

Implementation of the Dengue Fever Eradication Health Promotion Program at the Simalingkar Community Health Center, Medan Tuntungan District

Luthfiah Khumaira^{1*)}, Zuhrina Aidha²⁾

^{1),2)}Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan

Correspondence Author: luthfiahkhumaira@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.37012/jkmp.v5i2.3032>

Abstract

Background: Health development in Indonesia currently faces dual challenges due to changing epidemiological patterns. Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is an endemic disease that remains a public health challenge, including in Medan Tuntungan District, one of the areas with high DHF cases in Medan City. The Simalingkar Community Health Center faces various obstacles in its efforts to eradicate DHF. The health promotion program implemented includes 3M Plus counseling, Mosquito Nest Eradication (PSN) activities through mutual cooperation, and distribution of larvicide as the main strategy for DHF control. This study aims to analyze the implementation of the health promotion program and identify obstacles to its implementation. The approach used was a qualitative case study design. Data were obtained through interviews, observations, and documentation with 15 informants, consisting of the head of the health center, the P2DBD coordinator, health promotion officers, neighborhood heads, PKK mothers, and the community. The results show that program implementation has been ongoing but is not optimal. 3M Plus counseling is still incidental and not routine. PSN is carried out periodically but with minimal education. Distribution of larvicide is not equitable. Key challenges include unclear program standards, limited resources, and low community participation. The program also focuses more on emergency response than promotion and prevention. Communication between implementers is quite good, but direct engagement with the community still needs improvement. Program implementation needs to be strengthened in terms of planning, resources, citizen participation, and cross-sector support.

Keywords: Implementation, Health Promotion, Dengue Fever, Community Health Center

Abstrak

Latar Belakang: Pembangunan kesehatan di Indonesia saat ini menghadapi tantangan ganda akibat perubahan pola epidemiologi. Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit endemis yang masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat, termasuk di Kecamatan Medan Tuntungan, salah satu wilayah dengan kasus DBD tinggi di Kota Medan. Puskesmas Simalingkar menghadapi berbagai kendala dalam upaya pemberantasan DBD. Program promosi kesehatan yang dijalankan meliputi penyuluhan 3M Plus, kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) melalui gotong royong, dan pembagian larvasida sebagai strategi utama pengendalian DBD. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi program promosi kesehatan serta mengidentifikasi kendala pelaksanaannya. Pendekatan yang digunakan adalah kualitatif dengan desain studi kasus. Data diperoleh melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi terhadap 15 informan, terdiri dari kepala puskesmas, koordinator P2DBD, petugas promosi kesehatan, kepala lingkungan, ibu PKK, dan masyarakat. Hasil penelitian menunjukkan implementasi program telah berjalan namun belum optimal. Penyuluhan 3M Plus masih insidental dan tidak rutin. PSN dilakukan berkala tetapi minim edukasi. Pembagian larvasida belum merata. Tantangan utama mencakup standar program yang belum jelas, keterbatasan sumber daya, serta rendahnya partisipasi masyarakat. Program juga lebih tanggap darurat daripada promotif-preventif. Komunikasi antar pelaksana cukup baik, tetapi keterhubungan langsung dengan masyarakat masih perlu ditingkatkan. Implementasi program perlu diperkuat dari sisi perencanaan, sumber daya, partisipasi warga, dan dukungan lintas sektor.

Kata Kunci: Implementasi, Promosi Kesehatan, DBD, Puskesmas

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan di Indonesia saat ini menghadapi tantangan ganda akibat perubahan pola epidemiologi. Masalah kesehatan di Indonesia mencakup penyakit menular yang masih menjadi isu kesehatan masyarakat, terlihat dari terjadinya KLB (Kejadian Luar Biasa) di beberapa daerah, seperti kasus DBD (Demam Berdarah Dengue). Tren ini diperparah oleh perubahan gaya hidup masyarakat dan efek globalisasi (WHO, 2023).

Menurut WHO, DBD adalah infeksi virus yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* maupun *Aedes albopictus*, yang umumnya banyak ditemukan di daerah tropis dan subtropis. Insiden demam berdarah secara global telah meningkat tajam selama dua dekade terakhir, sehingga menimbulkan tantangan kesehatan masyarakat yang besar. Beberapa faktor yang dikaitkan dengan meningkatnya risiko penyebaran epidemi dengue termasuk perubahan distribusi vektor (*Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*) terutama di negara-negara yang sebelumnya tidak pernah mengalami dengue; konsekuensi dari fenomena *El Nino* pada tahun 2023 dan perubahan iklim yang menyebabkan peningkatan suhu dan curah hujan yang tinggi, kelembaban antara lain; sistem kesehatan yang rapuh di tengah pandemi COVID-19, ketidakstabilan politik dan keuangan di negara-negara yang menghadapi krisis kemanusiaan yang kompleks dan pergerakan populasi yang tinggi (WHO, 2023).

Sejak awal tahun 2023, terjadi peningkatan kasus demam berdarah secara eksponensial, dengan jumlah kasus mencapai rekor tertinggi lebih dari 6,5 juta dan angka kematian mencapai lebih dari 7.300 jiwa. Secara khusus, India, Indonesia, Myanmar, Sri Lanka dan Thailand termasuk dalam 30 negara dengan tingkat endemis tertinggi di dunia (WHO, 2024).

Menurut Kementerian Kesehatan pada tahun 2024, Prevalensi DBD di Indonesia mengalami peningkatan 3 kali lipat dibandingkan periode yang sama di tahun sebelumnya. Sejak awal Januari hingga akhir Maret 2024 kasus DBD dilaporkan mencapai 53.131 orang dengan 404 kematian dan jumlah ini terus melonjak hingga mencapai 186.324 kasus dengan IR dengue 66,58/100.000 pada September 2024 dan 1.120 kematian dengan CFR: 0,60%.³ Meskipun angka kematian (*Case Fatality Rate/CFR*) cenderung menurun, angka kejadian (*Incidence Rate/IR*) justru terus meningkat (Ditjen P2P Kemenkes RI, 2024). Target penurunan IR ≤ 10 per 100.000 penduduk sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024 belum tercapai, karena hingga kini baru sekitar 15% kabupaten/kota di Indonesia yang memenuhi target tersebut. Kondisi ini menandakan bahwa upaya pengendalian DBD masih menghadapi berbagai tantangan di lapangan (Ditjen P2P Kemenkes RI, 2024).

Provinsi Sumatera Utara menduduki peringkat 9 dari 10 provinsi yang mengalami kasus DBD terbanyak sejumlah 5.095 kasus dengan 38 kematian (Ditjen P2P Kemenkes RI, 2024). Menurut Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Dinas Kesehatan Kota Medan jumlah demam berdarah dengue (DBD) di kota Medan pada tahun 2023 sebanyak 965 kasus dan 2 diantaranya meninggal dunia dengan IR= 39.0/100.000 penduduk (Dinas Kesehatan Kota Medan, 2024). Kasus DBD di Kota Medan Januari hingga Juni 2024 mencapai 325 kasus dengan 2 diantaranya meninggal dunia. Menurut kepala bidang P2P Dinas Kesehatan Kota Medan mengungkapkan bahwa tahun 2023 kasus terbanyak ada di Kecamatan Medan Johor dengan 129 kasus, kemudian Medan Selayang dengan 98 kasus dan Medan Tuntungan dengan 95 kasus (Dinas Kesehatan Kota Medan, 2024).

Sebagai respons, pemerintah telah mengembangkan berbagai strategi pencegahan dan pengendalian. Upaya pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui gerakan 3M Plus tetap menjadi strategi utama. Langkah-langkah ini meliputi menguras tempat penampungan air, menutup rapat wadah berisiko, serta mendaur ulang barang bekas, ditambah tindakan lain seperti fogging, penggunaan larvasida, pemasangan kawat kasa, pemeliharaan ikan pemakan jentik, hingga gotong royong membersihkan lingkungan (Kemenkes RI, 2024).

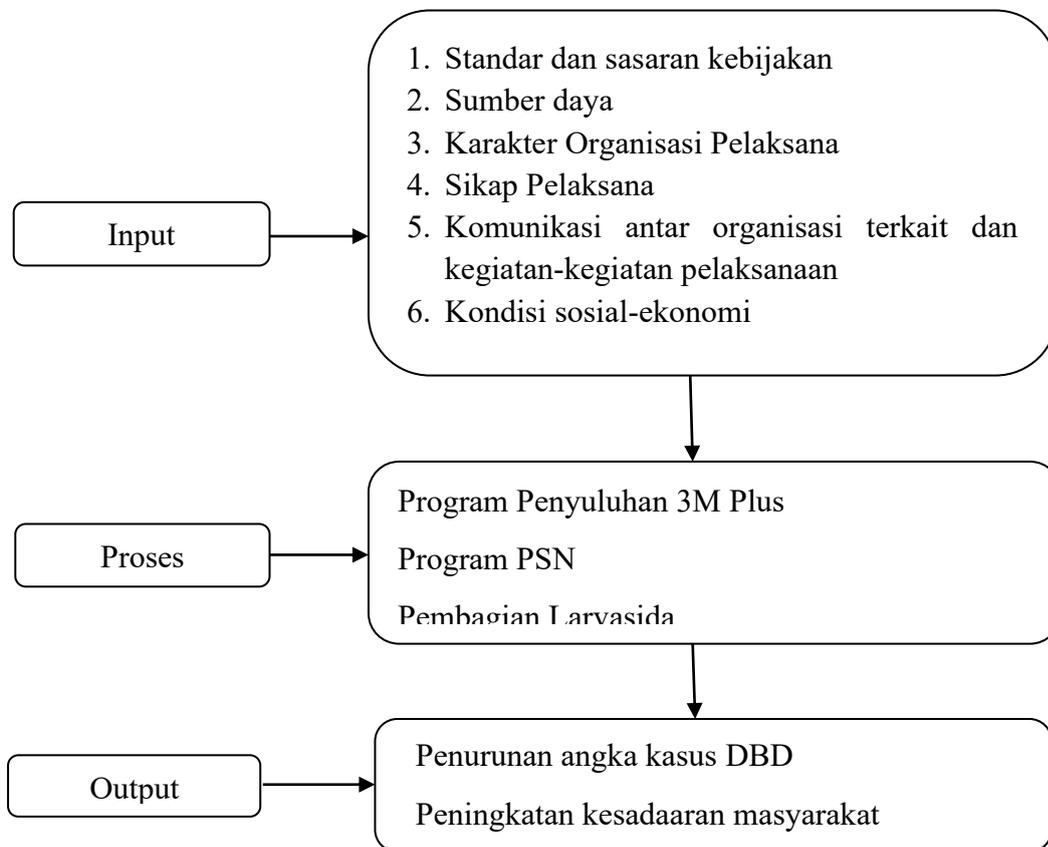
Namun demikian, berbagai penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan pengendalian DBD di lapangan masih menghadapi banyak hambatan. Studi di beberapa daerah menemukan keterbatasan sumber daya manusia, kurangnya kader jumentik, minimnya peralatan, hingga lemahnya komitmen tenaga kesehatan dalam memberikan penyuluhan. Di sisi lain, dukungan sosial, kemitraan lintas sektor, serta pemberdayaan masyarakat terbukti berkontribusi dalam memperkuat upaya pencegahan (Anwar et al., 2021).

Puskesmas Simalingkar di Kecamatan Medan Tuntungan menjadi salah satu wilayah yang masih menghadapi tantangan dalam pengendalian DBD. Data menunjukkan kasus yang fluktuatif, yaitu 129 kasus pada tahun 2022, turun menjadi 37 kasus pada 2023, namun kembali meningkat menjadi 61 kasus pada 2024.5 Menurut pihak puskesmas, hal ini dipengaruhi oleh tingginya curah hujan serta menurunnya kewaspadaan masyarakat pasca pandemi COVID-19. Rendahnya kesadaran perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), masalah sanitasi, serta tumpukan sampah juga memperburuk situasi. Intensitas program pemberantasan DBD yang menurun membuat pencegahan belum berdampak optimal. Oleh

karena itu, program promosi kesehatan melalui penyuluhan, PSN, dan pembagian larvasida menjadi sangat penting sebagai strategi utama pencegahan (Anwar et al., 2021).

Sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama, Puskesmas Simalingkar memiliki peran sentral dalam implementasi program promosi kesehatan pemberantasan DBD. Upaya ini tidak hanya bertujuan menurunkan angka kesakitan, tetapi juga meningkatkan kesadaran serta memberdayakan masyarakat agar mampu melakukan tindakan pencegahan secara mandiri. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi program promosi kesehatan pemberantasan DBD di Puskesmas Simalingkar serta mengidentifikasi kendala-kendala yang dihadapi dalam pelaksanaannya.

Kajian Teori



Gambar 1. Kajian Teori

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus untuk memahami bagaimana implementasi program promosi kesehatan pemberantasan DBD. Penelitian ini dilakukan di wilayah Puskesmas Simalingkar. Waktu penelitian dilaksanakan

pada April hingga Juni 2025. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*, dimana informan yang dipilih dianggap memiliki informasi yang relevan dan sesuai dengan keperluan dan tujuan penelitian (Sugiyono, 2020). Dengan jumlah informan sebanyak 15 informan, terdiri dari Kepala Puskesmas, Kepala koordinator P2DBD, petugas promosi kesehatan, kepala lingkungan, Ibu PKK, masyarakat terkena DBD, dan masyarakat tidak terkena DBD. Teknik pengumpulan data yang digunakan meliputi: wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Teknik analisis data dalam penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan, serta triangulasi untuk menganalisis dan memeriksa keabsahan data sehingga hasil penelitian dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Input Implementasi Program Promosi Kesehatan Pemberantasan DBD Di Puskesmas Simalingkar

Faktor input dalam teori Van Meter dan Van Horn berperan penting dalam menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan. Faktor ini mencakup standar dan tujuan kebijakan, serta berbagai sumber daya yang harus tersedia untuk mendukung pelaksanaan program secara efektif dan efisien. Dalam program promosi kesehatan pemberantasan DBD di Puskesmas Simalingkar, faktor input meliputi kejelasan standar kebijakan, kesiapan sumber daya manusia, ketersediaan dana, ketersediaan media penyuluhan, struktur organisasi pelaksana, serta kondisi sosial ekonomi masyarakat yang menjadi sasaran program.

1. Sasaran dan Standar Kebijakan

Menurut teori implementasi kebijakan Van Meter dan Van Horn, komponen standar dan sasaran merujuk pada sejauh mana kebijakan memiliki pedoman yang jelas dalam pelaksanaan serta target capaian yang ingin diwujudkan secara terukur (Wardati et al., 2021). Berdasarkan hasil penelitian, komponen standar dan sasaran kebijakan program promosi kesehatan pemberantasan DBD di Puskesmas Simalingkar belum sepenuhnya terpenuhi. Meskipun terdapat pedoman teknis sebagai bentuk standar operasional pelaksanaan program, seperti kriteria rumah yang layak diberikan abate, namun hal ini belum dianggap sebagai standar kebijakan secara formal. Di sisi lain, tidak adanya penetapan target capaian

membuat evaluasi program menjadi tidak terarah, dan implementasi kebijakan berjalan tanpa indikator keberhasilan yang terukur.

Dibuktikan hasil wawancara dengan informan diperoleh informasi sebagai berikut:

“Standar program khusus DBD tidak ditetapkan dek. Target idealnya adalah zero kasus, tapi target capaian tahunan juga tidak ada karena penurunan kasus sangat bergantung pada perilaku masyarakat. Pedoman teknis tersedia, tetapi jadwal pelaksanaan tidak ditetapkan dan sasarannya tetap masyarakat.” (Informan 1)

“...Kalau pedoman teknis kita ada, kayak abate itu rumah yang bagaimana dikasih.. Tapi kalau target capaian program gak ada lah” (Informan 2)

“...Kalau standarnya ini kita gak ada nak,, karena kan gak bisa kita bikin target kalau DBD. Itu tergantung daripada jumlah kasus DBD per bulan dari keluhan pasien.” (Informan 3)

Informasi ini memperkuat bahwa pedoman teknis pelaksanaan memang tersedia, seperti teknis pemberian abate dan PSN. Namun, pedoman tersebut tidak dijadikan acuan dalam bentuk standar kebijakan yang sistematis. Sasaran program belum ditetapkan secara spesifik, sehingga kegiatan promosi kesehatan lebih bersifat reaktif terhadap kasus DBD yang terjadi, bukan dilaksanakan secara sistematis berdasarkan target pencegahan yang telah dirumuskan sebelumnya. Temuan ini juga diperkuat oleh penelitian (Agustina et al., 2023) yang menemukan bahwa ketidakjelasan target dan sasaran mengakibatkan pelaksanaan program DBD di Puskesmas tidak berjalan optimal dan cenderung stagnan. Ketika program tidak memiliki rencana strategis dan indikator capaian, maka upaya promotif dan preventif kehilangan arah dan tidak memiliki dasar evaluatif yang objektif.

2. Sumber Daya

Berdasarkan hasil wawancara dengan berbagai informan, ditemukan bahwa ketersediaan sumber daya manusia dalam pelaksanaan program promosi kesehatan pemberantasan DBD di Puskesmas Simalingkar dinilai masih belum mencukupi. Keterbatasan SDM, dana, dan sarana prasarana ini menjadi hambatan utama dalam mengoptimalkan program promosi kesehatan pemberantasan DBD di wilayah Puskesmas Simalingkar

Menurut Informan satu menyampaikan bahwa SDM, dana dan sarana prasarana di Puskesmas Simalingkar masih minim.

“...SDM nggak cukup sebenarnya dek, cuma terbantu dengan mahasiswa yang magang disini dan ibu PKK buat mempromosikannya ke masyarakat tapi gak selalu. Dana berasal

dari BOK jadi hanya sebatas untuk tranpostasi ke tempat yang ada kasus DBD. Tidak ada media promosi, paling ngomong langsung saja ke masyarakat..” (Informan 1)

Pernyataan ini diperkuat oleh Informan 2 dan 3 yang menilai keterbatasan sumber daya sebagai tantangan, serta menambahkan bahwa pelatihan pernah dilakukan namun tidak rutin.

“...nggak cukuplah. SDM kita terbatas untuk seluruh wilayah dan dana hanya untuk transportasi kalau mau fogging begitu, dan media juga gak ada karna keterbatasan dana tadi. Kalo pelatihan ada tapi sudah lama kali pun” (Informan 2)

“...sebetulnya nggak cukup sih. Kalo promkes DBD gak ada pakai media dan tidak ada dananya.” (Informan 3)

Dari sisi SDM, tenaga promosi kesehatan dan petugas DBD terbatas, sehingga pelaksanaan program kerap bergantung pada mahasiswa magang maupun ibu PKK, meskipun keterlibatan tersebut tidak selalu konsisten. Temuan ini sejalan dengan (Nugraha et al., 2024) yang menyebutkan bahwa pelaksanaan program promosi kesehatan dalam program penanggulangan DBD di Harapan Raya, Pekanbaru menyatakan bahwa kekurangan tenaga promosi kesehatan menyebabkan terhambatnya pelaksanaan penyuluhan secara rutin dan sistematis, sehingga partisipasi masyarakat dalam kegiatan pemberantasan DBD menjadi rendah.

Dari aspek sumber dana, alokasi dana hanya bersumber dari BOK dan lebih difokuskan pada biaya transportasi saat fogging, sehingga kegiatan promosi kesehatan tidak memiliki pendanaan khusus untuk promosi kesehatan DBD. Tidak tersedianya dana pada program promosi kesehatan yang bersifat sukarela mengakibatkan beberapa kader berhenti dari perannya (Siddiq et al., 2023). Hal ini berdampak pada terhentinya kegiatan promosi kesehatan di masyarakat, sehingga informasi kesehatan yang seharusnya diterima menjadi tidak tersampaikan.

Sarana dan prasarana yang tersedia menjadi faktor krusial dalam menentukan efektivitas suatu kebijakan. Pelaksana perlu memperoleh sumber daya yang memadai agar program dapat berlangsung dengan optimal. Sebab, meskipun kebijakan telah dirancang dengan tujuan dan sasaran yang jelas, tanpa dukungan sarana dan prasarana yang cukup, kebijakan tersebut hanya akan berhenti sebagai tulisan di atas kertas semata (Nugraha et al., 2024). Hasil observasi juga menunjukkan ketiadaan alat bantu edukasi seperti poster, leaflet, atau media visual lainnya dalam kegiatan penyuluhan. Akibatnya, kegiatan edukasi hanya mengandalkan komunikasi lisan secara langsung, yang cenderung kurang menarik dan sulit

dipahami oleh sebagian masyarakat. Kondisi ini sejalan dengan temuan penelitian (Fatimah et al., 2023) yang menunjukkan bahwa penggunaan media audiovisual seperti video meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat tentang program G1RJ hingga 22% dibanding penyuluhan tanpa alat bantu.

3. Karakteristik Organisasi Pelaksana

Struktur organisasi Puskesmas Simalingkar dalam pelaksanaan program promosi kesehatan pemberantasan DBD telah disusun secara formal dan memiliki pembagian peran yang jelas di antara petugas. Kepala Puskesmas menyatakan bahwa setiap program memiliki penanggung jawab masing-masing, termasuk untuk program DBD. Penanganan teknis kasus dan upaya pencegahan berada di bawah Koordinator P2P, sedangkan bagian promosi kesehatan berperan dalam kegiatan edukasi dan penyuluhan. Meskipun demikian, keterbatasan jumlah SDM menyebabkan adanya perangkapan tugas oleh beberapa petugas.

“Struktur organisasi kita di puskesmas ini sudah jelas dek. Koordinator P2 menangani langsung kasus dan pencegahan DBD, sedangkan bagian promkes mendukung dari sisi penyuluhan dan edukasi. Tapi karena jumlah SDM terbatas, kadang beberapa petugas merangkap tugas. Kami juga rapat tim untuk koordinasi lintas program, supaya semua saling bantu.” (Informan 1)

“Biasanya kami kerja bareng petugas P2DBD atau gantian turun lapangan kalo ada kasus. Tapi karena personel terbatas, kami harus inisiatif sendiri atau minta bantuan dari kader, ibu PKK, atau kepling. Kadang karena kegiatan banyak, jadi fokus promkes kurang maksimal untuk DBD aja, tapi tetap kami jalankan sebisa mungkin.” (Informan 3)

Temuan ini menunjukkan bahwa secara struktural organisasi pelaksana telah memiliki susunan dan peran yang terdefinisi. Namun dalam pelaksanaannya, terbatasnya jumlah tenaga pelaksana dan beban kerja ganda masih menjadi tantangan. Organisasi yang mengalami tumpang tindih fungsi dan kekurangan tenaga cenderung tidak mampu menjalankan kebijakan secara konsisten dan terarah (Bewer, 2024). Upaya koordinasi lintas program dan kolaborasi dengan mitra masyarakat menjadi kunci untuk menunjang keberlanjutan program promosi kesehatan pemberantasan DBD di wilayah kerja Puskesmas Simalingkar.

4. Sikap Pelaksana

Sikap para pelaksana program promosi kesehatan pemberantasan DBD di Puskesmas Simalingkar menunjukkan komitmen moral yang tinggi. Meskipun menghadapi keterbatasan

dana, sarana, dan dukungan teknis, para petugas tetap melaksanakan tugasnya secara konsisten. Koordinator P2DBD menyatakan bahwa pembagian larvasida (abate) tetap dilakukan walau tidak tersedia anggaran operasional khusus. Petugas promkes juga menyampaikan bahwa meskipun masyarakat sering kali menolak atau bersikap kurang kooperatif (“ngeyel”), mereka tetap memberikan edukasi karena merasa bertanggung jawab terhadap kesehatan masyarakat. Dibuktikan melalui wawancara dengan informan, sebagai berikut:

“...peran saya lebih pada memberi motivasi dan mengingatkan agar program tetap dijalankan. Sejauh ini tidak ada sanksi karna mereka tetap jalankan program walaupun gak ada dananya.” (Informan 1)

“Kalau saya pribadi, tetap menjalankan kegiatan seperti pembagian abate, penyuluhan, dan edukasi PSN di waktu pelaksanaan fogging saat ada kasus DBD, walaupun minim anggaran.” (Informan 2)

“Kalo untuk semangat ya kita semangat sih. Cuman masyarakat ini kadang ngeyel, kalo sudah kenanya baru orang itu dibuatnya.” (Informan 3)

Dibuktikan dengan observasi yang dilakukan pada 30 April 2025, pelaksanaan promosi kesehatan DBD bersamaan dengan fogging menunjukkan sebagian masyarakat bersikap acuh, menutup pintu, dan enggan menerima informasi terkait DBD.



Gambar 2. Sikap Pelaksana Menjalankan Program

Temuan ini menunjukkan bahwa para pelaksana memiliki motivasi intrinsik yang kuat, didorong oleh rasa tanggung jawab dan kepedulian sosial. Dalam teori Van Meter dan Van Horn (1975), sikap atau disposisi pelaksana sangat menentukan keberhasilan implementasi

(Nurulhuda et al., 2025). Namun demikian, sikap positif ini perlu ditopang oleh pelatihan, insentif, dan dukungan kelembagaan agar dapat bertahan dalam jangka panjang. Jika tidak, semangat ini dapat merosot akibat kelelahan, kurangnya penghargaan, atau tidak adanya penguatan kapasitas.

Hal ini diperkuat oleh penelitian (Damayanti, 2021) di Puskesmas Wonosobo, yang menunjukkan bahwa semangat kerja pelaksana menurun ketika tidak disertai pelatihan dan penghargaan. Kurangnya umpan balik positif dari atasan juga membuat pelaksana merasa tidak dihargai

5. Komunikasi antar Organisasi Terkait

Dalam pelaksanaan program promosi kesehatan pemberantasan DBD di Puskesmas Simalingkar, komunikasi antara pelaksana program dengan instansi dan organisasi masyarakat terkait berlangsung secara aktif dan fungsional. Hal ini dibuktikan melalui wawancara dengan beberapa informan yang menyatakan:

“...komunikasi kami baik dek. Penyuluhan kan kadang dilakukan sekalian pas fogging, jadi pas ada kasus nanti kelurahannya japri saya atau chat di WA grup kelurahan bilang ada DBD di lingkungan ini setelah itu kita tindak lanjutin.” (Informan 1)

“...bagus aja selama ini. Kami ada grup WA sama lurah, kepling, jadi nanti mereka melapor kalo ada kasus DBD. Kita juga ngadain rapat sama kelurahan.” (Informan 2)

“Biasanya kami dikasih tau dulu dari puskesmas lewat grup atau japri, nanti saya bantu kasih tau warga. Kalau ada gotong royong atau penyuluhan ya kami bantu kumpulkan warga.” (Informan 6)

Komunikasi yang baik akan menciptakan pemahaman bersama di antara para pelaksana kebijakan, serta memperlancar koordinasi dan pelaksanaan program secara efektif (Kumala et al., 2021). Koordinasi rutin dilakukan melalui rapat atau pesan digital seperti grup WhatsApp, yang memungkinkan pelaksana untuk menyelaraskan jadwal serta membagi peran dalam pelaksanaan kegiatan.

Temuan ini menunjukkan bahwa sistem komunikasi internal antar pelaksana telah terbentuk dan berfungsi dengan efektif. Hal ini selaras dengan pendapat (Tana et al., 2021) yang menyatakan bahwa keberhasilan program pengendalian DBD dipengaruhi oleh kekuatan koordinasi dan komunikasi lintas sektor yang baik, khususnya antara institusi kesehatan dan unsur pemerintahan lokal.

Namun demikian, berdasarkan analisis peneliti terhadap implementasi program pada tingkat masyarakat, masih terdapat ruang perbaikan dalam komunikasi eksternal, terutama dalam menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Hal ini terlihat dari belum meratanya keterlibatan masyarakat dalam kegiatan promosi kesehatan, yang dapat diinterpretasikan sebagai dampak dari kurang maksimalnya penyampaian informasi secara langsung kepada warga.

6. Kondisi Sosial Ekonomi

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan diketahui bahwa kondisi sosial dan ekonomi masyarakat di wilayah kerja puskesmas turut memengaruhi pelaksanaan program promosi kesehatan pemberantasan DBD, terutama dalam hal penerimaan informasi dan partisipasi dalam kegiatan penyuluhan serta pelaksanaan 3M Plus.

Hal ini ditegaskan melalui hasil wawancara berikut:

“...orang ini cuek dek, fogging aja gamau di semprot dalam rumahnya, apalagi bikin penyuluhan. Ekonomi juga pengaruh kali lah dek, mau kita buat pun pertemuan kalo gak ada kuahnya (makanan) mana mau orang ini, bisa makan aja syukur katanya apalagi beli bahan kimia kek obat nyamuk, pembersih lantai.” (Informan 2)

Meskipun edukasi dan penyuluhan rutin dilakukan oleh pihak puskesmas dan ibu PKK, observasi dan wawancara menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat masih rendah. Hasil penelitian dan observasi menunjukkan rendahnya kesadaran masyarakat dalam mendukung PSN 3M Plus, misalnya membiarkan sampah seperti ban, botol, dan plastik menampung air yang menjadi sarang nyamuk *Aedes aegypti*. Sejalan dengan penelitian (Guli et al., 2024) dimana $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$ menunjukkan bahwa kondisi lingkungan dan keberadaan barang bekas berpengaruh signifikan terhadap kejadian DBD. Akibatnya, pesan-pesan kesehatan yang disampaikan belum mampu mengubah perilaku masyarakat secara signifikan.

Selain itu, faktor ekonomi dan pendidikan juga berperan. Masyarakat cenderung enggan hadir dalam penyuluhan jika tidak ada konsumsi seperti snack atau hadiah, sementara tingkat pendidikan tidak selalu sejalan dengan kesadaran untuk menerapkan perilaku pencegahan. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh (Guli et al., 2024) menyebutkan bahwa responden yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki kesadaran yang lebih baik akan pentingnya mengurangi risiko sakit.

Proses Implementasi Program Promosi Kesehatan Pemberantasan DBD di Puskesmas Simalingkar

Dalam teori implementasi, variabel input berlanjut pada tahap proses. Proses implementasi kebijakan mencakup bagaimana kebijakan ditransformasikan melalui kegiatan nyata yang dilakukan oleh para pelaksana. Dalam konteks program promosi kesehatan pemberantasan DBD di Puskesmas Simalingkar, proses ini terlihat melalui tiga komponen utama program, yaitu:

Program Penyuluhan 3M Plus

Proses pelaksanaan program penyuluhan 3M Plus dalam upaya pemberantasan DBD di Puskesmas Simalingkar belum berjalan secara optimal dan belum memiliki alur pelaksanaan yang terstruktur. Kepala puskesmas dan petugas promosi kesehatan menyampaikan bahwa penyuluhan jarang dilakukan secara mandiri, melainkan hanya disisipkan dalam kegiatan lain seperti fogging atau program penyakit tidak menular dan tanpa jadwal khusus. sementara dukungan dari kepling dan ibu PKK bersifat situasional. ibu PKK dan kepling juga menjelaskan bahwa partisipasi masyarakat dalam kegiatan penyuluhan sangat rendah, karena banyak warga yang enggan hadir dengan alasan sibuk dan tidak ada hadiah atau snack yang disediakan pihak puskesmas. Akibatnya, petugas lebih memilih melakukan penyuluhan secara langsung ketika adanya kasus DBD di lingkungan tersebut meskipun hanya dengan penyampaian lisan tanpa alat bantu visual. Dibuktikan melalui wawancara dan juga observasi yang dilakukan sebagai berikut:

“Penyuluhan 3M biasanya digabung dengan program lain karena susah mengumpulkan warga kalau tidak ada konsumsi atau doorprize. Jadi tidak ada jadwal khusus untuk DBD, dan biasanya baru dilakukan saat ada kasus DBD.” (Informan 1)

Hal ini bertentangan dengan prinsip promosi kesehatan menurut WHO yang menyarankan bahwa edukasi kesehatan harus dilakukan secara terencana, terstruktur, dan komunikatif, menggunakan berbagai media yang relevan dengan kondisi lokal (WHO, 2023). Kondisi ini diperparah dengan keterbatasan dana dan sumber daya manusia, sehingga penyuluhan tidak bisa dilakukan secara rutin dan menyeluruh.

Namun, informan dari masyarakat terkena DBD dan tidak terkena DBD mengungkapkan bahwa mereka jarang mendapatkan penyuluhan secara langsung, dan apabila ada, biasanya dilakukan setelah adanya kasus DBD di lingkungan mereka. Jika masyarakat tidak memahami bahwa kegiatan yang berlangsung adalah bagian dari penyuluhan, maka

efektivitas program akan rendah (Samsudin et al., 2024). Sejalan dengan penelitian oleh (Fadillah et al., 2022) di Puskesmas Sukmajaya, Depok, menemukan bahwa persepsi masyarakat tentang keberadaan penyuluhan sangat dipengaruhi oleh kejelasan komunikasi, keterlibatan tokoh lokal, serta media yang digunakan.

Proses pelaksanaan program PSN massal/gotong royong di Puskesmas Simalingkar telah berjalan dengan keterlibatan lintas sektor yang cukup baik dengan jadwal yang terjadwal.

Pelaksanaan kegiatan PSN secara gotong royong di wilayah Puskesmas Simalingkar dilakukan secara rutin setiap minggu, namun pelaksanaannya lebih banyak berada di bawah koordinasi kelurahan dan kepling. Puskesmas hanya hadir sesekali, khususnya di sekitar wilayah puskesmas, dan memfasilitasi koordinasi lintas sektor melalui grup WhatsApp. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan membuktikan:

“Setiap kelurahan punya jadwal sendiri untuk gotong royong. Biasanya kita libatkan kepling, ibu PKK dan masyarakat. Tapi kalo edukasi PSN-nya paling kita saat musim DBD aja. Tantangannya juga masyarakat ini alasannya sibuk, males juga.” (Informan 2)

Kepala lingkungan dan ibu PKK dari masing-masing kelurahan bertanggungjawab untuk pelaksanaannya di lingkungan masing-masing. Namun, partisipasi masyarakat masih belum optimal. Hasil wawancara menunjukkan bahwa meskipun jadwal sudah disosialisasikan dan tokoh masyarakat terlibat, banyak warga yang memilih tidak ikut serta. Alasan yang paling sering disebutkan karena kesibukan bekerja, kurangnya rasa kepedulian terhadap DBD, serta belum melihat urgensi kegiatan PSN selama belum terdampak langsung oleh penyakit tersebut. Ketika masyarakat belum merasa bahwa program PSN merupakan bagian dari tanggung jawab bersama, maka keberlangsungan dan efektivitasnya pun tidak akan maksimal, meskipun struktur pelaksanaan sudah tersedia (Aprilia et al., 2023).

Penelitian di Puskesmas Sewon II menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat dalam PSN meningkat signifikan ketika pendekatan pemberdayaan dilakukan secara intensif melalui edukasi yang berulang, penciptaan rasa memiliki, serta penghargaan atas keterlibatan warga (Harini et al., 2020).

Pembagian Larvasida

Program pembagian larvasida (abate) merupakan bagian penting dari upaya preventif terhadap DBD. Puskesmas Simalingkar mendistribusikan abate berdasarkan alokasi dari

Dinas Kesehatan, dengan prioritas pelaksanaan pada musim hujan atau saat fogging. Hal ini menunjukkan bahwa pembagian masih bersifat responsif, bukan preventif.

Meskipun demikian, pelaksanaan program ini belum berjalan optimal akibat persepsi negatif masyarakat. Beberapa kendala yang diungkap informan antara lain keterbatasan jumlah larvasida, kekurangan tenaga pelaksana, serta ketidakteraturan dalam jadwal distribusi. Selain itu, ditemukan bahwa masih banyak masyarakat yang mengatakan tidak menerima larvasida (bubuk abate), bahkan ketika di antara mereka pernah terkena DBD. Ketidakpercayaan masyarakat terhadap efektivitas abate juga menjadi hambatan utama, yang disebabkan oleh kurangnya edukasi serta pengalaman buruk di masa lalu. Hal ini dibuktikan melalui wawancara dengan beberapa informan yang mengatakan:

"...saya kasih abate saat penyuluhan apalagi pas musim hujan sama mereka, tapi nolak, dikiranya kita jual, padahal kan dari pemerintah. Karna banyak yg nakal jual abate, jadi belum lagi kita ngomong abate ini udah langsung dibilang nggak nggak beli." (Informan 3)

"ya kalo ada disuruh bagikan abate itu saya bagikan juga tapi masyarakat ini gak dipakenya juga." (Informan 5)

"...gak ada dibagi abate, gak pernah dapet juga pun, malahan ada yang jual waktu itu ya gak mau lah dek." (Informan 15)

Penolakan ini menandakan bahwa komunikasi risiko belum optimal dan hubungan kepercayaan antara pelaksana dan masyarakat belum terbentuk secara kuat. Hal ini diperkuat oleh penelitian (Rahmadhani, 2022) yang menunjukkan bahwa keberhasilan program larvasidasi bergantung pada pendekatan edukatif yang konsisten dan *interpersonal*, bukan sekadar distribusi teknis.

Output Implementasi Program Promosi Kesehatan Pemberantasan DBD Di Puskesmas Simalingkar

Output kebijakan, dalam teori Van Meter dan Van Horn, adalah hasil langsung dari proses implementasi. Dalam penelitian ini, output program promosi kesehatan pemberantasan DBD diukur dari pencapaian pelaksanaan kegiatan dan respons masyarakat terhadap intervensi.

1. Output dari Penyuluhan 3M Plus

Output penyuluhan sangat minim. Tidak semua kelurahan mendapatkan penyuluhan secara merata, dan jika pun ada, pelaksanaannya hanya bersifat lisan tanpa media. Bahkan sebagian

warga tidak menyadari bahwa penyuluhan pernah dilakukan. Dampaknya, praktik 3M Plus di masyarakat tetap rendah. Banyak warga masih membiarkan tempat penampungan air terbuka, menggantung pakaian dalam rumah, dan tidak melakukan pembersihan secara rutin.

2. Output dari PSN/Gotong Royong

Partisipasi masyarakat dalam PSN dinilai rendah oleh kepling dan ibu PKK. Kegiatan gotong royong sering hanya diikuti oleh beberapa warga saja. Tidak adanya insentif, dorongan sosial, atau penghargaan membuat warga tidak termotivasi ikut serta. Padahal semangat gotong royong adalah modal sosial utama dalam program pemberantasan DBD.

Ini menunjukkan bahwa mobilisasi sosial belum maksimal, dan program tidak berhasil menggerakkan potensi kolektif masyarakat. Dalam konteks teori promosi kesehatan, ini termasuk kegagalan dalam menciptakan *enabling environment*.

3. Output dari Pembagian Larvasida

Distribusi abate tidak selalu diikuti dengan penggunaannya. Banyak warga tidak menggunakan abate karena merasa tidak perlu, khawatir akan efek samping, atau tidak tahu cara penggunaannya. Hal ini memperkuat bahwa tanpa disertai edukasi yang intensif dan berbasis kepercayaan, intervensi teknis seperti abate akan sia-sia.

Selain itu, data sekunder menunjukkan bahwa setelah mengalami penurunan pada tahun sebelumnya, kasus DBD justru meningkat pada tahun 2024 dari 37 menjadi 61 kasus. Ini menjadi indikator kuat bahwa program belum menghasilkan output yang efektif dalam menekan insiden DBD secara berkelanjutan.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Pada aspek input, ketiadaan standar dan sasaran terukur membuat program berjalan tanpa arah jelas, ditambah keterbatasan tenaga, dana BOK, media, serta sarana prasarana. Komunikasi antar pelaksana cukup baik namun belum menjangkau masyarakat luas, yang masih menganggap fogging sebagai satu-satunya solusi. Faktor eksternal seperti pendidikan, pekerjaan, dan lingkungan padat juga menghambat partisipasi warga dalam pencegahan DBD. Pelaksanaan program pada aspek proses masih belum optimal: penyuluhan 3M Plus bersifat insidental tanpa media menarik dan jangkauan luas, PSN/gotong royong rutin tetapi kurang edukasi dan partisipasi, pembagian larvasida tidak merata serta ditolak sebagian masyarakat karena minim sosialisasi, sehingga keseluruhan kegiatan belum terencana sistematis dan belum membangun kesadaran kolektif. Pada aspek output, hasil program

belum optimal terlihat dari rendahnya partisipasi dan belum terbentuknya perilaku pencegahan yang konsisten, karena masyarakat umumnya baru aktif setelah ada kasus, sehingga program belum mampu menekan DBD secara berkelanjutan.

Berdasarkan hasil tersebut disarankan agar instansi menyusun standar dan sasaran capaian program yang lebih jelas, terukur, dan berbasis data. Lalu, menyelenggarakan pelatihan kepada petugas maupun kader dalam pembuatan media promosi kesehatan yang menarik dan mudah dipahami masyarakat seperti poster, video maupun leaflet. Membentuk kembali kader jumentik di setiap lingkungan sebagai penggerak PSN dan pemantau jentik Menetapkan jadwal program promosi kesehatan DBD secara rutin dan menyesuaikan waktu pelaksanaan dengan aktivitas masyarakat. Meningkatkan keterlibatan lintas sektor dalam kegiatan edukatif dan promotif.

REFERENSI

1. Agustina, D., Dilla Sandy Sipayung, F., Nabila Ananda, S., & Aprilliani Situmorang, D. (2023). Implementasi evaluasi pengendalian program DBD di puskesmas (a systematic review). *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 4(2), 1110–1116.
2. Anwar, D., Kurniawan, R. N. K., & Aswadi, A. (2021). Health promotion strategies towards an effort to prevent dengue haemorrhagic fever (DHF) at health service (Dinkes) on the district of Wajo. *Pancasakti Journal of Public Health Science and Research*, 1(1), 46–54. <https://doi.org/10.47650/pjphsr.v1i1.201>
3. Aprilia, N., Misnaniarti, Novri, K., & Wibowo, W. D. A. (2023). Evaluasi program pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dengue model CIPP. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2), 1701–1716. <https://doi.org/10.31539/jks.v6i2.6006>
4. Damayanti, S. (2021). Evaluasi pelaksanaan program promosi kesehatan di Puskesmas Wonosobo: Faktor pendukung dan penghambat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 16(1), 25–33.
5. Dinas Kesehatan Kota Medan. (2024). Profil kesehatan 2023. Dinas Kesehatan Kota Medan.
6. Fadillah, N., Susanti, R., & Putri, Y. (2022). Persepsi masyarakat terhadap penyuluhan DBD dan hubungannya dengan partisipasi dalam PSN. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 17(2), 120–129.
7. Fatimah, Selviana, Widyastutik, O., & Suwarni, L. (2023). Efektivitas media audio visual (video) terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap kelompok masyarakat

- tentang program G1RJ. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Khatulistiwa (JKMK)*, 6(2), 44–51.
8. Guli, M. M., Nita, Yuniati, E., Ardiputra, M. A., & Toemon, A. I. (2024). Pengaruh faktor sosial ekonomi dan lingkungan terhadap prevalensi demam berdarah dengue di wilayah kerja Puskesmas Sangurara, Bulili dan Birobuli Kota Palu. *Jurnal Kedokteran Universitas Palangka Raya*, 12(2), 47–54. <https://doi.org/10.37304/jkupr.v12i2.13102>
 9. Harini, R., Rahardjo, S. S., & Nugroho, H. W. S. (2020). Pengorganisasian masyarakat dalam pencegahan DBD melalui pemberantasan sarang nyamuk di Puskesmas Sewon II, Bantul. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 15(2), 77–84.
 10. Kumala, T., Abidin, Z., & Renaldi, R. (2021). Pelaksanaan program pengendalian penyakit demam berdarah dengue di wilayah kerja UPTD Puskesmas Perhentian Raja Kabupaten Kampar. *Media Kesmas (Public Health Media)*, 1(3), 628–639. <https://doi.org/10.25311/kesmas.vol1.iss3.78>
 11. Nugraha, A. F., Harahap, H., & Herniwanti. (2024). Implementasi promosi kesehatan dalam program penanggulangan demam berdarah dengue (DBD) di Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru. *IPTEKIN (Jurnal Kebijakan Pembangunan dan Inovasi)*, 4(1). <https://jurnal.riau.go.id/iptekin/issue/view/10>
 12. Nurulhuda, A. A., Widowati, N., & Maesaroh. (2025). Implementasi kebijakan pencegahan dan penanggulangan demam berdarah dengue di Kecamatan Bekasi Utara. *Journal of Management & Public Policy*, 13(3), 786–805. <https://doi.org/10.14710/jppmr.v13i3.45519>
 13. Rahmadhani, F. A. (2022). Pendekatan komunikasi dalam pengendalian demam berdarah dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Cempaka Putih. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 10(2), 112–119.
 14. Samsudin, N. A., Othman, H., Siau, C. S., & Zaini, Z. ‘Izzat I. (2024). Exploring community needs in combating Aedes mosquitoes and dengue fever: A study with urban community in the recurrent hotspot area. *BMC Public Health*, 24(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18965-1>
 15. Siddiq, R., Frinaldi, A., Rembrandt, R., Lanin, D., & Umar, G. (2023). Kebijakan penanggulangan demam berdarah dengue (DBD) pada berbagai daerah di Indonesia. *Jurnal Sehat Mandiri*, 18(1), 65–73. <https://doi.org/10.33761/jsm.v18i1.943>
 16. Sugiyono. (2020). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Alfabeta.

17. Wardati, Zulmasyhur, & Susanti. (2021). Implementasi kebijakan pengendalian penyakit demam berdarah dengue (DBD) di Kecamatan Tambora Kota Administrasi Jakarta Barat. *Jurnal Sosial Humaniora*, 11(2), 121. <https://doi.org/10.30997/jsh.v11i2.3200>
18. World Health Organization. (2023). Berita wabah penyakit: Demam berdarah—Situasi global. WHO. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON498>
19. World Health Organization. (2023). Health promotion. WHO. <https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/programmes/health-promotion>
20. World Health Organization. (2024). Dengue and severe dengue. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>