya upaya-upaya tersebut dilaksanakan. *Ketiga* koordinasi, bagaimana koordinasi dari berbagai pihak dalam mengefektifkan langkah upaya pencegahan penyakit DBD agar lebih maksimal. *Keempat* kepedulian, bagaimana partisipasi masyarakat mau dengan secara sadar untuk peduli melaksanakan upaya-upaya pencegahan penyakit DBD seperti PSN-3M.

Pada intinya yang perlu dicermati ialah dalam melihat sejauhmana implementasi kebijakan yang sudah diterapkan oleh pemerintah. Tidak dapat dipungkiri bahwa implementasi kebijakan merupakan faktor krusial dari tahapan

proses kebijakan. Tanpa implementasi kebijakan, maka akan sia-sia semua proses sebelum implementasi kebijakan seperti penyusunan agenda, formulasi kebijakan, dan adopsi kebijakan.

Implementasi kebijakan merupakan langkah sangat krusial dalam proses kebijakan. Tanpa implementasi, suatu kebijakan hanyalah sekedar sebuah dokumen atau harapan tidak bermakna dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Implementasi kebijakan sangat penting dalam setiap proses penyelenggaraan suatu kegiatan pemerintahan. Huntington (1968) berpendapat, perbedaan yang paling penting antara suatu negara dengan negara lain tidak terletak pada bentuk atau ideologinya, tetapi pada tingkat kemampuan mengimplementasikan suatu kegiatan pemerintahan (Abidin, 2004: 189). Tingkat kemampuan dapat dilihat pada kemampuan melaksanakan setiap keputusan atau kebijakan yang dibuat oleh elite politik, menteri kabinet, atau presiden sekalipun. Pada intinya ialah keunggulan suatu negara semakin ditentukan oleh kemampuan negara tersebut menciptakan dan mengimplementasikan kebijakan-kebijakan publik yang telah disepakati bersama.

Berdasarkan dari penjabaran di atas dan mengingat akan pentingnya suatu implementasi kebijakan publik serta pentingnya pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta. Berangkat dari dua hal tersebut yang sangat penting, maka penelitian ini akan membahas mengenai Implementasi Kebijakan Mengenai Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Provinsi DKI Jakarta.

1.2 Pokok Permasalahan

Telah diuraikan di atas terlihat jelas akan pentingnya kebijakan pengendalian penyakit DBD dibuat. Banyak harapan dan tuntutan dari lahirnya kebijakan pengendalian penyakit DBD di masyarakat. Diharapkan kebijakan pengendalian penyakit DBD dapat mengatasi masalah sosial yang ada di masyarakat dan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat dalam mendukung program pengendalian penyakit DBD di Provinsi DKI Jakarta. Implementasi atau pelaksanaan dari kebijakan pengendalian penyakit DBD urgensinya adalah untuk

melihat program-program pengendalian penyakit DBD yang diamanatkan dalam kebijakan pengendalian penyakit DBD dilaksanakan atau tidak.

Dengan melihat uraian-uraian di atas maka pertanyaan penelitian dari penelitian ini adalah:

1. Bagaimana implementasi kebijakan pengendalian penyakit demam berdarah dengue (DBD) di Provinsi DKI Jakarta?

1.3 Tujuan Penelitian

Dari pokok permasalahan yang telah diuraikan di atas maka penelitian ini bertujuan untuk:

1. Menggambarkan implementasi kebijakan pengendalian penyakit demam berdarah dengue (DBD) di Provinsi DKI Jakarta.

1.4 Signifikansi Penelitian

1.4.1 Signifikansi Akademis

Secara akademis, penelitian ini diharapkan mampu memberikan pengayaan pengetahuan pada bidang ilmu kebijakan publik dan pemerintahan daerah. Fokusnya ialah pada implementasi kebijakan publik yang berkaitan dengan kebijakan kesehatan disuatu pemerintahan daerah. Khususnya kebijakan publik yang berada di ranah pemerintahan daerah yang diatur dalam sebuah peraturan daerah (perda).

1.4.2 Signifikansi Praktis

Secara praktis, hasil penelitian ini nantinya dapat dijadikan masukan bagi instansi pemerintah terkait (Provinsi DKI Jakarta, khususnya Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta). Dalam mengembangkan kemampuan pemerintah daerah mengimplementasikan suatu kebijakan publik. Khususnya kebijakan publik mengenai pengendalian penyakit demam berdarah dengue (DBD) di Provinsi DKI Jakarta.

1.5 Sistematika Penulisan

Dalam penyusunan skripsi ini penulis membagi menjadi enam bab, yang terdiri dari beberapa sub bagian. Tujuannya semata-mata ialah untuk dapat memberi penjelasan secara sistematis dan terperinci. Adapun pembagiannya sebagai berikut:

1. BAB 1 PENDAHULUAN

Dalam bab ini akan dijelaskan mengenai latar belakang, pokok permasalahan, tujuan penelitian, signifikansi penelitian, dan sistematika penelitian.

2. BAB 2 KERANGKA PEMIKIRAN

Pada bab ini akan disajikan mengenai tinjauan pustaka, kerangka teori, dan operasionalisasi konsep. Kerangka teori kebijakan publik yang akan diuraikan terdiri dari: konsep kebijakan publik, tahapan proses kebijakan, implementasi kebijakan publik, dan model-model implementasi kebijakan publik.

3. BAB 3 METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan mengenai metode penelitian yang terdiri dari: pendekatan penelitian, jenis penelitian, teknik pengumpulan data, narasumber atau informan, dan keterbatasan penelitian.

4. BAB 4 GAMBARAN UMUM

Pada bab ini peneliti menjelaskan mengenai gambaran umum program kebijakan pengendalian penyakit demam berdarah dengue (DBD) di Indonesia (Kementerian Kesehatan) dan upaya-upaya atau program kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta (Dinas Kesehatan DKI Jakarta).

5. BAB 5 IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DI DKI JAKARTA

Pada bab ini peneliti menjelaskan mengenai implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di provinsi DKI Jakarta yang dikaji berdasarkan teori yang sudah ditentukan sebelumnya.

6. BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini merupakan kesimpulan mengenai jawaban dari pertanyaan penelitian. Serta saran-saran yang mungkin dapat dijadikan sebagai masukan untuk perbaikan di masa yang akan datang.



BAB 2

KERANGKA PEMIKIRAN

2.1 Tinjauan Pustaka

Dalam melaksanakan penelitian yang berjudul Implementasi Kebijakan Mengenai Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Provinsi DKI Jakarta, peneliti meninjau beberapa karya akademis berupa dua buah skripsi yang berkaitan erat dengan implementasi kebijakan dari suatu perda di Pemprov DKI Jakarta. Hal ini berguna untuk menghasilkan sebuah penelitian yang komprehensif, holistik, dan berkorelasi, maka penelitian ini mencoba mengambil beberapa penelitian awalan sebagai bahan rujukan yang bahasannya penelitiannya memiliki relevansi senada dengan penelitian ini. Diharapkan dengan rujukan tersebut dapat membentuk kerangka dasar berpikir dalam melakukan kajian. Berikut ini bahan rujukan penelitian tersebut.

Penelitian pertama adalah skripsi yang berjudul “Implementasi Kebijakan Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 1988 mengenai Pengelolaan sampah padat di DKI Jakarta” ditulis oleh Randy Rachmawaty mahasiswi studi Administrasi Negara Universitas Indonesia pada tahun 2006. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi kebijakan Peraturan daerah nomor 5 tahun 1988 mengenai pengelolaan sampah padat di DKI Jakarta. Penelitian ini membahas tentang pelaksanaan kebijakan pengelolaan sampah di DKI Jakarta dilihat dari aspek organisasi dan manajemen, aspek teknis operasional, aspek keuangan, aspek hukum, dan aspek peran serta masyarakat dan swasta.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitis dengan pendekatan kualitatif. penelitian deskriptif dipakai untuk menggambarkan, menjelaskan, dan menguraikan mekanisme implementasi kebijakan pengelolaan sampah berdasarkan peraturan daerah yang ada yang dibandingkan dengan kenyataan yang ada di lapangan. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kespustakaan melalui buku dan laporan dinas terkait serta studi lapangan dengan melakukan wawancara

mendalam terhadap pejabat Dinas Kebersihan DKI Jakarta. Konsep yang digunakan adalah konsep kebijakan, kebijakan publik, tahap-tahap pembuatan kebijakan dan implementasi kebijakan.

Hasil temuan dari penelitian ini diketahui bahwa pelaksanaan kebijakan pengelolaan sampah di DKI Jakarta belum dilaksanakan sesuai dengan kebijakan yang berlaku, dan belum memberikan hasil optimal. Hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan kebijakan pengelolaan sampah di DKI Jakarta yakni: *Pertama*, tidak ada koordinasi antar dinas mengenai jumlah sampah yang diangkut ke Tempat Pembuangan Akhir (TPA). *Kedua*, belum memadainya jumlah peralatan dan petugas kebersihan yang ada. *Ketiga*, dana operasional yang belum mencukupi kebutuhan pembiayaan. *Keempat*, lemahnya penerapan penegakan hukum mengenai kebersihan.

Penelitian kedua adalah skripsi yang berjudul “Implementasi Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara Pasal 13 mengenai Penetapan Kawasan Dilarang merokok dan Penyediaan Tempat Khusus Merokok oleh Pemprov DKI Jakarta (studi operasi: Biro Administrasi Kesejahteraan Masyarakat, Dinas Tramtib dan Linmas, Biro Hukum, BPLHD, dan WITT) ditulis oleh Muhammad Riza Mardhany mahasiswa studi administrasi negara Universitas Indonesia pada tahun 2007. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi kebijakan Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara Pasal 13 mengenai Penetapan Kawasan Dilarang Merokok dan Penyediaan Tempat Khusus Merokok oleh Pemprov DKI Jakarta. Serta untuk mengetahui hambatan-hambatan dalam implementasi kebijakan perda tersebut.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitis dengan pendekatan kualitatif. Penelitian deskriptif dipakai untuk menggambarkan, menjelaskan, dan menguraikan mekanisme implementasi kebijakan sampah berdasarkan peraturan daerah yang ada yang dibandingkan dengan kenyataan yang ada di lapangan. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kepustakaan melalui buku dan laporan

dinas terkait serta studi lapangan dengan melakukan wawancara mendalam terhadap pihak-pihak yang berkompeten dibidangnya tersebut. Konsep yang digunakan adalah konsep kebijakan, kebijakan publik, tahap-tahap pembuatan kebijakan dan implementasi kebijakan.

Hasil temuan penelitian ini adalah tujuan perda ini dibuat masih belum optimal, walaupun sosialisasi, pembinaan, pengawasan dan penegakkan hukum telah dilakukan namun masyarakat belum mematuhi perda tersebut. Hal ini ditunjukkan masih banyaknya terjadi pelanggaran, seperti masyarakat masih merokok, disamping itu pengelola gedung belum mentaati penyediaan tempat khusus merokok. Di dalam implementasi agen pelaksana terlalu banyak. Karakteristik yang berbeda-beda menjadi penghambat koordinasi. Koordinasi lintas sektor ini mengalami kendala sumber daya manusia maupun sumber dana, sehingga mempengaruhi implementasi kebijakan.

Berangkat dari dua penelitian tersebut sebelumnya, peneliti semakin meyakini bahwa penelitian yang peneliti lakukan memang memiliki landasan yang kuat, karena pernah dilakukan sebelumnya mengenai implementasi kebijakan. Penelitian yang peneliti lakukan berkaitan Implementasi Kebijakan Mengenai Pengendalian Penyakit DBD di Provinsi DKI Jakarta. Penelitian bertujuan mengetahui sejauh mana implementasi kebijakan mengenai pengendalian penyakit DBD di Provinsi DKI Jakarta. Berikut ini akan ditampilkan matrik perbandingan dari dua penelitian sebelumnya mengenai implementasi kebijakan Perda di DKI Jakarta.

Tabel 2.1 Matrik Perbandingan Tinjauan Pustaka

Perbandingan	Randy Rachmawaty (Skripsi, 2006)	Muhammad Riza Mardhany (Skripsi, 2007)	Ramadhani Haryo Seno (Skripsi, 2011)
Judul Penelitian	Impelementasi Kebijakan Peraturan Daerah No. 5 Tahun 1988 Mengenai Pengelolaan Sampah Padat di DKI Jakarta	“Implementasi Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara Pasal 13 mengenai Penetapan Kawasan Dilarang merokok dan Penyediaan Tempat Khusus Merokok oleh Pemda DKI Jakarta (studi operasi: Biro Administrasi Kesejahteraan Masyarakat, Dinas Tramtib dan Linmas, Biro Hukum, BPLHD, dan WITT)	Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Provinsi DKI Jakarta
Tujuan Penelitian	<ul style="list-style-type: none"> Mengetahui implementasi kebijakan peraturan daerah nomor 5 tahun 1988 mengenai pengelolaan sampah Padat di DKI Jakarta. Penelitian ini membahas tentang pelaksanaan kebijakan pengelolaan sampah di DKI Jakarta dilihat dari aspek organisasi dan manajemen, aspek teknik operasional, aspek keuangan, aspek hukum, dan aspek peran serta masyarakat dan swasta 	<ul style="list-style-type: none"> Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi kebijakan Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara Pasal 13 mengenai Penetapan Kawasan Dilarang merokok dan Penyediaan Tempat Khusus Merokok oleh Pemda DKI Jakarta. Serta untuk mengetahui hambatan-hambatan dalam implementasi kebijakan perda tersebut. 	<ul style="list-style-type: none"> Menggambarkan implementasi kebijakan Pengendalian peyakit DBD di DKI Jakarta. Penelitian ini membahas tentang pelaksanaan kebijakan pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di DKI Jakarta dilihat dari isi kebijakan dan konteks kebijakan.

(Lanjutan Tabel 2.1)

Kerangka Teori	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep Kebijakan • Kebijakan Publik • Tahap-tahap pembuatan kebijakan dan implementasi kebijakan 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep Kebijakan • Kebijakan Publik • Tahapan Implementasi Kebijakan • Model Implementasi Kebijakan 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep Kebijakan Publik • Tahap-tahap proses Kebijakan • Implementasi Kebijakan Publik • Model Implementasi Kebijakan Publik
Hasil Penelitian	<p>Pelaksanaan kebijakan pengelolaan sampah di DKI Jakarta belum dilaksanakan sesuai dengan kebijakan berlaku dan belum memberikan hasil optimal. Hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan kebijakan pengelolaan sampah di DKI Jakarta. Pertama, tidak ada koordinasi antar dinas mengenai jumlah sampah yang diangkut ke TPA. Kedua, belum memadainya jumlah peralatan dan petugas kebersihan yang ada. Ketiga, dana operasional yang belum mencukupi kebutuhan pembiayaan. Keempat, lemahnya penerapan penegakkan hukum kebersihan,</p>	<p>Hasil temuan penelitian ini adalah tujuan perda ini dibuat masih belum optimal, walaupun sosialisasi, pembinaan, pengawasan dan penegakkan hukum telah dilakukan namun masyarakat belum mematuhi perda tersebut. Hal ini ditunjukkan masih banyaknya terjadi pelanggaran, seperti masyarakat masih merokok, disamping itu pengelola gedung belum mentaati penyediaan tempat khusus merokok. Di dalam implementasi agen pelaksana terlalu banyak. Karakteristik yang berbeda-beda menjadi penghambat koordinasi. Koordinasi lintas sektor ini mengalami kendala sumber daya manusia maupun sumber dana, sehingga mempengaruhi implementasi kebijakan.</p>	

2.2 Kerangka Teori

Dalam penelitian ini konsep inti yang digunakan adalah kebijakan publik dan implementasi kebijakan publik. Hal ini untuk mempermudah dalam menganalisis penelitian ini.

2.2.1 Konsep Kebijakan Publik

Mungkin disebagian benak masyarakat, mempertanyakan kenapa dikatakan kebijakan publik. Dikatakan demikian karena kepentingan yang dilayani disini adalah kepentingan-kepentingan publik yang dinamakan *public interest*. Maka yang aktif dan bekerja dalam hal ini adalah lembaga publik atau lembaga pemerintahan yang dinamakan *public institutions* (Lubis, 2007:1). Hal ini senada apa yang diungkapkan oleh Young & Quinn (2002), bahwa kebijakan publik adalah tindakan yang dibuat dan diimplementasikan oleh badan pemerintah yang memiliki kewenangan hukum, politisi, dan finansial untuk melakukannya (Suharto, 2008: 44). Oleh karena itu, untuk keberhasilan dan penyelenggaraan pelayanan atau penyelesaian masalah yang berkaitan dengan kepentingan umum harus dikelola yang dijalankan oleh lembaga-lembaga atau jabatan resmi, secara tersistem dan terarah.

Dalam teori *public policy* disebutkan bahwa suatu kebijakan pemerintah dirumuskan untuk mengatasi permasalahan yang dihadapi masyarakat. Permasalahannya (problem) tersebut muncul ke permukaan karena adanya kebutuhan masyarakat yang tidak terealisasi. Kebijakan publik dalam definisi yang terkenal dari Thomas Dye (1981: 1) adalah segala apa yang dilakukan pemerintah maupun apa yang tidak dilakukan oleh pemerintah. Dari pengertian tersebut Dye hendak menyatakan, bahwa segala kegiatan pemerintah baik yang secara eksplisit maupun implisit adalah kebijakan. Dalam hal ini ketika melihat ada tumpukan sampah dijalan, polusi udara yang semakin parah, sedikitnya ruang terbuka hijau, kemacetan dimana-mana kemudian masyarakat mengira bahwa pemerintah tidak berbuat apa-apa, maka diamnya pemerintah itu menurut Dye adalah kebijakan. Interpretasi dari kebijakan menurut Dye di atas menunjukkan ada dua hal penting yang terlihat: *pertama*, bahwa kebijakan haruslah dilakukan oleh

institusi pemerintahan dan *kedua* kebijakan tersebut mengandung pilihan dilakukan atau tidak dilakukan. Oleh karena itu, pada umumnya bahwa kebijakan publik adalah suatu keputusan atau seperangkat keputusan untuk menghadapi situasi atau permasalahan yang mengandung nilai tertentu, memuat ketentuan tentang tujuan, cara, dan sarana kegiatan untuk mencapainya (SANKRI, 2005: 106). Kebijakan publik dilaksanakan oleh berbagai lembaga negara yang berwenang menyelenggarakan negara dan pembangunan bangsa.

Sedangkan, James Anderson (1979) istilah “kebijakan” atau “*policy*” dipergunakan untuk menunjuk perilaku seorang aktor atau sejumlah aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu (Winarno, 2002: 16). Sementara itu menurut Heinz Eualau dan Kenneth Prewitt mengungkapkan bahwa kebijakan adalah “keputusan tetap” yang dicirikan oleh konsistensi dan pengulangan (*repetitiveness*) tingkah-laku dari mereka yang membuat dan dari mereka yang mematuhi keputusan tersebut (Jones, 1991: 47). Lain halnya misalnya, Mustopadidjaja memberikan pengertian kebijakan sebagai kegiatan yang berkaitan dengan pemerintah, seperti perilaku negara pada umumnya dan kebijakan tersebut dituangkan dalam bentuk peraturan (Mustopadidjaja: 1992: 30). Pembicaraan tentang kebijakan memang tidak terlepas dari kaitan kepentingan antar kelompok, baik di tingkat pemerintahan maupun masyarakat secara umum. Namun untuk hal yang lebih bersifat ilmiah dan sistematis yang menyangkut analisis kebijakan, memerlukan batasan atau konsep kebijakan publik yang lebih tepat. *Policy* merupakan praktika sosial, maksudnya bahwa sesuatu yang dihasilkan pemerintah berasal dari segala kejadian di dalam masyarakat dan dipengaruhi pula untuk kepentingan masyarakat.

Kebijakan dapat berbentuk suatu usaha yang kompleks dari masyarakat untuk kepentingan masyarakat, dilain pihak kebijakan merupakan suatu teknik atau cara untuk mengatasi konflik. Harolld Laswell dan Abraham Kaplan (1971) berpendapat bahwa kebijakan publik hendaknya berisi tujuan, nilai-nilai, dan praktika-praktika sosial yang ada dalam masyarakat (Subarsono, 2010: 3) Ini berarti kebijakan publik tidak boleh bertentangan dengan nilai dan praktika-praktika sosial yang ada dalam masyarakat. Ketika kebijakan publik tersebut

bertentangan dengan praktika sosial maka kebijakan publik tersebut akan mendapatkan resistensi ketika diimplementasikan di lapangan. Begitu pun sebaliknya, suatu kebijakan publik harus mampu mengakomodasikan nilai-nilai dan praktika-praktika yang hidup dan berkembang dalam masyarakat (Subarsono, 2010: 3). Dari pendapat tersebut, sebenarnya kebijakan dapat dikelompokkan dalam kedalam sepuluh kelompok yang berkaitan dengan kebijakan. Hal ini disebutkan oleh Hogwood dan Gunn (1984) menyebutkan sepuluh penggunaan istilah “kebijakan” dalam pengertian modern:

- Kebijakan sebagai suatu merek bagi suatu bidang kegiatan tertentu yang dilakukan oleh pemerintah (*Policy as a label for a field of activity*)
- Kebijakan sebagai suatu pernyataan mengenai tujuan umum atau keadaan tertentu yang dikehendaki (*Policy as an expression of general purposes or desired state of affairs*)
- Kebijakan sebagai suatu usulan-usulan khusus (*Policy as a specific proposal*)
- Kebijakan sebagai keputusan Pemerintah (*Policy as a decisions of government*)
- Kebijakan sebagai suatu pengesahan formal (*Policy as a formal authorization*)
- Kebijakan sebagai sebuah program (*Policy as programmed*)
- Kebijakan sebagai output (*Policy as output*)
- Kebijakan sebagai hasil (*Policy as outcomes*)
- Kebijakan sebagai teori atau model (*Policy a a theory or model*)
- Kebijakan sebagai sebuah proses (*Policy as a process*)

Sepuluh pengelompokan tersebut menerangkan kondisi dari suatu keadaan dalam penggunaan istilah kebijakan. Bisa saja terjadi suatu kebijakan ternyata

memiliki lebih dari satu pengertian dalam pengelompokkan tersebut (Parson, 2008: 15). Selain itu kebijakan publik dalam kerangka substansif adalah segala aktifitas yang dilakukan oleh pemerintah untuk memecahkan masalah publik yang dihadapi. Dengan membawa kebijakan publik dalam ranah upaya yang memecahkan masalah publik maka warna administrasi publik akan lebih terasa kental (Indiahono, 2009: 19). Kebijakan publik diarahkan untuk sebisa mungkin untuk memecahkan masalah publik untuk memenuhi kepentingan dan penyelenggaraan urusan-urusan publik. Kebijakan publik sejauh mungkin diupayakan berada dalam koridor untuk kepentingan publik. Kebijakan publik memang masuk dalam ranah kepentingan dengan banyak aktor yang berkepentingan di dalamnya.

Menurut Yeremias T Keban (2008: 61) pada umumnya kebijakan dapat dibedakan atas (1) bentuk *regulatory* yaitu mengatur perilaku orang, (2) bentuk *redistributive* yaitu mendistribusikan kembali kekayaan yang ada, atau mengambil kekayaan dari yang kaya lalu memberikannya kepada yang miskin, (3) bentuk *distributive* yaitu melakukan distribusi atau memberikan akses yang sama terhadap sumberdaya tertentu dan (4) bentuk *constituent* yaitu yang ditujukan untuk melindungi negara. Masing-masing bentuk ini dapat dipahami dari tujuan dan target suatu program atau proyek sebagai wujud konkrit atau terjemahan dari suatu kebijakan. Kesemua program atau proyek tersebut merupakan wujud nyata dari pelaksanaan bentuk-bentuk kebijakan diatas.

Dalam kaitannya dengan definisi-definisi di atas, maka dapat disimpulkan beberapa karakteristik utama dari suatu definisi kebijakan publik. Pada intinya dapat ditarik pengertian singkat dan umum bahwa kebijakan publik merupakan upaya untuk menanggulangi masalah publik, maka itu kebijakan berorientasi kepada kepentingan publik (Utomo, 2003: 268). Menurut Agustino (2008: 8) ada lima karakteristik dari kebijakan publik. *Pertama*, pada umumnya kebijakan publik perhatiannya ditujukan pada tindakan yang mempunyai maksud atau tujuan tertentu daripada perilaku yang berubah atau acak. *Kedua*, kebijakan publik pada dasarnya mengandung bagian atau pola kegiatan yang dilakukan oleh pejabat pemerintah daripada keputusan yang terpisah-pisah. *Ketiga*, kebijakan publik

merupakan apa yang sesungguhnya dikerjakan oleh pemerintah dalam mengatur perdagangan, mengontrol inflasi, bukan apa maksud yang dikerjakan atau yang akan dikerjakan. *Keempat*, kebijakan publik dapat berbentuk positif dan pula berbentuk negatif. *Kelima*, kebijakan publik paling tidak secara positif, didasarkan pada hukum dan merupakan tindakan yang bersifat memerintah.

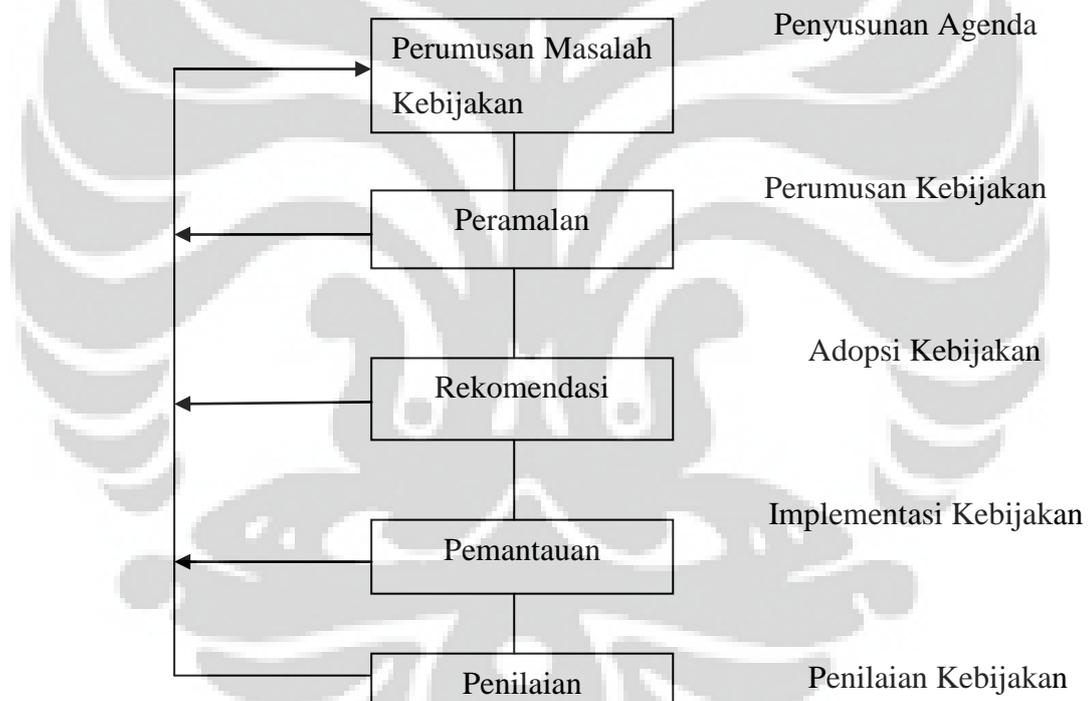
2.2.2 Tahapan Proses Kebijakan

Proses pembuatan kebijakan merupakan proses yang kompleks dan penuh tawar-menawar berbagai macam kepentingan yang timbul dalam proses tersebut. Hal ini dikarenakan oleh aktor atau banyak aktor yang menginginkan hasrat kepentingannya terpenuhi. Selain itu, banyaknya variabel yang harus dikaji dan diteliti. Selain itu, kebijakan publik juga merupakan suatu proses yang sangat kompleks dan dinamis yang terdiri dari berbagai unsur kontribusi yang berbeda-beda satu dengan yang lainnya (Hutomo, 1999: 12). Disamping itu, proses pembuatan kebijakan memerlukan rasa tanggungjawab yang tinggi dan suatu kemauan untuk mengambil inisiatif dan resiko. Oleh karena itu, banyak ahli politik membagi proses penyusunan kebijakan ke dalam beberapa tahap. Adapun proses pembuatan kebijakan publik menurut Dunn dapat dilihat sebagai berikut:

1. **Penyusunan Agenda:** Pada tahap ini adalah tempat dimana para masalah disaring atau dipilih kira-kira masalah mana yang pantas diagendakan untuk dijadikan masalah publik, masalah yang kira-kira paling penting haruslah menjadi prioritas.
2. **Formulasi Kebijakan:** Para pejabat merumuskan alternatif kebijakan untuk mengatasi masalah. Alternatif kebijakan melihat perlunya membuat perintah eksekutif, keputusan peradilan, dan tindakan legislatif.
3. **Adopsi Kebijakan:** Alternatif kebijakan yang diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus diantara direktur lembaga, atau keputusan peradilan.

4. Implementasi Kebijakan: Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasikan sumberdaya finansial dan manusia.
5. Penilaian Kebijakan: Unit-Unit pemeriksaan dan akuntansi dalam pemerintahan menentukan apakah badan-badan eksekutif, legislatif dan Yudikatif memenuhi persyaratan perundang-undangan dalam pembuatan kebijakan dan pencapaian tujuan. Oleh karena itu, ditentukanlah ukuran-ukuran atau kriteria-kriteria yang menjadi dasar untuk menilai apakah kebijakan publik telah meraih dampak yang diinginkan.

Gambar 2.1 Tahapan Proses Pembuatan Kebijakan Publik (Dunn, 2000)



Sumber: William N Dunn, Pengantar Analisis Kebijakan Publik Edisi Kedua (terj. Muhadjir Darwin) Yogyakarta. Gajah Mada University Press, 2000 hlm 25

Sementara itu, dengan penjelasan yang serupa Isa Wahyudi dan kawan-kawan (2008: 7-8) memberikan perumusan yang lebih mendalam dan terperinci mengenai tahapan kebijakan yang juga mempunyai lima tahapan sebagai berikut:

1. Tahapan Penyusunan Agenda

Pada tahap para pejabat menempatkan masalah pada agenda politik yang sebelumnya telah mengalami pergulatan yang cukup alot. Pada tahap ini juga, suatu masalah mungkin tidak disentuh sama sekali dan beberapa unsur yang lain bahkan pembahasan untuk masalah tersebut ditunda untuk waktu yang lama.

2. Formulasi Kebijakan

Masalah yang masuk ke agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Pemecahan masalah tersebut diambil dari berbagai alternatif yang ada. Pada tahap itu, masing-masing aktor akan 'bermain' untuk mengusulkan pemecahan masalah yang tepat.

3. Tahap Adopsi Kebijakan

Dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan, pada akhirnya salah satu alternatif kebijakan tersebut diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legalitas, konsensus antara direktur lembaga atau keputusan peradilan.

4. Tahap Implementasi Kebijakan

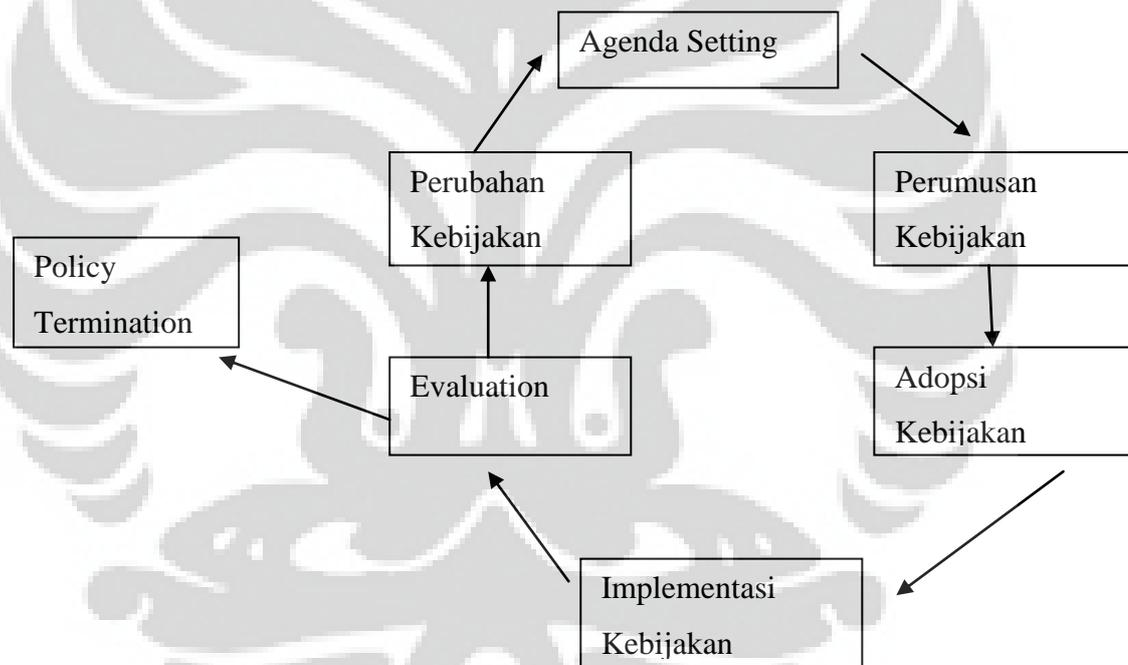
Suatu program kebijakan hanya akan menjadi catatan-catatan elite, jika program tersebut tidak diimplementasikan. Oleh karena itu, kebijakan yang diambil sebagai alternatif pemecahan masalah harus diimplementasikan, yakni dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen-agen pemerintah ditingkat bawah. Pada tahap ini, berbagai kepentingan akan saling bersaing. Beberapa implementasi kebijakan mendapat dukungan para pelaksana, namun beberapa yang lainnya akan ditentang oleh para pelaksana.

5. Tahap Penilaian Kebijakan

Pada tahap ini, kebijakan yang dijalankan akan dinilai atau dievaluasi untuk melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat telah mampu memecahkan masalah. Kebijakan publik pada dasarnya dapat dibuat untuk meraih dampak yang diinginkan. Oleh karena itu, harus ditentukan ukuran-ukuran atau kriteria-kriteria yang menjadi dasar untuk menilai apakah kebijakan publik telah meraih dampak yang diinginkan.

Menurut Gupta (2001) menjelaskan bahwa proses kebijakan atau siklus kebijakan atau formasi kebijakan adalah awal ketika pemerintah menganggap sebagai suatu yang serius dan penanganan terhadap isu tertentu. Isu seperti inilah yang kemudian masuk ke dalam agenda setting. Dalam kaitannya dengan permasalahan agenda setting, maka terdapat dua macam agenda itu, yaitu agenda pemerintahan atau agenda kelembagaan dan agenda non kelembagaan atau sistemik. Agenda kelembagaan adalah pada segi pemerintah melakukan tindakan, sementara itu agenda non kelembagaan atau sistemik adalah ada ketika pemerintah menolak tindakan tersebut (Madani, 2011: 29-30).

Gambar 2.2 Siklus Kebijakan Publik (Gupta, 2001)



Sumber: Muhlis Madani. 2011. Dimensi Interaksi Aktor Dalam Proses Perumusan Kebijakan Publik. Yogyakarta: Graha Ilmu, hlm. 29-30.

Dari gambar 2.2 di atas dapat dilihat bahwa siklus kebijakan publik selalu berputar untuk mendapatkan kebijakan publik yang dianggap layak dan pas menyelesaikan permasalahan yang ada di publik. Namun demikian apabila kebijakan publik dianggap sudah tidak layak, bisa juga kebijakan tersebut dihentikan. Dalam hal ini implementasi kebijakan merupakan langkah sangat

penting dalam proses kebijakan. Tanpa implementasi, suatu kebijakan hanyalah sekedar sebuah dokumen atau harapan tidak bermakna dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Banyak kebijakan yang baik, yang mampu dibuat suatu pemerintah, baik yang dirumuskan dengan menggunakan tenaga ahli dalam negeri dari suatu negara maupun dengan menggunakan dengan tenaga ahli dari luar negeri, tetapi kemudian ternyata tidak mempunyai pengaruh apa-apa dalam kehidupan negara tersebut karena tidak mampu diimplementasikan, atau bahkan tidak di implementasikan.

2.2.3 Implementasi Kebijakan Publik

Dalam praktiknya implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang begitu kompleks bahkan tidak jarang sangat kental unsur politisnya dengan adanya intervensi berbagai kepentingan yang bertarung didalamnya. Menurut Gordon (1986) implementasi berkenaan dengan segala suatu proses kegiatan yang diarahkan pada realisasi dari suatu program (Keban 2008: 76). Implementasi merupakan suatu proses yang dinamis atau berkelanjutan, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri (Agustino, 2008: 139). Hal ini senada dengan apa yang diungkapkan oleh Lester dan Stewart Jr (2000: 104) mereka mengungkapkan bahwa implementasi sebagai suatu proses dan suatu hasil (*output*). Keberhasilan suatu kebijakan dapat diukur atau dilihat dari proses dan tujuan hasil akhir, yaitu tercapai atau tidaknya tujuan-tujuan yang ingin dicapai.

Dalam hal ini administrator atau birokrat mengatur cara untuk mengorganisir, menginterpretasikan, dan menerapkan kebijakan yang telah diseleksi. Mengorganisir berarti mengatur sumber daya, unit-unit, dan metode-metode apa yang digunakan dalam melaksanakan program. Dalam hal ini yang perlu diperhatikan adalah persiapan implementasi, yakni memperkirakan dan menghitung secara matang berbagai kemungkinan keberhasilan dan kegagalan, termasuk hambatan atau peluang-peluang yang ada dan kemampuan organisasi yang disertai tugas untuk melaksanakan program (Keban, 2008: 76-77).

Implementasi kebijakan menurut Grindle (1980) sesungguhnya bukanlah sekedar bersangkut paut dengan mekanisme penjabaran keputusan-keputusan politik kedalam prosedur-prosedur rutin lewat saluran-saluran birokrasi, melainkan lebih dari itu, ia menyangkut masalah konflik, keputusan, dan siapa yang memperoleh apa dari suatu kebijakan (Wahab, 2008: 59). Kebijakan tidak akan berhasil, jika dalam pelaksanaannya dilapangan tidak ada kaitannya dengan tujuan yang telah ditetapkan. Namun kebanyakan ada anggapan bahwa setelah kebijakan ditetapkan dengan sendirinya kebijakan tersebut berada pada jalur yang ditentukan dan hasilnya pun akan mendekati apa yang di harapkan oleh si pembuat kebijakan tersebut. Padahal sebenarnya, sifat kebijakan itu kompleks dan saling tergantung, sehingga hanya sedikit kebijakan negara yang bersifat *self-executing* (Islamy, 1997: 106). Maksudnya, dengan dirumuskannya kebijakan tersebut sekaligus atau dengan sendirinya kebijakan itu dapat diimplementasikan. Padahal ciri paling banyak adalah yang bersifat *non-self executing*, artinya kebijakan negara perlu diwujudkan dan dilaksanakan oleh berbagai pihak sehingga mempunyai dampak yang diharapkan. Oleh karena itu, adalah keliru jika ada yang beranggapan bahwa proses pelaksanaan kebijakan dengan sendirinya berlangsung tanpa hambatan.

Sementara itu menurut Wibawa (1994:15) menjelaskan implementasi kebijakan sebagai tindakan yang dilakukan oleh pemerintah maupun swasta baik secara individu maupun kelompok yang dimaksudkan untuk mencapai tujuan sebagaimana yang dirumuskan oleh kebijakan. Bahkan Udoji (1981), dengan tegas megatakan bahwa pelaksanaan kebijakan adalah sesuatu yang penting bahkan mungkin jauh lebih penting dari pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan hanya akan berupa impian atau rencana yang bagus, yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak di implementasikan (Wahab, 2008: 59).

Jadi, rumusan kebijakan yang dibuat tidak akan mempunyai arti apa-apa atau hanya akan merupakan rangkaian kata-kata yang indah dan baku yang tersimpan rapi dalam sebuah dokumen kalau tidak diimplementasikan. Oleh karena itu, implementasi kebijakan perlu dilakukan secara arif, bersifat situasional, mengacu pada semangat kompetensi, dan berwawasan pemberdayaan

(Putra, 2001: 80). Sementara itu menurut pandangan (Pressman & Wildavsky, 1973) supaya implementasi kebijakan betul-betul merupakan suatu proses interaksi antara *setting* tujuan dengan tindakan untuk mencapai tindakan untuk mencapai dampak yang diinginkan (Parson, 2008: 464).

Menurut Abidin (2004: 198-199) setidaknya ada tiga taraf dalam proses pelaksanaan kebijakan. *Pertama*, pada taraf kolektif, proses pelaksanaan kebijakan merupakan keputusan bersama sebagai kekuatan dan kepentingan yang ada dalam masyarakat. *Kedua*, pada taraf operasional proses pelaksanaan kebijakan adalah keputusan yang bersifat operasional yang bergerak dalam situasi yang sudah terbentuk, dan melalui kebijakan tersebut diharapkan dapat menimbulkan perubahan-perubahan ke arah yang dikehendaki. *Ketiga* pada taraf terakhir proses pelaksanaan kebijakan diharapkan dapat menyebarluaskan hasil dari suatu kebijakan atau menimbulkan perubahan yang merupakan *outcomes* dari suatu kebijakan.

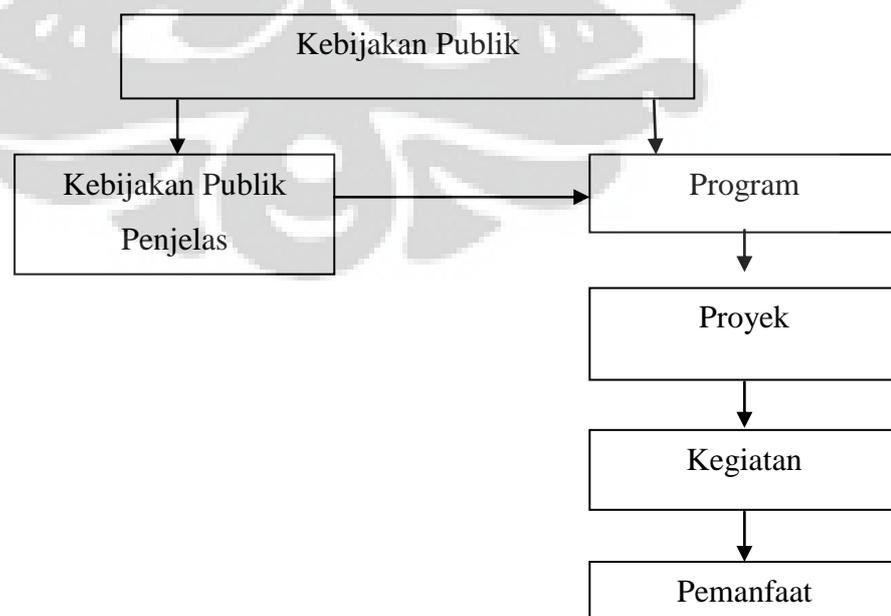
Setelah mengetahui bagaimana pentingnya suatu implementasi suatu kebijakan. Untuk itu perlu diketahui mengenai aktivitas-aktivitas dalam persiapan proses implementasi. Menurut Darwin (1998) setidaknya terdapat empat hal penting yaitu pendayagunaan sumber, pelibatan orang atau sekelompok orang dalam implementasi, interpretasi, manajemen program, dan penyediaan layanan dan manfaat pada publik (Widodo, 2007:89). Selain itu menurut Jones (1991: 296) aktivitas implementasi kebijakan terdapat tiga macam, antara lain sebagai berikut:

1. Organisasi: Pembentukan atau penataan kembali sumberdaya, unit-unit serta metode untuk menjadikan kebijakan dapat berjalan.
2. Interpretasi: Menafsirkan agar kebijakan (seringkali dalam hal status) menjadi rencana dan pengarahannya yang tepat dan dapat diterima serta dilaksanakan.
3. Penerapan: Ketentuan rutin dari pelayanan, pembayaran atau lainnya yang disesuaikan dengan tujuan atau perlengkapan kebijakan

Berdasarkan kedua pendapat para ahli kebijakan tersebut, maka yang perlu kita cermati ialah melihat perhatian dan persiapan dalam proses implementasi kebijakan interpretasi, organisasi, penyediaan sumberdaya, dan manajemen program, serta penyediaan layanan dan manfaat pada publik. Atas dasar ini, maka masalah implementasi semakin lebih jelas dan luas. Implementasi itu merupakan proses yang memerlukan tindakan-tindakan sistematis, terencana dari pengorganisasian, interpretasi, dan penerapannya (Widodo, 2007: 90). Dengan demikian kompleksitas implementasi bukan saja ditunjukkan oleh banyaknya aktor atau unit organisasi yang terlibat, tetapi juga dikarenakan proses implementasi dipengaruhi oleh berbagai variabel yang kompleks, baik variabel yang individual maupun variabel organisasional, dan masing-masing variabel pengaruh tersebut juga saling berinteraksi satu sama lain (Nawawi, 2009: 134-135).

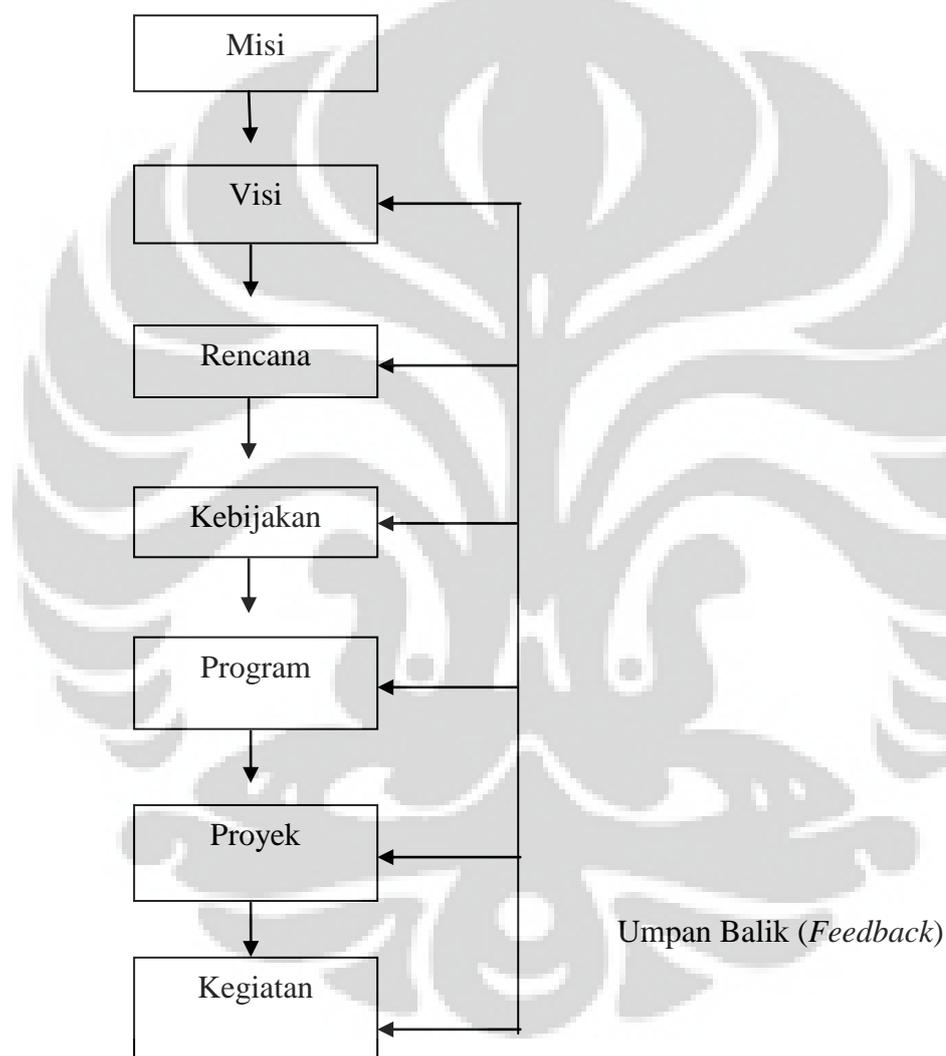
Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Tidak lebih dan tidak kurang. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik, ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi turunan dari kebijakan publik tersebut. Secara umum dapat digambarkan sebagai berikut (Nugroho, 2008: 432-435) :

Gambar 2.3 Sekuensi Implementasi Kebijakan



Rangkaian implementasi kebijakan, dari gambar di atas, dapat dilihat dengan jelas, yaitu dimulai dari program, ke proyek, dan ke kegiatan. Model tersebut mengadaptasi mekanisme yang lazim dalam manajemen, khususnya manajemen sektor publik, sebagaimana digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.4 Sekuensi Implementasi Kebijakan Manajemen Sektor Publik



Misi adalah yang pertama, karena melekat pada setiap organisasi. Misi adalah *raison d'être*, atau alasan mengapa organisasi hadir atau eksis. Jadi, misi menentukan *kemana akan pergi*, atau visi. Jika misi melekat pada organisasi, dan tidak berubah selama organisasi ada, kecuali jika organisasi dirombak atau

direformasi, visi melekat pada individu yang memimpin organisasi. Kebijakan diturunkan berupa program-program, yang kemudian diturunkan menjadi proyek-proyek, dan akhirnya berwujud pada kegiatan-kegiatan, baik yang dilakukan oleh pemerintah, masyarakat maupun kerja sama pemerintah-masyarakat. Program, proyek, dan kegiatan merupakan bagian dari implementasi kebijakan. Kebijakan publik-sejak formulasi hingga implementasi perlu mengikuti kaidah-kaidah tersebut, karena kaidah tersebut memang bersifat *given* atau dapat ditolak. Implementasi kebijakan adalah hal yang paling berat, karena disini masalah-masalah yang kadang tidak dijumpai dalam konsep, muncul di lapangan (Nugroho, 2008: 436). Selain itu yang terpenting ialah menjaga konsistensi implementasi kebijakan tersebut. Batasan mengenai apa yang dimaksud dengan implementasi kebijakan telah diketahui maka langkah selanjutnya adalah perlunya mengetahui model dari proses implementasi kebijakan untuk pemahaman lebih lanjut. Proses implementasi bermula ketika tujuan-tujuan dan sasaran ditetapkan pada awal suatu kebijakan (Winarno, 2007: 151).

2.2.4 Model Implementasi Kebijakan Publik

Kata “model” dalam hal ini mengacu pada pendapat Robin (1978) bahwa model adalah suatu abstraksi dari kenyataan yang merupakan representasi dari fenomena dunia nyata (LAN, 2008: 15). Model digunakan dalam banyak aspek dari kehidupan kita. Selain itu model dapat digunakan untuk memvisualisasikan suatu proses yang rumit dan memberikan penekanan pada suatu dimensi yang khusus. Menurut Dunn (2003: 84-86), penggunaan kata model di bidang kebijakan publik merupakan hal biasa dan diartikan sebagai substitusi dari dunia nyata. Sebuah representasi dari kenyataan yang diharapkan cukup memadai dalam memecahkan permasalahan. Model di bidang kebijakan publik merupakan penyederhanaan sistem masalah untuk membantu mengurangi kompleksitas masalah dan memungkinkan dikelola oleh para analisis kebijakan, serta dapat dinyatakan dalam bentuk konsep, diagram, grafik, atau persamaan matematis. Selanjutnya dalam hal ini akan dipaparkan secara ringkas ide-ide dasar yang disampaikan oleh para pakar kebijakan publik dalam menjelaskan terapan model implementasi kebijakan yang mereka teorekakan (Agustino, 2008: 141-156).

a. Model Donald Van Metter dan Carl Van Horn

Model ini mengandaikan bahwa implementasi kebijakan publik berjalan secara linear dari kebijakan publik, implementor, dan kinerja kebijakan publik. Beberapa variabel yang dimasukkan sebagai variabel yang mempengaruhi kebijakan publik adalah variabel berikut (Nugroho, 2008: 438):

1. Aktivitas implementasi dan komunikasi antarorganisasi.
2. Karakteristik agen pelaksana atau implementor.
3. Kondisi ekonomi, sosial, dan politik.
4. Kecenderungan (*disposition*) pelaksana atau implementor.

Ada enam variabel, menurut Van Metter dan Van Horn, yang mempengaruhi kinerja kebijakan publik tersebut, adalah:

1. Ukuran dan Tujuan Kebijakan.

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya jika dan hanya-jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang realistis dengan sosio-kultur yang mengada di level pelaksana kebijakan. Ketika ukuran kebijakan atau tujuan kebijakan terlalu ideal, maka akan sulit merealisasikan kebijakan publik hingga mencapai kondisi yang diinginkan.

2. Sumberdaya.

Keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan suatu proses keberhasilan proses implementasi. Ada tiga sumberdaya yang saling terkait satu sama lain yakni, manusia, finansial, dan waktu. Diharapkan ketiga sumberdaya dapat mempercepat realisasi kebijakan publik hingga mencapai kondisi yang diinginkan.

3. Karakteristik Agen Pelaksana.

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan informal yang akan terlibat implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat penting,

karena kinerja implementasi kebijakan (publik) akan sangat banyak dipengaruhi oleh ciri-ciri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksananya. Selain itu cakupan atau luas wilayah implementasi kebijakan perlu juga diperhatikan manakala hendak menentukan agen pelaksana. Semakin luas cakupan implementasi kebijakan, maka seharusnya semakin besar pula agen yang dilibatkan.

4. Sikap atau Kecenderungan (*Disposition*) Para Pelaksana.

Sikap penerimaan atau penolakan dari agen (pelaksana) akan sangat banyak mempengaruhi keberhasilan atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi oleh karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul persoalan dan permasalahan yang mereka rasakan.

5. Komunikasi Antarorganisasi dan Aktivitas Pelaksana.

Koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan publik. Semakin baik koordinasi komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka asumsinya kesalahan-kesalahan akan sangat kecil untuk terjadi.

6. Lingkungan Ekonomi, Sosial, dan Politik.

Dalam hal ini sejauh mana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik yang telah ditetapkan. Lingkungan sosial, ekonomi, dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi akar permasalahan dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan. Oleh karena itu, upaya untuk implementasi kebijakan harus pula memperhatikan kekondusifan kondisi lingkungan eksternal. Tidak dapat dipungkiri, bahwa implementasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh lingkungan eksternalnya.

Dengan kata lain bahwa model yang dikembangkan oleh Van Metter dan Van Horn ini memberikan hasil berupa penjelesan dan analisa atas pencapaian-pencapaian atau mungkin kegagalan program. Menurut Rue dan Byars

(Yudoyono, 2003: 15) tingkat pencapaian hasil atau disebut juga kinerja merupakan tingkat pencapaian tujuan organisasi. Sedangkan kinerja organisasi dapat berupa ukuran yang bersihat kuantitatif maupun kualitatif untuk dapat menggambarkan tingkat pencapaian sasaran dan tujuan organisasi baik pada tahap perencanaan, tahap pelaksanaan sampai dengan setelah kegiatan selesai (Muljadi, 2006: 111). Bagi para analis kebijakan, model ini dapat mengarahkan fokus utama dari pengukuran dampak kebijakan publik menuju kepada penjelasan atas hasil-hasil yang diamati. Selain itu bagi para pembentuk kebijakan, model ini dapat menyadarkan para pembentuk kebijakan kepada variabel-variabel yang dapat dimanipulasi untuk memperbaiki pemberian pelayanan-pelayanan publik (Winarno, 2007: 173).

b. Model Merilee S. Grindle

Model kedua adalah model Merilee S. Grindle (1980). Model ini diajukan oleh Grindle yang berusaha menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu kebijakan. Keberhasilan Implementasi menurut Merilee S. Grindle dipengaruhi oleh dua variabel besar yaitu isi kebijakan dan konteks implementasinya. Isi kebijakan mengacu kepada muatan-muatan yang terdapat dalam kebijakan yang dihasilkan. Sedangkan, konteks implementasinya adalah kondisi-kondisi lingkungan yang mewarnai implementasi kebijakan. Ide dasarnya adalah bahwa setelah kebijakan ditransformasikan, barulah implementasi kebijakan dilakukan. Keberhasilannya sangat ditentukan oleh derajat *implementability* dari kebijakan tersebut. Isi kebijakan tersebut mencakup hal-hal berikut (Agustino, 2008: 154-157):

1. Kepentingan yang terpengaruhi oleh kebijakan.

Hal ini berkaitan dengan berbagai kepentingan yang mempengaruhi suatu implementasi kebijakan. Indikator ini beragumen bahwa suatu kebijakan dalam pelaksanaannya pasti melibatkan banyak kepentingan-kepentingan yang menaunginya dan sejauhmana kepentingan-kepentingan tersebut dapat membawa pengaruh terhadap proses kinerja implementasi kebijakan publik.

2. Jenis manfaat yang akan dihasilkan.

Keberhasilan implementasi suatu kebijakan berkaitan pula dengan jenis kemanfaatan yang dinikmati oleh kelompok sasaran. Dalam poin berupaya untuk menunjukkan atau menjelaskan bahwa dalam suatu kebijakan harus terdapat beberapa jenis manfaat yang menunjukkan dampak positif yang dihasilkan oleh implementasi kebijakan yang hendak dilaksanakan.

3. Derajat perubahan yang diinginkan.

Dalam poin ini yang ingin dijelaskan ialah bahwa seberapa besar perubahan yang hendak atau ingin dicapai melalui suatu implementasi kebijakan harus mempunyai skala yang jelas. Pentingnya mengetahui perubahan yang ingin dicapai ialah untuk melihat sejauhmana implementasi kebijakan ini berjalan.

4. Posisi pengambilan keputusan dalam pembuatan kebijakan.

Pengambilan keputusan dalam suatu kebijakan memegang peranan penting dalam pelaksanaan suatu kebijakan, maka pada bagian ini harus dijelaskan dimana letak pengambilan keputusan dari suatu kebijakan yang akan diimplementasikan.

5. (Siapa) pelaksana program yang terlibat.

Dalam menjalankan suatu kebijakan atau program harus didukung dengan adanya pelaksana kebijakan yang kompeten dan kapabel demi keberhasilan suatu kebijakan. Hal ini yang harus sudah terdata atau terpapar dengan baik dalam poin ini. Implementasi kebijakan yang berhasil harus diikuti oleh kemampuan dan kesadaran para pelaksana dalam memahami kebijakan tersebut secara komprehensif.

6. Ketersediaan sumberdaya yang digunakan.

Pelaksana suatu kebijakan juga harus didukung oleh sumberdaya-sumberdaya yang mendukung agar pelaksanaannya berjalan dengan baik. Tanpa adanya sumberdaya-sumberdaya yang cukup proses implementasi kebijakan cenderung tidak efektif.

Sementara itu konteks impelementasinya menurut Grindle adalah:

1. Kekuasaan atau kewenangan dan strategi yang digunakan.

Dalam suatu kebijakan perlu diperhitungkan pula kekuatan, kepentingan, serta strategi yang digunakan oleh para aktor yang terlibat guna memperlancar jalannya implementasi kebijakan. Bila hal ini tidak diperhitungkan dengan matang sangat besar kemungkinannya program yang hendak diimplementasikan akan sulit terlaksana.

2. Karakteristik lembaga dan rezim yang berkuasa.

Lingkungan dimana suatu kebijakan tersebut dilaksanakan juga berpengaruh terhadap keberhasilannya, maka pada bagian ini ingin dijelaskan karakteristik dari suatu lembaga yang akan turut mempengaruhi suatu kebijakan. Tidak jarang, lingkungan eksternal yang tidak kondusif dapat menjadi biang keladi dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan

3. Kepatuhan dan daya tanggap.

Hal lain yang dirasa penting dalam proses pelaksanaan suatu kebijakan adalah kepatuhan dan respon dari para pelaksana, maka yang hendak dicapai dijelaskan dalam poin ini adalah sejauhmana kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam menanggapi suatu kebijakan.

Namun demikian, jika mencermati model Grindle, dapat dipahami bahwa keunikan model Grindle terletak pada pemahamannya yang komprehensif akan konteks kebijakan, khususnya yang menyangkut dengan implementor, penerima implementasi, dan arena konflik yang mungkin terjadi diantara para aktor implementasi serta kondisi-kondisi sumberdaya implementasi yang diperlukan (Nugroho, 2008: 445). Setelah kegiatan pelaksanaan kebijakan yang dipengaruhi oleh isi atau konten dan lingkungan atau konteks yang diterapkan, maka akan dapat diketahui apakah para pelaksana kebijakan dalam membuat kebijakan sesuai dengan apa yang diharapkan, juga dapat diketahui pada apakah suatu kebijakan dipengaruhi oleh suatu lingkungan, sehingga terjadinya tingkat perubahan yang terjadi (Agustino, 2008: 156).

2.3 Operasionalisasi Konsep

Tabel 2.2
Operasionalisasi Konsep

Konsep	Variabel	Dimensi	Kategori	Indikator	Sub-Indikator
Kebijakan Publik	Implementasi Kebijakan Publik	Isi Kebijakan	1. Baik 2. Buruk	Kepentingan-kepentingan yang terkait implementasi kebijakan	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan dari kepentingan dua unsur pemerintahan daerah (DPRD dan Pemda)
				Jenis manfaat yang dinikmati oleh kelompok sasaran	<ul style="list-style-type: none"> • Manfaat yang dinikmati oleh masyarakat
				Perubahan yang ingin dicapai	<ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan akan Perubahan yang diharapkan dapat tercapai dari unsur berbagai kepentingan (kepentingan pemerintah dan kepentingan masyarakat).

(Lanjutan tabel 2.2)

Konsep	Variabel	Dimensi	Kategori	Indikator	Sub-Indikator
				Posisi pengambilan keputusan dalam perumusan atau pembuatan kebijakan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan dari para pengambil keputusan yang terlibat dalam perumusan atau pembuatan kebijakan.
				Pelaksana yang terlibat dalam implementasi kebijakan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan akan pelaksanaan tugas dan tanggungjawab dari para pelaksana dalam proses implementasi kebijakan.
				Ketersediaan sumberdaya yang digunakan	<ul style="list-style-type: none"> • Sumberdaya keuangan yang tersedia dalam proses implementasi kebijakan. • Sumberdaya manusia yang tersedia dalam proses implementasi kebijakan.

(lanjutan tabel 2.2)

Konsep	Variabel	Dimensi	Kategori	Indikator	Sub-Indikator
		Konteks Implementasinya		Kekuasaan atau kewenangan dan strategi yang digunakan	<ul style="list-style-type: none"> • Kepemimpinan gubernur dalam implementasi kebijakan • Strategi kegiatan digunakan pada saat implementasi kebijakan
				Karakteristik lembaga pelaksana kebijakan dan rezim yang berkuasa	<ul style="list-style-type: none"> • Lingkungan eksternal yang mempengaruhi lembaga pelaksana dalam implementasi kebijakan • Kepemimpinan gubernur dalam memperlancar jalannya implementasi kebijakan
				Kepatuhan para pelaksana dan respon para pelaksana dalam implementasi kebijakan	<ul style="list-style-type: none"> • Komitmen dan respon dari para pelaksana dalam implementasi kebijakan

Sumber: Merille S. Grindle (1980) dalam Leo Agustino "Dasar-Dasar Kebijakan Publik" Bandung: CV. Alfabeta, 2008 (Diolah kembali oleh penulis).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan Penelitian

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan positivis. Terdapat beberapa ciri penelitian positivis, yaitu penelitian dimulai ketika peneliti menguji atau memverifikasi suatu teori; selanjutnya peneliti menguji hipotesis-hipotesis atau rumusan masalah dari teori tersebut; setelah itu peneliti mendefinisikan dan mengoperasionalkan variabel-variabel yang terbentuk dari teori tersebut; terakhir peneliti mengukur atau mengobservasi variabel-variabel dengan bantuan instrumen dan dikaitkan dengan hubungannya dengan hipotesis (Creswell, 2010:87). Dalam hal ini peneliti akan menguji dari teori yang dikemukakan oleh Merilee S. Grindle (1980) mengenai implementasi kebijakan publik, selanjutnya peneliti membuat dan menguji rumusan masalah dari teori tersebut, terakhir peneliti mengoperasionalkan variabel-variabel yang ada dari teori tersebut.

Penelitian paradigma positivis didefinisikan oleh Neuman (2006: 86) mengatakan bahwa pada penelitian dengan paradigma positivis, peneliti harus obyektif dan netral dalam mengukur aspek kehidupan sosial, memeriksa bukti, dan memperhatikan penelitian lainnya. Menurutnya, *“the researcher remains detached, neutral, and objective as he or she measures aspects of social life, examines evidence, and replicates the research of others”* Tujuan pemilihan pendekatan positivis dalam penelitian ini yaitu karena peneliti ingin menguji atau memverifikasi teori yang sudah ada (ketimbang mengembangkan suatu teori) yaitu teori implementasi kebijakan publik yang dikemukakan oleh pakar kebijakan publik Merilee S. Grindle (1980). Selain itu peneliti ingin mengetahui sejauh mana implementasi kebijakan pengendalian penyakit demam berdarah dengue di DKI Jakarta bila dilihat dari teori yang menjadi landasan penulis dalam menganalisis penelitian yang dilakukan.

3.2 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini ialah dibedakan berdasarkan tujuan, dimensi waktu, dan manfaat. Hal ini penting untuk diketahui agar memudahkan dalam memahami jenis penelitian yang akan dilakukan.

3.2.1 Jenis Penelitian Berdasarkan Tujuan

Jika dilihat berdasarkan tujuannya, penelitian ini dapat kategorikan ke dalam penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif didefinisikan oleh Babbie (2004: 87) sebagai: “*A major purpose of many social scientific studies is to describe situations and events. The researcher observes and then describes what was observed.*” Penelitian ini bersifat deskriptif karena berusaha memberikan gambaran secara menyeluruh dan mendalam mengenai implementasi kebijakan pengendalian penyakit demam berdarah dengue (DBD) di DKI Jakarta. Sehingga diharapkan akan memiliki gambaran yang jelas mengenai inti masalah dalam pengimplementasian kebijakan tersebut.

3.2.2 Jenis Penelitian Berdasarkan Dimensi Waktu

Jika dipandang dari aspek dimensi waktu, penelitian yang peneliti lakukan termasuk dalam kategori *cross sectional studies*, yaitu peneliti yang dilakukan pada satu waktu tertentu dan hanya mengambil satu bagian dari fenomena sosial pada satu waktu tertentu tersebut. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *cross sectional*, karena peneliti tidak akan melakukan penelitian lain di waktu yang berbeda untuk diperbandingkan.

3.2.3 Jenis Penelitian Berdasarkan Manfaat Penelitian

Berdasarkan manfaat penelitian, jenis penelitian dibagi menjadi dua, yaitu “penelitian murni dan penelitian terapan”. Bila dilihat dari manfaat, penelitian ini termasuk dalam penelitian murni karena berorientasi pada ilmu pengetahuan dan akademis. Penelitian dilakukan untuk kepuasan akademis dan tidak memiliki implikasi langsung untuk menyelesaikan suatu masalah. Selain itu peneliti ini

tidak terkait dengan tuntutan atau kepentingan-kepentingan pihak manapun sebagai pemberi sponsor.

3.3 Berdasarkan Teknik Pengumpulan data

Berdasarkan teknik pengumpulan data, teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu studi lapangan (*field research*) melalui metode wawancara mendalam dan studi literatur.

3.3.1. Metode Wawancara Mendalam

Penulis berusaha untuk melakukan penelitian lapangan guna mengumpulkan data melalui implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta. Proses ini dilakukan dengan metode wawancara mendalam dengan proses tanya jawab kepada narasumber yang telah ditetapkan. Wawancara yang dilakukan baik yang bersifat formal maupun informal dan juga wawancara terstruktur dan tidak terstruktur. Dalam melakukan penelitiannya peneliti juga membuat catatan pengamatan berdasarkan observasi yang telah dilakukan. Tujuan wawancara untuk mendukung data yang diperoleh dari observasi yang telah dilakukan dan juga untuk mengetahui secara mendalam fenomena sosial yang terjadi pada lokus penelitian. Hasil wawancara mendalam juga digunakan untuk melihat kesesuaian dengan data-data sekunder yang didapat oleh peneliti. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara agar memudahkan peneliti dalam melakukan wawancara.

3.3.2 Kajian literatur

Penelitian ini juga didukung oleh data-data sekunder yang berkaitan dengan permasalahan penelitian ini, yang termasuk di dalamnya studi kepustakaan, jurnal, surat kabar, peraturan perundang-undangan, dan dokumen pendukung penelitian. Hal ini diupayakan untuk memberi koridor mengenai pembahasan penelitian ini. Disamping itu dapat membantu mengumpulkan data yang peneliti cari. Selain itu bertujuan untuk untuk mengoptimalkan kerangka teori dalam menentukan arah penelitian, serta konsep dan bahan teoritis lain yang sesuai konteks penelitian.

3.4 Narasumber

Dalam teknik pengumpulan data, peneliti menyebutkan akan melakukan wawancara mendalam untuk mengumpulkan data-data yang akan memperkuat hasil analisis peneliti. Narasumber atau informan yang akan diwawancarai oleh peneliti adalah:

1. Kepala Seksi Standardisasi Subdit Pengendalian Arbovirosis, Direktur Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang, Ditjen P2PL Kemenkes RI. Hal ini dimaksudkan untuk mengetahui bagaimana kebijakan-kebijakan yang telah diimplementasikan oleh pemerintah pusat dalam mengendalikan dan mencegah penyakit DBD. Selain itu wawancara ini dilakukan juga untuk memberikan gambaran mengenai sejauhmana implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta.
2. Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Hal ini dimaksudkan untuk mengetahui implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD dan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta.
3. Anggota DPRD DKI Jakarta dari Komisi E yang membidangi masalah kesehatan di DKI Jakarta. Sekaligus sebagai formulator kebijakan Peraturan Daerah No. 6 Tahun 2007 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di DKI Jakarta. Hal ini bertujuan untuk mengetahui pengawasan DPRD terkait implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD. Selain itu ingin mengetahui mengenai anggaran yang dikeluarkan dalam upaya pengendalian penyakit DBD dan untuk menilai kinerja pemerintah daerah dalam proses implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD .
4. Kepala Promosi dan Informasi Kesehatan (PROMINFOKES), Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Hal ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana upaya pengendalian penyakit DBD melalui promosi dan informasi yang telah diimplementasikan dalam meminimalisir kerugian terhadap masyarakat. Selain itu ingin mengetahui

kegiatan seputar pengendalian penyakit DBD yang telah dan belum dilaksanakan.

5. Kepala Sub-bagian Kesehatan Masyarakat Biro Kesejahteraan Sosial Pemrov DKI Jakarta. Hal ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta dan mengetahui dampak dari pengendalian penyakit DBD bagi peningkatan produktivitas warga DKI Jakarta.

6. Staf Penyakit Menular dan Tidak Menular Bagian Pengendalian Kesehatan Masyarakat, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Hal ini bertujuan untuk mengetahui kegiatan implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di lingkungan masyarakat.

7. Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) Kelurahan Sukapura dan Ketua lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) Kecamatan Cilincing. Hal ini bertujuan untuk mengetahui kegiatan implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di lingkungan masyarakat. Serta untuk mengetahui keseriusan yang dilakukan para pemimpin dalam mengefektifkan kinerja implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta.

Penentuan narasumber atau informan ini tentu saja berdasarkan pemilihan yang sesuai dengan penelitian ini. Maksudnya, narasumber yang dipilih berdasarkan kapasitas dan pengetahuan narasumber yang memang menguasai bidangnya masing-masing. Penentuan narasumber ini diarahkan sebisa mungkin agar para narasumber dapat menjawab pertanyaan yang ditanyakan seputar penelitian ini.

3.5 Batasan Penelitian

Terkait dengan keterbatasan rasional dan kemampuan peneliti dalam mengelola permasalahan maka penelitian ini perlu mendapat pembatasan. Penelitian mengenai implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta terbatas pada teori mengenai implementasi kebijakan oleh Merille S. Grindle (1980), dimana dalam implementasi kebijakan publik dilihat dari dua variabel besar yakni isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi

(*context of implementation*). Batasan selanjutnya adalah penelitian ini fokus pada bidang kajian implementasi kebijakan publik yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta.



BAB 4

GAMBARAN UMUM

Pendahuluan

Gambaran umum mengenai penelitian ini ialah seputar program pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) yang telah dilaksanakan oleh Pemerintah Indonesia khususnya Kementerian Kesehatan RI. Disamping itu menggambarkan pula program-program atau upaya-upaya pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) yang telah dilaksanakan oleh Provinsi DKI Jakarta yang dituangkan dalam sebuah Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2007 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue. Hal ini didasarkan, bahwa kegiatan pengendalian ialah serangkaian kegiatan pencegahan dan pemberantasan.

4.1 Program Pencegahan Penyakit DBD di Indonesia

Di Indonesia DBD telah menjadi masalah kesehatan masyarakat selama 43 tahun terakhir. Sejak tahun 1968 telah terjadi peningkatan persebaran jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang endemis DBD, dari 2 provinsi dan 2 kota, menjadi 32 (97 persen) dan 382 (77 persen) kabupaten/kota pada tahun 2009. Selain itu terjadi juga peningkatan jumlah kasus DBD, pada tahun 1968 hanya 58 kasus menjadi 158.912 kasus pada tahun 2009. Semakin bertambah banyaknya jumlah kasus DBD tiap tahun memberikan dampak yang besar terhadap penurunan produktivitas masyarakat dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Tentu saja hal ini berimplikasi kepada semakin meningkatnya anggaran kesehatan untuk penanggulangan penyakit DBD. Untuk mencegah hal tersebut semakin parah, maka Kementerian Kesehatan RI merencanakan program P2DBD (Program Penanggulangan dan Pemberantasan Penyakit DBD) sudah dilakukan sejak tahun 1992 dengan adanya SK Menkes No. 581 Tahun 1992 tentang pemberantasan penyakit DBD dan ditambah lagi dengan Keputusan Dirjen Penanggulangan Penyakit (P2) & Penyehatan Lingkungan (PL) No. 914 Tahun 1992 tentang petunjuk teknis P2DBD.

Berdasarkan Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 581/MENKES/SK/VII/1992 tentang pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue, pemberantasan penyakit DBD adalah semua upaya untuk mencegah dan menangani kejadian DBD. Adanya keputusan tersebut bertujuan untuk memberikan pedoman bagi masyarakat, tokoh masyarakat, petugas kesehatan dan sektor-sektor terkait dalam upaya mencegah dan membatasi penyebaran penyakit, sehingga program P2DBD dapat tercapai. Program P2DBD mempunyai tujuan pokok diantaranya adalah untuk menurunkan angka kesakitan, menurunkan angka kematian, dan mencegah terjadinya KLB penyakit DBD (Kemenkes, 1992). Langkah upaya pemberantasan penyakit DBD berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 581/MENKES/SK/VII/1992, dilaksanakan dengan cara tepat guna oleh pemerintah dengan peran serta masyarakat luas yang meliputi (Riyanti, 2008: 28-34) :

a. Pencegahan dengan Melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)

PSN yaitu kegiatan pemberantasan jentik nyamuk *Aedes aegypti* di tempat berkembangbiaknya dalam bentuk kegiatan 3M Plus (Menguras, Menutup, dan Mengubur) yakni menguras bak mandi, bak WC, menutup tempat pembuangan akhir (TPA) rumah tangga (tempayan, drum, dan lain-lain) serta mengubur atau memusnahkan barang-barang bekas (kaleng, ban, dan lain-lain). Tujuan dari kegiatan PSN adalah untuk mengendalikan populasi nyamuk *Aedes Aegypti*, sehingga penularan penyakit DBD dapat dicegah atau dikurangi. Sasaran (target) kegiatan PSN adalah desa atau kelurahan dengan rincian terdiri dari pertemuan kelompok kerja (PokJa), latihan kader, penyuluhan, penggerakkan massa, operasional kerja bakti, dan pemeriksaan jentik. Ukuran keberhasilan kegiatan PSN DBD antara lain diukur dengan Angka Bebas Jentik (ABJ), apabila lebih atau sama dengan 95 persen diharapkan penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi (Kemenkes RI, 2007).

b. Penyelidikan Epidemiologi dan Pengamatan Penyakit

Penyelidikan epidemiologi (PE) adalah kegiatan pencarian penderita DBD atau tersangka DBD lainnya serta pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD di

rumah penderita atau tersangka dan rumah atau bangunan sekitarnya dengan radius sekurang-kurang 100 meter. Kegiatan PE dilakukan oleh petugas Puskesmas. Tujuan kegiatan ini adalah mengetahui potensi penularan dan penyebaran DBD lebih lanjut dengan menyelidiki adanya penderita tersangka DBD lainnya dan ada atau tidaknya jentik nyamuk penular DBD, serta untuk menentukan tindakan penanggulangan yang perlu dilakukan di wilayah sekitar tempat tinggal penderita. Tindakan penanggulangan yang dilakukan tentunya berbeda setiap daerah yang ditangani, dikondisikan dengan tempat kejadian kasus DBD.

c. Penanggulangan Fogging Fokus

Fogging fokus adalah kegiatan adalah kegiatan penyemprotan insektisida dan PSN-DBD serta penyuluhan pada masyarakat sekitar kasus dengan radius 200 meter, dilaksanakan dua siklus interval satu oleh petugas. Kegiatan ini merupakan salah satu upaya pengendalian vektor yang bertujuan mencegah terjadinya KLB dengan memutuskan rantai penularan di lokasi terjadinya kasus DBD, yaitu di rumah penderita atau tersangka DBD dan lokasi sekitarnya yang diperkirakan menjadi sumber penularan. Fogging (pengabutan dengan insektisida) dilakukan bila hasil penyelidikan epidemiologi positif, yaitu ditentukan penderita atau tersangka DBD lainnya, atau ditemukan tiga atau lebih penderita panas tanpa sebab yang jelas dan ditemukan jentik. Sasaran (target) fogging fokus dihitung berdasarkan jumlah fokus yang akan ditanggulangi (1 fokus: 300 rumah atau 15 Ha) dalam satu tahun. Kegiatan ini dilaksanakan oleh petugas puskesmas atau bekerjasama dengan dinas kesehatan kabupaten atau kota. Petugas penyemprot adalah petugas puskesmas atau petugas harian lepas terlatih (Kemenkes RI, 2007).

d. Penanggulangan Larvasida

Larvasida termasuk kegiatan pengendalian vektor yaitu dengan penaburan bubuk larvasida atau pembunuh jentik guna memberantas jentik di tempat penampungan air (TPA) untuk keperluan sehari-hari, sehingga populasi nyamuk *Aedes Aegypti* dapat ditekan serendah-rendahnya. Terdapat dua jenis larvasida yang dapat digunakan pada wadah yang dipakai untuk menampung air minum

(TPA), yakni temephos (Abate 1%) dan *Insect growth regulators* (pengatur pertumbuhan serangga). Kegiatan Larvasida meliputi: (a) Abitisasi Selektif adalah kegiatan pemeriksaan tempat penampung air (TPA) baik di dalam maupun diluar rumah pada seluruh rumah dan bangunan di desa atau kelurahan endemis dan penaburan bubuk abate. (b) Abatisasi massal kegiatan ini dilaksanakan di lokasi terjadinya KLB DBD. Abatisasi massal adalah penaburan abate secara serentak diseluruh wilayah atau daerah tertentu di semua TPA baik terdapat jentik maupun tidak ada jentik di rumah atau bangunan. Selain itu ialah Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) merupakan kegiatan pemeriksaan atau pengamatan dan pemberantasan vektor penular DBD pada tempat penampungan air dan tempat perkembangbiakkan nyamuk aedes aegypti untuk mengetahui adanya jentik nyamuk. Kegiatan tersebut yang dilakukan secara teratur tiga bulan sekali. Kegiatan ini dilaksanakan untuk mengetahui tingkat keberhasilan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui 3M baik di pemukiman maupun di tempat-tempat umum atau industri. Sasaran lokasi kegiatan ini adalah rumah atau bangunan sekolah dan fasilitas kesehatan di desa atau kelurahan endemis dan sporadis pada tempat-tempat perkembangbiakkan nyamuk *Aedes Aegypti* di 100 sample yang dipilih secara acak (Kemenkes RI, 2007).

e. Penemuan, Pertolongan, dan Pelaporan

Penemuan, pertolongan, dan pelaporan maksudnya upaya untuk mendata setiap korban DBD yang berjatuhan baik yang dirawat di rumah sakit maupun di puskesmas. Nantinya pihak rumah sakit dan puskesmas akan memberikan laporan kepada dinas kesehatan daerah pada saat yang bersamaan. Hal ini bertujuan untuk mencegah meluasnya korban berjatuhan yang lebih banyak lagi dan Pemprov dapat segera mengambil tindakan yang cepat.

f. Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan Kesehatan adalah kegiatan penyampaian materi mengenai situasi DBD di wilayahnya dan cara-cara pencegahan DBD yang dapat dilaksanakan oleh individu, keluarga, dan masyarakat disesuaikan dengan kondisi setempat oleh petugas kesehatan atau kader atau Pokja DBD desa atau kelurahan.

Tujuan diadakannya penyuluhan kesehatan adalah agar masyarakat berpartisipasi aktif dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD.

Dalam hal ini dapat dijelaskan bahwa kegiatan pemberantasan penyakit DBD di Indonesia sudah dilakukan dari tahun 1992. Hal ini diperkuat dengan KEPMENKES Nomor 581/MENKES/SK/VII/1992 sebagai landasan atau payung hukum dalam upaya pemberantasan penyakit DBD di Indonesia. Dari penjabaran diatas setidaknya dalam KEPMENKES tersebut ada enam upaya atau program dalam pemberantasan dan pencegahan penyakit DBD di Indonesia antara lain: PSN, Penyelidikan Epidempologi dan Pengamatan Penyakit, Fogging, Larvasida, Penemuan, Pertolongan dan Pelaporan, dan Penyuluhan Kesehatan. Dari enam upaya tersebut yang telah dilakukan diharapkan dapat menekan jumlah kasus kejadian DBD di Indonesia.

4.2 Penjelasan Umum Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit menular dengan tingkat penularan yang cepat melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* dalam jumlah maupun luas wilayah yang terjangkau. Kasus DBD yang cenderung meningkat mengikuti pola peningkatan dari tahun ke tahun yang merupakan Kejadian Luar Biasa (KLB), sehingga Provinsi DKI Jakarta termasuk dalam kategori daerah endemis. Demam Berdarah Dengue (DBD) masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang dampaknya dapat menimbulkan kekhawatiran masyarakat, karena perjalanan penyakitnya cepat dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat. DBD pertama kali dilaporkan pada tahun 1968 di Surabaya dan Jakarta dan sejak itu jumlah kasus meningkat dan penyebarannya meluas setiap tahunnya.

Mengingat vaksin dan obat untuk menyembuhkan DBD belum tersedia, maka cara yang dilakukan untuk pencegahan dan penanggulangannya adalah dengan pengendalian vektor (nyamuk penular). Indonesia telah diketahui terdapat dua spesies nyamuk *Aedes* yaitu *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*, spesies pertama sebagai vektor utama dan yang kedua sebagai vektor sekunder.

Pengendalian vektor dapat dilakukan terhadap nyamuk dewasa dan jentiknya. Pada tahun 1969-1980 pengendalian vektor DBD terutama menggunakan insektisida dengan penyemprotan seperti fogging dan *Ultra Low Volume* (ULV) bila terjadi wabah atau KLB. Sejak tahun 1988 selain dengan penyemprotan, juga dilaksanakan larvasidasi massal untuk membunuh jentik dan dilakukan Sebelum Musim Penularan (SMP). Mulai tahun 1989 telah dilaksanakan pengendalian DBD secara terpadu yaitu Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan kegiatan 3M (menguras, menutup, dan mengubur), larvasidasi dan penyemprotan. Penyemprotan massal sebelum masa penularan dihentikan pada tahun 1998 karena dinilai tidak efektif, sehingga cakupan penyemprotan hanya berdasarkan fokus kasus. Untuk meningkatkan efektifitas program pengendalian secara terpadu, dipandang perlu melakukan program pengendalian nyamuk dan jentik nyamuk DBD melalui Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan Gerakan 3M dan atau Gerakan 3M Plus oleh semua tatanan masyarakat.

Peningkatan kasus DBD sebagaimana telah disebutkan di atas, yang mengakibatkan bertambahnya jumlah penderita maupun wilayah terjangkitnya, disebabkan antara lain jumlah penduduk yang semakin padat, mobilitas penduduk yang tinggi, faktor musim dan penyimpangan pola hujan dan kurangnya pengetahuan masyarakat dalam mengantisipasi penularan jentik demam berdarah dengue. Sesuai dengan ketentuan Pasal 13 UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang pemerintahan daerah yang menyebutkan bahwa salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintah provinsi adalah penanganan bidang kesehatan, dan mengingat timbulnya wabah KLB DBD yang disebabkan oleh gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* ini merupakan wabah KLB yang timbul setiap tahun di Provinsi DKI Jakarta, sehingga pemerintah daerah merasa perlu melakukan penanganan secara terpadu dan maksimal yang melibatkan tidak hanya unsur pemerintah daerah semata, namun juga diperlukan peran serta masyarakat dan pihak swasta.

Peran serta masyarakat dan pihak swasta tidak hanya sebatas dalam rangka pencegahan disekitar lokasi kantor maupun lingkungan pemukiman yang bersangkutan saja, akan tetapi juga dapat mendukung program pemerintah daerah

yang bertujuan untuk memberantas dan memutus mata rantai penularan DBD, melalui pemberantasan nyamuk dan jentik nyamuk DBD yang terdapat pada semua tatanan masyarakat. Demi mewujudkan keterpaduan penanganan pemberantasan nyamuk dan jentik nyamuk DBD dimaksud, perlu adanya dukungan pembiayaan yang berkesinambungan dari pemerintah daerah. Selain itu perlu adanya suatu peraturan yang harus dipatuhi bersama oleh semua tatanan masyarakat, sehingga dalam pelaksanaannya nanti dapat berjalan secara terkoordinasi dan saling mendukung, untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2007 tentang pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta telah diatur program-program untuk pencegahan penyakit DBD di DKI Jakarta. Pada kenyataannya program-program yang ada di dalam Perda Nomor 6 tahun 2007 tentang pengendalian penyakit DBD, khusus dalam Pasal 3 mengenai upaya pencegahan penyakit DBD tidak jauh berbeda dengan KEPMENKES Nomor 581/MENKES/SK/VII/1992 tentang program-program pemberantasan penyakit DBD. Program-program tersebut antara lain (<http://isukesehatan.wordpress.com> “Demam Berdarah Dengue”, 2008):

(1) Pelaksanaan PSN dan 3M

Pelaksanaan PSN sebenarnya merupakan sebuah program pencegahan penyebaran penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) yang bersifat wajib. Hal tersebut dikarenakan adanya peraturan tertulis yang dibuat oleh pejabat pemerintahan provinsi. Sebagai gambaran, wajib PSN dengan 3M di wilayah Provinsi DKI, dasarnya adalah Surat Edaran (SE) Gubernur DKI No 46/SE/2004 tentang PSN dilaksanakan tidak hanya di luar, tetapi juga dalam rumah dan ruangan. Adapun dalam Perda Provinsi DKI Jakarta Nomor 6 tahun 2007 tentang pencegahan demam berdarah melalui Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), dijelaskan pada pasal 4. Pasal 4 terdiri dari empat ayat yang menjelaskan tentang PSN 3M plus, yakni: (1) PSN 3M Plus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a, dilakukan untuk memutus siklus hidup nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* melalui kegiatan 3M Plus. (2) Pemutusan siklus hidup nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib dilakukan oleh orang perorang, pengelola, penanggung jawab atau pimpinan pada

semua Tatanan Masyarakat. (3) Kegiatan pemutusan siklus hidup nyamuk sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan dengan membasmi jentik nyamuk di semua tempat penampungan atau genangan air yang memungkinkan menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk. (4) Kegiatan PSN sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan sekurang-kurangnya 1 (satu) minggu sekali. Kegiatan tersebut dilaksanakan setiap hari jumat pukul 09.00-09.30 serentak di semua wilayah Provinsi DKI Jakarta.

Pemprov DKI Jakarta juga telah membuat sanksi dalam penolakan kebijakan tersebut. Sanksi tersebut telah diatur dalam pasal 21 dan pasal 22. Pasal 21 terdiri dua ayat yang menjelaskan mengenai sanksi untuk perseorangan, sedangkan pasal 22 mengatur sanksi yang berkaitan dengan pengelola atau penanggungjawab dari suatu perkumpulan tertentu. Pasal 21 terdiri dari dua ayat yang menjelaskan sanksi perseorangan, yakni: (1) Setiap orang yang melanggar ketentuan pasal 4 ayat (2) dan pada tempat tinggalnya ditemukan ada jentik nyamuk *Aedes Aegypti* dan jentik nyamuk *Aedes Albopictus* dikenakan sanksi berupa: teguran tertulis diikuti pemberitahuan kepada masyarakat melalui penempelan stiker di pintu rumah dan denda paling banyak Rp.50.000.000,- (Lima Puluh Juta Rupiah) atau pidana kurungan paling lama 2 (dua) bulan. (2) pengenaan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara bertingkat. Pasal 22 menjelaskan, bahwa setiap pengelola, penanggung jawab atau pimpinan yang karena kedudukan, tugas, atau wewenangnya bertanggung jawab terhadap urusan kerumahtanggaan dan atau kebersihan tatanan masyarakat yang melanggar ketentuan Pasal 4 ayat (2) dan ditemukan jentik nyamuk *Aedes Aegypti* dan jentik nyamuk *Aedes Albopictus* pada pada tatanan masyarakat yang menjadi lingkup tanggung jawabnya dikenakan sanksi berupa teguran tertulis yang diikuti pemberitahuan kepada masyarakat melalui penempelan stiker di lobby atau 11 pintu masuk kantor dan denda paling sedikit Rp. 1.000.000,- (Satu Juta Rupiah) atau paling banyak Rp. 50.000.000,- (Lima Puluh Juta Rupiah) atau pidana kurungan paling lama 3 (tiga) bulan.

(2) Pemeriksaan Jentik Berkala

Pemeriksaan Jentik Berkala yang selanjutnya disingkat PJB adalah pemeriksaan tempat penampungan air dan tempat perkembangbiakan nyamuk dan jentik nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* oleh petugas kesehatan untuk mengetahui ada atau tidaknya jentik nyamuk pada tatanan masyarakat. Pemeriksaan Jentik Berkala diatur dalam Perda Nomor 6 Tahun 2007 dalam: Pasal 5. Pasal 5 terdiri dari empat ayat yang menjelaskan PJB yakni, (1) PJB sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf b wajib dilakukan oleh petugas kesehatan setiap 3 (tiga) bulan sekali. (2) Selain petugas kesehatan, pemeriksaan dan pemantauan jentik juga wajib dilaksanakan secara rutin oleh jumentik. (3) Dalam hal pemeriksaan dan pemantauan oleh jumentik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sekurang-kurangnya 1 (satu) minggu sekali, dengan kegiatan sebagai berikut: (a) Memeriksa setiap tempat, media, atau wadah yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* pada tatanan masyarakat dan mencatat di kartu jentik; (b) Memberikan penyuluhan dan memotivasi masyarakat; (c) Melaporkan hasil pemeriksaan dan pemantauan kepada Lurah. (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pemeriksaan dan pemantauan jentik nyamuk sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan peraturan gubernur.

Selain itu upaya pencegahan lainnya ialah fogging. Dalam Peraturan Daerah Provinsi Daerah Khusus DKI Jakarta, nomor 6 tahun 2007 tentang pengendalian demam berdarah, dijelaskan pada pasal 11, 12, 13. Pasal 11 terdiri dari dua ayat yakni, (1) Penanggulangan Fokus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf b merupakan kegiatan pemberantasan nyamuk DBD dengan cara pengasapan atau fogging. (2) Pengasapan atau fogging sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan 2 (dua) putaran dengan interval waktu 1 (satu) minggu dalam radius 100 (seratus) meter. Pasal 12 terdiri dari tiga ayat yakni, (1) Pengasapan atau fogging sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 wajib dilaksanakan oleh puskesmas pada setiap penyelidikan epidemiologi positif paling lama 3 (tiga) kali 24 (dua puluh empat) jam. (2) Selain puskesmas, pengasapan

atau fogging dapat dilakukan oleh masyarakat dengan tenaga terlatih dibawah pengawasan puskesmas. (3) Masyarakat wajib membantu kelancaran pelaksanaan pengasapan dirumah dan lingkungan masing-masing. Pasal 13 terdiri dari empat ayat, yakni: (1) Fogging massal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf c merupakan kegiatan pengasapan fokus secara serentak dan menyeluruh pada saat KLB. (2) Kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib dilaksanakan oleh Puskesmas dibawah koordinasi Unit Kerja Perangkat Daerah (UKPD) yang bertanggung jawab dibidang kesehatan sebanyak 2 (dua) putaran dengan interval waktu 1 (satu) minggu. (3) Selain UKPD yang bertanggung jawab dibidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Pengasapan atau fogging massal dapat dilakukan oleh masyarakat dengan tenaga terlatih dibawah pengawasan puskesmas. (4) Masyarakat wajib membantu kelancaran pelaksanaan fogging massal dirumah dan lingkungan masing-masing.

(3) Surveilans Epidemiologi

Surveilans Epidemiologi DBD adalah kegiatan analisis secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit DBD dan kondisi yang memperbesar resiko terjadinya, dengan maksud agar peningkatan dan penularannya dapat dilakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan. Dalam Perda Nomor 6 Tahun 2007 telah diatur dalam pasal 6: Pasal 6 terdiri dari tiga ayat yang menjelaskan tentang surveilans, yakni: (1) Surveilans sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c terdiri dari: (a) Surveilans Aktif Rumah Sakit; (b). Surveilans Berbasis Masyarakat. (2) Surveilans Aktif Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan kewajiban rumah sakit melaporkan setiap kasus baru DBD yang dirawat ke dinas kesehatan dalam waktu 1 (satu) x 24 (dua puluh empat) jam. (3) Surveilans Berbasis Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan kewajiban masyarakat melaporkan setiap penderita DBD ke puskesmas.

(4) Sosialisasi

Sosialisasi adalah kegiatan penyampaian materi mengenai situasi DBD di wilayahnya dan mengenai upaya-upaya pencegahan yang telah dijelaskan diatas seperti: PSN 3M Plus, Pemeriksaan jentik Berkala, Fogging, dan Surveilans Epidemiologi. Upaya-upaya ini dapat dilaksanakan oleh individu, keluarga, dan masyarakat disesuaikan dengan kondisi setempat oleh petugas kesehatan atau kader atau Pokja DBD desa atau kelurahan. Tujuan diadakannya sosialisasi ini adalah agar masyarakat berpartisipasi aktif dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD dan meyakinkan masyarakat bahwa penyakit DBD merupakan penyakit yang perlu diberantas secara seksama dan berkelanjutan.

Dari kelima program tersebut telah dijelaskan secara komprehensif dan holistik dalam Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2007 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta. Oleh karena itu, eksistensi dari keberadaan perda ini memang diperlukan dalam menekan angka kasus kejadian DBD di DKI Jakarta. Diharapkan dengan kebijakan Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2007 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue, masyarakat menjadi lebih sadar dan menganggap penting bahwa pencegahan penyakit DBD merupakan tanggung jawab bersama. Untuk itu kolaborasi dari semua pihak baik itu pemerintah (*government*), masyarakat madani (*civil society*), dan swasta (*private sector*) dianggap penting dalam rangka mencapai tujuan yang diharapkan.

BAB 5

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DI DKI JAKARTA

5.1 Analisis Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta

Dalam bab ini akan dianalisis implementasi kebijakan pengendalian penyakit demam berdarah dengue di DKI Jakarta. Analisis ini akan menggunakan model yang dikemukakan oleh Merilee S. Grindle (1980). Pendekatannya dikenal dengan kebijakan sebagai proses politik dan administrasi. Menurut Grindle keberhasilan suatu implementasi kebijakan publik amat ditentukan oleh *implementability* kebijakan itu sendiri yang terdiri dari *isi kebijakan* dan *konteks implementasinya*.

Berdasarkan model implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Merilee S. Grindle (1980) tersebut, maka *isi kebijakan* dari kebijakan pengendalian penyakit demam berdarah dengue (DBD) di DKI Jakarta, yang akan dianalisis adalah sebagai berikut:

- a. Kepentingan-kepentingan yang terkait dengan kebijakan pengendalian penyakit DBD;
- b. Jenis manfaat yang dinikmati oleh kelompok sasaran dari kebijakan pengendalian penyakit DBD;
- c. Perubahan yang ingin dicapai dari kebijakan pengendalian penyakit DBD;
- d. Posisi pengambilan keputusan dalam kebijakan pengendalian penyakit DBD;
- e. Pelaksana yang terlibat dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD;

f. Ketersediaan sumberdaya keuangan dan sumber daya manusia dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD;

Sedangkan, *konteks implementasinya* dari kebijakan pengendalian penyakit demam berdarah dengue di DKI Jakarta yang akan dianalisis adalah sebagai berikut:

- a. Kekuasaan atau kewenangan yang dimiliki oleh Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta dan strategi yang digunakan dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD;
- b. Karakteristik Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta dan rezim yang berkuasa pada saat implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD;
- c. Tingkat kepatuhan dan adanya respon dari pelaksana yang terlibat dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD;

Sementara jika dilihat dari aspek *outcomes*, semuanya akan bermuara kepada menurunnya jumlah angka insiden dan angka kematian akibat penyakit DBD di DKI Jakarta.

5.1.1 Isi kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta.

5.1.1.1 Kepentingan-Kepentingan yang Terkait dengan Kebijakan Pengendalian Penyakit DBD

Kepentingan yang dimaksud dalam kebijakan pengendalian penyakit DBD adalah tujuan-tujuan yang diharapkan dapat terlaksana. Artinya, terpenuhinya kepentingan tersebut dapat mendorong implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD dapat terlaksana, yaitu dapat mengatasi persoalan penyakit DBD di DKI Jakarta. Kepentingan-kepentingan yang ada dapat diuraikan dari sisi organisasi pemerintahan daerah, yaitu kepentingan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), dan kepentingan pemerintah daerah (pemda). Pada nantinya dua kepentingan tersebut akan bermuara untuk memenuhi kepentingan masyarakat. Kepentingan-kepentingan yang mempengaruhi pelaksana kebijakan pengendalian

penyakit DBD berkaitan dengan berbagai kepentingan yang mempengaruhi suatu implementasi kebijakan. Hal ini dimaksudkan, bahwa suatu kebijakan dalam pelaksanaannya melibatkan banyak kepentingan, dan sejauhmana kepentingan-kepentingan tersebut membawa pengaruh terhadap implementasi.

Kepentingan yang terkait dengan kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta dapat dilihat dari tujuan yang hendak dicapai dari Pemerintahan Daerah DKI Jakarta. Pemerintahan daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Jadi, dari pengertian di atas ada dua unsur pemerintahan daerah, yaitu pemerintah daerah dan DPRD. Pemerintah Daerah ialah Gubernur, Bupati, atau Walikota dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah. Sedangkan, DPRD adalah lembaga perwakilan daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah. Kepentingan kedua unsur inilah yang akan diuraikan selanjutnya. Oleh karena itu, kepentingan-kepentingan yang dimaksud dapat dilihat dari kepentingan organisasi pemerintahan daerah, yaitu kepentingan dari DPRD dan kepentingan dari pemerintah daerah.

Secara umum tujuan kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta diatur dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) DKI Jakarta tahun 2007-2012. Dalam RPJMD tertulis bahwa salah satu pembangunan daerah adalah urusan kesehatan yang diantaranya menitikberatkan pada program pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan program pengembangan lingkungan sehat. Dengan mengacu kepada tujuan RPJMD Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2012, upaya pengendalian dan pemberantasan penyakit DBD di DKI Jakarta menjadi suatu keharusan yang perlu dilaksanakan. Kepentingan terbentuknya Perda 6/2007 dari sisi Pemerintahan Daerah Provinsi DKI Jakarta ialah pada prinsipnya mengenai pembangunan kesehatan masyarakat.

1. Kepentingan dari sisi DPRD

Kepentingan terbentuknya Perda 6/2007 akan diuraikan dari dua unsur pemerintahan daerah yakni, pemerintah daerah dan DPRD. Perda 6/2007 terbentuk sebagai wujud responsivitas pemerintahan daerah dalam merespon masalah kesehatan yang dihindari oleh masyarakat. Penyakit DBD merupakan penyakit berbahaya bagi warga DKI Jakarta selama kurun waktu 40 tahun terakhir. Untuk itulah upaya pembangunan kesehatan terus dilaksanakan, khususnya dalam menanggulangi penyakit DBD di DKI Jakarta. Hal ini senada seperti yang diungkapkan oleh Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang membidangi masalah kesehatan, Igo Ilham sebagai berikut:

“Prinsipnya adalah tentang pembangunan kesehatan masyarakat ya secara umum, sebenarnya pembangunan kesehatan masyarakat itu tidak hanya terkait urusan ada suatu penyakit kemudian ditangan, tetapi lebih makro dan lebih strategis sifatnya.” (Hasil wawancara dengan Igo Ilham, 3 Januari 2012).

Dari pendapat di atas bahwa kepentingan pembangunan kesehatan masyarakat merupakan suatu yang harus dilaksanakan. Pembangunan kesehatan masyarakat menjadi penting, karena dengan terjaminnya kesehatan masyarakat maka akan memudahkan masyarakat untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari. Selain itu upaya mengatasi persoalan pengendalian suatu penyakit bukanlah persoalan yang sederhana tetapi lebih kompleks dan luas. Artinya, pengendalian penyakit tidak hanya terkait masalah sektor kesehatan semata tetapi lebih dari itu banyak faktor-faktor lainnya yang saling kait mengkait. Sebagai contoh dalam faktor lingkungan, misalnya dalam pembangunan rumah liar yang dilakukan oleh para pendatang. Pembangunan rumah liar inilah yang merupakan salah satu penghambat dalam upaya pengendalian penyakit DBD, karena dari pembangunan dari rumah liar tersebut tidak mencerminkan lingkungan yang bersih dan sehat. Bahkan akan semakin menambah beban lingkungan di DKI Jakarta. Hal ini sejalan dengan pendapat yang diungkapkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

Karena pengendalian demam berdarah dilandasi bukan hanya pada faktor

kesehatan saja namun demam berdarah faktor resikonya sangat banyak”
(Hasil Wawancara dengan, Ibnu Banjar 20 Januari 2012).

Dalam hal ini kepentingan dari sisi DPRD ialah pada pelaksanaan pembangunan kesehatan di DKI Jakarta. Artinya, pelaksanaan pembangunan kesehatan di DKI Jakarta salah satunya dapat diwujudkan dari pengendalian suatu penyakit yang dianggap berbahaya.

2. Kepentingan dari sisi Pemerintah Daerah

Kepentingan lainnya ialah dari sisi Pemerintah Daerah (pemda) Provinsi DKI Jakarta bahwa masalah penyakit DBD sudah menjadi kejadian yang luar biasa dan perlu untuk diambil langkah-langkah penyelesaian. Untuk itulah kepentingan Pemerintahan Daerah Provinsi DKI Jakarta memerlukan sebuah aturan atau dasar hukum dalam mengendalikan penyakit DBD. Hal ini senada seperti apa yang diungkapkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

“Adalah pertama Jakarta menjadi high endemic, selalu menjadi daerah tertinggi kasus demam berdarah sepanjang tahun dari beberapa tahun tuh sampai sekitar tahun 2005 ada ledakan kasus, kemudian sampe tahun 2007 pernah terjadi KLB (kejadian luar biasa). Darisanalah yang melandasi kami harus ada aturan yang mengatur di dalam sistem pemerintahan di DKI Jakarta tuntutan pengendalian penyakit demam berdarah” (Hasil wawancara dengan Ibnu Banjar, 20 Januari 2012)

Hal ini juga disampaikan oleh Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang membidangi masalah kesehatan, Igo Ilham sebagai berikut:

“Nah secara khusus mengenai masalah demam berdarah, ini memang bermula dari data statistik DKI Jakarta yang setiap tahun belum bisa mengentaskan persoalan demam berdarah, artinya selalu saja setiap tahunnya Jakarta mengalami apa yang disebut dengan KLB (Kejadian Luar Biasa) dimana angka masyarakat yang terkena penyakit demam berdarah ini terus berada pada angka yang signifikan, maka dari itu ditetapkan KLB” (Hasil wawancara dengan Igo Ilham, 3 Januari 2012)

Berdasarkan pendapat dari kedua narasumber di atas, pihak eksekutif dalam hal ini pemda, merasa perlu adanya peraturan ditingkat daerah untuk menanggulangi masalah DBD atau yang lebih dikenal dengan sebutan peraturan daerah. Kebutuhan akan suatu perda disambut baik juga oleh pihak legislatif (DPRD), yang menginginkan Perda 6/2007 ada, karena Perda 6/2007 sebagai landasan hukum dalam melaksanakan kebijakan pengendalian penyakit DBD.

3. Persamaan kepentingan antara DPRD dan Pemerintah Daerah

Keberadaan dari Perda 6/2007 dirasakan penting dalam membangun kesehatan masyarakat, adanya Kejadian Luar Biasa (KLB) mengenai penyakit DBD ini mengindikasikan bahwa keberadaan Perda 6/2007 tidak bisa ditawarkan lagi. Hal ini sejalan dengan apa yang diungkapkan oleh Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang membidangi masalah kesehatan, Igo Ilham sebagai berikut:

“Berangkat dari KLB itu ada evaluasi bersama antara pemerintah daerah (DKI Jakarta) dengan DPRD. Kesimpulannya adalah pemerintah daerah (pemda) ini memerlukan payung hukum yang lebih kuat yang nanti penjabarannya dari payung hukum itu adalah strategi yang efektif seperti apa, ditambah political will berupa alokasi anggaran yang untuk pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang bisa menurunkan angka penyakit demam berdarah. Nah, karenanya dari itulah bermula pemikiran itu digagas sebuah perda demam berdarah yang dibuat, dibahas dilakukan pemda dengan DPRD DKI Jakarta” (Hasil wawancara dengan, Igo Ilham 3 Januari 2012).

Adanya persamaan kepentingan dari dua unsur Pemerintahan Daerah Provinsi DKI Jakarta dalam menyikapi permasalahan penyakit DBD. Kedua unsur tersebut memandang perlu adanya payung hukum, dalam upaya pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta yang dituangkan dalam bentuk peraturan daerah. Kedua unsur ini berkepentingan agar masalah penyakit DBD tidak terulang menjadi Kejadian luar Biasa (KLB) di DKI Jakarta. Hal ini kembali dipertegas seperti yang diungkapkan oleh Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang

membidangi masalah kesehatan, Igo Ilham sebagai berikut:

“Kedua institusi ini kan dalam UU 32/2004 tentang pemerintahan daerah ini disebut istilahnya pemerintahan. Jadi, pemerintahan daerah terdiri dari dua unsur ada pemerintah daerah dan ada DPRD. Nah dua unsur ini dalam pemerintahan ini mempunyai sudah punya persepsi yang sama semangat yang sama bahwa perlu adanya peraturan daerah itu” (Hasil wawancara dengan, Igo Ilham 3 Januari 2012).

Kepentingan terbentuknya Perda 6/2007 diharapkan dapat menurunkan angka insiden dan angka kematian akibat penyakit DBD. Selain itu, kepentingan lainnya terbentuknya Perda 6/2007 diharapkan mampu menciptakan atau meningkatkan kesadaran individu tiap anggota masyarakat untuk bertanggung jawab terhadap kesehatan, kebersihan rumah, dan lingkungan sekitar dari jentik dan nyamuk sebagai langkah awal pencegahan penyakit DBD. Utamanya keberadaan perda ini dimaksudkan untuk mengingatkan masalah pengendalian penyakit DBD merupakan tanggungjawab bersama. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

“Intinya roh nya dari perda ini bagaimana demam berdarah bukan menjadi domain dinas kesehatan semata itu intinya dari perda itu Selain itu juga mendorong dari sektor lain ikut atau stakeholder lain untuk berperan mendorong dalam pengendalian penyakit demam berdarah. (Hasil Wawancara dengan, Ibnu Banjar 20 Januari 2012).

Kemudian pendapat di atas diperkuat oleh Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, Iswanta sebagai berikut:

“Perda No.6 tahun 2007 itu sebetulnya kan arahnya itu lebih melihat pelaksanaan dilapangannya seperti apa di teknisnya bagaimana pengendalian DBD di DKI Jakarta, disitu banyak yang terlibat mulai dari masyarakat, swasta, sampai pemerintah. Perda itu intinya bagaimana mengendalikan demam berdarah di DKI Jakarta artinya baik itu pemerintah, swasta, maupun masyarakat kesemuanya harus berperan

untuk mengendalikan penyakit demam berdarah ini” (Hasil wawancara dengan Iswanta, 18 Januari 2012).

Intinya, dalam hal ini ada 3 (tiga) kepentingan yang mendasar. Dengan demikian, dapat dikatakan tiga kepentingan yang mendasar itu ialah, *pertama*, Adanya Kejadian Luar Biasa (KLB) mengenai penyakit DBD di DKI Jakarta. Hal ini mengindikasikan, bahwa perlu diambil langkah-langkah penyelesaian dalam mengatasi persoalan DBD di DKI Jakarta. *Kedua*, Pemerintahan Provinsi DKI Jakarta baik itu unsur Pemerintah Daerah DKI Jakarta dan DPRD DKI Jakarta memerlukan payung hukum sebagai landasan untuk mengatasi persoalan DBD di DKI Jakarta yang dituangkan dalam bentuk peraturan daerah. *Ketiga*, Perlunya kesamaan sikap dari setiap *stakeholders* bahwa persoalan DBD bukan merupakan tanggungjawab dinas kesehatan semata, tetapi menjadi tanggungjawab semua pihak unsur pemerintahan (*government, private sector, and civil society*).

Kepentingan Pemerintahan Daerah Provinsi DKI Jakarta dalam Perda 6/2007 ialah untuk mengatasi persoalan dibidang kesehatan. Seperti yang diketahui bahwa, upaya pengendalian penyakit DBD merupakan salah satu kewajiban pemerintah daerah di sektor kesehatan. Ini merupakan salah satu upaya pemenuhan hak masyarakat di sektor kesehatan. Hal ini tercantum dalam Pasal 13, Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dalam butir e mengatur bahwa salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintah provinsi adalah penanganan dibidang kesehatan.

Kepentingan Pemerintahan Daerah Provinsi Dearah DKI Jakarta disini ialah bagaimana melaksanakan kewajiban yang telah diamanatkan oleh UU 32/2004. Artinya, pemenuhan hak masyarakat dalam sektor kesehatan yang menjadi isu penting kebijakan pengendalian penyakit DBD. Nantinya seluruh kepentingan-kepentingan yang diperjuangkan akan bermuara, untuk kepentingan masyarakat. Maksudnya, pemerintah daerah dan DPRD memiliki kepentingan yang sama dalam menurunkan angka kesakitan dan angka kematian akibat penyakit DBD di DKI Jakarta.

5.1.1.2 Jenis Manfaat yang Dinikmati oleh Kelompok Sasaran dari Kebijakan Pengendalian Penyakit DBD

Keberhasilan implementasi suatu kebijakan berkaitan pula dengan jenis kemanfaatan yang dinikmati oleh kelompok sasaran. Apabila kemanfaatan suatu kebijakan dapat langsung dirasakan, maka dapat memudahkan dalam implementasinya. Begitu juga sebaliknya, apabila kemanfaatan kebijakan tidak dapat langsung dirasakan, maka sulit kiranya dalam implementasinya. Kelompok sasaran dari kebijakan pengendalian penyakit DBD ialah masyarakat, karena kepentingan yang diperjuangkan oleh pemerintahan daerah ialah murni untuk kepentingan masyarakat. Pemerintah daerah dan DPRD sudah memiliki persepsi yang sama, bahwa dalam menurunkan angka kesakitan dan angka kematian akibat penyakit DBD diperlukan sebuah peraturan daerah (Wawancara dengan Iswanta, Ibnu Banjar, dan Sigit Darmanto).

Adapun manfaat yang diharapkan muncul seiring dengan kebijakan pengendalian penyakit DBD ini adalah terpenuhinya kepentingan-kepentingan dari pemerintahan daerah maupun masyarakat. Kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta yang dituangkan dalam sebuah Perda 6/2007 sesungguhnya memberikan 2 (dua) manfaat penting, yaitu:

1. Masyarakat tidak dibebani biaya perawatan penyakit DBD di puskesmas dan rumah sakit umum pemerintah daerah

Keluarga miskin dalam pembiayaan perawatan DBD di Puskesmas dan Rumah Sakit sepenuhnya menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Bagi masyarakat, keberadaan perda ini menguntungkan masyarakat dalam hal pelayanan kesehatan yang diberikan secara gratis untuk perawatan penyakit DBD. Khusus untuk penanganan DBD gratis (tidak dipungut biaya), baik itu miskin maupun tidak miskin. Hal ini diatur dalam Pasal 20 ayat (2), “Pembiayaan perawatan penderita DBD di puskesmas dan rumah sakit sepenuhnya menjadi tanggungjawab pemerintah daerah”. Ketentuan ini jaminan terutama bagi

kelompok miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis. Hal ini senada seperti yang diungkapkan oleh Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, Iswanta sebagai berikut:

“Iyah demam berdarah ini kan dari segi sakit kan, tau sendiri kan pak gubernur udah wanti-wanti. Jadi warga kalau ada yang kena ini langsung kita gratiskan segala biayanya. Saya rasa di Indonesia belum semua kan gitu, untuk orang yang sakit langsung gratis dengan berani mengeluarkan dari APBD. Kita udah salah satu daerah yang berani mengalokasikan itu. Saya rasa ini suatu hal yang luar biasakan. Kalau dari segi kebijakan saya rasa di Indonesia satu-satunya yang memiliki perda dan pergub tentang demam berdarah” (Hasil Wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Keseriusan Pemerintah Daerah DKI Jakarta dalam upaya mengendalikan penyakit DBD dapat terlihat dari keberanian pemda untuk menggratiskan biaya perawatan penderita penyakit DBD di DKI Jakarta. Hal ini semakin menunjukkan terbentuknya perda 6/2007 murni untuk kepentingan masyarakat dan masyarakat juga sebagai kelompok sasaran penerima manfaat ini. Keberanian pemda untuk menggratiskan biaya perawatan penderita penyakit DBD di DKI Jakarta tentunya tidak terlepas dari dukungan dari DPRD. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang membidangi masalah kesehatan, Igo Ilham sebagai berikut:

“Allhamdulillah untuk poin ini (anggaran) sih DPRD sudah sangat serius ya dalam bidang kesehatan bukan cuma demam berdarah tetapi yang lain juga. Untuk dalam masa promotif dan preventif dalam mengatasi demam berdarah kan ada alokasi anggaran baik di puskesmas, rumah sakit, dan di suku-suku dinas di wilayah-wilayah itu ada alokasi anggaran saya tidak hafal ya berapa rincian alokasinya. Namun yang jelas cukup signifikan lah. Untuk penanggulangnya itu berupa tindakan kuratif, rehabilitatif juga demikian seperti misalnya pengadaan alat kesehatan terkait pemeriksaan kimia darah pengukuran trombosit baik di puskesmas ditingkat kecamatan maupun rumah sakit itu dilakukan. Ini saya kira

menunjukkan keberpihakan dewan akan kebijakan pengendalian pencegahan penyakit demam berdarah. Jadi, DPRD sudah sangat concern untuk mengatasi permasalahan pembangunan kesehatan masyarakat”. (Hasil wawancara dengan, Igo Ilham 18 Januari 2012).

Biaya perawatan DBD di puskesmas dan di rumah sakit yang ditanggung oleh pemerintah daerah, diakui juga oleh Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) Sukapura, Zuriati sebagai berikut:

“Sebetulnya, kalo dia berobat di rumah sakit pemerintah dia aturan gratis. Tapi karena dia perawatan di rumah sakit swasta jadinya modal sendiri. Tapi yang jelas kalo dirumah sakit pemerintah itu gratis” (Hasil wawancara, Zuriati 15 Maret 2012).

Dari pendapat yang diungkapkan di atas, menunjukkan bahwa keseriusan pemerintah dalam mengendalikan penyakit DBD benar-benar dilaksanakan terutama untuk membantu keluarga miskin yang terkena penyakit DBD.

2. Dibentuknya Tim Juru Pemantau Jentik (Jumantik)

Disamping itu keuntungan lain yang dirasakan oleh masyarakat ialah, di DKI Jakarta memiliki Jumantik. Jumantik bertugas untuk melakukan pemeriksaan terhadap seluruh tempat penampungan air dan atau tempat lain yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakkan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* di dalam dan atau luar bangunan sekurang-kurangnya satu minggu sekali serta memberikan penyuluhan tentang pencegahan DBD dan pengenalan DBD secara dini kepada masyarakat di wilayah kerja masing-masing. Kegiatan Jumantik ini sudah berjalan setiap hari jumat, hal ini pun dibenarkan oleh Plt. Kepala Seksi Standardisasi Subdit Pengendalian Arbovirosis Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan, Iriani sebagai berikut:

“Saya sendiri ngerasain karena kebetulan suami saya kan RW (Rukun Warga) jadi saya tahu yang seperti itu dan memang saya yang mengelola jumantik itu dan memang jumantik itu jalan” (Hasil wawancara dengan, Iriani 12 Desember 2011).

Hal senada juga sama seperti yang diungkapkan oleh Staf Penyakit Menular dan Tidak Menular Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Sigit Darmanto sebagai

berikut:

“Setiap jumat itu jumantiknya jalan semua kesemua RT (Rukun Tetangga) dibayarin sama Pemprov pasti ada hasilnya lah masyarakat yang tidur aja yang ga tau” (Hasil wawancara dengan, Sigit Darmanto 19 Januari 2012).

Keberadaan Jumantik dirasakan sekali manfaatnya oleh masyarakat, Hal ini juga diakui oleh Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) Sukapura, Zuriati sebagai berikut:

“Ohhh sangat, sangat bermanfaat sekali. Gimana ga bermanfaat setiap jumat kan turun ngeliat ngecek jentik kerumah-rumah. Malahan kita kekurangan kalo satu RT satu orang jumantik. Karena kebutuhan saya ketua LMK Kelurahan Sukapura, saya sedang memperjuangkan agar satu RT lebih dari satu jumantik” (Hasil wawancara dengan, Zuriati 15 Maret 2012).

Dengan adanya Jumantik yang selalu memantau setiap satu minggu sekali kerumah-rumah diharapkan dapat meminimalisir dampak buruk dari penyakit DBD, karena masyarakat akan selalu diingatkan akan arti pentingnya pengendalian penyakit DBD. Dalam hal ini masyarakat dapat merasakan manfaat dari keberadaan Jumantik, seperti komunikasi, informasi, dan edukasi yang dilakukan oleh pemda lewat keberadaan Jumantik dapat merubah cara pandang masyarakat untuk mau bersama-sama mengendalikan penyakit DBD. Kedua manfaat penting ini yang dapat langsung dirasakan oleh masyarakat. Kedua manfaat penting ini bahkan sudah dijamin oleh Perda 6/2007. Artinya, pemda sudah seharusnya menjalankan apa yang diamanatkan oleh Perda 6/2007.

5.1.1.3 Perubahan yang ingin Dicapai dari Kebijakan Pengendalian Penyakit DBD

Semua kebijakan yang hadir di masyarakat tentunya memiliki tujuan yang ingin dicapai. Kebijakan merupakan alat untuk mengatasi suatu persoalan tertentu.

Pada dasarnya setiap kebijakan apa pun mempunyai target yang hendak dicapai dan ingin dicapai. *Isi kebijakan* yang ingin dijelaskan pada poin ini adalah bahwa seberapa besar perubahan yang hendak atau ingin dicapai melalui suatu implementasi kebijakan harus mempunyai tujuan yang jelas. Perubahan ke arah yang lebih baik tentu saja diharapkan dari setiap kebijakan yang dibuat atau dirancang. Pentingnya mengetahui perubahan yang ingin dicapai ialah untuk melihat sejauhmana implementasi kebijakan ini berjalan. Keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi juga oleh perubahan yang ingin dicapai. Ketika perubahan yang ingin dicapai dapat dirasakan oleh masyarakat, maka semakin mudah untuk mengimplementasikan kebijakan. Setidaknya ada 3 (tiga) perubahan yang ingin dicapai dari adanya kebijakan ini, yaitu sebagai berikut:

1. Adanya penurunan angka insiden akibat penyakit demam berdarah dengue

Dalam hal ini penurunan angka insiden yang terkena penyakit demam berdarah merupakan sasaran utama dari perda ini. Artinya, sebisa mungkin Jakarta tidak mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) demam berdarah dengue (DBD). Bila melihat dari angka statistik yang ada bahwa penurunan angka terhadap mereka yang terkena penyakit demam berdarah mengalami penurunan. Tidak dapat dipungkiri keseriusan pemda dalam mengendalikan penyakit DBD, sudah dapat terlihat hasilnya dari angka statistik yang ada. Hal ini dapat terlihat tabel yang dilampirkan sebagai berikut:

Tabel 5.1 Data Jumlah Kasus DBD di DKI Jakarta tahun 2007-2011

Tahun Kejadian	Jumlah Kasus DBD	Keterangan dari Tahun Sebelumnya
2007	31.836 Kasus Kejadian	
2008	28.361 Kasus Kejadian	Turun
2009	18.835 Kasus Kejadian	Turun

2010	12.639 Kasus Kejadian	Turun
2011	6.757 Kasus Kejadian	Turun

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2012.

Kinerja Pemerintah Daerah DKI Jakarta dalam implementasi upaya pengendalian penyakit demam berdarah dapat dikatakan sudah cukup baik. Hal ini diungkapkan oleh Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang membidangi masalah kesehatan, Igo Ilham sebagai berikut:

“Kalau ukuran kinerja itu adalah angkasa statistik terhadap mereka yang terkena penyakit demam berdarah maka kinerjanya bagus, karena setiap tahun itu angkanya semakin menurun karena setelah adanya regulasi perda ini tentang pengendalian masalah penyakit demam berdarah dan adanya alokasi anggaran yang cukup. Kalau dia menurun dari tahun ke tahun itu artinya berhasil, tetapi kalau dia tetap atau bahkan meningkat dari tahun ke tahun berarti dia gagal. Nah dari angka-angka statistik itu menunjukkan angka yg menurun dari tahun ke tahunnya secara signifikan. Berarti kan sangat jelas sudah sesuai dengan hasil yang diinginkan. Jadi, dengan kata lain payung hukum dan kebijakan anggaran ditambah lagi dengan implementasi yang dilakukan pemerintah daerah sudah sangat membantu masyarakat menyelesaikan persoalan-persoalan itu. Jadi, yaa kinerjanya sudah cukup bagus yaa” (Hasil wawancara dengan, Igo Ilham 3 Januari 2012).

Di kesempatan lain, hal yang sama juga diungkapkan oleh Plt. Kepala Seksi Standardisasi Subdit Pengendalian Arbovirosis Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan, Iriani sebagai berikut:

“Untuk program saya yakin DKI sudah tanggung langgang. DKI itu mulai dari mengeluarkan biaya tinggi untuk mengatasi DBD sampai bikin perda pula. Jadi, sebenarnya DKI itu sudah berbuat banyak dalam mengatasi demam berdarah ini karena memang angka kasus paling tinggi di Indonesia selalu number one. Jadi penyumbang terbesar di Indonesia itu DKI, makannya DKI berusaha sekali dan saya sudah sangat tahu dan

yakin sekali DKI sudah sangat berusaha untuk menurunkan angka kasus kejadian dan angka kasus kematian demam berdarah” (Hasil wawancara dengan, Iriani 12 Desember 2011).

Di samping itu beliau mengapresiasi atas terbentuknya Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2007 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue. Menurut Iriani, sebagai berikut:

“Memang dengan kebijakan perda itu yang diharapkan karena DKI ini heterogen kalau memang dia (DKI) sampai membuat perda itu berarti baik sekali. Pada intinya perda ini jangan sampai ada jentik dirumahnya kan, kalau ada jentik kena sanksinya bayar sekian bayar sekian. Tapi yang jelas minimal itu usahalah membuat perda ini untuk mengatasi penyakit demam berdarah dan tidak semua provinsi mampu membuat perda ini baru Kota Kupang NTT terus sama DKI” (Hasil wawancara dengan, Iriani 12 Desember 2011).

Seperti sebelumnya, kinerja Pemerintah Daerah DKI Jakarta dalam implementasi upaya pengendalian penyakit DBD bisa dikatakan sudah cukup baik. Apresiasi ini kembali diungkapkan melalui pernyataan yang diutarakan oleh Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang membidangi masalah kesehatan, Igo Ilham sebagai berikut:

“Allhamdulillah sih yaa, program itu (pencegahan DBD) sih berjalan tadi dilapangan. Begitu juga evaluasi, bahwa ada plus minus ialah pasti dilapangan ada di satu dua tempat yg memang kurang berjalan tetapi gubernur atau pemerintah daerah melalui institusi atau organ-organnya melalui dinas kesehatan terus berupayalah untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan tersebut dan indikatornya kan adalah pada tahun berikutnya di komparasi bagaimana angka-angka statistik dari masyarakat jakarta yang terkena penyakit demam berdarah dan itu mengalami penurunan yang sangat signifikan dan itu menurut saya merupakan bagian dari indikator keberhasilan program-program pencegahan masalah demam berdarah” (Hasil wawancara dengan, Igo Ilham 3 Januari 2012).

Penurunan angka insiden DBD selama empat tahun terakhir merupakan salah satu perubahan yang terlihat. Bisa dikatakan segala kegiatan untuk mengendalikan penyakit sudah di implementasikan oleh pihak pemda. Hal ini bisa dilihat dari apa yang sudah dijelaskan oleh kedua narasumber di atas.

2. Pengendalian penyakit DBD merupakan tanggungjawab bersama

Perubahan kedua yang diharapkan ialah adanya tanggungjawab bersama antar perangkat daerah bahwa DBD bukan menjadi tanggungjawab dinas kesehatan semata, tetapi tanggungjawab semua pihak perangkat daerah (lurah, camat, dan walikota). Artinya dalam hal ini para lurah, para camat dan para walikota dilibatkan dalam upaya pengendalian penyakit DBD. Nantinya para lurah, para camat, dan para walikota diwajibkan memberikan laporan dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian penyakit DBD di masing-masing wilayahnya. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, Iswanta sebagai berikut:

“Secara berkala memberikan laporan pelaksanaan PSN dikelurahan ini bagaimana RW ini gimana. Idealnya sampe kesitu semua, kelurahan lapor ke kecamatan, kecamatan ke walikota, walikota ke provinsi itu semua udah dibagi habis siapa berbuat apa disana termasuk jumatik termasuk masyarakat yang berperan” (Hasil wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Maksudnya dengan adanya tanggungjawab bersama yang dimiliki untuk menyelesaikan suatu persoalan diharapkan dapat lebih terasa manfaatnya. Paling tidak setelah adanya Perda 6/2007 ini semua pihak (lurah, camat, dan walikota) dilibatkan dalam upaya mengatasi persoalan demam berdarah. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

“Kalo dulu sebelum ada perda masalah demam berdarah pasti hanya orang-orang kesehatan saja, tetapi kan sekarang kan engaa para lurah, para camat, dan para walikota harus mengerti semua. Itu lah mungkin

salah satu keberhasilannya” (Hasil wawancara dengan Ibnu Banjar, 20 Januari 2012).

Hal ini juga diperkuat oleh Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, Iswanta sebagai berikut:

“Jadi dalam hal ini sebetulnya dari SKPD sudah kelihatan semua terlibat untuk melakukan upaya pencegahan demam berdarah”. (Hasil wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Hal ini diungkapkan juga oleh Staf Penyakit Menular dan Tidak Menular Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Sigit Darwanto sebagai berikut:

“Oooh udah bagus ya, sekarang ini ya itu pak lurah-pak lurah itu sekarang sudah pada peduli lah sama PSN” (Hasil wawancara dengan, Sigit Darmanto 19 Januari 2012).

Dari ketiga pendapat di atas, dibenarkan juga oleh pernyataan Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) Sukapura, Zuriati sebagai berikut:

“Wahhh, sangat concern lurah maupun camatnya dari yang saya amati kan lurah sering ganti. Dari beberapa ganti lurah di sukapura semuanya sangat concern menangani masalah DBD. Kemarin jumat wakil camat cilincing dateng langsung melihat pelaksanaan jumantik RW sini. Saya bisa menjamin lurah dan camat sudah sangat concern. Lurah dan camat sering turun kok ke lokasi-lokasi ikut melaksanakan PSN, jumat itu pasti turun. Bahkan pak walikota sendiri yang saya tahu juga sudah sering turun ke lokasi, kaya saya pernah ikut di papanggo, sunter agung, pademangan saya ikut tuh waktu itu. Karena kebutuhan kan saya juga ketua dharma wanita sudin dikdas jakarta utara, jadi saya mendampingi ibu kasudin jadi saya tahu waktu pak walikota turun, concern ahh semuanya concern itu” (Hasil wawancara mendalam dengan Zuriati, 15 Maret 2012)

Pernyataan di atas menunjukkan, bahwa terdapat perubahan perilaku dari unsur pemerintahan yang ada dalam memaknai persoalan demam berdarah. Pada kenyataannya sekarang semua unsur pemerintahan mulai dari lurah, camat, hingga

walikota mau tidak mau, suka tidak suka harus berperan aktif dalam mengatasi persoalan demam berdarah ini. Selain itu tanggungjawab pelaksanaan implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta juga melibatkan seluruh elemen kedinasan di pemerintah daerah provinsi DKI Jakarta (Wawancara dengan Iswanta).

3. Adanya perubahan sikap dan cara pandang dari masyarakat dalam mengatasi persoalan penyakit DBD.

Perubahan ketiga yang diharapkan ialah adanya perubahan sikap dan cara pandang dari masyarakat dalam mengatasi persoalan penyakit DBD. Usaha mengatasi persoalan penyakit demam berdarah tentu tidak terlepas dari dukungan dari masyarakat, karena tanpa adanya dukungan dari masyarakat maka hasil yang optimal sulit tercapai. Perubahan sikap dan cara pandangan masyarakat dapat dilihat dari adanya perubahan sikap dari masyarakat dalam menyikapi persoalan penyakit demam berdarah dengue kedepannya.

Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Staf Penyakit Menular dan Tidak Menular Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Sigit Darwanto sebagai berikut:

“Ooh udah bagus, masyarakat udah tau apa itu jumentik, masyarakat udah tau apa itu DBD, masyarakat udah tau apa itu PSN. Coba anda bayangkan sepuluh tahun yang lalu. Cuma-Cuma belum maksimal kan sebuah komunikasi outputnya adalah perilaku. Nah outcomenya kasus turun, nah outputnya kan itu PSN. Kan kita evaluasinya inputnya dulu lah. Kalau secara keseluruhan yaa meningkatkan pengetahuan dulu lah sudah bagus. Edukasi masyarakat sudah bagus, setiap jumat jumentiknya jalan semua kesemua RT (Rukun Tetangga) dibayarin sama pemprov pasti ada hasilnya lah masyarakat yang tidur aja yang ga tau” (Hasil wawancara dengan, Sigit Darmanto 19 Januari 2012).

Dari pendapat di atas dibenarkan juga oleh pernyataan Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) Sukapura, Zuriati sebagai berikut:

“Tauuu... karena kita kan udah sosialisasi di kantor RW. sosialisasi terbuka di kantor RW melalui RT-RT gitu kan. tapi kan begini dee ada

juga RT yang ga mau peduli, arisan RW ga mau dateng. Ngumpul-ngumpul ibu-ibu PKK di RT RW ga mau dateng. Yah itu lah karakteristik masyarakatkan gitu. Tapi yang jelas saya menjamin kira-kira 95 persen itu tau masyarakat” (Hasil wawancara dengan, Zuraiti 15 Maret 2012).

Perubahan sikap dan cara pandang yang terlihat di masyarakat dalam mengatasi persoalan demam berdarah, disampaikan juga oleh pernyataan Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, Iswanta sebagai berikut:

“Saya kira dampaknya luar biasa masyarakat, aparat yang sekitarnya yang tadinya masa bodoh ternyata sekarang sudah mulai merubah perilaku” (Hasil wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Sejalan dengan pendapat di atas, pernyataan di atas juga dibenarkan Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) Sukapura, Zuriati sebagai berikut:

“Ada-ada cukup signifikan, masyarakat sudah mulai peduli lah sekarang dan tadi bagian dulu masyarakat yang ga mau buka pintu yang ga peduli acuh, sekarang sudah mulai mau membuka pintu. Udah mulai mau diperiksa oleh jumentik” (Hasil wawancara dengan Zuriati, 15 Maret 2012).

Dari pernyataan di atas dapat dilihat mulai adanya perubahan cara pandang dari masyarakat untuk mau lebih peduli. Hal ini belum terjadi secara seratus persen, namun paling tidak perubahan kearah yang lebih baik sudah berjalan. Perubahan masyarakat ini dapat dioptimalisasikan apabila masyarakat terus diberikan, informasi, dan edukasi secara terus menerus oleh pemda.

Namun demikian, banyak pihak yang menilai penurunan angka insiden dan angka kematian akibat penyakit DBD di DKI Jakarta tidak terlepas, karena faktor cuaca. Namun demikian, berbagai upaya pengendalian penyakit terus dilakukan oleh Pemerintah Daerah DKI. Hal ini diungkapkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

“Tetapi mau ga mau fakta yang kita lakukan memang program dan upaya

pencegahan penyakit DBD itu memang kita lakukan terus menerus tanpa henti dilakukan secara bahu membahu. Walaupun memang belum optimal saya akui, tetapi yang jelas dilaksanakan kok” (Hasil wawancara dengan, Ibnu Banjar 20 Januari 2012).

Program dan upaya pengendalian penyakit DBD, dilakukan juga mulai lurah, camat, hingga walikota. Semua pihak dilibatkan dalam upaya untuk mengendalikan penyakit DBD di DKI Jakarta. Hal ini sejalan dengan pernyataan dari Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) Sukapura, Zuriati sebagai berikut:

“Wahhh, sangat concern lurah maupun camatnya dari yang saya amati kan lurah sering ganti. Dari beberapa ganti lurah di sukapura semuanya sangat concern menangani masalah DBD. Kemarin jumat wakil camat cilincing datang langsung melihat pelaksanaan jumentik RW sini. Saya bisa menjamin lurah dan camat sudah sangat concern. Lurah dan camat sering turun kok ke lokasi-lokasi ikut melaksanakan PSN, jumat itu pasti turun. Bahkan pak walikota sendiri yang saya tahu juga sudah sering turun ke lokasi, kaya saya pernah ikut di papanggo, sunter agung, pademangan saya ikut tuh waktu itu. Karena kebutuhan kan saya juga ketua dharma wanita sudin dikdas jakarta utara, jadi saya mendampingi ibu kasudin jadi saya tahu waktu pak walikota turun, concern ahh semuanya concern itu” (Hasil wawancara mendalam dengan Zuriati, 15 Maret 2012).

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Plt. Kepala Seksi Standardisasi Subdit Pengendalian Arbovirosis Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan terkait faktor cuaca dengan menurunnya angka insiden dan angka kematian akibat penyakit DBD di DKI Jakarta, Iriani sebagai berikut:

“Bisa saja faktor cuaca, tetapi kalau di DKI tetep punya jumentik (juru pemantau jentik) walaupun angka kasusnya tinggi tapi dia (DKI) tetep usaha bukan tidak usaha mungkin ada faktor cuaca tetapi untuk program saya yakin DKI sudah tanggung langgang. DKI itu mulai dari

mengeluarkan biaya tinggi untuk mengatasi DBD sampai bikin perda pula. Tapi yang jelas jumentik juga, yang hanya ada jumentik di provinsi di Indonesia hanya DKI dan Jawa Timur. Namun karena memang DKI itu heterogen dan sangat padat penduduknya hal itu memang agak sulit jadinya, melihat hasilnya yang 100 persen” (Hasil wawancara dengan Iriani, 12 Desember 2011).

Pernyataan yang mengatakan, bahwa faktor cuaca dapat menjadi faktor yang dominan dalam penurunan angka insiden dan angka kematian penyakit DBD masih memerlukan penelitian lebih lanjut. Namun demikian, dapat ditekankan dalam hal ini, bahwa upaya mengatasi persoalan penyakit demam berdarah dengue (DBD) di DKI Jakarta sudah dan terus dilakukan oleh Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta.

5.1.1.4 Posisi pengambilan Keputusan dalam Perumusan atau Pembuatan Kebijakan Pengendalian Penyakit DBD

Sebelum suatu kebijakan diimplementasikan, terlebih dahulu kebijakan dirumuskan atau dirancang. Tahap perumusan atau perancangan suatu kebijakan merupakan tahap yang sulit dalam proses kebijakan. Hal ini dikarenakan proses penyatuan dari berbagai macam kepentingan yang saling mempengaruhi di dalamnya. Disisi lain seorang pembuat kebijakan harus menguasai dan memahami dengan jelas masalah yang sedang dihadapi sehingga perlu dibuat kebijakannya. Jika tidak, kebijakan yang dibuat tidak dapat menyelesaikan masalah yang sebenarnya, bahkan justru sebaliknya dapat menimbulkan masalah baru. Oleh karena itu, pengambilan keputusan dalam suatu kebijakan memegang peranan penting dalam pelaksanaan suatu kebijakan. Hal di atas akan diuraikan lebih rinci dalam penjelasan berikut ini.

Dalam hal ini, kebijakan yang dimaksud ialah peraturan daerah dalam tataran pemerintahan daerah provinsi. Berbicara mengenai pengambilan keputusan perda, tentu saja dilakukan antara Pemerintah Daerah dengan DPRD. Untuk itulah dalam hal ini akan dijelaskan bagaimana pembahasan suatu Raperda

(Rancangan peraturan daerah) sampai pengambilan keputusan perda antara Kepala Daerah (KDH) dengan DPRD.

Dalam Undang-Undang Pemerintahan Daerah setidaknya ada 3 (tiga) jenis produk hukum daerah otonom. Dua produk hukum hasil pengaturan dan sebuah produk hasil pengurusan. Produk hukum hasil pengaturan adalah peraturan daerah (Perda) dan peraturan kepala daerah (peraturan KDH), sedangkan sebuah produk hukum hasil pengurusan adalah keputusan kepala daerah. Perda adalah keputusan KDH dengan persetujuan DPRD, sedangkan Peraturan KDH adalah keputusan KDH tanpa persetujuan DPRD. Kedua produk hukum tersebut sebagai norma hukum umum dan abstrak. Keputusan KDH sebagai produk hukum pengurusan adalah keputusan yang bersifat penetapan.

Dari penjelasan di atas, perda adalah produk hukum daerah otonom yang bersifat pengaturan. Dalam hal ini perda dibuat untuk mengatur orang atau sekelompok orang untuk mencapai ke keadaan yang diinginkan. Secara prosedural, pembentukan perda di dahului dengan penyampaian rancangan peraturan daerah (Raperda) atas prakarsa KDH atau prakasa DPRD. Raperda tersebut disebarluaskan kepada masyarakat (*stakeholders* lain) untuk memperoleh masukan sebelum persidangan, sehingga perda yang dihasilkan dapat lebih absah (*legitimate*). Penyebarluasan Raperda tersebut dimaksudkan juga sebagai bentuk keterbukaan (*openness*) dan transparansi penyelenggaraan otonomi daerah.

Usulan Raperda dapat berasal dari pihak legislatif dan eksekutif. Dalam pembahasan Raperda dilakukan oleh DPRD bersama KDH. Raperda yang berasal dari pemerintah daerah maupun DPRD dalam tahap awal pembahasan disampaikan terlebih dahulu oleh pimpinan DPRD kepada seluruh Anggota DPRD selambat-lambatnya tujuh hari sebelum Raperda yang diterima kemudian dipergunakan sebagai pelengkap. Apabila terdapat dua Raperda yang diajukan mengenai hal sama, yang dibicarakan adalah Raperda yang diterima terlebih dahulu. Sedangkan Raperda yang diterima kemudian dipergunakan sebagai pelengkap.

Pembahasan suatu Raperda dilakukan melalui empat tingkat pembicaraan meliputi:

a. Pembicaraan tingkat pertama:

- penjelasan kepala daerah dalam rapat paripurna tentang penyampaian Raperda yang berasal dari kepala daerah;
- penjelasan dalam rapat paripurna oleh Pimpinan Komisi/ Gabungan Komisi atau Pimpinan Panitia Khusus terhadap Raperda dan atau perubahan perda atas usul prakarsa DPRD.

b. Pembicaraan tingkat kedua:

- Dalam hal Raperda yang berasal dari kepala daerah:
 1. pandangan umum dari fraksi-fraksi terhadap Raperda yang berasal dari kepala daerah;
 2. jawaban kepala daerah terhadap pandangan umum fraksi-fraksi.
- Dalam hal Raperda atas usul DPRD
 - I. pendapat kepala daerah terhadap Raperda atas usul DPRD;
 - II. jawaban dari fraksi-fraksi terhadap pendapat kepala daerah.

c. Pembicaraan tingkat ketiga, meliputi pembahasan dalam rapat komisi/ gabungan komisi atau rapat panitia khusus dilakukan bersama-sama dengan kepala daerah atau pejabat yang ditunjuk;

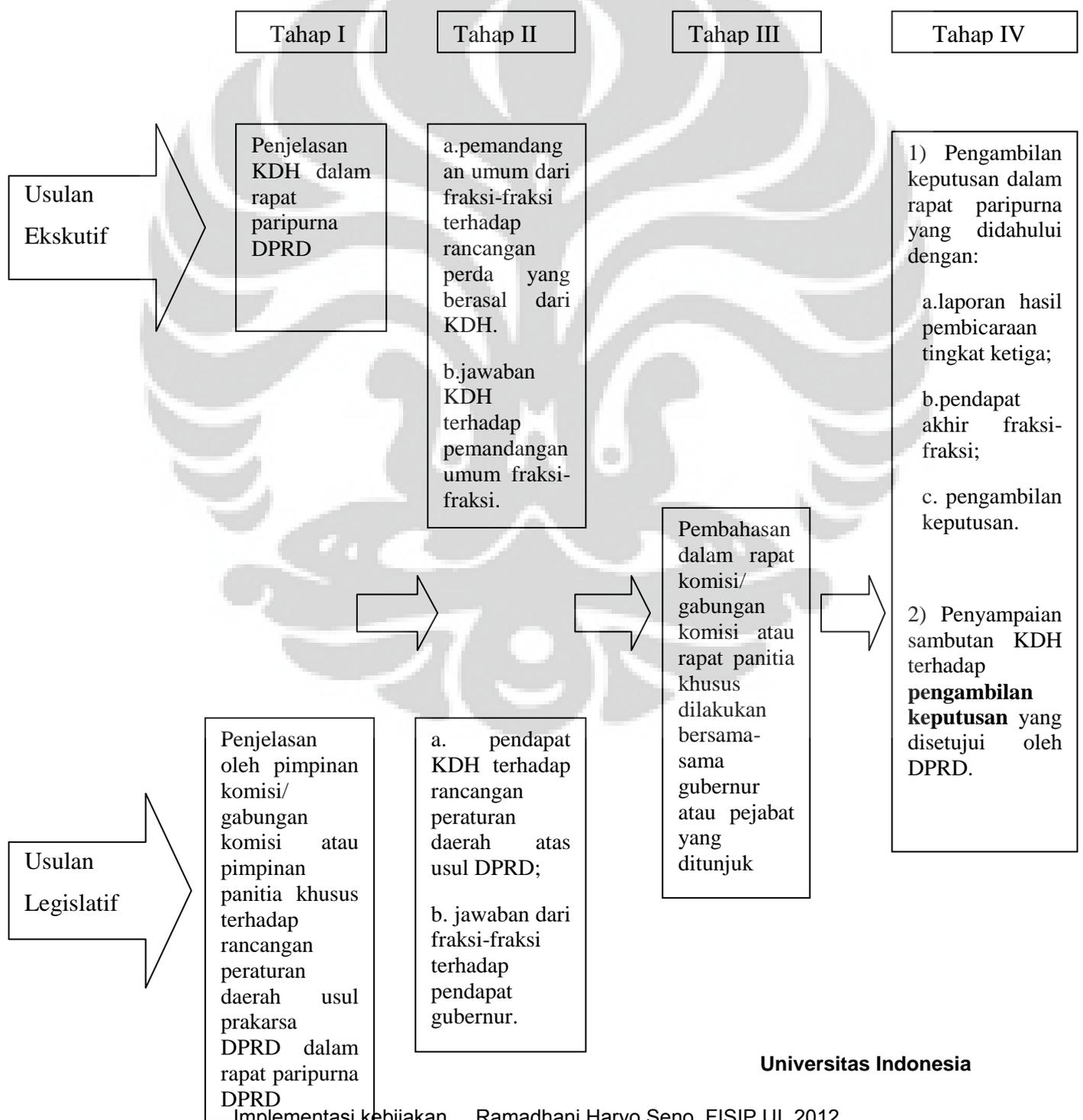
d. Pembicaraan tingkat keempat:

- pengambilan keputusan dalam rapat paripurna yang didahului dengan laporan hasil pembicaraan tahap ketiga;
- pendapat akhir fraksi-fraksi;

- pengambilan keputusan;
- penyampaian sambutan kepala daerah terhadap pengambilan keputusan

Secara garis besar tahapan proses pembahasan Raperda seperti terlihat dalam gambar berikut ini (PSHK, 2009:43):

Gambar 5.1 Proses Pembahasan Raperda di DPRD



(Sumber gambar: PSHK, 2009:43)

Berdasarkan gambar di atas, dapat dijelaskan suatu pengambilan keputusan sebuah peraturan daerah, paling tidak ada empat tahapan. Keempat tahapan tersebutlah yang dilalui ketika sebuah rancangan peraturan daerah menjadi peraturan daerah. Terkait Kebijakan Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2007 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah, perda tersebut merupakan usulan dari eksekutif dalam hal ini Pemerintah Daerah DKI beserta perangkat-perangkat daerah lainnya. Namun demikian, kendati usulan Perda 6/2007 dari pihak eksekutif, tetapi pengendalian penyakit DBD sudah menjadi isu bersama antar pemerintah daerah dengan DPRD. Pada intinya kedua unsur pemerintahan ini sudah mempunyai persepsi yang sama tentang pengendalian penyakit DBD. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh formulator kebijakan Perda 6/2007, Igo Ilham sebagai berikut:

“Tradisi pada masa itu rancangan perda hampir semuanya, saya kira bahkan semuanya pada masa itu disampaikan oleh pemerintah daerah, tetapi persoalan terkait dengan masalah penanggulangan demam berdarah sudah menjadi isu bersama antar pemerintah daerah dengan DPRD. Yang jelas masukan awal perda ini bermula dari pemerintah daerah. Kedua institusi kan ini dalam UU 32/2004 ini disebut istilahnya pemerintahan. Jadi, pemerintahan daerah terdiri dari dua unsur ada pemerintah daerah ada DPRD. Nah dua unsur ini dalam pemerintahan ini mempunyai sudah punya persepsi yang sama semangat yang sama bahwa perlu adanya peraturan daerah itu. Tetapi, secara teknis karena pemerintah daerah mempunyai tim yg lebih banyak, sementara DPRD DKI Jakarta memiliki keterbatasan dalam masalah teknis maka rancangan dari perda ini disampaikan pemerintah daerah kemudian

dilakukan pembahasannya bersama DPRD” (Hasil wawancara dengan, Igo Ilham 3 Januari 2012).

Ketika sudah mempunyai persepsi yang sama antara dua unsur Pemerintahan Daerah Provinsi DKI Jakarta dalam mengatasi persoalan demam berdarah di DKI, hal ini berimplikasi perda tersebut dalam proses pembahasan menjadi tidak ada perdebatan yang berarti, karena keberadaan perda ini memang sangat dibutuhkan. Tentu saja, Perda 6/2007 agar dapat langsung di implementasikan di lapangan. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang membidangi masalah kesehatan, Igo Ilham yang sekaligus sebagai formulator kebijakan Perda 6/2007 berikut petikan wawancara nya:

“Dari sisi waktu seingat saya kurang lebih 1-1,5 bulan deh dan tidak ada hal yang terlalu menjadi perdebatan alot antara DPRD itu sendiri maupun pemerintah daerah, karena apa kita melihat ini sebagai satu persoalan yang serius dan perlu tindakan yang urgent dan klo regulasi daerah berupa perda ini jadi bagian berupa pra-syarat penanganan itu maka mewujudkan itu secara segera itu kan penting. Ada nya tuntunan itu maka pembahasannya menjadi tidak lama” (Hasil wawancara dengan Igo Ilham, 3 Januari 2012).

Dengan demikian, pengambilan keputusan dalam pembuatan kebijakan pengendalian penyakit DBD dalam proses pembahasan tidak ada masalah yang dapat memperlama kebijakan tersebut di implementasikan. Hal ini didasari, karena adanya persamaan cara pandang dari kedua unsur pemerintahan dalam mengatasi permasalahan DBD di DKI Jakarta. Kedua unsur Pemerintahan Provinsi DKI Jakarta yaitu DPRD dan pemda, memandang perlu adanya sebuah payung hukum dalam mengendalikan penyakit DBD di DKI Jakarta.

5.1.1.5 Pelaksana yang Terlibat dalam Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit DBD

Keberhasilan implementasi suatu kebijakan berkaitan pula dengan pelaksana yang terlibat dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD, karena kinerja implementasi kebijakan akan sangat banyak dipengaruhi oleh kemampuan para pelaksana dalam mengimplementasikan kebijakan yang sudah dibuat. Pelaksana yang terlibat dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD ialah para Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) atau Unit Kerja Perangkat Daerah (UKPD), tim juru pemantau jentik (Jumantik) dan seluruh perangkat daerah (lurah, camat, hingga walikota). Para pelaksana kebijakan

merupakan pusat perhatian dalam menunjukkan baik buruknya kinerja implementasi kebijakan. Dalam hal ini pemahaman pelaksana tentang tujuan-tujuan kebijakan merupakan satu hal yang penting. Implementasi kebijakan yang berhasil harus diikuti oleh kemampuan dan kesadaran para pelaksana dalam memahami kebijakan tersebut secara komprehensif. Hal ini berarti kegagalan atau keberhasilan suatu implementasi kebijakan dipengaruhi oleh kemampuan para pelaksana dalam menaati kebijakan yang telah dibuat. Dalam menjalankan suatu kebijakan atau program harus didukung dengan adanya pelaksana kebijakan yang kompeten dan kapabel demi keberhasilan suatu kebijakan.

1. Seluruh Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) atau Unit Kerja Perangkat Daerah (UKPD)

Upaya awal untuk melakukan pembangunan lingkungan yang sehat berwawasan bebas DBD sebenarnya telah dimiliki oleh Pemda DKI Jakarta dengan dibentuknya Tim Kelompok Kerja Operasional Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (POKJANAL DBD) Tingkat provinsi, melalui Surat Keputusan Gubernur DKI Jakarta No. 1319 Tahun 1993. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Staf Penyakit Menular dan Tidak Menular Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Sigit Darwanto sebagai berikut:

“Pokjanal (kelompok kerja operasional) itu yang ngatur semua mengenai masalah DBD bisa ditempat orangnya merencanakan, mengevaluasi, tentang DBD lintas sektor dan lintas program” (Hasil wawancara dengan, Sigit Darmanto 19 Januari 2012).

Dalam kegiatannya tim pokjanal ini memiliki tugas diantaranya menyusun rencana tindak lanjut terhadap pemecahan masalah berdasarkan hasil pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan yang berkaitan dengan pemberantasan penyakit DBD, serta melakukan pemantauan, penyuluhan, dan bimbingan teknis pengelolaan program pemberantasan penyakit DBD. Sebagai tindak lanjut dari pembentukan tim pokjanal ini.

Gubernur DKI Jakarta membentuk Koordinator Wilayah (Koorwil) DBD yaitu Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) atau Unit Kerja Perangkat Daerah (UKPD) yang ditetapkan melalui keputusan gubernur sebagai koordinator wilayah untuk memantau pengendalian DBD di tingkat kelurahan. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

“Implementasi perda nomor 6 tahun 2007 itu aturan semua sektor terkait termasuk semua SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah), kan semua kan punya gedung punya wilayah kan dasarnya demam berdarah kan hidup dilingkungan. Memang harus bertanggung jawab untuk lingkungan sendiri. Tetapi sektor yang sangat terkait sekali ialah sektor kebersihan, P.U, Tata bangunan, dan gedung terkait sekali itu kemudian para camat, para lurah, sangat terkait. (Hasil wawancara dengan, Ibnu Banjar 20 Januari 2012)

Setidaknya ada 3 (tiga) fungsi Koorwil DBD yaitu, *pertama* melakukan koordinasi dengan pimpinan wilayah, tokoh masyarakat, tokoh agama, ketua rukun tetangga, ketua rukun warga dan lain-lain mengenai pelaksanaan pengendalian DBD di wilayah kelurahan tersebut. *Kedua*, mensosialisasikan Perda 6/2007 tentang Pengendalian Penyakit DBD kepada masyarakat. *Ketiga*, memberikan penyuluhan tentang pengendalian DBD kepada masyarakat. Koorwil DBD bersama-sama pimpinan wilayah setempat nantinya melakukan kegiatan sebagai berikut:

- i. Menyusun jadwal dan lokasi supervisi (RW) di wilayah kelurahan yang akan dikunjungi setiap jumat pukul 09.00-09.30 WIB.

- ii. Menyusun strategi pengendalian DBD di wilayah kelurahan.
- iii. Memantau adanya pelaksanaan pemberantasan jentik nyamuk DBD oleh masyarakat.
- iv. Memantau pelaksanaan kegiatan jumentik
- v. Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD, identifikasi permasalahan dan mencari solusi pemecahan masalah.
- vi. Memberikan laporan hasil pelaksanaan pengendalian DBD di wilayah kelurahan binaannya secara berjenjang.

Kegiatan-kegiatan ini dilakukan disetiap wilayah kelurahan di DKI Jakarta artinya semua SKPD dan UKPD nantinya memantau langsung ke daerah yang menjadi tanggungjawabnya masing-masing. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) Sukapura, Zuriati sebagai berikut:

Ohh iya dong dikasih tau dulu, iya di koordinasikan dulu kaya misalnya di RW ini atau di kelurahan ini akan mau akan ada pelaksanaan PSN, jumentik oleh para lurah atau para camat dateng. Itu kan biasanya ada jadwal nya akan dateng ke RW berapa, tiap jumat itu biasanya muter tuh gantian ke RW-RW pak lurahnya ngeliat gimana pelaksanaan PSN, jumentik (Hasil wawancara dengan Zuriati, 15 Maret 2012).

Dengan demikian SKPD yang akan memantau langsung pelaksanaan pengendalian DBD bersama-sama dengan para lurah (pihak kelurahan) melakukan koordinasi terlebih terlebih dahulu untuk memantau pelaksanaan Jumentik di daerah yang menjadi tanggungjawabnya masing-masing. Namun pemantauan pelaksanaan Jumentik yang menjadi daerah tanggungjawabnya tidak harus bersama-sama dengan lurah, tetapi paling tidak harus melakukan koordinasi dengan pihak kelurahan. Jadi, sebenarnya dalam Perda 6/2007 semua SKPD sudah mengetahui daerah mana saja yang menjadi daerah tanggungjawabnya masing-masing. Hal ini seperti diungkapkan oleh Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, Iswanta sebagai berikut:

“Jadi Perda 6 itu, itu sudah diatur tanggung jawabnya, umpanya untuk Jakarta Utara, Jakarta Pusat itu sudah dibagi habis, SKPD di DKI itu klo ga salah itu ada sekitar 30 sekian unit ya saya ga hafal, semuanya 40 sekian termasuk badan-badan itu semua dibagi habis termasuk asisten deputi dibagi setiap hari jumat terjun langsung di lapangan bertanggung jawab misalnya di Jakarta Utara. Iya memantau koordinasi ngingetin dengan adanya perda 6 itu seperti apa implementasinya jadi nanti dihari jumat di cek lokasi PSN yang dikunjungi dimana gitu. Biasanya sih koordinasi dengan kelurahan kecamatan SKPD itu nanti tanggung jawab disitu kita kan ad 44 kecamatan itu dibagi habis jadi nanti 40 sekian SKPD itu ada semua disitu bertanggung jawab disitu, umpanya kata kanlah untuk kecamatan ini menjadi tanggung jawab SKPD ini. maksudnya dibagi habis semua unit SKPD dibagi kesana plus peran serta masyarakat tapi kan yang ngawasin dari provinsi asisten mana gitu, nah gitu secara berkala memberikan laporan pelaksanaan PSN dikelurahan ini bagaimana RW ini gimana. Idealnya sampe kesitu semua, kelurahan lapor ke kecamatan, kecamatan ke walikota, walikota ke provinsi itu semua udah dibagi habis siapa berbuat apa disana termasuk jumentik termasuk masyarakat yang berperan” (Hasil wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Dari pernyataan di atas bahwa dalam pelaksanaan pengendalian penyakit DBD dilaksanakan pemantauan oleh pelaksana yang terlibat. Hal ini dibenarkan oleh Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) Sukapura, Zuriati sebagai berikut:

“Oohh di pantau, kebetulan kan gini di kelurahan itu kan ada seksi kesmas, DBD kan sistemnya itu bikin laporan. Ditinjau gimana sih kegiatan yang sudah berjalan, koordinator membuat laporan kemudian di tandatangan nin. Nanti di laporkan ke kelurahan nah nanti kan di rekapitulasi ada kasus berapa di situ. Selanjutnya nanti di laporkan ke kecamatan dari kecamatan di laporkan ke walikota” (Hasil wawancara dengan, Zuriati tanggal 15 Maret 2012).

Pelaksana kebijakan Perda 6/2007 adalah semua SKPD atau UKPD dalam upaya pengendalian penyakit DBD. Pembentukan Koorwil DBD merupakan salah satu usaha dari pemerintah daerah Provinsi DKI Jakarta dalam mengatasi persoalan DBD. Dalam hal ini semua SKPD berperan sebagai koordinator wilayah untuk memantau pengendalian DBD di tingkat kelurahan. Jadi, seluruh SKPD yang berjumlah 42 SKPD beserta jajarannya habis dibagi rata keseluruhan kecamatan dan kelurahan yang ada di wilayah Provinsi DKI Jakarta. Seluruh elemen kedinasan yang ada di lingkungan pemerintah daerah Provinsi DKI

Jakarta dari unit yang paling bawah sampai yang teratas diberikan tugas dan tanggungjawab di kelurahan tertentu dalam mengoptimalkan hasil yang diinginkan.

2. Tim Juru Pemantau Jentik (Jumantik)

Disamping itu pelaksana yang terlibat lainnya ialah Jumantik, peran Jumantik ialah bertugas untuk melakukan pemeriksaan terhadap seluruh tempat penampungan air dan atau tempat lain yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakkan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* di dalam dan atau luar bangunan sekurang-kurangnya satu minggu sekali serta memberikan penyuluhan tentang pencegahan DBD dan pengenalan DBD secara dini kepada masyarakat di wilayah kerja masing-masing. Pemantauan pemeriksaan jentik untuk satu RT dilakukan minimal oleh satu orang Jumantik. Selain itu tugas Jumantik yang tidak kalah pentingnya ialah pada saat melakukan pemeriksaan jentik. Jumantik juga ditugaskan untuk memberikan penyuluhan, promosi kesehatan, dan sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya mengendalikan penyakit DBD. Dengan kata lain Jumantik juga membantu pemda dalam melakukan kegiatan promosi dan sosialisasi kesehatan untuk mengendalikan penyakit DBD. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Seksi Promosi Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Yulidar sebagai berikut:

“Untungnya gini, promosi kita bukan hanya dari pemerintah saja dalam hal di dinas kesehatan dan jajarannya tapi juga dari pihak kader kan kader jumantik itu kan dibentuk oleh wilayah baik kecamatan kantor lurah

sampai kan kadernya jumantik ada di setiap RT nah itu dia juga promosi jadi bukan hanya kita yang melaksanakan promosi tapi mereka juga melaksanakan promosi. Justru ini yang lebih efektif, makannya tadi saya bilang peer education dari sesama itu mereka menyampaikan dari mulut ke mulut dengan bahasa mereka. Kalau kita kan bahasanya lain bahasa mereka kan lebih dekat ya lebih pas ya” (Hasil wawancara dengan, Yulidar 30 Januari 2012).

Dalam hal ini peran Jumantik memang sangat diperlukan dalam menurunkan angka insiden dan angka kematian akibat penyakit DBD, karena Jumantik sebagai garda terdepan dalam pengendalian penyakit DBD di lapangan. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Seksi Promosi Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Yulidar sebagai berikut:

“Jadi mau tidak mau yang menaikkan dalam arti menurunkan kasus demam berdarah itu ya kadernya Jumantik itu kerjanya hebat. Kalau kader Jumantik itu bisa efektif terus otomatis promosi berjalan dengan sendirinya. Dan kasus demam berdarah akan semakin turun” (Hasil wawancara dengan, Yulidar 30 Januari 2012).

Sebagai pelaksana yang terlibat langsung di lapangan dalam mengendalikan penyakit DBD, keberadaan Jumantik memang membantu dalam menurunkan angka insiden dan angka kematian penyakit DBD. Tidak hanya melakukan pemeriksaan jentik secara berkala saja, tetapi Jumantik juga ditugaskan untuk memberikan penyuluhan, promosi, dan sosialisasi mengenai pentingnya mengendalikan penyakit DBD. Bahkan yang paling efektif melakukan komunikasi, informasi, dan edukasi kepada masyarakat ialah justru Jumantik itu sendiri.

3. Seluruh perangkat daerah (lurah, camat, dan walikota)

Dalam hal ini para lurah, para camat dan para walikota dilibatkan dalam upaya pengendalian penyakit DBD. Nantinya para lurah, para camat, dan para

walikota diwajibkan memberikan laporan dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian penyakit DBD di masing-masing wilayahnya. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, Iswanta sebagai berikut:

“Secara berkala memberikan laporan pelaksanaan PSN dikelurahan ini bagaimana RW ini gimana. Idealnya sampe kesitu semua, kelurahan lapor ke kecamatan, kecamatan ke walikota, walikota ke provinsi itu semua udah dibagi habis siapa berbuat apa disana termasuk jumentik termasuk masyarakat yang berperan” (Hasil wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Maksudnya dengan adanya tanggungjawab bersama yang dimiliki untuk menyelesaikan suatu persoalan diharapkan dapat lebih terasa manfaatnya. Paling tidak setelah adanya Perda 6/2007 ini semua pihak (lurah, camat, dan walikota) dilibatkan dalam upaya mengatasi persoalan demam berdarah. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

“Kalo dulu sebelum ada perda masalah demam berdarah pasti hanya orang-orang kesehatan saja, tetapi kan sekarang kan engaa para lurah, para camat, dan para walikota harus mengerti semua. Itu lah mungkin salah satu keberhasilannya” (Hasil wawancara dengan Ibnu Banjar, 20 Januari 2012).

Hal ini juga diperkuat oleh Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, Iswanta sebagai berikut:

“Jadi dalam hal ini sebetulnya dari SKPD sudah kelihatan semua terlibat untuk melakukan upaya pencegahan demam berdarah”. (Hasil wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Hal ini diungkapkan juga oleh Staf Penyakit Menular dan Tidak Menular Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Sigit Darwanto sebagai berikut:

“Oooh udah bagus ya, sekarang ini ya itu pak lurah-pak lurah itu

sekarang sudah pada peduli lah sama PSN” (Hasil wawancara dengan, Sigit Darmanto 19 Januari 2012).

Dari ketiga pendapat di atas, dibenarkan juga oleh pernyataan Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) Sukapura, Zuriati sebagai berikut:

“Wahhh, sangat concern lurah maupun camatnya dari yang saya amati kan lurah sering ganti. Dari beberapa ganti lurah di sukapura semuanya sangat concern menangani masalah DBD. Kemarin jumat wakil camat cilincing datang langsung melihat pelaksanaan jumantik RW sini. Saya bisa menjamin lurah dan camat sudah sangat concern. Lurah dan camat sering turun kok ke lokasi-lokasi ikut melaksanakan PSN, jumat itu pasti turun. Bahkan pak walikota sendiri yang saya tahu juga sudah sering turun ke lokasi, kaya saya pernah ikut di papanggo, sunter agung, pademangan saya ikut tuh waktu itu. Karena kebutuhan kan saya juga ketua dharmawanita sudin dikdas jakarta utara, jadi saya mendampingi ibu kasudin jadi saya tahu waktu pak walikota turun, concern ahh semuanya concern itu” (Hasil wawancara mendalam dengan Zuriati, 15 Maret 2012).

Pernyataan di atas menunjukkan, bahwa terdapat perubahan perilaku dari unsur pemerintahan yang ada dalam memaknai persoalan penyakit DBD. Pada kenyataannya sekarang semua unsur pemerintahan mulai dari lurah, camat, hingga walikota mau tidak mau, suka tidak suka harus berperan aktif dalam mengatasi persoalan demam berdarah ini.

5.1.1.6. Ketersediaan Sumberdaya Keuangan dan Sumberdaya Manusia dalam Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit DBD

Pelaksanaan suatu kebijakan juga harus di dukung oleh sumberdaya-sumberdaya yang mendukung agar pelaksanaannya berjalan dengan efektif. Kemampuan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia. Perintah-perintah implementasi kebijakan mungkin diteruskan secara cermat, jelas, dan konsisten tetapi jika para pelaksana kekurangan sumberdaya-sumberdaya yang diperlukan untuk

melaksanakan kebijakan yang telah dibuat maka proses implementasi kebijakan cenderung tidak efektif. Sebaliknya, ketersediaan sumberdaya yang dibutuhkan dalam proses implementasi kebijakan, akan cenderung memudahkan implementasi berjalan efektif. Keberhasilan proses implementasi kebijakan tidak terlepas dari ketersediaan sumberdaya-sumberdaya yang dapat mengakomodir setiap implementasi kebijakan yang berjalan. Dengan demikian sumberdaya-sumberdaya dapat merupakan salah satu faktor yang penting dalam implementasi kebijakan.

Dalam poin ini yang menjadi pembahasan utama dalam sumberdaya yang digunakan lebih dijelaskan terkait sumberdaya keuangan dan sumberdaya manusia. Kedua sumberdaya inilah yang dianggap penting untuk lebih dijelaskan, karena kedua sumberdaya ini memiliki hubungan yang saling terkait satu sama lain. Kebijakan yang memiliki kemampuan keuangan yang mapan, tanpa adanya kompetensi dan kapasitas sumberdaya manusia yang cakap dalam menjalankan suatu kebijakan, maka kebijakan tersebut cenderung tidak efektif dalam proses implementasi kebijakannya. Begitu juga sebaliknya, tanpa adanya kemampuan keuangan yang mapan dalam proses implementasi kebijakan, sulit untuk mendapatkan proses implementasi kebijakan yang efektif.

1. Sumberdaya Keuangan

Sumberdaya keuangan merupakan salah satu faktor penting dalam proses implementasi kebijakan. Keberhasilan implementasi kebijakan terkadang ditentukan juga oleh keberanian dan kemauan pembuat atau perancang kebijakan dalam mengalokasikan anggaran yang besar atau kecil dalam mengatasi persoalan yang dihadapi. Ketika proses implementasi kebijakan yang dikerjakan itu luas dan melibatkan banyak pihak tanpa adanya sumberdaya keuangan yang mapan, maka proses implementasi kebijakan cenderung tidak efektif. Penentuan besaran sumberdaya keuangan dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta tentunya tidak terlepas dari pembahasan bersama yang dilakukan antara pemda dan DPRD. Dari pembahasan tersebut ditentukan lah berapa besaran sumberdaya keuangan dalam mengatasi persoalan penyakit DBD. Sumberdaya

keuangan dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD dirasakan tidak ada masalah, sumberdaya keuangan cukup kuat dalam mendorong implementasi kebijakan yang efektif. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

“APBD DKI kan sudah relatif tinggi dibandingkan dengan provinsi lain. Kalau APBD sih saya kira engga ada masalah ya, untuk mengatasi demam berdarah di DKI sangat cukup lah anggaran nya” (Hasil wawancara dengan, Ibnu Banjar 20 Januari 2012).

Hal ini senada seperti yang diungkapkan oleh Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, Iswanta sebagai berikut:

Jadi warga kalau ada yang kena ini langsung kita gratiskan segala biayanya. Saya rasa di Indonesia belum semua kan gitu, untuk orang yang sakit langsung gratis dengan berani mengeluarkan dari APBD. Kita udah salah satu daerah yang berani mengalokasikan itu (Hasil wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Di kesempatan yang lain, hal yang sama diungkapkan pula oleh Plt. Kepala Seksi Standardisasi Subdit Pengendalian Arbovirosis Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan, Iriani sebagai berikut:

“Untuk program saya yakin DKI sudah tanggung langgang. DKI itu mulai dari mengeluarkan biaya tinggi untuk mengatasi DBD sampai bikin perda pula. Jadi sebenarnya DKI itu sudah berbuat banyak dalam mengatasi demam berdarah (Hasil wawancara dengan, Iriani 12 Desember 2011).

Dari sisi sumberdaya keuangan terlihat jelas, pihak pemerintah daerah Provinsi DKI Jakarta tidak mengalami kekuarangan. Dengan keberanian pemprov DKI menggratiskan biaya perawatan penderita penyakit DBD ini merupakan bentuk nyata bahwa sumberdaya keuangan bukan menjadi persoalan yang serius.

Disisi lain dengan mengeluarkan produk hukum daerah otonom berupa peraturan daerah dan peraturan gubernur yang berkaitan dengan demam berdarah rasanya hal itu juga merupakan fakta, bahwa sumberdaya keuangan bukan

menjadi masalah yang serius. Ketika pemerintah daerah mengeluarkan produk daerah otonom berupa perda maupun pergub, berarti pemda harus siap menanggung segala kebutuhan apa yang telah diamanatkan oleh perda maupun pergub yang telah dibuat. Sebagai contoh, dalam Perda 6/2007 diamanatkan ada pemeriksaan jentik berkala yang dilakukan oleh Jumantik, maka konsekuensi logisnya ialah pemda harus dapat mengakomodir apa yang dibutuhkan dalam proses implementasi kegiatan tersebut. Disamping itu, pemerintah daerah Provinsi DKI Jakarta kembali mengeluarkan anggaran tersendiri dari APBD untuk membiayai para Jumantik sebesar Rp. 70.000,- per bulan yang bertugas memantau jentik dirumah-rumah warga. Seluruh Jumantik dalam proses pelaksanaan kegiatannya dilapangan dibiayai oleh pemda. Bila melihat fakta tersebut di atas rasanya dari sisi sumberdaya keuangan pihak pemerintah daerah sudah sangat siap dalam mengatasi persoalan penyakit DBD.

2. Sumberdaya Manusia

Manusia merupakan sumberdaya yang terpenting dalam menentukan suatu keberhasilan proses implementasi kebijakan. Tahap-tahap tertentu dari keseluruhan proses implementasi menuntut adanya sumberdaya manusia yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan. Namun ketika kompetensi dan kapabilitas dari sumberdaya-sumberdaya itu nihil, maka kinerja kebijakan publik yang efektif cenderung sulit untuk diwujudkan. Keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan pelaksana untuk memanfaatkan sumberdaya yang tersedia.

Penggunaan sumberdaya manusia dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta, merupakan suatu yang penting untuk dipahami. Keberadaan sumberdaya manusia dari sisi kualitas dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta, tidak menjadi suatu persoalan yang dapat menghambat proses implementasi kebijakan. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Staf Penyakit Menular dan Tidak Menular Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Sigit Darwanto sebagai berikut:

“Saya rasanya kualitas manusianya ga ada masalah ya, ngerti semua

apa yang harus dilakukan ketika terjadi kasus demam berdarah, harus ngapain-ngapain tau lah. Terus juga jumentiknya itu kan selalu diberikan pengarahan, penyuluhan sebelumnya bagaimana memeriksa jentik yang bener yah jadi ga asal-asal juga jumentik meriksanya” (Hasil wawancara dengan, Sigit Darmanto 19 Januari 2012).

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Kepala Seksi Promosi Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Yulidar sebagai berikut:

Puskesmas memberikan penyuluhan mengadakan pelatihan untuk TOT (Trainer Of Training) jadi kita buat si kader jumentik itu dari masyarakat, tokoh masyarakat itu supaya pinter meriksa jentik seperti apa, pinter memberikan penyuluhan mengenai DBD (Hasil wawancara dengan, Yulidar 30 Januari 2012) .

Disisi lain, keberadaan sumberdaya manusia dari sisi kuantitas dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta dirasakan masih kurang. Hal ini sangat dirasakan terutama disektor operasional tepatnya di kelurahan. Jadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang berada di level kelurahan dan kecamatan tidak fokus ke permasalahan DBD saja, maksudnya permasalahan yang di tangani tidak hanya seputar DBD saja, tetapi masalah seperti penyakit-penyakit lainnya diperhatikan juga. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Staf Penyakit Menular dan Tidak Menular Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Sigit Darmanto sebagai berikut:

“Keuangan (sumberdaya keuangan) ga ada masalah, kalau manusia jumlahnya kurang yaa PNS (Pegawai Negeri Sipil) nya di level bawah tuh sangat kurang di operasional. PNS kecamatan dan kelurahan itu engga ada yang khusus DBD mereka masih nyambi-nyambi kerjaan yang lain” (Hasil wawancara dengan, Sigit Darmanto 19 Januari 2012).

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Kepala Seksi Promosi Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Yulidar beliau menyoroti kurangnya sumberdaya manusia dalam upaya promosi dan sosialisai program pengendalian penyakit demam berdarah. Berikut ini petikan wawancara:

“Kurang yaa, kita coba ya nih kalo promosi dan sosialisasi kesehatan kita cuma lima orang doank ngurusin promosi dan sosialisasi se-DKI. Walaupun ada di sudin, disudin juga cuma sedikit itu juga dua tiga orang yang di promosi. Orang itu untuk ngurusin se wilayah nanti palingan dari puskesmas kecamatan dan puskesmas kelurahan. Puskesmas kecamatan itu juga terintegrasikan dia ngerjain ini ngerjain itu ngerjain segala macem ga cuma sosialisasi kurang lah SDM nya” (Hasil wawancara dengan, Yulidar 30 Januari 2012)

Disisi lain kekurangan akan sumberdaya manusia yang dialami oleh pemerintah daerah Provinsi DKI Jakarta dalam upaya mengendalikan penyakit demam berdarah. Hal tersebut juga diungkapkan oleh Plt. Kepala Seksi Standardisasi Subdit Pengendalian Arbovirosis Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan, Iriani sebagai berikut:

Kalau dari sisi pencegahan di DKI itu, setahu saya sudah berusaha dan berupaya setiap aparat puskesmas dipanggil tiap bulan dicontrol dilihat datanya mana yang tinggi. Provinsi itu kan ujung tombak nya puskesmas itu kelebihannya. Saya tahu kalau diatas kertas semua program pencegahan pengendalian sudah sangat bagus, tapi mungkin pelaksanaan dilapangan kita tidak tahu karena apa karena di puskesmas itu rata-rata satu pengelola program itu tidak memegang satu program saja rangkap misalnya orang DBD megang HIV megang malaria jadi emang sulit di puskesmas itu berbagi program kalau begitu berarti sumberdaya yang masih kurang” (Hasil wawancara dengan, Iriani 12 Desember 2011).

Namun kurangnya sumberdaya manusia yang dialami oleh pihak pemerintah daerah Provinsi DKI Jakarta dalam menangani masalah kesehatan di DKI Jakarta cepat direspon oleh pemerintah daerah Provinsi DKI Jakarta. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

“Di struktur kita, sekarang ada seksi KESMAS (Kesejahteraan

Masyarakat) di kantor lurah. Jadi sekarang kita dinas kesehatan mempunyai kepanjangan tangan di kantor lurah, seksi kesmas berperan serta sebagai urban manager menggerakkan masyarakat, memberdayakan masyarakat, memberi tahu program-program kita. Seksi kesmas juga mempercepat apa-apa yang kita inginkan. Setiap kelurahan ada seksi kesmas, ini orang berpendidikan kesehatan ditaruh di kantor lurah” (Hasil wawancara dengan Ibnu Banjar 20 Januari 2012) .

Senada seperti yang diungkapkan oleh pernyataan Ibnu banjar, pernyataan tersebut juga diperkuat oleh Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, Iswanta sebagai berikut:

“Yaaa saya sekali lagi saya bukan membanggakan DKI yaa, kita sekarang dengan adanya otonomi daerah kita berhak mengatur sendiri kan. Artinya untuk SDM kita tunjang dengan penguatan seksi kesmas di kelurahan itu suatu hal yang luar biasa, yang disana dialah yang artinya mengorganisir mengendalikan artinya dari segi finansial kita kan berbuat. Menaruh orang yang peduli terhadap pengendalian demam berdarah. Yang tadi upaya kesehatan yang sifatnya penyembuhan tapi sekarang sudah berupaya pengendalain pencegahan sampai mendatangkan seksi di kelurahan. Itu ya dukungan bukan SDM saja namun juga penguatan kelurahan melalui dana penguatan untuk di masing-masing kelurahan. Yaa tapi kesmas itu berfungsi disaana didukung dengan anggaran. Jadi disamping SDM nya juga ada anggarannya” (Hasil wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Kurangnya personel sumberdaya manusia di DKI dalam mengatasi permasalahan kesehatan, merupakan suatu kendala dalam mempercepat menangani permasalahan kesehatan. Namun hal tersebut segera diatasi dengan penambahan adanya pegawai (personel), yaitu seksi kesmas yang berada di setiap kelurahan. Hal ini merupakan bentuk nyata bagaimana Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta khususnya dinas kesehatan dalam merespon kekurangan sumberdaya manusia, untuk mengatasi persoalan kesehatan di DKI Jakarta. Tidak hanya permasalahan demam berdarah saja, seksi kesmas ini juga dapat mengatasi

persoalan yang terkait pula dengan kesehatan. Seperti melakukan pemberdayaan masyarakat untuk menggerakkan masyarakat dalam meminimalisir dampak buruk masalah kesehatan. Dari penjelasan dalam poin ini dapat ditarik suatu benang merah, bahwa sumberdaya-sumberdaya kebijakan sangat penting bagi implementasi kebijakan yang efektif. Tanpa sumberdaya-sumberdaya, kebijakan-kebijakan yang telah dirumuskan di atas kertas mungkin hanya akan menjadi rencana saja dan tidak pernah dilaksanakan

5.1.2 Konteks Implementasi dari Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI Jakarta

5.1.2.1 Kekuasaan atau kewenangan yang dimiliki oleh Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta dan Strategi yang Digunakan Dalam Implementasi Kebijakan Pengendalian penyakit DBD

Dalam suatu implementasi kebijakan perlu diperhitungkan pula kekuasaan atau kewenangan yang dimiliki oleh Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta dan strategi yang digunakan dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD guna memperlancar jalannya pelaksanaan suatu implementasi kebijakan. Bila hal ini tidak diperhitungkan dengan cakap sangat besar kemungkinannya program atau upaya yang hendak diimplementasikan akan tidak mencapai tujuan yang diinginkan. Kekuasaan atau kewenangan merupakan sumber lain yang penting bagi implementasi kebijakan. Tanpa adanya kekuasaan atau kewenangan yang memadai terkadang dapat mempengaruhi proses kinerja implementasi kebijakan. Kewenangan yang memadai seringkali digunakan untuk memperlancar proses implementasi kebijakan. Dalam hal ini setiap pelaksanaan kegiatan pemeriksaan jentik yang dilakukan oleh Jumantik harus diberikan laporan kepada pihak kelurahan, dari pihak kelurahan dilaporkan ke kecamatan, dan dari kecamatan dilaporkan ke walikota. Kewenangan yang dimiliki oleh kelurahan, kecamatan, dan walikota dalam meminta laporan merupakan bagian penting

dalam proses kinerja implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta.

Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta sebagai institusi yang bertanggungjawab dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD memiliki kewenangan untuk memastikan bahwa pelaksanaan pemeriksaan jentik yang dilakukan oleh jumentik dapat berjalan pada setiap hari jumat dan hasil pemeriksaan harus dilaporkan keluarahan, kecamatan, dan walikota. Bila menjelaskan jalannya pelaksanaan suatu implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta tentunya tidak terlepas dari komitmen dari Gubernur DKI Jakarta, Fauzi Bowo. Gubernur sebagai KDH di tingkat provinsi mempunyai tanggung jawab yang besar dalam menentukan berhasil atau tidak nya segala macam kebijakan yang di implementasikan oleh segenap SKPD atau UKPD di setiap elemen kedinasan di pemerintah daerah provinsi. Artinya, peran kepemimpinan dalam hal ini gubernur yang memiliki kekuasaan atau kewenangan dalam mendorong implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta menjadi cukup penting.

1. Peran Kepemimpinan Gubernur Dalam Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit DBD

Kepemimpinan yang baik ialah dapat menyakinkan orang lain sehingga dapat turut serta dalam suatu pekerjaan sehingga dapat dikerahkan secara optimal. Menyakinkan orang lain dapat diwujudkan oleh seorang pemimpin ketika pemimpin dapat memberikan suri teladan yang baik kepada bawahan. Ketika pemimpin dapat memberikan contoh nyata perbuatan yang mendukung dalam proses implementasi kebijakan, maka proses implementasi kebijakan cenderung dapat berjalan efektif. Dalam melihat peran kepemimpinan dari Gubernur DKI Jakarta dalam memperlancar jalannya pelaksanaan dari implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta dapat dilihat dari apa yang diungkapkan oleh Kepala Seksi Promosi Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Yulidar sebagai berikut:

“Ini kan terus terang yaa mulai dari gubernur DKI I turun kan setiap

jumat keliling itu yang membuat kader ini dihargai setiap turun kan gubernur itu pasti mengapresiasi para kader itu. Walaupun bukan bentuk uang, tetapi mereka dihargai bahwa inilah kerja mereka. Rabu jumat itu pasti turun, kalau rabu itu RW binaan tapi dia (gubernur) tetep ngomongin jumantik ya, DBD, Flu burung yang lagi merebak sekarang. Nah hari jumat itu khusus PSN dia (gubernur) turun, dia turun lagi nanti minggu pas acara SMP (Sarasehan Minggu Pagi) itu turun ngomongin jentik, jumantik, DBD dan segala macemnya emang ga ada capenya tuh gubernur” (Hasil wawancara dengan, Yulidar 30 Januari 2012).

Dengan seringnya gubernur turun ke lapangan, gubernur juga bisa langsung memonitor keadaan dilapangan mengawasi apa yang kurang dan apa yang belum baik di lapangan. Hal tersebut diungkapkan oleh Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, Iswanta sebagai berikut:

“Kemudian kunjungan gubernur ngadain PSN, setiap ada kunjungan gubernur pasti ada monitorting-monitoring baik itu dilembaganya sendiri maupun dirumah” (Hasil wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

“Kan ada PSN, tiap jumat gubernur turun. Bisa dikoreksi langsung dilapangan sama gubernur. Bisa langsung dikasih punishment ditempat. misalnya si camat kasusnya tinggi langsung di tegur ditempat. kenapa bisa b gitu, harus laporan tuh camat nantinya” (Hasil wawancara dengan, Ibnu Banjar 20 Januari 2012)

Political will dari gubernur DKI Jakarta, Fauzi bowo dalam mengendalikan penyakit DBD diakui juga oleh Plt. Kepala Seksie Standardisasi Subdit Pengendalian Arbovirosis Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan, Iriani berikut petikan wawancara:

“Kalo sekarang zamannya Pak Fauzi Bowo yang saya tahu dia tuh rajin banget turun ke lapangan ke daerah-daerah setiap jumat ngadain PSN.

Kalau begini kan bisa dilihat bahwa pemimpinnya sendiri aja memang concern untuk menurunkan angka kasus kematian DBD” (Hasil wawancara dengan, Iriani 12 Desember 2011).

Di kesempatan lain partner pemerintah daerah Provinsi DKI Jakarta, yaitu DPRD Provinsi DKI Jakarta juga mengapresiasi keseriusan Gubernur DKI Jakarta beserta jajarannya dalam menurunkan angka kesakitan dan angka kematian penyakit DBD. Hal ini diungkapkan oleh Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang membidangi masalah kesehatan, Igo Ilham sebagai berikut:

Allhamdulillah sih yaa, program itu (pencegahan DBD) sih berjalan tadi dilapangan. Begitu juga evaluasi bahwa ada plus minus ialah pasti

dilapangan ada di satu dua tempat yg memang kurang berjalan tetapi gubernur atau pemerintahan daerah melalui institusi atau organ-organnya melalui dinas kesehatan terus berupayalah untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan tersebut dan indikatornya kan adalah pada tahun berikutnya di komparasi bagaimana angka-angka statistik dari masyarakat Jakarta yang terkena penyakit demam berdarah dan itu mengalami penurunan yang sangat signifikan dan itu menurut saya merupakan bagian dari indikator keberhasilan program-program pencegahan masalah demam berdarah (Hasil wawancara dengan, Igo Ilham 3 Januari 2012).

Dari kelima pernyataan di atas terlihat, bahwa pernyataan tersebut mengakui keseriusan Gubernur DKI Jakarta, Fauzi bowo dalam mengatasi persoalan penyakit DBD yang menjadi momok warga DKI Jakarta. Pernyataan tersebut mulai dari jajaran yang berada dibawah gubernur langsung (SKPD/UKPD), dari pihak Kementerian Kesehatan, bahkan pihak DPRD yang melakukan pengawasan perda mengapresiasi apa yang sudah dilakukan gubernur beserta jajarannya. Dengan rajin turun ke lapangan memantau langsung dan melakukan kegiatan pengendalian penyakit DBD.

2. Strategi yang Digunakan Dalam Implementasi Kebijakan Pengendalian penyakit DBD

Keberhasilan implemementasi kebijakan tentu tidak terlepas dari strategi yang digunakan dalam proses implementasi kebijakan. Pemilihan strategi yang baik cenderung dapat mempercepat proses jalannya implementasi kebijakan yang efektif. Sarasehan Minggu Pagi (SMP) itu merupakan salah satu strategi yang digunakan gubernur beserta jajarannya dalam mempercepat mengatasi persoalan penyakit DBD di Provinsi DKI Jakarta. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Seksi Promosi Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Yulidar sebagai berikut:

Nah hari jumat itu khusus PSN dia (gubernur) turun, dia turun lagi nanti minggu pas acara SMP (Sarasehan Minggu Pagi) itu turun ngomongin jentik, jumentik, DBD dan segala macamnya emang ga ada capenya tuh gubernur” (Hasil wawancara dengan, Yulidar 30 Januari 2012).

Seringnya gubernur turun langsung ke lapangan dalam melihat proses implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD, merupakan salah satu wujud dari sebuah strategi untuk mengefektifkan proses implementasi kebijakan. Disisi lain peran kepemimpinan gubernur dalam mengatasi persoalan penyakit DBD juga cukup penting. Hal ini bisa terlihat dari usaha-usaha yang beliau lakukan yang rajin turun ke bawah melihat langsung kondisi nyata yang sebenarnya. Hal ini cukup penting, jadinya gubernur dapat mengetahui apa yang kurang dan belum baik di lapangan. Di sisi lain, gubernur bisa menilai laporan yang diberikan jajarannya dilapangan apakah sesuai dengan fakta apa yang terjadi sebenarnya dilapangan. Pemimpin yang seperti inilah yang dibutuhkan, pemimpin yang mengetahui detail permasalahan yang dihadapi dalam berbagai situasi dan kondisi.

5.1.2.2 Karakteristik Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta dan Rezim yang Berkuasa Pada Saat Kebijakan Pengendalian Penyakit DBD

Dalam hal karakteristik Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta dan rezim yang berkuasa pada saat kebijakan pengendalian penyakit DBD tentu tidak terlepas dari lingkungan-lingkungan eksternal yang turut mendorong keberhasilan kebijakan publik yang telah ditetapkan, dalam hal ini ialah Perda 6/2007. Dalam

hal ini akan coba dianalisis dari tiga lingkungan dalam implementasi Perda 6/2007, yakni lingkungan politik, ekonomi, dan sosial. Lingkungan politik, ekonomi, dan sosial yang tidak kondusif dapat menjadi biang keladi dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan. Seperti contoh masyarakat yang sudah terbuka dan terdidik akan relatif mudah menerima kebijakan yang dibuat oleh pemerintah. Begitu juga sebaliknya, masyarakat yang sudah belum terbuka dan belum terdidik cenderung akan relatif sulit dalam menerima kebijakan yang dibuat oleh pemerintah.

Ketika masyarakat sudah peduli dan memahami apa arti pentingnya bila implementasi kebijakan tersebut dilaksanakan. Hal ini dapat memberikan manfaat yang dirasakan, maka proses implementasi kebijakan cenderung akan efektif. Oleh karena itu, upaya untuk implementasi kebijakan harus pula memperhatikan ke kondusifan lingkungan. Lingkungan politik, ekonomi, dan sosial dapat menunjukkan, bahwa lingkungan dalam ranah implementasi dapat mempengaruhi kesuksesan implementasi kebijakan itu sendiri.

1. Lingkungan Politik

Kondisi lingkungan politik dalam kebijakan yang diatur dalam sebuah perda, maka tentu saja berada dalam ranah lingkungan politik lokal (daerah). Hal ini didasari, karena ruang lingkup peraturan daerah berada di daerah. Seperti yang diketahui ada dua unsur pemerintahan daerah, yakni pemerintah daerah (gubernur beserta jajarannya) dan DPRD. Terbentuknya Perda 6/2007 tentang Pengendalian Penyakit DBD di DKI Jakarta merupakan bentuk kolaborasi antara pemerintah daerah Provinsi DKI Jakarta dengan DPRD Provinsi DKI Jakarta. Proses politik dalam pembuatan Perda 6/2007 tentu berjalan dengan tataran yang kondusif, hal ini tercermin dari proses pembuatan perda menjadi tidak begitu lama. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang membidangi masalah kesehatan, berikut petikan wawancaranya:

“Dari sisi waktu seingat saya kurang lebih 1-1,5 bulan deh dan tidak ada hal yang terlalu menjadi perdebatan alot antara DPRD itu sendiri maupun pemerintah daerah, karena apa kita melihat ini sebagai satu

persoalan yang serius dan perlu tindakan yang urgent dan klo regulasi daerah berupa perda ini jadi bagian berupa pra-syarat penanganan itu maka mewujudkan itu secara segera itu kan penting. Ada nya tuntunan itu maka pembahasannya menjadi tidak lama” (Hasil wawancara dengan Igo Ilham, 3 Januari 2012).

Hal ini merupakan sebuah gambaran bahwa dari awal proses pembuatan kebijakannya sendiri pun sangat di dukung oleh DPRD. Hal ini memperlihatkan bahwa lingkungan politik tidak menjadi persoalan yang dapat menghambat kinerja implementasi kebijakan. Intinya kedua unsur Pemerintahan Daerah Provinsi DKI Jakarta (pemda dan DPRD) memiliki kesamaan sikap dan cara pandang dalam menyikapi persoalan DBD. Kesamaan sikap keduanya ditunjukkan dengan mensegarakan lahirnya Perda 6/2007 tentang Pengendalian Penyakit DBD di DKI Jakarta. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang membidangi masalah kesehatan, Igo Ilham sebagai berikut:

“Kalau antara pemerintah daerah dan DPRD kolaborasinya saya kira sudah bagus, melalui tadi ya prodaknya kan ada antara lain perda, kebijakan anggaran, implementasi, monitoring, dan evaluasi yang dilakukan DPRD sudah berjalan” (Hasil wawancara dengan, Igo Ilham 3 Januari 2012)

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta dalam menyikapi lingkungan politik yang kondusif dalam mendorong implementasi kebijakan Perda 6/2007, Iswanta sebagai berikut:

“Yaa kalau seandainya lingkungan politik tidak mendukung ga mungkin ada perda kan itu salah satu bentuk dukungan politik dari DPRD sudah jelas disitu, political will dalam bentuk dukungan kebijakan sudah ada, kemudian dalam bentuk kebawahnya pergub juga sudah ada, terus kemudian instruksi-instruksi dari walikota sampai kecamatan sudah ada terus disitu ada struktur ketuanya segala macam. Kalau dikelurahan sudah kepengurusan PSN jumentik dan segala macam ini itu merupakan

salah satu komitmen yang ada kalau ditingkat provinsi kan DPRD kalau kelurahan kan dewan kelurahan” (Hasil wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Dari pernyataan di atas dapat ditarik kesimpulan, bahwa lingkungan politik dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta dapat mendorong keberhasilan implementasi kebijakan tersebut. Sudah adanya persepsi dan cara pandang yang sama dari kedua unsur pemerintahan, maka kondisi lingkungan politik dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD tidak menjadi persoalan yang berarti.

2. Lingkungan Ekonomi

Kondisi lingkungan ekonomi dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta dapat dianalisis dari keterlibatan sektor swasta. Keterlibatan sektor swasta dalam implementasi kebijakan dirasakan masih kurang dalam mendorong implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang membidangi masalah kesehatan, Igo Ilham sebagai berikut:

“Sekarang keterlibatan sektor swasta belum efektif memang, misalnya perusahaan-perusahaan yang membuat produk-produk berupa obat nyamuk mungkin perlu secara gencar melakukan promosi kesehatan menjaga diri dari potensi dari bahaya DBD. Kalau itu dilakukan kemudian mungkin dia menjual lotion anti nyamuk dengan harganya yang lebih murah lagi untuk masyarakat yang tidak mampu. Jadi semacam bisnis sosial jadi perusahaan itu jual produk tertentu itu jual produk arahnya bukan untuk mencari untung semata tetapi bentuk kontribusi kepada masyarakat. Arahnya jadi perusahaan itu jualan tapi ga rugi” (Hasil wawancara dengan, Igo Ilham 3 Januari 2012).

Pemerintah daerah khawatir dengan melibatkan pihak swasta dapat dimanfaatkan sebagai ajang promosi produk yang dihasilkan dari pihak swasta tersebut. Sebagai

contoh ketika menggelar acara bersama-sama antar pemerintah dengan perusahaan swasta, adanya kecenderungan perusahaan meminta lisensi kepada pemerintah untuk menggunakan produk perusahaan swasta tersebut dalam upaya mengendalikan penyakit DBD. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Seksi Promosi Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Yulidar sebagai berikut:

“Jadi gini, itu kan tergantung sama pimpinan ya dalam hal ini kepala dinas. saya juga tahu kepala dinas takut ya klo dia mau buat kerjasama dengan baygon aja deh misalnya atau perusahaan yang berhubungan dengan nyamuk itu kan mengikat, dia bisa jualan nanti takutnya kenapa-kenapa. Mungkin itu yang membuat kepala dinas ga mau kerjasama takutnya nanti kenapa-kenapa” (Hasil wawancara dengan, Yulidar 30 Januari 2012).

Kondisi-kondisi tersebut yang menyebabkan, belum adanya kolaborasi yang baik dari pemerintah dan sektor swasta dalam mendorong keberhasilan implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta. Di satu sisi pemerintah daerah yang belum berani untuk mengambil langkah berkolaborasi dengan sektor swasta, dikarenakan takutnya akan menimbulkan masalah baru nantinya. Disisi lain sektor swasta tidak mau berkolaborasi, karena hanya mau mengejar keuntungan semata. Bila kolaborasi antara pemerintah dan sektor swasta dapat berjalan baik, maka kinerja implementasi kebijakan akan efektif.

3. Lingkungan Sosial

Kondisi lingkungan sosial dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta ialah lingkungan kondisi sosial masyarakat dimana kebijakan ini di implementasikan. Seperti yang diketahui bahwa Jakarta sebagai Ibukota Negara Indonesia tentunya memiliki keistimewaan dibandingkan kota-kota yang ada di Indonesia. Kota Jakarta sebagai pusat pemerintahan dan pusat perekonomian di Negara Indonesia, tentu saja menjadi magnet bagi masyarakat di kota-kota lain yang ingin mencari peruntungan di Kota Jakarta. Hal ini berimplikasi Kota Jakarta semakin bertambah banyak penduduknya dan semakin

kompleks juga dalam mengatasi suatu permasalahan perkotaan yang muncul. Kondisi ini tergambar pada saat Jakarta mengatasi permasalahan penyakit DBD. Penduduk DKI Jakarta yang sangat heterogen akan mempengaruhi pola pikir atau cara pandang dari warga tersebut. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Seksi Promosi Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Yulidar sebagai berikut:

“Nah DKI itu kan urban ya kota urban, heterogen, dari bermacam suku, ras, agama, pendidikan, latar belakangnya, budayanya, itu begitu itu yang susah. Mungkin kalau orang Jakarta nya sendiri ya terus terang lebih maju pendidikannya dibandingkan dengan orang yang datang pada saat musiman itu kan orang-orang yang dari kampung mana ga tau hidupnya, kaya gimana, kontrak, lingkungan ga bersih, orang yang kaya biasanya berpikiran gitu aah gw kan hanya nyari kerja aja disini emang gw pikirin tuh lingkungan kan memang beda sama orang yang tinggal disini lebih memerhatikan lingkungan itulah orang-orang yang musiman itu pendatanglah itu loh yang jadi kendala buat kita“ (Hasil wawancara dengan Yulidar 30 Januari 2012).

Kondisi sosial di atas yang memang menghambat jalannya implementasi kebijakan Perda 6/2007, jadi memang sangat terkait sekali antar suatu permasalahan dengan permasalahan yang lainnya. Hal ini juga diungkapkan oleh Plt. Kepala Seksi Standardisasi Subdit Pengendalian Arbovirologis Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan, Iriani sebagai berikut:

“Namun karena memang DKI itu heterogen dan sangat padat penduduknya hal itu memang agak sulit jadinya, melihat hasilnya yang 100 persen” ((Hasil wawancara dengan Iriani, 12 Desember 2011).

Dari kedua pendapat di atas dapat ditarik benang merah bahwa ketika berbicara mengenai pengendalian penyakit demam berdarah tidak hanya sekedar memberantas nyamuk saja, tetapi lebih dari itu kondisi sosial yang menyelubungi implementasi kebijakan tersebut memberikan pengaruh yang besar dalam

memberikan dampak yang diinginkan dari kinerja implementasi kebijakan yang efektif.

4. Rezim yang Berkuasa Pada Saat Kebijakan Pengendalian Penyakit DBD

Rezim yang berkuasa pada saat kebijakan pengendalian penyakit DBD, tentu saja tidak terlepas dari sosok sentral gubernur sebagai pemimpin tertinggi dalam suatu pemerintah daerah. Peran gubernur dalam proses implementasi kebijakan sangat menentukan, artinya bila gubernur mendukung dan ikut serta dalam setiap proses kegiatan implementasi kebijakan, maka proses implementasi kebijakan cenderung efektif. Namun sebaliknya, jika gubernur tidak peduli bahkan acuh dari setiap proses pelaksanaan implementasi kebijakan, maka proses implementasi kebijakan cenderung tidak efektif. Dalam melihat peran kepemimpinan dari Gubernur DKI Jakarta dalam memperlancar jalannya pelaksanaan dari implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta dapat dilihat dari apa yang diungkapkan oleh Kepala Seksi Promosi Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Yulidar sebagai berikut:

“Ini kan terus terang yaa mulai dari gubernur DKI I turun kan setiap jumat keliling itu yang membuat kader ini dihargai setiap turun kan gubernur itu pasti mengapresiasi para kader itu. Walaupun bukan bentuk uang, tetapi mereka dihargai bahwa inilah kerja mereka. Rabu jumat itu pasti turun, kalau rabu itu RW binaan tapi dia (gubernur) tetep ngomongin jumantik ya, DBD, Flu burung yang lagi merebak sekarang. Nah hari jumat itu khusus PSN dia (gubernur) turun, dia turun lagi nanti minggu pas acara SMP (Sarasehan Minggu Pagi) itu turun ngomongin jentik, jumantik, DBD dan segala macemnya emang ga ada capenya tuh gubernur” (Hasil wawancara dengan, Yulidar 30 Januari 2012).

Dengan seringnya gubernur turun ke lapangan, gubernur juga bisa langsung memonitor keadaan dilapangan mengawasi apa yang kurang dan apa yang belum baik di lapangan terkait implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta. Hal tersebut diungkapkan oleh Kepala Sub Bagian Biro

Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, Iswanta sebagai berikut:

“Kemudian kunjungan gubernur ngadain PSN, setiap ada kunjungan gubernur pasti ada monitorting-monitoring baik itu dilembaganya sendiri maupun dirumah” (Hasil wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

“Kan ada PSN, tiap jumat gubernur turun. Bisa dikoreksi langsung dilapangan sama gubernur. Bisa langsung dikasih punishment ditempat. misalnya si camat kasusnya tinggi langsung di tegur ditempat. kenapa bisa begitu, harus laporan tuh camat nantinya” (Hasil wawancara dengan, Ibnu Banjar 20 Januari 2012)

Political will dari gubernur DKI Jakarta, Fauzi bowo dalam mengendalikan penyakit DBD diakui juga oleh Plt. Kepala Seksie Standardisasi Subdit Pengendalian Arbovirosis Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan, Iriani berikut petikan wawancara:

“Kalo sekarang zamannya Pak Fauzi Bowo yang saya tahu dia tuh rajin banget turun ke lapangan ke daerah-daerah setiap jumat ngadain PSN. Kalau begini kan bisa dilihat bahwa pemimpinnya sendiri aja memang concern untuk menurunkan angka kasus kematian DBD” (Hasil wawancara dengan, Iriani 12 Desember 2011)

Di kesempatan lain partner pemerintah daerah Provinsi DKI Jakarta, yaitu DPRD Provinsi DKI Jakarta juga mengapresiasi keseriusan Gubernur DKI Jakarta beserta jajaranya dalam menurunkan angka insiden dan angka kematian penyakit DBD. Hal ini diungkapkan oleh Wakil Ketua Komisi E DPRD DKI Jakarta yang membidangi masalah kesehatan, Igo Ilham sebagai berikut:

Allhamdulillah sih yaa, program itu (pencegahan DBD) sih berjalan tadi dilapangan. Begitu juga evaluasi bahwa ada plus minus ialah pasti dilapangan ada di satu dua tempat yg memang kurang berjalan tetapi gubernur atau pemerintahan daerah melalui institusi atau organ-organnya melalui dinas kesehatan terus berupayalah untuk memperbaiki

kegiatan-kegiatan tersebut dan indikatornya kan adalah pada tahun berikutnya di komparasi bagaimana angka-angka statistik dari masyarakat jakarta yang terkena penyakit demam berdarah dan itu mengalami penurunan yang sangat signifikan dan itu menurut saya merupakan bagian dari indikator keberhasilan program-program pencegahan masalah demam berdarah (Hasil wawancara dengan, Igo Ilham 3 Januari 2012).

Dari kelima pernyataan di atas terlihat, bahwa pernyataan tersebut mengakui keseriusan Gubernur DKI Jakarta, Fauzi bowo dalam mengatasi persoalan penyakit DBD. Pernyataan tersebut mulai dari jajaran yang berada dibawah gubernur langsung (SKPD/UKPD), dari pihak Kementrian Kesehatan, bahkan pihak DPRD yang melakukan pengawasan perda mengapresiasi apa yang sudah dilakukan gubernur beserta jajarannya. Dengan rajin turun ke lapangan memantau langsung dan melakukan kegiatan pengendalian penyakit DBD.

5.1.2.3 Tingkat Kepatuhan dan Adanya Respon dari Pelaksana yang Terlibat Dalam Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit DBD

Hal lain yang dirasa penting dalam proses implelementasi kebijakan adalah tingkat kepatuhan dan respon dari para pelaksana, maka dalam hal ini yang hendak dipahami adalah sejauh mana kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam menanggapi suatu kebijakan. Hal ini penting kiranya dipahami sejauh mana para pelaksana mengerti dan memahami kebijakan yang akan dilaksanakan nantinya. Keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi juga, oleh tingkat kepatuhan dan adanya respon dari pelaksana. Maksudnya, jika pelaksana bersikap baik terhadap suatu kebijakan yang diamanatkan olehnya, dan hal ini berarti adanya dukungan, kemungkinan besar melaksanakan kebijakan sebagaimana yang diinginkan oleh para pembuat keputusan awal. Demikian pula sebaliknya, bila tingkah laku-tingkah laku atau perspektif-perspektif para pelaksana berbeda dengan para pembuat keputusan, maka proses implementasi suatu kebijakan cenderung semakin sulit. Tingkat kepatuhan dalam poin ini dilihat dari komitmen setiap SKPD atau UKPD dan komitmen dari perangkat daerah (lurah, camat, dan

walikota) dalam proses kinerja implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta.

Dalam implementasi kebijakan pengendalian penyakit DBD melibatkan semua SKPD atau UKPD elemen kedinasan Pemprov DKI. Disamping itu keterlibatan dari para lurah, para camat, dan para walikota sangat mendukung kinerja proses implementasi kebijakan. Dengan kata lain pemahaman yang cukup dalam memahami persoalan demam berdarah dengue menjadi hal mutlak untuk diketahui. Hal ini bertujuan agar tujuan kebijakan yang ingin dicapai dapat efektif dalam proses kinerja implementasi kebijakan. Terkait kepatuhan para pelaksana dalam implementasi kebijakan Perda 6/2007 tentang Pengendalian Penyakit DBD dikeluhkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

”Kendalanya terkadang belum semua mempunyai awareness yang sama, tentang hal ini semua sektor SKPD belum semua mempunyai kesadaran yang sama. Masih berpikir ooh DBD itu kan urusannya dinas kesehatan bukan urusan saya”.

Kepatuhan para pelaksana terkadang menjadi kendala, dalam proses implementasi kebijakan. Hal ini dikarenakan, kecenderungan dari setiap SKPD atau UKPD berfokus untuk menyelesaikan tugas, pokok, dan fungsi (tupoksi) yang benar-benar menjadi tanggungjawabnya saja. Untuk itulah komitmen yang kuat dari setiap SKPD dibutuhkan untuk mengefektifkan proses implementasi kebijakan. Hal ini juga diperkuat oleh Kepala Sub Bagian Biro Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta, sebagai berikut:

Kalau perda sih sudah bagus actionnya udah ada nah biasanya itu tinggal orangnya siapa yang berbuat disitu kadang-kadang di kita ini kecenderungannya semuanya sudah ada, terkadang komitmennya kurang kadang-kadang masih adalah yang seperti itu. (Hasil wawancara dengan, Iswanta 18 Januari 2012).

Memang bukan suatu perkara yang mudah untuk menyadarkan sebanyak 42 SKPD, untuk peduli dengan tugas pokok fungsi yang bukan menjadi kewajibannya langsung. Terkadang masih adanya pemikiran bahwa urusan kesehatan, yaitu menjadi kewajibannya dinas kesehatan saja. Begitu juga urusan pendidikan, yaitu menjadi kewajiban dinas pendidikan saja.

Namun disisi lain, setelah adanya Perda 6/2007 mulai adanya perubahan ke arah yang lebih baik. Hal ini dapat dilihat dari keterlibatan dari para lurah, para camat dan walikota, bahkan gubernur sendiri pun sering turun langsung ke lapangan dalam upaya untuk mengendalikan penyakit DBD di DKI Jakarta. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Plt. Kepala Seksi Standardisasi Subdit Pengendalian Arbovirosis Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan, Iriani berikut petikan wawancara:

“Kalo sekarang zamannya Pak Fauzi Bowo yang saya tahu dia tuh rajin banget turun ke lapangan ke daerah-daerah setiap jumat ngadain PSN. Kalau begini kan bisa dilihat bahwa pemimpinnya sendiri aja memang concern untuk menurunkan angka kasus kematian DBD” (Hasil wawancara dengan, Iriani 12 Desember 2011)

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Ibnu Banjar sebagai berikut:

“Kalo dulu sebelum ada perda masalah demam berdarah pasti hanya orang-orang kesehatan saja, tetapi kan sekarang kan engaa para lurah, para camat, dan para walikota harus mengerti semua. Itu lah mungkin salah satu keberhasilannya” (Hasil wawancara dengan Ibnu Banjar, 20 Januari 2012).

Pernyataan di atas kembali dipertegas oleh Staf Penyakit Menular dan Tidak Menular Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Sigit Darwanto sebagai berikut:

“Oooh udah bagus ya, sekarang ini ya itu pak lurah-pak lurah itu sekarang sudah pada peduli lah sama PSN” (Hasil wawancara dengan, Sigit Darmanto 19 Januari 2012).

Dari ketiga pendapat di atas, dibenarkan juga oleh pernyataan Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) Sukapura, Zuriati sebagai berikut:

“Wahhh, sangat concern lurah maupun camatnya dari yang saya amati kan lurah sering ganti. Dari beberapa ganti lurah di sukapura semuanya sangat concern menangani masalah DBD. Kemarin jumat wakil camat cilincing datang langsung melihat pelaksanaan jumatik RW sini. Saya bisa menjamin lurah dan camat sudah sangat concern. Lurah dan camat sering turun kok ke lokasi-lokasi ikut melaksanakan PSN, jumat itu pasti turun. Bahkan pak walikota sendiri yang saya tahu juga sudah sering turun ke lokasi, kaya saya pernah ikut di papanggo, sunter agung, pademangan saya ikut tuh waktu itu. Karena kebutuhan kan saya juga ketua dharma wanita sudin dikdas jakarta utara, jadi saya mendampingi ibu kasudin jadi saya tahu waktu pak walikota turun, concern ahh semuanya concern itu” (Hasil wawancara mendalam dengan Zuriati, 15 Maret 2012)

Dari pernyataan di atas menunjukkan menunjukkan adanya perubahan perilaku dari setiap unsur pemerintahan yang ada dalam memaknai persoalan demam berdarah. Pada kenyataannya sekarang semua unsur pemerintahan mulai dari lurah, camat, sampai walikota mau tidak mau, suka tidak suka harus berperan aktif dalam mengatasi persoalan demam berdarah ini. Walaupun sekali lagi untuk mendapatkan hasil yang seratus persen diharapkan masih membutuhkan proses yang panjang.

5.2 Outcomes

Outcomes ialah tolak ukur kinerja berdasarkan tingkat keberhasilan yang dicapai berdasarkan keluaran program atau kegiatan dari suatu kebijakan yang sudah di implementasikan. Keberhasilan proses implementasi kebijakan dapat tergambarkan dari *outcomes* yang terlihat dilapangan. *Outcomes* yang dihasilkan dari implemmentasi kebijakan Perda 6/2007 tentang pengendalian penyakit DBD ialah tentu saja menurunnya angka insiden dan angka kematian akibat dari penyakit DBD. Dalam hal ini penurunan angka insiden yang terkena penyakit demam

berdarah merupakan sasaran utama dari perda ini. Artinya, sebisa mungkin Jakarta tidak mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) demam berdarah. Bila melihat dari angka statistik yang ada bahwa penurunan angka terhadap mereka yang terkena penyakit demam berdarah mengalami penurunan. Tidak dapat dipungkiri bahwa keseriusan penda dalam mengendalikan penyakit DBD, sudah dapat terlihat hasilnya dari angka statistik yang ada. Terlepas dari faktor cuaca yang mempengaruhi, tetapi program dan upaya dalam menurunkan angka insiden dan angka kematian akibat penyakit DBD terus dilakukan secara simultan dan terus menerus.

Menurunnya angka insiden dan angka kematian akibat penyakit DBD, tentunya tidak terlepas dari adanya produk hukum daerah otonom, yaitu Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2007 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue dan Peraturan Gubernur Nomor 63 Tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2007 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue. Tidak dapat dipungkiri bahwa keberadaan dua produk daerah otonom tersebut dapat mempercepat hasil positif yang diharapkan dalam upaya mengendalikan penyakit demam berdarah dengue. Artinya, ketika suatu persoalan publik yang ingin diselesaikan sudah memiliki payung hukum yang kuat maka dapat mempermudah dalam mengatasi suatu persoalan publik. Dalam hal ini para pelaksana sudah memiliki kekuasaan atau kewenangan untuk berbuat sesuatu apa, kapan, dan bagaimana. Tanpa adanya payung hukum yang kuat dalam proses implementasi kebijakan, proses implementasi kebijakan cenderung tidak efektif.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, secara umum dapat dikatakan bahwa implementasi kebijakan pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di DKI Jakarta berjalan dengan baik. Hal ini dapat dilihat dari dimensi isi kebijakan terpenuhinya kepentingan pemerintahan daerah, masyarakat dapat merasakan manfaatnya secara langsung, tercapainya perubahan yang diharapkan, dan terpenuhinya sumberdaya-sumberdaya yang mendorong kebijakan secara efektif. Selain itu dari dimensi konteks implementasinya peran gubernur beserta perangkat daerahnya (walikota, camat, dan lurah) ikut mendorong implementasi kebijakan secara efektif. Namun demikian, masih terdapat beberapa kekurangan dalam implementasi kebijakan ini, yaitu dari dimensi isi kebijakan komitmen dari pelaksana elemen kedinasan masih kurang dan masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk mau lebih peduli akan pentingnya kesehatan terutama dalam pengendalian penyakit DBD. Dari dimensi konteks implementasinya kerjasama dengan pihak swasta masih kurang, masih kurangnya promosi dan sosialisasi diberikan kepada masyarakat, minimnya edukasi yang diberikan kepada Jumantik dan penerapan sanksi yang belum dilaksanakan.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan mengenai Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di DKI Jakarta, ada beberapa rekomendasi dari hasil penelitian ini, yakni:

1. Memperkuat pengawasan yang dilakukan oleh TIM POKJANAL dalam mendorong setiap SKPD/UKPD untuk mengimplementasikan kebijakan yang ada dalam rangka mempercepat implementasi kebijakan lebih efektif.
2. Kerjasama dengan pihak swasta dalam pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta. Sebagai contoh, pihak swasta yang usahanya bergerak dibidang kesehatan

khususnya terkait masalah DBD diundang untuk duduk bersama dengan pemerintah untuk mendorong pelaksanaan kebijakan pengendalian penyakit DBD dapat lebih efektif.

3. Memperkuat promosi dan sosialisasi yang lebih intens di media cetak maupun media elektronik. Promosi dan sosialisasi dapat dilakukan lebih intens melalui peran Jumantik, ketika Jumantik turun langsung memeriksa jentik kerumah warga. Oleh karena itu, perlunya menambah jumlah kader Jumantik dari satu orang di setiap Rukun Tetangga (RT) menjadi dua orang di setiap RT. Jika diperlukan menambah honorarium kader Jumantik juga dapat jadi cara yang efektif.

4. Menambah edukasi yang diberikan kepada Jumantik dalam upaya mendorong implementasi kebijakan lebih efektif. Misalnya dengan cara memberikan penyuluhan langsung kepada Jumantik secara intens dalam hal pemeriksaan jentik di rumah warga.

5. Sanksi terhadap pelanggaran yang ada sebaiknya dilaksanakan. Bila sanksi pidana yang dituangkan dalam Perda 6/2007 sulit dilaksanakan, sanksi lain dapat dilakukan dengan cara menerapkan sanksi yang bersifat sosial. Sebagai contoh, ketika ditemukan jentik di salah satu rumah warga, warga tersebut diwajibkan memberikan pot bunga atau tanaman kepada lingkungan RT atau Rukun Warga (RW) setempat.

DAFTAR PUSTAKA

Buku:

- Abidin, Said Zainal. (2004). cetakan kedua. *Kebijakan Publik*. edisi revisi. Jakarta: Yayasan Pancur Siwah.
- Abdul Wahab, Solichin. (2008). cetakan kedua. *Analisis Kebijaksanaan Dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Agustino, Leo. (2008). cetakan kedua. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Babie, Earl. (2004). *The Practice of Social Research 10th Edition*. USA: Thomson Learning.
- Budiardjo, Miriam. (2008). *Dasar-dasar Ilmu Politik*. edisi revisi. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Cresswell, John W (2010). *Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*. (terj). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Dunn, William N. (2000). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. edisi kedua. (terj). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- _____. (2003). *Analisis Kebijaksanaan Publik*. (terj). Yogyakarta: PT. Hanindita Graha Widya.
- Dye, Thomas R. (1981). *Understanding Public Policy*. New Jersey: Prentice-Hall Cliffs.
- Herdianyah, Haris. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif Untuk Ilmu-Ilmu Sosial*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Hosio, Jusach Edi. (2007). cetakan kedua. *Kebijakan Publik dan Desentralisasi: Esai-esai dari Sorong*. Yogyakarta: LaksBang Yogyakarta.
- Hutomo. (1999). cetakan keempat. *Prinsip-Prinsip Kebijaksanaan Negara*. Malang: Bumi Aksara.
- Islamy, Irfan. (1997). *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.

- Indiahono, Dwiyanto. (2009). *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Public Analisis*. Yogyakarta: Gava Media.
- Lester, James P & Joseph Stewart, Jr. (2000). *Public Policy: An Evolutionary Approach*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Lubis, Solly. (2007). *Kebijakan Publik*. Bandung: Mandar Maju.
- Madani, Muhlis. (2011). *Dimensi Interaksi Aktor Dalam Proses Perumusan Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Muljadi, M. Arief. (2006). *Pokok-pokok dan Ikhtisar Manajemen Strategik: Perencanaan dan Manajemen Kinerja*. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher.
- Mustopadidjaja. (1992). *Studi Kebijaksanaan, Perkembangan, dan Penerapannya dalam Rangka Administrasi dan Manajemen Pembangunan*. Jakarta: LPFEUI.
- Nawawi, Ismail. (2009). *Public Policy: Analisis, Strategi Advokasi Teori, dan Praktek*. Surabaya: CV. Putra Media Nusantara.
- Neuman, Lawrence W. (2006). *Social Research Method: Qualitative and Quantitative Approaches*. USA: Earson Education.
- Nugroho, Riant. (2008). *Public Policy*. Jakarta: Alex Media Komputindo.
- O'Jones, Charles. (1991). *Pengantar Kebijakan Publik*. (terj). Jakarta: Rajawali Press.
- Parsons, Wayne. (2008). cetakan ketiga. *Public Policy : Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*. (terj). Jakarta: Kencana
- Putra, Fadillah. (2001). *Paradigma Kritis Dalam Studi Kebijakan Publik*. Surabaya: Pustaka Pelajar Offset.
- Subarsono, AG. (2010).cetakan kelima. *Analisis Kebijakan Publik: Konsep, Teori, dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Suharto, Edi. (2008). cetakan keempat. *Analisis Kebijakan Publik*. Bandung: CV. Alfabeta.
- T. Keban, Yeremias. (2008). *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik*. Yogyakarta: Gava Media.
- Utomo, Said Dian. (2003). Partisipasi Masyarakat dalam Pembuatan Kebijakan. Dalam Indra J. Piliang et al (Ed). *Otonomi daerah: Evaluasi dan Proyeksi*. Jakarta: Yayasan Harkat Bangsa.

Wahyudi, Isa. et al. (2008). *Memahami Kebijakan Publik dan Strategi Advokasi: Sebuah Panduan Praktis*. Malang: In-Trans Publishing.

Widodo, Joko. (2007). *Analisis Kebijakan Publik: Konsep dan Aplikasi Analisis Proses Kebijakan Publik*. Malang: Bayu Media

Wibawa, Samodra. (1994). *Kebijakan Publik Proses dan Analisis*. Jakarta: Intermedia.

Winarno, Budi. (2002). *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media Pressindo.

_____. (2007). *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Yogyakarta: Media Pressindo.

Yudoyono, Bambang. (2003). *Otonomi Daerah*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.

Peraturan Perundang-undangan:

Republik Indonesia, *Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah*.

_____, *Peraturan Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta No. 6 Tahun 2007 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue*.

_____, *Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta No. 63 Tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksana Peraturan Daerah No. 6 Tahun 2007 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue*.

Karya Ilmiah:

Rachmawaty, Randy. (2006). Skripsi. *Implementasi Kebijakan Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 1988 mengenai Pengelolaan Sampah Padat di DKI Jakarta*. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UI.

Mardhany, Muhammad Riza. (2007). Skripsi. *Implementasi Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara Pasal 13 mengenai Penetapan Kawasan Dilarang Merokok dan Penyediaan Tempat Khusus Merokok oleh Pemda DKI Jakarta (studi operasi: Biro*

Administrasi Kesejahteraan Masyarakat, Dinas Tramtib dan Linmas, Biro Hukum, BPLHD, dan WITT. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UI.

Riyanti, Ervina. (2008). Skripsi. *Evaluasi Pelaksanaan Program P2DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Jakarta Timur.* Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.

Sumber lainnya:

Anggraeni, Dini Siti. (2011). *Stop! Demam Berdarah Dengue.* Bogor: Bogor Publishing House.

Dinkes Provinsi DKI Jakarta. (2007). *Penanggulangan Kejadian Luar Biasa DBD.* Dinkes Provinsi DKI Jakarta: Jakarta.

Kemendes RI. (2006). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2005-2009.* Kemendes RI: Jakarta.

_____. (2007). *Modul Pelatihan Bagi Pengelola Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah di Indonesia.* Dirjen P2&PL Kemendes RI: Jakarta.

_____. (2007). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2005.* Kemendes RI: Jakarta.

_____. (2010). *Buletin Jendela Epidemiologi.* Dirjen P2&PL Kemendes RI: Jakarta.

Lembaga Administrasi Negara (LAN). (2008). *Kajian Model Pengukuran Pelaksanaan Good Governance di Pemerintahan Daerah Kabupaten atau Kota.* Bandung: Pusat Kajian, Pendidikan, dan Pelatihan Aparatur I (PKDA I) LAN.

Pusat Studi Hukum dan Kebijakan Indonesia (PSHK). (2009). *Menilai Tanggung Jawab Sosial Peraturan Daerah.* Jakarta: PSHK.

Sistem Administrasi Negara Kesatuan Republik Indonesia (SANKRI). (2005). edisi revisi. *Landasan dan Pedoman Pokok Penyelenggaraan dan Pengembangan Sistem Administrasi Negara.* Jakarta: Lembaga Administrasi Negara (LAN).

“Sekarang atau tidak sama sekali” <http://www.equator-news.com> diunduh pada tanggal 25 september 2011.

“Kebijakan Program P2 DBD dan Situasi Terkini DBD di Indonesia, 2004”
<http://www.depkes.go.id> diunduh tanggal 25 September 2011.

“Demam Berdarah Dengue” <http://isukesehatan.wordpress.com> diunduh pada tanggal 10 Oktober 2011.

“DKI Gratiskan Pengobatan Pasien DBD” <http://www.pemberita.com> diunduh pada tanggal 1 November 2011.

Surat kabar *Rakyat Merdeka* terbit 17 Juni 2011 “Gawat, 70 Persen Wilayah Indonesia Endemis DBD”.



PEDOMAN WAWANCARA

1. Plt. Kepala Seksi Standardisasi Subdit Pengendalian Arbovirosis, Direktorat Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Latar belakang penyakit DBD di Indonesia
- Kondisi dulu dan sekarang
- Perbedaan Pengendalian dan Pencegahan
- Pencegahan
- Kendala atau hambatan
- Solusi yang ditawarkan
- Kondisi DBD di DKI
- Masalah pencegahan DBD di DKI
- Perbedaan kondisi DBD di DKI dengan propinsi lain
- Langkah pencegahan DBD di DKI
- Meningkatkan kesadaran masyarakat
- Kapan kemenkes turun tangan
- Apakah cukup dengan perda
- Menilai usaha pencegahan DBD di DKI
- Masukan dan saran

2. Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan, Dinas Kesehatan DKI Jakarta

- Latar belakang terbentuknya Perda No. 6 Tahun 2007
- Pihak yang ikut formulasi
- Pihak yang ikut implementasi

- Program Pencegahan
- Perbedaan Pengendalian dan Pencegahan
- Kesiapan Sumber daya
- Anggaran
- Faktor-faktor yang mempengaruhi
- Koordinasi
- Cara mengoptimalkan
- Perbedaan sebelum dan sesudah Perda
- Tingkat keberhasilan
- Menyadarkan masyarakat
- Pengawasan
- Sanksi
- Korelasi antara penurunan kasus dengan keberadaan Perda No. 6 Tahun 2007
- Perbedaan upaya pencegahan saat musim hujan atau kemarau
- Titik lemah upaya implementasi
- Kolaborasi tiga sektor *governance*

3. Anggota DPRD Provinsi DKI Jakarta dari Komisi E yang Membedangi Masalah Kesehatan

- Landasan Perda No. 6 Tahun 2007
- Perdebatan alot ketika pembahasan
- Inisiatif perda
- Formulasi pihak mana saja yang terlibat
- Partisipasi masyarakat dalam pembahsan perda 6/2007
- Pihak yang terlibat dalam implementasi
- Melihat program dan upaya pencegahan
- Melihat implementasi dilapangan
- Pengawasan
- Frekuensi Rapat pengawasan
- Titik lemah pengaturan pengawasan

- Melihat kinerja pemprov DKI dalam
- Keberpihakkan DPRD dalam mengalokasikan anggaran
- Anggaran khusus ketika terjadi KLB
- Anggaran yang dikeluarkan sesuai dengan hasil
- Efektifitas implementasi kebijakan
- Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan
- Melihat Partisipasi
- Masih relevan kebijakan yang ada
- Masukkan dan saran

4. Kepala Seksi Promosi Informasi Kesehatan (PROMINFOKES), Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta

- Promosi dan Sosialisasi yang dilakukan
- Materi penyuluhan
- Implementasi promosi dan sosialisasi
- Mekanisme promosi dan sosialisasi yang dilakukan
- Bentuk promosi dan sosialisasi
- Kendala dan hambatan implementasi promosi dan sosialisasi
- Mendorong masyarakat dan swasta
- Tingkat keberhasilan implementasi promosi dan sosialisasi
- Political Will gubernur
- Titik lemah upaya pencegahan
- Kolaborasi dari 3 sektor *governance*
- Korelasi faktor cuaca dengan penurunan kasus
- Perda sudah maksimal
- Sumber daya yang digunakan

5. Kepala Sub-Bagian Kesehatan Biro Kesejahteraan Sosial Pemprov DKI Jakarta

- Latar belakang terbentuknya Perda No. 6 Tahun 2007
- Pihak yang ikut implementasi

- SKPD
- Program-program dan upaya-upaya
- Implementasi program dan upaya
- Resistensi
- Perbedaan pencegahan dan pengendalian
- Koordinasi
- Monitoring
- Pembinaan
- Monitoring
- Manfaat yang diharapkan
- Dampak
- Efektivitas
- Mengubah perilaku masyarakat
- Menjadi alasan ketidak pedulian masyarakat
- Kolaborasi dari tiga sektor *governance*
- Upaya mendorong keterlibatan sektor swasta
- Lingkungan eksternal
- Hambatan mendasar
- Solusi

6. Staf Penyakit Menular dan Tidak Menular, Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

- Perbedaan pencegahan dan pengendalian
- Hambatan
- Bagaimana solusinya
- Korelasi cuaca dengan penurunan kasus DBD
- Sejauhmana keberhasilan
- Kesiapan sumberdaya
- Menyadarkan masyarakat
- Koordinasi dengan aparat dibawah
- Sanksi

- Resistensi
- Perlakuan berbeda terkait cuaca
- Relevansi kebijakan
- Titik lemah upaya pencegahm DBD

7. Ketua Lembaga Masyarakat Kelurahan Kelurahan Sukapura, Ketua Lembaga Masyarakat Kecamatan Cilincing Kota Administratif Jakarta Utara

- Pengetahuan masyarakat akan DBD
- Biaya perawatan
- Manfaat jumantik
- Perubahan Masyarakat
- Pelaksanaan jumantik
- Keseriusan perangkat daerah
- Koordinasi
- Perubahan ke arah positif
- Pemantauan pelaksanaan jumantik

Lampiran 2

Informan: **Bapak. H.Igo Ilham, S.St., Ak.**

Jabatan: Wakil Ketua Komisi E Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) DKI Jakarta.

Hari/Tanggal/Waktu: Selasa/ 3 Januari 2012/ 14.05-15.10 WIB.

Tempat: Ruang Fraksi Partai Keadilan Sejahtera, Gedung DPRD DKI Jakarta.

1. Apa sih pak yang melandasi dibuatnya perda nomor 6 tahun 2007 tentang pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta?

Jawab:

Oke, prinsipnya adalah tentang pembangunan kesehatan masyarakat ya secara umum, sebenarnya pembangunan kesehatan masyarakat itu tidak hanya terkait urusan ada suatu penyakit kemudian ditangani tetapi lebih makro dan lebih strategis sifatnya, ada perda lain yaitu perda tentang kesehatan daerah yaitu tentang strategi atau design pembangunan kesehatan masyarakat di daerah DKI, terkait masalah promosi, kemudian pencegahan (preventif), kemudian penanganan (kuratif) bahkan yg bersifat rehabilitatif. Nah itu bukan hanya dilingkungan penyakit demam berdarah saja, tetapi juga yang lain ya. Ada beberapa perda khusus dibuat seperti penganggulangan HIV AIDS, kemudian masalah flu burung juga itu dibuat. Nah secara khusus mengenai masalah demam berdarah, ini memang bermula dari data statistik DKI Jakarta yang setiap tahun belum bisa mengentaskan persoalan demam berdarah, artinya selalu saja setiap tahunnya Jakarta mengalami apa yang disebut dengan KLB (Kejadian Luar Biasa) dimana angka masyarakat yang terkena penyakit demam berdarah ini terus berada pada angka yang signifikan, maka dari itu ditetapkan KLB. Berangkat dari KLB itu

ada evaluasi bersama antara pemerintah daerah (DKI Jakarta) dengan DPRD. Kesimpulannya adalah pemerintah daerah (pemda) ini memerlukan payung hukum yang lebih kuat yang nanti penjabarannya dari payung hukum itu adalah strategi yang efektif seperti apa, ditambah political will berupa alokasi anggaran yang untuk pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang bisa menurunkan angka penyakit demam berdarah. Nah, karenanya dari itulah bermula pemikiran itu digagas sebuah perda demam berdarah yang dibuat, dibahas dilakukan pemda dengan DPRD DKI Jakarta dan hasilnya sebagaimana tadi yg sudah ada itu awalnya mulanya. Tinggal sekarang persoalannya menyusul ialah implementasinya seperti apa dan yang saya kira yang perlu juga dievaluasi lebih serius. Tapi awal mulanya kira-kira begitu logika berpikirnya.

2. Itu ada perdebatan alot ga pak ketika membuat perda tersebut apakah waktunya sebentar atau lama? Penyusunan perda tersebut kan tahun 2007 pak, nah kebetulan tahun 2007 jakarta mengalami banjir besar lima tahunan. Apakah penyusunan perda tersebut sangat cepat pak?

Jawab:

kalau dibilang cepat sekali engga ya, jadi eee sebenarnya dari sisi proses penyusunan mulai dari rancangan disiapkan oleh pemerintah daerah sampe dengan masuk tahap pembahasan di DPRD jadilah rancangan perda yang disetujui itu tidak terlalu cepat ,tetapi juga tidak terlalu lama dari sisi waktu seingat saya kurang lebih 1-1,5 bulan deh dan tidak ada hal yang terlalu menjadi perdebatan alot antara DPRD itu sendiri maupun pemerintah daerah, karena apa kita melihat ini sebagai satu persoalan yang serius dan perlu tindakan yang urgent dan kalo regulasi daerah berupa perda ini jadi bagian berupa pra-syarat penanganan itu maka mewujudkan itu secara segera itu kan penting. Ada nya tuntunan itu maka pembahasannya menjadi tidak lama, tetapi juga klo tidak lama bukan berarti content dari perda itu menjadi tidak ber bobot tetap ya unsur masalah kualifikasi atau bobot nilai dari sebuah perda untuk membantu efektifitas penanggulangan penyakit demam berdarah tetap juga menjadi bagian yang diperhatikan baik oleh DPRD DKI Jakarta maupun unsur pemerintah daerah yang dalam hal ini dinas

kesehatan sebagai pionirnya. Saya bisa menjamin lah bahwa content dari perda ini sesuai bisa efektif nantinya.

3. Kalau perda ini tetap inisiatif dari esekutif atau dari DPRD?

Jawab:

Tradisi pada masa itu rancangan perda hampir semuanya, saya kira bahkan semuanya pada masa itu disampaikan oleh pemerintah daerah, tetapi persoalan terkait dengan masalah penanggulangan demam berdarah sudah menjadi isu bersama antar pemerintah daerah dengan DPRD. Yang jelas masukan awal perda ini bermula dari pemerintah daerah. Kedua institusi ini kan dalam UU 32/2004 tentang pemerintahan daerah ini disebut istilahnya pemerintahan. Jadi, pemerintahan daerah terdiri dari dua unsur ada pemerintah daerah dan ada DPRD. Nah dua unsur ini dalam pemerintahan ini mempunyai sudah punya presepsi yang sama semangat yang sama bahwa perlu adanya peraturan daerah itu. Tetapi secara teknis karena pemerintah daerah mempunyai tim yg lebih banyak, sementara DPRD DKI Jakarta memiliki keterbatasan dalam masalah teknis maka rancangan dari perda ini disampaikan pemerintah daerah kemudian dilakukan pembahasannya bersama DPRD.

4. Waktu dalam proses formulai kebijakan pihak mana saja yang terlibat dalam formulasi kebijakan itu pak?

Jawab:

Selain dari pemerintah daerah dengan DPRD juga ada unsur-unsur eksternal seperti lembaga-lembaga LSM bidang kesehatan, kemudian juga pakar, kemudian juga sejumlah ahli-ahli dibidang kesehatan itu yang memberikan masukan-masukan pandangan-pandangan tentang seperti apa yang ideal mengatasi masalah penangulangan penyakit demam berdarah.

5. Kalau dari partisipasi masyarakat, dalam formulasi kebijakan itu bagaimana pak?

Jawab:

Yaa itu melalui lembaga LSM tadi, masyarakat kan secara politik kan nanti di kan mengerucut ke lembaga-lembaga itu.

6. Terus kalau pihak mana saja yang terlibat dalam implementasi perda tersebut siapa saja, pak?

Jawab:

Implementasi dari sebuah peraturan daerah tersebut tentu pemerintah daerah, gubernur sebagai kepala daerah mempunyai tanggung jawab penuh. Nah bagaimana mewujudkan itu yaitu tadi. Satu, menindaklanjuti content itu melalui regulasi-regulasi internal misalnya di dalam itu ada peraturan gubernur misalnya perlu adanya tenaga jumentik. Kemudian juga ada alokasi anggaran untuk jumentik, ada alokasi anggaran untuk pembelian obat-obatan berupa abate, ya melalui programnya abatasasi dan lain sebagainya. Itu kan alokasi anggaran. Nah jadi pemerintah daerah kemudian menindaklanjuti itu dengan menjabarkan implementasi dari kebijakan itu dengan tadi. Ada regulasi, ada alokasi anggaran tapi itu semua juga terutama alokasi anggaran kan perlu ada pembahasan APBD juga jadi perlu di approve oleh DPRD.

7. Bagaimana bapak melihat program-program dan upaya pencegahan penyakit demam berdarah di DKI itu seperti apa?

Nah, tadi itu kan ada empat bagian besar ya, Ada dua bagian terkait dengan masalah tindakan pra dan dua bagian terkait tindakan pasca. Jadi, pra itu begini ada dua intinya adalah preventif dan promotif atau pencegahan dan promosi. Promosi kesehatan ini melalui program-program sosialisasi tentang arti penting kesehatan, sosialisasi tentang bahaya demam berdarah dan lain sebagainya, baik melalui media leaflet ataupun media televisi misalnya ada layanan iklan pemerintah daerah di tv kan 3M itu kan misalannya contoh. Nah itu kan adalah program-program intinya ialah sosialisasi kepada masyarakat sehingga masyarakat sadar bahwa perlu menjaga dan mengantisipasi diri dan keluarga dari potensi penyakit demam berdarah. Itu program yang terkait program preventif dan promotif makanya tadi ditindaklanjuti dengan jumentik tadi. Kemudian

pemberantasan sarang nyamuk setiap hari jumat dan lain sebagainya. Nah ada lagi yang dua hal lainnya, yang pasca tadi. Bila terkena bagaimana tindakan maka itu lah tindakan kuratif dan rehabilitatifnya ada SDM (Sumber Daya Manusia) yang cukup tenaga dokter, rumah sakit, puskesmas, dan lain sebagainya yang melakukan tindakan pemeriksaan terhadap pasien yang sakit kemudian memberikan pengobatan, perawatan, dan sebagainya. Itu dilakukan oleh pemerintah daerah, bagi masyarakat yang memiliki keterbatasan kan ada penanganannya melalui jaminan keluarga miskin istilahnya kalo di DKI itu namanya JPK GAKIN (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan untuk keluarga miskin) semuanya itu ditanggung APBD (Anggaran Pendapatan Belanja Daerah) terutama untuk keluarga yang miskin tadi.

8. Terus bagaimana bapak melihat implementasi dilapangan program pra dan pasca pencegahan DBD dilapangan?

Jawab:

Allhamdulillah sih yaa, program itu (pencegahan DBD) sih berjalan tadi dilapangan. Begitu juga evaluasi, bahwa ada plus minus ialah pasti dilapangan ada di satu dua tempat yg memang kurang berjalan tetapi gubernur atau pemerintah daerah melalui institusi atau organ-organnya melalui dinas kesehatan terus berupayalah untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan tersebut dan indikatornya kan adalah pada tahun berikutnya di komparasi bagaimana angka-angka statistik dari masyarakat jakarta yang terkena penyakit demam berdarah dan itu mengalami penurunan yang sangat signifikan dan itu menurut saya merupakan bagian dari indikator keberhasilan program-program pencegahan masalah demam berdarah.

9. Terkait fungsi DPRD yang salah satunya ialah controlling bagaimana pak DPRD melakukan fungsi controlling dalam implementasi kebijakan pencegahan penyakit demam berdarah dengue ini?

Jawab:

Iya reeeal, pelaksanaan pengawasan yg dilakukan oleh DPRD itu kan mlalui rapat yaa, rapat antara DPRD dalam hal ini Komisi E dan pemerintah daerah yang

diwakili oleh dinas kesehatan dengan jajarannya dengan suku dinas di tiap wilayahnya melalui rapat kordinasi dan evaluasi dengan rumah sakit, puskesmas dilakukan rapat-rapat evaluasi dan juga melalui rapat-rapat yang sifatnya menindaklanjuti laporan atau aduan masyarakat. Misalnya ada laporan dari masyarakat terkait masalah penyakit tertentu yang ga ada respon dari pemerintah daerah, kemudian kita undang suku dinas kesehatan dari wilayah itu kita undang untuk membicarakan masalah aduan-aduan masyarakat itu dan bagaimana menyelesaikannya.

10. Rapatnya itu terjadi berapa bulan sekali atau setahun berapa kali?

Jawab:

Gaaa.. tentu itu kan temanya di DPRD itu kan banyak ya misalnya di Komisi E dia nanganin 1. Pendidikan, 2. Olahraga dan Kepemudaan, 3. Kesehatan 4. Masalah Sosial Kesejahteraan. 5 Masalah Perpustakaan dan Kearsiapan Daerah ya itukan lima masalah utamanya. Kemudian setiap sektor itu juga kan ada berbagai macam persoalan, sektor pendidikan ada guru dan sebagainya, kesehatan ada demam berdarah, HIV, masalah orang tidak mampu yang dateng kerumah sakit, masalah S.D.M tenaga medis dan lain sebagainya. Jadi ga bisa memang rapatnya terlalu intensif, tapi yg paling penting adalah bagaimana efektifitas dari rapat itu bahwa rapat itu bisa menyimpulkan sesuatu untuk menjawab persoalan-persoalan lapangan.

11. Kalau bapak lihat, titik lemah dari pengaturan pengawasan implementasi pencegahan penyakit demam berdarah dimana sih pak?

Jawab:

Menurut saya adalah gini, Jakarta ini kan otonomi daerahnya di tingkat satu ditingkat duanya kan tidak ada yang namanya DPRD sehingga jumlah anggota DPRD yang ada sebanyak 95 orang itu kan harus memikirkan persoalan-persoalan masyarakat jakarta yang jumlah 9,5 juta orang ini. Nah ini ada persoalan teknis nih masalah intensitas atau frekuensi pembahasan atau pertemuan ataupun rapat terhadap persoalan-persoalan itu karena persoalannya banyak untuk populasi

penduduknya banyak sementara jumlah anggota DPRD hanya 95 orang. Nah ini mempunyai persoalan teknis. Tidak bisa misalnya pembahasan dengan berulang-ulang untuk satu tema walaupun tema itu belum tuntas, karena besoknya membicarakan tema yang lainnya besoknya membicarakan tema yang lainnya jadi kumpulan persoalan itu mau tidak mau yaa suka tidak suka harus dibahas dengan waktu yang relatif singkat maka itu tadi saya katakan titik tekannya pada efektivitas hasil pembahasan. Kadangkala yaa persoalan masalah frekuensi rapat ini menjadi bagian dari persoalan itu sendiri tidak serta merta mudah didefinisikan, mudah dilakukan identifikasi persoalan, tidak serta merta mudah dicari solusinya tapi kemudian besok hari berhadapan dengan tema yang lainnya. Nah itu diantaranya lemahnya fungsi pengawasan adalah karena situasi dan kondisi yang seperti itu, Oleh karena itu diperlukan kerjasama antar pemerintah daerah untuk saling mengawasi.

12. Bagaimana bapak melihat kinerja Pemprov DKI dalam upaya melakukan implementasi pencegahan penyakit DBD?

Jawab:

Kalau ukuran kinerja itu adalah angkasa statistik terhadap mereka yang terkena penyakit demam berdarah maka kinerjanya bagus, karena setiap tahun itu angkanya semakin menurun karena setelah adanya reguansi perda ini tentang pengendalian masalah penyakit demam berdarah dan adanya alokasi anggaran yang cukup. Jadi dengan kata lain payung hukum dan kebijakan anggaran ditambah lagi dengan implementasi yang dilakukan pemerintah daerah sudah sangat membantu masyarakat menyelesaikan persoalan-persoalan itu. Jadi, yaa kinerjanya sudah cukup bagus yaa.

13. Bagaimana keberpihakann DPRD dalam mengalokasikan anggaran baik itu ditingkat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif?

Jawab:

Allhamdulillah untuk poin ini (anggaran) sih DPRD sudah sangat serius ya dalam bidang kesehatan bukan cuma demam berdarah tetapi yang lain juga. Untuk dalam

masa promotif dan preventif dalam mengatasi demam berdarah kan ada alokasi anggaran baik di puskesmas, rumah sakit, dan di suku-suku dinas di wilayah-wilayah itu ada alokasi anggaran saya tidak hafal ya berapa rincian alokasinya. Namun yang jelas cukup signifikan lah. Untuk penanggulangannya itu berupa tindakan kuratif, rehabilitatif juga demikian seperti misalnya pengadaan alat kesehatan terkait pemeriksaan kimia darah pengukuran trombosit baik di puskesmas ditingkat kecamatan maupun rumah sakit itu dilakukan. Ini saya kira menunjukkan keberpihakan dewan akan kebijakan pengendalian pencegahan penyakit demam berdarah. Jadi DPRD sudah sangat concern untuk mengatasi permasalahan pembangunan kesehatan masyarakat.

14. Seingat bapak anggarannya itu lebih banyak ke tindakan pra atau tindakan pasca dalam mengatasi persoalan tersebut?

Jawab:

Hmm seingat saya, saya kiraimbang yaa anggaran antara pra dan pasca dalam mengatasi persoalan tersebut.

15. Terus ada anggaran khusus ga pak, ketika DKI sudah ditetapkan menjadi kejadian luar biasa DBD?

Jawab:

Yaa, selain ada anggaran itu, kan ada belanja tidak terduga ya tetapi itu kan postingnya bersama itu misalnya ada musibah itu bisa menjadi sumber anggaran apabila tindakan kuratif dan rehabilitatifnya mengalami persoalan dana maka itu bisa menjadi sumbernya.

16. Bapak melihat alokasi anggaran yg dikeluarkan untuk pencegahan DBD ini apakah sudah sesuai dengan hasil yang diharapkan apa tidak?

Jawab:

Kan itu saya selalu menekankan kembali tentang pengukuran kinerja seperti apa, kita lihat angka statistik. Kalau dia menurun dari tahun ke tahun itu artinya

berhasil, tetapi kalau dia tetap atau bahkan meningkat dari tahun ke tahun berarti dia gagal. Nah dari angka-angka statistik itu menunjukkan angka yg menurun dari tahun ke tahunnya secara signifikan. Berarti kan sangat jelas sudah sesuai dengan hasil yang diinginkan.

17. Apakah penurunan angka kasus DBD ini karena faktor musim seperti yang kita kita tahu pak bahwa 2007-2010 kan musim kemarau apakah ini ada korelasinya?

Jawab:

Kalau Jakarta itu selalu ada masa-masa dimana dia masuk dimusim penghujan. Itu biasanya disekitar bulan-bulan november, desember, januari, februari, sampai dengan sekitar maret sampai april. Di musim hujan itu kan air banyak tergenang, terutama air-air bersih ya. Nah air-air bersih yang menggenang itu menjadi sarang bagi nyamuk untuk berkembang biak disitu ketika populasi nyamuk aedes aegypti itu banyak dan kemudian dia membawa virus DBD itu kan akhirnya dia bisa menyerang populasi manusia dalam jumlah yang banyak juga, itu kan jadi seperti itu nah ketika dimusim hujan angkanya akan naik dia, nanti dimusim kemarau angka nya akan lebih menurun, tetapi secara keseluruhan kalau kita hitung-hitung dalam satu periode dari bulan januari sampai desember trendnya adalah trend yang turun.

18. Menurut bapak sudah efektif belum sih pak, program dan upaya pencegahan penyakit DBD yang dilakukan Pemprov DKI dalam menekan angka kasus DBD?

Jawab:

Kalau ukurannya tadi saya kira sudah cukup efektif ya, memang tinggal ini persoalan lainnya bagaimana bisa meminimalisasi bahkan mengeliminasi sehingga tidak ada lagi masyarakat yang terkena penyakit demam berdarah. Itu pada titik itu yang belum tercapai kan, karena ini juga ada persoalan lingkungan dan persoalan sosial juga. Misalnya nih masyarakat dari luar jakarta bikin hunian-hunian liar kemudian barang-barang bekas segala macam disana disini jadi

membuat sarang nyamuk aedes aegypti yang berkembang disitukan bertelur yang ini menjadi persoalan ini ga selesai-selesai 100 persen. Ini yang kemudian juga menjadi pekerjaan rumah tersendiri yang saya kira tidak bisa di selesaikan dengan semata-mata pendekatan kesehatan saja tetapi dengan masalah kebijakan kependudukan masalah kebijakan penataan rumah di DKI Jakarta. ini harus melihat sisi ini dibicarakan dengan sektor lain diluar Dinas Kesehatan saja.

19. Kalau bapak melihat faktor-faktor apa sih pak yang menghambat dalam implementasi kebijakan pencegahan penyakit DBD di DKI?

Jawab:

Itu tadi yang saya bilang, masalah koordinasi antar sektor jadi lebih tepatnya ada tanggungjawab diluar sektor kesehatan yang kemudian belum diwujudkan. Misalnya pembangunan rumah liar, kemudian masalah tanggung jawab kebersihan lingkungan ini kan koordinasi ini antar sektor ini kan yang belum efektif. Jadi si pemerintah daerah melalui dinas kesehatan sudah menjelaskan tentang arti penting kesehatan melalui ini itu, rumah yang bersih rapih, air tidak boleh menggenang, pemberantasan sarang nyamuk, barang bekas harus dikubur, kemudian kalau ada yang kena pun masih diobatin dan ini itu, tapi kalau misalnya tidak ada tindakan yang serius dan menyeluruh penanggulangan masalah rumah-rumah liar kan bagaimana kebijakan perda ini bisa efektif 100 persen. Sementara itu disisi lain si dinas kesehatan tidak punya kewenangan untuk membongkar rumah-rumah liar itu kan inilah yang saya maksud koordianssi antar sektor yang menjadi kendala penuntasan masalah DBD 100 persen. kalau itu sudah berhasil saya kira akan lebih ekstrem ya penurunannya, karena jakarta menjadi kota yang sehat akhirnya.

20. Selain koordinasi apalagi pak yang bapak lihat sebagai faktor penghambat?

Jawab:

Saya kira itu point utamanya disitu ya, kalau masalah alokasi anggaran ada keseriusan, regulasi juga sudah, kemudian implementasi dilapangan sudah mulai

dari unsur dinas, suku dinas, puskesmas, dan rumah sakit. Saya kira koordinasi itu point utamanya.

21. Bagaimana bapak melihat kepedulian masyarakat dalam ikut mendorong pencegahan penyakit demam berdarah di lingkungannya?

Jawab:

Ini kan masyarakat memang menjadi elemen yang juga harus bertanggung jawab untuk dirinya sendiri kan, Nah tetapi pemerintah daerah kan juga mempunyai tanggungjawab untuk melakukan edukasi kepada publik, kepada masyarakat. Nah bentuk edukasi yang dilakukan pemerintah daerah kan bentuk konkretnya melalui promkes (promosi kesehatan) bentuknya berupa itu tadi segala macam. kalau itu sudah dilakukan pemerintahan daerah kan maka tanggung jawab berikutnya harusnya kan masyarakat punya kesadaran yang tinggi. Oh iya loh pemerintah sudah ingatkan kita ini itu-ini itu. Untuk itu tinggal masyarakat juga bergerak seperti mengubur barang bekas dan lain sebagainya. Nah tetapi kalau membuat masyarakatnya bergerak juga masalah lagi

22. Pak terkait 3M menurut bapak masih relevan ga sih pak yang mengubur itu, soalnya kan lahan di jakarta rasanya sangat minim?

Jawab:

Iya sebenarnya kan pilihannya buang sampah pada tempatnya kan, banyak pilihannya simpelnya dibuang aja ditempat sampah. Kemudian nanti dinas kebersihan yang melakukan tindakan berikutnya tetapi kalau mengubur paling tidak membantu kerja dinas kesehatan. Intinya adalah melakukan Pola Hidup Bersih Sehat (PHBS).

23. Bagaimana bapak melihat kolaborasi dari 3 sektor antara pemerintah baik itu pemerintah daerah dan DPRD, swasta, dan masyarakatnya dalam implementasi pencegahan penyakit demam berdarah?

Jawab:

Kalau antara pemerintah daerah dan DPRD kolaborasinya saya kira sudah bagus, melalui tadi ya prodaknya kan ada antara lain perda, kebijakan anggaran, implementasi, monitoring, dan evaluasi yang dilakukan DPRD sudah berjalan. Sekarang keterlibatan sektor swasta belum efektif memang, misalnya perusahaan-perusahaan yang membuat produk-produk berupa obat nyamuk mungkin perlu secara gencar melakukan promosi kesehatan menjaga diri dari potensi dari bahaya DBD. Kalau itu dilakukan kemudian mungkin dia menjual lotion anti nyamuk dengan harganya yang lebih murah lagi untuk masyarakat yang tidak mampu. Jadi semacam bisnis sosial jadi perusahaan itu jual produk tertentu itu jual produk arahnya bukan untuk mencari untung semata tetapi bentuk kontribusi kepada masyarakat. Arahnya jadi perusahaan itu jualan tapi ga rugi. Ini kan berarti ada tanggung jawab sektor swasta juga kontribusi berkolaborasi dengan pemerintah daerah dan DPRD menanggulangi persoalan-persoalan yang terkait dengan ini.

24. Bagaimana bapak melihat lingkungan eksternal (budaya, sosial, ekonomi, dan politiknya) dalam mendorong implementasi pencegahan penyakit DBD?

Jawab:

Ini juga bukan perkara mudah ya sejauh ini mungkin kalo dilingkungan masyarakat menengah keatas karena sudah terpenuhi kebutuhan dasar dan memiliki kemampuan penanggulangan secara aktif dia kan punya uang untuk menyediakan rumah mereka yang bersih menyediakan obat nyamuk dan lain sebagainya. Itu kemudian menjadi sulit kalau hal itu terjadi di lingkungan menengah kebawah karena fokusnya untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti misalnya tidak adanya tempat sampah, atau juga barang bekas yang tidak langsung dibuang tetapi malahan disimpan. Itu kan persoalan di masyarakat menengah kebawah. Mungkin kalau dibikin kajian persoalan demam berdarah ini lebih berpotensi melanda masyarakat menengah kebawah, tetapi bukan berarti menengah keatas tidak. Bisa juga semuanya, karena demam berdarah bisa kejadian dimana aja bisa dikantor-kantor nyamuk itu ada di pagi hari bisa juga

disekolah dirumah sakit selama ada air tergenang ada potensi nyamuk, selama ada virusnya ada potensi nyamuk ada nyamuknya itu juga potensi.

25. Bagaimana bapak melihat sanksi yang diamanatkan dalam perda tersebut dalam implementasi di lapangan?

Jawab:

Ini persoalan law enforcement terjadi dimana-mana, terutama di daerah ya. Masalah penegak hukum nya itu kita ga memiliki perangkat yang cukup kuat untuk menegakkan hukum ini perda itu kan juga ada aturannya dalam memberikan sanksi juga ga bisa berat, terus kedua dari tenaga aparat penegak hukum untuk menerapkan sanksinya terbatas, sanksi kan gampang nya kan ad SATPOL PP (Satuan Polisi Pamong Praja) kan melakukan penangkapan terhadap warga DKI yang melanggar perda kan gitu. Kemudian di proses kan melalui mekanisme hukum sampai ditetapkan bersalah sampai bayar ini itu. Ini proses ini itu aparat nya SDM (Sumber Daya Manusia) nya kita kurang. Jadi, muatan perda kalau bicara tentang sanksi lebih kepada bermuatan moral karena memang ini juga menjadi PR (Pekerjaan Rumah) besar juga pelanggaran perda itu belum terlalu kuat untuk penerapan sanksi dilapangan.

26. Apakah masukan dan saran yang bisa bapak kemukan untuk Pemprov DKI dalam upaya implementasi pencegahan penyakit DBD agar lebih efektif dan efisien lagi?

Jawab:

Satu bangun komunikasi dengan private sector dengan dunia usaha agar mereka bisa lebih terlibat lebih dalam, lebih serius dalam penanggulangan masalah demam berdarah. Kemudian yang kedua pengawasan yang lebih intensif yang dilakukan oleh gubernur terhadap segenap jajaranya tentunya melalui tangannya, melalui sekda dan seterusnya agar implementasi dari perda tentang penanggulangan demam berdarah dan juga perda tentang APBD agar bisa berjalan sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) nya. Jadi, bukan sekedar istilahnya ya sebatas memenuhi pelaksanaan anggaran atau ngabisin-

ngabisin anggaran aja engga seperti itu. Ini juga harus dimonitor terus diukur inputnya apa, output nya bagaimana, bahkan outcomenya mesti dilihat juga ga cuma punya target dan rencana kegiatan melaksanakan udah terpenuhi laporan SPJ (Surat Pertanggung Jawaban) bukan gitu, tapi outcome yang begitu penting pengaruhnya apa buat masyarakat dari input kegiatan tersebut. Ini monitoring dan evaluasi ini semua saya kira PR (Pekerjaan Rumah) besar juga bagi pemerintahan daerah DKI. Ketiga, pesan ini untuk masyarakat untuk dapat sosialisasi kepada masyarakat lebih intensif dan juga mengharapkan masyarakat dapat merespon dengan baik. Tugas sosialisasi kan tentunya tugas pemerintah kan, tetapi engga ada gunanya juga kalau masyarakat engga merespon dari apa yang disosialisasikan tersebut. Saya kira itulah beberapa hal yang perlu dilakukan kedepannya.



Lampiran 3

Informan: **Bapak. Sigit Darmanto, S.K.M., M.K.M.**

Jabatan: Staff Penyakit Menular dan Tidak Menular Dinas
Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

Hari/Tanggal/Waktu: Kamis/ 19 Januari 2012/ 11.30-12.05 WIB.

Tempat: Blok B, lantai 4 Gedung Dinas Kesehatan Provinsi DKI
Jakarta.

1. Apa sih pak definisi pencegahan dan pengendalian dari penyakit DBD?

Jawab:

Pencegahan itu terjadi sebelum adanya kasus, preventif. Titik beratnya pada kegiatan pemberantasan sarang nyamuk. Kalau pengendalian sudah ada kasus. Pengendalian itu include didalamnya cegah dan berantas gitu. Kalau cegah itu benang merah nya di kasus, kalau sebelum kasus cegah dengan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) kalau setelah kasus dengan fogging itu bedanya.

2. Hambatan apa sih pak yang muncul dalam pencegahan penyakit DBD di DKI Jakarta?

Jawab:

Satu, partisipasi masyarakat ini kunci utamanya disini, tidak 100 persen mereka mendukung program pemerintah, karena tidak ketahuan dan ketidakpedulian mereka. Konsep dasar mereka masih fogging, fogging, dan fogging padahal ini konsep yang salah itu hambatan pertama. Kemudian, kedua dari segi iklim juga susah kalau musim hujan. Iklim kita kan dua ya musim hujan dan musim kemarau kalau musim hujan itu mau ga mau pasti naik tanpa disuruh tuh, sedangkan musim kemarau tanpa di fogging pun turun. Ketiga kepadatan penduduk, kepadatan penduduk berbeda dengan wilayah yang kosong dengan wilayah yang tinggi.

Kalau ditempat kepadatan penduduk yang tinggi itu habitatnya cocok untuk berkembang biaknya nyamuk. Keempat mobilitas penduduk, misalkan orang yang sebelum demam berdarah. Jadi dalam demam berdarah itu ada istilahnya veremia itu menandakan virus ada di dalam darah manusia nah itu disitu dia termasuk infeksi, tetapi si orang itu sendiri belum sakit, orang nya belum panas, belum menunjukkan gejala-gejala sakit timbulnya veremia ini tiga hari sebelum panas, namun dia sudah menularkan. Nah pada saat tiga hari itu kan orangnya aktivitas kemana-kemana berapa orang yang bisa ditularkan. Nah kita bisa hitung selama tiga hari ini orang kemana aja, padahal di DKI orang berlalu lalang hampir 2 juta orang setiap hari. Coba anda bayangkan sendiri berapa banyak yang dapat tertular. Kepadatan itu termasuk banyaknya gedung bertingkat kita engga mungkin bisa menjalankan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk), termasuk di pemukiman rumahnya di gembok, orang-orangnya pada kerja sulit juga.

3. Terus bagaimana solusinya itu semua?

Jawab:

Kalau iklim ga bisa, mobilisasi ga bisa, lingkungan ga bisa, kepadatan ga bisa, ya itu klo partisipasi itu yang susah seperti melawan tembok. Kita dari tahun 94 penancangan gubernur tentang PSN, tapi kita bisa lihat hasilnya berapa persen masyarakat yang mau sukarela melaksanakan PSN.

4. Terus, apakah ada korelasinya pak antara penurunan jumlah kasus DBD dengan faktor cuaca?

jawab:

Nah itu-itu harus penelitian lebih lanjut, kemungkinan ada.

5. Terus sejauhmana keberhasilan pemprov DKI dalam upayanya mengatasi pencegahan kasus DBD?

Jawab:

Ooh udah bagus, masyarakat udah tau apa itu jumentik, masyarakat udah tau apa itu DBD, masyarakat udah tau apa itu PSN. Coba anda bayangkan sepuluh tahun yang lalu. Cuma-Cuma belum maksimal kan sebuah komunikasi outputnya adalah perilaku. Nah outcomenya kasus turun nah outputnya kan itu PSN. Kan kita evaluasinya inputnya dulu lah. Kalau secara keseluruhan yaa meningkatkan pengetahuan dulu lah sudah bagus. Edukasi masyarakat sudah bagus, setiap jumat itu jumentiknya jalan semua kesemua RT (Rukun Tetangga) dibayarin sama Pemprov pasti ada hasilnya lah masyarakat yang tidur aja yang ga tau.

6. Bagaimana kesiapan sumberdaya (manusia, keuangan, dan teknologi) dalam mendorong upaya pencegahan penyakit demam berdarah?

Jawab:

Keuangan ga ada masalah, kalau manusia jumlahnya kurang yaa PNS (Pegawai Negeri Sipil) nya di level bawah tuh sangat kurang di operasional. PNS kecamatan dan kelurahan itu engga ada yang khusus DBD mereka masih nyambi-nyambi kerjaan yang lain. Masih cukup lah teknologi ga ada masalah. cukuplah teknologi yang sekarang masih bisa jawab. Persoalanya teknologi yang sekarang adalah karena belum maksimal lah kalau memang teknologi sekarang belum cukup barulah inovasi. Kebijakannya sudah bagus, tetapi kualitas pelaksanaan yang kurang bagus masyarakat belum bisa bener-bener melaksanakan PSN. Itu yang sangat sulit.

7. Terus kalau kualitas sumberdaya manusianya gimana pak?

Jawab:

Saya rasanya kualitas manusianya ga ada masalah ya, ngerti semua apa yang harus dilakukan ketika terjadi kasus demam berdarah, harus ngapain-ngapain tau lah. Terus juga jumentiknya itu kan selalu diberikan pengarahan, penyuluhan sebelumnya bagaimana memeriksa jentik yang bener yah jadi ga asal-asal juga jumentik meriksanya.

8. Menurut bapak bagaimana ya pak cara menyadarkan masyarakat yang seperti itu?

Jawab:

Ada beberapa tools ya baik itu penyuluhan, sampai ke reward and punishment. tetapi apa iya ya punishmentnya dapat efektif diterapkan dengan betul-betul.

9. Kalau koordinasi dengan aparat dibawah bagaimana pak, yang bapak lihat?

Jawab:

Oooh udah bagus ya, sekarang ini ya itu pak lurah-pak lurah itu sekarang sudah pada peduli lah sama PSN. Cuma didunia swastanya lah yang masih kurang, kayanya misalnya didaerah perkantoran seperti dithamrin kan kita susah masuknya. Bawaanya udah curiga duluan aja biasanya.

10. Itu gimana pak, terus kalau gitu?

Jawab:

Pokjanal (kelompok kerja operasional) itu yang ngatur semua mengenai masalah DBD bisa ditempat orangnya merencanakan, mengevaluasi, tentang DBD lintas sektor dan lintas program.

11. Terus bagaimana kalau bapak melihat dalam penerapan sanksi?

Jawab:

Sanksi belum dijalankan, belum ada yang dihukum dari adanya penemuan jentik. Ga ada orang yang dihukum dengan pelanggaran dalam perda ini.

12. Terus ada resistensi dari masyarakat dari upaya pencegahan DBD berdarah?

Jawab:

Yaa ada, proses di masyarakat ada yang menolak. seperti klo mau di periksa jumentik. Entah itu orang-orangnya pada kerja rumahnya digembok

13. Terus ada perlakuan berbeda ga sih pak dalam pencegahan demam berdarah pada saat musim hujan dan musim kemarau?

Jawab:

Ga ada, harus allout pokoknya.

14. Menurut bapak kebijakan perda ini masih dianggap relevan ga pak?

Jawab:

Yaaa masih lah, orang belum dilaksanakan 100 persen coba kita lihat penegakkan sanksi bisa ga. sanksi itu diterapkan apa tidak. Terus, dari masyarakatnya sendiri coba kita lihat disuruh berkali-kali PSN tetep aja ga mau melaksanakan.

15. Menurut bapak titik lemah upaya pencegahan DBD?

Jawab:

Koordinasi ada antar sektor, terus swasta susah sih ya untuk melaksanakan psn sendiri. Mana ada yang melaksanakan psn itu, contoh kasus itu pt astra yang pemimpinnya meninggal, baru mau dia mau melaksanakan PSN

Lampiran 4

Informan: **Bapak. dr. Ibnu Banjar, M.K.M.**

Jabatan: Kepala Bagian Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

Hari/Tanggal/Waktu: Jumat/ 20 Januari 2012/ 09.10-09.40 WIB.

Tempat: Ruang Kepala Bagian Blok B, lantai 4 Gedung Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

1. Apa sih dok yang melandasi dibuatnya perda nomor 6 tahun 2007 tentang pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta?

Jawab:

Adalah pertama Jakarta menjadi high endemic, selalu menjadi daerah tertinggi kasus demam berdarah sepanjang tahun dari beberapa tahun tuh sampai sekitar tahun 2005 ada ledakan kasus, kemudian sampe tahun 2007 pernah terjadi KLB (kejadian luar biasa). Dari sanalah yang melandasi kami harus ada aturan yang mengatur di dalam sistem pemerintahan di DKI Jakarta tuntutan pengendalian penyakit demam berdarah. Intinya roh nya dari perda ini bagaimana demam berdarah bukan menjadi domain dinas kesehatan semata itu intinya dari perda itu Selain itu juga mendorong dari sektor lain ikut atau stakeholder lain untuk berperan mendorong dalam pengendalian penyakit demam berdarah. Karena pengendalian demam berdarah dilandasi bukan hanya pada faktor kesehatan saja namun demam berdarah faktor resikonya sangat banyak.

2. Pihak mana saja yang ikut terlibat dalam formulasi kebijakan?

Jawab:

Dinas kesehatan semua bidang ikut, kemudian sektor terkait lainnya seperti dikdas, tata banguann, PU (Pekerjaan Umum) itu sektor-sektor yang terkait semua ikut memberikan masukan.

3. Pihak mana saja ikut implementasi perda tersebut dok?

Jawab:

Implementasi Perda nomor 6 tahun 2007 itu aturan semua sektor terkait termasuk semua SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah), kan semua kan punya gedung punya wilayah kan dasarnya demam berdarah kan hidup dilingkungan. Memang harus bertanggung jawab untuk lingkungan sendiri. Tetapi sektor yang sangat terkait sekali ialah sektor kebersihan, P.U, Tata bangunan dan Gedung terkait sekali itu kemudian para camat, para lurah, juga sangat terkait.

4. Program pencegahan itu apa aja sih dok?

Jawab:

Konsep pengendalian penyakit itu, apapun penyakit itu khususnya pengendalian penyakit demam berdarah itu yang harus kita lakukan ialah pertama Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) itu yang harus diperkuat. Pengendalian dan pencegahan bermainnya disana itu harus diperkuat. Biar komprehensif, seperti bagaimana mengajarkan masyarakat, bagaimana mengajarkan petugas menagulangi dengan baik, petugas jumentik, petugas puskesmas, petugas rumah sakit untuk kasus ditangani. Semua masyarakat umum harus diajarkan bagaimana menjadi self jumentik untuk dirinya sendiri. Jadi, KIE itu harus terus jalan harus suistanable. Kedua, pengendalian faktor resiko yang harus dikerjakan pengendalian faktor resiko ini bisa dimasyarakatnya, faktor resiko ini bisa kerumah-rumah ketika liat orang kumuh mungkin saja disana naroh air mineral. Kelompok elite rumah-rumah bertingkat yang enggan dilaukan fogging. Selain itu pengendalian faktor resiko tempat penampungan air yang menggenang, terus talang air, barang bekas kalau itu dapat di kendalikan itu kan ilang semua. Kemudian yang ketiga, tata laksana kasus diagnosa harus dijabarkan bener, maksudnya kasus demam berdarah gejalanya harus tahu, kemudian apa yang

diobatin harus tahu diangnosanya seperti apa, apa yang disebut demam berdarah itu tata laksana kasus. Keempat surveilans, pemantaun data terus menerus angka kasus demam berdarah kita bisa lihat data kasusnya perhari. Jadi kita bisa lihat demam berdarah itu pada posisi aman atau tidak, setiap rumah sakit wajib melaporkan semua kasus demam berdarah.

5. Terus yang membedakan pencegahan dengan pengendalian apa sih dok, secara harfiah artinya?

Jawab:

Pengendalian itu kan mengendalikan, kalau pencegahan itu mencegah. pencegahan ada di dalam pengendalian. Pencegahan itu khususnya pengendalian itu holdungnya, dikendalikan. Kalau pencegahan itu preventif bagaimana supaya engga kena nyamuk.

6. Kalau menurut dokter gimana sih dok kesiapan dari sumber daya (masusia, keuangan, dan teknologi) untuk implementasi pencegahan kasus demam berdarah?

Jawab:

Jadi gini, sebenarnya pencegahan demam berdarah itu kan gampang. Melakukan PSN sebenarnya engga pake uang kalau masyarakatnya mau bisa sendiri. Pemberantasan sarang nyamuk memang pake uang. Masyarakat mampu sebenarnya dan itu kerjaan sehari-hari. Tempat kepentingan umum misalnya mesjid, gotong royong untk membersihkan mesjid itu.

7. Terus kalau dari sisi anggaran (APBD) bagaimana dok, apakah cukup untk menanggulangi masalah pencegahan demam berdarah?

Jawab:

APBD DKI kan sudah relatif tinggi dibandingkan dengan provinsi lain. Kalau APBD sih saya kira engga ada masalah ya, untuk mengatasi demam berdarah di DKI sangat cukup lah anggaranya.

8. Faktor-faktor apa sih dok yang mempengaruhi implementasi pencegahan penyakit demam berdarah?

Jawab:

Sebenarnya ini lintas sektor semua sektor terkait, kalau faktor pendukungnya, apabila semua sektor masyarakat memahami terhadap demam berdarah selesai itu semua masalahnya. Masalahnya kan sekarang semuanya hanya mengandalkan kepada dinas kesehatan saja itu. Sementara itu kalau dipikir berapa sih rasio petugas kesehatan ini dengan semua. Jadi semua sektor, terutama masyarakat harus berperan aktif.

9. Berarti dibutuhkan koordinasi lagi dong dok?

Jawab:

Iya jelas perlu, makannya ada Asisten gubernur bidang kesejahteraan masyarakat untuk mengkoordinasikan semua sektor tadi.

10. Terus faktor pendorongnya apa dok untuk mempengaruhi implementasi pencegahan demam berdarah agar lebih efektif lagi?

Jawab:

Di struktur kita, sekarang ada seksi KESMAS (Kesejahteraan Masyarakat) di kantor lurah. Jadi sekarang kita dinas kesehatan mempunyai kepanjangan tangan di kantor lurah, seksi kesmas berperan serta sebagai urban manager menggerakkan masyarakat, memberdayakan masyarakat, memberi tahu program-program kita. Seksi kesmas juga mempercepat apa-apa yang kita inginkan. Setiap kelurahan ada seksi kesmas, ini orang berpendidikan kesehatan ditaruh dikantor lurah.

11. Kendala atau hambatan yang dokter lihat apa sih dok dalam implemntasi pencegahan penyakit demam berdarah?

Jawab:

Kendalanya terkadang belum semua mempunyai awareness yang sama, tentang hal ini semua sektor SKPD belum semua mempunyai kesadaran yang sama. Masih berpikir ooh DBD itu kan urusannya dinas kesehatan bukan urusan saya. Kedua, masyarakat kita ooh itu kan urusan jumentik, tanggungjawab masyarakat sangat kurang yah karena alasan ekonomi. Partisipasi masyarakat juga kurang lah. Saya rasa regulasinya sudah cukup, tapi semua belum optimal baik petugas kesehatannya, masyarakatnya belum optimal, yang jelas regulasinya sudah lengkap.

12. Terus menurut dokter cara mengoptimalkan itu semua bagaimana dok?

Jawab:

yaaa itu koordinasinya harus lebih diperkuat lagi ya, ada pertemuan rutin sekarang kan instruksi gubernur di setiap hari jumat harus PSN itu salah satu bentuk menguatkan koordinasi.

13. Tapi tetep berbeda kan sebelum dan sesudah perda?

Jawab:

Yaaa iya dong jelas, kalo dulu sebelum ada perda masalah demam berdarah pasti hanya orang-orang kesehatan saja, tetapi kan sekarang kan engaa para lurah, para camat, dan para walikota harus mengerti semua. Itu lah mungkin salah satu keberhasilannya.

14. Sejauhmana tingkat keberhasilan dari upaya pencegahan demam berdarah menurut dokter?

Jawab:

Keberhasilan yang kami hasilkan dalam program upaya pencegahan ini, kami terus selalu berupaya mendorong para lurah, para camat, para walikota bahkan gubernur beserta jajarannya, dan semua sektor terkait sudah mengetahui demam berdarah sudah mulai aware lah, walaupun memang semua belum optimal.

15. Bagaimana sih dok menyadarkan masyarakat secara umum untuk mau peduli terhadap masalah demam berdarah ini?

jawab:

Untuk menyadarkan secara umum ya macam-macam ya melalui televisi melalui liflet melalui penyuluhan langsung, tetapi yang lebih berkenan nanti melalui FGD (Focus Group Discussion) diawali dengan survei mawas diri. Musyawarah masyarakat ya kaya silaturahmi minggu pagi itu lah yang bareng gubernur.

16. Bagaimana dokter melihat upaya koordinasi yang dokter liat?

Jawab:

Iya itu melalui asisten gubernur bidang kesejahteraan masyarakat, jadi dia yang mengkoordinasi kan lagi, karena itu yang bertanggungjawab.

17. Terus yang mengawasi upaya implementasi ini siapa dok?

Jawab:

Gubernur langsung, kan ada PSN tiap jumat gubernur turun. Bisa dikoreksi langsung dilapangan sama gubernur. Bisa langsung dikasih punishment ditempat. misalnya si camat kasusnya tinggi langsung di tegur ditempat. kenapa bisa begitu, harus laporan tuh camat nantinya.

18. Terus gimana dok sanksi yang dokter lihat dalam perda ini?

Jawab:

Itu belum, susah itu kita menerapkan itu jangan kan sanksi baru negur aja udah jadi masalah. Bagaimana dimintain duit kan, belum sesuai paham semua tentang itu, tetapi yang jelas ada keinginan untuk menerapkannya. Di beberapa tempat seperti di kedoya itu ada juga yang menerapkan sanksi. Contohnya siapa yang dirumah ada kedapatan jentik maka dia nyumbang uang 25.000 atau nyumbang tanaman pot untuk dibawa ke RW (Rukun Warga) atau RT (Rukun Tetangga) untuk dibagikan ke wilayahnya. Jadi, ada beberapa wilayah yang menerapkan itu.

19. Oh iya dok dari data yang ada, yang saya lihat adanya penurunan kasus dari 2007 sampai tahun 2011. Klo yang dokter lihat apakah penurunan itu memang karena ada perda itu atau memang karena lebih disebabkan faktor cuaca dok?

Jawab:

Kalau begitu kamu meneliti dong, saya ga bisa jawab. Tetapi mau ga mau fakta yang kita lakukan memang program dan upaya pencegahan penyakit DBD itu memang kita lakukan terus menerus tanpa henti dilakukan secara bahu membahu. walaupun memang belum optimal saya akui, tetapi yang jelas dilaksanakan kok.

20. Ada perlakuan berbeda ga sih dok pencegahan demam berdarah, ketika musim hujan dengan musim kemarau?

Jawab:

Ada sebenarnya, pada saat musim kemarau kasusnya rendah kaya sekarang PSNnya dikuatin tuh karena musuh kita kan sedikit tuh. Jadi, jangan maen di kasus tinggi, PSN dan sebagainya. Jadi pada kasus tinggi maennya di tata laksana. tetapi yang penting jumentik itu harus terus.

21. Titik lemah upaya implementasi ini dimana sih dok?

Jawab:

Iyaa itu tadi ada beberapa kelompok-kelompok yang mana terkadang menolak dikunjungi oleh jumentik, kaya kelompok elite, perusahaan, yah seperti itulah.

22. Kolaborasi dari tiga sektor (swasta, pemerintah, dan masyarakat) untuk mengefektifkan implementasi pencegahan ini bagaimana dok?

Jawab:

Seharusnya semua sektor yang punya CSR (Corporate Social Responsibility) kan harus berkordinasi dengan pemerintah daerah baru kita arahkan kemana-mana. Walaupun ada sponsor sih ga mungkin kan dia berjalan sendiri ke lapangan.

Lampiran 5

Informan: **Bapak. Drs. Iswanta, M.A.P.**

Jabatan: Kepala Sub-Bagian Kesehatan Masyarakat, Biro
Kesejahteraan Sosial Provinsi DKI Jakarta.

Hari/Tanggal/Waktu: Rabu/ 18 Januari 2012/ 09.10-10.00 WIB.

Tempat: Biro Kesejahteraan Sosial DKI Jakarta lantai 19, Gedung
Balaikota Provinsi DKI Jakarta.

1. Apa sih yang pak melandasi dibuatnya Perda No. 6 Tahun 2007 tentang pengendalian penyakit DBD di DKI Jakarta?

Jawab:

Iya klo perda ini kan sebenarnya peraturan daerah ya bgaian dari peraturan tertinggi yang ada di daerah tetapi itu pasti ada hal-hal yang dianggap urgent yang memang dianggap perlu di daerah ini untuk dibuat perda. Perda ini tau sendiri kan prosesnya sangat panjang dari pengesahan DPRD tentu mulai dari proses kajian sampai hal-hal yang sangat mendesak yang terjadi dimasyarakat, yang jelas perda itu dilihat dari kepentingan-kepentingan yang berkaitan dengan masyarakat banyak. Seperti sekarang ini di Jakarta ini perda-perda yang ada berkaitan dengan masyarakat banyak. Mungkn nanti kalau bicara saya, prosesnya itu menjadi tupoksi (tugas, pokok, dan fungsi) kami, tetapi yang jelas untk perda itu sendiri dilandasi pada kepentingan-kepentingan yang menjadi kebutuhan utama dimasyarakat terkait dengan pelaksanaan dilapangan, kemudian kebijakan yang ada tentunya dengan antara eksekutif dan legislatif menjad sinkron untuk menjadi acuan. Jadi gini, Perda No.6 tahun 2007 itu sebetulnya kan arahnya itu lebih melihat pelaksanaan dilapangannya seperti apa di teknisnya bagaimana pengendalian DBD di DKI Jakarta, disitu banyak yang terlibat mulai dari

masyarakat, swasta, sampai pemerintah. Perda itu intinya bagaimana mengendalikan demam berdarah di DKI Jakarta artinya baik itu pemerintah, swasta maupun masyarakat kesemuanya harus berperan untuk mengendalikan penyakit demam berdarah ini. Jadi dari segi demam berdarah masalahnya kan tindak hanya bagaimana nyamuk itu menggigit, hal-hal yang berkaitan dengan vektor, penggerakan masyarakat juga. Nah ternyata juga masalah fogging itu menjadi masalah. Walaupun tidak menyangkut ke masalah yang mengobati sakit, tetapi pengendalian nyamuk sendiri juga diatur, takutnya kan banyak yang tidak berkenaan.

2. Pihak mana saja sih pak, yang ikut implementasi dari perda no.6 tahun 2007?

Jawab:

Iyah turunan dari perda itu kan dijabarkan lewat pergub ya, nah itu semua SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah) maupun masyarakat. Baik itu masyarakat yang artinya membentuk suatu organisasi masyarakat, remaja-remaja, karang taruna, dan, CSR (Corporate Sosial Responsibility). Salah satu yang kemaren keliatan itu di jakarta utara yaa, awalnya masuk ke ASTRA itu sulit padahal di jakarta utara itu boleh dibilang di daerah merah ya, yang saya sempet tahu itu kan untuk si astra itu tidak mau diajak PSN. Padahal kan pengendalian demam berdarah itu kan PSN ya, nah itu yang sampe hari ini dunia sudah mengakui bahwa PSN itu sebenarnya bagus. Cuma masalahnya gimana pelaksanaannya menggerakan masyarakat peran serta masyarakat mungkin yah mungkin karena ketidak tahuan dia. Barulah setelah komisarisnya (ASTRA) itu kena demam berdarah akhirnya dia malah minta diadakan PSN tiap jumat di lokasi dia, karena memang nyamuk itu kan penyebarannya kan ga kaya kita permisi-permisi dulu kan tetapi bisa semua nyerang kemana aja baik itu kalangan bawah maupun kalangan atas.

3. Kalau SKPD itu siapa saja sih pak?

Jawab:

Jadi perda 6 itu, itu sudah diatur tanggung jawabnya, umpunya untuk Jakarta Utara, Jakarta Pusat itu sudah dibagi habis, SKPD di DKI itu klo ga salah itu ada sekitar 30 sekian unit ya saya ga hafal, semuanya 40 sekian termasuk badan-badan itu semua dibagi habis termasuk asisten deputyi dibagi setiap hari jumat terjun langsung di lapangan bertanggung jawab misalnya di Jakarta Utara. Iya memantau kordinasi ngingetin dengan adanya perda 6 itu seperti apa implementasinya jadi nanti dihari jumat di cek lokasi PSN yang dikunjungi dimana gitu. Biasanya sih kordinasi dengan kelurahan kecamatan SKPD itu nanti tanggung jawab disitu kita kan ada kurang lebih 42 kecamatan itu dibagi habis jadi nanti 40 sekian SKPD itu ada semua disitu bertanggung jawab disitu, umpunya kata kanlah untuk kecamatan ini menjadi tanggung jawab SKPD ini. maksudnya dibagi habis semua unit SKPD dibagi kesana plus peran serta masyarakat tapi kan yang ngawasin dari provinsi asisten mana gitu, nah gitu secara berkala memberikan laporan pelaksanaan PSN dikelurahan ini bagaimana RW ini gimana. Idealnya sampe kesitu semua, kelurahan lapor ke kecamatan, kecamatan ke walikota, walikota ke provinsi itu semua udah dibagi habis siapa berbuat apa disana termasuk jumatik termasuk masyarakat yang berperan. Tetapi yang saya sempet tahu itu hal ini cenderung baru dilaksanakan di perumahan. tapi yang dengan kejadian salah satu komisar (ASTRA) itu kena demam berdarah baru deh itu mulai terbuka, namun memang dijakarta utara itu terasa dampaknya bisa mengurangi walaupun belum semua lah.

4. Program dan upaya apa sih pak, yang sudah dilakukan Pemprov DKI dalam pencegahan penyakit demam berdarah ini?

Jawab:

Iyah demam berdarah ini kan dari segi sakit kan, tau sendiri kan pak gubernur udah wanti-wanti. Jadi warga kalau ada yang kena ini langsung kita gratiskan segala biayanya. Saya rasa di Indonesia belum semua kan gitu, untuk orang yang sakit langsung gratis dengan berani mengeluarkan dari APBD. Kita udah salah satu daerah yang berani mengalokasikan itu. Saya rasa ini suatu hal yang luar biasakan. Kalau dari segi kebijakan saya rasa di indonesia satu-satunya yang

memiliki perda dan pergub tentang demam berdarah. Jadi dukungan berupa kebijakan, kemudian pelaksanaan, boleh dilihat setiap PSN tiap jumat di beberapa mungkin serentak di Jakarta waktu itu pak gubernur menginstruksikan gerakan secara massal. Saya kira dampaknya luar biasa masyarakat aparat yang sekitarnya yang tadinya masa bodoh ternyata sekarang sudah mulai merubah perilaku. Nah itu saya kira yang susah merubah perilaku masyarakat. Termasuk fogging itu tidak selamanya dia bisa menyelesaikan memberantas nyamuk, tetapi efek dari itu yang perlu diperhatikan entah itu keracunan, lingkungan, mungkin kedepannya perlu kajian-kajian dan kajian-kajian itu saya rasa dari dinas kesehatan sudah melakukan itu. Jadi dalam hal ini sebetulnya dari SKPD sudah kelihatan semua terlibat untuk melakukan upaya pencegahan demam berdarah. Dari masyarakat mungkin daerah tertentu sudah mulai sadar penggerakan masyarakatnya. Jadi upaya kita sebenarnya tidak sebatas di tulisan saja, tetapi juga kita bergerak sampe kalau ada yang sakit pak gubernur anjurkan gratis untuk berobat mereka.

5. Terus implementasi dari program dan upaya yang bapak sebutkan seperti apa pak?

Jawab:

Saya kira kalau bicara kesana mungkin tau sendiri lah, masyarakat kita kan kadang-kadang setelah ada masalah baru mau berbuat. Yaa tadi seperti contoh pengusahanya sendiri terkena masalah baru mau. Walaupun tau kalau ini ada peraturan gubernur, peraturan daerah, ada sanksinya yah mungkin karena keterbatasan kekurangtahuan, pemahaman, atau malahan mungkin kurang sosialisainya. Tetapi yang jelas hal-hal yang kaya gitu pelan-pelan coba kita benahi, dimana sih yang kurang, apakah diperaturannya masyarakat yang apatis tetapi kita ga bisa juga menyalahkan mereka tetap kita pelan-pelan memberikan edukasi, informasi, dan komunikasi semua. Nanti kita sama-sama lah menyelesaikan apa sih yang menjadi kendala.

6. Waktu penerapan itu ada resistensi ga sih pak dalam implementasi pencegahan demam berdarah?

Jawab:

Yaa, umumnya sih kalau sekarang kondisi masyarakatnya, kan kita tergantung mereka sih yaa. ada juga sih ya mereka ya responnya sangat baik terus menerima. Sadar bahwa itu bahaya tapi kalau dia pengetahuannya kurang tentang itu terus kebetulan belum ada pengetahuan tentang itu, ada juga sih yang berpikir ngapain sih kaya gitu buat apa sih seperti itu. Tetapi yaa kalau diliat secara keseluruhan begitu tau kalau demam berdarah ini kan penyakit yang luar biasa ya. Kalau udah mewabah akhirnya mereka juga sebenarnya takut dan mau lah.

7. Apa sih pak perbedaan pencegahan demam berdarah dengan pengendalian demam berdarah?

Jawab:

Kalau itu kan artinya secara harfiah kan pencegahan dengan pengendalian. Kalau menurut saya pencegahan itu kan sifatnya preventif gitu, kan bagaimana sih mengupayakan tanpa harus melakukan hal-hal yang membahayakan tapi kita bisa mengusahakan dengan cara sendiri. Seperti contoh gini kalau yang pencegahan kalau ada genangan air kan beresiko ya nyamuk demam berdarah ini kan ada nyamuk demam berdarah kan hidup-hidupnya ga langsung ketanah dia maunya tidak langsung berhubungan ketanah. Bekas-bekas pot bekas-bekas tanaman, terus klo kita sering melihat ada genangan terus kalau kita sering bersihan itu kan otomatis upaya pencegahan. Kalau pengendalian itu sendiri menurut saya itu jadi lebih fokus secara keseluruhan. Kalau pencegahan itu kan lebih kecil sedangkan pengendalian itu lebih besar lah.

8. Terus bagaimana sumber daya itu baik itu (anggraan, manusia, dan teknologi) dalam mendorong implemntasi pencegahan demam berdarah?

Jawab:

Yaaa saya sekali lagi saya bukan membanggakan DKI yaa, kita sekarang dengan adanya otonomi daerah kita berhak mengatur sendiri kan. Artinya untuk SDM kita tunjang dengan penguatan seksi kesmas di kelurahan itu suatu hal yang luar biasa,

yang disana dialah yang artinya mengorganisir mengendalaikan artinya dari segi finansial kita kan berbuat. Menaruh orang yang peduli terhadap pengendalian demam berdarah. Yang tadi upaya kesehatan yang sifatnya penyembuhan tapi sekarang sudah berupaya pengendalain pencegahan sampai mendatangkan seksi dikelurahan. Itu ya dukungan bukan SDM saja namun juga penguatan kelurahan melalui dana penguatan untuk di masing-masing kelurahan. Yaa tapi kesmas itu berfungsi disaana didukung dengan anggaran. Jadi disamping SDM nya juga ada anggarannya.

9. Bagaimana bapak melihat koordinasi implelementasi pencegahan demam berdarah diantara setiap SKPD, Camat, dan Lurah?

Jawab:

Iyaah, di fungsi kami ini dibiuro kesejahteraan sosial ini salah satunya adalah kordinasi kemudahan perumusan kebijakan juga ada monitoring dan evaluasi. Dalam pengendalian demam berdarah ini tentunya disamping kami menerima laporan. Tentunya kami juga sekali-kali cek ke lapangan artinya dengan evalausi bagaimana sih dengan perda, bagaimana dengan peraturan yang ada meraka memahami apa tidak, kalau memang belum nanti kami tinggal menyampaikan kepada unit yang bertanggung jawab disitu supaya diintesifkan lagi supaya masyarakat disitu memahami bahaya demam berdarah. Jadi kordinasi disini dalam arti bukan menerima laporan kami rapat tetap kami evaluasi. Rapat kalau khusus ini tahun 2011 sudah lebih dari 3 kali tapi yang kalau berkaitan dengan PSN kami setiap 1 bulan sekali kami ke lapangan. Pada saat kemarin pada hari selasa itu saya turun ke lapangan nemenin pak gubernur tetap dijelaskan juga bahaya demam berdarah flu burung kan salah satu kaitannya tetep merubah perilaku masyarakat. Terkait kordianasi, sepanjang yang saya tahu klo di kami itu klo mau melakukan kordinasi ada yang mau kita bahas saling mengisi aja saling nyambung aja biasanya gitu. Contoh gini, kita kan boleh dibilang rolling pegawainya kan tinggi ya itu kelihatan, misalnya saya kan disini belum lama gitu tapi pada saat kami koordinasi unit-unit terkait walaupun mereka orang baru meraka juga bisa saling sharing saling mengisi. Kalau menurut saya pengorganisasian dan

koordinasi disini boleh dibilang cukup sehat dan cukup baik artinya bisa berjalan. Terbukti dengan adanya beberapa kali mutasi ternyata masih bisa berjalan.

10. Tadi bapak menyebutkan adanya monitoring, monitoring seperti apa, kapan dan bagaimana pak?

Jawab:

Biasanya yang kaya gitu-gitu bisa dilakukan dengan adakan silaturahmi minggu pagi itu melalui kelurahan ya itu kan sudah ada mereka. Jadi kalau disini yang membawahi biro tata pemerintahan itu rutin melakukan itu silaturahmi minggu pagi dalam berapa minggu sekali kemudian ada PSN itu juga sama ada monitoring dan evaluasi ada kegiatan-kegiatan upaya baik itu dilakukan dari tingkat provinsi sampai tingkat kelurahan. Kemudian kunjungan gubernur ngadain PSN, setiap ada kunjungan gubernur pasti ada monitoring-monitoring baik itu dilembaganya sendiri maupun dirumah.

11. Terus kalau yang dimaksud pembinaan apa sih pak, dalam mendorong upaya pencegahan demam berdarah ?

Jawab:

Kalau pembinaan disini salah satunya rakor (rapat koordinasi) turun kelurahan, reward siapa yang berprestasi. Misalnya contoh setiap tahun kan ada sekolah yang berprestasi nanti provinsi membrikan sekolah yng berprestasi, kaya sekolah sehat gitu. Terus kalau yang berkaitan dengan jumentik teladan, dokter terbaik terus kelurahan terbaik itu kewenangannya dinas kesehatan, nanti pada saat apel seperti bulan kemaren diberikan ini loh kelurahan terbaik dalam bidang PSN. Punishment, itu kan diperda ditempelin stiker tuh ini daerah merah, tuh klo ada ada merah itu walikota buru-buru tuh. Kalau kaya penetapan daerah ini kan termasuk punishment.

12. Terus terkait evaluasi dari perda ini, seperti apa?

Jawab:

Kalau saya melihat dari pergub dulu pergub 63 tahun 2011, klo yang saya liat masih ada yang perlu dibenahi. mungkin dengan adanya itu nanti, dulu kan masing-masing kesmas itu kan alokasi nya di kecamatan dia di puskesmas jadi kesmas kan dulunya di kecamatan sekarang kan dia di kelurahan dengan adanya penurunan atau perubahan dari kecamatan ke kelurahan ini perlu penyempurnaan. Penyempurnaan itu harus ada aturan, jadi kan berbuat sesuatu harus ada aturannya. Mungkin itulah yang saya kira perlu dievaluasi. Kalau perda sih sudah bagus actionnya udah ada nah biasanya itu tinggal orangnya siapa yang berbuat disitu kadang-kadang di kita ini kecenderungannya semuanya sudah ada terkadang komitmennya kurang kadang-kadang masih adalah yang seperti itu.

13. Manfaat yang diharapkan dari implementasi perda ini apa sih pak, dari segi sisi biro kesos DKI Jakarta?

Jawab:

Kalau biro ini kan fungsinya membuat regulasi (perda) ya artinya regulasi itu bisa berjalan dengan baik dan sesuai dengan apa yang diinginkan. Terus dimasyarakat tidak ada KLB, masyarakat nyaman sejahtera tidak terkena penyakit yang sebetulnya tujuan kita kembali ke masyarakat kan. Kita kan sebagai pengabdian masyarakat, yang diutamakan masyarakat nya lah. Yah sebagus apa pun peraturan yang kita buat tetapi kalau masyarakatnya masih terkena penyakit, dia mau-mau ngapain kan susah yah peraturan jadi tidak ada gunanya juga kan gitu. Jadi tetep kita kembali ke tadi, apapun yang kita lakukan kembali untuk ke kesejahteraan masyarakat.

14. Terus, kalau bapak melihat ini kan dari tahun 2007 smpe 2011 kan turun nih demam berdarah apakah ini ada kaitannya dengan faktor cuaca?

Jawab:

Sepanjang yang saya tahu saya disisi hampir tiga tahun ini, boleh dibilang saya lihat ga putus-putus bisa kebawah melihat pelaksanaan PSN, silaturahmi minggu pagi, apa yang dilakukan terus menerus ya. Nah itu perilaku hidup masyarakat itu yang saya lihat mereka ada yang berubah seiring dilakukan PSN seperti itu

mereka jadi mau ga mau jadi ikut berperan. Kadang-kadang ada orang yang memang dia merasa tidak mau karena tidak tahu, tetapi setelah dia tahu baru mau itu filosofisnya. Hmm berarti memang benar juga kadang-kadang di masyarakat dia apatis karena memang tidak tahu.

15. Sejauh ini dampak yang terlihat seperti apa dari implemmentasi kebijakan ini?

Jawab:

Yang saya tahu sih sekarang masyarakat itu yaa itu terasa aja gitu terutama yang terkena penyakit, musibah dengan adanya ini langsung tercover dan recovery. Mereka bisa penyembuhan langsung merasakan dampaknya dengan adanya ini dapat pengobatan. Namun sebaliknya kalau mereka yang sudah sehat ga ada masalah, dengan pemahaman dia selalu melakukan kegiatan yang ini manfaatnya besar sekali dengan sadar sendiri jadi mereka ga pernah sakit.

16. Menurut bapak implementasi pencegahan ini sudah efektif belum?

Jawab:

Kalau efektif tidak efektif itu kaitannya dengan dampak yang tadi iya kan. Jadi, kalau sekarang ini cuaca ini tidak menentu kemudian perilaku masyarakat sudah menyadari dengan akibat dari demam berdarah terus karena dari dia tadi ada gejala penyakit muncul mudahan. Memang tidak yaa saya kira dari kegiatan-kegiatan kemarin itu saya kira dapat membawa dampak yang positif. Yang jelas kita sudah berbuat allout lah mulai dari dukungan, kebijakan, anggaran, berbuat di lapangan ngasih pemahaman kepada masyarakat.

17. Menurut bapak cara mengubah perilaku masyarakat supaya lebih peduli itu seperti apa sih pak?

Jawab:

ini kan hal yang ga keliatan tapi cukup jadi masalah juga, untuk merubah perilaku masyarakat itu kan ga mudah ya. Jakarta yang heterogen yang majemuk yang

dateng dari macam-macam orang datang kesini juga kan punya kepentingan masing-masing tentunya kita kan harus punya kiat-kiat. Kalau masyarakat kayak gini kita begini. Yah kalau cuma kita kasih sekadar kasih penyuluhan gini-gini terkadang ga mempan juga itu, kaya semacam contoh-contoh kasus biasanya lebih mengena. Yah sebetulnya itu tadi sebaik apa pun yang kita lakukan kalo memang masyarakatnya susah ga da kemauan tetep aja sulit kan. Jadi saya kembalikan keluarga bagaimana menyadarkan masyarakat.

18. Menurut bapak pas ga sih pak, kalau kita mengkambinghitamkan ketidakpedulian masyarakat dijadikan alasan sulitnya pencegahan penyakit demam berdarah?

Jawab:

Yah tidak sepenuhnya bener sih, kita juga tetep harus bijaksana. Jangan memvonis sesuatu terkadang apa yang kita vonis belum tentu benar juga kan, karena kan dikita itu kan seribu macam kan kita ga tahu juga tuhan menciptakan manusia kan begitu rumit ya. Kadang si A seperti ini aja belum tentu benar ternyata memang kita ga bener tapi salah. Kalau menurut saya kurang pas ya sebenarnya tinggal kita nya saja bagaimana mengkomunikasikan, mengedukasi, menginformasikan kepada masyarakat. Itu yang terus menerus kita lakukan kedepannya. Yang jelas saya optimislah masyarakat akan peduli kalau misalnya kita terus melakuakn itu

19. Bagaimana bapak melihat kolaborasi dari 3 aktor governance (Swasta, pemerintah, dan masyarakat)?

Jawab:

Yang saya tahu, yang sekarang ini masih dominan pemerintah ya. Tapi yaa itu tadi awal saya sampaikan dengan contoh kasus sepeti itu akhirnya swasta sendiri yang akhirnya peduli. Yaa klo itu bisa berjalan dengan baik saya kira akan lebih sempurna lagi ya. Yah kadang-kadang dikita gitu, apa-apa syarat dengan kepentingan-kepentingan udah bawaanya curiga dulu.

20. Ada tidak sih upaya pemda untuk mendorong swasta untuk mau ikut lebih berpartisipasi berkomitmenlah mendukung?

Jawab:

Kalau perda rasanya udah mengkomodir itu yaa. Cuma tinggal pelaksanaannya kalau swasta-swasta beberapa udah mau. Kaya daerah yang baik itu diberikan reward ya dari swasta itu reward itu tdk berbentuk uang tapi berupa fasilitas seperti taman ruang terbuka hijau.

21. Sejauh mana lingkungan eksternal (politik, sosial, dan ekonomi) ini dalam mendukung upaya implementasi pencegahan demam berdarah?

Jawab:

Yaa kalau seandainya lingkungan politik tidak mendukung ga mungkin ada perda kan itu salah satu bentuk dukungan politik dari DPRD sudah jelas disitu, political will dalam bentuk dukungan kebijakan sudah ada, kemudian dalam bentuk kebawahnya pergub juga sudah ada, terus kemudian instruksi-instruksi dari walikota sampai kecamatan sudah ada terus disitu ada struktur ketuanya segala macam. Kalau dikelurahan sudah kepengurusan PSN. jumantik, dan segala macam ini itu merupakan salah satu komitmen yang ada kalau ditingkat provinsi kan DPRD kalau kelurahan kan dewan kelurahan.

22. Kalau dukungan dari sosial ekonomi pak?

Jawab:

Kalau sosialkan masyarakat ya entah itu dalam bentuk kalau sosial dalam arti bentuk bantuan kan, saya kira ga selamanya dalam bentuk uang kan tenaga juga ada masyarakat yang sukarela setiap hari Jumat mukul kentongan untuk ngajak temen-temennya waktunya PSN memberikan pemahaman, kalau dalam bentuk uang fisik yaa saya tidak bisa menjelaskan secara detail pada salah satu contoh kaya ada masyarakat yang bagus kaya ngasih makanan minuman dengan sukarela pada saat kegiatan PSN. tapi saya kira contoh itu bukan contoh yang pas ya.

23. Kalau dukungan dari lingkungan ekonomi pak?

Jawab:

Kalau lingkungan ekonomi dalam arti apa itu dipasar apa lingkungan ekonomi tersebut membawa dampak terus berdaya. Kalau membawa dampak masyarakat berdaya jelas ya karena kan begitu dia sehat dia merasa dengan masyarakat sekitar ya dengan adanya masyarakat itu komunikasi dengan adanya seperti itu kan dengan membersihkan itu ada alat di produksi kan akhirnya ini kan membuat usaha merka kan. Namun kalau lingkungan ekonomi dalam arti di lingkungan kaya di pasar, mungkin dipasar ini yaa mungkin bagaimana tanggungjawab mereka, keliatannya kalau di pasar itu PSNnya belum sampai kesana tp edarannya sudah tapi pelaksanaan saya ga pernah ikut mantau tapi bukan berarti gada.

24. Hambatan apa sih dari semuanya dalam implementasi kebijakan pencegahan dari penyakit demam berdarah?

Jawab:

Kalau di kita ini kan kalau saya fungsi regulasi ya, kadang-kadang kalau sama SKPD itu suka ngejar-ngejar laporan itu yang kadang-kadang suka sulit yang paling terasa walaupun saya tahu dia juga sudah berbuat untuk secara administrasi, saya kira hampir sama yang dibawah juga sama kalau saya perhatikan mereka mau bekerja tetapi begitu menuangkan dalam bentuk tulisan itu tuh yang paling terasa. Kemudian konsistensi, kadang begitu orangnya ganti sudah berubah lagi ngasih pemahaman lagi, itu kan tetep aja ini jadi masalah kita kan. tiba-tiba si A diganti dengan si B, nanti si B dikasih pemahaman lagi mulai dari awal lagi gitu kan.

24. Kalau begitu terus solusinya bagaimana pak?

Jawab:

Yaa kita harus rajin meminta laporan-laporan itu, yaah kita punya trik-trik sendiri lah punya cara untuk itu. Yah disiasati lah yang seperti itu.

Lampiran 6

Informan: **Ibu. dr. Iriani, M.Kes.**

Jabatan: Plt. Kepala Seksi Standarisasi Subdit Pengendalian Arbovirosis Direktur Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Kementerian Kesehatan RI.

Hari/Tanggal/Waktu: Senin/12 Desember 2011/ 11.05-11.40 WIB.

Tempat: Gedung Dirjen P2PL Kemenkes RI, Jalan Percetakan Negara Jakarta Pusat.

1. Latarbelakang penyakit DBD di Indonesia itu seperti apa sih bu kondisinya?

Jawaban:

Kondisinya sih sebenarnya dari tahun itu tuh peningkatan terus awalnya terjadi tahun 68 sampai sekarang peningkatan terus. Kalau dikita kan punya angka dua indikator IR (Insiden Rate) sama CFR (Case Fatality Rate), tapi yang betul-betul kami tangani hanya insiden rate, karena CFR itu angka kematian domainnya rumah sakit. Rumah sakit bukan dibawah kami. Kami pencegahan disini ditjen pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan. Kalau misalnya angka kematian itu sudah domainnya rumah sakit itu sudah menjadi tanggung jawab rumah sakit jangan sampai pasien tambah parah atau meninggal. Jadi istilahnya yaitu kami mainnya di pencegahan. Nah jadi jaman dulu kala itu memang terjadi penyakit demam berdarah awal peningkatan kasus yang terus menerus, karena kita belum tahu DBD itu apa, taunya demam demam demam. Kasus meningkat terus menerus dari tahun 68.

2. Waktu itu tahun 2007 itu lagi puncaknya DBD di setiap provinsi nah apakah ada korelaisnya antara faktor cuaca dengan meningkatnya angka kasus DBD?

Jawab:

Bisa, sekarang karena ada faktor macam-macam jadi permasalahan kita pun macam-macam tadi itu yang saya bilang faktor perubahan cuaca. Jadi kalau hujan tidak menentu banjir kan banyak tersisa genangan air dimana-mana.

3. Terus mungkin ga sih bu, di dki itu ada penurunan kasus dari tahun 2007 sampe tahun 2011 karena memang faktor cuaca bukan dari upaya-upaya yang telah dilakukan?

Jawab:

Bisa saja faktor cuaca, tetapi kalau di DKI tetep punya jumentik (juru pemantau jentik) walaupun angka kasusnya tinggi tapi dia tetep usaha bukan tidak usaha mungkin ada faktor cuaca tetapi untuk program saya yakin DKI sudah tanggung langgang. DKI itu mulai dari mengeluarkan biaya tinggi untuk mengatasi DBD sampai bikin perda pula. Tapi yang jelas jumentik juga, yang hanya ada jumentik di provinsi di Indonesia hanya DKI dan Jawa Timur. Saya tahu betul bahwa memang DKI sangat niat sekali menurunkan DBD dan saya tahu sekali DKI waktu zamannya Pak Sutiyoso itu semua para camat, para lurah yang insidennya tinggi dipanggil sewaktu rapat para camat dan para lurah suruh berdiri dan suruh menurunkan angka insidennya kalau masih tinggi juga sutiyoso bilang kamu akan dipecat. Kalo sekarang zamannya Pak Fauzi Bowo yang saya tahu dia tuh rajin banget turun ke lapangan ke daerah-daerah setiap jumat ngadain PSN. Kalau begini kan bisa dilihat bahwa pemimpinnya sendiri aja memang concern untuk menurunkan angka kasus kematian DBD.

4. Terus bagaimana bu kemenkes itu memastikan program dan upaya itu dijalankan di provisini?

Jawab:

Ada laporan ada laporan, nanti jadi DKI itu melaporkan ke kita, karena saya sendiri ngerasain karena kebetulan suami saya kan RW (Rukun Warga) jadi saya tahu yang seperti itu dan memang saya yang mengelola jumatik itu dan memang jumatik itu jalan. Perda memang berapa kali saya diundang untuk membuat perda. Jadi sebenarnya DKI itu sudah berbuat banyak dalam mengatasi demam berdarah ini karena memang angka kasus paling tinggi di Indonesia selalu number one. Jadi penyumbang terbesar di Indonesia itu DKI, makannya DKI berusaha sekali dan saya sudah sangat tahu dan yakin sekali DKI sudah sangat berusaha untuk menurunkan angka kasus kejadian dan angka kasus kematian demam berdarah. Namun karena memang DKI itu heterogen dan sangat padat penduduknya hal itu memang agak sulit jadinya, melihat hasilnya yang 100 persen.

5. Terus saya mau nanya bu perbedaan definisi dari pencegahan dan pengendalian itu apa sih bu?

Jawab:

Jadi gini dulu tuh kita pemberantasan pencegahan sebenarnya pengendalian sama pencegahan itu hampir mirip-mirip yaa benang merahnya. Kalau pnedgalian itu kita kendalikan jadi kalau misalnya sudah ada kasus, seandainya ada kasus. makannya program kita itu klo misalnya ada kasus satu saja dirumah sakit kita ketahui demam berdarah sudah kita kendalikan dilapnagan namanya PE (Penyelidikan Epidemiologi) nah iu sudah kita kendalikan jangan sampai itu menjadi kejadian luar biasa atau menjadi lebih banyak kasusnya. Makanya kita cari pasiennya dilapangan kriteria PE itu ada kalau kita ketemukan lagi pasien demam dua tiga pasien tidak jelas lagi atau ditemukan pasien positif lainnya kita periksa dua puluh persen rumah itu positif itu PE baru kita fogging namanya fogging fokus bukan fogging masal. Nah yang diminta masyarakat sekarang maunya fogging mau ada pasien atau tidak masyarakatnya maunya di fogging itu salah makannya program kita fogging fokus jadi kita fokus disitu, dilokalisir disitu supaya tidak melebar ketempat lain, Karena fogging itu tidak bagus juga buat resistensi insektisidanya juga ga bagus buat kita juga kalau sering-sering

fogging. Kalau pencegahan, itu ialah PSN 3M itu penyuluhan, kimiawi larvasida, kimiawi insektisida, ikanisasi, penyuluhan dengan 3M-Plus.

6. Kalau ibu melihat program dan upaya yang dilakukan di DKI seperti apa?

Jawab:

Setahu saya kalau PSN itu mereka itu sudah serempak ya, itu mereka udah punya program itu. memang saya tahu diwilayah saya memang jalan, saya kira di semua wilayah juga jalan ya dan memang semua jalan satu minggu sekali setiap jumat, itu dengan jumentik kan. Tapi apakah sih jumentik ini betul-betul itu ngerti apa tidak itu allahu walam. Yaa walaupun dia dilatih melalui sosialisasi kayanya sih kalau saya lihat mungkin tidak semua jumentik ngerti apa engga. Yang pasti masyarakat itu sekarang udah diperiksa jumentik saya engga perlu meriksa rumah saya. Padahal yang kita inginkan itu self jumentik diri sendiri untuk rumah sendiri sebenarnya kita mau ngarahin kesana, tapi sekarang masih ada jumentik masyarakat merasa aah udah diperiksa aah ga perlu periksa, karena jumentik masuk kerumah-rumah karena mereka udah dicek maka mereka ga liat lagi. Jadi mereka ga care sama dirinya sendiri. Kalau sama dirinya sendiri aja ga care apalagi sama lingkungannya. Itu karena perilaku manusia yang tidak bisa cepat berubah. Minimal satu minggu sekali aja lihat dirumahnya ada jentik apa engga Perilaku manusia itu sudah klo di dki itu susah yang jelas untuk program udah DKI udah sangat bagus.

7. Kendala dan hambatan nya apa sih buu?

Jawab:

Jadi kalau kendala untuk umumnya di Indonesia 1. SDM nya itu berpindah-pindah dan cepat. Misalnya kasie ini pindah kesana SDM nya berpindah tupoksinya misalnya saya kasie P2PL ini tiba-tiba saya di pindah ke kasie promkes, pindah ke yankes orang baru lagi toh belajar lagi diem lagi satu tahun data tidak diturunkan sama yang sebelumnya ilmu buku tidak dikasih yaudah deh hilang begitu lenyap. klisenya lagi dana, dana memang kurang untuk di daerah untuk program DBD itu sendiri hanya sekitar 30 juta rupiah perbulan. Kalau upaya pencegahan itu

diserahkan ke provinsi masing-masing. Kami hanya mengadopsi silahkan ambil program-programnya dananya masing-masing kan tupoksi kami kan NSPK (Norma Standard Prosedur Kriteria). Kita yang buat Peraturan seperti banner, poster, terus kita buat juga juklak, juknisnya. Nah nanti yang implementasi di daerah masing-masing.

8. Kalau menurut ibu apakah di DKI itu cukup dengan kebijakan perda bu, untuk pencegahan penyakit DBD?

Jawab:

Sebenarnya bukan cukup, tapi memang dengan kebijakan perda itu yang diharapkan karena DKI ini heterogen kalau memang dia sampai membuat perda itu berarti baik sekali. Pada intinya perda ini jangan sampai ada jentik dirumahnya kan, kalau ada jentik kena sanksinya bayar sekian bayar sekian. Contohnya kaya singapur, singapur punya perda tapi lucu jugaa singapur kmeren 2-3 tahun bagus tuh di singapura eh tapi sekarang naik lagi dia. Tapi yang jelas minimal itu usahalah membuat perda ini untuk mengatasi penyakit demam berdarah dan tidak semua provinsi mampu membuat perda ini baru Kota Kupang NTT terus sama DKI.

9. Kapan sih bu, Kemenkes turun tangan mengatasi masalah DBD yang ada di daerah-daerah?

Jawab:

Iya jadi kalau mereka sudah menyatakan klb baru kita turun investigasi dari sini kita tanyakan masalahnya apa dan sudah berbuat apa disana kekurangan mereka apa baru kita bantu, kita juga disini punya buffer stock logistik kita punya insektisida, mesin fogging, punya larvasida, itu kita perbantukan untuk provinsi yang kena KLB. Nah satu lagi kita ga punya biaya pengirimin ke daerah yang membutuhkan bantuan, ga ada di anggaran. Kaya misalnya sekarang Provinsi Riau KLB nih sebelumnya dia sudah meminta bantuan butuh ini itu. Nah riau itu ngirim tuh truknya kesini nanti kita kasih apa sebelumnya diminta.

10. Kalau menurut ibu menilai, sudah sejauh mana sih bu usaha yang dilakukan Pemprov DKI dalam usahanya Pencegahan DBD di dki?

Jawab:

Kalau dari sisi pencegahan di DKI itu, setahu saya sudah berusaha dan berupaya setiap aparat puskesmas dipanggil tiap bulan dicontrol dilihat datanya mana yang tinggi. Provinsi itu kan ujung tombak nya puskesmas itu lebihannya. Saya tahu kalau diatas kertas semua program pencegahan pengendalian sudah sangat bagus, tapi mungkin pelaksanaan dilapangan kita tidak tahu karena apa karena di puskesmas itu rata-rata satu pengelola program itu tidak memegang satu program saja rangkap misalnya orang DBD megang HIV megang malaria jadi emang sulit di puskesmas itu berbagi program kalau begitu berarti sumberdaya yang masih kurang.

11. Kalau ibu diminta mengasih masukan dan saran apa sih yang masih kurang dalam upaya implementasi pencegahan penyakit demam berdarah di DKI?

Jawab:

Sebenarnya di DKI sudah berbuat banyak, mungkin yang masih kurang monitoring dan evaluasi. Monitoringnya ini tidak terlalu ketat, kalau mau diketatkan mungkin semua aparat di DKI harus turun kurang ini karena sdm yang kurang di DKI juga kan ga banyak juga orangnya. Yah monitoring di lapangan harus lebih diliat lagi. Terus lebih kontinuitas, mungkin terus menerus upaya yang dilakukan jangan sampai terlena pada saat kasus rendah.

12. Menurut ibu bagaimana sih menyadarkan masyarakat kita?

Jawab:

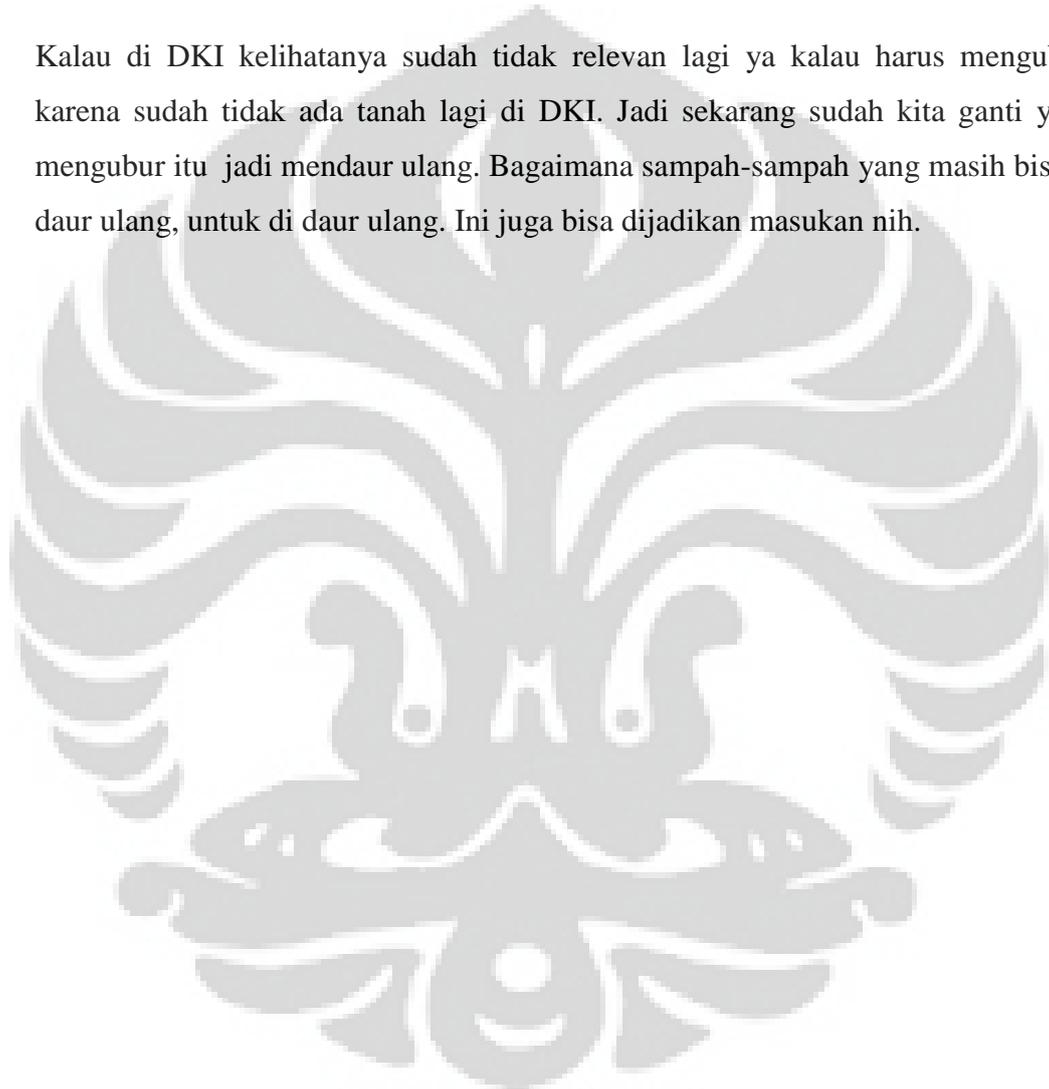
Sebenarnya dengan penyuluhan baik itu orang kesehatan sendiri, penyuluhan diingatkan terus menerus, yah sebulan sekali dikumpulkan. Masyarakat harus diingatkan terus, karena kan masyarakat masih mencari kampung tengah yah

(hanya memikirkan perut). yah jadi masyarakat harus diberitahukan terus menerus.

13. Kalau menurut ibu 3M yang mengubur itu masih relevan ga sih bu di DKI?

Jawab:

Kalau di DKI kelihatanya sudah tidak relevan lagi ya kalau harus mengubur, karena sudah tidak ada tanah lagi di DKI. Jadi sekarang sudah kita ganti yang mengubur itu jadi mendaur ulang. Bagaimana sampah-sampah yang masih bisa di daur ulang, untuk di daur ulang. Ini juga bisa dijadikan masukan nih.



Lampiran 7

Informan: **Ibu. drg. Yulidar Nur Adinda, M.K.M.**

Jabatan: Kepala Seksi Promosi Informasi Kesehatan
(PROMINFOKES) Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

Hari/Tanggal/Waktu: Senin/ 30 Januari 2012/ 09.10-09.56.

Tempat: Blok B lantai 2 Gedung Dinas Kesehatan Provinsi DKI
Jakarta.

1. Bagaimana sih promosi dan sosialisasi yang sudah dilakukan oleh Prominfokes untuk mendorong upaya pencegahan penyakit demam berdarah di DKI Jakarta?

Jawab:

Jadi kita kan regulator, biasanya pembuat kebijakan mengenai sosialisasi yang melaksanakannya itu nanti di puskesmas operatornya puskesmas nanti biasanya mereka yang turun ke lapangan kalau ini nya dari kita maksudnya kalo materi penyuluhan dari kita juga dari kementrian kesehatan.

2. Itu materi penyuluhannya seperti apa?

Jawab:

Kalau disini kan banyak ya bisa banner, banner juga hanya kita kasih contoh aja kan kepada mereka, karena puskesmas kecamatan juga merupakan BLUD ya (Badan Layanan Umum Daerah). Jadi mereka yang akan memperbanyak banner poster itunya memang dari kita. Nanti kita kasih contoh mereka yang memperbanyak dari BLUD nya masing-masing. Nah kalau penyuluhan biasanya juga dari puskesmas kecamatan kita tidak. Palingan sekali-sekali kita turun lah kalau ada seperti daerah endemisnya. Kalau ada KLB baru gitu loh. Biasanya gini kita kan punya promosi kesehatan melalui di media cetak dan media elektronik.

Kalau di elektronik bisa talkshow di tv, dialogue interaktif di radio itu kita lakukan biasanya setahun sekali di radio-radio apa kita masukan lah itu materinya DBD.

3. Kalau di media televisinya ada juga bu?

Jawab:

Ada, cuma kita lihat prioritasnya seperti tahun ini kan tidak ada KLB (Kejadian Luar Biasa) tidak ada, kasus menurun jauh menurun kan makannya tidak kita prioritaskan jadi yang kita prioritaskan aja kemarin seperti kaya jamkesda, jpk gakin. Tetapi kalau yang dilapangan itu domainnya puskesmas kalau ke lapangan-lapangan tetep puskesmas memberikan penyuluhan mengadakan pelatihan untuk TOT (Trainer Of Training) jadi kita buat si kader jumentik itu dari masyarakat, tokoh masyarakat itu supaya pinter meriksa jentik seperti apa, pinter memberikan penyuluhan mengenai DBD, jadi itu yang paling bagus itu peer education dari masyarakat. Nah itu yang melatih dari puskesmas kecamatan.

4. Kalau menurut ibu bagaimana promosi dan sosialisasi yang dilakukan sudah berjalan atau tidak, apakah ada perubahan sebelum dan sesudah adanya perda?

Jawab:

Oooh sudah berjalan baik, semenjak perda ini kan orang kan mulai takut yaa. Walaupun belum ada punishment yang berat, tapi sanksi yang sifatnya sosial sudah dilaksanakan di kelurahan-kelurahan kan RW-RW. Contohnya minggu ini dilakukan pemeriksaan di rumah pak si pollan lah misalnya, ditemukan jentik disitu, kemudian minggu depan periksa lagi masih ada jentik lagi itu biasanya ada sanksi dari pak rw atau pak lurah biasanya dia ngasih apa tanaman pot atau apa itu sanksinya sanksi yang seperti itu sanksi moral. Hal ini sudah berjalan di beberapa kelurahan walalupun tidak semua seperti itu yang memang pak lurah nya sangat konsisten sangat concern dia buat seperti itu.

5. Itu mekanisme promosi dan sosialisasinya seperti apa sih apa bu, Apakah memang hanya di kelurahan yang lebih di dorong atau di media elektronik dan di media cetaknya?

Jawab:

Engaa, jadi memang kita kan mempunyai keterbatasan anggaran ya maunya kita kan bisa masuk tv masuk radio seperti provinsi bali itu kan dia punya sekmen khusus di tv diputer terus mengenai DBD itu dibali tuh, tapi di kita kan engga. Mungkin ada kesepakatan di bali setiap stasiun tv lokal di bali setiap beberapa waktu harus puter DBD mungkin itu CSR nya. Kalau disini ga bisa kalau disini apa-apa harus pakai uang sementara anggaran terbatas. Tahun kemarin aja cuma sekali setahun kita bisa masuk ke dalam acara televisi, talk show di metro tv karena memang mahal untuk blocking time satu jam aja 400-san juta mahal banget kan. Nah makannya anggaran kita satu tahun habis buat muncul di tv sekali doang. Nah memang ga bisa seperti itu, karena untuk itulah kalau bisa para yang inilah bloot seperti SUDIN (Suku Dinas), SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah), puskesmas, UKPD (Unit Kerja Perangkat Daerah), kalau bisa itu betul-betul genjar di bawah.

6. Itu bentuk promosi dan sosialisasinya di lapangan seperti apa bu, pertemuan?

Jawab:

Setiap hari jumat kita kan PSN, semua turun ke puskesmas kecamatan puskesmas kelurahan itu kan ada RT, RW yang dia datengin di setiap kelurahan biasanya itu kan RW yang rawan DBD kasusnya tinggi biasanya pak lurah segala macam kemudian penyuluhan yaa sanksi itu harus berjalan seumpama ada kasus terus dia di rawat kan terus kita lakukan penyelidikan epidemiologi kalau dirumah itu memang positif sebelum itu kan dilakukan penyuluhan sebelum itu harus dikuras baru kan di fogging. Nah itu jadi bukan asal fogging saja.

7. Sejauh ini kendala dan hambatan yang ibu lihat dalam upaya promosi dan sosialisasi dalam upaya pencegahan demam berdarah seperti apa?

Jawab:

Untungnya gini, promosi kita bukan hanya dari pemerintah saja dalam hal di dinas kesehatan dan jajarannya tapi juga dari pihak kader kan kader jumatik itu kan dibentuk oleh wilayah baik kecamatan kantor lurah sampai kan kadernya jumatik ada di setiap RT nah itu dia juga promosi jadi bukan hanya kita yang melaksanakan promosi tapi mereka juga melaksanakan promosi. Justru ini yang lebih efektif, makannya tadi saya bilang peer education dari sesama itu mereka menyampaikan dari mulut ke mulut dengan bahasa mereka. Kalau kita kan bahasanya lain bahasa mereka kan lebih dekat ya lebih pas ya. Itu promosi itu, jadi mau tidak mau yang menaikkan dalam arti menurunkan kasus demam berdarah itu ya kadernya jumatik itu kerjanya hebat. Kalau kader jumatik itu bisa efektif terus otomatis promosi berjalan dengan sendirinya. Dan kasus demam berdarah akan semakin turun. Malahan sekarang kadang-kadang total rumah yang dia periksa, namun karena keterbatasan kader ini makanya kita siapkan self jumatik setiap yang punya rumah mau pembantunya kek, anaknya kek, ibunya kek, suaminya kek atau siapa nya yang tidak kerja memeriksakan adakah jentik dirumahnya sendiri atau halamananya. Nanti si kader itu biasanya sampel kerumah siapa diperiksa bener ga sih bu ini meriksa. Biasanya dia isi sendiri tuh kartu kendali jentik nah nanti si kader meriksa bener ga sih yang diisi ibu ini ooh ternyata bener isi nya nanti di paraf deh.

8. Terus kendala dan hambatannya dimana bu?

Jawab:

Nah DKI itu kan urban ya kota urban, heterogen, dari bermacam suku, ras, agama, pendidikan, latar belakangnya, budayanya, itu begitu itu yang susah. Mungkin kalau orang Jakartanya sendiri ya terus terang lebih maju pendidikannya dibandingkan dengan orang yang datang pada saat musiman itu kan orang-orang yang dari kampung mana ga tau hidupnya, kaya gimana, kontrak, lingkungan ga bersih, orang yang kaya biasanya berpikiran gitu aah gw kan hanya nyari kerja aja disini emang gw pikirin tuh lingkungan kan memang beda sama orang yang

tinggal disini lebih memerhatikan lingkungan itulah orang-orang yang musiman itu pendatanglah itu loh yang jadi kendala buat kita.

9. Kalau perusahaan swasta yang ga mau melaksanakan PSN bagaimana bu? Apakah ada yang kurang dalam promosi dan sosialisasinya?

Jawab:

Nah itu kan kita kembalikan kepada kewenangannya pak lurah, Pak lurah yang punya kuasa kan di daerah itu. Jadi biar bagaimanapun perusahaan-perusahaan itu kan pasti punya dong kepentingan kan dengan lurah dengan camat nanti minta surat apa dengan lurahnya dengan camat nya disitu nanti lurah berperan camat berperan “Iw harus buat jumantik di kantor sendiri”. Misalnya contoh kebetulan saya dulu kapuskesmas di Kecamatan Ciracas, itu ad perusahaan textile ya itu pak camatnya yang aktif mendorong si perusahaan untuk nyuruh buat jumantik kan nanti kita yang melatih mereka sebagai kader jumantik periksa segala macam mereka yang buat sendiri nanti laporannya diserahkan kepada kader jumantik rumah tangga itu, Itu peran central lurah dan camat. Pada intinya semua apapun kegiatan kita di dinas kesehatan peran dua itu yang hebat (lurah dan camat), makannya kita harusnya membina hubungan baik dengan camat dan lurah, agar lurah dan camat itu pintar di sektor kesehatan. Jadi yang punya wilayah itu yang harusnya lebih aware agar lebih dapet lagi manfaatnya.

10. Menurut ibu bagaimana mendorong agar masyarakat mau lebih berpartisipasi?

Jawab:

Jadi mungkin gini ya kita lihat di negara kuba, malaysia, singapur, dimana punishment itu jalan sedangkan dinegara kita punishment belum jalan hanya gitu aja kan sanksi aja kan belum punishment. Kalau punishment jalan itu mudah-mudahan bisa. Kita harus pake tangan besi mas, ga bisa hanya ingin masyarakat sadar mau di kasih penyuluhan sampai berbuih-buih tetep aja susah. Kalau punishment nya jalan kaya singapura dan malaysia itu kan pake punishment itu makanya itu nol kasus nya jadi memang harus seperti itu. Kedua, jumlah penduduk

nya kan juga beda kita anggaran berapapun besarnya susah kan, anggaranya besar jumlah penduduknya kecil negaranya udah makmur. Bukannya kita tidak makmur kita kan terlalu banyak kan yang miskin banyak masalah, hal ini disebabkan satu KB ga berjalan dengan baik, pembatasan jumlah penduduk, kemiskinan, gizi buruk, semua itu saling berhubungan dengan penyakit menular. Sangat kompleks berarti semuanya saling terkait.

11. Sejauh ini menurut ibu bagaimana tingkat keberhasilan promosi dan sosialisasi yang sudah dilakukan dalam upaya pencegahan penyakit demam berdarah?

Jawab:

Pokoknya kita hubungkan dengan jumlah kasus yaa, apapun yang kata orang kan itu iklim yang mendukung makannya jumlah kasus jauh menurun. Belum tentu, bisa dilihat lah jumlah kader jumatik dari tahun ke tahun terus meningkat. Mungkin tidak hanya DKI saja yang kasus nya turun mungkin provinsi lain juga turun, tetapi tidak dapat dipungkiri juga itulah kerja kader jumatik yang memang bagus, mereka turun terus ya. Selain itu juga masalah DBD ini kan diekspose ya. Ini kan terus terang yaa mulai dari gubernur DKI I turun kan setiap jumat keliling itu yang membuat kader ini dihargai setiap turun kan gubernur itu pasti mengapresiasi para kader itu. Walaupun bukan bentuk uang, tetapi mereka dihargai bahwa inilah kerja mereka.

12. Itu gubernur setiap jumat selalu turun bu?

Jawab:

Rabu jumat itu pasti turun, kalau rabu itu RW binaan tapi dia (gubernur) tetep ngomongin jumatik ya, DBD, Flu burung yang lagi merebak sekarang. Nah hari jumat itu khusus PSN dia (gubernur) turun, dia turun lagi nanti minggu pas acara SMP (Sarasehan Minggu Pagi) itu turun ngomongin jentik, jumatik, DBD dan segala macemnya emang ga ada capenya tuh gubernur.

13. Berarti political will dari gubernur tinggi juga ya bu mengenai penyakit DBD?

Jawab:

Oh iya jelas, makannya kan sampai saat ini apa pun kata orang masih populer aja, karena apa dia (gubernur) memang yang paling rajin turun, jadi memang dia ga mau denger dari bawahannya. Kadang-kadang ada cara protokol udah diatur, tapi tetap pak gubernur bisa keluar dari acara tersebut, karena kan biasanya acara protokoler itu ditunjukkan yang bagus-bagusnya. Mungkin itu yang menyebabkan kader senang, walaupun dibayar seminggu (sekali pertemuan tiap jumat) Rp. 17.500 dia yang memeriksa berapa puluh rumah, kerja cape, namun karena gubernur sering turun apresiat kepada mereka kasih penghargaan berupa pujian buat dia, foto bersama dengan gubernur itu merupakan suatu penghargaan besar buat dia. Yaa itu politik yaa, kita kan ga tau ya. Tapi itulah kenyataannya kita tanpa ada partisipasi masyarakat ga ada apa-apa nya Jadi, kalau dibilang promosi dinas kesehatan itu hanya kecil dibandingkan dengan promosinya masyarakat itu di inget ya promosi masyarakat itu nomor satu. Kader jumentik, tokoh masyarakat, pak rw-pak rw itu memang yang berperan besar menurunkan kasus DBD sosialisasi, penyuluhan apapun itu mereka.

14. Menurut ibu titik lemah dari upaya pencegahan penyakit demam berdarah ini di lapangan?

Jawab:

Masyarakat ya yang belum peduli, kalau tahu, saya bilang udah tahu ya namanya DBD, diare, leptosiposis, flu burung itu kan terjadi karena lingkungan yang jelek, kurang baik disitu banyak sampah kemudian banyak air tergenang. Masyarakat tuh tahu tapi kadang-kadang cuek ga peduli dia, kecuali kalau salah satu anggota keluarganya kena baru deh dia peduli.

15. Menurut ibu bagaimana kolaborasi dari 3 sektor (swasta, pemerintah, masyarakat) dalam mendorong upaya pencegahan demam berdarah?

Jawab:

Nah itu dulu waktunya jamannya sebelum saya masuk dinas, mungkin jalan ya. Jadi gini, itu kan tergantung sama pimpinan ya dalam hal ini kepala dinas. saya juga tahu kepala dinas takut ya klo dia mau buat kerjasama dengan baygon aja deh misalnya atau perusahaan yang berhubungan dengan nyamuk itu kan mengikat, dia bisa jualan nanti takutnya kenapa-kenapa. mungkin itu yang membuat kepala dinas ga mau kerjasama takutnya nanti kenapa-kenapa. Klo CSR itu setahu saya selama saya disini belum ada ya.

16. Bu, ini kan kasus kejadian demam berdarah di DKI itu kan turun dari 2007-2011 itu memang karena faktor cuaca bukan sih yang sebagai faktor utamanya?

Jawab:

Mungkin ya mungkin aja, itu ga menutup kemungkinan, tetapi disamping itu kan kita kan gencar kan melakukan usaha-usaha ya. tapi gapapa kita terima kalau masyarakat berpikir seperti itu. kecuali kalau provinsi DKI doang yang turun, tapi ini kan bali, jawa barat, turun juga kan berarti cuaca berperan andil kan ya. Kemudian kasus kematian jauh turun, karena tenaga medis yang terlatih, dirumah ada sakit lebih terlatih ya menghadapi kasus-kasus berat lebih cepat gitu loh jadi banyak faktor yang mempengaruhi yang saling terkait bukan hanya faktro cuaca ya bukan hanya sosialisasi yang gencar juga ditambah peningkatan si perawat, si dokter, kemudian deteksi si petugas kesehatan di puskesmas misalnya kalau trombosit udah turun dari 150 itu udah harus masuk rumah sakit jadi lebih kearah kesana jadi pendertia lebih banyak yang selamat. Jadi respons time dari petugas kesehatan itu penting juga. Mudah-mudahan kedepannya makin turun dan tambah lagi kepeduliannya dari masyarakat terhadap lingkungannya itu yang paling penting.

17. Menurut ibu apakah peraturan yang ada memang sudah maksimal dalam upaya pencegahan demam berdarah di dki?

Jawab:

Memang maksimal, tapi punishment itu yang belum terus mungkin itu juga ya itu kan hubungannya dengan jumlah penduduk ya. Kalau liat daerah yang daerah

kumuh ya, anak-anak aja maennya dimana, tidurnya pake shift, gimana boro-boro dia mau mikirin lingkungan anaknya aja belum makan. Main asal buang sampah aja hidupnya aja kotor. Yah kerja berat lah buat Pemda DKI.

18. Bu kalau kita berbicara sumber daya (keuangan dan manusia) apakah cukup mumpuni bu dalam mengatasi upaya pencegahan demam berdarah yang ada?

Jawab:

Jadi gini, memang bener kata orang-orang di FKM UI bahwa pemerintah kita itu kan lebih banyak ke kuratif. Preventif dan promotif nya masih kecil. Padahal memang kalau untuk melihat dampak kalau preventif dan promotif sekarang kita kerjakan dampaknya kan nanti 20-25 tahun kemudian baru kelihatan pengaruhnya daripada apa yang kita kerjakan. Kalau kuratif apa yang kita kerjakan sekarang kan langsung kelihatan dampaknya. Nah masyarakat butuh yang seperti itu, sehingga anggaran preventif dan promotif itu lebih kecil dibandingkan anggaran kuratif anggaran kuratif itu besar namanya jamkesmas, jamkesda, gakin besar itu. Akhirnya kita mensiasati dengan memperdayakan masyarakat maksudnya masyarakat itu agar masyarakat bisa berdaya baik di penyuluhan promosi sosialisasi.

19. Kalau sumberdaya manusia gimana bu?

Jawab:

Kurang yaa, kita coba ya nih klo promosi dan sosialisasi kesehatan kita cuma lima orang doank ngurusin promosi dan sosialisasi se-DKI. Walaupun ada di sudin, disudin juga cuma sedikit itu juga dua tiga orang yang di promosi. Orang itu untuk ngurusin se wilayah nanti palingan dari puskesmas kecamatan, puskesmas kelurahan. Puskesmas kecamatan itu juga terintegrasikan dia ngerjain ini ngerjain itu ngerjain segala macem ga cuma sosialisasi, kurang lah SDM nya. Makanya kita harapkan dari masyarakat lah. Mungkin pemerintah pusat yang harusnya punya kebijakan untuk perusahaan-perusahaan kaya tv swasta dia harusnya ada CSR untuk memutar lah sehari sekali kek dua hari sekali mengenai kesehatan yaa, promosi kesehatan misalnya nih sekarang kan lagi marak-maraknya flu burung, flu burung dia putar materinya dari kementerian kesehatan gitu loh, pemerintah pusat harusnya gitu. Kemenkominfo pusat harusnya gitu nginjek semua stasiun tv

swasta tolong puter ini berapa menit dah atau ga berapa detik puter film kesehatan untuk masyarakat lagi nonton sinetron misalnya gitu, kalau ga gitu susah. Harus kemenkominfo nya sama kemenkes kerjasama kita sangat berharap seperti itu, kita udah kekurangan anggaran dan sdm jadi kita sangat berharap seperti itu harusnya begitu.



Lampiran 8

Informan: **Ibu. Zuriati, B.Sc**

Jabatan: Ketua Lembaga Musyawarah Kelurahan (LMK) RW. 06 Sukapura/ Ketua LMK Kelurahan Sukapura/ Ketua LMK Kecamatan Cilincing Jakarta Utara/ Tokoh Masyarakat RW.06 Sukapura, Cilincing, Jakarta Utara.

Hari/Tanggal/Waktu: Kamis/ 15 Maret 2012/ 09.10-09.30 WIB

Tempat: Kediaman Ibu Zuriati, B.Sc. Jalan Camar I RT 10/RW 06 Sukapura Cilincing Jakarta Utara.

1. Bu gimana sih bu yang ibu tau, masyarakat di RW sini udah tau semua belum jumentik itu apa? PSN itu apa?

Jawab:

Oooh gitu yaa, sebetulnya kalo kita prosentasi belum seratus persen ya, mungkin sudah mendekati 95 persen lah. Ada juga bagian kecil masyarakat artinya kalo dibilang sombong, tidak juga yang nganggep udah bersih yang ketika mau dimasukin rumahnya nganggep udah bersih. yang seperti itu masih ada. Memang betul rumahnya bagus-bagus, tapi malahan justru dirumah yang bersih itu ada jentik-jentik. terutama di vas bunga, penampungan air, yang paling rawan itu di dispenser. Kadang-kadang ini ga terkontrol ya, tapi masih ada. jadi belum seratus persen

2. Tapi masyarakat itu tau semua jumentik itu apa? PSN itu apa?

Jawab:

Tauuu... karena kita kan udah sosialisasi di kantor RW. sosialisasi terbuka di kantor RW melalui RT-RT gitu kan. tapi kan begini dee ada juga RT yang ga mau

peduli, arisan RW ga mau dateng. Ngumpul-ngumpul ibu-ibu PKK di RT RW ga mau dateng. Yah itu lah karakteristik masyarakatkan gitu. Tapi yang jelas saya menjamin kira-kira 95 persen itu tau masyarakat. Tapi ada sebagian kecil masyarakat ga mau tau. Karena dia over confidence merasa udah yakin udah bersih karena itu tadi dia merasa karena tingkat sosial ekonominya sudah tinggi punya pembantu banyak. Padahal ini kan program pemerintah harus di dukung semua kan ya. Padahal disini kan dulu pernah ada kena wabah demam berdarah tahun 2010, di RT ini ada 18 orang yang kena virus DBD, dan satu orang meninggal karena DBD. Masa satu RT, ada 18 orang masuk sakit bareng-bareng gara-gara DBD. Gila ga tuh 18 orang masuk rumah sakit ganti-gantian, dan satu orang meninggal pula.

3. Nah terus itu gratis ga bu, biaya perawatan DBD yang ibu tau?

Jawab:

Sebetulnya, kalo dia berobat di rumah sakit pemerintah dia aturan gratis. Tapi karena dia perawatan di rumah sakit swasta jadinya modal sendiri. Tapi yang jelas kalo dirumah sakit pemerintah itu gratis.

4. Ooh di RT sini ada 18 Orang masuk rumah sakit dan 1 orang meninggal?

Jawab:

Iya, dee saya juga bingung itu nyamuk dari mana tapi setelah saya PSN yang saya amati banyak nyamuk itu dispenser, di gentong buka tutup itu kan masuk. Tapi InshaAllah itu sekarang kalo ada yang seperti itu saya omelin saja, biarin aja. biar ga terulang lagi deh DBD.

5. Jumantik itu bermanfaat ga bu?

Jawab:

Ohhh sangat, sangat bermanfaat sekali. Gimana ga bermanfaat setiap jumat kan turun ngeliat ngecek jentik kerumah-rumah. Malahan kita kekurangan kalo satu

RT satu orang jumatik. Karena kebutulan saya ketua LMK Kelurahan Sukapura, saya sedang memperjuangkan agar satu RT lebih dari satu jumatik.

6. Ibu melihat ada perubahan ga sih bu di RT dan RW sini dalam mendukung program jumatik?

Jawab:

Oooh iya ada dong, jadi gini jadi dulu kan bukan ga peduli ya tapi mungkin karena ga ada waktu. Mungkin terkesan ga peduli, tapi karena saya sekarang jadi koordinator disini. Saya gencar-gencar lah melaksanakan program jumatik.

7. Tapi ada perubahan ga sih bu dimasyarakat kita?

Jawab:

Ada-ada cukup signifikan, masyarakat sudah mulai peduli lah sekarang dan tadi bagian dulu masyarakat yang ga mau buka pintu yang ga peduli acuh, sekarang sudah mulai mau membuka pintu. Udah mulai mau diperiksa oleh jumatik.

8. Terus, bagaimana ibu melihat pelaksanaan jumatik di kelurahan sukapura?

Jawab:

Iya karena saya sering keliling, saya juga kan ketua kader jumatik di kelurahan jadi saya muter tuh sama pak lurah bersama kader-kader dari RW saya puterin dari RW 1 sampai RW 10 setiap jumat. Jadi saya tau bagaimana pelaksanaan jumatik di setiap RW kelurahan sukapura.

9. Ibu bagaimana melihat keseriusan pak lurah sukapura dan pak camat cilincing dalam mengangani DBD?

Jawab:

Wahhh, sangat concern lurah maupun camatnya dari yang saya amati kan lurah sering ganti. Dari beberapa ganti lurah di sukapura semuanya sangat concern menangani masalah DBD. Kemarin jumat wakil camat cilincing dateng langsung melihat pelaksanaan jumentik RW sini. Saya bisa menjamin lurah dan camat sudah sangat concern. Lurah dan camat sering turun kok ke lokasi-lokasi ikut melaksanakan PSN, jumat itu pasti turun. Bahkan pak walikota sendiri yang saya tahu juga sudah sering turun ke lokasi, kaya saya pernah ikut di papango, sunter agung, pademangan saya ikut tuh waktu itu. Karena kebutulan kan saya juga ketua dharma wanita sudin dikdas jakarta utara, jadi saya mendampingi ibu kasudin jadi saya tahu waktu pak walikota turun. Concern ahh semuanya concern itu. Cuman itu tadi ada bagian masyarakat masyarakatnya belum seratus persen semua mau buka pintu. Terus juga paling itu rumahnya pemukiman itu yang ngontrak- ngontrak susah itu yang masing kurang peduli sama lingkungannya sendiri.

10. Bu, itu kalo sebelum turun ke lokasi itu ada koordinasi ga sih bu, kaya dikasih tau dulu apa engga?

Jawab:

Ohh iya dong dikasih tau dulu, iya di koordinasikan dulu kaya misalnya di RW ini atau di kelurahan ini akan mau akan ada pelaksanaan PSN, jumentik oleh para lurah atau para camat dateng. Itu kan biasanya ada jadwal nya akan dateng ke RW berapa, tiap jumat itu biasanya muter tuh gantian ke RW-RW pak lurahnya ngeliat gimana pelaksanaan jumentik.

11. Terus ibu melihat sekarang ada perubahan ke arah yang positif ga sih bu dari masyarakat untuk DBD?

Jawab:

Positif lah, misalnya kan di RW 6 kan jadi sampel ada perubahan lah di RW 6 sudah negatif. Setiap jumat jumentik turun ngeliat ngecek jentik kerumah-rumah. Tapi yang paling baik itu memang self jumentik, jadi mereka sendiri yang memeriksa jentik dirumahnya sendiri.

12. Ibu melihat ini dalam melaksanakan PSN dan jumentik dipantau ga sih bu sama pak lurah dan pak camat?

Jawab:

Oohh di pantau, kebetulan kan gini di kelurahan itu kan ada seksi kesmas, DBD kan sistemnya itu bikin laporan. Ditinjau gimana sih kegiatan yang sudah berjalan, koordinator membuat laporan kemudian di tandatangan nin. Nanti di laporkan ke kelurahan nah nanti kan di rekapitulasi ada kasus berapa di situ. Selanjutnya nanti di laporkan ke kecamatan dari kecamatan di laporkan ke walikota.





UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
 KAMPUS UI, DEPOK 16424, TELP. (021) 7270006, 7869785, 7872823
 FAX. : (021) 7872820, 7270007

Formulir A10

BERITA ACARA UJIAN SKRIPSI / TKA

Dengan ini Panitia Ujian Skripsi / TKA menyatakan bahwa :

Nama Mahasiswa : Ramadhani Haryo Seno
 Nomor Pokok Mahasiswa : 0806397105
 Departemen : Ilmu Administrasi Program Sarjana Reguler
 Program Studi : Administrasi Negara

Telah menempuh ujian dan mempertahankan Skripsi / TKA yang berjudul :
 Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di DKI
 Jakarta

Dihadapan Sidang Ujian Skripsi / TKA pada

Hari : Kamis

Tanggal : 5 April 2012

Dengan hasil :

- () LULUS dengan mendapat nilai A (A sama)
 () TIDAK LULUS
 () Tanpa Perbaikan / Penyempurnaan
 () Dengan Perbaikan / Penyempurnaan, penyempurnaan/perbaikan
 skripsi yang harus dilakukan oleh mahasiswa tersebut untuk dapat
 () memperoleh Ijazah kesarjanaaan dengan segala hak-haknya.
 () menempuh ujian ulangan

Adalah : Perbaikan sesuai dengan masukan dari tim
 review dan wacana yang berkembang dalam sidang skripsi

Yang harus diselesaikan selambat-lambatnya pada tanggal : 05 Mei 2012

Depok, 5 April 2012

Ketua Sidang /Ketua Program

(Achmad Lutfi., S.Sos.,M.Si)

Pembimbing Pertama

(Dra. Afiati Indri Wardani.,M.Si)

Sekretaris

(Desy Hariyati. S.Sos)

Penguji Ahli

(Drs. Lisman Manurung.,M.Si., Ph.D)

Tembusan :

1. Ketua Sidang Ujian Skripsi / TKA
2. Ka. Bagian Keuangan
3. Pembimbing
4. Penguji Ahli