

## **Evaluasi Pencapaian Program Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2010-2012**

Maria Magdalena<sup>1</sup>, Diana Barsasella<sup>2 3</sup>

### ***Achievement of Program Evaluation Communicable Disease Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in the Work Area Health Service Bekasi in 2010-2012***

#### **Abstrak**

DBD disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*. Jenis penelitian adalah penelitian kualitatif. Informan penelitian yaitu Kasi P2DBD Dinas Kesehatan Kota Bekasi, Seksi P2P Dinas Kesehatan Kota Bekasi, Petugas lapangan Dinas Kesehatan Kota Bekasi, Kepala RT 02 RW 09 Kelurahan Kranji, masyarakat yang pernah terkena DBD RT 02 RW 09 Kelurahan Kranji, Kepala RT 03 RW 09 Kelurahan Kranji, dan masyarakat yang pernah terkena DBD RT 03 RW 09 Kelurahan Kranji. Hasil penelitian menunjukkan program pemberantasan DBD di wilayah kerja Dinas Kesehatan kota Bekasi meliputi: Penyelidikan Epidemiologi, Fogging Fokus, Pemantauan Jentik Berkala dan Pemberantasan Sarang Nyamuk. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pencapaian hasil pelaksanaan kegiatan program P2DBD yang meliputi PE, FF, PJB dan PSN sudah memenuhi indikator kriteria efektifitas, sedangkan berdasarkan indikator kriteria efektivitas program yang ditetapkan oleh pemerintah pusat atau indikator nasional ada beberapa kriteria yang masih kurang seperti pelaksanaan kegiatan PE dan FF. Hambatan pelaksanaan program P2DBD yaitu keterlambatan rumah sakit dan masyarakat dalam melaporkan kasus DBD, kesulitan memperoleh bahan bakar (solar), kurangnya alat fogging atau ULV, dan kesadaran masyarakat mengantisipasi penyebaran DBD masih kurang. Dampak dari hasil kegiatan program pemberantasan penyakit DBD di Kota Bekasi belum memberikan kontribusi penurunan angka kejadian kasus DBD setiap tahunnya.

Kata Kunci: Evaluasi, Program, Pemberantasan, DBD.

#### **Abstract**

*Dengue fever is an infection caused by the dengue virus and transmitted through mosquito *Aedes Aegypti* bite. This type of research is qualitative research. Research informant are Head of P2DBD Department of Health Bekasi City, Head of P2P Department of Health Bekasi City, the field officer Department of Health Bekasi City, Head of RT 02 RW 09 Kranji Village, RT 02 RW 09 Kranji Village community who never exposed to dengue fever, Chief of RT 03 RW 09 Village Kranji, and RT 03 RW 09 Kranji Village people who never exposed to dengue fever. The dengue eradication program in the working area of Department of Health Bekasi City include: Research Epidemiology, Fogging Focus, Larva Monitoring Periodic and Mosquito eradication nest. The results showed that the results of the implementation of P2DBD program which includes PE, FF, PJB and PSN already meets the effectiveness criteria indicators, whereas based on program effectiveness criteria indicators set by the central government or national indicators there are several criteria that are lacking such as the implementation of PE and FF. Barriers to implementation on P2DBD program i.e. delays from hospitals and communities in reporting cases of dengue fever, difficulty obtaining fuel (diesel), the lack of tools or ULV fogging, and public awareness to anticipate the spread of dengue is still missing. In summary the impact of the dengue disease eradication programs in Bekasi have not contributed to decreasing dengue cases annually.*

Keywords: Evaluation, Program, Eradication, DBD.

---

<sup>1</sup> Staf PT. International

<sup>2</sup> Dosen pada Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

<sup>3</sup> Dosen pada STIKes Persada Husada Indonesia

## Pendahuluan

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Jumlah penderita maupun luas penyebarannya semakin bertambah seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk. Penyakit DBD sering menimbulkan kekhawatiran masyarakat karena perjalanan penyakitnya cepat dan menyebabkan kematian dalam waktu yang singkat. Penyakit ini merupakan salah satu penyakit yang menular yang dapat menimbulkan kejadian luar biasa/wabah (Depkes RI, 1998).

Indonesia pernah mengalami kasus terbesar (53%) DBD pada tahun 2005 di Asia Tenggara yaitu 95.270 kasus dari kematian 1.298 orang (*Case Fatality Rate* (CFR) = 1.36%) (WHO 2006). Jumlah kasus tersebut meningkat menjadi 17% dan kematian 36% dibandingkan tahun 2004 (Seopardi, 2010).

Sejarah penyakit DBD di Indonesia pertama kali ditemukan di Surabaya pada tahun 1968 dengan jumlah kasus sebanyak 58 kasus dan jumlah kematian sebanyak 24 kasus (CFR=4,1%). Penyakit ini kemudian menyebar ke berbagai daerah di seluruh Indonesia. Pada tahun 1998, terjadi KLB di 25 provinsi yang meliputi 201 Kabupaten/Kota, sehingga jumlah kasus meningkat menjadi 47.573 kasus angka insidens 27,098 per 100.000 penduduk) dengan jumlah kematian 1.527 (CFR = 3,2 %) (Depkes RI, 1981). Data yang telah direkomendasikan WHO pada tahun 2010 angka kesakitan DBD di Indonesia diupayakan harus mencapai 20/100.000 dan angka kematian (CFR < 1%). Saat ini Indonesia merupakan daerah endemis DBD, hal ini merupakan tantangan yang di sebabkan oleh penyakit DBD untuk mencapai target yang direkomendasikan oleh WHO pada tahun 2010.

Data dari DepKes RI tahun 2010 mencantumkan peningkatan jumlah kasus DBD, pada tahun 2008 berjumlah 137.469 kasus menjadi 159.912 kasus pada tahun 2009.

Peningkatan dan penyebaran kasus DBD tersebut kemungkinan disebabkan oleh mobilitas penduduk tinggi, perkembangan wilayah perkotaan, perubahan iklim, perubahan kepadatan dan distribusi penduduk serta faktor epidemiologi lainnya yang masih memerlukan penelitian lebih lanjut (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Bekasi Jumlah penderita DBD pada tahun 2011 sebesar 697 kasus, pada tahun 2012 jumlah kasus DBD di Kota Bekasi sebesar 856 kasus dan pada tahun 2013 terjadi peningkatan kasus yaitu sebesar 1.415 kasus. Sedangkan CFR kota Bekasi tahun 2011 sebesar 1,5%, tahun 2012 sebesar 2,0% dan tahun 2013 sebesar 1,2%. Sedangkan Angka IR terjadi peningkatan yaitu 22/100.000 penduduk pada tahun 2011, sedangkan pada tahun 2012 sebesar 37/100.000 penduduk dan pada tahun 2013 menjadi 58/100.000 penduduk. Ini merupakan angka IR tertinggi dalam 3 tahun terakhir. Dengan demikian, penanganan terhadap kasus DBD perlu mendapat perhatian khusus agar penderita DBD tidak sampai meninggal dunia (Profil Dinkes Bekasi, 2012).

Angka insiden DBD tertinggi selama tahun 2011-2013 terjadi di kecamatan Pondok Melati yaitu 529 kasus, angka insiden DBD menurut jenis kelamin tertinggi pada jenis kelamin laki-laki dan Gambaran kasus DBD berdasarkan golongan umur menggambarkan proporsi rata-rata penderita DBD tahun 2011-2013 pada golongan umur > 45 tahun yaitu sebesar 68,2% diikuti pada golongan umur 15-44 tahun sebesar 13,33%. (Profil Dinkes Bekasi, 2012)

Program yang telah dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Bekasi yaitu Penyelidikan Epidemiologi (PE), Fogging Fokus (FF), Pemantauan Jentik Berkala (PJB), dan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) (Profil Dinas Kesehatan Bekasi, 2012). Dalam rangka evaluasi untuk menilai seberapa jauh keberhasilan pencapaian pelaksanaan program

pengecahan dan penanggulangan penyakit DBD dinas kesehatan kota Bekasi tahun 2011-2013, peneliti menganalisis kinerja meliputi input, proses, output, dan outcome dengan melakukan penelitian mengenai Evaluasi Pencapaian Program Pemberantasan Penyakit DBD di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2011-2013.

## **Metode**

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian kualitatif yaitu penelitian yang digunakan untuk meneliti kondisi objek yang alamiah, yaitu peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi (Saebani, 2008).

Informan penelitian yaitu:

1. Kasi Program Pemberantasan Penyakit DBD (P2DBD) Dinas Kesehatan Kota Bekasi sebagai informan kunci selanjutnya disebut informan 1
2. Seksi P2P Dinas Kesehatan Kota Bekasi sebagai informan kunci selanjutnya disebut informan 2
3. Petugas lapangan Dinas Kesehatan Kota Bekasi sebagai informan kunci selanjutnya disebut informan 3
4. Kepala RT 02 RW 09 Kelurahan Kranji sebagai informan pendukung selanjutnya disebut informan 4
5. Masyarakat yang pernah terkena DBD RT 02 RW 09 Kelurahan Kranji sebagai informan pendukung selanjutnya disebut informan 5
6. Kepala RT 03 RW 09 Kelurahan Kranji sebagai informan pendukung selanjutnya disebut informan 6
7. Masyarakat yang pernah terkena DBD RT 03 RW 09 Kelurahan Kranji sebagai informan pendukung selanjutnya disebut informan 7

## **Hasil dan Pembahasan**

### ***Profil Dinkes Bekasi***

Secara geografis kota Bekasi berada pada posisi  $106^{\circ}48'28''$  –  $107^{\circ}27'29''$  Bujur Timur serta  $6^{\circ}10'6''$  -  $6^{\circ}30'6''$  Lintang Selatan. Wilayah Kota Bekasi berada pada ketinggian antara 11 m – 81 m di atas permukaan laut. Ketinggian kurang dari 25 m berada pada Kecamatan Medan Satria, Bekasi Utara, Bekasi Selatan, Bekasi Timur dan Pondok Gede. Sedangkan ketinggian antara 25-100 m di atas permukaan laut berada di Kecamatan Bantargebang, Pondok Melati, Jatiasih.

### ***Pencapaian Program Kesehatan***

#### ***Umur Harapan Hidup***

Tinggi rendahnya umur harapan hidup merupakan indikator taraf hidup suatu daerah. Semakin tinggi umur harapan hidup berarti semakin meningkat pula derajat kesehatan masyarakat. Umur harapan hidup Kota Bekasi tahun 2011 (69,70 tahun) lebih tinggi dari umur harapan hidup Indonesia (69,65 tahun) maupun provinsi Jawa Barat (68,4 tahun).

#### ***Angka Kematian Kasar***

Angka kematian kasar atau *Crude Death Rate* (CDR) merupakan petunjuk umum status kesehatan masyarakat, menggambarkan tingkat permasalahan penyakit, kondisi sosial ekonomi dan kondisi lingkungan. Angka kematian kasar di Kota Bekasi belum diketahui secara pasti, namun berdasarkan pencatatan dan pelaporan rumah sakit jumlah orang yang meninggal pada tahun 2012 ada sebanyak 2.531 orang. Jumlah ini meningkat lebih dari tiga kali lipat jumlah kematian tahun 2011 (771 orang) dan tahun 2010 (758 orang). Penyebab kematian pada penduduk tertinggi yaitu penyakit infeksi dan parasit (26,12%) diikuti oleh penyakit sistem pembuluh darah (18,93) dan penyakit susunan saraf pusat (16,83%). Seperti terlihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 1 Pola Penyakit Penyebab Kematian Penduduk yang dirawat di Rumah Sakit di Kota Bekasi Tahun 2012**

No	Nama Penyakit	Kasus Baru	
		Jumlah	%
1	Penyakit infeksi dan parasit	661	26.12
2	Penyakit sistem pembuluh darah	479	18.93
3	Penyakit susunan syaraf	426	16.83
4	Penyakit sistem pernafasan	269	10.63
5	Penyakit kelaianan endokrin,gizi,metabolik	195	7.70
6	Penyakit sistem pencernaan	192	7.59
7	Penyakit sistem saluran kemih dan kelamin	150	5.93
8	Penyakit kulit dan jaringan subkutan	91	3.60
9	Penyakit darah dan gangguan mekanisme imun	44	1.74
10	Tumor ganas /neoplasma ganas	17	0.67
11	Gangguan Jiwa dan perilaku	2	0.08
12	Penyakit telinga dan proc.Mastoideus	2	0.08
13	Penyakit sistem muskuloskeletal dan jaringan ikat	2	0.08
14	Penyakit pada mata dan adneksi	1	0.04
Jumlah		2,531	100.00

Sumber : Dinkes kota Bekasi

### **Alur Pelaporan Kasus DBD**

Sumber data kasus DBD berasal dari rumah sakit, masyarakat atau fasilitas kesehatan lainnya. Data yang dari rumah sakit di kirim ke Dinas Kesehatan atau lewat faximile atau dikirim langsung, data tersebut kemudian di entri di bagian survailans. Data yang sudah di entri kemudian diteruskan ke puskesmas untuk dilakukan PE, hasil PE dilaporkan kembali ke Dinas Kesehatan. Tindak lanjut di lapangan sesuai hasil PE, bila hasil PE positif memenuhi syarat maka dilakukan FF, penyuluhan dan PSN, sedangkan

bila hasil PE tidak memenuhi syarat, maka hanya dilakukan penyuluhan dan pelaksanaan PSN.

### **Program P2DBD**

#### **Input**

#### **Hasil Wawancara Mendalam dengan Informan Kunci**

Berikut matriks hasil wawancara dengan informan kunci mengenai komponen input untuk program P2DBD dinas kesehatan kota Bekasi.

**Tabel 2 Matriks Hasil Wawancara dengan Informan Kunci 1, Informan Kunci 2 dan Informan Kunci 3 tentang Komponen Input Program P2DBD di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi tahun 2013**

Komponen Input	Informan Kunci		
	Informan 1	Informan 2	Informan 3
Sarana	- Alat fogging kurang - Alat fogging ada tetapi ada yang rusak - Tidak semua puskesmas mempunyai alat fogging - Alat yang lainnya cukup.	- Alat fogging masih kurang - Alat fogging ada tetapi ada yang rusak - Tidak semua puskesmas mempunyai alat fogging - Alat yang lainnya cukup	- Alat fogging ada tetapi yang rusak - Alat fogging masih kurang - Sulit mendapatkan solar - Alat yang lain sudah cukup

Tenaga	- Tenaga untuk kegiatan Program P2DBD ada - Tenaga jumentik masih kurang terutama untuk daerah yang endemis DBD - Tenaga yang lain sudah mencukupi	- Tenaga Untuk Program P2DBD ada - Tenaga untuk menangani jumentik masih kurang - Tenaga yang lain sudah mencukupi	- Tenaga untuk khusus jumentik masih kurang - Tenaga untuk program P2DBD ada - Tenaga yang lain sudah mencukupi
Biaya	- Biaya untuk program P2DBD Tersedia - Biaya sudah mencukupi - Sumber biaya dari APBD dan BOK	- Biaya untuk program P2DBD ada - Sumber biaya dari dana APBD dan BOK - Biaya sudah mencukupi	- Biaya tersedia untuk program P2DBD - Biaya sudah mencukupi tetapi APBD tetapi realisasi dana lambat

Input (masukan) yang dibutuhkan agar program P2DBD dapat berjalan adalah sarana, tenaga dan biaya. Sarana yang menunjang untuk kegiatan program P2DBD di Dinas Kesehatan kota Bekasi terdiri dari berbagai jenis mulai dari senter untuk kegiatan PE, PSN, PJB, mesin *fogging*, formulir PE dan PJB. Selain itu leaflet, brosur, spanduk, kaset dan *compact disk* untuk kegiatan penyuluhan. Jumlah sarana tersebut sudah mencukupi untuk setiap kegiatan kecuali alat *fogging* yang masih kurang, ditambah lagi alat *fogging* yang masih bermasalah.

Berdasarkan tabel 2 diatas evaluasi pencapaian program P2DBD di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi mengenai komponen input berupa sarana, tenaga dan biaya sudah terpenuhi tetapi ada beberapa kendala yang ditemukan seperti ketersediaan solar sebagai bahan bakar untuk kegiatan *fogging*, ada beberapa alat *fogging* yang rusak, dan ada beberapa puskesmas yang belum mempunyai alat *fogging*, tenaga jumentik masih kurang, kemudian keterlambatan dalam merealisasi biaya untuk kegiatan program P2DBD. Sarana untuk kegiatan program P2DBD berupa alat *fogging*, senter, gayung

disediakan sendiri oleh Dinas Kesehatan Kota Bekasi melalui biaya yang dianggarkan oleh pemerintah yaitu dana APBD dan BOK. Tenaga di wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi dalam melakukan kegiatan PSN yaitu masyarakat sendiri yang turun langsung ke lapangan melalui sosialisasi yang dilakukan oleh tenaga puskesmas setempat, kemudian untuk tenaga jumentik di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi diperlukan tenaga jumentik yang sudah dilatih oleh dinas kesehatan maupun puskesmas setempat, tetapi dalam pelaksanaannya tenaga jumentik yang sudah dilatih masih diperlukan.

Berdasarkan keterangan diatas dapat disimpulkan bahwa program P2DBD di wilayah kerja dinas kesehatan kota Bekasi untuk komponen input yang berupa sarana, tenaga, dan biaya sudah mencapai kriteria.

### ***Hasil Telaah Dokumen Sarana dan Prasarana***

Data mengenai sarana dan prasarana program P2DBD di Kota Bekasi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 3 Sarana dan Prasarana Program P2DBD di kota Bekasi**

No	Kegiatan P2DBD	Sarana dan Prasarana	Ketersediaan
1	Penyuluhan	Alat peraga 1. Lembar Balik 2. Infocus	Ada Ada
2	PSN	3M Plus	Ada

3	PJB	1. Lampu Senter 2. Larvasida/abatisasi 3. Form-PJB	Ada Ada Ada
4	PE	1. Senter 2. Alat transportasi 3. Form PE	Ada Ada Ada
5	FF	1. Mesin fogging 2. Insektisida 3. Pelarut insektisida 4. Solar	Ada Ada Ada Ada

Sumber: Dinkes Kota Bekasi

Sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam kegiatan PSN adalah peralatan 3M, peralatan tersebut di sediakan oleh masyarakat sendiri. Sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam kegiatan PJB adalah senter, larvasida/abatisasi dan form PJB. Setiap jumentik memiliki senter selain itu jumentik harus memiliki persediaan larvasida dan form PJB. Sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam kegiatan Penyelidikan Epidemiologi adalah senter, alat transportasi dan form PE,

semua petugas harus memiliki senter untuk memeriksa jumentik. Alat dan bahan yang dibutuhkan pada waktu FF yaitu mesin *fogging*, insektisida, pelarut insektisida dan solar.

### **Tenaga**

Data mengenai Tenaga program P2DBD di kota Bekasi dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 4 Tenaga untuk program P2DBD di kota Bekasi**

No	Kegiatan P2DBD	Jenis SDM	Jumlah SDM
1	Penyuluhan	Penyuluh	62
2	PSN	- Petugas Program Kesling - Jumentik - Masyarakat	19 650
3	PJB	Jumentik	740
4	PE	Petugas PE	19
5	FF	Petugas Fogging	20

Sumber : Dinkes Bekasi

Dalam melaksanakan kegiatan program P2DBD tenaga yang disediakan oleh dinas kesehatan kota Bekasi masing-masing kegiatan sudah memiliki tenaga yang ahli dalam bidangnya. Jumlah tenaga untuk kegiatan penyuluhan ada 62 orang, untuk kegiatan PSN berjumlah 669 yaitu petugas program kesling 19 orang dan jumentik 650 orang. Untuk kegiatan PJB tenaga jumentik 740 orang, untuk

kegiatan PE jumlah tenaga berjumlah 19 orang, dan untuk kegiatan FF jumlah tenaganya ada 20 orang.

### **Biaya**

Data mengenai ketersediaan dana untuk pelaksanaan program P2DBD di Kota Bekasi dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 5 Kegiatan Dana untuk Kegiatan Program P2DBD di Kota Bekasi**

No	Kegiatan P2DBD	Ketersediaan Dana
1	Penyuluhan	Tidak ada
2	PSN	Tidak ada
3	PJB	Ada
4	PE	Ada
5	FF	Ada

Sumber: Dinkes Bekasi

Berdasarkan tabel di atas dapat diuraikan mengenai biaya operasional yang dikeluarkan untuk program P2DBD. Untuk penyuluhan dan pemberantasan sarang nyamuk tidak tersedia dana, sedangkan untuk kegiatan PJB, PE dan kegiatan FF telah tersediannya dana, yang diperoleh dari dana APBD dan dan BOK.

#### **Proses**

Pada tahap selanjutnya hasil wawancara mendalam dengan informan kunci

1, informan kunci 2 dan informan kunci 3 mengenai komponen proses berupa PE, PJB, FF dan PSN, dimana informan kunci 1 adalah kepala seksi P2DBD dinas kesehatan kota Bekasi, kemudian informan kunci 2 yaitu seksi P2P dinas kesehatan kota Bekasi dan informan kunci yang ketiga adalah petugas lapangan. Berikut matriks hasil wawancara dengan informan kunci mengenai komponen proses untuk program P2DBD dinas kesehatan kota Bekasi.

**Tabel 6 Matriks Hasil Wawancara dengan Informan Kunci 1, Informan Kunci 2 dan Informan Kunci 3 tentang Komponen Proses Program P2DBD di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2013**

Komponen PROSES	Informan Kunci		
	Informan 1	Informan 2	Informan 3
PE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelaksanaan PE dilakukan jika ada laporan kasus DBD dari rumah sakit atau dari warga baru di lakukan PE</li> <li>- PE dilakukan oleh Puskesmas dan hasilnya dikirim ke Dinas Kesehatan yaitu dengan formulir PE</li> <li>- Dana PE dari BOK,APBD Provinsi dan Daerah.</li> <li>- Laporan dari masyarakat, RS lambat</li> <li>- Masyarakat tidak bersedia rumahnya diperiksa</li> <li>- Kinerja puskesmas sudah bagus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PE dilakukan apabila ada laporan dari rumah sakit atau warga yang positif terkena DBD</li> <li>- PE dilakukan oleh puskesmas</li> <li>- Hasil PE dilaporkan ke Dinas dengan formulir PE</li> <li>- Dana PE diperoleh dari dana APBD dan dari BOK</li> <li>- Laporan dari RS lambat</li> <li>- Masyarakat tidak bersedia rumahnya diperiksa</li> <li>- Dukungan dari dana sudah ada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelaksanaan PE dilakukan apabila ada laporan dari masyarakat atau rumah sakit bahwa ada penderita DBD</li> <li>- Dana PE diperoleh dari dana APBD dan BOK</li> <li>- Laporan dari RS dan masyarakat lambat</li> </ul>
FF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegiatan FF dilakukan apabila Hasil PE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FF dilakukan apabila kegiatan PE ditemukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FF dilakukan jika hasil PE didapat penderita</li> </ul>

	<p>ditemukan 1 atau lebih penderita dan ditemukan 3 atau lebih tersangka DBD di daerah penderita yang terkena DBD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FF dilakukan dengan radius 200 meter dengan 2 siklus dalam interval satu minggu.</li> <li>- Dana untuk kegiatan PE tersedia</li> <li>- Hasil FF dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kota dengan formulir K-DBD</li> <li>- Sulit memperoleh solar</li> </ul>	<p>penderita DBD dalam satu daerah atau wilayah itu ditemukan 1 atau lebih penderita, dan 3 atau lebih tersangka DBD.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FF dilakukan dengan radius 200 meter, 2 siklus dengan interval satu minggu</li> <li>- Dana kegiatan FF dari BOK dan APBD</li> <li>- Hasil kegiatan FF dilaporkan ke Dinas kesehatan dengan formulir K-DBD</li> <li>- Sulit memperoleh solar</li> </ul>	<p>DBD 1 atau lebih dan 3 atau lebih tersangka DBD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelaksanaan FF dilakukan oleh puskesmas</li> <li>-</li> <li>- FF dengan radius 200 meter, 2 interval dalam satu minggu</li> <li>- Hasil FF dilaporkan ke Dinas Kesehatan kota dengan formulir K-DBD</li> <li>- Dana Kegiatan FF dari APBD dan BOK.</li> <li>- Sulit memperoleh solar</li> </ul>
PJB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tujuan dilakukan PJB untuk mengetahui hasil pelaksanaan PSN DBD oleh masyarakat</li> <li>- PJB dilakukan 3 bulan sekali secara teratur</li> <li>- Hasil PJB dilaporkan ke dinas kesehatan dengan formulir JPJ-2</li> <li>- Tenaga jumentik masih kurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegiatan PJB dilaksanakan 3 bulan sekali secara teratur</li> <li>- Kegiatan PJB dilaksanakan oleh puskesmas nanti hasilnya dikirim ke dinas kesehatan dalam bentuk formulir JPJ-2</li> <li>- PJB ini dilakukan untuk mengetahui hasil pelaksanaan PSN DBD oleh masyarakat setempat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PJB dilakukan 3 bulan sekali secara teratur</li> <li>- Hasil PJB kita catat dalam formulir JPJ-2 nanti dilaporkan ke dinas kesehatan kota</li> <li>- Pelaksanaan PJB kerja sama dengan masyarakat, RT dan RW</li> <li>- Tenaga untuk jumentik kurang</li> </ul>
PSN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PSN dilakukan oleh masyarakat di lingkungannya masing-masing dengan cara 3M Plus</li> <li>- Dana untuk PSN tidak ada</li> <li>- PSN diukur dari ABJ</li> <li>- Kesadaran masyarakat untuk PSN masih kurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PSN dilakukan oleh masyarakat masing-masing wilayah dengan 3M plus</li> <li>- Dana untuk PSN tidak ada karena yang melakukan kegiatan itu masyarakat</li> <li>- Kesadaran masyarakat masih kurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PSN dilakukan oleh masyarakat dengan bantuan petugas puskesmas yang menggerakkan dan RT RW</li> <li>- PSN dilakukan dengan 3M Plus</li> <li>- Dana untuk PSN tidak ada</li> <li>- Kesadaran masyarakat untuk kegiatan PSN masih kurang</li> </ul>

### ***Penyelidikan Epidemiologi (PE)***

Sesuai dengan tujuan PE yaitu untuk mengetahui penularan dan penyebaran DBD lebih lanjut serta tindakan penanggulangan yang perlu dilakukan di wilayah sekitar tempat tinggal penderita, mengetahui adanya penderita

dan tersangka DBD lainnya dan menentukan perlu tidaknya pelaksanaan FF. Pelaksanaan PE di wilayah kerja dinas kesehatan kota Bekasi dilaksanakan ketika ada laporan dari masyarakat, puskesmas dan rumah sakit bahwa ada penderita yang terkena DBD, kemudian



dinas kesehatan bekerjasama dengan puskesmas untuk melakukan kegiatan PE, hasil kegiatan PE tersebut dilaporkan kembali ke dinas kesehatan agar dapat ditentukan jenis tindakan apa yang akan dilakukan.

Dalam pelaksanaan kegiatan PE ada beberapa faktor yang menghambat dan mendukung kegiatan tersebut, faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Faktor penghambat
  - a) Laporan dari RS terlambat
  - b) Laporan dari masyarakat lambat
  - c) Masih ada masyarakat yang tidak bersedia rumahnya untuk diperiksa
  - d) Alamat penderita DBD yang diberikan RS ke dinas kesehatan tidak sesuai
  - e) Ada masyarakat yang terkena DBD tidak melapor ke tenaga kesehatan
2. Faktor pendukung
  - a) Tersedianya dana untuk kegiatan PE
  - b) Tersedianya alat atau sarana dan
  - c) Tersediannya tenaga untuk kegiatan PE

Hasil dan pembahasan  
Berdasarkan hasil wawancara diatas proses kegiatan PE sudah sesuai dengan prosedur pelaksanaan kegiatan PE. Hal ini dapat dilihat dari hasil wawancara antara peneliti dengan informan kunci 1, informan kunci 2 dan informan kunci 3

### ***Fogging Fokus (FF)***

Setelah dilakukan kegiatan PE dan ternyata di wilayah tersebut ditemukan 1 atau lebih penderita DBD kemudian dari hasil PE ditemukan tiga atau lebih tersangka DBD maka perlu ditindaklanjuti dengan kegiatan FF. Kegiatan FF ini bertujuan untuk membunuh nyamuk dewasa dan sebagai tindak lanjut dari kegiatan PE. Proses pelaksanaan FF di wilayah kerja dinas kesehatan kota Bekasi dilaksanakan dengan melakukan penyemprotan 2 siklus dengan interval 1 minggu. Hasil pelaksanaan kegiatan FF dilaporkan oleh puskesmas setempat ke dinas

kesehatan dengan menggunakan formulir JPJ-2 sebagai bahan laporan.

Berdasarkan prosedur pelaksanaan kegiatan FF, penyemprotan atau pengasapan dilakukan di rumah penderita DBD dan rumah/bangunan sekitarnya dengan radius 200 meter, dilakukan sebanyak 2 siklus dengan interval 1 minggu, sedangkan pelaksanaan kegiatan FF di wilayah kerja dinas kesehatan kota Bekasi, penyemprotan atau pengasapan dilakukan dalam 1 siklus dengan radius 100 meter. Hal ini disebabkan kesulitan memperoleh bahan bakar (solar) yang digunakan untuk melakukan penyemprotan atau pengasapan, faktor penghambat lain adalah kekurangan alat fogging atau ULV. Sedangkan faktor yang mendukungnya yaitu tersedianya dana yang direalisasi oleh APBD dan BOK.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa tingkat pencapaian proses pelaksanaan kegiatan FF yang sudah dilaksanakan dinas kesehatan kota Bekasi belum memenuhi kriteria pencapaian program P2DBD, hal ini disebabkan oleh proses pelaksanaan yang belum sesuai dengan prosedur dan masih kekurangan sarana.

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

Pelaksanaan kegiatan PSN bertujuan untuk memberantas sarang nyamuk, proses pelaksanaan kegiatan PSN dilakukan dengan cara 3M plus yaitu menguras, menutup, dan mengubur serta menggunakan kelambu atau anti nyamuk. Kegiatan tersebut dilakukan setiap hari jum'at oleh masing-masing warga. Faktor yang menghambat pelaksanaan kegiatan PSN adalah kesadaran dari masyarakat untuk mengantisipasi penyebaran DBD masih kurang. Sedangkan faktor pendukung untuk pelaksanaan kegiatan PSN antara lain sudah dilakukan penyuluhan dan sosialisasi dari dinas kesehatan serta puskesmas.

Berdasarkan hasil wawancara dan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa proses

pelaksanaan kegiatan PSN di wilayah kerja dinas kesehatan kota Bekasi belum terlaksana dengan baik.

### ***Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)***

Proses pelaksanaan kegiatan PJB bertujuan untuk melakukan pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD dan memotivasi masyarakat dalam melaksanakan PSN DBD, PJB dilakukan selama 3 bulan sekali yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan, puskesmas dan masyarakat. Pelaksanaan PJB bisa juga dilakukan pada saat kegiatan PSN. Hasil kegiatan PJB dan PSN dilaporkan ke dinas kesehatan dalam bentuk formulir JPJ-2.

Beberapa faktor yang menghambat dalam pelaksanaan kegiatan PJB antara lain ada beberapa masyarakat yang tidak bersedia diperiksa rumahnya, kurangnya tenaga jumentik serta ada beberapa rumah yang kosong pada saat pelaksanaan kegiatan PJB kosong. Kemudian faktor yang mendukung untuk pelaksanaan kegiatan PJB adalah tersedia dana dari ABPD dan BOK serta koordinasi dinas kesehatan dengan puskesmas dalam pelaksanaan kegiatan PSN sudah berjalan dengan baik.

Berdasarkan uraian dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan kegiatan PJB sudah berjalan dengan baik karena sudah sesuai dengan prosedur pelaksanaan program, walaupun ada beberapa hambatan dalam pelaksanaan.

### ***Hasil Observasi***

Hasil observasi dilaksanakan untuk mengetahui pelaksanaan program P2DBD yang sedang berjalan dengan mengamati secara langsung dengan mencatat gejala-gejala yang ditemukan di lapangan serta menjangkau data yang tidak terjangkau. Observasi dilakukan di wilayah kerja dinas kesehatan kota Bekasi yaitu di Jalan Sakura Perum Duta Kranji Kec. Bekasi Barat RT/RW 03/09.



**Gambar 1 Hasil Observasi terhadap Lingkungan Warga (Saluran Air)**



**Gambar 2 Hasil Observasi terhadap Lingkungan Warga (Saluran Air)**



**Gambar 3 Hasil Observasi terhadap Lingkungan Warga (Tempat Sampah)**

Dari gambar di atas dapat diambil kesimpulan bahwa kesadaran masyarakat yang ada di wilayah tersebut masih kurang.

## Output

### Hasil Wawancara dengan Informan

#### Kunci

Hasil penilaian output masing-masing terdiri dari hasil penilaian kegiatan PE, hasil penilaian kegiatan FF, hasil penilaian kegiatan

PJB dan hasil penilaian kegiatan PSN hal ini sesuai dengan hasil wawancara antara penulis dengan informan kunci 1, informan kunci 2 dan informan kunci 3. Berikut matriks beserta hasil wawancara dengan informan kunci:

**Tabel 3 Matriks Hasil Wawancara dengan Informan Kunci 1, Informan Kunci 2 dan Informan Kunci 3 tentang Komponen Output Program P2DBD di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi**

Komponen OUTPUT	Informan Kunci		
	Informan 1	Informan 2	Informan 3
Hasil PE	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hasil PE dari tahun 2011-2013 belum mencapai target</li><li>- Target yang harus dicapai adalah 100 % yaitu setiap ada kasus dilakukan PE</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kegiatan PE di wilayah kerja Dinkes Bekasi belum mencapai target</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dari tahun 2011-2013 hasil PE belum mencapai target nasional</li></ul>
Hasil FF	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hasil kegiatan FF hampir 100 %</li><li>- Target FF yang harus dicapai 100%</li><li>- Hasil FF dari tahun 2011-2013 adalah 99,71 %</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- FF dilakukan dengan baik</li><li>- Hasil FF hampir mencapai target</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hasil kegiatan FF tahun 2011-2013 adalah 99,71 % hampir mencapai target</li><li>- Target yang harus dicapai 100%</li></ul>
Hasil PJB	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rata-rata hasil PJB 94,25%</li><li>- Target yang harus dicapai adalah 95%</li><li>- Hasil PJB belum mencapai target</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hasil PJB masih dibawah angka target</li><li>- Target rata-rata hasil PJB tahun 2011-2013 94,25%</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hasil PJB rata-rata adalah 94,25%</li></ul>
Hasil PSN	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hasil PSN dilihat dari ABJ</li><li>- Hasil ABJ rata-rata dari tahun 2011-2013 adalah 94,25</li><li>- Hasil PSN belum mencapai target</li><li>- Sementara target yang harus dicapai adalah 95%</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hasil PSN dilihat dari ABJ</li><li>- Hasil ABJ rata-rata dari tahun 2011-2013 adalah 94,25</li><li>- Hasil PSN belum mencapai target</li><li>- Sementara target yang harus dicapai adalah 95%</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hasil PSN dilihat dari ABJ</li><li>- Hasil ABJ rata-rata dari tahun 2011-2013 adalah 94,25</li><li>- Hasil PSN belum mencapai target</li><li>- Sementara target yang harus dicapai adalah 95%</li></ul>

Berdasarkan matriks hasil wawancara di atas evaluasi pencapaian program P2DBD dari tahun 2011-2013 di wilayah kerja dinas kesehatan kota Bekasi rata-rata sudah dikatakan baik, hal ini berdasarkan hasil pencapaian kriteria pelaksanaan kegiatan

dari komponen output yang meliputi kriteria pelaksanaan kegiatan PE dengan rata-rata 64,67% , FF 99,3%, PJB 95,3 dan PSN 95,3%.

Sesuai dengan indikator pencapaian program P2DBD yang telah ditentukan oleh dinas kesehatan kota Bekasi pencapaian hasil pelaksanaan kegiatan program P2DBD yang

meliputi PE, FF, PJB dan PSN sudah memenuhi indikator kriteria efektifitas, sedangkan berdasarkan indikator kriteria efektivitas program yang ditetapkan oleh pemerintah pusat atau indikator nasional ada beberapa kriteria yang masih kurang seperti pelaksanaan kegiatan PE dan FF.

### *Hasil Wawancara dengan Informan Pendukung*

Hasil dari wawancara dengan informan pendukung mengenai program kerja yang dilakukan oleh dinas dalam menangani kasus DBD di wilayah kerja dinas kesehatan kota Bekasi sebagai berikut:

**Tabel 5 Matriks Hasil Wawancara dengan Informan Pendukung 1, Informan Pendukung 2, Informan pendukung 3 dan Informan Pendukung 4 di Wilayah Dinas Kesehatan Kota Bekasi**

Komponen OUTPUT	Informan Pendukung			
	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7
Pelaksanaan Program dan pemberantasan DBD	- Program sudah dilaksanakan - Tidak ada dana dari dinas kesehatan, hanya ada dana dari swadaya - Kegiatan PSN berjalan lancar	- Begitu ada kejadian langsung diberikan tindakan dari pihak puskesmas - Pelaksanaan kegiatan program P2DBD yang sudah terlihat adalah FF,PSN berjalan lancar.	- Program tidak berjalan - Kegiatan fogging ada tapi dana nya dari dana swadaya - Kegiatan PJB Tidak berjalan - Kegiatan PSN aktif	- Ada penderita - Ada tindakan dari puskesmas tapi lambat prosesnya - Ada kegiatan Fogging dan dana dari dana swadaya

Berdasarkan matriks hasil wawancara di atas mengenai pelaksanaan program kerja yang sudah dilaksanakan oleh dinas kesehatan kota Bekasi. Program yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan secara garis besar sudah dilaksanakan dengan baik begitu juga dengan puskesmas setempat yang dibantu warga. Berdasarkan hasil wawancara dengan warga setempat ada beberapa program yang belum dilaksanakan oleh dinas program tersebut adalah PJB dan PE. Pelaksanaan program yang meliputi kegiatan PE dan PJB, PE dilaksanakan apabila ditemukan kasus DBD dilingkungan setempat, sedangkan PJB dilakukan dalam rentang waktu 3 bulan sekali sehingga memungkinkan ketidactahuan masyarakat mengenai pelaksanaan program yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan kota Bekasi.

### *Hasil Program P2DBD*

Program yang dilakukan oleh dinas kesehatan kota Bekasi dalam rangka memberantas penyakit DBD adalah PE, FF, PJB, dan PSN.

### *Hasil Kegiatan PE*

PE adalah kegiatan pencarian penderita DBD atau tersangka DBD lainnya dan pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD ditempat tinggal penderita dan rumah/ bangunan sekitarnya, termasuk tempat-tempat umum dalam radius sekurang-kurangnya 100 meter. Tujuan pelaksanaan PE adalah untuk mengetahui potensi penularan dan penyebaran DBD lebih lanjut serta tindakan penanggulangan yang perlu dilakukan di wilayah tempat tinggal penderita. Kegiatan PE di Dinas Kesehatan Kota Bekasi dilaksanakan oleh petugas kesling disetiap puskesmas. Sumber dana untuk pelaksanaan PE berasal

dari APBD Provinsi Jawa Barat, APBD kota Bekasi dan BOK.

Pelaksanaan PE dilakukan setelah diterima laporan adanya penderita dari rumah sakit melalui keluarga pasien atau laporan dari Rumah Sakit ke Dinas Kesehatan Kota Bekasi yang kemudian diteruskan ke Puskesmas setempat dimana penderita tinggal.

Kegiatan PE dilakukan pada lingkungan di sekitar tempat tinggal penderita dengan radius 100 meter atau sekitar 29 rumah. Petugas melakukan wawancara pada keluarga untuk mengetahui ada tidaknya penderita DBD lainnya atau penderita yang mengalami demam namun penyebabnya belum jelas, maka petugas PE melakukan pemeriksaan pada kulit dengan cara melakukan

uji Tourniquet terhadap penderita tersebut. Selain itu juga dilakukan pemeriksaan jentik pada tempat penampungan air (TPA) di tempat-tempat lainnya baik di dalam maupun di luar rumah. Hasil yang diperoleh kemudian dicatat dalam formulir PE, lalu formulir tersebut ditanda tangani oleh kepala puskesmas dan dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kota Bekasi untuk dilakukan penanggulangan seperlunya.

PE dilaksanakan dan dilaporkan dalam waktu 1x24 jam setelah laporan So diterima oleh Puskesmas. Hasil kegiatan PE yang telah dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kota Bekasi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 8 Rata-Rata Hasil Kegiatan PE Per Kecamatan di Kota Bekasi Tahun 2011-2013**

Tahun	Jumlah Kasus	Target PE	Realisasi	%
2011	697	697	628	51
2012	856	856	1.055	62
2013	1.415	1.415	81	81
Rata-rata				64,67%

Sumber: Dinkes Kota Bekasi

### **Hasil Kegiatan FF**

Setelah dilakukan PE maka dilakukan FF, kegiatan ini dilakukan untuk mencegah /membatasi penularan penyakit DBD disekitar rumah penderita, tempat-tempat umum yang diperkirakan dapat menjadi sumber penularan. FF dilakukan apabila dari hasil PE disekitar rumah penderita terdapat jentik *Aedes aegypti*

dan ditemukan tiga atau lebih penderita panas tanpa sebab yang jelas.

Fogging dilaksanakan pada rumah penderita dan rumah sekitarnya dengan radius  $\pm$  100 m (satu RT 40 RUMAH) yang dilaksanakan satu siklus hal ini menyingkat keterbatasan dana yang ada. Pencampuran insektisida dengan pelarut sebesar 5% 1 liter malathion dicampur dengan 20 liter solar.

**Tabel 9 Rata-Rata Hasil Kegiatan FF di Kota Bekasi Tahun 2011-2013**

Tahun	Jumlah Kasus	Target FF	Realisasi	%
2011	697	Kasus DBD Positif	691	99,13
2012	856	Kasus DBD Positif	856	100
2013	1.415	Kasus DBD Positif	1.415	100
Rata-rata				99,71

Sumber : Dinkes Kota Bekasi Keterangan FF : Fogging Fokus

Dari tabel diatas dapat dilihat cakupan tertinggi pada tahun 2012 dan 2013 yaitu

sebesar 100% dan cakupan terendah pada tahun 2011 sebesar 99,13%.

### **Hasil Kegiatan PJB**

PJB dilaksanakan setiap tiga bulan sekali yang dilakukan di rumah dan di tempat-tempat umum. PJB ini dilakukan oleh kader jumentik dimana kader jumentik tersebut sebanyak 100 rumah sampel untuk setiap desa/kelurahan. Hasil dari pemeriksaan bebas

jentik tersebut diinformasikan kepada kepala wilayah / daerah setempat sebagai evaluasi dan dasar penggerakan masyarakat dalam PSN DBD. Hasil kegiatan PJB di Kota Bekasi tahun 2011-2013 pada tabel berikut:

**Tabel 10 Rata-Rata Hasil Kegiatan PJB di Kota Bekasi Tahun 2011-2013**

Tahun	Jumlah Kecamatan	Target ABJ %	ABJ %				Rata-rata ABJ %
			Tri I	Tri II	Tri III	Tri IV	
2011	12	95%	95	95	96	96	95,5 %
2012	12	95%	94	95	94	95	94,5 %
2013	12	95%	93	93	93	92	92,75 %
Rata-rata ABJ			94	94,33	94,33	94,33	94,25%

Sumber: Dinkes Kota Bekasi, Keterangan PJB: Pemeriksaan Jentik Berkala, ABJ :Angka Bebas Jentik

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa rata-rata angka bebas jentik selama tahun 2011-2013 sebesar 94,25% dimana angka bebas jentik ini masih dibawah angka standar nasional yaitu > 95%.

### **Rekapitulasi Hasil Kegiatan P2DBD**

Hasil kegiatan program pemberantasan penyakit DBD (P2DBD) yang dilaksanakan di Kota Bekasi sebagian besar mengalami flukstasi dari tahun ke tahunnya. Hanya kegiatan Penyelidikan Epidemiologi yang hampir

mencapai 100% karena hampir semua kasus DBD dilakukan PE.

Hasil kegiatan fogging fokus angkanya mengalami penurunan yaitu pada tahun 2013 sebesar 100%, tahun 2012 sebesar 99%, dan tahun 2011 sebesar 99%, Hasil kegiatan Pemeriksaan jentik berkala cakupannya sebesar 95,3% dimana angka rata-rata tersebut sudah memenuhi angka nasional . Untuk dapat mengetahui tingkat efektifitas kegiatan program P2DBD lebih jelasnya dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 11 Rata-Rata Hasil Kegiatan Program P2DBD di kota Bekasi tahun 2011-2013**

Program P2DBD	Tahun			Rata-Rata (%)
	2011	2012	2013	
Penyelidikan Epidemiologi (PE)	51	62	81	64,67%
Fogging Focus (FF)	100	99	99	99,3%
Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB)	96	95	95	95,3 %

Sumber : Dinkes Kota Bekasi

### **Outcome**

Komponen *outcome* bertujuan untuk mengetahui dampak program kerja yang sudah dilakukan, pada komponen *outcome* ada

kriteria yang dievaluasi yaitu IR dan CFR. Berikut matriks hasil wawancara penulis dengan informan kunci:

**Tabel 12 Matriks Hasil Wawancara dengan Informan Kunci 1, Informan Kunci 2 dan Informan Kunci 3 tentang Komponen Outcome Program P2DBD di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi**

Komponen OUTCOME	Informan Kunci		
	Informan 1	Informan 2	Informan 3
IR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angka kesakitan melebihi angka target nasional</li> <li>- Ada peningkatan pada tahun 2013 yaitu 58/100.000 penduduk</li> <li>- Target nasional &lt; 20/100.000 penduduk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angka kesakitan melebihi angka target nasional</li> <li>- Ada peningkatan pada tahun 2013 yaitu 58/100.000 penduduk</li> <li>- Target nasional &lt; 20/100.000 penduduk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angka kesakitan melebihi angka target nasional</li> <li>- Ada peningkatan pada tahun 2013 yaitu 58/100.000 penduduk</li> <li>- Target nasional &lt; 20/100.000 pdk</li> </ul>
CFR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angka kematian dari tahun 2011-2012 tertinggi tahun 2012 yaitu 2,0%</li> <li>- Tahun 2013 angka kematian 1,2%.</li> <li>- Target nasional 1 atau &gt; 1%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angka kematian dari tahun 2011-2012 tertinggi tahun 2012 yaitu 2,0%</li> <li>- Tahun 2013 angka kematian 1,2%.</li> <li>- Target nasional 1 atau &gt; 1%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angka kematian dari tahun 2011-2012 tertinggi tahun 2012 yaitu 2,0%</li> <li>- Tahun 2013 angka kematian 1,2%.</li> <li>- Target nasional 1 atau &gt; 1%</li> </ul>

Berdasarkan matrik hasil wawancara di atas menunjukkan bahwa program kerja dinas kesehatan kota Bekasi untuk menangani kasus DBD sudah dilakukan berdasarkan prosedur yang berlaku tetapi setelah dilakukan evaluasi atau penilaian kasus DBD meningkat dan angka kematian karena kasus DBD melebihi

target nasional. Target yang ditetapkan nasional untuk CFR adalah < 1%, dan IR 20/100.000 penduduk sedangkan kasus yang terjadi di wilayah kerja dinas kota Bekasi melebihi sntandar nasional. Hal ini dipengaruhi oleh tingkat kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan masih kurang.

**Tabel 13 Matriks Hasil Wawancara dengan Informan Kunci 1, Informan Kunci 2 dan Informan Kunci 3 tentang Komponen Outcome Program P2DBD di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi**

Komponen OUTPUT	Informan Pendukung			
	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7
Dampak dari pelaksanaan program P2DBD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurang berhasil</li> <li>- Penderita DBD masih ada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Belum terasa</li> <li>- Kegiatan sudah dilaksanakan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Belum ada dampak positif</li> <li>- Program belum berjalan dengan baik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masih kurang</li> <li>- Penyemprotan sudah dilakukan</li> <li>- PJB belum berjalan.</li> </ul>

Berdasarkan matrik hasil wawancara di atas menunjukkan bahwa dampak pelaksanaan program P2DBD masih kurang berhasil.

DBD, kesulitan memperoleh bahan bakar (solar), kurangnya alat fogging atau ULV, dan kesadaran masyarakat dalam mengantisipasi penyebaran DBD masih kurang.

### **Hambatan**

Hambatan dalam pelaksanaan program P2DBD antara lain keterlambatan rumah sakit dan masyarakat dalam melaporkan kasus

## Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Komponen input Program P2DBD di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi yang berupa sarana, tenaga, dan biaya sudah mencapai kriteria
2. Komponen Proses berupa kegiatan PE sudah sesuai dengan prosedur pelaksanaan kegiatan PE, tingkat pencapaian proses pelaksanaan kegiatan FF yang sudah dilaksanakan dinas kesehatan kota Bekasi belum memenuhi kriteria pencapaian program P2DBD, pelaksanaan kegiatan PSN di wilayah kerja dinas kesehatan kota Bekasi belum terlaksana dengan baik, pelaksanaan kegiatan PJB sudah berjalan dengan baik, kesadaran masyarakat yang ada di wilayah tersebut masih kurang.
3. Komponen Output berupa pencapaian hasil pelaksanaan kegiatan program P2DBD yang meliputi PE, FF, PJB dan PSN sudah memenuhi indikator kriteria efektifitas, dan berdasarkan indikator kriteria efektivitas program yang ditetapkan oleh pemerintah pusat atau indikator nasional ada beberapa kriteria yang masih kurang seperti pelaksanaan kegiatan PE dan FF
4. Komponen Outcome Dampak dari hasil kegiatan program pemberantasan penyakit DBD di Kota Bekasi belum memberikan kontribusi penurunan Angka kejadian kasus DBD setiap tahunnya.
5. Hambatan dalam pelaksanaan program P2DBD antara lain keterlambatan rumah sakit dan masyarakat dalam melaporkan kasus DBD, kesulitan memperoleh bahan bakar (solar), kurangnya alat fogging atau ULV, dan kesadaran masyarakat dalam mengantisipasi penyebaran DBD masih kurang.

## Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan dari hasil penelitian di atas, dapat dilampirkan beberapa saran sebagai berikut:

### 1. Bagi Dinas

- a. Kepada pemegang program hendaknya meningkatkan upaya pencegahan dan pemberantasan vektor intensif seperti PE, FF, PJB dan PSN serta lebih meningkatkan cakupan kegiatan program P2DBD serta evaluasinya.
- b. Melaksanakan Kegiatan PJB dan PSN melalui program UKS
- c. Melibatkan dan bekerjasama dengan organisasi atau lembaga yang ada di masyarakat seperti Posyandu, PKK, LKMD, dan organisasi pemuda dalam PSN dan gerakan kebersihan (Gerakan Jum'at bersih).
- d. Kerjasama lintas program dalam hal PSN melalui program Pekan Sanitasi, Program Klinik Sanitasi di Puskesmas dan Program Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di masyarakat.
- e. Penyebarluasan informasi kepada masyarakat tentang penanggulangan penyakit DBD melalui media cetak dan media elektronik.

### 3. Bagi Masyarakat

- a. Menjalin kerjasama yang baik dengan para tenaga kesehatan
- b. Menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat dengan menjaga kebersihan lingkungan.
- c. Bergotong royong membersihkan lingkungan ( $\pm 1$  minggu sekali).

### 4. Bagi Puskesmas dan Rumah Sakit

- a. Berperan aktif dalam pencegahan penularan penyakit DBD di masyarakat
- b. Melakukan pengawasan berkala terhadap penularan DBD agar tidak tersebar luas.

## Daftar Pustaka

- Ahmad Saebani, Beni. (2008). *Metode penelitian*. Pustaka Setia.
- Arikunto, S., Safruddin, C. (2004). *Evaluasi program pendidikan: pedoman teoretis*



- praktis bagi praktisi pendidikan.* Jakarta: Bumi Aksara.
- Dinkes. (2012). *Profil kesehatan.* Bekasi: Dinas Kesehatan Kota Bekasi.
- Ditjen P3L.(2005). *Pencegahan dan pemberantasan demam berdarah dengue di Indonesia.* Jakarta: Depkes RI.
- Hasan dan Ayubi. (2007). *Hubungan perilaku pemberantasan sarang nyamuk dan kejadian demam berdarah dengue di kota Bandar Lampung.* Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 2: 90.
- Moleong, Lexy. (2011). *Metodologi penelitian Kualitatif.* Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Sintorini. (2007). *Pengaruh iklim terhadap kasus DBD.* Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 2: 12.
- Soegijanto, Soegeng. (2006). *Demam berdarah dengue.* Surabaya: Airlangga University Press