

Responsivitas Pemerintah Kota Pekanbaru dalam Penanggulangan Demam Berdarah Dengue (DBD) Tahun 2024

Alaisya Amana Fazira¹, Auradian Marta²

^{1,2} Program Studi Ilmu Pemerintahan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik,
Universitas Riau

e-mail: ¹alaisya.amana3991@student.unri.ac.id,
²auradian.marta@lecturer.unri.ac.id

Abstrak

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit endemik yang terus berulang dan berpotensi menjadi wabah, khususnya di wilayah perkotaan beriklim tropis seperti Kota Pekanbaru. Data Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru menunjukkan jumlah kasus DBD berfluktuasi dari 795 kasus pada tahun 2022, menurun menjadi 291 kasus pada tahun 2023, kemudian kembali meningkat menjadi 551 kasus disertai satu korban jiwa pada tahun 2024, sehingga menimbulkan pertanyaan mengenai responsivitas pemerintah daerah dalam penanggulangannya. Penelitian ini bertujuan menganalisis responsivitas Pemerintah Kota Pekanbaru dalam penanggulangan DBD tahun 2024 serta mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhinya, menggunakan kerangka teori responsivitas pemerintah dari Bourgon yang meliputi empat dimensi, yaitu *listening capacity*, *learning capacity*, *acting/adaptive capacity*, dan *collaborative capacity*. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan tipe deskriptif studi kasus pada Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan informan kunci dari Dinas Kesehatan, Dinas Lingkungan Hidup dan Kebersihan, Badan Penanggulangan Bencana Daerah, Puskesmas, serta tokoh masyarakat, dan dianalisis menggunakan model interaktif Miles dan Huberman. Hasil penelitian menunjukkan Pemerintah Kota Pekanbaru telah membangun sistem pelaporan berjenjang, evaluasi berkala, standar operasional prosedur yang adaptif, serta kolaborasi lintas sektor yang cukup baik. Namun, sistem yang ada masih bersifat reaktif, bergantung pada inisiatif pelapor, dan belum memiliki forum kolaborasi formal lintas sektor yang terlembaga. Faktor pendukung meliputi ketersediaan SOP terstandarisasi, kesiapan logistik, dan partisipasi aktif masyarakat, sedangkan faktor penghambat meliputi rendahnya kepatuhan sebagian masyarakat dan keterbatasan sumber daya di tingkat puskesmas. Penelitian ini merekomendasikan penguatan sistem surveilans aktif berbasis data serta pembentukan forum kolaborasi lintas sektor yang terlembaga dan reguler.

Kata Kunci: Responsivitas Pemerintah, Demam Berdarah Dengue, Pekanbaru

Abstract

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) has remained a recurring endemic disease with the potential to escalate into an outbreak, particularly in tropical urban areas such as Pekanbaru City. Data from the Pekanbaru City Health Office indicated that DHF cases fluctuated from 795 cases in 2022, declined to 291 cases in 2023, and then rose again to 551 cases with one fatality in 2024, raising questions about local government responsiveness in addressing the problem. This study analyzed the responsiveness of the Pekanbaru City Government in controlling DHF in 2024 and identified the influencing factors, using Bourgon's responsiveness framework of four dimensions: listening capacity, learning capacity, acting/adaptive capacity, and collaborative capacity. A qualitative approach with a descriptive case study design was employed at the Pekanbaru City Health Office. Data were collected through in-depth interviews with key informants from the Health Office, the Environmental and Sanitation Agency, the Regional Disaster Management Agency, community health centers, and community leaders, analyzed using the Miles and Huberman interactive model. Results show the government has developed a tiered reporting system, periodic evaluation, an adaptive standard operating procedure, and reasonably good cross-sector collaboration. However, the system remains largely reactive, dependent on reporters' initiative, and still lacks an institutionalized, formal cross-sector forum. Supporting factors include standardized SOPs, logistical readiness, and active community participation, while inhibiting factors include low compliance among part of the community and limited human resources at the health center level. This study recommends strengthening a data-driven surveillance system and establishing a regular, institutionalized cross-sector collaboration forum.

Keywords: Government Responsiveness, Dengue Hemorrhagic Fever, Pekanbaru

LATAR BELAKANG

Demam Berdarah Dengue (DBD) hingga saat ini masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan masyarakat yang bersifat kompleks, berulang, dan berisiko tinggi, khususnya di wilayah perkotaan beriklim tropis. Penyakit ini disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, dengan pola penularan yang sangat dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, kepadatan penduduk, serta perilaku masyarakat. World Health Organization (2023) menyatakan bahwa dengue merupakan penyakit berbasis vektor dengan tingkat penyebaran tercepat di dunia dan memerlukan sistem respons kesehatan publik yang kuat serta adaptif di tingkat pemerintah daerah. Dalam perspektif epidemiologi, DBD dikategorikan sebagai penyakit endemi, yaitu penyakit yang secara terus-menerus terdapat di suatu wilayah dalam jangka waktu lama dengan jumlah kasus yang cenderung muncul berulang. Wilder-Smith et al. (2019) menjelaskan bahwa dengue merupakan penyakit endemi di banyak negara Asia Tenggara, termasuk Indonesia, dengan pola peningkatan kasus yang umumnya dipengaruhi oleh musim hujan, kondisi lingkungan, dan kepadatan penduduk. Status endemi tersebut menuntut upaya pengendalian yang bersifat berkelanjutan dan sistematis, bukan penanganan yang bersifat insidental. Meskipun bersifat endemi, DBD dapat berubah status menjadi wabah apabila

terjadi peningkatan jumlah kasus yang signifikan melebihi kondisi normal pada waktu dan wilayah tertentu, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1501/MENKES/PER/X/2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu yang Dapat Menimbulkan Wabah.

Dalam konteks nasional, DBD masih menunjukkan tren fluktuatif dengan kecenderungan meningkat di wilayah perkotaan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan bahwa pada tahun 2023 terdapat lebih dari 143.000 kasus DBD dengan angka kematian melebihi 1.000 jiwa, meningkat dibandingkan tahun sebelumnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun DBD merupakan penyakit endemi, potensi terjadinya wabah tetap tinggi apabila pengendalian tidak dilakukan secara konsisten dan responsif. Secara yuridis, kesehatan merupakan hak dasar warga negara yang wajib dijamin oleh negara, sebagaimana ditegaskan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, khususnya Pasal 4 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan, serta Pasal 152 ayat (1) yang menyebutkan bahwa pemerintah bertanggung jawab melakukan pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular. Lebih lanjut, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah Pasal 12 ayat (1) menegaskan bahwa urusan kesehatan merupakan urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar, sehingga pemerintah daerah, termasuk Pemerintah Kota Pekanbaru, memiliki kewenangan sekaligus tanggung jawab langsung dalam menanggulangi penyakit menular seperti DBD. Kewajiban tersebut diperkuat dengan Pasal 8 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menyatakan bahwa pemerintah pusat dan pemerintah daerah bertanggung jawab menyelenggarakan kegiatan kewaspadaan, penanggulangan, dan pasca-kejadian luar biasa atau wabah.

Kota Pekanbaru sebagai salah satu kota besar di Provinsi Riau memiliki tingkat kerentanan tinggi terhadap penyebaran DBD akibat faktor iklim tropis, pertumbuhan permukiman yang pesat, serta mobilitas penduduk yang tinggi. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, jumlah kasus DBD pada tahun 2022 tercatat sebanyak 795 kasus, kemudian menurun menjadi 291 kasus pada tahun 2023, namun kembali meningkat pada tahun 2024 menjadi 551 kasus dengan satu korban jiwa. Secara persentase, tahun 2022 menyumbang sekitar 48,6% dari total kasus dalam periode tiga tahun tersebut, tahun 2023 menurun tajam menjadi sekitar 17,8%, dan tahun 2024 kembali meningkat menjadi sekitar 33,7%. Pola fluktuatif ini mengindikasikan bahwa penurunan pada tahun 2023 tidak bersifat stabil dan masih terdapat faktor risiko yang belum tertangani secara optimal. Secara lebih rinci, distribusi kasus DBD pada tahun 2024 tersebar di seluruh kecamatan dengan tingkat kasus yang bervariasi. Kecamatan Bukit Raya tercatat sebagai wilayah dengan jumlah kasus tertinggi yaitu 69 kasus, diikuti oleh Kecamatan Tuah Madani sebanyak 68 kasus, serta Kecamatan Rumbai sebanyak 63 kasus, sementara jumlah kasus terendah terdapat di Kecamatan Pekanbaru Kota dengan 5 kasus. Kasus kematian tercatat di Kecamatan Tuah Madani dan Tenayan Raya, masing-masing sebanyak satu kasus. Pemerintah Kota Pekanbaru sesungguhnya telah menjalankan sejumlah program penanggulangan, antara lain fogging atau pengasapan, Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), serta sosialisasi Gerakan 3M Plus yang meliputi menguras, menutup, dan mendaur ulang tempat penampungan air,

ditambah penggunaan larvasida dan kelambu (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Namun demikian, peningkatan kembali kasus DBD pada tahun 2024 menunjukkan bahwa implementasi berbagai program tersebut belum sepenuhnya optimal, yang mengindikasikan adanya kelemahan dalam perencanaan, pelaksanaan, maupun evaluasi kebijakan penanggulangan DBD di tingkat daerah.

Dalam perspektif administrasi publik, permasalahan tersebut berkaitan erat dengan responsivitas pemerintah daerah, yaitu kemampuan pemerintah untuk mengenali kebutuhan masyarakat, merespons permasalahan secara cepat, serta menyesuaikan kebijakan dan tindakan dengan kondisi aktual yang berkembang (Dwiyanto, 2015). Ansell dan Gash (2018) menegaskan bahwa pemerintah yang tidak responsif cenderung gagal mengantisipasi krisis kesehatan dan hanya bertindak ketika dampaknya telah meluas. Bourgon (2007) memperluas pemahaman ini dengan menyatakan bahwa responsivitas bukan sekadar reaksi cepat terhadap masalah, melainkan mencakup kemampuan pemerintah untuk mendengarkan, belajar, dan bertindak bersama masyarakat guna membangun kepercayaan dan legitimasi publik. Lebih lanjut, Bourgon (2011) menjelaskan bahwa pemerintahan di abad ke-21 menghadapi persoalan publik yang semakin kompleks, termasuk krisis kesehatan masyarakat, sehingga pemerintah dituntut memiliki kapasitas adaptif dan kolaboratif, bukan sekadar menjalankan fungsi administratif secara prosedural. Dalam penanggulangan DBD, aktor utama responsivitas pemerintah daerah adalah Dinas Kesehatan sebagai penanggung jawab kebijakan kesehatan, yang didukung oleh puskesmas sebagai pelaksana teknis di lapangan, kader Juru Pemantau Jentik (Jumantik), serta organisasi perangkat daerah lain seperti Dinas Lingkungan Hidup dan Kebersihan. Selain respons pada saat peningkatan kasus, pemerintah daerah juga dituntut melakukan mitigasi pasca-penanggulangan melalui evaluasi kebijakan, penguatan sistem surveilans, dan edukasi masyarakat secara berkelanjutan. Wilder-Smith et al. (2019) menegaskan bahwa pengendalian dengue yang berkelanjutan hanya dapat dicapai melalui kombinasi kebijakan preventif, kesiapsiagaan pemerintah, dan perubahan perilaku masyarakat dalam jangka panjang. Berdasarkan uraian tersebut, dapat dipahami bahwa fluktuasi kasus DBD di Kota Pekanbaru pada periode 2022-2024 menunjukkan adanya permasalahan dalam keberlanjutan upaya penanggulangan, khususnya pada aspek kecepatan, ketepatan, dan kesesuaian respons pemerintah daerah terhadap dinamika kasus di lapangan. Kondisi ini mengindikasikan adanya kesenjangan antara kewajiban yuridis pemerintah daerah sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan dan praktik penyelenggaraan penanggulangan DBD yang dilaksanakan. Oleh karena itu, artikel ini disusun untuk menganalisis responsivitas Pemerintah Kota Pekanbaru dalam penanggulangan Demam Berdarah Dengue tahun 2024 serta mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhinya, dengan menggunakan empat dimensi responsivitas pemerintah yang dikembangkan oleh Bourgon (2007; 2011), yaitu *listening capacity*, *learning capacity*, *acting/adaptive capacity*, dan *collaborative capacity*. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran empiris mengenai efektivitas responsivitas pemerintah daerah dalam menjalankan kewenangan dan tanggung jawabnya di bidang kesehatan, sekaligus menjadi bahan evaluasi dan rekomendasi bagi perbaikan kebijakan penanggulangan DBD yang lebih responsif, terintegrasi, dan berkelanjutan di Kota Pekanbaru.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, karena bertujuan untuk menggali secara mendalam fenomena responsivitas Pemerintah Kota Pekanbaru dalam penanggulangan Demam Berdarah Dengue. Menurut Sugiyono (2013), penelitian kualitatif digunakan untuk meneliti kondisi objek alamiah di mana peneliti berperan sebagai instrumen kunci, dan hasilnya lebih menekankan pada makna daripada generalisasi. Pendekatan ini dipilih untuk memahami proses, mekanisme, persepsi, dan pengalaman aparaturnya yang terlibat dalam penanggulangan DBD, serta menafsirkan makna di balik tindakan dan keputusan institusi pemerintah dalam menghadapi tantangan kesehatan masyarakat. Metode deskriptif diterapkan agar hasil penelitian dapat dipaparkan secara sistematis berdasarkan data apa adanya, tanpa manipulasi variabel atau pengujian hipotesis statistik. Moleong (2019) menegaskan bahwa penelitian deskriptif kualitatif menggunakan data berupa kata-kata, gambar, dan dokumen, bukan angka. Tipe penelitian yang digunakan adalah deskriptif-kualitatif dengan desain studi kasus pada Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru tahun 2024. Studi kasus dipilih karena memungkinkan peneliti mempelajari secara intensif dan kontekstual bagaimana Dinas Kesehatan merespons dan mengelola kebijakan penanggulangan DBD di wilayahnya, sekaligus menggambarkan secara rinci dinamika internal lembaga, strategi yang diterapkan, dan kendala yang dihadapi. Penelitian dilaksanakan di Kota Pekanbaru, Provinsi Riau, dengan fokus utama pada Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru sebagai lembaga pelaksana kebijakan pengendalian penyakit menular. Penelitian ini juga mencakup Dinas Lingkungan Hidup dan Kebersihan (DLHK) serta Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Kota Pekanbaru sebagai lokasi observasi dan sumber informasi pendukung, mengingat DLHK berperan dalam pengelolaan lingkungan yang berpotensi menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti*, sedangkan BPBD memiliki fungsi koordinatif dalam penanganan keadaan darurat kesehatan masyarakat.

Data penelitian terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh secara langsung melalui wawancara mendalam dan observasi lapangan terhadap informan yang terlibat dalam penanggulangan DBD, mencakup informasi mengenai bentuk respons, kebijakan, koordinasi antarinstansi, serta kendala dan strategi pemerintah kota dalam menekan angka kasus DBD. Data sekunder mencakup jurnal penelitian, buku, dokumen resmi, serta laman pemerintah yang relevan (Moleong, 2019). Informan penelitian dipilih menggunakan teknik purposive sampling, yaitu metode penentuan informan yang memiliki kapabilitas pemahaman sesuai dengan tujuan penelitian (Sugiyono, 2019). Informan dalam penelitian ini terdiri atas Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, Kepala Bidang Pengelolaan Sampah dan Kebersihan DLHK, Kepala Seksi Kedaruratan dan Logistik BPBD, Kepala Puskesmas Simpang Tiga, seorang lurah di wilayah dengan kasus DBD tertinggi di Kecamatan Marpoyan Damai, serta tiga tokoh masyarakat atau pengurus RT/RW di wilayah endemis DBD, sehingga secara keseluruhan penelitian ini melibatkan delapan informan kunci yang mewakili unsur pemerintah daerah, instansi teknis, pelaksana lapangan, dan masyarakat.

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan pengkajian dokumen. Wawancara bertujuan memperoleh pemahaman terperinci mengenai pengalaman, pandangan, dan perspektif informan terkait fenomena yang diteliti, dilakukan melalui interaksi

langsung antara peneliti dan narasumber serta didokumentasikan melalui catatan tertulis, foto, dan rekaman suara. Pengkajian dokumen dilakukan terhadap berbagai referensi seperti laporan resmi, artikel jurnal, dan publikasi pemerintah yang relevan dengan topik penelitian. Analisis data dilakukan menggunakan model interaktif Miles dan Huberman sebagaimana dirujuk oleh Sumadi Suryabrata (2015), yang meliputi tiga alur kegiatan yaitu penyajian data, reduksi data, dan penarikan kesimpulan. Penyajian data dilakukan dengan menyusun informasi dalam bentuk naratif agar memudahkan pemahaman keseluruhan temuan. Reduksi data dilakukan dengan memilih data yang relevan dan bermakna serta membuang data yang tidak berkaitan dengan permasalahan penelitian. Penarikan kesimpulan dilakukan secara bertahap sepanjang proses penelitian, dimulai dari kesimpulan sementara hingga kesimpulan akhir setelah data dinyatakan lengkap dan konsisten dengan tujuan penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit menular yang masih menjadi beban kesehatan masyarakat di Kota Pekanbaru. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, jumlah kasus DBD mengalami fluktuasi yang cukup signifikan dalam tiga tahun terakhir. Pada tahun 2022, jumlah kasus DBD mencapai angka tertinggi yaitu 795 kasus, kemudian terjadi penurunan drastis pada tahun 2023 menjadi 291 kasus yang kemungkinan besar merupakan hasil dari intensifikasi program pengendalian pada periode tersebut. Namun, pada tahun 2024 angka kasus kembali meningkat menjadi 551 kasus dengan satu korban jiwa. Peningkatan ini mengindikasikan bahwa tantangan penanggulangan DBD belum sepenuhnya teratasi dan memerlukan evaluasi mendalam terhadap strategi yang telah diterapkan. Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru menyampaikan bahwa data tersebut merupakan bagian dari monitoring tahunan yang digunakan sebagai dasar perencanaan program, dan fluktuasi kasus ini mencerminkan kompleksitas permasalahan DBD yang tidak hanya bersifat teknis-medis, tetapi juga sangat bergantung pada dinamika perilaku masyarakat, kondisi lingkungan, dan kapasitas responsivitas pemerintah daerah. Responsivitas pemerintah dalam pelayanan publik merupakan salah satu indikator kunci keberhasilan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*). Bourgon (2011) dalam kerangka teoritisnya tentang *New Synthesis of Public Administration* menekankan bahwa responsivitas pemerintah di era kontemporer tidak lagi cukup hanya diukur dari kecepatan reaksi terhadap permasalahan, melainkan harus mencakup kapasitas yang lebih luas dan sistemis, yang terdiri atas empat dimensi utama, yaitu *listening capacity*, *learning capacity*, *acting/adaptive capacity*, dan *collaborative capacity*. Keempat dimensi tersebut digunakan sebagai kerangka analisis untuk menelaah secara mendalam bagaimana Pemerintah Kota Pekanbaru, melalui Dinas Kesehatan, merespons peningkatan kasus DBD tahun 2024 berdasarkan temuan wawancara dengan informan kunci di lapangan.

Kapasitas Mendengar (*Listening Capacity*)

Listening capacity dalam teori Bourgon (2011) didefinisikan sebagai kemampuan pemerintah untuk secara aktif menangkap, memproses, dan merespons aspirasi, kebutuhan, serta permasalahan yang dihadapi masyarakat. Dimensi ini mencakup tidak hanya mekanisme

formal untuk menerima laporan dan pengaduan, tetapi juga sistem deteksi dini yang memungkinkan pemerintah mengetahui perkembangan situasi sebelum masalah berkembang menjadi krisis. Temuan penelitian menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru telah membangun mekanisme pelaporan kasus yang terstruktur, yang melibatkan rumah sakit sebagai garda terdepan pendeteksian kasus DBD secara klinis. Setiap pasien yang dirawat dengan diagnosis DBD wajib dilaporkan kepada Dinas Kesehatan, yang kemudian meneruskan informasi tersebut kepada puskesmas di wilayah kerja tempat tinggal pasien. Salah satu informan menjelaskan bahwa "SOP-nya jika ada kasus dirawat di rumah sakit dengan diagnosis DBD, maka rumah sakit yang menetapkan diagnosis akan menyampaikan informasi itu kepada Dinas Kesehatan, dan setelah diterima maka akan disampaikan ke puskesmas di wilayah kerja pasien tersebut" (P2P, Februari 2026). Pernyataan ini menunjukkan bahwa alur pelaporan kasus telah dibakukan dalam bentuk Standar Operasional Prosedur yang jelas, sehingga tidak ada celah informasi yang dapat mengakibatkan keterlambatan respons.

Puskesmas berperan sangat strategis dalam sistem *listening capacity* ini, tidak hanya sebagai unit pelayanan kesehatan tetapi juga sebagai simpul informasi epidemiologi yang mengalirkan data ke Dinas Kesehatan secara periodik melalui laporan bulanan. Keluarga pasien yang anggotanya dirawat karena DBD juga didorong untuk segera melapor ke puskesmas setempat agar dapat dilakukan tindak lanjut secara cepat, sehingga jaringan pengumpulan informasi menjadi lebih luas dan mampu mendeteksi potensi kluster penularan sejak dini. Selain itu, kader kesehatan dan kader posyandu turut memperkuat kapasitas mendengar pemerintah sebagai perpanjangan tangan puskesmas di tingkat komunitas, terutama di lingkungan yang kurang terjangkau oleh petugas puskesmas secara langsung.

Berdasarkan temuan tersebut, dapat disimpulkan bahwa *listening capacity* Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru dalam penanggulangan DBD sudah terbentuk cukup baik melalui jaringan pelaporan multi-level yang melibatkan rumah sakit, puskesmas, kader, dan partisipasi aktif masyarakat. Meskipun demikian, sistem ini masih sangat bergantung pada inisiatif keluarga pasien untuk melaporkan kasus, sehingga berpotensi menimbulkan under-reporting terutama pada kasus yang ditangani secara mandiri di rumah. Ketergantungan pada media pelaporan konvensional juga perlu dilengkapi dengan platform digital yang memungkinkan pelaporan lebih cepat dan mudah diakses masyarakat.

Kapasitas Belajar (*Learning Capacity*)

Learning capacity dalam perspektif Bourgon (2011) merujuk pada kemampuan institusi pemerintah untuk melakukan refleksi kritis terhadap kebijakan dan program yang telah dijalankan, mengekstrak pelajaran dari pengalaman masa lalu, dan mengintegrasikan pengetahuan tersebut ke dalam penyempurnaan kebijakan di masa depan. Dimensi ini erat kaitannya dengan konsep *organizational learning* yang diperkenalkan oleh Senge (1990), namun diterapkan dalam konteks manajemen publik. Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru telah mengembangkan sistem evaluasi program penanggulangan DBD yang dilakukan secara triwulanan, yang berfungsi bukan sekadar formalitas administratif melainkan mekanisme pembelajaran kelembagaan yang riil. Salah satu informan menjelaskan bahwa evaluasi dilakukan rutin setiap tiga bulan berdasarkan laporan bulanan dari puskesmas, dan pada bulan

keenam seluruh kepala puskesmas diundang untuk melakukan evaluasi terbuka secara bersama (Dinkes, Februari 2026). Mekanisme evaluasi dua tingkat, yaitu evaluasi internal triwulanan dan evaluasi terbuka semesteran, menunjukkan pendekatan sistematis terhadap pembelajaran organisasional yang memungkinkan identifikasi masalah secara dini sekaligus menciptakan forum pembelajaran kolektif. Manifestasi *learning capacity* yang paling nyata terlihat dari kemampuan Dinas Kesehatan menggunakan data historis pola kasus DBD untuk merancang program pencegahan yang bersifat antisipatif, bukan hanya reaktif. Informan menjelaskan bahwa ketika grafik menunjukkan peningkatan kasus pada bulan Januari, maka pada akhir Desember pihak dinas telah mempersiapkan kegiatan abatisasi berupa penaburan bubuk abate di sekitar rumah warga untuk mencegah terjadinya peningkatan kasus. Kemampuan membaca pola musiman kasus DBD dan meresponsnya dengan intervensi preventif sebelum puncak kasus terjadi merupakan bukti konkret bahwa Dinas Kesehatan telah mengembangkan institutional memory yang memadai.

Temuan penting lainnya adalah adanya pergeseran pemahaman di tingkat pengambil keputusan mengenai efektivitas relatif berbagai instrumen penanggulangan DBD. Informan secara terbuka menyatakan bahwa fogging hanyalah upaya perlindungan sesaat ketika kasus telah muncul, sedangkan upaya terbaik yang berkelanjutan adalah Pemberantasan Sarang Nyamuk. Pergeseran paradigma dari pendekatan yang mengandalkan fogging menuju pendekatan yang memprioritaskan PSN dan abatisasi merupakan refleksi dari proses belajar berbasis pengalaman, mengingat fogging hanya membunuh nyamuk dewasa sementara jentik nyamuk akan terus berkembang dalam waktu kurang lebih satu minggu. Persiapan stok abate lebih dari 500 kilogram setiap tahun menjelang musim puncak DBD juga menjadi bentuk kesiapsiagaan yang didasarkan pada pola kasus yang telah dipelajari dari tahun-tahun sebelumnya. Meskipun demikian, *learning capacity* Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru masih menghadapi tantangan. Evaluasi yang dilakukan tampaknya lebih berfokus pada aspek kuantitatif, seperti jumlah kasus, cakupan fogging, dan distribusi abate, dibandingkan aspek kualitatif seperti perubahan perilaku masyarakat atau efektivitas sosialisasi. Selain itu, belum terlihat mekanisme formal untuk mendokumentasikan dan mendiseminasikan lessons learned secara sistematis, sehingga pengetahuan institusional masih bersifat tacit dan terpusat pada individu tertentu, yang menimbulkan risiko hilangnya pengetahuan tersebut ketika terjadi rotasi pegawai.

Kapasitas Bertindak dan Beradaptasi (*Acting/Adaptive Capacity*)

Acting/adaptive capacity dalam teori Bourgon (2011) merujuk pada kemampuan pemerintah untuk tidak hanya merespons permasalahan dengan cepat, tetapi juga menyesuaikan strategi dan intervensi secara dinamis mengikuti perubahan kondisi di lapangan. Responsivitas yang sejati bukan hanya tentang kecepatan bertindak, melainkan tentang ketepatan dan adaptabilitas tindakan terhadap konteks yang terus berubah. Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru telah menetapkan SOP yang jelas untuk merespons setiap kasus DBD, dimulai dari diagnosis di rumah sakit, pelaporan ke dinas, penugasan puskesmas untuk melakukan penyelidikan epidemiologi, hingga keputusan mengenai perlu tidaknya dilakukan fogging berdasarkan kriteria tertentu. Salah satu informan menjelaskan bahwa hasil penyelidikan epidemiologi akan menentukan apakah suatu wilayah layak difogging, mengingat

fogging menggunakan insektisida yang memerlukan kriteria ketat untuk pelaksanaannya (Dinkes, Februari 2026). Pendekatan berbasis kriteria ini menunjukkan kapasitas adaptif dalam pengambilan keputusan, karena pemerintah tidak menggunakan satu respons yang seragam untuk semua situasi, melainkan melakukan asesmen terlebih dahulu untuk memilih intervensi yang paling tepat dan proporsional.

Ketika suatu kecamatan mengalami lonjakan kasus yang lebih tinggi dibandingkan kecamatan lain, Dinas Kesehatan melakukan intensifikasi program secara proporsional di wilayah tersebut, meliputi peningkatan frekuensi pengasapan, penaburan bubuk abate, serta pengerahan kader untuk mengajak masyarakat memantau jentik di rumah masing-masing. Kemampuan melakukan realokasi sumber daya dan intensifikasi program secara dinamis berdasarkan data kasus riil merupakan indikator *acting/adaptive capacity* yang kuat, sehingga program tidak dilaksanakan dengan pendekatan seragam melainkan responsif terhadap perbedaan kondisi setiap wilayah. Kapasitas adaptif juga tercermin dari kemampuan Dinas Kesehatan mengorkestrasi berbagai instrumen intervensi secara simultan dan saling melengkapi, meliputi komunikasi, informasi, dan edukasi kepada masyarakat, penyelidikan epidemiologi, program PSN melalui kader dan masyarakat, abatisasi, serta fogging sebagai respons darurat terhadap kluster kasus. Integrasi berbagai instrumen ini mencerminkan pemahaman yang mendalam tentang sifat multidimensional masalah DBD yang tidak dapat diselesaikan dengan pendekatan tunggal, karena setiap instrumen memiliki peran berbeda dalam mata rantai penanggulangan. Kesiapsiagaan pre-emptif berbasis kalender epidemiologi juga terlihat dari persiapan stok abate dan intensifikasi KIE menjelang musim puncak DBD, alih-alih menunggu kasus melonjak terlebih dahulu, yang selaras dengan konsep *preparedness governance*.

Meskipun demikian, *acting/adaptive capacity* Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru masih memiliki ruang untuk ditingkatkan, terutama terkait ketergantungan yang besar pada sosialisasi konvensional. Ketika ditanyakan mengenai efektivitas sosialisasi, informan menjawab secara kondisional bahwa sosialisasi baru efektif apabila dilakukan secara rutin dan berkesinambungan serta terdapat tindak lanjut dari masyarakat, yang secara implisit mengakui bahwa sosialisasi konvensional tidak serta-merta efektif dalam mengubah perilaku masyarakat secara permanen, sehingga diperlukan inovasi dalam strategi komunikasi dan edukasi publik.

Kapasitas Kolaborasi (*Collaborative Capacity*)

Collaborative capacity dalam teori Bourgon (2011) mengacu pada kemampuan pemerintah untuk membangun dan memelihara kemitraan yang produktif dengan berbagai pemangku kepentingan, baik di dalam maupun di luar batas organisasi pemerintah. Bourgon menegaskan bahwa tantangan publik di era modern, khususnya masalah kesehatan masyarakat yang kompleks, tidak dapat diselesaikan oleh satu institusi tunggal, melainkan membutuhkan kolaborasi terkoordinasi antara berbagai aktor pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat sipil, sejalan dengan paradigma *whole-of-government* dan *collaborative governance*. Penelitian menemukan bahwa Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru telah mengembangkan kolaborasi pada tiga level. Pertama, kolaborasi intra-pemerintah antar dinas, khususnya dengan Dinas Lingkungan Hidup dan Kebersihan (DLHK) serta Dinas Pekerjaan Umum, misalnya melalui kegiatan gotong royong massal dan pembangunan parit yang

tersumbat atas permintaan Dinas Kesehatan. Kolaborasi ini sangat relevan karena DBD merupakan masalah yang berakar pada kondisi lingkungan, khususnya akumulasi sampah dan genangan air yang menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk, sehingga integrasi intervensi dari aspek medis, kebersihan lingkungan, dan infrastruktur drainase membuat penanganan DBD menjadi lebih komprehensif.

Kedua, kolaborasi pemerintah-masyarakat yang diwujudkan melalui jaringan kader kesehatan sebagai mediator antara sistem kesehatan formal dengan komunitas dalam menggerakkan warga melaksanakan PSN secara mandiri dan periodik. Salah satu informan menyampaikan bahwa respons masyarakat terhadap kegiatan pengasapan dan program pemberantasan sarang nyamuk yang diprakarsai kader maupun petugas kesehatan sangat positif dan penuh dukungan (Dinkes, Februari 2026). Antusiasme masyarakat ini merupakan modal sosial yang berharga, karena program pemerintah tidak hanya bergantung pada kapasitas aparatur negara yang terbatas, melainkan juga memanfaatkan energi dan sumber daya komunitas. Ketiga, kolaborasi vertikal melalui pengurus RT dan RW yang berperan sebagai jembatan antara pemerintah dengan warga pada tingkat mikro, memfasilitasi akses dan mobilisasi warga ketika petugas puskesmas melaksanakan fogging atau sosialisasi, termasuk di wilayah permukiman padat yang sulit dijangkau langsung oleh petugas dinas. Meskipun *collaborative capacity* Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru secara keseluruhan dinilai cukup baik, terdapat dimensi kolaborasi yang masih perlu dikembangkan. Kolaborasi dengan sektor swasta, misalnya institusi pendidikan atau perusahaan dengan jumlah karyawan besar, belum berkembang secara optimal. Selain itu, belum terlihat adanya platform kolaborasi formal yang tetap, seperti forum multipihak yang bertemu secara reguler untuk membahas perkembangan penanggulangan DBD dan merumuskan tindakan bersama, sehingga kolaborasi yang ada masih bersifat ad hoc dan reaktif, belum sepenuhnya menjadi sistem kemitraan yang terlembaga.

Faktor-Faktor yang Memengaruhi Responsivitas Pemerintah Kota Pekanbaru

Responsivitas pemerintah dalam penanggulangan suatu permasalahan kesehatan publik tidak beroperasi dalam ruang hampa. Terdapat berbagai faktor kontekstual, baik yang bersifat mendukung maupun menghambat, yang secara signifikan memengaruhi seberapa efektif pemerintah dapat mengaktualisasikan kapasitas responsivitasnya dalam penanggulangan DBD. Beberapa faktor pendukung teridentifikasi dari temuan lapangan. Pertama, keberadaan SOP yang terstruktur dan terstandarisasi memberikan kerangka kerja yang pasti bagi setiap petugas untuk mengetahui apa yang harus dilakukan, kapan, dan bagaimana ketika merespons laporan kasus DBD, sehingga mengurangi ambiguitas dalam pengambilan keputusan. Kedua, sistem pelaporan yang terbangun baik antara rumah sakit, puskesmas, dan Dinas Kesehatan menjadi infrastruktur komunikasi yang sangat mendukung responsivitas. Ketiga, kesiapan logistik yang memadai, seperti stok abate lebih dari 500 kilogram yang dipersiapkan menjelang musim puncak DBD, mencerminkan perencanaan matang berbasis data historis. Keempat, dukungan dan partisipasi aktif masyarakat dalam kegiatan fogging dan PSN menciptakan efektivitas program yang jauh melampaui apa yang dapat dicapai oleh aparatur pemerintah semata. Kelima, komitmen kelembagaan yang kuat tercermin dari konsistensi evaluasi rutin triwulanan dan semesteran. Keenam, kolaborasi lintas

sektor yang berfungsi, khususnya dengan DLHK dan Dinas PU, memberikan kemampuan intervensi yang lebih holistik sehingga Dinas Kesehatan tidak menanggung sendiri seluruh beban penanganan DBD.

Di sisi lain, terdapat pula sejumlah faktor penghambat yang membatasi efektivitas responsivitas pemerintah. Pertama, rendahnya kesadaran dan kepatuhan sebagian masyarakat masih menjadi faktor penghambat yang paling sering disebutkan informan, khususnya terkait kebiasaan mengabaikan sampah di sekitar rumah yang menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk, sekaligus kesenjangan antara pengetahuan dan tindakan nyata masyarakat yang dalam ilmu perilaku kesehatan dikenal sebagai knowledge-attitude-practice gap. Kedua, keterbatasan efektivitas metode sosialisasi konvensional yang belum tentu menjangkau seluruh segmen masyarakat perkotaan dengan mobilitas dan kesibukan tinggi. Ketiga, keterbatasan sumber daya manusia di tingkat puskesmas yang sangat bergantung pada petugas untuk turun ke lapangan melakukan penyelidikan epidemiologi, sehingga berisiko mengalami bottleneck kapasitas ketika terjadi lonjakan kasus simultan di banyak titik. Keempat, ketergantungan pada laporan eksternal yang tidak terjamin dapat menimbulkan systematic underreporting apabila keluarga pasien tidak melapor ke puskesmas. Kelima, tantangan kondisi lingkungan struktural, seperti kepadatan penduduk, kondisi perumahan yang kurang memadai, dan infrastruktur drainase yang buruk di beberapa kawasan, merupakan determinan yang berada di luar kendali langsung Dinas Kesehatan dan membutuhkan intervensi jangka panjang yang melibatkan perencanaan tata kota.

Sintesis Tingkat Responsivitas Pemerintah Kota Pekanbaru

Berdasarkan analisis keempat dimensi responsivitas Bourgon, dapat disimpulkan bahwa Pemerintah Kota Pekanbaru, melalui Dinas Kesehatan, telah menunjukkan tingkat responsivitas yang cukup baik meskipun dengan variasi capaian antardimensi. Pada dimensi *listening capacity*, sistem pelaporan multi-level yang melibatkan rumah sakit, puskesmas, kader, dan masyarakat telah berjalan cukup baik, namun sistem ini masih bersifat reaktif terhadap kasus yang telah termanifestasi secara klinis dan belum sepenuhnya mampu mendeteksi secara proaktif risiko yang belum berkembang menjadi kasus. Pengembangan sistem surveilans aktif yang lebih canggih, misalnya dengan memanfaatkan data penggunaan obat antipiretik di apotek atau pola pencarian gejala penyakit melalui platform digital, dapat menjadi terobosan untuk memperkuat kapasitas mendengar pemerintah di masa depan. Pada dimensi *learning capacity*, Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru menunjukkan kapasitas belajar yang patut diapresiasi, terutama tercermin dari evolusi paradigma intervensi yang bergeser dari fogging-sentris menuju PSN-sentris, serta kemampuan menggunakan data historis untuk perencanaan antisipatif. Bourgon (2011) menekankan bahwa organisasi publik yang efektif memiliki kemampuan double-loop learning, yakni tidak hanya memperbaiki cara pelaksanaan program yang sama, tetapi juga mempertanyakan dan merevisi asumsi fundamental yang mendasari program tersebut. Pergeseran paradigma dari fogging ke PSN merupakan contoh nyata dari double-loop learning yang telah terjadi di Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru. Pada dimensi *acting/adaptive capacity*, pemerintah kota menunjukkan kemampuan yang cukup baik dalam merespons kasus dengan mengikuti SOP terstruktur, melakukan triase wilayah berdasarkan intensitas kasus, dan mempersiapkan intervensi pre-emptif menjelang musim

puncak. Kemampuan ini selaras dengan apa yang oleh Ansell dan Gash (2018) disebut sebagai *adaptive governance*, yaitu tata kelola yang secara dinamis menyesuaikan strategi dengan kondisi yang terus berubah. Namun, kapasitas adaptif ini tampaknya masih lebih dominan pada level teknis-operasional dibandingkan pada level strategis, sehingga diperlukan inovasi kebijakan yang lebih berani untuk mengatasi faktor determinan DBD yang bersifat sosio-struktural, seperti kepadatan permukiman dan infrastruktur lingkungan.

Pada dimensi *collaborative capacity*, yang menunjukkan potensi pengembangan paling besar, kolaborasi yang telah terjalin antara Dinas Kesehatan, DLHK, Dinas PU, dan komunitas merupakan fondasi yang solid. Namun, mengacu pada konsep *collaborative governance* yang dikembangkan oleh Emerson, Nabatchi, dan Balogh (2012), kolaborasi yang efektif memerlukan lebih dari sekadar kerja sama insidental, melainkan sistem tata kelola yang terinstitusionalisasi, mencakup forum deliberasi reguler, mekanisme akuntabilitas bersama, dan kesepakatan tentang visi dan target bersama. Pengembangan platform kolaborasi yang lebih formal dan inklusif, misalnya dalam bentuk tim penanggulangan DBD lintas sektor yang bertemu secara rutin, dapat secara signifikan meningkatkan efektivitas kolaborasi yang ada. Peningkatan kasus DBD dari 291 pada tahun 2023 menjadi 551 pada tahun 2024, atau meningkat sekitar 89,3%, perlu dibaca secara hati-hati. Di satu sisi, peningkatan ini dapat diinterpretasikan sebagai kegagalan responsivitas, namun di sisi lain dapat pula mencerminkan perbaikan sistem deteksi dan pelaporan sehingga lebih banyak kasus teridentifikasi dan tercatat. Interpretasi mana yang lebih tepat memerlukan kajian lebih lanjut, namun yang jelas adalah bahwa pemerintah kota tidak boleh berpuas diri dan harus terus memperkuat semua dimensi kapasitas responsivitasnya. Dalam perspektif *governance* yang lebih luas, tantangan DBD di Kota Pekanbaru sejatinya adalah cermin dari tantangan yang lebih besar, yaitu bagaimana pemerintah dapat merespons masalah kesehatan publik yang bersifat kompleks (*wicked problems*) dalam konteks keterbatasan sumber daya.

SIMPULAN

Responsivitas Pemerintah Kota Pekanbaru dalam penanggulangan DBD tahun 2024 tergolong cukup baik, dengan capaian terkuat pada dimensi *learning capacity* dan *acting/adaptive capacity*, sementara *listening capacity* dan *collaborative capacity* masih memerlukan penguatan agar tidak sekadar reaktif dan insidental. Faktor pendukung utama meliputi SOP yang terstandarisasi, sistem pelaporan berjenjang, kesiapan logistik, dan partisipasi masyarakat, sedangkan faktor penghambat utama meliputi rendahnya kepatuhan sebagian warga, keterbatasan sumber daya puskesmas, serta belum terlembaganya forum kolaborasi lintas sektor. Pemerintah Kota Pekanbaru disarankan mengembangkan sistem surveilans aktif berbasis data digital, mendiseminasikan *lessons learned* secara sistematis, serta membentuk forum kolaborasi lintas sektor yang reguler dan formal guna mewujudkan penanggulangan DBD yang lebih proaktif dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

Ansell, C., & Gash, A. (2018). Collaborative platforms as a governance strategy. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28, 16-32.
<https://doi.org/10.1093/jopart/mux030>

- Bourgon, J. (2007). Responsive, responsible and respected government: Towards a new public administration theory. *International Review of Administrative Sciences*, 73(1), 7-26. <https://doi.org/10.1177/0020852307075686>
- Bourgon, J. (2011). *A new synthesis of public administration: Serving in the 21st century*. McGill-Queen's University Press.
- Dwiyanto, A. (2015). *Manajemen pelayanan publik: Peduli, inklusif, dan kolaboratif* (4th ed.). Gadjah Mada University Press.
- Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25, 1-29. <https://doi.org/10.1093/jopart/muu010>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Pedoman pencegahan dan pengendalian demam berdarah dengue*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2023*. Kementerian Kesehatan RI.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Sage Publications.
- Moleong, L. J. (2019). *Metodologi penelitian kualitatif* (Rev. ed.). Remaja Rosdakarya.
- Pratiwi, O. N., Nahrudin, Z., Aina, A. N., & Arifin, I. (2023). Responsivitas pemerintah melalui electronic government (e-gov) di Kota Makassar. *Jurnal Administrasi Publik*, 29(1), 45-58.
- Sadiah, D. (2015). *Metode penelitian dakwah: Pendekatan kualitatif dan kuantitatif*. Remaja Rosdakarya.
- Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Doubleday.
- Silalahi, T., & Pratikno. (2020). Responsivitas pemerintah daerah dalam penanganan penyakit menular di Indonesia. *Jurnal Kebijakan dan Administrasi Publik*, 24(2), 112-128.
- Sugiyono. (2013). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D* (19th ed.). Alfabeta.
- Sugiyono. (2019). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D* (2nd ed.). Alfabeta.
- Sumadi Suryabrata. (2015). *Metodologi penelitian* (Ed. 2, Cet. 2). Rajagrafindo Persada.
- Wilder-Smith, A., Ooi, E., Horstick, O., & Wills, B. (2019). Dengue. *The Lancet*, 393(10169), 350-363. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32560-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32560-1)
- World Health Organization. (2023). *Dengue and severe dengue*. World Health Organization.