



**ANALISIS IMPLEMENTASI PERATURAN DAERAH  
KOTA SEMARANG NOMOR 5 TAHUN 2010 TENTANG  
PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH  
DENGUE (DBD) DI PUSKESMAS KEDUNGMUNDU**

**SKRIPSI**

Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**Oleh**

Rizky Fadilah Novalia

NIM. 6411412107

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2016

## ABSTRAK

Rizky Fadilah Novalia

**Analisis Implementasi Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Puskesmas Kedungmundu**

xvi + 110 Halaman + 3 tabel + 4 gambar + 9 lampiran

Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di Puskesmas Kedungmundu pada awal pembentukan Perda DBD tahun 2010 - 2011 mengalami penurunan, sedangkan dari tahun 2012 - 2015 mengalami peningkatan cukup drastis dikarenakan sumberdaya manusia yang terbatas, serta masyarakat yang kurang partisipatif. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi kebijakan pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu. Penelitian menggunakan metode kualitatif. informan utama berjumlah 4 orang yang dipilih berdasarkan teknik *purposive sampling* dan 4 informan triangulasi. Pengambilan data menggunakan instrument berupa pedoman wawancara, lembar observasi, dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan DBD di Puskesmas Kedungmundu belum berjalan maksimal. Standar dan tujuan yang sudah jelas, sumberdaya manusia yang belum cukup, sarana prasarana maupun dana sudah memadai, komunikasi antar organisasi yang sudah baik, lingkungan masyarakat yang kurang mendukung, sikap pelaksana yang kurang tegas. Saran bagi instansi terkait yaitu perlunya ketegasan dalam pelaksanaan pengendalian Demam Berdarah Dengue.

**Kata Kunci** : Implementasi Kebijakan, Demam Berdarah Dengue, Puskesmas  
**Kepustakaan** : 31

## ABSTRACT

Rizky Fadilah Novalia

Implementation Analysis of Regional Regulation of Semarang City Number 5 Year 2010 about Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Control in Puskesmas Kedungmundu

xvi+110 table page + 3 table+ 4 pictures + 8 attachment

Cases of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in Puskesmas Kedungmundu in the early formation of legislation DBD years 2010-2011 decreased, while from 2012-2015 has increased quite dramatically due to the limited human resources, as well as people who are less participation. The purposed of this study was to analyze the dengue control policy implementation in Puskesmas Kedungmundu. Research used qualitative methods. key informants consists of 4 people who were selected based on purposive sampling and four informants triangulation. Retrieving data used instruments such as interview guides, observation sheets, and documentation. The results showed that the implementation of policies DHF in Puskesmas Kedungmundu was not running optimally. Standards and goals were clear, not enough human resources, infrastructure and funding are adequate, communication between organizations has been good, people are less supportive environment, disposition implementation less assertive. Suggestions for relevant agencies, namely the need for decisiveness in the implementation of control Dengue Hemorrhagic Fever.

**Keywords:** Policy Implementation, dengue hemorrhagic fever, health center

**Literature :** 31

## PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis didalam skripsi atas nama Rizky Fadilah Novalia, NIM: 6411412107, dengan judul “Analisis Implementasi Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Puskesmas Kedungmundu” ini semua benar-bener hasil karya sendiri, bukan jiplakan dari karya orang lain, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, September 2015



Rizky Fadilah Novalia

NIM. 6411412107

**UNNES**  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

## PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Skripsi atas nama Rizky Fadilah Novalia, NIM: 6411412107, dengan judul "ANALISIS IMPLEMENTASI PERATURAN DAERAH KOTA SEMARANG NOMOR 5 TAHUN 2010 TENTANG PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI PUSKESMAS KEDUNGUMUNDU".

Pada hari : Selasa

Tanggal : 11 Oktober 2016

Panitia Ujian

  
Ketua Panitia  
  
Prof. Dr. Tandiy Rahayu, M.Pd  
NIP. 19610320 198403 2001

Sekretaris,

  
Mardiana, S.KM, M.Si  
NIP. 19800420 200501 2 003

Dewan Penguji

Tanggal

Ketua Penguji

  
1. dr. Fitri Indrawati, M.PH  
NIP. 19830711 200801 2 008


26/10 - 2016

Anggota Penguji

  
2. Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H, M.Kes  
NIP. 19751217 200501 1 003

27 / 10 2016

Anggota Penguji

  
3. Drs. Bambang Wahyono, M.Kes  
(Pembimbing Utama) NIP. 19600610 198703 1 002

27 / 10 2016

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### MOTTO:

- Barangsiapa menempuh suatu jalan untuk mencari ilmu, maka Allah memudahkannya mendapat jalan ke surga (H.R Muslim)
- Bermimpi dan berharap impian jadi nyata, berdoa dan ikhtiar agar semuanya tercapai.
- Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. (QS. Al-Insyirah:6)

### PERSEMBAHAN:

- Allah SWT atas berkah dan karunia-Nya.
- Kedua orang tua, Bapak Carnisa dan Ibu

Iip Masripah serta adik Dina Maulidiyah

atas segala doa, dukungan dan kasih  
sayangnya

- Teman-teman IKM' 12

## KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT dengan segala limpahan rahmat-Nya dan berkat bimbingan Bapak dan Ibu Dosen, sehingga skripsi yang berjudul “Analisis Implementasi Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Puskesmas Kedungmundu” dapat terselesaikan. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang. Perlu disadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak dapat selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan kerendahan hati disampaikan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Prof.Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd atas ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono, S.KM, M.Kes (Epid), atas persetujuan penelitian.
3. Dosen Pembimbing, Bapak Drs. Bambang Wahyono, M.Kes atas bimbingan, arahan serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, atas ilmu yang diberikan selama kuliah.
5. Staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat (Bapak Sungatno dan Bapak Wibowo) dan seluruh staf TU FIK UNNES yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perijinan penelitian

6. Kepala Puskesmas Kedungmundu Ibu dr. Turi Setyawati, atas ijin penelitiannya.
7. Petugas Dinas Kesehatan Kota Semarang dan petugas Puskesmas Kedungmundu, atas bantuannya dalam proses penelitian.
8. Bapak Carnisa, Ibu Iip Masripah, adek Dina Maulidiyah dan Irvan Hidayat atas bimbingan, dukungan, motivasi dan doa selama menempuh pendidikan dan penyelesaian skripsi ini.
9. Teman-temanku Icha, Tika, Niken, Putri, Ella, Ani, Happy, Dea atas dukungan dan motivasi dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Seluruh mahasiswa jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2012 atas motivasi, dukungan serta doa dalam penyelesaian skripsi ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas bantuan dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan balasan dari Allah SWT.

Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini, semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak.

Semarang, September 2016

Penyusun



## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACK</b> .....	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>PERSETUJUAN</b> .....	<b>v</b>
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xvii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.2.1 Umum .....	5
1.2.2 Khusus .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	6
1.3.1 Umum .....	6
1.3.2 Khusus .....	6
1.4 Manfaat Penelitian .....	7
1.5 Keaslian Penelitian.....	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	10

<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>11</b>
2.1 Landasan Teori .....	11
2.1.1 Kebijakan Publik.....	11
2.1.1.1 Pengertian Kebijakan .....	11
2.1.1.2 Pengertian Kebijakan Publik .....	11
2.1.1.3 Tahapan Proses Kebijakan .....	12
2.1.2 Implementasi Kebijakan Publik.....	14
2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Kebijakan .....	16
2.1.3.1 Teori George C. Edward III (1980) .....	17
2.1.3.2 Teori Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn .....	20
2.1.4 Analisis Kebijakan Publik .....	21
2.1.5 Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue Kota Semarang.....	23
2.1.5.1 Dasar Hukum .....	23
2.1.5.2 Ketentuan Umum.....	24
2.1.5.3 Pengendalian Penyakit DBD .....	24
2.1.5.4 Kejadian Luar Biasa (KLB) .....	28
2.1.5.5 Pengawasan .....	28
2.1.5.6 Sanksi Administrasi.....	29
2.1.5.7 Sanksi untuk Petugas Kesehatan.....	29
2.1.5.8 Ketentuan Pidana.....	29
2.1.5.9 Penerima Sanksi.....	29

2.1.6 Puskesmas .....	30
2.1.6.1 Pengertian Puskesmas .....	30
2.1.6.2 Tujuan Puskesmas.....	31
2.1.6.3 Fungsi dan Kedudukan Puskesmas.....	32
2.1.6.4 Kegiatan Pokok Puskesmas. ....	33
2.1.7 Demam Berdarah Dengue (DBD) .....	34
2.1.7.1 Pengertian DBD .....	34
2.1.7.2 Epidemiologi DBD .....	34
2.1.7.3 Penyebab DBD .....	35
2.1.7.4 Patogenesis Infeksi DBD .....	36
2.1.7.5 Klasifikasi DBD. ....	37
2.2 Kerangka Teori.....	38
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>39</b>
3.1 ALUR PIKIR .....	39
3.2 Fokus Penelitian .....	40
3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian .....	40
3.4 Sumber Informasi.....	41
3.4.1 Sumber Primer .....	41
3.4.2 Sumber Sekunder .....	43
3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data.....	43
3.6 Prosedur Penelitian.....	43
3.6.1 Tahap Pra Penelitian.....	43
3.6.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian .....	44

3.6.3 Tahap Pasca Penelitian.....	44
3.7 Pemeriksaan Keabsaan Data .....	44
3.8 Teknik Analisis Data.....	45
3.8.1 Data Reduction.....	45
3.8.2 Data Display.....	45
3.8.3 Concluding Drawing/verification .....	46
<b>BAB IV HASIL.....</b>	<b>47</b>
4.1 Gambaran Umum.....	47
4.1.1 Gambaran Umum Puskesmas Kedungmundu.....	47
4.1.2 Pelaksanaan Penelitian .....	48
4.2 Hasil Penelitaian.....	48
4.2.1 Gambaran Umum Informan Utama .....	48
4.2.2 Gambaran Umum Informan Triangulasi.....	49
4.2.3 Gambaran Implementasi Perda DBD di Puskesmas Kedungmundu .....	50
4.2.3.1 <i>Standar dan Tujuan Kebijakan</i> .....	50
4.2.3.2 <i>Sumber Daya</i> .....	52
4.2.3.3 <i>Hubungan Antar Organisasi</i> .....	57
4.2.3.4 <i>Kondisi Sosial, Politik, dan Ekonomi</i> .....	61
4.2.3.5 <i>Disposisi Implementor</i> .....	63
4.2.3.6 <i>Struktur Birokrasi</i> .....	64
<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>65</b>
5.1 Pembahasan Hasil Penelitian .....	65
5.1.1 Implementasi Perda DBD di Puskesmas Kedungmundu .....	65

<i>5.1.1.1 Standar dan Sasaran Kebijakan</i> .....	66
<i>5.1.1.2 Sumber Daya</i> .....	68
<i>5.1.1.3 Hubungan Antar Organisasi</i> .....	72
<i>5.1.1.4 Kondisi Sosial, Politik, dan Ekonomi</i> .....	75
<i>5.1.1.5 Disposisi Implementor</i> .....	78
<i>5.1.1.6 Struktur Birokrasi</i> .....	79
<b>5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian</b> .....	<b>80</b>
<b>5.2.1 Hambatan Penelitian</b> .....	<b>80</b>
<b>5.2.2 Kelemahan Penelitian</b> .....	<b>80</b>
<b>BAB VI SIMPULAN DAN SARAN</b> .....	<b>81</b>
<b>6.1 Simpulan</b> .....	<b>81</b>
<b>6.2 Saran</b> .....	<b>82</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>84</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>87</b>



## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1: Keaslian Penelitian .....	8
Tabel 4.1 Gambaran Umum Informan Utama .....	48
Tabel 4.2 Gambaran Umum Informan Triangulasi .....	49



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1: Tahapan Proses Pembentukan Kebijakan Publik.....	14
Gambar 2.2: Sekuensi Implementasi Kebijakan .....	16
Gambar 2.2: Kerangka Teori.....	38
Gambar 3.1: Alur Pikir.....	39



## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
1. Surat Tugas Pembimbing .....	87
2. Surat Ijin penelitian untuk Puskesmas Kedungmundu .....	88
3. Surat Ijin Penelitian untuk Puskesmas Kedungmundu.....	89
4. Surat Ijin Penelitian untuk Dinas Kesehatan Kota Semarang.....	90
5. Surat Ijin Penelitian untuk Kesbangpol Kota Semarang.....	91
6. Lembar Observasi.....	92
7. Instrumen Penelitian (Panduan Wawancara).....	94
8. Transkrip Wawancara.....	106
9. Dokumentasi.....	120





# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 LATAR BELAKANG

Dalam undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan tercantum pada pasal 9 ayat 1 dan 2 yaitu (1) setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, (2) kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pelaksanaannya meliputi upaya kesehatan perseorangan, upaya kesehatan masyarakat, dan pembangunan berwawasan kesehatan (UU No. 36 Tahun 2009). Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan derajat kesehatan masyarakat diantaranya adalah pertumbuhan penduduk yang masih tinggi, perkembangan teknologi serta tuntutan hidup manusia yang meningkat dan semakin bervariasi, sedangkan sumber daya yang dimiliki semakin terbatas dan menyebabkan turunnya kualitas lingkungan serta gangguan kesehatan bagi manusia (Djunaedi, 2006:116).

Penyakit Demam Berdarah Dangué (DBD) adalah Salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah di Indonesia yang disebabkan oleh virus *Dengue* dan ditularkan melalui nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes Albopictus*. Penyakit DBD ini ditemukan hampir di seluruh belahan dunia terutama di negara-negara tropik dan subtropik, baik sebagai penyakit endemik maupun epidemik. Kejadian Luar Biasa (KLB) *dengue* biasanya terjadi di daerah endemik dan berkaitan dengan datangnya musim hujan, sehingga terjadi peningkatan aktifitas vektor *dengue* pada musim hujan yang dapat menyebabkan terjadinya penularan

penyakit DBD pada manusia melalui nyamuk *Aedes*. Sehubungan dengan morbiditas dan mortalitasnya, DBD disebut *the most mosquito transmitted disease* (Djunaedi, 2006: 121).

Penyakit DBD dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat. Jumlah penderita DBD di Indonesia pada tahun 2013 sebanyak 112.511 kasus dengan jumlah kematian 871 kasus dan pada tahun 2014 turun menjadi 100.347 kasus, tetapi kasus yang meninggal meningkat menjadi 907 kasus (Profil Kesehatan Indonesia, 2014).

Pada Propinsi Jawa Tengah penyakit DBD masih merupakan permasalahan serius, terbukti dari 35 Kabupaten/Kota sudah pernah terjangkit penyakit DBD. Jumlah temuan DBD di Jawa Tengah pada tahun 2013 jumlah kasus yang ditemukan sebanyak 15.144 kasus dengan jumlah kematian 182 kasus dan pada tahun 2014 mengalami penurunan jumlah kasus sebanyak 11.075 dengan jumlah kematian 159 kasus (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2014).

Menurut data rekapitulasi kasus DBD Dinas Kesehatan Kota Semarang pada tahun 2013 jumlah kasus yang ditemukan 2.364 kasus dengan jumlah kematian 27 kasus, pada tahun 2014 ditemukan 1.628 kasus dengan jumlah kematian 27 kasus dan pada tahun 2015 terdapat 1.737 kasus dengan jumlah kematian 21 orang. Dari tahun 2013 sampai tahun 2015, Kasus DBD di Kota Semarang selalu pada peringkat tiga besar di Jawa Tengah. (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2015).

Peningkatan kasus DBD yang signifikan di kota Semarang membuat pemerintah setempat melakukan peraturan dalam rangka menanggulangi Kejadian

Luar Biasa (KLB) yaitu Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue yang disahkan Walikota Semarang, Bapak H. Sukawi Sutarip pada tanggal 7 Juli 2010. Dalam peraturan tersebut dijelaskan tentang pencegahan, penanggulangan serta penanganan Kejadian Luar Biasa penyakit DBD (lembar Perda, 2010).

Kecamatan Tembalang adalah salah satu dari 16 kecamatan di Kota Semarang yang memiliki kasus DBD (klasifikasi endemis) tertinggi pada tahun 2010 sampai tahun 2015. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang Kasus yang ditemukan pada tiga tahun terakhir yaitu tahun 2013 dengan 375 kasus, tahun 2014 dengan 295 kasus dan pada tahun 2015 dengan 343 kasus (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2015).

Puskesmas di Kecamatan Tembalang terdapat dua Puskesmas yaitu Puskesmas Kedungmundu dan Puskesmas Rowosari. Menurut data rekapitulasi kasus DBD Dinas Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas Kedungmundu mengalami penurunan kasus DBD yang cukup drastis, dimana pada tahun 2010 terdapat jumlah kasus 759, kemudian mengalami penurunan tahun 2011 menjadi 140 kasus dan tahun 2012 terdapat 116 kasus. Akan tetapi pada tahun 2013 mengalami kenaikan kembali sebanyak 298 kasus, tahun 2014 dengan 227 kasus dan pada tahun 2015 dengan kasus 242 kasus (lembar rekapitulasi kasus DBD Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2015).

Berdasarkan studi pendahuluan, Menurut pemegang program Demam Berdarah Dengue di puskesmas Kedungmundu, penurunan kasus yang signifikan pada awal pembentukan Perda DBD tersebut tidak lepas dari partisipasi semua

pihak, adanya pengawasan yang ketat dari semua jenjang pemerintahan serta pelaksanaannya yang rutin dimasyarakat. Akan tetapi dengan peningkatan jumlah kasus DBD dan luasnya wilayah Kecamatan Tembalang menimbulkan kendala bagi puskesmas Kedungmundu, sehingga penyelidikan epidemiologi yang dilakukan tidak sesuai dengan ketentuan yaitu 1x24 jam pada saat adanya lapran kasus DBD, dikarenakan sumberdaya manusia yang terbatas. Serta masyarakat yang kurang partisipatif juga menjadi kendala karena selalu berfikir bahwa menurunkan kasus DBD itu adalah tugas puskesmas. Padahal program pengendalian DBD bukan hanya tugas puskesmas, perlu kerjasama dari semua pihak dalam menurunkan kasus DBD tersebut. Koordinasi dalam pelaksanaan pengendalian penyakit DBD berjalan lancar dan komunikasi bisa juga berupa SMS get away, sistem informasi manajemen DBD dan pelatihan petugas pemegang program maupun kader kesehatan, namun jarang dilakukan.

Dalam penelitian Wiwik Trapsilowati dan widiarti tentang evaluasi implementasi kebijakan penanggulangan Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Pati. Penelitian menunjukkan bahwa, setelah dicanangkan gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dan diikuti dengan penerbitan instruksi serta surat edaran Bupati pada tahun 2006, pada tahun 2007 masih terjadi peningkatan kasus DBD. Kebijakan tersebut belum diikuti kegiatan yang mendukungnya baik tingkat program maupun tingkat masyarakat. Pengetahuan pelaksana kegiatan di tingkat desa/kelurahan belum mendukung kebijakan yang diterbitkan. Hasil pemantauan jentik menunjukkan Angka Bebas Jentik (ABJ) masih di bawah target yang ditetapkan.

Penanganan dalam kasus DBD ini, puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan sehingga langsung berinteraksi dengan masyarakat dalam menangani kasus tersebut. Puskesmas melakukan upaya-upaya untuk menurunkan kasus DBD diantaranya adalah melakukan pencegahan, pengawasan dan penanggulangan DBD.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk meneliti mengenai “ANALISIS IMPLEMENTASI PERATURAN DAERAH KOTA SEMARANG NOMOR 5 TAHUN 2010 TENTANG PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH *DENGUE* DI PUSKESMAS KEDUNGMUNDU”

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

### **1.2.1 Umum**

Bagaimana pelaksanaan Perda No. 5 Tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit DBD di Puskesmas Kedungmundu Kecamatan Tembalang Kota Semarang ?

### **1.2.2 Khusus**

Rumusan masalah khusus dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana standard an sasaran kebijakan dalam pelaksanaan implementasi program pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu?
2. Bagaimana sumber daya yang dimiliki dalam pelaksanaan implementasi program pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu?
3. Bagaimana komunikasi dalam pelaksanaan implementasi program pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu?

4. Bagaimana kondisi lingkungan (sosial, politik, ekonomi) dalam pelaksanaan implementasi program pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu?
5. Bagaimana disposisi implementor dalam pelaksanaan implementasi program pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu?
6. Bagaimana struktur birokrasi dalam pelaksanaan implementasi program pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu?

### **1.3 TUJUAN PENELITIAN**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan kebijakan Pengendalian Penyakit DBD di Puskesmas Kedungmundu Kecamatan Tembalang Kota Semarang.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui standar dan sasaran kebijakan dalam pelaksanaan implementasi program pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu.
2. Mengetahui bagaimana sumber daya yang dimiliki dalam pelaksanaan implementasi program pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu.
3. Mengetahui bagaimana komunikasi dalam pelaksanaan implementasi program pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu.
4. Mengetahui kondisi lingkungan (sosial, politik, ekonomi) dalam pelaksanaan implementasi program pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu.

5. Mengetahui disposisi implementor dalam pelaksanaan implementasi program pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu.
6. Mengetahui struktur birokrasi dalam pelaksanaan implementasi program pengendalian DBD di Puskesmas Kedungmundu.

#### **1.4 MANFAAT PENELITIAN**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat:

##### **1.4.1 Bagi Dinas Terkait (Puskesmas dan Dinas Kesehatan)**

Sebagai bahan evaluasi dan bahan pertimbangan penyusunan rencana baru untuk pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Semarang No. 5 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Penyakit DBD di Kota Semarang.

##### **1.4.2 Bagi Masyarakat**

Sebagai dasar pengetahuan dan pemikiran serta menjadi informasi dalam upaya pengendalian DBD di lingkungannya.

##### **1.4.3 Bagi Peneliti**

Digunakan sebagai sarana penerapan dan pengembangan ilmu yang didapat selama di bangku perkuliahan serta untuk meningkatkan pengetahuan di bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan terutama dibidang Analisis Implementasi Kebijakan.

##### **1.4.4 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Dapat dijadikan referensi tambahan untuk kepentingan perkuliahan jurusan kesehatan masyarakat khususnya Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK).

## 1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Keaslian penelitian dapat digunakan untuk membedakan penelitian yang dilakukan sekarang dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya.

Tabel 1.1: Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan tempat	Rancangan Penelitian	Variabel penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Evaluasi Implementasi Kebijakan Penanggulangan DBD di Kabupaten Pati	Wiwik Trapsilowati dan Widiarti	Tahun 2013 di Kabupaten Pati	Penelitian Deskriptif dengan metode wawancara mendalam.	Variabel yang digunakan yaitu: pelaksanaan program, peran tokoh masyarakat, dan masyarakat setempat.	Kebijakan belum diikuti kegiatan yang mendukung, baik tingkat program, maupun masyarakat. Pengetahuan pelaksana kegiatan di tingkat desa/kelurahan belum mendukung kebijakan yang diterbitkan. Hasil pemantauan jentik menunjukkan Angka Bebas Jentik (ABJ) masih di bawah target yang ditetapkan.
2.	Analisis implementasi kebijakan pengendalian DBD di Dinas Kesehatan Kota Semarang	Arina Pramudita	Tahun 2012 di Dinas Kesehatan Kota Semarang	Penelitian observasional dengan data bersifat kualitatif	Variabel yang digunakan yaitu: komunikasi, sumber daya, struktur birokrasi, dan struktur birokrasi.	Hasil penelitian ini adalah keberhasilan implementasi kebijakan pengendalian DBD di DKK Semarang disebabkan oleh empat variabel, yaitu komunikasi yang baik dari DKK ke puskesmas, kuantitas SDM yang cukup dan kualitas yang masih perlu pelatihan dalam pengendalian DBD dan sumber



						<p>daya finansial yang cukup, disposisi yang berjalan sesuai perda no. 5 tahun 2010 tentang pengendalian DBD dan struktur birokrasi yang sudah baik.</p>
3.	<p>Hubungan antara Perilaku PSN (3M Plus) dan Kemampuan mengamati Jentik dengan Kejadian DBD di kel. Tembalang kecamatan Tembalang Kota Semarang</p>	<p>Ika Setia Ariyati</p>	<p>Tahun 2015 di kel. Tembalang kecamatan Tembalang Kota Semarang.</p>	<p>Kasus di kontrol</p>	<p>Variabel yang digunakan yaitu kemampuan mengamati Jentik.</p>	<p>ada hubungan antara memasang kawat kasa dengan kejadian DBD. Tidak ada hubungan antara menguras TPA (p=0,329), menutup TPA (p=0,727), menyingkirkan atau mendaur ulang barang bekas (p=1,000), memelihara ikan pemakan jentik (p=1,000), kebiasaan tidur menggunakan kelambu (p=0,277), menggunakan obat anti nyamuk (p=1,000), dan kemampuan mengamati jentik dengan kejadian DBD.</p>

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian Analisis Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah *Dengue* di Puskesmas Kedungmundu Kecamatan Tembalang Kota Semarang tahun 2015 belum pernah dilakukan.

2. Variabel yang membedakan dengan penelitian sebelumnya adalah sumberdaya, hubungan antar organisasi, kondisi lingkungan (sosial, politik dan ekonomi), disposisi implementor, struktur birokrasi, dan standar dan sasaran kebijakan.
3. Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional dan metode pendekatan deskriptif dengan pengumpulan data kualitatif.

## **1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN**

### **1.6.1 Ruang Lingkup Tempat**

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kedungmundu Kecamatan Tembalang Kota Semarang

### **1.6.2 Ruang Lingkup Waktu**

Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2016

### **1.6.3 Ruang Lingkup Materi**

Materi dalam penelitian ini adalah pengaruh pelaksanaan kebijakan pengendalian penyakit DBD terhadap keberhasilan kebijakan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 LANDASAN TEORI**

##### **2.1.1 Kebijakan Publik**

###### **2.1.1.1 Pengertian Kebijakan**

Kebijakan (policy) adalah sebuah instrument pemerintahan, bukan saja dalam arti *government* yang hanya menyakut aparatur negara, melainkan pula *government* yang menyentuh pengelolaan sumberdaya publik. Kebijakan pada intinya merupakan keputusan-keputusan atau pilihan-pilihan tindakan yang secara langsung mengatur pengelolaan dan pendistribusian sumberdaya alam, financial dan manusia demi kepentingan publik, yakni rakyat banyak, penduduk, masyarakat atau warga Negara. Kebijakan merupakan hasil dari adanya sinergis, kompromi atau bahkan kompetisi antar berbagai gagasan, teori, ideology, dan kepentingan-kepentingan yang mewakili sistem politik suatu negara (Edi Suharto, 2013: 3).

###### **2.1.1.2 Pengertian Kebijakan Publik**

Menurut Chief J.O (1981) (Abdul Wahab, 2015:15), kebijakan publik adalah suatu tindakan bersanksi yang mengarah pada tujuan tertentu yang diarahkan pada suatu masalah tertentu yang saling berkaitan yang memengaruhi sebagian besar warga masyarakat. Menurut Harolld Laswell dan Abraham Kaplan (1971) berpendapat bahwa kebijakan publik hendaknya berisi tujuan, nilai-nilai, dan praktika-praktika sosial yang ada dalam masyarakat (Subarsono, 2012: 5) ini berarti kebijakan public tidak boleh bertentangan dengan nilai dan praktik-praktik

sosial yang ada dalam masyarakat. Ketika kebijakan publik tersebut bertentangan dengan praktika sosial maka kebijakan public tersebut akan mendapatkan resistensi ketika diimplementasikan di lapangan. Begitu pun sebaliknya, suatu kebijakan public harus mampu mengakomodasikan nilai-nilai dan praktika-praktika yang hidup dan berkembang dalam masyarakat (Subarsono, 2012:3).

Menurut Agustino (2008:8) ada lima karakteristik dari kebijakan publik. Pertama, pada umumnya kebijakan public perhatiannya ditujukan pada tindakan yang mempunyai maksud atau tujuan tertentu daripada perilaku yang berubah atau acak. Kedua, kebijakan publik pada dasarnya mengandung bagian atau pola kegiatan yang dilakukan oleh pejabat pemerintah daripada keputusan yang terpisah-pisah. *Ketiga*, kebijakan publik merupakan apa yang sesungguhnya dikerjakan oleh pemerintah dalam mengatur perdagangan, mengontrol inflsi, bukan apa maksud yang dikerjakan atau yang akan dikerjakan. *Keempat*, kebijakan publik dapat berbentuk positif dan pula berbentuk negatif. *Kelima*, kebijakan publik paling tidak secara positif didadarkan pada hukum dan merupakan tindakan yang bersifat memerintah.

### **2.1.1.3 Tahapan Proses Kebijakan**

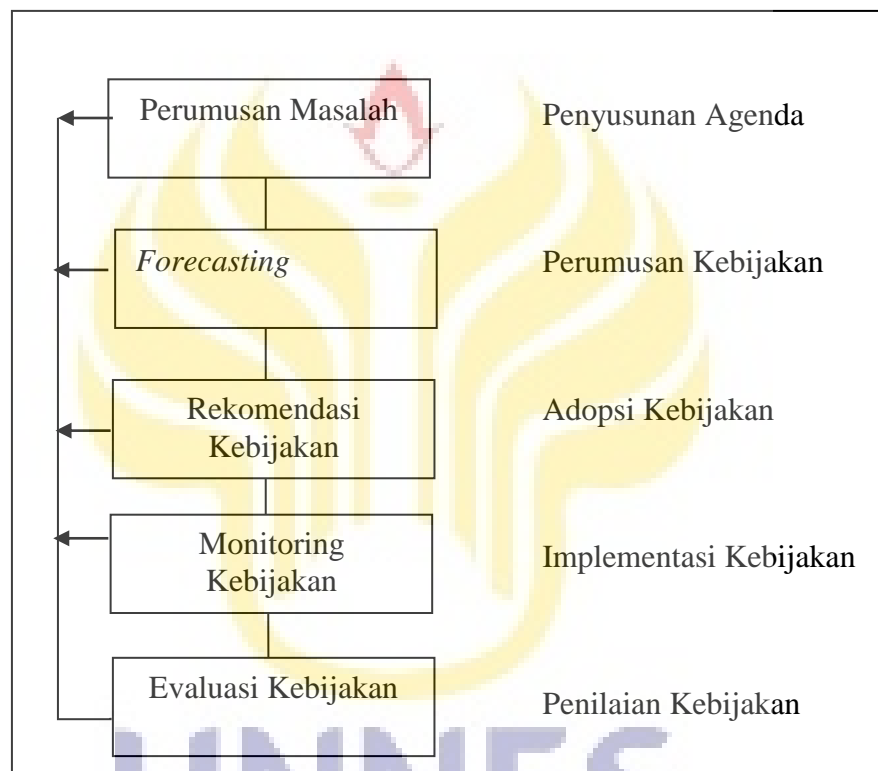
Proses perumusan kebijakan terletak pada para pejabat pemerintah atau pegawai Negeri yang dipimpin oleh seorang menteri di suatu departemen. Selain proses ini melibatkan berbagai lembaga pemerintah, lembaga-lembaga non-pemerintah juga biasanya terlibat terutama pada proses pengusulan isu dan agenda kebijakan serta pengevaluasinya. Bagian ini menjelaskan sebuah lingkaran kebijakan yang dapat digunakan untuk menjelaskan dan menstrukturkan formulasi

kebijakan. Cara yang paling sering ditempuh untuk membuat kebijakan adalah membagi proses perumusannya ke dalam beberapa langkah yang jelas dan mudah diidentifikasi secara terpisah. Sebelum membahas secara terperinci mengenai proses ini, ada baiknya disinggung sedikit mengenai siapa para aktor atau pemain yang terlibat dalam proses perumusan kebijakan publik (Edi Suharto, 2013:23).

Proses analisis kebijakan publik adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang bersifat politis. Aktivitas politis tersebut nampak dalam serangkaian kegiatan yang mencakup penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan penilaian kebijakan. Sedangkan perumusan masalah, *forecasting*, rekomendasi kebijakan, monitoring, dan evaluasi kebijakan adalah aktivitas yang lebih bersifat intelektual. Adapun proses pembuatan kebijakan publik menurut Dunn dapat dilihat sebagai berikut (Subarsono, 2012:8) :

1. Perumusan Masalah: memberikan informasi mengenai kondisi-kondisi yang menimbulkan masalah
2. *Forecasting* (Peramalan): Memberikan informasi mengenai konsekuensi dimasa mendatang dari ditetapkannya alternative kebijakan, termasuk apabila tidak membuat kebijakan.
3. Rekomendasi Kebijakan: memberikan informasi mengenai manfaat bersih dari setiap alternative, dan merekomendasikan alternative kebijakan yang memberikan manfaat bersih paling tinggi.

4. **Monitoring Kebijakan:** memberikan informasi mengenai konsekuensi sekarang dan masa lalu dari diterapkannya alternative kebijakan termasuk kendala-kendalanya.
5. **Evaluasi Kebijakan:** memberikan informasi mengenai kinerja atau hasil dari suatu kebijakan.



Gambar 2.1 Tahapan Proses Pembuatan Kebijakan Publik (Dunn, 1994)

UNNES  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Sumber: Subarsono, 2012

### 2.1.2 Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang begitu kompleks bahkan tidak jarang dan sangat kental unsure politisinya dengan adanya intervensi berbagai kepentingan yang bertarung didalamnya. Menurut Gordon (1986) implementasi berkenaan dengan segala suatu proses kegiatan yang diarahkan pada

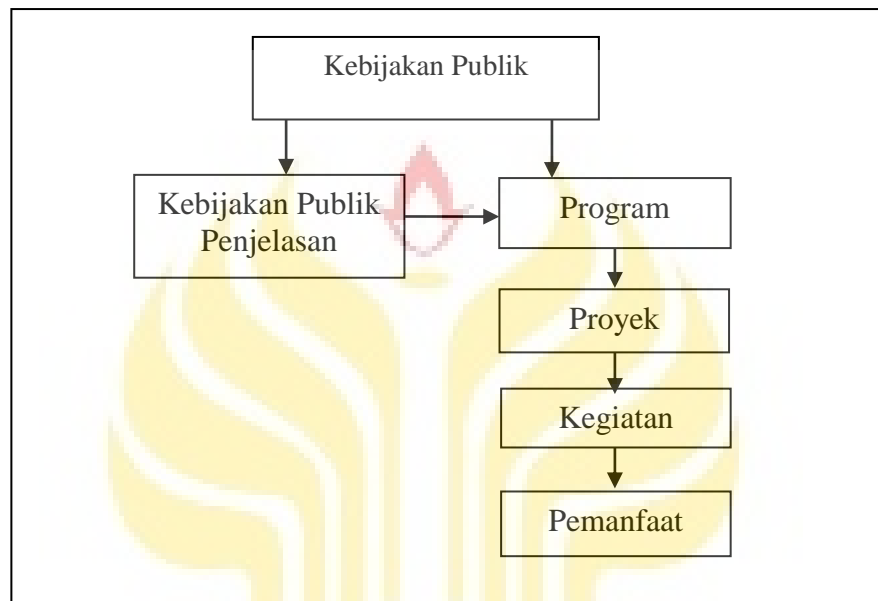
realisasi dari suatu program (Keban 2008:76). Implementasi merupakan suatu proses yang dinamis atau berkelanjutan, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri (Agustino, 2008:104).

Hal ini administrator atau birokrat mengatur cara untuk mengorganisir, menginterpretasikan, dan menerapkan kebijakan yang telah diseleksi. Mengorganisir berarti mengatur sumber daya, unit-unit, dan metode-metode apa yang digunakan dalam melaksanakan program. Dalam hal ini yang perlu diperhatikan adalah persiapan implementasi, yakni memperkirakan dan menghitung secara matang berbagai kemungkinan keberhasilan dan kegagalan, termasuk hambatan atau peluang-peluang yang ada dan kemampuan organisasi yang disertai tugas untuk melaksanakan program (Keban, 2008:76-77).

Menurut Wibawa (1994:15) menjelaskan implementasi kebijakan sebagai tindakan yang dilakukan oleh pemerintah maupun swasta baik secara individu maupun kelompok yang dimaksudkan untuk mencapai tujuan sebagaimana yang dirumuskan oleh kebijakan. Bahkan Udoji (1981), dengan tegas mengatakan bahwa pelaksanaan kebijakan adalah sesuatu yang penting bahkan mungkin jauh lebih penting dari pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan hanya akan berupa impian atau rencana yang bagus, yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak di implementasikan (Wahab, 2008:59).

Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Tidak lebih dan tidak kurang. Untuk

mengimplementasikan kebijakan publik, ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi turunan dari kebijakan publik tersebut. Secara umum dapat digambarkan sebagai berikut (Nugroho, 2008:432-435).



Gambar 2.2 Sekuensi Implementasi Kebijakan

Sumber: Nugroho, 2008

### 2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Kebijakan

Keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh banyak variabel atau faktor dan masing-masing variabel atau faktor tersebut saling berhubungan satu sama lain. Untuk memperdalam pemahaman kita terhadap variabel atau faktor apa saja yang memengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan, maka berikut ini dipaparkan beberapa teori implementasi menurut Subarsono (2012:89) :



### **2.1.3.1 Teori George C. Edward III (1980)**

Menurut George C. Edward III, ada empat faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan implementasi suatu kebijakan, yaitu faktor sumber daya, birokrasi, komunikasi, dan disposisi (Subarsono, 2012: 90).

#### **1. Sumber Daya**

Sumber daya mempunyai peranan penting dalam implementasi kebijakan, karena bagaimanapun dibutuhkan kejelasan dan konsistensi dalam menjalankan suatu kebijakan dari pelaksana (implementor) kebijakan. Jika para personil yang mengimplementasikan kebijakan kurang bertanggung jawab dan kurang mempunyai sumber-sumber untuk melakukan pekerjaan secara efektif, maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan bisa efektif.

#### **2. Komunikasi**

Komunikasi adalah suatu kegiatan manusia untuk menyampaikan apa yang menjadi pemikiran dan perasaannya, harapan atau pengalamannya kepada orang lain. Faktor komunikasi dianggap sebagai faktor yang amat penting, karena menjembatani antara masyarakat dengan pemerintah dalam pelaksanaan kebijakan sehingga dapat diketahui apakah pelaksanaan kebijakan berjalan dengan efektif dan efisien tanpa ada yang dirugikan.

Implementasi yang efektif baru akan terjadi apabila para pembuat kebijakan dan implementor mengetahui apa yang akan mereka kerjakan, dan hal itu hanya dapat diperoleh melalui komunikasi yang baik. Menurut Ernawati (2009: 28), komunikasi adalah proses penyampaian pesan/berita dari seseorang ke orang lain sehingga antara kedua belah pihak terjadi adanya

saling pengertian. Komunikasi merupakan keterampilan manajemen yang sering digunakan dan sering disebut sebagai suatu kemampuan yang sangat bertanggungjawab bagi keberhasilan seseorang, hal ini sangat penting sehingga orang-orang sepenuhnya tahu bagaimana cara berkomunikasi.

### 3. Disposisi (Sikap)

Disposisi diartikan sebagai sikap para implementor untuk mengimplementasikan kebijakan. Dalam implementasi kebijakan menurut George C. Edward III, jika ingin berhasil secara efektif dan efisien, para implementor tidak hanya harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan dan mempunyai kemampuan untuk mengimplementasikan kebijakan tersebut, tetapi mereka juga harus mempunyai kemauan untuk mengimplementasikan kebijakan tersebut (Agustino, 2006: 16).

Disposisi sebagaimana yang dijelaskan oleh Subarsono (2012: 91) adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti kejujuran, komitmen, sifat demokratis. Ketika implementor memiliki sifat atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan tidak efektif. Disposisi oleh implementor ini mencakup tiga hal penting yaitu :

1. Respon implementor terhadap kebijakan, yang akan memengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan.
2. Kognisi, yaitu pemahaman para implementor terhadap kebijakan yang dilaksanakan.

3. Intensas disposisi implementor, yaitu preferensi nilai yang dimiliki oleh setiap implementor.

#### 4. Struktur Birokrasi

Meskipun sumber-sumber untuk mengimplementasikan suatu kebijakan sudah mencukupi dan para implementor telah mengetahui apa dan bagaimana cara melakukannya, serta mereka mempunyai keinginan untuk melakukannya, implementasi kebijakan bisa jadi masih belum efektif, karena terdapat ketidakefisienan struktur birokrasi yang ada. Kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerjasama banyak orang. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi yang baik. Menurut George C. Edward III terdapat dua karakteristik yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi ke arah yang lebih baik, yaitu dengan melakukan Standard Operating Prosedure (SOP) dan melaksanakan fragmentasi.

1. Standard Operating Prosedure (SOP) adalah suatu kegiatan rutin yang memungkinkan para pegawai atau pelaksana kebijakan untuk melaksanakan berbagai kegiatannya setiap hari sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan red-tape, yaitu prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks. Hal ini gilirannya menyebabkan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

2. Fragmentasi adalah upaya penyebaran tanggungjawab kegiatan-kegiatan dan aktivitas-aktivitas pegawai di antara beberapa unit.

### **2.1.3.2 Teori Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn**

Menurut Meter dan Horn, ada 6 variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi kebijakan publik, yaitu :

1. Ukuran dan Tujuan Kebijakan

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya jika dan hanya jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang realistis dengan sosio-kultur yang mengada di level pelaksana kebijakan. Ketika ukuran kebijakan atau tujuan kebijakan terlalu ideal, maka akan sulit merealisasikan kebijakan publik hingga mencapai kondisi yang diinginkan.

2. Sumber Daya

Keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia. Manusia merupakan sumberdaya yang terpenting dalam menentukan suatu proses keberhasilan proses implementasi. Ada tiga sumberdaya yang saling terkait satu sama lain yakni, manusia, finansial, dan waktu. Diharapkan ketiga sumberdaya dapat mempercepat realisasi kebijakan publik hingga mencapai kondisi yang diinginkan.

3. Sikap atau Kecenderungan (Disposisi) Para Pelaksana

Sikap penerimaan atau penolakan dari agen (pelaksana) akan sangat banyak mempengaruhi keberhasilan atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi oleh karena kebijakan yang

dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul persoalan dan permasalahan yang mereka rasakan.

#### 4. Komunikasi Antar Organisasi dan Aktivitas Pelaksana

Komunikasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan public. Semakin baik koordinasi komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka asumsinya kesalahan-kesalahan akan semakin kecil untuk terjadi.

#### 5. Karakteristik Agen Pelaksana

Karakteristik agen pelaksana adalah mencakup struktur birokrasi, norma-norma dan pola-pola hubungan yang terjadi dalam birokrasi, yang semuanya itu akan memengaruhi kemauan untuk melaksanakan kebijakan dan intensitas disposisi implementor yaitu preferensi nilai yang dimiliki oleh implementor.

#### 6. Lingkungan Ekonomi, Sosial dan Politik

Dalam hal ini sejauh mana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik yang telah ditetapkan. Lingkungan sosial, ekonomi, dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi akar permasalahan dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan.

### 2.1.4 Analisis Kebijakan Publik

Analisis adalah proses pemecahan masalah yang dimulai dengan hipotesis (dugaan, dan sebagainya) sampai terbukti kebenarannya melalui beberapa kepastian dengan pengamatan, percobaan dan sebagainya (Aji Reno, 2012). Menurut Solichin (2008) analisis merupakan penguraian pokok persoalan atas

bagian-bagian, penalaan bagian-bagian tersebut dan hubungan antar bagian untuk mendapatkan pengertian yang tepat dengan pemahaman secara keseluruhan.

Analisa kebijakan adalah aktifitas menciptakan pengetahuan tentang dan proses pembuatan kebijakan. Disiplin ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai metode penelitian dan argumen untuk menghasilkan dan mentransformasikan informasi yang policy relevant untuk memecahkan masalah kebijakan (Dunn,2003). Menurut William N.Dunn bentuk analisa kebijakan adalah sebagai berikut :

1. Analisa kebijakan prospektif yaitu bentuk analisa yang mengarahkan sebelum aksi kebijakan mulai diimplementasikan. Bentuk ini melibatkan teknik-teknik peramalan untuk memprediksikan kemungkinan yang timbul akibat kebijakan yang akan dilaksanakan.
2. Analisa kebijakan retrospektif yaitu bentuk analisa yang menjelaskan sebagai penciptaan dan transformasi informasi sesudah aksi kebijakan dilakukan. Bentuk ini bersifat evaluatif, karena melibatkan evaluasi terhadap dampak kebijakan yang sedang ataupun yang telah dilaksanakan.

Analisa kebijakan terintegrasi yaitu bentuk analisa yang mengkombinasikan gaya operasi para praktisi yang menaruh perhatian pada penciptaan dan transformasi informasi sebelum dan sesudah tindakan kebijakan. Bentuk ini melibatkan teknik peramalan maupun evaluasi terhadap kebijakan yang telah dilaksanakan.

## **2.1.5 Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue Kota Semarang**

### **2.1.5.1 Dasar Hukum**

Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue.

### **2.1.5.2 Ketentuan Umum**

1. Demam Berdarah Dengue yang selanjutnya disingkat DBD adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*.
2. Pengendalian adalah serangkaian kegiatan pencegahan dan penanggulangan untuk memutus mata rantai penularan penyakit DBD dengan cara melakukan pemberantasan nyamuk dan jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*.
3. Pencegahan DBD adalah serangkaian tindakan yang dilakukan sebelum timbul kasus atau terjadinya kasus DBD.
4. Penanggulangan DBD adalah segala upaya yang ditujukan untuk memperkecil angka kematian, membatasi penularan serta penyebaran penyakit agar wabah tidak meluas ke daerah lain serangkaian tindakan yang dilakukan setelah timbul kasus atau terjadinya kasus DBD.
5. Warga Masyarakat adalah setiap individu/perorangan bagian dari masyarakat yang berdomisili di Kota Semarang.
6. Musyawarah masyarakat adalah pertemuan warga untuk membahas masalah DBD di wilayahnya dan merencanakan pengendaliannya.

7. Pemberantasan Sarang Nyamuk yang selanjutnya disingkat PSN adalah kegiatan untuk memberantas telur, jentik dan kepompong nyamuk penular penyakit DBD di tempat-tempat perkembang biakannya.

### **2.1.5.3 Pengendalian Penyakit DBD**

Pengendalian adalah serangkaian kegiatan pencegahan dan penanggulangan untuk memutus mata rantai penularan penyakit DBD dengan cara melakukan pemberantasan nyamuk dan jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*.

#### **2.1.5.3.1 Pencegahan Penyakit DBD**

Pencegahan penyakit DBD adalah serangkaian tindakan yang dilakukan sebelum timbul kasus atau terjadinya kasus DBD. dalam Peraturan Daerah pencegahan penyakit DBD pada pasal:

1. Pasal 10

Pencegahan penyakit DBD merupakan tanggung jawab bersama dilakukan melalui upaya :

1. PSN 3 M Plus
2. Pemeriksaan jentik; dan
3. Penyuluhan kesehatan

2. Pasal 11

PSN 3 M plus bertujuan untuk memutuskan siklus hidup nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Kegiatan PSN dilaksanakan secara terus-menerus dan berkesinambungan dengan cara membasmi telur, jentik dan kepompong nyamuk disemua tempat penampungan/genangan air yang memungkinkan menjadi tempat perkembang biakkan nyamuk.



PSN 3 M Plus wajib dilakukan oleh warga masyarakat dan pemangku kepentingan sekurang-kurangnya 1 minggu sekali.

### 3. Pasal 12

1. Pemeriksaan jentik sebagaimana bertujuan untuk mengetahui kepadatan jentik nyamuk penular DBD secara berkala dan terus-menerus sebagai indikator keberhasilan PSN DBD di masyarakat.
2. Kegiatan pemeriksaan jentik terdiri dari pemantauan jentik rutin (PJR) dan pemantauan jentik berkala (PJB)
3. Kegiatan PJR dilaksanakan dengan cara:
  - a. memeriksa setiap tempat, media atau wadah yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk di rumah dan lingkungannya serta mencatat di kartu jentik; dan
  - b. melaporkan hasil pemeriksaan dan pemantauan kepada ketua RT, ketua RT kepada ketua RW, ketua RW kepada Lurah, Lurah kepada Camat, dan Camat kepada Walikota.
4. Kegiatan PJR dilaksanakan oleh kader kesehatan dan Petugas Pemantau Jentik (PPJ) setiap 1 (satu) minggu sekali.
5. Kegiatan PJB wajib dilaksanakan oleh Petugas Puskesmas setiap 3 (tiga) bulan sekali.

### 4. Pasal 13

Penyuluhan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pengendalian penyakit DBD. Kegiatan penyuluhan

kesehatan dilaksanakan secara rutin dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan dan kader kesehatan.

#### **2.1.5.3.2 Penanggulangan DBD**

Penanggulangan DBD adalah segala upaya yang ditujukan untuk memperkecil angka kematian, membatasi penularan serta penyebaran penyakit agar wabah tidak meluas ke daerah lain dan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan setelah timbulnya kasus atau terjadinya kasus DBD. penanggulangan DBD terdapat pada pasal:

##### 1. Pasal 14

Penanggulangan penyakit DBD merupakan tanggung jawab bersama dilakukan melalui upaya sebagai berikut:

1. surveilans epidemiologi;
2. penyelidikan epidemiologi;
3. musyawarah masyarakat;
4. penyuluhan DBD;
5. PSN;
6. larvasidasi;
7. fogging fokus;
8. fogging massal; dan
9. tatalaksana penanggulangan kasus

##### 2. Pasal 15

1. surveilans epidemiologi terdiri dari surveilans berbasis fasilitas kesehatan masyarakat dan surveilans berbasis masyarakat.

2. Kegiatan surveilans dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan untuk memantau dan menganalisis situasi kasus DBD.
3. Kegiatan surveilans berbasis Fasilitas Kesehatan Masyarakat diwajibkan melaporkan kasus yang ditemukan dalam waktu kurang dari 24 jam ke Dinas Kesehatan.

### 3. Pasal 16

Musyawarah masyarakat bertujuan agar masyarakat mengenali masalah DBD, dan bersepakat menyusun rencana untuk menanggulangnya. Kegiatan musyawarah masyarakat diikuti oleh pemangku kepentingan, petugas kesehatan dan sektor lain.

### 4. Pasal 17

1. Fogging Fokus merupakan kegiatan pemberantasan nyamuk DBD dengan cara pengasapan. dilaksanakan 2 (dua) siklus dengan interval waktu 1 (satu) minggu dalam radius 100 (seratus) meter. dilaksanakan paling lambat 5 x 24 jam oleh Dinas Kesehatan pada setiap PE DBD positif.
2. Fogging fokus dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Perusahaan Pemberantasan Hama yang sudah memiliki ijin, fogging fokus juga dapat dilakukan oleh perorangan atau kelompok masyarakat yang harus mendapat ijin dan pengawasan dari Dinas Kesehatan.

#### 5. Pasal 18

Fogging massal merupakan kegiatan fogging fokus secara serentak dan menyeluruh pada saat KLB DBD. Kegiatan wajib dilaksanakan oleh Puskesmas dibawah koordinasi Dinas Kesehatan sebanyak 2 (dua) siklus dengan interval waktu 1(satu) minggu.

#### 6. Pasal 19

1. Tata laksana penanggulangan kasus merupakan upaya pelayanan dan perawatan penderita DBD di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pelayanan dan perawatan dapat berupa rawat jalan dan/atau rawat inap.
2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan diwajibkan memberi pelayanan kepada penderita DBD sesuai prosedur yang ditetapkan

#### **2.1.5.4 Kejadian Luar Biasa (KLB)**

Satuan wilayah dikatakan sebagai wilayah KLB DBD jika memenuhi kriteria adanya peningkatan jumlah penderita DBD dua kali atau lebih dalam kurun waktu satu minggu/bulan dibandingkan dengan minggu/bulan sebelumnya atau bulan yang sama pada tahun yang lalu.

#### **2.1.5.5 Pengawasan**

Pengawasan pelaksanaan Peraturan Daerah ini dilakukan oleh DPRD. Pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan pengendalian penyakit DBD dilakukan secara bertingkat sebagai berikut:

1. tingkat kota oleh Walikota;
2. tingkat kecamatan oleh Camat; dan

3. tingkat kelurahan oleh Lurah.

Pengawasan penegakkan Peraturan Daerah ini dilaksanakan oleh Perangkat Daerah yang bertanggungjawab dalam bidang Ketentraman dan Ketertiban.

#### **2.1.5.6 Sanksi administrasi**

Sanksi dalam Peraturan Daerah ini meliputi:

1. Teguran lisan.
2. Teguran tertulis teguran tertulis diikuti pemasangan tanda khusus didepan rumah.
3. Diberhentikan sebagai petugas pemantauan jentik.
4. Pencabutan ijin perusahaan pemberantasan hama.
5. Foging yang dilaksanakan oleh perusahaan pemberantasan hama, perorangan dan atau kelompok masyarakat yang tidak memiliki ijin dikenakan sanksi lisan, tertulis dan dilaporkan pihak berwenang.

#### **2.1.5.7 Sanksi untuk Petugas Kesehatan**

Tenaga Kesehatan baik PSN maupun non PSN dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undang yang berlaku.

#### **2.1.5.8 Ketentuan Pidana**

Pidana kurungan paling lama 6 bulan atau denda paling banyak Rp. 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah) dan penerima sanksi.

#### **2.1.5.9 Penerima Sanksi**

1. Setiap orang, pengelola, penanggung jawab/pimpinan apabila ditemukan jentik dirumah tinggal/tatanan.
2. Petugas Kesehatan (PNS) apabila tidak PJB 3 bulan sekali

3. Petugas Kesehatan (PNS) apabila tidak fogging terhadap PE (+) 5 x 24 jam
4. Jumentik apabila tidak memeriksa/memantau secara rutin
5. Setiap orang apabila tidak membantu kelancaran fogging dan atau menghalangi pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan DBD.

## **2.1.6 Puskesmas**

### **2.1.6.1 Pengertian Puskesmas**

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai unit pelaksana teknis (UPTD) dinas kesehatan kabupaten/kota, puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan kabupaten/kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. Puskesmas bertanggung jawab untuk mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan dalam mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional dengan meningkatkan kesehatan, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Trihono, 2005).

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan

masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes RI No. 75, 2014).

Puskesmas sebagai pusat pengembangan kesehatan, pembinaan peran serta masyarakat dan pusat pelayanan kesehatan masyarakat. Prinsip penyelenggaraan puskesmas meliputi :

1. Paradigma sehat;
2. Pertanggungjawaban wilayah;
3. Kemandirian masyarakat;
4. Pemerataan;
5. Teknologi tepat guna; dan
6. Keterpaduan dan kesinambungan (Permenkes RI No. 75, 2014).

Pendanaan di Puskesmas bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Sumber-sumber lain yang sah dan tidak mengikat (Permenkes RI No. 75, 2014).

#### **2.1.6.2 Tujuan Puskesmas**

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas yaitu :

1. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat;
2. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
3. Hidup dalam lingkungan sehat; dan memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Permenkes RI No.75, 2014).

### **2.1.6.3 Fungsi dan Kedudukan Puskesmas**

Terdapat tiga fungsi utama Puskesmas, yaitu :

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sector (termasuk masyarakat dan dunia usaha) di wilayah kerjanya, serta mendukung pembangunan kesehatan. Disamping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya.

2. Pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

Puskesmas selalu berupa agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaan, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan.

3. Pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Kedudukan Puskesmas dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (primary health services). Dalam sistem pemerintahan daerah, Puskesmas merupakan organisasi struktural dan berkedudukan sebagai bagian Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) yang



bertanggung jawab terhadap Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Permenkes RI, 2014).

#### **2.1.6.4 Kegiatan Pokok Puskesmas**

Kegiatan-kegiatan pokok puskesmas yang diselenggarakan oleh puskesmas sejak berdirinya semakin berkembang, mulai dari 7 usaha pokok kesehatan, 12 usaha pokok kesehatan, 13 usaha pokok kesehatan dan sekarang meningkat menjadi 20 usaha pokok kesehatan yang dapat dilaksanakan oleh puskesmas sesuai dengan kemampuan yang ada dari tiap-tiap puskesmas baik dari segi tenaga, fasilitas, dan biaya atau anggaran yang tersedia.

Berdasarkan buku pedoman kerja puskesmas yang terbaru ada 20 usaha pokok kesehatan yang dapat dilakukan oleh puskesmas, itu pun sangat tergantung kepada faktor tenaga, sarana, dan prasarana serta biaya yang tersedia berikut kemampuan manajemen dari tiap-tiap puskesmas. Dua puluh kegiatan pokok puskesmas adalah :

1. Upaya kesehatan ibu dan anak
2. Upaya keluarga berencana
3. Upaya peningkatan gizi
4. Upaya kesehatan lingkungan
5. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
6. Upaya pengobatan
7. Upaya penyuluhan
8. Upaya kesehatan sekolah
9. Upaya kesehatan olahraga

10. Upaya perawatan kesehatan masyarakat
11. Upaya peningkatan kesehatan kerja
12. Upaya kesehatan gigi dan mulut
13. Upaya kesehatan jiwa
14. Upaya kesehatan mata
15. Laboratorium kesehatan
16. Upaya pencatatan dan pelaporan
17. Upaya pembinaan peran serta masyarakat
18. Upaya pembinaan pengobatan tradisional
19. Upaya kesehatan remaja
20. Dana sehat (Permenkes RI No.75, 2014).

### **2.1.7 Demam Berdarah Dengue (DBD)**

#### **2.1.7.1 Pengertian DBD**

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah penyakit menular yang ditandai dengan panas (demam) dan disertai dengan pendarahan. Demam berdarah *dengue* ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* yang hidup di dalam dan di sekitar rumah yang disebabkan oleh virus *dengue* (Kementrian Kesehatan RI, 2012:23).

#### **2.1.7.2 Epidemiologi DBD**

Demam berdarah dengue yang mewabah di Asia Tenggara, mula-mula muncul di Filipina pada tahun 1953. Di Negara itu, demam berdarah yang disertai perdarahan dan renjatan menyerang anak-anak. pada tahun 1958 penyakit demam berdarah dengue muncul di Bangkok (Thailand), dan Hanoi (Vietnam Utara).

Selanjutnya, Malaysia pun terjangkit penyakit ini pada tahun 1962 dan 1964 (Frida N, 2008:2-3).

Di Indonesia kasus DBD pertama kali terjadi di Surabaya pada tahun 1968. Penyakit DBD di temukan di 200 kota 27 provinsi dan telah terjadi KLB akibat DBD. Profil kesehatan propinsi Jawa Tengah tahun 1999 melaporkan bahwa kelompok tertinggi adalah usis 5-14 tahun yang terserang sebesar 42% dan kelompok usia 15-44 tahun yang terserang sebanyak 37%. Data tersebut didapatkan dari data rawat inap rumah sakit. Rata-rata insidensi penyakit DBD sebesar 6-27 per 100.000 penduduk. Data dari Departemen Kesehatan RI melaporkan bahwa pada tahun 2004 selama bulan Januari dan Februari, pada 25 provinsi tercatat 17.707 orang terkena DBD dengan kematian 322 penderita. Daerah yang perlu diwaspadai adalah DKI Jakarta, Bali, dan NTB (Widoyono, 2008:59-60).

### **2.1.7.3 Penyebab DBD**

Penyebab penyakit (disease agent) adalah zat, baik hidup maupun tidak hidup, baik jelas nyata maupun tidak jelas, dimana dalam jumlah yang melebihi batas tertentu atau mungkin sebaliknya, dimana dalam jumlah yang terlalu sedikit atau keadaan sama sekali tidak adanya zat tersebut, dapat menimbulkan proses penyakit (Budioro B, 2001: 38).

Virus dengue merupakan virus RNA untai tunggal, genus Flavivirus, terdiri dari empat serotype, yaitu DEN- 1, DEN- 2, DEN-3, dan DEN 4. Struktur antigen dari keempat serotype ini sangat mirip satu dengan yang lain, namun antibody terhadap masing-masing serotipe tidak dapat memberikan perlindungan silang

atau hanya sebagian kecil yang dapat memberikan perlindungan silang. Virus ini tergolong Arthropod-borne virus grup B yang ditularkan melalui gigitan banyak spesies nyamuk Aedes, antara lain *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* (Koes Irianto: 169)

#### **2.1.7.4 Patogenesis Infeksi Demam Berdarah Dengue**

##### **2.1.7.4.1 Pejamu**

Virus dengue dapat menginfeksi manusia dan beberapa spesies primata. Manusia merupakan reservoir utama virus dengue di daerah perkotaan. Beberapa variabel yang berkaitan dengan karakteristik pejamu adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, imunitas, status gizi, ras dan perilaku (Widodo, 2012).

##### **2.1.7.4.2 Vektor**

Vektor penyakit adalah serangga penyebar penyakit atau *Arthropoda* yang dapat memindahkan atau menularkan agen infeksi dari sumber infeksi kepada pejamu yang rentan (Komariah, 2012). Virus dengue ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis* dan beberapa spesies yang lain yang kurang berperan. Penularan DBD terjadi melalui gigitan nyamuk *Aedes sp.* betina yang sebelumnya telah membawa virus dalam tubuhnya dari penderita baru. Nyamuk *Aedes aegypti* sering menggigit manusia pada pagi dan siang hari (Shidiq, 2010).

##### **2.1.7.4.3 Lingkungan**

Faktor lingkungan merupakan salah satu faktor penting yang berkaitan dengan terjadinya infeksi dengue. Lingkungan pemukiman sangat besar peranannya dalam penyebaran penyakit menular. Kondisi perumahan yang tidak

memenuhi syarat rumah sehat apabila dilihat dari kondisi kesehatan lingkungan akan berdampak pada masyarakat itu sendiri. Dampaknya dilihat dari terjadinya suatu penyakit yang berbasis lingkungan yang dapat menular seperti DBD (Maria, 2013).

#### **2.1.7.5 Klasifikasi Demam Berdarah Dengue**

Klasifikasi infeksi virus berdasarkan manifestasi klinis menurut WHO tahun 2011 adalah sebagai berikut:

##### **2.1.7.5.1 Dengue Fever (DF)**

DF atau demam dengue terjadi pada anak remaja hingga dewasa. Secara umum gejala yang muncul adalah demam akut terkadang bifasik dengan sakit kepala berat, myalgia, artralgia, kemerahan (rash), leukopenia dan trombositopenia. Umumnya muncul gejala perdarahan seperti perdarahan saluran cerna, hipermenorea, dan epistaksis masif.

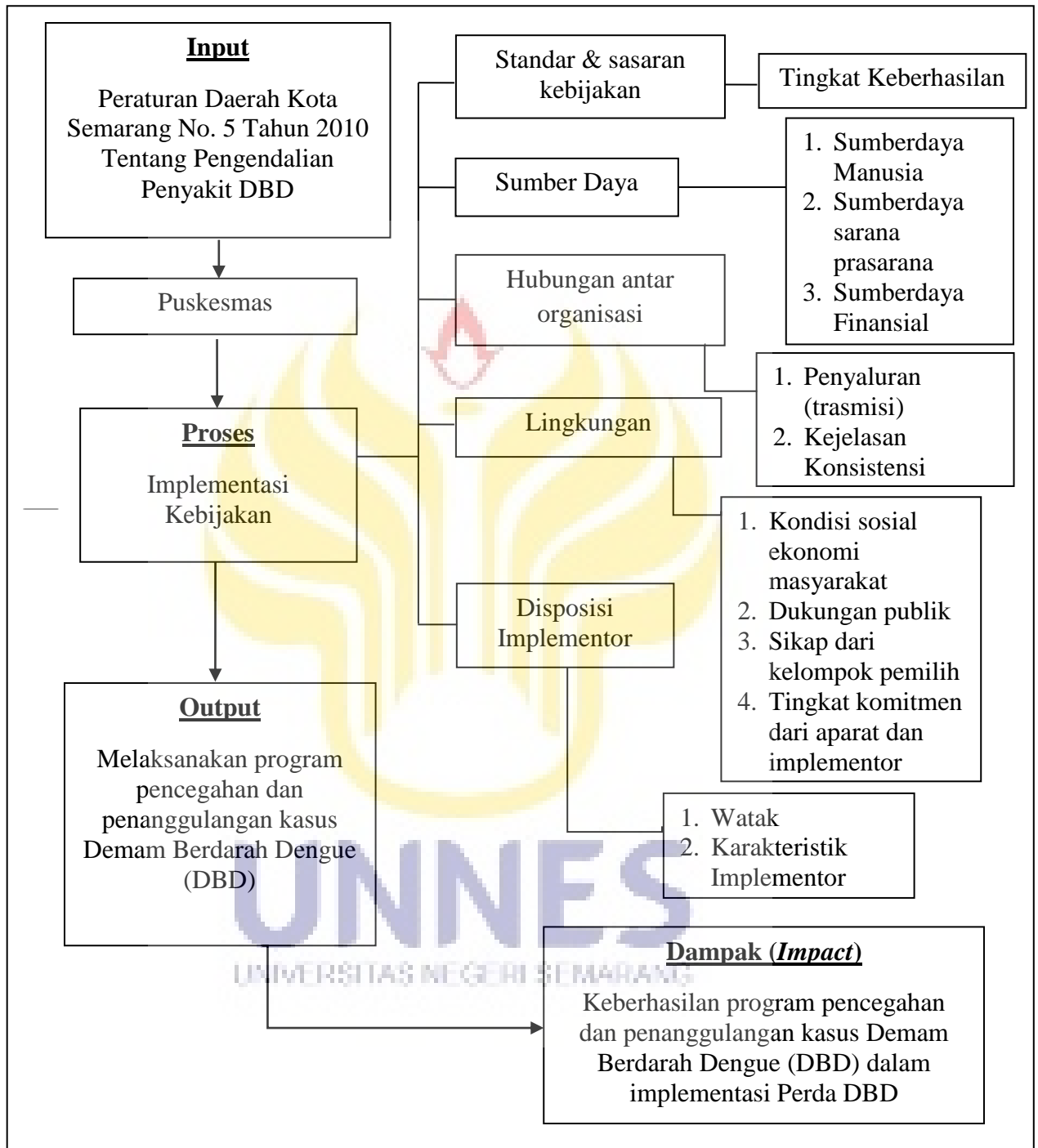
##### **2.1.7.5.2 Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)**

DHF biasanya dapat terjadi pada anak-anak usia 15 tahun hingga dewasa dan dapat terjadi di daerah endemik DBD. Karakteristik DHF adalah onset akut serta demam tinggi dan berhubungan dengan tanda DF pada fase awal demam (early febrile phase) dan timbul petekie pada uji tourniquet.

##### **2.1.7.5.3 Expanded Dengue Syndrome**

Manifestasi tidak biasa pada pasien dengan komplikasi organ seperti ginjal, hati, otak, atau jantung yang berhubungan dengan infeksi dengue dengan kebocoran plasma. Kebanyakan pasien DHF dengan manifestasi komplikasi organ menunjukkan periode syok yang memanjang dengan gagal organ.

## 2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.4 Kerangka Teori (Modifikasi dari Model Implementasi George C. Edwards III dan Van Meter dan Van horn (Subarsono,2005))

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Analisis Implementasi Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Kedungmundu, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa implementasi Perda DBD di Puskesmas Kedungmundu belum berjalan secara optimal. Ada beberapa hal yang belum optimal dalam implementasi kebijakan, antara lain:

1. Standard dan Tujuan Kebijakan

Para pelaksana kebijakan terhadap pengendalian DBD sudah memahami apa yang menjadi tujuan maupun program dalam pengendalian DBD.

2. Sumberdaya

Sumberdaya manusia dalam pelaksana Perda DBD belum cukup, sumber daya dana serta sumber daya peralatan yang sudah tersedia.

3. Hubungan antar organisasi

Sosialisasi Perda DBD di Puskesmas Kedungmundu belum merata. Koordinasi dalam pengendalian DBD sudah cukup baik, untuk dukungan pelaksanaan Perda DBD dari Pemerintah Kota maupun Pemerintah daerah setempat sudah baik.

4. Kondisi sosial, politik, dan ekonomi

Pelaksanaan pengendalian DBD masyarakat yang mendukung sudah cukup banyak, akan tetapi masih ada penolakan. Dalam Pelaksanaan pengendalian

DBD dimasyarakat menggunakan swadaya masyarakat dan peran dari pihak kelurahan maupun RT/RW sudah cukup baik.

5. Disposisi implementor (Sikap Pelaksana)

Sikap implementor dalam pengendalian penyakit DBD di Puskesmas Kedungmundu, dari pihak pemerintah daerah setempat sudah cukup baik.

6. Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi dalam pelaksanaan Perda DBD di Puskesmas Kedungmundu sudah sesuai dengan SOP yang ada.

## 6.2 SARAN

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian ini, beberapa saran yang dapat diberikan antara lain:

### 1. Bagi Puskesmas Kedungmundu

Puskesmas Kedungmundu agar lebih sering melakukan program-program pengendalian DBD di masyarakat dan dalam sosialisasi Perda DBD agar lebih ditingkatkan lagi.

### 2. Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang

Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam sosialisasi Perda harus menyeluruh dan adanya edaran Perda DBD di setiap RT/RW serta perlu adanya ketegasan dalam pelaksanaan kebijakan.

### 3. Bagi Masyarakat

Masyarakat agar lebih memahami tentang peraturan daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah



Dengue dan harus lebih beerperan aktif lagi dalam menangani kasus DBD di lingkungannya.

**4. Bagi peneliti selanjutnya**

Melakukan penelitian dengan pendekatan teori implementasi selain teori George C. Edward III dan Van Meter, Van Horn atau memperdalam teori tersebut seberapa kuat pengaruh implementasi Perda DBD di Puskesmas maupun di Kota Semarang.



## DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab, 2005, *Analisis Kebijakan dari formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*, Jakarta: Bumi Aksara
- Agung Prihanto, 2012, *Peningkatan Kinerja Sumber Daya Manusia Melalui Motivasi, Disiplin, Lingkungan Kerja, dan Komitmen: Jurnal Unimus volume VIII, No 2*, hal 13-14.
- Agustinus, Leo, 2006, *Politik dan Kebijakan publik*, AIPI, Bandung dan Puslit KP2W Lemlit Unpad.
- Amalia Rusmaliana Sentosa dan Erna Rochana, 2010, *Efektifitas Sosialisasi Kebijakan Pemerintah Kota Bandar Lampung Tentang Waktu Pembuangan Sampah Sepagai Upaya Menciptakan Kebersihan Lingkungan: Jurnal Sosiologi, Volume XIII, No 1*, hal 1-9.
- Ayuningtyas, Dumilah, 2014, *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: PT Raja grafindo Persada.
- Buse, Kent. 2009, *Making Health Policy: Understanding Public Helath, Second Edition*, London: Open University Press Mc Graw Hill Education.
- Chandra, Budiman. 2008, *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Departemen Kesehatan RI, 2009, *Sistem Kesehatan Nasional*, Percetakan Negara, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang, *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2014*, Dinas Kesehatan, Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014*, Dinas Kesehatan, Semarang.
- Dinkes Kota Semarang, 2015, *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2013, 2014, 2015*, Semarang.
- Djunaedi D, 2006, *Demam Berdarah Dengue (DBD) Epidemiologi, Imunopatologi, Patogenesis, Diagnosis dan Penatalaksananya*, Malang: UMM Press.

- Dunn, William N. 2003, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, Edisi Kedua, Terjemahan Samodra Wibawa dkk, Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Ibarra, Anna M Stewart et al, 2014, *A social-ecological analysis of community perceptions of dengue fever and Aedes aegypti in Machala, Ecuador*, New York: Journal of student volume 14:1135 page 4 of 12.
- Irianto, koes, 2013. *Parasitologi Medis (MEDICAL PARASITOLOGY)*, Bandung: Alfabeta.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Kemenkes RI, Jakarta.
- Lukman Waris, Windy T. Yuana, 2013, *Pengetahuan dan perilaku masyarakat terhadap Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Batulicin Kabupaten Tanah Bumbu Provinsi Kalimantan Selatan, Kalimantan Selatan: Jurnal Epidemiologi dan Penyakit Bersumber Binatang*, Volume 4, No III, hal 145.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010, *Buku Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset: Yogyakarta.
- Nugroho, Rian, 2011, *Public Policy*, Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Parson, Wayne, 2008, *Public Policy; Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*, Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas, Jakarta.
- Perda Kota Semarang No 5 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue, Lembaran daerah.
- Rahmat Massi, 2016, *Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue Di Pusat Kesehatan Talise Kota Palu*. Universitas Tadulako: Jurnal Katalogis, Volume 4, No IV, April 2016, hlm 1-13.
- Rusli, Budiman. 2013. *Membangun Pelayanan Publik Yang Responsif*. Bandung: Hakim Publishing.
- Steva Tairas, G. D. kandou, J. Posangi. 2015. *Analisis Pelaksanaan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Minahasa Utara*, Volume VI, No 1, Januari 2015, hlm 28-29.

- Subarsono, AG, (2012). *Analisis Kebijakan Publik, Konesep, Teori, dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sugiyono, 2015, *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, Bandung: Alfabeta.
- Suharto, Edi. 2013. *Kebijakan Sosial sebagai Kebijakan Publik*. Alfabeta. Bandung.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Jakarta, 2009.
- Wahab, S. A. 2008. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Malang: UMM Press.
- Trapsilowati, Wiwik. Widiarti. 2013. Evaluasi Implementasi Kebijakan Penanggulangan DBD di Kabupaten Pati. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Volume 16. No 3. Juli 2013. Hal 305–312.

