

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Demam Berdarah Dengue (DBD)

1. Definisi

Penularan DBD oleh virus dengue melalui gigitan nyamuk *A. aegypti* dan *A. albopictus*. Vektor utama penularan penyakit DBD adalah *A. aegypti* karena memiliki kebiasaan hidup di sekitar dan berada dalam rumah, berbeda dengan *A. albopictus* yang kurang kontak dengan manusia karena keberadaannya di kebun.²

2. Etiologi

Virus dengue merupakan golongan *B-arthropode-borne* virus dengan genus flavivirus, famili Flaviviridae. Terdapat 4 macam serotipe di Indonesia yaitu DEN1 sampai DEN4. Manusia yang telah terinfeksi satu serotipe virus dengue akan memiliki antibodi tersebut dan berlaku seumur hidup, namun antibodi tersebut tidak berlaku pada serotipe lain.¹⁹

3. Epidemiologi

Penyakit DBD menginfeksi lebih dari 100 juta manusia dan mampu menyebabkan kematian mencapai 25.000 setiap tahunnya. DBD tersebar luas di 100 wilayah di benua Amerika, Asia, Afrika, dan Australia. Terdapat dua siklus dalam penularannya virus dengue, yaitu:

- a. Nyamuk membawa virus dengue dari primata non manusia ke primata non manusia yang sering terjadi di wilayah perkotaan.
- b. Nyamuk membawa virus dari manusia ke manusia yang sering terjadi di wilayah perkotaan dan pedesaan.

Vektor utama penyakit ini adalah nyamuk betina dari spesies *A. aegypti* dan *A. albopictus*. Kedua spesies nyamuk tersebut memiliki kebiasaan tinggal di dalam ruangan dan mencari makan di siang hari. Beberapa studi virus dengue dapat menular melalui ibu ke anak (perinatal), transfusi darah, Air Susu Ibu (ASI), dan transplantasi organ. Terdapat 4 jenis serotipe virus dengue yang memiliki dampak pada variasi waktu terjadinya wabah dan tingkat keparahan penderita.²⁰

4. Tanda dan Gejala

Tanda serta gejala dari Demam Dengue (DD) biasanya pusing, nyeri pada otot, nyeri pada sendi, leukopeni dan ruam di kulit. Sedangkan manifestasi dari DBD diawali dengan demam tinggi mendadak tanpa sebab yang pasti selama 2–7 hari dengan gejala tidak ada nafsu makan, rasa mual, muntah, pusing, nyeri ulu hati, perdarahan dengan trombositopenia $\leq 100.000\mu$ dan hemokonsentrasi atau peningkatan hematokrit lebih dari 20%.

Distribusi penyakit ini dipengaruhi oleh beberapa aspek, antara lain aspek geografis; dimana daerah tropis lebih mudah terjangkit penularan DBD, aspek seasonal; kasus DBD banyak terjadi pada musim penghujan dan

golongan umur dimana penyakit ini lebih banyak menyerang pada usia kurang dari 15 tahun. Dengan demikian maka perlu juga dilakukan kegiatan pengendalian di lingkungan sekolah mengingat jumlah penderita DBD pada golongan umur ≤ 15 tahun cukup tinggi.

Transmisi tinggi rendahnya penularan DBD dipengaruhi oleh beberapa hal, yakni: kepadatan penduduk, kepadatan vector, transportasi modern yang memungkinkan pergerakan dan mobilitas dari manusia, vector dan pathogen, jumlah orang yang susceptible serta perubahan kebijakan dan infrastruktur kesehatan masyarakat.

5. Patogenesis dan Patofisiologi

Pada umumnya penyakit DBD terjadi pada sebagian kecil pasien yang terinfeksi virus dengue dan DBD seringkali terjadi pada pasien yang telah mengalami infeksi sekunder virus dengue. Fenomena tersebut dikaitkan dengan infeksi dengue secara berulang berdampak sistem kekebalan yang merespon berlebihan yang mengakibatkan perubahan permeabilitas vaskuler. Selain itu, pemeriksaan NS 1 (nonstruktural protein 1) yang sering digunakan deteksi virus dengue memiliki peran terhadap aktivasi komplemen dan permeabilitas pembuluh darah. Ciri terjadinya DBD yang disertai dengan permeabilitas pembuluh darah yang meningkat berupa kebocoran plasma dan syok pada kasus berat.²

6. *Aedes aegypti*

Merupakan salah satu spesies nyamuk yang memiliki kemampuan untuk menularkan beberapa jenis penyakit. Selain itu *A. aegypti* tersebar luar di daerah tropik dan subtropik.

a. Bionomik *Aedes aegypti*

1) Tempat Kembang Biak

Tempat kembangbiak *A. aegypti* (L) adalah pada tempat yang tergenang air, terletak di luar dan di dalam bangunan. Pada umumnya *A. aegypti* (L) tidak memiliki kemampuan untuk berkembangbiak pada air yang terpapar langsung oleh tanah. Berdasarkan tempat kembang biak *A. aegypti* (L) dapat dikategorikan sebagai berikut berikut.²¹

- a) Kontainer air sebagai kebutuhan sehari-hari manusia Contoh: ember, gentong, drum, jerigen, tandon, kolam, *drainageplug* dispenser, dan bak mandi.
- b) Kontainer air bukan sebagai kebutuhan sehari-hari manusia. Contoh: botol bekas, jambangan bunga, wadah minum burung, kaleng bekas, ban bekas, dan pot tanaman hias.
- c) Kontainer air yang tersedia alami. Contoh: lubang pada pohon, pelepah kelapa, kelopak daun pisang, tempurung kelapa, dan sisa potongan bambu.

2) Perilaku Makan

A. aegypti memiliki sifat anthropofilik (lebih menyukai darah manusia, dibandingkan dengan darah binatang). Sebelum mengigit pada *host*, *A. aegypti* akan terbang beberapa kali sebelum mengigit. Umumnya *A. aegypti* betina dewasa akan mengigit pada pukul 09.00 - 10.00 dan pukul 16.00 - 17.00.²²

3) Kesukaan Beristirahat

Tempat beristirahat *A. aegypti* di luar sekitar rumah (semak-semak di sekitar pekarangan rumah). Tempat peristirahatan *A. aegypti* jika di dalam rumah seperti kopiah, sarung, baju, dan pakaian yang tergantung. Nyamuk ini menyukai tempat yang gelap dan lembab untuk beristirahat.²²

4) Penyebaran

A. aegypti tersebar di seluruh provinsi di Indonesia. Sering ditemukan pada daerah pelabuhan, tetapi dapat juga di temukan pada pegunungan yang diduga dampak dari pemanasan global.²²

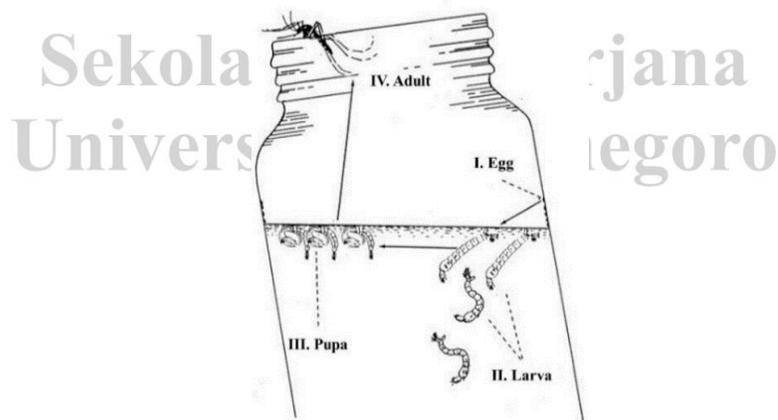
b. Siklus Hidup *Aedes aegypti*

Siklus hidup *A. aegypti* melewati empat tahap yaitu telur, larva kepompong, dan dewasa (Gambar 2.5). Siklus perkembangan *A. aegypti* (L) tergantung pada keberadaan air dan suhu di lingkungan. Pada keadaan suhu yang berkisar 25⁰C perkembangan dari telur menjadi dewasa terjadi ± 1 minggu. Pada suhu yang lebih rendah 25⁰C perkembangan dari telur ke

dewsa membutuhkan waktu sampai berbulan-bulan. *A. aegypti* betina menyimpan telurnya di air tawar yang terdapat pada lubang di pohon, batang bambu, batu yang berlubang, tempurung kelapa, vas, guci, ember, dan dedaunan.^{23,24}

1) Tahap Telur

Telur *A. aegypti* memiliki kemampuan untuk bertahan berbulan-bulan pada keadaan kering dan menetas setelah terendam air. Keadaan seperti itu meningkatkan penyebaran selama periode hujan. Populasi pada musim kemarau dan penyebaran yang meluas pada musim hujan mengakibatkan jumlah *A. aegypti* yang semakin banyak dan membuat kontrol terhadap vektor semakin sulit.²⁵ Penelitian Luz *et al.* menunjukkan bahwa terdapat 20% yang dapat menetas pada kondisi kelembapan 98% dan dalam kurun waktu 6 bulan.²³



Gambar 2.1 Siklus hidup *A. aegypti*.²⁶

Telur *A. aegypti* dapat berhenti berkembang ketika keadaan suhu dan kelembapan rendah. Keadaan yang dapat merangsang kembali perkembangan telur *A. aegypti* berupa banjir dan curah hujan yang tinggi.²³

2) Tahap Larva dan Tahap Pupa

Perkembangan tahap larva terjadi dalam 4 tahap (instar) dan umumnya terjadi dalam 5 sampai 7 hari. Larva *A. aegypti* bersifat omnivora. Larva *A. aegypti* memakan protozoa, bakteri, ragi, dan ganggang. Tahap pupa *A. aegypti* berlangsung selama 2 sampai 3 hari dalam kondisi yang optimal. Pada tahap pupa tidak mengonsumsi makanan, namun tetap bergerak (berenang) sebagai respon getaran dan perubahan intensitas cahaya.²⁷

3) Dewasa

Umur hidup *A. aegypti* betina bekisar 10-35 hari, sedangkan *A. aegypti* jantan antara 3 sampai 6 hari. Faktor lingkungan seperti suhu, daerah tropis, dan iklim sedang juga berpengaruh terhadap umur *A. aegypti*.²⁷

c. Pengendalian Vektor DBD

Cara untuk menekan risiko penularan yang disebabkan vektor adalah dengan meminimalkan perkembangbiakan vektor, menurunkan populasi dan umur vektor, pengurangan kontak antara vektor dengan manusia serta memutuskan rantai penularan. Terdapat banyak rekomendasi WHO dalam

pengendalian DBD, namun salah satu yang terbaik adalah mengendalikan *A. aegypti* dengan menyingkirkan habitatnya. Dalam mengendalikan vektor DBD yang bersifat spesifik lokal, perlu diperhatikan lingkungan fisik meliputi cuaca, kembangbiak habitat dan pemukiman; sosial budaya meliputi pengetahuan, sikap serta perilaku dan aspek vektor. Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk mengendalikan vektor DBD, yaitu:

1) Kimia

Mengendalikan vektor secara kimia dengan menggunakan insektisida, merupakan cara paling populer yang dilakukan masyarakat. Sasaran melakukan insektisida adalah nyamuk pada stadium dewasa dan pradewasa. Pada penggunaannya perlu untuk memperhatikan jenis insektisida, metode aplikasi, takaran penggunaan, dampak terhadap lingkungan, dan organisme bukan target. Penggunaan insektisida dalam secara berulang kali dan jangka panjang dapat menyebabkan resistensi pada organisme target. Beberapa jenis insektisida yang digunakan untuk pengendalian DBD adalah malathion, lambda cyhalotrine, methypririmiphos, fenthion, diklorodifeniltri-kloroetana (DDT), temepos, dan s-bioalethrine, permethrine.^{28,29}

2) Biologi

Penggunaan predator, parasit, bakteri yang diaplikasikan pada nyamuk tahap pradewasa merupakan cara mengendalikan vektor

secara biologi. Beberapa jenis predator yang sering digunakan, antara lain ikan cupang, tampalo, gabus dan ikan guppy. Sedangkan untuk parasit menggunakan Bakteri *Romanomermes iyengeri* dan bakteri *Bacillusthuringiensis israelensis*.^{29,30}

3) Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dan Manajemen Lingkungan

Tindakan paling efisien dan efektif adalah memberantas nyamuk pada tahap jentik (pradewasa). Di masyarakat PSN dilakukan dalam bentuk kegiatan 3M (menguras, menutup, dan mendaur ulang bahan bekas pada tempat-tempat yang berpotensi kembang biak nyamuk). Untuk mendapatkan hasil yang maksimal kegiatan.

4) Pengendalian Vektor Terpadu (IVM)

Untuk mengefektifkan kegiatan pemberantasan vektor oleh berbagai institusi WHO mengusulkan konsep pengendalian yang *Integrated Vektor Management (IVM)*. Di Indonesia kegiatannya difokuskan pada upaya meningkatkan peran serta sektor lain melalui Pokjanel DBD, Kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk pada usia sekolah.³⁰

5) Pengendalian Genetik

Pengendalian genetik merupakan teknik pengendalian yang baru dikembangkan yang memanfaatkan teknologi nuklir yakni dengan memandulkan serangga dengan kelebihan ramah untuk lingkungan.

Prinsip dasar yang digunakan berupa iradiasi terhadap koloni nyamuk yang kemudian di lepas ke lapangan sehingga terjadi perkawinan antara nyamuk mandul dan nyamuk fertil. Hal ini menyebabkan menurunnya persentase fertilitas populasi serangga di lapangan sampai pada generasi ke 4 dan ke 5. Gejala kemandulan yang muncul berupa aspermia, inaktivasi sperma, mutase letal dominan dan ketidakmampuan kawin.

B. Gerakan Satu Rumah Satu Jumantik (SRSJ)

Peran masyarakat untuk mewujudkan kepedulian dan kesadaran serta tanggung jawab terhadap pentingnya kesehatan diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup suatu negara. Gerakan SRSJ salah satu bentuk memberdayakan masyarakat dalam bidang kesehatan untuk mencegah dan menanggulangi DBD.³¹

1. Definisi Gerakan Satu Rumah Satu Jumantik (SRSJ)

Gerakan Satu Rumah Satu Jumantik adalah kegiatan pengendalian DBD yang melibatkan masyarakat untuk berperan serta dimana setiap keluarga dapat memeriksa, memantau dan memberantas jentik nyamuk secara mandiri dan teratur (PSN 3M Plus).⁹

Dasar regulasi pelaksanaan Gerakan SRSJ di Kota Semarang adalah:

- 1) Peraturan Daerah Kota Semarang, Nomor: 05 Tahun 2010
- 2) Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang, Nomor: 443.42 / 1735 tgl penerbitan 03 Februari 2017 Tentang Penunjukkan Fasilitator Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (SRSJ) Kota Semarang

- 3) Surat Edaran Walikota, Nomor : B/7614/443.42/XI/2019
- 4) Surat Edaran Sekretaris Daerah, Nomor : 443.42/872 tanggal 06 Februari 2019 mengenai Kewaspadaan Peningkatan Kasus DBD dan implementasi G1R1J
- 5) Surat Edaran Kepala Dinas Kesehatan, Nomor : 443.42/14727 tanggal 07 November 2017 mengenai Himbauan Kewaspadaan DBD dan G1R1J

2. Tugas Dan Tanggung Jawab Kader Gerakan SRSJ

a. Juru Pemantau Jentik Rumah

Juru pemantau jentik (Jumantik) rumah adalah salah satu anggota keluarga sebagai pelaksana pemantauan jentik di rumah tersebut. Berikut ini merupakan tanggung jawab dan tugas dari jumantik rumah:⁹

- 1) Mensosialisasikan kegiatan PSN 3 M Plus ke semua anggota keluarga.
- 2) Melakukan pemeriksaan keberadaan jentik pada kontainer sarang nyamuk di dalam maupun di luar rumah seminggu sekali.
- 3) Menggerakkan seluruh anggota keluarga untuk melaksanakan PSN 3 M Plus 1 (satu) minggu sekali.
- 4) Memantau jentik dan mencatat pada kartu jentik.
- 5) Pada rumah disewakan (kost/asrama) penanggung jawab pelaksanaan PSN 3 M Plus adalah pemilik/pemilik tempat tersebut.

- 6) Pada rumah yang tidak berpenghuni penanggung jawab pelaksanaan PSN 3 M Plus adalah Ketua Rukun Tetangga (RT).

b. Juru Pemantau Jentik Lingkungan

Merupakan satu orang atau lebih jumentik yang ditunjuk pengelola tempat-tempat umum atau tempat-tempat institusi. Berikut ini merupakan tugas dan tanggung jawab jumentik lingkungan:⁹

- 1) Melakukan sosialisasi Pemberantasan Sarang Nyamuk 3M Plus di lingkungan Tempat-tempat Institusi dan Tempat-tempat Umum.
- 2) Melakukan pemeriksaan kontainer dan melaksanakan PSN 3M Plus di TTI dan TTU seminggu sekali.
- 3) Pencatatan hasil pantau jentik dan pelaksanaan PSN 3 M Plus pada kartu jentik.

c. Koordinator Jumentik

Merupakan satu orang atau lebih jumentik yang ditunjuk oleh Ketua RT untuk memantau dan membina pelaksanaan jumentik rumah dan jumentik lingkungan (*crosscheck*). Berikut ini merupakan tanggung jawab dan tugaskoordinatorjumentik:⁹

- 1) Mensosialisasikan PSN 3M Plus. Satu orang Koordinator Jumentikbertanggungjawab untuk membina 20 - 25 orang Jumentik rumah.
- 2) Menggerakkan masyarakat untuk melaksanakanPSN 3M Plus di lingkungan rumahnya.

- 3) Merencanakan kunjungan ke semua rumah maupun TTU/TTI di wilayahnya.
- 4) Mengunjungi rumah, TTU dan TTI setiap 2 minggu.
- 5) Memantau jentik di rumah dan bangunan yang tidak berpenghuni seminggu sekali.
- 6) Merekapitulasi hasil pemantauan jentik rumah, TTU dan TTI sebulan sekali.
- 7) Hasil dari pemantauan jentik dilaporkan ke Supervisor Jumantik sebulan sekali.

d. Supervisor Jumantik

Satu atau lebih anggota dari Pokja DBD yang ditunjuk oleh Ketua RW/Lurah untuk melakukan pengolahan data dan pemantauan pelaksanaan jumantik di lingkungan RT disebut dengan Supervisor jumantik dengan tugas dan tanggung jawabnya:⁹

- 1) Melakukan pemeriksaan dan memberikan pengarahan terhadap Koordinator Jumantik mengenai rencana kerjanya.
- 2) Melakukan bimbingan teknis kepada Koordinator Jumantik.
- 3) Membina serta meningkatkan keterampilan Koordinator Jumantik dalam memantau jentik dan PSN 3M Plus.
- 4) Mengolah data hasil dari memantau jentik menjadi data Angka Bebas Jentik (ABJ).
- 5) Melakukan pelaporan ABJ ke puskesmas sebulan sekali.

e. Fasilitator

Merupakan petugas yang telah mendapatkan pelatihan Gerakan SRSJ dari Dinas Kesehatan Kota untuk mendampingi/ memfasilitasi pelaksana SRSJ, memberikan solusi terhadap permasalahan DBD dan Gerakan SRSJ. Salah satu fasilitator adalah Petugas Surveilans Kesehatan (Gasurkes) yang memiliki tugas:

- 1) Melakukan bimbingan secara teknis kepada Koordinator Jumantik dan Supervisor
- 2) Pembinaan dan peningkatan ketrampilan Supervisor Jumantik
- 3) Menganalisa kegiatan dan pelaporan Gerakan SRSJ yang dilakukan oleh Supervisor
- 4) Memberikan solusi terhadap permasalahan DBD dan Gerakan SRSJ di lokasi SRSJ

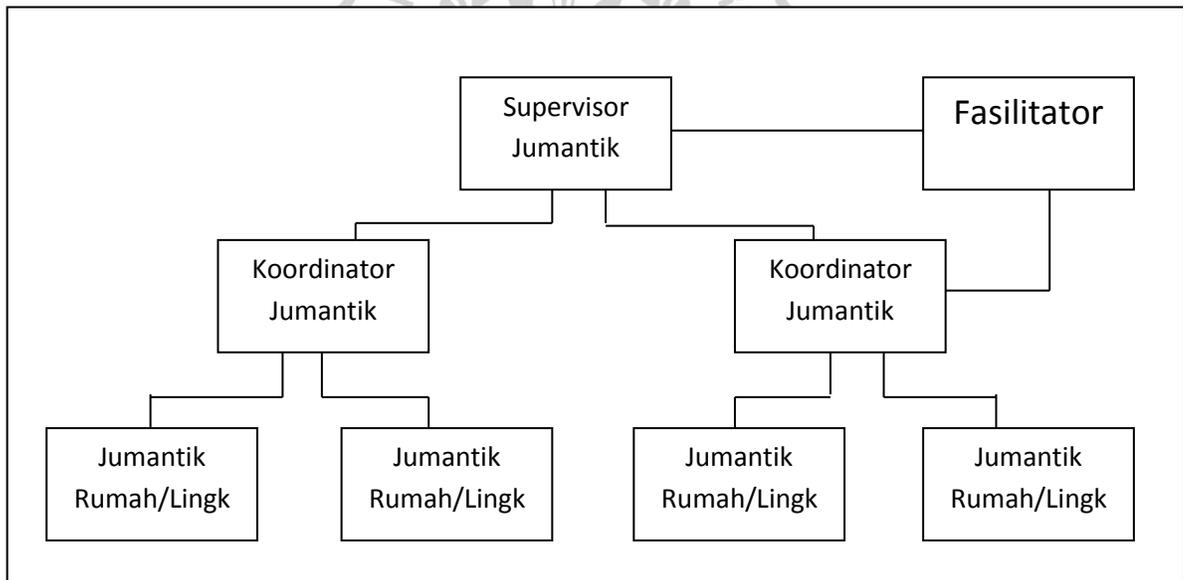
f. Puskesmas

Berikut ini merupakan tugas dan tanggung jawab Puskesmas:⁹

- 1) Mengkoordinasikan pelaksanaan PSN 3 M Plus kepada kecamatan dan kelurahan.
- 2) Pelatihan teknis untuk Koordinator dan Supervisor Jumantik.
- 3) Pembinaan dan pengawasan kinerja dari Koordinator dan Supervisor Jumantik.
- 4) Menganalisis laporan ABJ dari Supervisor Jumantik.

- 5) Pelaporan hasil rekapitulasi pemantauan jentik oleh Jumantik di wilayah kerjanya kepada Dinas Kesehatan Kota sebulan sekali.
- 6) Pemantauan jentik berkala minimal 3 bulan sekali.
- 7) Pelaporan hasil PJB setiap tiga bulan ke Dinas Kesehatan Kota.
- 8) Pembuatan SK Koordinator Jumantik atas usulan RW/ Kelurahan dan melaporkannya ke Dinas Kesehatan Kota.
- 9) Pengusulan nama Supervisor Jumantik ke Dinas Kesehatan Kota.

Gambar. 2.2
Bagan Struktur Jumantik



g. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Tugas Dinas Kesehatan Kota:⁹

- 1) Mengusahakan dukungan operasional Jumantik di wilayahnya.
- 2) Merekrut, melatih Jumantik dan memberikan bimbingan teknis

- 3) Melakukan analisa laporan PJB dari Puskesmas.
- 4) Memberikan umpan balik ke Puskesmas.
- 5) Hasil rekapitulasi PJB dilaporkan setiap tigabulan kepada Dinas Kesehatan Provinsi.
- 6) Merekapitulasi hasil Koordinator Jumentikdi wilayahnya dan melaporkannya ke Dinas Kesehatan Provinsi.
- 7) Menerbitkan SK Supervisor Jumentik serta melaporkannya ke Dinas Kesehatan Provinsi.

h. Dinas Kesehatan Provinsi

Tugas dan tanggung jawab Dinas Kesehatan Provinsi:⁹

- 1) Pembinaan dan evaluasi PSN 3M Plus Kota.
- 2) Memberikan umpan balik ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- 3) Setiap tiga bulan mengirimkan laporan rekapitulasi dan analisis kegiatan pemantauan jentik dari Dinas Kesehatan Kota kepada Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan RI
- 4) Melaporkan rekapitulasi jumlah Koordinator dan Supervisor Jumentik kepada Ditjen P2P, Kemenkes RI .

3. Bimbingan Teknis dan Evaluasi Gerakan SRSJ

a. Bimbingan Teknis

Bimbingan pelaksanaan kegiatan kepada Koordinator dan Supervisor Jumantik oleh Puskesmas. Beberapa hal yang dilakukan pada saat bimbingan teknis:

- 1) Apakah Jumantik paham mengenai penyakit DBD dan cara pencegahannya.
- 2) Melihat cara Jumantik mewawancarai penghuni rumah/pengelola tempat umum dan cara pemeriksaan jentik nyamuk.
- 3) Memeriksa kartu jentik yang ada di rumah penduduk atau tempat-tempat umum
- 4) Memeriksa laporan Koordinator dan Supervisor Jumantik.

b. Evaluasi

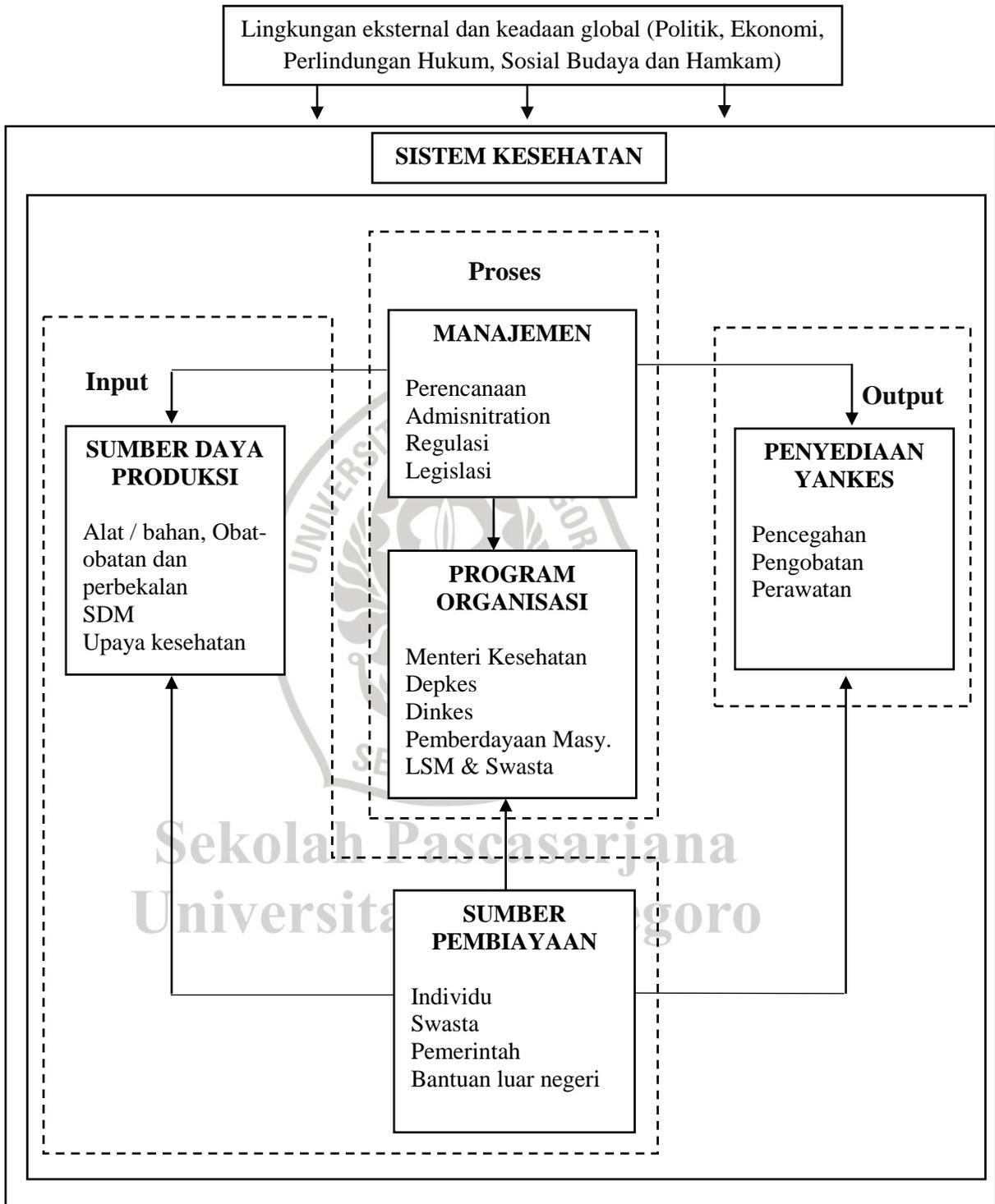
Evaluasi pelaporan pada saat memeriksa jentik, antara lain:

- 1) Cakupan rumah atau tempat umum yang diperiksa (minimal 80% dari yang telah direncanakan).
- 2) Pemetaan Angka Bebas Jentik sebagai parameter penilaian.
- 3) Puskesmas bersama supervisor mengevaluasi hasil kerja Jumantik secara berkala 3 bulan sekali (PJB).
- 4) Pemantauan jumlah kejadian DBD di daerahnya.

- 5) Penyampaian hasil pelaksanaan kegiatan Jumantik dan hasil evaluasi pada pertemuan di tingkat kelurahan, kecamatan, dan kabupaten atau kota.
- 6) Pembahasan masalah dan penyelesaiannya pada pertemuan teknis di puskesmas dihadiri Ketua RT, RW, LSM, toma, toga dan kelompok potensial lainnya.

4. Pelayanan Kesehatan sebagai Suatu Sistem

Sistem dalam suatu organisasi merupakan kesatuan yang utuh, untuk memaksimalkan kinerja di setiap bagian dan diarahkan dalam mencapai tujuan organisasi.³² Azwar dan Adisasmito menjelaskan bahwa upaya pemaksimalan pelayanan kesehatan dilakukan dengan pendekatan sistem agar meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan dan upaya penyelesaian permasalahan kesehatan.^{33,34} Dalam penyelenggaraan sistem kesehatan, pada bagian input memberikan penjelasan mengenai sumberdaya seperti sarana, sumber daya manusia, dan pembiayaan. Pada bagian proses meliputi perencanaan, adminitrasi, regulasi dan legislatif. Untuk output merupakan sasaran yang akan dicapai (Gambar 2.1).



Gambar 2.3 Penyelenggaraan Sistem Kesehatan^{33,34}

a. Komponen Input

1) Pembiayaan

Aspek pembiayaan pada sistem administrasi publik biasanya mencakup aspek sumber keuangan, perencanaan keuangan, alokasi keuangan, dan pemanfaatan keuangan. Pembiayaan pelayanan kesehatan berasal dari pemerintah dan atau masyarakat. Sumber pembiayaan dari pemerintah berasal Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), dana perimbangan, dana pinjaman, dana bantuan. Sumber pembiayaan dari masyarakat berasal retribusi pelayanan kesehatan, asuransi kesehatan, donatur, dan jaminan pemeliharaan kesehatan.³⁴

2) Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia (SDM) merupakan inti dari administrasi dan merupakan penggerak semua fungsi manajemen pelayanan kesehatan. Untuk memaksimalkan kemampuan SDM dalam sistem administrasi organisasi ditentukan faktor rekrutmen, faktor penempatan, faktor pelatihan, dan faktor pengembangan.³⁵

SDM kesehatan menurut PP No. 32 Tahun 1996 meliputi tenaga medis (dokter dan dokter gigi); tenaga keperawatan (perawat dan bidan); tenaga kefarmasian (apoteker, analis farmasi, asisten apoteker); tenaga kesehatan masyarakat (epidemiolog, entomology, mikrobiolog, promosi kesehatan, administrator kesehatan, dan

sanitarian); tenaga gizi (nutrisionis dan dietisien); keterampilan fisik (fisioterapis, okupasiterapis, dan terapis wicara); dan tenaga keteknisan medis (radiographer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analisis kesehatan, refraksionis optisien, otorik prostetik, teknisi transfuse, dan perekam medis).

Kepmenkes No 1202/MENKES/SK/VIII/2003 menjelaskan bahwa rasio SDM kesehatan per 100000 penduduk adalah sebagai berikut: dokter spesialis 6/100000 penduduk, dokter umum 40/100000 penduduk, dokter gigi 11/100000, perawat 117/100000 penduduk, bidan 100/100000 penduduk, perawat gigi 30/100000 penduduk, apoteker 10/100000 penduduk, sarjana kesehatan masyarakat 40/100000 penduduk, sanitarian 40/100000 penduduk, nutrisionis/ahli gizi 22/100000 penduduk, keterampilan fisik 4/100000 penduduk, dan keteknisan medis 15/100000 penduduk.

3) Alat dan Bahan

Alat dan bahan dalam kesehatan dapat juga diartikan sebagai perbekalan kesehatan. Dalam undang-undang kesehatan nomor 23/1992 dijelaskan bahwa perbekalan kesehatan adalah semua bahan dan peralatan yang dipakai dalam rangka pelaksanaan upaya-upaya kesehatan. Alat dan bahan itu dapat berupa sediaan farmasi, alat kesehatan dan perbekalan lainnya.³⁴

Pengadaan peralatan kesehatan (medis dan non medis) adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar dan diperuntukkan bagi Pokesdes/Pustu/Puskesmas/Puskesmas Perawatan. Dukungan peralatan diperuntukkan bagi pemenuhan kebutuhan minimal pelayanan pos kesehatan desa, pelayanan KIA KB, gizi Kesmas, Kesling, Promkes, P2M, dan non menular, keperawatan, laboratorium, sistem informasi kesehatan dan peralatan untuk menunjang kegiatan pelayanan kesehatan dasar.

b. Komponen Proses

1) Perencanaan

Perencanaan merupakan penghubung antara keadaan saat ini dengan harapan yang ingin dicapai di masa mendatang. Perencanaan yang baik memberikan peluang untuk mencapai tujuan organisasi menjadi lebih maksimal.

Pada tahap perencanaan dimulai dari menetapkan tujuan organisasi, analisis kondisi saat ini dari segi peluang dan hambatan atau kekuatan dan kelemahan organisasi, serta membuat serangkaian kegiatan dalam rangka mencapai tujuan.

Tahapan dalam perencanaan menurut Prajudi, yaitu 1) identifikasi masalah, 2) analisis situasi, 3) merumuskan tujuan, 4) menyusun garis besar semacam prosposal, 5) membicarakan proposal yang disusun, 6) menetapkan komponen, 7) menentukan

tanggung jawab komponen masing-masing, 8) menentukan *outline*, 9) menentukan kontrak antar unit, 10) mengumpulkan data terkait, 11) mengelola data, 12) menyimpulkan data, 13) mendistribusikan data, 14) menyusun naskah final, 15) mengevaluasi naskah rencana, 16) membuat persetujuan naskah rencana, dan 17) menjabarkan rencana pelaksanaan.

2) Pengorganisasian

Pengorganisasian merupakan tahapan kedua dalam kegiatan manajemen untuk menghimpun semua sumber daya (potensi) yang dimiliki organisasi dan memanfaatkan secara efisien untuk mencapai tujuan organisasi.

3) Penggerakan

Penggerakan adalah proses memberikan bimbingan kepada staf agar mereka mampu bekerja secara optimal dalam melakukan tugas-tugasnya sesuai dengan keterampilan yang dimiliki dan dukungan sumber daya. Kejelasan komunikasi, pengembangan komunikasi, pengembangan motivasi yang efektif dan penerapan kepemimpinan yang efektif akan sangat membantu suksesnya manajer dalam melaksanakan fungsi manajemen ini.

Untuk melakukan pergerakan di suatu organisasi terdapat alat-alat / media yang sering digunakan manajer untuk mengkoordinasikan antara lain perintah-perintah, petunjuk-

petunjuk, bimbingan, surat edaran, rapat koordinasi, pertemuan tertentu.³⁶

4) Pengawasan

Perencanaan dan pengawasan seperti dua sisi mata uang dari koin yang sama. Pengawasan bertugas untuk memastikan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana. Aspek pengawasan biasa dilakukan pada beberapa aspek yaitu aspek tugas dan fungsi manajemen, aspek sumber daya manusia, aspek sarana dan prasarana serta aspek keuangan.

c. **Komponen *Output***

Komponen ini merupakan pencapaian hasil kegiatan organisasi yang diketahui dari data sekunder dan melihat evaluasi dari komponen input dan proses. Dianggap baik jika pencapaian kegiatan sesuai dengan target yang ditetapkan dan sebaliknya dikatakan kurang baik bila pencapaian program tidak sesuai dengan sasaran yang ditetapkan.

d. **Komponen *Outcome***

Pada komponen ini menyangkut dampak yang akan terjadi baik ataupun buruk sangat ditentukan oleh hasil pada komponen *output* berupa pencapaian program KIA yang bila dikaji merupakan dampak dari komponen *input* dan *process*. Kesimpulannya, *outcome* akan lebih baik bila komponen *input* dan *process* dan *output* baik sebaliknya

dikatakan *outcome* kurang baik bila komponen *input* dan atau komponen *process* dan atau komponen *output* kurang baik.

5. Faktor-Faktor yang Berhubungan Keberhasilan Gerakan SRSJ

a. Partisipasi masyarakat

Salah satu kunci utama untuk meningkatkan keberhasilan pengendalian dan pemberantasan DBD dengan cara meningkatkan partisipasi masyarakat.³¹ Upaya-upaya seperti komunikasi, informasi, edukasi, *social marketing*, dan advokasi.

1) Strategi Membangun Partisipasi Masyarakat

Terdapat beberapa strategi yang dapat dilakukan untuk membangun partisipasi masyarakat, antara lain:

- (a) Melalui Lembaga Kerja Pembangunan Masyarakat (LKMD) yang memiliki fungsi perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan pembangunan di desa, salah satunya merupakan bidang kesehatan.
- (b) Melalui program yang berhubungan atau bersifat menyokong terhadap peningkatan kesehatan.
- (c) Melalui petugas kesehatan yang berkedudukan di Puskesmas/DKK yang menjadi motivator dan dinamisor pada kegiatan LKMD.
- (d) Petugas kesehatan membuat *teamwork* antara lintas program dan lintas sektor.

(e) Membuat wilayah percontohan yang digunakan sebagai pusat pengembangan kegiatan kesehatan.

(f) Dapat melalui tahapan dari tingkat RT, RW, Kelurahan untuk memudahkan dalam pengaturan.

2) Metode Menumbuhkan Partisipasi Masyarakat³¹

Terdapat beberapa cara untuk menumbuhkan partisipasi masyarakat, antara lain:

(a) Pendekatan terhadap masyarakat melalui tokoh masyarakat yang dilakukan pada kegiatan formal maupun informal.

(b) Pengorganisasian masyarakat dan pembentukan tim.

(c) Melakukan survei diri yang dilakukan tim dan mempersentasikan masyarakat.

(d) Melakukan perencanaan kegiatan kesehatan dengan melibatkan masyarakat. Selain itu, pembentukan kader dan pembiayaan kegiatan kesehatan sebagai bentuk partisipasi masyarakat.

(e) Pelatihan

(f) Penentuan indikator-indikator keberhasilan dalam bentuk yang sederhana yang dilakukan masyarakat dengan bantuan petugas kesehatan.

b. Peningkatan Kemitraan Berwawasan Bebas DBD

Pemberantasan penyakit DBD tidak dapat dilakukan oleh bidang kesehatan saja, namun dilakukan oleh bidang-bidang terkait. Identifikasi terhadap *stakeholders* perlu dilakukan untuk dijadikan pelaku utama maupun mitra pendukung dalam pengendalian dan pemberantasan DBD. Jaringan kemitraan dilakukan pada pertemuan berkala, untuk memadukan dan menyeleraskan sumber daya

c. Peningkatan Profesionalisme Pengelola Program

Ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) yang terampil dalam menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam pencegahan dan pemberantasan DBD. Pengetahuan mengenai bionomik vektor, perubahan iklim, tata cara pencegahan, penggunaan perangkat lunak komputer seharusnya dikuasai karena merupakan landasan penyusunan kebijaksanaan program DBD.

d. Pembangunan Berwawasan Kesehatan Lingkungan

Peningkatan mutu lingkungan hidup dapat mengurangi angka kesakitan penyakit DBD karena di tempat-tempat penampungan air bersih setiap minggu secara berkesinambungan, sehingga populasi vektor sebagai penular penyakit DBD dapat berkurang. Orientasi, sosialisasi, dan berbagai kegiatan KIE kepada semua pihak yang terkait perlu dilaksanakan agar semuanya dapat memahami peran lingkungan dalam pemberantasan penyakit DBD.

6. Indikator Keberhasilan Gerakan SRSJ

Indikator keberhasilan terhadap Gerakan SRSJ adalah:

- a. Persentase rumah/bangunan yang tidak ditemukan jentik dengan nilai >95% berdasarkan hasil asesmen tim penilai. Hasil penilaian disajikan dalam form “ABJ RW” yang direkap dan dikelola oleh pemegang program DBD pada masing-masing Puskesmas.
- b. Cakupan rumah/tempat-tempat umum minimal 80% dari yang direncanakan.

7. Pelayanan Kesehatan sebagai Suatu Sistem

Sistem dalam suatu organisasi perlu dilihat sebagai suatu kesatuan yang utuh, walaupun setiap bagian sistem berusaha untuk memaksimalkan kinerjanya, namun harus diarahkan untuk saling menopang untuk mencapai tujuan organisasi.³² Terkait dengan upaya memaksimalkan pelayanan kesehatan menurut Azwar dan Adisasmito menjelaskan bahwa pendekatan sistem dapat digunakan dalam upaya meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan dan upaya menyelesaikan masalah kesehatan.^{33,34} Dalam penyelenggaraan sistem kesehatan memberikan penjelasan pada bagian input perlu memperhatikan sumberdaya seperti perbekalan, SDM, dan pembiayaan. Pada bagian proses perlu memperhatikan perencanaan, administrasi, regulasi dan legislatif. Pada bagian output merupakan sasaran yang akan dicapai (Gambar 2.1).