

**IMPLEMENTASI PROMOSI KESEHATANDALAM PROGRAM
PENANGGULANGAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI
PUSKESMAS HARAPAN RAYA PEKANBARU**

***IMPLEMENTATION OF HEALTH PROMOTION IN DENGUE
HEMORRHAGIC FEVER (DHF) PREVENTION PROGRAM IN PUSKESMAS
HARAPAN RAYA PEKANBARU***

A. Fajri Nugraha¹, Heryudarini Harahap², Herniwanti³

¹Prodi Magister Kesehatan Masyarakat

²Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Riau

²STIKes Hang Tuah Pekanbaru

afajrinugraha300594@gmail.com

ABSTRACT

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is one of the world's health problems and also becomes a public health problem in Indonesia which tends to be increasingly widespread. In Puskesmas Harapan Raya, DHF cases were increase in three consecutive years. Various health promotion efforts have been carried out to reduce the number of DHF, but DHF cases remain high. The study aim was to assess the implementation of health promotion in the DBD prevention program in the Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru. The study used a qualitative method. The main informants were health promotion program holders and P2P program holders in Pekanbaru City Health Services, the Head of the Puskesmas, health promotion program holders, and DHF program holder in Harapan Raya Health Center. Data was collected using interview and observation. The study showed human resources, facilities and infrastructure, funds were still a problem in the implementation of health promotion in the DHF prevention program at the health center. It was also found that health workers did not conduct counseling. Insufficient human resources, facilities and infrastructure as well as insufficient funds so that DBD promotion activities have not been optimal. It is suggested to the Puskesmas to maximize health workers by increasing the amount of human resources, facilities as well as funds in health promotion for DHF prevention.

Keywords: DHF, implementation of health promotion, prevention

ABSTRAK

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan salah satu masalah kesehatan dunia dan juga menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang cenderung semakin luas penyebarannya. Di Puskesmas Harapan Raya telah terjadi peningkatan kasus DBD tiga tahun berturut. Berbagai upaya promosi kesehatan telah dilakukan guna untuk menurunkan angka penyakit DBD, tetapi kasus DBD

tetap tinggi. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui gambaran implementasi promosi kesehatan dalam program penanggulangan DBD di Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Informan utama adalah pemegang program promosi kesehatan dan pemegang program Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit (P2P) di Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, Kepala Puskesmas, pemegang program promosi kesehatan, dan pemegang program DBD di Puskesmas Harapan Raya. Pengumpulan data dengan cara wawancara mendalam dan observasi. Hasil penelitian menunjukkan sumber daya manusia, sarana dan prasarana, dana masih menjadi masalah dalam implementasi promosi kesehatan dalam program penanggulangan DBD di Puskesmas. Ditemukan penyuluhan tentang DBD tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan. Sumber daya manusia yang tidak mencukupi, sarana dan prasarana serta dana belum memadai sehingga kegiatan promosi DBD belum optimal. Disarankan kepada pihak Puskesmas agar memaksimalkan tenaga kesehatan dengan cara menambah jumlah sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta dana dalam promosi kesehatan untuk penanggulangan DBD.

Kata Kunci : DBD, Implementasi Promosi Kesehatan, penanggulangan,

PENDAHULUAN

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) atau *Dengue Haemorrhagic fever* (DHF) dan *World Health Organization* (WHO) menyebut DBD sebagai *Dengue And Severe Dengue* (WHO, 2014) merupakan salah satu masalah kesehatan dunia dan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang cenderung semakin luas penyebarannya. DBD adalah penyakit menular yang ditandai dengan panas (demam) dan disertai dengan perdarahan. Demam berdarah *dengue* ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* yang hidup di dalam dan disekitar rumah yang disebabkan oleh virus *dengue* (Kemenkes RI, 2016). WHO memperkirakan setiap tahunnya terdapat 50-100 juta kasus infeksi virus *dengue* di seluruh dunia. WHO juga mencatat Negara Indonesia sebagai Negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara.

DBD merupakan penyakit berbasis lingkungan. Kepadatan penduduk sangat berpengaruh pada kejadian kasus DBD, semakin padat penduduk semakin tinggi kasus DBD di kota tersebut. Hal ini berkaitan dengan penyediaan infrastruktur yang kurang memadai seperti penyediaan sarana air bersih dan sarana pembuangan sampah sehingga terkumpul barang-barang bekas yang dapat menampung air dan

menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes*, vektor penular DBD (Pratamawati, 2012).

Penderita DBD pada tahun 2015, sebanyak 129,650 penderita dan 1,071 kematian. Sedangkan di 2016 sebanyak 202,314 penderita dan 1,593 kematian (Kemenkes RI, 2016). Terjadi peningkatan jumlah kasus DBD dibandingkan tahun 2016 yaitu 560 kasus, dan angka kematian sebanyak 2 orang. Angka kesakitan DBD menurut provinsi tahun 2016, Provinsi Riau menduduki peringkat ke 12 dari 34 provinsi di Indonesia (Yahya E dkk, 2017).

Berdasarkan data Profil Dinas Kesehatan Pekanbaru, jumlah kasus DBD yang dilaporkan pada tahun 2017 sebanyak 598 orang dan angka kematian sebanyak 3 orang (Tabel 1). Puskesmas Harapan Raya merupakan bagian dari Kecamatan Bukit Raya, pada tahun 2017 Kecamatan Bukit Raya adalah Kecamatan yang paling tinggi angka penyakit demam berdarah yakni di wilayah kerja Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru.

Di UPTD Puskesmas Harapan Raya pada tahun 2014, 2015, 2016 dan 2017 jumlah kasus DBD cenderung meningkat yaitu 42, 43, 88, dan 91. Pada tahun 2016 terdapat jumlah kasus meninggal akibat DBD yaitu 1 orang. Program DBD dan Jumantik dipegang oleh satu petugas kesehatan.

Tabel 1. Kasus DBD Dinas Kesehatan Pekanbaru Berdasarkan Kecamatan Tahun 2016- 2017

No	Kecamatan	Tahun 2016		Tahun 2017	
		Kasus (orang)	Kematian (orang)	Kasus (orang)	Kematian (orang)
1	Sukajadi	43	0	27	0
2	Senapelan	19	0	38	0
3	Pekanbaru Kota	17	0	23	0
4	Rumbai Pesisir	23	0	32	0
5	Rumbai	52	0	38	0
6	Limapuluh	41	0	29	0
7	Sail	12	0	18	1
8	Bukit Raya	88	1	91	0
9	Marpoyan Damai	47	0	71	0
10	Tenayan Raya	61	0	83	1
11	Tampan	83	1	81	1
12	Payung Sekaki	74	0	67	0
	JUMLAH	560	2	598	3

Sumber : Dinas Kesehatan Pekanbaru (2017)

Promosi kesehatan menjadi suatu hal yang sangat penting dalam pencegahan penyakit DBD dimasyarakat.Promosi kesehatan adalah program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan), baik didalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya, politik dan sebagainya).Dapat disimpulkan, bahwa promosi kesehatan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik kesehatan saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2007).

Pelaksanaan promosi kesehatan dalam program DBD belum berjalan dengan baik di Puskesmas Harapan Raya.Hasil observasi ditemukan penyuluhan tidak dilaksanakan pada masyarakat, penyuluhan hanya dilaksanakan di Puskesmas dengan melakukan pertemuan kader di wilayah kerja Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru. Hasil penelitian pendahuluan wawancara yang dilakukan peneliti terhadap 3 warga ditemukan sosialisasi atau penyuluhan memang minim dilaksanakan oleh pihak petugas kesehatan setempat.

Berdasarkan fakta-fakta yang telah dikemukakan, tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran Implementasi Promosi Kesehatan Dalam Program Penanggulangan DBD di UPTD Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru.

METODE

Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan *Rapid Assesment Procedure* (RAP). Informan utama di Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru yaitu pemegang program promkes dan pemegang program P2P, informan utama di Puskesmas Harapan Raya adalah Kepala Puskesmas, pemegang program promkes, dan pemegang program DBD. Informan pendukung terdiri dari 3 Kader Posyandu, 3 RT/RW, dan 3 orang warga masyarakat dimana terdapat kasus DBD.

Pengumpulan data dengan menggunakan wawancara mendalam dan observasi. Data primer diperoleh dari observasi dan wawancara terhadap petugas kesehatan dan masyarakat, dan data sekunder diperoleh dari hasil telurus dokumen, data puskesmas, dan data dinas kesehatan. Wawancara dilakukan di instansi informan masing-masing, dengan waktu 20-30 menit setiap informannya.

Dalam rangka menjaga validitas data, pada saat pengumpulan data dilakukan triangulasi sumber, triangulasi metode dan triangulasi data. Triangulasi sumber membandingkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti dari informan utama, kemudian dilakukan pencocokan jawaban dari informan utama dengan dengan hasil wawancara yang dilakukan kepada informan pendukung. Triangulasi metode membandingkan hasil wawancara mendalam yang peneliti lakukan terhadap informan utama dan informan pendukung kemudian dibandingkan dengan hasil observasi yang peneliti temukan di lapangan. Triangulasi data membandingkan data primer yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari petugas kesehatan, kader, rt/rw, masyarakat, dan dibandingkan dengan data sekunder yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti dari berbagai sumber yang telah ada di Dinas Kesehatan, dan Puskesmas.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sumber Daya Manusia (SDM)

Hasil penelitian menunjukkan SDM dalam Implementasi Promosi Kesehatan belum berjalan dengan baik. SDM sangat berpengaruh terhadap program kesehatan guna untuk terlaksananya perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pemantauan dari suatu program. Hasil wawancara dengan warga, petugas kesehatan jarang bahkan tidak pernah melakukan penyuluhan kepada masyarakat. Hal ini karena keterbatasan petugas kesehatan dan para kader. Ditemukan juga tidak adanya petugas kesehatan melakukan sosialisasi atau pun penyuluhan mengenai kesehatan di sekolah mereka.

Pengembangan SDM adalah suatu proses yang sistematis dalam memenuhi kebutuhan ketenagaan yang cukup dan bermutu sesuai kebutuhan. Proses ini meliputi kegiatan penyediaan tenaga, pembinaan, dan berkesinambungan. Tujuan SDM dalam Implementasi Promosi Kesehatan adalah tersedianya tenaga pelaksana yang memiliki keterampilan. Pengelolaan SDM kesehatan khususnya perencanaan kebutuhan SDM kesehatan selama ini masih bersifat administratif kepegawaian dan belum dikelola secara professional, masih bersifat *top down* dari pusat belum *bottom up* (dari bawah), belum sesuai kebutuhan organisasi dan kebutuhan nyata di lapangan, serta belum berorientasi pada jangka panjang. Perencanaan SDM atau perencanaan tenaga kerja diartikan sebagai suatu proses menentukan kebutuhan

akan tenaga kerja berdasarkan peramalan, pengembangan, pengimplementasian, dan pengendalian kebutuhan tersebut yang berintegrasi dengan perencanaan organisasi agar tercipta jumlah pegawai, penempatan pegawai yang tepat dan bermanfaat secara ekonomis (Bagus D, 2010). Rendahnya kualitas SDM kesehatan dan kompetensi tenaga kerja berimplikasi pada rendahnya kualitas layanan yang diberikan dan lemahnya daya saing bangsa. Penguatan kompetensi SDM sebagai bagian utama dalam penguatan mutu tenaga kesehatan memerlukan keselarasan pola pembinaan pelatihan dan ketrampilan kerja (Kurniati A dan Efendi F, 2012).

Tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas hendaknya memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan informasi, jika keterampilan ini belum dimiliki, maka harus diselenggarakan program pelatihan/kursus. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1114/Menkes/SK/II/2005 tentang Pedoman Promosi Kesehatan disebutkan bahwa standar tenaga promosi kesehatan (Tabel 2)

Tabel 2. Standar Tenaga Promosi Kesehatan

Kualifikasi	Jumlah	Kopetensi Umum
D3 Kesehatan + minat dan bakat di bidang promosi kesehatan	1 Orang	- Membantu tenagakesehatan lain merancang pemberdayaan - Melakukan bina suasana dan advokasi

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mengenai SDM dalam Implementasi Promosi Kesehatan peneliti dapat menyimpulkan kurangnya tenaga kesehatan sangat berpengaruh terhadap terhambatnya pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan di lapangan. Sumber daya utama yang diperlukan untuk penyelenggara promosi kesehatan Puskesmas adalah tenaga (Sumber daya manusia, sarana dan prasarana dan dana atau anggaran). Pengelolaan promosi kesehatan hendaknya dilakukan oleh koordinator yang mempunyai kapasitas dibidang promosi kesehatan. Koordinator tersebut dipilih dari tenaga khusus promosi kesehatan yaitu pejabat fungsional penyuluh kesehatan masyarakat di Puskesmas.

B. Ketersediaan Sarana dan Prasarana

Hasil observasi ditemukan sarana dan prasarana dalam Implementasi Promosi Kesehatan sudah tercukupi di Puskesmas, namun di lapangan atau posyandu, media untuk promosi kesehatan seperti: brosur, *leaflet*, spanduk tidak

ada di tempat yang seharusnya dijadikan sebagai tempat media promosi kesehatan. Belum memadainya sarana dan prasarana membuat kegiatan terhambat untuk dilaksanakan, hal ini tentunya akan berpengaruh terhadap kegiatan-kegiatan yang telah direncanakan pada setiap program kesehatan. Sarana yang terdapat di Puskesmas dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Sarana dan Prasarana Promosi Kesehatan

No	Jenis Sarana Prasarana	Jumlah
1.	Alat Presentasi	1 set
2.	In-focus	1 set
3.	Speaker	1 set
4.	Kamera Foto	1 set
5.	Microphone	1 set
6.	Genset	1 set
7.	Perekam Suara	1 set
8.	Papan Informasi	1 set

Sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud atau tujuan, sedangkan prasarana adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses (KBBI,). Sarana adalah segala jenis peralatan, perlengkapan kerja dan fasilitas yang berfungsi sebagai alat utama/pembantu dalam pelaksanaan pekerjaan, dan juga dalam rangka kepentingan yang sedang berhubungan dengan organisasi kerja (Moenir, 2006). Sarana dan Prasarana sangat dibutuhkan guna untuk tercapainya target dari suatu program kesehatan. Sarana dan prasarana merupakan salah satu faktor penting dari keberhasilan suatu kegiatan. Semakin lengkap sarana penunjang makin efektif pula suatu kegiatan.

Dalam upaya pencapaian tujuan kebijakan harus didukung oleh ketersediaan sarana dan prasarana. Tanpa sarana dan prasarana tugas pekerjaan spesifik tidak dapat diselesaikan sebagaimana seharusnya, pekerjaan tidak mungkin dapat dilakukan bahkan akan mengalami hambatan. Ketersediaan sarana dan prasarana merupakan faktor penentu kebijakan. Pelaksana harus mendapat sumber yang dibutuhkan agar program berjalan lancar. Sekalipun kebijakan memiliki tujuan dan sasaran yang jelas tanpa sumber daya sarana dan prasarana yang memadai maka kebijakan hanya tinggal di kertas dokumen saja. Hal ini sejalan dengan teori Green LW (1991) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku

seseorang (dalam hal ini adalah tenaga kesehatan) adalah faktor pemungkin yaitu ketersediaan sarana dan prasarana.

C. Dana

Hasil observasi ditemukan, dana dalam Implementasi Promosi Kesehatan sudah dianggarkan di puskesmas, namun tidak ada dana yang diberikan untuk kader karena kader bersifat sukarela yang menyebabkan beberapa kader mengundurkan diri. Hal ini sangat berpengaruh tidak adanya promosi kesehatan yang diberikan ke masyarakat, sehingga masyarakat tidak mendapatkan informasi tentang kesehatan.

Dana suatu alat yang digunakan untuk pencapaian suatu program. *Sub system* pembiayaan kesehatan merupakan salah satu bidang ilmu dari ekonomi kesehatan (*health economy*). Biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dari batasan ini segera terlihat bahwa biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yakni :

a. Penyedia Pelayanan Kesehatan

Biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan (*health provider*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Dengan pengertian yang seperti ini tampak bahwa kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan atau pun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia pelayanan lebih menunjuk pada seluruh biaya investasi (*investment cost*) serta seluruh biaya operasional (*operational cost*) yang harus disediakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Sedangkan besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan (Stevani, 2013).

b. Pemakai Jasa Pelayanan

Biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Berbeda dengan pengertian pertama, maka biaya kesehatan di sini menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan. Dalam batas-batas tertentu, pemerintah juga turut mempersoalkannya, yakni dalam rangka terjaminnya

memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya.

Hasil penelitian ditemukan dana dalam Implementasi Promosi Kesehatan sudah tercukupi, namun untuk kader tidak ada intensif yang diberikan oleh pihak puskesmas dalam menunjang program puskesmas. Hal ini ditandai dengan pengunduran diri sebagai kader di berbagai wilayah kerja puskesmas. Berkurangnya kader akan berpengaruh terhadap pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan di lapangan. Menurut asumsi peneliti, perlu dianggarkannya dana atau intensif dari penganggaran Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) untuk kader Puskesmas, merujuk kepada tugas kader sebagai perpanjangan tangan Puskesmas kepada masyarakat, sehingga tidak ada kader yang mengundurkan diri dengan alasan tidak adanya intensif dari pihak Puskesmas.

KESIMPULAN

Sumber Daya Manusia dalam Implementasi Promosi Kesehatan masih sangat kurang yaitu jumlah petugas kesehatan. Petugas kesehatan tidak pernah melakukan penyuluhan kepada masyarakat, hal ini karena keterbatasan petugas kesehatan.

Sarana dan Prasarana dalam Implementasi Promosi Kesehatan sudah tercukupi, namun pada saat di lapangan atau posyandu, media untuk promosi kesehatan ke masyarakat masih kurang, seperti: brosur, *leaflet*, spanduk tidak ada di tempat yang seharusnya dijadikan sebagai tempat media promosi kesehatan.

Dana dalam Implementasi Promosi Kesehatan sudah dianggarkan di puskesmas, namun tidak semua kegiatan sepenuhnya dibayarkan, sehingga ada beberapa program yang terhambat untuk dilaksanakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bagus D. 2010. Manajemen Sumber Daya Manusia.
- Esterberg KG. 2002. Qualitative Methods in Social Research. Boston : McGraw-Hill.
- Green LW. 1991. Health Promotion Planning an Educational and Environmental Approach. Mountain View-Toronto-London: Mayfield Publishing Company.
- Kemendes RI. 2011. Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan :

- Panduan bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas. Jakarta: Kemenkes.
- Kemenkes RI. 2016. Kendalikan DBD dengan PSN 3M plus, 2–3. Jakarta: Kemenkes.
- Kemenkes RI. 2017. Kemenkes Optimalkan PSN Cegah DBD. <http://www.depkes.go.id/pdf.php?id=17061500001>
- Kurniati A, Efendi F. 2012. Kajian SDM Kesehatan di Indonesia. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Moenir AS. 2006. Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia. Jakarta: PT.Bumi Aksara.
- Notoatmodjo S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta
- Pratamawati DA. 2012. Peran Juru Pantau Jentik dalam Sistem Kewaspadaan Dini Demam Berdarah Dengue di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* 6(6):243-248.
- Stevani. 2013. Dana Kesehatan.
- Yahya E, Lapau B, Dewi O. 2017. Fungsi anajemen untuk sistem surveilans demam berdarah dengue (DBD) di puskesmas Bangkinang Kota Kabupaten Kampar tahun 2017. *Jurnal Doppler Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai*, 1(2): 1–9.
- WHO. 2014. Dengue and Severe Dengue. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>.