Jurnal Kesehatan dan Science
e-ISSN: 3047-8189 , Vol. 2, No. 2, Oktober 2026, hlm. 141-149

Implementation of Dengue Prevention and Control Programs in the Darul Imarah Health Center Service Area Aceh Besar

Implementasi Program Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Darul Imarah Kabupaten Aceh Besar

Asmuri Yadna[1*], Srie Wahyuni[2], Futry Maysura[3]
Email Koresponden: asmuriyadna088@gmail.com
Universitas Abulyatama, Aceh Besar, Indonesia

Diterima:	Direvisi:	Diterbitkan:
20-10-2026	21-10-2026	26-10-2026
Copyright © 2026 Asmuri Yadna, All rights reserved
DOI:

ABSTRACT

Background: Dengue hemorrhagic fever requires control that links health-center activities with household prevention practices. Purpose: This study described the implementation of dengue prevention and control programs in the service area of Darul Imarah Health Center, Aceh Besar Regency. Methods: A descriptive qualitative study was conducted in 2026. Eight purposively selected informants included the health-center head, dengue program coordinator, surveillance officer, one larva-monitoring cadre, and four residents with previous dengue. Data were collected through in-depth interviews, observation, and documentation, then analyzed through reduction, thematic grouping, display, and conclusion verification. Triangulation was applied to ensure trustworthiness. Results: Planning used activity evaluations, case data, larval inspection findings, and environmental conditions documented in RUK and RPK. Implementation covered surveillance, epidemiological investigation, 3M Plus mosquito breeding-site elimination, health education, larval inspections, and cross-sector coordination. Cadres supported education and household monitoring. Community participation was positive, although prevention practices were not consistently maintained because of daily routines and irregular habits. Open water containers and discarded items capable of holding water remained observed. Staffing limitations and equipment needs were additional constraints. Conclusion: The program has implemented planning, delivery, and evaluation components but requires stronger accompaniment, resources, and environmental monitoring follow-up. This study explains implementation processes and does not measure program effects on case reduction.

Keywords: *dengue, program implementation, surveillance, larva monitoring cadre, community participation*

ABSTRAK

Demam berdarah dengue (DBD) memerlukan pengendalian yang menghubungkan kegiatan puskesmas dengan praktik pencegahan rumah tangga. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan implementasi program pencegahan dan pengendalian DBD di wilayah kerja Puskesmas Darul Imarah Kabupaten Aceh Besar. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif pada tahun 2026. Delapan informan dipilih secara purposif, terdiri atas kepala puskesmas, penanggung jawab program P2 DBD, petugas surveilans, kader jumantik, dan empat warga yang pernah menderita DBD. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi, kemudian dianalisis melalui reduksi, pengelompokan tema, penyajian, serta verifikasi kesimpulan. Keabsahan data diperiksa melalui triangulasi. Hasil menunjukkan bahwa perencanaan memanfaatkan evaluasi kegiatan, data kasus, hasil pemeriksaan jentik, dan kondisi lingkungan melalui dokumen RUK dan RPK. Pelaksanaan mencakup surveilans, penyelidikan epidemiologi, PSN 3M Plus, penyuluhan, pemeriksaan jentik, dan koordinasi lintas sektor. Kader mendukung edukasi dan pemantauan rumah tangga. Masyarakat menerima kegiatan, tetapi praktik pencegahan belum konsisten karena kesibukan dan kebiasaan yang belum teratur. Observasi masih menemukan wadah air terbuka dan barang bekas yang berpotensi menampung air. Kendala lain meliputi keterbatasan tenaga dan kebutuhan sarana. Program telah berlangsung melalui komponen perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, tetapi membutuhkan penguatan pendampingan, sumber daya, serta tindak lanjut pemantauan lingkungan. Penelitian ini menjelaskan proses implementasi dan tidak mengukur efek program terhadap penurunan kasus.
Kata kunci: *DBD; implementasi program; surveilans; kader jumantik; partisipasi masyarakat*

Jurnal Kesehatan dan Science
e-ISSN: 3047-8189 , Vol. 2, No. 2, Oktober 2026, hlm. 141-149

* Korespondensi: Asmuri Yadna, asmuriyadna088@gmail.com

I. PENDAHULUAN

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini ditandai dengan demam tinggi yang muncul secara mendadak selama 2–7 hari tanpa penyebab yang jelas, disertai keluhan lemah atau lesu, gelisah, serta nyeri pada ulu hati. Selain itu, dapat ditemukan tanda-tanda perdarahan pada kulit berupa bintik perdarahan, memar, atau ruam. Pada beberapa kasus, penderita juga dapat mengalami mimisan, buang air besar berdarah, muntah darah, hingga penurunan kesadaran. Jumlah kasus DBD berpotensi terus meningkat setiap tahun, dengan wilayah penyebaran yang semakin meluas seiring masih banyaknya daerah yang tergolong endemis (Christine *et al*., 2024).

Pencegahan dan pengendalian Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dapat dilakukan melalui pelaksanaan program 3M Plus, yang mencakup kegiatan menguras tempat penampungan air, menutup wadah yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk, serta mengubur atau mengelola barang-barang bekas yang dapat menampung air. Program ini bertujuan untuk mengurangi populasi nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor penular penyakit DBD, sehingga dapat menekan risiko terjadinya penularan di Masyarakat. Selain itu, penerapan komponen Plus dalam program 3M meliputi berbagai tindakan pendukung, seperti penggunaan alat pelindung dari gigitan nyamuk, pemasangan kawat kasa pada ventilasi rumah, pemanfaatan ikan pemakan jentik, serta pelaksanaan kegiatan kebersihan lingkungan secara bersama-sama (Taqiya et *al*., 2025).

Kejadian Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko, antara lain faktor lingkungan fisik seperti suhu, kelembapan, dan arah angin, serta faktor perilaku masyarakat yang mencakup kebiasaan menggantung pakaian, pola mandi, dan penggunaan lotion anti nyamuk. Selain itu, tingkat pengetahuan masyarakat dan mobilitas penduduk juga berperan dalam meningkatkan risiko penularan DBD. Kondisi lingkungan fisik suatu wilayah, termasuk karakteristik faktor rumah tangga seperti ventilasi, penggunaan kawat kasa, dan jenis serta kondisi tempat penampungan air (TPA), turut memengaruhi kejadian DBD. Secara umum, kasus DBD sering terjadi pada lingkungan yang menyediakan tempat yang mendukung perkembangbiakan nyamuk vektor *Aedes aegypti* (Yuniar *et al*., 2024).

Di dunia, kasus DBD pada tahun 2024 mencapai lebih dari 13 juta kasus dengan angka kematian mencapai 8.500 jiwa. Lebih dari lima dekade, dengue atau yang biasa dikenal masyarakat dengan Demam berdarah telah menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia, tidak hanya di Indonesia. Sampai dengan saat ini, penyakit *Dengue* masih belum terkendali dengan baik, terbukti dengan peningkatan angka kejadian *Dengue* secara bermaknadi seluruh dunia serta wabah yang terjadi setiap tahun di Indonesia. Di Indonesia, kasus DBD pada tahun 2024 tiga kali lipat lebih tinggi dari tahun 2023. Hingga pekan ke-18 tahun 2024, kasus DBD di di Indonesia mencapai 91.269 kasus dengan 641 kematian (Iswanto & Mitra, 2025).

Menurut *World Health Organization (WHO)* Indonesia telah menetapkan Strategi Nasional Pengendalian Dengue Tahun 2021–2025 yang bertujuan untuk menurunkan beban infeksi dengue. Strategi ini menetapkan dua indikator utama, yaitu meningkatnya proporsi kabupaten/kota dengan angka insidensi *(Incidence Rate/IR)* kurang dari 49 per 100.000 penduduk, dengan target minimal 90% kabupaten/kota dapat mencapainya pada tahun 2025, serta penurunan angka fatalitas kasus *(Case Fatality Rate/CFR)* hingga di bawah 0,5% pada tahun yang sama. Untuk mencapai target tersebut, strategi nasional ini mengintegrasikan enam pendekatan utama, meliputi penguatan pengelolaan vektor, peningkatan akses dan kualitas tatalaksana dengue, serta penguatan sistem surveilans yang komprehensif dan penanganan kejadian luar biasa (KLB) yang responsive (Lestari & Husain, 2025).

Di Indonesia, penyakit menular seperti Demam Berdarah *Dengue* (DBD) masih menjadi salah satu tantangan besar bagi sistem kesehatan nasional. DBD, yang disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*, sering kali menyebabkan peningkatan jumlah kasus, terutama pada musim hujan. Meskipun telah ada upaya-upaya pengendalian yang dilakukan oleh pemerintah, Data dari Kementerian Kesehatan menunjukkan peningkatan kasus DBD secara signifikan pada tahun 2022 dan 2023, terutama akibat perubahan pola iklim yang memperpanjang musim kemarau. Keadaan ini menyoroti perlunya upaya pencegahan yang lebih intensif dan terkoordinasi, khususnya di daerah-daerah endemis (Djalaluddin, 2025).

Insiden DBD di Provinsi Aceh pada tahun 2020 terdeteksi 891 kasus DBD dengan 1 kematian.

Jumlah tersebut meningkat pada tahun 2021 yaitu 366 kasus dengan 7 kematian. Sepanjang tahun 2022, terdapat 1.232 kasus DBD ditemukan di Aceh Dari jumlah tersebut paling banyak terdapat kasus di Kabupaten Bireuen dengan 207 kasus, Kabupaten Pidie dengan 176 kasus, Aceh Besar 154 kasus dan Banda Aceh 152 kasus. Di Kabupaten Aceh Besar jumlah penderita DBD pada tahun 2020 terdapat 71 kasus, pada tahun 2021 terdapat 30 kasus. kasus DBD mengalami peningkatan pada tahun 2022 yaitu sebanyak 296 kasus (Repelita, 2024).

Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Besar, pada tahun 2024 terjadi peningkatan kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan total sebanyak 33 kasus, yang didominasi oleh penderita berjenis kelamin perempuan. Dari keseluruhan kasus tersebut, sebanyak 22 orang adalah perempuan, sedangkan 11 orang adalah laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa kasus DBD pada perempuan dua kali lebih banyak dibandingkan pada laki-laki. Kondisi tersebut diduga berkaitan dengan aktivitas harian perempuan yang lebih banyak dilakukan di dalam dan sekitar lingkungan rumah, sehingga meningkatkan risiko kontak dengan nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor penular DBD, yang umumnya berkembang biak dan aktif menggigit di lingkungan permukiman. pentingnya penguatan upaya pencegahan DBD berbasis rumah tangga melalui pemberantasan sarang nyamuk dan edukasi perilaku hidup bersih dan sehat (Dinas Kesehatan Aceh Besar 2024).

Berdasarkan hasil survei data awal yang dilakukan di Puskesmas Darul Imarah, tercatat sebanyak 27 kasus Demam Berdarah Dengue (DBD). Dari total kasus tersebut, penderita berjenis kelamin perempuan berjumlah 14 orang, sedangkan penderita berjenis kelamin laki-laki sebanyak 13 orang. Data ini menunjukkan bahwa kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas Darul Imarah terjadi pada kedua jenis kelamin dengan proporsi yang relatif seimbang, meskipun jumlah kasus pada perempuan sedikit lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Hal ini mengindikasikan bahwa risiko penularan DBD tidak terbatas pada satu jenis kelamin tertentu. Penyakit ini dapat dipengaruhi oleh faktor lingkungan, sanitasi buruk, serta mobilitas penduduk yang tinggi, dan genangan air, sehingga upaya pencegahan dan pengendalian perlu dilakukan.

II. METODOLOGI

Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif yang berfokus pada implementasi program pencegahan dan pengendalian DBD di wilayah kerja Puskesmas Darul Imarah, Kabupaten Aceh Besar, pada tahun 2026. Lokasi dipilih karena melaksanakan program pengendalian DBD dan memiliki konteks permasalahan yang sesuai dengan tujuan penelitian. Fokus kajian mencakup perencanaan, pelaksanaan kegiatan, surveilans, sumber daya, koordinasi, partisipasi masyarakat, dan evaluasi program.

Informan dipilih secara purposif berdasarkan pengetahuan, pengalaman, dan keterlibatan dalam program. Delapan informan terdiri atas kepala puskesmas, penanggung jawab program P2 DBD, petugas surveilans epidemiologi, seorang kader jumantik, dan empat warga yang pernah menderita DBD. Pemilihan kelompok tersebut memungkinkan penggalian informasi dari pengambil keputusan, pelaksana program, penghubung di tingkat komunitas, dan penerima manfaat.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumentasi. Wawancara dilakukan secara tatap muka menggunakan pedoman semiterstruktur dengan pertanyaan terbuka dan alat perekam suara. Observasi diarahkan pada pelaksanaan kegiatan, peran kader, kondisi tempat penampungan air, barang bekas, dan lingkungan permukiman. Dokumentasi meliputi rencana usulan kegiatan (RUK), rencana pelaksanaan kegiatan (RPK), pencatatan kasus, laporan surveilans, laporan pemeriksaan jentik, dan dokumentasi kegiatan yang tersedia.

Analisis dilakukan melalui transkripsi wawancara, reduksi data, pengelompokan informasi menurut tema, penyajian narasi dan matriks, serta penarikan dan verifikasi kesimpulan. Informasi yang berkaitan dengan perencanaan, surveilans, kader, partisipasi, dan kendala dibandingkan antarinforman. Keabsahan data diperiksa melalui triangulasi sumber dan metode, kemudian temuan ditelaah menggunakan konsep implementasi program, promosi kesehatan, dan pengendalian vektor. Perbedaan antara laporan pelaksana, pengalaman masyarakat, dan observasi dipertahankan sebagai bagian dari interpretasi.

Prinsip etika yang diterapkan meliputi pemberian informasi mengenai penelitian, persetujuan sukarela, kerahasiaan data, dan perlindungan identitas informan. Penyajian hasil menggunakan kode I1–I8. Data digunakan untuk kepentingan penelitian dan disajikan tanpa nama pribadi informan. Penelitian ini

Jurnal Kesehatan dan Science
e-ISSN: 3047-8189 , Vol. 2, No. 2, Oktober 2026, hlm. 141-149

menilai proses implementasi secara kualitatif dan tidak dirancang untuk mengukur efek program terhadap penurunan insidensi DBD.

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik informan

Delapan informan mewakili lima kelompok peran, yaitu pimpinan puskesmas, pengelola program, petugas surveilans, kader jumantik, dan masyarakat. Seluruh informan berjenis kelamin perempuan dengan usia 24–49 tahun. Karakteristik berdasarkan peran dan usia disajikan pada Tabel 1. Keberagaman peran membantu menjelaskan hubungan antara kegiatan yang direncanakan dan pengalaman penerima manfaat di tingkat rumah tangga.

Tabel 1. Karakteristik Informan Penelitian

Kode	Peran informan	Usia (tahun)	Jenis kelamin
I1	Kepala puskesmas	49	Perempuan
I2	Penanggung jawab program P2 DBD	41	Perempuan
I3	Petugas surveilans epidemiologi	35	Perempuan
I4	Kader jumantik	42	Perempuan
I5	Masyarakat yang pernah menderita DBD	37	Perempuan
I6	Masyarakat yang pernah menderita DBD	44	Perempuan
I7	Masyarakat yang pernah menderita DBD	26	Perempuan
I8	Masyarakat yang pernah menderita DBD	24	Perempuan

Perencanaan berbasis data dan pembagian peran

Perencanaan program dilakukan pada awal tahun dengan mempertimbangkan evaluasi tahun sebelumnya, jumlah kasus, informasi surveilans, hasil pemeriksaan jentik, dan kondisi lingkungan. Kepala puskesmas menjelaskan bahwa data tersebut digunakan untuk menentukan prioritas wilayah. Penanggung jawab program menerangkan bahwa usulan kegiatan disusun berdasarkan masalah lapangan sebelum diterjemahkan menjadi rencana pelaksanaan.

> *"Jadi, penyusunan program kami buat terlebih dahulu RUK berdasarkan hasil identifikasi masalah di lapangan. Jika udah disetujui usulan tersebut baru kami jadikan RPK." (I2)*

Keterangan tersebut didukung oleh ketersediaan dokumen RUK dan RPK dalam hasil observasi dan dokumentasi. Temuan ini menunjukkan adanya keterhubungan antara identifikasi masalah, dokumen perencanaan, dan pedoman kegiatan. Walaupun demikian, ketersediaan dokumen belum cukup untuk menyatakan bahwa seluruh target program tercapai. Penilaian tersebut memerlukan data cakupan dan realisasi kegiatan yang dapat dibandingkan dengan rencana.

Dibandingkan dengan evaluasi program DBD di Medokan Ayu dan Sungai Pakning[10,11], penelitian ini menekankan hubungan operasional antara informasi lapangan dan perencanaan di Darul Imarah. Pelaksana menyebut penggunaan beberapa sumber data, tetapi penelitian tidak menghitung bobot atau ketepatan penentuan prioritas. Dengan demikian, temuan utamanya adalah keberadaan proses perencanaan berbasis informasi, bukan pembuktian efisiensi alokasi sumber daya.

Pembagian peran terlihat pada pengambilan keputusan oleh pimpinan, pengelolaan kegiatan oleh penanggung jawab program, pengelolaan informasi kasus oleh petugas surveilans, dan pendampingan rumah tangga oleh kader. Koordinasi dengan pemerintah gampong dan sekolah membantu pelaksana menjangkau kelompok sasaran. Hubungan tersebut memberi ruang untuk menggabungkan kegiatan puskesmas dengan kegiatan masyarakat, terutama penyuluhan dan gotong royong.

Surveilans dan tindak lanjut kegiatan lapangan

Surveilans diawali dengan penerimaan laporan dari rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lain. Petugas memverifikasi identitas, alamat, serta kesesuaian wilayah pelayanan sebelum melakukan pencatatan dan penyelidikan epidemiologi. Pemeriksaan lapangan mencakup kondisi lingkungan rumah, keberadaan jentik, dan informasi mengenai warga dengan gejala serupa. Hasilnya dilaporkan kepada penanggung jawab program dan kepala puskesmas untuk menentukan tindak lanjut.

"Data surveilans kami gunakan sebagai dasar untuk menyusun program, menentukan wilayah prioritas, dan mengevaluasi kegiatan." (I3)

Tindak lanjut yang disebutkan informan meliputi pemeriksaan jentik, penyuluhan, PSN 3M Plus, serta fogging fokus apabila hasil penyelidikan memenuhi kriteria. Fogging muncul sebagai tindakan bersyarat dalam penjelasan informan. Penelitian ini tidak memeriksa ketepatan indikasi pada setiap pelaksanaan fogging, sehingga hasilnya menggambarkan mekanisme yang dilaporkan pelaksana.

Temuan ini berhubungan dengan perhatian terhadap indikator proses dan keluaran sistem surveilans dalam evaluasi di Puskesmas Lepo-Lepo[12]. Pada Darul Imarah, data tidak hanya disebut sebagai administrasi pelaporan, tetapi juga sebagai dasar tindak lanjut. Namun, belum tersedia analisis kuantitatif tentang kelengkapan laporan, ketepatan waktu respons, dan proporsi kasus yang diselidiki. Karena itu, kualitas sistem surveilans belum dapat diberi kategori kinerja berdasarkan indikator tersebut.

Keterpaduan pemantauan dan respons selaras dengan arah kesiapsiagaan serta pengendalian penyakit yang ditularkan Aedes[17]. Dalam penerapannya, pemantauan rutin perlu tetap menjangkau wilayah tanpa laporan kasus agar kegiatan pencegahan tidak hanya mengikuti kejadian sakit. Harapan ini juga muncul dari masyarakat yang meminta pemeriksaan jentik dilakukan secara berkesinambungan.

Peran kader dan konsistensi partisipasi masyarakat

Kader jumantik menjalankan pemeriksaan tempat penampungan air, memberikan edukasi saat kunjungan, mengingatkan warga untuk membersihkan lingkungan, dan melaporkan hasil pemantauan kepada petugas. Observasi dan dokumentasi kegiatan mendukung adanya keterlibatan tersebut. Peran ini mempertemukan kebutuhan pemantauan puskesmas dengan kesempatan memberikan pengingat langsung kepada keluarga.

Masyarakat menunjukkan penerimaan terhadap kunjungan kader dan penyuluhan. Bentuk pencegahan yang dilaporkan mencakup menguras bak mandi, menutup tempat air, membersihkan ember, membuang atau mengelola botol dan kaleng bekas, serta menghilangkan genangan. Sebagian warga mengikuti gotong royong, tetapi pelaksanaannya bergantung pada waktu yang tersedia. Kesibukan dan belum adanya jadwal tetap menyebabkan tindakan pencegahan terkadang terlewat.

"Harapan saya petugas sama kader tetap turun ke masyarakat. Kalau bisa pemeriksaan jentik jangan cuma pas ada kasus." (I7)

Temuan tersebut memperlihatkan perbedaan antara penerimaan program dan konsistensi tindakan. Dukungan lisan terhadap kegiatan belum selalu diikuti kebiasaan PSN yang teratur. Penyuluhan PSN di Desa Citimun melaporkan peningkatan rerata pengetahuan peserta setelah kegiatan[18]. Hasil tersebut mendukung manfaat edukasi bagi pemahaman, tetapi belum membuktikan bahwa perubahan perilaku bertahan. Pada Darul Imarah, kebutuhan pendampingan justru terlihat setelah masyarakat memahami anjuran pencegahan. Edukasi perlu disertai pengingat, pembagian tanggung jawab, dan tindak lanjut temuan rumah tangga.

Penelitian di Lubuklinggau menemukan hubungan pengetahuan dengan kejadian DBD[3], sedangkan penelitian ini menggambarkan bagaimana pengetahuan dan dukungan program berhadapan dengan kesibukan sehari-hari. Kedua hasil berada pada tingkat analisis yang berbeda: hubungan antarvariabel dan pengalaman pelaksanaan. Wawancara Darul Imarah tidak dapat digunakan untuk menyimpulkan besar pengaruh edukasi, tetapi menunjukkan perlunya pengingat dan pendampingan yang berkelanjutan.

Survei PHBS di Meunasah Baet melaporkan pemberantasan jentik sebesar 100% berdasarkan jawaban kuesioner[16]. Sementara itu, observasi Darul Imarah masih menemukan tempat air terbuka dan barang bekas yang berpotensi menampung air. Perbedaan lokasi dan metode membuat angka survei tersebut tidak dapat dibandingkan langsung dengan temuan kualitatif ini. Namun, perbedaan bentuk bukti tersebut menegaskan manfaat verifikasi observasional ketika menafsirkan perilaku yang dilaporkan masyarakat.

Kondisi lingkungan dan triangulasi temuan

Hasil observasi memperlihatkan bahwa lingkungan secara umum cukup bersih, tetapi masih terdapat wadah penampungan air yang belum tertutup, barang bekas yang berpotensi menampung air hujan, dan beberapa titik drainase yang perlu dibersihkan. Temuan ini tidak disajikan sebagai angka kepadatan jentik karena penelitian tidak melaporkan pengukuran indeks entomologi. Ringkasan observasi ditampilkan pada Tabel 2.

Tabel 2. Ringkasan Hasil Observasi Program dan Lingkungan

Aspek	Temuan observasi
Perencanaan	Dokumen RUK dan RPK tersedia dan digunakan sebagai pedoman kegiatan.
Pelaksanaan program	Penyuluhan, pemeriksaan jentik bersama kader, serta pencatatan dan pelaporan tercatat dalam hasil observasi.
Peran kader	Kader memberikan edukasi saat kunjungan, melaporkan hasil pemantauan, dan berkoordinasi dengan petugas.
Tempat penampungan air	Masih ditemukan beberapa wadah yang belum tertutup.
Barang bekas	Terdapat barang bekas pada beberapa lokasi yang berpotensi menampung air hujan.
Lingkungan permukiman	Sebagian titik drainase perlu dibersihkan dan masih terdapat lokasi potensial perkembangbiakan nyamuk.

Sumber: Hasil observasi penelitian, 2026.

Wawancara menggambarkan keterlibatan pelaksana dan masyarakat, sedangkan observasi menunjukkan persoalan lingkungan yang masih tersisa. Dokumentasi mendukung keberadaan perencanaan dan pencatatan kegiatan. Dengan demikian, triangulasi menunjukkan bahwa program telah berlangsung, tetapi belum menghilangkan seluruh kondisi lingkungan yang berpotensi mendukung perkembangbiakan nyamuk. Perbedaan ini merupakan temuan implementasi yang perlu dipertahankan dalam evaluasi.

Penelitian kepadatan jentik di Puskesmas Gandus menggunakan indeks entomologi untuk menggambarkan kondisi vektor[7]. Kajian kondisi fisik lingkungan serta sanitasi dan perilaku keluarga juga memperlihatkan pentingnya memperhatikan lingkungan tempat tinggal[14,9]. Temuan Darul Imarah mendukung perlunya pemeriksaan yang spesifik terhadap wadah air dan barang bekas, bukan hanya penilaian kebersihan rumah secara umum. Berbeda dengan pengukuran indeks jentik, observasi penelitian ini hanya menggambarkan keberadaan kondisi potensial, sehingga tingkat kepadatan vektor tidak dapat ditentukan.

PSN 3M Plus dan pengendalian berbasis masyarakat memberikan kerangka untuk menghubungkan tindakan rumah tangga dengan kegiatan bersama[5,6,13]. Pada Darul Imarah, langkah tersebut memerlukan

pembagian tanggung jawab: rumah tangga menangani wadah airnya, kader memberikan pendampingan, dan pemerintah gampong membantu pengelolaan masalah lingkungan bersama. Pengaturan ini merupakan implikasi dari temuan, bukan hasil uji intervensi baru.

Kendala sumber daya dan arah perbaikan program

Pelaksana menyebut keterbatasan jumlah petugas dibandingkan dengan cakupan wilayah dan banyaknya kegiatan. Sarana dinilai cukup membantu, tetapi beberapa kebutuhan masih diajukan melalui perencanaan dan penganggaran. Di sisi masyarakat, kendala mencakup kesibukan, kebiasaan pencegahan yang belum konsisten, dan genangan yang kembali muncul setelah hujan.

Penelitian manajemen DBD di Puskesmas Siak Hulu 1 juga mengkaji perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi melalui pendekatan kualitatif[19]. Pada Darul Imarah, upaya yang dilaporkan meliputi pembagian tugas, kerja sama lintas program, penguatan koordinasi dengan pemerintah gampong dan sekolah, edukasi, serta monitoring dan evaluasi berkala. Evaluasi dilakukan melalui pertemuan untuk membahas pelaksanaan, kendala, dan langkah perbaikan. Akan tetapi, belum terdapat rincian angka kebutuhan tenaga, ketersediaan dana, atau tingkat pemenuhan sarana yang memungkinkan penilaian kecukupan sumber daya secara kuantitatif.

Kajian pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan DBD[15] relevan untuk mengarahkan koordinasi lintas sektor pada masalah konkret, seperti wadah terbuka dan barang bekas. Sementara itu, kajian pengetahuan, sikap, dan praktik[4] serta pengetahuan deteksi dini pada keluarga[20] mengingatkan bahwa komunikasi program perlu mencakup pencegahan lingkungan dan kewaspadaan terhadap gejala. Penelitian ini sendiri tidak mengukur perubahan kemampuan deteksi dini setelah penyuluhan.

Berdasarkan temuan, perbaikan program dapat diarahkan pada jadwal pemantauan rumah tangga yang teratur, tindak lanjut temuan kader, pembagian wilayah pendampingan, dan penggunaan hasil evaluasi untuk menyusun kegiatan berikutnya. Pemantauan dapat dilengkapi dengan indikator cakupan pemeriksaan, tindak lanjut rumah dengan jentik, dan ketepatan waktu penyelidikan epidemiologi. Indikator tersebut merupakan usulan evaluasi lanjutan, bukan hasil pengukuran penelitian ini.

Keterbatasan penelitian

Penelitian dilakukan pada satu wilayah kerja puskesmas dengan informan yang dipilih secara purposif sehingga hasilnya tidak mewakili seluruh masyarakat Aceh Besar. Seluruh informan perempuan dan kelompok masyarakat terdiri atas warga yang pernah menderita DBD; pengalaman laki-laki serta warga yang belum pernah menderita DBD belum tergambarkan. Wawancara berpotensi memuat ingatan yang tidak lengkap dan jawaban yang dianggap baik secara sosial. Triangulasi membantu membandingkan keterangan, tetapi tidak menggantikan pengukuran cakupan program, indeks jentik, atau tren kasus. Karena itu, simpulan dibatasi pada proses implementasi dan kebutuhan perbaikannya.

IV. KESIMPULAN

Implementasi program pencegahan dan pengendalian DBD di wilayah kerja Puskesmas Darul Imarah menunjukkan keterhubungan antara perencanaan berbasis data, surveilans dan penyelidikan epidemiologi, kegiatan PSN 3M Plus, serta pendampingan kader dan koordinasi lintas sektor. Berdasarkan hasil observasi terhadap lima aspek pelaksanaan program, seluruh aspek atau sebesar 100% tercatat telah dilaksanakan, meliputi ketersediaan dokumen RUK/RPK, penyuluhan kesehatan, pemeriksaan jentik, penyelidikan epidemiologi, serta pencatatan dan pelaporan. Penelitian ini melibatkan delapan informan, dengan komposisi 50% petugas kesehatan dan kader serta 50% masyarakat. Meskipun kegiatan program telah dilaksanakan, persoalan utama masih terletak pada kesinambungan pelaksanaan pencegahan di tingkat rumah tangga, dukungan sumber daya, dan kondisi lingkungan yang berpotensi menjadi tempat

perkembangbiakan nyamuk. Temuan ini memperlihatkan bahwa keberadaan kegiatan dan dokumen program perlu diikuti pemantauan terhadap tindakan pencegahan sehari-hari.

Puskesmas bersama kader dan pemerintah gampong perlu memperkuat jadwal pemantauan, pembagian tugas, edukasi, dan tindak lanjut temuan lingkungan. Kontribusi penelitian terletak pada penjelasan hubungan antara proses organisasi dan pengalaman masyarakat dalam menjalankan pencegahan. Penelitian lanjutan dapat menggabungkan evaluasi kualitatif dengan pengukuran cakupan kegiatan, ketepatan waktu respons, indeks jentik, dan tren kasus untuk menilai hasil program secara lebih terukur.

REFERENSI

Asnel R, Ompusunggu SR, Suryani, Fitri RP, Ningsih KW. Analisis manajemen pengendalian penyakit demam berdarah dengue di puskesmas. Health Care: Jurnal Kesehatan. 2023;11(2):435-448. doi:10.36763/healthcare.v11i2.325.

Cahyani R, Nisrina N, Ardila M, Tiara R, Aulia R, Gantina SR, et al. Pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan penyakit demam berdarah dengue. Jurnal Pengabdian Bidang Kesehatan. 2023;1(4):1-14. doi:10.57214/jpbidkes.v1i4.11.

Christine, Fitri GSG, Mustafa. Epidemiologi demam berdarah dengue di Kota Palu tahun 2019–2023. Banua: Jurnal Kesehatan Lingkungan. 2024;4(2):57-65. doi:10.33860/bjkl.v4i2.4075.

Djalaluddin NA, Ananda R, Heriyati. Strategi pencegahan penyakit demam berdarah melalui edukasi pola hidup bersih dan sehat di wilayah kerja Puskesmas Lembang. Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM). 2025;8(2):1140-1151. doi:10.33024/jkpm.v8i2.17831.

Faozi BF, Faozi A, Haryeti P, Hudaya AP. Penyuluhan pemberantasan sarang nyamuk dalam upaya pencegahan penyakit demam berdarah di Desa Citimun Kecamatan Cimalaka Kabupaten Sumedang. Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM). 2023;6(3):1167-1175. doi:10.33024/jkpm.v6i3.8545.

Habib M, Kumalasari I, Navianti D. Kepadatan jentik nyamuk Aedes aegypti di wilayah kerja Puskesmas Gandus Kota Palembang. Detector: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan. 2025;3(3):191-199. doi:10.55606/detector.v3i3.5580.

Irma, Nurfadillah HS, Milu SF. Evaluasi indikator proses dan output sistem surveilans DBD di BLUD UPTD Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2024. Indonesian Journal of Health Science. 2025;5(4):814-824. doi:10.54957/ijhs.v5i4.1596.

Iswanto AS, Mitra M. Evaluasi program pengendalian demam berdarah dengue di UPT Puskesmas Sungai Pakning tahun 2024. Menara Ilmu. 2025;19(1):296-304. doi:10.31869/mi.v19i1.6596.

Kastari S, Prasetyo RD. Hubungan perilaku 3M-Plus dengan kejadian demam berdarah dengue di Kabupaten Sintang. Ruwa Jurai: Jurnal Kesehatan Lingkungan. 2022;16(3):129-137. doi:10.26630/rj.v16i3.3571.

Lestari WP, Husain F. Gambaran tingkat pengetahuan ibu dalam mendeteksi dini demam berdarah dengue pada anak usia 5–14 tahun di Desa Paseban Kabupaten Klaten. Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Indonesia. 2025;5(2):523-536. doi:10.55606/jikki.v5i2.6911.

Nopratilova, Budiastuti RF, Adina AB, Lestari I, Imanda RC. Pengetahuan, sikap dan praktik terkait pencegahan penyakit demam berdarah. Holistik Jurnal Kesehatan. 2024;18(9):1162-1172. doi:10.33024/hjk.v18i9.726.

Nugraheni E, Rizqoh D, Sundari M. Manifestasi klinis demam berdarah dengue. Jurnal Kedokteran dan Kesehatan: Publikasi Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya. 2023;10(3):267-274. doi:10.32539/jkk.v10i3.21425.

Putri Sapphira N, Ngadino, Sari E. Evaluasi program pengendalian vektor DBD di Puskesmas Medokan Ayu Kota Surabaya tahun 2022. Jurnal Hygiene Sanitasi. 2022;2(2):64-71. doi:10.36568/hisan.v2i2.32.

Sufiani, Hayatie L, Djalalluddin. Hubungan suhu dan kelembaban ruangan dengan keberadaan jentik nyamuk Aedes aegypti. Homeostasis. 2021;4(2):461-472. doi:10.20527/ht.v4i2.4039.

Sutriyawan A, Darmawan W, Akbar H, Habibi J, Fibrianti. Faktor yang mempengaruhi pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui 3M Plus dalam upaya pencegahan demam berdarah dengue (DBD). Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. 2022;11(1):23-32. doi:10.33221/jikm.v11i01.936.

Widyantoro W, Nurjazuli, Hanani Y. Pengendalian demam berdarah dengue berbasis masyarakat di Indonesia: Systematic review. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. 2021;10(3):200-207. doi:10.33221/jikm.v10i03.1008.

World Health Organization. Global strategic preparedness, readiness and response plan for dengue and other Aedes-borne arboviruses. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2024.

Wulandari R, Hamidy R, Bayhakki B. Pengaruh sanitasi lingkungan dan perilaku keluarga terhadap kejadian penyakit demam berdarah dengue di Kecamatan Benai Kabupaten Kuantan Singingi. SEHATI: Jurnal Kesehatan. 2021;1(2):57-62. doi:10.52364/sehati.v1i2.9.

Yuniar VT, Raharjo M, Martini, Nurjazuli. Hubungan pengetahuan dengan kejadian demam berdarah dengue di Kota Lubuklinggau Sumatera Selatan. Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia. 2024;23(2):234-240. doi:10.14710/jkli.23.2.234-240.

Yusuf M. Gambaran penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada tatanan rumah tangga di Desa Meunasah Baet Kabupaten Aceh Besar. Jurnal Serambi Kesehatan Nusantara. 2026;1(3):149-155. Available from: https://serambisains.com/index.php/JSKN/article/view/41