

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. PENDEKATAN SISTEM

##### 2.1.1. Batasan Sistem

Azwar menyebutkan dalam buku Pengantar Administrasi Kesehatan (1996 : 17-19) bahwa objek dan subjek kajian administrasi kesehatan adalah sistem kesehatan. Jika menyebut perkataan sistem kesehatan, ada dua pengertian yang terkandung di dalamnya yakni sistem dan kesehatan. Ada berbagai macam pengertian system, diantaranya:

1. Ryan menyebutkan bahwa “*sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan*”.
2. John McManama berkata bahwa “*sistem adalah struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien*”.

Jika diperhatikan dapat terlihat bahwa pengertian sistem dapat dibedakan atas dua macam yaitu sistem sebagai suatu wujud dan sistem sebagai suatu metoda. Pada sistem yang disebut sebagai suatu wujud apabila elemen-elemen yang terhimpun dalam sistem tersebut membentuk suatu wujud yang ciri-cirinya dapat dideskripsikan dengan jelas. Pada sistem yang disebut sebagai suatu metoda apabila elemen-elemen yang terhimpun dalam sistem tersebut membentuk suatu metoda yang dapat dipakai

sebagai alat dalam melakukan pekerjaan administrasi. Pemahaman sistem sebagai suatu metoda berperan besar dalam membantu menyelesaikan masalah-masalah yang dihadapi oleh suatu sistem.

Sedangkan pengertian kesehatan menurut WHO (1974) yakni *“keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental dan sosial yang tidak terbatas pada bebas dari penyakit atau kelemahan saja”*.

Pengertian sistem kesehatan adalah gabungan dari pengertian sistem dan kesehatan. Menurut WHO (1984) pengertian sistem kesehatan adalah *“kumpulan dari berbagai factor yang komplek dan saling berhubungan yang terdapat dalam suatu negara, yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perseorangan, keluarga dan ataupun masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan”*.

### **2.1.2. Ciri-Ciri Sistem**

Dalam buku Pengantar Administrasi Kesehatan karangan Azrul Azwar (1996 : 19-21) disebutkan ciri-ciri suatu sistem diuraikan sebagai berikut:

1. *“Terdapat bagian atau elemen yang satu sama lain saling berhubungan dan mempengaruhi yang kesemuanya membentuk satu kesatuan, dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan.”*
2. *“Fungsi yangn diperankan oleh masing-masing bagian atau elemen yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.”*

3. “*Dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya bekerjasama secara bebas namun terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana yang telah direncanakan.*”
4. “*Sekalipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu buka berarti ia tertutup terhadap lingkungan.*”

### **2.1.3. Unsur Sistem**

Telah disebutkan bahwa sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Bagian dan elemen yang dimaksud dapat diuraikan sebagai berikut: (Azwar, 1996 : 21-22)

#### **1. Masukan**

Masukan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Menurut Bruce (1990), Fromberg (1988) dan Gambone (1991) unsur masukan terdiri dari tiga macam yang terdiri dari tenaga (*man*), dana (*money*), dan sarana (*material*). Apabila tenaga dan sarana tidak sesuai dengan standard yang telah ditetapkan, serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan.

#### **2. Proses**

Proses (*proccess*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi masukan.

#### **3. Keluaran**

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

#### 4. Umpan Balik

Umpan balik (*feed back*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

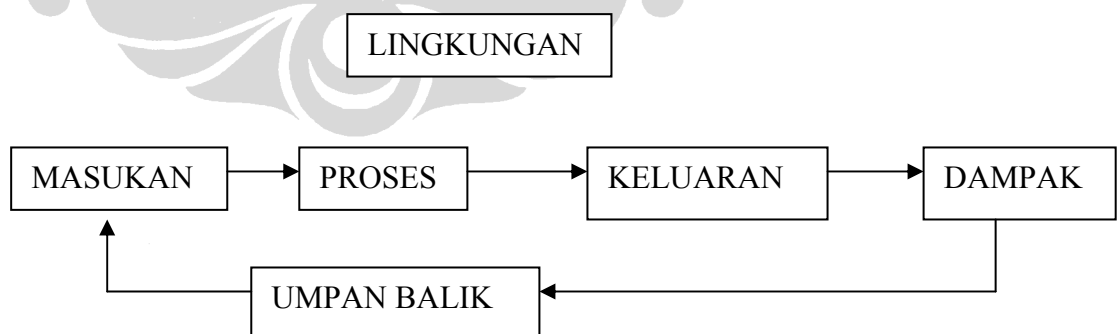
#### 5. Dampak

Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.

#### 6. Lingkungan

Lingkungan (*environment*) adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem. Menurut Donabedian (1980) keadaan sekitar yang terpenting untuk institusi kesehatan adalah kebijakan (*policy*), organisasi (*organization*), dan manajemen (*management*). Apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standard dan atau tidak bersifat mendukung, maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan.

**Gambar 2.1. HUBUNGAN UNSUR-UNSUR SISTEM**



(Azwar, 1996 : 22)

## **2.2. PUSKESMAS**

### **2.2.1. Pengertian Puskesmas**

Puskesmas menurut Depkes (2002 : 6) adalah suatu satuan organisasi yang diberikan kewenangan kemandirian oleh Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota untuk melaksanakan tugas-tugas operasional pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan. Sedangkan pembangunan kesehatan tersebut adalah penyelenggaraan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Jika ditinjau dari sistem pelayanan kesehatan yang berlaku di Indonesia maka puskesmas adalah tulang punggungnya. Disebutkan bahwa sistem pelayanan kesehatan di Indonesia dilaksanakan melalui kerja sama timbal balik antara masyarakat dengan puskesmas beserta rujukannya (Azwar, 1980)

### **2.2.2. Fungsi Puskesmas**

Puskesmas memiliki fungsi sebagai berikut (2005 : 12-14):

#### **1. Penggerak pembangunan berwawasan kesehatan**

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihannya.

#### **2. Pusat pemberdayaan masyarakat dan memberdayakan keluarga dalam pembangunan kesehatan**

Masyarakat dan keluarga perlu dididik oleh staf puskesmas tentang perilaku hidup sehat sehingga mereka memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan.

### 3. Pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan dasar yang ada di puskesmas bersifat komprehensif (menyeluruh), holistik (termasuk aspek sosial), terpadu antar program dan berkesinambungan. Oleh karena itu, puskesmas harus mengembangkan program pokoknya sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan masalah kesehatan masyarakat yang potensial berkembang di wilayah kerjanya. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan perorangan (*private goods*)
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat (*public goods*)

### 2.2.3. Manajemen Puskesmas

Teori manajemen banyak ragamnya, demikian pula penjabaran fungsi-fungsinya, ada yang sederhana tetapi ada juga yang rumit. Untuk mencapai visi puskesmas melalui ketiga fungsinya maka diperlukan manajemen yang cocok untuk puskesmas yang bersangkutan guna mengelola berbagai sumber daya pada input dan memprosesnya dalam bentuk implementasi fungsi puskesmas.

#### A. Perencanaan

Perencanaan adalah penyusunan rencana untuk waktu satu tahun ke depan termasuk rincian tahap tiap bulannya. Perencanaan tingkat puskesmas yang

dilaksanakan di kawasan perkotaan harus memperhatikan permasalahan kesehatan berdasarkan komitmen global dan nasional serta permasalahan spesifik pada setiap kawasan. Kebutuhan sumber daya juga akan berlainan dengan setiap kawasan (Depkes. 2002)

Langkah-langkah penyusunan perencanaan antara lain (Depkes RI, 1999):

1. Identifikasi masalah mencakup : mengetahui kebijaksanaan yang telah ditetapkan, pengumpulan data (data wilayah, data penduduk, data cakupan program, status kesehatan), analisis data, perumusan masalah dan penentuan peringkat masalah.
2. Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) mencakup : perumusan tujuan dan sasaran, kebijaksanaan dan langkah-langkahnya, perumusan kegiatan dan sumber daya.
3. Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) mencakup : penjadwalan dan pengorganisasian, pengalokasian sumber daya dan pelaksanaan kegiatan.
4. Penulisan Dokumen Perencanaan.

## **B. Penggerakan Pelaksanaan**

Pada penggerakan pelaksanaa, puskesmas lebih menekankan bagaimana mengimplementasikan rencana yang telah dibuat pada tahap perencanaan. Penggerakannya dapat saja melalui mekanisme yang sudah ada seperti lokakaryamini Tujuan dari penggerakan ini adalah untuk meningkatkan fungsi puskesmas melalui peningkatan kemampuan tenaga puskesmas untuk bekerjasama dalam tim dan membina kerjasama lintas

program dan lintas sektoral. Pada pelaksanaannya Lokakarya Mini Puskesmas dimulai dengan kegiatan tugas-tugas, tanggung jawab daerah binaan dan penetapan rencana kegiatan masing-masing (Depkes, 2002)

Pada tiap minggu pertama bulan berikutnya dilakukan pemantauan hasil kerja dan kualitas pelayanan. Hasil kerja masing-masing petugas selanjutnya akan dibandingkan dengan rencana yang disepakati. Dari pemantauan ini akan diidentifikasi masalah-masalah yang kemudian dianalisis lebih lanjut untuk mengetahui sebabnya. Upaya pemecahan masalahnya dapat dikelompokkan menjadi masalah yang dapat dipecahkan secara intern oleh Puskesmas, secara lintas sektor di tingkat Kecamatan/Kelurahan maupun pada tingkat Dati II. Tahapan lokakarya Mini Pkm terdiri dari Penggalangan kerjasama dalam tim puskesmas, penggalangan kerjasama lintas sektoral, rapat kerja bulanan puskesmas, rapat kerja tribulanan lintas sektoral (Depkes, 1999).

### **C. Penilaian**

Kegiatan ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran secara keseluruhan perkembangan puskesmas secara berkala dalam rangka pembinaan dan pengembangannya. Kegiatan ini meliputi: (Depkes, 1999)

1. Hasil kegiatan puskesmas dalam bentuk cakupan dari masing-masing kegiatan.
2. Hasil dan cara pelaksanaan manajemen puskesmas
3. Sumber daya yang tersedia di puskesmas



#### 4. Keadaan lingkungan yang mempengaruhi pencapaian hasil kegiatan puskesmas

Pelaksanaan penilaian mencakup kegiatan pengumpulan data, pengolahan data, analisis masalah dan penentuan langkah penganggulangnya. Dengan demikian tujuan kegiatan ini agar kepala puskesmas dan staf mengetahui kelemahan dan masalah yang dihadapi untuk berusaha memperbaikinya. Dalam proses evaluasi ini juga diperhatikan aspek akuntabilitas, mengingat puskesmas merupakan lembaga publik dan masyarakat berhak mengetahui perkembangannya (Depkes, 2002).

### **2.3. PENYAKIT DBD**

#### **2.3.1. Sejarah Perkembangan DBD**

Penyakit DBD adalah penyakit akibat virus dengue yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Penyakit ini ditemukan nyaris di seluruh belahan dunia terutama di negara-negara tropik dan subtropik baik sebagai penyakit endemik maupun epidemik. Hasil studi epidemiologi menunjukkan bahwa DBD terutama menyerang kelompok umur balita sampai dengan umur sekitar 15 tahun serta tidak ditemukan perbedaan signifikan dalam hal kerentanan terhadap serangan dengue antar gender. KLB dengue biasanya terjadi di daerah endemik dan berkaitan dengan datangnya musim penghujan. Hal tersebut sejalan dengan peningkatan aktivitas vektor dengue yang justru terjadi pada musim penghujan. Penularan penyakit DBD antar manusia terutama berlangsung melalui vektor nyamuk *Aedes aegypti*. (Djoni, 2006:2)

Penyakit akibat infeksi virus dengue ditemukan tersebar luas di berbagai negara terutama di negara tropik dan subtropik yang terletak antara 30° LU dan 40° LS seperti Asia Tenggara, Pasifik Barat dan Caribbean dengan estimasi kejadian sekitar 50-100 juta kasus setiap tahunnya. Penyakit yang dilaporkan pertama kali oleh Benyamin Rush pada tahun 1789 ini muncul dalam literatur Inggris berupa outbreak suatu penyakit yang terjadi sepanjang 1827-1829 di Caribbean. Penyakit tersebut sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dan dapat secara endemik ataupun epidemik yang menyebar dari suatu daerah ke daerah lain atau dari suatu negara ke negara lain. (Djoni, 2006:2).

Sebelum tahun 1970 epidemi DBD dilaporkan melanda sejumlah 9 negara, tahun 1995 negara yang dilanda *outbreak* DBD dilaporkan meningkat sejumlah 4 kali lipat terutama melibatkan negara-negara di Asia Tenggara dan Pasifik Barat. Pada tahun 2001, di Amerika dilaporkan lebih dari 60.000 kasus dengue dan sekitar 15.000 diantaranya merupakan kasus DBD. Angka kejadian tersebut lebih dari 2 kali lipat kejadian pada tahun 1995. Pada tahun 2001 di Brazil saja ditemukan 40.000 kasus termasuk 670 kasus DBD. Tragisnya di Negara-negara Asia terutama Asia Tenggara, epidemik DBD merupakan masalah abadi dan penyebab utama morbiditas dan mortalitas terutama pada anak. Angka kematian ini dapat mencapai 20%, namun dengan pengenalan dini dan terapi yang tepat, angka tersebut dapat direduksi menjadi kurang dari 1%. (Djoni, 2006:3).

Di Indonesia yang merupakan negara kepulauan yang terbentang di antara 6° LU dan 11° LS dengan iklimnya yang tropik, terjadi epidemik suatu penyakit di Jakarta yang kemungkinan besar adalah dengue dilaporkan pertama kali oleh David Beylon pada tahun 1779. Penyakit tersebut, yang ketika itu terutama menyerang etnis

Tionghoa, ditandai dengan demam, sakit kepala, nyeri retro-orbital, nyeri punggung, nyeri persendian dan nyeri otot. *Outbreak* pertama penyakit ini terjadi di Jakarta dan Surabaya pada tahun 1968 dengan ditemukannya 54 kasus dan 24 (44%) kasus diantaranya meninggal dunia. *Outbreak* penyakit ini dilaporkan terutama menyerang daerah urban. Pada tahun 1994, penyakit ini menyebar ke seluruh propinsi di Indonesia dan bahkan sejak tahun 2001 telah menjadi penyakit endemik di beberapa kota besar dan kecil, bahkan di daerah pedesaan. (Djoni, 2006:2-3)

Berdasarkan data yang dilaporkan ke WHO antara tahun 1991-1995, Indonesia menempati peringkat ketiga (110.043 kasus) dalam hal insidensi infeksi virus dengue dengan jumlah kematian menempati peringkat pertama (2861 kasus) dan antara negara-negara seperti Vietnam, India, Myanmar, Amerika, Kamboja, Malaysia, Singapura, Filipina, Sri Langka, Laos dan Negara-negara di Kepulauan Pasifik (Djoni, 2006:3).

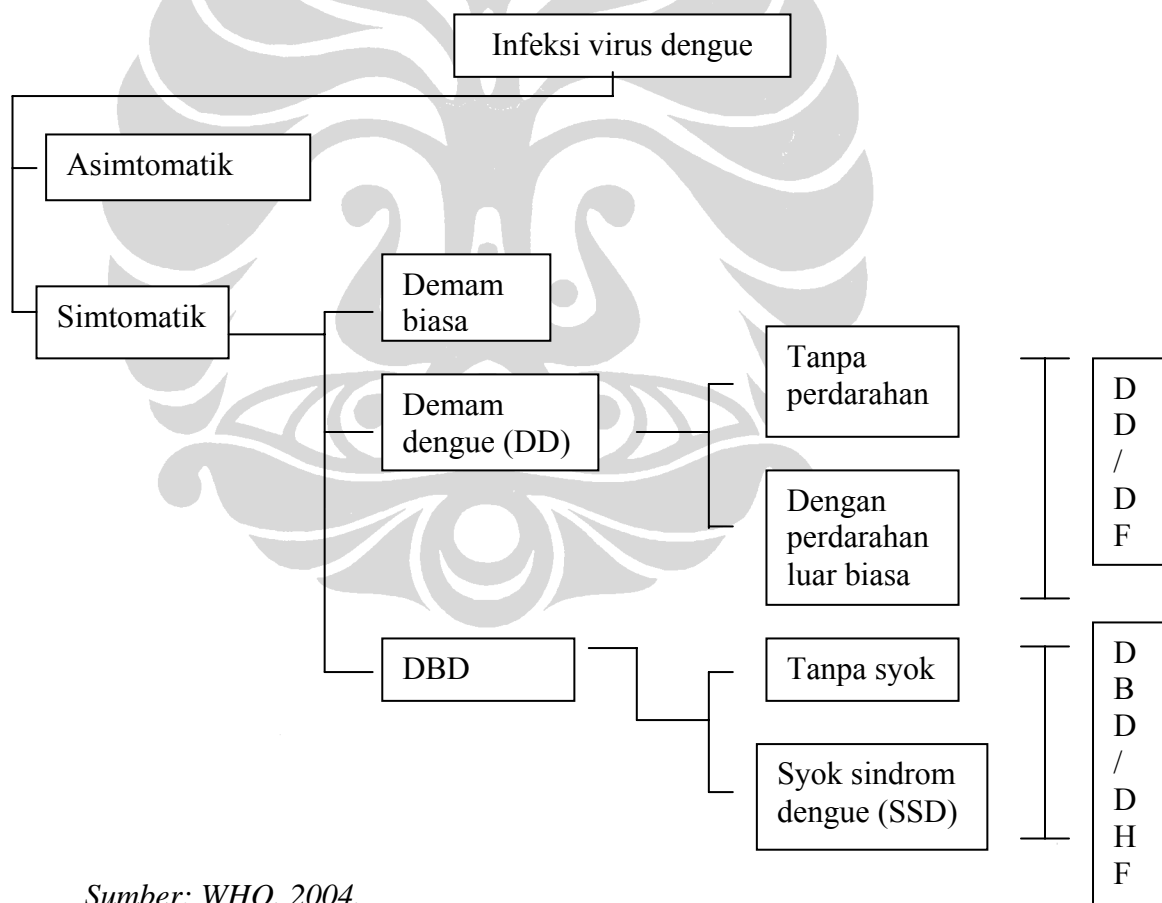
### **2.3.2. Pengenalan Penyakit DD/DBD**

Perjalanan penyakit infeksi virus di dalam tubuh manusia sangat tergantung dari interaksi antara kondisi imunologik dan umur seseorang. Oleh karena itu maka infeksi virus dengue dapat tidak bergejala (asimtomatik) ataupun bermanifestasi klinis ringan yaitu demam tanpa penyebab yang jelas (*undifferent febrile illness*), demam dengue (DD), dan bermanifestasi berat yaitu demam berdarah dengue (DBD) tanpa syok atau sindrom syok dengue (SSD) (Hadinegoro, 2000).

Bayi, anak-anak, dan beberapa orang dewasa yang terinfeksi virus dengue pertama kalinya (melalui infeksi primer dengue) akan mengalami demam biasa yang tidak bisa dibedakan dengan demam atau muncul selama fase *defervenses* (fase

penurunan suhu tubuh). Demam dengue paling sering menyerang anak dan orang dewasa. Pada dasarnya demam dengue merupakan demam bifase akut yang ditandai dengan sakit kepala, mialgia, *artralgia*, ruam kulit, dan *leucopenia*. Walaupun DD pada dasarnya tidak berbahaya, penyakit ini dapat menurunkan fungsi tubuh, misalnya otot dan sendi terasa sangat nyeri (*breakbone fever*), terutama pada orang dewasa dan terkadang disertai dengan perdarahan yang tidak biasa. Di daerah endemic dengue, DD jarang menyerang penduduk asli (WHO, 2004).

**Gambar 2.2. Manifestasi Infeksi Dengue**



*Sumber: WHO, 2004.*

Demam berdarah dengue paling sering menyerang anak yang berusia kurang dari 15 tahun, walaupun juga menyerang orang dewasa. DBD ditandai dengan munculnya awitan akut demam yang disertai dengan tanda dan gejala yang tidak

spesifik. Diatesis hemoragi juga terjadi dengan kecenderungan menimbulkan syok yang berakibat fatal (sindrom syok dengue). Hemostatis tidak normal dan adanya kebocoran plasma merupakan perubahan patofisiologis yang utama, dengan trombositopenia dan hemokonsentrasi sebagai temuan yang tetap. Walaupun DBD biasa menyerang anak-anak yang mengalami infeksi sekunder dengue, catatan juga menunjukkan serangan infeksi primer (WHO, 2004).

### **Demam Dengue (DD)**

Demam dengue adalah penyakit demam akut selama 2-7 hari dengan dua atau lebih manifestasi sebagai berikut: nyeri kepala, nyeri retro-orbital, mialgia, ruam kulit, manifestasi perdarahan dan leucopenia (Hadinegoro, 2000).

Definisi kasus DD menurut Djoni Djoni (2006) dibagi menjadi tiga yaitu kasus berdasarkan *probable*, *confirmed* dan *reportable*.

- a. *Probable* (kasus yang mungkin) DD apabila ditemukan demam akut disertai 2 atau lebih manifestasi nyeri kepala, nyeri retro-orbital, mialgia, ruam kulit, manifestasi perdarahan dan leucopenia.

Disertai

- Dukungan pemeriksaan serologis dalam bentuk *reciprocal haemagglutination-inhibition antibody titre* 1280, *comparable ELISA titre* atau tes antibody IgM dari specimen serum yang menunjukkan hasil positif pada fase *late acute* atau fase konvalesens.

Atau

- Kejadian berada pada lokasi dan saat yang sama dengan kasus lain yang telah dikonfirmasi sebagai DD.

- b. *Confirmed* yaitu kasus yang telah dikonfirmasi dengan pemeriksaan klinis.
- c. *Reportable* yaitu setiap kasus *probable* atau *confirmed* harus dilaporkan.

### Demam Berdarah Dengue (DBD)

Pada awal perjalanan penyakit, DBD dapat menyerupai kasus DD dengan kecenderungan perdarahan dengan satu manifestasi klinis atau lebih, yaitu:

- Uji tourniquet atau purpura
- Perdarahan mukosa (epitaksis, perdarahan gusi)
- Hematemesis atau melena
- Trombositopenia (jumlah trombosit  $<100.000/\text{mm}^3$ )
- Hemokonsentrasi sebagai akibat dari peningkatan permeabilitas kapiler dengan manifestasi satu atau lebih, yaitu:
  - Peningkatan hematokrit  $>20\%$  dibandingkan standar sesuai umur dan jenis kelamin
  - Penurunan hematokrit  $\geq 20\%$  setelah mendapat pengobatan cairan
  - Tanda perembesan plasma, yaitu efusi pleura, asitesis atau proteinemia

(Hadinegoro, 2000)

Selain itu pada kasus yang bersangkutan harus ditemukan adanya demam atau riwayat demam akut yang berlangsung selama 2-7 hari, kadang-kadang memiliki pola bifasik (Djoni, 2006).

Sindrom syok dengue (SSD) menurut Djoni (2006) adalah ke-empat kriteria demam berdarah dengue sebagaimana dikemukakan di atas ditambah dengan kejadian kegagalan sirkulasi yang ditandai oleh:

- a. Nadi yang teraba cepat dan lemah

- b. Tekanan nadi yang menyempit (<20 mmHg atau 2,7 kPa)

Atau ditandai oleh

- a. Hipotensi. Dinyatakan sebagai hipotensi apabila tekanan darah sistolik <80 mmHg (10,7 kPa) untuk anak-anak berumur kurang dari 5 tahun, atau <90 mmHg (12,0 kPa) untuk anak berumur sama dengan atau lebih besar dari 5 tahun. Penyempitan tekanan nadi dijumpai pada awal fase syok, sedangkan hipotensi dijumpai pada fase lebih belakangan atau pada pasien yang mengalami perdarahan kulit
- b. Kulit terasa dingin dan lembab serta pasien nampak gelisah

### 2.3.3. Derajat penyakit DD/DBD

Derajat keparahan penyakit secara arbiter diklasifikasikan sebagai kasus “*non-shock*” dan kasus “*shock*”. Kasus “*non-shock*” mencakup DBD serajat I dan II di mana DBD derajat II lebih parah daripada DBD derajat I. Pada DBD derajat II dijumpai adanya perdarahan spontan. Sedangkan kasus “*shock*” mencakup DBD derajat III dan IV dijumpai syok yang dalam dengan nadi tidak teraba dan/atau tekanan darah yang tidak terukur. Klasifikasi derajat keparahan penyakit akibat infeksi virus dengue dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 2.1. Klasifikasi Derajat Keparahannya Penyakit Akibat Infeksi Virus Dengue**

DD/DBD	Derajat	Klinis	Laboratoris
DD		Demam disertai 2/lebih tanda-tanda sakit kepala, nyeri retro-orbital, mialgia, artralgia.	Leukopenis, trombositopenia, tanpa bukti kebocoran plasma.
DBD	I	Manifestasi DD disertai dengan uji perdarahan spontan.	Trombositopenia (<100.000/mm <sup>3</sup> ), disertai bukti kebocoran plasma.
DBD	II	Manifestasi DBD derajat II	Trombositopenia

		disertai perdarahan spontan.	(<100.000/mm <sup>3</sup> ), disertai bukti kebocoran plasma.
DBD	III	Manifestasi DBD derajat I disertai perdarahan spontan.	Trombositopenia (<100.000/mm <sup>3</sup> ), disertai bukti kebocoran plasma.
DBD	IV	Syok berat disertai dengan tekanan darah dan nadi yang tidak terukur.	Trombositopenia (<100.000mm <sup>3</sup> ), disertai bukti kebocoran plasma.

(Djoni, 2006)

#### 2.3.4. Kriteria Diagnosis DBD/SSD

Kriteria diagnosis pada dasarnya adalah manifestasi klinis dan laboratoris yang timbul akibat infeksi virus dengue dan dapat digunakan sebagai acuan untuk menetapkan diagnosis definitif adanya infeksi virus dengue (Djoni, 2006). Diagnosis DBD ditegakkan berdasarkan kriteria diagnosis menurut WHO tahun 1986 terdiri dari kriteria klinis dan kriteria laboratoris.

##### Kriteria Klinis

Manifestasi yang mengindikasikan diagnosis DBD/SSD sebagaimana dikemukakan di bawah ini membantu praktisi untuk menetapkan diagnosis dini DBD/SSD sebelum *onset* syok di samping untuk menghindari terjadinya overdiagnosis mengenai DBD/SSD. Indikator penting DBD/SSD yang ditemukan melalui pengamatan klinis adalah:

- a. Demam tinggi mendadak, tanpa sebab jelas, berlangsung terus menerus selama 2-7 hari.
- b. Terdapat manifestasi perdarahan, termasuk uji tourniquet positif, *petekie*, *ekimosis*, *epitaksis*, perdarahan gusi, *hematemesis* dan/atau *melena*.
- c. Pembesaran hati.



- d. Syok, ditandai nadi cepat dan lemah serta penurunan tekanan nadi, hipotensi, kaki dan tangan dingin, kulit lembab dan pasien tampak gelisah.

(Hadinegoro. 2000).

### **Kriteria Laboratoris**

Temuan laboratoris berikut membantu penetapan diagnosis DBD/SSD apabila didapatkan manifestasi klinis sebagaimana yang telah dikemukakan.

- a. Trombositopenis ( $\leq 100.000$  sel trombosit/ $\text{mm}^3$ ).
- b. Hemokonsentrasi (hematokrit meningkat sekurang-kurangnya 20% di atas rata-rata dikaitkan dengan usia, jenis kelamin dan populasi).

Ditemukannya 2 kriteria klinis pertama (demam tinggi dan manifestasi perdarahan) disertai dengan 1 kriteria laboratoris (paling tidak ditemukan adanya peningkatan hematokrit) cukup untuk menetapkan diagnosis professional DBD. Efusi pleura dan/atau hipoalbuminemia dapat memperkuat diagnosis terutama pada pasien anemi dan/atau terjadi perdarahan. Pada kasus syok, adanya peningkatan hematokrit dan adanya trombositopenia mendukung diagnosis DBD (Djoni, 2006).

### **2.3.5. Nyamuk Penular**

Menurut riwayatnya nyamuk penular penyakit demam berdarah yang disebut nyamuk *Aedes aegypti* pada mulanya berasal dari Mesir yang kemudian menyebar ke seluruh dunia, melalui kapal laut dan udara. Nyamuk hidup dengan subur dibelahan dunia yang memiliki iklim tropis dan subtropis. Nyamuk ini hidup dan berkembang biak pada tempat-tempat penampungan air bersih yang tidak langsung berhubungan dengan tanah seperti: bak mandi/wc, minuman burung, air tendon, air

tempayan/gentong, kaleng, ban bekas, dll. Di Indonesia nyamuk *Aedes aegypti* tersebar luas di seluruh pelosok tanah air, baik di kota-kota maupun desa-desa, kecuali di wilayah yang ketinggiannya lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut (Hadinegoro, 2000:17).

Perkembangan hidup nyamuk penular DBD dari telur hingga dewasa membutuhkan waktu sekitar 10-12 hari. Hanya nyamuk betina yang menggigit dan menghisap darah serta memilih darah manusia untuk mematangkan telurnya. Sedangkan nyamuk yang jantan tidak bisa menggigit/menghisap darah, melainkan hidup dari sari bunga tumbuh-tumbuhan. Umur nyamuk *Aedes aegypti* betina berkisar antara 2 minggu samapai 3 bulan atau rata-rata 1,5 bulan tergantung dari suhu kelembaban udara di sekelilingnya. Kemampuan terbangnya berkisar antara 40-100 m dari tempat perkembangbiakannya. Tempat istirahat yang disukai adalah benda-benda yang tergantung yang ada di dalam rumah, seperti gordin, kelambu dan baju/pakaian di kamar yang gelap dan lembab (Hadinegoro, 2000: 17).

Kepadatan nyamuk ini akan meningkat pada waktu musim hujan, dimana terdapat banyak genangan air bersih yang dapat menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti*, penyakit demam berdarah juga dapat ditularkan oleh nyamuk *Aedes albopictus*. Tetapi peranan nyamuk ini dalam menyebarkan penyakit demam berdarah kurang jika dibandingkan dengan nyamuk *Aedes aegypti*. Hal ini karena nyamuk *Aedes albopictus* hidup dan berkembang biak di kebun atau semak-semak, sehingga lebih jarang kontak dengan manusia dibandingkan dengan nyamuk *Aedes aegypti* yang berada di dalam dan sekitar rumah (Hadinegoro, 2000:17-18).

*Aedes aegypti* merupakan spesies nyamuk yang hidup dan ditemukan di negara-negara yang terletak antara 35° LU dan 35° LS pada temperatur udara paling

rendah sekitar 10° C. Pada musim panas, spesies ini kadang-kadang ditemukan di daerah yang terletak sampai sekitar 45° LS. Selain itu ketahanan hidup spesies ini juga tergantung pada ketinggian daerah yang bersangkutan dari permukaan laut. Biasanya spesies ini tidak ditemukan di daerah dengan ketinggian lebih dari 1000 m di atas permukaan laut. Nyamuk ini memiliki kebiasaan mencari makan (mengigit manusia untuk dihisap darahnya) sepanjang hari terutama antara jam 08.00-13.00 dan antara jam 15.00-17.00. Sebagai nyamuk domestik di daerah urban, nyamuk ini merupakan vektor utama (95%) bagi penyebaran penyakit DBD. Jarak terbang spontan nyamuk betina jenis ini terbatas sekitar 30-50 meter per hari. Jarak terbang jauh biasanya terjadinya terjadi secara pasif melalui semua jenis kendaraan termasuk kereta api, kapal laut dan pesawat udara (Djoni, 2006:12).

*Aedes albopictus* merupakan nyamuk kebun yang memperoleh makanan dengan cara menggigit dan menghisap darah berbagai jenis binatang, berkembang biak di dalam lubang-lubang pohon, lekukan tanaman, potongan batang bambu dan buah kelapa yang terbuka. Larva nyamuk jenis ini memiliki habitat hidup dalam genangan air dalam kaleng. Habitat larva yang semacam itu menyebabkan spesies ini banyak dijumpai di daerah pedesaan, pinggiran kota dan taman-taman kota (Djoni, 2006:13).

Puncak kasus DBD diketahui pada musim hujan yaitu dari bulan Desember sampai dengan Maret. Tetapi untuk daerah perkotaan puncak terjadi pada Juni atau Juli yaitu permulaan musin kemarau tiap tahun di beberapa kota seperti Jakarta, Bandung, Yogya dan Surabaya (Hadinegoro, 2000:21).

### 2.3.6. Penularan Penyakit DBD

Terdapat tiga faktor yang memegang peran pada penularan infeksi dengue, yaitu manusia, virus, dan vektor perantara. Virus dengue ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Ae. Aegypti*. Nyamuk *Ae. albopictus*, *Ae. polynesiensis* dan beberapa spesies lain dapat juga menularkan virus ini tetapi merupakan vektor yang kurang berperan. Nyamuk aedes tersebut dapat menularkan virus dengue kepada manusia baik secara langsung yaitu setelah menggigit orang yang sedang mengalami viremia; maupun secara tidak langsung setelah melalui masa inkubasi dalam tubuhnya selama 8-10 hari sebelum menjadi dakit setelah virus masuk ke dalam tubuh (Hadinegoro, 2000).

Pada nyamuk, sekali virus dapat masuk dan berkembang biak di dalam tubuhnya, maka nyamuk tersebut akan dapat menularkan virus selama hidupnya (infektif). Sedangkan pada manusia, penularan hanya dapat terjadi pada saat tubuh dalam keadaan viremia yaitu 5-7 hari (Hadinegoro, 2000).

Penyakit DBD ditularkan orang yang dalam darahnya terdapat virus dengue. Jika orang digigit nyamuk aedes maka virus dengue masuk bersama darah yang diisapnya. Di dalam tubuh nyamuk itu, virus dengue akan berkembang biak dengan cara membelah diri dan menyebar di seluruh bagian tubuh nyamuk. Sebagian besar virus itu berada dalam kelenjar liur nyamuk. Dalam tempo satu minggu jumlahnya dapat mencapai puluhan atau bahkan ratusan ribu sehingga siap untuk ditularkan kepada orang lain (Hadinegoro, 2000).

Tidak semua orang yang digigit nyamuk *aedes* yang membawa virus dengue akan terserang DBD. Orang yang memiliki kekebalan tubuh yang cukup terhadap virus dengue, tidak akan terserang penyakit ini, meskipun dalam darahnya terdapat

virus. Sebaliknya pada orang yang tidak memiliki kekebalan tubuh yang cukup terhadap virus dengue, maka orang tersebut akan sakit demam ringan atau bahkan sakit berat, yaitu demam tinggi disertai perdarahan bahkan syok, tergantung dari tingkat kekebalan tubuh yang dimilikinya (Hadinegoro, 2000).

## **2.4. KEGIATAN P2DBD**

### **2.4.1. PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk)**

PSN adalah kegiatan pemberantasan telur, jentik dan kepompong nyamuk penular DBD (*Aedes aegypti*) di tempat-tempat perkembang biakannya.

PSN dapat dilakukan melalui berbagai metode diantaranya:

- Fisik: 3M (menguras, menutup dan mengubur)
- Kimia: Larvasid selektif (bahan larvasida : abate/themephos, altocid dan lain-lain)
- Biologis : menggunakan predator (misal: ikan kepala timah/ikan cupang)
- Pemasangan ovitrap yaitu alat yang digunakan untuk mendeteksi adanya nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* dimana kepadatan populasinya rendah dan survey jentik tidak produktif.

Adapun keberhasilan PSN dapat dilihat dari terlaksananya kegiatan PSN di masyarakat secara teratur dan berkesinambungan Selain itu dapat dilihat dari pencapaian Angka Bebas Jentik (ABJ) yaitu lebih besar dan atau sama dengan 95% (Dinkes, 2007).

#### **2.4.2. PJB (Pemantauan Jentik Berkala)**

PJB adalah pemeriksaan tempat-tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* yang dilakukan secara teratur oleh petugas kesehatan untuk mengetahui hasil PSN yang dilaksanakan oleh masyarakat. PJB dilaksanakan setiap tiga bulan sekali pada bulan Maret, Juni dan September. PJB dilakukan dengan mengunjungi rumah dan tempat-tempat umum untuk memeriksa TPA (Tempat Penampungan Air), non TPA dan tempat penampungan air alamiah di dalam dan di luar rumah serta bangunan. PJB termasuk cara memotivasi keluarga/masyarakat dalam melaksanakan PSN disertai penyuluhan, dan diharapkan masyarakat dapat melaksanakan PSN secara teratur dan terus menerus (Dinkes, 2006).

Indikator dari kegiatan PJB adalah ABJ (Angka Bebas Jentik) yaitu angka yang menunjukkan jumlah rumah/bangunan yang tidak ditemukan jentik baik di dalam maupun di luar rumah dibagi jumlah rumah yang diperiksa dikalikan seratus persen. Angka bebas jentik yang diharapkan adalah lebih besar atau sama dengan 95% (Dinkes, 2006).

#### **2.4.3. PE (Penyelidikan Epidemiologi)**

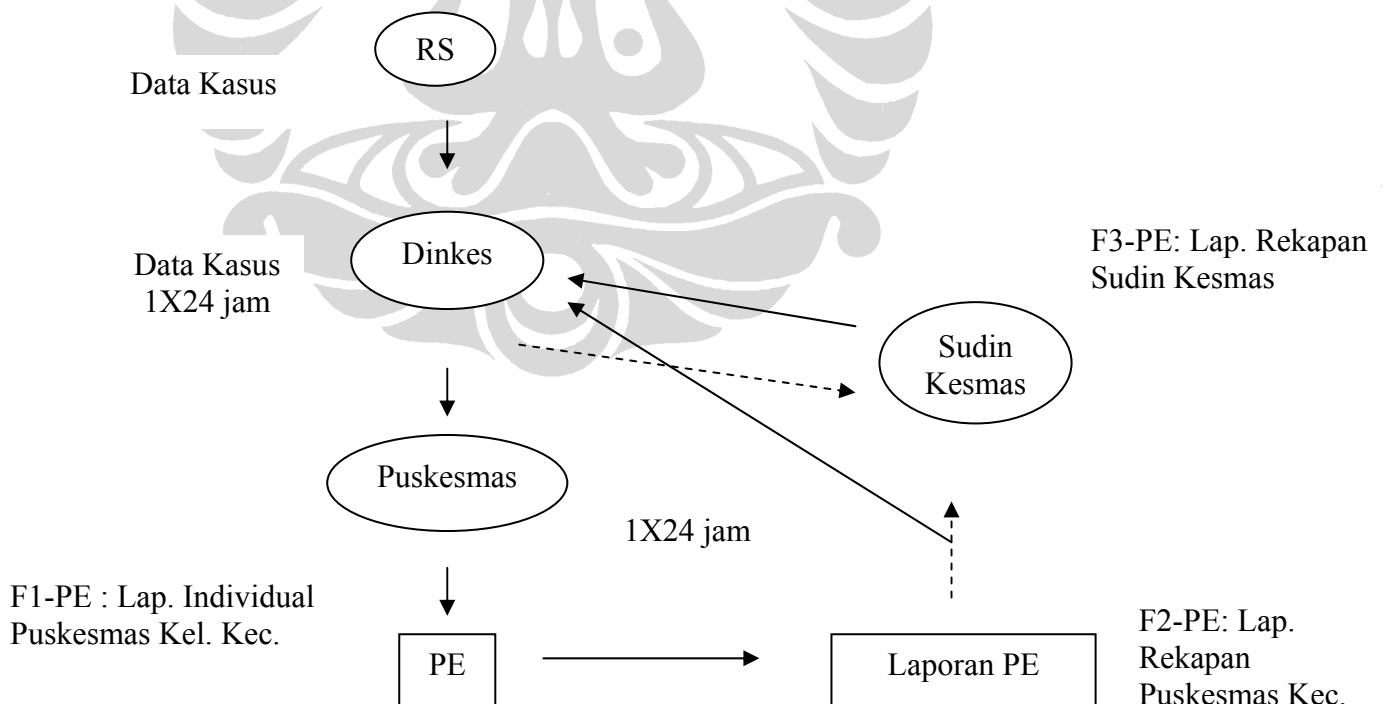
PE (Penyelidikan Epidemiologi) adalah kegiatan pencarian penderita DBD atau tersangka DBD lainnya dan pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD di tempat tinggal penderita dan rumah/bangunan sekitarnya, sebanyak 20 rumah dalam radius 100 meter, termasuk tempat-tempat umum. Hasil yang diharapkan dari PE adalah:

- PE (+), apabila ditemukan kasus tambahan DBD dan atau; penderita demam tanpa sebab yang jelas lebih dari 3 orang atau adanya tanda bintik perdarahan serta hasil uji tourniquet positif dan ditemukan jentik 5% dan atau; penderita

meninggal karena sakit DBD dalam radius 100 m atau 20 rumah dari kasus pertama.

- PE (-) apabila tidak ditemukan kasus tambahan DBD dan atau tidak ada penderita panas, dan atau hasil uji tourniquet negatif dan atau ditemukan jentik kurang dari 5% dalam radius 100 m atau 20 rumah dari kasus pertama.
- Non-DBD apabila kasus awal atau penderita DBD pertama yang dilacak ternyata bukan DBD.
- Penderita tidak ditemukan, apabila sesuai alamat penderita DBD pertama yang dilacak ternyata tidak berdomisili ditempat tersebut karena alamat tidak jelas.

**Gambar 2.3. Alur Data Kasus DBD dan Pelaporan PE**



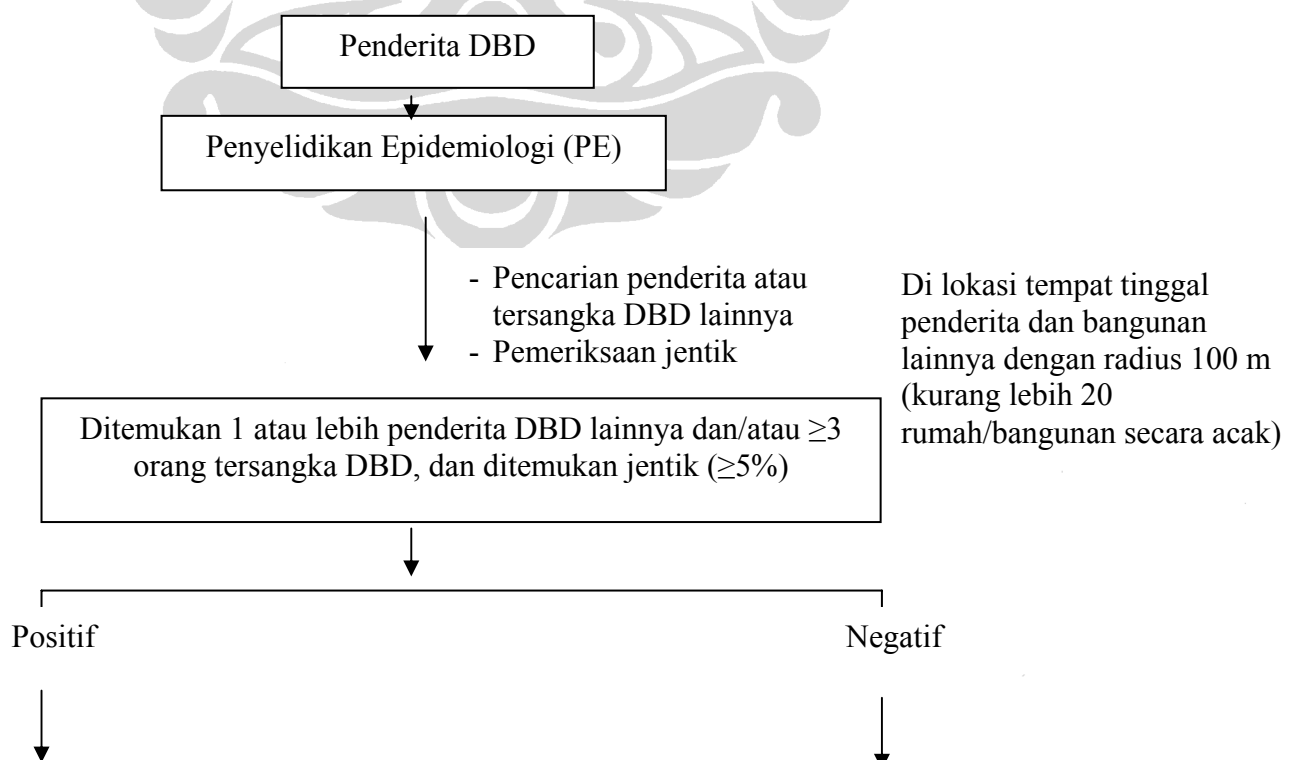
*Sumber: Dinkes, 2006*

#### 2.4.4. Penanggulangan Fokus

Penanggulangan fokus adalah kegiatan pemberantasan nyamuk penular DBD yang dilaksanakan dengan melakukan pemberantasan sarang nyamuk DBD, larvasidasi, penyuluhan dan penyemprotan (pengasapan) menggunakan insektisida sesuai dengan kriteria. Penanggulangan fokus dilaksanakan untuk membatasi penularan DBD dan mencegah terjadinya KLB di lokasi tempat tinggal penderita DBD dan rumah/bangunan sekitarnya serta tempat-tempat umum yang berpotensi menjadi sumber penularan lebih lanjut.

Penanggulangan fokus merupakan kegiatan tindak lanjut hasil penyelidikan epidemiologi positif (PE+). Pada saat penanggulangan fokus juga dilakukan PSN, larvasidasi dan penyuluhan. Penanggulangan fokus dilakukan dua siklus dengan interval satu minggu yang dilakukan di tempat yang sama (Dinkes, 2006).

**Gambar 2.4. Bagan Penanggulangan Fokus  
(Penanggulangan Penderita DBD di Lapangan)**





1. PSN DBD 1 desa
2. Larvasidasi radius 200 meter
3. Penyuluhan 1 desa
4. Pengabutan, radius 200 meter (2 siklus interval 1 minggu)

1. PSN 1 desa
2. Larvasidasi radius 200 meter
3. Penyuluhan 1 desa

*Sumber: Depkes, 2006*

Berdasarkan pedoman P2B2 (Dinkes, 2001), kebijakan pemberantasan penyakit DBD di Propinsi DKI Jakarta ini dititikberatkan pada:

- a. Kewaspadaan terhadap penyakit DBD dengan melaksanakan surveilens vektor guna mencegah dan membatasi agar tidak terjadi KLB/wabah.
- b. Dilakukan pemberantasan terhadap nyamuk penularnya caik terhadap nyamuk dewasa ataupun jentiknya.

Prioritas dalam pelaksanaan hal tersebut menuntut dilakukannya hal-hal berikut:

1. Dikembangkannya strategi yang mengangkat masalah penyebaran dan peningkatan kasus dengue suatu cara tertentu yang dapat berkesinambungan.
2. Ditingkatkannya penyuluhan kesehatan masyarakat
3. Ditingkatkannya perhatian terhadap masalah kesehatan.
4. Digiatkannya penelitian.
5. Diperluasnya pengamatan terhadap dengue.
6. Disediakkannya panduan terhadap pemberantasan vektor.
7. Meletakkan prioritas pada upaya yang melibatkan sumber-sumber eksternal sebagai bagian dari program pencegahan penyakit.

**Tabel 2.2. SOP Program DBD di Propinsi DKI Jakarta**

No.	Kegiatan Pokok	Jenis Kegiatan	Bahan	Alat
-----	----------------	----------------	-------	------

1.	Kewaspadaan Dini dan KLB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bulan Bakti 3M <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyuluhan Intensif</li> <li>• Kerja Bakti Serempak</li> <li>• Pemantauan Jentik</li> </ul> </li> <li>2. Penyelidikan Epidemiologi</li> <li>3. Penanggulangan Fokus <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyuluhan</li> <li>• PSN</li> <li>• FF</li> <li>• Abatisasi</li> </ul> </li> <li>4. Abatisasi Selektif dan PJB</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leaflet</li> <li>• Poster</li> <li>• Film DBD</li> <li>• Radio Spot</li> <li>• TV Spot</li> <li>• Formulir</li> <li>• Leaflet</li> <li>• Poster</li> <li>• Insektisida</li> <li>• Larvasida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Megaphone</li> <li>• Senter</li> <li>• Kendaraan Operasional</li> <li>• MesinFog</li> <li>• Baju Kerja</li> </ul>
2.	Penanggulangan KLB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyuluhan</li> <li>2. Fogging Massal</li> <li>3. PSN</li> <li>4. Abatisasi</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leaflet</li> <li>• Poster</li> <li>• Insektisida</li> <li>• Larvasida</li> <li>• Formulir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesin Fog</li> <li>• Senter</li> <li>• ULV</li> <li>• Baju Kerja</li> </ul>
3.	Pelatihan Dokter Anak/Penyakit Dalam dan Dokter Puskesmas perawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seminar</li> <li>2. Praktikum</li> <li>3. Diskusi</li> <li>4. Studi Kasus</li> <li>5. On the job training</li> <li>6. Diklat jarak jauh</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modul</li> <li>• Buku petunjuk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HT set</li> <li>• Filter Paperdisk</li> <li>• Antigen dengue, Kaolin, Bovin</li> <li>• Albumin, tensimeter, ring needle</li> <li>• Cairan infus dan infus set</li> </ul>

Sumber: Dinkes, 2001

Berdasarkan petunjuk teknis program P2DBD dari Depkes (2005) maka kegiatan pokok di tingkat puskesmas adalah sebagai berikut:

- a. Mendistribusikan pedoman/juklak/juknis dan bahan/alat, program pengadaan/kiriman pusat ke kabupaten/kota BTKL dan KKP.

- b. Mengusulkan penyediaan dan mendistribusikan bahan/alat program P2DBD melalui APBD propinsi atau sumber dana lain.
- c. Menyelenggarakan pertemuan/pelatihan klinis dari RS kab/kota
- d. Melaksanakan penyuluhan intensif melalui berbagai media.
- e. Memfasilitasi pertemuan lintas program dan lintas sektor (pertemuan pokjanel propinsi secara berkala).
- f. Mengembangkan dan melaksanakan metode PSN DBD sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah.
- g. Bersama-sama dengan pusat membantu kab/kota mengembangkan metode PSN DBD yang sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah berdasar hasil survey/penelitian.
- h. Melaksanakan surveilens epidemiologi DBD.
- i. Melaksanakan sistem kewaspadaan dini dan penanggulangan DBD.
- j. Melaksanakan pembinaan teknis program.
- k. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi program.
- l. Mengirimkan laporan hasil kegiatan program secara rutin ke tingkat pusat.

## BAB III

### GAMBARAN UMUM

#### 3.1. Gambaran Umum Wilayah Kecamatan Tanah Abang

##### 3.1.1. Letak Geografis

Letak/keadaan wilayah Kecamatan Tanah Abang berada di bagian barat Kotamadya Jakarta Pusat. Pengurangan penduduk di Kecamatan Tanah Abang disebabkan oleh adanya pembangunan perkantoran, hotel mewah, plaza, dan apartemen.

Batas wilayah Kecamatan Tanah Abang:

- Utara : Kecamatan Gambir
- Timur : Kecamatan Menteng
- Selatan : Kotamadya Jakarta Barat
- Barat : Kotamadya Jakarta Selatan (Jl. Gatot Subroto)

Luas wilayah Kecamatan Tanah Abang adalah 819,785 ha, terdiri dari 7 kelurahan, 65 RW, 726 RT. Luas masing-masing kelurahan tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 3.1. Luas wilayah Kelurahan  
di wilayah Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007**

No.	Kelurahan	Luas Wilayah
1.	Kampung Bali	73,40 ha
2.	Kebon Kacang	71 ha
3.	Kebon Melati	125,43 ha
4.	Petamburan	90,10 ha
5.	Bendungan Hilir	158,16 ha
6.	Karet Tengsin	153,43 ha
7.	Gelora	259,13 ha

*Sumber: Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007*

Daerah kumuh dan daerah banjir terdapat di beberapa RW di Kecamatan Tanah Abang. Daerah tersebut dapat dilihat dalam tabel di bawah ini:

**Tabel 3.2. Daerah Kumuh dan Banjir Berdasarkan Letak RW di Wilayah Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007**

No.	Kelurahan	Letak RW
1.	Kampung Bali	01-05
2.	Kebon Kacang	09
3.	Kebon Melati	014, 016
4.	Petamburan	01-05, 08-09
5.	Bendungan Hilir	01, 03-07
6.	Karet Tengsin	04-05, 07-09
7.	Gelora	02

Sumber: Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007

### 3.1.2. Keadaan Demografi

Wilayah Kecamatan Tanah Abang mempunyai keadaan demografi yang padat, penduduk heterogen dan banyak penduduk musiman.

Adapun jumlah penduduk menurut jenis kelamin di Kecamatan Tanah Abang adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.3. Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin Per kelurahan di Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007**

No	Kelurahan	Jumlah Penduduk			Jumlah KK
		Laki-laki	Perempuan	Jumlah	
1	Kampung Bali	4797	4784	9581	2724
2	Kebon Kacang	8478	8454	16932	5308
3	Kebon Melati	9211	11384	20595	7630
4	Karet Tengsin	7562	6687	14249	3491
5	Petamburan	11904	11385	23289	6772
6	Bendungan Hilir	7936	8141	16077	5148
7	Gelora	1328	1079	2407	511
Jumlah		51216	51914	103130	31584

Sumber: Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007

**Tabel 3.4. Jumlah Gakin di Kecamatan Tanah Abang per kelurahan Tahun 2007**

No	Kelurahan	Berada di-	Jumlah KK	Jumlah Jiwa
1	Kebon Kacang	10 RW	607	2734
2	Kebon Melati	16 RW	1163	5099
3	Bendungan Hilir	9 RW	725	2790
4	Petamburan	9 RW	447	1831
5	Kampung Bali	10 RW	409	1580
6	Karet Tengsin	8 RW	374	1313
7	Gelora	3 RW	109	403
Jumlah		65 RW	3834	15750

Sumber: Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007

Pertumbuhan alamiah dan mobilitas penduduk di Kecamatan Tanah Abang pada tahun 2007 adalah:

- Lahir : 13
- Mati : 80
- Datang : 130
- Pindah : 123

### 3.1.3. Fasilitas Pendidikan

Fasilitas pendidikan di wilayah Kecamatan Tanah Abang beragam, mulai dari TK hingga SMA. Rinciannya dapat dilihat di bawah ini:

**Tabel 3.5. Data Dasar Jumlah Sekolah dan Jumlah Murid di Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007**

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Jumlah Murid
1.	TK	28	1302
2.	SD	52	9925
3.	SMP	23	5991
4.	SMA	15	5087

Sumber: Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007

### 3.2. Gambaran Umum Puskesmas Kecamatan Tanah Abang

#### 3.2.1. Tenaga Kesehatan

**Tabel 3.6. Tenaga Kesehatan  
di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007**

No.	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah
1.	Dokter spesialis	4
2.	S2 Kesehatan	1
3.	S1 Dokter Gigi	11
4.	S1 Dokter umum	16
5.	SKM	2
6.	Apoteker	-
7.	S1 Ekonomi	1
8.	Ak. Rontgen	1
9.	Ak. Gizi	2
10.	Ak. Penilik Kesehatan	1
11.	D3 Kebidanan	4
12.	D3 Keperawatan	6
13.	Perawat Umum	7
14.	Perawat gigi	3
15.	SPHH	1
16.	D3 Kesling	1
17.	Sekolah Asisten Apoteker	3
18.	Pekarya Kesehatan (SLTA)	6
19.	Pekarya Kesehatan (SLTP)	1
20.	D3 Analisis Kesehatan	-
21.	SLTA	5
22.	SLTP	-
23.	SD	-
24.	Bidan	13
25.	D3 Rekam Medik	-
Total		81

*Sumber: Arsip Kepegawaian Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007*

#### 3.2.2. Visi, Misi, Tupoksi dan Prioritas Program

Puskesmas Kecamatan Tanah Abang merupakan salah satu puskesmas yang melaksanakan kegiatan pengembangan, pembinaan, dan pelayanan kesehatan

masyarakat. Dalam melaksanakan kegiatan tersebut Puskesmas Kecamatan Tanah Abang memiliki Visi, Misi, Tujuan, Tugas Pokok, Fungsi dan Prioritas Program.

### **Visi**

Menjadi Puskesmas Dengan Pelayanan Prima

### **Misi**

- Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat
- Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Perorangan
- Menanggulangi Keadaan Gawat Darurat dan Bencana
- Menyelenggarakan dan mengembangkan manajemen kesehatan
- Menggalang kemitraan

### **Tujuan**

- Meningkatkan cakupan kesehatan masyarakat
- Menurunkan angka kesakitan penyakit
- Meningkatkan angka kesembuhan penyakit
- Meningkatkan angkacakupan pelayanan kesehatan medis
- Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan medis
- Meningkatkan manajemen sumber daya kesehatan
- Meningkatkan manajemen mutu kesehatan
- Meningkatkan manajemen informasi kesehatan
- Meningkatkan fungsi manajemen kesehatan
- Meningkatkan jejaring kemitraan



### **Tugas Pokok**

Puskesmas Kecamatan merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan yang mempunyai tugas melaksanakan Pelayanan, Pembinaan, Pengendalian Puskesmas Kelurahan, Pengembangan Upaya Kesehatan, Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan di wilayah kerjanya.

### **Fungsi**

- Mengkoordinasikan pelayanan kesehatan masyarakat yang dilaksanakan oleh puskesmas Kelurahan, meliputi program KIA, Perbaikan Gizi, Perawatan Kesehatan Masyarakat, Imunisasi, Pembinaan Kesehatan Lingkungan, Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, UKS dan R/R.
- Melakukan pembinaan, pengawasan, pengendalian terhadap pengelolaan dan pelayanan Puskesmas Kelurahan.
- Memberikan pelayanan kesehatan klinis yang meliputi: Loker, Rekam Medik, KB, Gigi, Spesialia, Konsultasi Remaja, Gizi, Geriatrik, Klinik 24 Jam, Persalinan, Rawat Inap, Laboratorium, Farmasi Komunitas, Radiologi, Optik.
- Mengkoordinasikan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan yang meliputi: Kader Kesehatan, Posyandu, Karang Werda, dll.
- Mengkoordinasikan temu Lintas Batas, Lintas Sektoral dalam penanggulangan masalah kesehatan.
- Menilai dan melaporkan kinerja Puskesmas.

### **Sasaran**

- Meningkatkan cakupan pelayanan Rumah Bersalin Puskesmas
- Meningkatkan cakupan pelayanan Puskesmas 24 Jam

- Meningkatkan angka kepuasan pelanggan
- Meningkatnya jumlah sumber daya manusia kesehatan sesuai standar
- Meningkatnya mutu sumber daya manusia kesehatan sesuai standar
- Mendapatkan sertifikasi ISO 9001-2000
- Meningkatnya manajemen teknologi informasi kesehatan Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan
- Meningkatnya kualitas perencanaan kesehatan
- Meningkatnya pengendalian dan penilaian kegiatan
- Meningkatnya manajemen administrasi keuangan
- Meningkatnya manajemen administrasi kepegawaian
- Meningkatnya manajemen sarana dan prasarana kesehatan
- Meningkatnya jumlah dan jejaring kemitraan

### **Program Puskesmas**

1. Program Peningkatan Kesehatan Masyarakat
  - A. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
    - Penanggulangan Demam Berdarah
    - Penanggulangan TBC
    - Penanggulangan Kusta
    - Imunisasi
  - B. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Tidak Menular
    - Pencegahan dan Penanggulangan Narkoba
    - Penanggulangan Kesehatan Remaja dan Konseling Jiwa

- Kesehatan Gigi dan Mulut
- PHBS
- TOGA

#### C. Peningkatan Gizi dan PPSM

- Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK)
- Usaha Perbaikan Gizi Institusi (UPGI)
- Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG)
- Lansia
- Kesehatan Ibu
- Kesehatan Anak
- Peran Serta Masyarakat (PSM)
- Perkesmas

#### D. Peningkatan Surveilens dan Epidemiologi

- Surveilens KLB
- Surveilens AFP
- Surveilens Kematian

#### E. Kesehatan Lingkungan

- Penyehatan TTU
- Pengawasan Kualitas Air dan Industri
- Penyehatan Makanan dan Minuman
- Penyehatan Lingkungan Pemukiman

### 2. Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan

#### A. Peningkatan dan Pengembangan SDM Puskesmas

#### B. Operasional Belanja Barang dan Jasa Puskesmas

- C. Operasional Buka 24 Jam
  - D. Peningkatan Diklat SDM Puskesmas
  - E. Survei Kepuasan Pelanggan
3. Penanganan Gawat Darurat
  4. Perbaikan Kebijakan dan Manajemen Kehehatan

Puskesmas Kecamatan Tanah Abang memiliki 6 puskesmas, terdiri dari 1

Puskesmas Kecamatan dan 5 Puskesmas Kelurahan, yaitu:

1. Puskesmas Kelurahan Bendungan Hilir
2. Puskesmas Kelurahan Petamburan
3. Puskesmas Kelurahan Kampung Bali
4. Puskesmas Kelurahan Karet Tengsin
5. Puskesmas Kelurahan Gelora

Kegiatan pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang sebagai berikut:

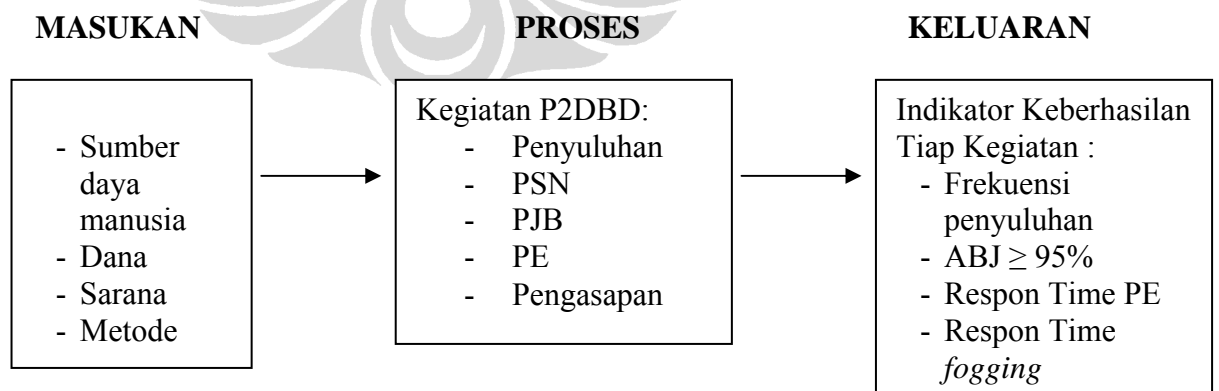
- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Balai Pengobatan Umum (BPU) | 2. Balai Pengobatan Gigi (BPG) |
| 2. Poli Mata                   | 3. Poli Kulit                  |
| 3. Poli Kebidanan              | 4. Poli Diabetes Mellitus      |
| 4. Poli KIA                    | 5. Poli KB                     |
| 5. Poli MTBS                   | 6. Kesehatan Jiwa              |
| 6. Askes/Jamsostek             | 7. Klinik 24 Jam               |
| 7. Laboratorium                | 8. Rontgen                     |
| 8. Pap Smear                   | 9. Onkologi                    |

## BAB IV

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 4.1. Kerangka Konsep

Dalam penelitian untuk melihat gambaran pelaksanaan kegiatan program P2DBD di Pusekesmas Kecamatan Tanah Abang tahun 2007 ini peneliti menggunakan pendekatan sistem. Pendekatan sistem terdiri dari tiga unsur yaitu unsur masukan, unsur proses dan unsur keluaran. Unsur masukan yang akan dilihat oleh peneliti diantaranya adalah sumberdaya manusia, dana, sarana, dan metode. Untuk unsur proses yang akan dilihat adalah kegiatan yang dilakukan dalam program P2DBD yang terdiri dari Penyuluhan, Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB), Penyelidikan Epidemiologi (PE), dan Pengasapan (*Fogging*). Sedangkan yang akan dilihat dalam unsur keluaran adalah cakupan pelaksanaan kegiatan program seperti Angka Bebas Jentik (ABJ), *respon time* PE, dan *respon time* pengasapan.



## 4.2. Definisi Operasional

### Masukan

#### a. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia adalah petugas yang terlibat dalam pelaksanaan Program P2DBD (Penyuluhan, PSN, PJB, PE, dan FF) dilihat dari kecukupan dan kualifikasi di PKM Tanah Abang tahun 2007.

Cara memperoleh informasi: wawancara mendalam dan telaah dokumen

Alat bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara dan data sekunder

#### b. Dana

Dana adalah anggaran yang dipergunakan dalam pelaksanaan Program P2DBD (Penyuluhan, PSN, PJB, PE, dan FF) di PKM Tanah Abang tahun 2007 dilihat dari ketersediaan dan alokasinya.

Cara memperoleh informasi : wawancara mendalam dan telaah dokumen.

Alat Bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara dan data sekunder.

#### c. Sarana

Sarana adalah ketersediaan dan kecukupan perlengkapan pendukung yang digunakan dalam melaksanakan Program P2DBD (Penyuluhan, PSN, PJB, PE, dan FF) di PKM Tanah Abang tahun 2007.

Cara memperoleh informasi: wawancara mendalam dan observasi.

Alat bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara dan lembar *checklist*.

**d. Metode**

Metode adalah ketersediaan dan pemahaman prosedur atau petunjuk pelaksanaan dalam program P2DBD yang terdapat di PKM Tanah Abang pada tahun 2007.

Cara memperoleh informasi : wawancara mendalam dan observasi

Alat bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara dan lembar *checklist*

**Proses****a. Penyuluhan**

Penyuluhan adalah kegiatan pemberian dan penjelasan materi yang berkaitan dengan P2DBD kepada masyarakat untuk meningkatkan peran serta masyarakat dalam penanggulangan penyakit DBD di PKM Tanah Abang tahun 2008.

Cara memperoleh informasi : wawancara mendalam dan observasi.

Alat bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara dan lembar *checklist*.

**b. PSN**

PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) adalah kegiatan pemberantasan telur, jentik dan kepompong nyamuk penular DBD (*Aedes aegypti*) di tempat-tempat perkembang biakannya dengan cara 3M (menguras, menutup dan mengubur) di PKM Tanah Abang tahun 2008.

Cara memperoleh informasi: wawancara mendalam dan observasi

Alat bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara dan lembar *checklist*

**c. PJB**

PJB (Pemeriksaan Jentik Berkala) adalah pemeriksaan tempat-tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* dilakukan secara teratur setiap tiga bulan sekali oleh petugas kesehatan untuk mengetahui hasil PSN yang dilaksanakan oleh masyarakat di PKM Tanah Abang tahun 2008.

Cara memperoleh informasi : wawancara mendalam dan observasi

Alat bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara dan lembar *checklist*

**d. PE**

PE (Penyelidikan Epidemiologi) adalah kegiatan pencarian penderita DBD atau tersangka DBD lainnya dan pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD di tempat tinggal penderita dan rumah/bangunan sekitarnya, sebanyak 20 rumah dalam radius 100 meter, termasuk tempat-tempat umum di PKM Tanah Abang tahun 2008.

Cara memperoleh informasi: wawancara mendalam.

Alat bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara.

**e. Pengasapan**

Pengasapan (*fogging*) adalah kegiatan pemberantasan nyamuk penular DBD dengan cara penyemprotan insektisida dengan radius 100 meter ( $\pm 20$  rumah) sebanyak dua siklus di PKM Tanah Abang tahun 2008.

Cara memperoleh informasi: wawancara mendalam dan observasi.



Alat bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara dan lembar *checklist*.

## **Keluaran**

### **a. Cakupan Pelaksanaan Penyuluhan**

Cakupan Pelaksanaan Penyuluhan adalah jumlah frekuensi pelaksanaan penyuluhan di dalam dan luar gedung.

Cara memperoleh informasi: wawancara mendalam dan telaah dokumen

Alat bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara dan data sekunder

### **b. ABJ**

ABJ (Angka Bebas Jentik) adalah angka yang menunjukkan jumlah rumah/bangunan yang tidak ditemukan jentik baik di dalam maupun di luar rumah dibagi seratus rumah yang diperiksa dikali seratus persen.

Cara memperoleh informasi: wawancara mendalam dan telaah dokumen

Alat bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara dan data sekunder

### **c. Cakupan PE**

Cakupan PE adalah *respon time* dalam melakukan PE dari kasus yang dilaporkan dalam waktu 1x24 jam.

Cara memperoleh informasi: wawancara mendalam dan telaah dokumen

Alat bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara dan data sekunder

**d. Cakupan pengasapan**

Cakupan pengasapan adalah *respon time* dalam melakukan *fogging* dari hasil PE (+) selama 3x24 jam.

Cara memperoleh informasi: wawancara mendalam dan telaah dokumen

Alat bantu dalam memperoleh informasi: pedoman wawancara dan data sekunder

