

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

1. Pengertian DBD

Demam berdarah *dengue* (DBD) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus *dengue* dan mengakibatkan spektrum manifestasi klinis yang bervariasi antara yang paling ringan, demam *dengue* (DD), DBD dan demam *dengue* yang disertai renjatan atau *dengue shock syndrome* (DSS) ditularkan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Ae. albopictus* yang terinfeksi. Host alami DBD adalah manusia, *agentnya* adalah virus *dengue* yang termasuk ke dalam famili Flaviridae dan genus Flavivirus, terdiri dari 4 serotipe yaitu Den-1, Den-2, Den-3 dan Den-4. Dalam 50 tahun terakhir, kasus DBD meningkat 30 kali lipat dengan peningkatan ekspansi geografis ke negara negara baru dan, dalam dekade ini, dari kota ke lokasi pedesaan. Penderitanya banyak ditemukan di sebagian besar wilayah tropis dan subtropis, terutama Asia Tenggara, Amerika Tengah, Amerika dan Karibia (Candra, 2010).

2. Tanda dan Gejala Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

- a. Diagnosis DBD dapat ditegakkan bila ditemukan manifestasi berikut :
 - 1) Demam 2-7 hari yang timbul mendadak, tinggi, terus-menerus
 - 2) Adanya manifestasi pendarahan baik yang spontan seperti petekie, purpura, ekimosis, epistaksis, pendarahan gusi,

hematemesis dan atau melena ; maupun berupa uji tourniquet positif.

- 3) Trombositopenia (Trombosit $\leq 100.000/mm^3$)
 - 4) Adanya kebocoran plasma (plasma leakage) akibat dari peningkatan permeabilitas vaskular yang ditandai salah satu atau lebih tanda berikut:
 - 5) Peningkatan hematokrit/hemokonsentrasi $\geq 20\%$ dari nilai baseline atau penurunan sebesar itu pada fase konvalesens.
 - 6) Efusi pleura, asites atau hipoproteinemia/ hipoalbuminemia.
- b. Karakteristik gejala dan tanda utama DBD sebagai berikut :
- 1) Demam
 - a) Demam tinggi yang mendadak, terus menerus, berlangsung 2-7 hari.
 - b) Akhir fase demam setelah hari ke-3 saat demam mulai menurun, hati-hati karena pada fase tersebut dapat terjadi syok. Demam Hari ke-3 sampai ke-6, adalah fase kritis terjadinya syok.
 - 2) Tanda-tanda pendarahan
 - a) Penyebab perdarahan pada pasien DBD ialah vaskulopati, trombositopenia dan gangguan fungsi trombosit, serta koagulasi intravaskular yang menyeluruh. Jenis perdarahan yang terbanyak adalah perdarahan kulit seperti uji *Tourniquet* positif (uji *Rumple Leed*/ uji bendung), petekie,

purpura, ekimosis dan perdarahan konjungtiva. Petekie dapat muncul pada hari-hari pertama demam tetapi dapat pula dijumpai setelah hari ke-3 demam.

- b) Petekie sering sulit dibedakan dengan bekas gigitan nyamuk, untuk membedakannya: lakukan penekanan pada bintik merah yang dicurigai dengan kaca obyektif atau penggaris plastik transparan, atau dengan meregangkan kulit. Jika bintik merah menghilang saat penekanan/ peregangan kulit berarti bukan petekie. Perdarahan lain yaitu epistaksis, perdarahan gusi, melena dan hematemesis. Pada anak yang belum pernah mengalami mimisan, maka mimisan merupakan tanda penting. Kadang-kadang dijumpai pula perdarahan konjungtiva atau hematuria.

3) Hepatomegali (Pembesaran Hati)

- a) Pembesaran hati pada umumnya dapat ditemukan pada permulaan penyakit, bervariasi dari hanya sekedar dapat diraba (*just palpable*) sampai 2-4 cm di bawah lengkungan iga kanan dan dibawah prosesus Xifoideus.
- b) Proses pembesaran hati, dari tidak teraba menjadi teraba, dapat meramalkan perjalanan penyakit DBD. Derajat pembesaran hati tidak sejajar dengan beratnya penyakit, namun nyeri tekan di hipokondrium kanan disebabkan oleh

karena peregangan kapsul hati. Nyeri perut lebih tampak jelas pada anak besar dari pada anak kecil.

4) Syok

Ditandai nadi cepat dan lemah sampai tidak teraba, penyempitan tekanan nadi (20 mmHg), hipotensi sampai tidak terukur, kaki dan tangan dingin, kulit lembab, capillary refill time memanjang (>2 detik) dan pasien tampak gelisah.

3. Faktor Risiko DBD

Salah satu faktor risiko penularan DBD adalah pertumbuhan penduduk perkotaan yang cepat, mobilisasi penduduk karena membaiknya sarana dan prasarana transportasi dan terganggu atau melemahnya pengendalian populasi sehingga memungkinkan terjadinya KLB. Faktor risiko lainnya adalah kemiskinan yang mengakibatkan orang tidak mempunyai kemampuan untuk menyediakan rumah yang layak dan sehat, pasokan air minum dan pembuangan sampah yang benar. Tetapi di lain pihak, DBD juga bisa menyerang penduduk yang lebih makmur terutama yang biasa bepergian. Dari penelitian di Pekanbaru Provinsi Riau, diketahui faktor yang berpengaruh terhadap kejadian DBD adalah pendidikan dan pekerjaan masyarakat, jarak antar rumah, keberadaan tempat penampungan air, keberadaan tanaman hias dan pekarangan serta mobilisasi penduduk; sedangkan tata letak rumah dan keberadaan jentik tidak menjadi faktor risiko.

Faktor risiko yang menyebabkan munculnya antibodi IgM anti dengue yang merupakan reaksi infeksi primer, berdasarkan hasil penelitian di wilayah Amazon Brasil adalah jenis kelamin laki-laki, kemiskinan, dan migrasi. Sedangkan faktor risiko terjadinya infeksi sekunder yang menyebabkan DBD adalah jenis kelamin laki-laki, riwayat pernah terkena DBD pada periode sebelumnya serta migrasi ke daerah perkotaan (Candra, 2010).

B. Program Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (G1RIJ)

1. Definisi

a. Jumantik

Juru pemantau jentik atau Jumantik adalah orang yang melakukan pemeriksaan, pemantauan dan pemberantasan jentik nyamuk khususnya *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*.

b. Gerakah 1 Rumah 1 Jumantik

Adalah peran serta dan pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan setiap keluarga dalam pemeriksaan, pemantauan dan pemberantasan jentik nyamuk untuk pengendalian penyakit tular vektor khususnya DBD melalui pembudayaan PSN 3M PLUS.

c. Jumantik Rumah

Adalah kepala keluarga / anggota keluarga / penghuni dalam satu rumah yang disepakati untuk melaksanakan kegiatan pemantauan jentik di rumahnya. Kepala Keluarga sebagai penanggung jawab Jumantik Rumah.

d. Jumantik Lingkungan

Adalah satu atau lebih petugas yang ditunjuk oleh pengelola tempat – tempat umum (TTU) atau tempat – tempat institusi (TTI) untuk melaksanakan pemantauan jentik di:

- 1) TTI : Perkantoran, sekolah, rumah sakit.
- 2) TTU : Pasar, terminal, pelabuhan, tempat ibadah, stasiun, bandara, tempat pemakaman, tempat wisata.

e. Koordinator Jumantik

Adalah satu atau lebih jumantik/kader yang ditunjuk oleh Ketua RT untuk melakukan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan jumantik rumah dan jumantik lingkungan (*crosscheck*).

f. Supervisor Jumantik

Adalah satu atau lebih anggota dari Pokja DBD atau orang yang ditunjuk oleh Ketua RW/Kepala Desa/Lurah untuk melakukan pengolahan data dan pemantauan pelaksanaan jumantik di lingkungan RT.

2. Struktur

Pembentukan Kader Jumantik dalam kegiatan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik yang berasal dari masyarakat terdiri dari Jumantik Rumah/Lingkungan, Koordinator Jumantik dan Supervisor Jumantik. Pembentukan dan pengawasan kinerja menjadi tanggung jawab

sepenuhnya oleh pemerintah Kabupaten/Kota. Adapun susunan organisasinya adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1 Bagian Struktur Jumantik

3. Tata Kerja dan Koordinasi

Tata kerja/koordinasi Jumantik di lapangan adalah sebagai berikut:

- a. Tata kerja Jumantik mengacu pada petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis pemberantasan sarang nyamuk penular DBD dan ketentuan-ketentuan lainnya yang berlaku di wilayah setempat.
- b. Koordinator dan Supervisor Jumantik dapat berperan dalam kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit lainnya sesuai dengan kebutuhan dan prioritas masalah/penyakit yang ada di wilayah kerjanya.

Adapun ilustrasi struktur kerja Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2.2 Gambar ilustrasi struktur kerja Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik

4. Pemilihan Koordinator dan Supervisor Jumantik

a. Kriteria Koordinator dan Supervisor Jumantik

Koordinator Jumantik direkrut dari masyarakat berdasarkan usulan atau musyawarah RT setempat, dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Berasal dari warga RT setempat
- 2) Mampu dan mau melaksanakan tugas dan bertanggung jawab
- 3) Mampu dan mau menjadi motivator bagi masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya
- 4) Mampu dan mau bekerjasama dengan petugas puskesmas dan tokoh masyarakat di lingkungannya.

b. Kriteria Supervisor Jumantik

Penunjukan supervisor disesuaikan dengan situasi dan kondisi daerah masing-masing, dengan kriteria:

- 1) Anggota Pokja Desa/Kelurahan atau orang yang ditunjuk dan ditetapkan oleh Ketua RW/Kepala Desa/Lurah.
- 2) Mampu melaksanakan tugas dan bertanggung jawab.
- 3) Mampu menjadi motivator bagi masyarakat dan Koordinator Jumantik yang menjadi binaannya.
- 4) Mampu bekerjasama dengan petugas puskesmas, Koordinator Jumantik dan tokoh masyarakat setempat.

c. Perekrutan

Perekrutan Koordinator dan penunjukan Supervisor Jumantik dilaksanakan sesuai dengan tata cara yang telah diatur oleh masing-masing Pemerintah Kabupaten/Kota, dan ditetapkan melalui sebuah Surat Keputusan.

5. Tugas dan Tanggung Jawab

Tugas dan tanggung jawab pelaksanaan PSN 3M Plus disesuaikan dengan fungsi masing-masing. Secara rinci tugas dan tanggung jawab Jumantik adalah sebagai berikut:

a. Jumantik Rumah

- 1) Mensosialisasikan PSN 3M Plus kepada seluruh anggota keluarga/penghuni rumah.
- 2) Memeriksa/memantau tempat perindukan nyamuk di dalam dan di luar rumah seminggu sekali.

- 3) Menggerakkan anggota keluarga/penghuni rumah untuk melakukan PSN 3M Plus seminggu sekali.
- 4) Hasil pemantauan jentik dan pelaksanaan PSN 3M Plus dicatat pada kartu jentik.

Catatan :

- a) Untuk rumah kost/asrama pemilik/penanggung jawab/pengelola tempat-tempat tersebut bertanggung jawab terhadap pelaksanaan pemantauan jentik dan PSN 3M Plus.
- b) Untuk rumah-rumah tidak berpenghuni, ketua RT bertanggung jawab terhadap pelaksanaan pemantauan jentik dan PSN 3M Plus di tempat tersebut.

b. Jumantik Lingkungan

- 1) Mensosialisasikan PSN 3M Plus di lingkungan TTI dan TTU.
- 2) Memeriksa tempat perindukan nyamuk dan melaksanakan PSN 3M Plus di lingkungan TTI dan TTU seminggu sekali.
- 3) Hasil pemantauan jentik dan pelaksanaan PSN 3 M Plus dicatat pada kartu jentik.

c. Koordinator Jumantik

- 1) Melakukan sosialisasi PSN 3M Plus secara kelompok kepada masyarakat. Satu Koordinator Jumantik bertanggungjawab membina 20 hingga 25 orang Jumantik rumah/lingkungan.
- 2) Menggerakkan masyarakat untuk melaksanakan PSN 3M Plus di lingkungan tempat tinggalnya.

- 3) Membuat rencana/jadwal kunjungan ke seluruh bangunan baik rumah maupun TTU/TTI di wilayah kerjanya.
 - 4) Melakukan kunjungan dan pembinaan ke rumah/tempat tinggal, TTU dan TTI setiap 2 minggu.
 - 5) Melakukan pemantauan jentik di rumah dan bangunan yang tidak berpenghuni seminggu sekali.
 - 6) Membuat catatan/rekapitulasi hasil pemantauan jentik rumah, TTU dan TTI sebulan sekali.
 - 7) Melaporkan hasil pemantauan jentik kepada Supervisor Jumantik sebulan sekali.
- d. Supervisor Jumantik
- 1) Memeriksa dan mengarahkan rencana kerja Koordinator Jumantik.
 - 2) Memberikan bimbingan teknis kepada Koordinator Jumantik.
 - 3) Melakukan pembinaan dan peningkatan keterampilan kegiatan pemantauan jentik dan PSN 3M Plus kepada Koordinator Jumantik.
 - 4) Melakukan pengolahan data pemantauan jentik menjadi data Angka Bebas Jentik (ABJ).
 - 5) Melaporkan ABJ ke puskesmas setiap bulan sekali.
- e. Puskesmas
- 1) Berkoordinasi dengan kecamatan dan atau kelurahan/desa untuk pelaksanaan kegiatan PSN 3M Plus.

- 2) Memberikan pelatihan teknis kepada Koordinator dan Supervisor Jumantik.
 - 3) Membina dan mengawasi kinerja Koordinator dan Supervisor Jumantik.
 - 4) Menganalisis laporan ABJ dari Supervisor Jumantik.
 - 5) Melaporkan rekapitulasi hasil pemantauan jentik oleh Jumantik di wilayah kerjanya kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setiap bulan sekali.
 - 6) Melakukan pemantauan jentik berkala (PJB) minimal 3 bulan sekali.
 - 7) Melaporkan hasil PJB setiap tiga bulan (Maret, Juni, September, Desember) ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
 - 8) Membuat SK Koordinator Jumantik atas usulan RW/Desa/Kelurahan dan melaporkan ke Dinas Kesehatan Kab/Kota.
 - 9) Mengusulkan nama Supervisor Jumantik ke Dinas Kesehatan Kab/Kota.
- f. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- 1) Mengupayakan dukungan operasional Jumantik di wilayahnya.
 - 2) Memberikan bimbingan teknis perekrutan dan pelatihan Jumantik.
 - 3) Menganalisa laporan hasil PJB dari puskesmas.
 - 4) Mengirimkan umpan balik ke Puskesmas.

- 5) Melaporkan rekapitulasi hasil PJB setiap tiga bulan (Maret, Juni, September, Desember) kepada Dinas Kesehatan Provinsi.
 - 6) Melakukan rekapitulasi Koordinator Jumantik di wilayahnya dan melaporkan kepada Dinas Kesehatan Provinsi.
 - 7) Mengeluarkan SK Supervisor Jumantik dan melaporkan kepada Dinas Kesehatan Provinsi.
- g. Dinas Kesehatan Provinsi
- 1) Membina dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan PSN 3M Plus di Kabupaten/Kota.
 - 2) Mengirimkan umpan balik ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
 - 3) Menganalisis dan membuat laporan rekapitulasi hasil kegiatan pemantauan jentik dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kepada Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Ditjen P2P), Kementerian Kesehatan RI, setiap tiga bulan (Maret, Juni, September, Desember).
 - 4) Melakukan rekapitulasi jumlah Koordinator dan Supervisor Jumantik serta melaporkan kepada Ditjen P2P, Kemenkes RI.

6. Operasional

Agar Jumantik dapat bertugas dan berfungsi sebagaimana yang diharapkan maka diperlukan dukungan biaya operasional. Dukungan dana tersebut dapat berasal dari beberapa sumber seperti APBD Kabupaten/Kota, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), alokasi dana

Desa, dan sumber anggaran lainnya. Adapun komponen pembiayaan yang diperlukan antara lain adalah:

- a. Transport/insentif /honor bagi Koordinator dan Supervisor Jumantik jika diperlukan.
- b. Pencetakan atau penggandaan kartu jentik, formulir laporan Koordinator dan Supervisor Jumantik, pedoman dan bahan penyuluhan.
- c. Pengadaan PSN kit berupa topi, rompi, tas kerja, alat tulis, senter, pipet dan plastik tempat jentik dan larvasida.



Gambar 2.3 Contoh PSN Kit

- d. Biaya sosialisasi gerakan 1 rumah 1 jumantik di setiap level administrasi mulai dari RT sampai tingkat desa/kelurahan.
- e. Biaya pelatihan bagi koordinator, supervisor dan tenaga puskesmas.
- f. Biaya pelatihan bagi pelatih supervisor Jumantik oleh puskesmas.
- g. Biaya monitoring dan evaluasi.

C. Pelaksanaan Gerakan 1 Rumah 1 Jentik (G1RIJ)

1. Persiapan

- a. Pengurus RT melakukan pemetaan dan pengumpulan data penduduk, data rumah/bangunan pemukiman dan tempat-tempat umum lainnya seperti sarana pendidikan, sarana kesehatan, sarana olahraga, perkantoran, masjid/mushola, gereja, pasar, terminal dan lain-lain.
- b. Pengurus RT mengadakan pertemuan tingkat RT dihadiri oleh warga setempat, tokoh masyarakat (Toma), tokoh agama (Toga), dan kelompok potensial lainnya. Pada pertemuan tersebut disampaikan tentang perlunya setiap rumah melakukan pemantauan jentik dan PSN 3M Plus secara rutin seminggu sekali dan mensosialisasikan tentang pentingnya Gerakan 1 Rumah 1 Jumentik dengan membentuk Jumentik rumah/lingkungan.
- c. Pengurus RT membentuk koordinator jumentik dan jumentik lingkungan berdasarkan musyawarah warga.
- d. Para koordinator jumentik menyusun rencana kunjungan rumah.

2. Kunjungan Rumah

Koordinator Jumentik melakukan kunjungan ke rumah/bangunan berdasarkan data yang tersedia dan mempersiapkan bahan/alat yang diperlukan untuk pemantauan jentik. Hal-hal yang perlu dilakukan saat kunjungan rumah adalah sebagai berikut:

- a. Memulai pembicaraan dengan menanyakan sesuatu yang sifatnya menunjukkan perhatian kepada keluarga itu. Misalnya menanyakan keadaan anak atau anggota keluarga lainnya.
 - b. Menceritakan keadaan atau peristiwa yang ada kaitannya dengan penyakit demam berdarah, misalnya adanya anak tetangga yang sakit demam berdarah atau adanya kegiatan di desa/ kelurahan/RW tentang usaha pemberantasan demam berdarah atau berita di surat kabar/majalah/televisi/radio tentang penyakit demam berdarah dan lain-lain.
 - c. Membicarakan tentang penyakit DBD, cara penularan dan pencegahannya, serta memberikan penjelasan tentang hal-hal yang ditanyakan tuan rumah.
 - d. Gunakan gambar-gambar (leaflet) atau alat peraga untuk lebih memperjelas penyampaian.
 - e. Mengajak pemilik rumah bersama-sama memeriksa tempat-tempat yang berpotensi menjadi sarang jentik nyamuk. Misalnya bak penampungan air, tatakan pot bunga, vas bunga, tempat penampungan air dispenser, penampungan air buangan di belakang lemari es, wadah air minum burung serta barang-barang bekas seperti ban, botol air dan lain-lainnya.
- 1) Pemeriksaan dimulai di dalam rumah dan dilanjutkan di luar rumah.

- 2) Jika ditemukan jentik nyamuk maka kepada tuan rumah/pengelola bangunan diberi penjelasan tentang tempat-tempat perkembangbiakan nyamuk dan melaksanakan PSN 3M Plus.
- 3) Jika tidak ditemukan jentik maka kepada tuan rumah/pengelola bangunan disampaikan pujian dan memberikan saran untuk terus menjaga agar selalu bebas jentik dan tetap melaksanakan PSN 3MPlus.

3. Tatacara Pemantauan Jentik

Tatacara dalam melakukan kegiatan pemantauan jentik di rumah, TTU dan TTI adalah sebagai berikut:

- a. Periksalah bak mandi/WC, tempayan, drum dan tempat-tempat penampungan air lainnya.
- b. Jika tidak terlihat adanya jentik tunggu sampai kira-kira satu menit, jika ada jentik pasti akan muncul ke permukaan air untuk bernafas.
- c. Gunakan senter apabila wadah air tersebut terlalu dalam dan gelap.
- d. Periksa juga tempat-tempat berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk misalnya vas bunga, tempat minum burung, kaleng-kaleng bekas, botol plastik, ban bekas, tatakan pot bunga, tatakan dispenser dan lain-lain.
- e. Tempat lain di sekitar rumah yaitu talang/saluran air yang terbuka/tidak lancar, lubang-lubang pada potongan bambu atau pohon lainnya.

2. Cara Mencatat dan Melaporkan Hasil Pemantauan Jentik

Setelah melakukan pemeriksaan jentik, Jumantik Keluarga/Lingkungan menuliskan hasilnya pada kartu jentik seminggu sekali dengan tanda “-“ jika tidak ditemukan jentik atau tanda “+” jika menemukan jentik.

Secara singkat catatan dan pelaporan untuk kegiatan 1 rumah 1 jumantik adalah sebagai berikut :

a. Kartu Jentik

- 1) Diisi mandiri oleh jumantik rumah dan jumantik lingkungan.
- 2) Dilakukan seminggu sekali.
- 3) Dengan memberikan tanda “+” apabila ditemukan jentik dan tanda “-“ apabila tidak ditemukan jentik.

b. Laporan Koordinator Jumantik

- 1) Dilakukan di level RT.
- 2) Dilakukan sebulan sekali.
- 3) Direkap dari kartu Jentik.

c. Laporan Supervisor Jumantik

- 1) Dilakukan di level RW/Kelurahan.
- 2) Dilakukan sebulan sekali.
- 3) Direkap dari laporan koordinator.

4. Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan dapat dilaksanakan di kelompok Dasawisma, pertemuan arisan atau pada pertemuan antar warga RT/RW, pertemuan dalam bidang keagamaan atau pegajian dan sebagainya.

Langkah-langkah dalam melakukan penyuluhan kelompok adalah sebagai berikut:

- d. Setiap peserta diusahakan duduk dalam posisi saling bertatap muka satu sama lain. Misalnya berbentuk huruf U, O atau setengah lingkaran.
- e. Mulailah dengan memperkenalkan diri dan perkenalan semua peserta.
- f. Kemudian disampaikan pentingnya membicarakan DBD, antara lain bahayanya, dapat menyerang semua orang, bagaimana cara pencegahannya.
- g. Jelaskan materi yang telah disiapkan sebelumnya secara singkat dengan menggunakan gambar-gambar atau alat peraga misalnya lembar balik, leaflet atau media KIE lainnya. Setelah itu beri kesempatan kepada peserta untuk diskusi atau mengajukan pertanyaan tentang materi yang dibahas.
- h. Pada akhir penyuluhan, ajukan beberapa pertanyaan untuk mengetahui sejauh mana materi yang disampaikan telah dipahami.

D. Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan secara sederhana dapat diartikan sebagai proses menerjemahkan peraturan ke dalam bentuk tindakan. Dalam praktiknya implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang begitu kompleks bahkan tidak jarang bermuatan politis karena wujudnya intervensi berbagai kepentingan. Menurut Barrett (2004:251) dalam Leo Agustino (2016:128) menyatakan bahwa implementasi kebijakan sebagai, “...*translating policy into action*” atau bila diterjemahkan secara sederhana berarti menerjemahkan kebijakan ke dalam tindakan. Jadi, implementasi kebijakan adalah menjalankan konten atau isi kebijakan ke dalam aplikasi yang diamanatkan oleh kebijakan itu sendiri.

Model implementasi kebijakan yang berprespektif *top-down* dikembangkan oleh George C. Edward III. Edward III menamakan model implementasi kebijakan publiknya dengan istilah *Direct and Indirect Impact on Implementation*. Dalam pendekatan yang diteoreman oleh Edward III, terdapat variabel yang sangat menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan, yaitu :

1. Komunikasi

Variabel pertama yang mempengaruhi keberhasilan implementasi atau suatu kebijakan menurut Edward III adalah komunikasi. Komunikasi menurutnya sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik. Implementasi yang efektif terjadi apabila para pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan mereka kerjakan. Pengetahuan atas apa yang akan mereka

kerjakan dapat berjalan bila komunikasi berjalan dengan baik sehingga setiap keputusan kebijakan dan peraturan implementasi harus ditransmisikan (atau dikomunikasikan) kepada bagian personalia yang tepat, akurat, dan konsisten. Komunikasi (atau pentransmisian informasi) diperlukan agar para pembuat keputusan di dan para implementor akan semakin konsisten dalam melaksanakan setiap kebijakan yang akan diterapkan dalam masyarakat.

Terdapat tiga indikator yang dapat dipakai (atau digunakan) dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi tersebut diatas, yaitu :

a. Transmisi

Penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Seringkali yang terjadi dalam penyaluran komunikasi adalah adanya salah pengertian (miskomunikasi), hal ini disebabkan karena komunikasi telah melalui beberapa tingkatan birokrasi sehingga apa yang diharapkan terdistorsi di tengah jalan. Transmisi atau penyaluran komunikasi dalam program G1RIJ adalah penyaluran komunikasi mengenai program G1RIJ dari aparatur pelaksana program yaitu para petugas pelaksana program G1RIJ kepada penerima program yaitu masyarakat. Metode komunikasi yang digunakan dalam pelaksanaan program dapat melalui metode komunikasi langsung dan tak langsung. Komunikasi langsung misalnya melalui tatap muka

langsung dalam kegiatan sosialisasi program maupun promosi kesehatan. Komunikasi tak langsung dapat menggunakan bantuan alat komunikasi yang berfungsi sebagai media komunikasi (Kemenkes, 2016).

b. Kejelasan

Dimensi kejelasan menghendaki agar informasi yang jelas dan mudah dipahami, selain itu untuk menghindari kesalahan interpretasi dari pelaksana kebijakan, kelompok sasaran maupun pihak yang terkait dalam implementasi kebijakan. Dalam kebijakan P2DBD, Kejelasan informasi yang diterima oleh masyarakat terkait upaya pengendalian DBD harus jelas dan dapat dipahami oleh masyarakat. Upaya yang dapat dilakukan adalah melalui penyuluhan yang dilakukan dengan yang dilakukan rutin agar kejelasan informasi yang disampaikan kepada masyarakat dapat dilakukan dengan baik. Penyuluhan kesehatan dilaksanakan secara intensif dan berkesinambungan melalui berbagai media massa maupun secara berkelompok atau individual dengan memperhatikan aspek sosial budaya yang lokal spesifik.

Tujuan penyuluhan adalah untuk mengubah atau mempengaruhi perilaku responden agar lebih mandiri untuk mencapai hidup sehat (Depkes, 2002). Materi penyuluhan sebaiknya diberikan dalam bahasa yang mudah dimengerti dan tidak terlalu sulit. Untuk mengetahui keberhasilan penyuluhan yaitu

meningkatnya pengetahuan responden setelah diberikan penyuluhan, maka dilakukan *pre-test* dan *post-test*. *Pre-test* dan *Post-test* dapat digunakan juga untuk melihat sejauh mana kejelasan informasi yang disampaikan dapat diterima oleh masyarakat, atau dapat juga mengajukan beberapa pertanyaan untuk mengetahui sejauh mana materi yang disampaikan telah dipahami serta mengajak peserta untuk berdiskusi selama kegiatan sosialisasi berlangsung (Depkes,2008).

Promosi kesehatan tentang penyakit PSN 3M Plus maupun sosialisasi program menggunakan gambar-gambar atau alat peraga misalnya lembar balik (*flip chart*), leaflet atau media KIE lainnya (Kemenkes,2016).

c. Konsistensi

Perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi haruslah konsisten (untuk diterapkan dan dijalankan), hal ini dikarenakan jika perintah yang diberikan sering diubah-ubah maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan.

Kegiatan pemberian informasi dalam program pemberantasan penyakit DBD harus berkesinambungan dan rutin dilaksanakan. Inkonsistensi dapat menyebabkan frekuensi pemberian informasi menjadi sangat sedikit, sehingga pengetahuan dan pemahan masyarakat tentang DBD terputus-putus dan mudah hilang (Massi, 2016).

Konsistensi kegiatan dalam pelaksanaan program G1RIJ melalui kegiatan PSN dilaksanakan secara rutin, kegiatan tersebut meliputi pemeriksaan jentik berkala oleh petugas puskesmas serta pertemuan dengan lintas sektoral yang dilakukan 3 bulan sekali, PJB berkala serta penyuluhan setiap satu minggu sekali melalui program pemberdayaan masyarakat yaitu 3M(Menguras, Mengubur, dan Menutup) Plus oleh kader jumentik yang sudah dilatih oleh Puskesmas serta melaporkan hasilnya pada setiap pertemuan kurang-kurangnya setiap bulan melakukan pertemuan dengan PKK/Ketua Dasa Wisma dan tokoh masyarakat untuk membahas pelaksanaan dan hasil pemeriksaan jentik oleh Jumentik. Kepala Desa/Lurah membahas hasil laporan Ketua RW dalam berbagai kesempatan pertemuan dan membahas tindak lanjut umpan balik Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) dari Puskesmas. Petugas Puskesmas juga Petugas Puskesmas melakukan bimbingan teknis kepada Pokja DBD Desa/Kelurahan. (Ditjen PP&PL, 2014).

2. Sumber Daya

Menurut George C.Edward III, sumber daya merupakan hal penting yang kedua dalam mengimplementasikan kebijakan. Indikator sumber-sumber daya terdiri dari beberapa elemen, yaitu :

d. Sumber Daya Manusia (*Staff*)

Sumber daya utama dalam implementasi kebijakan adalah staf atau sumber daya manusia (SDM). Kegagalan yang sering

terjadi dalam implementasi kebijakan salah satunya disebabkan oleh karena staf yang tidak mencukupi, memadai, ataupun tidak kompeten di bidangnya. Penambahan jumlah staf atau implementor saja tidak mencukupi, tetapi diperlukan pula kecukupan staf dengan keahlian serta kemampuan yang diperlukan (kompeten dan kapabilitas) dalam mengimplementasikan kebijakan atau melaksanakan tugas yang diinginkan oleh kebijakan itu sendiri.

Menurut SK Menteri Kesehatan No.857/2009 dalam Pedoman Penilaian Kinerja SDM Kesehatan di Puskesmas, SDM kesehatan adalah tenaga kesehatan profesi dan tenaga kesehatan non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan.

Sumber daya manusia yang dibutuhkan dalam program G1RIJ di wilayah kerja puskesmas adalah Pemegang program P2DBD dengan minimal pendidikan D3 Kesehatan atau yang setara serta sudah mendapatkan pelatihan tentang manajemen pengendalian DBD, Kader Jumantik baik itu koordinator jumantik di setiap RT maupun supervisor jumantik di setiap RW/Kelurahan, serta jumantik rumah dimana dicanangkan 1 rumah 1 jumantik (Kemenkes,2016).

e. Anggaran (*Budgetary*)

Kebijakan untuk menjamin terlaksananya kebijakan, sebab tanpa dukungan anggaran yang memadai, kebijakan tidak akan berjalan efektif dalam mencapai tujuan dan sasaran. Biaya yang diperlukan untuk pemberantasan penyakit demam berdarah dengue dibebankan kepada APBD Kabupaten/Kota, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), alokasi dana desa dan sumber anggaran lainnya (Kemenkes, 2016).

f. Informasi (*Information*)

Dalam implementasi kebijakan, informasi mempunyai dua bentuk yaitu:

- 1) Informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan. Implementor harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan disaat mereka diberi perintah untuk melakukan tindakan. Informasi yang dimaksud dalam program G1RIJ adalah informasi mengenai isi kebijakan dan kegiatan program seperti petunjuk pelaksanaan (juklak) dan petunjuk teknis (juknis) gerakan 1 rumah 1 jumantik (Kemenkes,2016).
- 2) Informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap peraturan dan regulasi pemerintah yang telah ditetapkan. Informasi ini meliputi data tentang kegiatan hasil pemantauan jentik yang tercatat dalam kartu jentik rumah/lingkungan, hasil pengolahan data pencatatan dan

pelaporan oleh koordinator jumentik tiap bulan, dan data hasil pengolahan data, pencatatan dan pelaporan oleh supervisor jumentik melalui form data ABJ (Angka Bebas Jentik) dimana hasil pemeriksaan jentik dihitung untuk mengetahui kepadatan jentik *aedes aegypti* dengan menggunakan ukuran ABJ dan dilakukan tiap sebulan sekali.

g. Wewenang (*Authority*)

Pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan secara politik. Ketika wewenang itu nihil, maka kekuatan para implementor di mata publik tidak terlegitimasi, sehingga dapat menggagalkan proses implementasi kebijakan. Tetapi, dalam konteks yang lain, ketika wewenang formal tersebut ada, maka sering terjadi kesalahan dalam melihat efektifitas kewenangan. Di satu pihak, efektifitas kewenangan diperlukan dalam pelaksanaan implementasi kebijakan; tetapi disisi lain, efektifitas akan menyurut manakala wewenang diselewengkan oleh para pelaksana demi kepentingan sendiri atau demi kepentingan kelompoknya.

Kewenangan perekrutan koordinator & supervisor jumentik dilaksanakan sesuai dengan tata cara yang telah ditetapkan dan diatur oleh masing-masing pemerintah kab/kota, dan ditetapkan melalui Surat Keputusan (SK) (Kemenkes,2016).

h. Fasilitas (*Facility*)

Fasilitas fisik juga merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Implementor mungkin memiliki staf yang mencukupi, mengerti apa yang harus dilakukannya, dan memiliki wewenang untuk melaksanakan tugasnya, tetapi tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana dan prasarana) maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan berhasil.

Sarana dan Prasarana yang dibutuhkan dalam program G1RIJ di Puskesmas adalah kartu jentik, formulir laporan koordinator dan supervisor jumentik, buku pedoman pelaksanaan program G1RIJ, PSN Kit seperti topi, rompi, tas kerja, alat tulis, senter, pipet, dan plastik tempat jentik/larvasida (Kemenkes, 2016). Bahan penyuluhan tentang PSN 3M Plus melalui program G1RIJ meliputi *leaflet*, *flipchart*, dan poster (Ditjen PP&PL, 2014).

3. Disposisi

Disposisi atau “sikap dari pelaksana kebijakan” adalah faktor penting ketiga dalam pendekatan mengenai pelaksanaan suatu kebijakan publik. Jika pelaksanaan suatu kebijakan ingin efektif, maka para pelaksana kebijakan tidak hanya harus mengetahui apa yang akan dilakukan tetapi juga harus mengetahui apa yang akan dilakukan tetapi juga harus memiliki kemampuan untuk melaksanakannya, sehingga dalam praktiknya tidak terjadi bias.

Hal-hal penting yang perlu dicermati pada variabel disposisi menurut Edward III adalah :

a. Efek disposisi

Disposisi atau sikap para pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan bila personil yang ada tidak melaksanakan kebijakan-kebijakan yang diinginkan oleh pejabat-pejabat tinggi. Oleh karena itu, pemilihan dan pengangkatan personil pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan; lebih khusus lagi pada kepentingan warga. Sikap setuju dan positif dari para pelaksana ini dapat dilihat dari keseriusan-keseriusan dalam pelaksanaan program G1RIJ. Pelaksanaan program meliputi pemeriksaan jentik berkala oleh petugas puskesmas serta pertemuan dengan lintas sektoral yang dilakukan 3 bulan sekali, memberikan pelatihan teknis kepada Koordinator dan Supervisor Jumantik, menganalisis laporan ABJ dari Supervisor Jumantik, memeriksa/memantau tempat perindukan nyamuk di dalam dan di luar rumah seminggu sekali dan mencatat hasilnya pada kartu jentik, menggerakkan anggota keluarga/penghuni rumah untuk melakukan PSN 3M Plus seminggu sekali, melakukan sosialisasi PSN 3M Plus secara kelompok kepada masyarakat, melakukan kunjungan dan pembinaan ke rumah/tempat tinggal, TTU dan TTI setiap 2 minggu, membuat catatan/rekapitulasi hasil pemantauan jentik rumah, TTU

dan TTI sebulan sekali, memberikan bimbingan teknis kepada Koordinator Jumantik, melaporkan ABJ ke puskesmas setiap bulan sekali (Kemenkes,2016).

b. Melakukan pengaturan birokrasi (*staffing the bureaucracy*)

Dalam konteks ini Edward III mensyaratkan bahwa implementasi kebijakan harus dilihat juga dalam hal pengaturan birokrasi. Ini merujuk pada penunjukan dan pengangkatan staf dalam birokrasi yang sesuai dengan kemampuan, kapabilitas, dan kompetensinya. Selain itu, pengaturan birokrasi juga bermuara pada “pembentukan” sistem pelayanan publik yang optimal, penilaian personil dalam bekerja, hingga metode *bypassing* personil. Penunjukan dan pengangkatan para pelaksana program G1RIJ harus mempertimbangkan kualifikasi dan kompetensi dari tiap pelaksana program G1RIJ ini.

c. Insentif

Edward III menyatakan bahwa salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah kecenderungan para pelaksana adalah dengan memanipulasi insentif. Pada umumnya orang bertindak menurut kepentingan mereka sendiri, maka memanipulasi insentif oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi tindakan para pelaksana kebijakan. Dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang membuat para pelaksana kebijakan melaksanakan perintah dengan baik. Hal

ini dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi (*self interest*) atau organisasi. Pembiayaan transport/insentif/honor bagi pelaksana program G1RIJ mungkin diperlukan untuk meningkatkan kinerja para pelaksana (Kemenkes,2016).

4. Struktur Birokrasi

Walaupun sumber-sumber daya untuk melaksanakan suatu kebijakan tersedia, atau para pelaksana kebijakan mengetahui apa yang seharusnya dilakukan, dan mempunyai keinginan untuk melaksanakan suatu kebijakan, kemungkinan kebijakan tersebut tidak dapat terlaksana atau terealisasi karena terdapat kelemahan dalam struktur birokrasi. Kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerjasama banyak orang, ketika struktur birokrasi tidak kondusif pada kebijakan yang tersedia, maka hal ini akan menyebabkan sumber-sumber daya menjadi tidak efektif dan tidak termotivasi sehingga menghambat jalannya kebijakan. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi dengan baik.

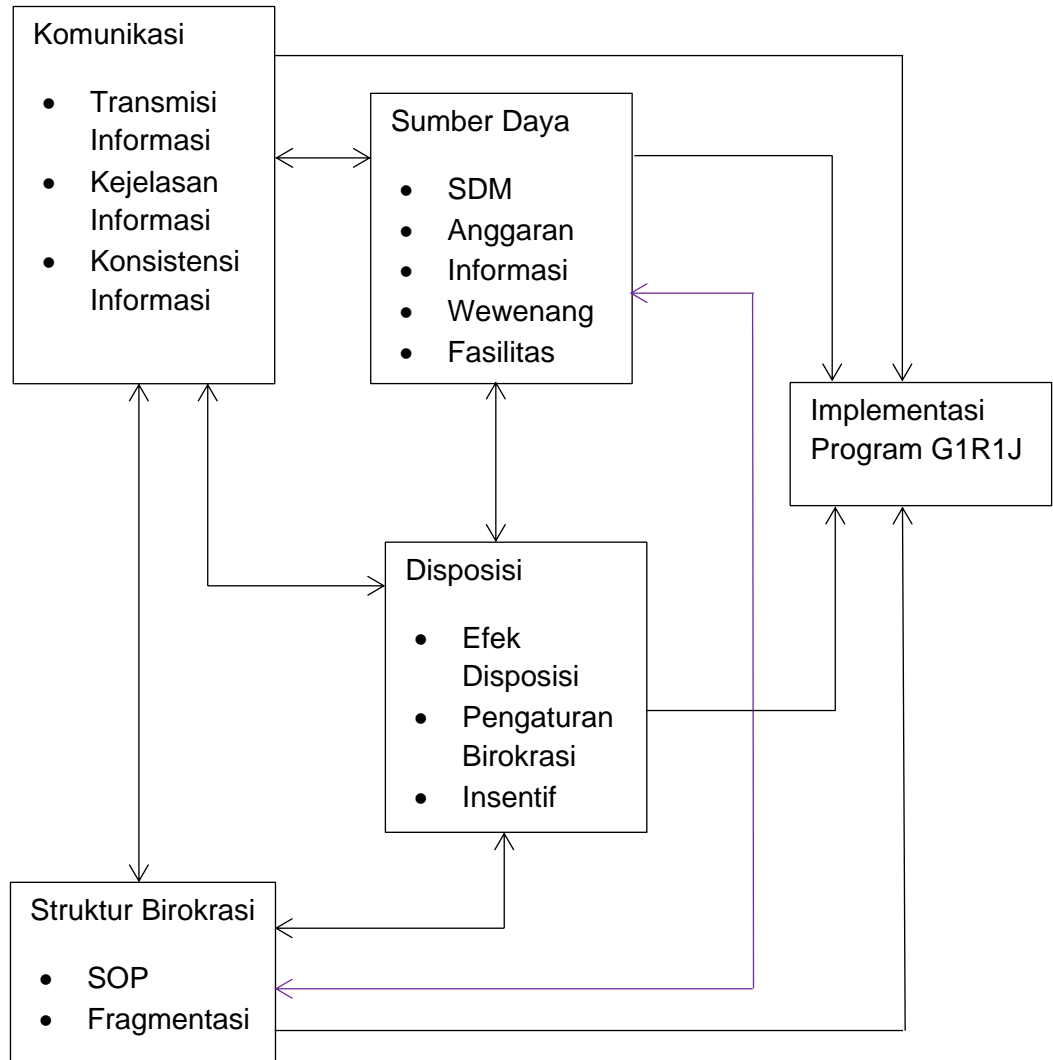
Dua karakteristik menurut Edward III, yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi atau organisasi ke arah yang lebih baik adalah:

- d. Membuat *Standar Operating Procedures* (SOP) yang lebih fleksibel. SOP adalah suatu prosedur atau aktivitas terencana rutin yang memungkinkan para pegawai (atau pelaksana kebijakan seperti aparatur, administratur, atau birokrat) untuk melaksanakan kegiatan-

kegiatannya pada setiap harinya (*days-to-days-politics*) sesuai dengan standard yang telah ditetapkan (atau standard minimum yang dibutuhkan warga). Dalam pelaksanaan G1RIJ ini diperlukan adanya standar operasional prosedur (SOP) untuk melaksanakan kegiatan PSN 3M plus dalam rangka upaya pencegahan dan pengendalian penyakit DBD.

- e. Melaksanakan fragmentasi, tujuannya untuk menyebar tanggung jawab berbagai aktivitas, kegiatan, atau program pada beberapa unit kerja yang sesuai dengan bidangnya masing-masing. Dengan terfragmentasinya struktur birokrasi, maka implementasi akan lebih efektif karena dilakukan oleh organisasi yang kompeten dan kapabel. Dalam melaksanakan program G1R!J diperlukan struktur organisasi jumentik yang menjelaskan tata cara dan koordinasi (Kemenkes,2016).

E. Kerangka Teori



Gambar 2.4 Kerangka Teori

Sumber : Edward III (1980:21) dalam Leo Agustino (2016) dengan Modifikasi